

**Jurnal  
Manajemen  
Pelayanan Kesehatan**  
*The Indonesian Journal of Health Service Management*  
Volume 09/Nomor 02/Juni/2006

---

**Daftar Isi**

---

**Editorial**

- Mengelola Bencana di Sektor Kesehatan: Membutuhkan Pendekatan Ilmiah 51

**Makalah Kebijakan**

- Aspek Hukum Penyelenggaraan Praktik Kedokteran: Suatu Tinjauan Berdasarkan Undang-Undang No. 9/2004 tentang Praktik Kedokteran  
**Hargianti Dini Iswandari** 52

**Artikel Penelitian**

- Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penerimaan Penempatan Dokter Spesialis Ikatan Dinas  
**S. R. Mustikowati, Laksono Trisnantoro, Andreasta Meliala** 58

- Persepsi dan Pengaruh Sistem Pembagian Jasa Pelayanan terhadap Kinerja Karyawan di Rumah Sakit Jiwa Madani  
**Nofrinaldi, Adi Utarini, Andreasta Meliala** 65

- Analisis Jumlah Kebutuhan Tenaga Pekarya dengan *Work Sampling* di Unit Layanan Gizi Pelayanan Kesehatan Sint Carolus Tahun 2005  
**M. Waseso Suharyono, Wiku B.B Adisasmito** 72

- Analisis Pekerjaan Pegawai Bagian Teknis Balai Laboratorium Kesehatan Semarang sebagai Dasar Pengembangan Pendidikan dan Pelatihan  
**Retno Wahyu Gayatri, Chriswardani Suryawati, L. Ratna Kartikawulan** 80

- Sistem Pemberian Insentif yang Berpihak pada Sumber Daya Manusia Kesehatan di Daerah Terpencil: Studi Kasus Provinsi Lampung  
**Dumilah Ayuningtyas** 87

- Peningkatan Mutu Penggunaan Obat di Puskesmas Melalui Pelatihan Berjenjang pada Dokter dan Perawat  
**Iwan Dwiprahasto** 94

**Resensi Buku**

- Hard Facts, Dangerous Half-truths & Total Nonsense: Profiting From Evidence-Based Management* 102

**Korespondensi**

- Dampak Ekonomi dari Penyakit Avian Influenza (H5n1) di Bali 104

# **Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan**

## ***The Indonesian Journal of Health Service Management***

Diterbitkan oleh Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 4 kali setahun (triwulan). Jurnal ini didukung oleh Program Pascasarjana UGM Ilmu Kesehatan Masyarakat yang mempunyai berbagai minat utama dalam manajemen dan kebijakan pelayanan kesehatan. Minat-minat utama yang ada adalah Magister Manajemen Rumah Sakit, Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Magister Manajemen dan Kebijakan Obat, Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan.

Misi Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan adalah perkembangan menyebarluaskan dan mendiskusikan berbagai tulisan ilmiah mengenai manajemen dan kebijakan dalam lingkup pelayanan kesehatan.

Jurnal ini ditujukan sebagai media komunikasi bagi kalangan yang mempunyai perhatian terhadap ilmu manajemen dan kebijakan pelayanan kesehatan antara lain para manajer di organisasi-organisasi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit pemerintah dan swasta, dinas kesehatan, departemen kesehatan pusat-pusat pelayanan kesehatan masyarakat, BKKBN, pengelola industri obat, dan asuransi kesehatan serta para peneliti, pengajar, dan ilmuwan yang tertarik dengan aplikasi ilmu manajemen dan kebijakan dalam sektor kesehatan.

Isi jurnal berupa artikel atau hasil penelitian yang berkaitan dengan manajemen rumah sakit, manajemen pelayanan kesehatan, asuransi, visi, dan masalah-masalah yang relevan dengan manajemen dan kebijakan kesehatan.

### **Pemimpin Redaksi**

Laksono Trisnantoro

### **Editor**

Abdul Razak Thaha	Tjahjono Kuntjoro
Bhisma Murti	Sri Werdati
Hasbullah Tabrany	Yulita Hendrartini
Johana E. Prawitasari	Yodi Mahendradhata
I. Riwanto	

### **Mitra Bestari (Peer Reviewer)**

A.A.Gde Muninjaya	Hari Kusnanto Josef
M. Ahmad Djojosingito	Mubasysyir Hasanbasri
Ali Ghufon Mukti	Sri Suryawati
Bambang Purwanto	Triono Soendoro

### **Sekretaris Redaksi**

Hilaria Lestari Budiningsih

### **Penerbit**

Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan, FK UGM, Yogyakarta  
STT: 2398/SK/DITJEN PPG/STT/1998

### **Harga langganan untuk satu tahun (4 kali terbit/triwulan)**

Pulau Jawa Rp100.000,00

Luar Pulau Jawa Rp125.000,00 (Sudah termasuk ongkos kirim)

Bank BNI 46 Cabang UGM Yogyakarta No Rek.: 0038603369 a.n Laksono Trisnantoro/Seminar  
Bukti Transfer mohon di fax sebagai bukti berlangganan

### **Alamat surat-menyurat menyangkut naskah, langganan keagenan dan pemasangan iklan:**

Sekretariat Redaksi Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan  
d/a Gedung KPTU Lantai 3, Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta  
Jl. Farmako Sekip Utara Yogyakarta 55281  
Telp/Fax: 0274-547490,547489  
Email: hiillary@yahoo.com  
Web-site: www.jmpk-online.net

## MENGELOLA BENCANA DI SEKTOR KESEHATAN: MEMBUTUHKAN PENDEKATAN ILMIAH

Gempa tektonik yang mengguncang Aceh di akhir tahun 2004 (26 Desember) dan Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY)-Jawa Tengah di tengah tahun 2006 (27 Mei) menyadarkan kita bahwa Indonesia merupakan daerah bahaya gempa. Bahaya gempa tektonik ini berada dari ujung utara Pulau Sumatera ke selatan, ke pantai barat Sumatera, Selat Sunda, pantai selatan Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Bali, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi, dan Papua. Hampir semua provinsi di Indonesia berada dalam risiko. Kapan gempa akan tiba? Semua orang tidak tahu. Gempa bumi di DIY tahun 2006 membuktikan bahwa kapan saja gempa bumi dapat terjadi. Dalam keadaan ini, pilihan utama adalah melakukan *preparedness*, menyiapkan diri sebaik mungkin menghadapi gempa yang akan datang setiap saat.

Pertanyaan penting dalam melakukan persiapan menghadapi bencana adalah pendekatannya. Selama ini kita melihat bahwa pendekatan menghadapi bencana dan mengelola dampaknya dilakukan dengan pendekatan semangat dan niat baik. Akan tetapi menjadi pertanyaan apakah semangat dan niat baik cukup? Ataukah perlu didukung hal lain, khususnya pendekatan ilmiah. Sebagai gambaran ketika terjadi kecelakaan, tindakan penolongan korban oleh pihak yang tidak menguasai teknik pertolongan mungkin justru memperparah keadaan.

Dua bencana besar di Aceh dan DIY-Jawa Tengah menunjukkan bahwa bencana dan akibatnya terhadap kesehatan masyarakat merupakan hal serius. Pada saat *emergency* penderitaan korban dapat dikurangi apabila penanganan mediknnya baik. Di masa rekonstruksi, pembangunan fisik, sistem manajemen, dan peralatan fasilitas kesehatan yang biasanya didanai oleh donor sebaiknya dapat direncanakan dengan tepat agar efektif dan tidak membebani biaya operasional di kelak kemudian hari.

Pada intinya penanganan bencana membutuhkan koordinasi yang baik pada masa *emergency*, masa transisi, sampai ke masa pemulihan. Sebagai gambaran dalam bencana diperlukan kecepatan dan mutu pelayanan yang optimal dalam penanganan medik, kemampuan *leadership* dalam menangani persiapan, fase *emergency*, dan fase *recovery*, keterampilan dalam informatika dan komunikasi dalam bencana, termasuk mengelola NGO dalam negeri dan internasional; pengembangan sistem *surveillance* pascabencana, sampai ke sistem logistik. Dalam hal ini manfaat ilmu manajemen diperlukan dalam *preparedness*, *emergency*, dan rekonstruksi bencana.

Pengalaman dari Aceh dan DIY menunjukkan bahwa ilmu manajemen belum dipergunakan maksimal. Mengapa hal ini terjadi? Ada beberapa hal penting. Pertama masalah bencana di sektor kesehatan sering diidentikkan dengan tim *emergency* klinik dan 118 saja,

tanpa keterlibatan pihak lain di sektor kesehatan. Berbagai pelatihan mengenai *preparedness emergency* selama ini sebagian besar dilakukan untuk Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit dan 118, serta Palang Merah Indonesia (PMI). Sampai saat ini belum ada pelatihan dengan standar nasional untuk manajemen bencana bagi dinas kesehatan provinsi dan kabupaten kota dan LSM terkait. Tentunya pelatihan manajemen ini berbeda dengan pelatihan manajemen pada saat normal yaitu faktor waktu dan koordinasi tidak begitu menjadi masalah.

Kedua, perhatian para ahli manajemen kesehatan pada bencana masih belum banyak. Saat ini para ahli manajemen kesehatan cenderung bergerak di bidang yang normal, seperti manajemen rumah sakit, manajemen asuransi kesehatan, dan sebagainya. Belum ada doktor ahli manajemen bencana di sektor kesehatan di Indonesia. Pada saat tsunami di Aceh dan gempa bumi di Yogyakarta dan Jawa Tengah, beberapa ahli manajemen pelayanan kesehatan terlibat langsung dalam masa *emergency* dan rekonstruksi dengan pengalaman terbatas.

Ketiga, perguruan tinggi kesehatan di Indonesia belum menempatkan bencana sebagai salahsatu topik yang dapat didekati secara ilmiah. Mata kuliah mengenai bencana sudah ada diberbagai program studi pendidikan tenaga kesehatan. Akan tetapi, belum ada pendidikan resmi atau pelatihan bersertifikat untuk pengelolaan bencana. Buku-buku dan artikel-artikel penelitian mengenai bencana belum banyak diterbitkan.

Berpijak pada pengalaman ini sudah selayaknya ilmu manajemen dipergunakan untuk penanganan bencana di sektor kesehatan. Pengembangan ini sebaiknya berdasarkan kaidah-kaidah ilmiah. Dalam *workshop lesson-learned* bencana di Aceh dan DIY yang diselenggarakan oleh Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran, UGM, Yogyakarta pada bulan Juni, tepat sebulan setelah bencana disimpulkan bahwa ilmu manajemen mutlak diperlukan dalam penanganan bencana. Sebagai gambaran bahwa manajer bencana perlu mempunyai pelatihan yang baik berdasarkan kurikulum tertentu. Dipertimbangkan pula sertifikasi khusus untuk para manajer bencana.

Untuk menghasilkan modul pelatihan yang baik, berbagai riset operasional dalam bencana alam perlu dilakukan. Diperlukan kegiatan untuk meneliti sistem logistik dalam bencana, sistem telekomunikasi dan informatika dalam bencana, *leadership* dalam bencana, sistem pendanaan dan pembiayaan bencana, sampai ke aspek komunikasi antarpelaku. Lebih lanjut diharapkan pengembangan ini sampai pada pendidikan S2 dan penelitian di level S3 dalam manajemen bencana di sektor kesehatan. (Laksono Trisnantoro, trisnantoro@yahoo.com)

## ASPEK HUKUM PENYELENGGARAAN PRAKTIK KEDOKTERAN: SUATU TINJAUAN BERDASARKAN UNDANG-UNDANG NO. 9/2004 TENTANG PRAKTIK KEDOKTERAN

LEGAL ASPECT OF MEDICAL PRACTICE:  
REVIEW BASED ON MEDICAL PRACTICE ACT NO.9/2004

Hargianti Dini Iswandari  
Program Magister Hukum Kesehatan  
Univesitas Soegiopranoto Semarang, Jawa Tengah

### ABSTRACT

The community is not just an object but also as a subject of health services, therefor, the implementation of public health services is the responsibility of government and community. A strategic public policy such as Medical Practice Act No. 29 of 2004, is expected to overcome problems related to health services. Two basic issues of this regulation, firstly, to protect community from an exploitative and unethical of medical practice which may decrease community trust toward medical professions; secondly, to provide a legal certainty and legal protection of medical profession against an excessive community litigation.

**Keywords:** Medical Practice Act, medical ethic

### ABSTRAK

Masyarakat bukan hanya menjadi objek melainkan juga subjek penyelenggaraan kesehatan, oleh karenanya, penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat merupakan tanggung jawab bersama antara pemerintah dan masyarakat. Kebijakan publik yang strategis seperti Undang-Undang No. 29/2004 tentang Praktik Kedokteran (UUPK), diharapkan dapat mengatasi permasalahan yang berkaitan dengan penyelenggaraan praktik kedokteran. Dua permasalahan yang mendasari penyusunan Undang-Undang tersebut, yang pertama adalah memberikan perlindungan bagi masyarakat terhadap praktik kedokteran yang eksploitatif dan tidak memenuhi etika kedokteran sehingga mengakibatkan penurunan kepercayaan masyarakat terhadap profesi medik, yang kedua, memberikan kepastian dan perlindungan hukum bagi profesi dokter dari gugatan masyarakat yang berlebihan.

**Kata kunci:** UUPK, etika kedokteran

### PENGANTAR

Undang-Undang Praktik Kedokteran (UUPK) sering dipahami sebagai (sama dengan) hukum kedokteran atau juga hukum kesehatan (*health law/medical law*). Pandangan tersebut muncul bila hukum dimaknai 'sebatas peraturan' untuk memenuhi kebutuhan praktis, yaitu untuk menyelesaikan permasalahan yang dihadapi masyarakat dalam hubungannya dengan tenaga kesehatan yang inti permasalahannya berkaitan dengan penyeleng-

garaan praktik kedokteran. Peraturan perundang-undangan merupakan salah satu wujud hukum, sementara hukum sendiri mengandung pengertian yang lebih luas dari sekedar wujud tersebut. Sekalipun segala hal telah ditata menurut ukuran perundang-undangan yang baik, di dalam praktiknya masih terdapat berbagai kekurangan sehingga diperlukan pemahaman yang memadai dan masih dimungkinkan pengubahan peraturan perundang-undangan tersebut. Hermien<sup>1</sup> menyatakan bahwa ketentuan dalam Undang-Undang (UU) No.23/1992 tentang Kesehatan (UUK) serta peraturan pelaksanaannya, belum mencerminkan hukum kesehatan. Selanjutnya Van der Mijn<sup>2</sup> menyatakan bahwa 'Hukum Kesehatan' meliputi ketentuan yang secara langsung mengatur masalah kesehatan, penerapan ketentuan hukum pidana, hukum perdata, serta hukum administratif yang berhubungan dengan masalah kesehatan.

*“ .....a body of rules that relates directly to the case for health as well as to the application of general civil, criminal and administrative law“*

Hukum kedokteran memiliki ruang lingkup seperti di bawah ini:

- Peraturan perundang-undangan yang secara langsung dan tidak langsung mengatur masalah bidang kedokteran, contohnya: UUPK
- Penerapan ketentuan hukum administrasi, hukum perdata dan hukum pidana yang tepat untuk hal tersebut
- Kebiasaan yang baik dan diikuti secara terus-menerus dalam bidang kedokteran, perjanjian internasional, serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang diterapkan dalam praktik kedokteran, menjadi sumber hukum dalam bidang kedokteran

- d. Putusan hakim yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap, menjadi sumber hukum dalam bidang kedokteran.

Uraian di atas menunjukkan bahwa UUPK hanya salah satu aspek hukum yang berkaitan dengan penyelenggaraan praktik kedokteran dan tidak dapat disebut sebagai hukum kedokteran ataupun hukum kesehatan.

#### **UNDANG-UNDANG PRAKTIK KEDOKTERAN (UUPK)**

Pengaturan penyelenggaraan praktik kedokteran dilandaskan pada asas kenegaraan, keilmuan, kemanfaatan, kemanusiaan dan keadilan.<sup>3</sup> Keberadaan UUPK dimaksudkan untuk: (1) memberikan perlindungan kepada pasien, (2) mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi, dan (3) memberikan kepastian hukum kepada masyarakat, dokter dan dokter gigi.<sup>4</sup> Untuk mencapai tujuan tersebut, diatur pembentukan dua lembaga independen yaitu Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) dan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI), masing-masing dengan fungsi, tugas dan kewenangan yang berbeda.

Keberadaan KKI yang terdiri dari Konsil Kedokteran dan Konsil Kedokteran Gigi, dimaksudkan untuk melindungi masyarakat pengguna jasa pelayanan kesehatan dan meningkatkan mutu pelayanan dokter dan dokter gigi. Fungsi KKI meliputi fungsi pengaturan, pengesahan, penetapan, dan pembinaan. Sebagai implementasi dari fungsi tersebut maka KKI mempunyai tugas<sup>5</sup>:

- a. Melakukan registrasi dokter dan dokter gigi
- b. Mengesahkan standar pendidikan profesi dokter dan dokter gigi
- c. Melakukan pembinaan terhadap penyelenggaraan praktik kedokteran.

Dalam menjalankan tugas tersebut KKI memiliki kewenangan<sup>6</sup> untuk:

- a. Menyetujui dan menolak permohonan registrasi dokter dan dokter gigi
- b. Menerbitkan dan mencabut surat tanda registrasi dokter dan dokter gigi
- c. Mengesahkan standar kompetensi dokter dan dokter gigi
- d. Mengesahkan penerapan cabang ilmu kedokteran dan kedokteran gigi
- e. Melakukan pembinaan terhadap pelaksanaan etika profesi yang ditetapkan oleh organisasi profesi

- f. Melakukan pencatatan terhadap dokter dan dokter gigi yang melanggar etika profesi.

Keanggotaan KKI meliputi unsur-unsur dari organisasi profesi, asosiasi terkait, wakil dari pemerintah (departemen kesehatan dan departemen pendidikan nasional), serta wakil tokoh masyarakat.<sup>7</sup> Selanjutnya, untuk melaksanakan ketentuan dalam UUPK, KKI diberi kewenangan untuk menjabarkannya dalam peraturan KKI. Dalam hubungannya dengan penyelenggaraan registrasi dokter dan dokter gigi, saat ini KKI telah mengeluarkan Peraturan KKI No. 1/2005 tentang Registrasi Dokter dan Dokter Gigi serta Keputusan KKI No. 1/2005 tentang Pedoman Registrasi Dokter dan Dokter Gigi.

Dari pengertian dan lingkup hukum kedokteran sebagaimana diuraikan di atas, berikut ini akan diuraikan aspek hukum administrasi, hukum perdata, dan hukum pidana berkaitan dengan penyelenggaraan praktik kedokteran.

#### **Aspek Hukum Administrasi dalam Penyelenggaraan Praktik Kedokteran**

Setiap dokter/dokter gigi yang telah menyelesaikan pendidikan dan ingin menjalankan praktik kedokteran dipersyaratkan untuk memiliki izin. Izin menjalankan praktik memiliki dua makna, yaitu: (1) izin dalam arti pemberian kewenangan secara formil (*formeele bevoegdheid*), dan (2) izin dalam arti pemberian kewenangan secara materiil (*materieele bevoegdheid*). Secara teoretis, izin merupakan pembolehan (khusus) untuk melakukan sesuatu yang secara umum dilarang.<sup>8</sup> Sebagai contoh: dokter boleh melakukan pemeriksaan (bagian tubuh yang harus dilihat), serta melakukan sesuatu (terhadap bagian tubuh yang memerlukan tindakan dengan persetujuan) yang izin semacam itu tidak diberikan kepada profesi lain.

Pada hakikatnya, perangkat izin (formal atau material) menurut hukum administrasi adalah:

- a. Mengarahkan aktivitas artinya, pemberian izin (formal atau material) dapat memberi kontribusi, ditegakkannya penerapan standar profesi dan standar pelayanan yang harus dipenuhi oleh para dokter (dan dokter gigi) dalam pelaksanaan praktiknya
- b. Mencegah bahaya yang mungkin timbul dalam rangka penyelenggaraan praktik kedokteran, dan mencegah penyelenggaraan praktik kedokteran oleh orang yang tidak berhak<sup>9</sup>
- c. Mendistribusikan kelangkaan tenaga dokter/dokter gigi, yang dikaitkan dengan kewenangan pemerintah daerah atas pembatasan tempat praktik dan penataan Surat Izin Praktik (SIP)

- d. Melakukan proses seleksi, yakni penilaian administratif, serta kemampuan teknis yang harus dipenuhi oleh setiap dokter dan dokter gigi
- e. Memberikan perlindungan terhadap warga masyarakat terhadap praktik yang tidak dilakukan<sup>10</sup> oleh orang yang memiliki kompetensi tertentu.

Dari sudut bentuknya, izin diberikan dalam bentuk tertulis, berdasarkan permohonan tertulis yang diajukan. Lembaga yang berwenang mengeluarkan izin juga didasarkan pada kemampuan untuk melakukan penilaian administratif dan teknis kedokteran. Pengeluaran izin dilandaskan pada asas-asas keterbukaan, ketertiban, ketelitian, keputusan yang baik, persamaan hak, kepercayaan, kepatutan dan keadilan. Selanjutnya apabila syarat-syarat tersebut tidak terpenuhi (lagi) maka izin dapat ditarik kembali.

Telah terjadi beberapa perubahan mendasar yang berkaitan dengan perizinan di dalam UUPK, yaitu:

- a. Digunakan terminologi Surat Tanda Registrasi (STR) yang diterbitkan oleh KKI<sup>11</sup>, sebagai pengganti terminologi Surat Penugasan (SP)
- b. Untuk mendapatkan STR pertama kali dilakukan uji kompetensi oleh organisasi profesi (dengan sertifikat kompetensi)<sup>12</sup>
- c. Surat Tanda Registrasi (STR) diberikan oleh KKI dan berlaku selama lima tahun serta dapat diperpanjang melalui uji kompetensi lagi<sup>13</sup>
- d. Masa berlaku SIP sesuai STR. Dengan kata lain, bila masa berlaku STR sudah habis maka SIP juga habis.<sup>14</sup>

Sebagai implementasi dari UUPK, telah dikeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1419/MENKES/PER/X/2005 tentang Penyelenggaraan Praktik Dokter dan Dokter Gigi untuk menata lebih lanjut masalah perizinan, termasuk aturan peralihan yang bertujuan untuk menyelesaikan permasalahan yang mungkin timbul.

### Aspek Hukum Perdata dalam Penyelenggaraan Praktik Kedokteran

Setelah seorang dokter memiliki izin untuk menjalankan praktik, muncul 'hubungan hukum' dalam rangka pelaksanaan praktik kedokteran yang masing-masing pihak (pasien dan dokter) memiliki otonomi (kebebasan, hak dan kewajiban) dalam menjalin komunikasi dan interaksi dua arah. Hukum memberikan perlindungan kepada kedua belah pihak melalui perangkat hukum yang disebut *informed*

*consent*. Objek, dalam hubungan hukum tersebut adalah pelayanan kesehatan kepada pasien. Dikaitkan dengan UUPK, perangkat hukum *informed consent* tersebut diarahkan untuk:

- a. Menghormati harkat dan martabat pasien melalui pemberian informasi dan persetujuan atas tindakan yang akan dilakukan
- b. Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat
- c. Menumbuhkan sikap positif dan iktikad baik, serta profesionalisme pada peran dokter (dan dokter gigi) mengingat pentingnya harkat dan martabat pasien
- d. Memelihara dan meningkatkan mutu pelayanan sesuai standar dan persyaratan yang berlaku.

Suatu hubungan hukum dianggap sah apabila memenuhi syarat subjektif dan objektif, yaitu kesepakatan untuk saling mengikatkan diri (*van degeenen die zich verbinden*), dan kecakapan untuk saling memberikan prestasi (dengan berbuat atau tidak berbuat) mengenai suatu hal atau suatu sebab yang diperbolehkan (*bekwaamheid om eene verbintenis aan te gaan*).<sup>15</sup> Dari sudut kecakapan (*bekwaam*), ketidakseimbangan pengetahuan dan kemampuan (*different of knowledge and ability*) mungkin akan menempatkan pasien pada posisi yang 'lemah'. Oleh sebab itu, yang harus diutamakan dalam hubungan ini adalah terbentuknya saling percaya dalam usaha membangun kesederajatan di antara kedua belah pihak.

Hak individu di bidang kesehatan bertumpu pada dua prinsip, yaitu: 1) hak atas pemeliharaan kesehatan (*right to health care*) dan 2) hak untuk menentukan (nasib) sendiri (*right to self determination*). Hak yang pertama berorientasi pada nilai sosial dan hak yang kedua berorientasi pada ciri atau karakteristik individual.<sup>16</sup> Hak dan kewajiban yang timbul dalam hubungan pasien dengan dokter (dan dokter gigi) meliputi penyampaian informasi dan penentuan tindakan. Pasien wajib memberikan informasi<sup>17</sup> yang berkaitan dengan keluhannya dan berhak menerima informasi<sup>18</sup> yang cukup dari dokter/dokter gigi (*right to information*), selanjutnya pasien berhak mengambil keputusan untuk dirinya sendiri (*right to self determination*). Dokter berhak mendapatkan informasi yang cukup dari pasien<sup>19</sup> dan wajib memberikan informasi<sup>20</sup> yang cukup pula sehubungan dengan kondisi ataupun akibat yang akan terjadi. Selanjutnya dokter berhak mengusulkan yang terbaik sesuai kemampuan dan penilaian profesionalnya (*ability and judgement*) dan berhak menolak bila permintaan pasien dirasa tidak sesuai dengan

norma, etika serta kemampuan profesionalnya. Selain hal di atas, dokter wajib melakukan pencatatan (rekam medik) dengan baik dan benar.<sup>21</sup>

Secara tegas UUPK telah mengatur materi muatan:

**A.** Prinsip keahlian dan kewenangan, diwujudkan dalam materi pengaturan bahwasanya dokter (dan dokter gigi) harus menjalankan praktik sesuai standar profesi, dan merujuk bila kondisi yang terjadi, di luar keahlian dan kewenangannya.<sup>22</sup> Terdapat lima unsur standar profesi medik yang meliputi<sup>23</sup>:

1. Ketelitian dan kecermatan
2. Standar medis
3. Kemampuan rata-rata
4. Tujuan tindakan
5. Proporsionalitas tindakan.

Batasan tersebut sangat penting untuk penilaian terjadinya penyimpangan (atau tidak). Terminologi lain yang kurang lebih identik dengan standar profesi, menurut Pozgar<sup>24</sup> adalah 4 D yaitu, apakah dokter (dan dokter gigi) menjalankan sesuai tugasnya (*duty*), apakah ada penyimpangan terhadap tugasnya (*dereliction of duty*), apakah ada kerugian (*damage*), dan apakah ada hubungan sebab-akibat antara tindakan dan kerugian yang ditimbulkan (*direct caution*)

**B.** Prinsip otoritas pasien, diwujudkan dengan pengaturan bahwasanya setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi harus mendapat persetujuan. Persetujuan pasien baru dapat diberikan setelah menerima informasi dan memahami segala sesuatu yang menyangkut tindakan tersebut.<sup>25</sup>

**C.** Prinsip pencatatan (rekam medik)<sup>26</sup> yang wajib dibuat oleh dokter. Beberapa literatur menyatakan bahwa rekam medik mempunyai nilai *Administration, Legal, Finance, Research, Education, dan Documentation* (ALFRED). Dalam hukum acara perdata maupun pidana dikenal: alat bukti dengan tulisan, bertolak dari hal tersebut maka, selama ini rekam medik sebagai catatan yang dibuat dokter (dan dokter gigi) dianggap dapat digunakan sebagai: alat bukti dengan tulisan, meskipun di dalam perkembangan selanjutnya, pendapat tersebut masih mungkin ditinjau kembali. Rekam medik bukan alat bukti menurut undang-undang, meskipun dapat digunakan sebagai petunjuk

pembuktian sepanjang dilakukan dengan benar sesuai ketentuan yang berlaku<sup>27</sup>.

**D.** Prinsip perlindungan kepada pasien berupa kewajiban dokter menyimpan rahasia pasien yang diketahui baik secara langsung maupun tidak langsung.<sup>28</sup> Sebenarnya masalah rahasia kedokteran telah diatur dalam Peraturan Pemerintah No. 10/1966, jauh sebelum UUPK diundangkan. Menurut Keneth Mullan<sup>29</sup>, terdapat tiga komponen yang menjadi persyaratan dalam penyimpangan dari pengungkapan rahasia, sebagai berikut:

**“ ... first the information must have the necessary quality of confidence about it. Secondly the information must have been imparted in circumstances importing and obligation of confidence. And finally, there must be an unauthorized use of the information....”**

Rahasia pasien yang diketahui dokter (dan dokter gigi) dapat diungkap (dibuka) bila:

1. Ada izin dari pasien yang dinyatakan secara tegas ataupun tidak
2. Didasarkan pada perjanjian pasien, kepada siapa rahasia boleh diungkapkan
3. Kewajiban membuka rahasia didasarkan pada kekuatan suatu undang-undang
4. Pembukaan rahasia atas perintah hakim
5. Individu yang merupakan *public figur*.<sup>30</sup>

**E.** Berbeda dengan hubungan hukum pada umumnya, hubungan hukum antara pasien dengan dokter (dan dokter gigi) tidak diatur secara khusus dalam Kitab Undang-Undang Hukum Acara Perdata (KUHAP). Pada dasarnya hubungan hukum antara pasien dengan dokter (dan dokter gigi) adalah upaya maksimal untuk penyembuhan pasien yang dilakukan dengan cermat dan hati-hati (*met zorg en inspanning*), sehingga hubungan hukumnya disebut perikatan ikhtiar (*inspanning verbintenis*). Pada awalnya hal ini dipahami sebagai konstruksi hukum, yang kemudian ditinjau kembali oleh Pemerintah Belanda dengan memasukkan masalah *inspanningverbintenis* ke dalam BW baru yang menata hubungan hukum dokter dengan pasien.

Praktik kedokteran diselenggarakan berdasarkan kesepakatan antara dokter (atau dokter gigi) dengan pasien dalam upaya untuk pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan.<sup>31</sup> Terma berdasarkan kesepakatan menunjukkan bahwa hubungan

hukum antara dokter (dan dokter gigi) dengan pasien tidak ditekankan pada hasilnya (*resultaat verbintenis*) melainkan pada upaya yang harus dilakukan. Meskipun demikian, tersirat batasan bahwa 'upaya yang harus dilakukan' adalah 'upaya yang sesuai dengan standar yang berlaku'.

- F. Aspek perdata lainnya adalah tuntutan ganti rugi berdasarkan perbuatan melanggar hukum (*onrechtmatige daad*).<sup>32</sup> Beberapa syarat yang harus dipenuhi untuk penerapan aspek ini adalah: 1) adanya perbuatan (berbuat atau tidak berbuat), 2) perbuatan itu melanggar hukum (tidak hanya melanggar undang-undang), kebiasaan dan kesusilaan, 3) ada kerugian, 4) ada hubungan sebab akibat antara perbuatan dengan kerugian, serta 5) ada unsur kesalahan. Ukuran yang digunakan adalah kesesuaian dengan standar profesi medik, serta kerugian yang ditimbulkan. Pengertian di atas menunjukkan bahwa sekalipun hubungan hukum antara dokter (atau dokter gigi) dengan pasien adalah 'upaya secara maksimal', tetapi tidak tertutup kemungkinan timbulnya tuntutan ganti rugi yang didasarkan pada perbuatan melanggar hukum yang dokter (atau dokter gigi) harus mempertanggungjawabkan perbuatan tersebut dari segi hukum perdata.

### Aspek Hukum Pidana dalam Penyelenggaraan Praktik Kedokteran

Penataan hukum pidana dibutuhkan dalam upaya melindungi masyarakat. Hakikat ketentuan pidana adalah meminta pertanggungjawaban melalui tuntutan pidana untuk hal-hal yang telah ditentukan terlebih dahulu<sup>29</sup>. Dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) telah disebutkan bahwa: dasar penambahan ketentuan pidana harus dengan undang-undang. Bertolak dari pengertian di atas maka beberapa ketentuan pidana yang berkaitan dengan penyelenggaraan praktik kedokteran telah diatur dalam KUHP, namun masih dibutuhkan beberapa penambahan sesuai dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kedokteran. Oleh sebab itu, beberapa perbuatan yang dapat dikenai pidana dicantumkan di dalam UUPK.

### PENUTUP

Undang-Undang Praktik Kedokteran (UUPK) akan (dan harus) ditindaklanjuti dengan berbagai peraturan pendukung, misalnya Peraturan Menteri Kesehatan dan Peraturan KKI. Sebelum diterbitkan pengaturan lebih lanjut, tetap digunakan peraturan

perundang-undangan yang ada untuk mencegah kekosongan hukum. Beberapa hal yang sudah (dan belum) dilaksanakan, menyertai pelaksanaan UUPK adalah sebagai yang disebut di bawah ini:

- a. Telah dibentuk KKI melalui Keputusan Presiden, selanjutnya KKI dapat mengeluarkan peraturan pelaksanaan UUPK.
- b. Telah diatur mekanisme registrasi supaya pelayanan dokter dan dokter gigi tetap dapat berjalan selama masa peralihan.
- c. Telah diterbitkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 1419/MENKES/PER/X/2005 tentang Penyelenggaraan Praktik Dokter dan Dokter Gigi, yang berkaitan dengan peralihan SP menjadi STR, SIP yang lama menjadi SIP menurut UUPK, serta kejelasan pengaturan tiga tempat praktik.
- d. Belum tersusun Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia yang sangat penting untuk penegakan aturan dan ketentuan pelayanan oleh dokter atau dokter gigi.

### SARAN

- a. Pencantuman ketentuan pidana di dalam UUPK seyogyanya tidak hanya dipandang dari 'sisi kepentingan' dokter (dan dokter gigi) melainkan lebih kepada upaya menciptakan ketertiban terhadap ketentuan yang sudah ada dan memberikan kepastian hukum bagi masyarakat, seperti yang tertuang dalam tujuan disusunya UUPK.
- b. Masih diperlukan ketentuan-ketentuan lain sebagai 'upaya pemaksa' untuk memenuhi aspek perlindungan serta aspek administratif, misalnya:
  1. Kewajiban menyusun dan melaksanakan peraturan-peraturan internal rumah sakit (*hospital bylaws dan medical staff bylaws*) dan institusi kesehatan lainnya.
  2. Kewajiban melaksanakan audit medik dan audit manajemen secara berkala dengan baik dan benar pada setiap institusi kesehatan, termasuk didalamnya, transparansi pertanggungjawaban (*accountability*) publik, serta pelaksanaan pelayanan medik berdasarkan bukti (*evidence based medicine*).

Sekalipun pada awalnya kewajiban-kewajiban tersebut akan dirasakan sebagai tekanan bagi profesional kesehatan, tetapi membiasakan dan meningkatkan perilaku positif akan berdampak positif pula bagi masyarakat sebagai pengguna jasa maupun bagi profesional sebagai pelayanan kesehatan.

## **KEPUSTAKAAN**

1. Hermien Hadiati Koeswadji, Undang Undang No 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, Asas – Asas dan Permasalahan Dalam Implementasinya. PT. Citra Aditya Bakti, Bandung. 1996:13.
2. Hermien Hadiati Koeswadji, loc cit, halaman 14.
3. Pasal 2, Undang-Undang Republik Indonesia No 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
4. Pasal 3, Undang-Undang Republik Indonesia No 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
5. Pasal 7, Undang-Undang Republik Indonesia No 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
6. Pasal 8, Undang-Undang Republik Indonesia No 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
7. Pasal 14, Undang-Undang Republik Indonesia No 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
8. Bruggink, Rechtsreflecties, Grondbegrippen uit de Rechtstheorie, Deventer, Kluwer. 1993: 72.
9. Yang bersangkutan tidak memiliki kewenangan secara formil maupun materil.
10. Yang bersangkutan tidak memberikan pelayanan sesuai standar kompetensi.
11. Pasal 29 (1,2), Undang-Undang Republik Indonesia No 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
12. Pasal 29 (3), Undang-Undang Republik Indonesia No 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
13. Pasal 29 (4), Undang-Undang Republik Indonesia No 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
14. Pasal 29 (4), Undang-Undang Republik Indonesia No 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
15. Pasal 1320, Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, Burgelijk Wetboek, Diindonesiakan oleh: Prof R Subekti SH dan R Tjitrosudibio, PT Pradnya Paramita, Jakarta.2002;32: 339.
16. Leenen, Handboek Gezondheidsrecht, Rechten van Mensen in de Gezondheidszorg, Samson Uitgeverij, Alphen aan den Rijn, Nederland. 1981: 20.
17. Pasal 53, Undang-Undang Republik Indonesia No 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
18. Pasal 52, Undang-Undang Republik Indonesia No 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
19. Pasal 50, Undang-Undang Republik Indonesia No 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
20. Pasal 51, Undang-Undang Republik Indonesia No 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
21. Pasal 46, Undang-Undang Republik Indonesia No 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
22. Pasal 51, Undang-Undang Republik Indonesia No 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
23. Leenen dalam Gezondheidszorg en Recht, Alphen aan den Rijn, Brussel. 1981:36.
24. George D Pozgar, Legal Aspect of Health Care Administration, Aspen Systems Corporation, London. 1979:19-20.
25. Pasal 45, Undang-Undang Republik Indonesia No 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
26. Pasal 46,47, Undang-Undang Republik Indonesia No 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
27. Bambang Purnomo, Hukum Kesehatan, Program Pendidikan Pascasarjana Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Aditya Media. Yogyakarta. Tanpa Tahun: 44.
28. Pasal 47, 48, Undang-Undang Republik Indonesia No 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
29. Kenneth Mullan, Pharmacy Law & Practice, Blackstone Press Limited, London. 2000: 316.
30. Fred Ameln, Kapita Selektta Hukum Kedokteran, Grafikatama Jaya, Jakarta. 1991: 49.
31. Pasal 39, Undang-Undang Republik Indonesia No 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
32. Pasal 1365, Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, Burgelijk Wetboek, diindonesiakan oleh: Prof R Subekti SH dan R Tjitrosudibio, PT Pradnya Paramita, Jakarta.2002; 32: 346.

## FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENERIMAAN PENEMPATAN DOKTER SPESIALIS IKATAN DINAS

### INFLUENCING FACTORS TO THE PLACEMENT OF CONTRACTED SPECIALIST DOCTORS

S. R. Mustikowati<sup>1</sup>, Laksono Trisnantoro<sup>2</sup>, Andreasta Meliala<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Biro Kepegawaian, Departemen Kesehatan Republik Indonesia

<sup>2</sup> Magister Manajemen Rumahsakit, UGM, Yogyakarta

#### ABSTRACT

**Background:** The problem of specialist doctor availability is complicated at present due to limited number of specialist doctors and their preference for working in big cities. Some policies have been implemented to spread out specialized services such as providing scholarship for participants of specialist doctor's education program in 7 fields (4 basic and 3 supports). Although they have been bound to a contract, some refuse to be placed at they specified region after they graduated.

**Objective:** To identify affecting placement of specialist doctors.

**Methods:** The research was an analytical type which used cross sectional design. Independent variables consisted of predisposing factors (motivation, commitment, social cultural condition, safety and knowledge about region of placement), enabling factors (revenue and facilities of the specified region, reward and post contract career), reinforcing factors (policies, sanctions). Dependent variable was the placement of contracted specialist doctors. Subject of the study were graduates of contracted specialist doctor education program registered at Personnel Bureau of Ministry of Health from July to December 2003 who refused placement. Data were attained through questionnaire, interview and secondary data. Result of the study derived from analysis of both quantitative and qualitative data.

**Result:** result of the study showed that most respondent had low motivation and commitment due to limited facilities of the specified region so that they could not develop their career. Reward had not yet been as expected. Respondents lacked information about the specified region so that they lacked acceptance of the region. They did not mind paying back the money for their education 6 – 20 folds on condition that they could break the of contract agreement which meant that they were unaffected by punishment.

**Conclusion:** Most contracted specialist doctors refused placement due to low commitment and motivation. Out of factors of predisposing, enabling and reinforcing, the most dominant was predisposing, i.e. commitment and motivation.

**Keywords:** acceptance to placement, officially contracted specialist doctors

#### ABSTRACT

**Latar Belakang:** Masalah ketersediaan dokter spesialis saat ini dialami cukup kompleks. Hal ini disebabkan oleh kurangnya ketersediaan tenaga dokter spesialis dan adanya kecenderungan para dokter spesialis untuk bekerja di kota-kota besar. Beberapa kebijakan telah dilaksanakan dalam pemerataan pelayanan spesialisik antara lain pemberian bantuan beasiswa bagi peserta Program Pendidikan Dokter

Spesialis (PPDS) 7 bidang (4 dasar dan 3 penunjang). Walaupun telah terikat kontrak, ada beberapa lulusan spesialis peserta program ikatan dinas yang menolak untuk ditempatkan di lokasi yang ditetapkan.

**Tujuan:** Penelitian untuk menggambarkan faktor-faktor yang mempengaruhi penempatan dokter spesialis.

**Metode:** Jenis penelitian yang digunakan adalah analitik dengan rancangan *cross sectional*, variabel bebas adalah *predisposing factor* (motivasi, komitmen, keadaan sosial budaya, rasa aman dan pengetahuan daerah yang akan ditempati), *enabling factor* (penerimaan daerah tujuan, sarana di daerah tujuan, *reward*, karier pascaikatan dinas), *reinforcing factor* (peraturan kebijakan, sanksi). Variabel tergantung adalah penempatan dokter spesialis ikatan dinas.

Subjek penelitian para lulusan PPDS Ikatan Dinas yang terdaftar di Biro Kepegawaian Depkes Juli-Desember 2003 yang menolak penempatan. Pengumpulan data dilakukan dengan pengisian kuisioner, wawancara, dan data sekunder. Hasil penelitian adalah dengan menganalisis data kuantitatif dan kualitatif.

**Hasil:** Sebagian besar responden mempunyai motivasi dan komitmen rendah karena sarana daerah dalam menunjang pekerjaan tidak memadai, sehingga tidak dapat mengembangkan karir. *Reward* yang diberikan juga belum sesuai dengan harapan. Responden kurang informasi tentang daerah yang akan dituju, sehingga penerimaan daerah kurang. Responden tidak keberatan mengembalikan uang pendidikan 6-20 kali asal terlepas dari perjanjian ikatan dinas berarti *punishment* yang diberikan tidak berpengaruh pada subjek.

**Kesimpulan:** Sebagian besar dokter spesialis ikatan dinas menolak untuk penempatan karena komitmen dan motivasi rendah. Dari faktor *predisposing*, *enabling*, *reinforcing* yang paling dominan adalah faktor *predisposing* yaitu: komitmen dan motivasi

**Kata Kunci:** faktor-faktor penerimaan, dokter spesialis ikatan dinas

#### PENGANTAR

Masalah ketersediaan dokter spesialis saat ini cukup kompleks. Hal ini disebabkan kurang tersedianya tenaga dokter spesialis dan adanya kecenderungan para dokter spesialis untuk bekerja di kota-kota besar. Dari data yang ada diketahui bahwa 65% dari dokter spesialis menghendaki bekerja di Jawa dan Bali. Permasalahan distribusi dokter spesialis terlihat bahwa 29% dari Rumah Sakit (RS) kelas C atau 66 RS dari 229 RS kelas C tidak mempunyai dokter spesialis 4 dasar. Beberapa

kebijakan telah dilaksanakan dalam pemerataan pelayanan spesialisik antara lain dengan pemberian bantuan beasiswa bagi peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) 7 bidang terdiri dari 4 dasar dan 3 penunjang.

Walaupun telah terikat kontrak, ada beberapa lulusan spesialis peserta program ikatan dinas yang menolak untuk ditempatkan di lokasi yang ditetapkan. Saat ini dirasakan penolakan para lulusan dokter spesialis ikatan dinas tersebut cenderung meningkat. Mereka menolak dengan berbagai alasan antara lain: alasan keluarga, pengembangan karir, tidak tersedia fasilitas, penolakan oleh daerah dan lain-lain.

Untuk mengantisipasi hal tersebut pemerintah telah mengeluarkan beberapa rambu-rambu yaitu bagi peserta program dokter spesialis ikatan dinas yang telah lulus tetapi tidak melaksanakan tugas harus mengembalikan bantuan biaya pendidikan. Besarnya jumlah biaya yang harus dikembalikan sebesar enam kali dari yang telah diterimanya. Ternyata bagi para lulusan spesialis terutama empat bidang dasar, sanksi mengembalikan enam kali dari bantuan yang telah diterima kurang bermakna. Setelah mereka lulus penghasilan yang diperoleh dapat menutupi sanksi tersebut. Agar pendayagunaan tenaga tersebut dapat sesuai sasaran maka melalui Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmemkes) No. 351/Menkes/SK/III/1998 dilakukan beberapa penyesuaian antara lain bagi yang tidak melaksanakan tugas jumlah biaya yang harus dikembalikan ditingkatkan menjadi dua puluh kali dari yang diterimanya.

Penelitian ini bertujuan untuk:

- a. Mengidentifikasi alasan para dokter spesialis ikatan dinas menolak penempatan atau bertugas di lokasi yang ditentukan.
- b. Mengidentifikasi faktor *predisposing* (motivasi, komitmen, keadaan sosial budaya, rasa aman dan pengetahuan daerah yang akan ditempuh) yang mempengaruhi penempatan spesialis ikatan dinas.
- c. Mengidentifikasi faktor *enabling* (penerimaan daerah tujuan, sarana di daerah tujuan, *reward*, karir pascaikatan dinas), yang mempengaruhi penempatan spesialis ikatan dinas.
- d. Mengidentifikasi faktor *reinforcing* (peraturan kebijakan, *punishment/sanksi*) yang mempengaruhi penempatan spesialis ikatan dinas.

Bagi Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu masukan untuk menentukan

kebijakan tentang program pendidikan dokter spesialis ikatan dinas. Untuk mengetahui strategi atau intervensi apa yang dapat meningkatkan kepatuhan tenaga spesialis untuk melaksanakan tugasnya.

Berdasarkan tujuan penelitian dan kerangka konsep penelitian di atas maka diajukan pertanyaan penelitian sebagai berikut: Apa alasan para dokter spesialis ikatan dinas menolak penempatan atau bertugas di lokasi yang ditentukan. Apakah faktor-faktor *predisposing* yang mempengaruhi penempatan spesialis ikatan dinas. Apakah faktor-faktor *enabling* yang mempengaruhi penempatan spesialis ikatan dinas. Apakah faktor-faktor *reinforcing* yang mempengaruhi penempatan spesialis ikatan dinas. Apa faktor-faktor yang paling dominan yang mempengaruhi penolakan dokter spesialis ikatan dinas untuk ditempatkan di lokasi yang ditentukan.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian survei dengan menggunakan metode kualitatif, deskriptif. Subjek penelitian ini para lulusan PPDS Ikatan Dinas yang terdaftar di Biro Kepegawaian Depkes tahun 2003, yang menolak penempatan/bertugas dilokasi yang telah ditentukan.

**Variabel bebas** adalah *predisposing factor*, *enabling factor*, dan *reinforcing factor*. Definisi operasional adalah:

- a. Faktor *predisposing* yaitu faktor karakteristik individu yang menjadi dasar bagi perilaku yaitu motivasi, komitmen, keadaan sosial ekonomi budaya, rasa aman dan pengetahuan tentang daerah tujuan.
- b. Faktor *enabling* yaitu faktor yang diperlukan untuk menunjang perilaku kesehatan yaitu penerimaan daerah tujuan, sarana di daerah tujuan dan *reward*.
- c. Faktor *reinforcing* merupakan faktor penyerta perilaku yang mendukung atau menghambat yang berperan menetapkan atau melenyapkan perilaku tersebut yaitu peraturan kebijakan dan *punishment*.

**Variabel tergantung** adalah penempatan dokter spesialis ikatan dinas. Definisi operasional penempatan dokter spesialis ikatan dinas adalah menempatkan subjek setelah lulus spesialis sesuai dengan perjanjian yang telah disepakati. Penempatan dokter spesialis ikatan dinas dengan menggunakan data sekunder dan dari data yang ada dikoding.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### Hasil Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam sebuah penelitian merupakan langkah penting. Langkah yang digunakan untuk penelitian ini adalah wawancara dan kuesioner untuk pengumpulan data primer dan telaah dokumen untuk data sekunder. Responden sebanyak 24 orang baik wawancara maupun kuesioner. Wawancara dilakukan sendiri oleh peneliti sedangkan pada kuesioner diisi langsung oleh para lulusan PPDS ikatan dinas yang terdaftar di Biro Kepegawaian Depkes tahun 2003, sedangkan data sekunder merupakan informasi dari permohonan penempatan 84 dokter spesialis ikatan dinas yang perjanjian ikatan dinas yang telah disepakati di tahun 2001-2003.

### Hasil Wawancara

Berdasarkan hasil wawancara sebagian besar responden ikut PPDS ikatan dinas karena berharap dapat mengembangkan karir sebagai dokter spesialis, tempat kerja layak dan fasilitas terpenuhi. Faktor yang memotivasi para dokter ikut program pendidikan dokter spesialis ikatan dinas karena mendapat beasiswa, sehingga mereka tidak perlu mengeluarkan biaya pendidikan sendiri.

Sebagian besar responden mengatakan bahwa beasiswa yang diberikan tidak setimpal dengan penempatan yang telah ditetapkan setelah selesai pendidikan karena rata-rata daerah penempatan ikatan dinas terpencil, tidak diminati dan tempat bekerja tidak menjanjikan nominal secara finansial.

Dari hasil wawancara 11 responden mempunyai komitmen dengan perjanjian ikatan dinas dan tidak ada alasan untuk tidak menepatinya, dan 13 responden tidak komitmen dengan yang telah disepakati dengan alasan: ada pilihan lain yang lebih menjanjikan, otonomi daerah, pengembangan karir kurang, insentif kecil, fasilitas tidak

memadai, lingkungan tidak mendukung, keluarga tidak menyetujui dan RS telah terisi spesialis bidang yang sama dengan lingkup kerja yang terbatas.

Kendala yang membuat responden menolak penempatan ikatan dinas karena waktu ikatan dinas lama minimal 4-5 tahun, situasi, kondisi dan lingkungan tempat kerja tidak sesuai, fasilitas tidak memadai, faktor keluarga, ditarik jadi staf pengajar, dan kurangnya informasi tentang daerah penempatan. Menurut sebagian responden, sanksi yang diberikan sangat berat dan tidak sesuai dengan beasiswa yang diberikan sehingga perlu adanya evaluasi tentang kebijakan yang sekarang berlaku.

Dalam mengembangkan karir sebagian responden mengatakan sulit mengembangkan karir karena kondisi RS yang tidak memungkinkan, di daerah terpencil, RS yang dituju telah terisi dokter spesialis yang sama dan pengembangan karir macet. Masalah insentif, menurut sebagian besar responden belum mengetahui adanya insentif di tempat daerah yang dituju.

Tanggapan masyarakat dengan adanya penempatan dokter spesialis menurut responden sebagian besar mengatakan baik dan sebagian lagi belum dapat menilai tanggapan masyarakat karena responden belum bekerja di tempat yang telah disepakati

### Hasil Kuesioner

Kuesioner disusun berdasarkan aspek perilaku yang dipengaruhi oleh tiga faktor dari Green<sup>1</sup> yaitu: *predisposing factor* (motivasi, komitmen, keadaan sosial budaya, rasa aman dan pengetahuan daerah yang akan ditempati), *enabling factor* (penerimaan daerah tujuan, sarana di daerah tujuan, *reward*, karir pascaikatan dinas), *reinforcing factor* (peraturan kebijakan, sanksi) sebanyak 20 *item* (Tabel 1).

Tabel 1. Deskripsi Data Penelitian

Variabel	Nilai Terendah	Nilai Tertinggi	Rata-Rata	Standar Deviasi
Motivasi	4	20	12	3
Komitmen	4	20	14	3
Sosial budaya	2	10	6	1
Penerimaan daerah	3	15	9	2
Sarana daerah	2	10	5	1
<i>Reward</i>	1	5	3	1
Karir	2	10	6	1
<i>Punishment</i>	2	10	7	1

Kategorisasi variabel motivasi, komitmen, sosial budaya, penerimaan daerah, sarana daerah, *reward*, karir, dan *punishment*, dikelompokkan dalam tiga kategori yaitu tinggi, sedang, dan rendah. Kategorisasi yang digunakan adalah model distribusi normal dengan batasan kategori skala berdasarkan *mean* skor skala (M), deviasi standar dengan (s), skor minimum (Xmin) dan skor maksimum (Xmaks).<sup>2</sup>

a. Kategori Variabel Motivasi

Kategorisasi motivasi tergambar pada Tabel 2, bahwa motivasi dengan kategorisasi tinggi tidak didapatkan dan sebagian besar motivasi responden rendah yaitu 91,7%.

Tabel 2. Kategori Variabel Motivasi

Kategori	Rentang Skor	Jumlah	Frekuensi (%)
Tinggi	17-20	0	0
Sedang	14-16	2	8,3
Rendah	<13	22	91,7
<b>Jumlah</b>		<b>24</b>	<b>100</b>

b. Kategori Variabel Komitmen

Kategorisasi komitmen tergambar pada Tabel 3, bahwa komitmen dengan kategorisasi tinggi tidak didapatkan dan sebagian besar komitmen responden rendah yaitu 58,3%.

Tabel 3. Kategori Variabel Komitmen

Kategori	Rentang Skor	Jumlah	Frekuensi (%)
Tinggi	17-20	0	0
Sedang	14-16	10	41,7
Rendah	<13	14	58,3
<b>Jumlah</b>		<b>24</b>	<b>100</b>

c. Kategori Variabel Sosial Budaya

Kategorisasi sosial budaya tergambar pada Tabel 4, bahwa sosial budaya dengan kategorisasi tinggi tidak didapatkan dan sebagian besar sosial budaya responden rendah yaitu 62,5%:

Tabel 4. Kategori Variabel Sosial Budaya

Kategori	Rentang Skor	Jumlah	Frekuensi (%)
Tinggi	9-10	-	-
Sedang	7-8	9	37,5
Rendah	<6	15	62,5
<b>Jumlah</b>		<b>24</b>	<b>100</b>

d. Kategori Variabel Penerimaan Daerah

Kategorisasi penerimaan daerah tergambar pada Tabel 5, bahwa penerimaan daerah dengan

kategorisasi tinggi tidak didapatkan dan sebagian besar penerimaan daerah responden rendah yaitu 62,5%.

Tabel 5. Kategori Variabel Penerimaan Daerah

Kategori	Rentang Skor	Jumlah	Frekuensi (%)
Tinggi	13-15	0	0
Sedang	10-12	9	37,5
Rendah	<9	15	62,5
<b>Jumlah</b>		<b>24</b>	<b>100</b>

e. Kategori Variabel Sarana Daerah

Kategorisasi sarana daerah tergambar pada Tabel 6, bahwa sarana daerah dengan kategorisasi tinggi tidak didapatkan dan sebagian besar sarana daerah responden rendah yaitu 87,5%.

Tabel 6. Kategori Variabel Sarana Daerah

Kategori	Rentang Skor	Jumlah	Frekuensi (%)
Tinggi	9-10	0	0
Sedang	7-8	3	12,5
Rendah	<6	21	87,5
<b>Jumlah</b>		<b>24</b>	<b>100</b>

f. Kategori Variabel *Reward*

Kategorisasi *reward* tergambar pada Tabel 7, sebagian besar *reward* responden sedang yaitu 62,5%.

Tabel 7. Kategori Variabel *Reward*

Kategori	Rentang Skor	Jumlah	Frekuensi (%)
Tinggi	4-5	6	25
Sedang	2-3	15	62,5
Rendah	1	3	12,5
<b>Jumlah</b>		<b>24</b>	<b>100</b>

g. Kategori Variabel Karir

Kategorisasi karir tergambar pada Tabel 8, bahwa karir dengan kategorisasi tinggi tidak didapatkan dan sebagian besar karir responden rendah yaitu 83,3%.

Tabel 8. Kategori Variabel Karir

Kategori	Rentang skor	Jumlah	Frekuensi (%)
Tinggi	9-10	-	-
Sedang	7-8	4	16,7
Rendah	<6	20	83,3
<b>Jumlah</b>		<b>24</b>	<b>100</b>

h. Kategori Variabel *Punishment*

Kategorisasi *punishment* tergambar pada Tabel 9, bahwa sebagian besar *punishment* responden sedang yaitu 50% dan rendah yaitu 45,8%:

Tabel 9. Kategori Variabel *Punishment*

Kategori	Rentang skor	Jumlah	Frekuensi (%)
Tinggi	9-10	1	4,2
Sedang	7-8	12	50
Rendah	<6	11	45,8
<b>Jumlah</b>		<b>24</b>	<b>100</b>

**Hasil Data Sekunder**

Berdasarkan data dari Depkes tentang permasalahan penempatan dokter spesialis ikatan dinas tahun 2001 – 2003 bahwa dari 361 orang dokter spesialis peserta program bantuan ikatan dinas yang mengajukan permohonan penempatan, terdapat 84 orang yang mengajukan permohonan untuk ditempatkan di luar tempat tugas sebenarnya (Tabel 10).

Motivasi berdasarkan kebutuhan bersifat jenjang dari kebutuhan paling primer sampai kebutuhan sekunder.<sup>4</sup> Jenjang kebutuhan motivasi dari Maslow<sup>4</sup> mulai dari yang terendah adalah kebutuhan fisiologis, rasa aman, cinta dan rasa memiliki, penghargaan dan aktualisasi diri. Kebutuhan untuk merealisasi bakat, potensi dan minat, pertumbuhan, pengembangan diri sangat berperan dalam diri responden. Hal ini berarti kebutuhan fisiologis, rasa aman, cinta dan rasa memiliki bagi responden telah terpenuhi sehingga yang dibutuhkan responden saat ini adalah penghargaan dan aktualisasi diri.

Berdasarkan hasil analisis wawancara dan kuesioner sebagian besar responden mempunyai komitmen rendah. Hal ini sangat mempengaruhi para responden untuk tidak melaksanakan ikatan dinas pada tempat sesuai dengan tempat tujuan yang telah disepakati. Berbagai penyebab antara lain kurangnya informasi daerah yang dituju, kondisi lingkungan tidak kondusif untuk pengembangan karir, lamanya waktu ikatan dinas, insentif dan fasilitas kurang memadai,

Tabel 10. Data Permasalahan Permohonan Penempatan Dokter Spesialis Ikatan Dinas Tahun 2001 – 2003

Alasan	Jumlah
Faktor individu :	
- Orang tua / anak / istri / suami / sakit	12
- Sakit ginjal kronik / jantung	3
- Ikut suami / istri / keluarga	2
- Mengikuti pendidikan lanjutan	1
Faktor daerah tujuan	
- Situasi keamanan	1
- RS telah terisi spesialis yang sama	8
- RS yang dituju memerlukan spesialis	8
Faktor kebijakan / program	
- Ikut tim kesehatan gabungan / khusus	15
- Disetujui oleh pemerintah daerah setempat / tujuan	18
- Selama pendidikan gaji dibayar oleh Pemerintah daerah tujuan	4
- Masa bakti ikatan dinas terlalu lama	5
- Bersedia mengembalikan uang pendidikan / biaya ikatan dinas	7
<b>Total</b>	<b>84</b>

**PEMBAHASAN**

Berdasarkan hasil analisis kuesioner menunjukkan motivasi dari responden sangat rendah. Hal ini berarti adanya proses yang buruk pada seseorang untuk berperilaku dalam rangka mencapai tujuan.<sup>3</sup> Dengan demikian, motivasi berhubungan erat dengan perilaku dan prestasi kerja.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa motivasi para dokter spesialis ikatan dinas rendah karena kekurangan dorongan dari diri mereka untuk melaksanakan penempatan ikatan dinas. Hal ini disebabkan karena tempat tujuan pelaksanaan tugas bukan merupakan tujuan akhir yang diinginkan oleh mereka.

faktor keluarga, otonomi daerah dan tempat tujuan telah terisi dokter spesialis yang sama. Hasil penelitian ini tidak selaras dengan pendapat Wiener<sup>5</sup> berpendapat bahwa dengan dimilikinya komitmen, maka Sumber Daya Manusia (SDM) akan rela berkorban demi kemajuan organisasi, bersedia memberikan perhatian yang besar pada perkembangan organisasi dan memiliki tekad yang kuat untuk menjaga eksistensi organisasi di dalam lingkungan kerja. Hal ini berarti responden rendah komitmennya terhadap yang telah disepakati karena tidak mempunyai ikatan psikologis terhadap organisasi (Depkes, dinas kesehatan dan RS)

dan pada awal perjanjian ikatan dinas tidak dilaksanakan orientasi, membangun kepercayaan dan penyelesaian tujuan organisasi atau kejelasan peran.

Hasil kuesioner sebagian besar responden tidak paham akan sosial budaya tempat mereka akan bekerja. Hal ini disebabkan karena kurang informasi tentang daerah yang akan ditempati dalam bekerja. Demikian juga masalah penerimaan daerah, responden merasa tidak dibutuhkan dan tidak diterima di tempat bekerja nanti. Salah satu responden dari hasil wawancara mengatakan:

**"Untuk bidang spesialis penunjang (anestesi, radiologi, patologi) masyarakat belum memandang perlu"**

Hal ini berhubungan dengan otonomi daerah dalam SDM. Ilyas<sup>5</sup>, menyatakan bahwa otonomi daerah bukan wacana baru dalam sistem pemerintah RI, namun kenyataan yang dihadapi sektor kesehatan selama orde baru, yang masih tersisa sampai sekarang adalah sentralisasi program kesehatan, termasuk dalam hal manajemen proyek-proyek besar yang diharapkan akan memberikan dampak signifikan bagi kesehatan masyarakat. Hal ini berarti responden kurang informasi tentang daerah yang dituju, sehingga mempengaruhi minat responden untuk bekerja sesuai dengan perjanjian ikatan dinas.

Berdasarkan hasil kuesioner sarana daerah atau fasilitas tidak memadai dirasa menghambat dalam melakukan pekerjaan. Sebenarnya masalah sarana yang kurang memadai karena faktor kemampuan daerah dan kebutuhan akan dokter spesialis tertentu belum dibutuhkan di beberapa daerah. Jadi setiap usaha perencanaan, yang paling mendesak adalah penyediaan SDM dalam jumlah yang tepat dan dengan kemampuan yang dibutuhkan. Perencanaan SDM adalah proses yang dilakukan manajemen untuk menentukan bagaimana organisasi harus bergerak dan kondisi SDM saat ini menuju kondisi yang diinginkan. Perencanaan ini merupakan proses menganalisis kebutuhan SDM suatu organisasi pada kondisi yang berubah dan mengembangkan aktivitas yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan ini.

Dari hasil wawancara dan kuesioner ternyata responden merasa *reward* bukan suatu masalah dalam penempatan ikatan dinas. Hasil penelitian ini berbeda dengan pendapat Gluek<sup>6</sup> bahwa tujuan pemberian *reward* akan membuat seseorang tertarik untuk bekerja dan termotivasi untuk bekerja dengan baik untuk organisasi atau instansi.

Sebagian besar responden dari hasil kuesioner merasa bahwa *punishment* dari Departemen Kesehatan tidak berpengaruh terhadap kontrak kerja

yang telah disepakati, terbukti mereka mau mengembalikan biaya pendidikan 6-20 kali lipat biaya pendidikan yang mereka terima. *Punishment* sebenarnya belum tentu membuat seseorang patuh atau takut pada suatu komitmen yang telah disepakati. *Punishment* yang efektif adalah *punishment* yang harus tepat atau disesuaikan dengan situasi dan kondisi dari seseorang tersebut. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Lekatompessy<sup>7</sup> bahwa penempatan dokter spesialis belum merata karena tidak ada sanksi yang tegas.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Sebagian besar dokter spesialis ikatan dinas menolak untuk penempatan karena motivasi, dan komitmen rendah. Faktor *predisposing* yang paling dominan berpengaruh pada penempatan dokter spesialis ikatan dinas yaitu komitmen dan motivasi, sedangkan keadaan sosial budaya, pengetahuan tentang daerah tujuan, serta rasa aman pengaruhnya tidak sebesar komitmen dan motivasi. Faktor *enabling* yang paling dominan berpengaruh pada penempatan dokter spesialis ikatan dinas yaitu penerimaan masyarakat di tempat tujuan dan pengembangan karir, sedangkan *reward* tidak terlalu berpengaruh. Faktor *reinforcing* yang paling dominan adalah kebijakan pengurangan masa bakti untuk daerah konflik dan *punishment* untuk mengembalikan biaya ikatan dinas. Dari faktor *predisposing*, *enabling*, *reinforcing* yang paling dominan adalah faktor *predisposing* yaitu komitmen dan motivasi.

### Saran

Pada awal rekrutmen peserta program pendidikan dokter spesialis ikatan dinas, departemen kesehatan perlu memperhatikan beberapa hal, di antaranya penyiapan lokasi sesuai dengan kebutuhan, penyiapan fasilitas penunjang untuk optimalisasi pekerjaan, serta kejelasan informasi tentang situasi keamanan dan sosial budaya daerah yang akan dituju.

Rekrutmen peserta program pendidikan dokter spesialis ikatan dinas dilaksanakan oleh pemerintah daerah, pembiayaan bagi daerah yang mampu dibiayai melalui APBD, sedangkan daerah yang kurang mampu dapat bekerjasama dengan pemerintah pusat. Tujuannya adalah agar para peserta program pendidikan dokter spesialis mempunyai ikatan yang lebih nyata.

Agar dapat diidentifikasi daerah yang mampu dan yang kurang mampu, perlu adanya peta kemampuan daerah sehingga pemerintah pusat dapat lebih

mengkonsentrasikan pada pengembangan daerah-daerah yang kurang mampu.

Keberhasilan departemen kesehatan untuk mengisi kekosongan dokter spesialis pada daerah-daerah konflik, bencana harus terus dijaga. Keberhasilan strategi pengisian tenaga spesialis di daerah konflik dan bencana, dapat diberlakukan bagi daerah-daerah yang kurang diminati oleh para dokter spesialis. Strategi ini perlu diterapkan bersama dengan pemerintah daerah dan institusi pendidikan.

#### KEPUSTAKAAN

1. Green, L.W. Health Education Planning, a Diagnostic Approach, Mayfield Publishing Company, California. 1980.
2. Azwar, S. Sikap Manusia dan Pengukurannya. Edisi 2. Pusaka Pelajar Yogyakarta. 1999.
3. Robbin, Steven.P. Perilaku Organisasi. Penerbit Gramedia. Jakarta. 2003.
4. Maslow, A.H. Motivasi Dan Kepribadian. PT. Pustaka Binaman Pressindo, Jakarta. 1993; 1(3).
5. Ilyas, Y. Desentralisasi Dan Manajemen Tenaga Kesehatan. Perencanaan SDM Rumah Sakit, Jakarta. 2000.
6. Gluek, W.F. Personnel: a Diagnostic Approach. Plano Tex: Business Publications. 1982.
7. Lekatompessy, F. Analisis Kebijakan Penempatan Dokter Spesialis Empat dan Tiga Penunjang di Depkes RI, Tesis S-2, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 1999.

## PERSEPSI DAN PENGARUH SISTEM PEMBAGIAN JASA PELAYANAN TERHADAP KINERJA KARYAWAN DI RUMAH SAKIT JIWA MADANI

### PERCEPTION AND IMPACT OF AN INCENTIVE SYSTEM TO STAFF PERFORMANCE AT MADANI MENTAL HOSPITAL

Nofrinaldi<sup>1</sup>, Andreasta Meliala<sup>2</sup>, Adi Utarini<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Rumah Sakit Jiwa Madani, Sulawesi Tengah

<sup>2</sup>Minat Manajemen Rumahsakit, UGM, Yogyakarta

<sup>3</sup>Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta

#### ABSTRACT

**Background:** The revised incentive system started in June 2004 has triggered many complaints, especially from paramedic and others staff the incentive system it was perceived to be unfair and more benefit for doctors.

**Objective:** The objective of the study was to evaluate the impact of revised incentive system at Madani Mental Hospital and the correlation between staff perception and performance.

**Method:** This was a quasi experimental study with pre and post test design. The subjects were all hospital staff (n=202). The independent variables were the revised incentive system and staff perception on the incentive system, while the dependent variables were doctors' performance (i.e., attendance, number of patients served, number of visits) and staff performance (i.e., quality of work and workload, cost effectiveness and initiatives). Questionnaires and documents were used. Data were analyzed descriptively and using paired t-test and product moment correlation test.

**Result:** The revised incentive system caused a significant decrease (1.7%) of the overall perception on the incentive system and a significant increase (6.7%) of doctors' performance. Staff perception had significant relationship (0.49) with staff performance, with the highest correlation among doctors (0.88). For nurses, the revised incentive system decreased their perception on fairness and the overall perception, and the incentive system did not affect their performance.

**Conclusion:** The revised incentive system decreased staff perception which in turn correlated with their performance.

**Keywords:** incentive system, staff performance, perception

#### ABSTRAK

**Latar belakang:** Revisi sistem insentif yang diterapkan pada bulan Juni 2004 telah memicu berbagai keluhan, terutama dari perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Menurut persepsi mereka, revisi sistem insentif tersebut tidak adil dan cenderung lebih menguntungkan para dokter.

**Tujuan:** Tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi dampak revisi sistem insentif di Rumah Sakit Jiwa Madani dan korelasi antara persepsi dan kinerja staf setelah revisi sistem insentif.

**Metode:** Penelitian kuasi-eksperimental ini menggunakan rancangan *pre* dan *post test*, tanpa kelompok kontrol. Subjek adalah seluruh staf rumah sakit (n=202). Variabel independennya adalah revisi sistem insentif dan persepsi staf terhadap sistem insentif tersebut, sedangkan variabel dependennya adalah kinerja dokter (yaitu presensi, jumlah pasien, jumlah visite) dan kinerja staf (kualitas pekerjaan, beban kerja, efektivitas biaya dan inisiatif). Instrumen penelitian

menggunakan kuesioner dan dokumen yang tersedia. Analisis deskriptif dan uji *paired t-test* dan *product moment correlation* digunakan dalam analisis data.

**Hasil:** Revisi sistem insentif menyebabkan penurunan bermakna persepsi keseluruhan terhadap sistem insentif (1,7%) dan peningkatan bermakna dalam kinerja dokter sebesar 6.7%. Persepsi staf berkorelasi bermakna dengan kinerja staf, dengan korelasi tertinggi pada dokter (r 0,88). Pada perawat, revisi sistem insentif tersebut justru menurunkan persepsi mereka terhadap aspek keadilan dan persepsi keseluruhan, serta sistem insentif tersebut tidak mempengaruhi kinerjanya.

**Kesimpulan:** Revisi sistem insentif menurunkan persepsi staf, yang selanjutnya berkorelasi dengan kinerjanya.

**Kata Kunci:** sistem insentif, persepsi dan kinerja staf

#### PENGANTAR

Desentralisasi merupakan tantangan berat bagi Rumah Sakit Jiwa (RSJ) untuk tetap eksis dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat. Pasien jiwa umumnya membutuhkan perawatan yang panjang dan bahkan sampai seumur hidup. Dampak ekonomi bagi keluarga sangat berat dan dapat menyebabkan kesulitan pembiayaan perawatan.

Rumah Sakit Jiwa Madani (RSJM) mulai melakukan pengembangan pelayanan. Sejak tahun 2001 RSJM dikembangkan menjadi RSJ "plus" dengan beberapa tambahan pelayanan seperti: (1) pelayanan gawat darurat 24 jam, (2) pelayanan rawat jalan yang terdiri dari pelayanan poliklinik empat pelayanan dasar spesialisasi, poliklinik gigi dan mulut, konsultasi psikologi, serta pelayanan rawat inap dengan kapasitas 120 tempat tidur (tt) dan pelayanan penunjang lainnya.

Bertambahnya jenis pelayanan akan menambah tenaga dokter terutama dokter spesialis. Dengan bertambahnya jumlah ketenagaan dengan berbagai keahlian, timbul masalah di RS, terutama pada sistem pembagian jasa pelayanan, seperti adanya rasa ketidakpuasan dengan apa yang diterima, bila dibandingkan dengan kontribusinya terhadap RS.

Sistem yang diterapkan sejak tahun 1999 adalah sistem pembagian dengan menggunakan sistem indeks tertentu. Indeks telah disepakati bersama. Dengan melihat sistem pembagian seperti di atas, ada kemungkinan seorang pegawai struktural akan mendapatkan jasa lebih besar dari yang diterima oleh dokter dan paramedis yang hanya berperan sebagai tenaga fungsional di RS. Padahal di beberapa RS tenaga dokter mendapatkan jasa pelayanan lebih besar. Dalam perspektif yang berkembang, peran dokter sangat menentukan karena pasien datang ke RS untuk mendapatkan pelayanan dokter, di samping pelayanan tenaga kesehatan lainnya.

Di samping rasa ketidakpuasan terhadap sistem indeks yang digunakan dalam pembagian jasa pelayanan, terdapat beberapa faktor lain yang menyebabkan penolakan dokter terhadap jasa pelayanan yang diterima: (1) waktu pembayaran jasa pelayanan tidak jelas, (2) tidak adanya transparansi dalam mekanisme pembagian dan penetapan indeks, (3) ketidakadilan dan ketidaktahuan akan sistem pembagian karena dokter spesialis belum terlibat dalam perumusan sistem pembagian jasa pelayanan yang telah digunakan sebelumnya.

Untuk mengatasi masalah tersebut, pada bulan Juni 2004 pihak RS melakukan revisi sistem pembagian jasa pelayanan. Revisi dilakukan dengan menyerahkan secara langsung 60% dari total jasa yang berkaitan dengan jasa pemeriksaan, jasa tindakan medis, serta jasa *visite* kepada dokter bersangkutan. Sisanya, 40%, dibagi bersama dengan menggunakan sistem indeks yang berlaku selama ini, sehingga dokter sebagai karyawan juga memperoleh haknya. Revisi sistem pembagian jasa pelayanan tersebut menimbulkan ketidakpuasan pada perawat dan karyawan lain karena lebih menguntungkan dokter dan proporsi pembagian jasa pelayanan yang diterimanya berkurang dibandingkan sebelum direvisi.

Bila sistem pembagian jasa pelayanan dianggap bernilai bagi karyawan, maka akan mendatangkan persepsi yang positif terhadap sistem pembagian jasa pelayanan tersebut.<sup>1,2</sup> Siagian<sup>3</sup> menyebutkan bahwa apabila persepsi karyawan terhadap imbalan yang diterimanya tidak memadai, maka kemungkinan karyawan tersebut akan berusaha memperoleh imbalan yang lebih besar atau mengurangi intensitas usaha dalam melaksanakan tanggung jawabnya. Dengan demikian, persepsinya terhadap insentif dapat berpengaruh terhadap kinerjanya.

Silalahi<sup>4</sup> di RS HKBP Balige tidak menemukan hubungan yang kuat antara insentif dengan kepuasan kerja. Akan tetapi, Djaelani<sup>5</sup> menemukan peningkatan

kinerja dokter spesialis setelah dilakukan perubahan insentif. Perubahan insentif pembayaran dokter dari *fee-for-service* menjadi sistem kapitasi dapat menurunkan biaya pengobatan, akan tetapi menurut Stearns<sup>6</sup>, dokter meresponnya dengan meningkatkan penggunaan sumber daya agar penghasilannya tetap meningkat.

Tujuan penelitian ini adalah: a) untuk mengetahui perbedaan antara persepsi dan kinerja karyawan sebelum dengan sesudah revisi sistem pembagian jasa pelayanan, b) untuk mengetahui perbedaan antara persepsi dan kinerja karyawan sebelum dengan sesudah revisi sistem pembagian jasa pelayanan berdasarkan ciri individu, c) untuk mengetahui hubungan antara persepsi karyawan terhadap revisi sistem pembagian jasa pelayanan dengan kinerja karyawan berdasarkan jenis pekerjaan.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian kuasi eksperimental ini menggunakan rancangan *pre dan post study design without control group*. Subjek penelitian adalah seluruh karyawan RSJ M (202), terdiri dari: (a) 15 dokter (dokter umum 6 orang, dokter gigi 2 orang, dokter spesialis 7 orang), (b) 130 paramedis, (c) 58 karyawan lain.

Variabel bebasnya adalah: 1) revisi sistem pembagian jasa pelayanan, dan 2) persepsi terhadap sistem pembagian jasa pelayanan, meliputi keadilan, transparansi, waktu pemberian. Variabel terikat adalah: (1) kinerja dokter, meliputi presensi, kunjungan rawat jalan, serta jumlah *visite*, (2) kinerja dokter, paramedis, dan karyawan sebelum dan setelah revisi sistem jasa pelayanan, meliputi mutu pekerjaan, jumlah pekerjaan, efektivitas pembiayaan, dan inisiatif. Ciri-ciri individu yaitu jenis kelamin, umur, masa kerja, golongan, dan jenis pekerjaan juga dikumpulkan datanya.

Sumber data menggunakan data primer dan data sekunder. Data sekunder berasal dari catatan medik dan kepegawaian RSJ M untuk mengumpulkan data kinerja dokter enam bulan sebelum dan enam bulan sesudah revisi sistem jasa pelayanan. Data primer persepsi dan kinerja dokter, paramedis dan karyawan diperoleh melalui kuisisioner. Kuisisioner terdiri dari tiga bagian yaitu ciri karakteristik individu, persepsi karyawan terhadap sistem pembagian jasa pelayanan dan kinerja seluruh karyawan.

Kuisisioner sistem pembagian jasa pelayanan memuat 24 pertanyaan mengenai transparansi, keadilan, dan pertanyaan mengenai waktu pemberian jasa pelayanan. Penilaian menggunakan skala interval model *Likert*, skor penilaian berkisar antara 1 (sangat tidak setuju) hingga 4 (sangat setuju). Kuisisioner kinerja dokter dan karyawan mempunyai

25 item pertanyaan yang mengukur mutu pekerjaan, jumlah pekerjaan, efektivitas, dan inisiasi. Pertanyaan menggunakan skala *likert* dengan skala 1 (tidak pernah melakukan) hingga 5 (selalu melakukan).

**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Responden mempunyai proporsi yang sama menurut jenis kelamin, berusia muda (<33 tahun) dengan lama kerja terbanyak <10 tahun dan sebagian besar berpendidikan diploma. Golongan I-II mendominasi karyawan RS. Perawat merupakan proporsi terbesar karyawan RS (hampir mencapai 65%). Rasio tt dengan perawat di RS ini sebesar 1: 1,8, sedangkan untuk dokter 1: 8,57. (Tabel 1).

**Tabel 1. Karakteristik Responden (n=202)**

Karakteristik	n	%
<b>Jenis Kelamin</b>		
• Laki-laki	101	50,0
• Perempuan	101	50,0
<b>Umur</b>		
• < 33 tahun	103	51,0
• 33 – 45 tahun	78	38,6
• ? 46 tahun	21	10,4
<b>Pendidikan</b>		
• SD/SMP	20	9,9
• SLTA	42	20,8
• Diploma	117	57,9
• S1/S2	23	11,4
<b>Golongan</b>		
• Kontrak	52	25,7
• I-II	81	40,1
• III-IV	69	34,2
<b>Jenis Pekerjaan</b>		
• Dokter	14	6,9
• Paramedis	130	64,4
• Karyawan Lain	58	28,7
<b>Masa Kerja</b>		
• < 9 tahun	124	61,4
• 10 – 10 tahun	64	31,7
• > 20 tahun	14	6,9

Perbandingan rata-rata persepsi responden terhadap sistem pembagian jasa pelayanan dan kinerja responden sebelum dan sesudah revisi sistem pembagian jasa pelayanan diuji dengan uji statistik *paired t-test* (Tabel 2).

Nilai positif (+) pada kolom selisih berarti penurunan, sedangkan nilai negatif (-) berarti peningkatan persepsi setelah revisi sistem pembagian jasa pelayanan. Perbedaan skor rata-rata persepsi tentang sistem pembagian jasa pelayanan yang signifikan ( $p < 0,05$ ) terjadi pada aspek transparansi dan keadilan, dengan selisih sebesar 0,41 untuk aspek transparansi atau penurunan persepsi transparansi sebesar 2,5%. Penurunan yang lebih besar terdapat pada aspek keadilan dengan selisih sebesar 0,47 atau 3,3%. Secara keseluruhan, persepsi juga menurun secara signifikan (selisih 0,91 atau 1,7%). Artinya revisi pembagian jasa pelayanan justru dianggap kurang transparansi dan adil, sedangkan waktu pembagiannya tidak ada perbedaan.

Secara total skor kinerja hanya mengalami penurunan sebesar 0,06% dari rata-rata skor kinerja sebelum revisi sistem pembagian jasa pelayanan. Tabel 3 menunjukkan bahwa pada kelompok dokter, terdapat peningkatan persepsi secara keseluruhan dan keadilan yang bermakna ( $p < 0,05$ ) antara sebelum dan setelah revisi sistem pembagian jasa pelayanan (selisih 3,57 atau meningkat 6,8% pada persepsi keseluruhan dan selisih 3,50 atau meningkat 6,7% pada aspek keadilan). Kinerja dokter juga mengalami peningkatan yang signifikan ( $p < 0,05$ ) setelah revisi sistem pembagian jasa pelayanan, walaupun hanya pada aspek jumlah kerja dan efektivitas biaya serta kinerja keseluruhan. Total peningkatan kinerja secara keseluruhan sebesar 3,64 atau meningkat sekitar 10%.

**Tabel 2. Perbandingan Rata-rata Persepsi dan Kinerja Responden Sebelum dan Setelah Revisi Sistem Pembagian Jasa Pelayanan**

Variabel	Sebelum (a)		Sesudah (b)		Selisih (a-b)	t-paired	P
	Rerata	SD	Rerata	SD			
<b>Persepsi</b>							
1. Transparansi	16,05	3,81	15,64	4,11	0,41	2,18	0,03*
2. Keadilan	14,11	2,78	13,64	2,89	0,47	2,56	0,01*
3. Waktu	21,12	3,03	21,10	3,27	0,02	0,17	0,87
Total	51,29	7,65	50,38	7,50	0,91	3,04	0,00*
<b>Kinerja</b>							
1. Mutu Pekerjaan	31,33	4,18	31,35	4,45	-0,02	-0,14	0,89
2. Jumlah Pekerjaan	13,12	2,34	13,32	2,37	-0,20	-1,14	0,26
3. Efektivitas Biaya	15,10	2,82	14,93	3,08	0,17	0,99	0,33
4. Inisiatif	23,11	3,54	23,01	3,70	0,10	0,72	0,47
Total	82,66	8,92	82,60	9,68	0,06	0,14	0,89

Tabel 3. Perbandingan Rata-rata Persepsi dan Kinerja Dokter dan Paramedis Sebelum dan Setelah Revisi Sistem Pembagian Jasa Pelayanan

Jenis Pekerjaan	Sebelum (a)		Setelah (b)		Selisih (a-b)	t-paired	P
	Rerata	SD	Rerata	SD			
<b>Dokter</b>							
<b>Persepsi</b>							
1. Transparansi	15,57	3,79	15,50	4,49	0,07	0,08	0,94
2. Keadilan	14,86	3,98	18,36	2,13	-3,50	-2,4	0,03*
3. Waktu	22,29	3,19	22,43	2,82	-0,14	-0,17	0,87
Total	52,71	9,14	56,29	4,55	-3,57	-2,22	0,05*
<b>Kinerja</b>							
1. Mutu Pekerjaan	32,43	4,36	32,36	4,45	0,07	0,21	0,84
2. Jumlah Pekerjaan	10,43	1,99	15,57	1,45	-5,14	-6,62	0,00*
3. Efektivitas Biaya	13,29	1,38	16,93	1,69	-3,64	-10,20	0,00*
4. Inisiatif	24,93	3,50	24,86	3,82	0,07	0,17	0,87
Total	81,07	9,01	89,71	7,71	-8,64	-8,61	0,00*
<b>Paramedis</b>							
<b>Persepsi</b>							
1. Transparansi	15,76	3,49	15,31	3,80	0,45	1,78	0,08
2. Keadilan	13,80	2,53	13,01	2,62	0,79	4,45	0,00*
3. Waktu	21,16	2,95	21,05	3,23	0,11	0,64	0,53
Total	50,72	6,93	49,38	7,13	1,35	3,85	0,00*
<b>Kinerja</b>							
1. Mutu Pekerjaan	31,47	4,11	31,41	4,54	0,06	0,25	0,80
2. Jumlah Pekerjaan	13,26	2,21	13,19	2,18	0,07	0,40	0,69
3. Efektivitas Biaya	15,20	2,77	14,85	3,16	0,35	1,69	0,09
4. Inisiatif	22,90	3,76	23,00	3,90	-0,10	-0,56	0,58
Total	82,83	8,58	82,45	9,66	0,38	0,83	0,41

Responden paramedis secara bermakna menurun persepsinya tentang keadilan dan persepsi secara keseluruhan sebelum dan setelah revisi sistem pembagian jasa pelayanan (selisih 1,3462 atau menurun 2,6%). Kinerja paramedis tidak berbeda bermakna sebelum dan setelah revisi sistem pembagian jasa pelayanan.

Semua hasil uji korelasi (Tabel 4) menunjukkan hubungan yang signifikan antara persepsi terhadap sistem pembagian jasa pelayanan dengan kinerja setelah dilakukan revisi sistem pembagian jasa pelayanan. Namun demikian, korelasinya relatif lemah, kecuali pada persepsi dan kinerja keseluruhan ( $r$  0,49). Tabel 5 menunjukkan korelasi pada berbagai latar belakang profesi karyawan.

Persepsi dokter tentang transparansi sistem pembagian jasa pelayanan berkorelasi bermakna dengan mutu pekerjaan ( $r$  0,73) dan kinerja secara keseluruhan ( $r$  0,62), sedangkan aspek waktu pembagian berhubungan dengan inisiatif dan kinerja dokter keseluruhan. Persepsi secara keseluruhan berhubungan bermakna dengan mutu kerja, inisiatif kerja, dan kinerja secara keseluruhan dan korelasi terhadap mutu dan total kinerja kuat ( $r > 0,8$ ).

Pada kelompok paramedis, semua persepsi berkorelasi dengan semua kinerja, meskipun korelasinya lemah. Persepsi secara keseluruhan berkorelasi cukup kuat dengan kinerja secara keseluruhan.

Tabel 4. Korelasi Persepsi dan Kinerja Responden Setelah Revisi Sistem Pembagian Jasa Pelayanan (n=202)

Persepsi	Kinerja									
	Mutu		Jumlah Kerja		Efektivitas		Inisiatif		Total	
	r	p	r	p	r	p	r	P	r	P
Transparansi	0,29	0,000*	0,24	0,001*	0,20	0,005*	0,27	0,000*	0,36	0,000*
Keadilan	0,19	0,006*	0,23	0,001*	0,23	0,001*	0,22	0,001*	0,31	0,000*
Waktu Pembagian	0,28	0,000*	0,26	0,000*	0,35	0,000*	0,26	0,000*	0,40	0,000*
Total	0,35	0,000*	0,33	0,000*	0,35	0,000*	0,35	0,000*	0,49	0,000*

Tabel 5. Korelasi Persepsi dan Kinerja Dokter, Paramedis Setelah Revisi Sistem Pembagian Jasa Pelayanan

Persepsi	Aspek Kinerja									
	Mutu		Jumlah Kerja		Efektivitas		Inisiatif		Total Kinerja	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>Dokter (n=14)</b>										
Transparansi	0,73	0,003*	-0,07	0,810	0,34	0,233	0,29	0,311	0,62	0,017*
Keadilan	-0,33	0,248	-0,12	0,682	-0,36	0,212	0,20	0,482	-0,19	0,516
Waktu	0,48	0,080	-0,42	0,134	0,39	0,162	0,58	0,031*	0,57	0,033*
Total	0,86	0,000*	-0,39	0,171	0,41	0,141	0,74	0,002*	0,88	0,000*
<b>Paramedis (n=130)</b>										
Transparansi	0,18	0,041*	0,22	0,014*	0,24	0,006*	0,26	0,003*	0,32	0,000*
Keadilan	0,18	0,038*	0,17	0,050	0,22	0,012*	0,22	0,012*	0,28	0,001*
Waktu	0,20	0,022*	0,23	0,009*	0,25	0,003*	0,19	0,027*	0,31	0,000*
Total	0,25	0,004*	0,28	0,001*	0,33	0,000*	0,31	0,000*	0,41	0,000*

## PEMBAHASAN

Revisi sistem pembagian jasa pelayanan merupakan upaya manajemen RS untuk meningkatkan kinerja dokter yang dianggap masih lemah. Lemahnya kinerja dikarenakan dokter merasa insentif yang diterima tidak sebanding dengan besarnya kontribusi mereka. Dokter merasa mempunyai kontribusi terbesar dalam pelayanan kesehatan, walaupun jumlah dokter hanya kurang dari 10% dari jumlah seluruh karyawan. Dalam penelitian jumlah sampel dokter juga kecil (n=15).

Secara keseluruhan, dampak revisi kebijakan tersebut justru menimbulkan kecemburuan pada karyawan lain. Hal tersebut terbukti dengan penurunan persepsi perawat terhadap sistem pembagian jasa pelayanan. Penurunan tersebut terjadi pada persepsi tentang keadilan dan transparansi sistem pembagian jasa pelayanan. Perawat dan karyawan secara keseluruhan menganggap sistem pembagian jasa pelayanan yang direvisi kurang adil dan kurang transparan. Namun, kinerja mereka relatif tetap karena tidak ada perbedaan yang signifikan kinerja semua perawat sebelum dengan setelah revisi sistem pembagian jasa pelayanan.

Salah satu faktor yang mungkin mempengaruhi lemahnya kekuatan hubungan antara persepsi terhadap sistem pembagian jasa pelayanan dengan kinerja adalah teknik atau pendekatan dalam pengukuran kinerja tersebut. Pengukuran kinerja yang dilakukan oleh individu bersangkutan adalah salah satu dari banyak teknik dalam mengukur kinerja karyawan. Setiap teknik pengukuran mempunyai kelebihan dan kelemahan. Penilaian kinerja oleh karyawan sendiri merupakan teknik yang sudah lama diterapkan di berbagai perusahaan di negara industri.<sup>7</sup> Penilaian diri sendiri sering digunakan pada bidang manajemen SDM, seperti pengukuran kebutuhan pelatihan, analisis peringkat

jabatan, penilaian hasil kerja, inisiatif, perilaku, dan lain-lain.

Edwards & Klockars (*cit* Ilyas)<sup>7</sup> mengembangkan teori interaksi simbolik yaitu pengembangan konsep sendiri dan membuat penilaian sendiri berdasarkan pada keyakinan tentang bagaimana orang lain menilai, memahami dan mengevaluasi diri sendiri, sedangkan menurut Ilyas<sup>7</sup> penilaian sendiri dipengaruhi oleh sejumlah faktor seperti faktor kepribadian, pengalaman, dan pengetahuan, serta sosio-demografis, seperti suku dan pendidikan. Pada penilaian sendiri juga akan memungkinkan pemberian skor yang tinggi diberikan oleh karyawan tersebut untuk menilai pekerjaan mereka sendiri. Fenomena tersebut terlihat pada hasil penelitian, seperti ditemukan adanya penurunan persepsi terhadap sistem insentif pada kelompok paramedis dan karyawan lainnya akan tetapi hanya berdampak pada penurunan kinerja yang relatif kecil. Bias personal juga memungkinkan terjadinya hasil yang berbeda antara penilaian diri sendiri dengan penilaian oleh orang lain, nilai budaya, cemburu dan harapan personal, serta ketidakpahaman individu terhadap apa yang dinilai.

Keuntungan penilaian sendiri dengan kuisioner adalah dapat dilakukan dalam waktu singkat dan murah, jika dibandingkan dengan penilaian observasi atau penilaian oleh tim. Penelitian dengan pendekatan observasi tentu tidak dapat dilakukan untuk mengukur persepsi yang telah lalu.

Sangat ideal kalau penilaian diri sendiri dikombinasikan dengan teknik penilaian 360°, serta penilaian hasil kerja secara obyektif. Penilaian 360° akan memberikan data yang lebih baik dan dapat dipercaya karena dilakukan penilaian silang oleh bawahan, mitra dan atasan di organisasi kerja. Data penilaian merupakan kumulasi dari total skor pada ketiga penilaian yang dilakukan baik itu penilaian

diri sendiri, penilaian mitra dan penilaian oleh atasan. Hasil dari penilaian silang ini akan bisa mengurangi kemungkinan terjadinya penilaian yang bias atau kecenderungan untuk menilai diri sendiri dengan penilaian tinggi.

Revisi sistem pembagian jasa pelayanan berkaitan dengan imbalan yang diterima oleh masing-masing karyawan di luar gaji. Persepsi tentang ketidakadilan revisi tersebut dikarenakan revisi tersebut lebih menguntungkan sekelompok karyawan, yaitu dokter. Persepsi individu terhadap imbalan yang diterima berhubungan dengan karakteristik demografi seperti umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, masa kerja, tingkatan di dalam organisasi tempat bekerja.<sup>1</sup>

Berdasarkan jenis pekerjaan, perbandingan skor rata-rata persepsi sebelum dan setelah revisi sistem pembagian jasa pelayanan menunjukkan adanya perbedaan hasil uji statistik. Dokter menganggap sistem pembagian jasa pelayanan yang direvisi cukup adil, namun paramedis menganggap revisi sistem pembagian tersebut tidak adil. Rasa keadilan pada karyawan perlu diperhatikan. Henderson<sup>1</sup> berpendapat persepsi tentang keadilan terhadap imbalan atau sistem pembagian jasa pelayanan yang diterima dapat berpengaruh kepada kepuasan dan prestasi kerja karyawan dan akhirnya akan mempengaruhi kinerja organisasi. Hal tersebut dikarenakan kinerja organisasi tidak hanya dipengaruhi oleh kinerja dokter namun dipengaruhi oleh kinerja seluruh karyawan, baik karyawan paramedis maupun karyawan lainnya.

Kepuasan dokter terhadap revisi sistem pelayanan telah meningkatkan kinerja dokter khususnya jumlah pekerjaan dan efektivitas, serta kinerja keseluruhan. Jumlah kerja meningkat karena revisi tersebut berkaitan dengan jumlah pasien yang dilayani. Jika pasien yang dilayani semakin banyak maka insentif yang diterima dokter semakin besar. Djaelani<sup>5</sup> menemukan peningkatan kinerja dokter spesialis di RSPKT Bontang setelah dilakukan perubahan insentif bagi mereka. Penelitian Lanier, dkk.,<sup>8</sup> menemukan bahwa dokter di Amerika meningkat kinerjanya karena besarnya insentif yang memadai.

Hasil uji korelasi *product moment* antara semua aspek persepsi dan aspek kinerja pada seluruh karyawan menunjukkan hasil yang signifikan. Pada kelompok dokter secara keseluruhan persepsi terhadap sistem pembagian jasa pelayanan berhubungan dengan kinerja, kecuali pada aspek keadilan. Fenomena tersebut kemungkinan disebabkan karena belum semua dokter

menganggap revisi tersebut cukup adil. Dokter di RSJM terdiri dari dokter spesialis, dokter umum, dan dokter gigi. Pembagian jasa pelayanan yang diperoleh diberikan kepada dokter spesialis dan akan dibagikan ke anggota SMF-nya. Oleh karena itu, kinerja dokter justru berhubungan dengan persepsi tentang transparansi dan waktu pembagian serta persepsi secara keseluruhan. Hal tersebut kemungkinan disebabkan pula karena penentuan revisi hanya melibatkan dokter.

Di samping itu, untuk meningkatkan kinerja banyak faktor yang mempengaruhinya sistem pemberian jasa atau kompensasi hanya merupakan salah satu faktor yang bisa berpengaruh terhadap kinerja seseorang sesuai dengan pendapat Steers dan Porter<sup>9</sup> yang berpendapat bahwa kompensasi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kinerja.

Bagi paramedis, revisi tersebut hanya menurunkan persepsinya terhadap keadilan sistem pembagian jasa pelayanan, namun tidak menyebabkan penurunan kinerja. Semua aspek persepsi berhubungan dengan semua aspek kinerja dalam kelompok ini, namun korelasi tersebut termasuk kategori lemah. Hal tersebut berarti walaupun terjadi penurunan persepsi tidak menyebabkan kinerja paramedis menurun secara drastis. Fenomena tersebut bisa disebabkan karena penilaian dilakukan dengan penilaian sendiri, sehingga individu cenderung memberikan penilaian yang tinggi.<sup>7</sup>

Upah atau imbalan yang langsung terikat dengan kinerja dapat memotivasi perbaikan dari kinerja individu karyawan.<sup>10</sup> Akan tetapi pemberian imbalan langsung terkait dengan kinerja juga bisa mengakibatkan rusaknya motivasi kerja atau kinerja karyawan apabila sistem penilaian kinerja tidak adil atau keabsahan cara penilaian kinerja yang tidak jelas. Steers dan Porter<sup>9</sup> menyatakan bahwa antara usaha dan kinerja tidak selalu mempunyai hubungan sebab akibat yang pasti. Artinya kinerja individual dipengaruhi beberapa faktor, seperti motivasi dan harapan akan usaha yang dikerjakan. Hubungan antara kinerja dan kepuasan dipengaruhi oleh banyak faktor didalamnya. Sistem *reward* merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kinerja.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Revisi sistem pembagian jasa pelayanan menimbulkan penurunan persepsi terhadap sistem pembagian jasa pelayanan secara signifikan, sedangkan kinerja karyawan relatif tetap. Revisi

sistem pembagian jasa pelayanan telah meningkatkan kinerja dokter secara signifikan terutama pada aspek jumlah pekerjaan dan efektivitas biaya, dan kinerja secara keseluruhan. Persepsi terhadap sistem pembagian jasa pelayanan berhubungan dengan kinerja secara signifikan dan cukup kuat. Korelasi antara persepsi dengan kinerja pada kelompok dokter sangat kuat, sedangkan pada kelompok paramedis kekuatan korelasi antara persepsi dengan kinerja dalam kategori cukup kuat.

### Saran

Kepada pihak manajemen rumah sakit disarankan supaya meninjau kembali revisi sistem pembagian jasa pelayanan, terutama peninjauan dalam aspek keadilan dan transparansi dalam sistem pembagian jasa pelayanan. Perubahan yang dilakukan haruslah dengan melibatkan perwakilan setiap kelompok karyawan, serta sebelum diterapkan harus disosialisasikan terlebih dahulu. Maka dengan demikian akan diharapkan terbentuknya satu persepsi yang sama terhadap sistem pembagian jasa pelayanan pada seluruh karyawan, sehingga tidak akan menimbulkan masalah dengan sistem pembagian jasa pelayanan yang diterapkan. Pihak manajemen perlu melakukan evaluasi secara berkala terhadap sistem pembagian jasa pelayanan yang diterapkan. Hal ini bisa dilakukan dengan komunikasi yang aktif dan terbuka dengan semua kelompok karyawan yang ada, dengan begitu akan diketahui aspek mana dari ketiga aspek tersebut yang masih relevan atau diterima semua karyawan serta akan menjadi acuan dalam penentuan kebijakan baru. Dapat dilakukan penelitian lebih lanjut dalam hal kinerja dokter dan paramedis dengan metode penilaian dan instrumen lain.

### UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada *WHO-Alliance for Health Policy and Systems Research, Young Researcher Grants* tahun 2004-2005 (YR-21) yang telah mendanai penelitian ini.

### KEPUSTAKAAN

1. Henderson, R.I. *Compensation Management, Rewarding Performance*, Prentice Hall, New Jersey.1994.
2. Schuler, R.S., and Huber, V.L. *Personal and Human Resource Management*, St. Paul, Minesota.1993.
3. Siagian, S.P. *Manajemen Sumberdaya Manusia*, Bumi aksara, Jakarta.2004.
4. Silalahi, H.E. *Hubungan Persepsi Mengenai Sistem Pembagian Insentif dan Kepuasan Kerja Karyawan di RS HKBP Balige*, Tesis, MMR-UGM, Yogyakarta.1999.
5. Djaelani, M. *Pengaruh Sistem Insentif Jasa Medik Dokter Residen/Spesialis terhadap Kinerja Rumah Sakit di RS Pupuk Kaltim Bontang*, Tesis, MMR-UGM, Yogyakarta.1999.
6. Stearns, Sally C. *Physician Responses to Fee-for-Service and Capitation Payment*, 1992;29: 416-25.
7. Ilyas, Y. *Kinerja, Teori, Penilaian, dan penelitian*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI, Depok. 2002.
8. Lainer DC, Roland M, Burstin H dan Knottnerus. *Doctor Performance and Public Accountability*, *The Lancet*, 2003;362, 1404-1408.
9. Steers, R., and Porter, L.W. *Motivation and Work Behavior*, Mc Grawhill Book Company, New York. 1996.
10. Dessler. *Human Resource Management*. Prentice – Hall, Inc., A Simon & Schuster Company, New Jersey.1997.

## ANALISIS JUMLAH KEBUTUHAN TENAGA PEKARYA DENGAN WORK SAMPLING DI UNIT LAYANAN GIZI PELAYANAN KESEHATAN

### ANALYSIS OF THE OPTIMAL NUMBER OF SUPPORT STAFF NEEDED USING WORK SAMPLING IN THE NUTRITIONAL SERVICES UNIT

M.Waseso Suharyono<sup>1</sup>, Wiku B.B Adisasmito<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Bagian Pelayanan Kesehatan Sint Carolus, Jakarta

<sup>2</sup> Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan,  
Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Jakarta

#### ABSTRACT

**Backgrounds:** The most important components in the hospital services are human resources. Professional management is needed to determine the type as well as the quality of the human resources to assure the quality productive hospital services. This study aimed at finding out of the optimal number of support staff needed in The Nutritional Services Unit at St. Carolus Health Services 2005

**Methods:** This was a time motion study with work sampling method. Samples were all workers (13 people) in The Nutritional Services Unit. Data were collected through observation of worker activities in The Nutritional Services Unit in 7 consecutive days (9-15 June 2005). The data were analyzed using Workload Indicators of Staffing Need (WISN) method.

**Results:** The analysis showed that using productive time of the activities time total in one working shift is 53,36% and using productive time of working hours is 43,57%. 24,93% is used for direct activities in morning working hours and 17,94% is used for direct activities in afternoon working hours. It was concluded that the productive use of the support was still very low. Based on the use of the productive working hours, eight people of support staff are needed, and based on the WISN method, only seven people of support staff are needed.

**Conclusions:** The optimal number of support staff needed in The Nutritional Services Unit at St. Carolus Health Services is seven people. This means that there are an excessive number of support staff i.e. six people.

**Keywords:** workload, work sampling

#### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Sumber daya manusia merupakan salah satu komponen penting dalam pelayanan rumah sakit. Manajemen profesional sangat dibutuhkan untuk menentukan kualitas sumber daya manusia dalam memberikan pelayanan rumah sakit yang berkualitas. Penelitian bertujuan untuk mengetahui jumlah optimal kebutuhan tenaga pekarya di Unit Layanan Gizi Pelayanan Kesehatan Sint Carolus tahun 2005.

**Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode *work sampling*. Sampel penelitian adalah seluruh pekerja (13 orang) di Unit Layanan Gizi Pelayanan Kesehatan Sint Carolus. Pengumpulan data dilakukan melalui pengamatan terhadap kegiatan pekerja di Unit Layanan Gizi Pelayanan Kesehatan Sint Carolus selama 7 hari berturut-turut (9-15 Juni 2005). Data dianalisis dengan menggunakan metode Workload Indicators of Staffing Need (WISN).

**Hasil:** Hasil analisis menunjukkan bahwa produktifitas atau penggunaan waktu produktif terhadap waktu kerja dalam satu

shift kerja adalah 43,57 % dan penggunaan waktu produktif terhadap total waktu kegiatan dalam satu hari kerja 53,36 %. Kegiatan langsung tenaga pekarya di layanan gizi Pelayanan Kesehatan Sint Carolus pada waktu pagi hari 24,93%, sedangkan pada waktu kerja sore lebih rendah sebesar 17,94%. Dapat disimpulkan bahwa penggunaan waktu produktif tenaga pekarya masih rendah. Berdasarkan penggunaan waktu produktif dibutuhkan 8 tenaga pekarya, dan berdasarkan metode WISN hanya dibutuhkan 7 tenaga pekarya.

**Kesimpulan:** Jumlah optimal kebutuhan tenaga pekarya yang dibutuhkan di Unit Layanan Gizi Pelayanan Kesehatan Sint Carolus sebanyak 7 orang tenaga pekarya. Hal ini menunjukkan adanya kelebihan jumlah tenaga pekarya Unit Layanan Gizi Pelayanan Kesehatan Sint Carolus sebanyak 6 orang.

**Kata Kunci:** beban kerja, *work sampling*

#### PENGANTAR

Layanan jasa Rumah Sakit (RS), merupakan suatu layanan masyarakat yang penting dan dibutuhkan dalam upaya pemenuhan tuntutan kesehatan. Banyak unsur yang berperan dan mendukung berfungsinya operasional RS. Salah satu unsur utama pendukung tersebut adalah Sumber Daya Manusia (SDM) yang padat karya dan berkualitas tinggi, disertai kesadaran akan penghayatan pengabdian kepada kepentingan masyarakat khususnya dalam pemenuhan kebutuhan layanan kesehatan. Unit Layanan Gizi RS yang merupakan salah satu unit penunjang umum, juga memerlukan SDM yang berkualitas untuk menjamin produksi layanan yang bermutu tinggi. Perencanaan SDM atau menurut beberapa referensi disebutkan sebagai manajemen personalia,<sup>1,2</sup> dikaitkan dengan rencana strategis RS, sehingga kajian terhadap jumlah personil pendukung yang diperlukan sejalan dengan arah perencanaan pengembangan bisnis satuan kerja unit layanan gizi. Hasil kajian akan didapatkan kuantitas, kualitas, dan alokasi penempatan personil yang diperlukan. Perencanaan ketenagaan tersebut juga menganalisis *job title, job description, job specification* yang tepat dan optimal.<sup>3</sup>

Salah satu temuan saat melaksanakan residensi di Unit Layanan Gizi Pelayanan Kesehatan Sint Carolus (PKSC) tersebut pada pertengahan Desember 2004 sampai dengan akhir Januari 2005 bahwa berdasarkan informasi data wawancara dan penelusuran dokumen, didapatkan jumlah tenaga pelaksana di unit tersebut dirasakan berlebih. Salah satu kategori tenaga yang dirasakan berlebihan tersebut adalah tenaga pekarya (15,6% dari total jumlah tenaga di unit layanan gizi). Adapun jumlah keseluruhan tenaga penunjang umum RS pada kategori tenaga pekarya tersebut termasuk didalamnya sebesar 53,31% (tahun 2005). Besarnya jumlah tenaga penunjang umum ini berdampak langsung terhadap beban biaya personel yang mencapai 47% dari total biaya operasional (tahun 2005).

Kondisi ini yang mendasari penelitian untuk mengkaji jumlah optimal kebutuhan tenaga pekarya khususnya di unit layanan gizi. Di samping itu, manajemen PKSC belum pernah melaksanakan kajian kebutuhan jumlah tenaga khususnya tenaga penunjang umum berdasarkan beban kerja nyata.

#### BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode *work sampling*. Penelitian bertujuan untuk mengetahui jumlah optimal kebutuhan tenaga pekarya yang sesuai dengan kegiatan sesungguhnya di Unit Layanan Gizi PKSC tahun 2005.

Penelitian dilakukan selama tujuh hari mulai 9 Juni – 15 Juni 2005. Sebagai populasi penelitian adalah seluruh tenaga pekarya yaitu sebanyak 13 orang di Unit Layanan Gizi PKSC. Pengumpulan data dibagi menjadi data primer yang dikumpulkan melalui pengamatan langsung terhadap kegiatan yang dilakukan oleh tenaga pekarya selama jam kerja dan data sekunder yang diperoleh melalui data yang berasal dari Unit Layanan Gizi PKSC.

Pengamatan kegiatan dilaksanakan oleh tenaga pengamat yang sudah dilatih sebelumnya. Pencatatan hasil pengamatan yang dilakukan selama tujuh hari kerja penuh dicatat di dalam instrumen pengumpulan data yaitu formulir pencatatan kegiatan tenaga pekarya. Pengamatan dan pencatatan dilakukan setiap lima menit selama waktu kerja dalam satu hari terhadap seluruh tenaga pekarya yang bekerja pada hari itu.

Setiap hari setelah pencatatan selesai, segera dilakukan analisis data. Pertama dengan mengelompokkan pola kegiatan atas kegiatan langsung, kegiatan tidak langsung, kegiatan lain produktif, kegiatan lain tidak produktif, dan kegiatan pribadi. Kemudian rekapitulasi data waktu kegiatan tersebut dikelompokkan lagi pada waktu kerja pagi dan waktu

kerja sore. Dari masing-masing data yang terkelompok tersebut dikalikan lima karena pengamatan dilakukan setiap lima menit. Akhirnya didapatkan data jumlah waktu dalam menit dari masing-masing pola kegiatan tersebut di atas terbagi dalam kelompok waktu kerja pagi dan sore. Segera didapatkan data jumlah waktu produktif tenaga pekarya. Selanjutnya, data waktu kerja produktif bersama dengan data-data sekunder yang telah disebutkan di atas dimasukkan ke dalam rumus perhitungan jumlah tenaga dari *Workload Indicators of Staffing Need* (WISN).<sup>4</sup> Langkah perhitungan kebutuhan tenaga berdasarkan WISN ini meliputi 5 langkah, yaitu<sup>5</sup>:

1. Menetapkan waktu kerja tersedia
2. Menetapkan unit kerja dan kategori SDM yang dihitung
3. Menyusun standar beban kerja
4. Menyusun standar kelonggaran
5. Menghitung kebutuhan tenaga perunit kerja.

Adapun rumus waktu kerja tersedia yaitu:

$$\text{Waktu kerja tersedia} = (A - (B+C+D+E)) \times F$$

- A = Hari kerja (6 hari kerja/minggu)  
B = Cuti tahunan  
C = Pendidikan dan pelatihan  
D = Hari libur nasional  
E = Ketidakhadiran kerja (sesuai data rata-rata ketidakhadiran kerja selama kurun waktu satu tahun, karena alasan sakit, tidak masuk kerja dengan atau tanpa pemberitahuan atau izin).  
F = Waktu kerja (waktu kerja dalam satu hari adalah 7 – 8 jam)

Beban kerja masing-masing kategori SDM di unit kerja RS meliputi:

1. Kegiatan pokok yang dilaksanakan oleh masing-masing kategori tenaga
2. Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tiap kegiatan pokok
3. Standar beban kerja per satu tahun masing-masing kategori SDM

Dari hasil perhitungan didapatkan hasil jumlah optimal tenaga pekarya yang dibutuhkan. Untuk mempertajam perhitungan jumlah tenaga pekarya tersebut, maka penelitian ini juga menghitung jumlah optimal kebutuhan tenaga berdasarkan pendekatan penggunaan waktu produktif tenaga pekarya terhadap jumlah tenaga pekarya yang ada saat ini.<sup>6,7,8</sup> Penggabungan kedua pendekatan perhitungan di atas, didapatkan jumlah tenaga pekarya yang optimal.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### 1. Jumlah Waktu Setiap Pola Kegiatan Tenaga Pekarya

Pengamatan terhadap penggunaan waktu pada setiap pola kegiatan tenaga didahului dengan mencermati karakteristik seluruh kegiatan yang berhasil diamati dan kemudian dikelompokkan ke dalam masing-masing pola kegiatan.<sup>9</sup> Banyaknya kelompok pola kegiatan tersebut dapat bervariasi dan dikombinasikan, sesuai dengan kebutuhan ketajaman penelitian yang diperlukan.<sup>6</sup> Kelompok kegiatan yang diamati tersebut terdiri dari kegiatan langsung, kegiatan tidak langsung, kegiatan nonproduktif dan kegiatan pribadi.<sup>6</sup> Penelitian ini mengembangkan atau menambahkan satu kelompok kegiatan pengamatan lagi, yaitu kegiatan lain yang produktif. Kegiatan lain yang produktif ini, mengamati seluruh kegiatan yang dilakukan oleh tenaga pekarya yang tidak berhubungan langsung atau berdampak langsung terhadap proses produksi layanan, tetapi

kegiatan-kegiatan tersebut tetap bermanfaat bagi pengembangan atau kepentingan tenaga yang bersangkutan maupun unit satuan kerja. Penelitian ini, tidak memasukkan penggunaan waktu kegiatan lain yang produktif tersebut ke dalam kelompok kegiatan produktif yang terdiri dari kegiatan langsung dan kegiatan tidak langsung, dengan maksud untuk mendapatkan hasil pengamatan yang lebih tajam tentang penggunaan waktu produktif yang sesungguhnya atau yang berhubungan langsung dengan proses produksi layanan Rowland 1980.<sup>10,11</sup>

Selanjutnya dengan mendapatkan besaran waktu kerja produktif tenaga pekarya tersebut, akan dapat menghitung jumlah kebutuhan optimal tenaga pekarya berdasarkan rumus perhitungan WISN.<sup>4</sup>

Dari hasil penelitian selama tujuh hari di Unit Layanan Gizi PKSC, didapatkan jumlah waktu setiap pola kegiatan tenaga pekarya menurut waktu tugas seperti dalam Tabel 1.

**Tabel 1. Jumlah Waktu Kegiatan Tenaga Pekarya dalam Tujuh Hari Kerja di Unit Layanan Gizi PKSC Tahun 2005**

Kegiatan	Hari Kerja			
	Pagi		Sore	
	f	%	f	%
<b>Langsung</b>				
- Menerima bahan makanan mentah	350	2,60	105	0,99
- Membersihkan bahan makanan	1400	10,39	805	7,65
- Mengolah bahan makanan	1610	11,94	980	9,30
Subtotal	3.360	24,93	1.890	17,94
<b>Tidak Langsung</b>				
- Mendistribusikan makanan siap olah	770	5,71	840	7,97
- Membersihkan alat masak/ makan	1.610	11,95	1.960	18,60
- Membersihkan ruang kerja	1.050	7,79	805	7,64
- Menempel etiket menu	280	2,08	245	2,33
Subtotal	3.710	27,53	3.850	36,54
<b>Kegiatan lain yang Produktif</b>				
- Diskusi	280	2,07	0	0
- Pembinaan	1.155	8,57	140	1,33
- Membaca buku ilmiah gizi	245	1,82	105	0,99
Subtotal	1.680	12,46	245	2,32
<b>Kegiatan lain yang tidak Produktif</b>				
- Istirahat	1.190	8,83	1.085	10,30
- Mengobrol	1.155	8,57	980	9,30
- Menonton TV	245	1,82	665	6,31
Subtotal	2.590	19,22	2.730	25,91
<b>Kegiatan pribadi</b>				
- makan / minum	1.295	9,62	455	4,32
- Sembayang / mandi	840	6,24	1.365	12,97
Subtotal	2.135	15,86	1.820	17,29
<b>TOTAL</b>	<b>13.475</b>	<b>100</b>	<b>10.535</b>	<b>100</b>

f = frekuensi, jumlah kegiatan dalam satuan menit.

Berdasarkan Tabel 1, dapat dilihat bahwa kegiatan langsung tenaga pekarya di Unit Layanan Gizi PKSC, terbanyak pada waktu kerja pagi (24,93%), waktu kerja sore lebih rendah (17,94%).

Pada waktu kerja pagi kegiatan langsung yang dilakukan oleh tenaga pekarya mempunyai kategori yang berkaitan langsung dengan kegiatan pokok unit layanan gizi. Pada waktu kerja pagi, kegiatan langsung tenaga pekarya mencakup kegiatan menerima bahan makanan mentah, membersihkan bahan makanan, dan mengolah bahan makanan.

Kegiatan langsung tenaga pekarya pada waktu kerja sore hari secara umum mengalami penurunan persentasenya dibandingkan dengan kegiatan langsung tenaga pekarya pada waktu kerja pagi hari. Salah satu alasan sebab penurunan tersebut karena sebagian besar pesanan menu sore dan malam hari sudah disiapkan oleh tenaga pekarya yang bekerja pada waktu kerja pagi hari. Pada waktu kerja sore, kegiatan langsung tenaga pekarya meliputi menerima bahan makanan mentah, membersihkan bahan makanan dan mengolah bahan makanan.

Kegiatan tidak langsung tenaga pekarya pada waktu kerja sore persentasenya lebih tinggi daripada waktu kerja pagi, yaitu meningkat sebesar 3,8 %. Hal ini disebabkan karena sebagian besar kegiatan

pencucian alat masak/makan serta kegiatan mendistribusikan bahan makan mentah maupun makanan siap saji tidak dapat diselesaikan secara keseluruhan pada waktu kerja pagi, walaupun kegiatan pengolahan bahan makanan menjadi siap saji dapat diselesaikan pada waktu kerja pagi.

Kegiatan lain yang produktif dilakukan tenaga pekarya pada waktu kerja sore hari persentasenya jauh lebih rendah daripada waktu kerja pagi hari, yaitu menjadi sebesar 2,33 %. Hal ini disebabkan karena sebagian besar kategori kegiatan ini sebagian besar dialokasikan pada waktu kerja pagi hari berhubung tenaga pembimbing atau pembina lebih banyak bekerja pada waktu kerja pagi hari.

Kegiatan lain yang tidak produktif tenaga pekarya pada waktu kerja sore hari ternyata meningkat persentasenya sebesar 5,40% dari kegiatan yang sama pada waktu kerja pagi hari. Hal ini disebabkan, setelah tenaga pekarya dapat menyelesaikan kegiatan sisa pencucian alat masak atau makan, serta distribusi bahan makan siap saji, maka mereka memiliki banyak waktu luang sampai jam pulang kerja.

Bila digambarkan dalam diagram maka kegiatan tenaga pekarya pada pagi hari dan sore hari selama tujuh hari kerja dapat dilihat pada Diagram 1 dan 2.

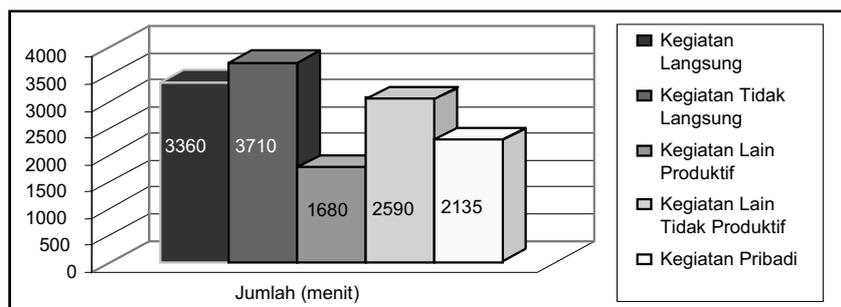


Diagram 1. Kegiatan Pagi Hari Tenaga Pekarya dalam Tujuh Hari Kerja di Unit Layanan Gizi PKSC, Tahun 2005

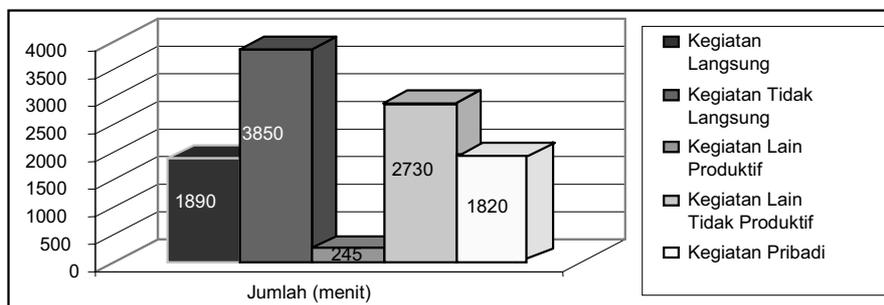


Diagram 2. Kegiatan Sore Hari Tenaga Pekarya dalam Tujuh Hari Kerja di Unit Layanan Gizi PKSC, Tahun 2005

Pada waktu kerja pagi terdiri dari kegiatan langsung 24,93%, kegiatan tidak langsung 27,53%, kegiatan lain produktif 12,46%, kegiatan lain tidak produktif 19,22%, dan kegiatan pribadi 15,86%.

Pada waktu kerja sore hari, kegiatan langsung 17,94%, kegiatan tidak langsung 36,54%, kegiatan lain produktif 2,32%, kegiatan lain tidak produktif 25,91%, dan kegiatan pribadi 17,29%.

## 2. Penggunaan Waktu Produktif

Penggunaan waktu produktif tenaga pekarya pada waktu kerja pagi dan sore sebesar 1.830 menit atau 53,36% dari jumlah keseluruhan waktu kegiatan dalam satu hari kerja, seperti disajikan dalam Diagram 3.

Penggunaan waktu produktif/kerja produktif tenaga pekarya dalam satu *shift* kerja terhadap waktu kerja tersedia sebesar 43,57%, seperti disajikan pada Diagram 4.

satu komponen yang harus dihitung lebih dahulu adalah besarnya penggunaan waktu produktif tenaga yang bersangkutan.<sup>4</sup> Waktu produktif dipakai untuk menghitung besarnya standar beban kerja yaitu dengan membagi waktu kerja tersedia dengan rata-rata waktu produktif yang diperlukan untuk menyelesaikan satu satuan produk layanan. Selanjutnya untuk menghitung jumlah tenaga yang dibutuhkan adalah dengan mengukur waktu kerja produktif yang harus dilaksanakan<sup>12</sup>, kemudian dengan mentransfer atau memproyeksikan beban waktu kerja produktif tersebut kepada jumlah tenaga yang nyata/terkini, didapatkan jumlah optimal kebutuhan tenaga.<sup>6</sup>

Produktivitas tenaga kerja tidak mungkin mencapai 100%, karena adanya faktor kelelahan dan kejenuhan dari tenaga kerja tersebut sebesar 15%, sehingga produktivitasnya hanya 85%,<sup>12</sup> sedangkan menurut *International Labour Orga-*

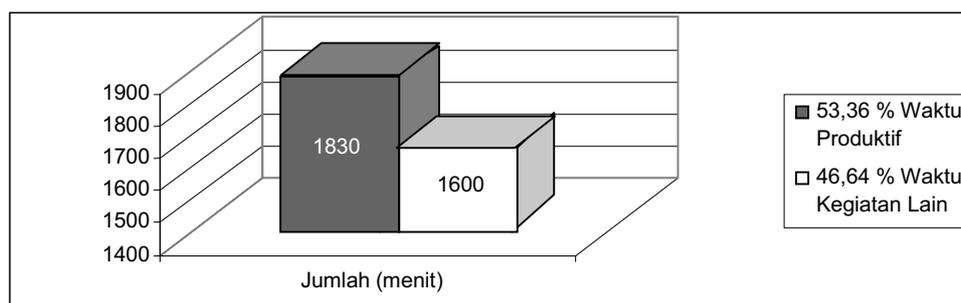


Diagram 3. Penggunaan Waktu Produktif terhadap Total Waktu Kegiatan Tenaga Pekarya dalam Satu Hari Kerja di Unit Layanan Gizi PKSC, Tahun 2005

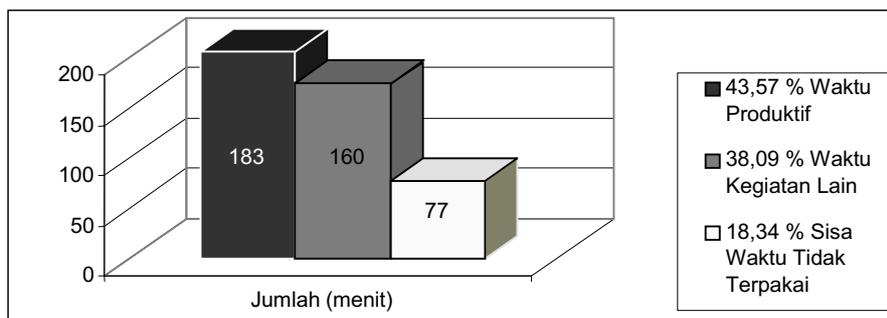


Diagram 4. Penggunaan Waktu Produktif terhadap Waktu Kerja Tersedia Per Tenaga Pekarya dalam Satu *Shift* Kerja di Unit Layanan Gizi PKSC, Tahun 2005

## 3. Perhitungan Jumlah Kebutuhan Tenaga Pekarya

a. Perhitungan jumlah kebutuhan tenaga pekarya berdasarkan pengamatan terhadap penggunaan waktu produktif.

Untuk dapat menghitung jumlah tenaga yang dibutuhkan dalam suatu unit kerja, maka salah

*nization* (ILO)<sup>13</sup> faktor minimal kelonggaran tenaga kerja yang mencakup kelelahan dan kejenuhan, untuk pria mencapai 9% sedangkan untuk wanita 11%. Tenaga kerja dianggap produktif bila mampu menyelesaikan 80% dari beban tugasnya.<sup>6</sup>

Penggunaan waktu produktif tenaga pekary terhadap seluruh jumlah waktu kegiatan yang telah dilakukan dalam satu hari kerja adalah sebesar 53,36%. Kenyataan tenaga pekary yang sekarang berjumlah 13 orang, sehingga berdasarkan konsep Hellwig<sup>12</sup> dibutuhkan tenaga pekary sebanyak 8,1 orang. Berdasarkan konsep ILO<sup>13</sup> dibutuhkan tenaga pekary sebanyak 7,7 orang, sedangkan berdasarkan konsep Ilyas<sup>6</sup> dibutuhkan tenaga pekary sebanyak 8,6 orang. Rata-rata kebutuhan tenaga pekary berdasarkan penggunaan waktu produktif terhadap total waktu kegiatan pekary adalah sebanyak 8,1 orang.

Penggunaan waktu produktif bekerja per satu tenaga pekary terhadap waktu kerja tersedia per satu *shift* kerja dalam satu hari kerja adalah sebesar 43,57 %. Waktu kerja produktif satu orang tenaga pekary per satu *shift* atau satu hari kerja sebesar 1.830 menit dibagi 10 orang tenaga pekary yang diamati setiap hari pengamatan, yaitu sebesar 183 menit. Waktu kerja tersedia bagi tenaga pekary dalam satu hari kerja adalah sebesar 7 jam atau 420 menit, sehingga rata-rata penggunaan waktu kerja produktif per hari adalah sebesar 43,57 %. Pola kegiatan waktu produktif tenaga pekary hasil penelitian ini dapat dikatakan masih rendah.<sup>6,12,13</sup>

Rendahnya tingkat produktivitas tenaga pekary ini dapat juga dikatakan masih lebih rendah bila dibandingkan dengan hasil penelitian Gempari<sup>11</sup> di RS Islam Jakarta dengan metode penelitian yang sama, didapatkan hasil waktu kegiatan produktif perawat sebesar 60,1% (kegiatan langsung ditambah kegiatan tidak langsung), kegiatan lain yang produktif 3,9%, kegiatan lain yang tidak produktif 29% dan kegiatan pribadi 7%.

Berdasarkan konsep Hellwig<sup>12</sup> proyeksi besaran penggunaan waktu produktif sebesar 43,57% terhadap jumlah tenaga pekary yang ada sekarang, jumlah optimal kebutuhan tenaga tersebut hanya sebanyak 6,7 orang. Menurut ILO<sup>13</sup> jumlah optimal tenaga yang dibutuhkan hanya 6,2 orang dan berdasarkan konsep Ilyas<sup>6</sup> hanya dibutuhkan 7,1 orang, sehingga rata-rata jumlah kebutuhan optimal tenaga pekary berdasarkan kedua pendekatan besaran penggunaan waktu produktif di atas sebanyak 7,4 atau 8 orang.

Penelitian ini menggunakan teknik *work sampling*, yaitu kajian terhadap pola kegiatan tenaga yang diamati dan dicatat secara random atau acak. Penelitian ini menggunakan teknik

yang sama dengan beberapa penelitian yang telah dilakukan sebelumnya<sup>10,11,14</sup> Ketiga penelitian tersebut juga mengukur waktu kerja produktif dari tenaga yang diamati. Yang membedakan dengan penelitian ini adalah dalam penggunaan rumus perhitungan jumlah kebutuhan tenaga. Ketiga penelitian tersebut menggunakan rumus menurut Gillies (1989), rumus Nina (1990), dan rumus Lokakarya Depkes RI (1989). Ketiga rumus tersebut dirancang khusus untuk menghitung kebutuhan tenaga paramedis dan medis, tetapi lebih sering untuk pengukuran kebutuhan tenaga perawat, karena pengukuran beban kerja berdasarkan asuhan keperawatan yang mereka lakukan lebih jelas batasannya berdasarkan standar operasi prosedur, sehingga hasil pengukurannya lebih mudah dilakukan, sedangkan penelitian ini yang menggunakan rumus WISN menurut Shipp<sup>4</sup> harus mengukur volume beban kerja dan standar beban kerja tenaga penunjang di luar tenaga medis atau paramedis, yaitu dalam hal ini tenaga pekary.

Penelitian lain yang pernah dilakukan dan mempunyai kemiripan dengan penelitian ini dalam hal konsep dasar perhitungan beban kerja tenaga yang diamati adalah penelitian menurut Persi.<sup>15</sup> Perbedaannya adalah bahwa penelitian Persi<sup>15</sup> tersebut menggunakan tehnik *time study*, karena mengamati kegiatan tenaga analis yang mempunyai siklus kerja yang pendek dan berulang-ulang, sehingga lebih tepat dalam pengamatan waktu kerja tenaga dalam satu garis pendek proses produksi layanan secara individual. Penelitian Persi<sup>15</sup> tersebut lebih menggambarkan pengamatan pada tenaga secara individual bukan secara berkelompok seperti pada penelitian dengan *work sampling*, sehingga salah satu keunggulan teknik *work sampling* adalah kemampuan untuk mendapatkan informasi atau gambaran umum pola kegiatan yang ada secara cepat dan dengan biaya yang relatif lebih hemat.

Dengan mengetahui besaran penggunaan waktu produktif tenaga pekary dapat disusun/ditetapkan jumlah tenaga pekary yang sesungguhnya yang dibutuhkan<sup>6,7,16,17</sup> di Unit Layanan Gizi PKSC dalam rangka upaya peningkatan efisiensi dan efektivitas penggunaan SDM, khususnya tenaga pekary, seperti dijelaskan pada Tabel 2.

Berdasarkan pendekatan penggunaan waktu produktif tenaga pekary dalam melaksanakan atau menyelesaikan beban kerjanya, dibutuhkan delapan orang.

**Tabel 2. Kebutuhan Jumlah Tenaga Pekarya Berdasarkan Penggunaan Waktu Produktif di Unit Layanan Gizi PKSC, Tahun 2005**

Penggunaan waktu produktif terhadap total waktu kegiatan	Jumlah tenaga saat ini	Jumlah Kebutuhan Tenaga			Rata-rata
		Hellwig <sup>12</sup>	I L O <sup>13</sup>	Ilyas <sup>6</sup>	
53,36 %		8,1	7,7	8,6	8,1
Penggunaan waktu produktif terhadap waktu kerja tersedia	13	Hellwig	I L O	Ilyas	
43,57 %		6,7	6,2	7,1	6,7
Rata-Rata Jumlah Kebutuhan Tenaga Pekarya					7,4 atau 8

- b. Perhitungan jumlah kebutuhan tenaga pekarya berdasarkan indikator beban kerja (Metode WISN).

Perhitungan jumlah kebutuhan tenaga berdasarkan rumus WISN, sesuai dengan tahapan langkahnya adalah:

1. Waktu kerja tersedia dalam satu tahun bagi tenaga pekarya adalah sebesar 1.820 menit/tahun.
2. Subunit kerja tenaga pekarya adalah unit layanan gizi PKSC
3. Standar beban kerja dalam satu tahun didapatkan sebesar 91.000 porsi makanan/tahun
4. Gambaran kelonggaran tenaga pekarya dalam satu tahun didapatkan 0,074
5. Jumlah tenaga yang dibutuhkan adalah total kuantitas produk layanan yaitu 489.203 porsi makanan dalam satu tahun, dibagi dengan 91.000 porsi makanan pertahun, ditambah dengan 0,074, dan didapatkan hasil sebesar 6

Berdasarkan perhitungan rumus WISN, dibutuhkan jumlah optimal tenaga pekarya sebesar 6 orang. Berdasarkan kedua pendekatan perhitungan yang sudah dijelaskan di atas, jumlah optimal kebutuhan tenaga pekarya adalah sebesar 7 orang.

Saat ini jumlah tenaga pekarya yang bertugas di Unit Layanan Gizi PKSC berjumlah 13 orang, sehingga perlu diupayakan lebih lanjut mengenai pemindahan dan penempatan kelebihan tenaga pekarya tersebut. Inefisiensi atau pemborosan penggunaan tenaga pekarya di unit layanan gizi tersebut, akan sangat terasa

krusial bila dikaitkan dengan realisasi komponen biaya personel di unit layanan gizi tersebut untuk kurun waktu April 2004 sampai dengan Maret 2005 yaitu sebesar 47% dari total biaya untuk kurun waktu yang sama. Tenaga pekarya di unit layanan gizi tersebut mempunyai proporsi sebesar 16% dari total tenaga di unit yang sama, hal ini dapat diargumentasikan bahwa tenaga pekarya di unit gizi tersebut berkontribusi sebesar 16% terhadap total biaya personel di unit yang sama pada kurun waktu yang sama. Dengan menggunakan jumlah optimal tenaga pekarya di unit layanan gizi sesuai hasil penelitian yaitu sebesar tujuh orang, maka dapat diargumentasikan bahwa manajemen akan melakukan penghematan atau efisiensi biaya sebesar 8%, dalam hal ini, argumentasi tersebut didasarkan hanya pada analisis biaya personel saja, di Unit Layanan Gizi PKSC.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Kegiatan langsung tenaga pekarya di Unit Layanan Gizi Pelayanan Kesehatan Sint Carolus pada waktu pagi hari 24,93%, sedangkan pada waktu kerja sore lebih rendah sebesar 17,94%. Produktivitas atau penggunaan waktu produktif terhadap waktu kerja dalam satu *shift* kerja adalah 43,57% dan penggunaan waktu produktif terhadap total waktu kegiatan dalam satu hari kerja 53,36%.

Jumlah optimal kebutuhan tenaga pekarya berdasarkan pendekatan perhitungan penggunaan waktu kerja produktif dan berdasarkan perhitungan rumus WISN adalah sebanyak tujuh orang tenaga pekarya.

### Saran

Hasil penelitian dengan metode *work sampling*, sebaiknya dilakukan ulang secara berkala dan dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mendapatkan gambaran sesungguhnya terhadap pola penggunaan waktu kegiatan/kerja tenaga yang diamati dan meneliti faktor-faktor penyebab rendahnya produktivitas tenaga pekarya. Untuk mengurangi bias dari hasil pengamatan kegiatan, waktu penelitian sebaiknya dilakukan lebih dari tujuh hari. Karena mungkin saja ada kegiatan yang tidak terpantau dan tercatat.

Dengan didapatkannya hasil perhitungan jumlah tenaga pekarya sebanyak tujuh orang, sebaiknya dapat dijadikan bahan pertimbangan manajemen RS untuk segera mengambil kebijakan yang sesuai.

### KEPUSTAKAAN

1. Dessler, G. Manajemen Personalia. Ed. 3. Penerbit Erlangga. 1984; 3: 697.
2. Handoko, H. Manajemen Personalia Dan Sumber Daya Manusia. BPFE, Yogyakarta. 1996; 2: 258.
3. Aditama, T.Y. Manajemen Administrasi RS. Ed.2. Universitas Indonesia. Jakarta. 2002: 371.
4. Shipp, P.J. Workload Indicators of Staffing Need (WISN). Manual for Implementation. Initiatives. Inc, Boston USA. 1998; 1: 165.
5. Departemen Kesehatan RI. Statistik RS di Indonesia: Ketenagaan. 2004.
6. Ilyas, Y. Perencanaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI. Depok. 2000; 1: 163.
7. Martoyo, S. Manajemen Sumber Daya Manusia. BPPE, Yogyakarta. 2000; 4: 298.
8. Sinungan, M. Produktivitas Dan Bagaimana. Bumi Aksara, Jakarta. 2003; 5: 154.
9. Barnes, R.M. Motion and Time Study Design and Measurement of Work. John Wiley & Sons, Inc. 1980; 7: 659.
10. Achmad, K. Analisis Jumlah Kebutuhan Tenaga Keperawatan di Puskesmas dengan Tempat Tidur Perawatan Dinas Kesehatan Kabupaten Daerah Tingkat II Bandung. Tesis. 1998: 89.
11. Gempari, R. Analisis Pola Waktu Kerja Produktif Pada Unit Rawat Inap RS Islam Jakarta. Tesis. 1993: 89.
12. Hellwig, K. Sepuluh Langkah Menuju Pengukuran Hari Kerja Yang Berhasil Dalam Mengelola Waktu. A. Dale Timpe-PT Elekkomputindo. Jakarta. 1991; 380.
13. International Labour Organization (ILO). Penelitian Kerja dan Produktifitas. Erlangga, Jakarta. 1986; 2: 54.
14. Sariasih, A. Analisis Jumlah Kebutuhan Tenaga Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RS kanker Dharmais. Jakarta. Tesis. 1996.
15. Persi, Faady. Analisis Kebutuhan Tenaga Analisis Berdasarkan Beban Kerja di Unit Laboratorium Klinik RS Santo Borromeus Bandung. Tesis. 2000.
16. Niebel, B.W. Motion And Time Study. Ed. 7. Richard D. Irwin Inc, Homewood, Illinois. 1982: 756.
17. Ravianto, J. Produktifitas Dan Manusia Indonesia. Ed. 1. Sarana Informasi Usaha dan Produktifitas, Jakarta. 1985; 150.

## ANALISIS PEKERJAAN PEGAWAI BAGIAN TEKNIS BALAI LABORATORIUM KESEHATAN SEMARANG SEBAGAI DASAR PENGEMBANGAN PENDIDIKAN DAN PELATIHAN

*JOB ANALYSIS OF TECHNICAL OFFICERS AT OFFICE OF HEALTH LABORATORY FOR  
DEVELOPING EDUCATION AND TRAINING*

Retno Wahyu Gayatri<sup>1</sup>, Chriswardani Suryawati<sup>2</sup>, L. Ratna Kartikawulan<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah

<sup>2</sup> Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro,  
Semarang, Jawa Tengah

### ABSTRACT

**Background:** Office of Health Laboratory Jawa Tengah Province in Semarang has 76 employees, which consists of 42 (56%) technical officers (health controller, analyst, pharmacy controller, and health personnel) and 34 (46%) non-technical or administrative officers. According to Local Regulation of Central Java Province No. 1/2000, as a functional institutions under Office of Ministry of Health Central Java Province, job analysis (job description and job specification) should be developed according to identify education and training program to promote the technical officers skills.

**Methods:** This research was descriptive case study in 2003. The objectives of this study were described characteristics of technical officers based on educational background, knowledge and proficiency of technical skills in performing job. Interview and observation was conducted to explore job description and job specification of 10 health controller, 5 analyst, 1 pharmacy controller and 2 health personnels. Cross The validation of the data was conducted by interviewed head manager, head of administrative affairs and 3 head of division (Chemical, Microbiology and Pathology).

**Results:** Health controllers coordinate all laboratory observation both technical and administrative activities in 3 division. Analyst examines all laboratory tests in 3 divisions. The pharmacy responsible to the validity of laboratory test result in chemical division. Health personnel's help analyst to perform laboratory test in pathology and chemical division. Job relations in this office were vertical and horizontal approach. Technical officers could be injured by hazardous chemical and pesticide. Not all of working condition matches to the stipulation. Job description and specification is flexible due to the situation of the organization.

**Conclusions:** It is recommended to socialized job descriptions and job specifications towards all technical officers, continuing education especially SMAK/SMF/SPK, conducting technical training and improving job safety and standard of job quality. This research should be completed research of training need assessment and technical officer's job burden analysis.

**Keywords:** job analysis, job description, job specification, health laboratory.

### ABSTRAK

**Latar belakang:** Balai Laboratorium Kesehatan Semarang adalah UPT Dinkes Provinsi Jawa Tengah 2002 mengalami perubahan struktur organisasi, tugas pokok dan fungsi sesuai Peraturan Daerah No.1 tahun 2000. Jumlah tenaga sebanyak

76 orang, 42 orang (56%) adalah tenaga teknis dan 34 orang (44%) tenaga non teknis (administrasi). Tenaga teknis di BLK Semarang terdiri dari 4 jenis yaitu Pengawas Kesehatan, Pelaksana Analis, Pengawas Farmasi dan Pelaksana Kesehatan. Selama ini belum pernah dilakukan analisis pekerjaan yang menghasilkan deskripsi dan spesifikasi pekerjaan tenaga teknis. Dengan adanya analisis pekerjaan diharapkan setiap pegawai mendapatkan tugas pokok dan fungsi sesuai pendidikan dan ketrampilan yang dimiliki dan dapat direncanakan pendidikan dan pelatihan mereka.

**Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif. Pengumpulan data dengan wawancara mendalam, observasi dengan check list dan studi dokumen/data sekunder. Responden penelitian adalah 10 orang tenaga Pengawas Kesehatan, 5 orang tenaga Pelaksana Analis, 1 orang tenaga Pengawas Farmasi dan 2 orang tenaga Pelaksana Kesehatan. Sebagai responden triangulasi adalah Kepala Balai Laboratorium Kesehatan, Kepala Sub Bag TU dan 3 orang Kepala Seksi (Kimia, Mikrobiologi dan Patologi).

**Hasil:** Pengawas Kesehatan bertugas mengkoordinasikan semua kegiatan pemeriksaan laboratorium di bidang teknis dan administrasi pada Seksi Patologi, Mikrobiologi dan Kimia. Pelaksana Analis bertugas melakukan kegiatan pemeriksaan laboratorium pada ketiga seksi dan bertanggung jawab atas hasil pemeriksaan laboratorium. Pengawas Farmasi bertugas mengkoordinasikan semua kegiatan pemeriksaan laboratorium di Seksi Kimia. Pelaksana Kesehatan bertugas membantu Pelaksana Analis dalam melakukan pemeriksaan laboratorium yang berada di Seksi Patologi dan Kimia. Hubungan kerja bersifat vertikal dan horizontal. Risiko kerja yang mungkin terjadi yaitu keracunan bahan kimia dan pestisida. Sebagian kondisi lingkungan kerja masih belum memenuhi persyaratan. Deskripsi dan spesifikasi pekerjaan empat tenaga teknis yang telah disusun bersifat fleksibel.

**Saran:** Deskripsi pekerjaan yang sudah disusun agar disosialisasikan kepada tenaga teknis untuk pedoman dalam menjalankan tugas, perlu peningkatan pendidikan SMAK/SMF/SPK ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi, segera dilakukan pelatihan tenaga teknis yang belum dijalankan, perlu tindak lanjut untuk menangani standar keamanan kerja dan standar penyelenggaraan pemantapan mutu. Masih diperlukan penelitian tentang *training need assessment* tenaga teknis dan analisis beban kerja tenaga teknis.

**Kata kunci:** analisis pekerjaan, deskripsi pekerjaan, spesifikasi pekerjaan, laboratorium kesehatan.

## PENGANTAR

Balai Laboratorium Kesehatan (BLK) Semarang merupakan salah satu institusi pelayanan kesehatan yang berkewajiban memberikan pelayanan yang bermutu kepada para pelanggannya. Tugas ini tidak dapat terlaksana dengan sempurna apabila tidak didukung oleh ketersediaan sumber dana, sumber daya manusia maupun fasilitas kerja yang memadai.

Sejak diberlakukan desentralisasi, secara administratif BLK Semarang berada di bawah koordinasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah seperti yang tercantum dalam Peraturan Daerah Gubernur Jawa Tengah No. 1 tahun 2002 tanggal 2 April 2002 Pasal 179<sup>1</sup> tentang Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi BLK. Balai Laboratorium Kesehatan (BLK) Semarang adalah UPT dinas kesehatan provinsi dengan struktur organisasi terdiri dari satu orang kepala balai, satu orang kepala subbagian TU dan tiga orang kepala seksi yaitu Seksi Mikrobiologi, Patologi dan Kimia.

Tenaga di Balai Lankes Semarang terdiri dari 42 orang tenaga teknis (56%) dan 34 orang tenaga nonteknis (44%). Tenaga teknis mempunyai tugas memberikan pelayanan langsung kepada masyarakat di bawah koordinator ketiga seksi yang ada, sedangkan tenaga nonteknis yang bekerja di bidang administrasi di bawah koordinator Kepala Subbagian Tata Usaha (Kasubag TU). Tenaga teknis yang ada memiliki berbagai latar belakang pendidikan setingkat SLTA (SMAK/SPK/SMF), D3 (AAK) serta S1 (dokter, biologi, teknik lingkungan dan apoteker). Tenaga teknis dibagi menurut bidang pekerjaan, yaitu pengawas kesehatan, pelaksana analis, pengawas farmasi, dan pelaksana kesehatan.

Tujuan penelitian ini adalah mendapatkan informasi mengenai deskripsi pekerjaan dan spesifikasi pekerjaan yang dilakukan melalui analisis pekerjaan tenaga teknis pada BLK Semarang, sedangkan tujuan khususnya yaitu:

1. Menyusun deskripsi pekerjaan sesuai dengan bidang pekerjaan
2. Menyusun spesifikasi pekerjaan sesuai dengan standar yang ditetapkan
3. Menyusun rencana pengembangan tenaga teknis BLK Semarang dengan pendidikan dan pelatihan.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah studi kasus yang bersifat deskriptif eksploratif<sup>2</sup> dengan pendekatan kualitatif untuk penyusunan deskripsi pekerjaan masing-masing pegawai serta rencana pendidikan dan pelatihan untuk pengembangan sumber daya manusia bagian teknis di BLK Semarang..

Unit analisis dalam penelitian ini adalah BLK Semarang, dengan populasi penelitian adalah semua tenaga teknis yang berjumlah 42 orang. Subjek penelitian adalah tenaga teknis berjumlah 18 orang dengan pertimbangan bahwa subjek penelitian tersebut memiliki kesamaan jenis bidang pekerjaan. Responden penelitian adalah 10 orang tenaga Pengawas Kesehatan, 5 orang tenaga Pelaksana Analisis, 1 orang tenaga Pengawas Farmasi, dan 2 orang tenaga Pelaksana Kesehatan. Sebagai responden triangulasi adalah Kepala Balai Laboratorium Kesehatan, Kepala Subbagian TU dan 3 orang Kepala Seksi. Analisis data dilakukan dengan mengikuti pola berfikir induktif. Data kualitatif yang terkumpul diolah sesuai tujuan penelitian dan selanjutnya diverifikasi serta disajikan dalam bentuk deskripsi.<sup>3</sup>

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Analisis pekerjaan adalah proses pengumpulan dan pemeriksaan atas aktivitas kerja di dalam sebuah posisi serta kualifikasi (keahlian, kemampuan, pengetahuan serta sifat-sifat individu lainnya) yang diperlukan untuk melaksanakan aktivitas pekerjaan.<sup>4</sup>

Perilaku atau tindakan yang dapat diamati dalam analisis pekerjaan yaitu: elemen pekerjaan, tugas, kewajiban, posisi, pekerjaan dan jabatan.<sup>5</sup> Analisis pekerjaan mencakup tiga komponen yaitu: deskripsi pekerjaan, spesifikasi pekerjaan dan standar kinerja pekerjaan.<sup>6</sup> Tujuan analisis pekerjaan adalah mengumpulkan jawaban atas pertanyaan: apa yang dilakukan pekerja, bagaimana ia melakukannya, kapan pekerjaan harus diselesaikan, dimana pekerjaan harus dilaksanakan, bantuan/sarana pekerjaan apa yang diperlukan dan apa sajakah persyaratan yang harus dipenuhi.<sup>5</sup> Hasil dari analisis pekerjaan adalah deskripsi dan spesifikasi pekerjaan.

Spesifikasi (syarat) pekerjaan antara lain pengetahuan, keterampilan dan kemampuan tertentu yang berbeda-beda antara pekerjaan yang satu dengan pekerjaan yang lain. Spesifikasi pekerjaan adalah uraian kualitas minimum seseorang yang bisa diterima agar dapat menjalankan suatu pekerjaan dengan baik dan kompeten, yang meliputi pengetahuan, keterampilan dan kemampuan pegawai yang didasarkan pada pendidikan formal dan pelatihan tambahan yang telah diikuti oleh pegawai tersebut.<sup>7</sup>

Proses analisis pekerjaan sebenarnya merupakan suatu pengumpulan data dan metode yang biasa dipergunakan yaitu dengan menggunakan kuesioner, menuliskan cerita singkat, pengamatan dan wawancara.<sup>8</sup>

Tahap-tahap analisis pekerjaan yaitu: pengenalan organisasi dan tipe pekerjaan secara umum, identifikasi pekerjaan, penyusunan daftar pertanyaan, pengumpulan dan penyempurnaan data, penyusunan deskripsi, spesifikasi dan standar pekerjaan serta penerapan hasil dalam sistem informasi SDM.<sup>9</sup>

Berdasarkan Peraturan Daerah Gubernur Jawa Tengah No. 1 tanggal 1 April 2002 tentang Pembentukan, Kedudukan, Tugas Pokok, Fungsi dan Susunan Organisasi Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, susunan Organisasi BLK Semarang terdiri dari jabatan struktural, yaitu: 1 orang Kepala BLK, 1 orang Subbagian TU, 3 orang Kepala Seksi (Mikrobiologi, Kimia dan Patologi), dan jabatan non struktural umum yang terdiri dari tenaga teknis dan tenaga nonteknis/administrasi.

Tenaga teknis di BLK Semarang dibagi menjadi empat jabatan (pengawas kesehatan, pelaksana analis, pengawas farmasi, dan pelaksana kesehatan) yang bertugas langsung di bagian pemeriksaan laboratorium dengan berbagai latar belakang pendidikan (analis kesehatan, SMAK, SPK, SMF, dokter, sarjana biologi, sarjana teknik lingkungan dan apoteker). Tenaga nonteknis/administrasi adalah tenaga/pegawai yang bekerja di bagian TU.

### 1. Gambaran Umum Responden Penelitian

Bila dibandingkan dengan standar persyaratan jabatan yang ditetapkan, dari sepuluh orang pengawas kesehatan masih ada empat orang yang belum memenuhi tingkat pendidikannya, satu orang bertugas di seksi patologis, dua orang di seksi mikrobiologis dan satu orang di seksi kimia.. Pendidikan mereka adalah Sekolah Menengah Analis Kesehatan (SMAK) sementara persyaratannya adalah D3 Analis Kesehatan (AAK). Dari lima orang yang bertugas sebagai pelaksana analis, hanya satu orang yang memenuhi tingkat pendidikannya yaitu D3 AKK, yang lainnya berpendidikan SMAK. Satu orang tenaga pengawas farmasi sudah mempunyai pendidikan yang sesuai yaitu S1 apoteker. Dua orang tenaga pelaksana kesehatan juga telah memenuhi tingkat pendidikannya yaitu SMF/SPK/SMAK.

### 2. Tata Kerja

Balai Laboratorium Kesehatan (BLK) Semarang dipimpin oleh seorang Kepala Balai dengan dibantu oleh tiga orang Kepala Seksi yaitu: Seksi

Mikrobiologi, Seksi Patologi dan Seksi Kimia serta 1 orang Kasubag TU. Kepala BLK melaksanakan sebagian tugas teknis Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah dan melaksanakan tugas teknis operasional laboratorium kesehatan masyarakat dan laboratorium lingkungan.

Seksi mikrobiologi bertanggung jawab kepada Kepala BLK dalam hal menyiapkan bahan, rencana kegiatan teknis operasional pemeriksaan bakteriologi, parasitologi, pemeriksaan BTA yang berasal dari puskesmas mikroskopis di Jawa Tengah dan melaporkan hasilnya kepada Kepala BLK dan memberikan umpan balik kepada puskesmas serta melakukan bimbingan kepada siswa/mahasiswa yang melakukan PKL dan menerima laporan kegiatan seksi mikrobiologi.

Seksi Kimia Klinik bertanggung jawab kepada Kepala BLK dalam hal menyiapkan bahan, rencana kegiatan teknis operasional pemeriksaan di bidang kimia klinik, yaitu: hematologi, serologi dan imunologi, menyiapkan materi kegiatan bimbingan teknis kepada laboratorium di puskesmas maupun laboratorium di kabupaten/kota serta pelaporan kegiatan seksi kimia klinik.

Seksi Kimia bertanggungjawab kepada Kepala BLK dalam hal menyiapkan bahan, rencana kegiatan teknis operasional pemeriksaan di bidang kimia klinik, meliputi pemeriksaan air dan toksikologi serta melakukan bimbingan kepada peserta magang dari institusi pendidikan seperti: FKM, AAK/AAF/Akafarma, SMF, SAA dan SMAK serta memberikan laporan kegiatan di seksi kimia.

### 3. Hubungan Kerja

Hubungan kerja vertikal dengan atasan langsung dalam hal konsultasi/bimbingan dalam menjalankan tugas, sedangkan hubungan horizontal dilakukan terhadap sesama tenaga teknis dalam wujud kerja sama dalam melaksanakan tugas/pekerjaan. Pertemuan koordinasi dalam seksi biasanya dilakukan dua minggu sekali.

### 4. Risiko Kerja

Risiko kerja yang mungkin terjadi pada tenaga yang bertugas pada BLK antara lain: keracunan bahan kimia maupun pestisida. Salah satu cara untuk menghindari bahaya kerja yaitu setiap petugas harus melakukan pemeriksaan sampel di dalam laboratorium diwajibkan memakai sarung tangan dan jas laboratorium, serta menjaga kebersihan ruangan maupun peralatan yang dipergunakan.

### 5. Kondisi Lingkungan Kerja

Berdasarkan pengamatan dengan memakai pedoman *check list* disimpulkan bahwa kondisi yang ada di masing-masing laboratorium (patologi, mikrobiologi dan kimia) secara umum sudah memenuhi syarat luas ruangan serta peralatan standar yang seharusnya ada dalam masing-masing laboratorium, hanya kondisi penataan masih kurang rapi (misal almari/rak penyimpanan tabung, dinding agak kotor (kena cairan kimia, dekat dengan ruang pencucian alat atau kamar mandi) dan tempat penyimpanan jas lab dan sarung tangan tidak rapi. Ruang laboratorium kimia belum memakai AC. Selain itu juga petunjuk/prosedur untuk masing-masing pemeriksaan tidak semuanya dituliskan.

Sebagian besar responden berharap agar kondisi lingkungan kerja (fisik) agar ditingkatkan bersama-sama. Mereka juga mengharapkan adanya hubungan kerja yang harmonis antara staf dan pimpinan, serta antara sesama rekan kerja.

### 6. Keadaan Dibandingkan dengan Standar Pelayanan BLK

Sebagian besar responden penelitian belum mengikuti pelatihan baik penjenjangan maupun yang berhubungan dengan tugas pegawai teknis yang dipersyaratkan untuk memangku masing-masing tugas teknisnya.

Dalam penelitian ini juga dilakukan pengamatan dengan check list terhadap standar keamanan kerja, pengelolaan spesimen, pencatatan dan pelaporan dan standar kemampuan penyelenggaraan pemantapan mutu yang semuanya diperbandingkan dengan standar pelayanan BLK. Dari semua *item* yang ada, yang paling banyak belum dilakukan (belum ada) yaitu pada standar keamanan kerja dan penyelenggaraan pemantapan mutu.

### 7. Hasil Analisis Pekerjaan Tenaga Teknis BLK

Berikut ini hasil analisis pekerjaan keempat tenaga teknis di BLK Provinsi Jawa Tengah (Tabel 1).

Tabel 1 Deskripsi Pekerjaan Tenaga Teknis BLK Jawa Tengah di Semarang

	Pengawas Kesehatan	Pelaksana Analis	Pelaksana Kesehatan	Pengawas Farmasi
Tanggung jawab	<ol style="list-style-type: none"> <li>Melaksanakan delegasi tugas dari kepala seksi</li> <li>Membuat laporan hasil pemeriksaan dengan benar</li> <li>Melaporkan hasil pemeriksaan kepada kepala seksi</li> <li>Mengkoordinasi kegiatan pemeriksaan di masing-masing seksi secara teknis maupun administrasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Melaksanakan delegasi tugas dari Kepala seksi</li> <li>Melaksanakan pengambilan sampel dengan benar</li> <li>Menulis data pasien dan hasil pemeriksaan dengan benar</li> <li>Menyusun laporan hasil pemeriksaan dan melaporkan kepada kepala seksi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Membantu melaksanakan pemeriksaan yang dilakukan oleh pelaksana analis</li> <li>Melaksanakan dan menulis hasil pemeriksaan dengan benar dengan bimbingan pelaksana analis</li> <li>Melaporkan hasil kepada Kepala Seksi masing-masing melalui pelaksana analis</li> <li>Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh kepala seksi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Melaksanakan delegasi tugas dari kepala seksi kimia.</li> <li>Membuat laporan pelaksanaan delegasi.</li> <li>Membimbing siswa/ mahasiswa yg melakukan PKL di lingkungan seksi kimia dan melaporkan kegiatan kepada kepala seksi kimia</li> </ol>
Wewenang	<ol style="list-style-type: none"> <li>Menandatangani hasil pemeriksaan</li> <li>Memberi saran dan masukan tentang hal-hal yang teknis maupun administrasi sesuai seksinya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Menandatangani hasil pemeriksaan dengan benar</li> <li>Memberi saran dan masukan mengenai hal-hal yang berkaitan dg teknis pemeriksaan laboratorium kepada kepala seksi</li> <li>Mengkoordinasikan kegiatan pelaksana kesehatan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Menandatangani hasil pemeriksaan dengan benar</li> <li>Memberikan masukan mengenai hal-hal yang berkaitan dengan bidang pemeriksaannya kepada pelaksana analis</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memberi saran dan masukan secara teknis dan administrasi mengenai hal-hal yang berkaitan dengan bidang pemeriksaan kepada kepala seksi Kimia</li> </ol>

Hasil Kerja	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tersusunnya topik program kerja dan rencana pelaksanaan kerja pada masing-masing seksi</li> <li>2. Terlaksananya kegiatan pemeriksaan sesuai rencana</li> <li>3. Tersedianya data pemeriksaan secara lengkap</li> <li>4. Terlaksananya kegiatan bimbingan teknis bagi siswa/ mahasiswa yang melakukan praktik kerja lapangan (PKL) di BLK</li> <li>5. Terlaksananya tugas yang diberikan kepala seksi</li> <li>6. Terkoordinasinya kegiatan pemeriksaan di masing-masing seksi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terlaksananya kegiatan pemeriksaan secara tepat dan benar sesuai prosedur pemeriksaan</li> <li>2. Terlaksananya kegiatan pemeriksaan sesuai yang direncanakan</li> <li>3. Tersedianya informasi tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan</li> <li>4. Tersusunnya laporan untuk pemeriksaan yg menjadi tanggung jawabnya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terlaksananya kegiatan pemeriksaan secara tepat dan benar sesuai prosedur pemeriksaan</li> <li>2. Tersedianya informasi tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan</li> <li>3. Tersusunnya laporan untuk semua pemeriksaan yang menjadi tanggungjawabnya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tersusunnya topik-topik program kerja di seksi kimia</li> <li>2. Terlaksananya kegiatan pemeriksaan sesuai rencana</li> <li>3. Tersedianya data pemeriksaan kimia secara lengkap</li> <li>4. Tersedianya jadwal kegiatan di seksi kimia</li> <li>5. Terlaksananya kegiatan bimbingan teknis bagi siswa/ mahasiswa yang melakukan PKL khususnya di seksi kimia</li> <li>6. Terkoordinasinya kegiatan pemeriksaan di seksi kimia</li> </ol>
Bahan Kerja	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Program kerja masing-masing seksi</li> <li>2. Jadwal kerja masing-masing seksi</li> <li>3. Data-data kegiatan masing-masing seksi</li> <li>4. Data hasil kegiatan pemeriksaan laboratorium</li> <li>5. Sampel pemeriksaan (air, udara, darah, faeses, urine)</li> <li>6. Bahan-bahan kimia (<i>reagen</i>)</li> <li>7. Jenis kegiatan pemeriksaan di masing-masing seksi</li> <li>8. Data masing-masing jenis pemeriksaan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sampel pemeriksaan (darah, urine, faeses, air, udara, makanan)</li> <li>2. Bahan-bahan kimia (<i>reagen</i>)</li> <li>3. Arahan pimpinan</li> <li>4. Uraian tugas Pelaksana Kegiatan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sampel pemeriksaan (darah, urine, faeses, air, udara, makanan)</li> <li>2. Bahan-bahan kimia (<i>reagen</i>)</li> <li>3. Arahan dari pimpinan, pengawas kesehatan, pengawas farmasi dan pelaksana analisis</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sampel pemeriksaan (air, makanan, bahan-bahan toksik)</li> <li>2. Program kerja masing-masing seksi</li> <li>3. Jenis kegiatan di seksi kimia</li> <li>4. Jadwal kerja masing-masing seksi</li> <li>5. Data hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol>
Perangkat Kerja	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Standar pelayanan laboratorium kesehatan (labkes)</li> <li>2. Kebijakan-masing program BLK</li> <li>3. Petunjuk teknis, petunjuk pelaksanaan Labkes</li> <li>4. Peralatan pemeriksaan (tabung, gelas, pipet dan lain-lain)</li> <li>5. Alat-alat elektornik pendukung pemeriksaan.</li> <li>6. Alat tulis kantor</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prosedur pemeriksaan untuk masing-masing jenis pemeriksaan</li> <li>2. Sarung tangan dan peralatan laboratorium pendukung</li> <li>3. ATK</li> <li>4. Buku, referensi pendukung lainnya</li> <li>5. Petunjuk pelaksanaan (juklak) dan petunjuk teknis (juknis)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prosedur pemeriksaan untuk masing-masing jenis pemeriksaan</li> <li>2. Sarung tangan dan peralatan laboratorium pendukung</li> <li>3. ATK</li> <li>4. Buku, referensi pendukung lainnya</li> <li>5. Petunjuk pelaksanaan (juklak) dan petunjuk teknis (juknis) pemeriksaan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Standar pelayanan Labkes</li> <li>2. Kebijakan-kebijakan program Balabkes, buku dan referensi pendukung</li> <li>3. Peralatan pemeriksaan (tabung gelas, pipet, gelas ukur dan lain-lain)</li> <li>4. Alat-alat elektronik pendukung pemeriksaan bidang kimia</li> </ol>

Senada dengan penelitian Aziz Ajarat<sup>10</sup> dan Tugiman<sup>11</sup>, dalam penelitian ini juga ditemukan bahwa secara umum responden belum mengetahui/memahami secara jelas tugas dan tanggung jawab dalam pekerjaan mereka. Selama ini yang dilakukan oleh atasan langsung (kepala seksi) adalah berusaha membuat uraian tugas dan diusahakan tidak terjadi *overlapping* antara pekerjaan yang satu dengan yang lain, tetapi hal ini sulit dilakukan dan diakui masih banyak kelemahannya.

Pertemuan koordinasi di dalam seksi biasanya dilakukan dua minggu sekali untuk membahas permasalahan yang ada. Supervisi/pembinaan secara langsung pada pekerjaan tenaga teknis tidak pernah dilakukan lagi selama tiga bulan terakhir.

Permasalahan lain dalam hal pengembangan SDM yaitu: terbatasnya anggaran untuk diklat, informasi pelatihan yang diterima seringkali terlambat, kriteria peserta diklat tidak sesuai dengan tenaga yang ada. Diklat SDM khususnya tenaga teknis yang telah disusun oleh Kepala BLK untuk jangka menengah (tiga tahun) menjadi lebih terarah dengan berhasil disusunnya deskripsi dan spesifikasi pekerjaan ini.

#### 8. Identifikasi Kebutuhan Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Teknis Blk

Pelatihan tenaga teknis BLK Jawa Tengah yang masih diperlukan untuk waktu mendatang yaitu:

- a. Seksi Mikrobiologi: pelatihan mikroskopis malaria, pelatihan mikroskopis pemeriksaan telur cacing dan faeses, pelatihan TB,
- b. Seksi Kimia: pelatihan penanganan limbah, penanganan keracunan makanan
- c. Seksi Patologi: pelatihan patologi anatomi, otomatisasi kimia klinik dan hematologi.

Semua tenaga teknis memerlukan tambahan pengetahuan dan ketrampilan sesuai bidang tugasnya dari berbagai seminar dan *workshop* yang berkaitan dengan bidang pekerjaannya, pelatihan manajemen mutu, serta pelatihan penanganan keselamatan kerja di laboratorium.

#### KESIMPULAN DAN SARAN

##### Kesimpulan

Telah dilakukan analisis pekerjaan empat jenis tenaga teknis di BLK Jawa Tengah yaitu: Pengawas Kesehatan, Pelaksana Analisis, Pengawas Farmasi dan Pelaksana Kesehatan. Jabatan Pengawas Kesehatan, Pelaksana Analisis, Pengawas Farmasi dan Pelaksana Kesehatan. Jabatan tenaga teknis tersebut ditentukan berdasarkan pangkat, golongan dan jenjang pendidikan formal.

Deskripsi pekerjaan berisi tentang rumusan tugas, hasil kerja, bahan kerja, perangkat kerja, tanggung jawab, wewenang dan kondisi pelaksanaan pekerjaan kerja dengan mempertimbangkan bidang pekerjaan yang ada dan dapat ditinjau kembali sesuai dengan tuntutan organisasi.

Spesifikasi pekerjaan yang berisi tentang persyaratan untuk menduduki jabatan masing-masing tenaga teknis tersebut disesuaikan dengan pendidikan formal, pangkat/golongan, jenis pelatihan yang pernah diikuti, pengalaman kerja dan persyaratan fisik yang harus dimiliki oleh tenaga teknis.

##### Saran

Deskripsi pekerjaan tenaga teknis yang telah disusun diharapkan dapat segera disosialisasikan untuk dijadikan pedoman dalam melaksanakan tugas sesuai bidang pekerjaannya, perlu tindak lanjut untuk menangani standar keamanan kerja dan standar penyelenggaraan pemantapan mutu, kesempatan tenaga teknis dengan pendidikan SMAK/SMF/SPK untuk melanjutkan pendidikan yang lebih tinggi dan segera dilakukan pelatihan tenaga teknis yang belum dilakukan. Penelitian lebih lanjut yang dapat dilakukan yaitu penelitian tentang *training need assessment* tenaga teknis dan analisis beban kerja tenaga teknis.

#### KEPUSTAKAAN

1. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah No.1 tahun 2002, Pembentukan, Kedudukan, Tugas Pokok, Fungsi dan Susunan Organisasi Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan, Semarang, 2002.
2. Arikunto, S, Prosedur Penelitian, Edisi Revisi, Rineka Cipta, Jakarta, 2000.
3. Moleong, Lexy J. Metodologi Penelitian Kualitatif, edisi kedua, Permaja Rosdakarya, Bandung, 2002.
4. Lembaga Administrasi Negara (LAN) RI, Analisis Jabatan, Pusat pembinaan Pendidikan dan Latihan Teknis Fungsional, Jakarta, 1993.
5. Moekijat, Manajemen Personalialia dan Sumber Daya Manusia, Mandar Maju, Bandung, 1995.
6. Simamora, Henry, Manajemen Sumber Daya Manusia, Edisi kedua, Bagian Penerbitan STIE YKPN, Yogyakarta, 1999.
7. Hasibuan, HMSP. Manajemen Sumber Daya Manusia, Edisi Revisi, Bumi Aksara, Jakarta, 2000.
8. Heidjrahman dan Suad Husnan, Manajemen Personalialia, Edisi keempat cetakan kesembilan, BPFE Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2000.

9. Handoko, T. Hani. *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*, Andi Offset, Yogyakarta, 2000.
10. Tugiman, *Analisis Jabatan Sebagai Dasar Pengembangan Sumber Daya Manusia di Balai Pelatihan Kesehatan (Bapelkes) Gombang dalam Era Desentralisasi*, tesis pada Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan (MMPK) Pascasarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2002.
11. Ajarat, Aziz, *Analisis Jabatan Sebagai Dasar Pengembangan Sumber Daya Manusia di Akademi Keperawatan Departemen Kesehatan di Ternate*, tesis pada Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan (MMPK) Pascasarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2000.

## 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.<sup>1</sup> 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	<b>67.31</b>
SLTP	34	0.49	165	2.37	199	2.86
SD	-	-	188	2.70	188	2.70
<b>Total</b>	<b>5,748</b>	<b>82.52</b>	<b>1,218</b>	<b>17.48</b>	<b>6,966</b>	<b>100.00</b>
<b>Total Nakes:</b>	<b>6,966</b>					

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

RASIO	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.<sup>2,3</sup>

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.<sup>4</sup>

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.<sup>5,6,7</sup>

### 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, R.S. 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.

## PENINGKATAN MUTU PENGGUNAAN OBAT DI PUSKESMAS MELALUI PELATIHAN BERJENJANG PADA DOKTER DAN PERAWAT

### IMPROVING THE QUALITY OF PRESCRIBING AT PRIMARY HEALTH CENTRES THROUGH A TRAINING INTERVENTION FOR DOCTORS AND PARAMEDICS

Iwan Dwiprahasto

Bagian Farmakologi & Toksikologi Fakultas Kedokteran  
UGM Yogyakarta

#### ABSTRACT

**Background:** inappropriate use of drugs for the treatment of acute respiratory infections (ARI) has been reported worldwide. Patients present at health centres are commonly prescribed with unnecessary antibiotics. Inappropriate prescribing may result in the occurrence of adverse drug event.

**Objective:** this study aims (1) to assess prescribing pattern for ARI and muscle ache (myalgia) at health centres in 8 districts of West Sumatra Province, and (2) to improve quality of prescribing for ARI and muscle ache in health centres.

**Method:** A cross sectional study was carried out to address objective (1). Drug use data were collected retrospectively at health centres in 8 districts of West Sumatra Province for baseline information on prescribing. To address objective (2) a training intervention on rational use of drugs was carried out, involving primary health care (PHC) physicians and paramedics from 15 randomly selected primary health centres. Training was characterized as motivational, interactive, problem-based approach for both doctors and paramedics, and on the job training for paramedics.

**Result:** Forty three health centres participated in the study. The average number of drugs prescribed for children with ARI was similar to that prescribed by paramedics, i.e. 3.62 and 3.69 respectively. Patients present at health centres with muscle ache received an average of 3.24 drugs. Antibiotic prescribing in several districts accounted for more than 90%. Only a few health centres reported the use of antibiotics of less than 70%. Six months after training intervention on rational use of drugs for PHC physicians and paramedics, the use of drugs including antibiotics and injection decreased significantly. The average number of drugs for children with ARI decreased from  $3.74 \pm 0.58$  to  $2.47 \pm 0.67$  ( $p < 0.05$ ) (doctor) and from  $3.67 \pm 0.49$  to  $2.39 \pm 0.73$  ( $p < 0.05$ ) (paramedics). For adult patients, the average number of drugs for ARI also decreased significantly from  $4.11 \pm 0.63$  to  $3.21 \pm 0.71$  ( $p < 0.05$ ) (doctor) and from  $3.78 \pm 0.51$  to  $2.37 \pm 0.57$  (paramedics). A significant reduction in the use of antibiotics for children with ARI was only detected in paramedics, i.e. from 81.37% to 42.40%. Proportion of adult patients with ARI who received antibiotics significantly lower after intervention, i.e. from 89.18% to 44.15% ( $p < 0.05$ ) (doctor) and from 91.22% to 38.71% ( $p < 0.05$ ) (paramedics). The training intervention carried out in the study could also reduce the use of injection significantly for patients with muscle ache, i.e. from 69.11% to 31.89% ( $p < 0.05$ ) (doctor) and from 79.56% to 62.91% ( $p < 0.05$ ) (paramedics).

**Conclusion:** the use of drugs for ARI and muscle ache at PHC were found to be excessive and mostly multiple prescribing. The use of injection for muscle ache was also high, i.e. more than 40%. Training on rational use of drugs for PHC could significantly reduce the use of antibiotics for ARI

and the use of injection for muscle ache, 6 months after intervention.

**Keywords:** inappropriate prescribing, acute respiratory infection, primary health centres

#### ABSTRAK

**Latar belakang:** berbagai studi menemukan bahwa penggunaan obat untuk infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) cenderung berlebih. Sebagian besar pasien yang datang ke pelayanan kesehatan dengan ISPA cenderung mendapat antibiotika. Berbagai bukti juga menunjukkan bahwa ketidakrasionalan persepsian dapat meningkatkan risiko terjadinya efek samping obat.

**Tujuan:** penelitian ini bertujuan untuk (1) menilai pola persepsian untuk ISPA dan myalgia di puskesmas di 8 kabupaten/kota, provinsi Sumatra Barat, dan (2) meningkatkan mutu penggunaan obat untuk ISPA dan myalgia di puskesmas.

**Metode:** Studi *cross sectional* dilakukan untuk menjawab tujuan (1). Data persepsian dikumpulkan dari 43 puskesmas secara retrospektif sebagai data dasar. Untuk menjawab tujuan (2) dilakukan intervensi pelatihan penggunaan obat yang rasional dengan melibatkan dokter dan perawat di 15 puskesmas yang dipilih secara acak ciri pelatihan adalah motivasional, interaktif, dan berbasis masalah, baik untuk dokter dan perawat, sedangkan khusus untuk perawat, pelaksanaan dilakukan *on the job training*.

**Hasil:** 43 puskesmas ikut serta dalam penelitian. Jumlah rata-rata obat yang diresepkan untuk anak dengan ISPA relative sama dengan dewasa, yaitu masing-masing 3.62 dan 3.69. Pasien myalgia mendapat rata-rata 3.24 jenis obat. Di sebagian besar kabupaten penggunaan antibiotika untuk ISPA mencapai lebih dari 90%. Hanya beberapa puskesmas yang meresepkan antibiotika kurang dari 70%. Enam bulan setelah intervensi penggunaan obat yang rasional untuk dokter dan perawat puskesmas, penggunaan obat termasuk antibiotika dan injeksi menurun secara bermakna. Rata-rata jumlah obat untuk ISPA pada anak turun dari  $3.74 \pm 0.58$  menjadi  $2.47 \pm 0.67$  ( $p < 0.05$ ) (dokter) dan dari  $3.67 \pm 0.49$  menjadi  $2.39 \pm 0.73$  ( $p < 0.05$ ) (perawat). Untuk pasien dewasa juga terjadi penurunan yang bermakna dari  $4.11 \pm 0.63$  menjadi ( $p < 0.05$ ) (dokter) dan dari  $3.78 \pm 0.51$  menjadi  $2.37 \pm 0.57$  (perawat). Penurunan penggunaan antibiotika pada anak dengan ISPA secara bermakna hanya ditemukan pada perawat, dari 81.37% menjadi 42.40%. Proporsi pasien dewasa dengan ISPA yang mendapat antibiotika secara bermakna lebih rendah pascaintervensi, yaitu dari 89.18% menjadi 44.15% ( $p < 0.05$ ) (dokter) dan dari 91.22% menjadi 38.71% ( $p < 0.05$ ) (perawat). Intervensi pelatihan juga menurunkan penggunaan injeksi secara bermakna pada pasien myalgia, yaitu dari 69.11% menjadi 31.89% ( $p < 0.05$ ) (dokter) dan dari 79.56% menjadi 62.91% ( $p < 0.05$ ) (perawat).

**Kesimpulan:** penggunaan obat untuk ISPA dan myalgia di puskesmas cenderung berlebihan dan umumnya dalam bentuk polifarmasi. Penggunaan injeksi untuk myalgia juga sangat tinggi, rata-rata lebih dari 40%. Pelatihan penggunaan obat yang rasional untuk puskesmas dapat secara bermakna menurunkan penggunaan antibiotika pada ISPA dan penggunaan injeksi pada myalgia, enam bulan setelah pelatihan.

**Kata Kunci:** penulisan resep yang tidak tepat, infeksi saluran pernapasan akut, puskesmas

## PENGANTAR

Peresepan dan penggunaan obat merupakan salah satu andalan utama pelayanan kesehatan di puskesmas. Mengingat terbatasnya jumlah dokter yang ada, sebagian besar puskesmas di Indonesia, khususnya di daerah pedesaan terpaksa memanfaatkan pula tenaga perawat untuk memberikan pelayanan pengobatan. Akibatnya, variasi peresepan antar petugas pelayanan kesehatan tidak dapat dihindarkan.

Beberapa penelitian menemukan bahwa penggunaan obat di pusat pelayanan kesehatan cenderung berlebih. Pada berbagai penyakit yang ringan dan dapat sembuh sendiri seperti misalnya infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) dan diare, penggunaan antibiotika cenderung tinggi. Di samping itu, jenis obat yang diresepkan juga sangat beragam.<sup>1</sup>

Terdapat dua penyebab utama tingginya penggunaan obat di pelayanan kesehatan. Pertama, berkaitan dengan keterbatasan pengetahuan petugas profesional kesehatan mengenai bukti-bukti ilmiah terkini, sehingga tidak jarang tetap meresepkan obat yang tidak diperlukan (misalnya antibiotika dan steroid untuk *common cold*). Kedua, keyakinan dan perilaku pasien sangat berperan dalam penetapan jenis obat yang diberikan.<sup>2</sup> Kebiasaan memberikan injeksi pada pasien dengan gejala pada otot dan sendi adalah salah satu contoh nyata pengaruh pasien terhadap perilaku pemberian injeksi oleh dokter atau perawat.<sup>3</sup> Situasi ini sangat paradoksikal dengan hasil *systematic review* yang dilakukan oleh Haynes, *et al.*<sup>4</sup> yang melaporkan bahwa ketaatan pasien untuk minum obat sangatlah rendah, meskipun obat yang diminum adalah atas permintaan atau pilihan pasien sendiri.

Penelitian ini bertujuan untuk: (1) mendeskripsikan pola penggunaan obat untuk ISPA dan myalgia di 8 kabupaten/kota, Provinsi Sumatera Barat, dan (2) mengukur dampak intervensi pelatihan penggunaan obat yang rasional pada dokter dan perawat puskesmas terhadap mutu peresepan pada ISPA dan myalgia.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di Provinsi Sumatera Barat dengan dua desain. Desain *cross sectional* digunakan untuk menjawab tujuan penelitian (1), yaitu pola penggunaan obat pada ISPA dan myalgia. Untuk

menjawab tujuan penelitian (2) digunakan desain kuasi eksperimental dengan jenis rancangan *the one group pretest-posttest design*. Unit analisis untuk tujuan penelitian (1) adalah resep untuk ISPA dan myalgia, sedangkan untuk tujuan penelitian (2) subyek penelitian adalah dokter dan perawat yang memberikan pelayanan pengobatan di puskesmas. Untuk mendapatkan gambaran tentang pola peresepan maka secara acak dipilih 43 puskesmas di 8 kabupaten/kota di Provinsi Sumatera Barat, sedangkan untuk keperluan intervensi pelatihan dipilih 15 puskesmas secara acak di 3 dari 8 kabupaten/kota, yaitu Kabupaten Solok, Pasaman, dan Payakumbuh.

Pengumpulan data penggunaan obat dilakukan secara retrospektif yaitu selama kurun waktu satu bulan terakhir, sebelum dilakukannya intervensi pelatihan. Data penggunaan obat untuk ISPA dan myalgia dilacak melalui catatan medik atau *family folder* yang terdapat di puskesmas.

Selanjutnya, intervensi pelatihan penggunaan obat yang rasional dilaksanakan dalam dua tahap. Pelatihan tahap pertama ditujukan kepada dokter puskesmas. Pelatihan tahap pertama dilakukan di tingkat kabupaten dengan melibatkan seluruh dokter puskesmas di masing-masing kabupaten. Pelatihan bersifat interaktif, berbasis pada masalah riil puskesmas (*problem-based*) dan lebih berfokus pada pembahasan kasus (*case-based*), serta menggunakan pendekatan *team building* untuk mencapai kesepakatan di antara para peserta. Pelatihan bersifat terstruktur, menggunakan modul pelatihan yang terdiri dari: (1) pedoman untuk pelatih (*trainer's guide*) dan (2) materi pelatihan, sedangkan lama pelatihan adalah tiga hari (18 jam).

Pelatihan tahap ke dua ditujukan untuk perawat yang bertugas di balai pengobatan puskesmas. Pelatihan dilakukan dengan metode *on the job training* yang diikuti oleh perawat yang bertugas di balai pengobatan puskesmas. Pelatihan dilakukan di puskesmas masing-masing, dengan metode *case-based*, serta memanfaatkan kasus-kasus yang dijumpai sehari-hari di puskesmas. Selain menggunakan modul terstruktur untuk pola latihan 18 jam, peserta juga mendapat buku Pedoman Pengobatan Berdasarkan Gejala. Periode penelitian adalah April hingga November 1997.

Untuk menilai perubahan pola penggunaan obat maka pengumpulan data peresepan dilakukan dua kali yaitu sebelum periode intervensi (sebagai data dasar) dan 6 bulan setelah intervensi. Data peresepan diambil secara acak dari 15 puskesmas yang berada di 3 kabupaten yang menjadi area penelitian. Pemilihan puskesmas ditetapkan secara acak dengan komposisi masing-masing 2 puskesmas di daerah perkotaan dan 2 puskesmas di daerah pedesaan.

Data persepsian dikumpulkan menggunakan formulir indikator persepsian dalam bentuk *structured form*. Data dikumpulkan dari seluruh puskesmas induk yang berada dalam wilayah kabupaten terpilih, menggunakan formulir indikator persepsian untuk data dasar. Sumber data adalah buku register harian pasien dan lembar resep pasien, serta kartu obat untuk konfirmasi.

Data persepsian yang diambil meliputi dua diagnosis, ISPA pada balita dan dewasa, serta penyakit jaringan otot (*myalgia/rematik*).

## HASIL PENELITIAN DAN PAMBAHASAN

### 1. Karakteristik Unit Analisis Penelitian

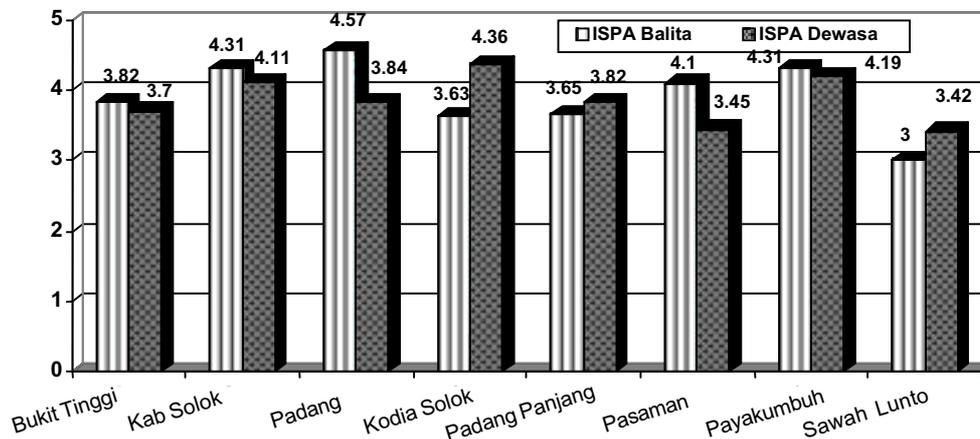
Data resep obat yang digunakan sebagai data dasar sebelum intervensi berjumlah 3750 resep yang diambil secara acak sistematis dari 43 puskesmas. Sedangkan untuk pascaintervensi data resep yang dikumpulkan berjumlah 2543. Dari 15 puskesmas yang dipilih secara acak untuk evaluasi hasil intervensi terdapat 15 dokter dan 29 perawat.

Tabel 1. Karakteristik unit observasi

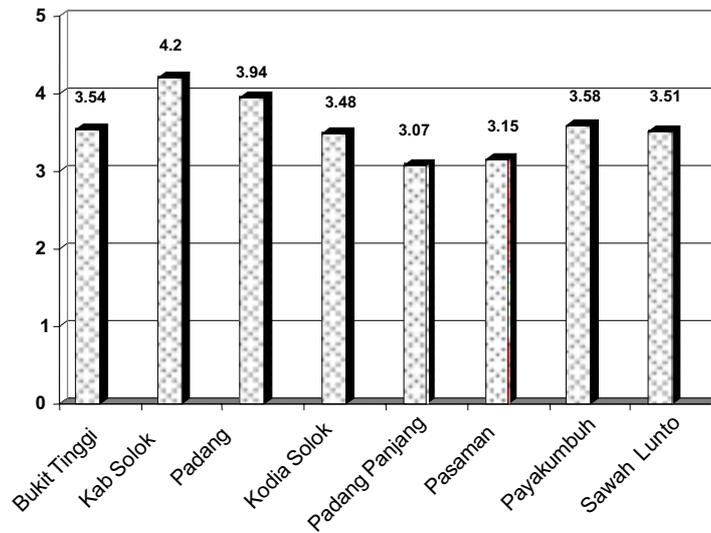
Karakteristik	frekuensi
Untuk tujuan penelitian (1)	
- Jumlah kabupaten/kota	8
- Jumlah puskesmas	43
- Jumlah resep ISPA	2400
- Jumlah resep myalgia	1350
Untuk tujuan penelitian (2)	
- Jumlah kabupaten/kota	3
- Jumlah puskesmas	15
- Jumlah dokter	15
- Jumlah perawat	29
- Jumlah resep	
- Preintervensi	1328
- Pascaintervensi	1215

a. Rata-rata jumlah *item* obat per kasus ISPA  
 Penelitian ini menemukan bahwa rata-rata jumlah *item* obat yang diberikan pada pasien ISPA balita sebanyak 3.62, sedangkan untuk ISPA dewasa relatif sama, yaitu 3.69. Di beberapa kabupaten, balita dengan ISPA umumnya justru mendapat rata-rata jumlah *item* obat yang lebih tinggi daripada pasien ISPA dewasa. Hal ini terlihat di puskesmas yang terdapat di 5 kabupaten, yaitu Bukit Tinggi, Kabupaten Solok, Kodia Padang, Kabupaten Pasaman, dan Payakumbuh. Kodia Padang mencatat jumlah *item* obat per pasien balita terbanyak (4,57) dibandingkan dengan kabupaten yang lain, sedangkan jumlah *item* obat terbanyak untuk dewasa dengan ISPA ditemukan di Kodia Solok (4,36). Dibandingkan dengan kabupaten yang lain persepsian obat tersedikit baik untuk ISPA dewasa maupun balita ditemukan di Kabupaten Sawahlunto, yaitu masing-masing 3 jenis untuk balita dan 3,42 jenis untuk dewasa.

b. Rata-rata jumlah *item* obat per kasus Myalgia  
 Pada Gambar 2 dipresentasikan rata-rata jumlah *item* obat per kasus Myalgia. Meskipun tidak lebih banyak dibandingkan dengan ISPA, namun rata-rata jumlah obat lebih dari 4 ditemukan di Kabupaten Solok (4,2). Kabupaten Padang Panjang mencatat paling sedikit rata-rata jumlah *item* obat yang diresepkan untuk myalgia, yaitu 3,07.



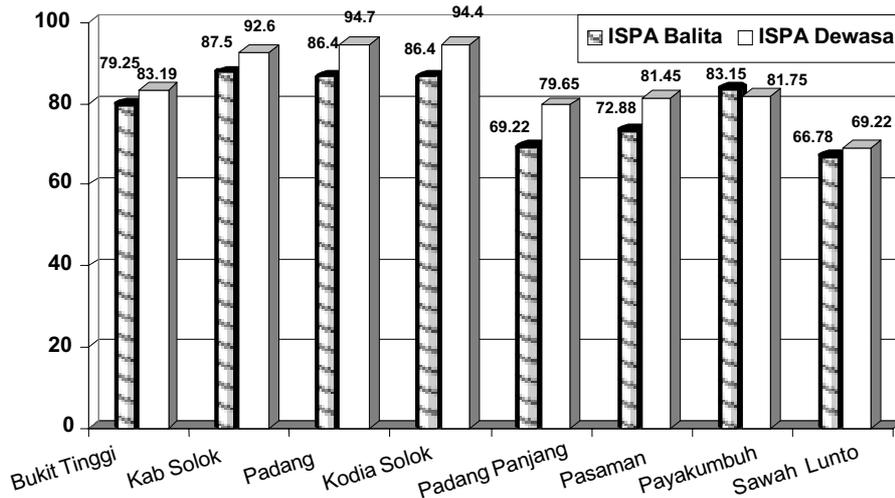
Gambar 1. Rata-rata Jumlah *Item* Obat Per Kasus ISPA pada Balita dan Dewasa di Puskesmas di 8 Kabupaten, Provinsi Sumatera Barat



Gambar 2. Rata-rata Jumlah Item Obat Per Kasus Myalgia di Puskesmas di 8 Kabupaten, Provinsi Sumatera Barat

- c. Penggunaan antibiotika untuk ISPA di puskesmas di delapan kabupaten, Provinsi Sumatera Barat  
Peresepan antibiotika untuk pasien ISPA dewasa terlihat tinggi di puskesmas-puskesmas di Kabupaten dan Kotamadia Solok, serta Kotamadia Padang, yaitu rata-rata di atas 90%.

Selain kabupaten di atas pemberian antibiotika pada penderita ISPA dewasa kurang dari 85%. Di Kabupaten Sawah Lunto penggunaan antibiotika pada penderita ISPA dewasa terendah dibanding kabupaten lainnya yaitu mencapai kurang dari 70% baik untuk balita maupun dewasa.

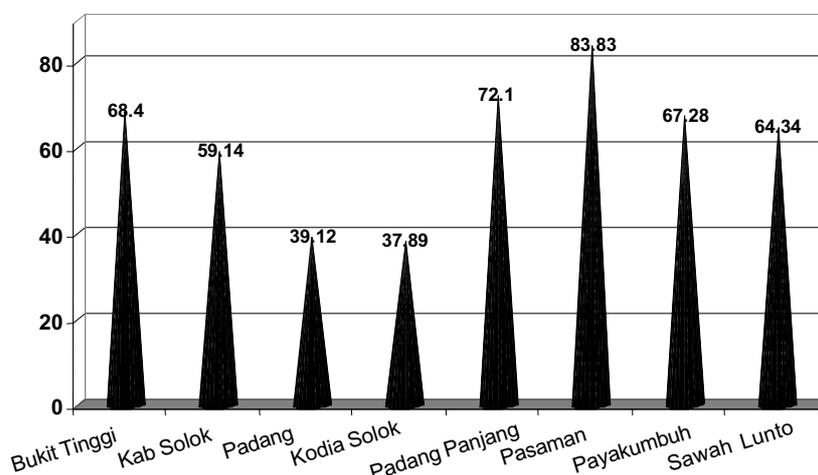


Gambar 3. Penggunaan Antibiotika untuk ISPA pada Balita dan Dewasa di Puskesmas di 8 Kabupaten, Provinsi Sumatera Barat

- d. Penggunaan injeksi untuk kasus myalgia di puskesmas di delapan kabupaten, Provinsi Sumatera Barat  
 Kebiasaan memberikan injeksi untuk kasus Myalgia tampaknya tidak terhindarkan. Ini terbukti dari tingginya persentase penggunaan injeksi untuk keluhan otot dan jaringan ikat. Penggunaan injeksi tertinggi ditemukan di kabupaten Pasaman (83.83%), disusul oleh Padang Panjang (72.1%), dan Kodia Bukit Tinggi (68.4%) (Gambar 4).

**DAMPAK INTERVENSI PELATIHAN TERHADAP MUTU PENGGUNAAN OBAT**

Enam bulan setelah intervensi pelatihan berjenjang, penggunaan obat menurun secara bermakna, pada yang diresepkan oleh dokter maupun oleh perawat. Untuk balita dengan ISPA penggunaan obat oleh dokter menurun dari rata-rata 3,74 *item* menjadi 2,47 *item*, sedangkan yang diresepkan oleh perawat juga menurun, yaitu dari rata-rata 3,67 menjadi 2,39 *item*. Penurunan keduanya bermakna secara statistik ( $p < 0,05$ ). Hal yang sama juga terjadi pada penderita ISPA dewasa yang rata-rata jumlah obat per pasien menurun secara bermakna pascaintervensi dibanding sebelum intervensi, baik yang diresepkan oleh dokter ( $p = 0,041$ ) maupun perawat ( $p = 0,038$ ). (Tabel 2).



**Gambar 4. Penggunaan Injeksi untuk Kasus Myalgia di Puskesmas di 8 Kabupaten, Provinsi Sumatera Barat**

**Tabel 2. Penurunan Penggunaan Obat Antibiotika pada Penderita ISPA Enam Bulan Setelah Intervensi Pelatihan Berjenjang**

Indikator	Pre intervensi	Pascaintervensi	p
Jumlah <i>item</i> obat per pasien ISPA balita			
• Dokter	3,74 ± 0,58	2,47 ± 0,67	<i>t-test</i> , 0,021
• Perawat	3,67 ± 0,49	2,39 ± 0,73	<i>t-test</i> , 0,045
Jumlah <i>item</i> obat per pasien ISPA dewasa			
• Dokter	4,11 ± 0,63	3,21 ± 0,71	<i>t-test</i> , 0,041
• Perawat	3,78 ± 0,51	2,37 ± 0,57	<i>t-test</i> , 0,038
% antibiotika untuk ISPA balita			
• Dokter	72,75	67,18	$X^2=0,82$ $P=0,05$
• Perawat	81,37	42,40	$X^2=32,12$ $P=0,00$
% antibiotika untuk ISPA dewasa			
• Dokter	89,18	44,15	$X^2=45,45$ $P=0,00$
• Perawat	91,22	38,71	$X^2=61,34$ $P=0,00$
Jumlah <i>item</i> obat per pasien myalgia			
• Dokter	4,39 ± 0,66	2,33 ± 0,76	
• Perawat	4,68 ± 0,79	3,18 ± 0,47	
% injeksi untuk pasien myalgia			
• Dokter	69,11	31,89	$X^2=27,38$ $P=0,00$
• Perawat	79,56	62,91	$X^2=2,03$ $P=0,15$

Penurunan penggunaan antibiotika secara bermakna untuk pasien balita dengan ISPA ternyata hanya terjadi pada perawat ( $p < 0,05$ ), sedangkan pada dokter, meskipun juga terjadi perbaikan, tetapi hal ini tidak bermakna secara statistik ( $p = 0,82$ ). Tidak demikian halnya dengan pasien dewasa dengan ISPA. Pada kelompok ini penggunaan antibiotika oleh dokter turun hingga setengahnya ( $p < 0,05$ ), sedangkan pada perawat penurunan bahkan mencapai hingga tinggal sepertiga dari persepsian antibiotika sebelum intervensi ( $p < 0,05$ ).

Untuk pengobatan myalgia penurunan rata-rata jumlah item obat juga secara signifikan ditemukan baik pada dokter maupun perawat, meskipun secara faktual perbaikan ini lebih tinggi pada dokter dibanding perawat. Hal ini sangat berbeda dengan penggunaan injeksi. Kelompok dokter mengantisipasi perbaikan persepsian secara lebih baik dan bermakna, yaitu dari 61,11% sebelum intervensi menjadi 31,89% setelah intervensi, sedangkan pada kelompok perawat meskipun juga bermakna secara statistik, penurunan penggunaan injeksi untuk myalgia relatif kecil, yaitu dari 79,56% sebelum intervensi menjadi 62,91% setelah intervensi.

## PEMBAHASAN

Meskipun penelitian ini hanya difokuskan pada dua jenis diagnosis yaitu ISPA dan myalgia, tetapi hasil studi menggambarkan tingginya tingkat penggunaan obat yang tidak perlu pada kedua diagnosis tersebut di puskesmas. Polifarmasi sangat umum dijumpai untuk mengatasi ISPA dan myalgia. Hasil ini tidak berbeda dengan persepsian oleh dokter umum praktek swasta, yang juga cenderung meresepkan obat dalam bentuk polifarmasi pada ISPA.<sup>5,6</sup> Berbagai penelitian menemukan bahwa persepsian yang berlebihan dan tidak rasional cenderung meningkatkan terjadinya *adverse drug event* (ADE).<sup>7,8</sup> Terdapat hubungan linear antara jumlah obat yang diresepkan dengan terjadinya ADE, yaitu semakin banyak obat yang diresepkan maka semakin tinggi pula risiko untuk terjadinya ADE ini. Beberapa peneliti mengemukakan bahwa polifarmasi umumnya didasarkan pada berbagai faktor, antara lain: (1) ketidakpercayaan dokter akan diagnosis pasien,<sup>9,10</sup> (2) dorongan pasien untuk meresepkan obat lain yang tidak diperlukan,<sup>10</sup> (3) persepsi dokter bahwa dari berbagai obat yang diberikan, beberapa di antaranya pasti akan memberikan efek yang diharapkan,<sup>10,11</sup> dan (4) kurangnya pengetahuan dokter terhadap bukti-bukti ilmiah terbaru tentang penggunaan berbagai jenis obat.<sup>11,12,13</sup>

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa sebagian besar pasien yang datang ke puskesmas dengan diagnosis ISPA, baik balita maupun dewasa cenderung mendapat antibiotika. Berbagai studi menunjukkan bahwa ISPA umumnya disebabkan oleh virus dan bersifat dapat sembuh sendiri tanpa terapi medikamentosa (*self limiting disease*), sehingga antibiotika tentu tidak diperlukan pada sebagian besar ISPA.<sup>14,15,16</sup> Penggunaan antibiotika untuk ISPA ini ternyata juga ditemukan tidak saja di puskesmas dan di negara sedang berkembang saja, tetapi juga di praktik swasta dan bahkan di negara-negara maju.<sup>15,16,17.</sup>

Penggunaan injeksi di puskesmas untuk myalgia ditemukan relatif sangat tinggi dalam penelitian ini. Secara farmakologi pemberian obat per injeksi dimaksudkan untuk beberapa tujuan, antara lain<sup>18</sup>: (1) diperlukan efek yang cepat, (2) obat tidak dapat diabsorpsi pada pemberian per oral, (3) untuk kondisi kegawatdaruratan yang tidak memungkinkan pemberian obat secara oral. Pemberian injeksi untuk myalgia tentu tidak rasional, karena tidak memenuhi salah satu kaidah farmakologi. Terapi simptomatis untuk myalgia seharusnya cukup diberikan per oral yang relatif lebih aman.

Penelitian ini dilakukan dalam upaya meningkatkan mutu penggunaan obat di puskesmas, melalui intervensi pelatihan penggunaan obat yang rasional. Sasaran intervensi adalah dokter dan perawat yang bertugas di balai pengobatan puskesmas. Target dari intervensi adalah menurunkan penggunaan antibiotika untuk ISPA nonpneumonia serta menurunkan penggunaan injeksi untuk kasus myalgia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelatihan yang bersifat motivasi, interaktif, berbasis pada masalah, dan menggunakan modul terstruktur dapat menurunkan praktek polifarmasi, serta menurunkan penggunaan antibiotika pada ISPA nonpneumonia secara bermakna. Penggunaan injeksi untuk myalgia, baik oleh dokter maupun perawat yang bertugas di puskesmas, juga menurun secara bermakna. Intervensi penggunaan obat di pelayanan kesehatan dapat dilakukan dalam berbagai cara, antara lain adalah *academic detailing*, pelatihan terstruktur, supervisi dan umpan balik, dan kursus terfokus.<sup>19-22</sup>

Intervensi pelatihan ternyata mampu memperbaiki pola penggunaan obat di puskesmas serta menurunkan penggunaan obat dan injeksi yang tidak perlu. Hal ini juga dilaporkan oleh beberapa peneliti sebelumnya.<sup>19,21,22</sup> Namun demikian, penelitian ini belum dapat menjamin apakah perbaikan

pereseapan dapat dipertahankan dalam jangka yang lama, karena evaluasi hanya dilakukan sekali, yaitu 6 bulan pasca intervensi. Selama ini diketahui bahwa di sebagian besar puskesmas *turn-over* dokter umumnya tinggi, yaitu rata-rata 3-5 tahun. Keadaan ini tentu menjadi kendala tersendiri untuk menjamin kesinambungan (*sustainability*) dari hasil intervensi. Hal yang sama juga dikemukakan oleh peneliti lain.<sup>21,22</sup> Namun demikian, jika diamati lebih jauh, dari penelitian ini terlihat bahwa perbaikan mutu penggunaan obat secara konsisten terjadi pada kelompok perawat. Mereka ini umumnya adalah pegawai negeri sipil yang bertempat tinggal di sekitar puskesmas, dengan masa tinggal yang relatif panjang, sehingga isu *turn-over* pun relatif minimal. Pada kelompok inilah perbaikan mutu pereseapan di puskesmas dapat ditargetkan secara berkesinambungan.

Penelitian ini juga menemukan bahwa metode pelatihan harus dirancang secara spesifik berdasarkan populasi target yang dijadikan sasaran intervensi. Pelatihan yang bersifat interaktif, motivasional, berdasarkan pada masalah (*problem-based approach*), dan menggunakan modul terstruktur ternyata paling sesuai untuk memperbaiki mutu pereseapan pada dokter, sedangkan untuk perawat yang bertugas di balai pengobatan, pelatihan yang sifatnya interaktif, berbasis pada masalah riil sehari-hari, dan dilaksanakan secara *on the job training*, tampaknya lebih cocok untuk mengubah perilaku pereseapan yang mungkin sudah berlangsung hingga puluhan tahun. Namun demikian, perlu pula disadari bahwa intervensi yang hanya dilaksanakan sekali tentu belum tentu menjamin kesinambungan perbaikan pereseapan.<sup>18</sup> Diperlukan upaya lain yang lebih sistematis, terencana dan terstruktur agar perbaikan mutu penggunaan obat di pelayanan kesehatan dapat berlangsung secara konsisten, antara lain dengan mengembangkan mekanisme supervisi dan umpan balik serta monitoring yang terus-menerus ke unit-unit pelayanan kesehatan yang ada.

## KESIMPULAN

Penggunaan obat di puskesmas, khususnya untuk ISPA dan myalgia cenderung berlebih dan biasanya dalam bentuk polifarmasi. Intervensi pelatihan, baik untuk dokter maupun perawat yang bertugas di balai pengobatan puskesmas, dapat menurunkan penggunaan antibiotika pada ISPA, menurunkan jumlah rata-rata item obat pada ISPA dan myalgia, serta menurunkan penggunaan injeksi pada myalgia.

## KEPUSTAKAAN

1. Dwiprahasto I. Ketersediaan obat di kabupaten dan mutu pereseapan di pusat pelayanan kesehatan primer. BIKed, 2004;36(2), 89-96.
2. Britten N, Ukoumunne O, Boulton MG. Patients' attitudes to medicines and expectations for prescriptions. *Health Expectations* 2002;5:256-69.
3. Kane A, Lloyd J, Zaffran M, Simonsen L, Kane M. Transmission of hepatitis B, hepatitis C and human immunodeficiency viruses through unsafe injections in the developing world: model-based regional estimates. *Bull WHO* 1999;77(10):801-807.
4. Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Art. No.: CD000011. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.
5. Pavin, M., Nurgozhin, T., Hafner, G. et al. Prescribing practices of rural primary health care physicians in Uzbekistan. *Tropical Medicine and International Health* 8, 2003:182-90.
6. Jain, N., Lodha, R. & Kabra, S. Upper respiratory tract infections. *Indian Journal of Pediatrics* 68, 2001:1135-8.
7. Bates DW, Cullen DJ, Laird N. Incidence of adverse drug and potential adverse drug events. *JAMA* 1995; 274:29-34.
8. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the 2E1, Canada. ambulatory setting. *JAMA*. 2003; 289 (9): 1107-16
9. Schwartz RK, Soumerai SB, Avorn J. Physician motivations for nonscientific drug prescribing. *Soc Sci Med*. 1989;28(6):577-82.
10. Hemminki E. Review of literature on the factors affecting drug prescribing. *Soc Sci Med* 1975;9:111-5.
11. Stimson GV. Doctor-patient interaction and some problems for prescribing. *J R Coll Gen Pract*. 1976;26(1):88-96.
12. Britten N, Ukoumunne O. The influence of patients' expectations of receiving prescriptions on doctors' perceptions and the decision to prescribe. *BMJ*. 1997;315:1506-10.
13. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations — a questionnaire study. *BMJ*. 1997;315:520-3.

14. Cars, H. & Hakansson, A. To prescribe—or not to prescribe—antibiotics. District physicians' habits vary greatly, and are difficult to change. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 1995; 13, 3–7.
15. Pechere, J. (2001). Patients' interviews and misuse of antibiotics. *Clinical Infectious Diseases*. 2002; 33, Suppl. 3: S170–3.
16. Macfarlane, J., Holmes, W., Macfarlane, R. et al. Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute lower respiratory tract illness in general practice: questionnaire study. *British Medical Journal* 315, 1997: 1211–4.
17. Arroll B, Kenealy T. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 4. Art. No.: CD000247. DOI: 10.1002/14651858.CD000247.
18. Dicko M, Oni A-Q Q, Ganivet S, Kone S, Pierre L, Jacquet B. Safety of immunization injections in Africa: not simply a problem of logistics. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000; 78: 163-9.
19. Zwar N, Wolk J, Sanson-Fisher R, Kehoe L. Influencing antibiotic prescribing in general practice: a trial of prescriber feedback and management guidelines. *Fam Pract*, 1999;16:495-500.
20. Turnidge J, Zwar N. Minimising inappropriate prescribing of antibiotics. *Med Today*, 2000;1:70-81.
21. Soumerai SB, Avorn J, Taylor WC, Wessels M, Maher D, Hawley SL. Improving choice of prescribed antibiotics through concurrent reminders in an educational order form. *Med Care*. 1993;31:552-8.
22. May FW, Rowett DS, Gilbert AL, McNeece JI, Hurley E. Outcomes of an educational outreach service for community medical practitioners: non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Med J Aust*, 1999;170:471-471.

Judul buku : *Hard facts, dangerous half-truths & total nonsense: profiting from evidence-based management*  
 Penulis : Jeffrey Pfeffer dan Robert Sutton  
 Penerbit : Harvard Business School Press  
 Tahun : 2006  
 Tebal : 276 halaman

 apabila pengambilan keputusan para dokter mengikuti pola yang diterapkan para manajer sekarang ini maka jumlah pasien yang meninggal dan tuntutan legal akan meningkat drastis. Pernyataan yang provokatif ini digunakan oleh Pfeffer dan Sutton dalam buku *Hard facts, half truths and total nonsense* untuk mengilustrasikan masalah pemanfaatan *evidence* dalam pengambilan keputusan manajerial dewasa ini. Konsep *evidence-based practice* tentunya sangat familiar bagi pembaca yang berlatar belakang medis karena memang diadopsi dari konsep *evidence-based medicine*. Kedua penulis juga mengakui bahwa *evidence-based management* sendiri bukan sebuah konsep baru, sebelumnya pada tahun 1990 Richard Pascale mengupas hal yang serupa dalam buku *Managing on the Edge* dan pada tahun 2003 Sydney Finkelstein mengupasnya pula dalam *Why Smart Executives Fail*. Meskipun demikian, lebarnya kesenjangan antara *evidence* dan praktik dalam manajemen hingga kini nampaknya mengusik kedua professor dari Universitas Stanford ini untuk mengangkatnya kembali dalam diskursus manajerial.

Buku ini terdiri dari tiga bagian. Dalam bagian pertama, *Setting the stage*, kedua penulis menyampaikan argumentasi mengapa setiap organisasi memerlukan *evidence-based management* dan bagaimana organisasi dapat menerapkannya. Yang menarik dalam bagian ini diuraikan tiga praktik pengambilan keputusan yang buruk dan paling sering diumpai di dunia bisnis, yaitu: (1) *casual benchmarking*; (2) melakukan apa yang nampaknya memadai di masa lalu; dan (3) memberlakukan suatu konsep (misal: *TQM, Re-engineering, Balance Score Card*) sebagai suatu ideologi yang kemudian diikuti secara fanatis. Kedua profesor ini menggarisbawahi bahwa sebagian besar konsep manajemen merupakan *half-truths* dalam arti bahwa meskipun ada benarnya dan bisa bermanfaat namun upaya untuk mengadopsi harus lebih hati-hati karena sebagian besar konsep

tersebut bersifat kondisional dan sebagaimana setiap gagasan mesti ada kelemahan selain kelebihan. Sebagai solusinya Pfeffer dan Sutton menawarkan tujuh pertanyaan kritis yang perlu kita ajukan sebelum mengadopsi suatu gagasan manajerial. Pertanyaan-pertanyaan tersebut pada prinsipnya berupaya untuk mengkritisi asumsi-asumsi yang mendasari gagasan yang akan diadopsi.

Di bagian kedua, *dangerous half-truths about managing people and organizations*, Pfeffer dan Sutton mendemonstrasikan upaya analisis kritis terhadap beberapa gagasan manajerial yang telah diadopsi banyak organisasi seperti: (1) organisasi yang terbaik memiliki SDM yang terbaik; (2) insentif finansial akan meningkatkan kinerja; (3) pemimpin menentukan hidup matinya organisasi, dan (4) keharusan untuk perubahan. Dalam mengupas perubahan, *change or die*, kedua penulis menganalisis bukti-bukti dari berbagai inisiatif perubahan seperti: (1) *merger* dan akuisisi; (2) adopsi perangkat lunak baru; (3) *re-engineering*; dan (4) perbaikan mutu. *State of Reengineering Report* yang disusun oleh *CSC Index* pada tahun 1994 misalnya menunjukkan bahwa dari 99 inisiatif *reengineering*, 67% menunjukkan hasil yang *mediocre*, marginal atau gagal. Pencetus konsep *reengineering* sendiri, Michael Hammer, sekarang mengakui bahwa hanya 30% dari proyek *reengineering* yang mencapai tujuannya. Kedua penulis mengakhiri pembahasan bukti-bukti empirik perubahan ini dengan menyajikan delapan pertanyaan kritis yang perlu kita pertimbangkan sebelum memulai suatu upaya perubahan.

Bagian ketiga, *From Evidence to Action*, nampaknya merupakan bagian yang nampaknya akan mengecewakan banyak pembaca. Judul dan penempatan bagian ini mengundang harapan bahwa kedua penulis dalam klimaks buku ini akan menyajikan usulan-usulan praktis dan brilian untuk dapat menjembatani jurang antara bukti-bukti dan praktek manajerial. Dengan ekspektansi yang sedemikian tinggi bagian ini terasa terlalu singkat

meskipun masih menyajikan beberapa gagasan yang menarik. Yang paling menarik adalah menurut Pfeffer dan Sutton pada akhirnya salah satu upaya yang dapat menyebarluaskan upaya implementasi *evidence-based management* adalah mengikuti pola yang mendasari penyebarluasnya praktik pengambilan keputusan yang tidak berbasis bukti, yakni melalui advokasi para pakar dan konsultan manajerial terpandang.

Ada dua pertanyaan yang mengusik benak setelah membaca buku ini. Pertama, apakah manajer yang berlatar belakang medis dan *familiar* dengan *evidence based-medicine* (misal dokter yang

menjadi direktur RS), lebih cenderung mempraktekkan *evidence-based management*? Kedua, bagaimana dengan *hard evidence* bahwa penerapan *evidence-based management* dapat meningkatkan kinerja manajerial? Semoga di antara kita ada yang tertarik untuk menulis buku yang dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut.

**Yodi Mahendradhata**  
**(yodi\_mahendradhata@yahoo.co.uk)**

### Dampak Ekonomi dari Penyakit Avian Influenza (H5n1) di Bali

Setelah saya membaca tulisan Saudara A.A.I. Nirmala Trisna, dari Unit Penelitian dan Latihan Epidemiologi Komunitas, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Bali, yang berjudul Dampak Ekonomi Dari Penyakit Avian Influenza (H5N1) di Propinsi Bali dan dimuat di Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol.9/No 01/Maret 2006, maka perkenankanlah saya memberikan tanggapan dan masukan.

Judul di atas yang disajikan merupakan tema menarik untuk dikaji lebih dalam dan merupakan isu terkini dalam dunia ekonomi khususnya ekonomi kesehatan. Beberapa tahun belakangan ini muncul suatu kejadian luar biasa yang berupa wabah (*outbreak*) dan bencana alam (*disaster*) yang sering terjadi di negeri kita ini. Banyak peneliti yang mencoba menganalisis kejadian-kejadian tersebut dari sudut pandang keilmuan masing-masing. Ilmu yang paling umum dikaji untuk meneliti dampak kejadian tersebut adalah ilmu ekonomi. Tetapi setelah membaca lebih teliti judul di atas, maka tanggapan pertama yang muncul dari pikiran awam dan (apalagi) seorang ekonom adalah bahwa judul tulisan tersebut masih sangat luas.

Ketika berbicara masalah ekonomi, maka yang terlintas pertama kali adalah pertanyaan sebagai berikut; ekonomi yang mana? Mikro? Makro? Manajemen? Industri? dan sebagainya, sehingga judul yang disampaikan harus lebih mendalam dan detail, tentang suatu hal yang akan dikaji. Ilmu ekonomi sendiri merupakan bidang keilmuan yang sangat luas. Pada perkembangannya, kajian ilmu ekonomi berkembang menjadi beberapa subkeilmuan. Baik yang sifatnya pengembangan ke dalam, seperti bisnis manajemen, teori ekonomi murni, dan akuntansi keuangan moneter, sedangkan pengembangan ke luar, ekonomi telah terintegrasi dengan keilmuan lainnya, seperti ekonomi sosial, ekonomi politik, ekonomi kesehatan, ekonomi pertanian, ekonomi industri, dan sebagainya.<sup>1</sup> Oleh sebab itu, sekiranya penulis dapat lebih mengerucutkan judul penelitian di atas ke dalam "sub" keilmuan ekonomi yang lebih tepat.

Pada latar belakang dan pendahuluan tulisan tersebut dijelaskan mengenai dampak dari penyakit Avian Influenza (AI) yang dirasakan oleh peternakan dan industri terkait lainnya. Biaya dari penyakit AI

dianalisis untuk mengidentifikasi urgensi dan pentingnya strategi pencegahan dan pengendalian AI secara terpadu, sedangkan pada bahan dan cara penelitian, disebutkan bahwa yang dilihat adalah *cost of illness*. ini menunjukkan bahwa bahasan yang dikaji masih sangat luas atau umum. Jika dilihat dari Latar Belakang, menunjukkan bahwa tulisan ini dikaji secara makroekonomi (dampak AI terhadap industri), tetapi pada cara penelitian ternyata lebih ke arah Mikroekonomi (penghitungan *cost/biaya*).

Jika penulis ingin mengkaji masalah ini dengan pendekatan ekonomi makro, maka sebaiknya penelitian ini memilih untuk menggunakan analisis variabel-variabel ekonomi makro, seperti konsumsi (dampak ekonomi terhadap rumah tangga), investasi (dampak ekonomi terhadap industri dan peranan perusahaan swasta), pengeluaran pemerintah, atau netto perdagangan luar negeri atau ekspor-impor (dampak ekonomi terhadap pariwisata/wisatawan). Tulisan ini sedikit menyinggung masalah ekonomi makro, ketika penulis menyajikan gambaran tentang dampak AI ini yang dapat mengganggu kestabilan ekonomi baik secara *forward linkage* maupun *backward linkage*.<sup>2</sup>

Tulisan ini dapat menjadi pembahasan yang tajam, apabila ditambahkan data tentang berapa persen ketergantungan ekonomi bali (secara umum) terhadap sektor peternakan (*backward linkage*). Bagaimana pola penyebaran AI (kajian secara epidemiologi) di Bali? Apakah sudah menyebar secara luas? Apakah sudah menjadi wabah lokal (*local outbreak*) atau masih terkonsentrasi di daerah tertentu saja, sehingga penghitungan kerugian ekonomi tidak bisa di-*agregat* dengan hanya menghitung seluruh jumlah unggas di Bali yang (apabila semuanya) terkena AI. Perlu dikaji lebih mendalam untuk melihat secara *backward linkage* ini.

Hal serupa juga disampaikan penulis ketika membahas dampaknya melalui pendekatan *forward-linkage*. Tulisan ini tidak disertai data yang menunjukkan apakah adanya wabah AI ini cukup signifikan yang dibuktikan secara empiris terhadap sektor/ industri yang lain, misalnya pengolahan makanan, pariwisata, dan sebagainya. Atau hanya masih sebatas wacana. Apakah ada data mengenai berapa persen penurunan pertumbuhan ekonomi industri-

industri tersebut Bali akibat wabah ini? Bagaimana faktor-faktor yang lain? Disinilah perlu diberikannya asumsi-asumsi yang relevan terkait dampak ekonomi ini untuk melibeh menyederhanakan permasalahan yang ada. Teori ekonomi tidak akan bermakna apabila tidak ada asumsi-asumsi yang menyertainya.

Apabila membaca dari cara penelitian, hasil penelitian, dan pembahasan, maka terlihat bahwa tulisan tersebut mengarahkan pembaca untuk memahami dampak ekonomi akibat AI secara mikro-ekonomi, yaitu dengan menganalisis *cost* (biaya) dan melihat sisi permintaan dan penawaran secara mikroekonomi. Secara umum *cost analysis* (termasuk pula *cost of illness*) harus memasukkan landasan teori dasarnya, yaitu teori biaya. Teori biaya yang paling umum dilakukan misalnya analisis biaya dan manfaat (*cost and benefit*), analisis efektifitas biaya (*cost effectiveness*), dan lain-lain.<sup>3</sup> Hal tersebut belum terbaca secara eksplisit dalam tulisan ini, hanya melihat dampak AI dari sisi biaya langsung dan tidak langsung yang ditanggung oleh penderita. Tulisan tersebut sudah mengarah kepada analisis biaya dan manfaat serta menggunakan konsep biaya oportunitas dan biaya yang hilang. Perlu dipertimbangan untuk menggunakan salah satu konsep tersebut, supaya tulisan menjadi lebih spesifik.

Pada bagian pembahasan juga disinggung peran media dalam rangka menghindari atau mengurangi dampak kerugian akibat AI. Hal ini juga tidak disebut dalam awal penelitian, sehingga muncul suatu opini apakah yang berpengaruh menurunkan pertumbuhan ekonomi di Bali itu penyakitnya atau berita atas penyakit AI tersebut.

Secara umum, kesimpulan juga belum dituliskan secara sistematis penelitian ilmiah, bahkan secara awam ada kesan yang mengarah kepada penelitian

yang bersifat hipotesis. Perlu kajian empiris dengan data riil dan alat analisis ekonomi yang lebih tepat. Saran penelitian yang diajukan masih sebatas saran kebijakan umum, bukan spesifik untuk daerah Bali dengan karakteristik ekonominya yang spesifik pula.

Pada bagian akhir korespondensi ini, ada beberapa inti masukan yang diharapkan bermanfaat bagi pengembangan penelitian sejenis:

- Metodologi, alat analisis, data yang digunakan, dan asumsi merupakan kerangka utama yang paling penting dalam penelitian empiris khususnya penelitian ekonomi.
- Batasan permasalahan perlu diperjelas, mengingat luasnya definisi ekonomi yang digunakan dalam penelitian ini.
- Spesifik ekonomi daerah dan faktor-faktor penentu pertumbuhan daerah perlu dipertajam dalam analisis dan kesimpulan, sehingga usulan kebijakannya tidak bersifat terbuka atau umum tetapi lebih terarah untuk spesifik daerah.

#### KEPUSTAKAAN

1. Toddaro, Michael. *Economic Development*, Eight Edition, Addison-Wesley, USA. 2002.
2. Kuntjoro, Mudrajad. *Ekonomi Pembangunan*, AMP-YKPN, Yogyakarta, 2003.
3. Parkin, Michael, Bade, Robin. *Modern Macroeconomic*, Sixth Edition, Prentice-Hall, Canada. 2004.

**Deni Harbiyanto**

Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan  
FK UGM, Yogyakarta

# PETUNJUK BAGI PENULIS

Misi Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan adalah untuk menerbitkan, menyebarluaskan, dan mendiskusikan berbagai tulisan ilmiah mengenai manajemen dan kebijakan dalam lingkup pelayanan kesehatan, yang membantu pembuat kebijakan, peneliti, dan praktisi agar lebih efektif. Hal tersebut bertujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat.

Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan dalam menerima naskah akan menyaring untuk keaslian, relevansi penelitian dan praktisi manajemen pelayanan kesehatan. Setelah penyaringan awal naskah akan dikirimkan kepada *reviewer* untuk meninjau ulang isi naskah. Editor akan memutuskan penerimaan naskah dengan mempertimbangkan rekomendasi dari *reviewer* yang telah ditunjuk. Editor berhak untuk merubah naskah apabila dipandang perlu, misal dengan memperpendek isi naskah atau menghilangkan bagan dan tabel. Deskripsi lebih lanjut mengenai jenis-jenis naskah yang dimuat oleh JMPK diuraikan di bawah.

## 1. ARTIKEL PENELITIAN

- a. Naskah yang memuat hasil penelitian yang berkaitan dengan manajemen pelayanan kesehatan.
- b. Naskah tidak lebih dari 3000 kata.
- c. Naskah disertai abstrak bahasa Inggris dan bahasa Indonesia baik tulisan yang berbahasa Inggris maupun tulisan berbahasa Indonesia dengan bentuk terstruktur (*backgrounds, methods, results, conclusion*), dan disertai kata kunci (*key words*). Abstrak hendaknya tidak melebihi 200 kata.
- d. Tidak lebih dari 50 referensi

## 2. MAKALAH KEBIJAKAN

- a. Artikel *review*, pembahasan atau hipotesis.
- b. Naskah tidak lebih dari 3000 kata.
- c. Pada dasarnya sama dengan tata cara penulisan artikel penelitian. Hanya saja, untuk abstrak dapat menggunakan bentuk tidak terstruktur.
- d. Tidak lebih dari 50 referensi

## 3. ROUND TABLES

- a. Terdiri dari suatu artikel utama (2000 kata) atas suatu pokok permasalahan manajemen pelayanan kesehatan yang diikuti dengan pembahasan (500 kata) oleh pakar-pakar yang relevan.

## 4. RESENSI

- a. *Review* buku, *web-site*, *cd-rom*, yang relevan dengan permasalahan manajemen pelayanan kesehatan
- b. Menggunakan 400-850 kata, tanpa referensi

## 5. KORESPONDENSI

- a. Tanggapan atas suatu naskah yang diterbitkan di Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan pada edisi sebelumnya atau gagasan-gagasan orisinal dari pembaca.
- b. Menggunakan 400-850 kata
- c. Maksimal 6 referensi

## 6. ACUAN UMUM

- a. Menyertakan surat pernyataan bahwa naskah yang dikirim belum pernah dan tidak sedang dalam proses untuk publikasi, serta tidak akan dipublikasikan di tempat lain dalam bentuk cetakan.
- b. Karangan berupa ketikan komputer, menggunakan perangkat lunak yang umum (MS-WORD) dan diserahkan dalam bentuk elektronik (melalui *email* atau disket) maupun *print out* (rangkap 2). Karangan diketik dengan spasi 1,5 cm pada ukuran kertas kwarto serta tidak bolak-balik (1 kolom).
- c. Judul karangan tidak melebihi 14 kata dan harap disertai ringkasan judul untuk kepala halaman (*header*).
- d. Nama pengarang tidak disertai gelar dan harap disertai alamat kerja yang jelas.
- e. Tabel dan ilustrasi harus diberi judul dan keterangan yang cukup, sehingga tidak tergantung pada teks. Judul tabel diletakkan di atas tabel. Judul gambar diletakkan di bawah gambar.
- f. Penulisan rujukan memakai sistem nomor (*vancouver style* dapat dilihat di [www.jmpk-online.net](http://www.jmpk-online.net)) sesuai dengan urutan penampilan dalam karangan. Misal:  
.....sudah pernah dilaporkan<sup>1</sup>.....  
.....Menurut Sardjito<sup>2</sup>.....  
.....Winstein and Swartz<sup>3</sup> pernah melakukan  
.....oleh Avon *et al*<sup>4</sup>.....
- g. Pernyataan terima kasih diletakkan di atas kepastakaan. Nama-nama yang diutarakan dalam pernyataan harus disertai dengan gelar, jabatan, dan alamat kerja.
- h. Para pengarang diharapkan sedapat mungkin mengikuti *Index Medicus* dan *Index of Indonesian Learned Periodicals* (PDIN 1974) untuk singkatan nama berkala.
- k. Mencantumkan nama, nomor telepon dan HP, alamat instansi yang jelas, dan email.