



UNIVERSITAS INDONESIA

PENGARUH INSENTIF MATERIAL DAN NON MATERIAL
TERHADAP KETERSEDIAAN TENAGA KESEHATAN DI
KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2012

TESIS

HADIYANTO

1006754970

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN

DEPOK

JUNI 2012



UNIVERSITAS INDONESIA

PENGARUH INSENTIF MATERIAL DAN NON MATERIAL
TERHADAP KETERSEDIAAN TENAGA KESEHATAN DI

KABUPATEN BOGOR

TAHUN 2012

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan
Masyarakat

HADIYANTO

1006754970

FAKULTAS ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

PROGRAM MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN

DEPOK

JUNI 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Hadiyanto

NPM : 1006754970

Mahasiswa Program : Manajemen Pelayanan Kesehatan

Tahun Akademik : 2010

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul Pengaruh Insentif Material dan Non Material Terhadap Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Bogor Tahun 2012

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditentukan .

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya

Depok, 6 Juli 2012



(Hadiyanto)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Hadiyanto
NPM : 1006754970
Tanda Tangan : 
Tanggal : 06 JULI 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Hadiyanto
NPM : 1006754970
Program Studi : Manajemen Pelayanan Kesehatan
Judul : Pengaruh Insentif Material dan Non Material Terhadap Ketersediaan Tenaga Kesehatan Di Kabupaten Bogor

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

Dewan Penguji

Pembimbing : Dr. dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS

Penguji : Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, DSc

Penguji : Dr. Budi Hartono, SE, MARS

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 6 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Saya mengucapkan syukur kepada Tuhan sebagai sumber segala ilmu yang ada di dunia ini dan berkat Rahmat-Nya juga saya dapat menyelesaikan Tesis ini pada waktunya. Saya menuliskan tesis ini dengan judul pengaruh insentif material dan non material terhadap ketersediaan tenaga kesehatan di Kabupaten Bogor tahun 2012 sebagai bagian dari persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat dari Universitas Indonesia.

Sebagai manusia yang penuh dengan keterbatasan, saya sangat menyadari bahwa banyak bantuan dan bimbingan yang saya terima dari berbagai pihak mulai dari perkuliahaan sampai dengan proses pembuatan tesis ini, dan penulis berharap mendapatkan masukan yang membangun untuk membuat penelitian ini lebih bermanfaat bagi yang membacanya, Oleh Karena itu saya mengucapkan terima kasih yang tulus dan ikhlas kepada :

1. Dr. dra. Dumilayah Ayuningtyas, MARS, selaku pembimbing tesis, yang telah memberikan waktunya yang berharga serta masukan, bimbingannya selama penulis menyelesaikan tesis ini
2. Segenap pimpinan, pengajar dan staf pengajar AKK FKM UI yang telah memberikan ilmunya dalam proses belajar mengajar selama penulis mengikuti pendidikan
3. drg. Tri Wahyu Harini, MM., M.kes sebagai kepala dinas kesehatan Kabupaten Bogor, yang memberikan ijin untuk melakukan penelitian di Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor
4. dr. Radianti, MARS sebagai direktur RSUD Cibinong yang telah memberikan ijin dan bantuan untuk melakukan penelitian di RSUD Cibinong
5. dr. Vitrie Winastri, MARS selaku pendamping saya selama melakukan penelitian di RSUD Cibinong

6. dr. Liliana Y.S., sebagai kepala puskesmas Ciawi yang memberikan kesempatan untuk melakukan penelitian di puskesmas Ciawi
7. dr. Hendrayati Ipango, sebagai kepala puskesmas Tenjo yang memberikan kesempatan untuk melakukan penelitian di puskesmas Tenjo
8. Seluruh karyawan dinas kesehatan Kabupaten Bogor yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah banyak memberikan bantuan dalam penelitian ini
9. Seluruh karyawan RSUD Cibinong yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan dalam penelitian ini
10. Seluruh staf puskesmas Ciawi dan Tenjo yang telah memberikan bantuan dalam penelitian ini
11. Keluarga saya, terutama istri saya Sri Lestari Santoso yang memberikan dukungan penuh untuk menyelesaikan tesis ini
12. Anak-anakku yang tercinta Willson Putra Hadinata dan Michelle Gracia Putri Hadinata yang memberikan kekuatan bagi ayahnya dan membagi waktu bermainnya dengan waktu untuk pengerjaan tesis ini sehingga dapat diselesaikan tepat pada waktunya
13. Pak Tariswan, Putri Rahmawati, Faisal, Henny Kartikasari, Mita, Ibu Ima Haryati, mbak NTW, serta teman - teman yang lain yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah banyak membantu saya dalam proses penyelesaian tesis ini
14. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan kepada penulis dalam menyelesaikan pendidikan

Akhir kata saya berharap semua kebaikan dan bantuan yang diberikan dibalas oleh Tuhan Yang Maha Esa, dan semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Jakarta, 20 Juni 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : Hadiyanto
NPM : 1006754970
Program Studi : Manajemen Pelayanan Kesehatan
Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

demikian demi perkembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalti Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Pengaruh Insentif Material dan Non Material Terhadap Ketersediaan Tenaga Kesehatan Di Kabupaten Bogor

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 Juni 2012

Yang Menyatakan



(Hadiyanto)

ABSTRAK

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM STUDI MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN
Tesis, 21 Juni 2012

Hadiyanto Usman
Pengaruh Insentif Material dan Non Material Terhadap Ketersediaan Tenaga Kesehatan Di Kabupaten Bogor Tahun 2012

Ketersediaan dan penyebaran tenaga kesehatan merupakan masalah di dunia, tenaga kesehatan cenderung di daerah perkotaan, metoda penelitian adalah kualitatif serta dilakukan triangulasi dan analisis isi. Kabupaten Bogor memberikan insentif material dan non material bagi tenaga kesehatan dalam penelitian menunjukkan insentif bukan merupakan satu-satunya faktor yang membuat tenaga kesehatan untuk bertahan ada hal yang mempengaruhi yaitu faktor personal dari tenaga kesehatan seperti tempat tinggal yang dekat dengan tempat pekerjaan, mencintai pekerjaannya dan faktor lainnya adalah kebebasan untuk mengembangkan diri sehingga dapat berinovasi dan berkreasi, penghargaan kepada tenaga kesehatan juga merupakan hal yang penting

Kata kunci :

Insentif material dan non material, Ketersediaan Tenaga Kesehatan

FACULTY OF PUBLIC HEALTH
UNIVERSITY OF INDONESIA
STUDY OF HEALTH MANAJEMEN PROGRAM
Tesis, 21 Juni 2012

Hadiyanto Usman

The influence Material and Non Material Incentives Against Availability of
Medical Staffs in Bogor Regency Year 2012

Availability and spread of health workers is a problem in the world, health workers tend to be in urban areas, the research method is qualitative and carried out triangulation and content analysis. Bogor regency provide material and non material incentives for health workers in the study showed incentives are not the only factor that makes health workers to stay there are things that affect the health of the personal factors such as living close to the place of work, loves his work and the factors another is the freedom to develop themselves so that they can innovate and be creative, awards to health professionals is also an important

Key Words :

Material and nonmaterial incentives, availability of health personnel

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
1. PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan masalah.....	6
1.3. Pertanyaan penelitian.....	7
1.4. Tujuan penelitian.....	7
1.5. Manfaat penelitian.....	7
1.6. Ruang lingkup penelitian.....	8
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1. Tenaga kesehatan dalam era desentralisasi.....	9
2.2. Pengertian Tenaga Kesehatan.....	10
2.3. Pemeliharaan Tenaga Kesehatan.....	10
3. KERANGKA PIKIR DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	26
3.1. Kerangka Teoritis.....	26
3.2. Kerangka Pikir.....	27
3.3. Daftar Istilah.....	29
4. METODOLOGI PENELITIAN.....	32
4.1. Desain Penelitian.....	32
4.2. Waktu dan lokasi Penelitian.....	32
4.3. Informan.....	32

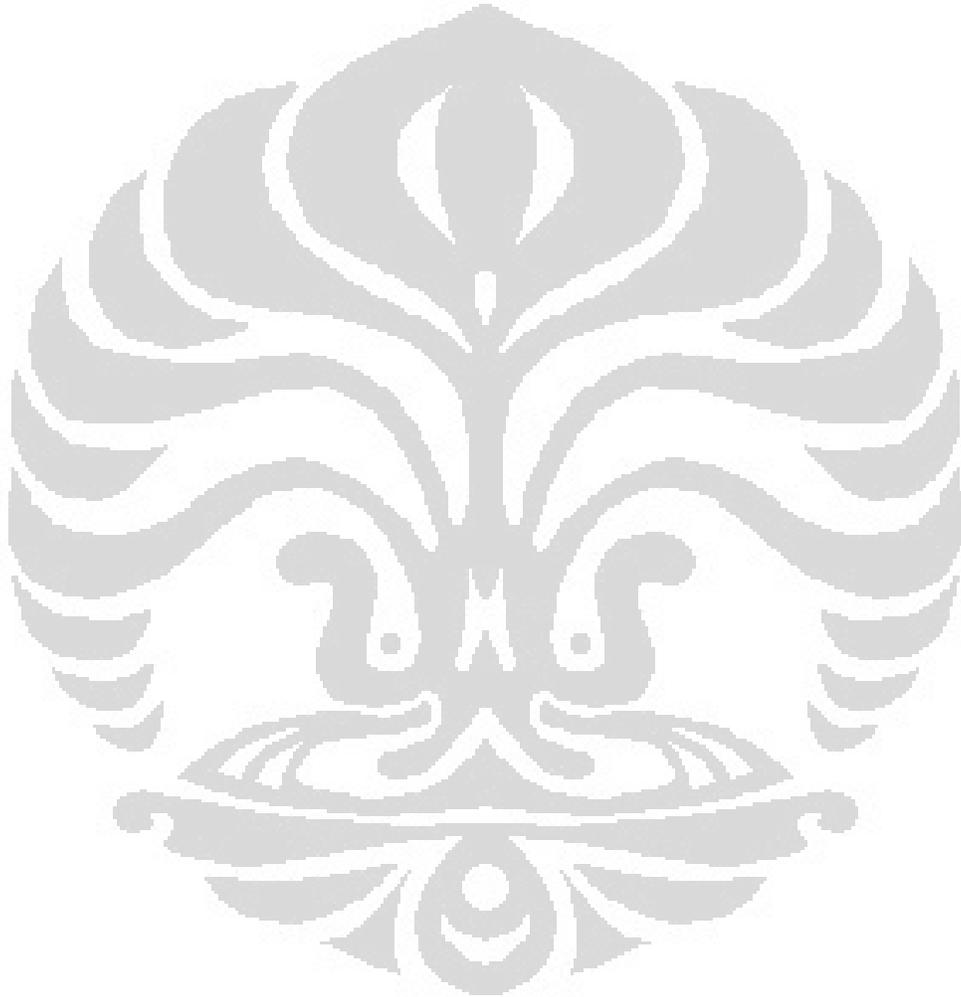
4.4. Teknik Pengumpulan data	33
4.5. Instrumen dan cara pengambilan data.....	33
4.6. Manajemen data.....	33
4.7. Analisis Data.....	35
5. HASIL DAN PEMBAHASAN	36
5.1. Gambaran umum wilayah Kabupaten Bogor	36
5.2. Pelaksanaan Penelitian	39
5.3. Karakteristik Informan.....	40
5.4. Gambaran Sarana Kesehatan dan Tenaga Kesehatan	41
5.5. Insentif.....	48
6. KESIMPULAN DAN SARAN	83
6.1. Kesimpulan.....	83
6.2. Saran.....	84
DAFTAR PUSTAKA	87
LAMPIRAN	92

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1.	Jenis Tenaga Kesehatan dan Ratio terhadap penduduk.....	3
Tabel 1.2.	Ketersediaan Sumber daya Kesehatan Tahun 2010.....	4
Tabel 2.1.	Macam – Macam Insentif.....	17
Tabel 2.2.	Jenis – Jenis Insentif.....	18
Tabel 3.1.	Kerangka Teori menurut Dielmen.....	24
Tabel 3.2.	Definisi Istilah.....	28
Tabel 4.1.	Dummy Table dan Uji Triangulasi.....	33
Tabel 5.1.	Karakteristik Informan Penelitian.....	41
Tabel 5.2.	Puskesmas dan Desa Terpencil.....	43
Tabel 5.3.	Sarana Kesehatan Pemerintah di Kabupaten Bogor.....	46
Tabel 5.4.	Sarana Kesehatan Swasta di Kabupaten Bogor.....	47
Tabel 5.5.	Tenaga Kesehatan di Kabupaten Bogor.....	48
Tabel 5.6.	Gaji di Kabupaten Bogor.....	53
Tabel 5.7.	Bonus di Kabupaten Bogor.....	54
Tabel 5.8.	Bantuan Biaya Pengobatan di Kabupaten Bogor.....	55
Tabel 5.9.	Jaminan Hari Tua di Kabupaten Bogor.....	56
Tabel 5.10.	Kendaraan Dinas di Kabupaten Bogor.....	57
Tabel 5.11.	Rumah Dinas di Kabupaten Bogor.....	58
Tabel 5.12.	Penghasilan lainnya di Kabupaten Bogor.....	66
Tabel 5.13.	Pelatihan di Kabupaten Bogor.....	69
Tabel 5.14.	Pengembangan Karier di Kabupaten Bogor.....	72
Tabel 5.15.	Pengangkatan PNS di Kabupaten Bogor.....	73
Tabel 5.16.	Penghargaan di Kabupaten Bogor.....	75
Tabel 5.17.	Studi Lanjut di Kabupaten Bogor.....	77
Tabel 5.18.	Jumlah minimal pegawai di puskesmas.....	78
Tabel 5.19.	Tenaga Kesehatan di puskesmas.....	79
Tabel 5.20.	Kebutuhan Pegawai di Rumah Sakit.....	81

DAFTAR GAMBAR

Gambar 5.1.	Wilayah Administrasi Kabupaten Bogor	36
Gambar 5.2.	Sistem Karier PNS di Kesehatan.....	71



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Perkembangan ilmu kedokteran yang sangat cepat dapat menimbulkan suatu masalah bagi manusia yang disebabkan karena diperlukan semakin banyak pula jumlah orang yang perlu menguasai bidang kedokteran sehingga ilmu kedokteran dapat dimanfaatkan secara optimal untuk kesejahteraan manusia, namun yang terjadi tenaga kesehatan cenderung untuk memilih daerah yang dapat menghasilkan uang bagi dirinya, tentu saja hal ini akan menimbulkan masalah baru, yaitu masalah ketersediaan dari tenaga kesehatan, yaitu dokter, perawat, bidan dan tenaga kesehatan lainnya, selain masalah ketersediaan tenaga kesehatan, masalah lain yang sering muncul adalah penyebaran dari tenaga kesehatan yang tidak merata. Tenaga kesehatan cenderung akan berkumpul di kota besar sedangkan daerah pinggiran atau daerah kecil biasanya akan kesulitan untuk mendapatkan tenaga kesehatan. Seperti di amerika yang memiliki dokter yang cukup banyak, namun rasio antara dokter dan pasiennya 1: 390, serta penyebarannya yang belum merata juga masih merupakan persoalan (Stewart, 2011) (Global, 2008) (Kristiani, 2006).

Bahkan para tenaga kesehatan ada sampai pindah dari negara-negara yang miskin secara ke negara yang kaya untuk mencari penghidupan yang lebih baik untuk diri mereka, WHO memperkirakan dunia kekurangan tenaga kesehatan sekitar 4,2 juta orang yang diakibatkan dari migrasi para tenaga kesehatan dari negara yang miskin ke negara kaya, bahkan ada yang sudah sampai pada tahap kritis kekurangan tenaga kesehatan yang terparah berada di bagian sub-saharan Africa (IRIN, 2011).

Dengan adanya sistem pemerintahan yang bersifat desentralisasi di banyak negara membuat masalah ini sulit dipecahkan seperti di Mexico, Ghana, Nigeria, Genewa, Kenya, serta Afrika Selatan menghadapi masalah yang sama yaitu masalah ketersediaan dan penyebaran sumber daya kesehatan yang cenderung memilih daerah perkotaan, dikarenakan di perkotaan lebih banyak fasilitas untuk

menunjang praktek mereka dan juga faktor pendapatan yang lebih besar dibandingkan mereka tinggal dan praktek di daerah pedesaan (syafrizal, 2010) (Liisa & Aitken, 2004) (Kingma, 2003) (Henderson & Tulloch, 2008) (Global, 2008) (Ndetei, Lincoln, & Omolo, 2008).

Di Indonesia dengan bergulirnya era reformasi membawa banyak tantangan baru bagi kehidupan di Indonesia, khususnya di bidang kesehatan, mulai dari masalah ketersediaan sumber daya manusia kesehatan, penyebaran sumber daya manusia kesehatan yang tidak merata, ada daerah yang mampu sehingga mereka memiliki banyak tenaga kesehatan sampai ada daerah yang tidak ada tenaga kesehatannya, semuanya ini berujung dari otonomi daerah UU No.32 tahun 2004 pasal 14 tentang pemerintah daerah, dimana masing-masing daerah diberikan kewenangan untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat sesuai dengan peraturan dan perundangan yang berlaku. (RI P. , 2004) (Heywood & Harahap, 2009)

Indonesia mengalami kekurangan hampir semua jenis tenaga kesehatan yang diperlukan oleh masyarakat, pada tahun 2001 saja diiperkirakan per 100.000 penduduk baru dilayani oleh 7,9 dokter umum, 2,0 dokter gigi, 2,86 dokter spesialis dan 25,91 bidan, untuk tenaga kesehatan masyarakat per 100.000 penduduk baru dilayani oleh 1,27 sarjana kesehatan masyarakat, 3,42 apoteker, 3,22 ahli gizi dan 1,39 tenaga sanitasi, dan banyak puskesmas belum memiliki dokter dan tenaga kesehatan masyarakat. Pada tahun 2004, Indonesia memiliki 274.383 tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit dan puskesmas di seluruh Indonesia yang melayani sekitar 218 juta penduduk, rasio perbandingan antara penduduk dan tenaga kesehatan dapat dilihat pada table 1 di bawah ini (Adisasmito, 2007) (Tarigan, 2009) (Ilyas Y. , 2006) (Heywood & Harahap, 2009).

Tabel 1.1. Jenis Tenaga kesehatan dan Ratio terhadap penduduk

Jenis Tenaga	Rasio per 100.000 penduduk tahun 2004
Dokter Spesialis	5,1
Dokter Umum	7,2
Dokter Gigi	2,5
Perawat	59,6
Bidan	27,3
Apoteker	0,56
Asisten Apoteker	3,72
SKM	0,69
Sanitarian	3,54
Ahli Gizi	3,97

Sumber : Kajian perencanaan tenaga kesehatan tahun 2005

Pada tahun 2005 ternyata Indonesia masih banyak kekurangan tenaga medis dan ini terus berlangsung sampai saat ini pada tahun 2011 berdasarkan laporan pusat data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dipaparkan luas total daerah daratan Indonesia 1.910.931,32 km², dengan jumlah penduduk 237.641.326 jiwa (sensus BPS tahun 2010) sangat membutuhkan ketersediaan tenaga kesehatan yang mencukupi untuk melakukan pelayanan kepada seluruh penduduk di Indonesia, saat ini berdasarkan data yang ada ketersediaan dokter umum sekitar 25.333 orang, dokter spesialis 8.403 orang, dokter gigi 8.731 orang, jika dihitung maka sangat kurang jumlah dokter di Indonesia untuk melayani pasien, dengan kondisi seperti ini 1 dokter umum melayani hampir 9000 orang, belum lagi jika dihitung dari dokter spesialis ataupun dokter gigi. Hal ini akan semakin terlihat ketersediaan tenaga kesehatan di Indonesia sangat kurang jika dilihat dari ketersediaan tenaga kesehatan lain seperti perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, gizi dan lainnya

Tabel 1.2. Ketersediaan Sumber daya Kesehatan Tahun 2010

No.	Sumber Daya Kesehatan (Tenaga Kesehatan)	Data Tahun 2010 (orang)	Sumber Data	
1	Medis	Spesialis	8.403	Badan PPSDM Kesehatan
		Dokter	25.333	Badan PPSDM Kesehatan
		Dokter gigi	8.731	Badan PPSDM Kesehatan
2	Keperawatan	Perawat	160.074	Badan PPSDM Kesehatan
		Perawat Gigi	9.723	Badan PPSDM Kesehatan
3	Bidan	96.551	Badan PPSDM Kesehatan	
4	Farmasi	Asisten Farmasi	11.758	Badan PPSDM Kesehatan
		Farmasi	6.264	Badan PPSDM Kesehatan
5	Kesehatan Masyarakat	21.364	Badan PPSDM Kesehatan	
6	Kesehatan Lingkungan	13.505	Badan PPSDM Kesehatan	
7	Gizi	12.823	Badan PPSDM Kesehatan	
8	Terapi Fisik	2.587	Badan PPSDM Kesehatan	
9	Teknisi Medis	9.099	Badan PPSDM Kesehatan	
10	Analisis Kesehatan	5.530	Badan PPSDM Kesehatan	
11	Lainnya	109.307	Badan PPSDM Kesehatan	

Sumber : Kemnkes RI tahun 2011

Belum lagi perbandingan antara dokter dengan pasien dimana dokter banyak di daerah perkotaan, terutama di Jawa dan Bali, khususnya di Jakarta (70%) (Direktorat, 2010), saat ini perbandingan antara dokter dan pasien berkisar 1 : 16.000, padahal idealnya adalah 1:2000 hal ini dapat dimengerti dikarenakan di daerah ibukota lebih banyak peluang yang menjanjikan bagi seorang dokter mulai dari fasilitas sampai kepada kemudahan akses ke tempat pelayanan kesehatan (Direktorat, 2010) (Herman, 2011) (Herman & Basri, 2008) (syafriзал, 2010) (Laksimiarti & Rachmawati, 2 April 2010), selain itu rendahnya kualitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan juga merupakan masalah di Indonesia pada tahun 2002 terdapat 1215 rumah sakit yang terdiri dari 953 rumah

sakit umum dan 262 rumah sakit khusus, dengan jumlah tempat tidur di rumah sakit sebanyak 127.217 tempat tidur atau rata-rata 61 tempat tidur melayani 100.000 penduduk, walaupun rumah sakit terdapat hampir di semua kabupaten / kota namun kualitas pelayanan masih di bawah standar, masyarakat merasa kurang puas dengan mutu pelayanan rumah sakit. (Adisasmito, 2007)

Daerah terdekat dari ibukota saja masih banyak kekurangan tenaga medis, di Kabupaten Bogor padahal idealnya 1 : 600, jumlah tenaga dokter saat ini sekitar 246 orang. Saat ini perbandingan dokter umum dengan penduduk di Kabupaten Bogor adalah 1 : 41.974, rasio perbandingan dokter gigi dengan penduduk adalah 1 : 15.852, rasio perbandingan antara paramedis dengan penduduk adalah 1 : 10.561, rasio perbandingan bidan dan penduduk adalah 1 : 15.048. (Dinas, 2011) Bahkan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Cibinong saat ini masih mengalami kekurangan dokter spesialis, terutama di bidang penyakit dalam, kulit, jantung, bedah syaraf dan patologi anatomi. (Pemkab, 2011)

Menurut Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor saat ini kabupaten Bogor memiliki tenaga kesehatan di tingkat puskesmas dan Dinas kesehatan saat ini sebanyak 2.236 orang yang terdiri dari 246 dokter umum, 5 orang dokter spesialis, 79 orang dokter gigi. 16 megister kesehatan, 604 perawat, 660 bidan, 348 tenaga kesehatan lainnya serta 217 tenaga non kesehatan.

Untuk membuat seseorang tinggal di suatu daerah apalagi seorang tenaga kesehatan, dipengaruhi oleh beberapa hal antara lain karakteristik individu, kepemimpinan, serta sruktur organisasi, supervisi, insentif baik material maupun non material, serta kebijakan dari pemerintah. (Dieleman & Hammeijer, 2006) (Herman, 2011) (Ayuningtyas, 2006)

Karakteristik individu bisa dilihat dari umur, jenis kelamin, dan status perkawinan, kemudian kepemimpinan yang dilihat dari pengaruh atasan terhadap yang dibawahinya, jika atasan terlalu menekan maka yang bertugas akan cenderung untuk pindah dikarenakan tidak ada suasana kondusif dalam bekerja, struktur organisasi yang membagi tugas dan tanggung jawab yang jelas juga berperan untuk membuat seseorang tetap bertahan di tempatnya, selain itu supervisi juga memainkan peranan penting dikarenakan sangat berhubungan

dengan reward bagi tenaga kesehatan tersebut. Selain itu juga faktor insentif ini dapat berupa materi maupun non materi, insentif berupa material seperti gaji, bonus, komisi, pembagian laba, serta pemberian jaminan sosial, tunjangan lembur dan lain-lain, sedangkan insentif non material seperti peluang mendapatkan pendidikan lanjutan, kenaikan pangkat, pemberian pujian lisan atau tulisan, pemberian tanda jasa, piagam penghargaan dan lain sebagainya. Kebijakan pemerintah bisa dilihat dari sistem kesehatan nasional, untuk Indonesia dikarenakan sekarang dalam era otonomi daerah, dimana daerah berhak mengatur daerahnya sendiri maka perlu juga dilihat bagaimana sistem kesehatan di daerah tersebut. (Suwatno & Juni, 2011) (Ayuningtyas, 2006) (Dambisya, 2007) (Herman, 2011) (Dieleman & Hammeijer, 2006) (shvoong, 2011) (Ndetei, Lincoln, & Omolo, 2008) (RI P. , 2004) (Bhattacharyya, Leban, Tien, & Winch, October 2001)

Dengan teori di atas dan data di Kabupaten Bogor serta kurangnya tenaga dokter terutama spesialis di RSUD Cibinong, yang menyebabkan AKI yang masih tinggi 228 /100.000 kelahiran hidup, serta AKB 41,82/1000 kelahiran hidup dimana untuk menambah atau mempertahankan tenaga kesehatan serta menurunkan AKI dan AKB semakin jelas kalau seorang tenaga kesehatan dapat bertahan bisa dikarenakan faktor-faktor di atas, namun hal ini masih memerlukan studi lanjut untuk melihat kebenarannya, dan sejauh mana hal itu akan berpengaruh bagi tenaga kesehatan yang ada.

Sebelumnya telah ada penelitian sejenis yang dilakukan di Lampung, Papua, dan Buton, dimana di penelitian terdahulu dikatakan untuk membuat tenaga kesehatan tetap bertahan di tempat tersebut perlu diberikan insentif baik berupa material maupun non material. Penelitian ini akan dimulai dengan meminta izin kepada pihak-pihak yang berwenang, terutama Pemkab Bogor untuk masalah perizinan penelitian dan pengkajian etika oleh lembaga pendidikan yang berkompetan di bidangnya.

1.2. Rumusan masalah

Berdasarkan data di atas maka rumusan masalah yang dapat dipaparkan adalah ketersediaan tenaga kesehatan di suatu daerah serta penyebaran sumber daya manusia kesehatan yang belum merata.

1.3. Pertanyaan penelitian

Berdasarkan teori dan permasalahan yang telah dipaparkan di atas maka pertanyaan penelitian adalah bagaimana pengaruh insentif material dan non material terhadap ketersediaan tenaga kesehatan di Kabupaten Bogor.

1.4. Tujuan penelitian

Tujuan umum

Mengetahui pengaruh insentif material dan non material yang akan menghasilkan ketersediaan tenaga kesehatan di Kabupaten Bogor

Tujuan khusus

1. Diketuainya gambaran insentif material (gaji, bonus, bantuan biaya pengobatan, jaminan hari tua, rumah dinas) bagi tenaga kesehatan di Kabupaten Bogor
2. Diketuainya gambaran insentif non material (pelatihan, pengembangan karier, penghargaan, pengangkatan menjadi PNS) bagi tenaga kesehatan di Kabupaten Bogor
3. Diketuainya pengaruh insentif terhadap ketersediaan tenaga kesehatan di Kabupaten Bogor

1.5. Manfaat penelitian

Manfaat bagi Dinas Kesehatan

- a. Dinas kesehatan mendapatkan gambaran insentif material dan non material yang diberikan kepada tenaga kesehatan
- b. Menjadi masukan bagi Dinas Kesehatan di Kabupaten Bogor untuk memberikan insentif bagi tenaga kesehatan

Manfaat bagi Penulis

Mendapatkan informasi mengenai pengaruh insentif material dan non material terhadap tenaga kesehatan khususnya di Kabupaten Bogor dan dapat memberikan informasi kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor

1.6. Ruang lingkup penelitian

Penelitian ini akan dilakukan dengan mengambil informan dari stakeholder terkait, mulai dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten, Kepala Rumah Sakit, Kepala Bidang PSDK dan Promosi, Kepala seksi pendayagunaan tenaga kesehatan, Kepala sub bagian umum dan kepegawaian, Kepala sub bagian keuangan, dokter puskesmas, dokter rumah sakit, perawat rumah sakit, dan petugas kesehatan di puskesmas di wilayah Kabupaten Bogor.

Pengumpulan data untuk penelitian ini dengan teknik wawancara, serta telaah dokumen untuk mengetahui bagaimana pengaruh insentif bagi tenaga kesehatan di Kabupaten Bogor, penelitian ini akan dilakukan pada bulan Maret 2012 – Juni 2012.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tenaga kesehatan dalam era desentralisasi

Masalah penyebaran tenaga kesehatan di Indonesia masih merupakan masalah yang cukup besar belum lagi masalah kemiskinan dan sanitasi yang memperburuk status kesehatan masyarakat, lahirnya UU No. 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, masing-masing daerah diberikan kewenangan untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat sesuai dengan peraturan dan perundangan yang berlaku. (RI P., 2004)

Era desentralisasi ini diharapkan dapat mengoptimalkan pembangunan kesehatan dengan cara mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan menyederhanakan sistem birokrasi pelayanan kesehatan untuk masyarakat, dan daerah di berikan kewenangan untuk menentukan sendiri program dan pengalokasian dana pembaguan kesehatan di daerahnya. Dengan UU ini sebenarnya membawa angin segar untuk pemerintah daerah mengatur sendiri keuangan mereka dan mengalokasikannya khususnya untuk kesehatan sebesar-besarnya namun yang terjadi sebagian besar dana yang ada habis untuk belanja gaji pegawai, sedangkan untuk kesehatan hanya 2,23% (1,02% sampai dengan 3,01%) dari total pendapatan APBD propinsi, selain itu juga terdapat beberapa hambatan di pemerintah daerah terlihat dalam hal lemahnya profesionalisme SDM, tidak ada kesinambungan pelayanan kesehatan primer dan sekunder, Dinas Kesehatan dan RSUD tidak merupakan sistem terintegrasi, visi Pemda dan DPRD tentang kesehatan sering tidak sejalan sehingga sektor kesehatan masih digunakan sebagai sumber pendapatan daerah. (Adisasmito, 2007)

2.2. Pengertian Tenaga Kesehatan

Untuk mengerti siapa saja yang termasuk ke dalam tenaga kesehatan perlu diketahui dahulu definisi tenaga kesehatan menurut :

Peraturan Pemerintah no 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan mengatakan

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

2.3. Pemeliharaan Tenaga Kesehatan

Setelah mendapatkan tenaga kesehatan yang ingin menetap di suatu daerah perlu diadakan pemeliharaan agar tenaga kesehatan tersebut ingin menetap di daerah tersebut hal ini penting agar turn over tenaga kesehatan tidak meningkat, serta angka absensi tidak menjadi jelek dan angka produktifitas menjadi meningkat. (Bhattacharyya, Leban, Tien, & Winch, October 2001) (Ndetei, Lincoln, & Omolo, 2008)

Pemeliharaan SDM merupakan suatu usaha untuk membina dan mengembangkan kondisi fisik, mental dan perilaku karyawan menjadi loyal dan mampu bekerja optimal sesuai dengan kebutuhan perusahaan. (Suwatno & Juni, 2011)

Tujuan pemeliharaan SDM antara lain, yaitu :

1. Untuk meningkatkan produktifitas kerja karyawan
2. Meningkatkan disiplin dan menurunkan absensi karyawan
3. meningkatkan loyalitas dan menurunkan turn over pegawai
4. Memberikan ketenangan, keamanan, dan kenyamanan karyawan
5. Meningkatkan kesejahteraan karyawan dan keluarganya
6. Mengurangi konflik serta menciptakan suasana yang harmonis
7. Mengefektifkan pengadaan pegawai

Menurut Hasibuan (2001), mengemukakan metoda-metoda yang perlu dikembangkan dalam pemeliharaan karyawan, yaitu : (Herman, 2011)

1. Komunikasi, melalui komunikasi yang baik maka segala masalah yang terjadi di perusahaan dapat terselesaikan dengan baik
2. Insentif, dengan adanya insentif karyawan, maka karyawan menjadi lebih bersemangat dalam bekerja
3. Kesejahteraan karyawan, pemberian kesejahteraan meningkatkan loyalitas karyawan terhadap perusahaan
4. Keselamatan dan kesehatan kerja, hal ini akan terwujud jika pemeliharaan karyawan berlangsung dengan 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.

Get Les Mckeown's (2010) mendefinisikan retensi sebagai usaha sistematis oleh majikan untuk menciptakan dan mendorong lingkungan yang membuat pekerja tetap bertahan di tempat mereka sekarang. Issue retensi tidak hanya menjadi permasalahan di negara berkembang, tetapi juga menjadi issue besar di negara-negara maju. Mempertahankan staf terbaik untuk bertahan dalam suatu organisasi maupun daerah menjadi permasalahan yang pelik. Permasalahan ini menjadi semakin kompleks khususnya di Daerah Terpencil, Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Berbagai upaya dilakukan oleh pemerintah untuk meningkatkan retensi serta ketersediaan tenaga kesehatan di DTPK dan daerah lain yang kekurangan tenaga kesehatan. Langkah tersebut diantaranya dengan memberikan insentif dan memperpendek masa bakti di daerah tersebut.

Retensi bisa berakar dari faktor personal ataupun lingkungan kerja itu sendiri. Intervensi dapat dimulai dari tingkat makro atau sistem kesehatan, seperti misalnya perencanaan dan kebijakan SDM kesehatan, wajib kerja, pendidikan dan latihan serta kesepakatan yang mengikat. Intervensi juga bisa dimulai pada tingkat mikro, seperti misalnya meningkatkan kepuasan kerja dengan memperbaiki kondisi kerja, memberikan insentif dan pengembangan karier. (Indonesian, 2012)

Menurut Marjolein Dieleman (2006) ada beberapa hal yang mempengaruhi retensi tenaga kesehatan antara lain: (Herman, 2011)

1. Pada level makro : Sistem kesehatan, yang meliputi desentralisasi, privatisasi, delegasi kewenangan
2. Pada level Mikro : Fasilitas Kesehatan, yang meliputi Kepemimpinan, Quality assurance, peningkatan kemampuan petugas kesehatan, insentif
3. Level Individual : Pekerja kesehatan, yang meliputi umur, jenis kelamin, status perkawinan

Level Makro

Pada level makro dimana pada sistem kesehatan nasional yang telah dibuat dalam undang-undang tenaga kesehatan telah membagi secara jelas tugas dan wewenang masing-masing tenaga kesehatan sehingga di pusat maupun daerah telah terbagi dengan jelas.

Level Mikro

Pada fasilitas kesehatan, dimana di dalamnya ada sistem untuk membagi tugas dan wewenang tenaga kesehatan, di dalamnya ada kepemimpinan, struktur organisasi, supervisi untuk menjamin *quality assurance* bagi pemakai tenaga kesehatan, serta insentif

1. Struktur Organisasi

Adanya suatu kesenjangan antara apa yang sedang dikerjakan oleh personal dengan apa yang seharusnya ditampilkan untuk memperbaiki kinerja personal perlu dilakukan suatu observasi terhadap kinerja personal perlu dilakukan observasi terhadap kinerja suboptimal tersebut. (Ilyas,1999)

2. Kepemimpinan

Kepemimpinan merupakan suatu kemampuan personal untuk mempengaruhi dan menyakinkan orang lain sehingga orang-orang tersebut dapat digerakkan secara maksimal sehingga dapat secara maksimal melaksanakan tugas-tugas yang ada. (Ilyas,1999)

3. Supervisi

Supervisi adalah proses memacu anggota unit kerja untuk memberikan kontribusi positif agar tujuan organisasi tercapai. Kemampuan seorang supervisor sangat berpengaruh kepada personal yang bekerja dapat mencapai tujuan, menurut penelitian Crawford,dkk (1993) yang meneliti tentang kepuasan kerja pada the diagnosis imaging personal menemukan salah satu faktor yang signifikan terhadap kepuasan kerja adalah hubungan harmonis antara personel dengan penyelia. (Ilyas, 1999)

4.Insentif

Beberapa pengertian Insentif yang di dapatkan dari beberapa sumber antara lain :

Menurut Heidjrahman Ranupandojo dan Suad Husnan (1984)

Insentif adalah pengupahan yang memberikan imbalan yang berbeda karena memang prestasi yang berbeda. (viklund, 2009)

Menurut Nitisemito (1996)

Insentif adalah penghasilan tambahan yang akan diberikan kepada para karyawan yang dapat memberikan prestasi sesuai dengan yang telah ditetapkan. (shvoong, 2011)

Menurut Pangabean (2002)

Insentif merupakan penghargaan dalam bentuk uang yang diberikan kepada mereka yang dapat bekerja melampaui standar yang telah ditentukan.

Menurut WHO (2008)

Insentif adalah suatu faktor atau kondisi yang dapat membuat tenaga kesehatan untuk tetap bekerja dan bertahan di posisi mereka dan bekerja di dalam negara mereka sendiri

Tujuan Pemberian Insentif (viklund, 2009)

Fungsi utama dari insentif adalah untuk memberikan tanggung jawab dan dorongan kepada karyawan (Henderson & Tulloch, 2008). Insentif menjamin bahwa karyawan akan mengarahkan usahanya untuk mencapai tujuan organisasi. Sedangkan tujuan utama pemberian insentif adalah untuk meningkatkan produktivitas kerja individu maupun kelompok (Panggabean, 2002 : 93)

Secara lebih spesifik tujuan pemberian Insentif dapat dibedakan dua golongan yaitu:

a. Bagi Perusahaan.

Tujuan dari pelaksanaan insentif dalam perusahaan khususnya dalam kegiatan produksi adalah untuk meningkatkan produktivitas kerja karyawan dengan jalan mendorong/merangsang agar karyawan :

- 1) Bekerja lebih bersemangat dan cepat.
- 2) Bekerja lebih disiplin.
- 3) Bekerja lebih kreatif.

b. Bagi Karyawan

Dengan adanya pemberian insentif karyawan akan mendapat keuntungan:

- 1) Standar prestasi dapat diukur secara kuantitatif.
- 2) Standar prestasi di atas dapat digunakan sebagai dasar pemberian balas jasa yang diukur dalam bentuk uang.
- 3) Karyawan harus lebih giat agar dapat menerima uang lebih besar.

Dalam proses pemberian atau pembagian insentif pada dasarnya dapat dibagi menjadi beberapa cara, yaitu secara perseorangan ataupun secara kelompok. Ada beberapa pendapat mengenai hal itu, antara lain dari :

1. Menurut Gary Dessler (1997), yang mengatakan kalau proses pembagian insentif dapat dibagi menjadi : (viklund, 2009)

a. Program insentif individual

Memberikan pemasukan lebih dan di atas gaji pokok kepada karyawan individual yang memenuhi satu standar kinerja individual spesifik, umumnya untuk karyawan individual, atas prestasi yang belum diukur oleh standar, seperti

contoh mengakui jam kerja yang lama yang digunakan karyawan tersebut bulan lalu.

b. Program insentif kelompok

Seperti rencana insentif individual namun memberi upah lebih dan di atas gaji pokok kepada semua anggota tim ketika kelompok atau tim secara kolektif mencapai satu standar yang khusus kinerja, produktivitas atau perilaku sehubungan dengan kerja lainnya.

c. Rencana pembagian laba secara umum

Merupakan program insentif di seluruh organisasi yang memberikan kepada karyawan satu bagian (share) dari laba organisasi dalam satu periode khusus.

d. Program pembagian perolehan (gain sharing)

Rencana upah di seluruh organisasi yang dirancang untuk memberi imbalan kepada karyawan atas perbaikan dalam produktivitas organisasi.

2. Menurut Harsono (1987) proses pemberian insentif dapat dibagi menjadi 2, yaitu :

a. Proses Pemberian Insentif berdasarkan kelompok

b. Proses Pemberian Insentif berdasarkan perorangan

Rencana insentif individu bertujuan untuk memberikan penghasilan tambahan selain gaji pokok bagi individu yang dapat mencapai standar prestasi tertentu. Sedangkan insentif akan diberikan kepada kelompok kerja apabila kinerja mereka juga melebihi standar yang telah ditetapkan (Pangabean, 2002).

Pemberian insentif terhadap kelompok dapat diberikan dengan cara: Pangabean (2002)

1. Seluruh anggota menerima pembayaran yang sama dengan yang diterima oleh mereka yang paling tinggi prestasi kerjanya.
2. Semua anggota kelompok menerima pembayaran yang sama dengan pembayaran yang diterima oleh karyawan yang paling rendah prestasinya.
3. Semua anggota menerima pembayaran yang sama dengan rata-rata pembayaran yang diterima oleh kelompok.

Menurut Dessler (1997), insentif juga dapat diberikan kepada seluruh organisasi, tidak hanya berdasarkan insentif individu atau kelompok. Rencana insentif seluruh organisasi ini antara lain terdiri dari: (viklund, 2009)

1. Profit sharing plan, yaitu suatu rencana di mana kebanyakan karyawan berbagi laba perusahaan
2. Rencana kepemilikan saham karyawan, yaitu insentif yang diberikan oleh perusahaan dimana perusahaan menyumbang saham dari stocknya sendiri kepada orang kepercayaan di mana sumbangan-sumbangan tambahan dibuat setiap tahun. Orang kepercayaan mendistribusikan stock kepada karyawan yang mengundurkan diri (pensiun) atau yang terpisah dari layanan.
3. Rencana Scanlon, yaitu suatu rencana insentif yang dikembangkan pada tahun 1937 oleh Joseph Scanlon dan dirancang untuk mendorong kerjasama, keterlibatan dan berbagai tunjangan.
4. Gainsharing plans, yaitu rencana insentif yang melibatkan karyawan dalam suatu usaha bersama untuk mencapai sasaran produktivitas dan pembagian perolehan.

Dalam pemberian insentif harus dilakukan secara hati – hati dan memiliki syarat – syarat tertentu agar mencapai tujuan, menurut Panggabean (2002) syarat tersebut adalah: (viklund, 2009) (Indonesian, 2012)

1. Sederhana, peraturan dari sistem insentif harus singkat, jelas dan dapat dimengerti.
2. Spesifik, karyawan harus mengetahui dengan tepat apa yang diharapkan untuk mereka lakukan.
3. Dapat dicapai, setiap karyawan mempunyai kesempatan yang masuk akal untuk memperoleh sesuatu.
4. Dapat diukur, sasaran yang dapat diukur merupakan dasar untuk menentukan rencana insentif.

Menurut Heidjrahman Ranupandojo dan Suad Husnan (1990) sifat dasar pengupahan agar proses pemberian insentif berhasil : (Suwatno & Juni, 2011)

- a. Pembayaran hendaknya sederhana sehingga dapat dimengerti dan dihitung oleh karyawan itu sendiri.

- b. Penghasilan yang diterima karyawan seharusnya langsung menaikkan output.
- c. Pembayaran dilakukan secepat mungkin.
- d. Standar kerja ditentukan dengan hati-hati. Standar kerja yang terlalu tinggi maupun rendah dapat berakibat buruk.
- e. Besarnya upah normal dengan standar jam kerja hendaknya cukup merangsang pekerja untuk bekerja lebih giat.

Menurut World Health Professions Alliance (2008), agar pemberian insentif lebih efektif dan dapat bertahan lama, harus memiliki beberapa karakteristik, diantaranya:

1. Harus ada sistem imbal jasa kepada karyawan dalam bentuk finansial dan non finansial
2. Pemberian insentif harus transparan, adil dan konsisiten
3. Harus ada pemberian motivasi secara terus menerus agar karyawan mencapai target yang ditetapkan
4. Selalu memberikan evaluasi terhadap tenaga kerja mengenai hasil pencapaian kinerja mereka
5. Melibatkan tenaga kerja dalam setiap perencanaan sehingga mereka mengetahui apa yang harus dikerjakan

Menurut Chester I. Bernard, beberapa macam insentif yang dapat diberikan kepada karyawan antara lain : (Suwatno & Juni, 2011)

- a. Dorongan material uang atau barang
- b. Kesempatan untuk mendapatkan kehormatan, pretise, dan kekuasaan perseorangan
- c. Syarat-syarat pekerjaan yang diinginkan bersih, lingkungan yang tenang atau ruangan kantor yang tersendiri
- d. Kebanggaan akan pekerjaannya, jasa untuk keluarga, dan patriotism atau perasaan keagamaan
- e. Kesenangan perseorangan dan kepuasan dalam hubungan – hubungan sosial dan organisasi
- f. Persesuaian dengan kebiasaan praktek dan sikap biasa, serta dapat menerima aturan-aturan dan pola tingkah laku dari perusahaan

- g. Perasaan turut serta dalam kejadian atau peristiwa yang penting dalam perusahaan

Menurut WHO (2008) insentif yang dapat diberikan kepada tenaga kesehatan dapat berupa insentif material dan non material, dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.1. Macam – macam insentif

Financial	Non-financial
<p>Terms and conditions of employment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salary/wage • Pension • Insurance (e.g. health) • Allowances (e.g. housing, clothing, child care, transportation, parking) • Paid leave <p>Performance payments</p> <ul style="list-style-type: none"> • Achievement of performance targets • Length of service • Location or type of work (eg. remote locations) <p>Other financial support</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fellowships • Loans: approval, discounting 	<p>Positive work environment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Work autonomy and clarity of roles and responsibilities • Sufficient resources • Recognition of work and achievement • Supportive management and peer structures • Manageable workload and effective workload management • Effective management of occupational health and safety risks including a safe and clean workplace • Effective employee representation and communication • Enforced equal opportunity policy • Maternity/paternity leave • Sustainable employment <p>Flexibility in employment arrangements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flexible work hours • Planned career breaks <p>Support for career and professional development</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effective supervision • Coaching and mentoring structures • Access to/support for training and education • Sabbatical and study leave <p>Access to services such as</p> <ul style="list-style-type: none"> • Health • Child care and schools • Recreational facilities • Housing • Transport <p>Intrinsic rewards</p> <ul style="list-style-type: none"> • Job satisfaction • Personal achievement • Commitment to shared values • Respect of colleagues and community • Membership of team, belonging

Sumber : Guidelines : Incentives for Health Professionals (2008)

Menurut World Health Professions Alliance (2008), pemberian insentif untuk tenaga kesehatan secara garis besar terbagi menjadi 2, yaitu insentif financial dan insentif non financial, dimana dalam pemberian insentif ini juga dipengaruhi oleh banyak hal diantaranya faktor petugas kesehatannya sendiri seperti umur dari petugas kesehatan, lokasi pekerjaan, pendidikan, perkembangan karier petugas kesehatan, serta dipengaruhi oleh faktor di luar petugas kesehatan seperti kondisi ekonomi, keadaan tempat bekerja, dan kondisi pasar tenaga kerja untuk tenaga kesehatan. Untuk pembagian jenis insentif dapat dilihat pada tabel 2.2 di bawah ini

Tabel 2.2 Jenis – Jenis Insentif

Financial ⁵	Non-Financial ⁶
<ul style="list-style-type: none"> • Salary/Wage • Pension • Bonuses • Insurance (e.g. health) • Allowances (e.g. housing, clothing, child care, transportation) • Fellowships • Loans • Tuition reimbursement 	<ul style="list-style-type: none"> • Safe and clear workplaces • Vacation days • Professional autonomy • Sustainable employment • Flexibility in working time and job sharing • Recognition of work • Support for career development • Supervision • Coaching and mentoring structures • Access to/support for training and education • Sabbatical and study leave • Planned career breaks • Occupational health and counselling services • Recreational facilities • Equal opportunity policy • Enforced protection of pregnant women against discrimination • Parental leave

Sumber : world health professions Alliance (2008)

Menurut Manullang (1981), Suwatno dan Juni (2011) pada dasarnya dalam pemberian insentif dapat dibagi menjadi 2 bentuk, yaitu dalam bentuk finansial dan dalam bentuk non finansial, yang dapat dijelaskan sebagai berikut : (shvoong, 2011) (Global, 2008)

A). Insentif Finansial (Financial Incentive) (viklund, 2009)

Merupakan insentif yang diberikan kepada karyawan atas hasil kerja mereka dan biasanya diberikan dalam bentuk uang berupa bonus, komisi, pembagian laba (*profit sharing*) dan kompensasi yang ditangguhkan (*deffed compensation*) serta dalam bentuk jaminan sosial berupa pemberian rumah dinas, tunjangan lembur, tunjangan kesehatan dan tunjangan-tunjangan lainnya.

Insentif finansial dapat dibagi dalam bentuk : (Suwatno & Juni, 2011) (Ndetei, Lincoln, & Omolo, 2008)

a. Uang

Dimana dalam pemberiannya dapat diberikan dalam bentuk :

1) Bonus

Merupakan pembayaran ekstra di luar upah gaji dasar yang bersifat hadiah atas prestasi yang telah dicapai. Perusahaan juga memberikan sejenis bonus kepada karyawannya yang menghasilkan produksi melebihi standar yang ditetapkan oleh perusahaan.

2) Profit Sharing

Merupakan pembagian keuntungan kepada karyawan dari laba perusahaan sebesar prestasi yang ditentukan dan pembayaran preminya bisa dibayar tunai pada akhir tahun atau bisa juga ditunda sampai dengan waktu pensiun seorang karyawan.

3) Komisi

Merupakan sistim bonus yang dibayarkan kepada pihak karyawan yang menghasilkan penjualan terbaik.

4) Kompensasi yang ditangguhkan

Merupakan jenis pembayaran balas jasa yang mencakup pembayaran dikemudian hari yang terdiri dari :

(a) Pensiun

Dana pensiun ini dibiayai oleh karyawan karena diperoleh dengan pemotongan gaji karyawan tiap bulan sewaktu karyawan tersebut masih aktif bekerja.

(b) Pemberian Kontraktual

Suatu pelaksanaan perjanjian antar majikan dengan pegawai, dimana pegawai yang telah seleksi dengan masa kerjanya dibayar dengan jumlah uang dengan periode tertentu seperti :

- Setiap karyawan berhak atas tunjangan lembur serta tunjangan keselamatan dan kesehatan kerja yang diatur oleh peraturan pemerintah dan disesuaikan dengan kemampuan perusahaan.
- Disamping itu, perusahaan juga memberikan kesempatan kepada karyawan untuk mengambil cuti. Karyawan yang sedang cuti tetap menerima tunjangan sesuai dengan tujuan perusahaan walaupun mereka tidak bekerja. Adapun cuti itu banyak macamnya, seperti : cuti hamil atau melahirkan, cuti karena sakit, cuti karena kematian anggota keluarganya, dan lain sebagainya.

- Apabila karyawan meninggal karena kecelakaan dalam hubungan kerja, maka perusahaan akan memberikan tunjangan kerja dengan memperhitungkan masa kerja, prestasi dan jasa-jasa karyawan kepada perusahaan. Selain itu terdapat tunjangan-tunjangan lain, seperti : kemudahan bagi karyawan untuk memperoleh pinjaman dan rekreasi bersama atas tunjangan perusahaan.

Selain itu terdapat juga pemberian kompensasi sebagai pelengkap bagi karyawan sehingga mereka lebih nyaman dalam bekerja di suatu tempat antara lain : (Suwatno & Juni, 2011) (viklund, 2009) (shvoong, 2011)

1. Jaminan Sosial

Perusahaan akan memberikan segala macam jaminan untuk melindungi pegawainya agar dapat bekerja dengan tenang, dimana jaminan ini untuk melindungi pekerja dari resiko sosial, seperti :

- Pengobatan

Jaminan pengobatan diberikan kepada karyawan dan keluarganya yang menderita sakit

- Jaminan Hari Tua

Jaminan ini diberikan kepada karyawan di hari tuanya, dimana dengan adanya jaminan ini memberikan bantuan keuangan yang dapat digunakan untuk menopang hidup karyawan di hari tua mereka, dan diberikan kepada karyawan yang telah mencapai umur tertentu, misalnya di atas usia 70 tahun.

2. Jasa-jasa Kepegawaian

Merupakan pelayanan atau fasilitas yang diberikan dan disediakan oleh perusahaan untuk karyawannya. (Suwatno & Juni, 2011)

Biasanya diberikan secara kolektif, tidak ada unsur kompetitif dan setiap karyawan dapat memperoleh secara rata dan otomatis, berupa :

a. Pemberian rumah dinas

Dengan adanya pemberian rumah dinas maka karyawan akan lebih tenang dalam melakukan pekerjaan dikarenakan gaji yang dihasilkan oleh mereka dapat ditabung dan digunakan untuk keperluan pendidikan anak mereka

b. Pemberian antar jemput

Tujuan pemberian antar jemput agar karyawan dapat datang dan pulang dalam waktu yang tepat, namun hal ini menyebabkan biaya operasional perusahaan menjadi membesar dan banyak perusahaan yang memberikan tunjangan transportasi saja.

c. Pemberian kredit

Diberikan kepada pekerja atas barang-barang yang dibeli dan ditanggung oleh kompensasi perusahaan, tujuannya agar karyawan dapat mencicil di perusahaan dan dapat membeli barang lebih murah daripada jika dimasukkan ke dalam perusahaan perkreditan, biasanya perusahaan akan membentuk semacam koperasi simpan pinjam di perusahaan.

d. Pemberian makan siang

Bertujuan agar semua asupan gizi karyawan terpenuhi sehingga karyawan menjadi sehat dan menekan angka kesakitan bagi karyawan, sehingga produktifitas karyawan menjadi lebih baik.

e. Program Rekreasi

Program ini biasanya diberikan 1 tahun sekali kepada karyawan agar karyawan yang bekerja dapat menghilangkan stress mereka sejenak dan dapat bekerja lebih produktif kembali.

f. Fasilitas Pembelian

Perusahaan membuat toko di dalam perusahaan agar karyawan dapat membeli produk yang dihasilkan oleh perusahaan dengan harga yang lebih murah

B). Insentif Non Finansial (Non Financial Incentive) (Luoma, Marc, & Nirmala, 2011)

Menurut Suwatno dan Juni 2011, terdapat 2 elemen utama dari non finansial insentif, yaitu : (Dambisya, 2007)

1. Keadaan pekerjaan yang memuaskan yang meliputi tempat kerja, jam kerja, tugas dan rekan kerja.
2. Sikap pimpinan terhadap keinginan masing-masing karyawan seperti jaminan pekerjaan, promosi, keluhan-keluhan, hiburan-hiburan dan hubungan dengan atasan.

Biasanya diberikan kepada karyawan sebagai penghargaan dan balas jasa prestasi mereka dan biasanya tidak berbentuk uang. Termasuk di dalam piagam penghargaan yang biasanya diberikan kepada karyawan yang berhasil baik dalam melaksanakan tugasnya dan dihargai sebagai karyawan teladan, pemberian tanda jasa/medali kepada karyawannya yang telah mencapai masa kerja yang cukup lama dan mempunyai loyalitas yang tinggi, promosi jabatan kepada karyawan yang baik selama masa tertentu serta dianggap mampu pemberian gelar atau title kepada karyawan yang mungkin menemukan suatu cara atau ide yang berguna bagi kemajuan perusahaan, pemberian pujian lisan atau tertulis secara resmi ataupun secara pribadi, ucapan terima kasih secara formal atau informal dan penghargaan lainnya, seperti penyediaan fasilitas-fasilitas tambahan yang mempunyai arti tersendiri bagi karyawan

C). Kombinasi (Ayuningtyas, 2006)

Insentif dapat diberikan dalam 2 bentuk sekaligus untuk merangsang kinerja dari karyawan, sehingga dapat tercapai kinerja yang tinggi

Level Individu

Pada level individual, terlibat di dalamnya karakteristik individual yang meliputi banyak hal, bisa dari umur, jenis kelamin, status perkawinan, dan lain sebagainya.

1. Umur

Menurut studi Amstrong dan Giffin (1987) menunjukkan umur tidak mempengaruhi jumlah konsultasi dan jumlah kunjungan rumah, ada juga penelitian lain juga yang menemukan kalau dokter yang berpengalaman lebih sedikit menghabiskan waktu untuk mendiagnosis tetapi lebih banyak dalam pemberian nasihat dan konsultasi, penelitian ini dilakukan oleh Boots (1986). (Ilyas, 1999)

2. Jenis Kelamin

Wilkin,dkk (1986) menemukan bahwa dokter wanita kurang melakukan konsultasi, menghabiskan waktu lebih sedikit dalam praktek dan kontak langsung dengan pasien. (Ilyas,1999)

2. Status Perkawinan

Wanita mempunyai tanggung jawab lebih besar dalam mengurus keluarga dibandingkan pria, sehingga dalam bekerja wanita untuk bekerja mempunyai beban kerja yang lebih sedikit dibandingkan beban kerja dalam mengurus rumah tangga (Ilyas,1999)

Pada level individual perlu dilakukan pengkajian motivasi dari tenaga kesehatan yang bersedia menetap di suatu daerah, motivasi bisa bermacam-macam, seperti menikahi penduduk lokal sehingga membuat tenaga kesehatan merasa ingin bertahan di tempat tugasnya, rumah yang dekat dengan tempat pekerjaan, kesempatan untuk berinovasi dan berkreasi juga merupakan suatu motivasi, untuk membahasnya maka perlu diketahui pula berbagai teori motivasi, seperti yang dikemukakan oleh Frederick Herzberg (1966) yang dikenal dengan teori motivasi dua faktor, yaitu faktor motivasional dan faktor pemeliharaan atau *hygiene*. Herzberg yang mengatakan bahwa hubungan seorang individu dengan pekerjaan adalah mendasar dan bahwa sikap individu terhadap pekerjaan bisa sangat baik menentukan keberhasilan atau kegagalan. Herzberg memandang bahwa kepuasan kerja berasal dari keberadaan motivator intrinsik dan bahwa ketidakpuasan kerja berasal dari ketidakberadaan faktor-faktor ekstrinsik. Faktor-faktor ekstrinsik dalam konteks pekerjaan meliputi upah, kondisi kerja, keamanan kerja, status, prosedur perusahaan, mutu penyeliaan, mutu hubungan interpersonal antar sesama rekan kerja, atasan, dan bawahan. Keberadaan kondisi - kondisi ini terhadap kepuasan karyawan tidak selalu memotivasi mereka, tetapi jika tidak ada faktor ekstrinsik akan menyebabkan ketidakpuasan bagi karyawan. Faktor Intrinsik meliputi pencapaian prestasi, pengakuan, tanggung jawab, kemajuan, pekerjaan itu sendiri, kemungkinan berkembang. Jika faktor intrinsik ada akan membentuk motivasi yang kuat yang menghasilkan prestasi kerja yang baik. Oleh karena itu, faktor ekstrinsik tersebut disebut sebagai pemuas atau motivator (Suwatno,2011)

Teori motivasi lain yang dikemukakan oleh Abraham Maslow yang membagi menjadi lima tingkatan kebutuhan manusia, yang meliputi kebutuhan yang pertama kebutuhan fisiologis seperti makan, minum, perlindungan fisik, bernafas, dan seksual kebutuhan ini merupakan kebutuhan dasar setiap manusia,

kebutuhan yang kedua kebutuhan rasa aman meliputi kebutuhan akan perlindungan dari ancaman, bahaya, pertentangan, dan lingkungan hidup, tidak dalam arti fisik semata, akan tetapi juga mental, psikologikal, dan intelektual, kebutuhan yang ketiga kebutuhan sosial meliputi kebutuhan untuk merasa memiliki yaitu kebutuhan untuk diterima oleh kelompok, berafiliasi, berinteraksi, dan kebutuhan untuk dicintai dan mencintai, kebutuhan yang keempat kebutuhan akan harga diri meliputi kebutuhan untuk dihormati, dan dihargai oleh orang lain, dan kebutuhan yang kelima kebutuhan aktualisasi diri meliputi kebutuhan untuk menggunakan kemampuan, potensi, kebutuhan untuk berpendapat, dengan mengemukakan ide-ide, memberikan penilaian dan kritik terhadap sesuatu.

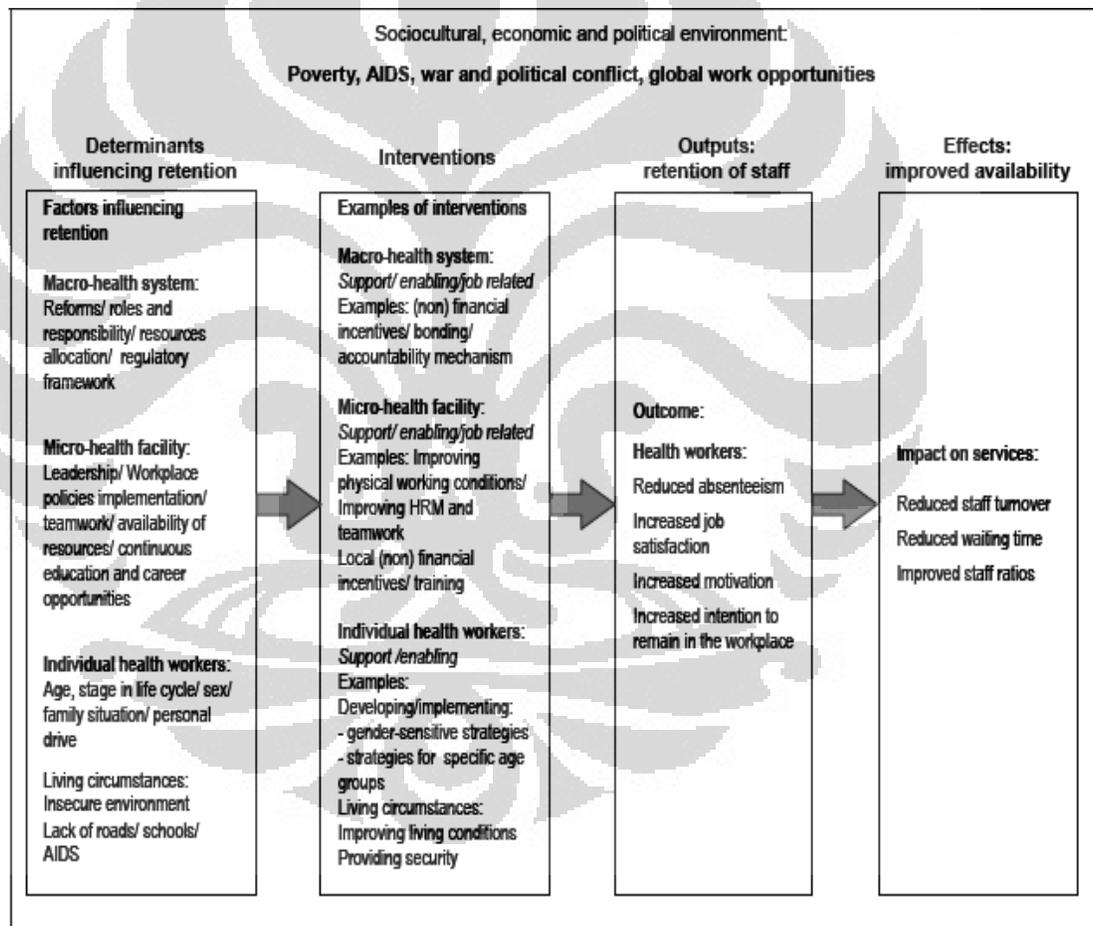


BAB III
KERANGKA PIKIR DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Teoritis

Berdasarkan teori yang telah di paparkan di bagian tinjauan pustaka yang dibuat oleh Dielmen (2006) maka didapatkan kerangka konsep sebagai berikut :

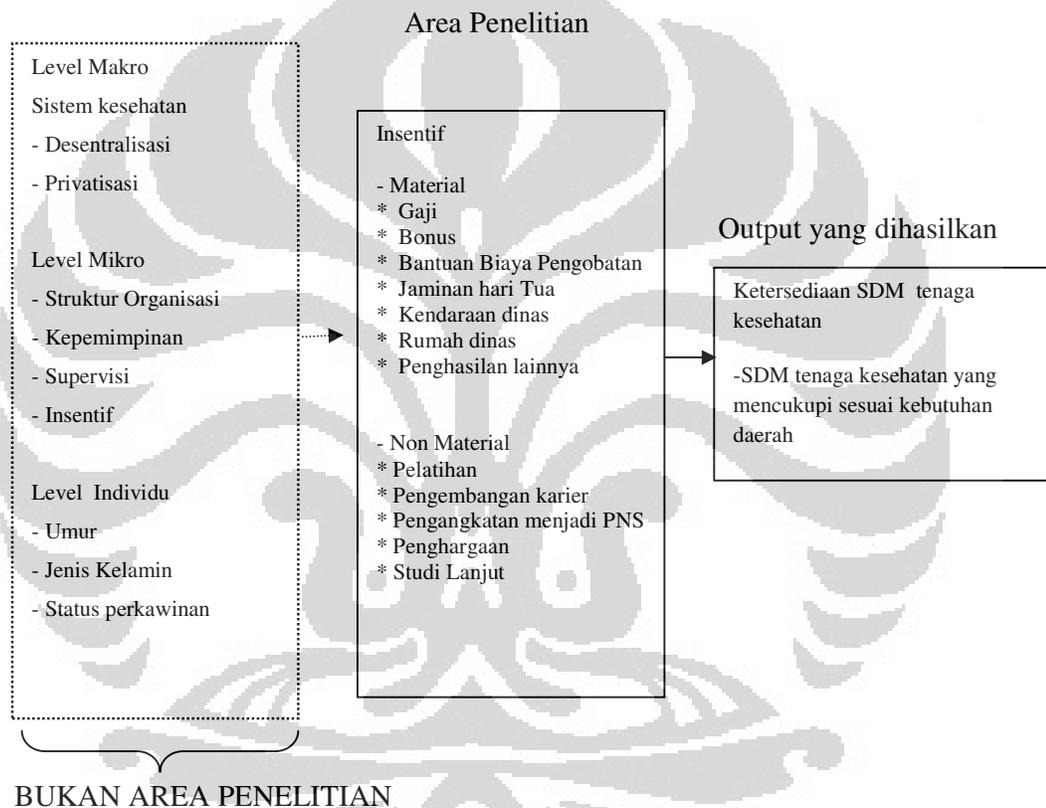
Tabel 3.1. Kerangka Teori menurut Dielmen (2006)



Diambil dari Dielmen

3.2. Kerangka Pikir

Berdasarkan kerangka teori diatas ditambah dengan berdasarkan teori dan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ayuningtyas dan Setiadi (2003), serta teori dan hasil penelitian yang dilakukan Herman (2011) maka dilakukan penyederhanaan untuk penelitian dengan modifikasi yang dilakukan sehingga kerangka konsep yang didapatkan sebagai berikut : (Dieleman & Hammeijer, 2006)



Dalam penelitian ini ada beberapa bagian yang tidak ikut diambil sebagai variabel dalam penelitian dikarenakan hal sebagai berikut

1. Pada level makro, telah dibuat sistem kesehatan nasional yang telah dibuat dalam undang - undang tenaga kesehatan serta telah membagi secara jelas tugas dan wewenang masing-masing tenaga kesehatan sehingga di pusat maupun daerah telah terbagi dengan jelas, desentralisasi yang dijalankan di Kabupaten Bogor telah membagi secara jelas peran dan fungsi tenaga kesehatan yang ada, sedangkan privatisasi yang ada dengan membuat rumah sakit menjadi BLUD sehingga lebih mempunyai daya saing dan mampu membiayai diri sendiri
2. Pada level mikro, variable kepemimpinan, supervisi dan struktur organisasi tidak diteliti dikarenakan variabel ini tidak berhubungan langsung dengan insentif
3. Pada level individu, variable umur, jenis kelamin dan status perkawinan tidak diteliti dikarenakan variabel ini tidak berhubungan langsung dengan insentif

3.3. Daftar Istilah

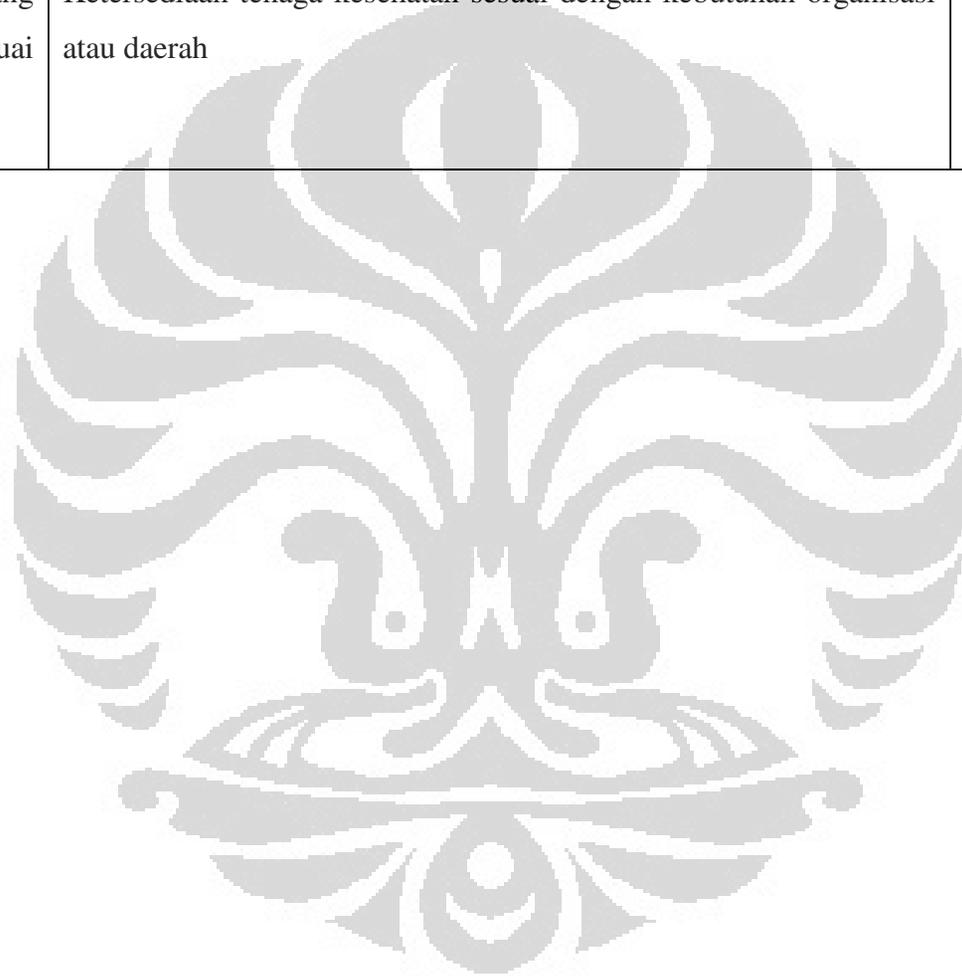
Penjelasan mengenai definisi istilah dapat dibaca pada tabel 3.2. yang berada di bawah ini

Tabel 3.2 Definisi Istilah

No	Variabel	Definisi Istilah	Cara Ukur	Alat Ukur
1	Gaji	Balas jasa yang dibayar secara periodik kepada karyawan tetap serta mempunyai jaminan yang pasti	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Pedoman wawancara
2	Bonus	Uang yang dibayarkan sebagai balas jasa atas hasil pekerjaan yang telah dilaksanakan diberikan selektif, khusus kepada pekerja yang berhak menerima, sekali terima tanpa ada suatu ikatan pada masa yang akan datang	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara
3	Bantuan Biaya Pengobatan	Biaya yang diberikan kepada karyawan jika jatuh sakit	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara
4	Jaminan hari Tua	Jaminan yang diberikan kepada karyawan di hari tuanya	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara
5	Kendaraan Dinas	Kendaraan operasional yang dipinjamkan oleh Pemda kepada tenaga kesehatan selama bekerja di suatu tempat	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara
6	Rumah dinas	Rumah yang dipinjamkan Pemda kepada tenaga kesehatan selama	Wawancara	Pedoman

		bekerja di suatu tempat	mendalam	wawancara
7	Penghasilan lainnya	Penghasilan yang berupa materi yang didapatkan selain dari gaji yang telah diterima secara periodic	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Pedoman wawancara
8	Pelatihan	Bagian dari investasi SDM (<i>human investment</i>) untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan kerja, dan dengan demikian meningkatkan kinerja pegawai	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Pedoman wawancara
9	Pengembangan karier	Aktivitas yang mempersiapkan seseorang untuk menuju pengembangan karier yang telah dipersiapkan	Wawancara mendalam dan dokumen pendukung	Pedoman wawancara
10	Pengangkatan menjadi PNS	Adanya kesempatan untuk diangkat menjadi PNS	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara
11	Penghargaan	Sesuatu yang diberikan pada perorangan atau kelompok jika mereka melakukan suatu kepintaran di bidang tertentu.	Wawancara mendalam dan dokumen pendukung	Pedoman wawancara
12	Studi lanjut	Kesempatan untuk mengembangkan ilmu melalui pendidikan	Wawancara mendalam dan dokumen	Pedoman wawancara

			pendukung	
13	SDM nakes yang mencukupi kebutuhan daerah	Ketersediaan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan organisasi atau daerah	Wawancara mendalam dan dokumen ketenagaan	Pedoman wawancara



BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan desain studi kasus karena penelitian ini dilakukan untuk menggali informasi lebih dalam tentang pengaruh insentif material dan non material terhadap ketersediaan tenaga kesehatan di Kabupaten Bogor

4.2. Waktu dan lokasi Penelitian

Lokasi Pengumpulan data dilakukan di Kabupaten Bogor, dimana waktu pengambilan data direncanakan pada Maret 2012 dan diselesaikan pada akhir bulan Juni 2012.

4.3. Informan

Pemilihan informan dalam penelitian ini yang paling penting sehingga hasil penelitian kualitatif ini akan lebih tajam hasilnya, selain itu dilihat juga pada kesesuaian dan kecukupan, adapun informan yang telah dipilih, yaitu :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten
2. Kepala Rumah Sakit
3. Kepala Bidang PSDK dan Promosi
4. Kepala seksi pendayagunaan tenaga kesehatan
5. Kepala sub bagian umum dan kepegawaian
6. Kepala sub bagian keuangan
7. Dokter Puskesmas
8. Dokter Rumah Sakit
9. Perawat Rumah Sakit
10. Petugas kesehatan di Puskesmas

Kriteria pemilihan informan adalah informan yang sedang memegang jabatan pada saat dilakukan wawancara dan tidak sedang cuti atau tugas belajar

4.4. Teknik Pengumpulan data

Sumber data dibagi menjadi 2, yaitu :

1. Data Primer

Diambil dengan wawancara langsung dengan informan yang merupakan informan yang telah dipilih untuk mendapatkan informasi yang cukup.

2. Data sekunder

Diambil dengan menelaah dokumen untuk mendapatkan data tentang tenaga kesehatan di Kabupaten Bogor dan kebijakan-kebijakan lainnya. Adapun dokumen yang akan diminta berupa dokumen tenaga kesehatan yang ada dan masih aktif bekerja, Kebijakan pemberian insentif material dan non material, dan dokumen struktur organisasi dinas dan rumah sakit.

4.5. Instrumen dan cara pengambilan data

Data diambil dengan pedoman wawancara, penelaahan dokumen dan catatan-catatan serta alat perekam yang digunakan dalam wawancara.

Dalam pengumpulan data dengan wawancara kurang lebih 1 jam dengan menggunakan pedoman wawancara, dan juga dilakukan pengumpulan dokumen terkait, seperti struktur organisasi dan dokumen yang mendukung mengenai ketersediaan tenaga kesehatan di kabupaten bogor, dokumen pemberian insentif , penelitian ini akan dimulai setelah mendapatkan izin dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor dan rumah sakit.

4.6. Manajemen data

Manajemen data dilakukan dengan pengelompokan data menurut masing – masing level informan. Setelah data dikumpulkan dilakukan proses pengetikan ke komputer dan dibuat matriks untuk memudahkan dalam proses analisa.

Supaya menjamin keabsahan penelitian maka perlu dilakukan pengecekan dengan melakukan pemeriksaan derajat kepercayaan, dan confirmability, dengan teknik pemeriksaan sebagai berikut :

A. Derajat Kepercayaan :

Pada dasarnya penerapan derajat kepercayaan ini menggantikan konsep validitas internal dari penelitian non kualitatif, kriteria ini berfungsi untuk mempertunjukkan derajat kepercayaan hasil-hasil penemuan yang didapatkan

dengan jalan pembuktian oleh peneliti pada kenyataan ganda yang sedang diteliti. (Moleong, 2010) (Sarwono, 2006)

Adapun teknik pemeriksaannya sebagai berikut :

1. Triangulasi, yang bisa dilakukan dengan triangulasi sumber dan metode. Untuk triangulasi metode bisa dilakukan dengan metode wawancara dan telaah dokumen, sedangkan triangulasi sumber dilakukan dengan membandingkan hasil wawancara antar informan
2. Pengecekan Sejawat, dengan cara mengekspos hasil penelitian untuk berdiskusi, sehingga didapatkan pandangan kritis hasil penelitian, membantu sebagai pembanding serta mengetes temuan teori substansif.

B. *Confirmability*

Konsep *confirmability* ini menyatakan pemastian sesuatu itu objektif atau tidak bergantung pada persetujuan pendapat, pandangan dan penemuan seseorang, tergantung kesepakatan antar subjek, jika disepakati oleh beberapa orang atau banyak orang barulah dikatakan objektif.

Tabel 4.1. Dummy Table dan Uji Triangulasi

No	Informan	Hasil Wawancara yang diharapkan	Triangulasi	
			Metoda	Sumber
1	Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten	<ul style="list-style-type: none"> - Tenaga kesehatan yang tersedia - Sistem imbal jasa - Tenaga yang bertahan - Program untuk meretensi nakes - Besaran insentif yang patut diterima nakes 	X	X
2	Kepala Rumah Sakit	<ul style="list-style-type: none"> - Kecukupan nakes untuk pelayanan di rs - Sistem imbal jasa - Cara meretensi nakes - Nakes yang berminat untuk menetap - Insentif di luar gaji - Besaran insentif yang patut di terima nakes 	X	X
3	Kepala	<ul style="list-style-type: none"> - Kecukupan nakes 	X	X

	bidang promosi dan PSDK, dan kepala seksi PSDK	- Sistem imbal jasa - Besaran insentif - Perencanaan karier nakes		
4	Kepala Sub bagian umum dan kepegawain	- Kecukupan nakes - Perencanaan karier nakes - Sistem imbal jasa - Upaya retensi nakes - Besaran insentif yang patut di terima nakes	X	X
5	Kepala Sub bagian Keuangan	- Sistem imbal jasa - Insentif di luar gaji - Upaya retensi nakes - Besaran insentif yang patut diterima nakes	X	X
7	Dokter di RS, puskesmas, Perawat di RS dan Petugas kesehatan di Puskesmas	- Kecukupan nakes - Sistem imbal jasa - Insentif di luar gaji - Upaya retensi nakes - Besaran insentif yang patut di terima nakes	X	X

4.7. Analisis Data

Proses analisa data dimulai dengan menelaah seluruh data yang tersedia dari berbagai sumber, yaitu wawancara dan dokumen resmi. Setelah itu dilakukan dengan reduksi data yang dilakukan dengan melakukan abstraksi. Kemudian menyusunnya dalam satuan-satuan dan dilakukan kategorisasi lalu dilakukan koding kemudian dibuat matriks lalu dilakukan analisis data yang ada berdasarkan kepada isi data yang ada atau *content analysis*.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1. Gambaran umum wilayah Kabupaten Bogor

Propinsi Jawa Barat memiliki wilayah administratif yang luas dimana terbagi ke dalam 17 kabupaten dan 9 kota, diantaranya kabupaten Bogor, Sukabumi, Cianjur, Bandung, Bandung Barat, Garut, Tasikmalaya, Ciamis, Kuningan, Cirebon, Majalengka, Sumedang, Indramayu, Subang, Purwakarta, Karawang, Bekasi serta Kota Bogor, Sukabumi, Bandung, Cirebon, Bekasi, Depok, Cimahi, Tasikmalaya dan Banjar.

Provinsi Jawa Barat, secara geografis, terletak pada posisi $5^{\circ}50'$ – $7^{\circ}50'$ Lintang Selatan dan $104^{\circ}48'$ – $108^{\circ}48'$ Bujur Timur, dengan batas wilayah : sebelah Utara, berbatasan dengan Laut Jawa dan Provinsi DKI Jakarta; sebelah Timur, berbatasan dengan Provinsi Jawa Tengah; sebelah Selatan berbatasan dengan Samudra Indonesia; dan sebelah Barat berbatasan dengan Provinsi Banten.

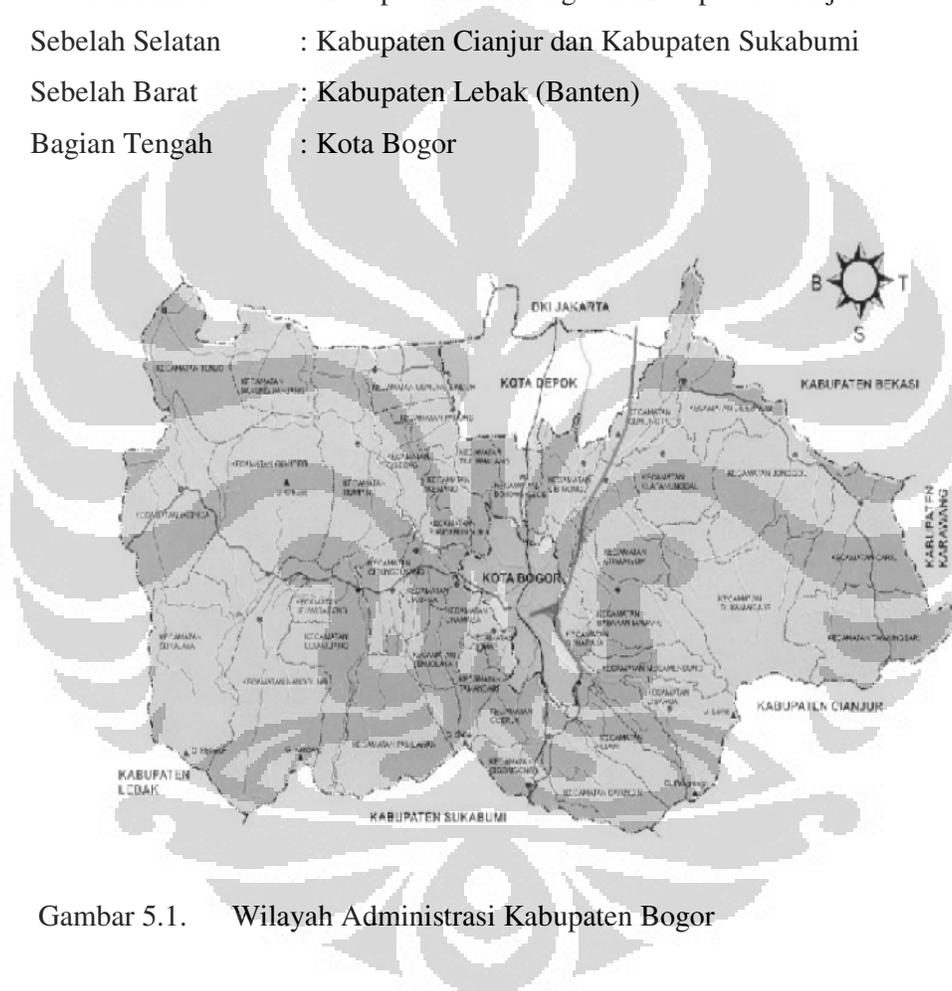
Luas wilayah Provinsi Jawa Barat meliputi wilayah daratan seluas 3.710.061,32 hektar dan garis pantai sepanjang 755,829 km. Daratan Jawa Barat dapat dibedakan atas wilayah pegunungan curam (9,5% dari total luas wilayah Jawa Barat) terletak di bagian Selatan dengan ketinggian lebih dari 1.500 m di atas permukaan laut (dpl); wilayah lereng bukit yang landai (36,48%) terletak di bagian Tengah dengan ketinggian 10 – 1.500 m dpl; dan wilayah dataran luas (54,03%) terletak di bagian Utara dengan ketinggian 0 – 10 m dpl. Tutupan lahan terluas di Jawa Barat berupa kebun campuran (22,89 % dari luas wilayah Jawa Barat), sawah (20,27%), dan perkebunan (17,41%), sementara hutan primer dan hutan sekunder di Jawa Barat hanya 15,93% dari seluruh luas wilayah Jawa Barat.

Kabupaten Bogor merupakan salah satu wilayah administratif yang termasuk di dalam Propinsi Jawa Barat, lokasi Kabupaten Bogor sendiri terletak dikoordinat antara $6^{\circ}18'$ - $6^{\circ}47'$ 10 Lintang Selatan dan $106^{\circ}23'45$ - $107^{\circ}13'30$ Bujur Timur, memiliki luas wilayah daratan 298,838.304 Ha, dengan jumlah

penduduk 4.763.209 jiwa dengan Kepadatan penduduk 2.303,93 jiwa/km² pusat pemerintahan Kabupaten Bogor terletak di Kecamatan Cibinong, yang berada di sebelah utara Kota Bogor, dengan ibukotanya adalah Cibinong.

Adapun batas administrasi dari kabupaten Bogor

Sebelah Utara : Kabupaten Tangerang (Banten), Kota Depok,
Kota Bekasi dan Kabupaten Bekasi
Sebelah Timur : Kabupaten Karawang dan Kabupaten Cianjur
Sebelah Selatan : Kabupaten Cianjur dan Kabupaten Sukabumi
Sebelah Barat : Kabupaten Lebak (Banten)
Bagian Tengah : Kota Bogor



Gambar 5.1. Wilayah Administrasi Kabupaten Bogor

Kabupaten Bogor terdiri atas 40 kecamatan, yang dibagi lagi atas sejumlah desa dan kelurahan. Kabupaten Bogor secara garis besar terdiri atas tiga wilayah dan 40 kecamatan. Kecamatan-kecamatan tersebut dibagi atas sejumlah 428 desa dan 17 kelurahan. Wilayah yang termasuk ke dalam kecamatan di kabupaten Bogor adalah

A. Wilayah Timur:

1. Kecamatan Gunung Putri
2. Kecamatan Cileungsi
3. Kecamatan Klapanunggal
4. Kecamatan Jonggol
5. Kecamatan Sukamakmur
6. Kecamatan Cariu
7. Kecamatan Tanjungsari

B. Wilayah Tengah:

1. Kecamatan Gunung Sindur
2. Kecamatan Parung
3. Kecamatan Ciseeng
4. Kecamatan Kemang
5. Kecamatan Rancabungur
6. Kecamatan Bojonggede
7. Kecamatan Tajur Halang
8. Kecamatan Cibinong
9. Kecamatan Sukaraja
10. Kecamatan Dramaga
11. Kecamatan Cijeruk
12. Kecamatan Cigombong
13. Kecamatan Caringin
14. Kecamatan Ciawi
15. Kecamatan Megamendung
16. Kecamatan Cisarua
17. Kecamatan Citeureup
18. Kecamatan Babakan Madang
19. Kecamatan Ciomas
20. Kecamatan Tamansari

C. Wilayah Barat:

1. Kecamatan Jasinga
2. Kecamatan Parung Panjang
3. Kecamatan Tenjo
4. Kecamatan Cigudeg
5. Kecamatan Sukajaya
6. Kecamatan Nanggung
7. Kecamatan Leuwiliang
8. Kecamatan Leuwisadeng
9. Kecamatan Cibungbulang
10. Kecamatan Ciampea
11. Kecamatan Pamijahan
12. Kecamatan Rumpin
13. Kecamatan Tenjolaya

Secara Topografi wilayah bagian utara Kabupaten Bogor merupakan dataran rendah (lembah Sungai Ciliwung dan Sungai Cisadane, sedang bagian selatan berupa pegunungan, dengan puncaknya: Gunung Halimun (1.764 m), Gunung Salak (2.211 m), dan Gunung Gede Pangrango (3.018 m) yang merupakan gunung tertinggi kedua di Jawa Barat.

5.2. Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilaksanakan mulai bulan April – Juni 2012, dimulai dengan meminta ijin ke Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor dan Rumah Sakit Umum Daerah Cibinong atau RSUD Cibinong, pada awal April meminta ijin mengambil data di lapangan, pada pertengahan April baru diijinkan untuk memulai pengambilan data ke Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor, sedangkan untuk RSUD Cibinong perijinan pada awal Mei dan baru diijinkan untuk memulai pengambilan data penelitian di RSUD Cibinong pada pertengahan Mei, perijinan penelitian di ajukan dua kali dikarenakan saat ini keduanya sudah berada dalam posisi sejajar

dimana saat ini RSUD Cibinong telah menjadi BLUD, sehingga perijinannya menjadi memakan waktu yang lama.

Pengumpulan data dilakukan dengan dua cara, yaitu data primer dan data sekunder, data primer diambil dengan wawancara mendalam dan data sekunder dengan mengambil data berupa dokumen-dokumen yang terkait dengan penelitian.

Keterbatasan peneliti dalam penelitian

Peneliti harus mengatur waktu pertemuan di tengah-tengah kesibukan informan agar tidak mengganggu kegiatan informan di karenakan informan yang diteliti adalah pejabat – pejabat yang memegang peranan penting sehingga waktunya tidak terlalu banyak untuk digali secara mendalam, adanya informan di puskesmas yang menolak untuk dijadikan tempat penelitian dengan alasan tempatnya bukan tempat yang cocok untuk melakukan penelitian sehingga peneliti harus mencari daerah baru untuk penelitian.

Jarak penelitian yang jauh antara lokasi penelitian awal dengan lokasi penelitian berikutnya, lokasi terjauh adalah Tenjo dengan perjalanan sekitar empat jam dengan akses jalan menuju puskesmas Tenjo yang rusak parah sehingga ketika peneliti sampai ke sana puskesmas sudah mau tutup.

5.3. Karakteristik Informan

Informan yang diambil adalah orang-orang menjadi pemangku kebijakan dan orang-orang yang menjadi subjek kebijakan tersebut, adapun informan yang diambil dari kepala dinas kesehatan, direktur rumah sakit, bagian kepegawain, bagian keuangan, bagian pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan, dokter di rumah sakit , perawat di rumah sakit dokter di puskemas, dan perawat di puskemas di Kabupaten Bogor.

Lama wawancara berkisar antara 30 menit sampai 60 menit, karakteristik informan sendiri sangat bervariasi mulai dari jenis kelamin dan pendidikan.

Informan terdiri dari 3 orang laki-laki, dan 13 orang perempuan dengan pendidikan yang bervariasi mulai dari S1 9 orang, S2 6 orang dan D3 1 orang

Tabel 5.1. Karakteristik Informan Penelitian

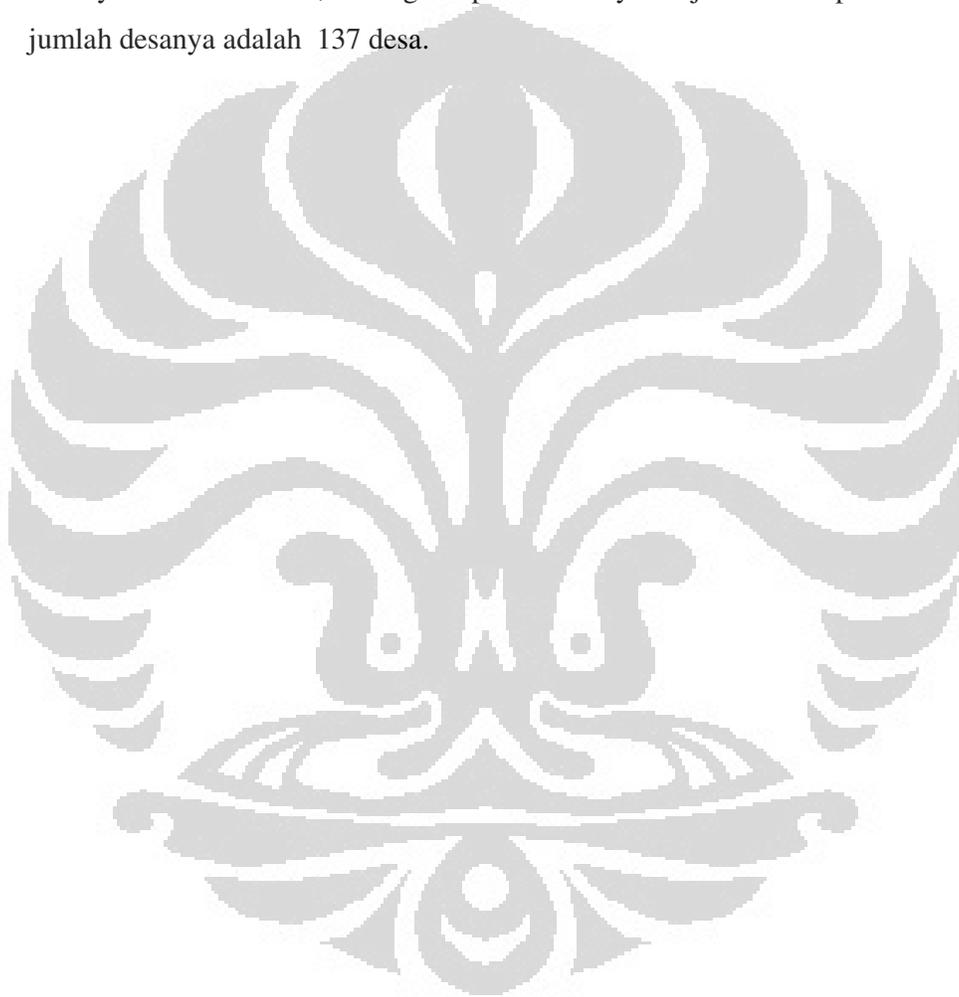
No	Informan	Jenis kelamin (L/P)	Pendidikan
1	Dinas Kesehatan Kab Bogor	P	S2
2	Ka Bidang PSDK dan Promosi	P	S2
3	Ka Seksi PSDK	L	S2
4	Ka bagian umum dan Kepegawain	P	S2
5	Ka bagian keuangan	P	S2
6	Dokter Puskesmas Ciawi	P	S1
7	Perawat puskesmas Ciawi	P	D3
8	Dokter Puskesmas Tenjo	P	S1
9	Perawat Puskesmas Tenjo	P	S1
10	Direktur RSUD Cibinong	P	S2
11	Ka Bagian Kepegawaian RSUD Cibinong	P	S1
12	Ka Bagian Keuangan RSUD Cibinong	P	S1
13	Dokter RSUD Cibinong	P	S1
14	Dokter RSUD Cibinong	L	S1
15	Perawat RSUD Cibinong	L	S1
16	Perawat RSUD Cibinong	P	S1

5.4. Gambaran Sarana Kesehatan dan Tenaga Kesehatan

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor saat ini Kabupaten Bogor memiliki 101 puskesmas yang terletak dari pusat pemerintahan Kabupaten Bogor yaitu dari Cibinong sampai ke ujung Kabupaten Bogor seperti di Tenjo yang berbatasan dengan Tangerang Selatan.

Puskesmas di Kabupaten bogor di bagi ke dalam dua bagian, yaitu puskesmas yang tidak terpencil dan puskesmas yang terpencil atau sulit

dijangkau. Puskesmas yang tidak terpencil adalah puskesmas yang aksesnya tidak sulit untuk mencapai puskesmas, sedangkan puskesmas yang terpencil atau sulit dijangkau adalah puskesmas yang terletak di daerah yang secara geografis sulit untuk di tempuh. Penetapan puskesmas terpencil di dasarkan kepada Keputusan Bupati Bogor No. 440/425/Kpts/Per-UU/2011 tentang penetapan puskesmas dan desa terpencil di Kabupaten Bogor. Kecamatan yang termasuk daerah terpencil sebanyak 34 kecamatan, sedangkan puskesmasnya berjumlah 18 puskesmas dan jumlah desanya adalah 137 desa.



Tabel 5. 2. Puskesmas dan Desa Terpecil

No	KECAMATAN	PUSKESMAS	NAMA DESA			
1	JASINGA	Bagoang	Ds.	Bagoang		
			Ds.	Pangaur		
			Ds.	Barengkok		
			Curug	Ds.	Curug	
				Ds.	Jugalajaya	
				Ds.	Tegalwangi	
2	CIGUDEG		Ds.	Sukaraksa		
			Ds.	Banyuresmi		
			Ds.	Banyuwangi		
			Ds.	Banyuasih		
			Lebakwangi	Ds.	Batujajar	
				Ds.	Bangun Jaya	
		Ds.		Tegal Lega		
		3	SUKAJAYA	Sukajaya	Ds.	Sukajaya
					Ds.	Pasir Madang
Ds.	Cileuksa					
Kiarapandak	Ds.			Kiarapandak		
	Ds.			Cisarua		
	Ds.			Kiarasari		
4	PARUNG PANJANG		Ds.	Jagabita		
			Ds.	Gintung Cilejet		
			Ds.	Jagabaya		
			Ds.	Lumpang		
			Dago	Ds.	Dago	
				Ds.	Gorowong	
5	TENJO		Ds.	Batok		
			Ds.	Cilaku		
			Pasar Rebo	Ds.	Ciomas	
				Ds.	Babakan	
				Ds.	Tapos	
6	NANGGUNG		Ds.	Pangkaljaya		
			Curug Bitung	Ds.	Sukaluyu	
				Ds.	Bantarkaret	
				Ds.	Malasari	
7	LEUWILIANG		Ds.	Pabangbon		
			Puraseda	Ds.	Puraseda	
				Ds.	Purasari	
8	LEUWISADENG		Ds.	Leuwisadeng		
			Ds.	Babakan Sadeng		

No	Kecamatan	Puskesmas	Desa	
			Ds.	
			Ds.	Wangunjaya
			Ds.	Sadeng Kolot
9	RUMPIN		Ds.	Rabak
		Gobang	Ds.	Gobang
			Ds.	Cidokom
			Ds.	Leuwi Batu
			Ds.	Cibodas
		Cicangkal	Ds.	Tamansari
			Ds.	Kerta Jaya
10	CIBUNGBULANG		Ds.	Ciaruteun Udik
			Ds.	Dukuh
			Ds.	Ciaruteun Ilir
11	PAMIJAHAN		Ds.	Gunung Sari
		Ciasmara	Ds.	Ciasmara
			Ds.	Ciasihan
			Ds.	Cibunian
			Ds.	Purwabakti
12	CIAMPEA		Ds.	Cicadas
			Ds.	Tegal Waru
13	TENJOLAYA		Ds.	Tapos II
			Ds.	Tapos I
			Ds.	Cibitung tengah
			Ds.	Gunung Malang
			Ds.	Cinangneng
			Ds.	Situ Daun
14	CIOMAS		Ds.	Sukamakmur
			Ds.	Ciapus
15	TAMANSARI	Sukaresmi	Ds.	Sukaresmi
			Ds.	Sukaluyu
16	DRAMAGA	Purwasari	Ds.	Purwasari
			Ds.	Petir
17	CIAWI		Ds.	Pandansari
			Ds.	Teluk Pinang
			Ds.	Bojong Murni
			Ds.	Cibedug
18	CARINGIN		Ds.	Cimande
			Ds.	Pancawati
			Ds.	Ciherang Pondok
			Ds.	Tangkil
			Ds.	Pasir Buncir
19	CIGOMBONG		Ds.	Tugu Jaya
			Ds.	Ciburayut

No	Kecamatan	Puskesmas	Desa	
20	CIJERUK		Ds.	Cipicung
			Ds.	Cipelang
			Ds.	Cibalung
21	KEMANG		Ds.	Pabuaran
			Ds.	Tegal
22	RANCABUNGUR		Ds.	Mekarsari
23	PARUNG		Ds.	Waru
			Ds.	Cogreg
24	CISEENG		Ds.	Cibeuteung Muara
			Ds.	Kuripan
		Cibeuteung Udik	Ds.	Cibeuteung Udik
			Ds.	Babakan
			Ds.	Karihkil
25	GUNUNG SINDUR		Ds.	Rawa Kalong
			Ds.	Cibinong
			Ds.	Jampang
26	TAJUR HALANG		Ds.	Nanggerang
			Ds.	Tonjong
			Ds.	Sukmajaya
			Ds.	Citayam
27	SUKARAJA		Ds.	Cikeas
			Ds.	Nagrak
28	CITEUREUP		Ds.	Hambalang
			Ds.	Tajur
29	BABAKAN MADANG		Ds.	Karang Tengah
			Ds.	Kadumangu
			Ds.	Cijayanti
			Ds.	Bojong Koneng
30	KLAPANUNGGAL		Ds.	Lulut
			Ds.	Leuwikaret
31	JONGGOL		Ds.	Sukamanah
			Ds.	Singasari
			Ds.	Cibodas
			Ds.	Sukajaya
		Balekambang	Ds.	Balekambang
			Ds.	Wening Galih
			Ds.	Sirnagalih
			Ds.	Sukagalih
32	SUKAMAKMUR	Sukamakmur	Ds.	Sukamakmur
			Ds.	Sukamulya
			Ds.	Wargajaya
			Ds.	Cibadak

No	Kecamatan	Puskesmas	Desa	
			Ds.	
			Ds.	Sirnajaya
		Sukadamai	Ds.	Sukadamai
			Ds.	Sukaresmi
			Ds.	Sukawangi
			Ds.	Sukaharja
33	CARIU		Ds.	Kutamekar
			Ds.	Bantar Kuning
			Ds.	Cikutamahi
			Ds.	Karyamekar
34	TANJUNGSARI		Ds.	Sirnasari
			Ds.	Antajaya
			Ds.	Cibadak
			Ds.	Selawangi

Kabupaten Bogor memiliki sarana kesehatan antara lain 101 puskesmas, 96 puskesmas pembantu, 23 puskesmas keliling, 14 rumah sakit dan 273 balai pengobatan. (tabel 5.3. dan 5.4.)

Tabel 5.3. Sarana Kesehatan Pemerintah di Kabupaten Bogor

No	Sarana	2008	2009	2010
1	Rumah Sakit			
	- RSD	2	2	3
	- RS Persiapan (Jonggol)	2	2	1
	- RS ABRI	1	1	1
	- RS TB Paru	1	1	1
2	Gudang Farmasi Dinkes Kab. Bogor	1	1	1
3	Labkesda	1	1	1
4	PPKK	-	1	1
5	Kendaraan Roda Empat Operasional (Dinas)	17	15	25
6	Alat Fogging	10	6	6
7	Sarana Kesehatan dengan kemampuan Gawat Darurat	45	40	52

Sumber Dinas Kesehatan Bogor

Tabel 5.4. Sarana Kesehatan swasta di Kabupaten Bogor

No	Sarana	Jumlah
1	Rumah Sakit	
	- RS Umum	4
	- RS Ibu dan Anak	3
	- RS Bersalin	1
2	Balai Pengobatan	273
3	Klinik Perusahaan	16
4	Rumah Bersalin	34
5	Praktek Dokter Bersama	15
6	dr. Umum Praktek	1.023
7	drg. Praktek	202
8	Dokter Spesialis Praktek	198
9	Bidan Praktek	523
10	Batra	29
11	Optikal	3
12	Radiologi	3
13	Apotik	213
14	Toko Obat	56
15	Unit Transfusi Darah	1

Sumber Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor

Tenaga kesehatan yang berada di kabupaten Bogor dokter umum 371 orang, 258 dokter spesialis dokter gigi 130 orang, perawat 1.635 orang, bidan 921 orang, farmasi 37 orang, ahli gizi 97 orang, dan ahli kesmas 98 orang total tenaga kesehatan keseluruhan 4.397 orang (tabel 5.5) dengan penyebaran yang tidak merata terutama di daerah – daerah kota yang mempunyai akses yang baik. Ratio ketenagaan dokter terhadap penduduk 1 : 41.974, dokter gigi 1 : 15.852, paramedis 1: 10.561, bidan 1: 15.048

Tabel 5.5. Tenaga Kesehatan Kabupaten Bogor

No	Jenis	Dinas	Labkesda	PPKK	BP Korpri	Pusk	RS	Total
1	Dokter Umum	8	1	2	1	141	88	241
	- PNS	0	0	1	0	47	0	48
	- PTT	0	0	0	0	0	0	0
	- Tenaga Kontrak - Swasta	0	0	0	0	0	82	82
2	Dokter Spesialis	0	0	0	0	0	89	89
	- PNS	0	0	0	0	0	0	0
	- PTT	0	0	0	0	0	0	0
	- Tenaga Kontrak - Swasta	0	0	0	0	0	169	169
3	Dokter Gigi	1	0	1	0	54	15	71
	- PNS	0	0	0	0	19	0	19
	- PTT	0	0	0	0	0	0	0
	- Tenaga Kontrak - Swasta	0	0	0	0	0	40	40
4	Master Kesehatan(S2)	13	0	1	1	4	0	19
5	Sarjana Kes. Masyarakat	28	0	2	0	39	29	98
6	D3 Kes. Masyarakat	3	0	0	0	6	2	11
7	Apoteker	6	0	0	0	4	27	37
8	Asisten Apoteker	4	0	0	0	22	78	104
9	Perawat (Akper + SPK)	14	0	6	1	484	1.130	1.635
10	Perawat gigi	0	0	1	0	50	5	56
11	Bidan	11	0	2	0	674	234	921
12	Tenaga Pelaksana Gizi	5	0	0	0	45	47	97
13	Sanitarian	7	1	1	0	49	11	69
14	Laboratoris	0	4	1	0	28	102	135
15	Tenaga Non Medis	63	1	1	0	121	614	800
16	Tenaga Pembantu Paramedis	3	0	0	0	83	0	86
17	Tenaga Anestesi	0	0	0	0	0	23	23
18	Tenaga Rontygn	0	0	2	0	2	48	52
19	Tenaga Fisioterapis	0	0	0	0	0	35	35
	Jumlah Total	166	7	21	3	1.872	2.868	4.937

Sumber : Dinas kesehatan tahun 2010

5.5. Insentif

Insentif Material

Secara umum insentif material yang diberikan di Kabupaten Bogor untuk tenaga kesehatan antara lain gaji yang diberikan sesuai dengan golongan pegawai negeri sipil untuk pegawai tidak tetap hanya mendapatkan insentif yang mengacu kepada surat dari Kementerian Keuangan no S-399/MK.02/2009 tanggal 1 juli 2009 tentang persetujuan penghasilan bagi dokter dan bidan PTT, tunjangan struktural bagi tenaga kesehatan yang berada di stukturtral, tunjangan fungsional yang diberikan khusus untuk tenaga kesehatan yang melayani pasien seperti

dokter dan bidan diberikan dalam bentuk jasa pelayanan, tunjangan hari tua atau pensiun yang diberikan untuk pegawai negeri sipil dalam bentuk taspen untuk pegawai tidak tetap belum diberikan tunjangan hari tua, bantuan biaya pengobatan untuk pegawai negeri sipil dan pegawai tidak tetap diberikan dari askes, kendaraan dinas diberikan untuk eselon tertentu seperti eselon 2, eselon 3 kemudian direktur rumah sakit, wakil direktur serta kepala bidang dan kasub bag di rumah sakit, untuk dokter di puskesmas di berikan berupa ambulan yang digunakan sebagai puskesmas keliling, rumah dinas diberikan bagi tenaga kesehatan yang bertugas di puskesmas sedangkan yang di rumah sakit tidak diberikan rumah dinas, bantuan uang kesehatan yang diberikan dari Pemda sesuai dengan golongan tenaga kesehatan, jasa asuhan keperawatan hanya diberikan untuk perawat di rumah sakit, dan jasa farmasi diberikan untuk dokter dan perawat di rumah sakit.

Menurut berbagai penelitian tentang insentif material bagi tenaga kesehatan ada beberapa macam insentif antara lain gaji, bonus, bantuan biaya pengobatan, jaminan hari tua, rumah dinas dan kendaraan dinas.

Menurut Muljani (2002) semakin banyak simbol status seorang karyawan, misalnya memperoleh fasilitas perumahan, kendaraan, kenaikan pangkat maka karyawan tersebut akan merasa berhasil terpenuhi kebutuhannya

Menurut Suwatno dan Juni, 2011 insentif terbagi menjadi 2, yaitu insentif material dan non material, sedangkan menurut Dumilah, 2006 membagi insentif menjadi 3 macam, yaitu insentif material, insentif non material dan kombinasi. Pada dasarnya pembagian keduanya mirip hanya berbeda pada pembagian kombinasi saja, dimana bagian insentif kombinasi sebenarnya hanya menggabungkan antara insentif material dan non material saja. Menurut Ayuningtas (2006) yang termasuk insentif material dapat berupa :

1. Uang seperti tunjangan bulanan, asuransi jiwa, tunjangan cuti
2. Perumahan seperti rumah dinas atau pemberian uang kontrak
3. Kendaraan seperti roda dua, roda empat, kendaraan dinas, kendaraan operasional
4. Fasilitas komunikasi seperti telepon dan internet
5. Fasilitas hiburan seperti televisi dan VCD

Pemberian insentif material diberikan supaya tenaga kesehatan mempunyai keinginan untuk tinggal di daerah yang terpencil

Menurut hasil penelitian Global Health Workforce Alliance (2008) yang termasuk ke dalam insentif material yang terbagi menjadi tiga tingkatan yaitu yang pertama pembayaran yang wajib diterima oleh tenaga kerja antara lain gaji, tunjangan pensiun atau hari tua, asuransi kesehatan, perumahan, kendaraan, serta perawatan anak. Pembayaran yang wajib diterima oleh tenaga kesehatan merupakan pembayaran yang sangat penting untuk menarik tenaga kesehatan supaya bekerja di suatu tempat. Tingkatan yang kedua pembayaran berdasarkan hasil kerja antara lain pencapaian hasil pekerjaan, lamanya melayani pasien, lokasi tempat pekerjaan misalnya daerah sulit. Pembayaran tingkat kedua ini tergantung kepada pencapaian masing-masing tenaga kesehatan dalam pekerjaannya, makin mereka rajin maka pembayaran untuk mereka makin tinggi. Tingkat yang ketiga pemberian fellowship bagi tenaga kerja, pemberian pinjamin bagi tenaga kesehatan, pembayaran tingkat ketiga ini diberikan kepada tenaga kesehatan sebagai tambahan untuk mereka yang bertahan dan tinggal di daerah tempat mereka bertugas.

A. Gaji

Untuk gaji di Kabupaten Bogor yang diterima oleh pegawai negeri sipil berdasarkan ketentuan yang berlaku, Semua informan mengatakan dimana gaji sudah diatur oleh pemerintah berdasarkan golongan masing-masing, seperti cuplikan yang dikatakan oleh informan sebagai berikut

".....Kalau pns jelas aturannya sesuai golongan gaji....."(informan 2)

".....Kalau kita disini per golongan, kalau kita disini golongan 2....." (informan 13)

".....Kalau gaji dah ada patokan dari pns..." (informan 7)

Setiap pekerjaan yang dilakukan oleh seseorang akan mendapatkan suatu imbalan dapat berupa gaji, insentif ataupun lainnya. Gaji merupakan hal yang penting bagi seorang pegawai karena gaji tersebut merupakan sumber hidupnya

sehari-hari baik untuk dirinya maupun untuk keluarganya, Menurut Van Ber Van gaji atau upah merupakan tujuan objektif kerja ekonomis. Dalam hal ini yang membayar gaji adalah pengusaha, majikan atau perusahaan

Pendapat lain dikemukakan oleh Handoko (1993) Gaji adalah pemberian pembayaran finansial kepada karyawan sebagai balas jasa untuk pekerjaan yang dilaksanakan dan sebagai motivasi pelaksanaan kegiatan di waktu yang akan datang.

Gaji yang diterima oleh pegawai negeri adalah gaji yang dibayar oleh pemerintah yang di dapatkan melalui pungutan pajak kepada masyarakat, pajak itu bisa berupa pajak penghasilan, pajak kendaraan, pajak pertambahan nilai dan pajak lainnya. Melalui pajak ini kemudian pemerintah membayar orang yang bekerja kepadanya, yang disebut dengan pegawai negeri, dimana gaji pegawai negeri ini telah ditetapkan menurut Peraturan Pemerintah No 15 tahun 2012 tentang peraturan gaji pegawai negeri sipil, gaji pegawai negeri sipil terbagi menjadi beberapa golongan dari golongan I sampai pada golongan IV dengan pembagian masing- masing berdasarkan golongan dan masa kerja.

Secara umum sistem pengajian atau pengupahan dapat dibagi berdasarkan a.Sistem upah menurut produksi

Sistem ini membuat tenaga kerja atau pegawai menjadi produktif dikarenakan sistem pengajian mereka berdasarkan kepada kemampuan mereka untuk memproduksi sesuatu, sehingga membedakan kemampuan masing-masing pegawai dan menguntungkan bagi pegawai yang cerdas dan energis tetapi kurang menguntungkan bagi pegawai yang tidak cerdas dan tidak energis beserta orang tua yang telah menurun kemampuannya

b.Sistem upah menurut lama kerja

Pada sistem ini tidak membedakan umur, pengalaman kerja serta kemampuan seseorang, seorang pegawai diukur hanya berdasarkan lama kerja, akibatnya akan terjadi kemerosotan seseorang untuk menghasilkan lebih banyak, dikarenakan sistemnya hanya menghitung lama kerja saja dan biasanya sistem ini dipakai untuk mencegah diskrimasi dalam pekerjaan

c. Sistem upah menurut Lamanya dinas

sistem ini mendorong orang untuk loyal terhadap perusahaannya, sehingga dengan sistem ini orang merasa diperhatikan jika mereka sudah tua, namun sistem ini akan menyebabkan penumpukan orang tua pada suatu saat dan orang – orang dengan kemampuan tinggi hanya akan naik pangkat dikarenakan dihitung dari lamanya dinas, akhirnya yang muda dan berbakat akan pergi meninggalkan perusahaan semacam ini dan mencari yang lebih baik

d. Sistem upah menurut kebutuhan

sistem upah ini akan mengupah seseorang berdasarkan pada kebutuhan kepada mereka yang sudah menikah, berkeluarga yang pada akhirnya tidak akan mendorong inisiatif untuk bekerja lebih giat dikarenakan semua kebutuhan telah dipenuhi oleh perusahaan, hal ini sama halnya dengan sistem upah menurut lamanya dinas.

Jika dilihat dari sistem pengajian pemerintah berdasarkan teori diatas maka sistem pengajiannya berdasarkan kepada lama kerja dan menggabungkan dengan sistem upah menurut kebutuhan, yang pada akhirnya menimbulkan produktifitas dari pegawai pemerintah yang merosot dan berbeda dengan sistem pengajian di swasta yang menurut produksi. Seperti kutipan wawancara berikut ini yang dikatakan oleh informan

“.....kalau kita disini golongan 2 walaupun mau malas ataupun rajin tetap sama....” (informan 13)

“.....kalau tidak rajin segini...mendingan tidak rajin....itu banyak perilaku pada aparatur Negara begitu di terutama jadi pns kinerja menurun...” (informan 8)

Dengan adanya hal di atas maka tampaknya sistem pengajian dari pemerintah harus memasukan sistem upah berdasarkan produksi agar pegawai negeri yang ada menjadi lebih semangat untuk membuat sesuatu sehingga gaji yang mereka dapatkan sesuai dengan pekerjaan mereka

Menurut penelitian yang dilakukan oleh WHO tahun 2006 mengatakan banyak negara yang masih memberikan gaji atau upah yang rendah bagi tenaga kesehatan khususnya di sektor publik.

Penelitian Lehmann (2005) dan Dussault dan Franceschini (2006) mengatakan banyak tenaga kesehatan yang meninggalkan daerah kerja mereka dikarenakan alasan finansial.

Menurut penelitian Dielman dan Hanjeimer (2006) mengatakan kalau pemberian insentif akan sukses bila dilakukan juga penilaian terhadap hasil kerja

Tabel 5.6. Gaji di Kabupaten Bogor

Insentif Material	Dinas Kesehatan	Puskesmas	Rumah Sakit
Gaji	Sesuai standar PNS	Sesuai standar PNS	Sesuai standar PNS

B. Bonus

Menurut informan di dalam sistem pemerintahan tidak mengenal adanya sistem bonus dikarenakan keuangannya yang bersifat kaku dan taat kepada peraturan yang berlaku. Sebagian besar informan mengatakan tidak ada bonus yang diberikan untuk pekerjaan yang mereka lakukan, seperti yang dikatakan oleh informan sebagai mana di bawah ini

".....tidak ada bonus...." (informan 5)

".....Ah....jangan Tanya...bonus tidak ada....mau pasien 10 ya begitu...mau pasien 100 ya tetap begitu..." (informan 11)

"..... karena dari segi anggaran tidak boleh mengeluarkan bonus karena tidak ada ketetapannya..." (informan 3)

Hanya ada 2 informan saja yang menyebutkan ada bonus di tempatnya bekerja itupun diberikan hanya 1 kali setahun dan diberikan di akhir tahun

"....kalau bonus biasanya akhir tahun.....yang dikumpulkan dari sisa-sisa, yang dibagi bersama di akhir tahun dan dibagi ke karyawan juga....." (informan 14)

"...ada bonus....." (informan 15)

Menurut pengertiannya bonus merupakan uang yang diberikan di luar gaji yang diberikan, adapun pengertian menurut Suwatno (2011) bonus merupakan pembayaran ekstra di luar upah gaji dasar yang bersifat hadiah atas prestasi yang

telah dicapai. Perusahaan juga memberikan sejenis bonus kepada karyawannya yang menghasilkan produksi melebihi standar yang ditetapkan oleh perusahaan.

Menurut penelitian Global Health Workforce Alliance (2008) mengatakan pada umumnya bonus diberikan untuk menarik tenaga kesehatan supaya mereka mau tinggal di daerah rural dimana merupakan daerah yang sulit secara infrakstruktur tetapi sangat tinggi permintaan terhadap tenaga kesehatan.

Menurut Kipp (2001) yang melakukan penelitian di Uganda tenaga kesehatan diberikan bonus diluar gaji yang diterima oleh tenaga kesehatan sebesar 50-150 persen, hal ini membuat tenaga kesehatan mau untuk tinggal di Uganda dan merasa lebih dihargai karena dibayar lebih banyak, yang pada akhirnya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di sana.

Tabel 5.7. Bonus di Kabupaten Bogor

Insentif Material	Dinas Kesehatan	Puskesmas	Rumah Sakit
Bonus	Tidak ada	Ada (1 PKM)	Tidak ada

C. Bantuan Biaya Pengobatan

Semua informan mengatakan diberikan bantuan biaya pengobatan yang telah diberikan melalui PT. Askes dan sebagian lagi informan mengatakan mendapatkan tambahan uang kesehatan dari tempatnya bekerja selain dari plafon Askes.

“...adanya di pemda bantuan pengobatan...” (informan 3)

“...Kalau dari askes dapat..., uang kesehatan dapet berdasarkan golongan dari pemda beda dengan askes...” (informan 12)

”...Kalau pns sudah jelas askes...” (informan 9)

“...dapat askes untuk sendiri...” (informan 15)

Menurut suwatno (2011) mengatakan kalau bantuan pengobatan adalah jaminan pengobatan diberikan kepada karyawan dan keluarganya yang menderita sakit. Dimana tujuan pemberian bantuan ini membuat pegawai tenang dan merasa

aman dalam bekerja jika terjadi resiko sakit dan memerlukan perawatan baik terhadap dirinya maupun keluarganya.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Dielmen dan Harmeijer (2006) mengatakan kalau pemberian fasilitas kesehatan sangat penting untuk menjamin tenaga kesehatan dapat bekerja dengan tenang dikarenakan tenaga kesehatan merupakan orang yang pertama kali kontak dengan berbagai penyakit misalnya HIV, sehingga mereka juga harus dilindungi dengan fasilitas kesehatan yang memadai demi ketenangan mereka dalam bekerja.

Tabel 5.8. Bantuan Biaya Pengobatan di Kabupaten Bogor

Insentif material	Dinas Kesehatan	Puskesmas	Rumah Sakit
Bantuan Biaya pengobatan	Askes dan uang kesehatan	Askes dan uang kesehatan	Askes

D. Jaminan Hari Tua

Untuk jaminan hari tua bagi pegawai negeri sipil yang bertugas di Kabupaten Bogor di berikan Taspen oleh Pemda, terkecuali yang merupakan pegawai tidak tetap belum diberikan jaminan hari tua untuk mereka. Semua informan menjawab telah diberikan jaminan hari tua yang ditetapkan oleh pemerintah

"....setiap kita punya taspen yah....Cuma kecil yah..." (informan 4)

".....dapat, dari taspen..." (informan 13)

"....taspen..itu aza..." (informan 11)

Menurut Suwatno dan Juni (2011) jaminan hari tua merupakan jaminan yang diberikan kepada karyawan di hari tuanya, dimana dengan adanya jaminan ini memberikan bantuan keuangan yang dapat digunakan untuk menopang hidup karyawan di hari tua mereka, dan diberikan kepada karyawan yang telah mencapai umur tertentu, misalnya di atas usia 70 tahun.

Jaminan ini hampir sama dengan pensiun dimana keduanya memberikan sejumlah uang kepada mereka yang telah berhenti bekerja dan mencapai umur tertentu, misalnya 70 tahun.

Menurut penelitian yang dilakukan *Equity in Health in East and Southern Africa* (EQUINET) tahun 2008 yang melakukan penelitian di Kenya tentang insentif untuk tenaga kesehatan yang bertahan di Kenya dikatakan kalau jaminan hari tua merupakan salah satu yang penting untuk bagi tenaga kesehatan, bahkan di sana badan khusus yang menangani pensiun untuk tenaga kesehatan yang disebut *Pension and National Social Security Fund (NSSF)*.

Tabel 5.9 Jaminan Hari Tua di Kabupaten Bogor

Insentif Material	Dinas Kesehatan	Puskesmas	Rumah Sakit
Jaminan Hari Tua	Taspen	Taspen	Taspen

E. Kendaraan Dinas

Merupakan kendaraan yang dipakai untuk melakukan tugas baik untuk tugas kantor maupun tugas yang berhubungan dengan kegiatan pelayanan pasien, di Kabupaten Bogor kendaraan dinas diberikan untuk eselon 2, eselon 3 serta pucuk pimpinan di rumah sakit seperti direktur, wakil direktur, ka bidang dan kepala subbag tertentu di rumah sakit sedangkan di puskesmas diberikan ambulans yang digunakan juga sebagai puskesmas keliling, menurut semua informan yang diwawancarai, dapat dibaca pada kutipan di bawah ini

“...eselon 2 dan 3 yang mendapatkan kendaraan dinas....”(informan 2)

“...tidak ada kendaraan dinas....saya pakai kendaraan pribadi adanya pusling tapi bukan kendaraan dinas,adanya kendaraan pribadi Pusling itukan untuk melayani pasien....” (informan 12)

“...kalau dilihat dari pp dapat kendaraan dinas dari direktur, wadir,kepala bidang,kepala kasub bag..” (informan 6)

Menurut rekomendasi global WHO tentang peningkatan akses kepada tenaga kesehatan di daerah *remote* dan *rural* untuk meningkatkan retensi tenaga kesehatan tahun 2010 salah satu bunyi rekomendasinya adalah perlunya pemberian fasilitas kepada tenaga kesehatan berupa kendaraan untuk membuat mereka bertahan di daerah *rural* dan *remote*

Tabel 5.10. Kendaraan Dinas di Kabupaten Bogor

Insentif Material	Dinas Kesehatan	Puskesmas	Rumah Sakit
Kendaraan Dinas	Untuk golongan eselon tertentu	Tidak ada kendaraan dinas untuk pribadi hanya terdapat pusling untuk pelayanan pasien	Untuk direktur, wadir, kepala bidang

F. Rumah Dinas

Rumah dinas diberikan untuk tenaga kesehatan yang ada di puskesmas, belum semua informan mendapatkan rumah dinas, hal ini dikarenakan belum adanya anggaran dari tempat mereka bekerja dan sebagian dari mereka sudah memiliki rumah sendiri yang dekat dengan tempat pekerjaan informan, di rumah sakit belum ada fasilitas rumah dinas, jika ada pegawai yang ingin membeli rumah maka hanya diberikan fasilitas berupa surat rekomendasi yang dikeluarkan oleh bagian kepegawain.

Sebagian besar informan menjawab tidak mendapatkan rumah dinas sedangkan hanya sebagian kecil informan mengatakan mendapatkan rumah dinas “.....Rumah dinas adanya di puskesmas, tapi belum semua puskesmas ada rumah dinas, belum semualah...” (informan 2)

“..... kalau di ciawi kami disediakan 1 di gang ayu, 1 rumah dokter....”(informan 12)

“...Kita sama sekali belum ada, paling biasanya kalau perumahan hanya kaitannya diberikan kemudahan-kemudahan surat rekomendasi untuk developer, kemudahan yang diberikan hanya untuk itu, teman-teman yang mau ambil rumah real estate, RS,RSS.....” (informan 6)

Menurut Suwatno dan Juni 2011, dengan adanya pemberian rumah dinas maka karyawan akan lebih tenang dalam melakukan pekerjaan dikarenakan gaji yang dihasilkan oleh mereka dapat ditabung dan digunakan untuk keperluan pendidikan anak mereka, bahkan menurut rekomendasi WHO tahun 2010 salah satu cara yang paling memengaruhi tenaga kesehatan untuk tinggal di daerah *rural* adalah dengan memperbaiki kualitas hidup mereka dan keluarga tenaga kesehatan serta perbaikan infrastruktur seperti pemberian fasilitas rumah tinggal untuk meningkatkan keinginan mereka tinggal di sana.

Tabel 5.11. Rumah Dinas di Kabupaten Bogor

Insentif Material	Dinas kesehatan	Puskesmas	Rumah Sakit
Rumah Dinas	Tidak ada	Ada	Tidak ada

G. Penghasilan Lainnya

Selain gaji dokter, perawat, bidan, analis dan tenaga kesehatan lain yang bertugas di rumah sakit dan puskesmas yang bertugas sebagai fungsional mendapatkan insentif yang berbentuk jasa medis atau jasa pelayanan, jasa asuhan keperawatan, jasa farmasi serta insentif khusus untuk daerah terpencil yang diberikan khusus hanya dokter dan bidan.

Jasa pelayanan

Jasa pelayanan diberikan untuk dokter fungsional yang bertugas melayani pasien di poliklinik ataupun untuk dokter yang bertugas di puskesmas. Jasa pelayanan setiap tempat berbeda tergantung kepada peraturan daerah yang mengatur jasa pelayanan tersebut.

Semua informan mendapatkan jasa pelayanan setiap bulan hanya saja terkadang turunnya telat serta jumlah insentif untuk jasa pelayanan berfluktuasi tergantung pada jumlah pasien yang dilayani, jasa pelayanan turunnya telat dikarenakan lamanya proses klaim untuk pasien asuransi seperti pasien jamkesda dan pasien jamkesmas.

”...kalau mereka di puskesmas dapat jaspel lagi...” (informan 2)

“...setiap bulan pasti keluar...kalau kesekapatan tgl 10-15 misalnya keluar sampai tgl 25 kadang tanggal 20, alasannya juga bisa di terima, karena ingat kalau rumah sakit pemerintah yang dilayani adalah jamkesda, jamkesmas, askes jadi itu yang di klaim, kadang-kadang mereka klaimnya telat...” (informan 11)

“...mereka akan dapat jasa pelayanan...” (informan 12)

“...biasa istilahnya jasa pelayanan sudah diatur di dalam tarif baik di perda maupun peraturan bupati, per item jenis tindakan ataupun layanan jenis tindakan sudah ada nominal rupiah...” (informan 5)

Untuk jasa pelayanan di rumah sakit diatur dengan dua macam peraturan, yaitu Perda No.12 tahun 2011 tentang tarif pelayanan kesehatan kelas III pada Rumah Sakit Umum Daerah Cibinong dan Peraturan Bupati No.44 tahun 2011 tentang tarif pelayanan kesehatan non kelas III pada RSUD Cibinong. Di dalam peraturan ini sudah diatur mengenai jasa medis yang didapatkan seorang dokter jika memeriksa ataupun melakukan tindakan kepada pasiennya. Jasa pelayanan di puskesmas diatur di dalam peraturan Bupati No.16 tahun 2010 tentang retribusi pelayanan kesehatan.

Jasa pelayanan yang diterima oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Bogor dikeluhkan oleh beberapa informan yang menerima jasa pelayanan dalam jumlah yang masih kecil menurut mereka seperti kutipan wawancara di bawah ini

“.....ngak....belum sesuai apalagi kalau kita lihat dengan kuliah kedokterannya, biayanya kalau dilihat gaji kita dengan orang yang kecamatan yang golongannya sama,kita kan istilahnya camatnya kesehatan kerjanya lebih berat di kesehatan...” (informan 12)

“...kalau saya boleh membandingkan tenaga kesehatan dengan guru sangat-sangat tidak rasional, sangat tidak sebanding, sekolah orang-orang kesehatan tidak main-main untuk mereka yang ingin terjun ke kesehatan...” (informan 3)

“...kalo dipikr-pikir ini paling kecil....tapi kalau mau di sebelah saja rsud depok minimal 3-3,5jt tidak akan di bawah 3jt itu, ini kan kebijakan lo..kalau di atas...” (informan 8)

“.....kaya mbak belum bersuami dan beranak gaji pokok pns 1,8jt dan tambahan insentif gajinya 3 jutaan wekkkk..., makanya orang tuanya ngoceh-ngoceh jadi dokter tapi mobil pun tak terbeli..naek angkot...” (informan 8)

Jasa pelayanan yang dirasakan kecil oleh tenaga kesehatan baik di rumah sakit maupun di puskesmas sudah dikeluhkan oleh tenaga kesehatan yang ada, tetapi suara mereka sering tidak sampai dikarenakan pemangku kebijakan yang menganggap tenaga kesehatan sudah memiliki banyak penghasilan, seperti kutipan wawancara berikut ini

“.....walaupun secara nominalnya masih kuranglah....kita menyadari yang mengatur yang kuasa, tapi kalau yang atur manajemen lebih adilah ngaturnya...” (informan 7)

“...ini bukan aku saja tapi buat temen-temen lain juga, kan pemda mau renumerasi tapi belum juga jadi kita kerja cape hasilnya ada...” (informan 10)

“...makanya anggota DPR bilang kalo ...dokter punya duitnya banyak iya toh...itulah jeleknya...” (informan 8)

“...dari dulu sudah diajukan tapi ya..ya.. saja...” (informan 11)

”.....ngomong seh, kompalin mah complain kita mau jawab apa, tapi bagaimana ini kan peraturan, yang menentukan naek atau tidak di sana..... Karena ini kan kebijakan.....” (informan 3)

Untuk menambah penghasilan maka sebagian tenaga kesehatan bekerja di tempat lain dan sebagian lagi hanya menerima saja penghasilan yang minim

“...makanya dia sangat giat di luar, ini yang sangat.... Mempengaruhi alam pekerjaan...” (informan 8)

“...Intinya adalah bekerja.....dengan ikhlas.....” (informan 13)

Perhitungan jasa pelayanan yang dibagikan untuk tenaga medis di rumah sakit masih mempunyai aturan sendiri, sehingga jasa medis yang dihasilkan oleh tenaga fungsional di poli ataupun di rawat inap dibagi lagi berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Cibinong No 800/0011A-Kepeg tentang penggunaan jasa pelayanan dari pendapatan pelayanan kesehatan pada PPK-BLUD secara penuh RSUD Cibinong Kabupaten Bogor, dari jasa pelayanan yang ada dibagi lagi berdasarkan proporsi yang telah ditetapkan yaitu direksi lima persen, administrasi struktural lima belas persen, fungsional enam puluh lima persen, jasa kinerja sepuluh persen, biaya umum sepuluh persen. Hal ini juga sudah diketahui oleh dokter dan perawat di rumah sakit, seperti kutipan wawancara berikut ini

“....jadi..masalah dokter yang mengelola ruangan yang memeriksa, jaspel tidak hanya untuk dokter yang mengelola ruangan saja, tidak hanya perawat yang mengelola ruangan saja, tapi termasuk mereka yang ada di kantor, jadi kita juga mencarikan duit untuk mereka...ha..ha.....” (informan 11)

“.....ada sk direktornya kaitannya persentase, kemudian setelah persentase jadi berapa adm berapa, direksi berapa, kemudian fungsional setiap kegiatan ada peran dr dan perawat dibagi lagi...berapa persen perawat berapa persen dokter...” (informan 9)

Untuk pembagian proporsi jasa pelayanan di rumah sakit ada sebagian informan yang merasa belum adil dikarenakan tidak disesuaikan dengan beban kerjanya serta ada bagian yang jasa pelayanannya tidak dibagikan ke bagian lain dan jasa pelayanan yang dihimpun oleh bagian keuangan masih ada kebocoran sedangkan sebagian kecil informan mengatakan hal itu tidak merupakan masalah lagi karena sudah di selesaikan dengan kebijakan yang ada, seperti kutipan wawancara berikut ini

“.....ini kok pemeriksaan dokter di poliklinik, ruangan keperawatan dibagi rata bahkan bagian lain yang ikut ke kita seperti bagian cs, admin masih ikut ke kita kaya petugas laboratorium dan rontgen income mereka hanya dibagi untuk mereka aja gitu...jadi selama ini jaspelnya lebih besar mereka dari pada kita.....bahkan dokter saja jaspelnya bisa di bawah mereka....” (informan 7)

“...dibandingkan dengan rumah sakit lain rumah sakit paling kecil, penyebabnya dari kebocoran uang masuk, cara mengetahuinya membandingkan data ugd dengan data keuangan di kasir....” (informan 8)

“...itu bagian dari tugas dokter...dari anamesa, terapi...dan pemeriksaan.....tapi sekarang sudah tidak masalah...” (informan 9)

“...tidak...laboratorium dan rontgen tidak dapat, kalau di swasta dapat...seharusnya ada ...” (informan 8)

Untuk pembagian jasa pelayanan tindakan antara dokter dan perawat masih menjadi masalah di rumah sakit dikarenakan masih ada pembagian yang kurang adil yang dirasakan oleh beberapa informan yang ada, seperti kutipan wawancara berikut ini

“.....saya kurang setuju pembagiannya 60 dokter, 40 perawat, tapi sampai saat ini tindakan medis banyak dilakukan oleh perawat ... seperti itu harusnya kan yang melakukan lebih besar ..idealnya...yah..meskipun penanggung jawabnya adalah dokter....”(informan 7)

Mengenai perhitungan jasa pelayanan menurut tenaga kesehatan belum transparan dikarenakan sampai saat ini di rumah sakit belum ada sistem informasi yang dapat diakses oleh semua pegawai yang dapat melihat jasa pelayanan mereka berapa setiap bulan, sampai saat ini perhitungan yang ada masih manual yang dilakukan oleh bagian keuangan seperti yang dikatakan oleh beberapa informan di bawah ini

“.....kalau keuangan masih manual...saya belum tahu kenapa mungkin ada pertimbangan birokrasi....tapi yah..e.e.....e.....kalau sistem billing ini berjalan bagus harapan kita bisa open semua, misalnya kita ingin tahu aspek igd tinggal enter aja...” (informan7)

“...sudah berjalan tapi belum sempurna...masih ada info yang belum dapat dihasilkan..informasi misalnya...saya waktu ambil kebijakan...eh,,,rekam jaspel baru keluar total..tarif viste belum bisa dikeluarkan..masih dihitung manual.....lama..” (informan 9)

“.....billing sisitem tidak jalan...coba kalau jalan menurut dia dah rumusnya ..a tambah b sama dengan c...set....mungkin kita tidak akan tanya yah...kalo di mesinkan tidak bisa serta merta diganti...kalo ini kan masih manual manusia yang hitung, rumus mana yang dipakai walam ualam kita juga tidak tahu....” (informan 8)

"...billing mana ada ha...ha..., itu yang diperjuangkan...sama temen-temen.... biar kita tahu...sampai sekarang belum ada billing sistem..kita ndak punya boleh di cek.....kita percaya penuh dengan keuangan, mudah-mudahan bisa dipercaya.....positive thinking aza...ya....." (informan 11)

Sebagian informan berharap selain jasa pelayanan mereka diperhatikan, tetapi juga ada dukungan peralatan serta tempat bekerja bagi mereka yang nyaman agar dapat bekerja dengan baik untuk melayani pasien yang ada, sebagian lagi mengatakan hal ini dikarenakan keterbatasan anggaran , seperti kutipan wawancara berikut ini

"....kalau pasien luka.....otomatiskan kita harus rawat lukanya, jahit lukanya... cuman sarananya kurang memenuhi syarat misalkan alat instrumennya harus sudah diganti tapi tidak diganti, kita usulkan diganti tapi belum ada dari sana..." (informan 7)

".....kalau alat-alat sesuai dengan anggaran kalau kemudian...alat-alat kedokteran kita ada keterbatasan dana..." (informan 9)

"....saya pegang pasien ett, entah kemana..jahit....tempat jahit tidak jelas...gunting..jarum...tidak jelas..." (informan 8)

Jasa Asuhan Keperawatan

Jasa Asuhan Keperawatan diberikan untuk perawat yang melakukan pelayanan ke pasien, jasa asuhan keperawatan diberikan berdasarkan sistem point di rumah sakit, sedangkan di puskesmas tidak berdasarkan sistem point, tetapi berdasarkan Peraturan Daerah No.16 tahun 2010.

".....hasil seluruh aspek igd,rawat inap dijadikan satu setiap bulan datanya ada, tapi kita tidak ambil setiap bulan karena nominalnya tidak besar jadi kita ambil per 3 bulan, baru dihitung per point itu, jadi kalau tidak salah..." (informan 7)

".....kalau di perawat ada kue perawat ada sistem index berdasarkan tadi jabatan dia...kepala ruangan/wakil,lama kerja, pendidikan...kaitan resiko tempat kerja, kehadiran...lebih rumit menghitung perawat..." (informan 9)

".....Ini jasa pelayanan, namanya jasa pelayanan untuk mereka semua sesuai,ya kita bagi-bagi.....sesuai golongan..." (informan 12)

Jasa Farmasi

Jasa ini diberikan ketika dokter yang memberikan resep kepada pasien untuk dibeli pasien di instalasi farmasi rumah sakit, pembagian jasa farmasi di rumah sakit dibagi berdasarkan surat keputusan direktur RSUD CIBINONG No. 800/3501A-Kepeg tentang pengaturan pembagian jasa pelayanan rumah sakit dari pendapatan instalasi farmasi di RSUD Cibinong Kabupaten Bogor, tanggal 14 Desember 2010 yang membagi secara jelas proporsional antar bagian termasuk di dalam dokter dan perawat.

Sebagian besar informan sudah mengetahui adanya jasa farmasi ini dan sebagian kecil informan belum mengetahui adanya jasa farmasi ini, seperti kutipan wawancara berikut ini

“.....insentif dari revenue dari instalasi farmasi dibagi sesuai proposinal sesuai sama dengan tanggung jawab dan perannya ...ya jelas pena tajamnya di dokter ya...” (informan 9)

“.....sementara ini saya belum pernah dapat, saya kaga jelas...” (informan 11)

“.....kalau tidak salah perawat 15-20 persen, saya ndak apal gitu...” (informan 7)

Insentif untuk Daerah Terpencil

Di Kabupaten Bogor insentif daerah terpencil atau sulit dijangkau ini diberikan hanya untuk dokter dan bidan saja, penetapan untuk insentif daerah terpencil di Kabupaten Bogor untuk dokter dan bidan PTT di berikan berdasarkan keputusan Bupati Bogor nomor 440/425/Kpts/Per-UU/2011 tentang Penetapan Puskesmas dan Desa Terpencil Di Kabupaten Bogor, tanggal 27 September 2011, dimana di sini daerah terpencil terbagi ke dalam 34 kecamatan. Semua informan sudah mengetahui adanya insentif untuk tenaga kesehatan di daerah terpencil atau sulit dijangkau, seperti kutipan wawancara di bawah ini

“.....untuk dr dan dr spesialis ada tunjangan jaspel dan insentif tambahan untuk daerah sulit dijangkau...” (informan 3)

“...tunjangan daerah terpencil ada juga untuk dokter dan untuk bidan...”
(informan 14)

Untuk besaran insentif yang diberikan berdasarkan penetapan dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor tanggal 29 September 2010, yang dibuat berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. KU.01.04/4/2108/2010, tanggal 20 September 2010 dan Kementerian Keuangan No. S.399/MK.02/2009 tanggal 1 juli 2009, yang isinya sebagai berikut :

- a. Besaran penghasilan pokok bruto setiap bulan untuk Dokter dan Bidan PTT

Tenaga Medis PTT	Besaran Penghasilan Pokok
Dokter Spesialis	Rp. 2.050.000,-
Dokter atau Dokter Gigi	Rp. 2.050.000,-
Bidan	Rp. 1.700.000,-

- b. Khusus kepada Dokter dan Bidan PTT yang ditugaskan di daerah terpencil / sulit dijangkau setiap bulannya ditambahkan insentif khusus yang besaran brutonya adalah sebagai berikut

Tenaga Medis PTT	Daerah Terpencil atau Sulit Dijangkau
Dokter Spesialis	Rp. 7.850.000,-
Dokter atau Dokter Gigi	Rp. 3.350.000,-
Bidan	Rp. 1.700.000,-

Untuk rumah sakit tidak diberikan insentif karena tidak termasuk ke daerah terpencil, dinas kesehatan juga tidak mendapatkan tunjangan insentif daerah terpencil, untuk puskesmas tidak semua puskesmas yang termasuk daerah terpencil, tergantung dari penetapan Bupati untuk memasukan suatu daerah menjadi daerah terpencil.

Tabel 5.12. Penghasilan Lainnya di Kabupaten Bogor

Insentif Material	Dinas Kesehatan	Puskesmas	Rumah Sakit
Jasa Pelayanan	Tidak Ada	Jasa pelayanan	Jasa Pelayanan
Asuhan Keperawatan	Tidak Ada	Tidak Ada	Jasa Askep
Jasa farmasi	Tidak ada	Tidak ada	Jasa farmasi
Insentif daerah terpencil	Tidak Ada	Ada untuk daerah terpencil	Tidak Ada

Insentif non material

Di Kabupaten Bogor insentif non material yang diberikan kepada tenaga kesehatan berupa pelatihan atau diklat yang diberikan oleh rumah sakit maupun yang dilakukan oleh Pemda Kabupaten Bogor, pengembangan karier diberikan berupa studi lanjut dengan fasilitas pemberian ijin untuk sekolah sedangkan untuk pembiayaan masih ditanggung oleh tenaga kesehatan sendiri walaupun ada beasiswa yang ditawarkan oleh Pemda maupun oleh pihak lain, pengangkatan menjadi pegawai negeri sipil tidak dilakukan di Kabupaten Bogor mengingat adanya pemberhentian pengangkatan sementara oleh pemerintah dan penghargaan yang diberikan di Kabupaten Bogor berupa pemilihan tenaga kesehatan teladan yang mencakup satu Kabupaten Bogor.

Pemberian insentif non material juga merupakan hal yang penting untuk mendorong tenaga kesehatan supaya bertahan di tempat mereka bertugas, ada berbagai teori dan penelitian yang mendukung mengenai insentif non material antara lain :

Penelitian Ayuningtyas (2006) mengatakan pemberian insentif non material antara lain peluang pendidikan lanjut atas biaya pemerintah, peluang mengikuti diklat, peluang mendapatkan kenaikan pangkat istimewa (untuk PNS), peluang untuk diangkat menjadi pegawai negeri atau pegawai tetap dan peluang peningkatan karier.

Menurut Adams (2000) insentif non material termasuk pemberian hari libur, jam kerja yang fleksibel, kesempatan untuk mengikuti training, cuti sabbatical atau mengikuti pendidikan lanjut, pengembangan karier, dan fasilitas untuk rekreasi.

A. Pelatihan

Merupakan bagian dari investasi sumber daya manusia atau *human investment* untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan kerja, dan dengan demikian meningkatkan kinerja pegawai, sehingga dapat memenuhi standar pelayanan yang telah ditentukan.

Pelatihan atau diklat yang ada dilakukan di dinas kesehatan kabupaten Bogor yang dilakukan oleh Pemda Kab Bogor antara lain

1. Diklat prajabatan

Diberikan khusus untuk CPNS dilakukan rutin setiap tahun sebagai pra syarat CPNS, pesertanya tergantung jumlah PNS yang diangkat pada tahun tersebut

2. Diklat PIM 4

Diberikan khusus untuk pejabat struktural eselon 4 A, 4B (eselon 4 , Kasubag, Ka UPT, dan Kasubag TU, pelaksanaannya setiap tahun, pesertanya kurang lebih 20 orang

3. Diklat PIM 2

Diberikan untuk pejabat struktural eselon 2 (Ka dinas, sekda, dan eselon 2) pelaksanaannya dilakukan setiap tahun

4. Diklat PIM 3

Diberikan untuk pejabat struktural eselon 3 (kabid dan sekretaris)

5. Diklat teknis

Diberikan untuk perawat, bidan dan dokter, pelaksanaannya setiap tahun satu kali tergantung anggaran, pelaksanaannya dari Badan Diklat Pemda dengan usulan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor contohnya pelatihan untuk dokter adalah penanganan UGD.

Sebagian informan mengatakan di tempat mereka bekerja telah mendapatkan pelatihan sesuai dengan kebutuhan mereka dan sebagian lagi

mengatakan belum mendapatkan pelatihan yang mereka perlukan untuk mendukung pekerjaan mereka sehari-hari dan sebagian kecil mengatakan mereka belum pernah mendapatkan pelatihan serta pelatihan yang diberikan hanya bersifat insidental saja

“..... pelatihan biasanya tidak continue kali yah, pelatihan hanya sesaat, kadang pelatihan hanya sementara....” (informan 13)

“.....Itu tergantung kebutuhan sementara ini saya belum...tergantung kemauan rumah sakit....kalau rumah sakit mau baru diijinkan.....” (informan 11)

“.....Saya mengajukan..tapi nanti pelatihan yang keluar apa???...dots...kegawat daruratan psikiatri..kb...kan tidak nyambung buat ugd....” (informan 8)

“.....pelatihan selain dari pemda tidak ada dan saya belum pernah mengikuti training...” (informan 15)

“...kebanyakan terkait dengan anggaran, contoh untuk igd simnyakan paling tidak ppdg, hasil akreditasi dari skitar 25 orang yang belum 7 orang...itu sudah saya usulkan..’ (informan 7)

Untuk pelatihan yang diberikan tidak dilakukan oleh dinas kesehatan ataupun puskesmas tetapi berada di badan diklat kepegawaian di pemda Bogor, sedangkan di rumah sakit pelatihan dilakukan oleh bagian diklat di rumah sakit

”...Ehmm.....Kita ada anggraan diklat dari apbd kabupaten,dan kita ada anggaran fungsional dari pendapatan rumah sakit karena kita blud,diklatnya tadi, diklat yang berhubungan dengan tugas pokoknya...”(informan 9)

”...Kita tidak ada diklat, karena tidak boleh , anggarannya tidak ada paling kita hanya pertemuan-pertemuan gitu aza, diklat tidak langsung di kita tapi di bawah kita tapi badan, diklat kepegawaian di pemda, tapi masukan tetap dari kita.....” (informan 2)

Untuk mengikuti pelatihan menurut informan mereka harus mencari cara supaya ikut pelatihan yang terbaru agar pengetahuan mereka meningkat, berikut kutipan wawancaranya

“....dari obat terpaksa kita minta seminar sajalah...misalnya *clinical emergency* harganya 1jutaan ...ya..iyalah...ngak makan kita belum lagi ongkosnya....”
(informan 8)

Menurut William B. Werther, JR. Keith Davis (1996) pelatihan membantu karyawan untuk melakukan pekerjaannya saat ini, serta pelatihan memberikan keuntungan jenjang karier bagi karyawannya dan menanamkan rasa tanggung jawab di masa yang akan datang.

Menurut Gary Dessler (1997) pelatihan merupakan proses mengajarkan karyawan baru atau yang ada sekarang, keterampilan dasar yang mereka butuhkan untuk menjalankan pekerjaan mereka.

Menurut Suwatno dan Juni 2011 pelatihan berdasarkan sumbernya di bagi menjadi dua macam, yaitu *Inhouse Training* dan *External Training*. *Inhouse Training* dapat berupa kegiatan seminar, lokakarya, pelatihan internal perusahaan, dan pelatihan berbasis komputer yang sumbernya berasal dari dalam perusahaan dan *External Trainig* seperti kursus-kursus, seminar dan lokakarya yang dilakukan oleh penyelenggara profesional, lembaga pendidikan, *trainer* profesional yang dilakukan pihak lain di luar perusahaan.

Tabel 5.13. Pelatihan di kabupaten Bogor

Insentif non material	Dinas Kesehatan	Puskesmas	Rumah Sakit
Pelatihan	Pelatihan dari badan diklat Pemda	Tidak ada pelatihan	Pelatihan dilakukan oleh badan diklat di RS

B. Pengembangan karier

Aktivitas yang mempersiapkan seseorang untuk menuju pengembangan karier yang telah dipersiapkan. Menurut Yuniarsih dan Suwatno (2008) menyatakan pengembangan karier merupakan pendekatan formal yang digunakan

organisasi untuk menjamin bahwa pegawai dengan kualifikasi tepat dan berpengalaman tersedia pada saat dibutuhkan.

Semua informan mengatakan kalau pengembangan karier mereka tidaklah dibuat oleh institusi mereka bekerja, semuanya tergantung pada kemauan masing-masing untuk mengembangkan diri

“.....*Tidak ada, setahu saya.....*” (informan 4)

“...*Kayanaya iya belum ada pengembangan karier, yang mengatur sendiri diri sendiri...*” (informan 15)

“....*jadi untuk pengembangan diri harus biaya sendiri....*”(informan 10)

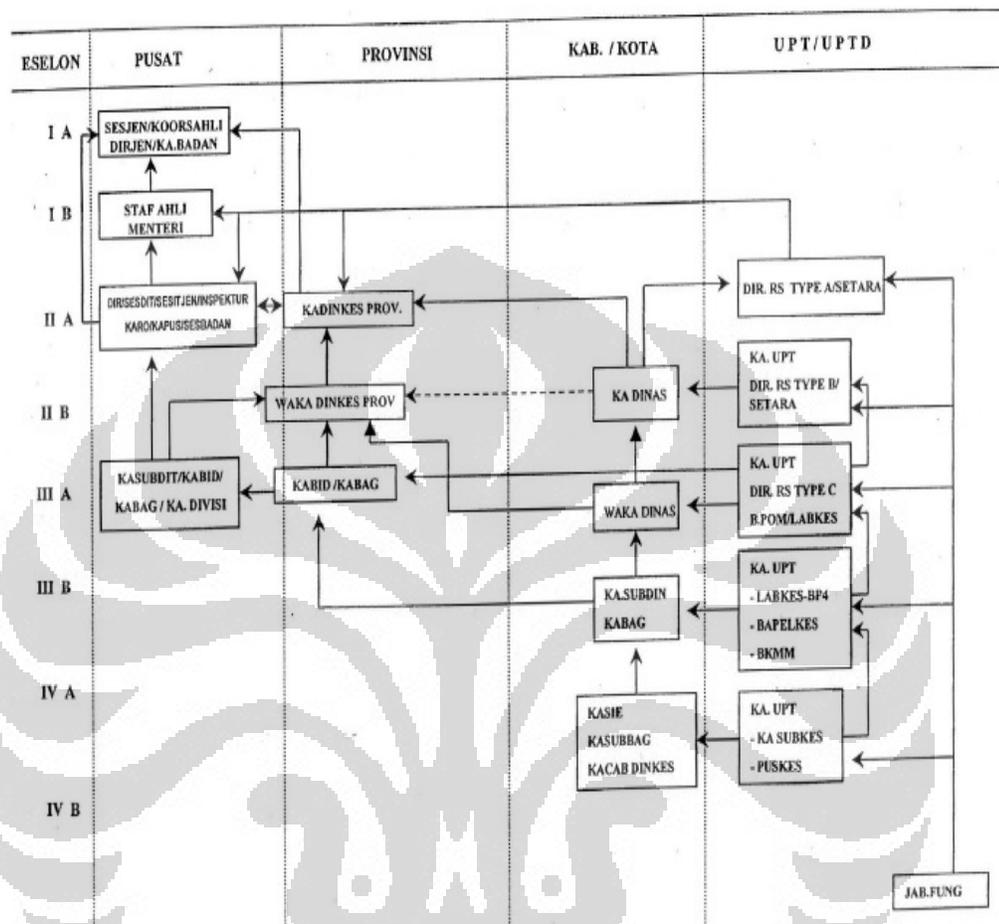
Tenaga kesehatan merasa kalau pengembangan karier mereka tidak begitu diperhatikan oleh pimpinan dimana mereka bekerja, berikut kutipan wawancara
 “...*Sayang aza dari teman-teman ada info pengembangan karier di pemda sangat mudah tapi tidak begitu di sini, yang update lah..*” (informan 7)

Pengembangan karier di organisasi kesehatan menurut informan sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing tenaga kesehatan baik yang berada di fungsional maupun struktural akan naik jabatan sesuai dengan ketentuan yang ada
 “....*pengembangan karier di dalam struktur dan jabatan, pada prinsipnya semua pegawai dapat naek jabatan, secara regular naek setiap 4 tahun..*” (informan 4)
 “.....*kita bilang tenaga medis ada yang fungsional ada yang structural, kalau fungsional sesuai dengan profesinya..*” (informan 9)

Untuk pengembangan karier terbagi menjadi dua macam,yaitu *career planning*, yaitu pegawai merencanakan dan mewujudkan tujuan-tujuan kariernya sendiri, sedangkan *career management*, yaitu menunjuk kepada bagaimana organisasi mendesain dan melaksanakan program pengembangan karier pegawainya.

Di dalam organisasi kesehatan sudah ada keputusan dari Kementerian Kesehatan RI No 558/MENKES/SK/VI/2002 tentang pola karier PNS di jajaran kesehatan, di dalam peraturan ini sudah di bahas secara mendetil bagaimana

seorang PNS dapat mencapai jenjang maksimal kepegawaiannya mulai dari masuk sebagai PNS di bidang kesehatan.



Gambar 5.2. Sistem Karir PNS di Kesehatan

Gambar 5.2. menceritakan bagaimana seorang pegawai baru di kementerian kesehatan mempunyai kesempatan apa saja untuk mencapai karier puncaknya sebagai seorang PNS di lingkungan kesehatan, baik di dinas kesehatan, puskesmas maupun di rumah sakit.

Untuk mendapatkan pengembangan karier yang maksimal maka perlu diciptakan sistem agar tenaga kesehatan yang ada dapat menempati posisi yang tepat, menurut KMK RI No 558/MENKES/SK/VI/2002 untuk mengetahui sistem pola karier harus diketahui juga sub sistemnya antara lain sub sistem yang pertama analisa dan evaluasi jabatan yang ada di jajaran kesehatan sehingga diketahui urain tugas dan wewenangnya, sub sistem yang kedua penempatan jalur

karier merupakan alur karier yang dapat dicapai pegawai mulai dari yang terendah sampai yang tertinggi, sub sistem yang ketiga penilain kinerja pegawai yang dilakukan oleh pimpinan pegawai tersebut, sub sistem keempat informasi jabatan memuat semua informasi jabatan yang ada sehingga memberikan kesempatan seorang pegawai untuk mengetahui bagaimana cara mencapainya, sub sistem yang kelima adalah pendidikan dan pelatihan (diklat) melalui subsistem ini akan diketahui pegawai mana yang sudah mengikuti pendidikan dan pelatihan sehingga yang belum mengikuti pelatihan dan pendidikan dapat mengikutinya juga, sub sistem keenam kaderisasi pegawai, pada sub sistem ini sejak awal sudah mempersiapkan calon-calon pegawai yang potensial untuk menduduki jabatan tertentu.

Tabel 5.14. Pengembangan Karier di Kabupaten Bogor

Insentif non material	Dinas Kesehatan	Puskesmas	Rumah Sakit
Pengembangan Karier	Merencanakan sendiri	Merencanakan sendiri	Merencanakan sendiri

C. Pengangkatan menjadi PNS

Pengangkatan menjadi pegawai negeri sipil untuk petugas kesehatan yang sudah lama bertugas merupakan suatu bentuk penghargaan untuk mereka, serta merupakan suatu bentuk pengembangan karier, baik yang berupa *career planning* maupun *career management*.

Namun sampai saat ini sebagian informan mengatakan belum ada pengangkatan dan sebagian informan mengatakan masih ada pengangkatan namun hanya terbatas bagi mereka yang sudah lama bekerja sebagai honorer di tempat tenaga kesehatan bertugas.

"... belum, kan kita aturan dari pusat menpan dan Badan Kepegawaian Daerah, kasihan dokter-dokter yang jauh...mereka belum diangkat..." (informan 2)

”.....sk menpan kemarin ini yang pengangkatan 2005 ke bawah terakhir des 2004 semua sudah tervalidasi kemarin dengan pemberkasan mereka jaadi pns, 2005 ke atas di berikan kesempatan tapi mesti ujian...” (informan 9)

Pengangkatan menjadi PNS dapat merupakan suatu bentuk imbalan non material bagi tenaga kesehatan yang ada terutama tenaga kesehatan yang berada di daerah terpencil sehingga dapat meningkatkan keinginan mereka tinggal di daerah tersebut. Pengangkatan PNS di Kabupaten Bogor melalui tes yang dilakukan oleh badan kepegawaian daerah, untuk petugas kesehatan yang bertugas di puskesmas diberikan surat rekomendasi dari kepala puskesmas, tetapi tetap harus mengikuti tes yang ada

”.....pokoknya mereka harus test...dan tidak bisa diangkat begitu saja...kan.....” (informan 12)

Tabel 5.15. Pengangkatan PNS di Kabupaten Bogor

Insentif non material	Dinas Kesehatan	Puskesmas	Rumah Sakit
Pengangkatan PNS	Belum ada	Belum ada	Ada, sesuai SK Menpan

D. Penghargaan

Menurut Suwatno dan Juni 20011 penghargaan merupakan sesuatu yang diberikan pada perorangan atau kelompok jika mereka melakukan suatu kepintaran di bidang tertentu. Karyawan yang mempunyai prestasi kerja yang baik akan diberikan insentif yang lebih baik daripada karyawan yang memiliki prestasi kerja yang kurang.

Di kabupaten Bogor sebagian besar informan mengatakan ada penghargaan di tempatnya bekerja dan sebagian kecil mengatakan tidak ada penghargaan di tempatnya bekerja

“.....kalau dari dinas setiap tahun ada lomba tenaga kesehatan prestasi tetapi lomba itu sekabupaten, ya kalau mereka menang ya ada.....kalau di kita, di puskesmas tidak ada...” (informan 12)

”.....Baru tahun ini ada....ada tegar beriman award untuk medis,paramedik, dokter bidan dan perawat gitu.....cakupannya sepemda kabupaten...” (informan 4)

”.....kita ada pegawai teladan triwulan atau semesteran...” (informan 9)

Informan sebagai tenaga kesehatan merasa kurang diperhatikan yang ada hanya punishment bila mereka melakukan kesalahan, seperti kutipan wawancara berikut ini

“..punishment berjalan tapi reward kok tidak berjalan harusnya bagai dua sisi mata uang, harusnya keduanya berjalan... harus ada punishment dan reward, kalau seseorang kinerjanya bagus maka mendapatkan reward sehingga memacu orang lain untuk bekerja.....” (informan 8)

”....timbang baliknya tidak ada, kalau terlambat datang pertanyaannya numpukkkk...kenapa telat datang...kenapa ini..ndak ada yah...” (informan 11)

Menurut Ayuningtyas (2006) insentif akan dirasakan sebagai suatu bentuk penghargaan bila insentif tersebut diberikan kepada mereka yang berhak dan di tetapkan dengan suatu syarat atau kondisi atau standar khusus yang harus dicapai tenaga kesehatan.

Menurut penelitian Last Ten kilometer 2009 mengatakan pemberian penghargaan berupa sertifikat merupakan bukti hasil kerja mereka.

Penghargaan terhadap tenaga kesehatan pada dasarnya tidak harus selalu memberikan dalam bentuk materi tetapi bisa saja dalam bentuk perhatian, pemberian piala, penempelan foto sebagai tenaga kesehatan teladan di tempatnya bekerja hal ini digunakan untuk memacu agar tenaga kesehatan lain juga ingin berprestasi di tempatnya masing-masing.

Seperti kutipan wawancara berikut

“.....yang penting perhatian azalah...ya perhatianlah....” (informan 12)

Tabel 5.16. Penghargaan di Kabupaten Bogor

Insentif non material	Dinas kesehatan	Puskesmas	Rumah sakit
Penghargaan	Tegar beriman award cakupannya se pemda	Tidak Ada	Pegawai teladan

E. Studi Lanjut

Kesempatan untuk mengembangkan ilmu melalui pendidikan, dimana studi lanjut juga merupakan pengembangan karier bagi tenaga kesehatan yang bersangkutan, pendidikan digunakan untuk naik jabatan ataupun untuk menambah pengetahuan dari tenaga kesehatan.

Sebagian informan mengatakan ada bantuan untuk melanjutkan ke jenjang berikutnya sedangkan ada juga sebagian yang tidak mendapatkan bantuan untuk melanjutkan pendidikannya

"....tubel saat ini Kita belum ada alokasi khusus utk tubel dari alokasi apbd, tapi bila ada alokasi apbd propinsi kita usulkan beberapa tahun lalu ada php2, perawat dari d3/spk ke s1..." (informan 9)

".....biasanya kita kerjasama pembiayaan dengan bantuan propinsi kemudian dengan ...anggaran pusat kemudian dengan dekon..." (informan 4)

"...Ada sih, biasanya Dinas setiap tahun mengumumkan ada beasiswa..." (informan 12)

Pemberitahuan mengenai tugas belajar sering telat di dapatkan oleh informan, hal ini bukan saja dikeluhkannya oleh bagian pendayagunaan tenaga kesehatan tetapi juga oleh informan lainnya, seperti yang terkuip di wawancara berikut ini

"....waktu itu sebelum saya masuk ke s1 ada tubel...cuman informasinya kalau tidak salah 1-2 hari seperti itu padahal kalau dilihat surat masuk antara diterima

dan di bawah , saya kurang tahu masalah adm, yang jelas selama saya di sini ada info mengenai pengembangan sdm selalu mendadak infonya..” (informan 7)

“....Selama saya 2 tahun menurut saya bermasalah sangat mepet sekali, selalu kita tidak mempunyai waktu luang, paling cuma 1 minggu...” (informan 4)

Studi lanjut di Kabupaten Bogor di berikan kepada tenaga kesehatan yang memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan, syaratnya antara lain PNS, dengan kinerja yang baik dibuktikan dengan adanya penilaian dari atasan atau DP3, dan harus mengikuti test yang dilakukan untuk menyaring calon-calon tenaga kesehatan yang layak untuk mendapatkan beasiswa

”.....tergantung dari test ...” (informan 2)

”.....ingin melanjutkan sekolah seperti itu... dp3 atau daftar penilaian prestasi pegawai....” (informan 1)

Untuk studi lanjut sebagian besar informan menanggung sendiri sendiri biayanya mengingat sulitnya birokrasi yang ada dan pemberitahuan yang waktunya sangat singkat berikut kutipan wawancaranya

“.....kalau di sini sudah diajukan dari tahun kemarin tapi hemm..hemmm tidak jelas....” (informan 8)

”.....kita seh welcome aza, kalau dari pemda susah, jadi untuk pengembangan diri harus biaya sendiri, paling kita minta izin dari.....” (informan 10)

”.....pada umunya sekolah dengan biaya sendiri...”(informan 12)

Pemberian tugas belajar bagi tenaga kesehatan merupakan salah satu startegi untuk membuat tenaga kesehatan untuk bertahan di tempat kerjanya bahkan menurut WHO tahun 2008 mengatakan salah satu insentif non finansial yang diberikan untuk tenaga kesehatan adalah pemberian training dan sekolah lanjutan bagi pengembangan tenaga kesehatan profesional.

Pemberian tugas belajar bukan hanya menguntungkan bagi tenaga kesehatan tetapi juga menguntungkan bagi organisasi tempat tenaga tersebut bekerja sehingga menaikkan daya saing dan kualitas dari tempat layanan mereka.

Tabel 5.17. Studi lanjut di Kabupaten Bogor

Insentif non material	Dinas Kesehatan	Puskesmas	Rumah Sakit
Studi Lanjut	Dana dari pihak ketiga ataupun dana dekon	Hanya info dari dinas kesehatan	Alokasi dari APBD, dari RS tidak ada alokasi khusus

Ketersediaan tenaga kesehatan

Ketersediaan tenaga kesehatan merupakan hal yang penting dimana tenaga kesehatan merupakan tulang punggung dalam pelayanan kesehatan di Kabupaten Bogor .

Berdasarkan Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No 26 tahun 2011, tentang pedoman perhitungan jumlah kebutuhan pns untuk daerah, dimana tenaga kesehatan 18 orang dan non kesehatan sebanyak 5 orang sehingga total dibutuhkan 23 orang untuk puskesmas pedesaan sedangkan puskesmas di daerah perkotaan tenaga kesehatan 30 orang dan non kesehatan 10 orang sehingga totalnya 40 orang

Tabel 5.18. Jumlah minimal pegawai puskesmas

No	Jenis Kegiatan	Jenis Tenaga	Jumlah	Keterangan
1	Kepala Puskesmas	Dokter / Sarjana kesehatan lain yang terdidik dalam public health	1	
2	Kepala Tata Usaha	SKM	1	
3	RR/ Perencana/ Ev	Perawat	1	Unit Tata Usaha (Administrasi)
4	Bendahara & Ur. Umum	SMEA / SMA	1	
5	Supir	SMTD	1	
6	Penjaga Puskesmas/Pramu	SD	1	
7	Poliklinik Umum	Dokter Umum	1	Dirangkap ka.Puskesmas
8	Poliklinik Umum	Perawat	1	
9	Poliklinik Umum	Pekarya	1	
10	Poliklinik Gigi	Dokter Gigi	1	Unit 3
11	Poliklinik Gigi	Perawat Gigi	1	
12	Bagian Kartu	Pekarya	1	
13	KIA & KB	Bidan	1	Unit 2
14	Kesehatan. Gizi Keluarga	Akademi Gizi	1	
15	Puskesmas	Bidan	1	
16	Peran serta Masyarakat	Bidan	1	Unit 4
17	Kesling dan Penyuluhan	Sanitarian	1	
18	Laboratorium	Analisis Kimia	1	Unit 6
19	Apotik	Ass. Apoteker	1	
20	Surveillance Pencegahan & Pemb. Imunisasi	Sanitarian	1	Unit 1
21		Perawat	1	
22		Perawat	1	
22	UKGS	Drg & Perawat Gigi	-	Tugas rangkap Perawat terlatih
23	UKS	Perawat	-	
23	JPKM	Perawat / D3 Askes	1	
24	Setiap Pustu	Perawat	1	
25	Setiap Bidan Desa	Bidan	1	
<i>J U M L A H</i>			23 *)	

Berikut adalah jumlah tenaga di daerah Kabupaten Bogor yang diambil sebagai sampel untuk bahan penelitian

Tabel 5.19. Tenaga Kesehatan di Puskesmas

No	Jenis Tenaga	UPF Tenjo	UPF Ciawi
1	Dokter Umum	2	5
2	Dokter Gigi	1	2
3	Perawat	8	6
4	Bidan	1	1
5	Bidan di desa	5	4
6	Bidan PKM	0	3
7	Perawat Gigi	1	1
8	Sanitarian (SPPH)	1	1
9	Pekarya kesehatan	0	0
10	Pengatur Obat	1	2
11	Farmasi	0	1
12	Pendaftaran	0	2
13	Petugas Imunisasi	1	0
14	Tata Usaha	1	1
15	TPG	0	1
16	Adminkes	0	1
17	Keuangan	0	1
18	Tenaga Analis/Lab	0	1
19	Pesuruh	2	1
20	Lainnya	1	0
	Total	25	34

Model pada tabel 5.19 adalah model untuk puskesmas yang terletak di daerah pedesaan dimana hanya membutuhkan sekitar 23 orang tenaga, jika dibandingkan secara tenaga yang ada di puskesmas tenjo maka jumlah tenaga yang ada sudah lebih namun jika dilihat secara mendetil maka ada tenaga yang kurang karena merangkap pekerjaan, seperti tenaga lab, gizi, farmasi sedangkan puskesmas ciawi tenaganya juga masih kurang, karena berdasarkan standar

seharusnya 40 orang namun di dalam penelitian dikatakan oleh informan sudah cukup, seperti kutipan wawancara berikut ini

”ee....Masih kurang, khususnya fungsional tertentu prwt,gizi, analis, dokter...”
(informan 2)

“.....Tenaga kesehatan di tempat ini cukup...” (informan 12)

“...Tenaga dokter disini terbatas hanya 2 orang , tenaga yang masih dokter masih kurang, tenaga lab,gizi, farmasi tidak ada tenaga dari e... pekarya...”
(informan 14)

Untuk rumah sakit termasuk tipe B, berdasarkan Permenkes No.340/MENKES/PER/III/2010 tahun 2010 tentang klasifikasi rumah sakit, maka rumah sakit harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit empat Pelayanan Medik Spesialis Dasar, empat Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, delapan Pelayanan Medik Spesialis Lainnya dan dua Pelayanan Medik Subspesialis Dasar, dan untuk tenaga kesehatan berdasarkan Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No 26 tahun 2011, tentang pedoman perhitungan jumlah kebutuhan pns untuk daerah, tenaga rumah untuk tipe B dibutuhkan sebanyak 315 untuk tenaga kesehatan, 282 tenaga non kesehatan sehingga jumlahnya sekitar 597 orang. Perhitungan tenaga kesehatan menggunakan tipe rumah sakit B2 dikarenakan yang termasuk rumah sakit tipe B2 adalah rumah sakit yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialis kesehatan dan sub spesialis terbatas, jika dilihat dari data ketenagaan RSUD Cibinong tahun 2011 didapatkan 396 medis 152 non medis sehingga boleh dikatakan secara perhitungan tenaga sudah mencukupi hanya tenaga non medis saja yang masih agak kurang, seperti kutipan wawancara sebagai berikut :

“.....kmarin itu rasio ketenagaan kita sudah cukup...” (informan 6)

Tabel 5.20. Kebutuhan Pegawai Rumah Sakit

Tipe Rumah Sakit Umum	Kebutuhan Pegawai		
	Tenaga Kesehatan	Tenaga Non Kesehatan	Jumlah
RSUD Tipe A	1.690	348	2.038
RSUD Tipe B (1)	645	282	927
RSUD Tipe B (2)	315	282	597
RSUD Tipe C	120	87	207
RSUD Tipe D	26	28	54

Sumber Kep Menpan No.26 tahun 2011

Menurut perhitungan tenaga kesehatan yang ada sudah mencukupi namun di tempat bekerja informan merasa masih kurang tenaga khususnya tenaga tertentu seperti perawat dan dokter, dapat dibaca di kutipan wawancara berikut ini

“.....kalo tenaga masih kurang kalau perhitungan minimal saya 29 perawat ya yang ada sekarang baru 25 dan itu standarnya harus semua bpgd sim ya, yang belum masih 7” (informan7)

“....tiga aza kurang biasanya saya cuma berdua dengan dokter.....,baru sekarang bertiga...”(informan 11)

Menurut informan tenaga dokter yang kurang sampai membuat pasiennya harus mendaftar di tengah malam sebelum jam buka dan bahkan sampai ada menginap

“....mereka daftar ke loket dari jam 12 malam, minimal jam 3 malam, kalau yang jauh-jauh tidur disini, yang dekat jam 3 malam, daerah lueliwang kasian kalau mereka pagi-pagi ke sini, buka poli jam 9 baru selesai 13.30. ...” (informan 11)

Adanya beberapa alasan yang dikemukakan oleh informan untuk menetap di Kabupaten Bogor walaupun dengan berbagai kekurangan yang ada, beberapa alasan yang dikemukakan oleh informan seperti kutipan wawancara berikut

“.....tapi paling bikin betah saya disini saya bisa berkreasi...intinya kita tidak ditekang harus begini-begini...ok kita ikutin aturan – aturannya tapi tujuannya sampai jadi kita bisa berkreasi, inovasi, punya motivasi..”(informan 7)

“....Aku betah disini karena background perawat jadi nyambung, trus tidak jauh dari rumah jadi ada waktu di rumah, trus aku suka jadi perawat... “ (informan 10)

Jika dilihat dari teori motivasi dari yang dikemukakan oleh Frederick Herzberg (1966) yang dikenal dengan teori motivasi dua faktor, yaitu faktor motivasional dan faktor pemeliharaan atau *hygiene* serta teori motivasi lain yang dikemukakan oleh Abraham Maslow yang membagi menjadi lima tingkatan kebutuhan manusia, bila dikaitkan dengan pernyataan dari kedua informan dengan teori motivasi yang telah dijelaskan di atas nampak sekali kalau menurut teori Herzberg kedua informan telah terpenuhi faktor intrinsiknya walau belum semua faktor intrinsiknya terpenuhi, dan faktor eksterikisnya juga terpenuhi namun tidak semuanya terpenuhi hanya terpenuhi beberapa item saja seperti kebijakan atau prosedur dari tempat bekerja, sedangkan gaji belum memuaskan bagi mereka jika dilihat dari jasa pelayanan yang diterima oleh informan, jika dilihat dari teori Abraham Maslow, informan tujuh tampaknya sudah mencapai kebutuhan aktualisasi diri, sehingga informan ketujuh dapat berkreasi dan berinovasi untuk mengembangkan dirinya, dan informan yang ke sepuluh juga sudah mencapai kebutuhan yang kelima sehingga informan kesepuluh dapat menggunakan *skill* serta kemampuannya sebagai perawat.

Peran faktor motivasi sangat penting untuk meningkatkan ketersediaan tenaga kesehatan yang pada akhirnya akan membuat jumlah tenaga kesehatan yang ada meningkat jumlahnya sehingga pelayanan kepada masyarakat dapat terpenuhi.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

Kabupaten Bogor memberikan insentif material dan non material kepada tenaga kesehatan yang ada, insentif material yang diberikan berupa gaji sesuai dengan standar yang ada, tunjangan struktural, tunjangan fungsional berupa jasa pelayanan diberikan untuk dokter atau perawat atau bidan yang melayani pasien, tunjangan hari tua atau pensiun, tunjangan pengobatan, kendaraan dinas, rumah dinas, uang kesehatan yang diberikan dari Pemda untuk tenaga kesehatan di puskesmas, jasa asuhan keperawatan untuk perawat yang bertugas di rumah sakit, jasa farmasi untuk dokter dan perawat yang bertugas di rumah sakit, serta insentif untuk dokter dan bidan yang bertugas di daerah terpencil atau sulit dijangkau, sedangkan insentif non material yang diberikan adalah berupa pelatihan dari Pemda ataupun dari rumah sakit, pengembangan karier dengan studi lanjut, pengangkatan menjadi pegawai negeri sipil dan penghargaan untuk tenaga kesehatan teladan.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan beberapa point utama lainnya sebagai berikut :

1. Insentif material maupun non material bukan merupakan satu-satunya faktor yang membuat tenaga kesehatan untuk bertahan di Kabupaten Bogor tetapi ada hal yang mempengaruhi faktor pertama adalah faktor personal dari tenaga kesehatan seperti tempat tinggal yang dekat dengan tempat pekerjaan, mencintai pekerjaannya sedangkan faktor kedua yang mempengaruhi adalah kebebasan untuk mengembangkan diri melalui potensi yang dimiliki oleh masing-masing individu sehingga dapat berinovasi dan berkreasi.
2. Baik insentif material maupun non material yang sangat mempengaruhi adalah penghargaan terhadap tenaga kesehatan yang ada dimana pada akhirnya akan

membuat tenaga kesehatan ingin tinggal di Kabupaten Bogor yang pada akhirnya meningkatkan ketersediaan tenaga kesehatan yang ada

3. Belum adanya perhitungan jasa pelayanan yang dapat memuaskan bagi tenaga kesehatan mengenai sistem pembagian jasa pelayanan, sistem pembagian yang berjalan saat ini dirasakan kurang adil bagi tenaga medis yang ada dibandingkan dengan berbagai tunjangan yang di dapat dari profesi lain.

4. Ketersediaan tenaga kesehatan yang ada di Kabupaten Bogor saat ini sudah cukup jika dihitung secara jumlah tetapi masih kurang untuk formasi tertentu dikarenakan belum adanya strategi dari Pemda Kabupaten Bogor untuk menambah kebutuhan tenaga medis yang ada untuk memenuhi kebutuhan yang ada hanya bersifat temporer dengan mengangkat tenaga PTT maupun karyawan kontrak yang dipekerjakan untuk menambahkan kekurangan tenaga medis yang ada

6.2. Saran

Bagi Dinas Kesehatan

1. Perlu adanya review kebijakan insentif jasa pelayanan bagi tenaga kesehatan supaya tenaga kesehatan ingin bertahan di Kabupaten Bogor serta melakukan advokasi ke pihak terkait sebelum menetapkan tarif jasa pelayanan, misalnya dengan DPRD Kab Bogor untuk menaikkan tarif jasa pelayanan bagi tenaga kesehatan yang bertugas di Kabupaten Bogor, memanggil perwakilan dari Ikatan Dokter Indonesia, Ikatan Bidan Indonesia, serta perkumpulan tenaga – tenaga medis lainnya untuk mendiskusikan bersama mengenai tarif jasa pelayanan yang sesuai bagi tenaga kesehatan di Kabupaten Bogor

2. Perlu adanya kebijakan mengenai pelatihan bagi tenaga kesehatan yang berkesinambungan serta sesuai dengan keperluan tenaga kesehatan di tempat bertugas dengan melakukan penelusuran kebutuhan pengetahuan tenaga kesehatan di tempat bertugas serta melakukan evaluasi terhadap setiap pelatihan yang diberikan supaya benar-benar dapat dimanfaatkan oleh tenaga kesehatan

3. Perlu dilakukan analisis kebijakan kembali mengenai sistem penghargaan agar di dinas kesehatan dan puskesmas dapat membuat program sendiri untuk memilih tenaga kesehatan yang berprestasi setiap tahun di luar pemilihan yang diadakan oleh Pemda Kabupaten Bogor, misalnya dengan penempelan nama dan foto petugas kesehatan yang berprestasi di tempat kerja tenaga kesehatan dan di dinas kesehatan atau dengan pemberian piala bergilir bagi tenaga kesehatan atau puskesmas teladan di Kabupaten Bogor.

4. Adanya kebijakan yang mengatur mengenai penyebaran informasi tentang adanya tugas belajar serta beasiswa bagi tenaga kesehatan yang berminat untuk melanjutkan sekolah agar penyampaian informasi tidak selalu terlambat sampai di tenaga kesehatan, seperti pengembangan informasi teknologi melalui internet ataupun penyebarluasan informasi dengan membuat sms center yang mengupdate informasi beasiswa baik dari pemerintah maupun dari pihak swasta. Pemerintah daerah juga bisa bekerjasama dengan pihak swasta sebagai pemberi dana dengan memanfaatkan dana CSR dari perusahaan yang ada di wilayah Kabupaten Bogor.

Bagi Rumah Sakit

1. Perlunya review ulang untuk jasa pelayanan bagi tenaga kesehatan yang ada sehingga meningkatkan produktifitas kerja mereka, serta membangun sistem informasi tentang jasa pelayanan yang dapat digunakan oleh semua pegawai di rumah sakit sehingga dapat menimbulkan kepercayaan dalam pengelolaan keuangan di rumah sakit

2. Bagian diklat rumah sakit perlu melakukan review terhadap pelatihan yang diberikan baik inhouse maupun external training, untuk melihat pelatihan yang diberikan apakah sudah sesuai dengan kebutuhan dari tenaga medis dan sesuai dengan standar yang diperlukan untuk pengembangan rumah sakit, serta melakukan evaluasi dengan pre dan post test di setiap pelatihan yang diberikan

3. Perlunya kebijakan untuk pengembangan karier bagi tenaga kesehatan yang ada sehingga tenaga kesehatan yang ada dapat menaikkan kompetensinya dan jenjang kariernya, serta perlunya bagian kepegawaian untuk membuat perencanaan mengenai

pengembangan karier bagi karyawan agar tenaga kesehatan yang ada dan yang akan datang dapat dikembangkan maksimal mulai dari sejak menjadi pegawai rumah sakit sampai dengan pensiun tenaga kesehatan tersebut.

4. Melakukan sosialisasi mengenai sistem penghargaan kepada tenaga kesehatan beserta kriterianya dikarenakan ada tenaga kesehatan yang belum merasakan adanya penghargaan tenaga kesehatan teladan di rumah sakit, penghargaan bisa dilakukan dengan melakukan penempelan foto dari karyawan teladan di rumah sakit di tempat umum yang banyak dilalui oleh karyawan maupun pasien yang berkunjung ke rumah sakit sehingga meningkatkan kepercayaan diri dari karyawan yang bersangkutan

5. Perlu adanya kebijakan yang mengatur mengenai penyebaran informasi tentang adanya tugas belajar serta beasiswa bagi tenaga kesehatan yang berminat untuk melanjutkan sekolah agar penyampain informasi tidak selalu terlambat sampai di tenaga kesehatan, seperti memanfaatkan teknologi informasi yang ada misalnya internet, membuat sms center yang mengupade informasi mengenai beasiswa yang ada baik yang bersumber dari pemerintah ataupun dari swasta

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, W. (2007). *Sistem Kesehatan*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- arti. (2010). *artikata*. Retrieved desember 11, 2011, from <http://www.artikata.com/arti-365658-imbalan.html>
- Ayuningtyas, D. (2006, Juni 2). Sistem Pemberian Insentif yang berpihak pada sumber daya manusia kesehatan di daerah terpencil : studi kasus provinsi Lampung. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* , pp. 87-93.
- Ayuningtyas, D., & Setiadi, G. (2006). *Sistem Pemberian Insentif Yang Berpihak Pada SDM Kesehatan Daerah terpencil :Atas nama keadilan dan cita-cita reformasi manajemen sdm Kesehatan*. Lampung.
- B. H. (2011). *Lokakarya nasional pengembangan tenaga kesehatan tahun 2011*. Retrieved febuari 8, 2012, from bppsdmk: www.bppsdmk.go.id
- B. K. (26 Januari 2008). *Kebijakan Departemen Kesehatan tentang penempatan dokter PTT*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- B. L. (2011). *Sarana Kesehatan 2011*. Banten, Indonesia.
- B. P. (2010). *PENEMPATAN TENAGA KESEHATAN MELALUI PENUGASAN KHUSUS di DTPK tahun 2010*. Jakarta: PPSDM kesehatan.
- B. P. (2008). *Rencana Pembangunan Jangka Pendek Jawa Barat tahun 2008-2013*. Jawa Barat: Badan Perencanaan Daerah propinsi Jawa Barat.
- Bhattacharyya, K., Leban, K., Tien, M., & Winch, P. (October 2001). *Community Health worker Incentives and Disincentives : How They Affect motivation, retention and sustainability*. Virginia: United State of America.
- BPPN. (2005). *Kajian Kebijakan Perencanaan Tenaga kesehatan*. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Chhea, C., Warren, N., & Mandeerson, L. (2010, July 28). Health workers effectiveness and retention in rural Cambodia. *Rural and Remote health* , p. 10 :1391.
- D. A. (2010). *Hubungan Sistem pendidikan dokter dengan produk dokter*. Jakarta: Direktorat Akademik Dikti 2010.
- D. k. (2010). *Buku Saku Informasi kesehatan kabupaten Bogor 2010*. Bogor: Dinas kesehatan Kabupaten Bogor.

- D. K. (2011). *Buku Saku Informasi Kesehatan Kabupaten Bogor 2011*. Bogor: Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor.
- Dambisya, Y. M. (2007). A Rievew of non-financial incentives for Health Worker retention in east and southern Africa. *EQUINET Discusion* (p. 44). Zimbabwe: Blue Apple Designs.
- Darmawan, R. I. (2008). *Analisis penetapan insentif pelayanan tenaga perawat di RSUD dr.H. Soewodono Kendal*. Semarang: Universitas Diponogoro.
- Dieleman, M., & Hammeijer, J. W. (2006). *Improving health worker performance :in search of promising practice*. Geneva: WHO.
- G. H. (2008). *Incentive Guidelines*. Retrieved Maret 10, 2011, from WHO: <http://www.who.int/workforcealliance/news/incentives-guidelines/en/index.html>
- Henderson, L. N., & Tulloch, J. (2008). Incentives for retaining and motivating health worker in Pasific and Asia Countries. *Human Resouch for health* , 6:18.
- Herdito, C. (2011, Januari 7). *penghargaan dan hukuman dalam organisasi*. Retrieved Febuari 8, 2012, from wordpress: <http://chandraherdito.wordpress.com/2011/01/07/penghargaan-dan-hukuman-dalam-organisasi/>
- Herman, & Basri, M. H. (2008, September 3). Evaluasi Kebijakan Penempatan Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Sangat Terpencil di Kabupaten Buton. *jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* , pp. 103-111.
- Herman, I. F. (2011). *Pengaruh Insentif Terhadap resistensi Tenaga Kesehatan Pada Penugasan Di Daerah Terpencil Perbatasan dan Kepulauan Propinsi Papua tahun2011*. Depok: Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat.
- Heywood, P. F., & Harahap, N. P. (2009). Human resources for health at distict level in Indonesia : the smoke and mirror of decentralication. *Human Resources for Health* , 7:6.
- I. C. (2008). *Incentive system for health care professionals*. Geneva: internatinal council of nurse,etc.
- I. N. (2012, Januari 31). *Indonesian nurse*. Retrieved Febuari 7, 2012, from Indonesiannursing.com: <http://indonesiannursing.com/2012/01/retensi-sdm-kesehatan/>
- Ilyas, Y. (2006, September 3). Determinan Distribusi Dokter Spesialis Di Kabupaten / Kota Indonesia. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* , pp. 146 - 155.
- Ilyas, Y. (1999). *Kinerja*. Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKMUI.
- Ilyas, Y. (2004). *Perencanaan SDM Rumah Sakit*. Depok-Jawa Barat: CV. Usaha Prima.
- IRIN. (2011, Juni 10). *IRIN News*. Retrieved Maret 13, 2012, from IRIN Africa: <http://www.irinnews.org/Report/92949/Analysis-Plugging-the-health-worker-brain-drain>

- K. K. (2007). *Penetapan Lama Penugasan dan Besaran Insentif Bagi Tenaga Medis dan Bidan Pegawai Tidak tetap yang bertugas Pada Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- K. K. (2007). *peraturan menteri kesehatan no 1239 tentang kriteria sarana pelayanan kesehatan terpencil dan sangat terpencil*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kingma, M. (2003). Economic Incentive In Community Nursing : attraction, rejection or indifference ? *Human Resouce For Health* , 1-12.
- Kristiani, A. (2006). *Keinginan pindah tenaga kesehatan di daerah terpencil Kabupaten Kotawaringin Timur*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Kurina, A. (2010, Februari 11). *Adil Kurinia blog's*. Retrieved desember 11, 2011, from www.adilkurinia-blog's.com
- Laksimiarti, T., & Rachmawati, T. (2 April 2010). Analisis kebijakan Dalam Penempatan Dokter dan Dokter Gigi. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* , 151-156.
- Liisa, R., & Aitken, k. (2004, Mei 14). Decentralitation's impact on the health workforce : Perspectives of managers, workers and national leaders. *Human Resources for Health* , pp. 1-11.
- Luoma, Marc, & Nirmala. (2011). *Using Non Financial incentives to improve performance and retention among Health Workes : Result from an Impact Evaluation in Swaziland*. Maryland: Abt Associate Inc.
- Moleong, L. J. (2010). *Metoda Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Muljani, N. (2002, September). Jurnal Manajemen dan Kewirausahaan. *Kompensasi sebagai Motivator untuk meningkatkan Kinerja Karyawan* , pp. 108-122.
- Ndeti, D. M., L. K., & Omolo, J. O. (2008). *Incentives for health worker retention in Kenya*. Zimbabwe: EQUINET.
- Nofrinaldi, Meliala, A., & Utarini, A. (2 Juni 2006). Persepsi dan Pengaruh Sistem Pembagian Jasa Pelayanan terhadap kinerja karyawan di rumah sakit jiwa Madani. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* , 65-71.
- Nur, A. (2004). *Pengaruh Insentif Material Terhadap Kinerja karyawan*. Bogor: Institut Pertanian Bogor.
- P. B. (2011, Mei 4). *pemkab bogor*. Retrieved november 8, 2011, from Bogorkab: www.bogorkab.go.id
- P. R. (1996, Mei 22). Peraturan pemerintah no 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan. *PP no.32 tahun 1996* . Jakarta, DKI Jakarta, Indonesia: Sekretariat Negara Republik Indonesia.

Pangestu, O. D. (2011, oktober 26). *national geographic Indonesia*. Retrieved desember 10, 2011, from national geographic Indonesia: www.national-geographic-indonesia.com

Pengembangan karier. (n.d.). Retrieved Febuari 8, 2012, from word press: <http://ridwaniskandar.files.wordpress.com/2009/05/121-pengembangan-karir.pdf>

Rahmawan, L. E. (2009). *Analisis pengaruh kepemimpinan, insentif dan motivasi kerja terhadap disiplin kerja pada pegawai dinas lingkungan hidup kabupaten magelang*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.

RI, K. k. (2010). *KMK RI No.156 tentang Pemberian Insentif bagi Tenaga Kesehatan dalam rangka penugasan khusus di puskesmas daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

RI, P. (2004, Oktober 15). UU no. 32 tahun 2004 tentang Pemda. *UU no.32 tahun 2004* . Jakarta, DKI Jakarta, Indonesia: Sekretariat Negara Republik Indonesia.

S. K. (2011). *Capaian pembangunan kesehatan tahun 2011*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

sadayasa, p. (2010, juni 24). *puskesmas keliling*. Retrieved desember 11, 2011, from puskel: www.puskel.com

Sarwono, J. (2006). *Metoda Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

shvoong. (2011, febuari 12). *shoong.com*. Retrieved febuari 7, 2012, from shoong.com: <http://id.shvoong.com/social-sciences/economics/2116186-insentif-dibagi-menjadi-dua-macam/>

Stewart, J. (2011). *answer.com*. Retrieved november 1, 2011, from answer.com: www.answers.com

Surur, N. (2002). *Analisis Perencanaan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Bogor tahun 2002* . Depok: FKM UI.

Suwatno, H., & Juni, D. (2011). *Manajemen SDM dalam organisasi publik dan bisnis*. Bandung: Alfabeta.

syafri. (2010, september 28). *penyebaran dokter numpuk di kota besar*. Retrieved november 1, 2011, from m.jpnn: www.m.jpnn.com

Syaini, S. (2007). *Pengaruh Kepuasan Kerja Terhadap Kinerja Pegawai Klinik Spesialis Bestari Medan*. Medan: Universitas Sumatera Utara.

T. O. (2010, Juni 27). *Teori online*. Retrieved Febuari 8, 2012, from Definisi Pelatihan SDM: <http://teorionline.wordpress.com/2010/06/27/pelatihan-sdm/>

Tarigan, F. (2009). *Analisis Kebijakan Pemerataan dokter dan dokter gigi di Indonesia tahun 2009*. Depok: FKM UI.

Tariswan. (2011). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Kinerja Tenaga Medis Puskesmas dalam Menemukan Pasien TB Paru BTA Positif Di Wilayah Jakarta Utara 2011*. Depok: Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat .

UGI. (2011, desember 7). *Nakes di Kabupaten bogor masih minim*. Retrieved desember 8, 2011, from Harian umum pelita: www.harianpelita.co.id

viklund, A. (2009). *Jurnal manajemen*. Retrieved Febuari 8, 2012, from jurnal manajemen sdm: <http://jurnal-sdm.blogspot.com/2009/05/gaji-definisi-peranan-fungsi-dan-tujuan.html>

viklund, A. (2009). *jurnal manajemen SDM*. Retrieved Febuari 7, 2012, from Jurnal SDM: <http://jurnal-sdm.blogspot.com/2010/01/insentif-definisi-tujuan-jenis-proses.html>

Yared, A. (2009). *Non Financial Incentives for voluntary community health worker*. Ethiopia: JSI Research and training Institute, Inc.



LAMPIRAN

PANDUAN WAWANCARA MENDALAM

Kepala Dinas / Pejabat terkait Kabupaten Bogor

1. Bagaimana keadaan ketersediaan tenaga kesehatan di kabupaten Bogor terhadap pelayanan kesehatan masyarakat?
2. Bagaimana insentif yang didapatkan tenaga kesehatan dari pemerintah dalam hal ini pemkab Bogor (gaji, jaminan hari tua, bantun biaya kesehatan, bonus, kendaraan dinas, rumah dinas)?
3. Bagaimanakah tunjangan insentif non material yang diberikan kepada tenaga kesehatan (pelatihan, pengembangan karier, pengangkatan menjadi pns, penghargaan, studi lanjut)?
4. Bagaimana Keadaan tenaga kesehatan dengan diberikannya insentif material dan non material apakah tenaga kesehatan yang ada masih bertahan ?
5. Bagaimana besaran insentif yang patut diterima oleh tenaga kesehatan di kabupaten bogor?
6. Bagaimana upaya apa saja yang dilakukan pemkab untuk merentensi tenaga kesehatan di lingkungan pemkab bogor?

Kepala seksi, kepala bidang pendayagunaan tenaga kesehatan

1. Bagaimana keadaan ketersediaan tenaga kesehatan di kabupaten Bogor terhadap pelayanan kesehatan masyarakat?
2. Bagaimana program yang telah dibuat untuk pengembangan karier tenaga kesehatan yang ada?
3. Bagaimana sistem imbal jasa bagi tenaga kesehatan yang bertugas di kabupaten bogor?
4. Jelaskan besaran insentif yang patut diterima oleh tenaga kesehatan di kabupaten bogor?

Kepala Bagian Kepegawaian

1. Bagaimana keadaan ketersediaan tenaga kesehatan di kabupaten Bogor terhadap pelayanan kesehatan masyarakat?
2. Bagaimanakah program untuk pengembangan karier tenaga kesehatan yang ada ?
3. Bagaimanakah sistem imbal jasa bagi tenaga kesehatan yang bertugas di kabupaten bogor?

4. Bagaimanakah insentif non material yang diterima nakes di luar gaji yang diterima setiap bulannya?
5. Bagaimana upaya untuk membuat nakes nyaman dan dapat menetap di tempat ini?
6. Menurut anda berapakah besaran insentif yang patut diterima oleh tenaga kesehatan di kabupaten bogor?

Kepala Bagian Keuangan

1. Bagaimana sistem imbal jasa bagi tenaga kesehatan yang bertugas di kabupaten bogor?
2. Bagaimana sistem insentif yang diterima nakes di luar gaji yang diterima setiap bulannya?
3. Bagaimanakah upaya merentensi nakes di Kabupaten Bogor?
4. Jelaskan besaran insentif yang patut diterima oleh tenaga kesehatan di kabupaten bogor?

Kepala Rumah Sakit

1. Bagaimana tenaga kesehatan di rumah sakit anda sudah mencukupi untuk melayani masyarakat?
2. Bagimanakah program yang dilakukan untuk mempertahankan tenaga kesehatan di tempat ini?
3. Bagaimanakah sistem imbal jasa bagi tenaga kesehatan di tempat ini?
4. Bagaimana sistem insentif yang diberikan selain dari gaji yang diterima setiap bulannya?
5. Bagaimana keadaan tenaga kesehatan setelah diberikannya insentif material dan non material apakah tenaga kesehatan yang ada masih bertahan ?
6. Jelaskan besaran insentif yang pantas bagi tenaga kesehatan di tempat ini?

Dokter di Rumah sakit / Puskesmas, perawat dan petugas kesehatan di puskesmas

1. Bagaimana keadaan tenaga kesehatan di tempat ini, dan apakah mencukupi kebutuhannya untuk melayani pasien ?
2. Bagaimana sistem imbal jasa di tempat ini?
3. Bagaimanakah sistem imbalan jasa lain yang tidak berupa materi?
4. Bagimanakah upaya pimpinan membuat tenaga kesehatan bertahan di tempat ini?
5. Bagaimanakah besaran insentif yang patut di terima oleh tenaga kesehatan di tempat ini?

Matrix Pengolahan Data

No	pertanyaan	informan 1	informan 2	informan 3
1	Gaji	....di kabupaten bogor ada yang namanya gaji, gaji itu dah jelas sesuai pns....	...Kalau pns jelas aturannya sesuai golongan gaji...	..untuk di dinas hanya tunjangan fungsional saja...
			...kalau di dinas tidak ada...	..tidak ada..
2	Bonus			
3	Bantuan Biaya Pengobatan		...kami hanya mendapatkan tunjangan sakit...	...di pemda ada bantuan pengobatan...
			...ada taspem..	..taspem aza...
4	Jaminan Hari Tua			
			...untuk Eselon golongan 3 dan 2...	...eselon golongan 2 dan 3...
5	Kendaraan Dinas			
6	Rumah Dinas		..rumah dinas adanya di pkm, tapi belum semua pkm ada rumah dinas...	...tidak ada...
7	Penghasilan Lainnya	...Untuk daerah sulit juga diberi tambahan insentif atau imbalan...	...mereka di pkm dapat jaspel lagi ,insentif daerah terpencil...	...jaspel dan insentif tambahan untuk daerah sulit dijangkau...
8	Pelatihan		...Kita tidak ada diklat, karena tidak ada anggaran,diklat tidak langsung di kita tapi ada di badan diklat kepegawaian di pemda, tapi masukan tetap dari kita...	...setiap 1 bulan di puskesmas, untuk mengadakan pelatihan tentang keuangan...
9	Pengembangan karier		...kalau pengembangan karier kita sebut tubel...	
10	Pengangkatan Menjadi PNS		...belum, kan kita aturan dari pusat menpan dan bkn...	

No	pertanyaan	informan 1	informan 2	informan 3
11	Penghargaan	...berupa sertifikat / piagam	....ada....dalam bentuk penghar-	...reward dari Pemerintah
		penghargaan, uang, umroh...	gaan...	daerah bogor ada...
12	Studi Lanjut	..termasuk untuk sekolah..kita ada	...tubel dana dari apbn pusat..	...Itu yang menentukan di
		anggaran dan sumber dana...		kepegawaian...
13	SDM Nakes yang mencukupi keb daerah	...Kalau dibandingkan dengan	...ee....Masih kurang, khususnya	
		jumlah penduduk kab bogor ada	fungsional tertentu....	
		beberapa daerah kekurangan...		

Matrix Pengolahan Data

No	pertanyaan	informan 4	informan 5	informan 6
1	Gaji	...Gaji aza sesuai pns...	...Kalau gaji sesuai standar pns...	..sesuai dengan pns...
2	Bonus	...tidak ada...ou...	..tidak ada bonus...	..bagian keuangan yang lebih tahu...
3	Bantuan Biaya Pengobatan	...yang ptt pusat dicover oleh askes...	..kalau pns sudah dijamin askes...	..askes...
4	Jaminan Hari Tua	..setiap kita punya taspen yah...	..hanya sesuai dengan pensiunan pns..	..taspen...
5	Kendaraan Dinas	...Yang tertentu saja terutama eselon atau fungsional tertentu...		...kendaraan dinas dari direktur, wadir, kepala bidang, kepala kasub bag....
6	Rumah Dinas	..tidak ada...		...Kita sama sekali belum ada...
7	Penghasilan Lainnya	...kalau di rs ada jasa pelayanan kaya gitu yah...	.....jasa pelayanan sudah diatur di dalam tarif baik perda maupun perbup...	..mengenai imbal jasa fungsional yang lebih tahu bagian keuangan..
8	Pelatihan	..selama saya pegang ada pelatihan manajemen puskesmas..		...melalui diklat seperti diklat resmi yang dilaksanakan....
9	Pengembangan karier	....tidak ada ,setahu saya....		....mengenai itu tergantung pimpinan....
10	Pengangkatan Menjadi PNS	..kalau itu tidak melalui psdk dah..		...mereka yang honor disini mereka ikut test yang okt-apr..

No	pertanyaan	informan 4	informan 5	informan 6
11	Penghargaan	...kita punya tenaga kesehatan berprestasi...		..tidak ada, kalau dari pemda ada pegawai teladan...
12	Studi Lanjut	...Seperti biasa ee...walaupun di pemerintah daerah ada sumber-sumber anggaran untuk pendidikan...		..kalau untuk studi kita dari PPSDM ada program meningkatkan kualitas SDM...
13	SDM Nakes yang mencukupi keb daerah	...Waduh saya harus buka-buka neh...kecuali kalau dokter dan pkm, setiap pkm ada 3-4 dokter...		...Kalau berdasarkan rasio ketenagaan kita tahun 2011 rasio ketenagaan kita sudah cukup..

Matrix Pengolahan Data

No	pertanyaan	informan 7	informan 8	informan 9
1	Gaji	..kita ada gaji sesuai pns...	....di rs pemerintah ada gaji ...	...sesuai dengan pns...
2	Bonus	...tidak ada...	...ya itu..tidak ada...	Kita bentuk bonusnya ....dalam jaspel setiap bulan,insentif dari revenue dari instalasi farmasi...
				...Kalau pns sudah jelas askes....
3	Bantuan Biaya Pengobatan	...dari askes...	..askes...	
4	Jaminan Hari Tua	..dari taspen....	..tidak ada...	..taspen..
5	Kendaraan Dinas	...Kalau kendaraan dinas cuman dapat eselon 2-3 direktur,wadir ,kabag ..	..diberikan dari kepala-kepala, ka spkd...	...pejabat struktural,eselon2-3...
6	Rumah Dinas	...ndak ada....	..tidak ada...	..tidak ada...
7	Penghasilan Lainnya	...jaspel terus ada jasa askep....	...itu jasa pelayanan...	....ada issentif ka ruangan koordinator, uang mugah-mugah..
8	Pelatihan	...ada cuman terkait anggran...	..dots...kegawat daruratan psikiatri kb...	..Kita ada anggraan diklat...
9	Pengembangan karier	...pengembangan sdm di pemda sangat mudah tapi tidak begitu..	...Ya itu yang saya bilang tadi ....	..sesuai dengan bidang masing-masing...
10	Pengangkatan Menjadi PNS	...sudah ada kalau ndak salah tahun...		...dengan sk menpan kemarin ini yang...

No	pertanyaan	informan 7	informan 8	informan 9
11	Penghargaan	..kalau untuk rumah sakit sendiri belum ada...	... punishment berjalan tapi reward kok tidak berjalan..	trus in material tadi kita ada pegawai teladan triwulan atau semesteran...
		.....biaya sendiri ha,ha...ha.....	....kita urus dulu ada beberapa...	..kita belum ada alokasi khusus...
12	Studi Lanjut			
13	SDM Nakes yang mencukupi keb daerah	....Kalo tenaga masih kurang kalau perhitungan...	..saya rasa cukup karena kita banyak...	...saya rasakan cukup..

Matrix Pengolahan Data

No	pertanyaan	informan 10	informan 11	informan 12
1	Gaji	..Kalau gaji dah ada patokan pns...	..gaji sesuai golongan...	..Gaji dari pusat..
2	Bonus	..tidak ada...	..jangan tanya...tidak ada...	..tidak ada...
3	Bantuan Biaya Pengobatan	..askes...	..dari askes...	...dari askes sesuai golongan...
4	Jaminan Hari Tua	..tidak ada selain taspen..	...dari taspen...	...dari taspen saja...
5	Kendaraan Dinas	..tidak ada...		...tidak ada, hanya ada mobil ambulans...
6	Rumah Dinas	..tidak ada...		...di puskesmas ini ada rumah dinas di gang ayu...
7	Penghasilan Lainnya	..setiap bulan ada jaspel, jasa askep....	uang mugah-mugah, jasa pelayanan...	...jasa pelayanan,kesra....
8	Pelatihan	..tim diklat sudah ada pergerakan..	..tergantung kebutuhan...	..pelatihan dari dinas...
9	Pengembangan karier	..kalau dari pemda susah....	..kalau karier di sini ada 2 fungsional dan struktural...	...disini disebut tubel...
10	Pengangkatan Menjadi PNS			.. 2 tahun yang lalu..

No	pertanyaan	informan 10	informan 11	informan 12
11	Penghargaan	...ada, penghargaan karyawan teladan..	..tidak ada...	...tidak ada...
12	Studi Lanjut	..tidak ada beasiswa..	..saya belum pernah coba...	..mengajukan ke dinas...
13	SDM Nakes yang mencukupi keb daerah	..Belum yah..	...tidak....tiga aza kurang ..	..tenaga kesehatan di tempat sini cukup...

Matrix Pengolahan Data

No	pertanyaan	informan 13	informan 14	informan 15
1	Gaji	..berdasarkan golongan...	..sesuai standar pns...	..sesuai gaji ptt..
2	Bonus	..tidak ada..	....biasanya kita bagi di akhir tahun...	...ada...
3	Bantuan Biaya Pengobatan	...dari askes...	..dari askes..	..tidak ada...
4	Jaminan Hari Tua	..dapat, dari taspen...	...dari taspen saja...	..belum ada,kan belum pns...
5	Kendaraan Dinas	...dapat tapi ditujukan untuk jurim...	...diberikan ambulans...	....ambulans...
6	Rumah Dinas	..ada..		
7	Penghasilan Lainnya	...jaspel,kesra..	...jasa pelayanan...	..jasa pelayan, uang piket...
8	Pelatihan	..ada pelatihan dari dinas...	..biasanya dari dinas kesehatan..	...ada dari pemda...
9	Pengembangan karier	..untuk orang pribadi dibuat sendiri..	...dengan tugas belajar...	....Kayanya iya belum ada pengembangan karier...
10	Pengangkatan Menjadi PNS	..tidak ada...	...pengakatan biasanya langsung dari pemda...	..belum diangkat jadi pns...

No	pertanyaan	informan 13	informan 14	informan 15
11	Penghargaan	..tidak ada..	..memang baru saya pikirkan	..tidak ada..
			tahun ini..	
12	Studi Lanjut	...Ada dari dinas mendapatkan beasiswa	...sesuai profesi saja...	..tidak dibayarin...
13	SDM Nakes yang mencukupi keb daerah	..disini perawat banyak..dokter banyak...	...e...Tenaga dokter disini terbatas hanya 2 orang...	

No	pertanyaan	informan 16
1	Gaji	..gaji sesuai pns...
2	Bonus	..tidak ada...
3	Bantuan Biaya Pengobatan	...askes...
4	Jaminan Hari Tua	..taspen..
5	Kendaraan Dinas	...ada...
6	Rumah Dinas	..diberikan rumah dinas..
7	Penghasilan Lainnya	..jasa pelayanan, insentif daerah sulit dijangkau..
8	Pelatihan	....ada pelatihan...
9	Pengembangan karier	..melalui akreditasi fungsional...
10	Pangkatan Menjadi PNS	..ada...

No	pertanyaan	
11	Penghargaan	..tenaga kesehatan teladan...
12	Studi Lanjut	....hanya ijin belajar...
13	SDM Nakes yang mencukupi keb daerah	..dari sisi jumlah tenaga kesehatan di puskesmas belum terpenuhi..

