

SISTEM PEMBERIAN INSENTIF YANG BERPIHAK PADA SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN DI DAERAH TERPENCIL: Studi Kasus Provinsi Lampung

*A PRO WORKER INCENTIVE/PAY SCHEME FOR HEALTH CARE MANPOWER IN REMOTE AREAS:
Case Study in Lampung Province*

Dumilah Ayuningtyas

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia,
Jakarta

ABSTRACT

Background: This qualitative study seeks to identify problems and their implications on health care manpower in Provinsi Lampung by analyzing relevant documents, holding in-depth interviews, FGD, CDMG for decision-makers and key stakeholders with the aim of producing a consensus.

Method: Primary and secondary data collection as well as triangulation of data was carried out in ways that ensure quality. The study covers provincial, district and municipal health offices (dinkes provinsi/kabupaten/kota), community health centers (*puskesmas*), hospitals and other health facilities.

Result and Conclusions: The study shows that almost all of Provinsi Lampung health offices and work units at district and municipality levels experience a shortage of health care manpower. The ratio of health workers (medical doctors, dentists, midwives, nurses and others) to every 100,000 people is below the national figure. The ratio of doctors to the population here is 5.6 (the national figure is 10.73). Informants have identified the absence of an adequate system of compensation for health workers (midwives, nurses, general practitioners) in the municipality of and in districts in Provinsi Lampung. A monthly incentive of Rp250,000,00 and Rp1 million is available for specialists only in North Provinsi Lampung and West Provinsi Lampung respectively. There are differences in Provinsi Lampung Districts' financial ability, but there has yet to be a scheme that accommodates the differences. The study shows the possibility of implementing a scheme that covers both material and in-kind incentives that are based on the region's characteristics and the provincial government's financial ability.

Keywords: incentive, modification of incentives, the pattern of incentive and ability of the region

ABSTRAK

Latar belakang: Untuk mengidentifikasi permasalahan dan implikasi ketenagaan kesehatan, termasuk sistem insentif, bagi SDM Kesehatan Provinsi Lampung, studi kualitatif ini menganalisis dokumen terkait, wawancara mendalam, FGD, CDMG di antara para pengambil keputusan, tokoh kunci untuk melahirkan konsensus bersama.

Metode: Pengambilan data primer, sekunder dan triangulasi data dilakukan untuk menjamin kualitas hasil. Studi meliputi dinkes provinsi/kabupaten dan kota, puskesmas, rumah sakit dan instansi kesehatan lain.

Hasil dan Kesimpulan: Studi memperlihatkan hampir di semua unit kerja dan dinkes kabupaten/kota di Provinsi Lampung kekurangan jumlah SDM kesehatan. Rasio antara jenis tenaga kesehatan (dokter, dokter gigi, bidan, perawat dan lain-lain)

terhadap seratus ribu penduduk yang harus dilayani masih kurang dan di bawah rasio nasional. Seperti angka rasio dokter 5,6 (nasional 10,73). Informan menyepakati belum terbangun sistem pemberian insentif. Tidak ada kebijakan pemberian insentif bagi berbagai jenis tenaga kesehatan (bidan, perawat, dokter umum) di kota dan kabupaten di Provinsi Lampung. Hanya ada pemberian insentif yang ditujukan khusus bagi dokter spesialis di Provinsi Lampung Utara sebesar Rp250.000,00/ bulan dan Provinsi Lampung Barat Rp1.000.000,00/ bulan. Meski terdapat perbedaan situasi kemampuan antarkabupaten/kota di Provinsi Lampung namun belum ada perbedaan pemberian insentif yang akomodatif. Pemberian insentif material dan atau nonmaterial dengan mendasarkan pada karakteristik daerah dan kemampuan pemda muncul sebagai strategi implementasi sistem pemberian insentif

Kata Kunci: prinsip pemberian insentif, modifikasi insentif, pemberian insentif, kemampuan daerah

PENGANTAR

Berbagai permasalahan Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan dijumpai di daerah-daerah di era desentralisasi, seperti masih rendahnya mutu tenaga kesehatan dan kesesuaian antara kompetensi dengan tuntutan pekerjaannya, juga kurangnya jumlah SDM kesehatan di daerah pedesaan. Gambaran tersebut dijumpai pula di Provinsi Lampung. Pelaksanaan otonomi daerah harus dipandang sebagai sebuah kesempatan kewenangan untuk mengelola SDM kesehatan daerah dengan lebih baik.

Manajemen SDM kesehatan perlu mendapat perhatian khusus di Provinsi Lampung mengingat masih rendahnya status kesehatan masyarakat, sementara kualitas SDM kesehatannya pun masih harus ditingkatkan. Representasi kualitas dan kuantitas SDM kesehatan Provinsi Lampung yang tercermin dari laporan provinsi memperlihatkan bahwa sebagian besar SDM kesehatan masih memiliki latar belakang pendidikan setingkat SMU. Kebanyakan SDM kesehatan pada unit administrasi untuk tingkat provinsi memiliki latar

belakang pendidikan hanya sampai tingkat sekolah menengah atas dan akademi dengan mayoritas komposisi sebagai petugas administrasi umum dibandingkan petugas teknik.¹ Oleh karena itu, dilakukan studi dan pengkajian manajemen, pengembangan SDM kesehatan di Provinsi Lampung dengan tujuan antara lain mengidentifikasi permasalahan dan implikasi ketenagaan kesehatan, termasuk pada sistem insentif bagi SDM kesehatan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Telah dilakukan studi dan pengkajian manajemen dan pengembangan SDM kesehatan di Provinsi Lampung dengan tujuan antara lain mengidentifikasi permasalahan dan implikasi ketenagaan kesehatan, termasuk pada sistem insentif bagi SDM kesehatan. Studi kualitatif dilakukan untuk mendapatkan deskripsi rinci dan analisis mendalam tentang manajemen dan proses pengembangan SDM kesehatan Provinsi Lampung. Oleh karena itu, analisis dokumen terkait, wawancara mendalam, FGD, CDMG di antara para pengambil keputusan, tokoh kunci, dan *stake holder* lain untuk melahirkan konsensus bersama dengan dasar "*expert judgement by good intuitive*" menjadi bagian penting pada studi ini. Pengambilan data primer, sekunder, untuk kemudian dilakukan triangulasi data dilakukan untuk menjamin keakuratan dan validitas hasil studi. Pelaksanaan studi meliputi dinas kesehatan (dinkes) provinsi/kabupaten dan kota, puskesmas, rumah sakit dan beberapa instansi kesehatan lain yaitu balai pelatihan kesehatan, AKPER dan AKL. Informan ditetapkan dengan memperhatikan prinsip *adequacy* dan *appropriateness* mulai dari kadinkes, kasubdin, kasie, kepala puskesmas, direktur.

Informan dalam studi ini adalah: direktur rumah sakit, kadinkes/wakadinkes provinsi dan kabupaten,

organisasi profesi, staf dinkes yang berhubungan dengan studi ini (kasubbag perencanaan, kasubdin SDK, kabag TU, kasie pendayagunaan nakes, pokja provinsi, kasubdin, akademisi, bapelkes, pusdiklat, pusdiknakes), kepala puskesmas.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Situasi Ketenagaan Kesehatan: Jumlah dan Jenis SDM Kesehatan

Pada Tabel 1 disajikan peta ketenagaan berdasarkan tingkat pendidikan di Dinkes Provinsi Lampung tahun 2002.

Dari Tabel 1, terlihat bahwa 58,41% adalah tenaga kesehatan yang berpendidikan setingkat SLTA, tenaga kesehatan yang berpendidikan DIII kesehatan sebesar 15,89% dan S1 kesehatan hanya 5,43%. Persentase terbesar tingkat pendidikan SDM kesehatan Provinsi Lampung adalah SLTA sebesar 67,31%. Persentase pendidikan S2 (2,5%) ternyata lebih rendah dari persentase pendidikan SD (2,7%).

Dari segi jumlah tenaga kesehatan, semua unit kerja yang dikunjungi menyatakan bahwa jumlah SDM yang dimiliki kurang. Dari segi jenis tenaga berdasarkan pendidikan jumlahnya juga kurang kecuali Dinkes Provinsi Lampung Utara kelebihan tenaga AKL dan ATRO dan Dinkes Bandar Provinsi Lampung kelebihan tenaga perawat dan Bapelkes kelebihan tenaga staf. (Tabel 2).

Dalam skala provinsi jumlah yang ada dirasakan masih sangat kurang. Rasio antara jenis tenaga kesehatan (dokter, dokter gigi, bidan, perawat dan lain-lain) terhadap 100.000 penduduk yang dilayani masih kurang dan di bawah rasio nasional. Indikator ketersediaan tenaga kesehatan yang berperan sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan ditunjukkan oleh angka rasio dokter, bidan, dan perawat pada Tabel 3.

Tabel 1. Peta ketenagaan Kesehatan Provinsi Lampung Berdasarkan Komposisi Tahun 2002

Pendidikan	Kesehatan		Nonkesehatan		Total Ketenagaan	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
S2	160	2.30	14	0.20	174	2.50
S1	378	5.43	209	3.00	587	8.43
D3	1,107	15.89	22	0.32	1,129	16.21
SLTA	4,069	58.41	620	8.90	4,689	67.31
SLTP	34	0.49	165	2.37	199	2.86
SD	-	-	188	2.70	188	2.70
Total	5,748	82.52	1,218	17.48	6,966	100.00
Total Nakes:	6,966					

Sumber: Bima SDK Dinkes Provinsi Lampung, 2003

Tabel 2. Jumlah Tenaga Kesehatan Pada Unit Kerja yang Dikunjungi Tahun 2003

Unit Kerja	Jumlah			Kekurangan	Kelebihan
	Nakes	Nonkes	Total		
Dinkes Provinsi	125	162	287	-	-
Dinkes Bandar Provinsi Lampung	622	96	718	Tenaga analis (lab), tenaga gizi	Tenaga perawat
Dinkes Metro	95	54	149	Medis, paramedis, gizi, analis kesehatan, tenaga statistik, operator komputer	Tidak ada
Dinkes Provinsi Lampung Utara	670	72	742	Medis (dokter spesialis, dokter gigi) Paramedis (S1 keperawatan, bidan, gizi, analis kesehatan, Asisten Apoteker, perawat gigi dan fisioterapi)	- ATRO - AKL - Anestesi
Dinkes Provinsi Lampung Tengah	560	38	598	-	-
Dinkes Provinsi Lampung Timur	399	-	399	Semua jenis tenaga	-
Dinkes Provinsi Lampung Selatan	496	55	551	-	-
Dinkes Tulang Bawang	468	6	474	Dr, Drg, Parawat, bidan	-
RS Dr. Abdul Moeloek	593	306	899	Spesialis penyakit dalam, mata, THT, kulit, radiologi urologi, forensik dan dokter umum. S1 dan D3 keperawatan, perawat jiwa	Spesialis bedah, obsgin dan kesehatan anak
Bapelkes	33	15	48	Widiaiswara, tenaga pramu, sopir	Staf
Diknakes	148	142	290	Tenaga struktural dirangkap tenaga fungsional	Tidak ada
Jumlah	4209	946	5155		

Sumber : Data primer dari unit kerja yang dikunjungi, tahun 2003

Tabel 3. Rasio tenaga dokter, bidan dan perawat terhadap penduduk di Provinsi Lampung tahun 1998 – 2002

R A S I O	1998	1999	2000	2001	2002
Dokter/100 ribu penduduk	4,03	4,73	7,51	6,53	5,60
Bidan/100 ribu penduduk	40,28	31,12	19,42	-	-
Perawat /100 ribu penduduk	40,18	31,25	35,90	-	-

Sumber: laporan Kinerja Dinkes Provinsi Lampung Tahun 1998 – 2002

Hasil pengkajian memperlihatkan hampir di semua unit kerja dan Dinkes Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung masih kekurangan jumlah SDM kesehatan. Rasio antara jenis tenaga kesehatan (dokter, dokter gigi, bidan, perawat dan lain-lain) terhadap 100.000 penduduk yang harus dilayani masih sangat kurang bila dibandingkan dengan rasio nasional. Angka rasio tenaga dokter misalnya 5,6 masih jauh di bawah angka nasional yaitu 10,73. Beratnya beban kerja karena harus merangkap tugas/jabatan, tingginya angka *turn over*, jauhnya rasio antara tenaga kesehatan (nakes) dengan

populasi atau dengan sarana kesehatan dibandingkan dengan standar nasional, kekosongan tenaga kesehatan di sarana pelayanan kesehatan terutama di daerah yang terpencil atau semi terpencil terungkap dari temuan di lapangan. Para informan menyepakati belum terbangun sistem baku pemberian insentif. Tidak ada kebijakan pemberian insentif bagi berbagai jenis tenaga kesehatan (bidan, perawat, dokter, dan lain-lain) di seluruh kota dan kabupaten yang ada di Provinsi Lampung. Hanya ada pemberian insentif pada saat studi dilakukan di tahun 2003, yang ditujukan khusus bagi dokter

spesialis di Provinsi Lampung Utara sebesar Rp250.000,00/bulan dan Provinsi Lampung Barat Rp1.000.000,00/bulan. Meski terdapat perbedaan situasi kemampuan antar kabupaten/kota di Provinsi Lampung, namun belum ada perbedaan pemberian insentif yang mengakomodasi perbedaan-perbedaan tersebut. Para informan juga menyepakati klasifikasi perbedaan kota/kabupaten di Provinsi Lampung sebagai berikut.

1. Dari sisi keterpencilannya
Daerah terpencil: Provinsi Lampung Barat, Way Kanan
Semi terpencil: Tanggamus, Provinsi Lampung Timur, Tulang Bawang. Daerah kategori biasa adalah : kabupaten/ kota sisanya
2. Dari sisi kemampuan pendanaan pemerintah daerah (miskin atau tidaknya)
Kabupaten miskin di Provinsi Lampung adalah Way Kanan, Tulang Bawang, dan Provinsi Lampung Barat. Pendapatan Asli Daerah (PAD) teratas adalah Bandar Provinsi Lampung, Provinsi Lampung Selatan, Provinsi Lampung Tengah, dan Metro.

PEMBAHASAN

Konsep, Prinsip Pemberian dan Berbagai Alternatif Bentuk Insentif

Insentif adalah penghargaan kepada karyawan atas segala jerih payahnya dalam meningkatkan tugas dalam memberikan pelayanan kepada *customer* di luar gaji yang diterima setiap bulan dengan besaran berubah-ubah sesuai dengan hasil kinerja. Beberapa ahli mengatakan bahwa pemberian gaji pokok (*basic salary*) hanya dapat membuat para pekerja merasa aman, namun tidak mampu memberikan motivasi. Upah yang dikaitkan dengan kinerja (insentif) dikatakan mampu memberikan motivasi untuk meningkatkan produktivitas kerja karyawan.^{2,3}

Secara resmi telah ada batasan tentang insentif yang ditetapkan oleh biro kepegawaian departemen kesehatan. Insentif adalah pemberian imbalan, di luar gaji, baik yang bersifat material dan nonmaterial pada tenaga kesehatan sebagai kompensasi atas kesediaannya ditempatkan pada suatu daerah, atau kesediaannya melakukan pekerjaan tertentu, atau penghargaan atas pencapaian prestasi kerja dalam jangka waktu tertentu.⁴

Pada prinsipnya pemberian insentif harus memenuhi kejelasan tujuan dan sasaran, prinsip keadilan dan prinsip kompensasi itu sendiri yang bersifat penghargaan dan keterbukaan, dan prinsip kejelasan skala waktu. Bila bentuk insentif sesuai dengan kebutuhan atau harapan tenaga kesehatan,

serta dapat mengeliminir kekurangan pada kondisi geografi, sarana dan fasilitas, maka insentif tersebut dapat meningkatkan minat dan motivasi tenaga kesehatan untuk bekerja di daerah yang kurang diminati, terpencil atau sangat terpencil.^{5,6,7}

Berbagai Alternatif Bentuk Insentif

Insentif yang diberikan dapat berupa material dan atau nonmaterial. Pemilihan bentuk insentif didasarkan pada karakteristik daerah dan kemampuan pemda. Bentuk insentif yang dipilih dapat berupa bentuk tunggal atau kombinasi dari contoh berikut.

1. **Material.** Beberapa insentif berbentuk material yang diminati tenaga kesehatan:
 - Uang: tunjangan bulanan, asuransi jiwa, tunjangan cuti
 - Perumahan: rumah dinas, atau disediakan uang kontrak
 - Kendaraan: roda dua, roda empat, kendaraan dinas, Kendaraan operasional
 - Fasilitas komunikasi: telepon, internet
 - Fasilitas hiburan: televisi, VCD
2. **Nonmaterial.** Beberapa bentuk insentif nonmaterial yang paling diminati oleh tenaga kesehatan:
 - Peluang pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah
 - Peluang mengikuti pendidikan dan latihan
 - Peluang mendapatkan kenaikan pangkat istimewa (untuk PNS)
 - Peluang untuk diangkat menjadi pegawai negeri atau pegawai tetap
 - Peluang peningkatan karir
3. **Kombinasi.** Insentif diberikan dalam bentuk kombinasi antara material dan nonmaterial sebagai yang paling sering digunakan.

Dasar dan Langkah Penetapan Strategi Implementasi Pola Insentif

1. Identifikasi masalah
Identifikasi masalah dimaksudkan untuk menjawab pertanyaan sebagai berikut:
 - a. Daerah mana saja yang kurang diminati tenaga kesehatan
 - b. Jenis tenaga apa yang kurang diminati
 - c. Pada fasilitas kesehatan apa saja yang mereka kurang diminatiBeberapa pertimbangan dasar dalam melakukan identifikasi masalah adalah sebagai berikut:
 - 1) Keterpencilan suatu daerah menjadi hal yang sangat mendasar pada pemberian insentif, dan diklasifikasikan berdasarkan daerah biasa, semi terpencil, terpencil, dan sangat terpencil

- 2) Keadaan daerah yang tergolong miskin dan kaya dan bantuan departemen kesehatan mengenai hal ini
- 3) Pertimbangan risiko keamanan dan kerawanan, diklasifikasikan sedang, tinggi, dan amat tinggi
- 4) Peminatan pada daerah yang dituju, diklasifikasi diminati, biasa, dan kurang diminati. Suatu daerah kurang diminati yaitu suatu daerah, baik desa, kecamatan, kabupaten, kota, atau provinsi tertentu yang kurang diminati oleh jenis tenaga kesehatan tertentu (atau semua jenis tenaga kesehatan). Hal ini ditandai dengan sedikitnya permintaan atau lamaran dari tenaga kesehatan untuk bekerja pada daerah tersebut atau tingginya permintaan untuk dipindahkan dari daerah tersebut.

Beberapa faktor penyebab kurang diminatinya suatu daerah biasanya berkaitan dengan situasi geografi, sosial budaya, adat istiadat, kondisi ekonomi daerah dan penduduknya, peluang karir, kelengkapan sarana, fasilitas transportasi dan komunikasi, pelayanan administrasi, peluang mengikuti pendidikan dan pelatihan atau pendidikan lanjutan, lama waktu penugasan, serta citra tentang daerah tersebut. Minat tinggi dapat diketahui dari banyaknya permintaan untuk ditempatkan di kecamatan tersebut, serta kemudahan untuk menempatkan tenaga. Minat sedang tidak terlalu sulit untuk menempatkan tenaga di kecamatan, namun tenaga tersebut tidak dapat bertahan lama, atau cukup tingginya permintaan untuk pindah. Minat Kurang ditandai dengan sulitnya mendapatkan tenaga yang bersedia ditempatkan, serta tingginya permintaan untuk pindah dari kecamatan tersebut. Pada kecamatan yang kurang diminati kemudian dilakukan analisis desa-desa yang kurang diminati dengan metode analisis yang sama.

2. Analisis situasi

- (1) Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi minat tenaga kesehatan:
 - a. Rumah sakit swasta
 - b. Kemampuan ekonomi rata-rata masyarakat
 - c. Kemungkinan berpraktik sore
 - d. Perumahan yang disediakan
 - e. Kemungkinan melanjutkan pendidikan dengan biaya pemerintah
 - f. Kemungkinan mengikuti seminar dengan biaya pemerintah
 - g. Kemungkinan mengikuti diklat
 - h. Kemungkinan diangkat jadi pegawai negeri/ tetap

- (2) Fasilitas kerja yang tersedia
- (3) Sarana transportasi dan komunikasi yang tersedia
- (4) Sarana hiburan yang tersedia
- (5) Kondisi geografik, iklim, dan jumlah penduduk
- (6) Risiko pekerjaan yang ada
- (7) Peraturan tentang ketenagaan yang ada
Identifikasi semua peraturan baik yang berasal dari pusat maupun Perda yang berkaitan dengan ketenagaan seperti:
 - Pengangkatan, penempatan dan pemberhentian
 - Bentuk ikatan kerja: PNS, honorer, tenaga kontrak
 - Penggajian
 - Tunjangan-tunjangan
 - Hak pegawai: pendidikan, cuti, asuransi
 - Kewajiban pegawai
- (8) Kemampuan keuangan dan fasilitas yang dimiliki pemda.
 - Berapa PAD sekarang
 - Berapa persen atau berapa rupiah dana dialokasikan untuk kesehatan
 - Adakah kemungkinan daerah meningkatkan alokasi anggaran kesehatan
 - Adakah upaya terobosan yang mungkin dilakukan untuk meningkatkan anggaran kesehatan
 - Apakah daerah masih memiliki aset untuk perumahan
 - Fasilitas apa saja yang dimiliki daerah yang mungkin digunakan sebagai insentif.

3. Identifikasi hal strategis yang diperlukan
Identifikasi hal-hal yang perlu dilakukan pemda untuk meningkatkan daya tarik suatu daerah/fasilitas kesehatan. Strategi ini setidaknya meliputi:
 - Dana yang dibutuhkan serta sumbernya
Hitung perkiraan dana yang dibutuhkan untuk insentif. Identifikasi pula dari mana sumber dananya dan cara mendapatkannya.
 - Fasilitas yang perlu disediakan
Rumuskan jenis dan jumlah serta kondisi fasilitas yang diperlukan untuk insentif. Termasuk di dalamnya adalah fasilitas yang telah ada dan yang belum ada. Rumuskan pula bagaimana cara untuk mengadakan fasilitas yang belum tersedia.
 - Jenis dan jumlah tenaga kesehatan yang menjadi prioritas insentif
Tentukan jenis dan jumlah tenaga kesehatan yang diprioritaskan untuk mendapat insentif. Jenis tenaga kesehatan ini dapat dilihat dari

analisis minat kerja. Identifikasi pula dari mana jenis tenaga kesehatan tersebut didapatkan, apakah dari pasar bebas? Atau dari daerah tertentu?

- Daerah atau sarana kesehatan yang disiapkan insentifnya
Tentukan daerah mana saja (desa, kecamatan, kota), serta fasilitas apa saja yang perlu disiapkan insentifnya.
- Waktu dan lama pemberian insentif.
Tentukan waktu insentif ini diberikan serta untuk berapa lama insentif tersebut diperlukan. Hal ini penting untuk mengetahui kemampuan daerah dalam menyediakan pembiayaannya.

4. Penentuan paket insentif

Setelah strategi pemberian insentif dibuat, kemudian tentukan paket insentif tersebut. Paket insentif untuk satu jenis tenaga kesehatan relatif berbeda dengan jenis tenaga kesehatan lainnya. Untuk itu, perlu dirumuskan paket insentif untuk masing-masing tenaga. Paket insentif ini meliputi:

- Sarana dan tujuan paket insentif
Sebutkan jenis tenaga kesehatan yang berhak mendapat paket ini. Misalnya: paket insentif untuk dokter puskesmas; paket insentif untuk bidan desa, dan sebagainya. Sebutkan pula apa tujuan pemberian insentif ini, jenis, besarnya, waktu pemberian insentif dan kondisi objektifnya
Contoh di atas adalah matriks untuk insentif berbentuk material dan nonmaterial dan cara mengisinya.
- Lama masa tugas
Sebutkan berapa lama jenis tenaga tersebut harus bertugas pada tempat yang ditentukan atau batas minimal yang disyaratkan agar berhak mendapat insentif.
- Cara pemberian insentif
Tentukan cara atau mekanisme pemberian paket insentif. Termasuk di sini adalah mekanisme administrasi serta teknis pelaksanaannya. Sebagai contoh tata cara pemberian insentif berbentuk uang: alokasi anggaran di dana alokasi umum, uang di transfer ke bank tertentu setiap tanggal 10.
- Hal-hal yang membatalkan insentif
Rumuskan hal-hal apa yang dapat membatalkan pemberian suatu insentif. Hal ini perlu agar tenaga kesehatan yang bersangkutan mengetahui hak dan kewajibannya.

- Penyusunan peraturan daerah
Agar memiliki dasar hukum, paket insentif ini kemudian dibuatkan Perda-nya. Perda ini dapat ditinjau dan diubah sesuai kebutuhan.

5. Sosialisasi dengan tujuan adalah agar keberadaan Perda diketahui secara luas, dapat dilakukan melalui seminar, iklan, dan sebagainya.

6. Evaluasi dapat dilakukan pada waktu-waktu tertentu dan kebijakan insentif perlu dievaluasi untuk mengetahui keefektifannya.

Strategi Implementasi Pengembangan Pola Insentif di Provinsi Lampung

Dengan memperhatikan berbagai alternatif bentuk insentif, dasar-dasar serta langkah-langkah penetapan insentif maka disusun strategi implementasi pengembangan pola insentif di Provinsi Lampung. Pengembangan pola insentif tersebut diharapkan dapat memperbesar minat dan motivasi serta meningkatkan 'daya tahan' SDM kesehatan untuk ditempatkan di daerah terpencil. Tentu dituntut pula komitmen dari Pemda untuk memberikan dukungan finansial ataupun kepastian hukum agar pola insentif yang telah dibangun dapat diberlakukan dalam mekanisme kompensasi/ *reward* dan sanksi secara efektif.

Penerapan pola insentif ini diharapkan tak hanya berlaku di kabupaten tertentu seperti Provinsi Lampung Selatan dan Utara. Seperti yang ditemui di lapangan, namun dapat dicoba diberlakukan di berbagai kabupaten/kota yang memiliki kemampuan serupa. Hal ini dapat dilakukan dengan cara:

- a. Pemberian insentif di Provinsi Lampung yang terdiri dari dua kota dan enam kabupaten, dilakukan dengan mempertimbangkan aspek keadaan daerah, yaitu daerah biasa, daerah semi terpencil, daerah terpencil, dan daerah sangat terpencil, seperti: Kabupaten Provinsi Lampung Barat dan Kabupaten Way Kanan yang tergolong kabupaten terpencil yang mungkin memiliki kemampuan terendah daripada kabupaten yang lain. Untuk Kabupaten Tanggamus, Kabupaten Provinsi Lampung Timur, dan Kabupaten Tulang Bawang yang merupakan daerah semi terpencil, dalam pemberian insentif juga sangat minim sama seperti pada daerah terpencil.
- b. Insentif yang diberikan dapat berupa material dan atau non-material.
Material, beberapa insentif berbentuk material yang diminati tenaga kesehatan adalah uang

(tunjangan bulanan, asuransi jiwa, tunjangan cuti), perumahan (rumah dinas, atau disediakan uang kontrak), kendaraan (roda dua, roda empat, kendaraan dinas, kendaraan operasional), fasilitas komunikasi (telepon, internet), fasilitas hiburan (televisi, VCD). Nonmaterial, beberapa bentuk insentif nonmaterial yang paling diminati oleh tenaga kesehatan adalah peluang pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah, peluang mengikuti diklat, peluang mendapatkan kenaikan pangkat istimewa (untuk PNS), peluang untuk diangkat menjadi PNS atau pegawai tetap. Peluang peningkatan karir atau dapat pula memberikan insentif dalam bentuk yang paling sering digunakan yaitu kombinasi antara material dan non-material.

- c. Gunakan pola-pola atau format yang telah dibuat sebagai kesepakatan dengan mengacu pada pedoman pemberian insentif, langkah-langkah penetapan serta dasar pertimbangan seperti minat, keterpencilan, sarana prasarana dan sebagainya (format dan pola terlampir)

PENUTUP

Pemberlakuan pola insentif yang memperlihatkan apresiasi dan keberpihakan terhadap tenaga kesehatan yang berada di daerah terpencil akan menjadi sebuah upaya untuk memenuhi tuntutan asas keadilan dalam sistem kompensasi. Penetapan pola insentif tersebut diharapkan dapat memperbesar minat dan motivasi serta meningkatkan 'daya tahan' SDM Kesehatan untuk ditempatkan di daerah terpencil. Tentu dituntut pula komitmen Pemerintah Provinsi dan Kabupaten untuk memberikan dukungan kuat. Berbagai deskripsi dan temuan lapangan serta prinsip-prinsip dalam pemberian insentif yang telah dikemukakan akan sekedar menjadi catatan dokumenter belaka tanpa

adanya komitmen bersama dari semua pihak untuk mewujudkannya. Cita-cita indah seperti dinyatakan dalam visi baru Departemen Kesehatan: "masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat", dengan *grand strategy*: "meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas" dan salah satu indikatornya adalah di setiap desa tersedia SDM kesehatan yang berkompeten niscaya akan tetap menjadi mimpi belaka tanpa adanya reformasi dalam manajemen kesehatan khususnya sistem insentif yang berpihak bagi SDM kesehatan yang berada di medan sulit dan daerah-daerah terpencil.

KEPUSTAKAAN

1. Profil Kesehatan Provinsi Lampung, Tahun 2002.
2. Finlay, W., Martin, J., Roman, P.M., dan Blum, T.C. Organizational Structure and Job Satisfaction: Do Bureaucratic Organization Produce More Satisfied Employees?. *Journal of Administration and Society*. 1995; 27 (3): 427-50.
3. DeSantis, V.S. Comparing Job Satisfaction Among Public and Private Sector Employee. *American Review of Public Administration*. 1996; 23 (3): 427-450.
4. Dessler, Manajemen Sumber Daya Manusia jilid II. 1998: 85.
5. Pedoman Insentif bagi Tenaga Kesehatan. Biro Kepegawaian Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial. Jakarta. 2001
6. Schuler, RS. Personal & Human Resource Management (5th Ed.), St Paul, Minnesota: West Publishing Company, Chapter 9. 1993.
7. Supardal, Agus. Burhannudin A. Tajibnapi, dkk. Pedoman Insentif bagi Tenaga Kesehatan. Biro Kepegawaian Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial. Jakarta. 2001.