

Dyah Hasto Palupi
Hery Hermawanto



Satu Dekade

SISDMK

CATATAN PERJALANAN SEBUAH SISTEM

JAKARTA 2022

Sebuah Karya Pengabdian



Satu Dekade
SISDMK

CATATAN PERJALANAN SEBUAH SISTEM

PENULIS

Dyah Hasto Palupi
Hery Hermawanto

KONTRIBUTOR

Hery Hermawanto, SKM. M.Kes.
dr. Mawary Edy M.Epid.
Sjamsul Ariffin, SKM, M.Epid
Dr. I.G.A.N.A Shinta Dewi, MARS.
Timor Utama, S.Kom. MMSI.
Aditya Bayu Sasmita, Amd .
Haidar Istiqlal. S. Kom
dr. Andreas Meliala, DR.dr. DPH. M.Kes. MAS. Ketua Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan FK-KMK Universitas Gajah Mada
dr. Nurahmiati, MKM., Koordinaktor Substansi Pendayagunaan SDM Kesehatan Dalam Negeri
dr Indriya Purnamasari, MARS., Sub Koordinator Sub Substansi Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan
dr. H. Edy Sugiarto, M.Kes., Kepala Dinas Kesehatan Kota Cirebon
Ma'ruf Nuryasa, S.AP. Dinas Komunikasi, Informatika dan Statistik Kota Cirebon
Rahmad Dwi Suryanto, Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta
Aditya Galatama Purwadi, Dinas Kesehatan DKI Jakarta
Drs. Tan Ryan Ricardo, Apt. M.Kes. Dinas Kesehatan Provinsi Maluku
Jane Marlevia Pakaila SKM. Dinas Kesehatan Provinsi Maluku
Chadir Syam, Bupati Kabupaten Maros, Sulawesi Selatan
Drg, RR, Ambar Hardini W, Dinas Kesehatan Kota Depok



Satu Dekade Sistem Informasi Sumber Daya
Manusia Kesehatan.
Catatan Perjalanan Sebuah Sistem

Jakarta, 5 Maret 2022

*Perjalanan Menuju Pada
Satu Data Indonesia*



Sekapur Sirih

Berangkat dari sebuah pertanyaan sederhana dimana untuk menjawabnya menjadikan kita berfikir panjang dan membawa kita kepada suatu tatanan berbagai komponen yang dapat membentuk suatu system yang memang seharusnya dapat dibangun dan ditata dengan baik untuk mempermudah, mempercepat dan membantu mendukung suatu kebijakan, program dan kegiatan.

Saat itu kalau ada sebuah pertanyaan *Berapakah jumlah dokter di Indonesia?* Apakah pertanyaan tersebut datangnya dari Presiden atau Menteri Kesehatan maka siapa yang harus memberikan jawaban dengan tepat? Atau system apa/mana yang dapat memberikan data dengan tepat. Berbagai pihak dapat memberikan jawaban dengan kondisi datanya masing-masing antara lain Kementerian Pendidikan dapat menjawab dengan jumlah dokter yang diluluskan oleh fakultas kedokteran di seluruh Indonesia meskipun saat itu belum ada pangkalan data secara nasional dan belum tentu yang lulus fakultas kedokteran bekerja sebagai dokter. Ikatan Dokter Indonesia (IDI) juga dapat memberikan jawaban jumlah dokter seluruh Indonesia tetapi mungkin itu adalah para dokter yang menjadi anggota IDI. Kementerian Kesehatan memiliki jumlah dokter yang ada di Biro Kepegawaian itu pun artinya hanya dokter yang mengabdi di jajaran Kementerian Kesehatan.

Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan dengan tugas dan fungsinya menjadi bagian dari Kementerian Kesehatan yang memiliki tanggung jawab untuk menyediakan data dan informasi tentang jumlah, jenis dan distribusi SDM Kesehatan. Pada Tahun 2012 ditetapkan Sistem Kesehatan Nasional dengan Peraturan Presiden Nomor 72 dan salah satu sub sistemnya adalah Sumber Daya Manusia Kesehatan. Dengan dasar regulasi tersebut digagas untuk dilahirkan, dibangun, dikembangkan Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK) dengan harapan dapat menjawab kebutuhan data dan informasi yang dapat menjawab jumlah, jenis, kualitas dan distribusi SDM Kesehatan di seluruh wilayah Indonesia.

Konsep pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan dalam Sistem Kesehatan Nasional meliputi lima komponen yaitu **Perencanaan, Pengadaan, Pelayanan, Peningkatan Mutu** serta **Pembinaan dan Pengawasan Mutu** SDM Kesehatan. SISDMK dilahirkan dan dikembangkan untuk mendukung lima komponen tersebut yang menjadi komponen program pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan.

SDM Kesehatan merupakan pelaku utama pembangunan Kesehatan oleh karenanya sangat diperlukan dukungan data dan informasi yang valid, lengkap dan terkini agar kebijakan, program dan kegiatan yang laksanakan Kementerian Kesehatan benar-benar dapat tepat sasaran. Saat ini SISDMK telah melewati perjalanan Satu Dekade (10 tahun) simak dan telusuri perjalanan penuh dinamika yang tertuang dalam **Satu Dekade SISDMK**. Terima Kasih kami haturkan kepada berbagai pihak yang telah bergandeng tangan merajut asa mewujudkan Satu Data Indonesia.

Satu Dekade **SISDMK**

CATATAN PERJALANAN SEBUAH SISTEM

“Momentum Kebangkitan SI-SDM Kesehatan”

Pendahuluan

“SI-SDM Kesehatan Dalam Pusaran Waktu”

Bagian Satu : “Merentang Sejarah”

Bab. 1 : Babat Alas

Bab. 2 : Tinggal Landas

Bab. 3 : Peta Jalan

Bagian Dua: “Menorehkan Jejak Langkah”

” Bab 4 : Inovasi Teknologi Bukan Mimpi

Bab 5 : Transformasi Layanan Membangun Harapan

Bagian Tiga: “Menjaga Rantai Kesehatan Tak Putus”

Bab 6 : Kota Cirebon; Lika Liku Menuju Data Model Satu Pintu

Bab 7: Provinsi DIY; Semua Semakin Mudah Dengan Teknologi

Bab 8: DKI JAKARTA; Dorong Percepatan Transformasi Data

Bab 9: Provinsi Maluku; Negeri Dari Ribuan Pulau

Bab 10: Kota Kabupaten Maros; Dukung Pemerataan Tenaga Kesehatan

Bab 11: Kota Depok; Selangkah Di Depan

Penutup: “Melangkah Maju; Menuju Satu Data”



Momentum Kebangkitan **SI-SDM Kesehatan**

Sistem Informasi SDM Kesehatan (SI-SDM Kesehatan) diperlukan sebagai instrumen pengambilan kebijakan para pemangku kebijakan di Pemerintahan Pusat maupun Daerah. Namun karena banyak faktor yang mempengaruhi perkembangan SI-SDM Kesehatan, sehingga proses penguatannya tidak mungkin serentak -- harus berjalan setahap demi setahap. Pandemi Covid -19 menjadi momentum percepatan kebangkitan SI-SDM Kesehatan di Tanah Air.

Ada tiga alasan mengapa buku “Satu Dekade Sistem Informasi SDM Kesehatan” layak ditulis. Pertama, buku ini dapat mendokumentasikan tahapan perkembangan Sistem Informasi SDM Kesehatan di Tanah Air yang berjalan sangat dinamis dalam sepuluh tahun terakhir. Betapa pun tak dapat dipungkiri bahwa dinamika yang dinamis ini terjadi dipicu oleh adanya pandemi Covid-19. Bencana global di bidang kesehatan tersebut telah menggerakkan kami melakukan transformasi di bidang SDM kesehatan..

Kedua, kami meyakini bahwa SI-SDMK adalah sesuatu yang penting untuk membantu pemangku kebijakan dalam membuat keputusan. Berdasarkan pengalaman, jika para pemangku kebijakan dapat mengakses informasi dan data yang tepat dan relevan, membuat analisis yang tepat dan akurat; maka dapat dipastikan akan menghasilkan keputusan/kebijakan yang optimal dan efisien serta memberikan dampak sangat luas bagi masyarakat. Hal itu dapat terjadi melalui pemanfaatan SI-SDM Kesehatan.

Yang ketiga, kami menyadari bahwa penguatan dari sistem SI-SDM Kesehatan seperti yang terlihat sekarang ini bukan sesuatu yang berlangsung instan. Ada proses yang berjalan yang dapat menjadi pembelajaran. Ada masa demi masa yang menarik untuk digambarkan.

Dengan meretas sejarah, kami dapat melacak sejauh mana perkembangan SI-SDM Kesehatan telah dilaksanakan. Misalnya, bagaimana yang dulu menggunakan data agregat, kemudian berkembang menjadi data yang bersifat individual. Apakah betul pengembangan yang dilakukan itu *in line* dengan kebutuhan atau masih harus ditingkatkan? Semua itu akan menjadi bahan evaluasi kami untuk pengembangan yang lebih baik lagi.

Sejauh ini kami selalu mencoba berpikir perkembangan SI-SDM Kesehatan harus dilihat dari dua sisi: *supply* dan *demand*. Itu penting sekali guna mendapatkan *cover both side* secara seimbang. Seringkali kita terjebak hanya memperhatikan kebutuhan-kebutuhan dari sisi *supply*-nya, dan melupakan dari sisi *demand*-nya. Padahal, untuk melakukan perubahan, maka dua sisi harus mendapatkan perhatian yang sama secara seimbang. Jika hanya melihat dari satu sisi dan tidak memperhatikan dari aspek-aspek lainnya, seringkali akan membuat kita cepat berpuas diri dan cenderung alergi terhadap kerjasama

dan kolaborasi. Sebagai gambaran, bahwa data yang dikumpulkan SI-SDMK bukan satu-satunya data yang ada dan berhasil dihimpun. Di lingkungan kesehatan ini, banyak sekali sumber data. Untuk SDM Kesehatan, misalnya, ada data Profesi, data dari Rumah Sakit, dsbnya. Tugas SI-SDMK adalah menyelaraskan semua data itu menjadi sesuatu yang lengkap dan berharga. Kita perlu membangun *interoperability*. Jadi memperbaiki data dari agregat menjadi individual tidak cukup. Tapi kita juga harus berkolaborasi dengan yang lain, misalnya dengan Profesi.

Jika menyadari sumber data itu banyak sekali, maka kami akan dapat memahami jika muncul perbedaan data yang terkumpul. Kesadaran ini penting agar SI SDMK terus memperbaiki diri, bertransformasi dan berinovasi untuk mendapatkan data-data SDM yang lebih baik lagi. Upaya membuka diri dengan kolaborasi sangat baik untuk pengembangan SI-SDMK ke depan. Apalagi jika dilakukan *interoperability*, *coding*, dan penyamaan data, maka kita dapat memetakan perkembangan-perkembangan yang ada dari masa ke masa.

Sekali lagi, bahwa teknologi yang berkembang sesungguhnya merupakan inovasi-inovasi yang terus diperbarui menjadi lebih baik. Salah satunya, kemajuan teknologi akan mengarahkan kepada upaya kolaborasi. Sebuah realitas yang tidak dapat dipungkiri, bahwa berkolaborasi berarti membangun sinergi -- kekuatan bersama-- menjadi ciri-ciri teknologi dan sistem informasi modern, di samping transparansi dan akurasi.

Dalam konteks pengembangan SI SDM Kesehatan, berarti kita harus siap dengan dinamika yang terus bertumbuh dan berkembang. Buku "*10 Tahun Sistem Informasi SDM Kesehatan: Menuju Kemandirian Data & Informasi SDM Kesehatan RI*" setidaknya menjadi titik tolak kita dalam meretas jalan ke depan. Pijakan SI SDM Kesehatan yang telah dilakukan selama 10 tahun di belakang diharapkan menjadi pembelajaran dalam menempuh jalan menuju 10 tahun, 20 tahun, hingga 30 tahun ke depan

Ada banyak peristiwa yang dapat dipetik dari perjalanan SI SDM Kesehatan itu sendiri. Yang terbaru, ketika Pemerintah melaksanakan program vaksinasi dan insentif tenaga kesehatan (nakes) tahun 2020 dan 2021 karena wabah Covid-19. Karena program itu, data SDM Kesehatan didorong untuk terus dilakukan perbaikan demi perbaikan.

Munculnya data-data baru, pembanding-pembanding baru yang saling melengkapi, melahirkan dinamika yang sangat dinamis yang pada akhirnya membuat data SI SDM Kesehatan menjadi jauh lebih kuat dan akurat. Itulah harapan kami semua, bahwa SI-SDM Kesehatan menjadi sistem informasi tentang sumber daya manusia kesehatan yang paling akurat, paling lengkap, paling banyak digunakan dan paling memenuhi kebutuhan.

Perjalanan SI-SDM Kesehatan memang masih panjang. Kami masih harus melakukan perbaikan-perbaikan dan melengkapi kekurangan-kekurangan. Belajar dari pengalaman, ada tiga aspek yang saling mempengaruhi dari sistem informasi, yakni: manusia, organisasi, dan teknologi. Tiga aspek yang kami yakini harus tumbuh dan berkembang bersama-sama sehingga menjadikan Sistem Informasi SDM Kesehatan berkembang solid dan kuat.

Kami meyakini, sebagai instrumen untuk mengambil kebijakan, SI SDM Kesehatan dapat diandalkan dan ke depan akan sangat dibutuhkan dan akan memberikan dampak yang lebih luas kepada pihak-pihak lain yang membutuhkannya.

Konsep SISDMK :

Serangkaian Subsistem Informasi Yang Menyeluruh dan Terkoordinasi Baik di Pusat Maupun Di Daerah Yang Mampu Menghasilkan Informasi Terkini dan Akurat Guna Mendukung Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.

Hery Hermawanto, 2012



Pendahuluan

Pendahuluan

SI-SDM Kesehatan Dalam Pusaran Waktu

Eksistensi Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan - Badan Pengembangan Dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia (SI-SDM Kesehatan - BPPSDM Kesehatan) tidak serta-merta popular seperti sekarang. Melalui proses rintisan setahap demi setahap, inilah perjalanan sepuluh tahun penuh liku dan dinamika menghadapi tantangan teknologi, manusia, dan organisasi menuju Kemandirian Data & Informasi Kesehatan Republik Indonesia.

Sebagai bagian dari ekosistem penguatan kesehatan di Tanah Air yang diamanatkan melalui Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan - Badan Pengembangan Dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, disingkat SI-SDM Kesehatan – BPPSDMK dilahirkan untuk bertanggung jawab menyiapkan data tenaga kesehatan yang lengkap, terstandarisasi, berkualitas, dan andal untuk perencanaan dan pengambilan keputusan. Data kesehatan itu sangat vital karena akan menentukan akurasi dan sistematika informasi yang disampaikan. Data kesehatan juga diperlukan untuk diintegrasikan dengan data dari institusi dan instansi lain demi mendapatkan manfaat yang lebih luas bagi masyarakat di Tanah Air.

Peraturan Pemerintah RI No. 46 tahun 2014 mengatur Sistem Informasi Kesehatan (SI Kesehatan) secara detil tentang hal itu. Ada beberapa pasal terkait dengan penguatan sistem informasi SDM kesehatan yang merujuk langsung dengan Data Kesehatan. Diantaranya, Data Kesehatan harus memenuhi standar yang ditetapkan Pemerintah. Data harus sesuai dengan Indikator Kesehatan, jenis, sifat, format, basis data, kodefifikasi, dan metadata yang dapat diintegrasikan, akurat , jelas, dan dapat dipertanggungjawabkan, serta mampu merekam pada alat/sarana pencatatan, pengolahan, dan penyimpanan data yang andal, aman, dan mudah diperasikan.

Data Kesehatan harus terbuka untuk diakses oleh unit kerja instansi Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang mengelola SI Kesehatan sesuai dengan kewenangan masing-masing. Disebutkan bahwa SDM Kesehatan termasuk dalam Informasi Kesehatan. Dengan demikian, strategi pengumpulan data dan pencarian informasi kesehatan harus sesuai dengan standar Data Kesehatan.

Peraturan Pemerintah RI No. 67 tahun 2019 tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan secara rinci menyebutkan bahwa hal-hal yang terkait dengan perencanaan tenaga kesehatan, pengadaan tenaga kesehatan, pelayanan tenaga kesehatan, serta pembinaan dan pengawasan tenaga kesehatan akan sangat mudah dikelola jika memiliki sistem informasi yang baik dan terintegrasi satu dengan yang lain. Hal itu dapat terjadi pelaksanaannya jika dilakukan dengan menggunakan Teknologi Informasi. Dengan memakai sistem informasi yang *update* dan terintegrasi, dipastikan akan lebih mempermudah dalam memberikan fasilitas layanan kesehatan maupun dalam pengelolaan tenaga kesehatan.

Dalam hal ini, Pemerintah sangat menyadari pentingnya akurasi data dan informasi pengelolaan Tenaga Kesehatan dalam proses pembangunan. Hal itu terkait dengan visi Pemerintah yang tertuang dalam Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 39 Tahun 2019 tentang Satu Data Indonesia. Perpres yang diteken oleh Presiden Joko Widodo tertanggal 12 Juni 2019 itu merupakan kebijakan tata kelola data pemerintah untuk menghasilkan data yang akurat, mutakhir, terpadu dan dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya.

Kebijakan Satu Data Indonesia diharapkan juga akan mudah diakses dan digunakan antara instansi Pusat dengan intansi Daerah sehingga akan terdapat sinergitas penggunaan data antara pusat - daerah, serta lintas intansi kementerian dan lembaga.

Terbatas

Melihat performa SI-SDMK saat ini, tentu tidak bisa hanya dilihat dari kacamata sekarang. Memang pada saat ini, SI-SDMK sudah menemukan peta jalannya sebagai alat bantu Pemerintah dalam memperkuat sistem pengelolaan tenaga kesehatan di Indonesia, baik dari segi regulasi, organisasi, tata kelola sampai ke implementasi penguatan manajemen SDM Kesehatan dengan menggunakan sistem informasi. Melalui BPPSDMK, beragam kepentingan diatur dan dikelola sehingga menjadi modal dasar yang kuat untuk menciptakan sumber informasi yang berkualitas dan tepat guna.

Lalu, bagaimana dengan kondisi 10 tahun lalu? Memang untuk sampai pada posisi sekarang, jelas jalan yang dilalui tidak serta-merta mudah dan langsung popular. Kehadiran SI-SDMK melalui proses rintisan setahap demi setahap menghadapi tantangan, persoalan di lapangan, dan apatisme tenaga kesehatan.

Seperti diketahui, sepuluh tahun lalu SI –SDMK tak lebih dari pelaksana pengumpulan dan penyimpanan data tenaga kesehatan pemerintah RI. Meskipun Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/MENKES/PER/VIII/2010 telah menetapkan Sistem Informasi SDM Kesehatan (SI-SDMK) dalam payung Pusat Data dan Informasi (Pusdatin) BPPSDMK, namun sebagai sebuah sistem yang menjadi instrumen utama pengambilan keputusan terkait SDM kesehatan di Indonesia, pemanfaatannya masih sangat terbatas.

Banyak faktor penyebabnya. Pertama, belum ada ijin publikasi dari data SDM Kesehatan yang berhasil dikumpulkan. Semua data masih disimpan rapat-rapat dalam almari karena ada kekhawatiran data terlihat dan dimanfaatkan oleh pihak lain yang tidak bertanggung jawab, masih berbasis DUK , Daftar Urut Kepangkatan. Data tenaga kesehatan yang tertera hanya mencakup para PNS kesehatan yang ada di Kepegawaian, sedangkan tenaga kesehatan dari kalangan swasta maupun dari klinik swasta belum terdokumentasi. Pun, praktik dokter/RS mandiri belum terverifikasi dengan baik. Hal itu mendatangkan kekhawatiran jika dibutuhkan data SDM Kesehatan secara keseluruhan.

Agar tidak mengandung multitafsir, PP No. 46 tahun 2014 mensyaratkan Data Kesehatan harus memenuhi standar yang meliputi: data sesuai dengan Indikator Kesehatan; dikelompokkan dalam jenis, sifat, format, basis data, kodefikasi, dan metadata yang dapat dengan mudah diintegrasikan; akurat jelas, dan dapat dipertanggungjawabkan; serta mampu merekam pada alat/sarana pencatatan, pengolahan, dan penyimpanan data yang andal, aman, dan mudah dioperasikan.

Syarat-syarat inilah yang menjadi titik tolak pengembangan signifikan SI –SDM Kesehatan , terutama dalam proses pengumpulan data dan informasi kesehatan harus sesuai dengan standar Data Kesehatan. Peraturan ini juga mengatur keamanan dan kerahasiaan informasi kesehatan.

Tantangan

Berangkat dari tujuan Pemerintah memiliki satu sistem informasi, selanjutnya pengembangannya melalui kegiatan secara bertahap sebagai berikut: perencanaan sistem, analisis sistem, perancangan sistem, pengembangan dan implementasi sistem, serta pemeliharaan dan evaluasi sistem.

Kelima tahapan kegiatan itu, pada dasarnya tantangannya terletak pada tiga hal: Manusia (Human), Organisasi (Organization), dan Teknologi (Technology). Mengapa? Karena ketiganya harus berjalan dan berkembang bersama-sama untuk mencapai keseimbangan dan kemajuan bersama. Kalau hanya satu aspek yang bergerak maju, dan dua aspek lainnya tertinggal di belakang, dapat dipastikan hasil pengembangan sistem informasi tidak akan optimal. Karena ketiga hal itu sebenarnya saling terkait dan terpadu, saling berinteraksi, dan saling tergantung satu sama lain.

Inilah sesungguhnya realitas yang dihadapi SI SDMK sekarang dan ke depan. Dalam pusaran waktu, sebagian target dan tugas telah dilaksanakan; namun sebagian lain masih harus diperjuangkan. Menjadi tugas Pemerintah untuk terus melakukan pembenahan sistem informasi SDM Kesehatan. Harus ada terobosan agar konsep SI-SDMK berada dalam konteks dan konten yang benar sehingga informasi data yang disuguhkan tegas, jelas, dan tidak multi tafsir.

Terobosan pertama untuk memperkuat SI-SDMK terkait dengan teknologi. Peran penting teknologi dalam sistem informasi jelas, yakni memastikan bahwa Teknologi Informasi akan membuat sebuah sistem informasi manajemen dapat berjalan dan dioperasikan sebagaimana mestinya. Secara mudah dapat digambarkan, jika jaringan ada, data ada, akan tetapi teknologi/hardware untuk menjalankan SIM tidak ada, lantas apakah SIM dapat dioperasikan? Tentu saja tidak bisa digunakan. Maka dalam hal ini teknologi informasi sangat dibutuhkan dalam menjalankan sebuah sistem informasi manajemen.

Terobosan kedua dengan adalah meningkatkan peran manusia dalam sistem organisasi. Manusia mempunyai peran yang merancang, mengolah, mengoperasikan, membangun, dan menggunakan sistem. Kemajuan SI-SDMK tergantung pada kemampuan manusia yang terlibat secara langsung ataupun tidak langsung, meskipun ada syarat-syarat yang menyertainya. Misalnya, dibutuhkan iklim dan regulasi kebijakan yang mendukung mekanisme sistem teknologi informasi (TI). Dibutuhkan manajemen yang baik untuk mengelola implementasi TI. Intinya, SDM yang tepat dan *open mind* (terbuka) sangat diperlukan agar terciptanya sebuah sistem yang berjalan dengan baik dan semestinya.

Ketiga, peran organisasi .Tanpa adanya informasi yang tepat di dalam organisasi, kegiatan dalam organisasi tidak akan berjalan dengan baik. Dalam organisasi-organisasi, sistem informasi manajemen berperan penting dalam menyediakan informasi. Bagi perusahaan, informasi tidak hanya berasal dari dalam organisasi, tetapi juga berasal dari luar organisasi.

Perkembangan sistem informasi manajemen memberikan dukungan yang besar pada pemenuhan kebutuhan-kebutuhan informasi bagi para pengambil keputusan dan pemakai lainnya dalam organisasi. Perkembangan teknologi dapat menggantikan posisi manusia untuk bekerja. Karena itu, seorang sekretaris harus terus belajar agar memiliki pemahaman yang baik tentang teknologi yang banyak membantu organisasi dalam menjalankan kegiatannya. Informasi merupakan komponen yang sangat penting yang harus dipenuhi dengan segera. Informasi bagi perusahaan merupakan hal yang kritis, khususnya saat mengambil keputusan dalam menyelesaikan masalah.

Kemanfaatan

Pada akhirnya, seperti yang diharapkan Pemerintah dan juga selalu digaungkan oleh Badan Kesehatan Dunia, bahwa membangun sistem informasi SDM Kesehatan adalah sebuah keniscayaan. Seperti halnya hadirnya teknologi, keberadaan sistem informasi juga tidak terhindarkan lagi, terutama kaitannya dengan pengelolaan dan pemberdayaan sumber daya manusia di bidang kesehatan. Apalagi sejak adanya komitmen global yang tertuang dalam Millennium Development Goals (MDGs) tahun 2000, maka penguatan terhadap sistem kesehatan dan SDM kesehatan menjadi penting dan strategis . Mengapa? Dalam pelaksanaan upaya kesehatan dan pencapaian Universal Health Coverage (UHC) serta Sustainable Development Goals (SDGs), Indonesia menghadapi tantangan transisi demografi (penduduk menua) dan transisi epidemiologi yang berdampak pada kebutuhan SDM kesehatan yang lebih kompleks baik dalam jumlah, jenis maupun kompetensinya. Meskipun produksi SDM kesehatan (tenaga medis dan tenaga kesehatan) meningkat seiring dengan meningkatnya jumlah dan jenis institusi pendidikan tinggi bidang kesehatan, sampai saat ini, pemenuhan SDM kesehatan baik dalam jumlah, kualitas dan distribusi masih merupakan tantangan utama di Indonesia

Dengan adanya Sistem Informasi SDM Kesehatan yang mumpuni, maka biaya pengelolaan SDM dengan mengotomatiskan informasi terkait tenaga kerja dapat lebih mudah, murah, cepat, dan efisien baik bagi pengelola SDM maupun bagi para pengambil keputusan dan juga organisasi yang lebih luas. Selain itu, hasilnya pun dapat digunakan untuk memberikan informasi yang akurat, tepat waktu, dan komprehensif terhadap profil tenaga kerja, komposisi, dan penyebarannya.

Terbitnya Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dimana salah satu sub systemnya adalah Sumber Daya Manusia Kesehatan menjadi inspirasi untuk dibangunnya Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SI-SDMK) karena SDM Kesehatan adalah pelaku utama pembangunan kesehatan dan sangat diperlukan informasinya yang berkaitan dengan jumlah, jenis, kualitas dan distribusinya di seluruh wilayah Indonesia

Hery Hermawanto



BAGIAN SATU

Merentang Separah

BAGIAN SATU

Merentang Separah

Menjejak perjalanan Sistem Informasi - SDM Kesehatan dan mengikuti perkembangannya ibarat sedang merentang sejarah manusia dan teknologi. Sistem Informasi adalah suatu sistem yang mengombinasikan antara aktivitas manusia dan penggunaan teknologi untuk mendukung kegiatan operasional atau kebijakan Pemerintah yang merujuk pada sebuah hubungan yang tercipta berdasarkan interaksi manusia, data, informasi, teknologi, dan algoritma.

Implementasi Sistem Informasi tidak hanya pada bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi. Sistem Informasi juga dimanfaatkan untuk suatu proses kerja yang sedang berjalan yang membutuhkan kontrol/pengawasan secara terpola dan tersimpan dalam data-data yang akurasinya pasti terjaga. Informasi dari data tersebut dapat diolah kembali menjadi informasi-informasi baru yang berguna bagi kepentingan organisasi/perusahaan. Dengan demikian keberadaan Sistem Informasi membantu mempersingkat penanganan proses dan birokrasi secara tepat dan akurat.

Penggunaan Sistem Informasi dalam pengelolaan SDM Kesehatan bukan kebetulan semata. Dimulai sejak 2012, kala itu Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan Kemenkes RI (BPPSDMK) didorong melakukan pemberian data dan informasi yang belum terorganisir dengan baik. Banyak data dan informasi yang masih berserak di banyak tempat. Pun akurasi dan ketepatan data juga belum teruji, sehingga **Hery Hermawanto, SKM M.Kes** menjadi orang pertama yang ditugasi untuk membereskannya, dilantik sebagai Kepala Sub Bagian Data dan Informasi, Sekretariat Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan (2012-2018) . Pada saat itu memanfaatkan momentum diterbitkannya Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional dimana salah satu sub sistemnya adalah sumber daya manusia Kesehatan. Sejak saat itu saya gagas untuk membangun Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK) yang mengedepankan keterpaduan system dari daerah hingga ke pusat sehingga mampu menghasilkan data dan informasi SDM Kesehatan secara nasional dengan moto lengkap, valid dan terkini.

Sumber Daya Manusia Kesehatan adalah tenaga kesehatan (termasuk tenaga kesehatan strategis) dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya kesehatan dan manajemen kesehatan.

Butir 270 Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012

Hery membenarkan, sejak adanya kesepakatan global terhadap penuntasan Millenium Development Goals (MDGs), penggunaan Sistem Informasi dalam SDM Kesehatan memang mulai dilihat sebagai sesuatu yang berpengaruh besar pada penguatan sistem kesehatan. Saat itu Badan Kesehatan Dunia –World Health Organization (WHO) menyatakan pentingnya penguatan sistem untuk merekam dan memperbarui jumlah tenaga kesehatan.

Sejalan dengan bergantinya MTGs menjadi tujuan Pengembangan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/SDGs*), maka penguatan sistem pencatatan SDM Kesehatan menjadi semakin relevan, terutama untuk memastikan hidup sehat dan mempromosikan kesejahteraan bagi semua pada semua umur. Dalam dokumen WHO bertajuk “*Global Strategy on Human Resources: Workforce 2020*” dinyatakan bahwa Akun Tenaga Kesehatan Nasional (*National Health Workforce Accounts/NHWA*) dapat menjadi sumber utama untuk pelaporan strategi global untuk tenaga kerja kesehatan dalam mencapai indikator SDGs.

Perkembangan di dunia internasional, terutama di negara-negara berkembang dalam memperkuat Sistem Informasi SDM Kesehatan inilah yang semakin mendorong Kementerian Kesehatan RI melalui BPPSDM untuk membuka diri dan memanfaatkan jejaring dengan menjalin kerjasama dengan USAID dan WHO. “Ibu Kirana Pritasari (Sekretariat Badan PPSDM Kesehatan periode 2016-2018 –*Red.*) mengarahkan kami membuka peluang kerjasama untuk pengembangan Sistem Informasi SDM Kesehatan,” ujar **dr. I.G.A.N. Apriyanti Shinta Dewi, MARS**, staf Sub Bagian dan dan Informasi yang kemudian dipromosikan menggantikan posisi Hery Hermawanto sebagai Kepala Sub Bagian Data dan Informasi, Sekretariat BPPSDM Kesehatan yang pada periode 2018- 2020.

Menurut Shinta, salah satu resolusi WHO tahun 2016 tentang *National Health Workforce Accounts* (NHWA) bertujuan untuk standarisasi arsitektur informasi tenaga kesehatan dan interoperabilitas serta melacak kinerja kebijakan SDM Kesehatan menuju cakupan kesehatan universal. Sistem Informasi SDM Kesehatan dibutuhkan untuk melakukan monitoring terhadap tenaga kesehatan. Jika digunakan secara tepat guna, Shinta yakin akan menperkuat kualitas akun Tenaga Kesehatan Nasional tersebut. “Jadi, Sistem Informasi SDM Kesehatan bisa menjadi kendaraan sekaligus motor penggerak menuju layanan kesehatan yang berkualitas,” tegasnya.

Bagian Satu dibagi dalam tiga bab. Episode pertama adalah episode awal Sistem Informasi SDM Kesehatan dikembangkan. Berawal dari kebutuhan internal, berlanjut kepada kebutuhan organisasi, secara bertahap proses penguatan internal terus berlangsung.

Dinamika lima tahun pertama Sistem Informasi SDM Kesehatan (SI SDMK) memang lebih banyak bertumpu kepada kesiapan organisasi dan daerah-daerah sebagai pendukungnya. Walaupun situasi pada saat sedang mencari bentuk di tengah maraknya sistem informasi diterima sebagai bagian penting sebuah organisasi karena belum ada formulasi program pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan yang baku, namun kesadaran pentingnya pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan.

Prasyarat pertama memang menyangkut keterbukaan informasi. Dimulai dengan upaya memberikan keterbukaan data untuk interoperabilitas antarsistem *publish* di web dan membuka pertukaran data secara elektronik). Lalu tumbuh kebutuhan integrasi antarsistem lintas program lintas sektoral, dan kemudian SI SDMK merespon kebutuhan data dan informasi global, hingga berkembang sampai sekarang. Yang tak kalah menarik, saat ini diwarnai dengan berbagai dinamika seiring dengan perjalanan program pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan menuju pemenuhan akan kebutuhan pelayanan kesehatan dari abang hingga Merauke; dari Miangas sampai pulau Rote.

Berikutnya bab dua merupakan lanjutan dari episode pertama. Pada periode lima tahun berikutnya ini, wajah SI SDMK sudah jelas terbentuk; bahkan menjadi pijakan lanjutan dalam melangkah maju menuju pelayanan kesehatan yang bermutu dalam mewujudkan Indonesia Sehat. Langkah strategik berupa kolaborasi dan inovasi mulai dilakukan dengan banyak pihak, instansi pemerintah dan swasta. Hal itu menumbuhkan keyakinan bahwa Sistem Informasi SDM kesehatan adalah upaya terukur dari Pemerintah untuk memperkuat sistem pengelolaan tenaga kesehatan di Indonesia.

Bagian tiga adalah muara perjalanan Sistem Informasi SDM Kesehatan di Indonesia berupa peta jalan yang disusun sebagai panduan bagi para pemangku kepentingan dalam menjalankan tugas dan tanggungjawabnya. Peta jalan yang membantu tidak hanya dalam menetapkan visi dan misi, melainkan juga membantu memetakan biaya serta alokasi mobilisasi sumber daya manusia untuk memastikan dapat mengimplementasikan strategi yang telah disusun

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 :

Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya Kesehatan.

Asisten Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan di bawah jenjang Diploma Tiga.

Pasal 1

BAB I

Babat Alas

Tiga tahun pertama penuh dengan uji coba. Saat itu, secara organisasi, Sistem Informasi SDM Kesehatan masih belum jelas akan berlabuh kemana. Dari segi pembentukannya, memang masih sangat prematur identitas dan eksistensinya. Namun dari sisi konten dan kedalamannya, berprospek cemerlang.



Seperti memasuki rimba tak bertuan, begitulah yang dirasakan **Hery Hermawanto, SKM M.Kes** ketika pertama kali ditempatkan di Sub Bagian & Informasi Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan (BPPSDMK) medio 2012. Pada waktu itu ia dipanggil khusus oleh Sekretaris BPPSDMK (Suhardjono, SE MM –red.) untuk ikut serta mengelola Data BPPSDMK. “Beliau tahu saya punya pengalaman di bidang statistik dan informatika,” kenangnya.

Bagi Hery, bergulat dengan data dan angka sudah dilakukan sejak lama. Ketika menamatkan pendidikan dari Biostatistika dan Infomatika Kesehatan, Universitas Indonesia, ia sudah akrab dengan pekerjaan mengolah data. Apalagi semasa ditempatkan di Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan, Hery setiap tahun membantu Pemerintah Daerah DKI dulu Kantor Wilayah Kesehatan DKI Jakarta mengelola seleksi penerimaan mahasiswa baru akademi-akademi kesehatan yang notabene terkait dengan data dan tabulasi medio 1990-1995. Saat itu mengembangkan aplikasi seleksi penerimaan siswa dan mahasiswa baru **berbasis Lotus** setiap tahun dikembangkan hingga akhirnya menjadi **berbasis Excell**.

Begini terjun langsung mendalami Tugas Pokok dan Fungsi (Tupoksi) Sub Bagian Data dan Informasi, Hery menemukan beberapa fakta menarik. *Pertama*, data tenaga kesehatan yang terkumpul masih sederhana dan sangat minimalis. Sistem informasi yang dikembangkan masih **berbasis Daftar Urut Kepangkatan** (DUK) pada Pegawai Negeri Sipil (PNS). “DUK itu hanya ada di Kepegawaian. DUK itu hanya untuk PNS,” ungkapnya sehingga belum ada data tenaga kesehatan (dokter, perawat misalnya) secara menyeluruh (nasional)

Kedua, tidak ada evaluasi dan sistem pelaporan terhadap data yang berhasil dikumpulkan. Padahal, sebagai unsur pendukung pelaksanaan tugas Kementerian Kesehatan, seharusnya Pusdatin mengetahui dan mendapat masukan tentang kebutuhan-kebutuhan data yang relevan sesuai dengan perkembangan zaman. Namun, karena ada kebijakan yang mengatur agar data tenaga kesehatan tidak dipublikasikan dan pandangan bahwa data tenaga kesehatan merupakan data yang harus dijaga kerahasiaannya, selain itu juga masih kental dengan ego program dan ego sektor sehingga harapan untuk mendapatkan evaluasi kinerja Tupoksi Sub Bagian Data dan Informasi sirna.

No	NAMA	NIP	GOL. BIU/TMT	JABATAN	TGL. BULN	LAMBATAN JABATAN	NAMA LAIN	NAMATRI	PENDIDIKAN	JURUSAN	TBL UJIAN	TGL. BULAN	TTS	DENI KEGIATAN
1	Drs. RAHMAT ESQARAH, M.Si	1310011969012002	Kepala Desa	Pendekar Desa Muara / Tp. r	25-15-40-Bis	Salatih PM II (2003)	Universitas Terbuka		Dasar Administrasi Bisnis	Ruang Kuliah	2003	2.1	Pengembangan PM Desa	L
2	Dra. WIDEBI YENITA, M.Bi	13040119921208	Dikemendikbud	Hanura PM II (2003)	25-15-40-Bis	Salatih PM II (2003)	Universitas Terbuka		Fak. Administrasi dan Bisnis	Ruang Kuliah Administrasi Publik	2003	2.1	Pengembangan PM Desa	P
3	Heryfarid, SE	130402199012001	Kabid Politeknik Pendidikan Eng	Pendekar (P) 21.04.01.01.1	27-15-40-Bis	AKRON (2014) JURNAL SAINS	Pendekar (P) 21.04.01.01.1	PTBN PERTIKA	+	Pendidikan		Tgl. Lahir	Mutasi	Keterang.
4	DR. HENDRAWAN, MM	13040119851001	Kabid Politeknik Pendidikan	Pendekar (P) 21.04.01.01.1					12. Lulus		27	15	10	30
5	APRIAN, SE													

Format DUK

Format Daftar Urut Kepangkatan

Untuk Mendukung Kebutuhan Data dan Informasi SDM Kesehatan Sebelum Tahun 2012

Kebijakan menghindari transparansi ini, menurut Hery, tidak menguntungkan bagi upaya pengumpulan data tenaga kesehatan. Pasalnya, Sub Bagian Data dan Informasi BPPPSDMK kehilangan kesempatan mendapatkan data faktual jumlah seluruh dokter di Indonesia atau jumlah tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan dan lain-lain) di provinsi-provinsi karena belum memiliki data dan informasi yang akurat.

Membuat Formula

Berangkat dari permasalahan tersebut, semenjak 2012 Hery bersama seluruh personil Sub Bagian Data dan Informasi BPPSDMK merinci Tugas dan Pokok Fungsi yang harus dijalankan. Berbekal **Perpres No 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional**; yang disebutkan bahwa Sumber Daya Manusia Kesehatan adalah tenaga kesehatan (termasuk tenaga kesehatan strategis) dan tenaga pendukung/ penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya kesehatan dan manajemen kesehatan; mereka mulai menjalankan tugas. Yaitu wajib menghimpun data sumber daya manusia kesehatan dari berbagai elemen tanpa terkecuali.

Diakui Hery, Perpres No, 72 Tahun 2012 menjadi senjata ampuh untuk melaksanakan babat alas. Mengapa? Dalam Perpres itu dinyatakan ada **7 sub sistem** dalam Sistem Kesehatan di Indonesia. Antara lain: (a) upaya kesehatan; (b) penelitian dan pengembangan kesehatan; (c). pembiayaan kesehatan; (d). sumber daya manusia (SDM) kesehatan; (e). sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan; (f). manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan; dan (g) pemberdayaan masyarakat.

Artinya, aspek SDM Kesehatan sama bobotnya dengan aspek-aspek lain dalam mendukung sistem kesehatan di Indonesia. Dengan demikian, penanganan dan pemberdayaan SDM Kesehatan tidak kalah penting dengan sistem-sistem penguatan kesehatan lainnya. Dan upaya mendapatkan data tentang SDM Kesehatan juga tidak kalah penting dengan aspek material lainnya, seperti sediaan farmasi, penelitian dan pengembangan kesehatan, dsbnya.

Langkah pertama yang dijalankan adalah membuat formula kodefikasi Sistem Informasi SDM Kesehatan. Dengan mempertimbangkan berbagai kemungkinan, Sub Bagian Data dan Informasi membuat formula registrasi tenaga kesehatan. Semua informasi yang dibutuhkan, dibuatkan kolom pertanyaan sekaligus data temuannya.“Kami membuat formula kodifikasi serinci mungkin, agar tidak terjadi multitafsir,” jelas Hery mengingat awal pembentahan Sistem Informasi SDM Kesehatan medio 2012-2016.

Pada waktu itu untuk mendukung kebutuhan program kesehatan masih menggunakan data agregat SDM Kesehatan berbasis wilayah. Kelemahan data agregat masih terdapat kemungkinan terjadinya duplikasi data contoh sederhana seorang dokter yang berpraktik di beberapa fasilitas pelayanan kesehatan. Padahal, pencarian dan kebutuhan data tentu tidak hanya berhenti di ‘Berapa Jumlah Dokter di Indonesia?’. “Anakannya pasti ada. Secara sistem informasi, untuk mencari Indonesia, pasti dibutuhkan informasi lanjutannya, seperti berapa jumlah dokter di wilayah provinsi Maluku?, berapa jumlah dokter di wilayah Kabupaten Madiun dan selanjutnya” ujar Hery yang mendorongnya segera menyiapkan **manual kodifikasi** sehingga segera dapat mengantikannya dengan data individu guna memastikan validitas data.

Dr. Mawari Edy, M.Epid, Kepala Bagian Program dan Informasi, Sekretariat Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, membenarkan basis data individu itu vital dibutuhkan. Pasalnya, ketika ia pernah ditugasi mengelola rekrutmen petugas kesehatan haji, Mawary merasa benar-benar kesulitan mendapatkannya. “Saat itu saya senang diberitahu bahwa data agregat diubah menjadi data individu,” ujarnya gembira karena mengolah dari data individu jauh lebih dinamis ketimbang data agregat. “Data individu memiliki fungsi lebih banyak dan lebih fleksibel,” tambahnya.

Langkah kedua yang dilakukan adalah **membangun pola pikir (mindset)**. Dari pengalaman Hery, untuk membicarakan sistem informasi dan sesuatu yang berkaitan dengan data, maka isi kepala semua pihak terkait harus sama. Ia mencontohkan, ketika mendata tentang puskesmas, maka puskesmas yang didata harus sama. Ketika bicara tentang klinik, maka klinik yang menjadi topik pembicaraan harus sama. “Ya, karena secara data, secara digital, masing-masing nyata ada datanya. Supaya nanti dalam penjumlahan nasional juga bisa sama,” papar Hery menegaskan bahwa data yang dikumpulkan akan melewati validasi agar hasilnya akurat.

Untuk mengumpulkan data-data itu, menurut Hery, pola pikir pelaksana tugas harus berubah. Jika sebelumnya mereka sekadar melaksanakan tugas mengumpulkan data; maka sekarang tugasnya melayani masyarakat. Data yang terkumpul sesungguhnya untuk kepentingan mereka, yakni dikembalikan kepada pemangku kepentingan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Proses pengumpulan data menggunakan teknologi Excell karena semua orang, terutama di daerah-daerah sudah paham dengan teknologi ini. Lalu secara bertahap untuk kalkulasinya dikembangkan dengan dibantu komputer agar kompilasinya lebih mudah. "Jadi, semuanya kami masukkan, kami gabungkan secara total kemudian dipilah-pilah sesuai kebutuhan, dan seterusnya. Dari sini berkembanglah **aplikasi berbasis desktop**," jelas Hery panjang lebar.

Form A1 - Individu - Data Keadaan SDM Kesehatan di Fasyankes															H		B1.1 - TABEL REKAPITULASI DATA SDMK			B1.2 - TABEL RENBUT PUSKESMAS			B1.3 - TABEL RENBUT RUMAH SAKIT			DASHBOARD 1		
Kode Unit Kerja (Fasyankes)	NIK (Nomor Induk Kependudukan)	ID/NIP/NRP	Nama (Nama Lengkap)			Jenis Kelamin	Status Kepergawaian	Kode SDMK	Pekerjaan			Kode Prog. Studi	Tahun Lulus	Kode Sekolah /Pergerakan Tinggal	Nama Fasyankes													
			kode	kode	kode				Mulai	Berakhir	kode					kode												
4	B12002	116955011740000	Litis Suryani	SKM	K	P	PNS	91391	02/05/2006			13101	2014	001003	VALID	(Balai Perbaikan Kesehatan Bap												
5	B12002	117420103720000	Bambang Irawan	SKM	K	P	PNS	91281	01/03/1994			13101	2006	001003	VALID	(Balai Perbaikan Kesehatan Bap												
6	B12002	117403801270000	Irianti	SKM	P	PNS	91391	01/03/1993				13201	2006	131004	VALID	(Balai Perbaikan Kesehatan Bap												
7	B12002	117405480600000	Sista Rahayu	SKM	P	PNS	91391	27/06/2007				SMA	1998	Baru 8	VALID	(Balai Perbaikan Kesehatan Bap												
8	Banu	110421204020000	ARWIN RONI LAHADA	AM	K	P	142	21016	08/12/2010			14401	14-03-2013	405001	NA (BELUM VALID)													
9	Banu	110422712800000	ERINYSYAH	SKM	P	L	142	41996	08/12/2010			13201	10-4-2012	013101	NA (BELUM VALID)	X												
10	Banu	110402518900001	LORA NENA	AM	K	P	142	22016	08/12/2010			15401	14-03-2011	344007	NA (BELUM VALID)													
11	Banu	110425059810001	IGAYUSTINA	AM	K	P	142	22016	08/12/2010			15401	30-3-2012	344007	NA (BELUM VALID)													
12	Banu	110403178900000	dr. ANDRIKA	AM	K	P	142	11016	20-06-2016			11201	5-6-2013	131003	NA (BELUM VALID)													
13	Banu	110405117040001	RUDI HARTONO	AM	K	P	142	21016	08/12/2010			14201	26-5-2015	133030	NA (BELUM VALID)													
14	Banu	110405671270000	Nu. MULHAMMAD NUHS	AM	K	P	121	91271	01/12/2002	2005		14901	14/06/2010	013141	NA (BELUM VALID)	X												
15	Banu	110407091920220	RUKHAH	AM	K	P	121	22011	01/03/1993	2030		15401	13/06/2011	344007	NA (BELUM VALID)													
16	Banu	110405682040001	IRMANVATNA	AM	K	P	142	22016	08/12/2010			15401	28-5-2015	344007	NA (BELUM VALID)													
17	Banu	110407670200020	MAYASARI	ST	K	P	142	22016	08/12/2010			15302	3-3-2015	133030	NA (BELUM VALID)													
18	Banu	110404060000001	EFIRWANIS	AM	K	P	142	21016	08/12/2010			14201	3-3-2015	133030	NA (BELUM VALID)													
19	D102	110105118900002	Teuku Ibrahim	SK	P	L	PNB	71051	01-05-2015	09/11/2044	21420	10-10-2010	001011	VALID	(Dinas Kesehatan Kab ACEH													
20	D102	110104077440001	SAHIDIN	Pandapatan	Ubud	L	PNS	91111	01-01-2007	09/07/2032	SMEA	1993	Baru 9	VALID	(Dinas Kesehatan Kab ACEH													
21	D102	110104109672001	M.Rusli	L	PITT Deaf	Deaf		991991			SMA	1991	Baru 72	VALID	(Dinas Kesehatan Kab ACEH													
22	D102	110104030930003	Amanda Putra	Uma	SKM	P	PNS	91281	01-05-2015	03/06/2048	13201	2009	405001	NA (BELUM VALID)														
23	D102	110104060505001	Ns. Meil Yusrena	SK	P	PNS	91281	01-04-2009	28/05/2043	14901	2008	001011	NA (BELUM VALID)															

Aplikasi SISDMK Tahun 2012 Berbasis Excell



Aplikasi SISDMK Tahun 2012 Berbasis Desktop

Sosialisasi Lapangan

Seperti kejadian-kejadian sebelumnya, situasi paling krusial dalam membangun sistem informasi bukan pada saat merancang formula atau membuat *coding*, melainkan ketika harus menjelaskan sistem ini kepada pelaksana di lapangan, terutama mereka yang berada di daerah-daerah terpencil.

Proses sosialisasi memang bukan perkara mudah. Dalam pelaksanaannya, kendalanya seringkali terjadi karena kesenjangan komunikasi antara pusat dan daerah. Akibat cara pandang dan pemahaman yang tidak sama menyebabkan pola pikir juga tidak sama pula. Dari pengalaman Hery selama ini, inilah masa-masa paling berat yang harus dilaluinya dalam perjalanan pengembangan SI SDM Kesehatan; yakni ketika harus membangun *awareness* di kalangan masyarakat daerah.

Bagaimana tidak? Ada yang berpikir, proses pengumpulan data cukup dengan menunjuk seorang pelaksana yang bertugas mengumpulkan data ke daerah dan mendapat honor atas pekerjaannya. Usulan yang kelihatannya sederhana itu dalam prakteknya sulit diwujudkan karena data yang terkumpul akurasinya sangat diragukan. "Bisa jadi anggaran bisa terserap, tapi data tidak akan sampai ke pusat," ungkap Hery mencoba memahami krusialnya pengumpulan data yang sahih dan akurat.

Bagi yang memahami situasi di lapangan, model pengumpulan data yang bersifat anjuran, himbauan, laporan, ataupun bahkan penugasan, seringkali tidak akan mempan karena sudah terbentuk persepsi bahwa apa yang mereka lakukan itu tidak memberi manfaat bagi yang bersangkutan. Kendati mendapatkan imbalan, tetapi saja tidak antusias meresponnya karena dianggap hanya memberikan keuntungan sesaat.

Oleh karena itu, guna menghindari salah persepsi dan salah implementasi, saat itu Hery sengaja menyiapkan *power point* yang berisi langkah-langkah sosialisasi Sistem Informasi secara standar baku untuk *updating* ke provinsi-provinsi.



Selain itu, beragam cara pengumpulan data diujicobakan. Salah satu strategi yang cukup berhasil adalah mengubah *mindset* bahwa pengembangan Sistem Informasi itu seperti aplikasi ‘mainan’. Sehingga pelaksana di lapangan merasa seperti sedang bermain daripada menjalankan tugas. “Dengan aplikasi desktop, kamu kalau mainkan ini, dalam hitungan detik ada pertanyaan apa, excelnya bisa keluar. Senang kan punya mainan,” itu yang disampaikan kepada petugas pelaksana di lapangan.

Bagaimana hasilnya? “Untuk sementara waktu, cukup berdampak signifikan. Mereka merasa mendapatkan benefit dan senang karena bisa *updating* dengan pertemuan-pertemuan di kantor pusat dan melakukan sharing dengan daerah-daerah lain. “Kami berhasil menciptakan kontrol sosial melalui ‘kompetisi’ antarmereka sendiri. “Masing-masing saling melihat satu dengan yang lain, dan kami menciptakan situasi saling mendukung dan melengkapi,” lanjut Hery.

Sesungguhnya proses pengumpulan data secara besar-besaran pernah dilakukan pihak lain, seperti SIRS Online (Sistem Informasi Rumah Sakit Online) Dalam SIRS Online sudah terkumpul jumlah dokter dan penempatan kerjanya. Namun, lagi-lagi karena belum ada sistematika kerjasama dan kolaborasi, sehingga masing-masing berjalan sendiri. “Pada waktu itu kami seperti saling berkompetisi membuat siapa yang lebih lengkap, valid, dan terpercaya,” ujar Hery menganggap sebagai hal positif karena membangkitkan motivasi. Menurut Hery, kompetisi sehat jauh lebih baik ketimbang tidak saling melakukan perbaikan. “Waktu itu ada fenomena bahwa punya data tapi nggak dipercaya. Nggak dipakai orang. Lengkap, valid, tapi nggak dipercaya,” lanjutnya sehingga masing-masing pihak berlomba-lomba agar data yang dimiliki lebih lengkap, lebih valid, dan lebih terpercaya

Kemandirian Data

Secara bertahap upaya pengumpulan dan pembaharuan data SDM Kesehatan terus dilakukan. Hery menyadari, di awal-awal pekerjaan penguatan Sistem Informasi sekitar medio 2012 - 2015an , di saat itulah paling menantang yang harus dilaluinya. Ibarat sedang melakukan ‘babat alas’, ia bersama tim kerjanya bergulat penuh menyusun strategi, membuka jalur komunikasi ke daerah-daerah seluruh Indonesia, sekaligus melakukan sosialisasi.

Menurut Hery, upaya ‘babat alas’ merupakan pekerjaan dan tanggung jawab yang tidak ringan. Program pembenahan Sistem Informasi SDM Kesehatan ini menjangkau ke seluruh Indonesia, dari Sabang sampai Merauke yang terdiri dari sekitar 15 ribu pulau dan 514 kabupaten. Bisa dibayangkan betapa beratnya kondisi lapangan yang terjadi.

Di Provinsi Maluku, misalnya, terdapat 11 kabupaten kota yang ada di beberapa pulau berbeda. Kota Tual, contohnya. Akses menuju kesana perlu menggunakan transportasi laut Ferry sekitar 8 jam atau dengan pesawat udara sekitar 30 menit lebih. Dari Kota Tual menuju kecamatan-kecamatan, juga membutuhkan usaha besar karena hubungan antarkecamatan dipisahkan oleh lautan.

Ada pula Seram Bagian Barat. Sama seperti Kota Tual, untuk menuju kota ini harus ke tempat penyebrangan sekitar satu jam, kemudian kita naik ferry satu jam setengah (itu bisa naik mobil), kemudian dari dermaga Waipirit kita ke ibukota kabupaten itu satu jam dengan kendaraan mobil.

Dengan kondisi geografis seperti itu – memiliki 17.001 pulau besar maupun kecil, mustahil jika tidak ada kendala dalam hal teknologi dan manusianya. Oleh sebab itu, teknologi menjadi persoalan yang cukup krusial dalam Sistem Informasi. Karena gangguan jaringan dan lain-lainnya membuat penanganan teknologi terganggu.

Yang terpenting, sebagai sebuah program dengan visi besar: menjadi instrumen utama pengambilan keputusan terkait SDM kesehatan di Indonesia, harus didukung sepenuhnya, demi terwujudnya derajat kesehatan yang optimal.

Tidak hanya dari sisi teknologi yang harus menerima permakluman. Demi mendapatkan kemandirian data, proses pendampingan (manusia) juga membutuhkan perlakuan khusus. Misalnya, untuk upaya pengawasan sekaligus *updating*, beberapa wilayah tertentu membutuhkan kunjungan lebih dari 2 kali/tahun. “Faktanya memang demikian. Kondisi di lapangan dengan petugas yang sering berganti-ganti, dibutuhkan keterlibatan pusat untuk terus mendampinginya,” lanjutnya menutup wawancara

Konsep Sistem Informasi SDM Kesehatan :

SERANGKAIAN SUBSISTEM INFORMASI YANG MENYELURUH DAN TERKOORDINASI BAIK DI PUSAT MAUPUN DI DAERAH YANG MAMPU MENGHASILKAN INFORMASI TERKINI DAN AKURAT GUNA MENDUKUNG PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN

Hery Hermawanto, 2012

Saya besok ada undangan Raker, tolong siapkan gambaran tenaga kesehatan di kabupaten kita, data yang terkini ya...

Puskesmas mana yang masih kurang tenaga preventif promotif ya??? Saya harus lapor Kadinkes segera!!!



Ini ada pertanyaan anggota Dewan tentang pemenuhan tenaga kesehatan di wilayah kabupaten kita, coba buat bahan paparan saya!!!



Ilustrasi Problematika Sebelum Dibangun Sistem Informasi SDMK

BAB II

Tinggal Landas

Berbekal kesadaran pentingnya pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan, laju perkembangan Sistem Informasi semakin tak terbendung; bergerak cepat temukan jalan sebagai platform informasi yang paling kredibel, terpercaya, dan menjadi tulang punggung yang membanggakan induknya: Badan PPSDM Kesehatan.



Optimisme terpancar kuat dari wajah **Dr. dr. Andreasta Meliala, DPH., M.Kes., MAS.** ketika disodorkan pertanyaan tentang perkembangan Sistem Informasi –SDM Kesehatan. Sebagai konsultan ahli BPPSDM Kesehatan periode 2018 – 2020 , Andreasta yang juga mengelola manajemen Rumah Sakit dan Ketua Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan FK-KMK UGM mengatakan bahwa tren global semua mengarah pada proses penguatan Sistem Informasi SDM Kesehatan. Hal itu terjadi karena kebutuhan tantangan kesehatan yang semakin berat dan *complicated*.

Seperti halnya negara-negara lain, begitu juga di Indonesia, seringkali kita hanya memiliki data-data secara terpisah tentang pendidikan, pelatihan jumlah dokter/spesialis, data rumah sakit, penempatan kerja, dsbnya, tetapi memiliki keterbatasan dalam menyiapkan sistem informasi yang dapat mengintegrasikan dan mengidentifikasi data-data yang tersebar menjadi sebuah kekuatan. “Nah, saya diminta membantu menyiapkan SI SDM Kesehatan menjadi platform informasi yang paling kredibel dan yang paling mudah dijangkau bagi siapapun sehingga semua akan merujuk kesana,” jelas Andreasta lugas.

Complicated

Kehadiran Andreasta di lingkungan Kementerian Kesehatan bukan karena kebetulan. Sepulang dari menempuh pendidikan master di Austria, ia diminta oleh senior di UGM untuk memilih salah satu komponen di dalam sistem kesehatan apa yang harus didalami. Komponen sistem kesehatan itu ada logistik, sistem informasi, SDM, rumah sakit. “Saya mendalami SDM karena dengan segala pertimbangan, mendalami SDM yang paling memungkinkan,” kenangnya 20 tahun silam.

Pilihan itu terbukti tidak salah. Ketika Dr. dr Gemala Rabi'ah Hatta, MRA., M.Kes sebagai ahli di bidang manajemen rekam medis dan manajemen Informasi Kesehatan Indonesia, mengutarakan idenya yang *out of the box* agar SDM Kesehatan mendapat chip untuk mengetahui kemana saja mereka bergerak karena sulitnya mengidentifikasinya, Andriasta terdorong mengenal lebih jauh tentang SDM Kesehatan. “Ternyata benar-benar *complicated*. Ada dokter terdaftar di Kalimantan, tapi orangnya di Jakarta,” ujarnya karena registrasi yang tidak terlalu bagus.

Semakin didalami, permasalahan SDM Kesehatan juga makin membukit. Persoalan pada umumnya terkait dengan informasi yang tidak sama antara data dan realita. Cara pencatatannya pun tidak ada keseragaman, sehingga kemungkinan mendapatkan data yang berbeda itu sangat besar.

Andreasta mengakui, ada banyak faktor penyebabnya, antara lain terkait dengan kemajuan teknologi yang tidak merata, sehingga kualitas informasi SDM Kesehatan pun tidak sama. Oleh karena itu, usaha menyiapkan Sistem Informasi SDM Kesehatan di tahun-tahun awal 2012, menurut Andriasta sangat membanggakan dan patut diacungi jempol.

Kesadaran bahwa sistem informasi diharapkan menjadi instrument utama pengambilan keputusan terkait SDM Kesehatan di Indonesia, bagi Andreasta merupakan sebuah kemajuan. Karena persoalan kita selain teknologi juga kualitas informasi sebagai dasar untuk mengambil keputusan atau membuat kebijakan masih lemah, dan bahkan seringkali terbelah. “Maksud saya, di Badan ada informasi sendiri, di Kuningan ada informasi sendiri, di daerah ada informasi sendiri. Begitu disatukan di meja, nggak ada yang sama,” ungkapnya menyayangkan.

Maka dari itu, keberadaan Sistem Informasi SDM Kesehatan diharapkan menjadi platform informasi bersama di dalam Kementerian Kesehatan yang dapat memetakan kondisi SDM Kesehatan secara akurat dan lengkap. “Jika ada kebutuhan pertanyaan tentang SDM Kesehatan, maka Sistem Informasi SDM Kesehatan harus menjadi rujukan pertama yang paling kredibel karena paling valid datanya,” itu harapannya.

Menjadi Dirjen

Andreasta mengibaratkan Sistem Informasi SDM Kesehatan seharusnya ibarat dirjen yang mengatur banyak suara menjadi sebuah harmoni. Ia percaya, hal itu mudah dilakukan karena sesungguhnya sumber-sumber data yang tersedia saat ini sudah sangat banyak. Data-data SDM Kesehatan di kantor Pusat (Kuningan –Red.), misalnya, atau data yang ada di SIRS Online, contoh lain lagi, dapat dihimpun dan dicocokkan satu dengan yang lain oleh Sistem Informasi SDM Kesehatan. “Jadi *enabling*-nya satu regulasi, itu menjadi sangat powerful,” ungkapnya lagi.

Dikatakannya, kemajuan teknologi sekarang sudah sangat maju dibanding dulu. Teknologi merupakan salah satu aspek peluang sekaligus tantangan perkembangan Sistem Informasi SDM Kesehatan, di samping organisasi dan manusia. “Dari ketiga aspek itu, yang harus digarisbawahi adalah yang terakhir itu, manusia,” kata Andreasta menegaskan.

Mengapa? “Teknologi bisa dibeli, organisasi bisa dibuatkan peraturannya, tapi kalau manusia harus ada intervensi secara khusus karena memang paling *challenging*,” jawabnya dari pengalaman selama ini. Tapi, Andreasta optimistis semakin banyak SDM yang memiliki ketertarikan mengulik data dan angka seperti tren yang berkembang saat ini.

Bahkan, menurut Andreasta, kini Sistem Informasi SDM Kesehatan sudah mulai terbentuk wujudnya. “*Badan PPNSDM itu sekarang sudah center stage; ada ditengah. Itu progress yang menggembirakan ketika Menteri selalu menyebut soal SDM dengan menunjuk ke Badan PPNSDM, bukan ke Ropeg (Biro Kepegawaian –Red.)*”, tegasnya.

Tren Global

Memang harus diakui bahwa kemudahan dan kecepatan perkembangan baik ini didorong oleh tren global yang terjadi di belahan dunia. Sejak adanya koitmen global yang tertuang dalam Millenium Development Goals (MDGs) di tahun 2000, penguatan terhadap sistem kesehatan dan SDM kesehatan memang menjadi perhatian utama. Pencapaian terhadap target MDGs terkait kesehatan pun diakui berkaitan langsung dengan pasokan dan distribusi yang memadai dari tenaga kesehatan terlatih sehingga menghasilkan advokasi untuk peningkatan tindakan dan investasi dalam SDM Kesehatan.

Kesadaran ini terjadi disertai dengan seruan internasional untuk memperkuat sistem untuk merekam dan memperbarui angka petugas kesehatan yang seringkali tidak ada yang kemudian menjadi hambatan besar bagi pengembangan kebijakan berbasis bukti tentang pengembangan SDM.

Menurut Andreasta, sejak saat itu terjadi peningkatan terhadap sistem untuk mengumpulkan dan menyebarluaskan informasi terkait tenaga kesehatan suatu Negara. Hal itu merujuk terhadap sistem informasi sumber daya manusia dan menjadi komponen integral dari penilaian kinerja dan penguatan sistem kerangka kerja SDM Kesehatan Nasional. "Jadi, mau tidak mau, semua itu harus diikuti. Termasuk di WHO membuat namanya *National Health Workforce Accounts (NHWA)*. NHWA itu semua yang berhubungan dengan SDM, mulai dari produksi sampai penempatan, ada dalam satu grup. Ada *technical working group*-nya. Ini yang dijalankan terus oleh Badan PPSDM", urainya panjang lebar.

Andreasta meyakinkan, bahwa semuanya itu kebetulan momentumnya bersamaan. "Teknologinya ada, regulasinya bergerak, *global trend*-nya ada. Klop.", tukasnya gembira bahwa Sistem Informasi SDM Kesehatan akan menjadi platform utama dan dia menjadi *backbone* untuk semua kegiatan. "Jangan pesimis. Saya katakan, ibarat rumah. Ini sudah berbentuk, walaupun belum perfect; daripada dulu, yang belum ada rumahnya," tegasnya sekali lagi. Andreasta meyakini, ke depan nantinya, semua kebijakan yang diambil, berbasis data yang hanya ada di Sistem Informasi SDM Kesehatan. "Jadi SI-SDMK sebagai penetas data, ya harus dirawat. Harus dikembangkan," lanjutnya menegaskan.



dr. I.G.A.N. Apriyanti Shinta Dewi, MARS, sebagai penanggung jawab penguatan Sistem Informasi SDM Kesehatan saat itu, periode 2018-2020, mengakui memang seperti terbentang jalan mulus saat itu. Shinta dan Timor adalah staf Sub Bagian Data dan Informasi yang dipromosikan menjadi Kepala Sub Bagian Data dan Informasi secara berturut-turut setelah Hery. Hal ini mempunyai dampak positif dalam pengembangan SISDMK karena menjadikan konsep pengembangan yang berkesinambungan dan berkelanjutan serta menguatkan kelangsungan hidup SISDMK sehingga bermetamorfosa menjadi platform layanan SDMK.

Namun demikian, secara internal ternyata masih ada sedikit keraguan. Upaya babat alas yang dilakukan pelaksana sebelumnya, belum menyentuh seluruh pihak terutama mereka yang berada di daerah tertinggal dan terluar. "Belum semuanya siap menggunakan teknologi *online* karena ada beberapa daerah belum mempunyai jaringan bagus saat itu," ujarnya.

Akhirnya dipilih 10 provinsi untuk mengembangkan aplikasi Sistem Informasi SDM Kesehatan secara online dan diputuskan meninggalkan model Excel, yakni: DKI Jakarta, Jawa Barat, DIY, Jawa Timur, Jawa Tengah, Sulawesi Selatan, Maluku, Riau, Kalimantan Barat, dan Papua Barat. Kesepuluh provinsi secara khusus mendapatkan pendampingan untuk melaksanakan pengumpulan data langsung di aplikasi. Kemudian ditambah beberapa fitur-fitur yang terintegrasi dengan NIK, dengan Dukcapil, hasilnya sangat menggembirakan.

Menurut Shinta, sebenarnya kesiapan internal untuk meng-onlinekan sistem itu cukup mudah dan sederhana. Kalau berdasarkan sarana & prasarana, serta pertimbangan-pertimbangan yang lain-lain, seperti server, memori dan lain-lain, sudah sangat memadai. Pun, dari kesiapan SDM (manusia) di tiap-tiap provinsi juga sudah menyediakannya. Sehingga secara umum tidak ada masalah.

Membuat Hasil

Tak membutuhkan waktu lama, upaya penguatan Sistem Informasi SDM Kesehatan mulai membuat hasil. Ketika SIstem Informasi SDM Kesehatan menjadi data warehouse, maka berbagai kemungkinan pemanfaatannya dapat dilakukan. Salah satu yang menarik adalah pengembangan *business intelligence* supaya data-data yang dari sistem berbeda, bisa masuk ke SI-SDMK , dan kemudian diintegrasikan. Dengan demikian, orang yang membutuhkan analisa per gender, pernakes, perjenis atau apa (semacam pivot), dapat terbantu olehnya,

Menyusun roadmap (peta jalan) adalah strategi berikutnya penguatan Sistem Informasi SDM Kesehatan. Mengapa dibutuhkan peta jalan? Karena yang dibutuhkan sekarang adalah pemetaan isu dan situasi sistem informasi SDM Kesehatan yang ada serta prioritas dan langkah strategis mengembangkan sistem informasi tersebut.

Hal ini penting dengan tujuan enam hal. Pertama, agar dapat mendeskripsikan situasi pelaksanaan sistem informasi SDM kesehatan di BPPSDM Kesehatan. Kedua, memetakan permasalahan dalam pelaksanaan penggunaan sistem informasi SDM Kesehatan, khususnya aplikasi SI-SDMK. Tiga, mendefinisikan visi dari Sistem Informasi SDM Kesehatan. Empat, mendeskripsikan agenda teknis dan kebijakan untuk mencapai visi tersebut. Lima, menentukan standar teknologi yang selaras dengan arsitektur sistem informasi kesehatan secara keseluruhan di kementerian Kesehatan. Terakhir, keenam, untuk memetakan rekomendasi langkah-langkah spesifik untuk pelaksanaan.

Andreasta membenarkan peta jalan sangat bermanfaat untuk melihat Sistem Informasi SDM Kesehatan ke depan, dengan kelebihan dan kekurangannya. Peta jalan akan menjadi alat mengukur potensi dan daya dukung serta kendala-kendala yang dihadapi ketika menuju sasaran tertentu.

Sejauh proses pembuatan peta jalan yang diikutinya , Andreasta melihat Sistem Informasi –SDM Kesehatan akan jadi sumber informasi utama tentang SDM Kesehatan.”Karena semua kegiatan di dalam komponen sistem kesehatan itu, (logistik, rumah sakit dan puskesmas, regulasi, SDM, pembiayaan), prime mover-nya adalah SDM. Jadi mau tidak mau, informasi tentang SDM itu harus ada,” tegasnya jika tidak dikhawatirkan terjadi complain dari banyak pihak karena interaksi antar komponen dalam sistem ini semakin intens.

Kolaborasi, Kata Kunci

Selain menjadi sumber informasi vital, diakui Andreasta, *output* Sistem Informasi SDM Kesehatan juga masih fungsional saja. “Belum ada nilai tambah. Jadi data hanya dibaca sebagai data mentah, tapi sebenarnya belum kan bisa juga dimaksimalkan jika ada variabel lain yang kemudian dimasukkan,” ungkapnya. Menurutnya, akan menjadi menarik bagi masyarakat jika ke depan banyak nilai tambah yang dirasakan

Dikatakan Andreasta, dalam peta jalan yang disusun sebenarnya memang tidak hanya menampilkan potret dekriptif, melainkan juga potret analytic-nya. “Jadi di peta itu langsung kelihatan mana-mana temuan deskriptif dan analitiknya sehingga kita tahu apa yang akan dilakukan berikutnya,” ujar Andreas.

“Kuncinya itu di analisa data, kemudian juga mencari variabel-variabel baru. Toh mesinnya sudah ada,” kata Andreas dibutuhkan kreativitas dan kemampuan mengembangkan nilai-nilai tambah yang bermanfaat untuk masyarakat. “Saya rasa banyak daerah yang mau mengembangkan kreativitas. Cirebon, misalnya,” kata Andreas mencontohkan.

‘Cirebon Satu Data’ adalah portal data statistik sektoral di Kota Cirebon yang dibuat pemerintah Kota Cirebon melalui Dinas Komunikasi, Informatika, dan Statistik untuk mewujudkan Cirebon Smart City dimana segala informasi dari berbagai sektor akan terintegrasi dalam satu wadah yang mudah diakses oleh berbagai pihak, khususnya masyarakat Kota Cirebon.



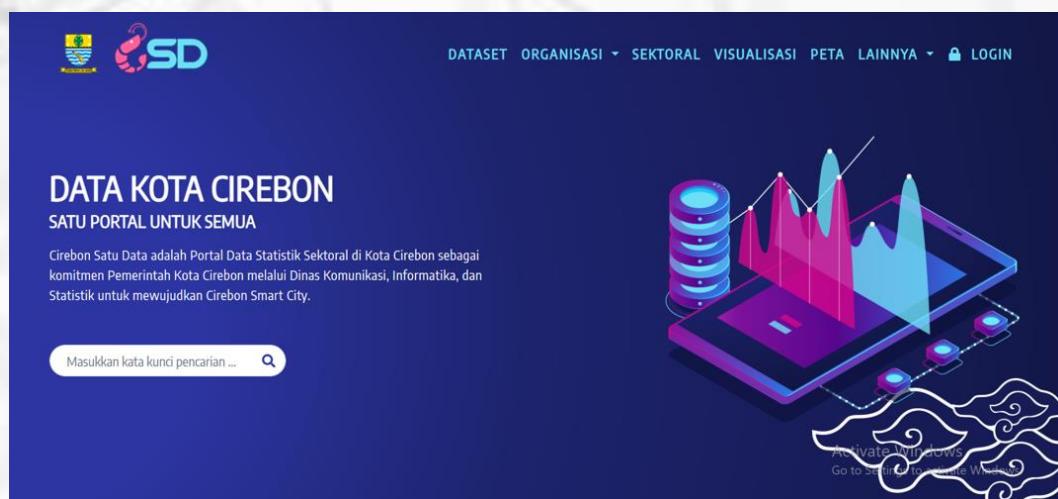
Halaman Muka Cirebon Smart City

Kreativitas ini dilakukan berkat kerjasama dengan banyak pihak. Menurut Kepala Dinas Komunikasi, Informatika dan Statistik (DKIS) Kota Cirebon, **Ma'ruf Nuryasa S.AP**, terutama dengan SI-SDMK Kota Cirebon.

Ada lagi, Cirebon Lengko (Layanan Elektronik Kesehatan Online). Ini juga program kolaborasi Dinas Kesehatan Kota Cirebon dengan Pemerintah Daerah setempat. Program ini merupakan program sistem pelayanan antrian *online* dan informasi berbasis android mengenai ketersediaan ruang rawat inap di RSUD Gunung Jati Cirebon.

Menurut Andreas, kolaborasi adalah pintu masuk untuk pengembangan dan pemanfaatan Sistem Informasi SDM Kesehatan ke depan. Bekal yang dibutuhkan dalam kolaborasi adalah kesediaan membuka diri dan menyamakan persepsi. “Kita memang masih alot di sini. Penyamaan persepsi itu lama sekali. Apalagi menghilangkan kecurigaan tidak mudah,” ungkapnya di samping disparitas kemampuan dan teknologi yang menjadi kendala.

Tapi, Andreasta percaya, berbagai kendala itu bakal menyingkir satu per satu. Yang terpenting sekarang, siapapun yang membidangi Sistem Informasi SDM Kesehatan harus percaya diri, harus confident dengan Si-SDMK-nya. “Jangan sampai kita sendiri yang membuat, mengembangkan, tapi kita sendiri nggak *pede* menggunakannya,” himbauannya. Bagi Andreasta, ketika kita ditugasi mengawal sebuah sistem, mulai dari input data, lalu memverifikasi, memvalidasi, hingga menyajikannya ke banyak orang, harus percaya diri.



Halaman Muka Data Kota Cirebon

BAB III

Peta Jalan

Ujung dari perjalanan memperkuat Sistem Informasi SDM Kesehatan adalah dengan disusunnya peta jalan yang memandu visi dan misi membangun ekosistem yang kokoh dan terintegrasi dari seluruh sektor kesehatan serta bisa memetakan isu dari situasi saat ini sekaligus menetapkan prioritas langkah strategis dalam mengembangkan sistem informasi agar lebih baik lagi.



Pengalaman mengurus program Nusantara Sehat mengajarkan sesuatu kepada **Dr. Mawari Edy, M.Epid, Kepala Bagian Program dan Informasi, Sekretariat Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (BPPSDMK)**, yakni pentingnya keterbukaan, kolaborasi, dan inovasi. Untuk mendapatkan hasil kerja terbaik, siapapun harus siap membuka diri, lalu jangan ragu-ragu menjalin kerjasama /kolaborasi; dan jangan lelah mencoba hal baru/berinovasi.

Medio 2016-2017, Mawari Edy bersepakat dengan Hery Hermawanto yang kala itu duduk Kepala Sub Bagian Data & Informasi BPPSDMK memanfaatkan data individu yang sudah mulai dirintis beberapa waktu sebelumnya. Alasannya, aplikasi Nusantara Sehat (NS) yang ada sebelumnya kurang meyakinkan. Selain itu, aplikasi tidak dimiliki sendiri dan sangat tergantung dengan pihak luar. “Dengan segala pertimbangan, saya putuskan mengganti developer dan membangun aplikasi baru berbasis data individu”, kenangnya 7 tahun lalu.

Diakuinya, keputusan itu memang cenderung nekat. Walaupun demikian, Mawari Edy percaya, ke depannya akan berbuah manis. Setidaknya data-data yang terhimpun jauh lebih stabil dan aman. Yang terutama tidak ada ketergantungan dengan pihak lain karena aplikasi dan pengolahannya dilakukan sendiri. “Memang awalnya agak *njlimet*. Business process-nya dibuat dalam tahapan-tahapan, yang setiap tahapan variabelnya ditentukan masing-masing, hingga *data flow diagram*-nya pun dibuatkan petanya, namun itu pilihan terbaik untuk ke depannya,” ungkapnya meyakinkan.

Terbukti hingga sekarang Sistem Informasi SDM Kesehatan masih menjadi satu-satunya data pendukung yang berafiliasi dengan Nusantara Sehat (NS) melengkapi sistem informasi yang ada. Kendati belum maksimal, namun Mawari Edy percaya sistem informasi SDM Kesehatan akan terus berkembang dan semakin memberi manfaat bagi kepentingan NS, terutama membantu penempatan tenaga kesehatan di wilayah-wilayah yang jauh dari pantauan pusat.

"Ada sekitar 10 tahapan, mulai pendaftaran untuk rekrutmen, seleksi administratif, seleksi potensinya, lalu kemudian mekanisme pengumumannya, mekanisme pelatihan, pemberangkatan, penjadwalan, pelatihan penjadwalan, pemantauan kondisi di lapangan (laporan, presensi, dsb), lalu kemudian pemulangan, monitoring, dan yang terakhir tentang lokasi penempatan, semua sudah ada aplikasinya," papar Mawari Edy menjelaskan proses yang disiapkan sebagai bentuk keseriusannya memanfaatkan data Sistem Informasi SDM Kesehatan. Meskipun belum terkoneksi satu dengan yang lain, ia berharap, bisa mengintegrasikan aplikasi tahapan-tahapan tersebut. "Saya pikir, mumpung saya masih disini," ujarnya bersyukur akhirnya aplikasi berhasil diintegrasikan tahun 2019.

Penguatan dan Pemanfaatan

Mawari Edy mengatakan penguatan dan pemanfaatan Sistem Informasi BPPSDMK sangat dipengaruhi oleh perkembangan teknologi informasi dan dukungan pendonor dari USAID. Karena perkembangan teknologi informasi semakin canggih dan aktivitas lembaga-lembaga dunia semakin besar, sehingga kebutuhan sistem informasi semakin meningkat hingga terjadi penguatan model dan kegunaannya. Suatu hal yang wajar karena semua bergerak melalui proses dan pelibatan penuh infrastruktur lainnya.

Penguatan sistem informasi sumber daya manusia kesehatan karena dorongan menjadikan sistem informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) sebagai komponen integral penilaian kinerja dan penguatan sistem kerangka kerja SDMK Nasional. Model Sistem Informasi SDMK (SI SDMK) melibatkan proses standar untuk pengambilan data, manajemen, dan digunakan untuk memberikan informasi yang akurat, tepat waktu, komprehensif terhadap profil ukuran tenaga kerja, komposisi, dan penyebaran. Dengan demikian, ketika dirancang dan diimplementasikan secara komprehensif, SI SDMK akan memberdayakan pengambil keputusan untuk mengantisipasi berbagai masalah terkait tenaga kesehatan, seperti pasokan yang tidak mencukupi, pasokan pekerja yang lebih muda , dsbnya.

SDMK menfasilitasi integrasi dari data tenaga kerja di berbagai titik informasi. Misalnya, SI SDMK dapat memastikan Kementerian Kesehatan atau penyedia layanan kesehatan lainnya bahwa tenaga kesehatan profesional memiliki kredensial yang tepat dan memenuhi syarat untuk bekerja berdasarkan sistem yang mengaturnya. Sistem Informasi SDM Kesehatan digunakan untuk menyusun data pekerja di fasilitas kesehatan yang dioperasikan pemerintah, swasta, dan fasilitas lintas Negara. Sistem ini mengumpulkan data tentang semua sumber daya manusia: dokter, perawat, dan bidan. Selain itu, juga dikumpulkan kategori profesi lainnya, teknisi kesehatan yang terkait, serta manajemen dan personil pendukung yang diperlukan untuk suatu fungsi dalam sistem kesehatan.

Selain itu, dengan menghubungkan data Sistem Informasi SDM Kesehatan dengan informasi kesehatan yang lebih luas –seperti beban penyakit, pemanfaatan layanan kesehatan, dan hasil pengobatan pasien—dapat menjadi alat yang ampuh dalam memprioritaskan alokasi sumber daya untuk pelatihan dan penempatan tenaga kesehatan untuk mencapai tujuan sistem kesehatan.

Intinya, kebutuhan akan informasi yang berkualitas sangat mendesak saat ini untuk memastikan efisiensi yang lebih besar dalam sistem kesehatan serta memastikan peningkatan akuntabilitas dan atat kelola yang baik melalui pemantauan kinerja nasional. Sebuah perjuangan untuk mencapai Sistem Informasi SDM Kesehatan yang berkualitas dibutuhkan usaha besar, proses yang terus menerus, dan komitmen untuk berinovasi mengembangkan diri.

Moment Of Truth

Keberhasilan pemanfaatan Sistem Informasi SDM Kesehatan mendukung data tenaga kesehatan untuk Nusantara Sehat ternyata menjadi awalan untuk keberhasilan lainnya. Pencapaian yang tak kalah fenomenal adalah saat mendukung program vaksinasi tenaga kesehatan awal 2021. Sebuah *moment of truth* ketika dalam waktu singkat SI-SDMK berhasil menyerahkan data-data tenaga kesehatan di seluruh Indonesia dengan kelengkapan dan tingkat akurasi tinggi.

Mawari Edy menceritakan, pada awalnya BPPSDMK cukup gamang saat Pemerintah mendadak membutuhkan data para tenaga kesehatan sebagai penerima perdana vaksinasi Covid-19. Walaupun saat itu SI-SDMK sudah mengumpulkan *database* para tenaga kesehatan, namun sebenarnya proses validasi masih terus berlangsung. “Jujur awalnya kami ketar-ketir khawatir *database* tenaga kesehatan yang terkumpul masih jauh dari harapan,” ujar Edy terus terang.



Namun demikian, menyadari penting dan mendesaknya *database* tenaga kesehatan untuk mengatasi pandemi Covid-19 yang semakin menghebat di medio 2020 -2021, Mawari Edy beserta seluruh tim SI-SDMK yang bertugas mengumpulkan *database* tenaga kesehatan terpacu melaksanakan tugas validasi. Digambarkan **Timor Utama, S.Kom., M.M.S.I.. Kepala Subbagian Data dan Informasi, Bagian Program dan Informasi, Sekretariat BPPSDMK**, saat itu bersama seluruh tim SI-SDMK, berhari-hari harus bekerja lewat waktu untuk menyelesaikan pengumpulan dan validasi data tenaga kesehatan sebaik-baiknya

Harapan besar Pemerintah dan dorongan tinggi Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin memacu kerja seluruh tim BPPSDMK guna menghasilkan data lengkapnya. Saat itu awal kondisi pandemic data apapun terkait tenaga kesehatan terutama persiapan vaksinasi diminta setiap hari update terkait jumlah dan jenis tenaga kesehatan untuk disampaikan ke pak Menteri. Ujar Timor Utama

Saat itu diakui Mawari Edy, masih ada suara-suara meragukan kemampuan kerja mereka. Namun, tim SI-SDMK tidak peduli. Mereka berusaha tetap fokus melengkapi data-data yang sudah ada. “Kami berkesimpulan subjektif bahwa selamanya tidak akan ada data sempurna. Maka, yang bisa kami lakukan hanya berusaha melengkapi data sebaik mungkin, termasuk mencari mitra kolaborasi seperti dari Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil (Dukcapil),” tegas Mawari Edy bertekad tidak akan menya-nyiakan kepercayaan yang diterimanya.

Pernyataan Menkes Budi Gunadi Sadikin bahwa data yang akurat menjadi landasan penting untuk menyusun kebijakan yang tepat sasaran. Oleh karena itu, guna mendukung kebijakan tepat sasaran, SI-SDMK berusaha menghasilkan data selengkap-lengkapnya. Mawary Edi bersama jajarannya bertekad *all out* mendukung program Pemerintah, sekaligus mencari solusi agar dapat mengumpulkan data tenaga kesehatan lebih banyak lagi.

Beragam upaya pengumpulan data dicoba dilakukan BPPSDMK. Salah satu diantaranya, menyiapkan fitur IKP (Indikator Kinerja Program) yang bisa memonitor kegiatan harian yang telah terprogram. Hal ini memudahkan SI- SDMK dalam memantau kinerja SDMnya, termasuk pelatihan-pelatihan yang perlu dikembangkan, memahami jenjang karier, mengatur indeks performa, dsbnya. Selain itu, demi mendapatkan data yang lebih besar lagi -- untuk sementara data tenaga kesehatan yang terkumpul masih 1500 orang-- , SI-SDMK menjalin kerjasama (kolaborasi) dengan BPJSTK (BPJS Ketenagakerjaan). "Kami tawarkan bentuk kerjasama saling menguntungkan dengan pihak mereka," ungkap Edy yang mendapat respon baik dari BPJS Ketenagakerjaan. Berkat kolaborasi itu, angka tenaga kesehatan yang terkumpul meningkat menjadi 6000 orang. "Saya semakin yakin jika bisa memperoleh data individu, maka hasilnya akan lebih besar lagi dan riil," lanjut Mawari Edy

Berbuah Manis

Keyakinan Mawary Edi akan memperoleh data individu lebih besar terbukti benar. Dalam perkembangannya ketika dilakukan pengumpulan data individu tenaga kesehatan melalui mekanisme dan sistem berbasis individu berhasil terkumpul data tenaga kesehatan sebesar 13.638 orang, meningkat hampir dua kali lipat dari angka 6000 orang sebelumnya.

Realitas itu menjadi angin segar bagi seluruh tim SI-SDMK untuk melanjutkan proyek besarnya, menjadi terdepan dalam pemilikan data SDM Kesehatan. Apalagi, angka tersebut belum termasuk iming-iming insentif COVID-19 seperti sekarang.

Bagi Mawary Edi, program insentif memang menjadi semacam *blessing in disguise*, berkah terselubung bagi tim SI-SDMK yang bergulat mengumpulkan data tenaga kesehatan di lapangan.

Mengapa demikian? Tak dipungkiri bahwa para tenaga kesehatan bersedia mengirimkan data dirinya lengkap karena 'tertarik' dengan janji Pemerintah memberikan insentif selama pandemic Covid-19 berlangsung. Walaupun terkesan 'transaksional' terbukti lebih *powerful* untuk menarik data, ketimbang hanya memberikan anjuran/himbauan. Ketika dijanjikan bakal mendapat insentif bagi mereka yang bersedia mengisi data, maka dengan sukarela para tenaga kesehatan ini beramai-ramai memasukkan datanya. Bahkan mereka mau inisiatif menyodorkan namanya (data)nya kepada tim SI SDM Kesehatan. "Pembelajaran buat kami, bahwa karakteristik umum teman-teman di tenaga kesehatan memang seperti itu" lanjut Mawari Edy bahwa harus ada transaksi yang saling menguntungkan untuk mendapatkan data yang diharapkan.

Kuncinya, Mawari Edy menyimpulkan, dalam transaksi data harus ada interoperabilitas. "Kami harus menjadi *data supply* untuk banyak kepentingan. Setelah itu kami yakin bahwa data komplit," ujarnya sehingga harus dipikirkan bagaimana menyiapkan infrastruktur dan mendukung karakteristik semacam itu.

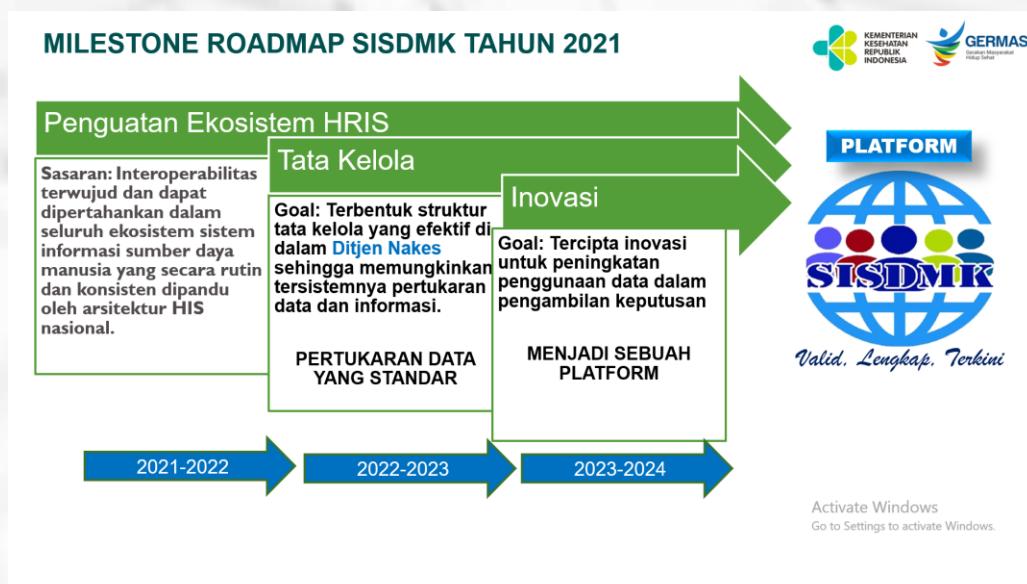
Fenomena insentif bagi para tenaga kesehatan membuktikan hal tersebut. Setelah menggunakan pendekatan transaksional tersebut, akhirnya SI-SDMK berhasil menghimpun data 1,2 juta orang tenaga kesehatan lengkap dengan nama, alamat, jenis pekerjaan, dan tipe fasilitas kesehatan yang dimiliki.

Sejauh ini diungkapkan dr. Kirana Pritasari, MQIH, staf Ahli Menteri Kesehatan, jumlah insentif yang sudah dibayarkan sepanjang tahun 2021 sebesar Rp 5,865 triliun kepada 12 tipe faskes. Rata-rata jumlah bayar yang dilakukan Kementerian Kesehatan setiap bulannya mencapai Rp 800 miliar. Namun angka ini bersifat fluktuatif, tergantung pada ketepatan pengajuan oleh faskes serta perkembangan kasus di daerah.

Peta Jalan

Sebagai Kepala Bagian Program dan Informasi, Sekretariat Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (BPPSDMK), dr Mawari Edy memahami peran SI-SDMK ke depan akan semakin kompleks karena fungsi dan perannya yang membawa data dan informasi yang sangat vital.

Dalam implementasinya memenuhi data yang cepat dan akurat, SI- SDMK tidak berdiri sendiri. Dibutuhkan dukungan dari pihak-pihak luar agar sistem informasi yang dibangun besar dan optimal. Untuk itu, dibutuhkan peta jalan yang komprehensif, tepat guna, strategis untuk dapat digunakan sebagai penguatan ekosistem terkait Sistem Informasi SDM kesehatan



Peta Jalan SISDMK Tahun 2021

Seperti gambaran peta jalan di atas, ada 6 aspek yang memengaruhi penguatan SI SDMK. Pertama, kebijakan/regulasi pendukung. Yang dimaksudkan adalah kebijakan /regulasi yang berhubungan dengan sistem informasi maupun pengelolaan SDM Kesehatan di Indonesia. Kedua, memahami pendekatan model **HOT** (*Human, Organization, & Technology*) dalam pembangunan sistem informasi yang berkualitas. Model HOT menempatkan komponen penting dalam sistem informasi. Tiga, memberi perhatian pada kelengkapan data berdasarkan minimum data set seperti yang direkomendasikan WHO dalam membangun sistem informasi SDM Kesehatan

Empat, tidak melupakan 9 prinsip digital yang sudah disahkan *SDG Digital Investment Framework*. Kerangka ini merupakan instrumen yang dipakai Pemerintah untuk merencanakan strategi digital, mengembangkan sistem yang telah ada, atau menciptakan investasi baru dalam produk digital lintas sektor. (*baca: Prinsip Digital Penguatan Sistem Informasi SI-SDM Kesehatan –Red*). Terakhir, enam, sistem informasi yang memungkinkan interoperabilitas antarsistem. Di sini pun harus menitikberatkan keamanan data untuk memastikan privasi data tetap terjaga dan tidak disalahgunakan.

Mawari Edy mengatakan, jika sistem informasi SDM Kesehatan dilakukan tepat guna, maka akan menghasilkan sistem informasi yang berkualitas. Ia mampu menjadi mesin penggerak akun Tenaga Kesehatan Nasional /NHWA (*National Health Workforce Accounts*) yang terus berkembang dinamis dan diperbarui. Akun Tenaga Kesehatan Nasional /NHWA selalu membutuhkan data-data SDM Kesehatan terbaru, sehingga penguatan SI-SDMK merupakan langkah awal mencapai tujuan dengan tetap relevan dengan jaman.

Bagi Mawari Edy, peta jalan adalah solusi terbaik membangun masa depan Sistem Informasi secara bersama-sama dengan bekal pola pikir dan tujuan yang sama pula. Jika sebelumnya masing-masing pihak cenderung bekerja sendiri-sendiri dengan target yang berbeda-beda, maka dengan adanya peta jalan diharapkan dapat menyatukan target dan tujuan; yakni menjadikan SI-SDMK sebagai *backbone* untuk data SDM Kesehatan nasional. “Kami siap menjadi representasi data nasional di tingkat internasional. Basisnya sudah kami susun dengan usaha yang tidak mudah,” tandas Mawari Edy percaya diri.

Menjadi Pelayan;

Bagi Mawari Edy, pembelajaran terpenting dari perjalanan SI-SDMK adalah menyangkut perubahan cara pandang atau pola pikir para praktisi/petugas dalam menjalankan tugas. Jika selama ini para praktisi/petugas yang bertanggung jawab mengumpulkan data cenderung berpandangan bahwa mengelola sistem informasi SDMK hanyalah sebagai bentuk menjalankan tugas sehingga tidak peduli dengan hasil pengumpulan dan pengolahan data yang diperolehnya. Maka, cara pandang ini, sekarang harus diubah total.

Menurut Mawari Edy, keberhasilan pekerjaan SI-SDMK gantung tingkat kepuasaan pengguna/ pemakai data. Jika mereka senang dan merasa dimudahkan, berarti produk SI-SDMK memuaskan dan hasil kerja SI-SDMK dihargainya. “Kalau kami mau oke, bisa memfasilitasi, maka harus mau menempatkan diri sebagai pelayan,” simpul Mawari Edy yang selalu disampaikan kepada tim-tim yang bekerja dengannya.

"Jangan ingin tenar. Kalau ingin tenar, data kami tidak akan terpakai. Biarkan orang lain yang tenar. Biarkan yang merasa hebat orang lain, biarkan yang merasa dimudahkan orang lain, tapi kami harus fokus di proses bisnis yang ada," lanjutnya menegaskan bahwa tugas tim SI-SDMK adalah mengolah secerdas mungkin sumber daya yang ada, sehingga data yang dihasilkan dapat dipakai oleh banyak orang.

"Value sebagai pelayan, pendukung keberhasilan, dan tidak ingin tenar kami masukkan di dalam *road map* sebagai kunci gagasan," keinginan Mawari Edy yang disetujui Dr. dr. Andreasta Meliala, DPH., M.Kes., MAS sebagai konsultan penyusunan *road map*. Menurut Andreasta, teman-teman memang belum saatnya muncul. "Tapi, kalaupun suatu saat harus muncul, mereka harus *confident*," tegasnya. Mengapa? "Jangan sampai kami yang membuat dan mengembangkan, tapi kami sendiri yang tidak *pede* menggunakannya," ucapnya kembali.

Salah satu nilai tambah jika bersikap sebagai pelayan adalah kemudahan membangun kolaborasi dan sinergi. Hal itu dirasakan saat ini, ketika pada kondisi harus sudah siap interoperabilitas infrastrukturnya. Artinya, organisasi membuka diri dengan pihak manapun yang membutuhkan data. Misalnya, kerjasama dengan Kementerian Pariwisata dan Ekonomi Kreatif (Kemenpraf) berupa program *voucher* untuk tenaga kesehatan garda terdepan. Lalu kerjasama dengan Pelayanan Kesehatan (Yankes) Primer, SI-SDMK membantu menyediakan data dokter praktek swasta mandiri dan data tenaga klinik. "Kami punya data, silakan dipakai. Silakan kalau mau di *publish*. Dengan menyebutkan sumber SI-SDMK dan tanggal, bagi kami sudah cukup karena data kami *update day by day*," kata Mawari Edy berbesar hati.

Selain itu, SI SDMK Kesehatan juga sudah menjalin kerjasama dengan Kementerian Keuangan, Bappenas, BPJS Ketenagakerjaan, dan juga BPJS Kesehatan, dll. Mawari Edy percaya, ke depan sinergi dan kolaborasi akan semakin besar lagi, sesuai dengan perkembangan dan penguatan sistem informasi itu sendiri.

Sumber Daya Manusia Kesehatan sebagai pelaksana upaya kesehatan, diperlukan yang mencukupi dalam **jumlah**, **jenis**, dan **kualitasnya**, serta **terdistribusi** secara adil dan merata, sesuai tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan.

SKN butir 270



Informasi minimal dalam pengembangan awal SISDMK, 2012

HOT - Human, Organization, & Technology

Mempelajari perkembangan Sistem Informasi SDM Kesehatan, Mawari Edy menyimpulkan ada tiga aspek yang membuat sistem lebih *powerful*, dan berkualitas, yakni : *Human, Organization, and Technology* yang disingkat *HOT*. Ketiga aspek ini, diyakini Mawari Edy, jika terjadi kesesuaian hubungan, maka akan menjadi faktor penentu keberhasilan suatu sistem informasi.

Mengapa '*Human*'? Karena kemajuan teknologi sangat tergantung kepada kapasitas manusia dalam memahami dan mengadopsi teknologi yang digunakan. Organisasi adalah kerangka mendukung perkembangan manusia dan teknologi. Organisasi merupakan kebijakan-kebijakan yang mengadopsi sekaligus mengadaptasikan kondisi kebaruan. Adapun teknologi adalah entitas yang didiciptakan untuk membantu manusia dalam penggerjaan sesuatu lebih efisien, dan cepat. Perkembangan teknologi adalah sebuah keniscayaan, sehingga jika kita tidak mengikutinya, pasti akan terlindas oleh zaman.

Di sisi lain, **Dr. dr. Andreasta Meliala, DPH., M.Kes., MAS**, konsultan yang mendampingi pembuatan peta jalan Sistem Informasi SDM Kesehatan mengatakan, ketiga aspek tersebut dapat menjadi pintu masuk 'kesuksesan' atau sebaliknya 'kegagalan' dari pelaksanaan sistem informasi itu sendiri. Pasalnya, ketiga aspek ini merupakan sebuah harmoni. Satu aspek dihiraukan dan dua aspek yang diperhatikan, hasil akhirnya akan tetap kacau dan sulit dipertanggungjawabkan.

Namun demikian, Andreasta meyakinkan, kuncinya tetap pada aspek manusianya. "Teknologi bisa dibeli, organisasi bisa dibuatkan peraturannya. Nah, orangnya bagaimana? Harus ada harus diintervensi secara khusus," ungkapnya serius. Menurut Andreasta, meperbaiki benda mati jauh lebih mudah daripada memperbaiki manusia (SDM) yang hidup. Namun, ia optimis, jika SDM dikelola dengan kesadaran penuh, hasilnya akan lebih baik. "Semua itu melalui proses bertahap. Tidak ada hal sekonyong-konyong yang akan terjadi," ungkapnya hati-hati.

Mawari Edy membenarkan hal itu. Secara internal ia mengaku, mengarahkan timnya untuk untuk mengambil posisi yang sepantasnya, yang disebut '*servant*'; sedangkan secara eksternal, ia menekankan agar semua bangga dengan apa yang dihasilkannya. "Kita harus percaya diri. Dengan posisi seperti ini, kita tidak boleh takut dengan cercaan orang karena orang lain nggak ada yang punya lebih bagus dibanding kita," begitu selalu ia tekankan kepada anak buah.

Membuat harmoni antara manusia, teknologi, dan organisasi memang tidak mudah. Bahkan Mawari Edy menyebutnya sangat berat. Pasalnya, masing-masing aspek sesungguhnya memiliki persoalan yang berbeda-beda. Persoalan tersebut harus diredam untuk mensinkronkan ketiganya. "Saya mencoba berdiri di tengah, fokus, untuk menjaga objektif yang akan dituju," ungkap Mawari Edy yang terpenting harus memahami situasi lapangan dan memfasilitasi aspirasi semua bagian.

Strategi yang dilakukan Mawari Edy untuk internal maupun eksternal melalui pendekatan '*servant*'. Ke dalam, ia mencoba meladeni aspirasi tim, sedangkan keluar, ia mendorong pihak-pihak lain masuk ke dalam sistem yang ditawarkan. "Itu dari sisi bahasa birokrasinya. Kalau memakai bahasa teman, seperti 'Kamu punya apa, saya punya apa, yuk kita transaksi. Nanti saya bantu kamu punya mau, saya hanya butuh data anggotamu yang sebenarnya saya sudah punya', ungkapnya. Intinya, dengan pendekatan '*servant*', orang akan merasa terbantu. "Biasanya, kalau orang terbantu, ia akan tergantung", lanjutnya yakin bahwa ketergantungan akan membuat SI-SDMK akan lebih besar dan digdaya.



BAGIAN DUA

Menorehkan
Jejak Langkah

BAGIAN DUA

Menorehkan Jejak Langlah

Sepuluh tahun Sistem Informasi SDM Kesehatan (*Human Resources Information System/HRIS*) dijalankan telah membawa perubahan-perubahan secara signifikan. Setidaknya eksistensi sistem Informasi SDM Kesehatan ini telah mengubah paradigma dan cara pandang masyarakat terhadap terhadap teknologi dan sistem informasi.

Pandemi Covid-19 dan program massal vaksinasi harus diakui sebagai pemantik transformasi dahsyat saat ini. Betapapun, meluasnya pandemi telah mendorong percepatan teknologi yang luar biasa. Kini, dunia usaha, korporasi, dan institusi didorong untuk mendesain ulang rancangan model bisnis dan strategi manajemen organisasi karena perubahan-perubahan yang cepat dan bertubi-tubi serta ketidakpastian yang terjadi. Paradigma-paradigma lama tumbang dan digantikan paradigma baru yang lebih relevan.

Sistem Informasi SDM Kesehatan berada dalam kendaraan yang sama yang harus waspada dengan perubahan dan ketidakpastian yang bergerak dinamis. Semua menyadari, ketidakpastian itu merupakan kepastian baru, sehingga setiap elemen yang terlibat harus siap siaga beradaptasi secara dinamis. “Perubahan dan ketidakpastian adalah sebuah keniscayaan, sehingga mau tak mau kita harus siap menghadapinya,” ujar seorang filsuf menggurui.

Secara sederhana sistem Informasi SDM Kesehatan terdiri dari database, aplikasi computer, perangkat keras dan perangkat lunak. Semua itu diperlukan untuk mengumpulkan, merekam, menyimpan, mengelola, menghasilkan, dan mempresentasikan data terkait fungsi SDM. Seiring dengan perjalanan waktu, berbagai fungsi dalam sistem Informasi SDM bisa terus mengalami peningkatan sekaligus dapat membawa pekerjaan lebih mudah dan efisien.

Dalam hal ini, objek dari sistem informasi adalah Sumber Daya Manusia (SDM) Indonesia sebagai bagian dari proses dan tujuan dalam pembangunan nasional Indonesia. Melalui SDM yang unggul, tangguh dan berkualitas, baik secara fisik dan mental, diharapkan akan berdampak positif. Tidak hanya terhadap peningkatan daya saing, namun juga dalam mendukung pembangunan nasional.

Dalam kaitannya dengan pengembangan SDM, terdapat beberapa hal yang harus menjadi prioritas utama dalam pembangunan kualitas SDM. Diantaranya adalah sistem pendidikan yang baik dan bermutu, serta peningkatan kapasitas SDM melalui berbagai diklat, kompetensi, pembinaan dan lain-lain.

Untuk mencapai hal tersebut, diperlukan penataan terhadap sistem pendidikan secara menyeluruh, terutama berkaitan dengan kualitas pendidikan, serta relevansinya dengan kebutuhan masyarakat dan dunia kerja. Tentu saja dari berbagai jenis SDM yang ada, salah satu diantaranya mencakup SDM Kesehatan. SDM kesehatan merupakan salah satu prioritas dalam pembangunan kesehatan sebagai pelaksana dan pengelola upaya kesehatan.

Oleh sebab itu, Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan (BPPSDMK) berupaya melaksanakan tugasnya dalam hal pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia khususnya di bidang kesehatan. Apalagi ada beberapa isu yang muncul pada saat ini yang terkait dengan SDM kesehatan, seperti: pengembangan dan pemberdayaan SDM (meliputi jumlah dan jenis SDM kesehatan) yang belum sesuai dengan kebutuhan, selain itu distribusi SDM kesehatan yang belum merata di seluruh wilayah, serta mutu SDM kesehatan yang belum memadai secara merata. Masalah tersebut perlu diselesaikan dengan adanya suatu kebijakan yang berbasis bukti, yang dapat disajikan dengan berupa data.

Saat ini Kementerian Kesehatan Republik Indonesia berupaya membuat *roadmap* Sistem Informasi Kesehatan (SIK) yang terintegrasi dengan subsistem-subsistem yang ada untuk menjadikannya sebuah bank data nasional kesehatan, dimana semua basis data menjadi satu kesatuan dalam bank data sehingga Kementerian Kesehatan mempunyai satu data yang sama dengan provinsi/kabupaten dan kota.

Sistem informasi sendiri adalah suatu tatanan untuk membantu dalam pengambilan keputusan untuk mencapai tujuan tertentu. Pada dasarnya, sistem informasi adalah alat untuk mendukung manajemen program yang dirancang untuk menghasilkan data dan informasi akurat yang disajikan secara cepat dan tepat, sehingga dapat digunakan untuk membantu dalam pengambilan keputusan

Sistem informasi SDM Kesehatan yang diupayakan Kementerian Kesehatan melalui BPPSDMK, untuk memetakan data sumber daya kesehatan yang tersebar di provinsi sampai kabupaten/kota yang ada di Indonesia, dimana proses sistem ini dimulai dari data mengenai perencanaan, pengadaan, pelatihan, pendidikan, distribusi dan pengawasan, sehingga dapat dipergunakan oleh pimpinan untuk mengambil kebijakan. Dengan adanya sistem tersebut, diharapkan data-data SDM Kesehatan yang terkumpul akan semakin akurat, lengkap, serta *real time*.

Dalam kurun waktu 10 tahun terakhir, tentu saja sudah banyak perkembangan yang terjadi di dalam sistem informasi SDM Kesehatan, baik dalam hal pengembangan inovasi dan teknologi, maupun fungsi atau perannya dalam mendukung perkembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan. Inilah wajah baru sistem Informasi SDM Kesehatan dalam perspektif teknologi dan layanan.

BAB IV

Inovasi Teknologi Bukan Mimpi

Selama 10 tahun berjalan (2012-2022), model penguatan Sistem Informasi SDM Kesehatan (SI-SDMK) dapat terlihat dari inovasi teknologi yang dikembangkan. Sebuah transformasi teknologi yang akan terlihat jejaknya dan pada saatnya nanti membawa hasilnya.

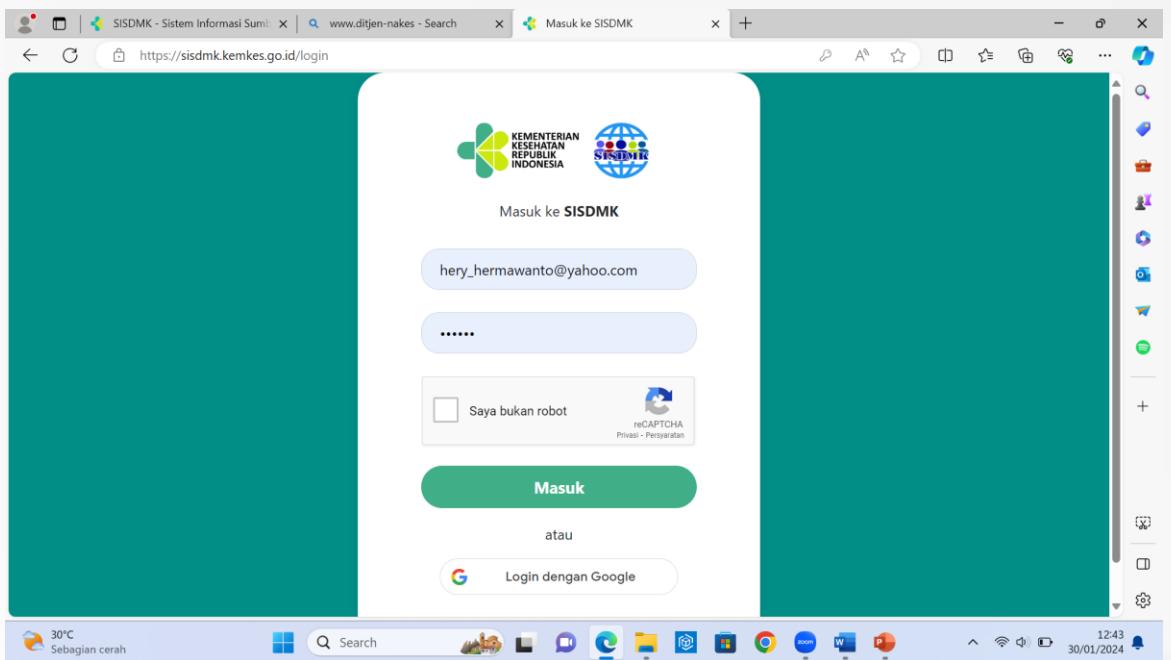
Enam teknologi inovasi yang telah dihasilkan sebagai berikut:

#1. Aplikasi *Online* (Berbasis Web) /SI - SDMK Berbasis Web)

Aplikasi *Online* (Berbasis Web) dikembangkan pada lima tahun kedua sejak SI-SDMK dikembangkan 2012. Dalam proses pengembangannya, SI-SDMK berupaya mengikuti tren perkembangan teknologi informasi yang ada. Misalnya, pengumpulan data yang awalnya dikumpulkan secara manual dengan menggunakan form excel dan desktop, kini sudah beralih menjadi sistem berbasis *web based* sehingga pengguna bisa mengaksesnya melalui menggunakan browser. Website SI-SDMK, dapat diakses melalui situs :

<https://sisdmk.kemkes.go.id/login>

Selain itu, pengembangan SI-SDMK juga dilakukan untuk mendukung salah satu resolusi program WHO yaitu, *National Health Workforce Accounts* (NHWA). Resolusi program WHO adalah pada tahun 2030, menyangkut seluruh hal yang terkait dengan SDM kesehatan di seluruh dunia akan bisa digambarkan ketersediaannya. NHWA adalah suatu sistem informasi untuk melakukan monitoring terhadap seluruh tenaga kesehatan, sejak mulai produksi atau *pre-service* (masa studi), *service* (bekerja), hingga *post-service* (masa pensiun).



Indikator tersebut bisa didapatkan dengan menggunakan data BPPSDMK yang dikolaborasikan dengan lintas sektor melalui suatu portal yang dibuat, dan WHO mempercayakan masing-masing negara untuk membuat portalnya sendiri. Resolusi global WHO tersebut adalah salah satu faktor yang mendorong perubahan sistem SI-SDMK menjadi *online*.

Sistem berbasis *web based* ini dapat terlaksana berkat bantuan program hibah dari AIPHSS (Australia Indonesia Partnership for Health Systems Strengthening). Hal ini dilatarbelakangi karena tuntutan data berbasis individu yang semakin besar dan akses aplikasi yang harus dilakukan secara berjenjang mulai dari fasyankes, kab/kota, provinsi sampai pusat.

Kerjasama yang dibangun antara BPPSDMK dengan AIPHSS sejak tahun 2013, yakni dengan dimulainya pengiriman tenaga teknis PPSDM untuk mengikuti pelatihan peningkatan kapasitas pengelolaan Data. Hingga 2015 sampai tahun 2016 lahir sebuah sistem online.

Menurut **Aditya Bayu Sasmita, Amd** dari tim BPPSDMK, dalam kerjasama tersebut AIPHSS membantu dengan cara membuatkan *blue print* yang menjadi cikal bakal aplikasi online berupa *website*.

Setelah kerjasama berakhir dan AIPHSS tidak lagi menjadi konsultan, tim BPPSDMK mengelola sendiri sistem tersebut karena sudah ada *blue print* untuk konsep sistem serta desain, dan implementasi aplikasi online sudah dilakukan sejak tahun 2015. Selanjutnya, tim BPPSDMK hanya meneruskan pengembangannya sesuai dengan kebutuhan.

Ketika di awal saat aplikasi *website* baru muncul, ada masa transisi yang harus dilewati karena dengan luasnya wilayah Indonesia dan belum seluruhnya terakses jaringan internet, akses online pun terasa cukup sulit terjangkau untuk beberapa wilayah. Karena itu selain *website*, pilihan excel dan desktop masih tersedia untuk mensiasati daerah yang tidak memiliki akses internet.

Untuk mempercepat perpindahan proses menuju online dan tidak lagi menggunakan program excel, aplikasi desktop dibuat supaya bisa diinstal di laptop atau komputer pengguna. Jadi ketika user berada di wilayah yang memiliki akses internet, data-data yang sudah diinput langsung dikirimkan via internet untuk memudahkan.

Setelah semakin meningkat dan meluasnya wilayah yang tersedia layanan jaringan internet, di tahun 2018 seluruh faskes dan Dinkes di Indonesia berubah. Dari yang awalnya menggunakan tools manual seperti excel dan desktop, berubah seutuhnya menjadi *online*.

Manfaat setelah berubah menjadi online pun dirasakan oleh banyak pihak. Sangat memudahkan karena aksesnya menjadi via internet, sehingga beban komputer atau laptop user tidak seberat ketika dulu harus meng-install aplikasi desktop. Selain itu, data yang disajikan pun semakin valid karena diharuskan login dengan email. Ke depan, akan dikembangkan login dengan NIK, sehingga meminimalisir tingkat kesalahan penginputan data.

Karena data yang ditampilkan sudah berbasis online, maka pemetaan tenaga kesehatan pun bisa terlihat keseluruhannya secara garis besar dan secara real time, misalnya faskes mana yang membutuhkan tenaga kesehatan atau kelebihan tenaga kesehatan.

Keterlambatan penginputan data pun bisa diminimalisir karena sistem bisa dibuka dimana saja, kapan saja, selagi tersedia jaringan internet. Sehingga untuk perbaikan data pun bisa dilakukan secepatnya.

2. *Dashboard (data warehouse)*

HRH2030 atau (*Human Resources for Health in 2030*) adalah program USAID untuk membangun tenaga kesehatan yang dapat diakses, tersedia, dapat diterima, dan berkualitas tinggi yang diperlukan untuk meningkatkan hasil kesehatan. Agar dapat mencapai tujuan tersebut, USAID bekerjasama dengan BPPSDMK Kementerian Kesehatan untuk menyediakan bantuan teknis tingkat negara yang disesuaikan untuk memenuhi prioritas spesifik dalam konteks sumber daya manusia lokal dan sistem kesehatan.

Salah satu bantuan teknis yang disediakan oleh USAID adalah pengembangan dashboard atau data warehouse yang bertujuan untuk mengakomodasi integrasi data dari berbagai sumber serta menyediakan akses cepat ke sejumlah data yang telah diolah menjadi informasi. Data *warehouse* adalah kumpulan data historis yang tersimpan dalam tempat penyimpanan elektronik (database) dan dapat menampung data yang sangat besar selayaknya sebuah gudang untuk keperluan pelaporan dan analisa.

Data warehouse memiliki beberapa fitur yang memungkinkan pengguna mengelola data agregat dengan fleksibel melalui tampilan yang mudah dipahami, bahkan bagi seorang non-programmer sekalipun. Pengguna dapat menentukan sendiri jenis data yang akan dikumpulkan, membuat validasi, mengkalkulasi indikator secara otomatis, serta menampilkan informasi kesehatan dengan mudah seperti dalam bentuk peta, charts, laporan, tabel, dan lainnya. Keunggulan dari sistem tersebut adalah memungkinkan visualisasi informasi SDMK berbagai program dalam satu tampilan yang diharapkan dapat digunakan untuk dianalisis secara lebih mendalam. Tampilan tersebut sengaja didesain sedemikian rupa sehingga memudahkan pengguna atau pimpinan dalam mendapatkan informasi yang terkait dengan data-data yang ada dalam sistem Si-SDMK.

Informasi yang tersedia dalam dashboard juga tersedia secara bebas dan dapat dibagikan dengan grup pengguna lainnya. Hal tersebut sejalan dengan kebutuhan stakeholder di berbagai level kebijakan untuk mendapatkan data dari berbagai sumber, dan dapat dimanfaatkan untuk mendukung penguatan pelayanan kesehatan, baik dari Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota, serta Provinsi dan Nasional.

Sebagai contoh, pengguna atau user dapat membuat dashboard yang disebut “Data Nakes Perpuskesmas” yang berisi semua informasi yang relevan tentang SDM kesehatan di Puskesmas. Dashboard tersebut dapat dibagikan ke pengguna lain yang telah terdaftar atau ke group yang telah tersedia. Pengguna dapat mengakses dashboard dengan cara memasukkan username dan password terlebih dahulu di halaman log in.

Pemanfaatan data warehouse sebagai wadah untuk mengintegrasikan sejumlah sistem yang ada dapat dimanfaatkan oleh pengguna untuk melihat sejumlah data terkait yang dibutuhkan, misalnya berapa banyak jumlah SDM kesehatan sesuai dengan level user yang diberikan, data per jenis SDM kesehatan, data per jenis pendidikan SDM kesehatan, data per registrasi SDM kesehatan, dan lainnya.

Konsep dashboard ini didasarkan pada unit organisasi dan program kesehatan yang ada di Indonesia. Terdapat 4 jenis skema level pengguna sesuai dengan tingkatan hierarki unit organisasi kesehatan yang ada di Indonesia, yaitu:

(1) *Dashboard Nasional*

Dashboard nasional merupakan halaman dashboard yang berisi gambaran data berskala nasional. Data tersebut merupakan kumpulan dari data dari seluruh provinsi yang telah tersedia. Tidak hanya itu, untuk data per kabupaten ataupun fasilitas kesehatan yang ada, masih dapat dikelola juga pada halaman ini. Halaman ini diperuntukkan bagi pengelola data ataupun stakeholder ditingkat nasional.

Tujuannya adalah untuk mempermudah proses berbagi data, interpretasi data, dan pemberian umpan balik dapat berjalan lebih efektif dan efisien dari tingkat nasional sampai dengan level paling bawah (fasilitasi kesehatan). Skema ini diharapkan dapat menghasilkan program yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

(2) Dashboard Provinsi

Merupakan halaman dashboard yang berisi sejumlah visualisasi data yang ditampilkan merupakan data sesuai dengan provinsi dari pengguna tersebut. Dashboard ini menampilkan data per kabupaten/kota dan fasilitas kesehatan, yang diperuntukkan untuk stakeholder ditingkat provinsi dan kabupaten/kota.

Dengan adanya akses dan skema berbagi data dan interpretasi data oleh berbagai jenjang di level provinsi, diharapkan data mempermudah proses berbagi data, interpretasi data, dan pemberian umpan balik dapat berjalan lebih efektif dan efisien dari tingkat nasional sampai dengan level paling bawah (fasilitasi kesehatan). Skema ini diharapkan dapat menghasilkan program yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat

(3) Dashboard Kabupaten / Kota

Merupakan halaman dashboard yang berisi sejumlah visualisasi yang data ditampilkan merupakan data sesuai dengan Kabupaten/Kota dan fasilitas kesehatan. Di dashboard, user data yang ditampilkan merupakan data kabupaten/kota dan fasilitas kesehatan sesuai dengan level user yang diberikan. Dashboard tersebut diperuntukkan untuk stakeholder ditingkat Kabupaten/Kota dan fasilitas kesehatan.

Harapannya, dengan adanya akses dan skema berbagi data dan interpretasi data oleh berbagai jenjang dilevel Kabupaten/Kota dan fasilitas kesehatan, data-data tersebut dapat mendukung pengambilan kebijakan di tingkat Kabupaten/Kota. Dengan adanya skema tersebut diharapkan dapat meningkatkan efisiensi kerja sehingga progam SDMK di tingkat Kabupaten/Kota dapat disusun dan dilaksanakan menjadi lebih maksimal.

(4) Dashboard Fasilitas Kesehatan

Merupakan halaman dashboard yang berisi sejumlah visualisasi data-data level fasilitas kesehatan, contohnya jumlah tenaga kesehatan di puskesmas. Dashboard tersebut diperuntuhkan untuk stakeholder ditingkat kabupaten dan fasilitas kesehatan. Namun data pada dashboard, dapat diakses user yang berada di level nasional serta provinsi. Dashboard ini bisa digunakan untuk mendukung pertemuan rutin, sebagai contoh pertemuan Mini Lokal Karya rutin di puskesmas. Harapannya, dengan adanya akses dan skema berbagi data dan interpretasi data oleh berbagai jenjang dilevel Kabupaten/Kota dan fasilitas kesehatan, diharapkan dapat mendukung pengambilan kebijakan di tingkat fasilitas kesehatan.

Sebagai catatan tambahan mengenai leveling user, untuk level nasional dapat mengakses seluruh data untuk semua level karena merupakan level paling tinggi, sedangkan untuk level fasilitas kesehatan hanya dapat mengakses data fasilitas kesehatan mereka saja. Contohnya Puskesmas Gunung Sari Kabupaten Lombok Barat, hanya dapat mengakses data PKM Gunung Sari. Tidak bisa mengakses data puskesmas lainnya.

#3. *Business Intelligence*

Selain pengembangan *dashboard* atau *data warehouse*, dalam pendampingannya USAID juga membantu BPPSDMK untuk pembuatan roadmap sistem informasi SI-SDMK. Dalam roadmap yang dibuat salah satu tujuannya adalah pengembangan *Business Intelligence*.

Business Intelligence atau disebut juga Intelijensi Bisnis adalah istilah yang mengacu pada sistem, aplikasi dan teknologi yang digunakan untuk mengumpulkan data dari berbagai sumber, diolah dan ditampilkan dalam bentuk informasi yang biasanya berupa rangkuman yang mudah dibaca, komprehensif dan akurat, yang digunakan untuk mengukur dan menganalisa juga untuk memonitor operasional dalam instansi atau perusahaan dengan tujuan membantu para pengambil keputusan (manajemen) agar dapat mengambil keputusan yang lebih efektif.

Data adalah elemen terpenting dalam Business Intelligence, Data bisa disimpan di berbagai tempat dengan berbagai format, seperti berupa *text file*, *csv*, *xml*, *doc*, *excel* di PC atau laptop, maupun database di server. Karena Business Intelligence bersumber pada segala jenis data, Business Intelligence biasanya bersumber pada database yang dapat menampung data yang sangat besar atau biasa disebut juga data warehouse.

Business Intelligence telah berkembang selama beberapa tahun terakhir sehingga menyertakan lebih banyak proses dan aktivitas untuk membantu meningkatkan kinerja. Beberapa fungsi umum Business Intelligence mencakup:

- **Pengumpulan data:** Menggunakan database, statistik, dan pembelajaran mesin untuk mengungkap tren dalam kumpulan data besar.
- **Pelaporan:** Berbagi analisis data kepada pemangku kepentingan sehingga dapat menarik kesimpulan dan mengambil keputusan.
- **Metrik dan tolak ukur kinerja:** Membandingkan data kinerja saat ini dengan data historis untuk melacak kinerja terhadap sasaran.
- **Analisis deskriptif:** Menggunakan analisis data awal untuk mencari tahu apa yang terjadi.
- **Querying:** Menanyakan pertanyaan spesifik data.
- **Analisis statistik:** Mengambil hasil dari analitik deskriptif dan mengeksplorasi data lebih lanjut menggunakan statistik.
- **Visualisasi data:** Mengubah analisis data menjadi representasi visual seperti bagan, grafik, dan histogram agar lebih mudah dipahami.
- **Analisis visual:** Menjelajahi data melalui penceritaan visual untuk mengomunikasikan wawasan dengan cepat dan tetap mengikuti alur analisis.
- **Persiapan data:** Menyusun berbagai sumber data, mengidentifikasi dimensi dan pengukuran serta menyiapkannya untuk analisis data.

Adapun manfaat-manfaat yang bisa didapat dari *Business Intelligence* antara lain : dapat membantu mempercepat dan memperbaiki pengambilan keputusan, mengidentifikasi tingkat pencapaian, mengidentifikasi masalah, menggali lebih dalam sumber data yang ada baik data lama maupun data saat ini. Dengan adanya manfaat-manfaat tersebut, pengguna bisa melakukan monitoring dan mulai menganalisa data yang dibutuhkan.

Awal sejarah bagaimana USAID bisa terkait dengan PPSDMK adalah **dr. Kirana Pritasari, MQIH** (Sekretaris Badan PPSDMK terdahulu –*Red.*) diundang ke salah satu event yang ada di Kolombo. Saat itu di tahun 2016, WHO mengeluarkan resolusi baru untuk memperkuat data. Sebagai perwakilan Indonesia, Kirana meminta atensi dari USAID dan WHO terkait dengan resolusi tersebut.

Ketika USAID hadir, mereka melakukan *self assessment* terlebih dahulu. Secara teori, SI-SDMK sebenarnya ada di level depan tapi pemanfaatan untuk di Indonesia sendiri masih tertinggal. Sehingga untuk meng-handle gap tersebut, dilakukan pendiskusian bersama dan muncul beberapa strategi. Akhirnya terpilihlah *Business Intelligence* sebagai *output* untuk roadmap yang ingin dibangun.

USAID memberikan pendampingan dengan memberi masukan bagaimana menaikkan kualitas data yang ada sehingga data yang dikumpulkan lebih valid, lebih *up to date*. USAID juga membantu dalam menawarkan *tools-tools* yang dapat digunakan. Misalnya untuk *Business Intelligence*, dari *tools-tools* yang mereka tawarkan, pada waktu itu BPPSDMK memilih Pablo sebagai *tools* yang digunakan. Mereka pun mendampingi dalam Technical Assistant (TA). Saat itu mereka memilih orang Indonesia yang sekolah S3 di Oslo dan pernah memiliki pengalaman di Datin. Pendampingan untuk Technical Assistant pun sangat bermanfaat karena kompetensi Technical Assistant tersebut lebih besar dan lebih fasih dalam mengelola *Business Intelligence*.

Technical Assistance (TA) adalah program pelatihan dengan materi yang merupakan perpaduan antara teori dan praktik yang diberikan secara khusus melalui pendampingan dari para pakar dalam bidangnya. Pelatihan dilakukan melalui pendekatan yang intensif dengan bimbingan teknis yang bersifat individual.

Dengan adanya program HRH2030, BPPSDMK mendorong diimplementasikannya *Business Intelligence* dan interoperabilitas data yang dapat menjadi bagian pendorong penggunaan data (data use) untuk perencanaan, pengembangan dan penggunaan data yang baik dan tepat. Proses implementasi juga membutuhkan proses penggunaan tools yang sudah dikembangkan dengan dimulai workshop implementasi dan penggunaan bagi pengguna, baik di level pusat, provinsi dan kabupaten atau kota.

Melalui HRH2030, proses ini dilakukan dengan pemberian pelatihan/workshop dan bimbingan teknis dan pendampingan kepada pengguna. Kegiatan ini dilakukan sebagai bagian implementasi termasuk kegiatan workshop dan pendampingan awal bagi kota yang terpilih menjadi pilot project, diantaranya Kota Cirebon, Kota Pekalongan, Kota Surabaya dan Kota Makassar.

Bimbingan teknis yang diberikan untuk penguatan penggunaan data SDMK melalui proyek HRH2030 sebanyak 3 kali tersebut melibatkan pengelola data dari Dinkes Kabupaten/ Kota dan Provinsi, lalu diintegrasikan dengan kebutuhan pemerintah lokal.

Pengembangan *Business Intelligence* dipilih sebagai *roadmap*, tujuannya adalah supaya data-data yang berasal dari sistem berbeda, bisa masuk ke dalam sistem informasi Si-SDMK dan bisa saling terintegrasi. Pendekatan ini dipilih agar sistem akan memiliki manfaat terutama bagi yang memberi datanya, yaitu daerah. Dan daerah bisa langsung memanfaatkan data-data yang ada, sesuai dengan kebutuhan masing-masing wilayah.

Misalnya saja, jika suatu daerah ingin mengetahui berapa banyak persebaran 9 jenis tenaga kesehatan di puskesmas dalam satu wilayah atau ingin mengetahui berapa jumlah puskesmas tanpa dokter di wilayah tersebut. Atau jika ada investor datang dan ingin mengetahui berapa banyak persebaran rumah sakit atau dokter yang dibutuhkan dalam wilayah tersebut, data-data itu bisa langsung dianalisa oleh tim yang ada di daerah dan bisa langsung didapatkan tanpa harus menunggu olahan data dari pusat. Dengan adanya *Business Intelligence*, akan membantu pimpinan yang ada di daerah untuk lebih cepat dalam mengambil keputusan.

Misalnya saja, jika suatu daerah ingin mengetahui berapa banyak persebaran 9 jenis tenaga kesehatan di puskesmas dalam satu wilayah atau ingin mengetahui berapa jumlah puskesmas tanpa dokter di wilayah tersebut. Atau jika ada investor datang dan ingin mengetahui berapa banyak persebaran rumah sakit atau dokter yang dibutuhkan dalam wilayah tersebut, data-data itu bisa langsung dianalisa oleh tim yang ada di daerah dan bisa langsung didapatkan tanpa harus menunggu olahan data dari pusat. Dengan adanya *Business Intelligence*, akan membantu pimpinan yang ada di daerah untuk lebih cepat dalam mengambil keputusan.

4. *Chatbot SDMK*

Chatterbot atau bisa juga disebut juga chatbot, adalah sebuah program komputer yang dirancang untuk menyimulasikan percakapan intelektual antar manusia, baik secara audio maupun teks. *Chatbot* merupakan sebuah layanan obrolan robot atau tokoh virtual dengan kecerdasan buatan atau AI (*Artificial Intelligent*) yang menirukan percakapan manusia melalui pesan suara, obrolan teks ataupun keduanya. Singkatnya, chatbot merupakan percakapan virtual dimana satu pihak adalah sebuah robot chat. Fitur chatbot ini telah digunakan di berbagai industri untuk menyampaikan beragam informasi.



Selain itu chatbot juga dapat melakukan tugas, seperti pemberitahuan cuaca terkini (Weather Bot), kemudian membantu memilih dan memasang bahan makanan (Grocery Bot), membantu melakukan reservasi penerbangan, membantu memberikan solusi atas suatu (Life Advice Bot) dan bot sebagai teman untuk bercakap-cakap seperti SimSimi. Chatbot menggunakan berbagai teknologi yang mutakhir di dalamnya, seperti *Artificial Intelligence (AI)*, *Machine Learning*, *Deep Learning*, dan *Natural Language Processing (NLP)*.

Terdapat beragam jenis chatbot yang dapat memberi tanggapan dengan berbagai macam input. Bots-bots ini bekerja dengan memindai kata kunci yang sudah terinput ke dalam sistem tersebut, setelah itu dibalas dengan kata kunci yang paling cocok atau bisa pula dengan pola kata yang paling mirip dari basis data teksual. Setelah terjadi percakapan, para bots ini mulai mencari data yang dibutuhkan yang berdasarkan kata kunci yang diberikan. Setelah mendapatkan data yang dibutuhkan, akan disampaikan kembali oleh bots tersebut dalam bentuk teks maupun audio. Jadi, jika pengguna mengirim suatu permintaan, maka bots tersebut akan mengirim kembali merespon secara spesifik berdasarkan pada query yang dikirim. Yang perlu pengguna lakukan hanya memberikannya perintah.

Adapun beberapa manfaat yang bisa didapatkan dari penggunaan chatbot, diantaranya: responnya yang cepat. Selain itu juga bisa menjadi pusat pelayanan informasi. Chatbot bisa menjadi perantara antara pengguna dan penyedia layanan, dimana chatbot diatur sedemikian rupa sehingga mampu menjawab pertanyaan umum yang diajukan pengguna atau user dengan tepat.

Dengan adanya *chatbot*, pengguna menjadi terbantu saat membutuhkan informasi seputar data yang dibutuhkan. Selain itu kapan pun, dimana pun pengguna membutuhkan informasi, pengguna bisa menggunakan layanan chatbot selama 24 jam nonstop. Jadi salah satu keuntungan paling utama dari menggunakan chatbot adalah dapat menghemat waktu, khususnya bagi pengguna yang ingin mendapatkan suatu informasi. Chatbot akan memberikan informasi yang relevan dengan pertanyaan dari pengguna, jadi mereka tidak perlu menunggu lama untuk mendapatkan informasi.

Chatbot merupakan terobosan dari tim data dan informasi di pertengahan Tahun 2020 dikembangkan secara internal sub bagian data dan informasi untuk melihat secara cepat data ketersedian tenaga Kesehatan dan IKP (Indikator Kinerja Program) dan lain-lain

Pada tahun 2020 dimana bersamaan dengan munculnya pandemi Covid-19, sebaran data tenaga kesehatan yang dibutuhkan menjadi sangat dinamis. Hal ini yang melatar belakangi tim SDMK membuat penyajian data secara cepat dalam bentuk whatsapp bot, sehingga mempunyai efek koreksi yang cepat bagi pimpinan fasyankes, kabupaten atau kota, dan provinsi apabila data yang muncul di chatbot tidak sesuai dengan data di lapangan. Jika data bisa didapatkan secara cepat, maka petugas terkait bisa segera mengupdate data yang telah direvisi ke dalam sistem SI-SDMK.

Chatbot yang dihadirkan oleh tim BPPSDMK adalah robot mesin yang digunakan untuk meng-collect dan mengolah data dari sistem SI-SDMK, dan kemudian disajikan kedalam bentuk teks di chatbot. Pengguna cukup hanya mengirimkan pesan ke nomor whatsapp yang telah disiapkan, lalu informasi yang dibutuhkan akan tersedia.

Bahkan indikator program BPPSDMK pun dapat dimonitor, seperti data agregat (secara nasional dan jenjang provinsi, serta kabupaten dan puskesmas) bisa didapatkan melalui fitur tersebut. Contohnya saja jika ingin mengetahui informasi mengenai data jumlah faskes (rumah sakit atau puskesmas) per provinsi atau per kabupaten/kota. Selain itu juga bisa melihat jumlah tenaga kesehatan, misalnya 9 jenis tenaga kesehatan perkabupaten/kota atau jumlah dokter spesialis perkabupaten/kota. Fitur chatbot ini pun bisa digunakan untuk mengecek perizinan yang terkait dengan tenaga kesehatan, seperti nomor STR yang terdata di Si-SDMK atau mengecek nomor NIK tenaga kesehatan yang terdata.

Tidak hanya untuk internal, tapi fitur chatbot ini juga bisa dimanfaatkan oleh masyarakat. Jika pengguna atau user mengirimkan *share location* ke nomor whatsapp chatbot yang tersedia, bots tersebut akan mengirimkan posisi rumah sakit atau faskes sesuai dengan lokasi terdekat pengguna berada saat mengakses layanan chatbot tersebut. Tentunya itu akan cukup membantu masyarakat dalam mencari informasi dan praktis karena cukup hanya mengandalkan handphone saja.

Sayangnya, ada beberapa kendala yang dirasakan ketika menggunakan fitur chatbot tersebut. Yang pertama, adalah untuk branding-nya. Walaupun ketika peluncurannya sempat ter-publish di Instagram, untuk branding-nya sendiri masih belum jelas dan masih belum bisa mendeskripsikan apa manfaat dari chatbot tersebut.

Selain itu, jika ingin mencari beberapa data, fitur chatbot akan terus kembali lagi ke menu awal. Tidak bisa meneruskan dari pencarian yang sudah dilakukan sebelumnya. Sementara menu yang ada cukup banyak. Jadi untuk branding dan kemudahan pemakaianya, masih cukup terkendala.

#5 SISDMK Mobile

Perkembangan dunia digital saat ini semakin menjamur di berbagai tempat. Dengan adanya internet yang semakin memudahkan dalam pencarian informasi dan data, kemudahan akses serta praktis menjadi salah satu faktor utama dalam pencarian informasi di dunia digital. Itulah kenapa mayoritas saat ini lebih banyak menggunakan smartphone untuk mengakses data. Hal tersebut menjadi salah satu acuan untuk para developer membangun aplikasi mobil atau *mobile apps*.

Aplikasi mobile atau mobile application merupakan proses pengembangan aplikasi yang dibuat untuk perangkat genggam, handphone, PDA, atau yang lebih dikenal dengan smartphone. Aplikasi tersebut sudah tersedia di dalam smartphone atau tablet ketika proses manufaktur. Aplikasi yang sudah ada sejak di manufaktur, disebut sebagai aplikasi bawaan.



Untuk penggunaan aplikasi mobile, user atau pengguna harus melakukan pengunduhan atau download serta meng-install terlebih dahulu aplikasi tersebut dari toko aplikasi seperti Google Play Store untuk perangkat Android dan Apple App Store untuk perangkat iOS, serta masih banyak lagi toko aplikasi yang sesuai dengan platform smartphone. Pembuatan mobile apps ini memiliki tujuan yang beragam, tergantung dengan kebutuhan sektor masing-masing.

Berbagai macam sektor kategori telah memanfaatkan penggunaan mobile apps sebagai media penyalur informasi, seperti sektor perbankan, pemerintahan, pendidikan, industri, marketing, kesehatan dan lain sebagainya. Penggunaan aplikasi smartphone sendiri telah membantu banyak pihak untuk menjalankan pekerjaannya sehari-hari dengan lebih mudah dan efisien.

Beberapa keunggulan yang dapat dari penggunaan mobile apps adalah :

- *User interface* (tampilan visual sebuah produk yang menjembatani sistem dengan pengguna (user) dan user experience (proses pengalaman pengguna yang dilakukan saat interaksi dengan produk suatu aplikasi) untuk aplikasi umumnya menarik dan mudah untuk digunakan)
- Ada banyak aplikasi yang bisa digunakan tanpa harus terhubung dengan internet, misalnya seperti aplikasi game atau aplikasi perpustakaan untuk meminjam dan membaca buku
- Pengguna bisa mengakses aplikasi kapan saja melalui gadget masing-masing selama 24 jam, 7 hari seminggu tanpa batasan waktu

Beberapa manfaat penggunaan aplikasi mobile secara umum adalah sebagai berikut:

- Sebagai sarana penyebar informasi

Aplikasi mobile yang paling utama adalah dikembangkan sebagai media informasi, baik informasi sekitar hingga di dunia. Penyebaran informasi ini bisa dilakukan dengan mudah dengan adanya aplikasi mobile, seperti portal berita, majalah elektronik, dan lain sebagainya.

- Memudahkan pekerjaan manusia

Mobile apps memiliki manfaat yang lebih untuk membantu pekerjaan menjadi lebih mudah. Banyak aplikasi yang dikembangkannya oleh para developer, dengan tujuan yang berbeda-beda. Ada yang menggunakannya untuk mengumpulkan resep masakan, mencatat keuangan, menyalurkan hobi, hingga untuk menjual produk-produk dagangan.

- Meningkatkan kualitas komunikasi

Manfaat yang bisa kita temukan pada pengembangan aplikasi mobile yakni dapat menjalin komunikasi antar sesama, baik jarak dekat maupun jarak jauh. Hal ini bisa dilihat dengan aplikasi jejaring sosial seperti Facebook, Twitter, Instagram Whatsapp dan lain-lain yang dapat menghubungkan antara satu orang dengan orang lainnya yang saling berinteraksi. Dengan adanya aplikasi mobile, maka komunikasi yang sebelumnya sulit dilakukan karena harus bertemu secara langsung, bisa semakin mudah dilakukan dengan memanfaatkan aplikasi mobile tersebut

- Membangun dan Mengenalkan Merk

Aplikasi mobile khususnya untuk bisnis tidak hanya menjadi sarana menyebarkan informasi, namun juga membangun dan mengenalkan merk.

- Hal terakhir terkait dengan pendampingan USAID dalam membantu untuk mencapai program HRH2030 di Indonesia selain pengembangan dashboard, business intelligence, serta chatbot, adalah pembuatan Si-SDMK mobile*.

Untuk SI-SDMK *mobile* sendiri, sudah direncanakan sejak tahun 2019, akan tetapi baru terealisasi di bulan Februari tahun 2021. Bersamaan dengan hadirnya pandemi Covid-19, kebutuhan sebaran data tenaga kesehatan yang dibutuhkan menjadi sangat dinamis. Hal ini yang melatar belakangi tim SDMK untuk membuat penyajian data secara cepat. Jika chatbot hanya bisa melihat dan menerima data, untuk aplikasi SI-SDMK mobile ini bisa digunakan tidak hanya untuk melihat data tapi juga meng-input dan meng-update data. Pengembangan aplikasi mobile Si-SDMK dilakukan dalam rangka meningkatkan cakupan data dan kemudahan akses dalam mengupdate data di sistem SI-SDMK.

Sistem SI-SDMK mobile saat ini sedang diuji cobakan di Provinsi Nusa Tenggara Barat. Aplikasi ini mempunyai efek sangat penting dalam ekosistem SISDMK karena data bisa di-input langsung oleh SDM Kesehatan melalui handphone, lalu diverifikasi oleh fasyankes, Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota, serta Provinsi secara berjenjang. Hal tersebut dilakukan dengan tujuan untuk mendapatkan validitas data SDM kesehatan secara cepat, karena data dapat langsung di-input dan di-update oleh pengguna terkait. Penggunaannya pun cukup mudah dilakukan. Saat ini, aplikasi ini dapat di unduh di Google Play. Setelah diunduh atau di-download dan di-install, tinggal memasukkan alamat email atau nomor handphone pengguna yang bersangkutan pada dashboard di aplikasi tersebut.

6. Modul Keamanan Data

Data adalah catatan atas kumpulan fakta. Dalam keilmuan (ilmiah), fakta dikumpulkan untuk menjadi data. Data memiliki fungsi yang sangat penting bagi kinerja dan kelancaran kerja, baik untuk swasta maupun instansi pemerintah. Data yang baik dapat disusun dalam sebuah database (basis data). Database memiliki arti penting dalam instansi agar dapat mengumpulkan, mengorganisir dan menganalisa tugas dan fungsi setiap instansi pemerintah dalam rangka pencapaian rencana strategisnya.

Beberapa kegunaan data dan informasi adalah sebagai berikut:

- Sebagai bahan/alat dalam pengambilan keputusan;
- Menentukan jenis kegiatan yang akan dilaksanakan;
- Alternatif/metode untuk melaksanakan kegiatan;
- Seberapa besar lingkup kegiatan;
- Penentu SDM pelaksanaan kegiatan;
- Dapat memprediksi besaran anggaran yang dibutuhkan; dan sebagainya.

Dalam sistem informasi SI-SDMK, data-data penting yang tersedia adalah data-data yang meliputi pemetaan keadaan SDM kesehatan, perencanaan SDM kesehatan, pendayagunaan SDM kesehatan, pengadaan SDM kesehatan, dan peningkatan mutu SDM kesehatan yang ada di seluruh Indonesia.

Saat ini, tersedia kurang lebih dua juta data individu dari SDM kesehatan di seluruh Indonesia dan data-data tersebut tentu akan terus berkembang seiring cakupan yang semakin meluas. Momentum vaksinasi tenaga kesehatan membuat data tenaga kesehatan yang ada di dalam sistem SI-SDMK semakin kaya. Hal tersebut terjadi karena semakin luasnya cakupan tenaga kesehatan yang harus di vaksin. Selain itu, adanya insentif nakes pun membuat data semakin meningkat.

Pentingnya data dan informasi yang terkandung, khususnya data digital, tentu saja berkaitan erat dengan keamanan data yang juga harus diperkuat sedemikian rupa. Salah satu praktik untuk melindungi informasi digital adalah data security.

Data Security atau yang juga disebut dengan keamanan data adalah praktik melindungi informasi digital dari akses tidak sah, atau pencurian di seluruh siklus hidupnya. Praktik ini adalah konsep yang mencakup setiap aspek keamanan informasi dari keamanan fisik perangkat keras dan perangkat penyimpanan, hingga kontrol administratif dan akses, serta keamanan logis dari aplikasi perangkat lunak. Keamanan data juga mencakup kebijakan dan prosedur organisasi.

Ada 3 alasan kenapa keamanan data atau data security itu penting untuk dilakukan. Yang pertama, untuk mencegah potensi kerugian material. Yang kedua adalah untuk mengurangi risiko penyalahgunaan data atau informasi. Yang ketiga dan terakhir adalah untuk meminimalisir peluang tindakan kriminal.

Ada berberapa jenis keamanan data yang tersedia, diantaranya Enkripsi, Firewall, Secure Socket Layer, Kriptografi, Pretty Good Privacy. Dengan semakin banyaknya data yang ada dan penting dalam sistem SI-SDMK, data-data tersebut harus diamankan dengan menggunakan standard pengamanan nasional. Oleh sebab itu, BPPSDMK saat ini sedang berproses dengan menggandeng Badan Siber Sandi Negara (BSSN) untuk membantu dalam pengamanan data yang ada di dalam sistem SI-SDMK dengan menggunakan modul keamanan data yang terintegrasi dengan SISDMK.

Badan Siber dan Sandi Negara atau BSSN, adalah lembaga pemerintah Republik Indonesia yang didirikan pada tahun 2017. Lembaga ini bertugas melaksanakan keamanan siber secara efektif dan efisien dengan memanfaatkan, mengembangkan, dan mengonsolidasikan semua unsur yang terkait dengan keamanan siber.

BSSN direncanakan dibentuk sejak tahun 2015 untuk mengonsolidasikan kewenangan, tugas, dan fungsi yang tumpang tindih diantara lembaga terkait siber seperti Kominfo, BIN, Kementerian Luar Negeri, Kementerian Pertahanan, Polri dan institusi lainnya. Sebelumnya, cikal bakal dari lembaga ini ialah Desk Ketahanan dan Keamanan Informasi Cyber Nasional (DK2ICN) yang berada dibawah Kementerian Koordinator Bidang Politik, Hukum dan Keamanan.

Keamanan ranah siber perlu didorong dan diperkuat oleh pemerintah sebagai upaya meningkatkan pertumbuhan perekonomian dan mewujudkan keamanan nasional. Terkait hal tersebut, pemerintah menata Lembaga Sandi Negara menjadi Badan Siber dan Sandi Negara guna menjamin terselenggaranya kebijakan dan program pemerintah di bidang keamanan siber dan persandian negara.

Dengan menggandeng BSSN, diharapkan keamanan data-data tersebut semakin menguat, sehingga kepercayaan bisa diraih oleh para stakeholder atau pemangku kepentingan untuk mendapatkan jaminan data yang terpercaya melalui sistem SI-SDMK.

BAB V

Transformasi Layanan Membangun Harapan

Tak hanya transformasi inovasi teknologi, Sistem Informasi SDM Kesehatan juga melahirkan transformasi layanan yang melahirkan harapan-harapan baru. Bahkan ke depan peluangnya akan sangat besar, terkait dengan upaya kolaborasi dan sinergi yang terus digalakkan.

Berikut adalah kerjasama layanan Sistem Informasi SDM Kesehatan yang sudah berhasil diwujudkan:

#1 SI-SDMK dan Aplikasi Nusantara Sehat

Kementerian Kesehatan RI (Kemenkes) untuk periode 2015 – 2019 memiliki fokus kebijakan berupa penguatan Pelayanan Kesehatan (Yankes) Primer. Prioritas ini didasarkan oleh permasalahan kesehatan yang mendesak seperti angka kematian ibu dan bayi yang masih tinggi, angka gizi buruk, serta angka harapan hidup yang sangat ditentukan oleh kualitas pelayanan primer. Penguatan yankes primer mencakup tiga hal, yaitu: Fisik (pembentahan infrastruktur), Sarana (pembentahan fasilitas), dan Sumber Daya Manusia (penguatan tenaga kesehatan).



Sub Koordinator Pendayagunaan SDMK Daerah Khusus bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan penempatan Nusantara Sehat, mulai dari *recruitment*, seleksi, mengejar pembekalan, pemberangkatan, penempatan, sampai monev (monitoring dan evaluasi). Tentu saja dalam pelaksanaannya, tim tersebut tidak dapat berdiri sendiri, contohnya ketika seleksi juga melibatkan tim teknis psikologi Kemenkes, selain itu juga melibatkan organisasi profesi. Kemudian untuk proses pembekalan atau pelatihan pun yang melaksanakan adalah dari institusi pelatihan.

Menurut dr. Nurahmiati, MKM - Koordinator Subtansi Pendayagunaan SDM Kesehatan Dalam Negeri, Nusantara Sehat diproses berdasarkan permintaan atau usulan dari daerah yang dijembatani oleh kerjasama antara aplikasi Si-SDMK dan aplikasi Renbut (Rencana Kebutuhan). Jika daerah mengalami kekurangan tenaga Kesehatan, maka harus mengupdate sistem Si-SDMK terlebih dahulu dan mengisi aplikasi Renbut, baru kemudian permintaan tersebut akan diproses.

Selain *recruitment* dan penempatan, Sub Koordinator Pendayagunaan SDMK Daerah Khusus juga berkoordinasi dengan para *stakeholder* lainnya, seperti pemerintah daerah agar berkomitmen untuk bisa menjamin keamanan, keselamatan tenaga kesehatan yang dikirimkan kesana. Bukan hanya keamanan dan keselamatan saja, tapi daerah juga harus menyiapkan sarana prasarana, termasuk fasilitas tempat tinggal. Jika daerah tidak mampu memberikan komitmen tersebut, tim Kemenkes tidak akan mengirimkan tenaga kesana.

Saat ini, jumlah nakes yang mengikuti program Nusantara Sehat yang masih aktif, kurang lebih sebanyak 5.000 orang, termasuk penempatan tahun 2020 dan 2021. Total tenaga Kesehatan yang sudah bergabung menjadi Nusantara Sehat sejak tahun 2015, kurang lebih sebanyak 17 ribu. Untuk pertahun, Nusantara Sehat yang diberangkatkan sekitar 3 ribu sampai 4 ribu orang. Jumlah akan bertambah atau berkurang, tergantung dengan kebutuhan di daerah. Penempatan Nusantara Sehat individu, hampir setiap bulan. Penempatan bisa dilakukan 10 kali dalam setahun, atau 10 *batch* dalam setahun.

Antusiasme nakes untuk mengikuti program ini pun luar biasa, walaupun dengan seleksi yang ketat. Bukan hanya seleksi administrasi saja yang harus dilewati peserta, tapi juga ada seleksi tes potensi. Seleksi tes potensi ini bukan berupa tes potensi akademik atau potensi teknis, tapi lebih ke arah ketahanan mental dari peserta tersebut. Psikologisnya peserta yang dinilai apakah memang betul-betul siap ditempatkan di daerah atau tidak, seperti apa kepemimpinannya, apakah bisa menggerakkan masyarakat dan bisa menjadi pionir untuk tenaga kesehatan organik yang ada disana. Semua dinilai. Termasuk bagaimana peserta tersebut menghadapi situasi darurat, masalah budaya, dan lain-lain. Jadi untuk peserta terpilih, memang betul-betul yang berjiwa kuat dan memiliki mental tahan banting. Selain itu, mereka juga melakukan observasi FGD (*Focus Group Discussion*). Menurut hasil kajian Litbang di tahun 2018, dengan adanya program Nusantara Sehat khususnya Nusantara Sehat team, ada daya ungkit yang dirasakan semakin baik. Angka kunjungan di puskesmas meningkat, Nusantara Sehat pun bisa menjadi motor penggerak tenaga organik yang ada disana, serta mengerakkan masyarakat untuk memaknai kesehatan pola hidup bersih sehat.

Nusantara Sehat yang saat ini membantu daerah-daerah khususnya daerah tertinggal, salah satunya tidak lepas dari peran SI-SDMK. Awalnya ketika data di SI-SDMK yang agregat mulai menjadi data individu di tahun 2016. Di tahun tersebut pula, Dr. Mawari Edy, M.Epid yang saat itu masih bertugas di Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan, mendapatkan dua aplikasi yang cukup signifikan berada di disana, yaitu aplikasi *recruitment* Nusantara Sehat dan aplikasi *internship*.

Dulu ketika sistem SI-SDMK masih berupa data manual, data untuk Nusantara Sehat tetap merujuk kepada Datin karena menggunakan satu sumber, satu pintu dari SDMK. Walaupun belum ada integrasi secara sistem SI-SDMK, tapi Datin sebagai pengelola data yang meng-*collect data*. Jadi walaupun saat itu sistemnya masih sederhana, Pusrengun tetap mengambil data untuk Nusantara Sehat dari SI-SDMK.

Baru setelah itu di tahun 2016-2017, Mawari Edy mendorong teman-teman untuk memperkaya aplikasi dengan fungsi-fungsi layanan administratif atau proses untuk pengambilan kebijakan. Saat itu, beliau sudah memiliki bayangan bahwa aplikasi Nusantara Sehat akan diolah dan dimodifikasi, setelah itu akan disambungkan dengan SI-SDMK.

Saat itu aplikasi Nusantara Sehat mengambil dari pihak luar. Setelah itu di tahun 2017, aplikasi Nusantara Sehat yang menggunakan developer luar, diganti dengan dibangun aplikasi yang baru dengan data yang sudah tidak lagi agregat tapi sudah individu untuk pengolahan datanya, dan business processnya dibuat oleh teman-teman beliau. *Business process*-nya dibuat sekitar tahapan, dengan variable dan *data flow diagram*-nya yang sudah memiliki peta.

Karena saat itu datanya masih sangat kurang dan belum terintegrasi sehingga tidak sinkron, masih harus meggunakan dua sumber, yaitu data Si-SDMK dan dokumen Renbut yang saat itu sama-sama mengumpulkan data *existing*.

Pada akhirnya di tahun 2019, diputuskan bahwa aplikasi Nusantara Sehat mengambil data dari dua aplikasi tersebut tetapi dalam proses pengolahan yang berbeda. Data dasar atau data *existing* SDM diambil dari SI-SDMK karena datanya lebih kokoh dan dari sisi aplikasi pun lebih aman untuk menampung data, sedangkan untuk perhitungan ABK (Analisis Beban Kerja) terkait dengan rumus-rumus perhitungan tertentu yang telah distandardkan, diambil dari aplikasi Renbut.

Sampai saat ini, SI-SDMK menjadi salah satu tonggak penting untuk aplikasi Nusantara Sehat karena aplikasi tersebut sudah saling terintegrasi. Salah satu syarat daerah bisa mendapatkan Nusantara Sehat adalah dengan mengisi aplikasi SI-SDMK karena aplikasi tersebut sudah terintegrasi dengan aplikasi Nusantara Sehat. Jika data *existing* nakesnya tidak ada, maka Nusantara Sehat tidak akan diberi. Jadi dengan kata lain, ‘memaksa’ daerah atau fasyankes agar terus menginput data dan mengupdate data di SI-SDMK.

Di dalam aplikasi Nusantara Sehat, terdapat usulan daerah, ada *database* lokus yang sudah ditempatkan, database individu masing-masing dan penempatanya. Jika Nusantara Sehat sudah selesai mengabdi selama 2 tahun, akan keluar sertifikatnya

Proses integrasi antara sistem SI-SDMK dengan aplikasi Nusantara Sehat dilakukan secara sistem menggunakan web API yang diberikan oleh SI-SDMK dan tersambung pada aplikasi kebutuhan Nusantara Sehat (NS) secara otomatis. Kolaborasi ini sangat penting dilakukan, mengingat data akan semakin valid karena bersumber dari SI-SDMK dan untuk usulan kebutuhan Nusantara Sehat tidak perlu lagi menginput data dari awal.

Kemudahan yang dirasakan setelah terintegrasinya data dengan SI-SDMK adalah presisi data sebagai acuan untuk penempatan tenaga, walaupun perlu meng-cross *check* lagi dengan mekanisme *desk* untuk menentukan lokasi. Selain ada data diatas kertas, daerah yang mengirimkan permintaan Nusantara Sehat pun dipanggil untuk ditanyai secara langsung alasan mengirimkan permintaan untuk Nusantara Sehat.

Dalam pelaksanaannya, tentu saja jalan tidak selalu mulus. Tim Pusrengun juga pernah mendapati data yang tidak sinkron antara data di sistem dengan data *real* di lapangan. Di dalam sistem tertulis bahwa dibutuhkan tenaga kesehatan, tapi kenyataan di lapangan posisi tersebut sudah terisi.

Hal tersebut dapat terjadi karena tim di daerah yang tidak meng-update di sistem. Misalnya, dari daerah merekrut CPNS atau mendapat CPNS, tapi kemudian tidak mengupdate SI-SDMK. Atau daerah mengontrak atau BLUD lalu tidak mengupdate SI-SDMK. Sedangkan pengiriman tenaga kesehatan dilakukan setelah melihat dari data yang ada di sistem.

Dengan demikian, pusat mendorong untuk tim Dinas Kesehatan beserta Puskesmas untuk terus meng-update data di sistem agar meminimalisir kesenjangan data “Jadi kalau data SI-SDMK yang mereka tarik salah, Rencana Kebutuhan (Renbut) nya akan salah, perhitungan Renbutnya pun akan salah. Sedemikian pentingnya data tersebut sebagai penentu kebijakan, termasuk kebijakan penempatan.” .

Tantangannya saat ini adalah bagaimana mendorong teman-teman di daerah untuk selalu meng-update data di sistem SI-SDMK sehingga meminimalisir perbedaan data di sistem dengan di lapangan.

Harapan ke depan, ingin daerah mampu mengelola tenaga kesehatan tanpa bantuan Nusantara Sehat, karena daerah sudah memiliki anggaran sendiri, memiliki mekanisme sendiri. Alangkah baiknya jika daerah bisa mandiri dengan meng-customize kebutuhan tenaga kesehatan masing masing, karena tiap daerah memiliki geografis dan budaya yang berbeda.

Selain itu diharapkan juga adanya sistem pelaporan. Karena selama ini jika ada masalah terkait dengan Nusantara Sehat, pelaporannya masih berupa manual (surat menyurat). Jadi info pun terlambat diterima oleh tim Pusrengun.

#2 SI SDMK dengan Aplikasi Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan

Aplikasi Perencanaan Kebutuhan Tenaga Kesehatan adalah aplikasi yang dapat melakukan perhitungan kebutuhan tenaga kesehatan dan rekapitulasinya. Pengguna aplikasi perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan adalah faskes (Puskesmas, Rumah Sakit, Dinas Kesehatan) yang ingin melakukan perhitungan kebutuhan tenaga kesehatan

Aplikasi Perencanaan Kebutuhan adalah aplikasi yang digawangi oleh Bidang Perencanaan SDM yang ada dalam Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan yang memiliki tugas fungsi merencanakan kebutuhan SDM, memetakan kebutuhan, juga melakukan upaya-upaya pemenuhan dan pendayagunaan SDM Kesehatan dalam rangka distribusi ataupun redistribusi. Tujuannya adalah agar seluruh fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia, baik itu FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut)/ Rumah sakit atau FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama)/ puskesmas, betul-betul terpenuhi tenaga kesehatannya sesuai dengan jenis, jumlah dan juga kualifikasi yang dibutuhkan.

Bidang Perencanaan SDM sangat erat kaitannya dengan data-data dan sistem informasi, khususnya data yang terkait dengan *existing data* atau data ketersediaan SDM.

Atas dasar *existing data* inilah Bidang Perencanaan SDM bergerak untuk menganalisis atau menganalisa kebutuhannya, dengan 3 metode, yaitu:

- Standar Ketenagaan Minimal (SKM)
- Metode Analisis Beban Kerja (ABK)

Proyeksi Rasio Tenaga Kesehatan Terhadap Jumlah Penduduk

Bidang Perencanaan SDM berusaha menghitung perencanaan kebutuhan SDM dengan seakurat mungkin dan prosesnya adalah dengan pendekatan *bottom up planning*. *Bottom up planning* artinya dari level fasyankes, kemudian direkap kabupaten/kota, kabupaten/kota direkap oleh provinsi, dan kemudian menjadi peta nasional yang direkap oleh Kementerian Kesehatan.

Mendukung amanat dari Permenkes 33 tahun 2015 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan, untuk memudahkan perhitungan, Bidang Perencanaan SDM sudah mengembangkan Aplikasi Renbut (Perencanaan Kebutuhan) di tahun 2016. Aplikasi tersebut terus menerus dikembangkan secara berkesinambungan dan pada tahun 2020 kemarin sudah versi 4.0. Aplikasi tersebut dapat diakses melalui

<https://renbut.kemkes.go.id/>

Menurut **dr Indriya Purnamasari, MARS**, Sub Koordinator Sub Subtansi Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan, perhitungan perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan, tentu saja erat kaitannya dengan sistem SI-SDMK. Jika fasyankes melalui sistem SI-SDMK menginput data *existing SDM* Kesehatan di masing-masing wilayah, aplikasi Renbut digunakan untuk menganalisis data *existing* yang ada di aplikasi SI-SDMK agar nantinya bisa menjadi peta kebutuhan perjenis tenaga, juga jabatan fungsional. Kedua aplikasi tersebut terintegrasi agar bisa menganalisis data yang terkait dengan kebutuhan dengan berbagai metode yang ada, seperti SKM (Standar Ketenagaan Minimal) dan ABK (Analisis Beban Kerja). Dalam menghitung kebutuhan tenaga kesehatan dengan beban kerja maupun standar minimal, dibutuhkan data ketenagaaan yang valid. Oleh sebab itu apllikasi Renbut akan menarik data SDM Kesehatan dari SI-SDMK secara berkala. Integrasi ini menggunakan sistem Web API dan sangat menguntungkan kedua pihak karena validitas data sama-sama terjaga.

Dulu ketika kedua aplikasi ini masih belum saling terinteroperabilitas, datanya masih masing-masing dan tidak sinkron. Sejak tahun 2019 akhir, sudah ada interoperabilitas sehingga kedua aplikasi ini bisa diefektifkan dan dioptimalkan di tahun 2020 kemarin.

Untuk perencanaan kebutuhan, karena ini mengenai volume kerja satu tahun, jadi evaluasi data (*input data*) dilakukan setahun sekali, karena harus menghimpun tenaga-tenaga yang ada, baru kemudian mengumpulkan volume-volume capaian dari masing-masing orang. Evaluasi dilakukan dan waktunya menyesuaikan dengan Menpan dan Kemenkeu, sehingga benar-benar bermanfaat untuk pemenuhan kebutuhan melalui mekanisme ASN serta untuk penganggaran. Ketika Menpan akan melakukan evaluasi kebutuhan untuk pengusulan formasi ASN di bidang kesehatan, baru evaluasi tersebut dilakukan.

Resource data yang digunakan untuk puskesmas menggunakan data tunggal dari SI-SDMK karena hanya SI-SDMK yang bisa mencakup hampir seluruh puskesmas dengan cakupan diatas 95% akurasinya. Saat ini, per 31 Oktober 2021 tercatat ada 10.312 puskesmas.

Menurut perhitungan, formasi lanskap dari SDM di Indonesia untuk target RPJMN (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional) yang terkait dengan puskesmas, tenaga dokter dari 10.312 puskesmas itu sekitar 4,9% belum terpenuhi. Jadi 10.200 puskesmas sudah memiliki dokter, tapi masih ada sekitar 112 puskesmas belum memiliki dokter sama sekali.

Kemudian untuk 9 jenis tenaga Kesehatan, ada target RPJMN yang harus tercapai. Untuk 9 jenis persebaran puskesmas sesuai Permenkes no 43, Indonesia baru mencapai sekitar 50%. Jadi 10.312 puskesmas tadi masih belum lengkap 9 jenis tenaganya. Hanya saja memang berbeda-beda untuk jenis tenaganya. Ada yang belum lengkap dokternya, ada yang belum lengkap perawat dan bidan, ada yang belum lengkap radiografis, apoteker, dan lainnya. Jadi bervariasi.

Kalau bicara mengenai target dokter di puskesmas untuk tahun ini, seharusnya 100% puskesmas yang ada, semuanya sudah memiliki dokter. Tapi kalau untuk 9 jenis tenaga kesehatan, target tahun ini adalah 47%. Karena data di lapangan sudah 50%, jadi untuk 9 jenis tenaga kesehatan memang sudah melampaui target tahun ini.

Walaupun untuk data puskesmas menggunakan data SI-SDMK sebagai data acuan tunggal, namun tidak demikian untuk data rumah sakit. Untuk data rumah sakit, data yang digunakan masih harus disandingkan dengan data SIRS *Online*. Karena di rumah sakit ada SIRS *Online* yang dikembangkan oleh Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan (Dirjen Yankes). Masalahnya, saat ini antara SI-SDMK dan SIRS *Online* masih belum sepenuhnya terintegrasi.

Untuk selisih data rumah sakit antara SIRS *Online* dan SI-SDMK pun bisa dibilang cukup besar. Kurang lebih sekitar 200-300 Rumah Sakit. Dan itu signifikan sebenarnya kalau dalam perhitungan. Jika ditemukan perbedaan data untuk data rumah sakit, jika menghitung kebutuhan dengan dua metode, baik standar ketenagaan maupun dari ABK (Analisis Beban Kerja), pasti harus menyandingkan data dari dua aplikasi tersebut. Tapi untuk sebagian besar data rumah sakit, Bidang Perencanaan SDM lebih menggunakan SIRS *Online* karena para faskes rumah sakit biasanya lebih meng-update data di SIRS *Online*, sehingga data yang

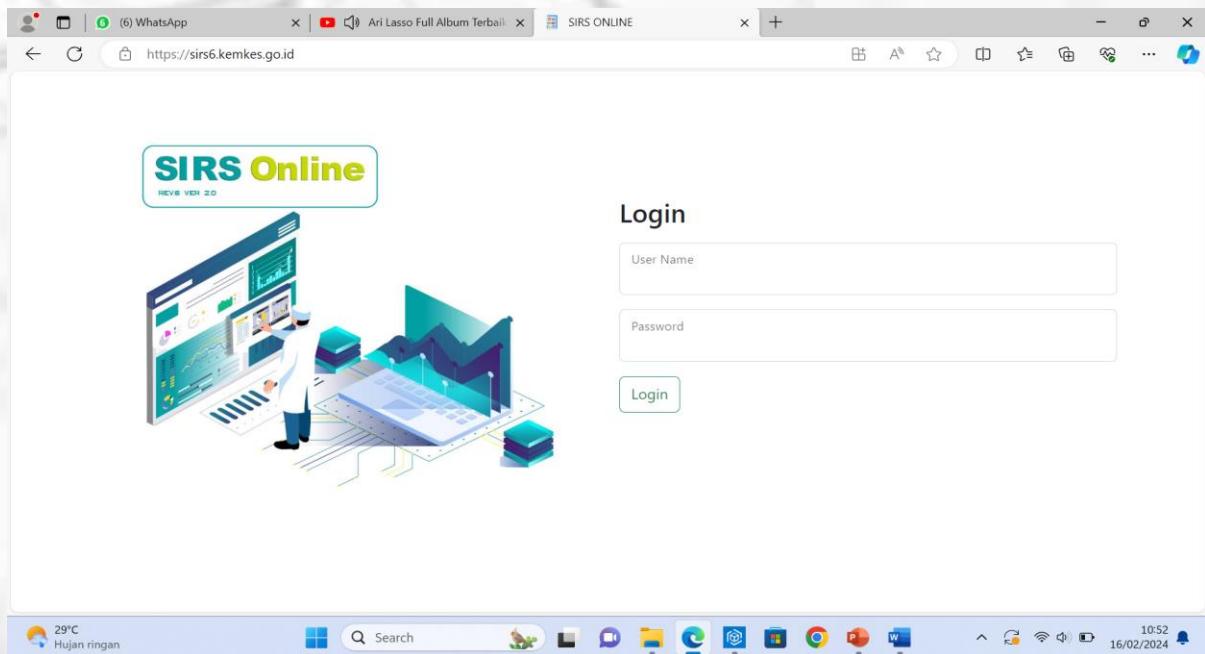
ada di SIRS online lebih *update*. Hal tersebut ada kaitannya dengan DAK fisik (Dana Alokasi Khusus), dimana jika fasyankes tidak menginput atau meng-*update* di SIRS online, dana tersebut tidak akan turun. Jadi ada transaksi disitu. Itu kenapa kepatuhan faskes khususnya rumah sakit untuk mengisi data bisa lebih terjamin.

Namun demikian data SI-SDMK pun sudah jauh lebih baik dibanding dulu. Saat ini, Kemendagri menggunakan data SI-SDMK sebagai acuan untuk memutasi SDM Kesehatan melalui e-Mutasi berdasarkan data yang ada di SI-SDMK serta aplikasi Renbut.

Harapan yang ingin terwujud untuk kedepannya adalah interoperabilitas sistem dengan lintas KL (Kementerian Lembaga), seperti Kemenpan RB, dan lainnya agar datanya bisa saling sinkron. Selain itu dilakukannya advokasi sehingga membuat pihak-pihak dan lintas sektor memahami betapa pentingnya perencanaan kebutuhan, pentingnya ketersediaan data SDM di SI-SDMK.

#3. SI-SDMK dengan SIRS Online (Pelayanan Kesehatan)

Sistem informasi rumah sakit (SIRS) adalah suatu proses pengumpulan, pengolahan, dan penyajian data rumah sakit se-Indonesia. Sistem Informasi ini mencakup semua Rumah Sakit umum maupun khusus, baik yang dikelola secara publik maupun privat.



SIRS merupakan aplikasi sistem pelaporan rumah sakit kepada Kementerian Kesehatan yang meliputi:

- Data identitas rumah sakit.
- Data ketenagaan yang bekerja di rumah sakit.
- Data rekapitulasi kegiatan pelayanan kompilasi penyakit/morbiditas pasien rawat inap.
- Data kompilasi penyakit/morbiditas pasien rawat jalan.
- Data kelengkapan Sarana Prasarana di Rumah Sakit
- Indikator pemenuhan review kelas Rumah Sakit

SIRS bertujuan untuk: merumuskan kebijakan di bidang rumah sakit, menyajikan informasi rumah sakit secara nasional, serta melakukan pemantauan, pengendalian, dan evaluasi penyeleggaraan rumah sakit secara nasional.

SIRS online adalah aplikasi yang berada dibawah naungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, di Bagian Program dan Informasi Dirjen Yankes yang memiliki tugas pokok dan fungsi sebagai pengolah data, khususnya data-data dari rumah sakit melalui SIRS online. Dimana data-data tersebut tidak hanya berupa data pelayanan, tapi juga mengolah seluruh data yang terkait dengan SDM untuk melihat kondisi dari sisi fasyankes sampai dengan pelayanan yang dibutuhkan.

Menurut **Haidar Istiqlal. S. Kom, Datin Ditjen Pelayanan Kesehatan**, data informasi Pelayanan Kesehatan berhubungan dengan SI-SDMK karena melalui Dirjen Yankes penggambaran akses pelayanan kesehatan yang ada di setiap daerah bisa didapatkan. Tidak hanya terkait dengan berapa jumlah rumah sakit tapi juga terkait dengan SDM Kesehatan di masing-masing fasyankes sesuai dengan spesialisasinya.

Salah satu korelasi yang mendukung kebijakan tersebut adalah tinjauan untuk kelas rumah sakit karena penilaian rumah sakit tidak hanya dilihat dari sisi nakesnya saja, tapi juga dari sisi kapasitas SDMnya. Apakah kapasitas SDM sesuai dengan aturan yang terkait dengan pendirian rumah sakit atau perizinan rumah sakit. Untuk data-data tersebut, sudah mengacu pada data-data yang ada di SI-SDMK. Karena jika datanya tidak sesuai dengan peraturan atau izin operasional rumah sakit yang berlaku, maka pihak dari Dirjen Yankes bisa menangguhkan izin faskes tersebut karena tidak sesuai dengan peraturan.

Demikian pula untuk level kelas rumah sakit. Artinya dalam peningkatan kelas rumah sakit, terdapat standarisasi, misalnya kelas A berapa, kelas B berapa. Hal itu juga dinilai dari sisi SDM Kesehatan yang ada di faskes tersebut. Dan data SI-SDMK ini membantu sekali untuk melihat serta menilai apakah rumah sakit layak sebagai rumah sakit kelas A, rumah sakit kelas B, rumah sakit kelas C, atau rumah sakit kelas D.

Di awal, pada tahun 2018 ketika sistem masih belum terintegrasi, sistemnya masih konvensional dan terpisah-pisah. Belum ada skema *bridging* dan masing-masing pengelola aplikasi pun masih meminta data dari faskes. PP SDM minta data dari rumah sakit, Yankes juga meminta dari rumah sakit. Padahal datanya sama.

Karena itu di tahun 2021, PPSDM dan Yankes bersepakat bahwa jika data yang diminta sama, di *bridging*-kan saja untuk data-datanya, asal secara konten kebutuhan Yankes sudah dipenuhi oleh sistem SI-SDMK. Tim PPSDM pun menyanggupi pemenuhan kebutuhan data tersebut dengan mengacu kepada aturan PP nomor 47 Tahun 2021 tentang penyelenggaraan bidang perumahsakitan.

Dari sisi nomenklatur sampai dengan teknik pengisiannya sudah difinalkan karena PPSDM sudah mengadopsi berdasarkan nomenklatur yang sudah Dirjen Yankes buat melalui PP perizinan tersebut. Dan untuk skema datanya pun, saat ini Dirjen Yankes sudah tidak lagi meminta rumah sakit untuk mengisi data di SIRS online. Fasyankes hanya perlu mengisi data SDM di SI-SDMK dan Dirjen Yankes akan mengambil data SDM Kesehatan melalui sistem SI-SDMK.

Sebagai data validasi dan verifikasi SDM Kesehatan di Rumah Sakit, integrasi data menggunakan sistem Web API dan dapat disimpan oleh SIRS, yang nantinya dapat digunakan untuk kepentingan Dirjen Yankes dan diaplikasikan di setiap Direktorat yang membutuhkan data ketenagaan. Jadi tidak perlu lagi untuk menginput ulang karena datanya sudah ada dari SI-SDMK.

Yang harus dioptimalkan adalah kepatuhan dari sisi rumah sakit untuk mengupdate data di SI-SDMK, termasuk juga untuk validasi datanya. Jadi ketika data di SI-SDMK sudah *clean*, sudah tervalidasi, maka data yang akan diterima pun sudah ‘bersih’. Ini yang harus jadi fokus perhatian agar tidak perlu lagi melakukan validasi ulang terhadap data-data yang sudah masuk.

Yang harus dioptimalkan adalah kepatuhan dari sisi rumah sakit untuk mengupdate data di SI-SDMK, termasuk juga untuk validasi datanya. Jadi ketika data di SI-SDMK sudah *clean*, sudah tervalidasi, maka data yang akan diterima pun sudah ‘bersih’. Ini yang harus jadi fokus perhatian agar tidak perlu lagi melakukan validasi ulang terhadap data-data yang sudah masuk.

Peranan Dinas Kesehatan cukup penting dalam melakukan validasi yang lebih detail terhadap data-data yang sudah diinput rumah sakit, terutama sebagai administrasi yang menerbitkan terkait dengan SIP dokter di sisi faskes rumah sakit. Karena sistem apapun tanpa adanya validator yang ada, bisa bermasalah.

Selain SIRS *Online*, Yankes pun sedang mengembangkan Sisrute (Sistem Informasi Rujukan Terintegrasi) berbasis kompetensi yang bisa melihat dari sisi ketersediaan SDM di rumah sakit. Jika bisa mengambil data dari SI-SDMK, tentu akan terbantu sekali. Sehingga nantinya bisa melihat data kompetensi faskes tersebut apakah nakes-nakes disana berkompeten dalam mendiagnosis atau melayani pasien, atau melakukan kuratif kepada pasien. Dan data-data tersebut bisa didapatkan melalui sistem SI-SDMK.

Selain itu pemanfaatan data dengan BPJS Kesehatan, karena BPJS Kesehatan untuk ke depannya akan menjadi bagian dari sistem kesehatan di sisi transformasi digital kesehatan. Ketika data yang ada sudah bisa dimanfaatkan bersama dengan data yang ada di BPJS, maka sistem rujukan Yankes dengan BPJS tidak akan ada perbedaan konsep lagi. Datanya akan sama karena bersumber dari data yang sama, sehingga sistem rujukan yang dimiliki Kemenkes dan BPJS akan bisa tersinergikan dengan data-data yang bersumber dari satu data di SI-SDMK.

Lalu yang lebih penting lagi adalah bagaimana membangun sebuah integritas sistem dengan sistem perencanaan, karena di Yankes sendiri ada perencanaan yang berhubungan dengan DAK (Dana Alokasi Khusus) dan itu juga harus melihat dari sisi SDMnya.

Jadi jika ada bagian perencanaan yang membutuhkan informasi misalkan “Berapa SDM? Ada nggak spesialis Obgynnya?” data tersebut akan diberikan kepada bagian perencanaan sebagai *decision maker* sebagai pertimbangan apakah usulan tersebut sesuai atau tidak terhadap penganggaran. Ini juga sudah berjalan, hanya tinggal memperkuat dari sisi validasi datanya saja supaya bisa dijalankan dengan lebih optimal lagi terkait data-data yang masuk dari SI-SDMK.

Salah satu pengembangan yang masih belum lengkap di SI-SDMK adalah data Ketenagaan di klinik. Sejauh ini SI-SDMK sudah memiliki data SDMK Klinik, meliputi: dokter, dokter gigi, dan lainnya. Dalam hal ini, isian data memang sangat bergantung pada keaktifan pengelola Data SDMK di Kabupaten/kota

Harapan kedepan adalah memastikan semua faskes, mulai dari rumah sakit atau faskes, termasuk klinik, praktik mandiri, lab kesehatan dan sebagainya, bisa menginput data di Si-SDMK dan mengupdate datanya secara rutin.

Selain itu Pelayanan Kesehatan memiliki fokus di 2 sisi, pertama untuk rekam medis elektronik yang memang membutuhkan informasi dokternya. Jika bersumber dari **SI-SDMK**, diharapkan dari seluruh informasi dokter itu sudah termasuk di dalam sistem **SI-SDMK**. Jangan sampai nanti ketika dokternya mau tanda tangan atau mau mengeluarkan *resume* medis di sistem Yankes, tapi ternyata datanya belum terdaftar atau datanya belum *update* di SI-SDMK .

Yang kedua adalah sistem *telemedicine*. Yankes membutuhkan data individu untuk dokter di setiap faskes. Ketika data dokter tersebut sudah teregister di **SI-SDMK**, maka rumah sakit tinggal mengambil data itu melalui sistem *telemedicine* milik Yankes dan sambil berjalan, akan di *cross check* untuk datanya. Sehingga jika suatu saat PPSDM membutuhkan *feedback* dari Yankes misalkan membutuhkan data dokter yang sudah menjalankan *telemedicine*, data tersebut akan bisa didapatkan.

Saat ini memang belum ada pertemuan rutin yang dilakukan oleh Yankes dengan PPSDM terkait *cross check* data, tapi kedepannya sudah direncanakan untuk proses rekonstruksi data secara rutin, minimal sebulan sekali. Agar bisa memastikan posisi data antara yang ada di sistem dengan petugas itu sama dan meminimalisir selisih data. Kalaupun ada selisih data, bisa segera terselesaikan dengan adanya pertemuan membahas rekonsiliasi data tersebut.

4. SISDMK dengan SIMPLE- IT Ciloto

Balai Besar Pelatihan Kesehatan Ciloto atau yang juga dikenal dengan BBPK Ciloto, adalah unit pelaksana teknis di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia (BPPSDM) Kesehatan.

Saat ini dipimpin oleh **Sjamsul Ariffin, SKM, M.Epid** yang sebelumnya menjabat sebagai Kepala Bagian Program dan Informasi, Sekretariat Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, dalam pelaksanaan tugas BBPK secara administratif, dibina oleh Sekretariat Badan PPSDM Kesehatan dan secara teknis fungsional, dibina oleh Pusat Pelatihan SDM Kesehatan.

Tugas dari BPPK Ciloto adalah melaksanakan pengelolaan pelatihan sumber daya manusia kesehatan. Di awal pembentukannya, BPPK Ciloto bernama Komando Pemberantasan Malaria (KOPEM) yang dibentuk oleh Presiden Soekarno pada tahun 1955. Hal itu menjadi titik awal kebersamaan seluruh komponen bangsa dalam pembangunan kesehatan guna mengatasi permasalahan bangsa yang saat itu sedang merebak, yaitu penyakit malaria yang merenggut ribuan jiwa penduduk Indonesia.

Visi dari BPPK Ciloto adalah menciptakan manusia yang sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan. Sedangkan misi BPPK Ciloto yaitu menurunkan angka kematian ibu dan bayi, menurunkan angka stunting pada balita, memperbaiki pengelolaan Jaminan Kesehatan Nasional, serta meningkatkan kemandirian dan penggunaan produk farmasi dan alat kesehatan dalam negeri.

Terkait dengan pelatihan yang ada di Ciloto, serta perkembangan teknologi yang terus menerus meningkat, BPPK Ciloto menciptakan satu sistem pelatihan bernama SIMPLE – IT (Sistem Informasi Pelatihan). SIMPLE-IT adalah salah satu *pilot project* yang dilakukan dengan mengintegrasikan dua aplikasi berbeda, yaitu SI-SDMK dan SIMPLE-IT.

Dengan terintegrasinya kedua sistem tersebut, peserta pelatihan dan peserta yang sudah dilatih, datanya akan terekam di SI-SDMK. Peserta pelatihan harus mengisi data di sistem SI-SDMK terlebih dahulu. Jika namanya tidak tampil di sistem atau data belum terinput, tidak bisa mengikuti pelatihan. Dan untuk peserta yang sudah dilatih, datanya akan langsung terlapor di SI-SDMK.

Yang pertama merespon permintaan kerjasama dari Pak Edi terkait Kerjasama kedua sistem tersebut adalah Pak Sjamsul. Pertimbangan kerjasama tersebut diambil oleh Pak Edi, karena Pak Syamsul sebelum bertugas di Ciloto, merupakan Kabag PI terdahulu. Jadi sudah mengetahui tentang sistem SI-SDMK.

Uniknya, kerjasama tersebut tidak memiliki MOU. Kerjasama itu terjalin hanya dengan menggunakan surat dan berdasarkan kedekatan personal. Artinya, ketika komunikasi kelembagaan ditingkatkan terus sampai bentuk komunikasinya seolah-olah menjadi komunikasi personal, kerjasama akan mudah terjadi karena sudah saling mempercayai satu sama lain.

Tentu saja untuk menyamakan sistem pun memerlukan *effort* dan waktu, seperti harus mempertemukan *developer* terlebih dahulu dan harus menyamakan bahasa *coding*-nya terlebih dahulu agar semua *coding* menjadi sama serta memudahkan untuk terintegrasi.

Prosesnya terintegrasinya sama dengan aplikasi lain, yaitu dengan menggunakan Web API. Untuk modul pendaftaran peserta pelatihan, BBPK Ciloto cukup meminta data dari SI-SDMK dan tidak perlu menginput ulang. Hanya memasukkan NIK data ketenagaan, otomatis datanya akan terhubung. Kerjasama ini sama-sama menguntungkan kedua belah pihak karena validitas data terjaga.

Tetapi yang perlu digaris bawahi adalah jika pimpinan sudah *aware* dan memberikan perintah untuk mengerjakan, integrasi sistem antar dua belah pihak, hal tersebut dapat dilakukan tanpa ada hambatan. Karena untuk mengintegrasikan dua sistem berbeda, dari sisi teknologi tidak ada masalah. Semua bisa dilakukan, asal memiliki inisiatif yang sama, sama-sama proaktif, dan parsitipatif dalam memiliki komitmen serta kemauan yang sejalan.

#5 SISDMK dengan Insentif Nakes

Pada awal Maret tahun 2020 lalu, pemerintah Indonesia mengumumkan dua kasus pasien positif Covid-19 di Indonesia. Identifikasi kasus pertama pada awal Maret itu sudah merupakan transmisi lokal dan bukan penularan kasus impor. Setelah kasus pertama muncul, gelombang berikutnya menghantam dan tenaga kesehatan menjadi garda terdepan dalam penanganan penyakit tersebut.

Tentu saja semua bidang dan sektor, khususnya di Kementerian Kesehatan mengambil peran penting dalam penanggulangan di bidang masing-masing. Tak terkecuali BPPSDMK sebagai Badan yang menaungi seluruh SDM Kesehatan di Indonesia.

Ketika insentif nakes mulai digaungkan pada awal Maret 2020 kemarin, pengajuan tahap pertama insentif masih manual. Tim yang menghandle di Kementerian Kesehatan, kelelahan karena harus mengurus berkas yang bertumpuk-tumpuk. Akhirnya dicoba dengan menggunakan aplikasi online *google form*. Tapi ternyata aplikasi tersebut tidak bisa menampung data karena ada 300.000 nakes yang menangani pelayanan covid saat itu.

Hal tersebut melatar belakangi pemanfaatan data SI-SDMK sebagai sumber data pembayaran insentif oleh Pak Edi sebagai validitas data SDM Kesehatan. Jika nakes masih belum terdaftar, maka harus mengisi aplikasi SI-SDMK. Itu adalah *win-win solution* untuk pihak nakes dan juga SI-SDMK. Dari pihak nakes bisa mendapatkan insentifnya dan pihak Datin bisa mendapatkan data nakes yang belum terdata melalui sistem SI-SDMK. Usulan tersebut disetujui dan akhirnya SI-SDMK jadi referensi. Setelah pengisian insentif awal, mendongkrak penambahan data di Si-SDMK sekitar 250 ribu data.

Tak lama setelah banyaknya data SDM Kesehatan yang masuk ke dalam sistem SI-SDMK terkait dengan insentif, momen vaksinasi tenaga kesehatan pun membuat data SDM kesehatan di SI-SDMK semakin melonjak. Saat ini, sistem SI-SDMK sudah terintegrasi dengan sistem insentif dengan menggunakan metode Web API sehingga data akan otomatis saling terhubung dan data semakin valid, khususnya pada fasyankes yang menangani Covid-19.

Selain BPPSDM, salah satu bagian yang juga terkait dengan insentif tenaga kesehatan adalah Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan atau juga disingkat Dirjen Yankes.

Penanganan data terkait dengan covid, tentu saja sifatnya di luar tugas rutin biasanya, darurat dan tidak terkendali. Tapi karena tugas dan fungsi dari Dirjen Yankes adalah mengurus informasi dan menyajikan data beserta informasi, termasuk covid, jadi harus tetap siap melaksanakan tugas tersebut.

Di awal ketika covid muncul, koordinasi antar bidang masih terasa kurang karena waktu itu fokus dari Dirjen Yankes masih terpaku pada bagaimana pasien dilayani dan bagaimana Rumah Sakit Darurat Covid Wisma Atlit bisa tersupport dengan menyiapkan infrastruktur, IT dan sebagainya.

Setelah itu berjalan, fokus pun berganti menjadi bagaimana Dirjen Yankes bisa mensupport terkait dengan data pasien yang dirawat dan hubungannya dengan insentif nakes ini. Kolaborasi ini penting, artinya secara konten, aplikasi nakes tetap ada di PPNSDM. Yang mengelola dari BPPSDM Kesehatan. Dirjen Yankes sendiri hanya mensupport terkait dengan data pasien yang dirawat, bersumber dari aplikasi SIRS *Online*. Jadi data itu akan menjadi bahan pembanding indikator insentif nakes dalam memilah. Apakah benar yang diisikan rumah sakit sama dengan yang diisikan di SIRS *Online*? Jadi ada sinergi disitu.

Sedangkan untuk validasi dan proses pengajuan, tetap di insentif nakes, tapi untuk *supporting data* sebagai penimbang, sebagai validator, adalah dari data Yankes di SIRS online.

Dalam perjalannya, ada perubahan-perubahan yang terjadi, seperti perubahan konten yang otomatis membuat semua berubah. Sempat terjadi kebijakan data-data Yankes yang awalnya data individu, kemudian harus berubah menjadi data rekapitulasi. Namun setelah berubah menjadi data rekapitulasi, ternyata harus dipastikan kembali apakah jenis data yang dirubah tersebut bisa menyambung dengan insentif nakes di PPSDM atau tidak. Permasalahan tersebut didiskusikan juga dengan pihak PPSDM. Dengan adanya diskusi, masalah yang awalnya muncul akhirnya bisa terselesaikan dengan *win-win solution*.

Awalnya, tim dari Dirjen Yankes sempat merasa agak kesulitan karena data Yankes digunakan sebagai data pembanding. Artinya, pengajuan tetap di PPSDM tapi datanya dibandingkan dengan data di SIRS online. Jadi ketika ada selisih jauh, rumah sakit akan complain ke tim yang ada di Dirjen Yankes.

Terkait hal tersebut, tim Dirjen Yankes pun membuat juknis (petunjuk teknis) khusus untuk perhitungan rumus insentif dari sisi aplikasi dengan konvensional. Diharapkan kedepannya jika ada selisih antara sistem dengan data SI-SDMK, rumah sakit atau fasylakes dapat mengecek kembali apakah data yang dimasukkan ke sistem SIRS *Online* atau SI-SDMK sudah benar atau belum. Atau mungkin ada kesalahan dalam penginputan di sistem insentif. Tapi jika memang sudah benar, maka tinggal dicek perhitungannya dengan memasukkan rumus yang sudah diberikan. Juknis tersebut dibuat melalui video di youtube oleh tim Pak Haidar Istiqlal. S. Kom; selaku Datin Ditjen Pelayanan Kesehatan

Untuk daerah pun seperti di Cirebon dan Depok juga merasakan lonjakan data tenaga kesehatan setelah adanya kewajiban untuk mengisi data Si-SDMK jika ingin mendapatkan insentif nakes. Karena data untuk pemberian insentif harus terintegrasi dengan sistem Si-SDMK, maka semua nakes mengisi datanya. Data-data yang awalnya hanya diisi setengah atau tidak lengkap pun, baru terisi penuh setelah adanya momen pemberian insentif.

Tentu saja walaupun data sudah bertambah dan sistem terus selalu diperbaiki, masih ada permasalahan yang terjadi. Contohnya di Maluku. Karena di wilayahnya masih kekurangan tenaga kesehatan, maka pejabat struktural pun turut melayani pasien covid. Dan karena insentif nakes harus terintegrasi dengan Si-SDMK, jabatan tersebut tidak bisa masuk ke aplikasi insentif covid karena termasuk jabatan struktural. Jadi untuk mengatasi hal tersebut, terpaksa jabatannya dirubah menjadi jabatan fungsional yaitu sebagai dokter spesialis agar datanya bisa ikut ditarik juga oleh aplikasi insentif.

6. SISDMK dengan Pusdatin (Vaksin), KCPPEN, Peduli Lindungi

Pemerintah menutup tahun 2020 dengan mendatangkan 3 juta vaksin COVID-19. Pelaksanaan vaksinasi COVID-19 diprioritaskan bagi 1,3 juta tenaga kesehatan dan 17,4 juta petugas pelayan publik. *World Health Organization* (WHO) pun menyatakan bahwa perlindungan kepada tenaga kesehatan adalah wajib dan harus dilakukan oleh seluruh negara di dunia.

Hal ini sangat beralasan mengingat sudah ada lebih dari 500 tenaga kesehatan yang gugur selama 10 bulan masa pandemi di Indonesia. Hilangnya tenaga kesehatan ini dinilai sangat berbahaya karena dapat mengakibatkan sistem kesehatan dalam negeri terancam *collapse* (lumpuh). Padahal untuk melahirkan seorang tenaga kesehatan butuh 4 sampai 7 tahun.

Bagi tenaga kesehatan wajib memelihara kesehatannya, termasuk melindungi keselamatan teman sejawatnya. Salah satu cara untuk melindungi diri adalah dengan mendapatkan vaksinasi . Saat ini vaksin yang ada di Indonesia itu berbasis *inactivated* virus atau virus yang tidak aktif. Dan metode ini sudah dikenal selama ratusan tahun, tepatnya sejak adanya vaksin rabies. Dan terbukti manjur melindungi diri dan mengeradikasi penyakit menular. Bukti lainnya, ialah vaksin polio dibuat dengan metode ini. Dan menyelamatkan jutaan anak dari risiko lumpuh dan kehilangan masa depan.

Pada awal ketika sudah diputuskan bahwa vaksinasi akan menjadi langkah selanjutnya, KPCPEN mengadakan rapat. Keputusan dari rapat tersebut adalah harus melakukan vaksinasi dengan skenario komunitas skala prioritas. Nakes terlebih dahulu, kemudian pelayanan publik, lalu lansia, dan sebagainya. Yang menjadi kunci utama pada saat itu adalah tenaga kesehatan.

Ketika vaksin sudah masuk ke Indonesia dan sudah siap, segera di proses. Pada saat itu Pusdatin sudah diberikan mandat untuk mengumpulkan data nakes dan awalnya, ingin menggunakan aplikasi online *google form*.

Pada saat itu, Pak Edi sebagai Kabag PI menyampaikan bahwa di PPSDM memiliki data SDM yang cukup memadai sejumlah kurang lebih 1,2 juta dan datanya sudah individu *by name, by address*. Setelah itu, data Si-SDMK pun digunakan sebagai acuan vaksinasi nakes.

Ketika itu, data yang ada dalam sistem sekitar 1,2 - 1,4 juta data SDM kesehatan. Akhirnya setelah melihat data yang besar dan cukup memadai, walaupun belum sempurna, SI-SDMK mulai dikenal.

Data SDM kesehatan yang awalnya 1,2 juta, sekarang melejit menjadi 1,9 juta per Desember 2021 . Dalam waktu 6 minggu, data bertambah 600 ribu. Jadi setiap minggu, datanya bertambah 100 ribu.

Pada saat momen vaksinasi tersebut, ada satu kejadian yang membuat teman-teman PPSDM, khususnya Subag Datin yang mengurus SDM Kesehatan merasa senang. Emil Dardak selaku Wakil Gubernur Jawa Timur menyatakan bahwa data yang digunakan untuk vaksinasi saat itu menggunakan data SI-SDMK. Karena data yang ada dalam sistem tersebut sampai ke puskesmas. Artinya data SDM yang ada di SI-SDMK sudah terpercaya karena datanya memang valid.

Momen vaksinasi pun dirasakan oleh pihak-pihak di daerah. Lonjakan data yang masuk ke dalam sistem Si-SDMK turut dirasakan oleh tim Dinas Kesehatan Provinsi Maluku, Kabupaten Maros, Provinsi DIY Yogyakarta, Kota Cirebon dan Kota Depok.

Contohnya saja di provinsi Maluku. Terjadi kenaikan data nakes yang masuk kedalam sistem Si-SDMK ketika pemberian vaksin akan dilakukan. Di bulan Desember 2020, tercatat ada 14 ribu nakes dalam sistem. Selang dua bulan kemudian, di bulan Februari 2021, data nakes di provinsi Maluku yang terkumpul naik menjadi 16 ribu.

Kabupaten Maros pun merasakan hal yang sama. Lonjakan data nakes terjadi karena masing-masing fasyankes memiliki tenaga sukarelawan, yang setelah itu dinyatakan bahwa tenaga kesehatan tidak dibedakan menurut status ASN atau Non ASN. Itulah yang menyebabkan data di sistem meningkat.

Di provinsi Yogyakarta, momen vaksinasi pun menjadi salah satu titik vital bagi perkembangan data di Si-SDMK. Perluasan cakupan tenaga kesehatan yang harus divaksin, menjadikan data nakes yang ada di Si-SDMK semakin ‘kaya’ dibanding data yang sudah ada sebelumnya. Dari bulan Desember lalu dimana nakes yang tercatat hanya sekitar 36 ribu, dalam waktu satu bulan terjadi lonjakan data sebesar 10 ribu lebih data yang masuk. Jadi saat ini, total nakes yang ada di provinsi DIY mencapai 47 ribu. Hal itu disebabkan karena cakupan nakes yang diperluas. Tidak hanya ASN saja, tapi juga *cleaning service*, serta tenaga kesehatan lainnya yang juga termasuk ke dalam orang-orang yang harus di vaksin.

Di kota Cirebon, kenaikan data nakes menjelang vaksinasi pun meningkat. Tercatat sebanyak 5.391 nakes yang sudah terdata sebelumnya, lalu ada penambahan sebanyak seribu lebih data dalam kurun waktu satu bulan, menjadi 7.104 nakes.

Untuk kota Depok, momen vaksinasi serta pemberian insentif covid untuk para tenaga kesehatan pun berhubungan dengan data SI-SDMK. Saat ini, sudah terkumpul 17.000 data tenaga kesehatan yang ada di dalam sistem SI-SDMK kota Depok, padahal target yang diberikan di awal oleh Dinas Provinsi adalah 15.000 data. Artinya, data yang didapat sudah melampaui target.

Saat ini, Si-SDMK memiliki peranan penting sebagai satu-satunya sumber data yang ada di Indonesia untuk mengelola data tenaga kesehatan, sehingga untuk data vaksinasi nakes pertama sampai ketiga, terus menggunakan data Si-SDMK sebagai validasinya. Dan data-data tersebut akan terus tumbuh dan berkembang sesuai dengan data di lapangan karena kebutuhan vaksin terus meningkat dengan semakin luasnya cakupan data tenaga kesehatan yang ada. Selain itu, data SI-SDMK juga terkoneksi dengan aplikasi Peduli Lindungi.

Kalaupun ada kesulitan di awal, itu adalah suatu hal yang wajar, selama evaluasi dan perbaikan terus menerus dilakukan.



BAGIAN TIGA

*Menjaga Rantai
Keshatan Tak Putus*

BAGIAN TIGA

Mengaga Rantai Kesehatan Tak Putus

Pandemi COVID-19 membuka mata tentang perjuangan Tenaga Kesehatan (Nakes). Seperti diketahui, selama 2 tahun (2019-2021) ini, barisan dokter, perawat dan tenaga kesehatan terus berjibaku di garis terdepan menangani wabah pandemi. Mereka bertaruh nyawa memberikan pelayanan kesehatan tanpa terkecuali.

Para pahlawan kemanusiaan tidak hanya bekerja di tempat-tempat terbuka yang selalu dalam sorot publik dan media. Mereka juga ada di balik lorong-lorong gelap di pelosok kota kabupaten dan provinsi yang jauh dari pujian maupun tepuk tangan.

Bagi pejuang Nakes, sesungguhnya berkarya di kota besar ataupun di desa terpencil sama saja. Keduanya sama-sama sedang berjuang mengangkat derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya dan mewujudkan kualitas hidup rakyat Indonesia yang sebaik-baiknya. Para Tenaga Kesehatan bekerja dengan memberikan pelayanan kesehatan terbaik karena memiliki kemampuan dalam memahami pola-pola promotif dan preventif masyarakat untuk mempercepat penanganan wabah COVID-19.

Secara khusus para Nakes dibutuhkan dalam penanganan setiap level intervensi. Utamanya pada level masyarakat untuk melakukan komunikasi risiko dan edukasi terkait protokol kesehatan; di samping untuk melakukan *contact tracing & tracking* (penyelidikan kasus dan investigasi wabah), serta fasilitasi dan pemberdayaan masyarakat.

Dengan peran dan tanggung jawab besar tersebut akhirnya menggeser isu yang berkembang diantara para Nakes sekarang. Kalau dulu masalah kesejahteraan , penempatan, dan pemerataan menjadi isu menonjol, sekarang ada yang lebih penting lagi, yakni terkait dengan membangun solidaritas SDM kesehatan di Indonesia.

Ya, Pandemi COVID-19 membawa pada situasi krisis kolektif dan berkepanjangan. Dampak COVID-19 tidak hanya menimpa sebagian masyarakat dan Nakes, melainkan seluruh manusia di muka bumi. Tentu hal itu membutuhkan penanganan kolektif senasib dan seperjuangan. Tidak ada lagi problem daerah atau pusat. Dampak COVID-19 menjadi problem bersama kita semua. Pananganan yang komprehensif jauh lebih *powerful* ketimbang bertindak sendiri-sendiri.

Sistem kesehatan kita perlana-lahan terdisrupsi berubah menjadi industri jasa yang menitikberatkan pada keuntungan finansial. Akibatnya, tenaga kesehatan bertambah, tenaga dokter bertambah, tenaga perawat menyebar,tapi sistem yang memungkinkan masyarakat menjadi lebih sehat belum terbentuk. Pandemi COVID-19 menyadarkan bahwa sesungguhnya yang terganggu bukan hanya kesehatan (kekebalan tubuh) manusia, melainkan juga struktur dan sistem kesehatan ikut terganggu.

Sebenarnya Kementerian Kesehatan secara bertahap telah melakukan pemberian, terutama menyangkut sistem kesehatan nasional agar terintegrasi dengan sistem global. Pelaku bisnis pelayanan kesehatan, seperti: lembaga pendidikan kedokteran, perusahaan farmasi, apotik, hingga klinik dan rumah sakit ditata agar bekerja dalam regulasi yang menitikberatkan pelayanan kesehatan bagi publik.

Sistem Informasi SDM Kesehatan adalah instrumen awal yang diharapkan dapat memetakan kondisi SDM Kesehatan secara riil baik di tingkat nasional maupun di tingkat daerah. Dengan demikian, pengambilan keputusan dan kebijakan dapat tepat karena benar-benar memperhatikan secara menyeluruh SDM Kesehatan di Tanah Air hingga pada ujungnya akan meningkatkan sistem kesehatan nasional.

SI SDMK bertanggung jawab menyiapkan data tenaga kesehatan yang lengkap, terstandarisasi, berkualitas, dan andal untuk perencanaan dan pengambilan keputusan.

Data-data kesehatan itu sangat vital karena akan menentukan akurasi dan sistematika informasi yang disampaikan. Selain itu, data-data kesehatan juga diperlukan untuk mengetahui komponen sistem informasi berdasarkan kunjungan diintegrasikan dengan data-data dari institusi dan instansi lain demi mendapatkan manfaat yang lebih luas bagi masyarakat di Tanah Air.

Untuk mengenali bagaimana Pemerintah Daerah/Kota mengelola SDM Kesehatan dan mengembangkan sistem informasi SDM Kesehatannya,, berikut pergulatan daerah- daerah: Kota Cirebon, Jawa Barat; Kota Ambon (Maluku); Kabupaten Maros (Sulawesi Selatan), Depok, DI Yogyakarta, dan DKI Jakarta melayani masyarakat. Setiap wilayah memperlihatkan karakter yang berbeda-beda sesuai dengan budaya dan gaya kepemimpinan yang dikembangkan.

Meskipun berbeda-beda, ada satu hal yang sama; yaitu spirit daerah dalam mengelola SDM Kesehatan dan mengelola sistem informasi kesehatan Indonesia layak diacungi jempol. Demi menjaga rantai kesehatan tak putus, semangat dan antusiasme para pejuang kesehatan ini sungguh luar biasa. Mereka sadar bahwa kesehatan sebagai pilar pembangunan bangsa, memiliki peranan penting dan strategik dalam membentuk sumber daya manusia yang berkualitas. Sumber daya manusia yang mempunyai potensi unggul dalam kompetensi global.

Kemudahan dan nilai manfaat SISDMK telah banyak dirasakan oleh seluruh entitas system baik di tataran pusat maupun daerah untuk itu keberlanjutan dan kesinambungan serta pengembangan interoperabilitas antar system yang saling berkaitan menjadi prioritas utama

BAB VI

Kota Cirebon : Lika Liku Menuju Data Model Satu Pintu

Tak banyak Pemerintah Daerah/Kota yang bersemangat membuat peta SDM Kesehatan seantusias pemerintah kota Cirebon. Bagaimana tidak? Jauh sebelum aplikasi SI-SDMK diperkenalkan tahun 2018, Dinas Kesehatan Kota Cirebon secara sporadis telah melakukan pendataan terhadap SDM Kesehatan yang berada di klinik-klinik dan rumah sakit swasta, serta mereka yang bekerja di bidang kesehatan, baik di Industri Rumah Tangga Pangan (IRTP), Produksi Pangan Industri Rumah Tangga (PIRT), dan sebagainya.

Hal itu dibenarkan Kepala Dinas Kesehatan Kota Cirebon, **dr H. Edy Sugiarto, M.Kes;** yang menjelaskan bahwa pendataan SDM kesehatan diperlukan untuk mengetahui jumlah dan jenis SDM Kesehatan (tenaga kesehatan/nakes) di seluruh wilayah puskesmas dan juga untuk bisa mengetahui persebaran distribusi nakes. “Kami ingin membuat pemetaan tenaga kesehatan yang dapat mempermudah tugas kami,” ungkapnya.

Bagi dr. Edy Sugiarto, selama ini masalah persebaran distribusi nakes selalu menjadi topik hangat yang diperbincangkan. Terutama terkait Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktek (SIP) yang sering menimbulkan polemik karena sistem pendataannya kurang akurat. Sehingga dibutuhkan dukungan teknologi sistem informasi yang dapat mengadopsi permasalahan SDM Kesehatan secara keseluruhan.

Selain menjadi solusi persebaran distribusi nakes, teknologi sistem informasi diharapkan juga dapat menggambarkan kompetensi nakes. Contohnya, berapa pelatihan yang sudah diikuti, siapa yang harus di *upgrade* ketrampilannya, dan seterusnya. Jika hal itu termonitor dengan baik, maka akan dengan mudah pula pemenuhan standar minimal nakes di puskesmas dilakukan. "Semua itu akan membantu ketika berhubungan dengan Aspak (Aplikasi Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan) yang ada di Permenkes no. 43 tahun 2019," paparnya.

Bertahap

Untuk mendapatkan data SDM Kesehatan seperti sekarang tentu tidak diperoleh dengan seketika. Secara bertahap pemerintah Kota Cirebon melakukan transformasi dengan mendapat pendampingan Pemerintah Pusat.

Sama seperti Pemerintah Pusat, pada awalnya pengumpulan data nakes masih berupa manual atau excel. Pada saat itu, masih banyak nakes yang takut untuk memberikan data pribadi seperti nomor KTP. Bahkan banyak pula yang takut kerahasiaannya tidak terjaga.

Selain itu juga adanya pergantian pengelola yang cepat, menjadi salah satu kendala.

Keterbatasan SDM di Dinkes pun menjadi salah satu ganjalan, karena pekerjaan utamanya bukan hanya mengumpulkan data tapi juga mengerjakan pekerjaan lain. Itu yang membuat agak terseok-seok ketika di awal.

Hambatan-hambatan lain yang ditemui adalah banyaknya pihak yang memiliki latar belakang berbeda-beda, sehingga concern-nya pun berbeda. Tidak optimal karena pemahaman mengenai sistem dan pemanfaatan sistem ini berbeda-beda.

Di tahun 2018, sistem Si-SDMK kemudian mulai berubah menjadi online. Saat itu banyak data-data lain yang harus ditambahkan, seperti data kesehatan tradisional, Industri Rumah Tangga Pangan (IRTP), Produksi Pangan Industri Rumah Tangga (PIRT), dan lainnya. Untuk klinik swasta yang memang data-datanya sudah lengkap, langsung dibuatkan akunnya sehingga mereka bisa langsung mengisi data faskes masing-masing. Pihak Dinkes hanya memverifikasi data mana yang sudah masuk dan mana yang belum.

Tahapan yang dilakukan di awal adalah mensosialisasikan dulu untuk sistem ini, lalu mengundang faskes-faskes persegmentasi secara bertahap, misalnya puskesmas dulu, klinik dan yang lainnya,. Baru setelah itu menjelaskan mengenai aplikasi dan penggunaannya sambil menunjuk satu pengelola dan dipraktekkan secara langsung. Setelah itu pertemuan selanjutnya diadakan setiap 3 bulan sekali secara rutin dengan seluruh faskes.

Agar faskes tetap meng-update data-datanya, setiap tahun selalu dilakukan evaluasi data. Selain itu karena perizinan masih di Dinkes, jika data mereka tidak masuk, untuk perizinannya juga tidak akan terakomodir. Data tersebut bisa diketahui karena setiap 5 tahun sekali para nakes harus memperbarluhi perizinan STR dan SIP, jadi mau tidak mau mereka harus memberikan data dan terus mengupdate datanya.

Karena Dinkes Kota Cirebon adalah dinas dengan tipe B, dimana bidang sumber daya kesehatan serta perizinan berada dalam satu bagian, itu berarti semua hal yang berkaitan dengan data perizinan SDM kesehatan juga dikelola oleh tim Dinkes. Karena itu tim Dinkes juga bisa langsung mengecek berapa tenaga kesehatan yang sudah memiliki izin dan kapan izin tersebut habis masanya. Data tersebut nantinya langsung dimasukan ke dalam sistem Si-SDMK. Dan setiap ada perubahan SIP atau STR yang baru, akan langsung diinformasikan kepada pengelola Si-SDMK.

Tapi walaupun demikian, masih juga ada beberapa nakes yang belum seluruhnya memberikan datanya karena masih ada rasa ketidak percayaan, bahkan ketika vaksin berlangsung. Contohnya, ada yang tidak mengisi nomor hp, atau email serta nomor KTP dan akhirnya mengakali dengan menggunakan akun rumah sakit atau klinik tempat mereka bekerja. Begitu pun dengan nomor handphone. Masih ada yang tidak mau mengisi dan akhirnya kolom itu diisi dengan nomor telpon faskes tempat mereka bekerja. Jadi ketika ada pemberitahuan yang dikirim lewat SMS atau whatsapp, nakes tersebut tidak menerima informasi tersebut karena yang mereka input adalah nomor telpon rumah sakit atau kliniknya.

Berubah

Keadaan mulai berubah ketika ada pemberian insentif untuk nakes yang menghandle pasien covid. Karena data untuk pemberian insentif harus terintegrasi dengan sistem SI-SDMK, maka semua nakes mengisi datanya. Baru setelah itu data menjadi lengkap dan bersih karena semua kolom diisi dengan data valid.

Sistem yang sudah berubah menjadi *online*, tentu saja menjadi sangat memudahkan. Salah satu pemanfaatannya adalah jika tiba-tiba diminta data untuk presentasi, bisa diberikan kapan saja karena hanya dalam hitungan menit data tersebut sudah bisa tersedia. Tidak seperti dulu ketika masih manual dimana harus merekap dan menghitung datanya dulu di excel.

Selain itu bisa terlihat *mapping* untuk tenaga kesehatan, mulai dari jumlah, jenis, serta persebaran distribusi nakes sehingga akan terlihat pemetaan pemenuhan standar minimal nakes di faskes dan nantinya bisa digunakan sebagai bahan penyusunan perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan di kota.

Gambaran kompetensi nakes pun bisa terlihat, misalnya berapa pelatihan yang sudah diikuti. Selain itu untuk perizinan juga terlihat ‘peringatan’nya apakah STR dan SIP-nya sudah diperpanjang atau akan habis masa berlakunya.

Di samping itu, data SI-SDMK pun menjadi rujukan data untuk vaksinasi nakes. Sama seperti daerah lainnya, kenaikan data nakes menjelang vaksinasi di Kota Cirebon pun meningkat. Tercatat sebanyak 5.391 nakes yang sudah terdata sebelumnya, lalu ada penambahan sebanyak seribu lebih data dalam kurun waktu satu bulan, menjadi 7.104 nakes. Hal ini disebabkan karena tenaga non teknis, seperti petugas kebersihan dan lainnya pun termasuk ke dalam data untuk sasaran vaksinasi.

Untuk akreditasi, data SI-SDMK juga bisa digunakan sebagai alat supervisi di lapangan, jadi tidak usah repot membawa laptop lagi untuk melihat datanya. Hanya dengan membuka handphone saja, sudah bisa mengecek data perizinan di faskes yang sedang diperiksa.

Selain itu, dengan sistem SI-SDMK yang sudah online, memungkinkan SI-SDMK untuk berintegrasi dengan berbagai program dan lintas sektor. Salah satu pemanfaatan sistem yang dilakukan di Kota Cirebon adalah terintegrasinya sistem SI-SDMK dengan DKIS Cirebon (Dinas Komunikasi Informatika Dan Statistik). Data SI-SDMK yang sudah terintegrasi, dimasukkan ke dalam aplikasi Cirebon Satu Data.

Cirebon Satu Data

Cirebon Satu Data adalah portal data statistik sektoral di Kota Cirebon yang diciptakan pemerintah Kota Cirebon melalui Dinas Komunikasi, Informatika, dan Statistik untuk mewujudkan Cirebon Smart City dimana segala informasi dari berbagai sektor akan terintegrasi dalam satu wadah yang nantinya akan mudah diakses oleh berbagai pihak, khususnya masyarakat Kota Cirebon.

Cirebon Satu Data yang bisa diakses melalui <https://data.cirebonkota.go.id/> ini sudah geospasial. Ketika petanya di klik, langsung terlihat ada berapa tenaga kesehatan yang bertugas dalam satu puskemas. Rencana ke depannya, akan dikembangkan juga informasi mengenai rumah sakit, apotek dan faskes lainnya.

Menurut Kepala Dinas Komunikasi, Informatika dan Statistik (DKIS) Kota Cirebon, **Ma'ruf Nuryasa S.AP.**, kerjasama yang dilakukan pada tahun 2019 dengan Dinkes untuk mengintegrasikan data SI-SDMK dengan Cirebon Satu Data adalah kerjasama pertama yang dilakukan oleh DKIS dengan pihak di luar Pemda. Prosesnya pun tidak lama. Pertemuan pertama perkenalan dan saling membahas tentang sistem masing-masing aplikasi, pertemuan kedua langsung diuji coba. Hal tersebut dilakukan karena ingin membuktikan bahwa integrasi itu sebenarnya memang mudah dilakukan secara sistem dan secara teknologi.

Selain program Cirebon Satu Data, program Cirebon Lengko (Layanan Elektronik Kesehatan Online) juga menjadi program kerjasama yang dilakukan dengan Dinkes. Program ini merupakan program sistem pelayanan antrian online dan informasi berbasis android mengenai ketersediaan ruang rawat inap di RSUD Gunung Jati Cirebon. Tapi untuk Cirebon Lengko, aksesnya masih terbatas hanya di satu rumah sakit. Data yang disetor ke DKIS untuk Cirebon Lengko, di update setiap hari dan *cut off* data pukul 2 siang. Biasanya jika ada missed data, sekitar 2-3 pasien karena pasien tersebut baru masuk pukul 3. Jadi belum terekam ke dalam data yang sudah disetorkan.

Selain itu manfaat dari data SI-SDMK yang bisa dirasakan oleh pihak luar adalah jika ada pengusaha atau investor yang ingin mendirikan sekolah pendidikan dan membutuhkan data persebarannya, lalu ingin mengetahui kebutuhan apa yang paling minim dan belum terpenuhi di kota Cirebon, bisa diarahkan setelah melihat data yang ada. Misalkan mau membuat sekolah, jangan membuat sekolah untuk lulusan bidan karena sudah banyak tersedia. Lebih baik membuat sekolah untuk *medical representative* yang masih kurang. Atau kalau mau membuat klinik, jenis klinik apa yang belum ada dan spesialisasi apa yang masih kurang di daerah tersebut.

Walaupun sistem sudah semakin berkembang dibanding dulu, tapi tentu saja masih ada keinginan dan harapan agar sistem ini menjadi semakin lebih baik lagi ke depannya. Salah satunya adalah harapan agar sistem SI-SDMK berintegrasi dengan semua program-program yang sudah ada agar lebih mempermudah untuk akses dan bisa melihat seluruh data hanya dengan satu aplikasi.

Selain itu, untuk penilaian kompetensinya juga bisa ditambahkan pendalaman kualitas nakes untuk kebutuhan rekomendasi mutasi. Jadi jika ada perpindahan nakes, nantinya akan disesuaikan dengan kualitas dan rekomendasi terkait nakes tersebut.

Yang paling penting adalah peningkatan keamanan sistem SI-SDMK. Diharapkan agar keamanannya selalu terjaga karena di dalam sistem juga terdapat data-data penting seperti, nomor rekening nakes, NPWP, serta data-data perizinan seperti STR, SIP.

BAB VII

Daerah Istimewa Yogyakarta

SEMAKIN MUDAH DENGAN TEKNOLOGI

Daerah Istimewa Yogyakarta atau biasa disingkat dengan DIY adalah salah satu daerah otonom setingkat provinsi yang ada di Indonesia. Status sebagai Daerah Istimewa berkenaan dengan runutan sejarah berdirinya propinsi ini, baik sebelum maupun sesudah Proklamasi Kemerdekaan Republik Indonesia.

Terletak di bagian selatan Pulau Jawa, keistimewaan Yogyakarta digambarkan dalam undang-undang melalui status Yogyakarta yang istimewa dengan sistem otonomi daerah yang khusus. Daerah yang memiliki luas 3.185,80 km², serta memiliki kepadatan penduduk sebesar 1.084 jiwa per km² ini, secara geografis merupakan daerah setingkat provinsi terkecil kedua setelah DKI Jakarta.

Pembangunan kesehatan secara umum bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap warga masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Adapun arah kebijakan pembangunan bidang kesehatan Kota Yogyakarta mengacu pada Peraturan Daerah No. 11 Tahun 2017 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kota Yogyakarta Tahun 2017 – 2022 yang merupakan merupakan penjabaran visi, misi, dan program Walikota. Penjelasan Perda 11 Tahun 2017 menyebutkan bahwa kemajuan pembangunan Kota Yogyakarta perlu didukung pemberian pelayanan bermutu dan berkualitas serta mempunyai daya saing tinggi.

Yogyakarta yang terdiri atas satu kota dan empat kabupaten (Kota Yogyakarta, Kabupaten Bantul, Kabupaten Kulon Progo, Kabupaten Gunungkidul, dan Kabupaten Sleman) memiliki fasilitas kesehatan sebanyak 120 puskesmas, 80 rumah sakit, dan klinik yang kurang lebih berjumlah 600 klinik, serta fasilitas kesehatan lainnya yang tersebar di seluruh wilayah DIY. Untuk nakes yang ada di wilayah provinsi Yogyakarta berjumlah kurang lebih 47.000 orang, dengan rincian 4.184* dokter yang terdiri dari dokter umum, dokter spesialis dan dokter gigi, 9.478* perawat, 2.313* bidan, serta tenaga kesehatan lainnya.

Terkendala

Dengan cukup banyaknya fasilitas kesehatan es yang tersebar di wilayah DIY, tentu saja tantangan yang dihadapi pun cukup beragam. Apalagi dulu ketika data yang harus didapatkan masih berupa manual atau excel. Mereka harus mendatangi satu persatu institusi kesehatan yang ada dan persebarannya cukup banyak. Proses pendataan pun membutuhkan waktu lebih lama karena harus mengumpulkan, mengcompile dan menginput data yang ketika di awal, masih menggunakan 46 sheet data excel, kemudian disederhanakan menjadi 17 sheet data excel.

Diungkapkan **Rahmad Dwi Suryanto**, Adminkes Muda Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta, masalah pun kerap kali muncul, dimana data yang disandingkan tidak sama.

“Dan karena datanya masih berupa agregat, sehingga kami harus telusuri satu persatu dan mencari tahu dimana kesalahannya,” ujarnya. Mobilitas SDM Kesehatan yang tinggi pun menjadikan perbedaan data di pusat dengan data di lapangan berbeda. Misalnya hari ini ada tenaga kesehatan yang sudah purna atau pindah tugas, tapi data yang dikirim ke pusat belum tercatat. Karena belum terintegrasi data, tim SDMK yang awalnya bernama Seksi Bina Tenaga dan Sarana Kesehatan, harus menginput dua kali karena adanya dua sistem yang tersedia, yaitu sistem dari Pusdatin dan Si-SDMK. Hal itu disebabkan karena dulu pusat data berada di Pusdatin dan SISDMK di Badan PPSDM Kesehatan. Tapi karena memiliki konsep Satu Data sejak awal, akhirnya sumber data untuk SDMK di Pusdatin sepakat tidak mengambil dari sumber lain, kecuali SI-SDMK. “Itu juga salah satu penyebab vaksin yang seharusnya di handle oleh bidang lain, sejak awal sudah diserahkan kepada tim SDMK karena sejak awal memang data di Si-SDMK sudah terbangun dan lebih bisa dipercaya karena tingkat keakuratannya yang tinggi,” jelas Rahmad.

Tertata

Seiring berjalannya waktu dan berkembangnya teknologi, transisi dari manual menuju web pun terjadi dan berjalan secara paralel. Dari yang awalnya murni menggunakan excel, lalu berubah ke desktop, kemudian sekarang online atau web based. Masa transisi yang terjadi sekitar 3-4 tahun dan terdapat beberapa masa uji coba di dalamnya.

Tentu saja ketika perubahan dari manual ke online pun tidak semulus bayangan. Di awal, ada beberapa kendala yang terjadi. Selain banyak yang mengeluh karena terlalu banyak aplikasi yang harus di handle (satu orang pemegang program, bisa memegang kurang lebih sekitar 15-20 aplikasi), tidak semua wilayah memiliki akses jaringan internet yang lancar. Gunungkidul dan Kulon Progo adalah salah satu wilayah yang pada awalnya mengalami kesulitan terkait jaringan. Baru 3 tahun terakhir jaringan di daerah tersebut cukup lancar.

Terkait kendala tersebut, ada beberapa pendekatan yang dilakukan Dinas Kesehatan kepada para faskes. Pertama, dengan menjalin komunikasi yang baik dengan cara mengedukasi para faskes mengenai manfaat yang akan diterima jika menginput data. Yang kedua, mendorong pusat untuk penambahan fitur-fitur agar bisa lebih mudah diakses para faskes.

Selain itu, secara berkala Dinas Kesehatan mengadakan pertemuan dengan kabupaten kota, mengadakan pertemuan dengan rumah sakit, puskesmas, klinik, dan faskes lainnya. Di awal, untuk pertemuan itu dilakukan setahun sekali, atau setahun dua kali. Dan sekarang, cut off datanya 3 bulan sekali. Tidak hanya pertemuan intensif yang dilakukan, tapi juga ada grup whatsapp yang dibentuk, baik dengan kabupaten kota, juga dengan para faskes. Sehingga info yang disampaikan akan lebih cepat terkirim, serta jika ada keluhan atau ada masukan bisa cepat diatasi.

Tentu saja semua ini juga tidak lepas dari dukungan pusat yang luar biasa, karena pada 6 tahun yang lalu, pendanaan untuk SDMK masih mengandalkan support dari pusat. Baru sejak 4 tahun belakangan, masuk ke anggaran kabupaten kota masing-masing dan sampai saat ini terus berjalan. Jadi saat ini untuk kabupaten kota tidak lagi harus tergantung dari pusat karena kabupaten kota sudah mampu melaksanakan pertemuan terkait Si-SDMK sebanyak 3-4 kali dalam kurun waktu satu tahun. Tentu saja ketika pandemi pun, pendampingan masih terus dilakukan melalui zoom. Walaupun di awal terasa agak berat, tentu saja perubahan sistem dari manual menjadi online adalah hal yang baik karena lebih meringankan beban petugas, khususnya yang berada di lapangan. Dulu ketika memakai excel atau desktop, komputer yang harus diinstall aplikasi menjadi berat karena semua data terkumpul di komputer yang ada di Dinkes. Tapi setelah online, jadi semakin memudahkan karena server berada di pusat.

Selain itu tracking data pun menjadi lebih mudah karena data sekarang sudah real time dan individual by name. Jika ada kesalahan pun, lebih mudah dan lebih cepat untuk mencari dimana letak kesalahannya. Dan semenjak datanya menjadi individual, manfaatnya semakin terasa karena datanya menjadi lebih ‘bersih’. Jika dulu ketika masih manual, pemetaan hanya bisa terlihat secara agregat, misanya “Puskesmas A memiliki 20 tenaga kesehatan”, sekarang bisa terlihat jelas untuk gambarannya karena data sudah diinput secara individual berdasarkan nama, NIK, jenis tenaga kesehatan, tempat praktek, dan lainnya. Pemetaannya semakin lebih akurat lagi.

Selain mentracking nakes, data SI-SDMK pun diperlukan untuk mengurus perizinan di RS kabupaten kota karena dalam data SI-SDMK, terlihat apakah STR-nya (Surat Tanda Registrasi) sudah di update atau belum, dan sebagainya.

Momen vaksinasi pun menjadi salah satu titik vital bagi perkembangan data di SI-SDMK. Perluasan cakupan tenaga kesehatan yang harus divaksin, menjadikan data nakes yang ada di SI-SDMK semakin ‘kaya’ dibanding data yang sudah ada sebelumnya. Dari bulan Desember lalu dimana nakes yang tercatat hanya sekitar 36 ribu, dalam waktu satu bulan saja ada lonjakan data sebesar 10 ribu lebih data yang masuk. Jadi saat ini, total nakes yang ada di provinsi DIY mencapai 47 ribu.

Hal itu disebabkan karena cakupan nakes yang diperluas. Tidak hanya ASN saja, tapi juga *cleaning service*, serta tenaga kesehatan lainnya yang juga termasuk ke dalam orang-orang yang harus di vaksin.

Rahmadt menuturkan bahwa data yang masuk saat ini 95% sudah sesuai target. Masih belum mencapai 100% karena kedinamisan di sektor kesehatan itu luar biasa. Hari ini ada apotik yang tutup, lalu ada yang buka baru lagi. Dan tingkat errornya pun tidak sampai 5% karena data SI-SDMK yang sekarang based on NIK. Jika NIK-nya tidak benar, sertifikasi atau data untuk vaksin tidak akan keluar.

Integrasi

Pentingnya Si-SDMK sebagai tulang punggung data SDM Kesehatan di Jogjakarta tidak hanya dimanfaatkan untuk vaksin, tapi salah satunya juga untuk pembuatan profil kesehatan. Selain untuk kepentingan data pusat, juga ada beberapa program kerjasama dengan pihak universitas seperti UGM mengenai profil kesehatan. Selain itu, ada juga pemanfaatan lintas sektor, seperti BPS (Badan Pusat Statistika) yang juga menggunakan data yang ada di Si-SDMK.

Data Si-SDMK juga dimanfaatkan untuk aplikasi garapan Kominfo dan Bappeda, yaitu Dataku. Dataku adalah aplikasi untuk melihat data-data dalam membuat perencanaan. Aplikasi tersebut bukan hanya berisi sektor kesehatan saja, tapi seluruh sektor yang ada dalam pemerintahan. Untuk kesehatan sendiri, pusat sumbernya dari satu pintu yaitu Subbag Program, yang mensupport data masing-masing dan salah satunya adalah SDM Kesehatan dimana setiap 6 bulan sekali, tim SDMK akan merilis data kesana untuk ditampilkan di Dataku.

Walaupun sistem yang ada sudah semakin membaik, apalagi jika dibandingkan dulu, tapi tentu saja masih ada beberapa keinginan agar sistem kedepannya bisa semakin ter-upgrade. Salah satunya untuk *output* yang dikeluarkan. Misalnya untuk output masuk 10 item (nama, pendidikan, tempat tanggal lahir, dll), keinginannya agar output yang keluar juga 10. Jangan hanya 3 atau 4 (hanya nama dan NIK saja)

Lalu untuk dashboard di web pusat, diharapkan ada perluasan fitur yang lebih mendetail lagi. Saat ini data hanya bisa lihat secara nasional, tapi akan lebih baik lagi jika data bisa diperlihatkan secara lebih detail, seperti: berapa data dokter dan apotek yang ada perkabupaten dan ditampilkan secara peta, supaya bisa memudahkan masyarakat umum yang ingin mengakses data tersebut, misalnya untuk penelitian dan lainnya. Jadi bukan hanya data statis yang diperlihatkan.

Selain itu juga mungkin bisa diintegrasikan data Si-SDMK dengan perizinan, agar lebih kuat dari sisi based data. Dan yang terakhir, semoga integrasi data semakin banyak dilakukan dengan berbagai aplikasi yang ada, khususnya lintas sektor seperti dengan aplikasi dari Pusdatin, Yankes, Kominfo, dan sektor lainnya agar tidak lagi harus input data berkali-kali dan juga memudahkan untuk pencarian data.

BAB VIII

Provinsi DKI Jakarta

DORONG PERCEPATAN TRANSFORMASI DATA

Jakarta yang pernah dikenal dengan beberapa nama di antaranya Sunda Kelapa, Jayakarta, dan Batavia, adalah satu-satunya kota di Indonesia yang memiliki status setingkat provinsi. Jakarta memiliki luas sekitar 664,01 km² (lautan: 6.977,5 km²), dengan penduduk berjumlah 11.100.929 jiwa.

Memiliki total tenaga kesehatan sebanyak 106.905* yang tersebar di berbagai wilayah (Jakarta Pusat, Jakarta Selatan, Jakarta Utara, Jakarta Barat, Jakarta Timur serta Kepulauan Seribu), dengan rincian 3.003 dokter umum*, 628 dokter gigi*, 26.800 perawat*, 3.687 bidan*, dan tenaga kesehatan lainnya yang tersebar di 8.223 rumah sakit*, 340 puskesmas* serta faskes lainnya, tentu saja terdapat rintangan-rintangan yang harus dihadapi dalam pengumpulan data nakes yang tersebar.

Salah satu kendala terbesar yang paling sulit ketika pengumpulan datanya masih bersifat manual adalah masih banyaknya pihak yang belum mengerti apa manfaat dari sistem SI-SDMK. Jadi banyak yang belum mengisi data secara benar dan valid. Selain itu karena saat itu masih berbasis manual atau excel, data yang dikumpulkan pun harus direkap sendiri. Jadi ketika ditanya berapa data yang ada, harus dihitung dulu di excel, baru hasilnya disetorkan. Tapi tiba-tiba setengah jam kemudian, ada tambahan data baru lagi yang belum terekap dan itu harus dihitung ulang lagi.

Percepatan

Ketika transisi dari manual ke online pun, masih ada beberapa kendala yang dihadapi. Diantaranya, fitur tampilan yang berubah-ubah. Diungkapkan **Aditya Galatama Purwadi, Kepala Bidang Sumber Daya Kesehatan , Dinas Kesehatan DKI Jakarta**, seringkali terjadi, sebuah program direalisasikan sistem A, namun minggu berikutnya ada update system sehingga terjadi perubahan. Pemahaman yang polanya masih berubah-ubah dan belum terstandar tersebut, dirasakan juga sebagai salah satu ganjalan. Kendala lain yang dihadapi adalah pengelola sistem di kabupaten kota yang berganti-ganti. Biasanya hal tersebut dikarenakan adanya mutasi pegawai. Karena itu staff di desk SDMK yang beranggotakan 1 atau 2 orang tersebut pun harus menjelaskan lagi semuanya dari awal.

Di tahun 2018, situasi semakin berkembang karena adanya dorongan dari pusat untuk lebih mengawal profil SI-SDMK berbasis data real time. SIRS online yang terintegrasi dengan Si-SDMK pun mempengaruhi perubahan ini karena terkait dengan permintaan data yang lebih update dari pimpinan untuk digunakan sebagai bahan advokasi.

Perubahan sistem SI-SDMK menjadi *online*, tentu saja semakin memudahkan tim untuk mengelola data SDM kesehatan. Karena tersupport secara infrastruktur, jadi memudahkan melakukan koordinasi dan sosialisasi terhadap jajaran, termasuk sektor swasta. Walaupun tidak dipungkiri juga bahwa masih ada beberapa rumah sakit atau faskes lainnya yang masih malas-malasan untuk mengisi data secara benar. Untuk mengatasinya, pendekatan yang dilakukan saat itu adalah berkoordinasi lintas bidang. Melalui Dirjen Yankes, disampaikan bahwa ada pengembangan database Si-SDMK yang harus disupport oleh seluruh jajaran dan semua pihak diminta untuk mengupdate profil kesehatan.

Komunikasi

Selain itu, dilakukan pertemuan dengan rumah sakit dan faskes lainnya untuk mengkomunikasikan perubahan sistem SI-SDMK. Private Coaching adalah salah satu strategi yang juga digunakan untuk bisa menggaet lebih banyak faskes agar terus mengupdate data. Karena data yang harus diinput banyak, fokus utama private coaching adalah menjelaskan bagaimana menginput data secara baik dan benar. Dan ini dilakukan di beberapa instansi faskes, termasuk swasta.

Salah satu kendala dalam menghadapi faskes swasta adalah adanya perbedaan pengelola yang datang ketika pertemuan dan pengelola di lapangan. Jadi tim Dinkes harus mengkonfirmasi ulang dan memastikan bahwa pengelola data di faskes tersebut benar-benar memahami dan mengerti bagaimana cara mengisi SI-SDMK secara benar. Tentu saja saat ini sudah berbeda ceritanya, karena selain pemahaman yang sudah semakin sejalan, pandemi covid pun menjadi salah satu pendorong tingginya animo nakes untuk mengisi data mereka di sistem SI-SDMK. Akhirnya, semua data semakin update dan jauh lebih valid. Selain itu prinsip yang selama ini digunakan dalam pengawalan proses pengelolaan SI-SDMK adalah perlunya bekerja secara tuntas. Bukan hanya bekerja sampai selesai, tapi juga tuntas.

Dengan data yang sudah semakin valid, manfaat yang di dapatkan adalah performance profil yang lebih update dan real time sehingga bisa menjadi bahan penyusunan kebijakan atau pembinaan, termasuk pengawasan dan pengendalian. Salah satu contoh bahwa SI-SDMK sudah menjadi rujukan dalam pengembangan kebijakan adalah rekrutmen relawan untuk pandemi covid yang harus berbasis pada SI-SDMK, formasi CPNS yang berbasis SI-SDMK, serta pemberian insentif nakes yang juga harus berbasis pada data SI-SDMK.

Selain itu ada beberapa pemaksimalan sistem yang juga dilakukan, salah satunya adalah dengan terintegrasinya data SI-SDMK dengan aplikasi JAKI. JAKI atau Jakarta Kini, adalah sebuah aplikasi yang dikembangkan oleh BLUD (Badan Layanan Umum Daerah) Dinas Komunikasi, Informatika dan Statistik. Menjadi aplikasi one stop service yang dikhkususkan untuk memfasilitasi beragam kebutuhan warga ibukota, JAKI dapat dimanfaatkan untuk berbagai macam hal. Misalnya untuk pendaftaran vaksinasi yang dilakukan di Jakarta atau untuk memberikan laporan ketika ada masalah yang ditemui, seperti pelaporan pelanggaran PSBB, untuk kemudian ditindak lanjuti oleh instansi terkait dan lainnya.

Integrasi Data

Saat ini, Dinkes DKI juga sedang berproses untuk integrasi data dengan Dinas PTSP (Pelayanan Terpadu Satu Pintu) yang menerbitkan izin tenaga kesehatan sehingga akan lebih memudahkan jika ingin mengetahui data apakah surat izin praktik nakes masih berlaku atau tidak. Badan Kepegawaian Daerah pun sedang berproses untuk mengintegrasikan antara aplikasi mereka yaitu Sistem Informasi Manajemen Pegawai Pemprov DKI dengan data SI-SDMK.

Bukan hanya integrasi data antar lintas sektoral yang dilakukan, tapi data-data SDM kesehatan yang ada di SI-SDMK juga digunakan untuk kerjasama dengan swasta, seperti menjadi basis untuk CSR yang ingin memberikan bantuan santunan kepada anak yatim anak tenaga kesehatan.

Program-program tersebut bisa terjadi dikarenakan data SI-SDMK yang sudah dipercaya oleh banyak pihak karena kevalidannya. Tentu saja tercapainya hal tersebut juga tidak lepas dari beberapa faktor penunjang terkait kesiapan untuk menerima sistem, baik dari sisi manusia maupun teknologi. Menggesampingkan ego sektoral sehingga bisa saling membuka diri, serta semangat kolaborasi dan semangat transformasi digital yang menjadi ikon dari semua lini pembahasan di semua sektor, membuat seluruh pihak saat ini memiliki satu tujuan yang sama yaitu Satu Data.

Adanya pandemi covid dan vaksinasi, menjadi momentum bahwa sistem Si-SDMK perlu terus dikembangkan. Salah satu hal yang diharapkan ke depan agar sistem menjadi lebih baik lagi, adalah tercapainya integrasinya sistem SI-SDMK dengan perizinan, agar lebih terlihat di gambaran berapa nakes yang sudah memiliki izin atau belum, dan sebagainya.

Selain itu keinginan agar dashboard SI-SDMK bisa menampilkan performance kompetensi dari nakes yang ada. Contohnya jika ingin mencari tahu berapa tenaga vaksinator yang sudah terlatih, data sertifikasi atau perlatihannya bisa terlihat di dashboard. Jadi tidak hanya jumlah total nakes perprofesi yang muncul, tetapi juga jumlah tenaga Kesehatan yang sudah terlatih, baik terlatih vaksinasi atau lainnya.

Dan akan lebih baik jika bisa melihat leveling golongan nakes sesuai dengan profesiya. Contoh, profesi dokter untuk level Madya. Kalau bisa dimunculkan informasi apakah profesi dokter untuk level madya di daerah tersebut sudah tercukupi atau belum, akan sangat membantu sekali. Sehingga nantinya BKD (Badan Kepegawaian Daerah) juga bisa membaca data tersebut dan memberikan tenaga kesehatan sesuai dengan yang dibutuhkan.

Tentu saja, dengan banyaknya program yang sedang berjalan, hal utama yang paling harus diperhatikan adalah keamanan sistem dari SI-SDMK.

BAB IX

Provinsi Maluku

NEGERI DARI RIBUAN PULAU

Maluku yang juga dikenal dengan sebutan “*The Spice Island*”, adalah sebuah provinsi yang meliputi bagian selatan Kepulauan Maluku. Jika dilihat secara geografis, provinsi Maluku yang berkarakteristik kepulauan memiliki luas wilayah 712.480 Km², serta terdiri dari 1.340 pulau. Dari keseluruhan pulau yang berada di provinsi Maluku, rata-rata yang terisi penduduk hanya sekitar 60% dan sisanya adalah pulau kecil yang tidak berpenghuni. Provinsi Maluku sendiri berada di urutan ke-28 provinsi menurut jumlah penduduk di Indonesia, di mana pada tahun 2020 populasi provinsi Maluku berjumlah 1.848.923 jiwa.

Memiliki luas daratan sebesar 7,6 % & luas lautan sebesar 92,4% dari luas wilayah, serta 11 kabupaten kota (yang terdiri dari 9 kabupaten dan 2 kota, termasuk kota Ambon dan kota Tual), akses yang digunakan untuk mencapai wilayah-wilayah tersebut tentu saja tidak hanya menggunakan jalur darat saja, tetapi juga jalur laut dan udara.

Berjauhan

Dari 9 kabupaten yang ada, 8 kabupaten diantaranya memiliki jarak yang cukup jauh. Misalnya saja jika ingin menuju ke wilayah Seram Bagian Timur (SBT). Jika perjalanan dilakukan dari kota Ambon, sesampainya di Pelabuhan Waipirit harus naik mobil ke ibukota SBT selama kurang lebih 12 jam karena jaraknya sekitar 430km dari tempat penyebrangan. Jika dibandingkan, jarak 430km itu seperti dari Jakarta ke Semarang.

Untuk jalur laut, jika menggunakan kapal biasa, baru bisa sampai 24 jam kemudian. Jika menggunakan kapal cepat, mungkin bisa 12 jam. Dan itu baru sampai di ibukota kabupatennya saja. Untuk akses menuju puskesmasnya lagi, perlu menggunakan alat transportasi laut kembali.

Tentunya tidak semua kabupaten memiliki letak yang jauh. Ada juga kabupaten yang letaknya cukup dekat, dengan waktu perjalanan ditempuh hanya sekitar setengah jam saja, yaitu Namlea yang berada di Pulau Buru dengan menggunakan pesawat udara.

Memiliki 226 puskesmas dan 33* rumah sakit di dalam wilayah yang terdiri atas daratan dan lautan, pengelolaan kesehatan di daerah tersebut pun menghadapi tantangan tersendiri. Dibandingkan dengan jumlah penduduk yang kurang lebih berkisar sebanyak 1,8 juta jiwa, berarti satu puskemas rata-rata melayani hampir 3.000 sampai 4.000 penduduk. Padahal standarnya, satu puskesmas untuk daerah daratan dapat melayani 30.000 penduduk. Tentu saja keadaan ini tidak bisa disejajarkan dengan standar tersebut karena letak geografis provinsi Maluku yang luas dan terdiri dari banyaknya pulau. Jika tidak dibangun puskesmas pada wilayah-wilayah tersebut, otomatis masyarakat yang berada disana akan sulit mendapatkan pelayanan kesehatan.

Drs. Tan Ryan Ricardo, Apt, M. Kes; Kepala Bidang Sumber Daya Manusia Kesehatan dan **Jane Marlevia Pakaila, SKM;** Kepala Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan dari Dinas Kesehatan Maluku, mengatakan bahwa jumlah nakes yang tersebar di provinsi Maluku tidak sebanyak jumlah Nusantara Sehat yang bertugas disana. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Maluku, untuk keseluruhan jumlah tenaga kesehatan yang berada di provinsi Maluku dalam Triwulan 2 Tahun 2021 adalah sebanyak 16.901 orang (dengan komposisi nakes sebanyak: 13.315 orang dan Nusantara Sehat sebanyak: 415 orang) serta asisten tenaga kesehatan berjumlah 1.391 (dengan komposisi PNS: 6.900 orang dan non PNS : 10.001 orang). Karena kondisi Nusantara Sehat yang hanya berkontrak selama 2 tahun, tentu saja selalu ada perubahan formasi. Saat ini, hanya ada 5 (lima) tim nusantara sehat yang berada di provinsi Maluku yaitu di Puskesmas Kalbasiang Benjuring, Kobadangar, Lorang dan Penambulai di Kepulauan Aru sebanyak 4 tim dan 1 tim di Seram Bagian Barat pada Puskesmas Elpaputih

Menurut data dari Dinas Kesehatan Maluku, dari total 226 puskesmas yang tersebar di provinsi Maluku, hanya 23 puskesmas yang memiliki 9 jenis tenaga kesehatan yang lengkap. Sedangkan untuk puskesmas tanpa dokter, ada 54 puskesmas.

Keterbatasan nakes yang tersedia, membuat tidak semua fasilitas kesehatan yang berada di provinsi Maluku memiliki formasi nakes yang lengkap. Misalnya saja untuk dokter spesialis, yang hanya tersedia di rumah sakit saja.

Bukan hanya kondisi alam saja yang menjadi tantangan di provinsi Maluku, tetapi juga sarana prasarana disana yang belum terpenuhi seluruhnya. Salah satunya adalah jaringan listrik yang belum merata di seluruh wilayah. Ada daerah yang listriknya hanya menyala di bawah 6 jam, ada pula yang belum tersentuh listrik sama sekali.

Untuk membantu mengatasi hal tersebut, Dinas Kesehatan Provinsi Maluku mengirimkan cold chain solar cell tenaga matahari ke beberapa puskemas yang tidak memiliki listrik.

"Pernah kita kirim cold chain pakai solar cell tenaga matahari ke kabupaten, langsung ke puskesmas, salah satunya di Kepulauan Aru. Waktu itu kita mengirimkan untuk 6 titik lokasi. Karena beratnya alat dan jaraknya yang jauh, untuk biaya transportnya dari sini ke sana saja sudah 15% lebih besar dari harga barangnya." ujar Pak Ryan.

Sulitnya mendapatkan akses kesehatan di kepulauan Maluku, membuat pemerintah meningkatkan pelayanan kesehatan dengan cara menyediakan 12 gugus pulau serta menunjuk 56 puskesmas menjadi gugus pelayanan kesehatan. Dari beberapa pulau-pulau yang jaraknya berdekatan, ditunjuk satu puskemas yang lebih representatif dengan pelayanan kesehatan yang jauh lebih lengkap dibanding puskesmas lainnya, untuk menjadi Pusat Gugus. Hal itu dilakukan agar memudahkan mencari rujukan jika jarak menuju rumah sakit terlalu jauh. Pusat Gugus tersebut dikelola oleh kabupaten masing-masing, sedangkan provinsi hanya mengawasi dan pembinaan.

Seiring berjalananya waktu dan berkembangnya teknologi, sistem Si-SDMK semakin mudah untuk diakses, apalagi dengan web based. Kalaupun ada perpindahan petugas yang meng-handle, datanya akan tetap ada dan tetap bisa diakses oleh penerusnya karena semua data tetap tersimpan di server. Untuk proses transisi dari excel ke web, membutuhkan waktu sekitar setahun – dua tahun.

Hanya saja walaupun saat ini teknologi sudah semakin berkembang dan sistem sudah berubah menjadi web based, kondisi sarana prasarana yang masih terbatas menyebabkan tidak semua puskemas memiliki jaringan dan bisa mengakses sistem secara real time. Sebanyak 50% dari total puskesmas yang ada di provinsi Maluku, masih kesulitan mengakses jaringan data. Jaringan data yang cukup lancar hanya tersedia di beberapa daerah saja, seperti di ibukota kabupaten atau daerah lain yang besar.

Dengan kompleksitas wilayah tersebut, Si-SDMK menjadi salah satu alat bantu untuk mendata SDM Kesehatan yang berada disana. Dengan adanya sistem Si-SDMK yang saat ini sudah semakin berkembang, tingkat akurasi untuk melihat data persebaran tenaga kesehatan yang berada di provinsi Maluku pun menjadi lebih tinggi dan bisa terlihat kira-kira di titik mana saja terjadi perpindahan atau pengurangan nakes, sehingga nantinya daerah tersebut bisa dimasukan kedalam perencanaan kebutuhan pegawai.

Bukan hanya sebagai alat untuk mendeteksi pergerakan nakes di tiap wilayah, tapi sistem Si-SDMK pun berperan penting dalam pemberian vaksinasi nakes. Terjadi kenaikan data nakes yang masuk kedalam sistem Si-SDMK ketika pemberian vaksin akan dilakukan. Di bulan Desember 2020, tercatat ada 14 ribu nakes dalam sistem. Selang dua bulan kemudian, di bulan Februari 2021, data nakes di provinsi Maluku yang terkumpul naik menjadi 16 ribu. Tambahan 2 ribu data nakes yang baru terdaftar dalam sistem adalah karena cakupan yang semakin meluas. Banyak tenaga nakes di sektor swasta seperti poliklinik dan apotek yang sebelumnya belum dimasukkan ke dalam sistem.

Tentu saja dibalik pengumpulan data nakes tersebut, jalannya tidak selalu semulus yang dibayangkan. Perlu perjuangan sampai akhirnya bisa mendapatkan data-data tersebut.

Apalagi dulu ketika sistem yang berjalan masih manual. Template yang harus diisi, dikirim terlebih dahulu ke kabupaten, lalu datanya diberikan lagi ke provinsi. Baru setelah itu direkap dan dimasukkan ke sistem. Jika ada perpindahan nakes yang bertugas, dinas kabupaten kota tidak bisa langsung update ke sistem dengan cepat karena selain adanya rangkap pekerjaan, jarak antar wilayah yang jauh pun menjadi kendala. Untuk controlling dari provinsi pun lebih banyak menggunakan telepon pada saat itu.

Selain itu, jika ada pergantian petugas yang meng-handle data, kadang data sebelumnya tidak diberikan kepada penerusnya karena data itu menghilang. Jadi tim dinas kesehatan, baik yang berada di kabupaten kota maupun provinsi, harus mengulang lagi semuanya dari awal dengan petugas yang baru. Itu terjadi ketika sistem masih manual dan juga excel. Tentu saja itu cukup melelahkan.

Untuk daerah yang tidak memiliki akses, petugas harus datang ke ibukota terlebih dahulu agar bisa mendapat jaringan internet untuk mengakses Si-SDMK dan memperbaiki datanya.

Selain itu karena keterbatasan dana, mereka juga tidak bisa sering datang ke ibukota. Untuk mengatasinya, kadang mereka memanfaatkan program lain atau pertemuan-pertemuan lain yang mengharuskan mereka datang ke ibukota. Baru kemudian mereka bisa updating data Si-SDMK.

Dengan adanya keterbatasan tersebut, tim dari dinas lah yang harus lebih banyak proaktif untuk mendapatkan data. Dari ibukota kabupaten, biasanya melakukan monitoring ke puskesmas untuk update program nusantara sehat, sekaligus juga update data Si-SDMK. Dinas Kesehatan provinsi pun turut aktif dalam mendapatkan data dari kabupaten kota. Selain melakukan update data per triwulan, tim yang beranggotakan 5 staff ini juga kadang turun ke kabupaten kota untuk mengecek langsung. Selain itu, setiap tahunnya dinas provinsi juga mengadakan pertemuan sebanyak dua kali. Jadi pengelola-pengelola di kabupaten kota akan dipanggil ke provinsi untuk update data, evaluasi data sekaligus penyerahan reward berupa cenderamata untuk daerah dengan data terbaik agar mereka lebih bersemangat lagi dalam mengumpulkan data.

Salah satu kendala lainnya yang ditemui dilapangan selain pengumpulan data adalah ketidaksesuaian data yang ada dengan di lapangan. Misalnya, adanya data nakes yang berbeda antara SK penugasannya dengan tempat penempatannya bekerja. Dalam SK seharusnya ditaruh di puskesmas A, tapi kenyataannya bekerja di puskesmas B. Dengan tidak sinkronnya data tersebut, maka terjadi penumpukan nakes di satu daerah saja.

Untuk meminimalisir kejadian tersebut, kedepannya mungkin bisa ditambahkan kolom tambahan informasi data pribadi jika ada perbedaan antara SK dengan penempatan di lapangan, supaya ada gambaran dimana saja yang terjadi penumpukan atau kekurangan nakes

Terkait variable tambahan untuk di dalam sistem Si-SDMK, karena di provinsi Maluku masih kekurangan nakes, maka pejabat struktural pun turut melayani pasien covid. Dan karena insentif nakes harus terintegrasi dengan Si-SDMK, jabatan tersebut tidak bisa masuk ke aplikasi insentif covid karena termasuk jabatan struktural. Jadi untuk mengatasinya, terpaksa jabatannya dirubah menjadi fungsional sebagai dokter spesialis agar datanya bisa ikut ditarik juga oleh aplikasi insentif. Untuk kedepannya mungkin bisa ditambahkan variable berupa kolom jabatan strutural serta jabatan fungsional agar datanya bisa lebih mudah berintegrasi dengan aplikasi insentif.

Selain itu, ke depannya diharapkan Sistem Si-SDMK bisa terintegrasi dengan aplikasi Gugus Pulau. Sehingga selain input datanya bisa dilakukan tanpa harus dilakukan secara manual, bisa disinkronkan juga mengenai data nakes by name, by address yang sudah di vaksin. Itu akan bisa menjadi tambahan informasi yang bermanfaat dan memudahkan.

Letak geografis dan saran prasarana yang masih terbatas, tentu saja menjadi tantangan tersendiri bagi tim dinas kabupaten kota serta provinsi untuk mengumpulkan data. Harus ada solusi untuk mengurangi jarak antara perbedaan data yang ada di pusat dengan data di lapangan karena hambatan-hambatan tersebut. Semoga ke depannya semua sistem bisa terintegrasi agar selain memudahkan, juga bisa saling berhubungan dengan profiling nakes, supaya bisa terlihat jelas bagaimana gambaran kondisi lapangan tempat nakes bekerja dan faktor-faktor apa saja yang dihadapi nakes di lapangan.

Selain itu semoga dengan semakin banyaknya sistem yang saling terintegrasi dengan Si-SDMK, kedepannya ada kesamaan antara usulan kabupaten dengan Kementerian Kesehatan dan eksekusinya, agar formasi tenaga kesehatan yang diberikan sesuai dengan yang diminta. Karena kalau tidak, akan menyebabkan terjadinya ketimpangan seperti adanya penumpukan atau kekurangan nakes karena ketidaksesuaian data dengan kebutuhan di lapangan.

BAB X

Kabupaten Maros

DUKUNG PEMERATAAN TENAGA KESEHATAN

Kabupaten Maros adalah salah satu Daerah Tingkat II di Provinsi Sulawesi Selatan, yang memiliki luas wilayah 1.619,12 km² ini berpenduduk sebanyak 353.121 jiwa dengan tingkat kepadatan penduduk sebesar 218,09 jiwa/km² pada tahun 2019. Terdapat 103 desa/kelurahan yang ada di kabupaten Maros dengan rincian 10 desa berada pada wilayah pantai, 5 desa berada pada wilayah lembah, 28 desa berada pada wilayah perbukitan, dan sisanya 60 desa/kelurahan berada pada wilayah dataran/landai.

Dengan topografi daerah yang cukup menantang tersebut, Kabupaten Maros memiliki tenaga kesehatan kurang lebih berjumlah 1.706* dengan beberapa rincian: 119 dokter umum*, 33 dokter gigi*, 544 perawat, 299 bidan*, serta tenaga kesehatan lainnya yang diantaranya adalah ASN sebanyak 806 orang dan Non ASN 900 orang.

Data tersebut bisa berubah-ubah karena sebagian besar tenaga kesehatan Non ASN adalah pekerja sukarela yang dikontrak. Jadi setiap tahunnya, kepala puskesmas membuat surat perjanjian kerja yang berlaku satu tahun, mulai dari 1 Januari sampai 31 Desember, kemudian setelah itu akan ada evaluasi.

Kontrol Pergerakan

Untuk tetap mengontrol pergerakan nakes agar bisa tersebar secara merata di wilayah Kabupaten Maros, tentu saja pemanfaatan sistem SI-SDMK menjadi salah satu tonggak penting. Dikembangkan sejak tahun 2012, pengumpulan data yang saat itu masih berupa manual berisikan data mengenai identitas nakes, perizinan, dan sertifikasi. Kemudian di tahun 2014 berkembang menjadi desktop, dan di tahun 2017, Kabupaten Maros melalui Bupati Maros, menunjuk satu pengelola data SDMK dari tiap puskesmas dan rumah sakit. Tentu saja pengelola data SDMK di tiap-tiap faskes merupakan posisi krusial, karena jika ada mutasi atau perpindahan nakes, pada hari itu juga data harus langsung di update.

Semakin berkembangnya teknologi dan semakin besarnya keakuratan data, membuat Kabupaten Maros memaksimalkan data-data yang sudah didapat di SI-SDMK. Redistribusi nakes menjadi salah satu hal yang sering sekali terjadi di Kabupaten Maros. Dalam kurun waktu satu minggu, pasti ada tenaga kesehatan yang dimutasi. Hal ini dilakukan agar terjadi pemerataan tenaga kesehatan di tiap fasilitas kesehatan yang berada di wilayah Kabupaten Maros. Semua kebutuhan nakes di setiap faskes, berusaha untuk dicukupkan sehingga masyarakat bisa mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama.

Aplikasi SI-SDMK yang berintegrasi dengan aplikasi Rencana Kebutuhan juga sangat bermanfaat sekali untuk pemetaan. Aplikasi Rencana Kebutuhan adalah salah satu aplikasi yang dikoordinasikan dengan BKPSDM daerah. Jadi pada saat perekrutan calon ASN, pengelola SDMK yang ada di puskesmas melalui Dinas Kesehatan, mengirimkan permintaan kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan hasil analisis kerja yang ada di aplikasi Renbut. Setelah terkumpul, akan ada pertemuan dengan BKPSDM (Badan Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia) untuk menentukan usulan formasi tenaga kesehatan.

Jika ada puskesmas atau rumah sakit yang kekurangan tenaga, Dinas Kesehatan akan memberikan rekomendasi ke BKPSDM untuk ditempatkan tenaga kesehatan di faskes tersebut. Jika ada sistem pemindahan pun, baik pindah masuk atau keluar, akan tetap terkoordinasi dan terkontrol oleh Dinas Kesehatan dan BKPSDM.

Pemerataan tenaga tidak hanya berdasarkan jumlah nakes, tapi juga dilihat dari pengklasifikasian beberapa hal, seperti jenjang pendidikan, golongan, pangkat, dan kesenioran. Untuk tenaga kesehatan yang usianya masih muda dan masih junior, akan ditempatkan terlebih dulu di daerah yang letaknya jauh. Untuk tenaga kesehatan yang sudah senior, akan ditempatkan di kota.

Jadi pemindahan nakes memang sesuai dengan analisis kebutuhan tenaga. Dan jika ada pemindahan nakes ke faskes yang jumlah tenaganya sudah terpenuhi, BKPSDM akan memberi peringatan bahwa analisis kebutuhan faskes tersebut sudah terpenuh dan diinfokan faskes mana saja yang kebutuhannya masih kurang.

Hal ini dilakukan agar pemerataan benar-benar seimbang, khususnya untuk dokter dan dokter gigi, yang posisinya cukup vital karena mempengaruhi kapitasi puskesmas. Untuk menghindari kekosongan dokter, jika ada dokter yang pindah atau sekolah lagi, akan digantikan dengan cepat. Jika tidak ada ASN yang tersedia, akan dicari dokter Non ASN untuk dikontrak. Sistem tersebut yang digunakan agar pelayanan bisa tetap berjalan sesuai jenis ketenagaan yang dibutuhkan dimasing-masing puskesmas.

Sama dengan daerah lain, program vaksinasi pun membuat lonjakan data di SI-SDMK Kabupaten Maros. Lonjakan data nakes terjadi karena masing-masing fasnyakes memiliki tenaga sukarelawan, yang setelah itu dinyatakan bahwa tenaga kesehatan tidak dibedakan menurut status ASN atau Non ASN. Itulah yang menyebabkan data di sistem meningkat.

Pemanfaatan data SI-SDMK yang maksimal oleh Kabupaten Maros, juga dibuktikan oleh penghargaan yang di dapat dari ARH, USAID. Dari 3 kabupaten kota pengelola SI-SDMK yang berhasil mengintegrasikan data SI-SDMK dengan aplikasi milik Kominfo yang bernama SIMPEG, Kabupaten Maros adalah salah satunya. Data-data yang muncul di SI-SDMK akan otomatis muncul di SIMPEG karena datanya *real time*. Jadi data tersebut dinamis, berubah sesuai perubahan data yang ada di SI-SDMK Kabupaten Maros.

Beberapa program yang sudah berhasil dijalankan oleh Kabupaten Maros tentu saja dikarenakan sistem SI-SDMK yang sudah terkoneksi secara *online* dan bisa diakses kapan saja. Perubahan sistem dari manual ke *online*, merupakan satu keadaan yang amat sangat memudahkan penggunanya.

Dulu ketika masih manual, tentu saja data berkualitas sulit untuk didapatkan karena datanya tidak *real time* dan belum begitu akurat karena masih bersifat agregat. Gambaran pemetaan faskes pun tidak terlihat terlalu jelas dimana saja faskes yang kekurangan atau kelebihan tenaga, sehingga pendistribusian nakes cukup sulit. Selain itu, adanya perbedaan data antara data di faskes dengan Dinas Kesehatan juga terjadi. Itu dikarenakan tumpukan data yang sudah lewat masanya, atau ada nakes yang sebenarnya sudah pindah tapi tidak melapor. Jadi informasi tersebut tidak sampai ke Dinas Kesehatan. Serta ketidakjelasan unit bagian yang mengelola, membuat kualitas data yang didapatkan saat itu tidak sebaik sekarang.

Proses Transisi

Tapi tentunya, proses transisi dari manual ke online pun tidak berubah secara instan begitu saja. Ada proses-proses transisi yang harus dijalani di dalamnya, dan ada kesiapan SDM yang harus menyesuaikan dengan perkembangan teknologi. Beberapa hal yang dilakukan agar kesiapan SDM sejalan dengan perkembangan sistem adalah diadakannya pertemuan rutin antara pengelola SDM kesehatan tingkat puskesmas. Selain itu juga ada rapat koordinasi tingkat kabupaten, khusus untuk pengelola-pengelola SDMK di tingkat faskes. Jadi jika ada informasi baru, ada yang terupdate, akan diinformasikan secara cepat supaya tidak ada informasi-informasi yang terlewatkhan.

Disamping itu, BKPSDM sejak tahun 2015 juga sudah melaksanakan kegiatan pelatihan komputer yang dilaksanakan di kantor daerah kepada semua ASN. Dan untuk penunjukkan pengelola SDMK di masing-masing fasyankes, persyaratan utamanya adalah yang bersangkutan harus menguasai komputer, minimal word dan excel. Apalagi untuk saat ini, program pelayanan kesehatan di masing-masing puskesmas itu pelaporannya berbasis *web* atau *desktop*, sehingga sangat jarang pengelola data yang kesulitan mengakses komputer.

Selain adanya pelatihan komputer yang dilakukan BKPSDM, untuk membuat para faskes bersedia mengisi data Si-SDMK adalah karena Bupati Kabupaten Maros juga memberikan penjelasan bahwa jika data terisi, tidak akan ada kekosongan nakes atau kelebihan nakes di faskes tersebut. Selain itu, pengelola-pengelola SDMK di puskesmas pun tetap diberikan honor untuk memotivasi. Dan itu di SK-kan Bupati sebagai motivator agar pengelola terus belajar mengupdate ilmu perkembangan teknologi.

Gerbang Sehati

Kabupaten Maros tidak hanya memanfaatkan data SI-SDMK untuk pemenuhan dan pendistribusian tenaga kesehatan, tapi juga dengan adanya data tersebut, Bapak **Chaidir Syam selaku Bupati Kabupaten Maros** mencetuskan program Gerakan Membangun Desa Tangguh, Sehat, dan Inovatif (Gerbang Sehati), dengan penempatan dua perawat satu desa yang di launching bersamaan dengan hari ulang tahun ke-47 Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) pada tanggal 17 Maret 2021.

Program tersebut sangat membantu kegiatan promotif preventif tingkat bawah dengan memberdayakan tenaga sukarelawan untuk mendukung pelayanan kesehatan di tingkat desa. Program yang ditunjukkan untuk satu kabupaten itu, menugaskan tenaga nakes sebanyak 193 perawat di 103 desa. Perawat yang terpilih adalah perawat yang sudah mengabdi disana atau putra daerah disana, yang dikembalikan lagi ke desanya untuk memberikan pelayanan di daerahnya sendiri. Program tersebut dibuat karena melihat kebutuhan masyarakat, serta data SI-SDMK, dimana adanya ketersediaan perawat-perawat di puskesmas yang bisa menjangkau desa-desa di Kabupaten Maros. Masa kerja perawat tersebut selama satu tahun dan terdiri dari perawat ASN dan non ASN.

Bupati Kabupaten Maros juga mengatakan bahwa ada rencana untuk mengintegrasikan data melalui OPD BKPSDM (Badan Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia). Instansi tersebut akan mengintegrasikan data antara data dari Dinas Kesehatan dengan data Dinas Sosial, Perencanaan dan lainnya. Untuk perizinan pun, nanti akan beririsan lewat BKPSDM, juga terkait dinas yang membutuhkan misalnya Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu, dan dinas-dinas lain yang memerlukan tenaga kesehatan.

Keberhasilan Kabupaten Maros memaksimalkan data SI-SDMK bukan berarti membuat Kabupaten Maros tidak memiliki permasalahan sama sekali. Salah satu permasalahan utama yang ada di Kabupaten Maros adalah pengembangan kompetensi dan kapasitas tenaga kesehatan. Kuantitas SDM kesehatan yang banyak, tidak sejalan dengan kualitas yang diharapkan.

Contohnya saja Penyuluhan Keamanan Pangan. Program ini untuk memastikan bahwa masyarakat Kabupaten Maros dapat mengakses pangan yang aman, halal dan layak untuk dikonsumsi. Untuk menjadi penyuluhan, hanya nakes yang memiliki sertifikat untuk itu saja yang bisa memberikan penyuluhan tersebut. Sebenarnya sebelumnya sudah dianggarkan 14 jenis peningkatan kapasitas melalui Bimtek (Bimbingan Teknis) dan pelatihan. Tetapi sampai saat ini, baru dua yang terlaksana, PKP dan DFI. Kemudian juga dengan adanya pandemi, pelatihan pun tertahan.

Walaupun sistem yang ada sudah jauh lebih membaik dibanding dulu, tapi masih ada beberapa harapan agar sistem SI-SDMK bisa ditingkatkan lagi. **Pertama**, karena banyaknya aplikasi yang harus dihandle, diharapkan adanya integrasi data dengan aplikasi seperti aplikasi kepegawaian, aplikasi surveilans, dan aplikasi lainnya. Karena dengan adanya perpindahan SDMK yang luar biasa cepat, jika semua orang bisa mengakses aplikasi tersebut, tidak perlu lagi tergantung pada tenaga yang sudah terlatih saja. Siapapun akan bisa mendapatkan data dengan mudah.

Kedua, harapannya agar pusat mengintegrasikan data dengan program-program lain, misalnya program-program yang berhubungan dengan kesehatan seperti BKKBN, dinas sosial, dan lainnya. Jadi ketika ada keperluan kebencanaan, bisa dimanfaatkan.

Ketiga, harapannya adalah dengan adanya website Kemenkes, secara satu pintu bisa mengakses secara langsung untuk data-data pemetaaan, keadaan SDMK, perencanaan SDMK sendiri, kemudian pendayagunaannya, pengadaan dan juga peningkatan mutu SDM.

Keempat, semoga data Si-SDMK tidak hanya berguna untuk pemerintah daerah, tapi juga bisa dimanfaatkan untuk pemerintah pusat dan Kementerian agar pusat bisa melihat sebenarnya apa saja kebutuhan untuk pengembangan SDM-SDM tenaga Kesehatan yang ada di lapangan.

Yang terakhir dan paling penting adalah harapan agar keamanan data-data SI-SDMK bisa terus terjamin. Kelengkapan serta fungsi yang dimiliki sistem SI-SDMK, membuat Bupati Kabupaten Maros sangat terkesan dan beliau menginginkan SI-SDMK menjadi satu sistem percontohan untuk organisasi pemerintah daerah lainnya yang ada di Kabupaten Maros. Untuk ke depannya, diharapkan sistem-sistem tersebut akan saling terintegrasi sehingga akan mempermudah pemerintah daerah untuk mengolah data, sesuai dengan kebutuhannya.

BAB XI

Kota Depok

SELANGKAH DI DEPAN

Depok yang juga dikenal dengan julukan Kota Belimbing, memiliki jumlah penduduk sebanyak 2.484.1486 jiwa (Sumber: Badan Pusat Statistik Kota Depok, 2020 – Profil Kesehatan Kota Depok 2020). Dengan padatnya penduduk yang ada di wilayah kota tersebut, Kota Depok memiliki 17.146 sumber daya manusia kesehatan yang terdiri dari 2613 tenaga dokter umum dan dokter spesialis, 3.585 tenaga perawat, 1.121 tenaga bidan, tenaga kesehatan lainnya dan tenaga penunjang di 38 puskesmas, 24 rumah sakit, serta faskes lain yang tersebar di 11 kecamatan (Sumber: SI-SDMK Kota Depok, 16 Desember 2021)

Menjadi salah satu kota penyangga ibukota karena berbatasan langsung dengan DKI Jakarta, membuat Kota Depok memiliki kondisi beragam terkait dengan pelayanan kesehatan di wilayah tersebut. Salah satunya adalah karena tersedianya beberapa rumah sakit tipe B yang tersebar di Kota Depok dan membutuhkan dukungan dari dokter-dokter subspesialis yang jumlahnya jauh lebih sedikit dibandingkan dokter spesialis. Dan biasanya, dokter-dokter subspesialis tersebut lebih banyak tersedia (berpraktik) di Jakarta.

Jadi jika ada kebutuhan penting untuk salah satu pasien di wilayah Depok, maka surat izin praktik dengan kewenangan tambahan harus dimiliki oleh dokter subspesialis agar bisa menangani pasien yang bersangkutan. Jika sudah mendapat persetujuan dari Dinas Kesehatan Provinsi mengenai kasus tersebut, baru setelah itu Dinkes Kota Depok membantu untuk mengeluarkan surat tugasnya, sehingga dokter bisa mengerjakan kewenangan subspesialisnya secara sementara, khusus untuk kasus urgent tersebut. Salah satu kasus khusus yang pernah dilaksanakan di Kota Depok adalah operasi jantung yang dilakukan di RS Hermina. Operasi tersebut adalah operasi jantung pertama yang dilakukan di kota itu.

Dengan adanya keragaman seperti itu, tentu saja data SDM kesehatan yang ada di sistem SI-SDMK menjadi salah satu unsur utama yang penting karena bisa digunakan untuk melihat gambaran persebaran SDM kesehatan. Selain itu karena sudah terintegrasi dengan KTKI (Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia), maka melalui sistem ini, tim Dinkes bisa mengecek secara langsung untuk yang terkait dengan perizinan seperti SIP (Surat Izin Praktik) dan STR (Surat Tanda Registrasi).

Poin Plus

Salah satu poin plus karena bisa melakukan pengecekan STR dan SIP melalui sistem SI-SDMK adalah tim Dinkes bisa memantau dan memberi warning kepada nakes yang perizinannya akan expired. Karena jika perizinannya sudah kadaluarsa, maka itu akan berakibat pada kapitasi faskes dan akan mempengaruhi operasional faskes tersebut. Untuk meminimalisir hal itu, setiap tahunnya tim Dinkes mengelompokkan nakes-nakes mana saja yang STRnya akan habis dan akan memberikan dua kali pengingat kepada kepala puskesmas masing-masing mengenai tenaga kesehatan yang surat izinnya akan kadaluarsa. Selain itu, perizinan pun berkaitan dengan akreditasi faskes seperti rumah sakit. Jadi jika ada rumah sakit yang ingin memproses akreditasi, mereka akan menghubungi pihak Dinkes untuk mereview SIP tenaga kesehatan di faskes tersebut.

Hal-hal itu bisa terlaksana karena sistem SI-SDMK yang saat ini sudah semakin berkembang. Dulu ketika sistem SI-SDMK masih belum seperti saat ini, banyak data-data yang masih belum diketahui valid atau tidaknya karena belum real time, misalnya saja seperti persebaran nakes. Sulit untuk men-*tracking* dimana saja tempat praktik nakes-nakes tersebut, apalagi jika memiliki lebih dari satu tempat praktik dan berada di kota berbeda. Begitu juga dengan perizinan seperti STR. Agak sulit untuk memvalidasi apakah STR yang bersangkutan asli atau palsu. Tapi setelah teknologi sudah semakin berkembang, hanya dengan mengecek STR di dalam sistem SI-SDMK, sudah bisa terlihat dimana saja tempat praktik nakes tersebut. Dan kepemilikan STR palsu pun semakin terminimalisir karena sekarang semua sudah berdasarkan sistem. Jika memasukan nomor STR palsu yang tidak terdaftar di dalam sistem, akan langsung terlihat bahwa datanya tidak valid.

Di tahun 2018 akhir menjelang 2019 awal, tepat setelah SI-SDMK berubah menjadi *web based*, Dinkes Kota Depok baru mengetahui bagaimana persebaran tenaga kesehatan yang sebenarnya. Saat itu terlihat bahwa ada penumpukan di salah satu faskes dimana nakes yang ada di puskesmas tersebut jumlahnya cukup banyak dibanding dengan puskesmas lain. Apalagi setelah dilihat masa kerjanya, ada yang sudah bertugas disana selama puluhan tahun dan tidak pernah dirotasi ke tempat lain sebelumnya.

Maka untuk mencapai pemerataan 9 tenaga strategis agar bisa tersebar di 38 puskesmas di wilayah Kota Depok sesuai dengan peraturan Kemenkes, rotasi mutasi pun dilaksanakan setelah mempertimbangkan beberapa hal. Yang pertama adalah menganalisa beban faskes. Dari 38 puskesmas berdasarkan Keputusan Wali Kota Depok Nomor 440/158/Kpts/Dinkes/Huk/2021 tanggal 19 April 2021 tentang Penetapan Kategori Pusat Obstetri Neonatal Emergensi Dasar pada Dinas Kesehatan Kota Depok terdapat 10 puskesmas yang mampu PONED (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar), artinya adalah puskesmas rawat inap yang siaga selama 24 jam untuk menanggulangi kasus-kasus kegawatdaruratan obstetric neonatal yang terjadi pada ibu hamil, ibu bersalin maupun ibu dalam masa nifas dengan komplikasi obstetri yang mengancam jiwa ibu maupun janinnya.

Selain menganalisa beban faskes, langkah kedua dilakukan juga pengaturan jenjang jabatan fungsional. Bagi tenaga kesehatan yang memiliki jenjang keahlian yakni pertama, muda dan madya ditempatkan ke faskes yang beban kerjanya lebih kompleks seperti Pelayanan PONED dan Puskesmas 24 jam, sedangkan bagi yang memiliki jenjang keterampilan mulai dari pelaksana, mahir dan penyelia disebar ke puskesmas non rawat inap. Selain itu, jarak antara tempat tinggal nakes dengan faskes penempatannya pun menjadi salah satu faktor penentu pergeseran nakes. Pada akhirnya, data-data nakes ini dikelompokkan menjadi perkecamatan dan perputaran nakes terjadi di dalam satu kecamatan tersebut (satu kecamatan terdiri dari 5-6 puskesmas). Itu sebabnya sampai 30 September 2021 kemarin, dari total 27 Kota Kabupaten se-Jawa Barat, Kota Depok menjadi salah satu diantara 3 kota terpilih, selain Kota Bogor dan Kota Cimahi, yang persebaran formasi dan pemenuhan 9 tenaga kesehatan strategis nya mencapai 100%.

Pemenuhan 9 tenaga kesehatan strategis ini sifatnya sementara dan sangat dinamis, karena berkenaan dengan batas usia pensiun (BUP) PNS, maka komitmen kepala Daerah juga merupakan hal penting dalam melakukan upaya pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan melalui rekrutmen PPPK (Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja) dengan sumber anggaran APBD Pemerintah Kota.

Rancangan di masa mendatang, sistem Si-SDMK akan terintegrasi dengan sistem-sistem lainnya, maka sebagai upaya peningkatan mutu data SISDMK, sejak awal tim SDMK Dinkes Kota Depok telah melakukan serangkaian upaya yakni antara lain bukan hanya puskemas, RS serta klinik saja, tapi juga apotek, lab, praktik mandiri, dan optik. Dan ketika pihak pusat memberi instruksi bahwa faskes-faskes tersebut pun perlu ditelusuri data-datanya, tim SDMK Dinkes Kota Depok sudah mulai terbiasa karena sudah memulai prosesnya terlebih dahulu.

Rangkul Optik

Berbeda dengan daerah lain dimana belum semua kota merangkul optik secara optimal untuk dimasukkan datanya kedalam sistem, Dinkes Kota Depok mencoba pendekatan ke faskes tersebut. Hal tersebut dikarenakan banyaknya optik yang tersebar di wilayah kota Depok, berbeda jumlahnya dengan optik yang terdaftar di dalam sistem. Sampai Desember 2021 baru 30 dari 65 Optik yang sudah berizin yang terdaftar di sistem SI-SDMK. Masih banyak Optik yang belum berizin. Saat ini, salah satu tujuan tim SDMK Dinkes Kota Depok untuk memaksimalkan inputan SI-SDMK adalah dengan mencoba melakukan pendekatan edukasi secara kepada optik-optik yang ada dengan cara menjelaskan apa saja keuntungan jika memiliki izin dan data yang terdaftar di SI-SDMK. Apalagi langkah ini pun diapresiasi oleh asosiasi Iropin (Ikatan Profesi Optometris Indonesia) dan Gapopin (Gabungan Pengusaha Optik Indonesia).

Selain itu sama seperti provinsi dan kabupaten kota lain yang mengalami lonjakan data ketika program vaksinasi nakes dicanangkan di awal tahun 2021, hal tersebut pun terjadi di Kota Depok. Melalui pemetaan berdasarkan data SI-SDMK yang ada saat itu, Dinas Provinsi menggunakan data SI-SDMK sebagai data sasaran tenaga kesehatan yang akan divaksin. Tim SDMK Dinkes yang berjumlah 8 orang dalam waktu yang bersamaan dengan libur akhir tahun 2020 pun memulai pencarian datanya.

Selain itu sama seperti provinsi dan kabupaten kota lain yang mengalami lonjakan data ketika program vaksinasi nakes dicanangkan di awal tahun 2021, hal tersebut pun terjadi di Kota Depok. Melalui pemetaan berdasarkan data SI-SDMK yang ada saat itu, Dinas Provinsi menggunakan data SI-SDMK sebagai data sasaran tenaga kesehatan yang akan divaksin. Tim SDMK Dinkes yang berjumlah 8 orang dalam waktu yang bersamaan dengan libur akhir tahun 2020 pun memulai pencarian datanya. Yang dilakukan adalah menghubungi lintas sektor seperti Yankes yang membawahi klinik dan RS sehingga tim SDMK bisa bergabung kedalam grup tersebut untuk menjelaskan mengenai kewajiban penginputan data nakes di SI-SDMK terkait dengan vaksinasi, lalu menghubungi satu persatu faskes untuk praktik pribadi atau perorangan, serta menghubungi IDI (Ikatan Dokter Indonesia) dan IBI (Ikatan Bidan Indonesia) untuk menjelaskan kepada seluruh anggotanya yang memiliki STR untuk mengisi google form yang sudah dipersiapkan. Baru setelah itu tim SDMK yang menginput data-data tersebut ke dalam sistem.

Bukan hanya itu saja. Fitur Admin Kecamatan yang ada dalam sistem SI-SDMK pun dimanfaatkan secara optimal oleh tim SDMK Dinkes Kota Depok. **drg. RR. Ambar Hardiani W** selaku Kepala Seksi SDMK Dinkes Kota Depok menjelaskan, ada 11 kecamatan dari puskesmas yang dijadikan Admin Kecamatan dan diberikan akses untuk menginput kecamatan masing-masing. Tapi fitur Admin Kecamatan tersebut hanya dibuka pada saat pendataan saja, yaitu selama satu bulan dari bulan Maret sampai April 2021. Setelah pendataan selesai dilakukan, fitur tersebut kembali dinonaktifkan.

Hal tersebut dilakukan agar keamanan data tetap terjaga dan kendalinya kembali pada Dinkes. Untuk pengecekan data nakes yang sudah masuk ke dalam system dan akan dilakukan vaksin, para nakes tinggal mengecek datanya melalui aplikasi PCare BPJS yang sudah terhubung dengan SI-SDMK.

Dengan gabungan kerjasama seluruh sektor serta pelibatan seluruh perangkat, termasuk whatsapp group, juga faskes yang bersemangat mengisi data ke dalam sistem SI-SDMK, data-data tersebut berhasil dikumpulkan kurang dari sebulan. Dari yang awalnya terdapat 200 faskes, kemudian meningkat menjadi 800 faskes. Data yang pada awalnya terkumpul sekitar 8 ribu, meningkat menjadi 15 ribu data. Hal tersebut terjadi karena sebelumnya, banyak data SDM kesehatan yang belum terinput, khususnya untuk praktik perorangan.

Selain vaksinasi, insentif covid untuk para tenaga kesehatan pun berhubungan dengan data SI-SDMK. Nakes yang bisa mendapatkan insentif hanya nakes yang terdaftar di SI-SDMK saja. Jika namanya tidak terdaftar di SI-SDMK, maka tidak akan bisa diusulkan sebagai penerima insentif. Dan saat ini, sudah terkumpul 17.000 data tenaga kesehatan yang ada di dalam sistem Si-SDMK kota Depok, padahal target yang diberikan di awal oleh Dinas Provinsi adalah 15.000 data. Artinya, data yang didapat sudah melampaui target.

Dengan semakin banyaknya jenis-jenis faskes yang terdata di SI-SDMK, pertemuan yang dilakukan bersama para faskes sejak tahun 2019 itu pun tetap harus dilanjutkan untuk menjaga kualitas updating data dari tiap-tiap faskes yang ada. Setiap tahunnya, Dinkes Kota Depok melakukan pertemuan dengan masing-masing faskes. Hari pertama misalnya dengan puskesmas, lalu hari kedua dengan rumah sakit, hari ketiga dengan klinik dan seterusnya. Total saat ini ada 10 batch pertemuan dengan masing-masing faskes via zoom meeting. Itu pun sudah dilakukan penyederhanaan yang lebih terfokus. Sebelumnya, dilakukan 14 kali pertemuan.

Bukan hanya itu saja yang bisa dimanfaatkan dari data SI-SDMK. Selain untuk pembuatan profil kesehatan, data-data tersebut bisa memetakan kebutuhan nakes puskesmas dan rumah sakit karena sudah terintegrasi dengan Renbut (Aplikasi Perencanaan Kebutuhan SDMK). Apalagi Depok memiliki rencana untuk RSUD baru.

Karena itu, Dinkes Kota Depok membuat roadmap untuk pemetaan kebutuhan nakes di RSUD tersebut selama 5 tahun ke depan berdasarkan data-data yang ada di SI-SDMK. Data-data tersebut juga dapat menjadi masukan untuk kepala daerah mengenai pemetaan operasional faskes tahun depan, baik CPNS, P3K (Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja), ataupun pergeseran tenaga kesehatan dari faskes lain. Selain itu, data tersebut juga bisa digunakan untuk TUBEL (Tugas Belajar) , IBEL (Izin Belajar) untuk kesempatan para nakes melanjutkan sekolah kembali.

Integrasi Antar Sistem

Dengan sistem SI-SDMK yang sudah semakin berkembang, pengintegrasian antar sistem dengan berbagai program lintas sektor sangat mungkin untuk dilakukan. Salah satu pemanfaatannya adalah terintegrasiya sistem SI-SDMK dengan SI-Mpok (aplikasi perizinan online) yang dikelola DPMPTSP.

Bapak Zarkasih selaku Kepala Seksi Perizinan Usaha, Sosial dan Budaya serta Niko Pahlawan selaku Pejabat Fungsional (IT) dari DPMPTSP menjelaskan bahwa integrasi dari kedua sistem tersebut dilakukan untuk mempermudah verifikasi data yang terkait dengan perizinan praktik, apalagi sudah ada kerjasama dengan KTKI. Pemohon hanya tinggal memasukan nomor STR dari SDMK melalui website <https://perizinanonline.depok.go.id/>, lalu datanya akan masuk ke sistem DPMPTSP dan setelah itu dilanjutkan ke Dinas Kesehatan Kota untuk dikeluarkan rekomendasinya. Proses tersebut membutuhkan waktu sekitar 10-14 hari kerja.

Dengan terintegrasiya sistem-sistem tersebut, tentu saja semakin memudahkan seluruh pihak. Karena sudah paperless dan by system, nakes atau pemohon bisa langsung mendaftar dari tempat mereka berada tanpa harus secara fisik datang ke kantor PTSP. Dan dengan teknologi yang semakin berkembang, pemohon pun bisa memonitor serta mentracking permohonan mereka. Jika ada kendala atau tertahan lebih dari 10 hari, pemohon pun bisa langsung mengirimkan aduan atau komplain mengenai hal tersebut melalui fitur yang sudah disediakan.

Semakin berkembangnya teknologi, turut mendorong Kota Depok untuk membuat program Smart Healthy City. Program yang sudah dicanangkan oleh Walikota Depok sejak tahun 2016 ini turut didukung oleh banyak pihak, salah satunya Dinas Kesehatan Kota Depok yang melakukan sejumlah kegiatan yang diantaranya seperti peningkatan kualitas dan kuantitas layanan kesehatan 24 jam dengan mengembangkan sistem manajemen kesehatan daerah yang berbasis teknologi.

Misalnya jika ingin mendaftar ke puskesmas, bisa menggunakan aplikasi atau website, sehingga tidak perlu berkerumun. Jika dulu mengantri di puskesmas dilakukan sejak jam 5 pagi, sekarang sudah tidak seperti itu lagi karena ruang tunggu terbatas. Pasien pun diatur dengan sistem untuk jam kedinantannya, sehingga flow-nya bagus dan pasien tidak perlu menunggu berjam-jam. Mereka hanya tinggal datang sesuai dengan jam yang sudah diatur. Respon dari masyarakat pun cukup banyak dan kunjungan ke puskesmas lebih tertata. Perubahan yang juga dilakukan adalah semua puskesmas diharuskan memiliki media sosial. Jadi jika ada informasi mengenai pemberian vaksin berserta jenisnya, pengumumannya bisa dilihat lewat media sosial puskesmas masing-masing wilayah. Selain itu, data Si-SDMK juga digunakan untuk melihat pemetaan kebutuhan bidan di 11 puskesmas mampu PONED, sehingga dapat mendukung program masyarakat bersalin di puskesmas kecamatan secara gratis.

Seiring berkembangnya teknologi yang selalu berubah dinamis sesuai dengan kebutuhan, tentunya akan berhubungan juga dengan berkembangnya sistem. Salah satu kendala yang ditemui Angga Bhuana Putri sebagai pengelola data SI-SDMK di Dinkes Kota Depok adalah kurangnya komunikasi dari pusat terkait dengan updating fitur di aplikasi SI-SDMK.

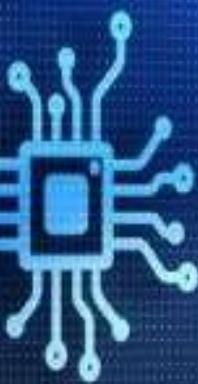
Terkadang, para faskes yang mengetahui terlebih dahulu mengenai adanya fitur baru tersebut, sehingga menimbulkan kebingungan jika ada pertanyaan yang diajukan oleh para faskes kepada tim SDMK.

Selain itu kendala lainnya adalah kurangnya SDM. Menurut Kepala Bidang SDK Dinas Kesehatan Kota Depok Dr. Yuliandi M, Kes, yang menjadi salah satu kendala adalah kurangnya SDM untuk meng-handle perubahan sistem tersebut. Jika dihitung berdasarkan Anjab ABK-nya (Analisa Jabatan dan Analisa Beban Kerja), 8 staff yang ada masih terasa kurang, sehingga harus merekrut tenaga honorer tambahan di bidang Analist Data dan Informasi, yang kontraknya selalu diperbaharui setiap tahunnya.

Akan lebih membantu jika dari pusat menyediakan tenaga khusus yang terkait dengan IT karena seiring berjalannya waktu dan perkembangan teknologi, fitur-fitur juga pasti akan terus berubah sehingga membutuhkan pengelola yang memiliki kemampuan mumpuni di bidang tersebut.



DIGITAL TRANSFORMATION



PENUTUP

Melangkah Maju
Menara Transformasi
Kesehatan Digital

Penutup

MELANGKAH MAJU MENUJU TRANSFORMASI KESEHATAN DIGITAL

10 tahun tentu saja bukan waktu yang cepat untuk sebuah perjalanan. Banyak hal yang sudah terjadi dalam 10 tahun perjalanan Sistem Informasi –SDM Kesehatan dalam melangkah dan bertransformasi menjadi sistem yang saat ini menjadi ujung tombak SDM Kesehatan seluruh Indonesia.

Ada satu tugas besar yang diberikan Presiden kepada Kementerian Kesehatan (Kemenkes). Sesuai Peraturan Presiden (Perpres) No 39 Tahun 2019, Presiden menginstruksikan untuk mewujudkan Satu Data Kesehatan. Yaitu membuat tata kelola data Kesehatan menuju pembangunan kesehatan berkelanjutan secara digital.

Menindaklanjuti tugas besar itu, Kemenkes telah intensif menyiapkan infrastrukturnya, baik dari sisi regulasi maupun sistem informasi teknologi (IT) yang mendukung implementasi kebijakan tersebut. Kemenkes melalui Pusat Data dan Informasi Kemenkes mengembangkan aplikasi Satu Data Kesehatan. Aplikasi ini menyatukan beberapa aplikasi menjadi satu *data warehouse* yang bisa langsung digunakan untuk analisis serta diseminasi data dan informasi yang ada.

Guna mendukung Satu Data Kesehatan ini, pengembangan Teknologi Informasi di Kemenkes sudah mulai menggunakan big data yang di dalamnya menyimpan tiga jenis data. Pertama adalah data terstruktur untuk internal Kemenkes, terdiri atas data rutin dan data nonrutin. Kedua, data terstruktur untuk eksternal Kemenkes dalam hal ini data base kementerian/ lembaga lain. Ketiga untuk menyimpan data tak terstruktur yang bisa berasal dari situs berita maupun media sosial.

Kemenkes juga mengembangkan penggunaan *artificial intelligent (AI)* dan *big data* di semua rumah sakit di Indonesia. AI dipakai di *Laboratory Information System* dan Sistem Informasi Radiologi. Penerapan analitik big data yang didukung teknologi informasi dan peralatan canggih akan menghasilkan revolusi pelayanan kesehatan yang lebih efektif dan efisien.

Upaya transformasi digital Kementerian Kesehatan memang sedang menggelora saat ini. Didukung penuh oleh Menteri Kesehatan (Menkes) Budi Gunadi Sadikin, bahkan Menkes memperkirakan bahwa layanan kesehatan memanfaatkan teknologi akan semakin gencar pasca-pandemi COVID-19. Teknologi tersebut antara lain seperti kecerdasan buatan atau *artificial intelligence (AI)*, *Internet of Things (IoT)*, serta big data.

Teknologi big data disebut mampu untuk mengumpulkan serta menganalisis data di sektor kesehatan seperti catatan pasien. Selain itu, big data juga dapat mengelola fasilitas kesehatan.

Sedangkan IoT mampu meningkatkan otomatisasi di sektor kesehatan, dan mengelola perawatan melalui pemantauan pasien secara real-time dan akses penanganan kesehatan yang cepat. Sementara teknologi AI sendiri dapat diterapkan untuk melakukan diagnosis penyakit, pengembangan protokol kesehatan, hingga pengobatan yang dipersonalisasikan sesuai dengan kebutuhan pasien. AI jelas dapat mendukung pelayanan kesehatan yang lebih berkualitas.

Oleh karena itu, untuk memperkuat komitmen transformasi digital di bidang kesehatan, akhir Desember 2021 lalu Kementerian Kesehatan (Kemenkes) bersama United Nations of Development Programme meluncurkan cetak biru Strategi Transformasi Digital Kesehatan. Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin mengatakan, transformasi tersebut bakal menggeser fokus dari teknologi pemanfaatan teknologi di bidang kesehatan yang mulanya bersifat pelaporan menjadi pelayanan.

Dengan demikian, platform yang diciptakan oleh Kemenkes sebagai hasil dari transformasi digital harus bisa dimanfaatkan semua pihak.

menurut Menkes, banyak aplikasi yang diluncurkan saat ini bersifat melaporkan untuk pejabat, bukan melayani untuk rakyat atau untuk pasien. "Saya meminta agar teman-teman yang berkaitan dengan transformasi sistem teknologi kesehatan ini mengubah fokus, bukan laporkan ke pejabat, tapi melayani rakyat," kata Budi Gunadi ketika pidato dalam peluncuran cetak biru Strategi Transformasi Digital Kesehatan.

Menkes mengingatkan kepada setiap jajarannya mengenai posisi Kemenkes sebagai elemen tertinggi di sektor kesehatan. Artinya, Kemenkes seharusnya bisa memberi kesempatan sebesar-besarnya kepada inovator atau setiap pembuat aplikasi terkait dengan pelayanan kesehatan. "Sehingga untuk seluruh fasilitas kesehatan berinovasi menciptakan aplikasi-aplikasi, sistem teknologi yang sebaik-baiknya untuk melayani masyarakat yang berinteraksi dengan mereka," kata Menkes.

Menkes pun menjelaskan, momentum krisis pandemi memberi kesempatan untuk melakukan transformasi kesehatan. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan mencanangkan enam pilar transformasi kesehatan.

Pilar pertama, transformasi layanan primer. Yakni, transformasi untuk meningkatkan layanan promotif dan preventif, seperti memperkuat upaya pencegahan, deteksi dini, promosi kesehatan, membangun infrastruktur, melengkapi sarana, prasarana, SDM, serta memperkuat manajemen di seluruh layanan primer di Tanah Air.

Pilar kedua, transformasi layanan rujukan. Dengan cara meningkatkan akses serta mutu rumah sakit Indonesia melalui program sister hospital dengan rumah sakit internasional, pengembangan *Center of Excellence*, sistem pengampuan rumah sakit, serta pendidikan dan penelitian.

Pilar ketiga, transformasi sistem ketahanan kesehatan. Yakni, dengan mendorong kemandirian farmasi dan alat kesehatan dalam negeri, serta meningkatkan jejaring surveilans dan persiapan tenaga kesehatan cadangan dalam merespons ancaman krisis kesehatan. Menurut Menkes, negara ini selain dikaruniai oleh banyak sumber daya alam juga sering mengalami bencana baik alam maupun nonalam. Oleh karena itu, harus memiliki sistem ketahanan kesehatan yang selalu siap dan siaga setiap kali ada bencana.

Pilar keempat, transformasi pembiayaan kesehatan. Upaya ini dilakukan dengan menata ulang pembiayaan dan manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), serta meningkatkan proporsi pembiayaan layanan promotif dan preventif melalui penambahan layanan penyaringan (*screening*) dasar bagi seluruh rakyat Indonesia. Menurut Menkes Budi, transformasi di sistem pembiayaan kesehatan ini harus bisa menciptakan sistem yang berkesinambungan dan masuk akal. Terutama, sistem pembiayaan yang bisa memberikan layanan adil dan merata bagi seluruh rakyat Indonesia, tapi juga dalam skala yang bisa ditanggung secara berkesinambungan oleh negara.

Pilar kelima, transformasi SDM kesehatan, dengan meningkatkan kuantitas, distribusi, dan kualitas tenaga kesehatan, melalui beasiswa, pemberdayaan diaspora kesehatan, dan pertukaran tenaga profesional kesehatan dengan mitra internasional. Menkes Budi tak memungkiri, hingga saat ini masih banyak masyarakat yang belum bisa mendapatkan akses ke dokter dan pelayanan yang layak dari tenaga kesehatan, terutama yang tinggal di pelosok daerah.

"Ke depan, kita harus dapat memastikan jumlah, sebaran hingga kualitas dari tenaga kesehatan mencukupi untuk memberikan layanan dan akses kepada seluruh rakyat Indonesia," tegas Menkes dalam berbagai kesempatan.

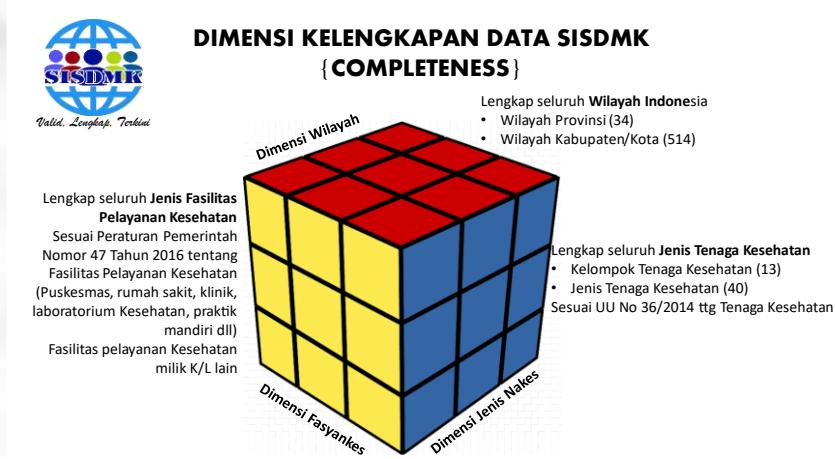
Terakhir, **pilar keenam**, adalah transformasi teknologi kesehatan. Terdiri dari transformasi teknologi informasi dan bioteknologi. Menkes Budi mengatakan, transformasi teknologi meliputi big data, kecerdasan buatan, internet of things adalah keniscayaan. Selain itu, sudah terbukti mampu mentransformasi banyak industri. Oleh karenanya, ia meyakini, dengan adanya kemajuan teknologi inforamsi, ke depan industri kesehatan juga akan mengalami transformasi secara masif. Baik dari sisi diagnosis, screening, maupun penyampaian dari layanan kesehatan. Terkait dengan upaya transformasi SDM kesehatan menjadi tugas bersama Badan PPSDM dengan seluruh elemen-elemennya untuk mempersiapkan organ-organ pendukung.

Buku "Satu Dekade Sistem Informasi SDM Kesehatan: Catatan Perjalanan Sebuah Sistem" setidaknya menjadi titik tolak dalam meretas jalan transformasi ke depan. Pijakan SI SDM Kesehatan yang telah dilakukan selama 10 tahun terakhir diharapkan menjadi pembelajaran dalam menempuh jalan menuju 10 tahun, 20 tahun, hingga 30 tahun mendatang sejalan dengan komitmen Pemerintah.

SI SDM Kesehatan di bawah kendali Badan PPSDM Kesehatan siap mendukung peningkatan SDM yang berkualitas dan berdaya saing; yaitu SDM yang sehat, cerdas, adaptif, inovatif, terampil, dan berkarakter.

Sekali lagi, transformasi SDM Kesehatan tidak akan lepas dari perkembangan teknologi yang sesungguhnya merupakan inovasi-inovasi yang terus diperbarui menjadi lebih baik. Dalam konteks transformasi pengembangan SI SDM Kesehatan, berarti kita harus siap dengan dinamika yang terus bertumbuh dan berkembang

'Melangkah Maju Menuju Transformasi SDM Kesehatan Digital' menjadi komitmen SI-SDM – BPPSDM kesehatan saat ini. Perjalanan memang masih panjang. Perbaikan-perbaikan dan i kekurangan-kekurangan pasti masih banyak terjadi, namun spirit tidak berhenti belajar dan terus mau mencoba dan berinovasi, serta siap membuka diri menjadi bekal menyongsong Sistem Informasi SDM Kesehatan yang lebih baik lagi.



TIPOLOGI LOGO SISDMK



SISDMK adalah singkatan dari **Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan** merupakan sistem informasi yang dikembangkan dan dikelola **Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan** khususnya **Sekretariat Badan PPSDM Kesehatan** untuk mengelola data dan informasi SDM Kesehatan guna mendukung **Program Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan** (PPSDMK), Kementerian Kesehatan RI.

Logo SISDMK berbentuk lingkaran yang terdiri dari bentuk Bola Dunia, Icon 5 Manusia Warna Warni, Huruf SISDMK, dan motto valid, lengkap dan terkini secara keseluruhan melambangkan Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan

BENTUK LINGKARAN : dasar Logo SISDMK adalah berbentuk **Lingkaran** bermakna **Sesuatu Yang Dinamis** artinya SISDMK merupakan sistem yang dikembangkan senantiasa bergerak menuju kesempurnaan sebuah sistem mengikuti siklus PDCA (**Plan-Do-Check - Act**).

BOLA DUNIA : latar belakang Logo SISDMK adalah berbentuk **Bola Dunia (Globe)** bermakna **Jejaring Dunia (World Wide Web)** artinya bahwa SISDMK merupakan jejaring data dan informasi terutama SDM Kesehatan yang meliputi jejaring kabupaten/kota dan jejaring provinsi dan bagian dari jejaring nasional dan internasional, dalam hal SDM Kesehatan.

5 ICON MANUSIA : di dalam bola dunia terdapat **5 (lima Bentuk Manusia Warna Warni** bermakna **Sumber Daya Manusia Kesehatan**, 5 warna pada icon manusia bermakna 5 komponen dalam Program Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan yaitu **Perencanaan, Pengadaan, Pendayagunaan, peningkatan mutu serta Pembinaan** dan **Pengawasan Mutu** bahwa SISDMK diselenggarakan untuk mendukung pelaksanaan 5 komponen tersebut. 5 bentuk manusia juga bermakna 5 unit organisasi yang mengawal Program PPSDMK yaitu **1. Perencanaan Nakes, 2. Penyediaan Nakes, 3. Pendayagunaan Nakes, 4. Peningkatan Mutu Nakes dan 5. Pembinaan Pengawasan Nakes**.

HURUF SISDMK : merupakan singkatan dari **SISTEM INFORMASI SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN** yang merupakan sistem informasi yang melibatkan entitas fasilitas pelayanan kesehatan dari tingkat kabupaten/kota, provinsi hingga pusat.

VALID, LENGKAP, TERKINI : merupakan motto sekaligus menjadi visi bersama bahwa SISDMK harus dapat mewujudkan data dan informasi SDM Kesehatan yang **valid, lengkap** dan **terkini (realtime)** guna mendukung kebijakan dan program pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan.



Hery Hermawanto, SKM.M.Kes.

Data Pribadi	
NIP	196403051989031005
Tmpt Tgl Lahir	Sidoarjo, 5 Maret 1964
Alamat	Jl. Mangga B 30 Kompleks Hankam Cibubur,
No. HP	0816651156
Email	hery_hermawanto@yahoo.com
Pangkat Terakhir	IV/b (Pembina Tk. I)
LinkedIn	-

Pendidikan

No.	Jenjang	Jurusan	Nama Sekolah / Perguruan Tinggi
1	SMA	IPA	SMAN 1 SIDOARJO
2	D III	AKADEMI	AKADMI PENILIK KESEHATAN JAKARTA
3.	AKTA III	ILMU PENDIDIKAN	IKIP MALANG
4	S1 / Setara	Kesehatan Masyarakat/ Biostatistika	UNIVERSITAS INDONESIA
5.	AKTA IV	ILMU PENDIDIKAN	IKIP SURABAYA
6	S2 / Setara	Kesehatan Masyarakat/ INFORMATIKA KESEHATAN	UNIVERSITAS INDONESIA

Riwayat Jabatan

No.	Nama Jabatan	Unit Kerja	Tahun Jabatan
1.	Fungsional Dosen	Akademi Penilik Kesehatan Depkes Jakarta	1990 - 1996
2.	Kepala Sub Bagian Organisasi	Sekretariat Badan Pengembangan Dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan	2010 - 2012
3	Kepala Sub Bagian Data dan Informasi	idem	2012 - 2018
4	Kepala Sub Bagian Advokasi Hukum dan Humas	idem	2018 - 2020
5	Kepala Bagian Hukormas	Idem	2020
6	Koordinator Hukum dan Adum	Sekretariat KTKI	2020 – 2022
7	Ketua Tim Kerja Infohum	Sekretariat Ditjen Nakes	2022 - sekarang

Pelatihan (Jabatan dan Teknis)

No.	Nama Pelatihan	Penyelenggara	Tahun Pelatihan
1	Diklatpim - IV	Kementerian Kesehatan	2010
2	Diklatpim - III	Kementerian Kesehatan	2012

Prestasi dan Penghargaan

No.	Nama	Pemberi Penghargaan	Tahun Penghargaan
1	Piagam Penghargaan Bakti Karya Husada Dwi Windu	Menkes, Kepmenkes No.830/MENKES /SK/X/2006	2006
2	Piagam Tanda Kehormatan Satyalancana Karya Satya 10 Tahun	Presiden, Keppres RI No 089/TK/Tahun 2006	2006
3	Piagam Penghargaan Bakti Karya Husada Tri Windu	Menkes, Kepmenkes No. KP.04.02/MENKES/388/2014	2014