



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH INSENTIF TERHADAP RETENSI  
TENAGA KESEHATAN DI DAERAH TERTINGGAL,  
PERBATASAN, DAN KEPULAUAN (DTPK) PROVINSI  
PAPUA TAHUN 2011**

**TESIS**

**IRMA FITRIYANA HERMAN  
NPM : 0906592312**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT**

**DEPOK  
JANUARI, 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH INSENTIF TERHADAP RETENSI  
TENAGA KESEHATAN DI DAERAH TERTINGGAL,  
PERBATASAN DAN KEPULAUAN (DTPK)  
PROVINSI PAPUA TAHUN 2011**

**TESIS**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
**MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**IRMA FITRIYANA HERMAN  
NPM : 0906592312**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
KEKHUSUSAN EKONOMI KESEHATAN**

**DEPOK  
JANUARI 2012**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Irma Fitriyana Herman

NPM : 0906592312

Tanda Tangan : 

Tanggal : 17 Januari 2012

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Irma Fitriyana Herman  
NPM : 0906592312  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Kekhususan : Ekonomi Kesehatan  
Angkatan : 2009  
Jenjang : Magister

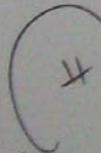
Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

**PENGARUH INSENTIF TERHADAP RETENSI TENAGA KESEHATAN  
DI DAERAH TERTINGGAL, PERBATASAN DAN KEPULAUAN (DTPK)  
PROVINSI PAPUA TAHUN 2011.**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 17 Januari 2012



(Irma Fitriyana Herman)



## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Irma Fitriyana Herman

NPM : 0906592312

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Judul Tesis : Pengaruh Insentif Terhadap Tenaga Kesehatan di Daerah  
Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan Provinsi Papua  
Tahun 2011

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS

Penguji : Dr. Pujiyanto, SKM, M.Kes

Penguji : Puput Oktamianti, SKM, MM

Penguji : dr. Amroussy DTM, MARS

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 17 Januari 2012

(Irma Fitriyana Herman)

## RIWAYAT HIDUP

Nama : Irma Fitriyana Herman  
Tempat/Tanggal lahir : Tangerang, 29 September 1980  
Alamat : Komp. Griya Kencana II Blok FF 22 Ciledug Tangerang  
Status keluarga : Menikah

### Riwayat Pendidikan :

1. SD Citeureup II, lulus tahun 1992
2. SMPN I Cibinong, lulus tahun 1995
3. SMU 3 Sukabumi, lulus tahun 1998
4. Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, lulus 2003

### Riwayat Pekerjaan :

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| 1. Des 2003 - Des 2004     | Toyota Motor Manufacturing Indonesia                 |
| 2. Januari - Desember 2006 | Sekretariat Badan PPSDM Kesehatan                    |
| 3. 2007 - sekarang         | Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan<br>SDM Kesehatan |

## KATA PENGANTAR

Puji syukur yang tiada habisnya kepada Allah SWT yang selalu membukakan pintu rahmatnya dan memberikan kemudahan pada setiap kesulitan, sehingga penulis bisa menyelesaikan tesis yang berjudul **“Pengaruh Insentif terhadap Retensi Tenaga Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) Provinsi Papua tahun 2011”**

Terima kasih penulis sampaikan kepada Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS yang dengan penuh kesabaran membimbing dan memacu semangat penulis dalam penyusunan tesis ini. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada :

1. Seluruh pengajar Program Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan tambahan ilmu pengetahuan kepada penulis, sehingga memperkaya penulis dalam menyelesaikan tesis ini
2. Kepada suamiku tercinta, Heri Susanto, SH yang selalu memberikan dukungan moril dan materil sehingga penulis bisa menyelesaikan studi di Pascasarjana FKM UI
3. Terima kasih kepada orang tuaku tersayang Hj. Siti Fatimahtul Hujroh dan H.Momo Herman yang tidak pernah berhenti memberikan cinta dan dukungan kepada penulis, Kakanda Indah Indriawati Herman, SKM, Reni Mulyani Herman, SKM, serta adik-adikku tersayang Nurul Nurjanah Herman, SE dan Hari Rayadi Herman, S.Psi yang telah memberikan doa dan dukungan selama mengikuti pendidikan.
4. Tesis ini terutama penulis persembahkan untuk ananda Muhammad Raffalino Ramadhan dan Rainaldo Achmad Susanto, semoga memacu semangat kalian untuk mencapai puncak dengan segala rintangan dan hambatannya, jangan pernah menyerah.
5. Teman-teman di Sub Bidang Distribusi SDM Kesehatan Pusrengun SDM K yang telah mendukung dan membantu penulis selama masa pendidikan

6. Teman-teman peminatan Ekonomi Kesehatan angkatan 2009 yang selalu menyemangati penulis
7. Dan semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan tesis ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga segala kritik dan saran sangat penulis harapkan untuk kesempurnaan tesis ini sehingga tesis ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Depok, 17 Januari 2012

Penulis

Irma Fitriyana Herman

## HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Irma Fitriyana Herman  
NPM : 0906592312  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

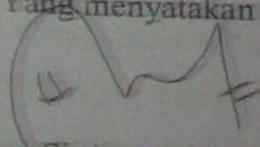
**Pengaruh Insentif Terhadap Retensi Tenaga Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK) Provinsi Papua Tahun 2011**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Jakarta  
Pada tanggal : 20 Januari 2012

Yang menyatakan

  
(Irma Fitriyana Herman)

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
EKONOMI KESEHATAN  
Tesis, Januari 2012**

**Irma Fitriyana Herman, NPM 0906592312**

**Pengaruh Insentif terhadap Retensi Tenaga Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK) Provinsi Papua tahun 2011**

**ABSTRAK**

Maldistribusi tenaga kesehatan terutama di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) menjadi perhatian dunia karena keengganan tenaga kesehatan untuk tinggal dan bekerja di DTPK. World Health Organization (WHO) merekomendasikan retensi tenaga kesehatan sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan ketersediaan tenaga kesehatan di DTPK. Di dalam manajemen sumber daya manusia, retensi merupakan output pemeliharaan sumber daya manusia (SDM), artinya bagaimana mempertahankan SDM yang kompeten untuk tetap bekerja dalam periode waktu yang maksimum. Salah satu cara yang dipakai untuk meretensi SDM adalah dengan pemberian insentif, baik berupa material maupun non material.

Penelitian ini dilakukan pada program penugasan khusus tenaga kesehatan di DTPK yang dilaksanakan pada bulan September 2011 di Kabupaten Keerom, Kabupaten Sarmi dan Kota Jayapura Provinsi Papua. Dalam penelitian ini data yang digunakan terdiri atas data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dengan melakukan wawancara mendalam terhadap berbagai informan yang kompeten yaitu dari Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten dan Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan Kementerian Kesehatan. Data sekunder menggunakan data hasil pemetaan tenaga kesehatan yang dilakukan oleh Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan, Kementerian Kesehatan tahun 2010.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa insentif bukan merupakan faktor utama yang mempengaruhi retensi tenaga kesehatan penugasan khusus di DTPK. Faktor kebijakan pemerintah lebih menentukan retensi tenaga kesehatan di DTPK. Pemerintah belum memiliki kebijakan khusus tentang retensi tenaga kesehatan. Untuk memenuhi ketersediaan tenaga kesehatan khususnya di DTPK, pemerintah menggunakan strategi mutasi dan rotasi serta menyelenggarakan program-program yang sifatnya temporary dan tidak sustainable seperti pengadaan tenaga kesehatan Pegawai Tetap (PTT), Penugasan Khusus, dan tenaga kesehatan kontrak atau honorer. Oleh karena itu pemerintah perlu melakukan kajian-kajian tentang kebijakan retensi tenaga kesehatan.

Daftar bacaan : 23 ( 1986-2010)

**PUBLIC HEALTH PROGRAM**

**HEALTH ECONOMIC**

**Thesis, January 2012**

**Irma Fitriyana Herman, NPM. 0906592312**

**Influence of Incentives on the Retention of Health Workers in Rural, Border, and Islands area (DTPK) in Province of Papua in 2011**

**ABSTRACK**

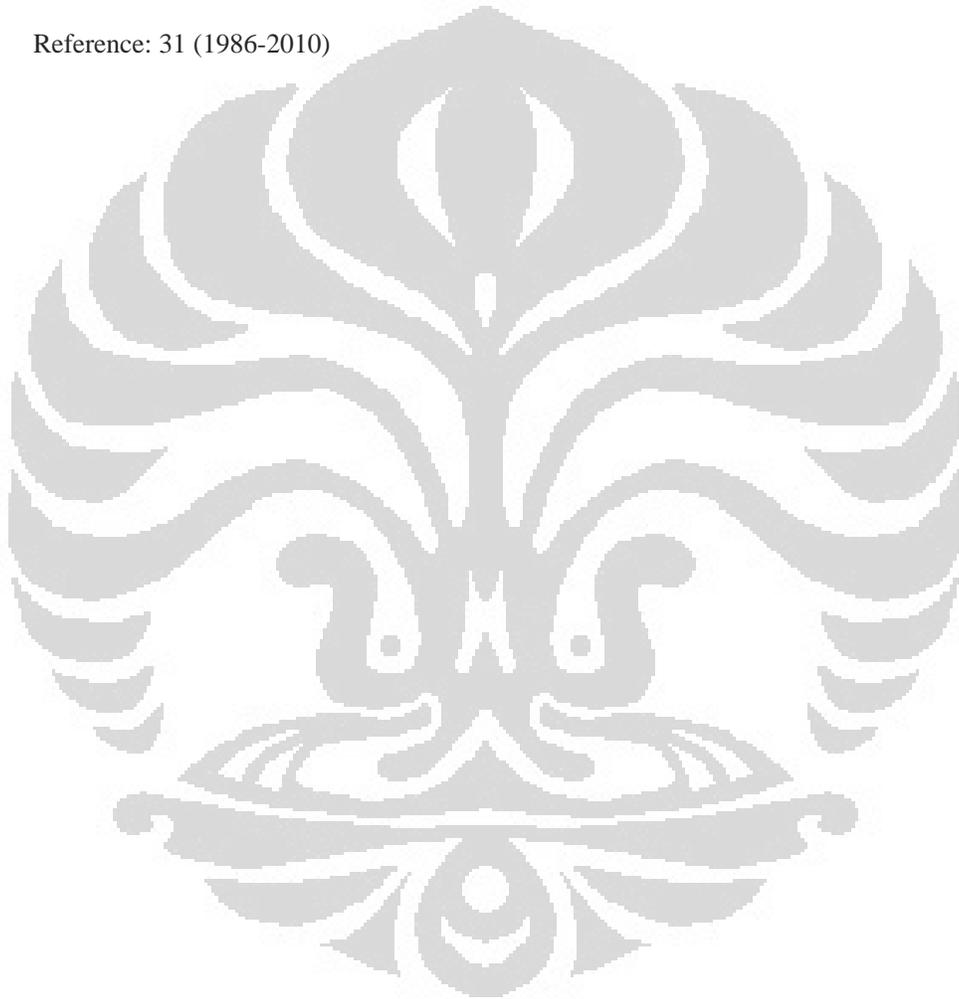
Maldistribusi of health workers especially in the Rural, Border and Islands area (DTPK) became the world's attention due to the reluctance of health workers to live and work in DTPK. World Health Organization (WHO) recommends retention of health workers as part of efforts to increase the availability of health workers in DTPK. In the human resource management, retention is the output of human resources (HR) maintenance, which is how to maintain competent human resources to keep working within a maximum period of time. One way used to retaining HR is by providing incentives, either material or non material.

The research was conducted on a special assignment program of health workers in DTPK held on September 2011 in Keerom District, Sarimi District and Jayapura city, province of Papua. In this study the data used consists of primary data and secondary data. Primary data obtained by conducting interviews conducted with a range of competent informants of the Provincial Health Office, District Health Office and Center for Health Human Resources Planning and Utilization of Ministry of Health. Secondary data using mapping data from health workers conducted by the Center for Health Human Resource Planning and Utilization, Ministry of Health in 2010 Republic of Indonesia.

The results showed that the incentive is not a major factor influencing the retention of health workers on special assignment in DTPK. Factors determining government policy over retention of health workers in DTPK. Governments do not yet have specific policies regarding the retention of health personnel.

To meet the availability of health workers especially in DTPK, the government uses mutation and rotation strategies and organizing programs that are temporarily and not sustainable as the procurement of non-permanent employee health workers (PTT), Special Assignment, and health workers or temporary contracts. Therefore, governments need to do studies of health personnel retention policies.

Reference: 31 (1986-2010)



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH .....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	11
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	12
1.4. Tujuan Penelitian.....	12
1.5. Manfaat Penelitian.....	13
1.6. Ruang Lingkup Penelitian.....	14
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>15</b>
2.1. Program Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan Diploma III di Daerah Tertinggal, Terpencil, Perbatasan, dan Pulau-pulau Terluar (DTPK).....	15
2.2. Fungsi Pemeliharaan Sumber Daya Manusia.....	16
2.3. Pengertian Retensi.....	17
2.4. Kompensasi.....	20
2.5. Insentif.....	22
<b>BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFENISI OPERASIONAL....</b>	<b>26</b>
3.1. Konsep Pemikiran.....	26
3.2. Kerangka Konsep.....	27
3.3. Definisi Operasional.....	39
<b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>33</b>
4.1. Desain Penelitian .....	33
4.2. Waktu dan Lokasi Penelitian .....	33
4.3. Informan .....	33
4.4. Jenis dan Sumber Data .....	34
4.5. Manajemen Data .....	35
4.6. Analisis Data .....	36

<b>BAB V</b>	<b>HASIL PENELITIAN</b> .....	38
	5.1. Keadaan Umum Wilayah Provinsi Papua .....	38
	5.1.1. Keadaan Umum Kabupaten Keerom .....	39
	5.1.2. Keadaan Umum Kabupaten Sarmi .....	40
	5.1.3. Keadaan Umum Kota Jayapura .....	41
	5.2. Pelaksanaan Penelitian .....	43
	5.3. Hasil Penelitian .....	44
<b>BAB VI</b>	<b>PEMBAHASAN</b> .....	58
	6.1. Insentif Material .....	58
	6.2. Insentif Non Material .....	63
	6.3. Retensi Tenaga Kesehatan .....	66
	6.4. Ketersediaan Tenaga Kesehatan .....	70
<b>BAB VII</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	75
	6.1. Kesimpulan .....	75
	6.2. Saran .....	76
	<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	87
	<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1. Distribusi dan Penempatan SDM Kesehatan	6
Tabel 1.2 Lokasi penugasan khusus Provinsi Papua	8
Tabel 3.1 Defenisi Operasional	30
Tabel 5.1 Distribusi Nakes pada Penugasan Khusus Provinsi Papua	39
Tabel 5.2 Distribusi Nakes pada Penugasan Khusus Kab. Keerom	40
Tabel 5.3 Distribusi Nakes pada Penugasan Khusus Kab. Sarmi	41
Tabel 5.4 Distribusi Nakes pada Penugasan Khusus Kota Jayapura	42
Tabel 5.5 Responden di Lokasi Penelitian	44
Tabel 5.6 Karakteristik Informan	45
Tabel 5.7 Pola Ketenagaan Minimal untuk penyelenggaraan Upaya Wajib Puskesmas	53
Tabel 5.8 Data Ketersediaan Tenaga Kesehatan Kab. Keerom	55
Tabel 5.9 Data Ketersediaan Tenaga Kesehatan Kota Jayapura	55
Tabel 5.10 Data Ketersediaan Tenaga Kesehatan Kab. Sarmi	57

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Konsep Analisis Retensi Tenaga Kesehatan	27
Gambar 2 Factors Affecting Health Worker Motivation and Retention	67



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1. Latar Belakang**

Maldistribusi tenaga kesehatan merupakan masalah global, bukan hanya dihadapi oleh negara-negara miskin dan berkembang, bahkan negara maju seperti Amerika Serikat dan Canada juga mengalami masalah maldistribusi tenaga kesehatan. Hal ini, disebabkan oleh mobilitas tenaga kesehatan yang lebih memilih untuk bekerja di daerah perkotaan, sehingga mereka meninggalkan daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).

Di Amerika Serikat, hanya 9% dokter bersedia bekerja di DTPK, padahal 20% penduduk Amerika Serikat tinggal di DTPK. Begitu pula dengan Canada, hanya 9,3% dokter yang mau bekerja di DTPK, padahal 24% penduduk Canada tinggal di DTPK. (WHO, 2010). Masalah utamanya adalah setengah dari penduduk di dunia tinggal di DTPK, dan mereka kesulitan akses terhadap pelayanan kesehatan karena keterbatasan tenaga kesehatan. Hanya 38% perawat dan kurang dari 25% dokter yang bersedia tinggal dan bekerja di DTPK (WHO, 2010)

Dibukanya pasar bebas akan meningkatkan mobilitas tenaga kesehatan. Mereka akan bermigrasi ke negara-negara kaya dan memilih untuk bekerja di daerah perkotaan, sementara DTPK akan tetap kekurangan tenaga kesehatan bahkan lebih parah. Untuk mengatasi masalah global ini, beberapa kesepakatan internasional telah ditandatangani. Diantaranya The World Assembly tahun 2006 menyetujui mekanisme untuk retensi tenaga kesehatan. Deklarasi Kampala tahun 2008 oleh Global Forum of Human Resources for Health salah satunya menyatakan agar para pemerintahnya memberikan insentif yang layak, keselamatan lingkungan kerja untuk retensi yang efektif serta distribusi tenaga kesehatan yang adil merata. Koalisi negara-negara maju yang tergabung dalam *group of eight* (G8) pada tahun 2008 menyatakan kembali pentingnya retensi yang efektif pada tenaga kesehatan.

Dalam rangka mencapai target *Milenium Development Goals*, WHO mengeluarkan *Global policy Recommendation-Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas Through Improves Retention*, yang berisi rekomendasi-rekomendasi untuk pemerintah di seluruh dunia dalam pembuatan kebijakan yang bertujuan untuk menarik tenaga kesehatan ke daerah terpencil dan daerah sangat terpencil, serta mempertahankan mereka agar tetap bekerja dan tinggal di sana. Ada 4 aspek yang harus diintervensi untuk meningkatkan ketersediaan tenaga kesehatan di daerah terpencil dan sangat terpencil yaitu pendidikan, kebijakan, insentif dan dukungan terhadap personal dan profesional (WHO, 2010).

Pemberian insentif merupakan salah satu faktor yang cukup penting untuk menarik minat tenaga kesehatan untuk bekerja di daerah terpencil dan sangat terpencil, serta mempertahankan mereka agar tetap bekerja di sana. Pemberian insentif ditujukan bagi para tenaga kesehatan yang bersedia tinggal dan bekerja di daerah terpencil dan sangat terpencil berupa finansial maupun keuntungan-untungan lainnya yang bisa menutupi *opportunity cost* para tenaga kesehatan di selama di daerah terpencil dan sangat terpencil. Pemberian insentif tidak serta merta mengatasi masalah maldistribusi tenaga kesehatan, karena hasilnya berbeda-beda di tiap negara, tergantung dari jumlah ketersediaan tenaga kesehatan. Apabila jumlah tenaga kesehatan surplus, dan mereka berada di kantung-kantung perkotaan, maka insentif finansial mampu menarik dan mempertahankan tenaga kesehatan yang baru lulus yang belum bekerja untuk bekerja di DTPK. Apabila suatu negara memang kekurangan tenaga kesehatan dan negara tersebut secara finansial masih kekurangan seperti misalnya pada negara-negara berkembang, perlu diberikan paket insentif finansial dan insentif non finansial untuk menarik minat tenaga kesehatan agar mau tinggal dan bekerja di DTPK (WHO, 2010). Insentif non finansial misalnya adanya kesempatan untuk melanjutkan pendidikan lanjutan dengan biaya pemerintah, adanya jenjang karir yang pasti, dan lain sebagainya.

Di dalam manajemen sumber daya manusia, retensi merupakan bagian dari upaya pemeliharaan sumber daya manusia. Fungsi pemeliharaan ini adalah sebagai usaha mempertahankan dan atau meningkatkan kondisi fisik, mental, dan

sikap karyawan agar mereka tetap loyal dan bekerja produktif untuk menunjang tercapainya tujuan perusahaan. Salah satu metode dalam pemeliharaan sumber daya manusia adalah melalui pemberian insentif. (Hasibuan, 2001).

WHO mendefinisikan retensi tenaga kesehatan sebagai mempekerjakan tenaga kesehatan yang terampil dan produktif secara terus-menerus. Pemberian insentif adalah salah satu bentuk intervensi yang perlu dilakukan oleh para pemerintah di seluruh dunia untuk mendapatkan retensi tenaga kesehatan. (WHO, 2010). Penelitian yang dilakukan oleh Negara-negara donor di Malawi, negara paling miskin di Afrika, telah membuktikan bahwa terjadi peningkatan ketersediaan perawat setelah diberikan kenaikan gaji sebanyak 52%.

Indonesia merupakan negara kepulauan terbesar di dunia yang terdiri dari 17.508 pulau besar dan kecil, dengan jumlah penduduk terbesar keempat didunia. Hal ini merupakan salah satu faktor sulitnya penyebaran tenaga kesehatan yang merata di Indonesia. Maldistribusi tenaga kesehatan bisa dilihat dari melimpahnya tenaga kesehatan di pusat-pusat propinsi dan kabupaten/kota, sementara di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK) masih kekurangan jumlah dan jenis tenaga kesehatan.

Berbagai kebijakan pemerintah dalam upaya pemerataan jumlah dan jenis tenaga kesehatan telah dikeluarkan, karena tenaga kesehatan mempunyai kontribusi yang besar untuk kesuksesan pembangunan kesehatan, namun upaya pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau oleh lapisan masyarakat tidak akan terwujud apabila tidak didukung oleh tenaga kesehatan yang mencukupi jumlahnya. Kebijakan pemerintah yang terkait dengan penyebaran tenaga kesehatan yang merata telah dimulai sejak tahun 1960, yaitu diawali dengan lahirnya Undang-undang no. 9 tahun 1960 tentang pokok-pokok kesehatan. Undang-undang ini menyatakan bahwa pemerintah mengadakan, mengatur, mengawasi, dan membantu pendidikan tenaga kesehatan, menetapkan penggunaan dan penyebaran tenaga kesehatan pemerintah dan swasta sesuai dengan keperluan masyarakat dengan mengingat keseimbangan antara jumlah tenaga yang diperlukan dan tenaga yang tersedia.

Guna memenuhi tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan khususnya di daerah-daerah pelosok, pemerintah menetapkan Undang-undang no.

8 tahun 1961 tentang wajib kerja sarjana. Undang-undang ini mewajibkan setiap sarjana tanpa kecuali untuk mengabdikan sekurang-kurangnya 3 tahun pada negara. Pada tahun 1963, ditetapkan Undang-undang no. 6 tahun 1963 tentang Tenaga Kesehatan. Undang-undang ini mengatur jenis tenaga kesehatan, syarat-syarat dan ijin bagi tenaga kesehatan untuk melakukan pekerjaannya.

Kebijakan wajib kerja sarjana selanjutnya ditindaklanjuti dengan penetapan Peraturan Pemerintah no. 1 tahun 1988 tentang Masa Bakti dan Praktik Dokter dan Dokter Gigi. Peraturan ini mewajibkan seluruh dokter, dokter gigi, dan dokter spesialis baik yang telah lulus dari perguruan tinggi dalam negeri maupun luar negeri untuk mengikuti masa bakti. Lamanya masa bakti yaitu maksimal 5 tahun, kecuali untuk daerah tertentu yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Masa bakti dapat dilakukan di sarana kesehatan milik pemerintah maupun swasta yang ditunjuk pemerintah, perguruan tinggi sebagai staf pengajar serta di lingkungan Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ABRI). Penempatan tenaga kesehatan melalui sistem Pegawai Tidak Tetap (PTT) ditetapkan melalui Keputusan Presiden no. 37 tahun 1991 tentang Pengangkatan Dokter Sebagai Pegawai Tidak Tetap dan No. 23 tahun 1994 tentang Pengangkatan Bidan Sebagai Pegawai Tidak Tetap. Sistem ini memperkenankan tenaga dokter/dokter gigi maupun bidan untuk memilih karir sebagai PNS, sebagai anggota ABRI, sebagai karyawan swasta atau berpraktik mandiri setelah menyelesaikan masa baktinya.

Selanjutnya pada tahun 1992, ditetapkan Undang-undang no. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan yang menyatakan bahwa Pemerintah mengatur penempatan tenaga kesehatan dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan melalui masa bakti dan cara lain sebagai sarana pendayagunaan penempatan tenaga kesehatan yang nasional. Sebagai tindak lanjut dari Undang-undang tersebut diatas, ditetapkanlah Peraturan Pemerintah no. 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan. Peraturan ini mengatur tentang pemerataan pelayanan kesehatan yang diupayakan melalui pengaturan mengenai perencanaan, pengadaan, dan penempatan. Perencanaan tenaga kesehatan disusun dengan memperhatikan faktor jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat sarana kesehatan serta jenis dan jumlah tenaga kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan

pelayanan kesehatan. Untuk penempatan tenaga kesehatan, pemerintah dapat mewajibkan tenaga kesehatan untuk ditempatkan pada sarana kesehatan tertentu untuk jangka waktu tertentu yang dilakukan dengan cara masa bakti.

Untuk menghargai hak asasi manusia dalam bidang ketenagakerjaan, terbitlah Undang-undang no.13 tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan yang mencabut Undang-undang no. 8 tahun 1961 tentang Wajib Kerja Sarjana. Sebagai tindak lanjut dari Undang-undang tersebut, Peraturan Menteri Kesehatan no. 1540/Menkes/Per/XII/2002 tentang Penempatan Tenaga Medis Melalui Masa bakti dan Cara Lain dikeluarkan. Dengan kebijakan ini, program dokter dan dokter gigi PTT yang semula bersifat wajib menjadi sukarela.

Undang-undang no. 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2005-2025, mengamanatkan pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya bisa terwujud. Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJK) tahun 2005-2025, yang merupakan penjabaran dari Rencana Jangka Panjang Nasional (RPJPN) tahun 2005 -2025, salah satu strategi yang ada dalam rencana tersebut adalah dengan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia pada bidang kesehatan, strategi ini meliputi distribusi tenaga kesehatan yang merata.

Instruksi Presiden no. 3 tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan, pada Program Penurunan Angka Kematian Ibu, telah ditetapkan program penempatan tenaga kesehatan strategis di fasilitas kesehatan terutama di Puskesmas dan Kabupaten/Kota. Ditetapkannya Inpres tersebut memperkuat Peraturan Menteri Kesehatan yang telah terbit pada tahun 2007 yaitu Peraturan Menteri Kesehatan No. 1231/MENKES/PER/ XI/2007 tentang Penugasan Khusus SDM Kesehatan.

Program Penugasan Khusus Sumber daya manusia Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) merupakan salah satu kebijakan pemerintah untuk memenuhi ketersediaan tenaga kesehatan yang tersebar merata di seluruh wilayah Indonesia. Program ini merupakan bentuk pendayagunaan SDM kesehatan dalam kurun waktu tertentu untuk peningkatan akses dan mutu

pelayanan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan di daerah terpencil, sangat terpencil, tertinggal, perbatasan, pulau-pulau kecil terluar, daerah yg tidak diminati, daerah rawan bencana/mengalami bencana dan konflik sosial serta daerah bermasalah kesehatan. Sarana Pelayanan kesehatan dalam hal ini adalah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sebagai sarana pelayanan Kesehatan

Penugasan Khusus dalam rangka Distribusi dan penempatan SDM Kesehatan selama ini dilakukan dengan cara temporal, semi permanen dan permanen.

Tabel 1.1. Distribusi dan Penempatan SDM Kesehatan

Temporal	Penugasan Khusus Residen Senior, Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) Jenjang I, Tenaga Kesehatan Diploma III
Semi Permanen	Pegawai Tidak Tetap (PTT) Dokter, Dokter Gigi, Bidan
Permanen	Pengadaan CPNS

Sumber : Pusrengun SDM Kesehatan, Kementerian Kesehatan 2010

Objek penelitian ini adalah tenaga kesehatan yang mengikuti program Penugasan Khusus. Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan Diploma III di Daerah Tertinggal, Terpencil, Perbatasan dan Pulau-pulau terluar (DTPK) telah dimulai sejak tahun 2006. Pada tahun 2009, program ini dilanjutkan dengan target jumlah tenaga kesehatan 135 orang meliputi tenaga kesehatan strategis yaitu perawat, sanitarian, ahli gizi dan tenaga kesehatan lain di 101 puskesmas prioritas di 12 propinsi (Sumut, Kepri, Bengkulu, Kalbar, Kaltim, Sulteng, Sulut, Maluku, Maluku Utara, NTT, Papua Barat dan Papua) dengan lama penempatan 3 bulan, tetapi diperpanjang menjadi 12 bulan.

Tahun 2010, program ini dilanjutkan dan ditingkatkan baik jumlah, jenis dan lokasi penugasan. Target penempatan tenaga kesehatan di DTPK pada tahun 2010 sebanyak 1200 orang dimana 900 orang dari tenaga dokter/dokter gigi dan bidan PTT, sedangkan 300 orang tenaga kesehatan Diploma III yaitu perawat, sanitarian, ahli gizi, dan tenaga kesehatan lain di 35 Kabupaten di 12 propinsi

yang memiliki Daerah Tertinggal, Terpencil, Perbatasan dan Pulau-pulau terluar (DTPK). Pemilihan lokasi penugasan khusus didasarkan pada data Direktorat Bina Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan dan data Kementerian Pendayagunaan Daerah Tertinggal.

Pada tahun 2011, target penugasan khusus tenaga kesehatan ditingkatkan menjadi 1245 tenaga kesehatan DIII dengan penambahan jumlah lokasi penugasan menjadi 133 Puskesmas prioritas di 45 Kabupaten di 14 Propinsi. Penambahan ini karena adanya tambahan data dari Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan mengenai Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK). Indikator dari DBK adalah rendahnya Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) yang dikembangkan oleh Badan Litbangkes.

Besaran insentif yang diterima oleh tenaga kesehatan Diploma III pada program Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan Diploma di DTPK, ditetapkan oleh Keputusan Menteri Kesehatan no.235/MENKES/XII/2007 yakni sebesar Rp. 2.500.000 per bulan. Beberapa propinsi memberikan insentif tambahan yang besarnya bervariasi tergantung pada kemampuan keuangan masing-masing daerah. Keputusan Menkes No. 156/MENKES/SK/I/2010 tentang Pemberian Insentif Bagi Tenaga Kesehatan dalam rangka Penugasan Khusus di Puskesmas DTPK menyatakan pemberian penghasilan pokok perbulan sebesar RP. 1.700.000,- dan pemberian insentif sebesar Rp. 2.700.000,- untuk tenaga kesehatan pada penempatan di regional I (Wilayah Indonesia Timur) dan Rp. 1.700.000,- untuk tenaga kesehatan pada penempatan di regional II (Wilayah Indonesia Barat dan Tengah), serta potongan PPH sesuai ketentuan. Sampai dengan saat ini, Kepmenkes No. 156 tersebut belum bisa dilaksanakan karena belum mendapat ijin prinsip dari Kementerian Keuangan, sehingga insentif yang diterima oleh para tenaga kesehatan tersebut masih sebesar Rp. 2.500.000,-. Selain insentif, para tenaga kesehatan yang melakukan penugasan khusus di DTPK diberikan transport dari propinsi domisili terakhir ke lokasi penugasan (Puskesmas) yang besarnya sesuai dengan bukti transport yang mereka keluarkan.

Papua terdiri atas dua propinsi yaitu propinsi Papua dan Propinsi Papua Barat. Salah satu pulau terbesar di Indonesia ini secara topografi merupakan

jajaran pegunungan dan bukit-bukit serta tanah-tanah lumpur di wilayah pesisir. Total populasi di Papua pada tahun 2007 adalah 2.700.000 jiwa, hanya 1% dari total penduduk Republik Indonesia, dimana 70% penduduk Papua tinggal di DTPK dan hanya 30% yang tinggal di wilayah non DTPK. Papua terdiri atas 250 etnis dengan ragam budaya, bahasa, agama dan kepercayaan. Hal-hal tersebut yang menjadi daya tarik bagi peneliti untuk memilih Papua sebagai lokasi penelitian. Karena keterbatasan peneliti terhadap akses ke lokasi, kabupaten yang diteliti hanya 3 kabupaten/kota yaitu Kabupaten Keerom, Kabupaten Sarmi dan Kota Jayapura, karena kabupaten-kabupaten tersebut bisa dilalui melalui jalan darat.

Tabel 1.2. Lokasi Penugasan Khusus Propinsi Papua

KABUPATEN	PUSKESMAS
Keerom	1. Arso Timur
	2. Senggi
	3. Waris
Sarmi	1. Sarmi
	2. Betaf
Jayapura	1. Skouw
	2. Koya Barat
Boven Digul	1. Waropko
	2. Yani Ruma
Supiori	1. Supiori
	2. Sombrundi
Pegunungan Bintang	1. Iwur
	2. Batom

Sumber : Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan, 2010

Pada tahun 2010, jumlah tenaga kesehatan yang bertugas di propinsi Papua adalah 53 orang, 1 orang tenaga analis kesehatan, 4 orang tenaga gizi, 41 orang tenaga perawat dan 7 orang tenaga Kesehatan Lingkungan. Jumlah tenaga kesehatan Diploma III yang melakukan penugasan khusus di DTPK setiap tahun

selalu bertambah, namun tidak sedikit juga yang mengundurkan diri sebelum masa kontrak habis. Sampai dengan bulan Februari 2011 yang mendaftar menjadi tenaga kesehatan DTPK sudah mencapai 580 orang. dari target jumlah tenaga kesehatan DTPK di tahun 2011 yaitu 1245 tenaga kesehatan DTPK. Hampir 50% jumlah yang sudah terdaftar merupakan tenaga kesehatan yang melakukan perpanjangan kontrak. Ini artinya retensi pada tenaga kesehatan di Daerah Tertinggal, Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) cukup baik. Pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Kesehatan (RPJMK) 2010-2014 tertuang bahwa penugasan khusus tenaga kesehatan jenjang Diploma III tahun 2011 sebanyak 1245 tenaga kesehatan, tahun 2012 sebanyak 1375 tenaga kesehatan, tahun 2013 sebanyak 1500 tenaga kesehatan dan tahun 2014 sebanyak 1700 tenaga kesehatan.

Pemberian insentif sepertinya menjadi salah satu daya tarik minat para tenaga kesehatan untuk bekerja di DTPK, karena sesuai dengan tujuan pemberian insentif salah satunya adalah untuk mempertahankan karyawan/pegawai sehingga tidak terjadi perputaran pegawai yang terlalu sering. Insentif merupakan salah satu bentuk kompensasi berupa pemberian imbalan langsung yang dibayarkan kepada karyawan karena kinerjanya melebihi standar yang ditentukan (Rivai & Sagala, 2009).

Berbagai kebijakan yang telah dikeluarkan oleh pemerintah merupakan kebijakan yang mengarah pada ketersediaan tenaga kesehatan yang tersebar merata dalam jangka waktu tertentu. Kegiatan rekrutmen dan penempatan tenaga kesehatan merupakan kegiatan yang rutin dilakukan, untuk memenuhi ketersediaan SDM Kesehatan. Padahal, kegiatan pemeliharaan SDM Kesehatan terutama retensi tenaga kesehatan sangat penting untuk bisa mempertahankan SDM Kesehatan yang sudah ada untuk tetap bekerja di lokasi penugasan selama periode yang maksimum.

Organisasi-organisasi komersial menganggap kegiatan pemeliharaan SDM sebagai sesuatu yang sangat penting, dibandingkan rekrutmen. Penelitian organisasi-organisasi komersial tersebut menghitung bahwa biaya rekrutmen dua setengah kali lebih mahal daripada biaya gaji pegawai itu sendiri (McKeown, 2008), Artinya, *turn over* SDM yang tinggi menyebabkan tingginya biaya untuk

pengadaan SDM. Pengadaan SDM terdiri atas rangkaian kegiatan rekrutmen, seleksi, penempatan, orientasi dan pelatihan (Hasibuan, 2000). Rangkaian kegiatan ini dilakukan untuk mendapatkan satu orang SDM yang kompeten.

Retensi merupakan salah satu output pemeliharaan SDM, artinya bagaimana mempertahankan SDM yang kompeten untuk tetap bekerja dalam periode waktu yang maksimum. Salah satu cara yang dipakai untuk meretensi SDM adalah dengan pemberian insentif, baik berupa material maupun non material. Sistem pemberian insentif yang berlaku saat ini, hanya diperuntukkan bagi tenaga kesehatan pada penugasan khusus temporal dan semi permanen ( Penugasan khusus DTPK dan PTT), dimana insentif tersebut bertujuan untuk mempertahankan tenaga kesehatan untuk bekerja di lokasi penugasan dalam periode waktu tertentu yang sangat singkat, kurang dari satu tahun. Untuk penempatan tenaga kesehatan PTT, periodenya hanya enam bulan. Setelah enam bulan, tenaga kesehatan tersebut bisa meninggalkan lokasi penugasan dan digantikan dengan tenaga kesehatan yang baru. Sistem penugasan khusus seperti ini, menyebabkan tingginya *turn over* SDM.

Tingginya *Turn over* SDM menyebabkan beberapa kerugian diantaranya yaitu (1) besarnya biaya pengadaan SDM, mulai dari rekrutmen, seleksi, penempatan, orientasi, dan pelatihan; (2) Hilangnya data dan pengetahuan organisasi, tenaga kesehatan yang meninggalkan lokasi penugasan biasanya membawa serta data-data yang penting serta pengetahuan-pengetahuan yang diperolehnya selama di lokasi penugasan (3) terputusnya hubungan dengan customer, tenaga kesehatan yang biasa melayani pasien tertentu, ketika meninggalkan lokasi penugasan akan memutuskan hubungan sarana pelayanan kesehatan dengan pasien yang biasa dilayani (4) *Turn over* yang berkelanjutan, apabila satu tenaga kesehatan meninggalkan lokasi penugasan, mengundang tenaga kesehatan lainnya yang menjadi rekan kerja untuk ikut meninggalkan lokasi penugasan (5) Hilangnya moral organisasi, tingginya turnover di suatu saryankes, menyebabkan tenaga kesehatan enggan ditempatkan di sarana pelayanan kesehatan tersebut karena telah mendengar gambaran tentang saryankes tersebut (6) tidak tercapainya efisiensi, perginya tenaga kesehatan dari sarana pelayanan kesehatan, menyebabkan adanya periode waktu yang dimana

tidak tersedianya tenaga kesehatan karena adanya proses rekrutmen sampai dengan pelatihan untuk tenaga kesehatan yang baru. (Nair, 2009)

Insentif merupakan salah satu strategi pemerintah pusat, dalam hal ini Kementerian Kesehatan, untuk mempertahankan keberadaan tenaga kesehatan di lokasi penugasan. Sayangnya, insentif hanya diberikan untuk tenaga kesehatan pada penugasan khusus seperti misalnya PTT. Untuk tenaga kesehatan permanen (PNS) di DTPK, tidak pernah diberikan insentif, mereka hanya menerima gaji yang sama seperti PNS lain di kota. Beberapa propinsi/kecamatan/kota yang memiliki kemampuan secara ekonomi, memberikan insentif untuk tenaga kesehatan di DTPK. Padahal, pemberdayaan tenaga kesehatan permanen (PNS) di DTPK sangat penting. Para tenaga kesehatan ini sangat potensial karena mereka mau tinggal dan melayani masyarakat di DTPK untuk jangka waktu yang lama, bahkan sampai pensiun.

Adanya disparitas penghasilan antara tenaga kesehatan pada penugasan khusus DTPK dan tenaga kesehatan PNS dilokasi penugasan DTPK, menyebabkan ketidakpuasan tenaga kesehatan PNS di DTPK. Hal ini menyebabkan tenaga kesehatan PNS kurang termotivasi untuk bekerja dan untuk meningkatkan keahliannya.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Insentif merupakan salah satu strategi retensi tenaga kesehatan di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK) yang diberikan oleh pemerintah pusat bagi tenaga kesehatan yang mengikuti program penugasan khusus baik penugasan khusus Dokter Spesialis, Diploma III maupun PTT, sementara tenaga kesehatan permanen (PNS) di DTPK tidak pernah memperoleh insentif, tetapi hanya gaji yang sama seperti tenaga kesehatan di kota.

Insentif bagi tenaga kesehatan PNS di DTPK diberikan oleh pemerintah Propinsi/Kabupaten/Kota, yang besarnya bervariasi tergantung kemampuan finansial Pemerintah Daerah. Bagi Pemerintah Daerah yang ekonominya kurang mampu, besaran insentif sangat kecil bahkan tidak ada insentif sama sekali. Daerah ini biasanya sangat kekurangan tenaga kesehatan karena kurang diminati

oleh tenaga kesehatan. Daerah-daerah DTPK seperti inilah yang diisi oleh tenaga kesehatan pada penugasan khusus DTPK. Para tenaga kesehatan ini memperoleh insentif dari pemerintah pusat, sementara tenaga kesehatan PNS tidak memperoleh insentif sama sekali dari pemerintah pusat.

Tenaga kesehatan pada program penugasan khusus DTPK ini memiliki kesempatan untuk diangkat menjadi PNS, sesuai dengan amanat Inpres 3 tahun 2010. Apabila mereka diangkat sebagai PNS, maka tenaga kesehatan tersebut bisa mengajukan pindah tugas dengan berbagai alasan karena sudah tidak terikat kontrak lagi, sehingga lokasi penugasan akan kembali mengalami kekurangan tenaga. Untuk itu, perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui pengaruh insentif terhadap retensi tenaga kesehatan pada program penugasan khusus di DTPK di propinsi Papua.

### **1.3. Pertanyaan Penelitian**

Dari rumusan masalah tersebut di atas, maka pertanyaan penelitian ini adalah bagaimana pengaruh insentif terhadap retensi tenaga kesehatan pada penugasan khusus di DTPK di propinsi Papua tahun 2011

### **1.4. Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1. Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh insentif terhadap retensi tenaga kesehatan pada penugasan khusus DTPK di Propinsi Papua tahun 2011

#### **1.4.2. Tujuan Khusus**

1. Diketuainya gambaran tenaga kesehatan pada penugasan khusus yang ingin bertahan di lokasi penugasan atau ingin keluar dari penugasan khusus di propinsi Papua tahun 2011
2. Diketuainya gambaran insentif yang diterima tenaga kesehatan pada penugasan khusus di Propinsi Papua tahun 2011

3. Diketuahuinya pengaruh pemberian insentif material terhadap retensi tenaga kesehatan pada penugasan khusus DTPK di propinsi Papua tahun 2011
4. Diketuahuinya pengaruh pemberian insentif non material terhadap retensi tenaga kesehatan pada penugasan khusus DTPK di propinsi Papua tahun 2011
5. Mengetahui pengaruh pemberian insentif terhadap ketersediaan tenaga kesehatan di propinsi Papua

## **1.5. Manfaat Penelitian**

### **1.5.1. Manfaat bagi Penulis**

Penelitian ini sangat bermanfaat bagi peneliti untuk mengaplikasikan ilmu-ilmu yang sudah diperoleh khususnya ilmu kesehatan masyarakat. Selain itu, penelitian ini menambah wawasan peneliti mengenai insentif serta kondisi daerah terpencil, tertinggal, Perbatasan dan Pulau-pulau terluar dengan berbagai masalah kesehatannya.

### **1.5.2. Manfaat bagi Dinas Kesehatan Propinsi Papua**

Sebagai informasi dan masukan untuk menentukan kebijakan lokal tentang insentif dalam menunjang retensi bagi para tenaga kesehatan yang bertugas, baik bagi tenaga kesehatan pada Penugasan Khusus di DTPK maupun bagi tenaga kesehatan permanen di Dinas Kesehatan Kabupaten Keerom dan Jajarannya (PNS)

### **1.5.3. Manfaat bagi Kementerian Kesehatan**

Penelitian ini dapat dimanfaatkan sebagai masukan untuk menyusun strategi retensi tenaga kesehatan khususnya di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan, dan memperbaiki sistem penggajian dan insentif untuk tenaga kesehatan, sehingga dapat tercapai pemerataan ketersediaan tenaga kesehatan di seluruh wilayah Indonesia.

### **1.6. Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan menggunakan metode wawancara mendalam dan telaah dokumen untuk mengetahui pengaruh insentif terhadap retensi tenaga kesehatan pada penugasan khusus di DTPK di propinsi Papua. Daerah yang akan menjadi objek penelitian adalah 3 kabupaten kota di propinsi Papua yaitu Kabupaten Keerom, Kabupaten Sarmi dan Kota Jayapura. Kabupaten/kota tersebut dipilih karena keterbatasan biaya dan waktu, mengingat akses ke lokasi-lokasi tersebut bisa ditempuh dengan transportasi darat yang relatif terjangkau dan jarak tempuh yang tidak terlalu jauh. Informan yang akan diwawancara adalah para tenaga kesehatan pada penugasan khusus DTPK, Kepala Puskesmas, serta para pejabat dilingkungan Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota di Papua.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Program Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan Diploma III di Daerah Tertinggal, Terpencil, Perbatasan, dan Pulau-pulau Terluar (DTPK)**

Keputusan Menteri Kesehatan No. 1231/MENKES/PER/ XI/2007 tentang Penugasan Khusus SDM Kesehatan merupakan salah satu kebijakan pemerintah dalam upaya memenuhi ketersediaan tenaga kesehatan yang tersebar merata di seluruh wilayah Indonesia. Program ini merupakan bentuk pendayagunaan SDM kesehatan dalam kurun waktu tertentu untuk peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan di daerah terpencil, sangat terpencil, tertinggal, perbatasan, pulau-pulau kecil terluar, daerah yg tidak diminati, daerah rawan bencana/mengalami bencana dan konflik sosial serta daerah bermasalah kesehatan. Program ini ditujukan untuk penempatan bagi tenaga kesehatan strategis dengan jenjang Diploma III kecuali Bidan, meliputi kriteria Perawat, Ahli gigi, sanitarian, labolatorium dan tenaga kesehatan lain yang dibutuhkan. Penempatan bagi tenaga dokter, dokter gigi dan bidan melalui program Pegawai Tidak Tetap (PTT). Program Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan di DTPK ini telah dimulai sejak tahun 2006. Untuk program tahun 2011 meliputi 101 puskesmas prioritas di 45 kabupaten, di 14 propinsi serta tambahan lokasi bagi 33 kabupaten di Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK) di seluruh propinsi di Indonesia kecuali DKI Jakarta, Yogyakarta, dan Jawa Tengah.

Para tenaga kesehatan pada program ini mendapatkan insentif sebesar Rp.2.500.000,- perbulan bebas pajak. Selain itu, para tenaga kesehatan tersebut diberi transport keberangkatan dari propinsi domisili ke lokasi penugasan serta transport kepulangan dari lokasi penugasan ke propinsi domisili. Besarnya transport diberikan sesuai dengan biaya yang dikeluarkan oleh tenaga kesehatan yang disertai dengan bukti transport.

## 2.2. Fungsi Pemeliharaan Sumber Daya Manusia

Retensi pegawai adalah salah satu fungsi pemeliharaan Sumber Daya Manusia. Fungsi pemeliharaan (*maintenance*) merupakan usaha mempertahankan dan atau meningkatkan kondisi fisik, mental dan sikap karyawan agar mereka tetap loyal dan bekerja produktif untuk menunjang tercapainya tujuan perusahaan (Hasibuan, 2001). Tujuan pemeliharaan karyawan adalah untuk meningkatkan produktivitas kerja, meningkatkan disiplin, menurunkan ketidakhadiran, meningkatkan loyalitas, retensi karyawan, memberikan ketenangan dan keamanan karyawan, meningkatkan kesehatan karyawan, meningkatkan kesejahteraan karyawan dan keluarga, memperbaiki kondisi fisik mental dan sikap, mengurangi konflik dan menciptakan suasana yang harmonis serta mengefektifkan pengadaan karyawan (Hasibuan, 2001).

Hasibuan (2001), mengusulkan lima buah azas pemeliharaan karyawan yaitu (1) Azas manfaat dan efisiensi, pemeliharaan dilakukan harus efisien dan memberikan manfaat yang optimal bagi perusahaan dan karyawan. Pemeliharaan ini hendaknya dapat meningkatkan prestasi kerja, keamanan, kesehatan, dan loyalitas karyawan dalam mencapai tujuan, (2) Azas kebutuhan kepuasan, pemenuhan kebutuhan dan kepuasan harus menjadi dasar program pemeliharaan karyawan. Hal ini sangat penting, karena dengan tujuan keamanan, kesehatan dan sikap karyawan tercapai dengan baik, mereka akan bekerja secara efektif dan efisien. (3) Azas keadilan dan kelayakan, keadilan dan kelayakan akan menciptakan ketenangan dan konsentrasi karyawan terhadap tugas-tugasnya sehingga karyawan memiliki sifat disiplin, kerjasama yang baik dan semangat kerja yang meningkat (4) Azas peraturan legal, peraturan-peraturan legal yang bersumber dari undang-undang, kepres dan keputusan menteri harus dijadikan azas program pemeliharaan karyawan dengan tujuan menghindari konflik dan intervensi serikat buruh dan pemerintah. (5) Azas kemampuan perusahaan, kemampuan perusahaan menjadi pedoman atas azas program pemeliharaan kesejahteraan karyawan.

Hasibuan (2001), mengemukakan metode-metode yang perlu dikembangkan dalam pemeliharaan karyawan yaitu (1) Komunikasi, melalui komunikasi yang baik akan dapat menyelesaikan masalah-masalah yang terjadi dalam perusahaan. Manajemen terbuka akan mendukung terciptanya pemeliharaan keamanan, kesehatan dan loyalitas karyawan baik. (2) Insentif, merupakan daya penggerak yang dapat menimbulkan terciptanya pemeliharaan karyawan. Melalui insentif, karyawan mendapat perhatian dan pengakuan terhadap prestasi yang dicapainya. (3) Kesejahteraan karyawan, pemberian kesejahteraan akan menciptakan ketenangan, semangat kerja, dedikasi, disiplin, sikap loyal terhadap perusahaan dan sekaligus menurunkan angka kejadian keluar karyawan. (4) Keselamatan dan kesehatan kerja, keselamatan dan kesehatan kerja akan menciptakan terwujudnya pemeliharaan karyawan yang baik. (5) Hubungan industri Pancasila, hubungan antar karyawan, pengusaha dan pemerintah harus didasarkan pada nilai-nilai yang merupakan manifestasi sila-sila Pancasila dan UUD 1945.

### **2.3. Pengertian Retensi**

Retensi pegawai adalah suatu upaya yang sistematis yang dilakukan oleh perusahaan untuk menciptakan dan mendorong lingkungan kerja yang mampu mempertahankan pegawai potensial dengan cara memenuhi kebutuhan-kebutuhan pegawai. (McKeown, 2007; Nair, 2009)

Retensi tenaga kesehatan didefinisikan sebagai mempekerjakan tenaga kesehatan yang terampil dan produktif secara terus menerus (WHO, 2006) Retensi Pegawai dapat berdampak pada berkurangnya ketidakhadiran, meningkatnya kepuasan kerja, meningkatnya motivasi kerja, meningkatnya keinginan untuk tetap bekerja di lokasi penugasan, berkurangnya turn over tenaga kesehatan, dan meningkatnya ketersediaan tenaga kesehatan

Cushway (2002), mengemukakan 10 jenis usaha untuk meretensi karyawan disuatu perusahaan yaitu:

- a) Upah dan fasilitas, upah dan fasilitas harus adil karena ketidakpuasan dapat tumbuh bila mereka merasa diperlakukan tidak sama dengan rekannya. Demikian juga apabila organisasi tidak mengajai sebaik dengan apa yang

ditawarkan kompetitor/pesaing lain, maka lama-kelamaan akan kehilangan pegawai.

- b) Pengakuan dan prospek, setiap ada kesempatan pimpinan harus memberika apresiasi atas pekerjaan yang telah diselesaikan karyawannya. Karyawan yang efektif sedapat mungkin dipromosikan tetapi harus didukung oleh keterampilan keahlian untuk pekerjaan berikutnya.
- c) Kondisi kerja, kondisi kerja yang buruk akan meyebabkan ketidakpuasan.
- d) Desain kerja, pekerjaan sebaiknya dirancang untuk memenuhi kebutuhan individu dan harus memungkinkan adanya variasi minat dan kesempatan untuk belajar dan tumbuh, jika tidak maka kekecewaan yang muncul dan memungkinkan karyawan memilih keluar.
- e) Hubungan kerja, hubungan kerja yang buruk akan meyebabkan kekecewaan dan mengakibatkan ketidakhadiran serta keluarnya karyawan.
- f) Kinerja, jika manusia merasa tidak cukup dan hatinya tidak berada di pekerjaannya, maka secara moral mereka akan menderita, maka dari itu mereka harus diberi petunjuk yang jelas apa yang diharapkan dari mereka serta diberi kesempatan untuk mengikuti pelatihan-pelatihan.
- g) Perjanjian, jika manusia tidak merasa bertanggungjawab terhadap organisasi, maka mereka akan mencari kesibukan sendiri. Tugas pimpinanlah untuk menjelaskan tujuan dari organisasi dan berusaha mendapat tanggungjawab mereka.
- h) Promosi dan seleksi yang buruk, mengangkat seorang karyawan yang tidak siap untuk suatu pekerjaan akan meyebabkan tingginya keluarnya karyawan.
- i) Harapan, jika ada pengharapan akan ada kemajuan didalam organisasi atau tersedianya imbalan, namun demikian tidak terpenuhi, akan muncul ketidakpuasan dan menambah keluarnya karyawan.
- j) Supervisi dan manajemen yang efektif.

Mobley (1986), mengemukakan beberapa hal dalam usaha meretensi karyawan disuatu perusahaan antara lain:

- Perekrutan, seleksi, dan sosialisasi awal.

Perekrutan dan penyeleksian dilakukan dengan seksama baik secara tradisional maupun modern dan diharapkan mendapatkan calon karyawan yang baik. Setelah diterima, maka masuk tahap orientasi dimana individu harus dapat menyesuaikan diri sesuai dengan bakat dan kemampuan individu yang berkaitan dengan syarat-syarat pekerjaan, nilai-nilai, harapan-harapan individu yang berkaitan dengan norma-norma, kebijakan-kebijakan, sistem pengimbalan serta syarat-syarat keorganisasian. Agar penyesuaian diri lebih baik, kepuasan dan keterikatan karyawan terhadap perusahaan meningkat sehingga dapat meningkatkan retensi karyawan (Wanous, 1980; Mobley, 1986).

- Bobot Pekerjaan

Sejauh para karyawan menilai pekerjaan mereka sebagai sesuatu yang penuh arti, mempunyai identitas, penting, mendapat umpan yang balik yang positif, maka jenis pekerjaan yang mereka kerjakan akan dapat meningkatkan kepuasan terhadap bobot pekerjaannya sehingga secara langsung akan meretensi karyawan. Keberagaman jenis keterampilan yang dikuasai karyawan, jenis pekerjaan yang dipegangnya menjadi kebanggaan pribadi dan menganggap bahwa jenis pekerjaannya penting diperusahannya maka orang tersebut secara psikologis memiliki keberartian terhadap pekerjaannya. Otonomi yang dimiliki oleh karyawan baik secara pelimpahan tugas dari atasan atau secara otomatis karena sifat profesionalismenya maka akan menumbuhkan rasa tanggung jawab yang lebih tinggi terhadap hasil yang harus dicapai dalam pekerjaannya.

Evaluasi perkembangan hasil pekerjaan karyawan oleh atasan sangat diperlukan dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas hasil pekerjaan dan diperlukan pula untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang akan datang sehingga kualitas produknya terjamin. Jadi dengan rasa keberartian yang tinggi terhadap hasil pekerjaannya serta pesatnya perkembangan pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki karyawan maka

secara otomatis dalam diri karyawan akan tumbuh motivasi kerja yang tinggi, prestasi kerja yang tinggi, kepuasan terhadap pekerjaan tinggi serta kemangkiran dan keluarnya karyawan menjadi rendah. Keadaan demikian harus secara terus menerus diberlakukan dan dipertahankan sehingga dari saat ke saat berkembang kearah yang lebih baik.

Hasil penelitian Price pada tahun 1977 (dalam Mobley 1986) menunjukkan bahwa ada hubungan positif yang lemah tapi taat azas antara rutinitas pekerjaan dengan keluarnya karyawan. (Porter & Steers,1973; Mobley, 1986) memperoleh data yang mendukung bagi hubungan positif antara pengulangan tugas (rutinitas) dengan keluarnya karyawan serta hubungan negatif antara otonomi, tanggung jawab enggan keluarnya karyawan.

Menurut Harnjmeijer & Dieleman (2006), Faktor-faktor yang Mempengaruhi Retensi Tenaga Kesehatan di DTPK antara lain :

- Level Makro, Sistem kesehatan, misalnya perencanaan dan pendayagunaan tenaga kesehatan, pengambilan keputusan, kebijakan, dan lain sebagainya
- Level Mikro, fasilitas kesehatan atau tempat kerja, misalnya peralatan dan perlengkapan kerja, rekan kerja, manajemen tempat kerja dan lain sebagainya.
- Karakteristik individu dan kondisi hidupnya, misalnya jenis kelamin, umur, status perkawinan dan sebagainya.

#### **2.4. Kompensasi**

Kompensasi merupakan sesuatu yang diterima karyawan sebagai pengganti kontribusi jasa mereka pada perusahaan ( Rivai & Sagala, 2009 ). Pemberian kompensasi adalah salah satu fungsi manajemen sumber daya manusia yang berhubungan dengan semua jenis pemberian penghargaan individual sebagai pertukaran dalam melaksanakan tugas keorganisasian. Kompensasi menjadi alasan utama mengapa kebanyakan orang mencari pekerjaan.

Jika dikelola dengan baik, kompensasi akan membantu perusahaan untuk mencapai tujuan dan memperoleh, memelihara, dan menjaga karyawan dengan

baik. Sebaliknya, tanpa kompensasi yang cukup, karyawan akan meninggalkan perusahaan dan untuk melakukan penempatan kembali tidaklah mudah. Akibat dari ketidakpuasan dalam pembayaran kompensasi yang dirasa kurang akan mengurangi kinerja, meningkatkan keluhan, penyebab mogok kerja dan menagarah pada tindakan-tindakan fisik dan psikologis, seperti meningkatnya derajat ketidakhadiran dan perputran karyawan yang tinggi. Sebaliknya, jika terjadi kelebihan pembayaran, juga akan menyebabkan perusahaan dan karyawan menjadi berkurang daya kompetisinya dan menimbulkan kegelisahan, perasaan bersalah, dan suasana yang tidak nyaman di kalangan karyawan.

#### **2.4.1. Tujuan Kompensasi**

Tujuan kompensasi adalah sebagai berikut :

1. Memperoleh SDM yang berkualitas
2. Mempertahankan SDM yang ada (Retensi)
3. Menjamin keadilan
4. Penghargaan terhadap perilaku yang diinginkan
5. Mengendalikan biaya
6. Mengikuti aturan hukum
7. Memfasilitasi pengertian
8. Meningkatkan efisiensi administrasi

#### **2.4.2. Komponen Kompensasi**

Komponen kompensasi adalah sebagai berikut :

1. Gaji  
Adalah balas jasa dalam bentuk uang yang diterima karyawan sebagai konsekuensi dari kedudukannya sebagai seorang karyawan yang memberi sumbangan tenaga dan pikiran dalam mencapai tujuan perusahaan
2. Upah  
Merupakan imbalan finansial langsung yang dibayarkan kepada karyawan berdasarkan jam kerja, jumlah barang yang dihasilkan atau banyaknya

pelayanan yang dilakukan. Besarnya upah dapat berubah-ubah tergantung dari keluaran yang dihasilkan

### 3. Insentif

Merupakan imbalan langsung yang dibayarkan kepada karyawan karena kinerjanya melebihi standar yang ditentukan. Insentif merupakan bentuk lain dari upah langsung di luar upah dan gaji yang merupakan kompensasi tetap.

### 4. Kompensasi tidak langsung

Merupakan kompensasi tambahan yang diberikan berdasarkan kebijakan perusahaan terhadap para karyawan, misalnya asuransi-asuransi, tunjangan-tunjangan, uang pensiun dan lain-lain.

## 2.5. Insentif

Insentif merupakan bagian dari sistem imbalan bagi pegawai guna lebih mendorong produktivitas kerja yang lebih tinggi (Siagian, 2009). Menurut Gary Dessler (1998) Insentif adalah penghargaan kepada karyawan atas segala jerih payahnya dalam meningkatkan tugas dalam memberikan pelayanan kepada customer di luar gaji yang diterima setiap bulan dengan besaran berubah-ubah sesuai dengan hasil kinerja (Ayuningtyas, 2003)

Biro Kepegawaian Kementerian Kesehatan menetapkan dalam Pedoman Insentif bagi Tenaga Kesehatan, bahwa insentif adalah pemberian imbalan, di luar gaji, baik yang bersifat material dan non material pada tenaga kesehatan sebagai kompensasi atas kesediaannya ditempatkan pada suatu daerah atau kesediaannya melakukan pekerjaan tertentu, atau penghargaan atas pencapaian prestasi kerja dalam jangka waktu tertentu (Ayuningtyas, 2003)

Pada prinsipnya pemberian insentif harus memenuhi kejelasan tujuan dan sasaran, prinsip keadilan dan prinsip kejelasan skala waktu. Bila bentuk insentif sesuai dengan kebutuhan dan harapan tenaga kesehatan, serta dapat mengeliminir kekurangan pada kondisi geografi, sarana dan fasilitas, maka insentif tersebut dapat meningkatkan minat dan motivasi tenaga kesehatan

untuk bekerja di daerah yang kurang diminati, Tertinggal dan sangat Tertinggal (Herzber, 1957; Schuler, 1993 ; Depkes, 2005; Ayuningtyas, 2003)

### 2.5.1. Prinsip-prinsip Pemberian Insentif

Pemberian insentif bagi tenaga kesehatan hendaknya mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut (Ayuningtyas & Setiadi, 2003) :

1. Kejelasan bentuk insentif

Bentuk insentif yang ditawarkan harus jelas dan tegas. Bila insentifnya berupa uang, berapa jumlahnya, dan kapan diberikan. Bila berbentuk fasilitas seperti rumah, berapa ukurannya, bagaimana kondisi dan perlengkapannya. Karena itu sistem insentif harus dibuat dalam bentuk peraturan tertulis yang disertai standar dan penjelasannya (Peraturan Daerah)

2. Kejelasan Tujuan dan Sasaran

Tujuan dan sasaran insentif harus jelas, ntuk apa insentif tersebut ditawarkan. Siapa yang berhak mendapat insentif tersebut, dan apa kriteria untuk mendapatkannya. Ketidakjelasan tujuan dan sasaran akan mudah menimbulkan konflik.

3. Prinsip Keadilan bagi mereka untuk membuka praktek pribadi.

Pemberian insentif harus mempertimbangkan rasa keadilan, jangan sampai terjadi kesan diskriminatif. Misalnya insentif bagi tenaga kesehatan yang bekerja di perkotaan disamakan dengan mereka yang bekerja di pedesaan atau di tempat lain yang tidak memungkinkan. Adil disini berarti konsisten dalam menetapkan aturan. Jangan sampai ada kebijaksanaan khusus, apapun alasannya, yang tidak sesuai dengan peraturan yang berlaku.

4. Prinsip Kompensasi

Kompensasi mengandung makna penggantian terhadap sesuatu yang telah diberikan atau terhadap kehilangan/kerugian yang dialami seseorang. Sebagai contoh suatu daerah yang penduduknya miskin menjadi kurang diminati dokter/spesialis/bidan karena mereka tidak dapat membuka praktek pribadinya. Insentif berupa sejumlah uang yang kurang lebih setara

dengan penghasilan yang mungkin didapat dari praktek pribadinya akan dapat menarik minat tenaga kesehatan tersebut.

#### 5. Prinsip Penghargaan

Insentif diberikan sebagai bentuk terima kasih atau penghargaan atas sesuatu yang dilakukan seseorang atau kesediaan seseorang melakukan sesuatu. Perbedaannya dengan prinsip kompensasi adalah pada filosofi dan tujuannya. Meskipun bentuk insentifnya dapat sama, kompensasi lebih merupakan semacam ganti rugi, sementara prinsip penghargaan lebih bersifat apresiasi.

Suatu insentif akan dirasakan sebagai penghargaan bila insentif tersebut harus diberikan pada mereka yang berhak menerimanya. Untuk itu perlu ditetapkan suatu syarat/kondisi/estándar yang harus dicapai tenaga kesehatan agar berhak mendapat insentif.

#### 6. Prinsip Keterbukaan

Pemberian insentif harus bersifat terbuka, transparan. Masyarakat, tenaga kesehatan, maupun pihak lain yang berkepentingan harus mengetahuinya. Pemberian insentif yang diam-diam hanya akan menggagalkan tujuan pemberian insentif.

#### 7. Prinsip Kejelasan Skala Waktu

Pemberian insentif sangat terkait dengan waktu, baik waktu pemberiannya maupun frekuensinya. Bila insentif diberikan pada tenaga kesehatan bertujuan agar mau bekerja pada daerah atau fasilitas tertentu, maka harus jelas kapan insentif tersebut dapat diterima, dan untuk berapa lama insentif diberikan. Apakah hanya sekali pada waktu mereka datang? Atau setiap bulan? Atau selama mereka berada disana. Sebagai contoh, insentif berupa kendaraan yang diberikan pada dokter yang mau bekerja di Puskesmas Tertinggal harus jelas apakah kendaraan tersebut boleh dipakai bila dokter tersebut pindah ke tempat lain. Pengertian waktu disini dapat juga merupakan suatu syarat/kondisi. Misalnya berapa lama seorang tenaga kesehatan harus bertugas pada tempat tertentu.

### 2.5.2. Berbagai Alternatif Bentuk Insentif

Insentif yang diberikan dapat berupa material dan atau non material. Pemilihan bentuk insentif didasarkan pada karakteristik daerah dan kemampuan Pemerintah Daerah. Bentuk insentif yang dipilih dapat berupa bentuk tunggal atau kombinasi dari contoh berikut. (Ayuningtyas & Setiadi, 2003)

#### 1. Material

Beberapa insentif berbentuk material yang diminati tenaga kesehatan :

- Uang : Tunjangan bulanan, asuransi jiwa, tunjangan cuti
- Perumahan : Rumah dinas, atau disediakan rumah kontrak
- Kendaraan : Roda dua, roda empat, kendaraan dinas, kendaraan openal
- Fasilitas komunikasi : Telepon, internet
- Fasilitas hiburan : Televisi, VCD

#### 2. Non Material

Beberapa bentuk insentif non-material yang paling diminati oleh tenaga kesehatan (1) Peluang pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah (2) Peluang mengikuti Diklat (3) Peluang mendapatkan kenaikan pangkat istimewa (untuk PNS) (4) Peluang untuk diangkat menjadi Pegawai Negeri atau pegawai tetap (5) Peluang peningkatan karir

#### 3. Kombinasi

Insentif diberikan dalam bentuk kombinasi antara material dan non material. Bentuk ini merupakan yang paling sering digunakan. Meskipun pada umumnya insentif diberikan pada perorangan, namun pada situasi tertentu insentif dapat diberikan pada kelompok atau organisasi.

## BAB III

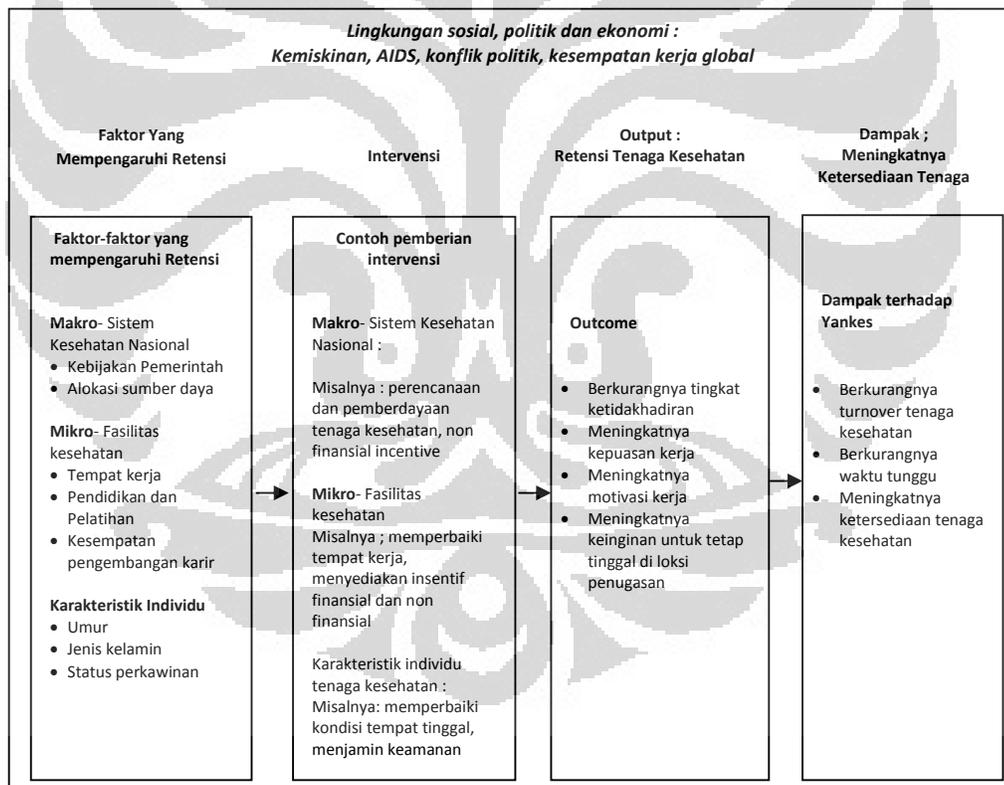
### KERANGKA KONSEP DAN DEFENISI OPERASIONAL

#### 3.1. Konsep Pemikiran

Teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah modifikasi dari konsep strategi retensi oleh Dieleman dan Harnmeijer (2006) dan konsep insentif oleh Ayuningtyas dan Setiadi (2003). Dalam teori strategi retensi, ada beberapa komponen penting yang mempengaruhi retensi tenaga kesehatan yaitu :

1. Level Makro : Sistem Kesehatan, kebijakan pemerintah, dan lain sebagainya
2. Level Mikro : Fasilitas kesehatan, tempat kerja, dan lain sebagainya
3. Karakteristik individu : umur, jenis kelamin, dan lain sebagainya

Gambar 1. Konsep Analisis Retensi Tenaga Kesehatan



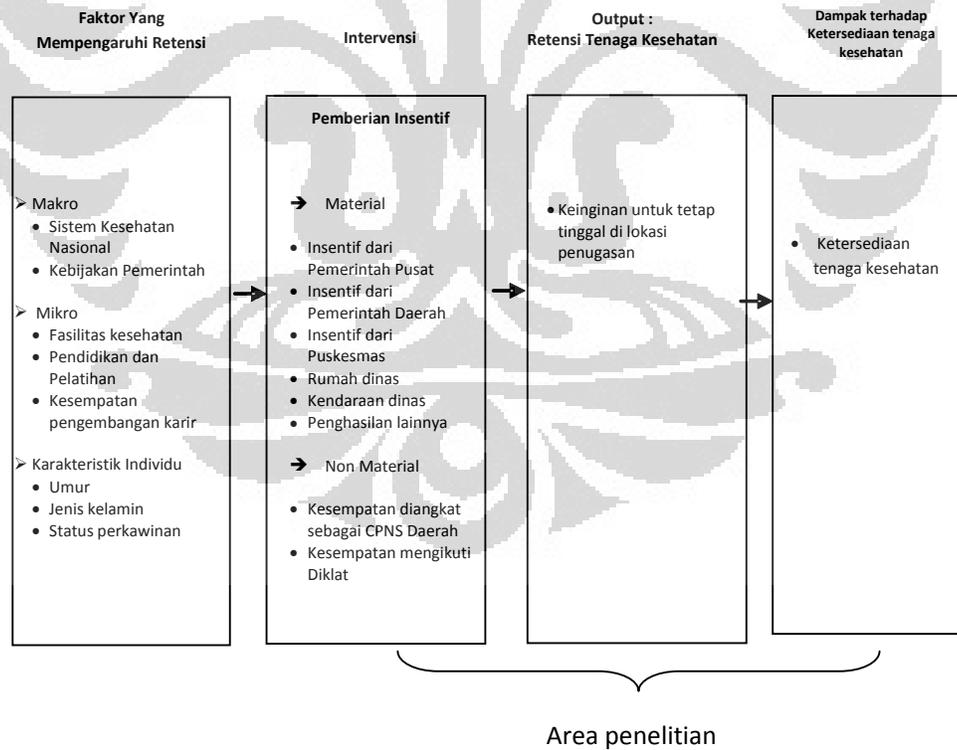
Sumber : Dieleman dan Harnmeijer (2006)

Insentif yang diberikan dapat berupa material dan atau non material. Pemilihan bentuk insentif didasarkan pada karakteristik daerah dan kemampuan Pemerintah Daerah. Bentuk insentif yang dipilih dapat berupa bentuk tunggal atau kombinasi dari contoh berikut. (Ayuningtyas & Setiadi, 2003)

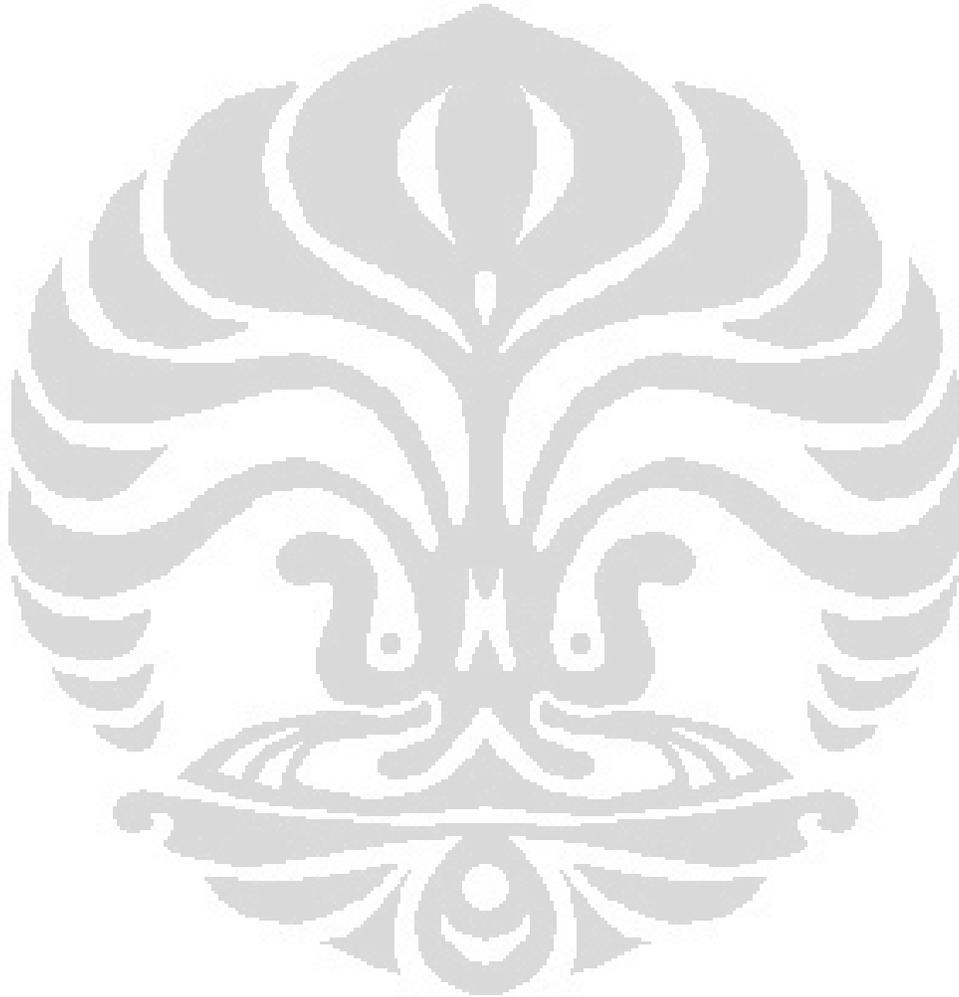
1. Material
2. Non Material
3. Kombinasi

### 3.2. Kerangka Konsep

Berdasarkan konsep pemikiran yang telah dikemukakan di atas, maka penelitian ini menggunakan kerangka konsep sebagai berikut :



Penelitian ini ingin melihat bagaimana pengaruh insentif baik material maupun non material, terhadap retensi tenaga kesehatan pada penugasan khusus DTPK. Retensi tenaga kesehatan selain dipengaruhi oleh insentif, juga dipengaruhi oleh faktor lainnya yaitu oleh faktor Makro, faktor Mikro, dan Faktor Karakteristik Individual Tenaga Kesehatan



### 3.3. Definisi Operasional

Defenisi openal adalah seperti tercantum pada tabel di bawah ini :

Tabel 3.1. Defenisi Openal

NO	VARIABEL	DEFINISI OPENAL	CARA UKUR	ALAT UKUR	INFORMAN
1	Gaji & insentif dari pemerintah pusat	Kompensasi atau imbalan atas kinerja yang diterima yang berasal dari pemerintah pusat	Wawancara mendalam, telaah dokumen	Pedoman wawancara dan alat perekam	Kementerian Kesehatan, Dinkes propinsi, Kabupaten, Tenaga Kesehatan pada penugasan khusus, Tenaga kesehatan PNS
2	Gaji & insentif dari Pemerintah Daerah/dinkes propinsi/kabupaten	Kompensasi atau imbalan atas kinerja yang diterima yang berasal dari Pemerintah Daerah, dinkes propinsi/kabupaten	Wawancara mendalam, telaah dokumen	Pedoman wawancara dan alat perekam	Dinkes Kabupaten, Tenaga Kesehatan pada penugasan khusus, Tenaga kesehatan PNS

3	Gaji & insentif dari Puskesmas	Kompensasi atau imbalan atas kinerja yang diterima yang berasal dari Puskesmas tempat bekerja	Wawancara mendalam, telaah dokumen	Pedoman wawancara dan alat perekam	Kepala Puskesmas, Tenaga Kesehatan pada penugasan khusus, Tenaga kesehatan PNS
4	Rumah dinas	fasilitas yang disediakan untuk tempat tinggal tenaga kesehatan selama bertugas di lokasi penugasan yang diberikan oleh pemda secara cuma-cuma	Wawancara mendalam, telaah dokumen	Pedoman wawancara dan alat perekam	Kepala Puskesmas, Dinkes Kabupaten, Tenaga Kesehatan pada penugasan khusus, Tenaga kesehatan PNS
5	Kendaraan dinas	alat transportasi yang diberikan selama bertugas di lokasi penugasan yang diberikan oleh Pemda secara cuma-cuma	Wawancara mendalam, telaah dokumen	Pedoman wawancara dan alat perekam	Kepala Puskesmas, Dinkes Kabupaten, Tenaga Kesehatan pada penugasan khusus, Tenaga kesehatan PNS

6	Penghasilan lainnya	Materi yang diperoleh selain dari insentif dan gaji di lokasi penugasan	Wawancara mendalam, telaah dokumen	Pedoman wawancara dan alat perekam	Kepala Puskesmas, Dinkes Kabupaten, Tenaga Kesehatan pada penugasan khusus, Tenaga kesehatan PNS
7	Kesempatan diangkat sebagai Calon Pegawai Negeri Sipil Daerah	Adanya kemungkinan untuk diangkat sebagai PNS Daerah	Wawancara mendalam, telaah dokumen	Pedoman wawancara dan alat perekam	Kementerian Kesehatan, Dinkes Propinsi Papua, Dinkes Kabupaten, Tenaga Kesehatan pada penugasan khusus
8	Kesempatan mengikuti Diklat	Adanya kemungkinan untuk menambah ilmu pengetahuan baru melalui pendidikan dan pelatihan	Wawancara mendalam, telaah dokumen	Pedoman wawancara dan alat perekam	Kementerian Kesehatan, Dinkes Propinsi, Dinkes Kabupaten, Tenaga Kesehatan pada penugasan khusus, Tenaga kesehatan PNS

9	Retensi Tenaga Kesehatan	Keinginan untuk tetap bekerja di lokasi penugasan bertambah	Wawancara mendalam, telaah dokumen	Pedoman wawancara dan alat perekam	Kepala Puskesmas, Tenaga Kesehatan pada penugasan khusus, Tenaga kesehatan PNS
10	ketersediaan tenaga kesehatan	Tercukupinya ketersediaan tenaga kesehatan sesuai kebutuhan wilayah	Wawancara mendalam, telaah dokumen	Pedoman wawancara dan alat perekam, Permenkes nomor 81 tentang standar pelayanan minimal Puskesmas	Kepala Puskesmas, Tenaga Kesehatan pada penugasan khusus, Tenaga kesehatan PNS, pasien puskesmas

## **BAB IV**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **4.1. Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan desain studi kasus. Data primer dilakukan dengan wawancara mendalam, data sekunder dilakukan dengan cara studi literatur karena bermaksud untuk menggali lebih mendalam mengenai pengaruh insentif tenaga kesehatan pada program penugasan khusus DTPK dengan variabel yang akan terus berkembang samapi tidak ditemukan lagi informasi baru.

#### **4.2. Waktu dan Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Agustus 2011 di Kabupaten Keerom, Kabupaten Sarmi dan Kota Jayapura Propinsi Papua. Ketiga kabupaten/kota tersebut merupakan daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK) yang menjadi lokasi penugasan khusus di propinsi Papua yang memiliki jarak tempuh terdekat dari ibukota Jayapura, hal inilah yang alasan bagi peneliti untuk mengambil lokasi penelitian.

#### **4.3. Informan**

Pada penelitian kualitatif, yang paling penting adalah bagaimana menentukan informan kunci (*Key informan*) atau situasi sosial yang sarat informasi sesuai dengan focus penelitian. Untuk memilih sampel ini, prinsip yang digunakan adalah :

1. Prinsip Kesesuaian (*Appropriateness*)

Informan yang dipilih adalah pejabat dan staf teknis di instansi yang bertanggung jawab terhadap pemberian insentif terhadap tenaga kesehatan di DTPK. Teknik *snowball sampling* juga digunakan untuk memperluas deskripsi informasi dan melacak variasi informasi yang mungkin ada.

2. Kecukupan (*adequacy*)

Data yang diperoleh dari informan dapat menggambarkan tentang pengaruh insentif terhadap retensi tenaga kesehatan di DTPK. Untuk menggali informasi dari informan-informan tersebut, serta untuk bervariasinya informasi yang diperoleh, maka teknik pengambilan data yang lazim digunakan untuk penelitian kualitatif ini adalah dengan wawancara mendalam (*in depth interview*) dan telaah dokumen.

Informan-informan penelitian ini antara lain :

1. Tenaga kesehatan yang terdaftar sebagai tenaga kesehatan pada penugasan khusus di Daerah Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK) di Kabupaten Keerom, Kabupaten Sarmi dan Kota Jayapura propinsi Papua
2. Para pejabat terkait di lingkungan Kementerian Kesehatan ( Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan)
3. Para pejabat terkait di lingkungan Dinas Kesehatan Propinsi Papua
4. Para Pejabat di Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Keerom dan Sarmi dan Kota Jayapura.
5. Kepala Puskesmas lokasi penempatan di Kabupaten Keerom, Sarmi dan Kota Jayapura

#### 4.4. Jenis dan Sumber Data

1. Data primer diperoleh dari hasil wawancara dengan tenaga kesehatan yang mengikuti program penugasan khusus di DTPK di kabupaten Keerom, Kabupaten Sarmi dan Kota Jayapura, dengan para pejabat di lingkungan Kementerian Kesehatan dan para pejabat di lingkungan Dinas Kesehatan Propinsi, Kabupaten dan Kota.
2. Data Sekunder dikumpulkan dengan menelaah dokumen untuk mendapatkan data tenaga kesehatan pada penugasan khusus dan kebijakan-kebijakan pemberian insentif.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah pedoman wawancara, pedoman telaah dokumen, catatan-catatan dan alat perekam.

#### 4.5. Manajemen data

Dalam pengelolaan data yang dikumpulkan, penelitian menggunakan bantuan komputer. Data yang telah dikumpulkan baik dari alat perekam maupun dokumen kemudian dilakukan reduksi (*data reduction*) dengan membuat transkrip. Setelah itu, hasil dari reduksi data tersebut diorganisasikan ke dalam bentuk matriks (*data display*) (Bungin, 2007)

Untuk menjamin keabsahan hasil penelitian, maka penelitian ini harus memenuhi standar kredibilitas dan transferabilitas dengan kriteria sebagai berikut :

1. Standar Kredibilitas

Standar Kredibilitas identik dengan validasi internal dalam penelitian kualitatif. Standar kredibilitas merupakan standar bahwa penelitian ini betul-betul dipercaya sesuai dengan fakta di lapangan. Upaya-upaya yang dilakukan :

- a. Melakukan triangulasi, yaitu triangulasi metode dengan melakukan triangulasi metode wawancara mendalam dan metode telaah dokumen,

triangulasi sumber data dengan membandingkan antar informan, serta triangulasi pengumpul data dengan melibatkan peneliti lain.

- b. Melibatkan teman sejawat (yang tidak ikut dalam penelitian) untuk berdiskusi, memberikan masukan, bahkan kritik mulai awal kegiatan penelitian sampai tersusunnya hasil penelitian.
  - c. Melakukan analisis atau kajian kasus negatif (jika ada) sebagai pembanding hasil penelitian
  - d. Melacak kesesuaian dan kelengkapan hasil analisis data (Bungin, 2007)
2. Standar Transferabilitas

Standar transferabilitas merupakan modifikasi dari validasi eksternal dalam penelitian kuantitatif. Penelitian ini dikatakan memiliki transferabilitas yang tinggi bila pembaca laporan penelitian ini memperoleh gambaran dan pemahaman yang jelas tentang konteks dan fokus penelitian.

#### **4.6. Analisis Data**

Setelah semua data terkumpul dan diolah, maka tahap selanjutnya adalah analisis data. Teknik analisis yang dilakukan dalam penelitian ini dengan menggunakan teknik analisis isi (*Content analysis*). Analisis ini dimulai dengan menemukan simbol-simbol yang dipakai dalam komunikasi dari data yang telah berbentuk matriks sesuai dengan variabel yang diteliti, kemudian mengklasifikasikan dengan variabel dan kemudian dilakukan analisis (Bungin, 2007).

### DUMMY TABLE

NO	PERTANYAAN	INFORMAN 1	INFORMAN 2	INFORMAN 3	INFORMAN 4	INFORMAN 5	INFORMAN 6	INFORMAN 7	INFORMAN 8	INFORMAN 9	INFORMAN 10	INFORMAN 11	INFORMAN 12
		Kementerian Kesehatan	Dinkes Propinsi Papua	Dinkes Kabupaten Sarmi	Dinkes Kabupaten Keerom	Dinkes Kota Jayapura	Ka. PKM Arso Timur, Kab Keerom	Ka.PKM Waris, Kab Keerom	Ka.PKM Skouw, Koya Jayapura	Tenaga kesehatan PKM Arso Timur, Kab. Keerom	Tenaga kesehatan PKM Waris, Kab. Keerom	Tenaga kesehatan PKM Sarmi, Kab. Sarmi	Tenaga kesehatan PKM Skouw, Kota Jayapura
1	Gaji & insentif dari pemerintah pusat												
2	Gaji & insentif dari Pemerintah Daerah/dinkes propinsi/kabupaten												
3	Gaji & insentif dari Puskesmas												
4	Rumah dinas												
5	Kendaraan dinas												
6	Penghasilan lainnya												
7	Kesempatan diangkat sebagai CPNSD												
8	Kesempatan mengikuti Diklat												
9	Insentif non material lainnya												
10	Meningkatnya keinginan untuk tetap tinggal di lokasi penugasan												
11	Meningkatnya ketersediaan tenaga kesehatan												

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **5.1. Keadaan Umum Wilayah Propinsi Papua**

Papua merupakan salah satu pulau terbesar di Indonesia. Sebelum tahun 2004, hanya ada satu propinsi di pulau ini yaitu propinsi Papua, tapi kemudian dilakukan pemekaran, wilayah timur tetap dengan nama propinsi Papua dan sebelah barat diberi nama Propinsi Papua Barat.

Luas wilayah propinsi Papua adalah 309.934,4 km<sup>2</sup> terbagi atas 2 kota dan 27 Kabupaten dengan jumlah penduduk berdasarkan data survey BPS tahun 2010 yaitu 2.851.999 jiwa, artinya hanya 1% dari total jumlah penduduk Indonesia. Secara topografi, wilayah Papua terdiri atas rawa-rawa, pegunungan, pantai dan hutan, sehingga ekologi penduduknya dibagi atas empat zona yaitu zona ekologi pantai, zona ekologi rawa, zona ekologi kaki gunung dan zona ekologi gunung tinggi.

Topografi Papua ini melatarbelakangi perbedaan etnis di Papua, yaitu sebanyak 250 etnis yang menempati keempat zona ekologi tersebut. Akibat Topografinya pula yang menyebabkan 75% penduduk Papua tinggal di daerah terpencil dan tertinggal. Terdapat 100 etnis pendatang non Papua yang menempati pusat-pusat kota. Berdasarkan Indeks Pembangunan Manusia (HDI) tahun 2006, Papua adalah yang terendah, cakupan penduduk melek huruf hanya 75%, rata-rata mengenyam pendidikan hanya 6,2 tahun.

Berikut ini adalah kabupaten/kota yang diberi bantuan tenaga kesehatan melalui penugasan khusus di wilayah Papua :

Tabel 5.1 : Distribusi tenaga kesehatan pada penugasan khusus propinsi Papua tahun 2011

KABUPATEN	PUSKESMAS	KRITERIA
Keerom	1. Arso Timur	Terpencil
	2. Senggi	Perbatasan
	3. Waris	Perbatasan
Sarmi	1. Sarmi	Pulau terluar
	2. Betaf	Terpencil
Jayapura	1. Skouw	Perbatasan
	2. Koya Barat	Terpencil
Boven Digul	1. Waropko	Perbatasan
	2. Yani Ruma	Perbatasan
Supiori	1. Supiori	Pulau terluar
	2. Sombrundi	Pulau terluar
Pegunungan Bintang	1. Iwur	Perbatasan
	2. Batom	Perbatasan

Sumber : Pusat Perencanaan dan Pendaaygunaan SDM Kesehatan, 2011

### 5.1.1. Keadaan Umum Kabupaten Keerom

Kabupaten Keerom memiliki luas wilayah 8.300 Km<sup>2</sup> dengan jumlah penduduk pada tahun 2007 sebanyak 46.015 jiwa. Wilayahnya berbatasan dengan negara Papua New Guinea di sebelah timur, Kota Jayapura di sebelah utara, Kabupaten Pegunungan Bintang di sebelah selatan, dan Kabupaten Jayapura di sebelah barat.

Kabupaten Keerom terbagi atas 7 distrik, dengan Waris sebagai Ibukotanya, tetapi pada kenyataannya pusat kota dan pemerintahan berada di distrik Arso. Hal ini dikarena akses jalan dan infrastruktur ke waris masih minim. Membutuhkan waktu 4 jam perjalanan dengan kendaraan double gardan untuk menuju ke Waris dari distrik Arso.

Jumlah tenaga kesehatan yang melakukan penugasan khusus di kabupaten Keerom sebanyak 18 orang dengan rincian

Tabel 5.2 Distribusi Tenaga kesehatan pada penugasan khusus Kab. Keerom tahun 2011

PUSKESMAS	TENAGA KESEHATAN	JUMLAH
Arso Timur	Perawat	2 orang
	Tenaga Gizi	1 orang
	Tenaga Kesling	1 orang
Waris	Perawat	2 orang
	Tenaga Gizi	1 orang
	Tenaga Kesling	1 orang
	Tenaga Farmasi	1 orang
Senggi	Perawat	2 orang
	Tenaga Gizi	1 orang
	Tenaga Kesling	1 orang
Ubrub	Perawat	3 orang
	Analisis Kesehatan	2 orang
<b>TOTAL KEEROM</b>		<b>18 orang</b>

Sumber : Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan, 2011

### 5.1.2. Keadaan Umum Kabupaten Sarmi

Kabupaten Sarmi dibentuk berdasarkan UU no. 26 tahun 2002 tentang pembentukan bersama kabupaten di propinsi Papua. Sebelum terjadi pemekaran, kabupaten Sarmi masuk wilayah Kabupaten Jayapura. dengan luas wilayah 35.587 km<sup>2</sup>, terbagi menjadi 10 kecamatan dengan Sarmi sebagai ibukota kabupaten. Wilayahnya sendiri berbatasan dengan Samudera Pasifik di sebelah utara, kabupaten Tolikara di sebelah selatan, Kabupaten Puncak Jaya dan Kabupaten Waropen di sebelah barat, dan kabupaten Jayapura di sebelah timur. Sebagian besar penduduk Sarmi menggantungkan kebutuhan hidup mereka pada

alam. Sagu sebagai makanan pokok penduduk tumbuh subur di hampir semua wilayah kabupaten ini.

Sebelum berdiri sendiri, Sarmi tidak memiliki akses jalan darat. Satu-satunya akses menuju Sarmi adalah melalui laut yang memakan waktu 2-3 hari. Saat ini akses jalan darat sudah ada walaupun hanya berupa jalan karang, jalan aspal masih terbatas, sehingga memakan waktu hingga 12 jam perjalanan menuju Sarmi dari Ibukota propinsi Jayapura.

Karena keterpencilannya dan sulitnya akses menuju Sarmi, menyebabkan kabupaten ini mengalami kelangkaan tenaga kesehatan. Kabupaten ini belum memiliki rumah sakit, sehingga tidak bisa mengakses pelayanan medik spesialis. Hal ini menyebabkan tingginya ketergantungan masyarakat pada pelayanan Puskesmas. Puskesmas Sarmi merupakan sarana pelayanan kesehatan terbesar di kabupaten ini dan memberikan layanan rawat inap. Oleh sebab itu, kebutuhan akan perawat cukup tinggi, sehingga bantuan tenaga kesehatan penugasan khusus sebanyak 6 orang di puskesmas ini dirasa masih kurang.

Tabel 5.3: Distribusi tenaga kesehatan pada penugasan khusus Kab. Sarmi tahun 2011

<b>PUSKESMAS</b>	<b>TENAGA KESEHATAN</b>	<b>JUMLAH</b>
Sarmi	Perawat	6 orang
Betaf	Perawat	4 orang
	Tenaga Kesling	1 orang
<b>TOTAL SARMI</b>		<b>11 orang</b>

### 5.1.3. Keadaan umum Kota Jayapura

Kota Jayapura adalah ibukota propinsi Papua. Secara geografis wilayah Kota Jayapura terletak di bagian Utara Provinsi Papua, berbatasan langsung dengan Samudera Pasific di bagian Utara, Kabupaten Jayapura di bagian Barat, Kabupaten Keerom di bagian selatan dan berbatasan dengan negara Papua New Guinea di bagian Timur.

Secara topografi daerah Kota Jayapura cukup bervariasi, mulai dari dataran hingga landai dan pegunungan dan bukit-bukit 700 meter di atas permukaan air laut. Kota Jayapura dengan luas wilayah 940 km<sup>2</sup> terdapat kurang lebih 30% tidak layak huni, karena terdiri dari perbukitan yang terjal, rawa-rawa dan hutan di lindung dengan kemiringan, 40% bersifat konservasi dan hutan lindung.

Luas wilayah Kota Jayapura 940 KM<sup>2</sup> atau 94.000 ha atau 0,23% dari luas seluruh daerah Provinsi Papua yang terdiri dari 4 (empat) Distrik yaitu Distrik Jayapura Utara, Jayapura Selatan, Abepura dan Muara Tami yang terdiri dari 11 Kampung (dulu Desa) dan 20 Kelurahan. Sebagian lahan di Kota Jayapura adalah merupakan hutan yaitu seluas 4.967 ha.

Jumlah penduduk Kota Jayapura pada tahun 2005 sebanyak 218.027 jiwa dengan laju pertumbuhan 4,10 % per tahun. Dari segi kesehatan, keadaan kota Jayapura cukup baik, bahkan dalam hal ketersediaan tenaga kesehatan sudah tercukupi. Penempatan tenaga kesehatan penugasan khusus di wilayah ini dikarenakan adanya distrik yang berbatasan langsung dengan negara tetangga yaitu Papua New Guinea.

Tabel 5.4 : Distribusi tenaga kesehatan pada penugasan khusus Kota Jayapura tahun 2011

<b>PUSKESMAS</b>	<b>TENAGA KESEHATAN</b>	<b>JUMLAH</b>
Koya Barat	Perawat	1 orang
Skouw	Perawat	4 orang
	Tenaga Kesling	1 orang
	Tenaga Gizi	1 orang
<b>TOTAL JAYAPURA</b>		<b>7 orang</b>

## 5.2. Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Agustus - November 2011 dengan metode kualitatif. Pengumpulan data dilakukan dengan dua cara, yaitu data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dengan informan terkait, sedangkan data sekunder diperoleh dengan telaah dokumen-dokumen yang berhubungan dengan penelitian.

Dalam penelitian ini, peneliti memiliki keterbatasan-keterbatasan antara lain :

1. Pada saat peneliti ke lapangan, baru saja terjadi penetapan pimpinan daerah (Bupati) terpilih, sehingga terjadi banyak perombakan staf, hal ini menyebabkan banyaknya pimpinan-pimpinan baru di instansi-instansi Pemerintah Daerah, mulai dari dinas sampai dengan ke puskesmas, sehingga banyak pejabat yang menjadi informan peneliti, belum terlalu menguasai substansi, terutama belum terlalu memahami mengenai penugasan khusus.
2. Pada saat penelitian ini berlangsung, para tenaga kesehatan pada penugasan khusus sedang mengikuti pelatihan yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan di Jayapura, sehingga peneliti kesulitan untuk menemui tenaga kesehatan di Puskesmas, para tenaga kesehatan masih berada di domisili masing-masing di Jayapura. Peneliti hanya berhasil menemui tenaga kesehatan yang berasal dari luar Jayapura, sehingga mereka langsung kembali ke rumah dinas yang berada di sekitar Puskesmas.
3. Pendeknya jam kerja di Puskesmas yaitu dari jam 8-12, sehingga peneliti kesulitan untuk melakukan wawancara mendalam dengan para informan di Puskesmas karena keterbatasan waktu.

### 5.3. Hasil Penelitian

#### 5.3.1. Karakteristik Informan

Kabupaten/Kota yang menjadi objek penelitian ini adalah Kabupaten Keerom, kabupaten Sarmi dan Kota Jayapura. Informan dalam penelitian ini terdiri dari para tenaga kesehatan penugasan khusus, Tenaga kesehatan PNS di Puskesmas, para pejabat di Puskesmas, terkait serta para pejabat di lingkungan Dinkes Kab/Kota/Propinsi.

Tabel 5.5 : Informan di Lokasi penelitian

KABUPATEN/KOTA	LOKASI PENELITIAN	INFORMAN
KEEROM	Dinkes Kabupaten Keerom	1 orang Pejabat Dinkes Kabupaten Keerom
	Puskesmas Arso Timur	1 orang tenaga kesehatan penugasan khusus dan 1 orang Kepala Puskesmas
	Puskesmas Waris	Kepala Puskesmas Waris
SARMI	Dinkes Kabupaten Sarmi	2 orang pejabat Dinkes Kabupaten Sarmi
	Puskesmas Sarmi	1 orang tenaga kesehatan penugasan khusus
JAYAPURA	Dinas Kesehatan	1 orang Pejabat Dinkes Kota Jayapura
	Puskesmas Skouw	1 orang tenaga kesehatan penugasan khusus dan Kepala Puskesmas Skouw

Lama wawancara bervariasi antara 15-40 menit dengan frekuensi wawancara sebanyak 1-2 kali. Karakteristik informan bervariasi meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, dan lama bekerja. Umur informan bervariasi antara 20-55

tahun, 6 informan berjenis kelamin perempuan dan 7 informan berjenis kelamin laki-laki. Pendidikan informan terakhir yaitu S2 sebanyak 8 orang, S1 sebanyak 2 orang dan pendidikan DIII sebanyak 3 orang. Karena baru saja terjadi penetapan pimpinan daerah terpilih, maka terjadi perombakan di kalangan pejabat di lingkungan dinas kesehatan, sehingga informan baru beberapa bulan menduduki jabatannya, seperti tertera pada tabel berikut :

Tabel 5.6 : Karakteristik informan

NO	INFORMAN	UMUR (tahun)	JENIS KELAM IN	PENDIDIKAN	LAMA BEKERJA (bulan)
1	Pusrengun	54	L	S2	8
2	Dinkes Prop. Papua	52	L	S2	3
3	Dinkes Kab. Sarmi	45	P	S2	24
4	Dinkes Kab. Keerom	45	P	S2	3
5	Dinkes Kota Jayapura	36	L	S2	48
6	PKM Arso Timur (1)	42	P	S2	3
7	PKM Waris	47	L	S1	3
8	PKM Skouw (1)	53	L	S2	25
9	PKM Arso Timur (2)	22	P	DIII	30
10	PKM Sarmi (2)	24	P	DIII	18
12	PKM Skouw (2)	23	L	DIII	18

### 5.3.2. Insentif dari Pemerintah Pusat

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1235/Menkes/SK/XII/2007 tentang Pemberian Insentif bagi Sumber Daya Manusia Kesehatan yang Melaksanakan Penugasan Khusus ditegaskan bahwa besaran insentif yang diterima oleh tenaga kesehatan penugasan khusus sebesar Rp. 2.500.000,-

Hampir semua informan mengeluhkan keterlambatan insentif yang diterima dari pemerintah pusat, dalam hal ini adalah kementerian kesehatan.

Untuk propinsi Papua, insentif dikirimkan oleh Kementerian Kesehatan melalui Dinas Kesehatan Propinsi, baru kemudian bendahara Dinas Kesehatan Propinsi Papua mengirimkan ke para tenaga kesehatan.

Berikut kutipannya;

*”sudah hampir 4 bulan ini tenaga kesehatan belum terima gaji, bendahara melaporkan gaji sudah masuk ke bendahara dinkes propinsi, tapi bendahara belum terima daftar nominatifnya, jadi dia bingung uang ini untuk siapa saja”* (informan 2)

*”insentif itu kan untuk memotivasi tenaga kesehatan, lah kalau insentifnya sering terlambat tenaga kesehatannya jadi berkurang disiplinnya. Mereka mau atang ke puskesmas pakai apa kalau mereka tidak punya uang”* (informan 8)

*”kami libatkan mereka di openal supaya mereka bisa mencukupi kebutuhan hidupnya, sambil nunggu insentif datang”* (informan 6)

*”kalau bisa insentif itu dikirimkan langsung ke rekening kita jadi tidak perlu ditahan dulu di propinsi, sudah dikirimnya dari propinsi lama, pas nyampe di propinsi masih ditahan lagi, jadi kita terimanya lama, malah pernah kami 5 bulan tidak dibayar”* (informan 12)

*”katanya tahun ini gaji kami akan naik jadi 4 jutaan, tapi sampai sekarang masih dua juta lima ratus”* (informan 9)

### **5.3.3. Insentif dari Pemerintah Daerah**

Tidak semua Pemerintah Daerah memberikan insentif tambahan bagi para tenaga kesehatan di penugasan khusus. Pemberian insentif tambahan sangat tergantung dari kemampuan finansial Pemerintah Daerah atau dari usulan penganggaran dinkes tahun-tahun sebelumnya. Berikut petikannya :

*” Tahun lalu kami dikasih uang dacin tapi kok tahun sekarang kami tidak dapat”*  
(informan 12)

*”kalau untuk PNS ada tunjangan berupa ULP, tapi untuk penugasan khusus, PTT itu tidak ada, tapi saya sedang usulkan agar di tahun 2012 diberikan untuk mereka”* (informan 4)

*” kami carikan untuk mereka dari dana-dana lain besarnya tergantung dari adanya dana, kadang 800 kadang 1 juta”* (informan 3)

*”kami dapat dari dinkes per 6 bulan sekali, tapi untuk tahun ini lebih sedikit daripada tahun lau karena suka ada potongan-potongan ga tau untuk apa”*  
(informan 10)

#### **5.3.4. Insentif dari Puskesmas**

Secara khusus, Puskesmas tidak memiliki anggaran untuk insentif tambahan bagi para tenaga kesehatan penugasan khusus, tetapi sebagai institusi pelayanan, Puskesmas memiliki anggaran-anggaran openal yang bisa digunakan sebagai penghasilan tambahan bagi pelaksana openal, dalam hal ini tenaga kesehatan. Tapi tidak semua Puskesmas memberi kesempatan kepada tenaga kesehatan penugasan khusus untuk menjadi pelaksana openal, biasanya hanya untuk tenaga kesehatan PNS saja. Berikut kutipannya :

*”kita kan punya dana BOK dan Jamkesmas, jadi mereka kita ikutsertakan disitu, mereka kan dapat tambahan dari perjalanan dinas, mobile clinic”* (informan 7)

*” kita ikut di pelayanan jadi dapat tambahan dari situ”* (informan 12)

*”nanti kita atur lagi, kalo memang memungkinkan kita bisa kasih ke penugasan khusus, biar mereka diikutsertakan di openal, biar mereka bisa dapat tambahan”*  
(informan 6)

### 5.3.5. Rumah Dinas

Rumah dinas di Puskesmas terbatas jumlahnya, dan diprioritaskan untuk tenaga kesehatan PNS. Tidak semua tenaga kesehatan penugasan khusus bisa tinggal di rumah dinas dan harus mengontrak rumah. Berikut kutipannya :

*”Rumah dinas terbatas jumlahnya itu untuk dokter-dokter saja dan PNS, kami semua ngontrak rumah”* (informan 10)

*”Saya tinggal dibelakang (rumah dinas) numpang sama PNS-nya, harusnya sih tidak kebagian, teman-teman yang lain pulang ke rumahnya di Koya, ada juga yang di Jayapura”* (informan 12)

*”Semua tenaga kesehatan tinggal di rumah dinas, ya dicukup cukupin aja, satu rumah bisa berempat isinya, habis mau bagaimana lagi, disini kan susah nyari apa-apanya, listrik ga ada, air juga warnanya kuning, kalau tinggal sendiri malah ga pada berani”* (informan 7)

*”Kalau dia pendatang, disini bisa tinggal di rumah dinas, tapi kalau disini rata-rata orang sini, jadi mereka pulang ke rumahnya masing-masing”* (Informan 6)

### 5.3.6. Kendaraan Dinas

Hasil pengamatan peneliti, kendaraan dinas yang tersedia di Puskesmas hanya ambulans dan beberapa kendaraan roda 2. Tidak ada fasilitas kendaraan dinas bagi tenaga kesehatan pada penugasan khusus. Berikut kutipannya :

*” Ada bis pemda yang mengantar pegawai kesini dari koya, datangnya pagi untuk mengantar dan sore untuk jemput”* (informan 12)

*”Kendaraan dinas disini ya ini, ambulan ini. Kalo kita mau ke dinas ya pakai mobil ini”* (informan 6)

*” Kalau mau ke dinas mereka naik ojek saja, ongkosnya lima puluh ribu ”* (informan 3)

### **5.3.7. Penghasilan lainnya**

Hampir semua tenaga kesehatan tidak mempunyai penghasilan lainnya selain penghasilan tersebut diatas. Berikut kutipannya :

*” Disini kan semuanya peserta Jamkesmas, ya mereka berobatnya ke Puskesmas, mereka ga bisa berobat ke tempat lain”* (informan 3)

*” tidak ada, kami disini tidak punya penghasilan lainnya ”* (informan 9)

### **5.3.8. Kesempatan diangkat menjadi CPNS**

Kesempatan tenaga kesehatan penugasan khusus untuk diangkat menjadi CPNS bervariasi, ada yang mendapat rekomendasi dari dinas setempat dan diprioritaskan untuk diangkat sebagai PNS ada yang tidak diberi rekomendasi dan tidak diprioritaskan, bahkan ada yang diberi rekomendasi tetapi tetap tidak diprioritaskan. Berikut kutipannya :

*” sudah, semua sudah diangkat CPNS tapi SK-nya masih nunggu lama, bisa sampai 2 tahun baru SK PNS kami keluar, jadi sekarang kami masih pakai SK penugasan khusus”* (informan 10)

*” saya sudah 2 kali ikut tes CPNS tapi ga pernah lulus, jadi saya penugasan dulu saja”* (informan 12)

*” tahun lalu saya ikut tes tidak lulus, tapi tahun ini sudah lulus, tapi masih nunggu Sk-nya belum keluar” (informan 10)*

*”Pendaftaran PNS disini terbuka untuk umum, jadi kami tidak ada rekomendasi atau memprioritaskan pengangkatan, kalau lulus tesnya kita angkat, kalau tidak lulus ya mau bagaimana lagi” (informan 5)*

*” kami sudah buat usulan agar pengangkatan CPNS itu dari penugasan khusus dulu, tapi tidak tahu ya kenapa banyak juga yang tidak lulus, yang lulus malah ditempatkan ditempat lain karena mereka daftarnya di propinsi ya mereka ditempatkan di sana’ (informan 4)*

### **5.3.9. Kesempatan mengikuti Diklat**

Pelatihan yang diterima oleh tenaga kesehatan penugasan khusus hanya satu kali dalam setahun yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan, sementara dari Dinas Kesehatan tidak ada pelatihan apapun. Berikut kutipannya ;

*” baru saja tenaga kesehatan penugasan khusus datang kesini, mereka baru ikut pelatihan di bapelkes, mereka menanyakan insentif mereka sudah empat bulan belum mereka terima” (informan 2)*

*”Mereka masih di bawah (Jayapura), belum kembali kesini karena mereka baru pelatihan, mungkin minggu depan baru kembali ke sini, kalau tenaga kesehatan yang suaminya ada disini dari kemarin sudah kembali, kalau yang rumahnya di Arso mereka mungkin pulang dulu ke rumahnya ” (informan 7)*

### **5.3.10. Retensi Tenaga Kesehatan**

Sebagian tenaga kesehatan penugasan khusus berkeinginan untuk tinggal dan bekerja di lokasi penugasan, tetapi sebagian ingin meninggalkan lokasi

penugasan dan diangkat pegawai negeri untuk di lokasi lain. Berikut kutipan wawancara :

*”semuanya sudah diangkat CPNS tapi SK-nya belum keluar, jadi masih pakai SK penugasan khusus. Tidak tahu mereka akan ditempatkan dimana, kami sih udah usulkan agar mereka PNSnya di Puskesmas ini, tapi saya tidak tahu, mungkin aja mereka akan ditempatkan di Dinas”* (informan 3)

*”saya sih mau saja kalo bekerja di sini lagi, saya sudah betah kerja disini, suami saya juga sudah disini”* (informan 10)

*”Maunya diangkat PNS di propinsi, jadi saya bisa ke Jayapura tidak mau disini, disini susah, listrik tidak ada, airnya juga ga bagus warnanya kuning”* (informan 12)

*”Mereka sering tidak masuk, karena rumah mereka kan di Jayapura, untuk bisa sampai kesini 2 jam. (informan 8)*

*”....mereka daftar PNS-nya di propinsi ya mereka ditempatkan di sana”* (informan 4)

Hasil telaah dokumen menunjukkan bahwa 6 orang dari 7 orang tenaga penugasan khusus di Kota Jayapura merupakan tenaga penugasan yang telah memperpanjang kontrak dengan Kementerian Kesehatan sejak tahun 2010. Hal ini menunjukkan adanya retensi tenaga kesehatan penugasan khusus di Kota Jayapura.

Menurut pengamatan peneliti, retensi di kota Jayapura disebabkan karena tenaga kesehatan penugasan khusus tersebut berdomisili di Jayapura atau tidak jauh dari lokasi puskesmas. Hanya satu orang tenaga kesehatan penugasan khusus yang berasal dari Biak dan tinggal di rumah dinas, sementara tenaga kesehatan penugasan khusus lainnya pulang ke rumahnya masing-masing.

Tenaga kesehatan penugasan khusus di Kabupaten Sarmi telah bertahan sejak 2009. Pada tahun 2011, setelah melalui tes penerimaan CPNS dan dibekali rekomendasi dari Bupati, 95% tenaga kesehatan di Kabupaten Sarmi diangkat menjadi CPNS untuk formasi penempatan yang sampai dengan penelitian ini dibuat, belum ditetapkan.

Tenaga kesehatan penugasan khusus di Kabupaten Keerom cukup bertahan lama. Mereka telah memperpanjang kontrak kerja sejak tahun 2010, bahkan ada beberapa orang yang telah kontrak dengan Kementerian Kesehatan sejak tahun 2009. Pada tahun 2011, beberapa diantara mereka diangkat menjadi CPNS, tetapi belum jelas formasi penempatannya, sehingga sampai dengan tahun 2012 atau sampai dengan Surat Keputusan penempatan CPNS, mereka masih bekerja di Puskesmas DTPK.

#### **5.3.11. Ketersediaan Tenaga Kesehatan**

Para informan menyatakan tenaga kesehatan PNS sudah mencukupi sesuai dengan standar, tetapi beberapa informan menyatakan bahwa ketersediaan tenaga kesehatan sudah mencukupi. Berikut kutipannya :

*”Mereka sangat membantu disini, karena disini kan masih kurang tenaga”*  
(Informan 6)

*”Disini sebenarnya kami tidak kekurangan tenaga, mungkin hanya beberapa jenis tenaga yang kurang seperti perawat gigi, disini memang kurang”* (informan 5)

*”disini memang kita kekurangan tenaga terutama untuk ditempatkan di pustu, itu kan jauh sekali ya, tapi kalo mereka maunya di puskesmas ya sudah banyak juga ya, tapi kita juga kasihan, mereka kan perempuan masa mau kita tempatkan di tempat yang jauh sana, kalo laki-laki pasti kita tempatkan di sana.”*  
(informan 4)

” mereka disini kita perbantukan di administrasi juga, kalo di pelayanan kan kita juga sudah banyak ” ( informan 8)

Untuk melaksanakan fungsinya dan menyelenggarakan upaya wajib Puskesmas, dibutuhkan sumber daya manusia yang jumlahnya mencukupi baik jumlah maupun mutunya. Pola ketenagaan minimal harus dimiliki oleh Puskesmas dengan tempat perawatan dan Puskesmas DTPK

Tabel 5.7 : Pola Ketenagaan minimal untuk penyelenggaraan Upaya Wajib Puskesmas

NO	JENIS SDM	PUSKESMAS BIASA	PUSKESMAS PERAWATAN	PUSKESMAS DTPK
1	Dokter Umum	1	2	2
2	Dokter Gigi	1	1	1
3	Apoteker	0	1	0
4	Tenaga Kesmas (S1)	1	1	1
5	Perawat (S1-Ners)	0	1	1
6	Tenaga Promkes (D IV)	1	1	1
7	Epidemiologis (DIV)	1	1	1
8	Bidan (DIII)	4	6	4
9	Perawat (DIII)	6	10	8
10	Sanitarian (DIII)	1	1	1
11	Nutrisiionist (DIII)	1	1	1
12	Perawat gigi (DIII)	1	1	1
13	Assisten Apoteker	1	1	1
14	Analisis Kesehatan (DIII)	1	1	1
15	Tenaga Pendukung (SMK)	1	1	1
	JUMLAH	21	30	25

Sumber : Revitalisasi Puskesmas tahun 2010

Untuk melihat ketersediaan tenaga kesehatan di Kabupaten/Kota, peneliti melakukan telaah dokumen, yaitu data pemetaan tenaga kesehatan oleh Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan tahun 2010. Data tersebut diambil setelah penempatan tenaga kesehatan penugasan khusus tahun 2009 dan 2010, dimana pada saat itu total jumlah tenaga kesehatan penugasan khusus masih sedikit yaitu 300 tenaga kesehatan. Pada tahun 2011, total seluruh tenaga kesehatan yang melakukan penugasan khusus adalah 1245 tenaga kesehatan, dimana propinsi Papua memperoleh bantuan tenaga kesehatan penugasan khusus sebanyak 90 tenaga kesehatan.

#### **5.3.11.1. Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Kota Jayapura**

Lokasi penugasan khusus di Kota Jayapura adalah Puskesmas Skouw dan Puskesmas Koya Barat. Tenaga Kesehatan penugasan khusus di Puskesmas Skouw sebanyak 5 orang, dimana 4 orang diantaranya sudah bekerja sebagai tenaga kesehatan penugasan khusus sejak tahun 2009. Tenaga kesehatan penugasan khusus mampu meningkatkan jumlah ketenagaan di Puskesmas ini, karena jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas ini hanya 21 orang termasuk 4 orang tenaga kesehatan penugasan khusus di dalamnya. Dengan penambahan satu orang tenaga kesehatan penugasan khusus di tahun 2011, jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas ini menjadi 22 orang. Ini masih belum mencukupi standar minimal ketenagaan puskesmas.

Puskesmas Skouw masih kekurangan jenis tenaga yaitu tenaga farmasi dan tenaga gizi. Jumlah perawat sudah mencukupi yaitu 11 tenaga perawat, sehingga pelaksanaan penyuluha gizi dan pemberian obat dilakukan oleh perawat, sehingga tidak sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya.

Tabel 5.8. Data Ketersediaan Tenaga Kesehatan Kota Jayapura tahun 2010

PKM	PERAWAT	PERAWAT GIGI	BIDAN	FARMASI & APOTEKER	ASISTEN APOTEKER	KESMAS	SANITARIAN	TENAGA GIZI	ANALIS KES	TOTAL NAKES
Waena	12	1	5	1	1	0	1	5	3	29
Yoka	7	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Abepura	14	0	8	2	1	0	4	3	2	34
Abepantai	7	0	7	0	0	1	1	0	2	18
Kotaraja	12	1	4	2	0	1	2	5	3	30
Elly Uyo	10	1	5	1	2	0	3	4	6	32
Hamadi	10	1	5	2	1	2	2	4	7	34
Jayapura Utara	16	0	7	2	1	1	2	3	3	35
Imbi	8	1	5	1	1	0	2	4	4	26
Imbi	8	1	5	1	1	0	2	4	4	26
Tanjung Ria	9	1	4	1	0	0	1	2	3	21
Skow	11	1	5	0	0	0	2		1	20
Puskesmas Koya Barat	22	0	10	1	1	3	2	3	3	45
Total nakes Jayapura	138	7	65	13	8	8	22	33	37	

Sumber: Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan, Kementerian Kesehatan, Pemetaan Tenaga Kesehatan Tahun 2010.

### 5.3.11.2. Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Keerom

Hasil Pemetaan tenaga kesehatan Kabupaten Keerom tahun 2010 terlihat data ketersediaan tenaga kesehatan di Puskesmas di Kabupaten Keerom pada tabel 5.9.

Tabel 5.9. Data Ketersediaan Tenaga Kesehatan Kab. Keerom tahun 2010

PKM	Perawat	Perawat gigi	Bidan	Farmasi/ Apoteker	Assisten Apoteker	kesmas	Sanitarian	Tenaga Gizi	Analisis Kes	Total tenaga kesehatan
UBRUB	16	0	1	0	0	0	0	0	0	17
SENGGI	12	0	4	0	3	0	2	1	0	22
WARIS	12	0	3	0	3	1	1	1	0	21
ARSO KOTA	24	1	8	0	4	0	3	1	0	41
ARSO VIII	16	0	8	0	7	0	3	1	0	35
ARSO TIMUR	14	0	6	0	3	0	2	0	0	25
ARSO III	18	0	9	0	7	0	2	1	0	37
TOWE HITAM	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5

Sumber: Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan, Kementerian Kesehatan, Pemetaan Tenaga Kesehatan Tahun 2010.

Kabupaten Keerom mendapatkan bantuan tenaga kesehatan penugasan khusus sebanyak 24 tenaga kesehatan dari berbagai jenis tenaga, yang terbanyak adalah tenaga perawat untuk ditempatkan di puskesmas Waris, Arso Timur, Senggi dan Ubrub. Jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas Arso Timur pada tahun 2010 sebanyak 25 tenaga kesehatan dimana 4 orang diantaranya adalah tenaga kesehatan penugasan khusus. Keempat orang tersebut pada tahun 2011 kembali melaksanakan penugasan khusus di Puskesmas Arso Timur. Jadi total tenaga kesehatan penugasan khusus di Puskesmas Arso Timur tahun 2011 sebanyak 4 orang.

Pola Ketenagaan minimal di Puskesmas untuk Puskesmas DTPK adalah sebanyak 25 tenaga kesehatan, artinya dengan adanya tenaga kesehatan penugasan khusus, Puskesmas tersebut terpenuhi standar ketenagaannya. Apabila Puskesmas Arso Timur tidak diberi bantuan tenaga kesehatan penugasan khusus, maka puskesmas tersebut mengalami kekurangan tenaga kesehatan.

Jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas Waris pada tahun 2010 sebanyak 21 orang, masih kurang dari standar ketenagaan. Pada tahun 2011, Puskesmas ini mendapat bantuan tenaga kesehatan penugasan khusus sebanyak 5 orang, sehingga jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas ini menjadi 26 tenaga kesehatan.

### **5.3.11.3. Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Sarmi**

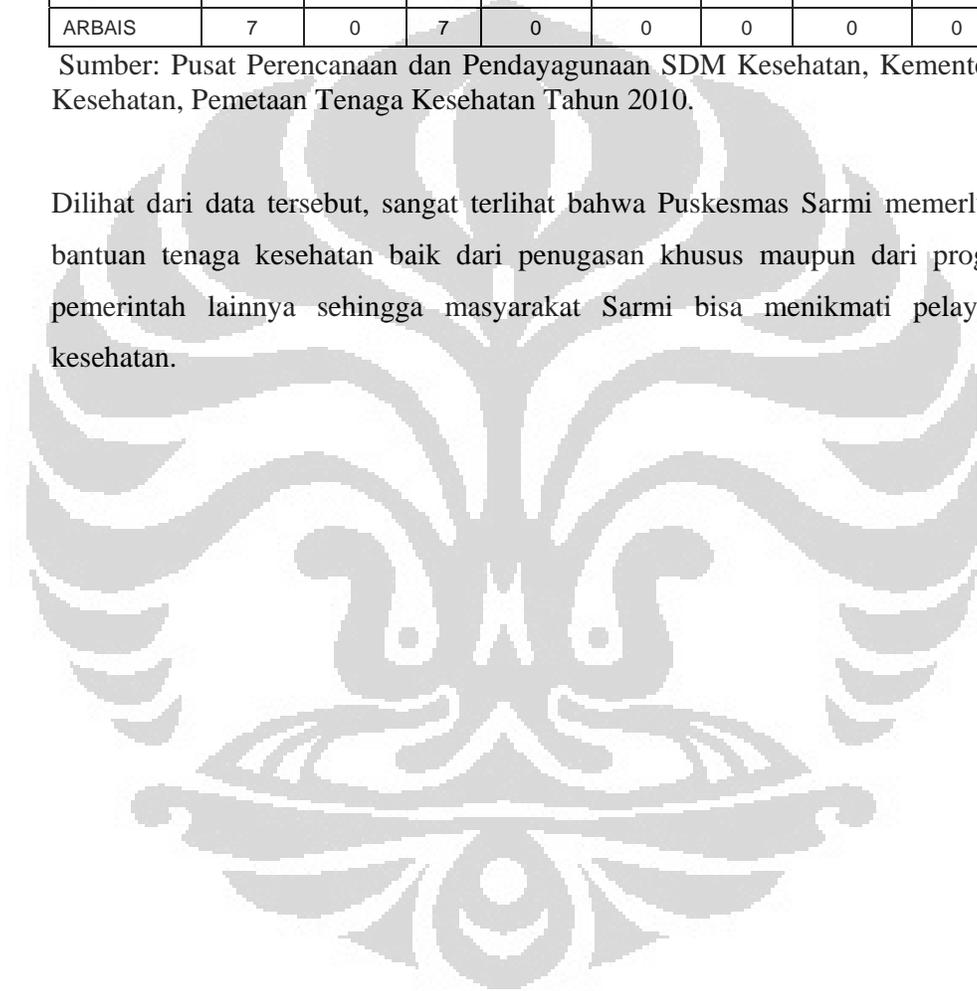
Data pemetaan tenaga kesehatan Kabupaten Sarmi tahun 2010 (tabel 5.10) menunjukkan masih sedikitnya ketersediaan tenaga kesehatan di Kabupaten Sarmi. Perawat di Puskesmas Sarmi sebanyak 9 orang, dimana 6 orang diantaranya adalah tenaga kesehatan penugasan khusus. Begitu pula dengan Puskesmas Betaf, jumlah perawat hanya 5 orang dimana empat orang diantaranya adalah tenaga kesehatan penugasan khusus. Jumlah perawat minimal bagi Puskesmas perawatan adalah 10 tenaga, sehingga Puskesmas Sarmi dengan tambahan tenaga penugasan khusus tetap mengalami kekurangan tenaga. Puskesmas Sarmi masih kekurangan tenaga farmasi, sanitarian, gizi dan analis kesehatan, padahal tenaga-tenaga ini harus ada minimal satu tenaga untuk maksimalisasi pelayanan kesehatan.

Tabel 5.10. Data Ketersediaan Tenaga Kesehatan Kab. Sarmi tahun 2010

PKM	PERAWAT	PERAWAT GIGI	BIDAN	FARMASI & APOTEKER	ASISTEN APOTEKER	KESMAS	SANITARIAN	TENAGA GIZI	ANALIS KES	TOTAL TENAGA KESEHATAN
BETAF	5	0	4	0	0	0	1	1	0	10
BONGGO	11	0	4	0	0	0	3	1	0	19
SAMANANTE	3	0	2	0	0	0	0	0	0	5
SARMI	9	0	5	0	0	0	0	0	0	14
Bagaiserwar	2	0	4	0	0	0	1	1	0	6
ARBAIS	7	0	7	0	0	0	0	0	0	14

Sumber: Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan, Kementerian Kesehatan, Pemetaan Tenaga Kesehatan Tahun 2010.

Dilihat dari data tersebut, sangat terlihat bahwa Puskesmas Sarmi memerlukan bantuan tenaga kesehatan baik dari penugasan khusus maupun dari program pemerintah lainnya sehingga masyarakat Sarmi bisa menikmati pelayanan kesehatan.



## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Program penugasan khusus merupakan program nasional yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan di daerah terpencil, sangat terpencil, tertinggal, perbatasan, pulau-pulau kecil terluar, daerah yang tidak diminati, daerah rawan bencana dan daerah bermasalah kesehatan. Lokasi penugasan khusus yaitu di sarana pelayanan kesehatan, dalam hal ini yaitu Puskesmas.

Puskesmas merupakan garda terdepan yang melaksanakan pelayanan kesehatan masyarakat secara komprehensif meliputi preventif, kuratif, promotif, dan rehabilitatif. Menurut PB IDI, 85% pengobatan bisa diselesaikan di Puskesmas dan hanya 15% saja yang perlu di rujuk ke rumah sakit. Oleh sebab itu, Puskesmas perlu didukung dengan tenaga kesehatan yang mencukupi jumlah dan jenisnya dengan kompetensi yang sesuai dengan standar.

Bagi Puskesmas di wilayah biasa, ketersediaan tenaga kesehatan bukan masalah besar, karena secara jenis dan jumlah, bisa tercukupi karena wilayah Puskesmas biasa bisa memproduksi tenaga kesehatan sendiri. Masalah ketersediaan tenaga kesehatan terjadi pada wilayah-wilayah daerah terpencil, sangat terpencil, tertinggal, perbatasan, pulau-pulau kecil terluar, daerah yang tidak diminati, daerah rawan bencana. Perlu diberikan insentif untuk memotivasi tenaga kesehatan agar mau bekerja dan tinggal di daerah-daerah tersebut diatas. Berikut ini adalah gambaran insentif yang diterima oleh tenaga kesehatan pada penugasan khusus.

#### **6.1. Insentif Material**

Insentif material merupakan insentif yang diterima tenaga kesehatan penugasan khusus berupa nominal dan berbentuk fisik seperti uang, rumah dinas, kendaraan dinas, dan lain sebagainya.

### 6.1.1. Insentif dari Pemerintah Pusat

Tenaga kesehatan yang mengikuti penugasan khusus di Puskesmas memperoleh insentif dan transport perjalanan ke daerah penugasan. Hal ini tertuang pada pasal 6 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1231/Menkes/PER/XI/2007 tentang Penugasan Khusus Sumber Daya Manusia Kesehatan yang berbunyi :

*”Hak SDM yang melaksanakan penugasan khusus, mendapatkan :*

- (1) Biaya perjalanan dari propinsi domisili terakhir untuk keberangkatan ke lokasi penugasan (pulang-pergi)*
- (2) Insentif dari pemerintah Pusat yang ditetapkan dalam perjanjian kerja*
- (3) Uang makan/orang/bulan”.*

Tetapi pada kenyataannya, pemerintah pusat tidak menganggarkan uang makan seperti yang tercantum pada point 3 pasal 6 tersebut. Pemerintah Pusat hanya menganggarkan biaya perjalanan dan insentif, sehingga hanya biaya perjalanan dan insentif yang diterima oleh tenaga kesehatan penugasan khusus.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 156/Menkes/SK/I/2010 tentang Pemberian insentif bagi Tenaga Kesehatan dalam rangka Penugasan Khusus di Puskesmas Daerah Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan berbunyi *”Insentif yang diberikan kepada tenaga kesehatan yang bertugas di DTPK berupa uang”*. Berdasarkan Permenkes ini, besaran insentif dibedakan berdasarkan wilayah tempat tugas. Regional I terdiri dari wilayah di Indonesia Timur yaitu Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara, Nusa Tenggara Timur, Nusa Tenggara Barat, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Utara, Sulawesi Selatan. Regional II terdiri dari wilayah Sumatera Utara, Bengkulu, Kepulauan Riau, Kalimantan Barat, Kalimantan Timur

Besaran insentif untuk regional I sebesar Rp. 2.700.000,- dan untuk regional II sebesar Rp. 1.700.000,-, sementara untuk penghasilan pokok sama yaitu sebesar Rp. 1.700.000,-. Jadi total insentif yang bisa dibawa pulang (*Take*

*home pay*) per bulan bagi tenaga kesehatan di regional I adalah Rp. 4.400.000,- dan Rp. 3.400.000,- bagi tenaga kesehatan di Regional II.

Pada kenyataannya, insentif yang diterima oleh tenaga kesehatan penugasan khusus hanya sebesar Rp. 2.500.000,- sama rata untuk semua wilayah Indonesia. Hal ini dikarenakan belum keluarnya ijin prinsip dari Kementerian Keuangan, jadi besaran insentif masih berdasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1235/Menkes/SK/XII/2007 tentang Pemberian Insentif bagi sumber Daya Manusia Kesehatan yang Melaksanakan Penugasan Khusus.

Pada lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1235/Menkes/SK/XII/2007 tersebut, ayat (2) berbunyi sebagai berikut :

*"Besaran insentif (termasuk PPh sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku) sebagaimana dimaksudkan pada ayat (1) ditetapkan sebagai berikut :*

- a. Perawat/Bidan/Sanitarian/Tenaga Gizi/Penata Rotgent/Analis Laboran lulusan Diploma III sebesar Rp. 2.500.000,- (Dua juta lima ratus ribu rupiah)/orang/bulan*
- b. Tenaga Diploma III lainnya sebesar Rp. 2.000.000,- (Dua juta rupiah)/orang/bulan*

### **6.1.2. Insentif dari Pemerintah Daerah**

Insentif yang diberikan oleh Pemerintah Daerah bervariasi tergantung dari kemampuan dan perhatian dari Pemerintah Daerah. Pemda yang memiliki anggaran yang cukup dan memiliki perhatian terhadap program penugasan khusus, memberikan insentif tambahan bagi para tenaga kesehatan penugasan khusus. Tetapi bagi Pemerintah Daerah yang kurang memberikan perhatian pada program penugasan khusus, tidak menganggarkan insentif tambahan bagi tenaga kesehatan penugasan khusus, sehingga insentif yang di terima tenaga kesehatan penugasan khusus hanya dari pusat saja.

Padahal dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1231/Menkes/PER/XI/2007 tentang Penugasan Khusus Sumber Daya Manusia Kesehatan ditekankan perlunya Pemerintah Daerah untuk memberikan insentif tambahan bagi tenaga kesehatan penugasan khusus. Pada pasal 7 berbunyi :

*”Selain hak yang diberikan sebagaimana dimaksud dalam pasal 6 Pemerintah Daerah Propinsi/Kabupaten/Kota dapat memberikan insentif tambahan antara lain:*

- (1) Insentif dari Pemerintah Daerah sebagai tempat penugasan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan*
- (2) Jasa pelayanan, tunjangan kemahalan, asuransi, fasilitas perumahan, honor serta transportasi sesuai kebijakan dan kemampuan daerah Propinsi/Kabupaten/Kota setempat*
- (3) Pemberian ijin sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan dalam rangka melaksanakan pelayanan kesehatan.”*

### **6.1.3. Insentif dari Puskesmas**

Dalam anggaran Puskesmas, tidak ada anggaran yang ditujukan khusus untuk insentif tenaga kesehatan penugasan khusus. Beberapa Puskesmas ada yang memiliki anggaran insentif untuk tenaga kesehatan PNS dan tenaga kesehatan honor daerah berupa tunjangan daerah terpencil, uang lauk pauk dan lain sebagainya. Tetapi, sebagai instansi openal, Puskesmas memiliki dana-dana openal yang bisa digunakan sebagai penghasilan bagi Sumber daya Manusia Kesehatan Puskesmas. Dana-dana openal ini berasal dari Bantuan Openal Kesehatan (BOK), Jamkesmas dan/atau Jamkesda, Askes, dan lain sebagainya.

Revitalisasi Kebijakan Dasar Puskesmas menyatakan bahwa pembiayaan Puskesmas berasal dari Kabupaten/Kota, Propinsi dan Pusat, berikut kutipannya :  
 ”Perdefenisi Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota. Sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku, maka sumber pembiayaan Puskesmas berasal dari :

- a. Pemerintah Kabupaten/Kota berupa APBD (DAU, DAK, Dana Bagi hasil, PAD), artinya pembiayaan Puskesmas merupakan tanggung jawab pemerintah kabupaten/kota
- b. Pemerintah Propinsi, memberikan dukungan pembiayaan melalui APBD propinsi
- c. Di dalam PP 38/2007 disebutkan bahwa pemerintah pusat dapat memberikan dukungan pembiayaan bagi kegiatan prioritas, dimana pembiayaan Puskesmas merupakan program prioritas. Pemerintah pusat memberikan dukungan kepada pemerintah daerah dalam bentuk Dana Dekonsentrasi, Dana Tugas Perbantuan, Jamkesmas, Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), dan Bansos lainnya

Selain memperoleh pembiayaan dari pemerintah, Puskesmas memiliki pendapatan antara lain berasal dari retribusi Puskesmas yang ditetapkan melalui Peraturan Daerah, dimana mekanisme penggunaannya disesuaikan dengan peraturan perundangan yang berlaku. Pendapatan Puskesmas lainnya berasal dari imbal jasa atas pelayanan kesehatan yang dibeikan kepada PT Askes dan PT Jamsostek.

Salah satu pembiayaan Puskesmas yang bisa digunakan sebagai penghasilan tambahan bagi tenaga kesehatan di Puskesmas adalah dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 494/Menkes/SK/IV/2010 tentang Petunjuk Teknis Bantuan Operasional Kesehatan pemanfaatan dana BOK, dana BOK digunakan untuk pembiayaan berbagai jenis kegiatan yang meliputi :

1. Pembayaran transport petugas Puskesmas, Pustu, dan Poskesdes
2. Pembayaran transport kader, dukun, dan masyarakat yang terlibat dalam proses pelayanan kesehatan maupun pertemuan manajemen
3. Operasional Posyandu (transport, ATK)
4. Operasional Poskesdes (transport, ATK, fotokopi,
5. rapat-rapat di Desa/Kelurahan)
6. Pembelian bahan kontak
7. Penggandaan dan ATK rapat dalam rangka

8. Lokakarya Mini
9. Pembelian konsumsi rapat dalam rangka LokakaryaMini
10. Uang penginapan bila diperlukan sesuai peraturan yang berlaku (untuk desa terpencil/sulit dijangkau)
11. Uang harian bila diperlukan sesuai peraturan yang berlaku (untuk desa terpencil/sulit dijangkau)
12. Pembelian bahan PMT Penyuluhan

Dengan berpartisipasi pada kegiatan-kegiatan BOK tersebut, tenaga kesehatan di Puskesmas memperoleh penghasilan tambahan. Disinilah terjadi disparitas penghasilan antara tenaga kesehatan PNS dan tenaga kesehatan penugasan khusus. Tenaga kesehatan PNS sebagai senior, berpartisipasi lebih banyak dan lebih sering, sehingga penghasilan tambahan juga lebih besar. Sementara tenaga kesehatan penugasan khusus tidak dilibatkan terlalu banyak, sehingga penghasilannya tidak sebesar tenaga kesehatan PNS.

Disparitas penghasilan tenaga kesehatan penugasan khusus dengan tenaga kesehatan kontrak daerah (PTT Daerah, honorer daerah) juga terjadi. Insentif tenaga kesehatan penugasan khusus lebih besar yaitu Rp. 2.500.000,- sementara Tenaga Kesehatan kontrak daerah hanya Rp. 1.600.000,-.

## **6.2. Insentif non Material**

Insentif non material merupakan insentif yang diperoleh oleh tenaga kesehatan penugasan khusus bukan berupa nominal dan tidak berbentuk fisik. Non material ini maksudnya adanya kesempatan tertentu apabila mereka mengikuti penugasan khusus. Misalnya adanya kesempatan untuk diangkat sebagai Pegawai Negeri Sipil, adanya kesempatan untuk mendapatkan pendidikan lanjutan, adanya kesempatan untuk menambah keterampilan, dan lain sebagainya.

### 6.2.1. Kesempatan diangkat sebagai Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS)

Tenaga kesehatan penugasan khusus dikategorikan sebagai tenaga honorer. Peraturan Pemerintah Nomor 48 tahun 2005 tentang Pengangkatan Tenaga Honorer Menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil pada pasal 3 ayat 1 berbunyi:

*Pengangkatan tenaga honorer menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil diprioritaskan bagi yang melaksanakan tugas sebagai :*

- a. Tenaga guru;*
- b. Tenaga kesehatan pada unit pelayanan kesehatan;*
- c. Tenaga penyuluh di bidang pertanian, perikanan, peternakan, dan,*
- d. Tenaga teknis lainnya yang sangat dibutuhkan pemerintah*

Beberapa Kabupaten sudah mengusulkan pengangkatan tenaga kesehatan penugasan khusus sebagai Calon Pegawai Negeri Sipil dengan memberikan surat rekomendasi. Tetapi, para tenaga kesehatan tersebut tidak secara otomatis diangkat menjadi CPNS, mereka tetap melakukan pendaftaran seleksi CPNS seperti pada umumnya dan beberapa dari mereka lolos seleksi karena hasil tesnya sendiri dan beberapa lolos karena adanya surat rekomendasi.

Kota Jayapura tidak memberikan rekomendasi kepada tenaga kesehatan penugasan khusus dan tidak memprioritaskan mereka untuk diangkat sebagai CPNS karena di kota ini tenaga kesehatan telah mencukupi. Di kota ini hanya ada 1 Puskesmas dengan kriteria terpencil yaitu Puskesmas Koya Barat dan 1 Puskesmas kriteria Perbatasan yaitu Puskesmas Skouw. Untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan di 2 Puskesmas ini, Kota Jayapura cukup melakukan mutasi dan rotasi terhadap tenaga kesehatannya dan kepada mereka yang menempati kedua Puskesmas tersebut, diberikan insentif tambahan berupa tunjangan daerah terpencil dan diberikan kendaraan jemputan untuk menuju Puskesmas Perbatasan.

Dikota ini, Pemerintah tidak memiliki tenaga kesehatan kontrak daerah, sehingga tenaga kontrak hanya dari pusat yaitu penugasan khusus. Beberapa tenaga kesehatan penugasan khusus telah berkali-kali mengikuti tes CPNS dan selalu gagal.

Kabupaten Sarmi yang merupakan kabupaten pemekaran dari kabupaten Jayapura, memiliki perhatian khusus terhadap tenaga kesehatan penugasan khusus. Kabupaten ini memiliki kekurangan tenaga kesehatan. Anggaran pemerintah daerah untuk tenaga kesehatan kontrak daerah tidak mencukupi untuk mengadakan tenaga kesehatan kontrak daerah untuk ditempatkan di Puskesmas. 95% tenaga kesehatan penugasan khusus di Kabupaten ini telah diangkat sebagai CPNS, hal ini tidak lepas dari surat rekomendasi dari Bupati agar memprioritaskan tenaga kesehatan penugasan khusus untuk diangkat menjadi Calon Pegawai Negeri Sipil.

Kabupaten Keerom juga merupakan kabupaten pemekaran dan hampir 50% wilayahnya merupakan daerah sangat terpencil dan perbatasan, sehingga tenaga kesehatan PNS enggan untuk ditempatkan di daerah-daerah tersebut. Pemerintah Daerah Kabupaten Keerom cukup memberikan perhatian kepada para tenaga kesehatan penugasan khusus, mereka diberikan surat rekomendasi untuk pengangkatan mereka sebagai Calon Pegawai Negeri Sipil, walaupun surat ini tidak terlalu kuat memprioritaskan mereka. Hanya beberapa tenaga kesehatan saja yang berhasil lolos seleksi CPNS.

Hasil wawancara peneliti dengan beberapa tenaga kesehatan penugasan khusus menunjukkan besarnya harapan mereka untuk bisa diangkat sebagai CPNS. Beberapa dari mereka bahkan berkali-kali mengikuti tes seleksi pengangkatan CPNS.

### **6.2.2. Kesempatan mengikuti Pendidikan dan Pelatihan**

Pendidikan dan pelatihan yang diterima oleh tenaga kesehatan penugasan khusus adalah diklat dari pemerintah pusat yang diselenggarakan satu kali dalam satu tahun. Diklat ini lebih ditujukan untuk mempersiapkan tenaga kesehatan di lokasi penugasan yang sangat terpencil, perbatasan dan kepulauan, agar mereka

bisa beradaptasi dengan lingkungan setempat. Pelatihan substansi tidak terlalu diberikan karena tenaga kesehatan penugasan khusus ini sudah memiliki kompetensi yang baik karena dilihat dari mereka adalah lulusan baru sehingga ilmu yang dimiliki masih *up date*.

Kegiatan Diklat ini disambut positif oleh para tenaga kesehatan penugasan khusus, karena dengan mengikuti Diklat ini, selain memperoleh ilmu dan pengetahuan tambahan, mereka juga memperoleh kesempatan untuk keluar dari DTPK selama beberapa hari dan bisa menikmati hiruk pikuk perkotaan.

### **6.2.3. Insentif non Material lainnya**

Hasil wawancara dengan tenaga kesehatan penugasan khusus menunjukkan bahwa motivasi mereka untuk bekerja di DTPK melalui penugasan khusus karena sulitnya mencari lapangan pekerjaan. Sambil mencari dan menunggu kesempatan diangkat sebagai CPNS, mereka juga bisa mengaplikasikan kesetrampilannya. Karena, Tenaga kesehatan merupakan suatu profesi, sehingga harus terampil dan keterampilan ini harus terus diasah. Bekerja di Puskesmas memberikan kepada mereka peluang untuk terus mengasah keterampilannya dan sebagai batu loncatan ke jenjang karir mereka ke depan.

### **6.3. Retensi Tenaga Kesehatan**

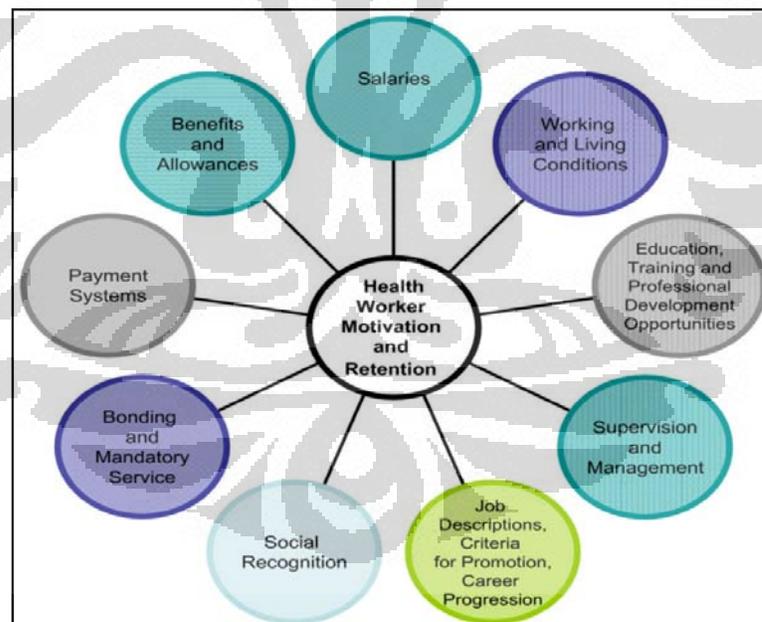
WHO mendefinisikan retensi tenaga kesehatan sebagai mempekerjakan tenaga kesehatan yang terampil dan produktif secara terus menerus. Pada kenyataannya, turn over tenaga kesehatan di daerah terpencil cukup tinggi, artinya tidak ada retensi tenaga kesehatan di sana. Penelitian Badan Litbang Kesehatan tahun 2005 di Kabupaten Sumenep Jawa Timur dan Kabupaten Timor Tengah Selatan menunjukkan tingginya turn over tenaga kesehatan di Puskesmas daerah terpencil karena rekrutmen tenaga kesehatan untuk Puskesmas biasa sama dengan rekrutmen untuk Puskesmas terpencil.

Penelitian Henderson dan Tulloch untuk AusAID tahun 2008 tentang Insentif untuk Meretensi dan Memotivasi Tenaga Kesehatan di Negara-negara

Pasifik dan Asia, menemukan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan untuk menetap atau meninggalkan daerah terpencil dan sangat terpencil adalah sebagai berikut :

- (1) Faktor Personal; latar belakang, nilai-nilai yang dianut, Altruisme
- (2) Keluarga dan komunitas; Pendidikan anak-anak, perasaan ingin bersama komunitas, ketersediaan fasilitas komunitas
- (3) Aspek finansial; manfaat, tunjangan, gaji, sistem pembayaran
- (4) Hubungan dengan Karir; kesempatan pendidikan berkelanjutan, pengawasan, pelatihan pengembangan profesional
- (5) Kondisi tempat kerja dan tempat tinggal; infrastruktur, lingkungan kerja, akses terhadap teknologi, kondisi perumahan
- (6) Ikatan Dinas/Kontrak kerja

Gambar 2 : Factors affecting health worker motivation and retention.



Sumber : Henderson and Tulloch, *Human Resources for Health* 2008

WHO memberikan rekomendasi untuk meningkatkan minat, mengangkat dan meretensi tenaga kesehatan di Daerah Terpencil melalui :

1. Pendidikan
  - (1) Memberikan beasiswa bagi pelajar putra daerah
  - (2) Mendirikan sekolah kesehatan di daerah DTPK
  - (3) Magang bagi mahasiswa kesehatan di DTPK
  - (4) Menerapkan kurikulum tentang kesehatan di DTPK
  - (5) Pengembangan profesionalisme tenaga kesehatan yang berkesinambungan
2. Kebijakan
  - (1) Memperluas lingkup praktek
  - (2) Memperbanyak jenis Tenaga kesehatan yang bervariasi
  - (3) Kebijakan kedinasan Wajib
3. Insentif finansial
4. Dukungan terhadap Personal
  - (1) Lingkungan hidup yang layak
  - (2) Lingkungan kerja yang aman dan mendukung
  - (3) Dukungan keterjangkauan
  - (4) Program pengembangan karir
  - (5) Jaringan Profesional
  - (6) Pengakuan publik

### **6.3.1. Retensi Tenaga Kesehatan di Kota Jayapura**

Hampir 90% tenaga penugasan khusus di Kota Jayapura merupakan tenaga penugasan yang telah memperpanjang kontrak dengan Kementerian Kesehatan sejak tahun 2010. Hal ini menunjukkan adanya retensi tenaga kesehatan penugasan khusus di Kota Jayapura.

Menurut pengamatan peneliti, retensi di kota Jayapura disebabkan karena 95% tenaga kesehatan penugasan khusus tersebut merupakan putra daerah. Hanya satu orang tenaga kesehatan penugasan khusus yang berasal dari Biak dan tinggal di rumah dinas yang berlokasi berdekatan dengan Puskesmas, sementara tenaga kesehatan penugasan khusus lainnya pulang ke rumahnya

masing-masing di wilayah Kota Jayapura yang berjarak tempuh hanya 1,5 jam dari Puskesmas.

Para tenaga kesehatan penugasan khusus di Kota Jayapura tidak memperoleh rekomendasi untuk menjadi CPNS, sehingga para tenaga kesehatan tersebut hampir setiap tahun mengikuti tes CPNS yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi untuk formasi selain di Puskesmas tempatnya bertugas. Namun, karena mereka tidak lolos seleksi, mereka melanjutkan kontrak di DTPK.

Dinas Kesehatan tidak memiliki strategi khusus untuk masalah retensi tenaga kesehatan di Puskesmas DTPK. Untuk memenuhi ketersediaan tenaga kesehatan di DTPK, Dinas Kesehatan melakukan mutasi dan rotasi tenaga kesehatan secara berkesinambungan, sehingga setiap tenaga kesehatan di Kota Jayapura memiliki kesempatan untuk ditempatkan di Puskesmas DTPK, dan para tenaga kesehatan di DTPK tidak akan terlalu lama dinas di Puskesmas DTPK.

### **6.3.2. Retensi Tenaga Kesehatan di Kabupaten Keerom**

Tenaga kesehatan penugasan khusus di Kabupaten Keerom cukup bertahan lama. Mereka telah memperpanjang kontrak kerja sejak tahun 2010, bahkan ada beberapa orang yang telah kontrak dengan Kementerian Kesehatan sejak tahun 2009. Pada tahun 2011, beberapa diantara mereka diangkat menjadi CPNS, tetapi belum jelas formasi penempatannya, sehingga sampai dengan tahun 2012 atau sampai dengan Surat Keputusan penempatan CPNS, mereka masih bekerja di Puskesmas DTPK.

Apabila Tenaga kesehatan tersebut di tempatkan di Puskesmas lokasi penugasan, maka terjadi retensi tenaga kesehatan penugasan khusus, tetapi apabila formasi penempatan di Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten, maka tenaga kesehatan tersebut meninggalkan lokasi penugasan dan Puskesmas DTPK Kabupaten Keerom akan kembali kekurangan tenaga kesehatan.

### **6.3.3. Retensi Tenaga Kesehatan di Kabupaten Sarmi**

Tenaga kesehatan penugasan khusus di Kabupaten Sarmi telah bertahan sejak 2009. Pada tahun 2011, setelah melalui tes penerimaan CPNS dan dibekali rekomendasi dari Bupati, 95% tenaga kesehatan di Kabupaten Sarmi diangkat menjadi CPNS untuk formasi penempatan yang sampai dengan penelitian ini dibuat, belum ditetapkan.

Retensi di Kabupaten Sarmi akan berhasil apabila formasi penempatan CPNS tersebut di Puskesmas lokasi penugasan. Tetapi apabila formasi penempatan di Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten, maka tenaga kesehatan tersebut meninggalkan lokasi penugasan dan Puskesmas DTPK Kabupaten Sarmi akan kembali kekurangan tenaga kesehatan.

### **6.4. Ketersediaan Tenaga Kesehatan**

Untuk melaksanakan fungsinya dan menyelenggarakan upaya wajib Puskesmas, dibutuhkan sumber daya manusia yang jumlahnya mencukupi baik jumlah, jenis, maupun mutunya. Pola ketenagaan minimal harus dimiliki oleh Puskesmas, baik Puskesmas biasa, Puskesmas dengan tempat perawatan maupun Puskesmas DTPK. Pola Ketenagaan minimal untuk penyelenggaraan Upaya Wajib Puskesmas tercantum pada revitalisasi Puskesmas tahun 2010.

Tabel 6.1 : Pola Ketenagaan minimal untuk penyelenggaraan Upaya Wajib Puskesmas

NO	JENIS SDM	PUSKESMAS BIASA	PUSKESMAS PERAWATAN	PUSKESMAS DTPK
1	Dokter Umum	1	2	2
2	Dokter Gigi	1	1	1
3	Apoteker	0	1	0
4	Tenaga Kesmas (S1)	1	1	1
5	Perawat (S1-Ners)	0	1	1
6	Tenaga Promkes (D IV)	1	1	1
7	Epidemiologis (DIV)	1	1	1
8	Bidan (DIII)	4	6	4
9	Perawat (DIII)	6	10	8
10	Sanitarian (DIII)	1	1	1
11	Nutrisiionist (DIII)	1	1	1
12	Perawat gigi (DIII)	1	1	1
13	Assisten Apoteker	1	1	1
14	Analisis Kesehatan (DIII)	1	1	1
15	Tenaga Pendukung (SMK)	1	1	1
	JUMLAH	21	30	25

Sumber : Revitalisasi Puskesmas tahun 2010

Penugasan khusus tenaga kesehatan dimaksudkan untuk mengisi kekurangan tenaga kesehatan Diploma III meliputi perawat, sanitarian, gizi, asisten apoteker, analisis kesehatan, perawat gigi, dan sanitarian. Untuk tenaga bidan, penugasan khususnya melalui Pegawai Tidak Tetap (PTT).

Puskesmas yang jumlah tenaga kesehatannya masih kurang dan tidak sesuai dengan standar Puskesmas, maka Dinas Kesehatan bisa mengajukan permohonan bantuan tambahan tenaga kesehatan melalui penugasan khusus. Apabila Puskesmas yang diusulkan masuk kriteria Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan, dan Pemerintah Daerah tidak mampu memenuhi tenaga kesehatannya sendiri, Pemerintah Pusat melalui Kementerian Kesehatan akan

menempatkan tenaga kesehatan di Puskesmas tersebut. Tenaga Kesehatan yang diusulkan direkrut dari propinsi setempat oleh Dinas Kesehatan agar tenaga kesehatan tersebut bisa bertahan di lokasi setempat karena mereka adalah Putra Daerah.

Pada tahun 2010, sesuai dengan Instruksi Presiden No. 3 Tahun 2010, dilakukan pemetaan tenaga kesehatan yang dilakukan oleh Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan. Hasil Pemetaan tersebut menjadi acuan bagi peneliti dalam mengukur ketersediaan tenaga kesehatan di Propinsi Papua.

#### **6.4.1. Ketersediaan Tenaga Kesehatan Kabupaten Keerom tahun 2010**

Kabupaten Keerom telah menjadi lokasi penugasan khusus sejak tahun 2009 karena merupakan kabupaten DTPK prioritas. Hampir 90% tenaga kesehatannya merupakan perpanjangan kontrak dari tahun 2009, hal ini menunjukkan adanya retensi tenaga kesehatan. Baru tahun 2011, beberapa tenaga kesehatan diangkat menjadi PNS, tetapi masih belum pasti penempatan tugasnya. Apabila mereka ditempatkan kembali di lokasi penugasan semula, maka Puskesmas tidak akan mengalami kekurangan ketersediaan tenaga kesehatan, tetapi apabila para tenaga kesehatan ini ditempatkan di lokasi lain, atau di Dinas Kesehatan, maka Puskesmas tersebut akan mengalami kekurangan tenaga kesehatan.

#### **6.4.2. Ketersediaan Tenaga Kesehatan Kota Jayapura tahun 2010**

Kota Jayapura merupakan Ibukota Propinsi, sehingga hanya sedikit wilayahnya yang menjadi daerah DTPK. Distrik Koya Barat dan Distrik Skouw menjadi daerah DTPK karena wilayahnya berbatasan langsung dengan negara Papua Nugini. Jumlah tenaga kesehatan penugasan khusus di Puskesmas Koya Barat hanya 1 orang dan jumlah total tenaga kesehatan di Puskesmas ini sudah memenuhi standar minimal untuk Puskesmas Perawatan yaitu sebanyak 45 tenaga kesehatan.

Puskesmas Skouw masih tergolong baru, didirikan pada tahun 2008. Tenaga kesehatan penugasan khusus mampu meningkatkan jumlah ketenagaan di Puskesmas ini. Menurut pengamatan peneliti, Kekurangan tenaga kesehatan di Puskesmas ini tidak menjadi suatu masalah, karena lokasi Distrik Skouw mudah dijangkau, hanya 90 menit perjalanan ke Kota Jayapura dengan kendaraan dan hanya 15 menit perjalanan dengan kendaraan ke Distrik Koya Barat. Rata-rata tenaga kesehatan di Puskesmas Skouw dan Koya Barat tinggal di Kota Jayapura.

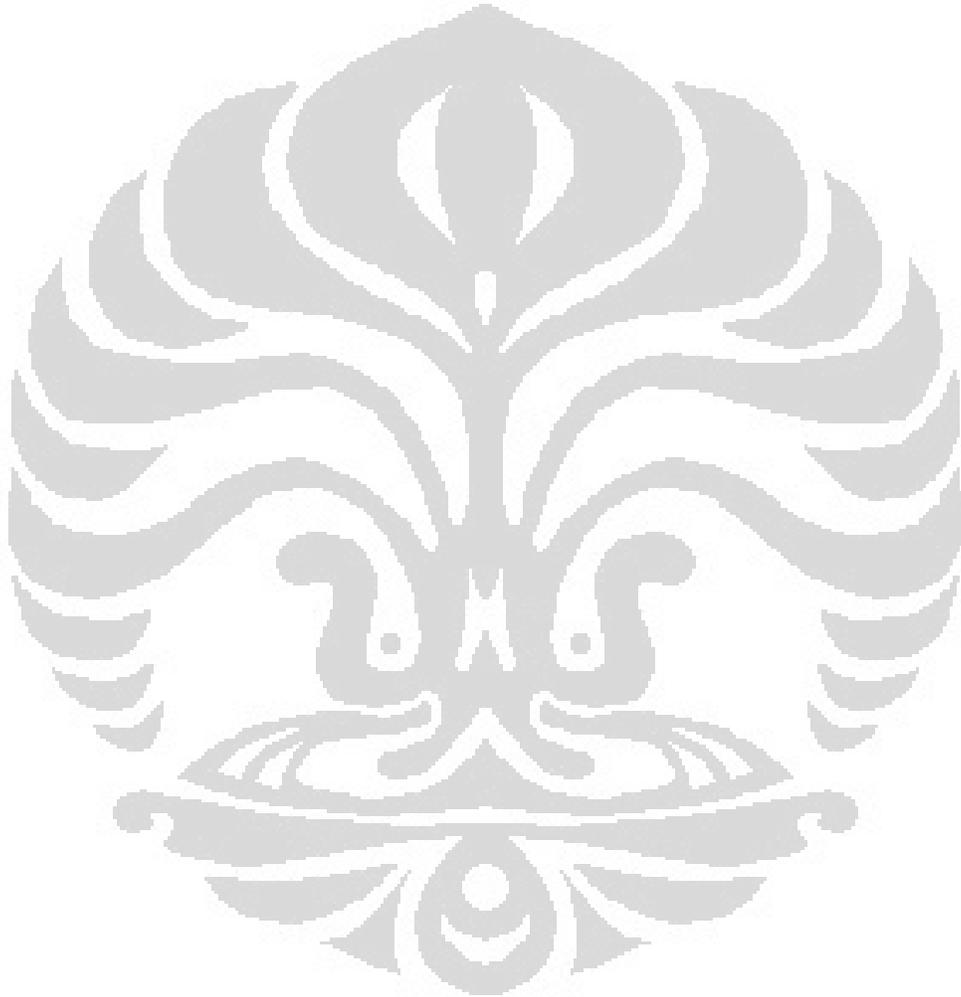
Kota Jayapura sudah memiliki strategi untuk memenuhi ketersediaan tenaga kesehatan di daerah terpencil, yaitu dengan melakukan rotasi dan mutasi tenaga kesehatan dan tenaga kesehatan yang ditempatkan di daerah terpencil diberikan tunjangan dacin.

#### **6.4.3. Ketersediaan Tenaga Kesehatan Kabupaten Sarmi tahun 2010**

Kabupaten Sarmi merupakan kabupaten pemekaran yang baru berdiri pada tahun 2002. Akses menuju ke kabupaten ini cukup sulit, karena distrik ini di kelilingi oleh lautan dan pegunungan. Distrik ini masih kekurangan banyak tenaga kesehatan. Data pemetaan tenaga kesehatan tahun 2010 menunjukkan masih sedikitnya ketersediaan tenaga kesehatan. tenaga kesehatan penugasan khusus secara signifikan meningkatkan ketersediaan tenaga kesehatan.

Sulitnya akses ke Kabupaten ini menyebabkan keengganan tenaga kesehatan untuk bekerja disana. Insentif finansial dan adanya kesempatan untuk diangkat sebagai CPNS memotivasi tenaga kesehatan untuk mengikuti program penugasan khusus. Pada tahun 2011, 10 orang dari 11 orang tenaga kesehatan penugasan khusus di Kabupaten Sarmi telah diangkat sebagai CPNS, SK penempatan baru akan keluar tahun 2012, dimana penempatan tugas para tenaga kesehatan tersebut belum tentu di Puskesmas lokasi penugasan semula. Apabila penempatan mereka kembali di Puskesmas lokasi penugasan, maka para tenaga kesehatan tersebut dikatakan retain, sehingga tidak terjadi kekurangan ketersediaan tenaga kesehatan di Puskesmas DTPK Kabupaten Sarmi.

Apabila penempatan tugas mereka di lokasi lain atau bahkan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Propinsi, maka Puskesmas lokasi penugasan kembali kekurangan tenaga kesehatan.



## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1. KESIMPULAN

Program penugasan khusus merupakan salah satu strategi pemerintah dalam upaya ketersediaan tenaga kesehatan khususnya di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK). Insentif mampu menarik para tenaga kesehatan untuk bekerja di DTPK. Namun insentif bukan merupakan faktor utama yang mempengaruhi retensi tenaga kesehatan penugasan khusus di lokasi penugasan. Kesimpulan lain yang bisa diperoleh dari penelitian ini antara lain sebagai berikut:

1. Insentif non material, yaitu adanya kesempatan untuk diangkat sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS) merupakan faktor utama yang paling mempengaruhi keputusan tenaga kesehatan penugasan khusus untuk tetap tinggal dan bekerja di DTPK. Faktor-faktor lainnya yang mempengaruhi keputusan tenaga kesehatan untuk tetap tinggal dan bekerja di DTPK adalah kebijakan pemerintah, terutama dalam hal penempatan tugas bagi para tenaga kesehatan penugasan khusus setelah mereka diangkat menjadi CPNS. Apabila penempatan mereka kembali di DTPK, maka para tenaga kesehatan ini dikatakan *retain*, tetapi apabila mereka ditempatkan di wilayah lain yang bukan DTPK, maka para tenaga kesehatan penugasan khusus ini tidak *retain*. Faktor lain yang mempengaruhi retensi tenaga kesehatan di DTPK adalah latar belakang sosial dan status tenaga kesehatan (perkawinan, pendidikan, tempat lahir, dll).
2. Insentif financial yang diterima tenaga kesehatan penugasan khusus sebesar Rp. 2.500.000,-, beberapa tenaga kesehatan menerima insentif dari dinas kesehatan kabupaten dan dari Puskesmas yang besarnya tidak tetap. Hal ini dikarenakan tidak ada anggaran khusus untuk insentif tambahan bagi tenaga kesehatan penugasan khusus tersebut, insentif dari Dinas Kesehatan

Kabupaten dan Puskesmas berasal dari anggaran lainnya atau dari jasa pelayanan.

3. Terjadinya disparitas penghasilan dan pendapatan akibat status kepegawaian yang berbeda di sarana pelayanan kesehatan, dimana terdapat tenaga kesehatan PNS, tenaga kesehatan PTT pusat, tenaga kesehatan PTT daerah, dan tenaga penugasan khusus.
4. Pemerintah belum memiliki strategi khusus sebagai upaya meretensi tenaga kesehatan di DTPK. Strategi pemerintah dalam upaya ketersediaan tenaga kesehatan di DTPK adalah melalui kebijakan mutasi dan rotasi tenaga kesehatan, penempatan tenaga kesehatan kontrak seperti PTT dan penugasan khusus, sehingga kebijakan-kebijakan ini sifatnya temporary dan tidak sustainable.
5. Penambahan tenaga kesehatan penugasan khusus di DTPK tidak secara signifikan menambah ketersediaan tenaga kesehatan di DTPK karena program ini sifatnya hanya jangka waktu sementara dan jumlahnya tidak mencukupi, untuk tahun 2011 sebanyak 1245 tenaga kesehatan untuk 185 kab/kota DTPK/DBK

## **7.2. SARAN**

### **7.2.1. SARAN UNTUK PEMERINTAH PUSAT**

1. Pemerintah perlu menyusun strategi retensi tenaga kesehatan sebagai salah satu bentuk pemenuhan ketersediaan tenaga di DTPK, karena selama ini untuk pemenuhan ketersediaan tenaga kesehatan di DTPK dilakukan dengan sistem temporal seperti Pegawai Tidak Tetap (PTT), penugasan khusus, tenaga kesehatan kontrak, dan tenaga kesehatan honorer.
2. Perlu dilakukan kajian mendalam tentang pemberian insentif yang berkeadilan bagi tenaga kesehatan di DTPK, karena adanya perbedaan besaran biaya hidup di tiap-tiap daerah.

3. Perlu dilakukan koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah dalam hal pemberian insentif, sehingga tidak menimbulkan disparitas penghasilan antara tenaga kesehatan PNS, tenaga kesehatan PTT pusat, tenaga kesehatan PTT daerah dan tenaga kesehatan penugasan khusus DTPK
4. Perlu dilakukan koordinasi lebih jauh dengan Badan Kepegawaian Negara (BKN) dan Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Birokrasi (KemenPAN & Birokrasi) untuk pengangkatan para tenaga kesehatan penugasan khusus sebagai PNS sehingga ketersediaan tenaga kesehatan di Puskesmas sesuai standar

#### **7.2.2. SARAN UNTUK PEMERINTAH DAERAH**

1. Perlu dilakukan koordinasi yang lebih baik antara pemerintah pusat baik di lingkungan Kementerian Kesehatan maupun lintas unit sektor terutama dalam hal penempatan tugas bagi para tenaga kesehatan penugasan khusus yang diangkat menjadi CPNSD
2. Perlu dilakukan koordinasi yang lebih baik antara Pemerintah Daerah, Dinas Kesehatan, Badan Kepegawaian Daerah, dan unit struktural di lingkungan sarana pelayanan kesehatan seperti Puskesmas dan Rumah sakit Daerah membahas untuk proses pengadaan tenaga kesehatan sampai dengan mempertahankan tenaga kesehatan yang sudah ada.
3. Pemerintah daerah perlu menyusun sistem penggajian yang berkeadilan dan tidak menimbulkan disparitas antara tenaga kesehatan PNS maupun non PNS

**MATRIKS PENGOLAHAN DATA**

NO	PERTANYAAN	INFORMAN 1	INFORMAN 2	INFORMAN 3	INFORMAN 4	INFORMAN 5	INFORMAN 6	INFORMAN 7
		<b>Kementerian Kesehatan</b>	<b>Dinkes Propinsi Papua</b>	<b>Dinkes Kabupaten Sarmi</b>	<b>Dinkes Kabupaten Keerom</b>	<b>Dinkes Kota Jayapura</b>	<b>Ka. PKM Arso Timur, Kab Keerom</b>	<b>Ka.PKM Waris, Kab Keerom</b>
1	Gaji & insentif dari pemerintah pusat		Informan mengeluhkan keterlambatan pembayaran insentif	Informan menyatakan besarnya insentif sejumlah Rp. 2.500.000 tidak bernilai di wilayah Sarmi karena tingginya harga barang kebutuhan disana	Informan menyatakan bahwa insentif untuk tenaga kesehatan DTPK hanya berasal dari pusat	Informan menyatakan bahwa insentif untuk tenaga kesehatan DTPK hanya berasal dari pusat	Informan mengeluhkan keterlambatan pembayaran insentif	Informan menyatakan tenaga kesehatan mengambil gajinya ke Dinkes Kabupaten yang jaraknya 4-5 jam perjalanan dengan kendaraan bermotor
2	Gaji & insentif dari Pemerintah Daerah/dinkes propinsi/kabupaten		Insentif dari dinkes propinsi tidak ada, tetapi bisa saja ada dari dinkes kab, tergantung kemampuan dinkes kab	Menyatakan bahwa dinkes kab. Memberikan insentif tambahan yang besarnya tidak tetap	Untuk pns yang bekerja di daerah terpencil diberikan tunjangan daci dan ada uang lauk pauk, tetapi untuk tenaga kesehatan DTPK baru akan diajukan pada	Kota jayapura tidak terlalu membutuhkan tenaga kesehatan DTPK, sehingga tidak menyiapkan insentif tambahan untuk mereka, tenaga kesehatan DTPK hanya program nasional	Tunjangan daerah terpencil hanya diberikan kepada tenaga kesehatan PNS, tenaga kesehatan DTPK tidak diberikan insentif tambahan selain yang diterima	Informan menyatakan insentif yang diteima tenaga kesehatan DTPK hanya yang adri pusat saja karena tenaga kesehatan ini kiriman dari

					anggaran tahun 2012	sehingga mereka menerima saja	dari pusat	pusat
3	Gaji & insentif dari Puskesmas		Insentif dari PKM tergantung pada kebijakan kepala puskesmas	Insentif dari PKM kadang tersedia untuk tenaga kesehatan DTPK, terkadang tidak ada.	Insentif dari PKM bisa berasal dari Jamkesmas, Jamkesda dan dari BOK	Insentif berasal dari pelayanan, tenaga kesehatan DTPK diikutsertakan pada pelayanan sehingga bisa mendapat insentif tambahan	Insentif dari PKM bisa berasal dari Jamkesmas, Jamkesda dan dari BOK	Insentif dari PKM bisa berasal dari Jamkesmas, Jamkesda dan dari BOK
4	Rumah dinas		Pemberian rumah dinas diatur oleh kepala puskesmas	Tenaga kesehatan DTPK tidak mendapat rumah dinas, mereka mengontrak 1 kamar bertiga....	Rumah dinas tersedia tetapi sudah ditempati oleh tenaga kesehatan PNS.	Rumah dinas tersedia tetapi sudah ditempati oleh tenaga kesehatan PNS	Rumah dinas tersedia tetapi sudah ditempati oleh tenaga kesehatan PNS, tetapi ada tenaga kesehatan DTPK yang tinggal di rumah dinas bersama tenaga kesehatan PNS	Rumah dinas tersedia tetapi sudah ditempati oleh tenaga kesehatan PNS, tetapi ada tenaga kesehatan DTPK yang tinggal di rumah dinas bersama tenaga kesehatan PNS
5	Kendaraan dinas		Tidak ada kendaraan dinas yang disediakan untuk tenaga kesehatan DTPK	Kendaraan yang digunakan tenaga kesehatan DTPK adalah ojek	Kendaraan dinas yang tersedia di PKM digunakan untuk puskesmas keliling		Kendaraan dinas yang tersedia hanya ambulan	Kendaraan dinas yang tersedia hanya ambulan
6	Penghasilan lainnya		Penghasilan	Tidak ada	Tidak ada		Tidak ada	

			lainnya tergantung pada masing-masing individu tenaga kesehatan	penghasilan lain yang diterima tenaga kesehatan DTPK	penghasilan lain yang diterima tenaga kesehatan DTPK		penghasilan lain yang diterima tenaga kesehatan DTPK	
7	Kesempatan diangkat sebagai CPNSD	Akan dilakukan koordinasi dengan BKD dan Menpan untuk membahas masalah kepegawaian DTPK ini..	Tidak ada prioritas pengangkatan CPNS untuk tenaga kesehatan DTPK	Semua tenaga kesehatan DTPK sudah diangkat sebagai CPNS,tapi ada satu orang yang belum diangkat	Tidak ada prioritas pengangkatan CPNS untuk tenaga kesehatan DTPK, tetapi dinkes sudah mengajukan usulan untuk ini	Kota jayapura tidak terlalu membutuhkan tenaga kesehatan DTPK, sehingga tidak ada prioritas untuk tenaga kesehatan DTPK, bila ingin jadi PNS harus mengikuti ujian penerimaan PNS	Beberapa tenaga kesehatan DTPK diangkat CPNS karena mengikuti tes penerimaan PNS tetapi belum jelas penempatannya, dinkes berharap mereka ditempatkan di lokasi penugasan semula	Beberapa tenaga kesehatan DTPK diangkat CPNS karena mengikuti tes penerimaan PNS tetapi belum jelas penempatannya, dinkes berharap mereka ditempatkan di lokasi penugasan semula
8	Kesempatan mengikuti Diklat	Diklat diberikan satu kali oleh pusdiklat aparatur	Para tenaga kesehatan DTPK baru saja mengikuti diklat yang diselenggarakan oleh pusat	Dinkes tidak memberikan diklat khusus bagi tenaga kesehatan DTPK	Para tenaga kesehatan DTPK baru saja mengikuti diklat yang diselenggarakan oleh pusat		Para tenaga kesehatan DTPK baru saja mengikuti diklat yang diselenggarakan oleh pusat	Para tenaga kesehatan DTPK baru saja mengikuti diklat yang diselenggarakan oleh pusat

9	Insentif non material lainnya	Informan menyatakan banyak faktor yang memotivasi para tenaga kesehatan untuk bekerja di dtpk	Para tenaga kesehatan merupakan kelompok profesi, sehingga mereka harus terampil dan sering mempraktekkan ilmunya, disini mereka bisa dapat banyak pengalaman	Informan menyatakan banyak faktor selain insentif yang memotivasi para tenaga kesehatan mengikuti penugasan khusus	Informan menyatakan para tenaga kesehatan DTPK ingin mengabdikan di daerahnya			
10	Meningkatnya keinginan untuk tetap tinggal di lokasi penugasan	dilihat dari hasil monev tahun-tahun sebelumnya banyak tenaga kesehatan DTPK yang memperpanjang kontrak	Informan menyatakan kemungkinan para tenaga kesehatan akan meneap di daerah tsb apabila diangkat menjadi PNS di daerah tsb	Informan menyatakan sulitnya daerah tsb sehingga banyak tenaga kesehatan yang enggan berlama-lama bekerja disana	Informan menyatakan sulitnya daerah tsb sehingga banyak tenaga kesehatan yang enggan berlama-lama bekerja disana, tetapi ada beberapa tenaga kesehatan yang tinggal disana	Strategi retensi yang dilakukan kota jayapura adalah dengan melakukan rotasi dan mutasi kepada para tenaga kesehatan PNS, tenaga kesehatan PNS yang ditempatkan di daerah terpencil diberikan tunjangan daci	Banyak tenaga kesehatan yang keraswan tinggal di daerah tersebut karena daerahnya merupakan daerah transmigran	Informan menyatakan sulitnya daerah tsb sehingga banyak tenaga kesehatan yang enggan berlama-lama bekerja disana

11	Meningkatnya ketersediaan tenaga kesehatan	Penempatan tenaga kesehatan DTPK mampu mengisi kekosongan tenaga disana						
----	--	---	--	--	--	--	--	--

NO	PERTANYAAN	INFORMAN 8	INFORMAN 9	INFORMAN 10	INFORMAN 11	INFORMAN 12
		<b>Ka. PKM Skow Kota Jayapura</b>	<b>Tenaga kesehatan PKM Arso Timur, Kab.Keerom</b>	<b>Tenaga kesehatan PKM Waris, Kab. Keerom</b>	<b>Tenaga kesehatan PKM Sarmi, Kab Sarmi</b>	<b>Tenaga kesehatan PKM Skouw, Kota Jayapura</b>
1	Gaji & insentif dari pemerintah pusat	Insentif yang sering terlambat menyebabkan tenaga kesehatan DTPK sering mangkir	Informan mengeluhkan keterlambatan pembayaran insentif		Informan mengeluhkan keterlambatan pembayaran insentif	Informan mengeluhkan keterlambatan pembayaran insentif
2	Gaji & insentif	Insentif yang	Para tenaga		Para tenaga	Tahun 2010

	dari Pemerintah Daerah/dinkes propinsi/kabupaten	sering terlambat menyebabkan tenaga kesehatan DTPK sering mangkir	kesehatan DTPK tidak memperoleh insentif tambahan		kesehatan DTPK memperoleh insentif tambahan tapi besarnya berbeda dengan tahun lalu	merima insentif tambahan yaitu tunjangan daci, tetapi di t ahun 2011 tidak menerima lagi
3	Gaji & insentif dari Puskesmas	Para tenaga kesehatan DTPK diperbantukan di administrasi karena di pelayanan sudah cukup tenaga kesehatan PNSnya	Para tenaga kesehatan DTPK terkadang menerima insentif tambahan dari Puskesmas		Para tenaga kesehatan DTPK memperoleh insentif tambahan dari openal	Mereka memperoleh insentif tambahan ari pelayanan yang mereka lakukan
4	Rumah dinas	Para tenaga kesehatan DTPK tinggal di Jayapura dan Koya barat, hanya satu orang yang tinggal di rumah dinas karena berasal dari	Tenaga kesehatan DTPK tinggal di rumah dinas serumah dengan tenaga kesehatan PNS		Informan menyatakan bahwa mereka mengontrak rumah karena tidak dapat rumah dinas.	Informan menyatakan bahwa dia tinggal di rumah dinas menumpang kepada tenaga kesehatan PNS

		Biak				
5	Kendaraan dinas	Tidak tersedia kendaraan dinas			Tidak tersedia kendaraan dinas	...ada mobil yang antar kita dari koya ...
6	Penghasilan lainnya		Tidak memiliki penghasilan lainnya			Tidak memiliki penghasilan lainnya
7	Kesempatan diangkat sebagai CPNSD	Bila ingin diangkat menjadi CPNS para tenaga kesehatan DTPK harus mengikuti tes tersendiri	Tenaga kesehatan DTPK sudah mengikuti tes CPNS tiga kali dan baru tahun 2011 berhasil lolos dan diangkat menjadi CPNS		Informan diangkat sebagai CPNS tetapi menunggu SK yang baru akan keluar tahun 2012	Informan sudah dua kali mengikuti tes CPNS tetapi belum pernah lulus
8	Kesempatan mengikuti Diklat	Para tenaga kesehatan DTPK baru saja mengikuti diklat yang diselenggarakan oleh pusat	Para tenaga kesehatan DTPK baru saja mengikuti diklat yang diselenggarakan oleh pusat		Para tenaga kesehatan DTPK baru saja mengikuti diklat yang diselenggarakan oleh pusat	Para tenaga kesehatan DTPK baru saja mengikuti diklat yang diselenggarakan oleh pusat

9	Insentif non material lainnya					Informan menyatakan harapannya untuk bisa diangkat menjadi PNS
10	Meningkatnya keinginan untuk tetap tinggal di lokasi penugasan	Para tenaga kesehatan DTPK pulang ke rumah masing-masing di daerah JAyapura	Informan menyatakan bersedia tinggal dan bekerja di lokasi penugasan apabila diangkat menjadi PNS di lokasi penugasan tsb		Informan menyatakan akan tinggal dan bekerja di lokasi penugasan klarena suaminya juga bekerja disana	Informan berharap akan diangkat menjadi PNS, tetapi ingin ditempatkan di dinas kesehatan propinsi

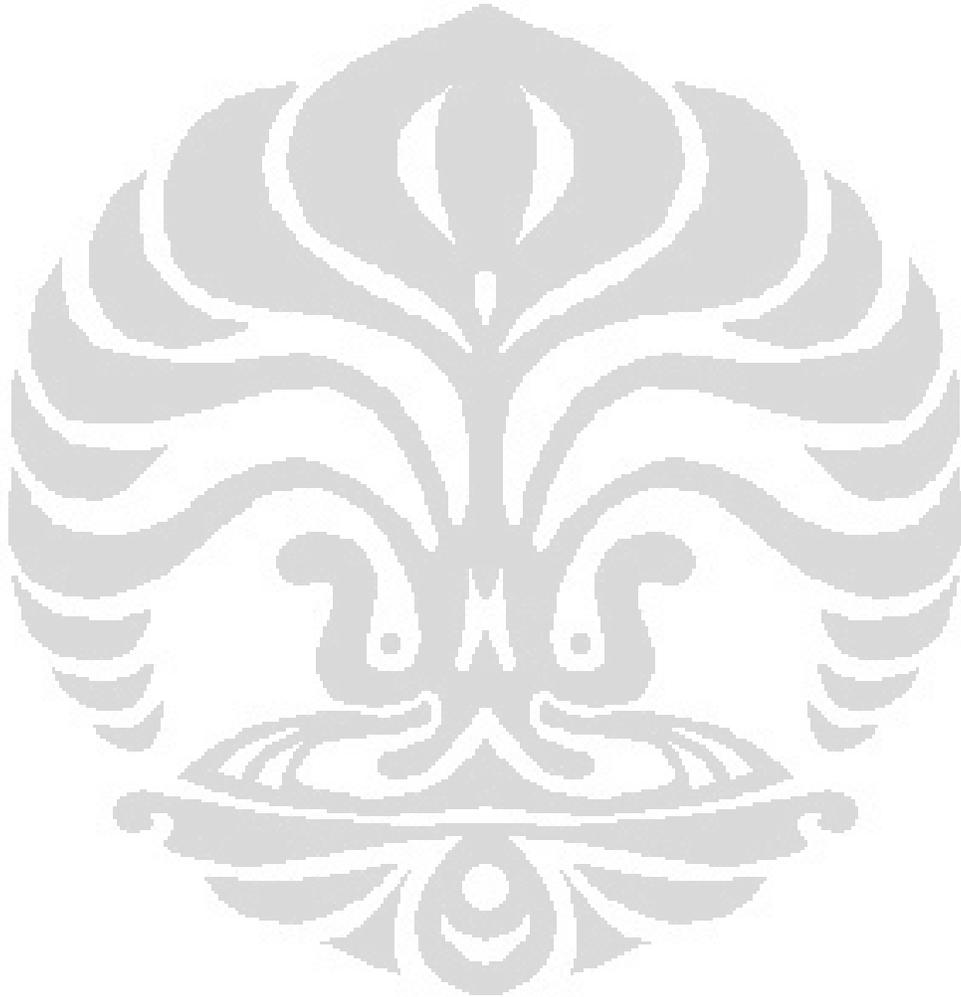
11	Meningkatnya ketersediaan tenaga kesehatan	Informan merasa tenaga kesehatan PNS sudah cukup, sehingga tenaga kesehatan DTPK hanya diperbantukan di administrasi	Perawat di sana kurang, sehingga tenaga kesehatan DTPK keberadaannya sangat membantu pelayanan			Perawat di sana kurang, sehingga tenaga kesehatan DTPK keberadaannya sangat membantu pelayanan
----	--	--	--	--	--	--

## DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, Wiku,(2007), Sistem Kesehatan, Perhitungan Kebutuhan Tenaga Kesehatan Berdasarkan Indikator Sehat 2010, Jakarta, Raja Grafindo Persada
- Alwasilah, Chaedar.A (2000), Pokoknya Kualitatif; Dasar-dasar Merancang dan Melakukan Penelitian Kualitatif, Jakarta, Pustaka Jaya
- Ayuningtyas, Dumilah & Setiadi, Gunawan, (2003), Sistem Pemberian Insentif yang Berpihak pada SDM Kesehatan Daerah Terpencil: Atas nama Keadilan & Cita-cita Reformasi Manajemen Manajemen SDM Kesehatan, Jakarta, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
- Azwar, Azrul, & Prihartono, Joedo (1987), Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat, Jakarta, PT Binarupa Aksara
- Bungin, Burhan, (2007), Analisis Data Penelitian Kualitatif, Jakarta, Rajawali Press
- Cusway, B (1994), Human Resources Management, (Teti, penerjemah), PT Elex Media Komputindo.
- Departemen Kesehatan (2002), Penempatan Tenaga Medis Melalui Masa Bakti dan Cara Lain, Jakarta
- Departemen Kesehatan, (2009) Kajian dan Pembangunan Kesehatan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005-2025, Jakarta
- Dessler, Garry, (1998) Manajemen Sumber Daya Manusia,
- Dieleman, Marjolein & Harnmeijer, Jan Willem, Improving Health Worker Performance: in Search of Promising Practice, (2006), Geneva, World Health Organization
- Do Lea, Carmen, Stormont, Laura & Braichet, Jean-Marc(2010) Evaluating Strategies to Increase Attraction and Retention of Health Workforce in Remote and Rural Areas, Bulletin World Health Organization, Geneve
- Green, Judith & Thorogood, Nicci(2009), Qualitative Methods for Health Research, second edition, London, SAGE Publication
- Hague, Paul (1993), Merancang Kuesioner, (Ferry, penerjemah), Jakarta, Pressindo

- Hague, Paul (1995), *Merancang Kuesioner*, (Ferri, penerjemah), Jakarta, PT Pustaka Binaman Pressindo .
- Hasibuan, M.S.P, (2001), *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Jakarta, Bumi Aksara
- Henderson LN & Tulloch J (2008), *Incentives for Retaining and Motivating Health Workers in Pacific and Asian Countries*, Human Resources for Health, Australia
- Ivancevich, John M (2001), *Human Resources Management*, 8<sup>th</sup> edition, Mc Graw-Hill, International
- Mankiw, Gregory (1998), *Principles of Macroeconomics*, New York, The Dryden Press
- Miles, Mathew B. & Huberman, A. Michael (1992), *Analisis Data Kualitatif*, (Rohendi Rohidi Tjetjep, penerjemah), Jakarta, UI-Press
- Mobley, W.H, (1986), *Pergantian Karyawan: Sebab, Akibat, & Pengendaliannya*, (Irawati, penerjemah), Jakarta, Gramedia
- Nair, Shiny S (2009), *Employee Retention*, India
- Notoatmodjo, S (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta, Penerbit Rineka Cipta,
- Pas, Remco Van De (2009), *Human Resources for Health, Opportunity & Challenge in the Indonesian Province of Papua*, Amsterdam, Royal Tropical Institute
- Rivai, Veithzel & Sagala, Ella J (2009), *Manajemen Sumber Daya Manusia bagi Perusahaan*, Jakarta, Rajawali Press
- Siagian, Sondang P (2009), *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Jakarta, Bumi Aksara
- Simamora, Henry (2008), *Manajemen Sumber daya Manusia*, STIE YKPN, Jakarta
- Singarimbun (1989), *Metode Penelitian Survey*, Jakarta, LPE3S
- Sudjtmiki, Steve (2011), *Keep your Best People; Jangan Sampai Karyawan Terbaik Anda Henggang atau Dibajak*, Jakarta, Gramedia Pustaka Utama
- Tarigan, Ferdinan S, *Analisis Kebijakan Pemerataan Dokter dan Dokter Gigi di Indonesia Tahun 2009*, Jakarta, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
- World Health Organization(2000) *World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance*. Geneva

World Health Organization,(2010) Global Policy Recommendation: Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas Through Improved Retention, Geneva



## LAMPIRAN 1

**PEDOMAN WAWANCARA  
TENAGA KESEHATAN**

Tanggal Wawancara :  
Nama Informan :  
Jenis Kelamin :  
Umur :  
Lokasi Penugasan :  
Pendidikan Terakhir :  
Status Penugasan : Baru di tahun 2011/Perpanjangan dari 2010

**PENGELUARAN INFORMAN DI LOKASI PENUGASAN**

1. Jelaskan pendapatan apa saja yang anda peroleh di lokasi penugasan ini
2. Apakah Saudara mendapatkan pelatihan selama mengikuti penugasan khusus ini?
3. Jelaskan motivasi saudara mengikuti penugasan khusus ini
4. Jelaskan apa yang akan saudara lakukan seandainya saudara diangkat sebagai PNS disini?
5. Jelaskan rencana saudara terhadap karir saudara kedepan

## LAMPIRAN 2

**PEDOMAN WAWANCARA  
PEJABAT/STAF TERKAIT DI DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN**

1. Jelaskan Pendapat apa saja yang diterima oleh para tenaga kesehatan pada penugasan khusus di DTPK
2. Jelaskan pendapat apa saja yang diterima oleh tenaga kesehatan PNS di kabupaten ini, khususnya dipuskesmas
3. Sejak terisi oleh tenaga kesehatan pada penugasan khusus, apakah ada peningkatan terhadap pelayanan kesehatan di wilayah Kabupaten Keerom, khususnya di DTPK?apabila ada jelaskan
4. Jelaskan bagaimana rencana karir para tenaga kesehatan DTPK tersebut? Apakah mereka memiliki kesempatan untk menjadi CPNSD

## LAMPIRAN 3

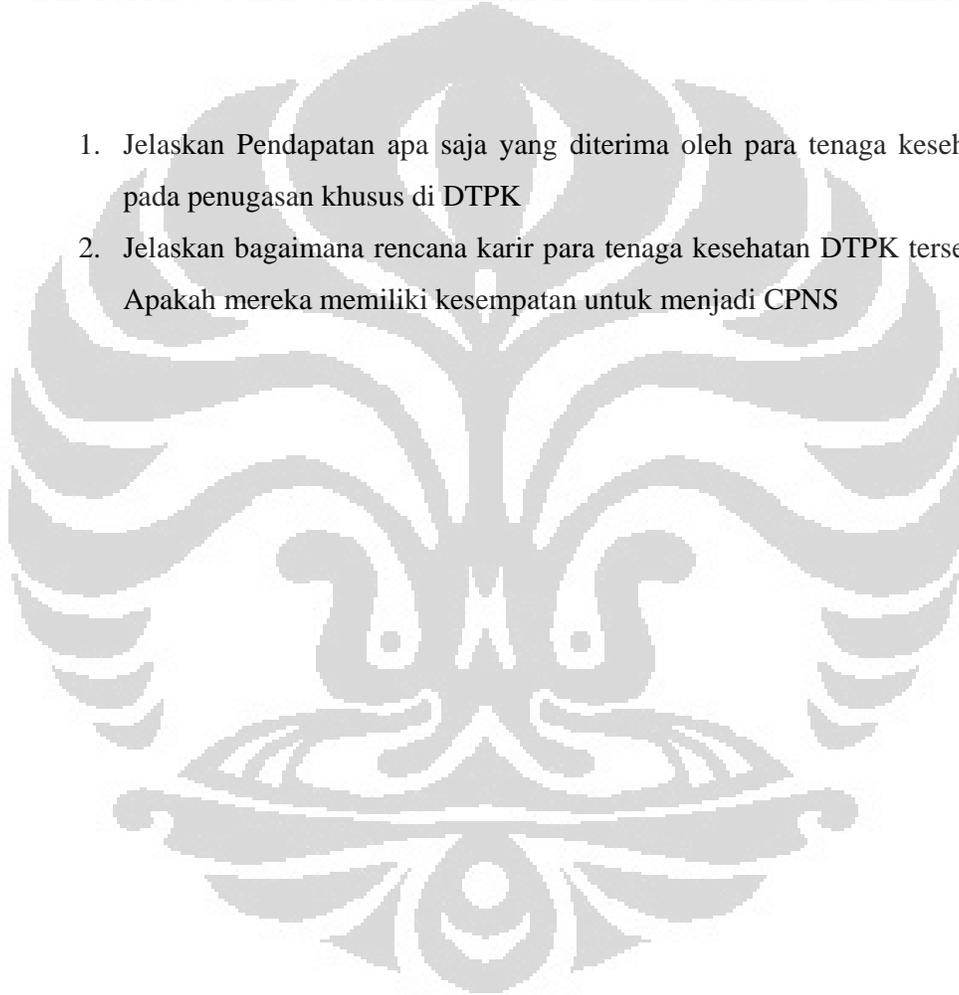
**PEDOMAN WAWANCARA  
PEJABAT/STAF TERKAIT DI DINAS KESEHATAN  
PROPINSI PAPUA**

1. Jelaskan Pendapat apa saja yang diterima oleh para tenaga kesehatan pada penugasan khusus di DTPK
2. Jelaskan pendapat apa saja yang diterima oleh tenaga kesehatan PNS di kabupaten ini, khususnya dipuskesmas
3. Sejak terisi oleh tenaga kesehatan pada penugasan khusus, apakah ada peningkatan terhadap pelayanan kesehatan di wilayah DTPK?apabila ada jelaskan
4. Jelaskan bagaimana rencana karir para tenaga kesehatan DTPK tersebut? Apakah mereka memiliki kesempatan untk menjadi CPNSD

## LAMPIRAN 4

**PEDOMAN WAWANCARA  
PEJABAT/STAF TERKAIT DI PUSAT PERENCANAAN DAN  
PENDAYAGUNAAN SDM KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN**

1. Jelaskan Pendapat apa saja yang diterima oleh para tenaga kesehatan pada penugasan khusus di DTPK
2. Jelaskan bagaimana rencana karir para tenaga kesehatan DTPK tersebut? Apakah mereka memiliki kesempatan untuk menjadi CPNS



## LAMPIRAN 3

**PEDOMAN WAWANCARA  
KEPALA PUSKESMAS**

1. Jelaskan Pendapat apa saja yang diterima oleh para tenaga kesehatan pada penugasan khusus di DTPK
2. Jelaskan pendapat apa saja yang diterima oleh tenaga kesehatan PNS dipuskesmas ini.
3. Sejak terisi oleh tenaga kesehatan pada penugasan khusus, apakah ada peningkatan terhadap pelayanan kesehatan di Puskesmas?apabila ada jelaskan
4. Jelaskan bagaimana rencana karir para tenaga kesehatan DTPK tersebut? Apakah mereka memiliki kesempatan untuk menjadi CPNSD