

**ANALISIS PENETAPAN INSENTIF PELAYANAN
TENAGA PERAWAT DI RSUD
Dr. H. SOEWONDO
KENDAL**



TESIS

Untuk memenuhi persyaratan
mencapai derajat Sarjana S2

Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi Rumah Sakit

Oleh :
R. Ibnu Darmawan
NIM : E4A 003 019

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2008**

PENGESAHAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tesis berjudul :

ANALISIS PENETAPAN INSENTIF PELAYANAN TENAGA PERAWAT DI RSUD

Dr. H. SOEWONDO KENDAL

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : R. Ibnu Darmawan

NIM : E4A 003 019

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 24 Desember 2008 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima.

Pembimbing I

Pembimbing II

Dra. Chriswardani S. M.Kes
NIP. 131 832 258

Septo Pawelas Arso, SKM, MARS
NIP. 132 163 501

Penguji

Penguji

dr. Yosep Chandra, M.Kes
No. 7970541

Lucia Ratna Kartika W. SH. M.Kes
NIP 132 084 300

Semarang,

Universitas Diponegoro

Program Study Ilmu Kesehatan Masyarakat

Ketua,

dr. Martha Irene Kartasurya MSc, PhD.
NIP 131 964 515

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : R. Ibnu Darmawan

NIM : E4A 003 019

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tesis berjudul : ANALISIS
PENETAPAN INSENTIF PELAYANAN TENAGA PERAWAT DI RSUD Dr. H.
SOEWONDO KENDAL adalah merupakan :

1. Hasil karya penulisan yang dipersiapkan dan disusun sendiri.
2. Tesis tersebut belum pernah disampaikan untuk mendapatkan gelar pada program magister ataupun program lainnya.

Pertanggung jawaban atas tesis ini sepenuhnya berada pada diri saya.
Demikian pernyataan saya buat dengan sesungguhnya dan untuk dipergunakan
sebagaimana mestinya.

Semarang,

Penyusun,

R. Ibnu Darmawan

NIM : E4A 003 019

RIWAYAT HIDUP

Nama : R. Ibnu Darmawan
Tempat / tgl lahir : Klaten, 14 September 1962
Jenis Kelamin : Laki-laki.
Agama : Islam
Alamat : Jl. Pahlawan II No: 21 Kendal.
Phone (0294) 381820.

Riwayat pendidikan

1. Lulus SD : SD Bareng Lor 2 Klaten, 31 Desember 1974.
2. Lulus SMP : SMP 1 Klaten, 10 Desember 1977.
3. Lulus SMA : SMA 2 Klaten, 22 April 1981.
4. Lulus S1 : Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Gadjah Mada

Sarjana Kedokteran Gigi, 14 Januari 1987.
Ijazah Dokter gigi, 23 Maret 1987.

Riwayat Pekerjaan

1. Tahun 1987 : Kanwil. Departemen Kesehatan Propinsi Jambi.
2. Tahun 1988 : Puskesmas Rantau Panjang, Bangko.
3. Tahun 1988 : Rumah Sakit Umum Bangko, Jambi.
4. Tahun 1989 : Puskesmas Sarolangun, Jambi.
5. Tahun 1991 : Rumah Sakit Umum Bangko, Jambi.
6. Tahun 1996 : Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Soewondo Kendal.
7. Tahun 2001 : Ka. Subbid. Rekam Medis RSUD Dr. H. Soewondo Kendal.
8. Tahun 2001 : Ka. Bidang Bina Program RSUD Dr. H. Soewondo Kendal.
9. Tahun 2007 : Kepala Subdin Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal.
10. Tahun 2007 : Kepala Bidang Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahnya sehingga dapat terselesaikannya tesis dengan judul ANALISIS PENETAPAN INSENTIF PELAYANAN TENAGA PERAWAT DI RSUD Dr. H. SOEWONDO KENDAL. Tesis ini disusun untuk memenuhi persyaratan mencapai derajat Sarjana S2 Program Study Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit, Universitas Diponegoro Semarang.

Penyusunan hingga terwujudnya tesis ini tidak lepas bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini tak lupa terimakasih yang sebesar-besarnya penulis sampaikan kepada :

1. Ibu dr. Sri Rahayuningsih, MARS, mantan direktur RSUD Dr. H. Soewondo Kendal yang telah memberi kesempatan penulis untuk melanjutkan pendidikan Pasca Sarjana.
2. Bapak dr. Sudiro, MPH. Dr.PH selaku mantan Ketua Program Study Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro Semarang.
3. Ibu dr. Martha Irene Kartasurya MSc, PhD selaku Ketua Program Study Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro Semarang.
4. Ibu Dra. Chriswardani Suryawati, M.Kes. selaku Pembimbing I dalam penyusunan tesis ini yang dengan sabar telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran dalam menjalankan pembimbingan.
5. Bapak Septo Pawelas Arso, SKM, MARS. selaku Pembimbing II dalam penyusunan tesis yang telah banyak memberikan masukan dan saran hingga terselesaikannya penulisan.
6. Bapak Yosep Chandra dr, M.Kes. selaku Penguji dalam uji sidang tesis yang telah banyak memberikan masukan dan arahan hingga tesis tersusun lebih sempurna.

7. Ibu Lucia Ratna Kartika Wulan SH, M.Kes. selaku Penguji dalam uji sidang tesis yang telah banyak memberikan masukan dan arahan demi sempurnanya penyusunan tesis.
8. Jajaran direksi dan staf serta para perawat di RSUD Dr. H. Soewondo Kendal yang telah memberikan bantuan moril maupun materiil hingga terselesaikannya penulisan tesis ini.
9. Bapak dr. Kadar Suyanto, MM selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal yang telah memberikan kesempatan untuk menyelesaikan study.
10. Ibu Hj. Sri Mulyani Subroto, Bapak H Suparmanto Haripranoto Bsc dan Ibu, para orang tua terkasih dalam hidupku.
11. Istriku aktifis pekerja sosial yang tangguh, Roro Vitasari anakku mahasiswa kedokteran dan Roro Etikawati siswi SMA yang senantiasa mendoakan untuk selesainya study bapaknya.
12. Semua pihak yang telah turut membantu dalam penulisan tesis ini.

Pasti, tiada gading yang tak retak. Mohon maaf dan semoga karya penulisan tesis ini bermanfaat.

Kendal,
R. Ibnu Darmawan.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
ABSTRAK	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Pertanyaan Penelitian	8
D. Tujuan Penelitian	9
E. Manfaat Penelitian	9
F. Keaslian Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit	13
B. Kompensasi	15
C. Pengupahan Insentif	23
D. Asuhan Keperawatan	29
E. Kepuasan Kerja	32
F. Kerangka Teori	33
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
A. Kerangka Konsep Penelitian	37
B. Rancangan Penelitian	37
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Gambaran Umum RSUD Dr. H. Soewondo Kendal	47
B. Pengelolaan Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan RSUD Dr. H. Soewondo Kendal Saat Ini	52
C. Hasil Pelaksanaan Wawancara Mendalam	61
D. Hasil Pelaksanaan <i>Bench Mark</i> dengan RSUD Banyumas dan RSUD Wonosobo	69
E. Pembahasan Rancangan Sistem Insentif Tenaga Perawat menggunakan FGD	83
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	99
B. Saran	101
DAFTAR PUSTAKA	104
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
4.1	Distribusi Tenaga Keperawatan di RSUD dr. H. Soewondo Kendal per Agustus 2008	51
4.2	Indeks Golongan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal	57
4.3	Indeks Masa Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal	57
4.4	Indeks Pendidikan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal	58
4.5	Indeks Volume Kehadiran Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal	58
4.6	Indeks Tanggung Jawab Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal	59
4.7	Indeks Beban Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal	59
4.8	Karakteristik Informan wawancara mendalam Analisis Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal	61
4.9	Indeks Golongan Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas	71
4.10	Indeks Masa Kerja Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas	72
4.11	Indeks Volume Kerja Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas	72
4.12	Indeks Pendidikan Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas	73
4.13	Indeks Tanggung Jawab Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas	74
4.14	Indeks Volume Beban Kerja Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas	75
4.15	Indeks Golongan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal	77
4.16	Indeks Masa Kerja Tenaga Keperawatan RSUD	78

	dr. H. Soewondo Kendal	
4.17	Indeks Volume Kehadiran Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal	78
4.18	Indeks Pendidikan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal	79
4.19	Indeks Tanggung Jawab Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal	79
4.20	Indeks Beban Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal	80
4.21	<i>Landscape</i> perbandingan standar penilaian indeks	80
4.22	Karakteristik Informan FGD Analisis Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal	83
4.23	Indeks Tanggung Jawab Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal	84
4.24	Distribusi Pendidikan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal	85
4.25	Indeks Pendidikan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal	85
4.26	Indeks Pangkat/Golongan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal	86
4.27	Indeks Masa Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal	87
4.28	Indeks Volume Pekerjaan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal	87
4.29	Indeks Resiko Pekerjaan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal	88
4.30	Simulasi perhitungan insentif pelayanan tenaga keperawatan bernama A di RSUD dr. H. Soewondo Kendal	96
4.31	Simulasi perhitungan insentif pelayanan tenaga keperawatan bernama B di RSUD dr. H. Soewondo Kendal	97

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
2.1	Komponen Kompensasi	17
2.2	Kerangka Teoritis	36
3.1	Kerangka Konsep	37
4.1	Bagan Susunan Organisasi RSUD	50
4.2	Bagan Alur pemberian tugas	84

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat-surat Ijin Penelitian
2. Pedoman Wawancara Mendalam
3. Pedoman Focus Group Discussion
4. Transkrip Hasil Wawancara Mendalam
5. Transkrip Focus Group Discussion

PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG
Tesis, Desember 2008

ABSTRAK

R. Ibnu Darmawan

Analisis Penetapan Insentif Pelayanan Tenaga Perawat

Di RSUD Dr. H. Soewondo Kendal

102 halaman, 30 tabel, 3 gambar, 4 lampiran

RSUD Dr. H. Soewondo Kendal adalah Rumah Sakit Umum Daerah milik Pemerintah Kabupaten Kendal merupakan unit swadana daerah yang perhitungan tarif pelayanan kesehatan berdasarkan Unit Cost. Anggaran Pendapatan dan Belanja Rumah Sakit berasal dari penerimaan rumah sakit berdasarkan Peraturan Daerah Nomor 24 Tahun 2001 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Keputusan Bupati Kendal Nomor 14 Tahun 2002 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Kelas Utama A/B dan Kelas I di RSUD Dr. H. Soewondo Kendal. Insentif tenaga perawat diatur dalam Surat Keputusan Direktur RSUD Dr. H. Soewondo Kendal Nomor : 900/0997/RSUD/2005 tanggal 18 Oktober 2005. Timbul masalah tidak seimbangnya insentif pelayanan tenaga perawat.

Penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan studi kualitatif melalui wawancara mendalam, *bench mark*, dan *focus group discussions* (FGD) untuk memberikan gambaran tentang faktor-faktor yang berpengaruh dalam penetapan insentif pelayanan tenaga perawat.

Hasil penelitian menunjukkan tidak seimbangnya besaran penerimaan insentif tenaga perawat yang kurang berazas keadilan sehingga perlu dilakukan perbaikan pada distribusi insentif pelayanan tenaga perawat di RSUD Dr. H. Soewondo Kendal.

Penelitian ini menyarankan meninjau kembali Peraturan Daerah Nomor 24 Tahun 2001 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Keputusan Bupati Kendal Nomor 14 Tahun 2002 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Kelas Utama A/B dan Kelas I di RSUD Dr. H. Soewondo Kendal serta Surat Keputusan Direktur RSUD Dr. H. Soewondo Kendal Nomor : 900/0997/RSUD/2005 tanggal 18 Oktober 2005.

Kata Kunci : insentif pelayanan, tenaga perawat, rumah sakit.

Daftar Pustaka : 26 (1990-2005)

ABSTRACT

R. Ibnu Darmawan

Determining Analysis of Nurse's Services Incentive at Dr. H. Soewondo Public Hospital in Kendal

102 pages + 30 tables + 3 figures + 4 enclosures

Dr. H. Soewondo Public Hospital belongs to the local government of Kendal District in which the hospital manages a budget by its self and calculation of health services tariff is based on unit cost. Budget of income and expenditure of the hospital is from income of the hospital based on the Local Government Regulation No. 24 Year 2001 about Retribution of Health Services and the Regent's Decree of Kendal District No. 14 Year 2002 about Retribution of Health Services in Main Class A/B and Class I at Dr. H. Soewondo Public Hospital of Kendal District. Incentive for Nurses is regulated in Director's Decree of the Hospital No. 900/0997/RSUD/2005 on October 18th, 2005. The problem is unbalanced incentive for nurse services.

This was descriptive research using qualitative method through performing in-depth interview, bench mark, and Focus Group Discussion (FGD) to describe the factors influenced to determination of nurse's services incentive.

Result of this research shows that there is any unbalanced incentive for nurses due to unfairness. Therefore, it needs to improve distribution of nurse's services incentive at the hospital.

As a suggestion, there needs to reevaluate the Local Government Regulation No. 24 Year 2001 about Retribution of Health Services, the Regent's Decree of Kendal District No. 14 Year 2002 about Retribution of Health Services in Main Class A/B and Class I at Dr. H. Soewondo Public Hospital of Kendal District, and the Director's Decree of the Hospital No. 900/0997/RSUD/2005 on October 18th, 2005.

Key Words: Incentive of Services, Nurse, Hospital

Bibliography: 26 (1990-2005)

.....

Aku berjalan terus ke depan

Tidak terpukau masa silam

Untung malang tetap bernama rahmat Tuhan

Harus disyukuri

Dalam semesta ilmu dan iman

Tidak aku menderita rugi

.....

Kendal, Minggu 14 Desember 2008

R. Ibnu Darmawan



UNIVERSITAS DIPONEGORO

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Rumah sakit bertugas untuk melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Untuk menyelenggarakan upaya-upaya tersebut, rumah sakit mempunyai fungsi menyelenggarakan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, pelayanan asuhan keperawatan, pelayanan rujukan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dengan melakukan kegiatan administrasi dan keuangan untuk terlaksananya misi rumah sakit.¹

Sebagai Rumah Sakit Umum Daerah milik Pemerintah Daerah Kabupaten Kendal, RSUD Dr. H. Soewondo Kendal adalah rumah sakit kelas B non Pendidikan (SK Menteri Kesehatan No. 40/ MENKES/ I/ 2002, tanggal 21 Januari 2002), mempunyai 202 tempat tidur dan karyawan sebanyak 348 orang, dokter umum 15 orang, dokter gigi 3 orang, apoteker 4 orang, para medis 161 orang, bidan 11 orang, analis 14 orang dan ahli gizi 5 orang serta tenaga struktural, administrasi maupun tenaga non medik lainnya.

RSUD Dr. H. Soewondo Kendal mempunyai visi menjadi rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan yang prima yang didukung oleh sumber daya manusia (SDM) yang professional dan sejahtera, sarana prasarana yang memadai serta manajemen yang bermutu tinggi, dengan misi meningkatkan profesionalitas, meningkatkan kesejahteraan sumber daya manusia, mengembangkan manajemen pelayanan rumah sakit, mengembangkan sarana dan prasarana serta dukungan jaringan pelayanan kesehatan.

Sedangkan tujuan yang ingin dicapai adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Kendal, meningkatkan kinerja baik kinerja produktivitas, proses pelayanan, kepuasan masyarakat dan meningkatnya pendapatan (kinerja keuangan), tersedianya sarana dan prasarana yang memadai bagi pelayanan yang bermutu serta meningkatnya kesejahteraan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit.

Rumah sakit merupakan instalasi yang memberikan pelayanan kesehatan mempunyai komponen-komponen yang banyak dan kompleks serta dari berbagai macam sumber daya manusia (SDM) baik umum maupun yang terikat profesi.

Demikian juga mutu pelayanan kesehatan yang dihasilkan sangat bergantung pada SDM yang ada di rumah sakit tersebut. Pada umumnya SDM yang ada terbagi dalam beberapa jabatan (kelompok) medik (dasar), jabatan keperawatan, jabatan penunjang medik (apoteker, ahli gizi), dan jabatan administrasi. Jabatan dokter dan perawat mempunyai inti dari SDM rumah sakit, sehingga untuk pelayanan sangat dibutuhkan atas kedua jabatan ini. Khusus jabatan keperawatan rumah sakit kurangnya nilai strategis karena jumlah perawat sangat banyak dan perawat berhubungan langsung dengan pasien 24 jam penuh. Kekhususan ini memerlukan SDM perawat yang kompeten baik secara ilmu dan teknologi maupun psikologi mental emosional sehingga perawat mampu mengadakan komunikasi terapi dengan pasien.²

Tindakan keperawatan merupakan tindakan yang penuh resiko, baik resiko kepada pasien atau kepada perawat itu sendiri langsung maupun tidak langsung. Perawat dalam memberikan layanan keperawatan perlu mendapat jaminan keamanan dari resiko kecelakaan dan resiko penularan penyakit dari pasien.

Keamanan dalam hal ini juga perlu memberikan adanya perlindungan terhadap tenaga keperawatan dari suatu tuntutan hukum karena tindakannya mengakibatkan kerugian terhadap pasien sebab dalam wewenang dan tanggung jawabnya.³

Keefektifan suatu organisasi dipengaruhi oleh keefektifan kelompok dan kerja kelompok dipengaruhi oleh kinerja individu atau keefektifan individu. Kerja kelompok ditentukan oleh kinerja individu atau keefektifan individu perawat juga dipengaruhi oleh kemampuan, keahlian, pengetahuan, sikap, motivasi dan keadaan stres perawat. Kinerja individu terasa masih kurang disebabkan antara lain karena kurangnya pelatihan dan pendidikan, sistem kompensasi yang terasa kurang adil, sehingga motivasi kerja perawat kurang.⁴

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 23 Tahun 2003 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum menyatakan :

Pasal 2 : Badan Layanan Umum bertujuan untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa dengan memberikan fleksibilitas dalam mengelola keuangan berdasarkan prinsip ekonomi dan produktivitas dan praktek bisnis yang sehat.

Pasal 4 ayat 1: Suatu satuan kerja instansi pemerintah dapat diizinkan mengelola keuangan dengan Pola Penengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum apabila memenuhi persyaratan substantive, teknis dan administratif.

Pasal 4 ayat 4 : Persyaratan administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terpenuhi apabila instansi pemerintah yang bersangkutan dapat menyajikan seluruh dokumen sebagai berikut :

1. pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan manfaat bagi masyarakat.
2. Pola tata kelola.
3. Rencana strategi bisnis.
4. Laporan keuangan pokok.
5. Standart pelayanan minimum; dan
6. Laporan audit terakhir atau bersedia untuk diaudit secara independen.

Adapun dalam Penjelasan Peraturan Pemerintah No 23 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum tersurat bahwa di lingkungan pemerintah terdapat banyak satuan kegiatan yang berpotensi dikelola lebih efektif melalui pola Badan Layanan Umum. Diantara mereka ada yang memperoleh imbalan dari masyarakat dalam proporsi signifikan sehubungan dengan layanan yang diberikan. Kepada Badan Layanan Umum diberi kesempatan untuk mempekerjakan tenaga profesional non PNS serta kesempatan memberikan imbalan jasa kepada pegawai sesuai dengan kontribusinya.

Handoko menyatakan bahwa bagi mayoritas karyawan, uang masih tetap merupakan motivator kuat bahkan paling kuat.⁵ Sedangkan menurut Sculer, uang akan menimbulkan kepuasan dan motivasi apabila memenuhi kriteria: adil pembayarannya; wajar dalam pembayarannya; pembayarannya transparan berdasarkan alat yang akurat dan senantiasa diperbaharui.⁶

Tidak disangkal bahwa motivasi seseorang bekerja adalah untuk mencari nafkah dan mengharapkan menerima imbalan tertentu. Imbalan merupakan tantangan

yang harus dihadapi oleh pihak manajemen suatu organisasi, karena imbalan kepada para pekerja hanya dipandang sebagai alat pemuasan kebutuhan materialnya, tetapi sudah dikaitkan dengan harkat dan martabat sebagai manusia. Jika ada ketidakpuasan atas kompensasi yang diterimanya serta tidak ada penyelesaian yang baik, maka akan timbul prestasi kerja yang menurun.⁷

Deskripsi tugas pokok dan fungsi masing-masing perawat yang belum ditetapkan mengakibatkan setiap bagian menjalankan fungsinya sesuai dengan persepsinya yang mereka bentuk sendiri tanpa pengarahan dan pengendalian. Mereka hanya bekerja secara rutinitas, tidak mandiri dan tidak sesuai dengan tugas-prioritasnya.

Konsekuensi dari perkembangan itu harus ada jenjang karier dan pengembangan staf yang tertata baik, imbalan jasa, insentif serta sistem penghargaan yang memadai, rendahnya imbalan jasa bagi perawat selama ini mempengaruhi kinerja perawat.

Isu hangat keperawatan baik regional maupun nasional adalah isu tentang jasa keperawatan. Isu ini jika tidak ditanggapi dengan benar dan profesional dikhawatirkan dapat menghambat upaya kepentingan pasien dan masyarakat yang membutuhkan jasa pelayanan kesehatan, menghambat upaya pengembangan rumah sakit serta menghambat upaya pengembangan dari keperawatan sebagai profesi.

Tim Evaluasi Jasa Pelayanan RSUD dr. H. Soewondo Kendal tahun 2005 memperoleh kenyataan bahwa berdasar pada peraturan daerah kabupaten kendal nomer 24 tahun 2001 bab I, Ketentuan Umum, bahwa yang dimaksud dengan jasa pelayanan adalah imbalan yang diterima oleh pelaksana pelayanan atas jasa yang diberikan kepada pasien dalam rangka observasi, diagnosis, perawatan, pengobatan, konsultasi, visite, rehabilitasi medik dan atau jasa pelayanan lainnya termasuk jasa manajemen. Dengan demikian dapat dikatakan, bahwa jasa pelayanan adalah hak yang harus diterima oleh pelaksanan atas jasa yang diberikan kepada pasien.

Dalam penanganan pembagian jasa pelayanan, perlu dilakukan secara hati-hati, teliti, cermat, transparan, adil dan bijaksana, karena dampak yang ditimbulkan relatif luas (misalnya: kecemburuan, ketidakpercayaan/kecurigaan dan kekecewaan). Bias juga tidak hanya berhenti sampai di situ, akan tetapi dapat berpengaruh pada penurunan kinerja dan suasana kerja yang tidak kondusif serta dapat mengakibatkan munculnya krisis kepercayaan.

Pada periode Oktober 2006 terjadi demonstrasi karyawan Rumah Sakit yang diawali dengan ketidakpuasan di dalam sistem pembagian jasa pelayanan yang diterimakan kepada dokter maupun para medik. Keadaan tersebut menciptakan disharmoni dalam kinerja Rumah Sakit sehingga timbul perasaan tidak puas yang dalam kalangan paramedik karena penerimaan jasa pelayanan yang diterima dirasa belum adil dibanding beban tugas yang dilaksanakan. Hal tersebut selalu menjadi bahan diskusi maupun rapat-rapat bulanan komite keperawatan yang hingga sekarang belum menghasilkan sebuah rumusan pembagian jasa pelayanan yang dirasa bisa diterima oleh semua tenaga keperawatan di rumah sakit.

Untuk menghindari dan meminimalisir permasalahan yang mungkin timbul maka hendaknya pembagian jasa pelayanan diberikan secara utuh, transparan, proporsional dan sesuai dengan tanggungjawabnya.

Studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti tentang penetapan insentif pelayanan tenaga perawat di Rumah Sakit umum dr. H. Soewondo Kendal pada awal tahun 2008 adalah ditemukannya kenyataan bahwa ada perbedaan yang cukup signifikan dalam penerimaan insentif tenaga keperawatan pada item yang

sama serta bulan yang sama. Seorang perawat yang bertugas di instalasi rawat jalan menerima insentif pelayanan Askes sosial untuk bulan Pebruari 2008 sebesar Rp.997.500,-. Sedangkan seorang perawat yang bertugas di instalasi gawat darurat pada bulan yang sama menerima insentif pelayanan Askes Sosial sebesar Rp. 130.400,-.

Pengaturan sistem penghargaan kepada perawat yang belum memperhatikan bobot kerja yang disumbangkan oleh perawat dalam melaksanakan pelayanan atau asuhan keperawatan yang profesional. Sistem pembagian berdasarkan jabatan dan penetapan skor tidak ada dasarnya, kondisi statis, tetap, transparan hanya berdasarkan pada kepantasan sehingga diperlukan perbaikan.

Ketimpangan penerimaan insentif pelayanan tenaga keperawatan ini disebabkan karena sistem pembagian insentif yang bagi masing-masing perawat. Sistem pembagian ada yang hanya berdasarkan kepada tataran bangsal perawatan, penetapan perhitungan skor hanya berdasarkan kepantasan, sehingga masih dirasakan kurang adil terutama oleh perawat. Ketidakadilan yang dirasakan oleh para perawat karena insentif yang diterima masih belum sesuai dengan nilai pekerjaan mereka selama ini. Insentif yang diterima akan sangat mempengaruhi status, harga diri, dan perasaan-perasaan mereka terhadap rumah sakit. Hal ini berdampak terhadap moral kerja, kepuasan dan produktivitas perawat.

Jasa pelayanan merupakan salah satu bentuk insentif sehingga termasuk dari paket kompensasi. Menurut Simamora, kompensasi meliputi kembalian-kembalian finansial dan jasa-jasa tunjangan-tunjangan yang diterima oleh karyawan sebagai bagian dari hubungan kepegawaian.⁸ Kompensasi merupakan hal-hal yang diterima oleh karyawan sebagai ganti kontribusi mereka kepada organisasi. Apabila tidak dikelola dengan benar, kompensasi tidak dapat membantu organisasi mencapai tujuannya dan memperoleh, memelihara dan mempertahankan tenaga kerja yang produktif.

Pengelolaan sistem insentif yang belum baik di RSUD Dr. H. Soewondo Kendal dapat mengakibatkan karyawan merasakan ada ketidakadilan dan tidak puas. Jika karyawan merasa bahwa imbalan yang diterima tidak sesuai dengan kontribusi mereka, hal ini dapat mempengaruhi keputusan-keputusan mereka tentang seberapa keras dia akan bekerja.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka perlu dikembangkan model pemberian insentif jasa pelayanan tenaga perawat di RSUD Dr. H. Soewondo Kendal.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas diketahui permasalahannya adalah tidak seimbang nya penerimaan insentif pelayanan tenaga perawat di masing-masing bagian yang disebabkan oleh system penetapan insentif pelayanan tenaga perawat yang belum berazaskan keadilan.

C. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimanakah proses yang dilakukan manajemen dalam menetapkan pembagian insentif pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Soewondo Kendal?
2. Bagaimanakah hasil evaluasi pembagian insentif pelayanan dapat digunakan sebagai dasar pengembangan model dalam mensosialisasikan

pembagian insentif pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Soewondo Kendal?

3. Rekomendasi apa yang bisa diberikan kepada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Soewondo Kendal?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum :

Menganalisis penetapan insentif pelayanan tenaga perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Soewondo Kendal

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis perumusan insentif pelayanan tenaga perawat yang selama ini diterapkan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Soewondo Kendal

- b. Menganalisis proses yang dilakukan dalam menetapkan pembagian insentif pelayanan tenaga perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Soewondo Kendal

- c. Menganalisis hasil evaluasi pembagian insentif pelayanan tenaga perawat yang dapat digunakan sebagai dasar pengembangan model dalam mensosialisasikan pembagian insentif pelayanan tenaga perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Soewondo Kendal yang didukung dengan Bench Mark di RSUD Banyumas tentang pembagian insentif pelayanan tenaga perawat dan RSUD Wonosobo tentang penetapan pembagian jasa pelayanan rumah sakit.

- d. Memberikan rekomendasi kepada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Soewondo Kendal

E. Manfaat Penelitian

Diharapkan hasil penelitian dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak, yaitu :

1. Bagi Rumah Sakit Dr. H. Soewondo Kendal

Menjadi masukan bagi pihak manajemen maupun seluruh civitas rumah sakit dalam memutuskan rumusan maupun pelaksanaan pembagian jasa pelayanan rumah sakit sehingga dapat diperoleh suatu sistem yang dapat diterima semua pihak yang memungkinkan terciptanya rangsangan melakukan tugas dengan lebih baik.

2. Bagi Program Studi MIKM UNDIP

Pengembangan ilmu pengetahuan untuk menambah kepustakaan tentang sistem pembagian jasa pelayanan di rumah sakit pemerintah, serta memberikan masukan awal bagi pengembangan penelitian-penelitian sejenis di kemudian hari.

3. Bagi peneliti

Pengembangan ilmu dan penerapan serta mendapatkan pengetahuan dalam proses penelitian tentang pembagian jasa pelayanan rumah sakit yang dilaksanakan di Rumah Sakit Dr. H. Soewondo Kendal.

F. Keaslian Penelitian

Penelitian tentang Analisa jasa pelayanan di Rumah Sakit Dr. H. Soewondo Kendal belum pernah dilakukan oleh peneliti lain namun ada beberapa penelitian yang sebagian terkandung kemiripan yaitu :

Pembandingan I

1. Judul

Analisis Karakteristik Tenaga Keperawatan Dan Persepsi Tentang Kecukupan Pemberian Kompensasi yang Berpengaruh Terhadap Keinginan Berpindah Tugas Perawat RS Mardi Rahayu Kudus. (Pujiono, 2004)

Analisis Penetapa Insentif Pelayanan Tenaga Perawat di RSUD dr. H. Soewaondo Kendal

2. Tujuan

Menganalisis Persepsi Perawat RS Mardi Rahayu tentang kecukupan kompensasi dengan keinginan pindah kerja.

Menganalisis Penetapan Insentif Pelayanan tenaga perawat di RSUD dr. H. Soewondo Kendal

3. Metode

Penelitian survey (kuantitatif) dgn cross sectional di konfirmasi melalui FGD

Penelitian kualitatif dgn melalui wawancara mendalam, Bench Mark dilanjutkan FGD

4. Hasil

Gambaran persepsi tenaga keperawatan tentang kecukupan kompensasi terhadap

Gambaran pembagian insentif pelayanan tenaga perawat

keinginan pindah kerja

yang adil : 60 % diterima langsung dan 40 % dibagikan dengan sistem indeks point.

Pembandingan II

1. Judul

Pengembangan Model Insentif Jasa Pelayanan Tenaga Perawat di Instalasi Rawat Inap Berbasis pada Analisis Pekerjaan Keperawatan di RSUP dr. Kariadi Semarang(M. Alfian, 2002)

Analisis Penetapan Insentif Pelayanan Tenaga Perawat di RSUD dr. H. Soewondo Kendal

2. Tujuan

Menganalisis Pekerjaan Keperawatan untuk acuan pengembangan model insentif jasa pelayanan tenaga keperawatan di instalasi rawat inap di RSUP dr. Kariadi Semarang.

Menganalisis Penetapan Insentif Pelayanan tenaga perawat di RSUD dr. H. Soewondo Kendal

3. Metode

Observasi yang dilanjutkan dengan FGD selanjutnya penghitungan insentif berdasar point beban kerja

Penelitian kualitatif dengan melalui wawancara mendalam, Bench Mark dilanjutkan FGD

4. Hasil

Model sistem pembagian insentif tenaga perawat rawat inap dengan metode indeks point

Gambaran pembagian insentif pelayanan tenaga perawat yang adil : 60 % diterima langsung dan 40 % dibagikan dengan sistem indeks point.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit

Sumber daya manusia di rumah sakit bekerja dalam wadah struktural dan fungsional. Pejabat struktural bertugas mengelola sumber daya manusia, sedangkan pejabat fungsional melaksanakan pelayanan kesehatan. Pejabat fungsional bertanggungjawab atas mutu pelayanan profesi, praktek profesi dan penerapan etika. Sedangkan pejabat struktural bertanggungjawab atas penyediaan tempat dan fasilitas.

Sumber daya manusia merupakan kunci pokok keberhasilan penyelenggaraan rumah sakit. Merekalah yang merupakan pemikir, perencana pulalah dan pengawas, penilai dan pengendali seluruh kegiatan. Disamping itu, mereka pulalah yang berinteraksi dalam keseluruhan proses pengupayaan sesuai dengan tugas, peran dan fungsinya.

Tugas karyawan dibagi dalam beberapa tingkatan. Tingkatan atas lebih banyak membutuhkan manajerial tingkat pelaksana lebih banyak membutuhkan kemampuan teknis. Sedangkan pada tingkat menengah kebutuhan akan dua kemampuan tersebut berkembang meski dalam kadar yang lebih kecil.⁹

Sumber daya manusia di rumah sakit terdiri dari:

1. Direksi

Direksi merupakan fasilitator utama yang harus memberikan kebijakan-kebijakan yang bisa mendukung seluruh posisi di Rumah Sakit. Tanggungjawabnya sangat besar. Sebab jika salah kebijaksanaan maka yang akan terjadi adalah kekacauan pada posisi-posisi yang lain.

2. Staf Direksi

Staf direksi adalah tenaga struktural dan fungsional non medik dan non keperawatan. Tenaga ini merupakan kedua terbesar setelah posisi keperawatan. Posisi ini berada di bawah posisi perawat, bukan berarti merupakan bawahan perawat. Tenaga staf direksi mempunyai fungsi pendukung terhadap seluruh posisi di atasnya, secara hirarkhi bertanggungjawab kepada jajaran direksi.

3. Dokter

Melihat fungsi profesi di rumah sakit, maka posisi puncak adalah dokter. Posisi ini mempunyai peran yang sangat besar dalam fungsinya memberi pelayanan terhadap pelanggan rumah sakit. Proses pelayanan

dokter terhadap kliennya secara langsung merupakan produk jasa yang dapat dilihat, didengar, dirasakan dan diamati oleh pelanggan.

4. Perawat

Perawat adalah tenaga non dokter dan non struktural yang terdiri dari berbagai profesi. Profesi terbanyak jumlahnya di rumah sakit adalah perawat dan bidan. Dalam jumlah yang besar beberapa kelompok ini terbentuk. Kelompok perawat adalah profesi tersendiri dan bukan merupakan bawahan dokter.

Berdasarkan gambaran di atas, maka sebenarnya kelompok SDM dibutuhkan organisasi rumah sakit. Tidak ada satu kekuatan membawahi kekuatan yang lain, seluruh potensi SDM digunakan secara maksimal dan profesional untuk mencapai tujuan bersama.¹⁰

Standarisasi ketenagaan Rumah Sakit Pemerintah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 262/Menkes/Per/VII/1979.¹¹

- Untuk meningkatkan kemampuan pelayanan kesehatan pada masyarakat melalui Rumah Sakit Pemerintah perlu dilengkapi dengan ketenagaan yang jumlah, jenis, dan mutunya memadai.
- Untuk menentukan jumlah ketenagaan minimum bagi setiap kategori ketenagaan tiap-tiap kelas rumah sakit yang diperlukan dapat digunakan angka perbandingan antara jumlah tempat tidur (TT) yang ada dan jumlah ketenagaan yang diperlukan RS Type B adalah sebagai berikut:

TT : Tenaga Medis = (4 s/d 7) : 1

TT : Paramedis Perawatan = 2 : (3 s/d 4)

TT : Paramedis Non Perawatan = 3 : 1

TT : Nonmedis = 1 : 1

Kusumapraja menyebutkan bahwa pelayanan keperawatan di Rumah Sakit adalah penghasil aktifitas terbesar sehingga mencerminkan mutu pelayanan Rumah Sakitnya. Mengingat kedudukan perawat yang cukup penting tersebut, maka hubungan yang baik antara manajemen Rumah Sakit dengan tenaga keperawatan sangat diperlukan.¹²

Perawat di rumah sakit tidak hanya diinginkan, tetapi juga mempunyai kewajiban untuk memberikan pelayanan dari pihak rumah sakit agar apa yang menjadi haknya dapat diterima dengan baik.¹³

B. Kompensasi

1. Definisi dan Tujuan Sistem Kompensasi

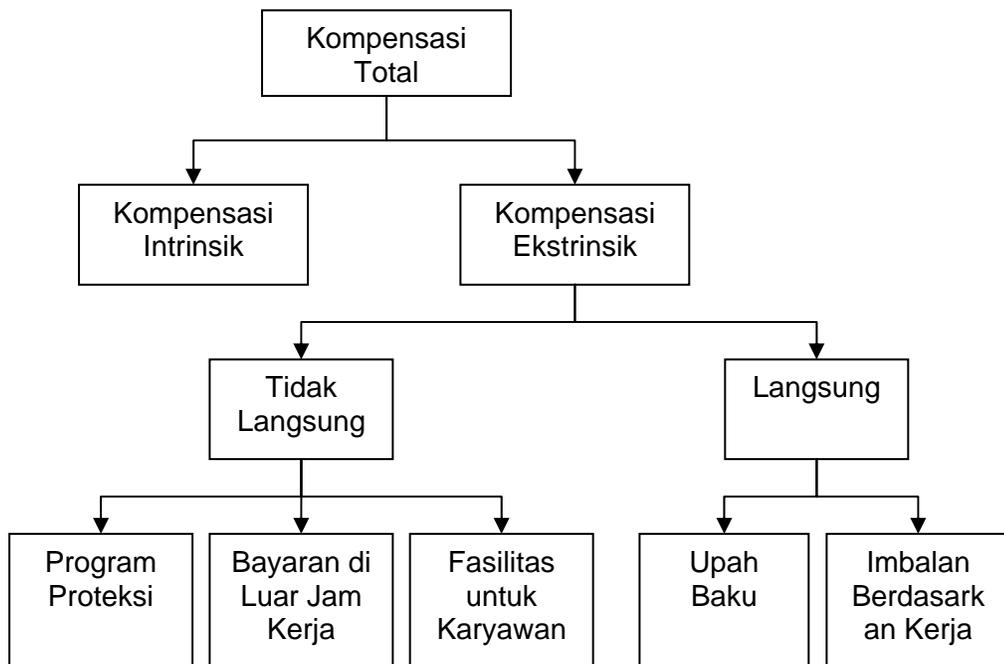
Kompensasi adalah segala sesuatu yang diterima para karyawan sebagai balas jasa atau imbalan jasa untuk kerja mereka.⁵ Tujuan-tujuan yang hendak dicapai melalui administrasi kompensasi adalah memperoleh personalia yang berkualitas, mempertahankan para karyawan yang ada sekarang, menjamin keadilan, menghargai perilaku yang diinginkan, mengendalikan biaya-biaya dan memenuhi peraturan-peraturan legal. Sedangkan menurut Simamora kompensasi merupakan apa yang diterima oleh para karyawan sebagai ganti kontribusi mereka kepada organisasi. Pada umumnya bentuk kompensasi adalah finansial karena pengeluaran moneter dilakukan oleh organisasi.⁸

Menurut Martoyo yang dimaksud dengan kompensasi adalah pengaturan pemberian balas jasa bagi pimpinan maupun pekerja, yang berupa uang atau yang berupa bukan uang.¹⁴ Sedangkan menurut Dessler kompensasi berarti semua bentuk penggajian atau ganjaran kepada pegawai dan timbul karena kepegawaian mereka. Dapat berupa pembayaran uang secara langsung seperti : upah, gaji, insentif, bonus dan dapat pula berbentuk pembayaran tidak langsung (asuransi, liburan atas biaya perusahaan) dan dapat pula berupa ganjaran bukan uang (jam kerja yang luwes, kantor yang bergengsi, pekerjaan yang lebih menantang).¹⁵

Kompensasi dapat meningkatkan maupun menurunkan prestasi kerja, kepuasan kerja maupun motivasi karyawan.⁵ Apabila karyawan merasa bahwa kompensasi yang mereka terima tidak memadai maka prestasi kerja, kepuasan kerja, dan motivasi kerja menurun secara

drastis. Oleh karena itu, program kompensasi sangat penting untuk mendapatkan perhatian yang sungguh-sungguh.

Menurut Sculer kompensasi menjadi kompensasi intrinsik (*intrinsic rewards*) dan kompensasi ekstrinsik (*extrinsic rewards*). Kompensasi ekstrinsik dibedakan menjadi kompensasi ekstrinsik langsung (gaji, upah, imbalan berdasarkan kinerja) dan kompensasi ekstrinsik tidak langsung (program proteksi, bayaran diluar jam kerja, fasilitas-fasilitas untuk



Sumber : Sculer (1987)

Gambar 2.1 Komponen Kompensasi

2. Keadilan dan Kompensasi

Menurut Handoko perusahaan harus memperhatikan prinsip keadilan dalam penerapan kebijaksanaan kompensasinya.⁵ Bila seorang karyawan menerima kompensasi dari perusahaan, persepsi keadilan dipengaruhi oleh dua faktor :

- a. Rasio kompensasi dengan masukan-masukan (input) seseorang yang berupa tenaga, pendidikan, pengalaman, latihan, daya tahan dan lain sebagainya
- b. Perbandingan rasio tersebut dengan rasio-rasio yang diterima orang lain dengan siapa kontak langsung selalu terjadi. Keadilan biasanya

ada bila seorang karyawan memandang rasio penghasilannya terhadap masukan-masukan adalah seimbang, baik secara internal maupun dalam hubungannya dengan karyawan lain.

Teori Keadilan yang didasarkan pada asumsi bahwa faktor utama dalam motivasi pekerjaan adalah evaluasi individu/penghargaan yang diterima. Individu akan termotivasi kalau mereka mengalami kepuasan dan mereka terima dari upaya dalam proporsi dan dengan usaha yang mereka pergunakan.¹⁶

Keadilan atau konsistensi internal berarti bahwa besarnya kompensasi harus dikaitkan dengan nilai relatif pekerjaan-pekerjaan. Keadilan atau konsistensi eksternal mengangkat pembayaran kepada para karyawan pada tingkat yang layak atau sama dengan pembayaran yang diterima para karyawan yang serupa di perusahaan-perusahaan lain. Ketidakpuasan sebagian besar karyawan terhadap besarnya kompensasi sering diakibatkan adanya perasaan tidak diperlakukan dengan adil dan layak dalam pembayaran mereka.

Pada umumnya karyawan akan menerima perbedaan-perbedaan kompensasi yang berdasarkan pada perbedaan tanggungjawab, kemampuan, pengetahuan, produktifitas atau kegiatan-kegiatan manajerial. Perbedaan pembayaran atas dasar ras, kelompok etnis, atau jenis kelamin, dilarang oleh hukum dan kebijaksanaan umum.

3. Analisis Pekerjaan dan Sistem Kompensasi

Menurut Simamora dalam konteks sistem kompensasi, analisis pekerjaan melayani dua tujuan utama (a) menentukan karakteristik yang penting dari setiap pekerjaan sehingga harga relatif pekerjaan dapat ditentukan dan (b) karakteristik-karakteristik tersebut dapat ditentukan, dibatasi, dan dipertimbangkan faktor-faktor yang terkompensasikan

(karakteristik-karakteristik bersama dari semua pekerjaan yang hendak digaji oleh organisasi).⁸

Analisa beban kerja adalah proses untuk menetapkan jumlah kerja orang yang digunakan/dibutuhkan untuk menyelesaikan suatu pekerjaan dalam waktu tertentu. Analisa beban kerja bertujuan menentukan berapa jumlah personil dan berapa jumlah tanggung jawab baik secara kuantitatif maupun kualitatif yang dapat diberikan kepada seseorang.¹⁷

Hasil analisis pekerjaan memberikan kontribusi bagi sistem penggajian yang efektif. Pengumpulan data haruslah terfokus pada pembuatan kemiripan dan perbedaan diantara pekerjaan-pekerjaan, dan penilaian nilai relatif pekerjaan dan kontribusinya. Analisis pekerjaan haruslah menekankan aspek paling penting dari pekerjaan. Hal ini kemungkinan akan menjadi komponen signifikan atau faktor yang terkompensasikan dalam evaluasi-evaluasi selanjutnya.

4. Evaluasi Jabatan dan Sistem Kompensasi

Evaluasi jabatan memberikan basis sistem gaji yang adil dengan sistematis menentukan nilai relatif pekerjaan bagi organisasi. Tujuan utama evaluasi jabatan akan membentuk sistem kompensasi dimana para karyawan akan merasa adil. Dengan demikian, evaluasi jabatan berusaha keras memperoleh konsistensi internal diantara pekerjaan-pekerjaan.⁸

Menurut Handoko, evaluasi jabatan merupakan langkah pertama untuk menyusun pengupahan yang adil, dimana manajemen menetapkan suatu hubungan konsisten dan sistematis diantara tingkat-tingkat kompensasi dasar bagi semua pekerjaan dalam organisasi. Sasaran evaluasi jabatan adalah untuk mendapatkan konsistensi internal dan eksternal sebagai sasaran antara manajemen dapat mengharapkan

bahwa evaluasi jabatan akan memberikan kepuasan baik kepada perusahaan maupun para karyawan dalam pengupahan dan penggajian.⁵ Manajemen berharap agar para karyawan memandang insentif mereka adalah adil dan layak. Melalui pengembangan konsistensi, rasional baik secara eksternal akan meningkatkan kemungkinan bahwa kompensasi ditetapkan secara adil dan layak.

5. Kompensasi Uang

Kompensasi uang disebut juga kompensasi ekstrinsik yaitu imbalan yang diterima seseorang atas jerih payahnya dalam bentuk uang. Imbalan uang terdiri atas dua yaitu imbalan langsung dan tidak langsung. Imbalan langsung adalah berupa gaji pokok dan pembayaran lainnya yang berdasarkan hasil produktivitas yang terdiri dari insentif, bonus dan merit. Imbalan tidak langsung adalah pembayaran sejumlah uang perlindungan asuransi, pensiun dan tunjangan lainnya.⁶

Cascio menyatakan bahwa kompensasi diberikan dengan maksud untuk memikat/*attracting*, menahan/*retaining*, dan memotivasi karyawan/*motivating*.¹⁸

Hasibuan menyatakan kompensasi diberikan dengan tujuan memperoleh personalia yang berkualitas, mempertahankan karyawan yang ada sekarang, menjamin keadilan, menghargai perilaku yang diinginkan, mengendalikan biaya-biaya dan memenuhi peraturan-peraturan legal. Juga sebagai ikatan kerjasama untuk kepuasan kerja, pengadaan yang efektif, motivasi, stabilisasi karyawan, disiplin, pengaruh serikat buruh dan pengaruh pemerintah.

Asas kompensasi ada 2, yaitu adil dan layak. Adil berarti besarnya kompensasi sesuai dengan prestasi kerja, jenis dan resiko pekerjaan, tanggung jawab, jabatan pekerja, dan memenuhi persyaratan internal

konsistensi. Adil bukan berarti semua karyawan memperoleh kompensasi dalam jumlah yang sama besar. Layak berarti kompensasi yang diterima dapat memenuhi kebutuhan karyawan pada tingkat normatif yang ideal. Tolok ukur layak adalah relatif. Umumnya berdasarkan pada upah minimal yang ditetapkan pemerintah dan eksternal konsistensi yang berlaku.¹⁹

Beberapa program imbalan berupa uang yang banyak dikaitkan dengan prestasi kerja karyawan yaitu :

- a. Hadiah keberhasilan adalah penambahan upah perjam atau penambahan gaji seorang karyawan sebagai hadiah atas hasil kerjanya yang tinggi. Apabila prestasinya menurun tidak berarti penambahan itu dicabut, melainkan tetap saja berjalan.
- b. Bonus kinerja perorangan adalah pembayaran tunai untuk prestasi kerja yang tinggi untuk jangka waktu tertentu. Apabila prestasinya menurun maka karyawan tersebut tidak mendapat bonus lagi.
- c. Upah borongan perorangan adalah penambahan sejumlah uang yang diterima karyawan pada setiap unit produksi yang berhasil walaupun standar.
- d. Insentif kinerja kelompok adalah insentif yang diberikan akibat prestasi kerja kelompok, karena karyawan bekerja sebagai suatu tim dan sulit mengukir prestasi individu.
- e. Pembagian keuntungan adalah keuntungan perusahaan yang dibagikan kepada karyawan atau menurut tipe pekerjaannya. Bentuk ini tidak terlalu berpengaruh pada peningkatan kinerja

Menurut Sculer hubungan antara kepuasan dengan imbalan uang akan positif bila dipenuhi tiga dimensi imbalan uang yaitu :⁶

- Keadilan pembayaran

- Tingkat kewajaran pembayaran
- Praktek administrasi pembayaran

Keadilan pembayaran mengacu pada persepsi karyawan sejauh mana imbalan yang diterima merupakan jumlah yang sesuai jika dibandingkan dengan karyawan lainnya. Imbalan dianggap adil apabila sesuai dengan apa yang diberikan untuk organisasi.

Tingkat kewajaran pembayaran mengacu pada perbandingan jumlah imbalan yang mereka terima dengan keyakinannya seberapa besar yang seharusnya mereka terima. Apabila tidak sesuai dengan keyakinannya maka dianggap tidak adil.

Praktek administrasi pembayaran mempunyai 5 langkah untuk praktek pemberian imbalan yaitu :

- a. Imbalan gaji yang diberikan agar sama dengan gaji karyawan organisasi sejenis
- b. Senantiasa melakukan evaluasi pekerjaan untuk menentukan keadilan imbalan
- c. Pelaksanaan pembayaran imbalan berdasarkan kinerja harus didukung oleh alat ukur yang akurat
- d. Pelaksanaan pemberian kompensasi senantiasa diperbaharui
- e. Pelaksanaan yang konsisten dan terbuka dapat membangkitkan kepercayaan karyawan

6. Kompensasi Non Finansial

Kompensasi non finansial disebut juga imbalan intrinsik adalah penghargaan-penghargaan yang diterima seseorang sebagai imbalan atas jerih payahnya yang tidak dalam bentuk uang. Biasanya penghargaan tersebut dapat berupa rasa aman dalam pekerjaan, simbol status, penghargaan masyarakat dan harga diri.⁶

Menurut Simamora, imbalan intrinsik (*intrinsic reward*) adalah imbalan yang dinilai di dalam dan dari mereka sendiri. Imbalan intrinsik melekat pada aktifitas itu sendiri dan keberadaannya tidak tergantung pada orang lain. Imbalan intrinsik mempunyai potensi yang kuat untuk mempengaruhi perilaku individu dan organisasi serta mempunyai sejumlah perbaikan sebagai alat imbalan dan motifasi kerja yang efektif.

Kebaikan-kebaikan imbalan intrinsik:

- a. Hubungan antara imbalan intrinsik dan kinerja yang efektif dijamin oleh fakta bahwa imbalan ini muncul langsung dari persepsi pribadi.
- b. Imbalan intrinsik tidak tergantung pada kehadiran seorang manager untuk memberikan imbalan atau pada rancangan sistem kompensasi dari organisasi.
- c. Imbalan intrinsik dihasilkan oleh individu-individu yang bersangkutan, maka imbalan intrinsik berbiaya rendah bagi organisasi dibandingkan dengan insentif finansial.

Simamora menyatakan bahwa orang-orang akan mendapatkan imbalan intrinsik dari pekerjaan mereka tergantung dari organisasi merancang dari pekerjaan bagi karyawannya. Sifat pekerjaan itu sendiri yang merupakan determinasi utama yang akan menyebabkan seseorang menerima imbalan intrinsik.⁸

C. Pengupahan Insentif

Menurut Heidrachman dan Husnan pengupahan insentif dimaksudkan untuk memberikan upah yang berbeda karena prestasi kerja yang berbeda. Pelaksanaan model insentif ini untuk meningkatkan produktivitas karyawan.²⁰ Dessler menyatakan bahwa tujuan dasar pemberian upah insentif ini untuk memotivasi timbulnya prestasi yang baik dengan mengaitkan prestasi dan ganjaran.¹⁵

Yulk Gary mengatakan bahwa memberikan pengakuan melibatkan memberikan pujian dan memperlihatkan apresiasi kepada orang lain atas kinerja yang efektif, keberhasilan yang signifikan, dan kontribusi yang penting bagi organisasi. Walaupun paling umum untuk memikirkan pengakuan sebagai suatu yang diberikan oleh manajer kepada bawahan, praktek manajerial ini juga digunakan

terhadap rekan sejawat, atasan, dan orang-orang di luar unit kerja. Tujuan utama pengakuan, khususnya saat digunakan kepada bawahan adalah untuk memperkuat perilaku yang diinginkan dan komitmen kepada tugas. 21

Menurut Nawawi sebab pemberian insentif yang tidak memotivasi karyawan adalah sebagai berikut :²⁰

3. a. Nilai finansialnya terlalu rendah sehingga dianggap kurang manfaat
4. b. Tidak dikaitkannya pemberian insentif ini dengan pekerjaan yang dilakukan
5. c. Insentif yang diberikan tidak dibedakan berdasarkan prestasi kerja
6. d. Apabila pekerjaan terikat kontrak dengan serikat pekerja yang mengharuskan sebagian insentif yang diterima diserahkan kepada serikat pekerja dalam waktu yang cukup lama
7. e. Insentif sebagai tunjangan tidak akan memotivasi

Ada beberapa pertimbangan agar rencana pemberian insentif menjadi efektif : ¹⁵

8. a. Pastikan agar usaha yang dikerjakan dan insentif yang diberikan saling terkait
9. b. Buatlah rencana pembagian insentif yang dapat dipahami dan mudah dihitung sendiri oleh karyawan
10. c. Tetapkan standar yang efektif
11. d. Jaminlah agar standar itu dipergunakan
12. e. Jaminlah satu tarif pokok per jam (khusus untuk personil pabrik)
13. f. Dapatkan dukungan dari karyawan sebelum rencana dimulai

Robbin menyatakan bahwa uang mungkin bukan satu-satunya motivator, tetapi sukar untuk berargumentasi bahwa uang tidak memotivasi. Agar uang memotivasi kinerja individu harus dipenuhi kondisi-kondisi uang itu harus dianggap penting oleh individu tersebut, uang dipersiapkan sebagai ganjaran langsung dari kinerja, jumlah uang yang ditawarkan untuk kinerja itu dipersiapkan berarti oleh individu tersebut.²²

Menurut Dessler imbalan dalam bentuk uang dapat merusak intrinsik, tetapi tidak berarti imbalan dalam bentuk uang tidak digunakan sama sekali. Imbalan dalam bentuk uang akan lebih efektif bila diterapkan sebagai bagian dari manajemen komprehensif seperti meningkatkan mutu dan produktivitas.¹⁵

Handoko menyatakan bahwa bagi mayoritas karyawan uang masih tetap merupakan motivator kuat bahkan paling kuat.⁵ Menurut Sculer uang akan menimbulkan kepuasan motivasi apabila memenuhi kriteria adil, pembayarannya wajar, pembayarannya transparan berdasar alat yang akurat dan senantiasa diperbaharui.⁶

Perusahaan-perusahaan meyakini bahwa sistem kompensasi pada umumnya dan sistem insentif pada khususnya mempengaruhi kinerja. Para karyawan akan termotivasi apabila insentif yang mereka terima dikaitkan dengan kinerja yang mereka lakukan.⁸ Kompensasi insentif yang merupakan bagian dari sistem kompensasi finansial adalah program yang mengaitkan bayaran dengan produktivitas. Keunggulan utama dari pendekatan ini adalah bahwa individu-individu melihat kinerja diberi imbalan. Penerapan program insentif untuk pekerja-pekerja produksi relatif langsung kelihatan hasilnya. Ketidakpuasan dapat terjadi jika standar-standar yang ditentukan tidak tepat, karyawan-karyawan akan menyalahkan manager.¹⁵

1. Insentif Finansial

Menurut Handoko sistem insentif menunjukkan hubungan yang paling jelas antara kompensasi dan prestasi kerja.⁵ Sistem kompensasi pada umumnya digunakan untuk menggambarkan rencana-rencana pembayaran upah yang dikaitkan secara langsung atau tidak langsung dengan berbagai bentuk rencana insentif mengkaitkan upah dengan produktivitas individual, rencana-rencana lain dengan produktivitas kelompok dan rencana-rencana lain dengan produktivitas atau profitabilitas organisasi keseluruhan. Para karyawan yang bekerja di bawah sistem insentif finansial berarti prestasi kerja mereka menentukan secara keseluruhan atau sebagian, penghasilan mereka.¹⁵ Rencana insentif terutama cocok untuk penggunaan dengan karyawan operasi, seperti untuk mereka yang melakukan pekerjaan produksi.

Rencana pekerjaan yang dibayar berdasarkan hasil kerja adalah rencana insentif yang paling tua dan masih paling umum digunakan. Pendapatan dikaitkan langsung pada apa yang dihasilkan pekerja, orang itu dibayarkan tarif perpotong untuk masing-masing unit yang ia produksikan.

Tujuan sistem insentif pada hakekatnya adalah untuk meningkatkan motivasi karyawan dalam berupaya mencapai tujuan organisasi dengan menawarkan perangsang finansial dan melebihi upah dan gaji dasar.⁵ Bagi mayoritas karyawan, uang masih tetap merupakan

motivasi kuat atau bahkan paling kuat. Rencana-rencana insentif bermaksud untuk mengem-bangkan keinginan karyawan akan pendapatan finansial tambahan dengan kebutuhan organisasi dan efisiensi produksi. Sistem insentif ini sebenarnya lebih merupakan perluasan atau pelengkap proses penentu upah.

Disamping kebaikan-kebaikan dalam memotivasi karyawan sistem insentif mempunyai banyak masalah. Administrasi sistem insentif dapat sangat kompleks, seperti halnya sistem pengawasan lainnya, standar-standar harus ditetapkan dan hasil-hasilnya diukur. Untuk banyak pekerjaan, berbagai standar dan ukuran adalah sering tidak teliti/tepat atau terlalu mahal untuk dikembangkan. Ini berarti bahwa sistem insentif bisa menyebabkan ketidakadilan. Masalah lain adalah mungkin karyawan tidak dapat mencapai standar karena faktor-faktor yang tidak terkendalikan seperti penundaan-penundaan pekerjaan atau kerusakan-kerusakan mesin. Dan akhirnya, sistem insentif cenderung hanya memusatkan pada satu aspek (keluaran penjualan atau harga saham), kadang-kadang mengabaikan berbagai dimensi lain (kualitas, pelayanan dan sasaran-sasaran jangka panjang).

2. Insentif Jangka Pendek

Menurut Henderson insentif jangka pendek adalah tambahan pembayaran kepada pekerja dalam tahun pengoperasian saat ini. Insentif jangka pendek terdapat dalam beberapa bentuk, dapat merupakan tambahan pembayaran upah, dalam jumlah yang terpisah yang diberikan mingguan, bulanan, kwartalan, tahunan atau dapat diberikan karena prestasi dari kegiatan atau hasil tertentu. Insentif jangka pendek adalah nilai dari pembayaran premium dan diferensial untuk pekerjaan yang bekerja dalam situasi-situasi yang tidak biasa, sampai pada bonus untuk

pencapaian semua jenis hasil-hasil yang diinginkan, sampai pada prestasi tujuan organisasi tertentu (perolehan keuntungan, pengurangan biaya).²³

3. Insentif Jangka Pendek Tingkat Organisasi

Mungkin jenis program insentif yang paling mudah diimplementasikan adalah memasukkannya semua orang dalam organisasi. Karena berbagai alasan perusahaan-perusahaan harus menghasilkan indikator-indikator pelaksanaan yang luas yang paling dapat diinginkan untuk mendasarkan program insentif tingkat organisasi. Indikator tersebut adalah keuntungan biaya, penjualan pendapatan pada investor, pendapatan pada aset atau perubahan indikator-indikator ini dari tahun ke tahun. Dengan menggunakan indikator ini dan keputusan-keputusan dewan direksi/ pelaksana atas bonus dapat ditentukan dengan berbagai formula untuk menentukan pembayaran aktual pada setiap partisipan.²⁴

Selama bertahun-tahun, berbagai program perbaikan produktifitas telah mengalokasikan pada peningkatan keuntungan dan pengurangan biaya. Program-program ini memungkinkan bagi para pekerja untuk mendapat bagian keuntungan dengan pengusaha yang didapat dari peningkatan bagian keuntungan dan pengurangan biaya baik dalam kesempatan dan tanggung jawab pembagian keuntungan dan pengurangan biaya diterima luas dalam organisasi dan jika setiap anggota mempunyai kesempatan mengurangi biaya, seorang pengusaha dapat memenuhi hampir setiap tantangan persaingan, setiap anggota akan mendapatkan jaminan pekerjaan dan mendapat penghargaan yang tinggi atas upah kerja yang dilakukan.²⁴

4. Program Insentif Jangka Panjang

Menurut Henderson dalam tahun-tahun terakhir ini, para pengusaha telah menawarkan beberapa jenis kompensasi pekerja jangka panjang, yang paling umum yaitu yang menyediakan program

pengunduran diri (pensiun) yang menjadi tambahan tunjangan jaminan sosial federal. Kompensasi jangka panjang dapat juga memasukkan penundaan dari jumlah tertentu pembayaran saat ini sampai pensiun.²³ Setelah mengundurkan diri, pekerja menerima pembayaran untuk periode tertentu untuk seumur hidup. Jika yang bersangkutan meninggal sebelum pensiun atau sebelum pembayaran cicilan yang dinyatakan di dalam kontrak, pewaris dari pekerja tersebut menerima jumlah terhutang.

D. Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan sebagai salah satu bentuk pelayanan profesi merupakan bagian inti goal dari upaya pelayanan kesehatan secara menyeluruh. Asuhan keperawatan merupakan salah satu penentu baik buruknya pelayanan rumah sakit.

Hal ini bisa dimengerti karena asuhan keperawatan berlangsung 24 jam dan jumlah person perawat cukup banyak dan dominan. Karena hal tersebut di atas, maka kualitas asuhan keperawatan perlu ditingkatkan dan dipertahankan. Salah satu faktor yang memotivasi kinerja perawat adalah adanya suatu penghargaan dari kinerja mereka baik berupa finansial maupun non finansial.³

Jasa perawat merupakan imbalan yang diberikan terhadap profesi keperawatan sebagai suatu imbal jasa terhadap pelayanan yang telah diberikan dan merupakan pengakuan organisasi profesi terhadap eksistensi profesi.²⁵

Menurut pedoman uraian tugas tenaga keperawatan Depkes RI,³ tugas perawat pelaksana di ruang rawat antara lain:

14. 1. Memelihara kebutuhan ruang rawat dan lingkungannya
15. 2. Menerima pasien baru sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku
16. 3. Memelihara peralatan keperawatan dan medis agar selalu dalam keadaan siap pakai.
17. 4. Memelihara pengkajian keperawatan dan menentukan diagnose keperawatan, sesuai batas kewenangannya.
18. 5. Menyusun rencana keperawatan sesuai dengan kemampuannya.
19. 6. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien sesuai kebutuhan dan batas kemampuan pasiennya, antara lain:
 - a. Melaksanakan tindakan pengobatan sesuai program pengobatan
 - b. Memberi penyuluhan kesehatan kepada pasien dan keluarganya mengenai penyakitnya

20. 7. Melatih/membantu pasien untuk melakukan latihan gerak
21. 8. Melakukan tindakan darurat kepada pasien (antara lain panas tinggi, kepala pusing, pendarahan, keracunan, henti nafas dan henti jantung), sesuai pratab yang berlaku. Selanjutnya segera melaporkan tindakan yang telah dilakukan kepada direktur ruang rawat, dokter jaga.
22. 9. Melaksanakan evaluasi tindakan keperawatan sesuai batas kemampuannya.
23. 10. Mengobservasi kondisi pasien, selanjutnya melakukan tindakan yang tepat berdasarkan hasil observasi tersebut, sesuai batas kemampuannya.
24. 11. Berperan serta dengan anggota tim kesehatan dalam membahas kasus dan upaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan.
25. 12. Melaksanakan tugas pagi, sore, malam dan hari libur secara bergilir sesuai jadwal dinas.
26. 13. Mengikuti pertemuan berkala yang diadakan oleh kepala ruang rawat.
27. 14. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan di bidang keperawatan antara lain: melalui pertemuan ilmiah dan penataran atas ijin/persetujuan atasan.
28. 15. Melaksanakan sistem pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan yang tepat dan benar sesuai standar asuhan keperawatan.
29. 16. Melaksanakan serah terima tugas kepada petugas pengganti secara lisan maupun tertulis, pada saat penggantian dinamis.
30. 17. Memberikan penyuluhan kesehatan kepada pasien dan keluarganya sesuai dengan keadaan dan kebutuhan pasien mengenai:
 - a. Program diet
 - b. Pengobatan yang perlu dilanjutkan dan cara penggunaannya
 - c. Pentingnya pemeriksaan ulang di RS, puskesmas atau institusi kesehatan

- d. Cara hidup sehat, seperti pengetahuan istirahat, makanan yang bergizi atau bahan pengganti sesuai dengan keadaan sosial ekonomi.

31. 18. Melatih pasien menggunakan alat bantu yang dibutuhkan seperti:

- a. Rollstoel
- b. Tongkat, penyangga
- c. Protesa

32. 19. Melatih pasien dengan melaksanakan tindakan keperawatan di rumah misalnya:

- a. Merawat luka
- b. Melatih anggota gerak

33. 20. Menyiapkan pasien yang akan pulang meliputi:

- Surat ijin pulang
- Surat keterangan istirahat sakit
- Petunjuk diet
- Resep obat yang di rumah, jika diperlukan
- Surat rujukan atau pemeriksaan ulang.

Bila asuhan keperawatan dilakukan dengan baik dan benar sangat menguntungkan profesi keperawatan, karena:

- 34. 1. Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan
- 35. 2. Mengembangkan teknik intelektual bagi pelaksana keperawatan
- 36. 3. Meningkatkan citra profesi keperawatan
- 37. 4. Meningkatkan solidaritas dan rasa kesatuan perawat
- 38. 5. Menggambarkan kemampuan dan tanggungjawab perawat
- 39. 6. Menghasilkan praktek keperawatan yang profesional
- 40. 7. Mendukung pengembangan penelitian keperawatan
- 41. 8. Mendukung pengembangan dalam keperawatan
- 42. 9. Meningkatkan kepuasan kerja

43. 10. Meningkatkan kemampuan dalam proses perencanaan dan pengambilan keputusan.³

E. Kepuasan Kerja

Teori-teori tentang kepuasan kerja yang selama ini dikembangkan :

1. Teori ketidaksesuaian (*discrepancy theory*)

Teori ini pertama kali dipelopori oleh Porter (dalam Wexley & Yulk) yang mengukur kepuasan kerja seseorang dengan menghitung selisih antara apa yang seharusnya ada dengan kenyataan yang dirasakan oleh seorang pekerja.²⁴ Teori ini kemudian dikembangkan oleh Locke (dalam Wexley & Yulk) yang menyatakan bahwa kepuasan atau ketidakpuasan seseorang terhadap sejumlah aspek pekerjaan tergantung pada selisih (*discrepancy*) antara apa yang dianggap telah didapatkan dengan apa yang diinginkan. Seseorang akan terpuaskan jika tidak ada selisih antara kondisi-kondisi yang diinginkan dengan kondisi-kondisi aktual, karena batas yang diinginkan telah terpenuhi. Dengan demikian, apabila yang diperoleh ternyata lebih besar daripada yang diinginkan, maka akan diperoleh kepuasan kerja yang tinggi, meskipun tetap terdapat kesenjangan, dan ini dinamakan *positive discrepancy*. Sebaliknya, semakin besar kekurangan dan semakin jauh kenyataan yang dirasakan dengan yang diinginkan, semakin besar pula ketidakpuasannya terhadap pekerjaannya dan ini disebut *negative discrepancy*

2. Teori keadilan (*equity theory*)

Teori ini dikembangkan oleh Adam, dalam Wexley dan Yulk yang menyatakan bahwa puas atau tidaknya seseorang terhadap pekerjaannya tergantung pada apakah ia merasakan suatu keadilan (*equity*) atau tidak dalam suatu situasi kerja. Perasaan adil atau tidak atas suatu situasi, diperoleh dengan membandingkan dirinya dengan orang lain. Komponen utama dari teori ini adalah input, hasil, orang bandingan, serta keadilan

dan ketidakadilan. Input adalah sesuatu yang bernilai bagi seseorang yang dianggap mendukung pekerjaannya seperti pendidikan, pengalaman, kecakapan, banyaknya usaha yang diarahkan, jumlah jam kerja, dan peralatan atau perlengkapan pribadi yang digunakan untuk pekerjaannya. Hasil adalah sesuatu yang dianggap bernilai oleh seorang pekerja yang diperoleh dari pekerjaannya seperti upah/gaji, keuntungan sampingan, simbol status, penghargaan, serta kesempatan untuk berhasil atau ekspresi diri.

F. Kerangka Teori

Sebagai upaya untuk mewujudkan keberhasilan lembaga kesehatan/ rumah sakit tidak terlepas dari kualitas pelayanan yang diberikan kepada konsumen. Untuk mewujudkan pelayanan yang maksimal tentunya harus didasari pada kepuasan karyawannya. Pada prinsipnya karyawan rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang maksimal apabila mereka merasa puas dengan apa yang diterima dari rumah sakit. Kepuasan karyawan dapat dicapai dari beberapa bentuk, misalnya kepuasan terhadap pemberian insentif, kepuasan terhadap perhatian rumah sakit terhadap karyawan, dan lain sebagainya.

Beberapa hal yang perlu dilakukan agar pemberian insentif menjadi efektif, yaitu¹⁵

44. 1. Pekerjaan dan insentif saling terkait,
45. 2. Rencana pembagian insentif yang dapat dipahami,
46. 3. Standar yang digunakan efektif,
47. 4. Tarif yang ditetapkan,
48. 5. Dukungan karyawan.

Selain itu, dalam penentuan insentif dipertimbangkan faktor beban kerja. Beban kerja dari tenaga-tenaga kesehatan misalnya berdasarkan tingkat ketergantungan/kebutuhan pasien terhadap pelayanan asuhan keperawatan secara langsung dalam 24 jam.

Menurut Simamora bahwa sistem kompensasi pada umumnya dan sistem insentif pada khususnya mempengaruhi kinerja. Para karyawan akan termotivasi apabila insentif yang mereka terima dikaitkan dengan kinerja yang mereka lakukan.⁸

Menurut Sculer hubungan antara kepuasan dengan imbalan uang akan positif bila dipenuhi tiga dimensi imbalan uang yaitu :

49. 1. Keadilan pembayaran,
50. 2. Tingkat kewajaran pembayaran,
51. 3. Praktek administrasi pembayaran.⁶

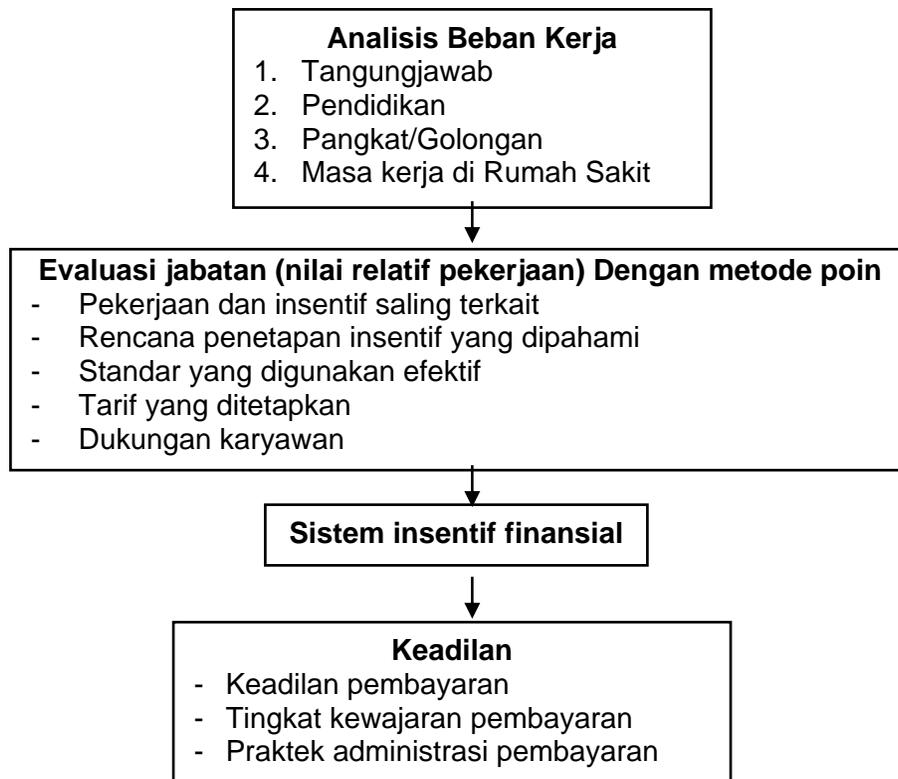
Keadilan pembayaran mengacu pada persepsi karyawan sejauh mana imbalan yang diterima merupakan jumlah yang sesuai jika dibandingkan dengan karyawan lainnya. Imbalan dianggap adil apabila sesuai dengan apa yang diberikan untuk organisasi.

Tingkat kewajaran pembiayaan mengacu pada perbandingan jumlah imbalan yang mereka terima dengan keyakinannya seberapa besar yang seharusnya mereka terima. Apabila tidak sesuai dengan keyakinannya maka dianggap tidak adil.

Praktek administrasi pembayaran mempunyai 5 langkah untuk praktek pemberian imbalan yaitu :

52. 1. Imbalan gaji yang diberikan agar sama dengan gaji karyawan organisasi sejenis
53. 2. Senantiasa melakukan evaluasi pekerjaan untuk menentukan keadilan imbalan
54. 3. Pelaksanaan pembayaran imbalan berdasarkan kinerja harus didukung oleh alat ukur yang akurat
55. 4. Pelaksanaan pemberian kompensasi senantiasa diperbaharui
56. 5. Pelaksanaan yang konsisten dan terbuka dapat membangkitkan kepercayaan karyawan.⁶

Berdasarkan uraian tersebut, dapat digambarkan kerangka teori penelitian seperti halaman berikut :



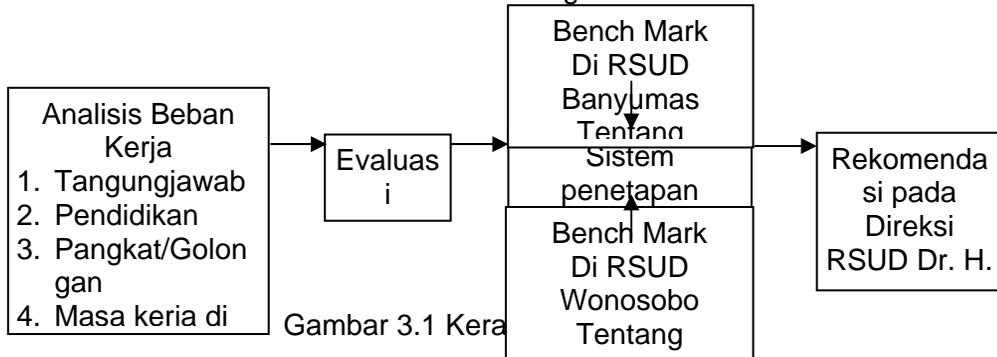
Adaptasi dari Sculer (1987); Simamora (1997); dan Dessler (1999)

Gambar 2.2 Kerangka Teoritis

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan kerangka teori tersebut di atas, maka dapat dibuat kerangka konsep penelitian analisis penetapan insentif pelayanan tenaga perawat di RSUD Dr. H. Soewondo Kendal sebagai berikut:



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

B. Rancangan Penelitian

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan study kualitatif melalui wawancara mendalam yang kemudian dilanjutkan dengan Focus Group Discussion untuk memberikan gambaran tentang faktor-faktor yang berpengaruh dalam penetapan insentif pelayanan tenaga perawat. Selanjutnya dilakukan pembandingan dengan Rumah Sakit Daerah sekelas yaitu RSUD Banyumas dan RSUD Wonosobo. Salah satu ciri dari penelitian kualitatif adalah penelitian bersifat diskriptif dan manusia sebagai alat/instrumen.

2. Pendekatan Waktu Pengumpulan Data

Penelitian ini dilaksanakan di Instalasi Rawat Inap dan Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Soewondo Kendal selama 5 bulan mulai bulan Januari 2008 s/d Mei 2008.

3. Subyek dan Obyek Penelitian

Dalam penelitian kualitatif sample penelitian yang menjadi responden disebut subyek. Subyek dalam penelitian terdiri dari :

- Direktur RSUD dr. H. Soewondo Kendal.
- Wakil Direktur Bidang Administrasi.

- Wakil Direktur Bidang Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan.
- Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan.
- Kepala Sub Bidang Kebidanan.
- Kepala Sub Bidang Keperawatan, serta 7 orang perawat pelaksana maupun Kepala Ruang Perawatan. Obyek dalam penelitian ini adalah Insentif Pelayanan Tenaga Perawat RSUD Dr. H. Soewondo Kendal.

4. Metode Pengumpulan Data

Metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini adalah dengan cara:

a. Wawancara Mendalam (*In depth Interviews*)

Wawancara adalah cara yang digunakan seseorang untuk tujuan tertentu; untuk mendapatkan keterangan/lisan dari seorang responden dengan cara berhadapan muka dengan orang itu. Wawancara digunakan untuk mendapatkan keterangan untuk diri pribadi, pendirian/pandangan dari individu yang diwawancarai untuk keperluan komparatif. Wawancara tak terstruktur adalah wawancara yang tidak memakai kuesioner yang telah disusun dengan jawaban tertutup/pilihan jawaban tapi dengan jawaban terbuka dan bukan jawaban singkat. Digunakan pertanyaan sebagai penunjuk/guide atau disebut pedoman wawancara mendalam dimaksudkan untuk memperoleh data kualitatif dalam menganalisis tenaga perawat dalam hal tanggungjawab, pendidikan, pangkat/golongan, masa kerja di rumah sakit dan resiko pekerjaannya.

b. Focus Group Discussion (FGD)

Focus Group Discussion adalah salah satu teknik dalam pengumpulan data kualitatif dimana sekelompok orang berdiskusi dengan pengarahan dari seorang moderator/fasilitator mengenai

suatu topik. Diskusi dirancang untuk menggali persepsi tentang suatu hal dan suasana yang permisif dan tidak mengancam. Jumlah peserta diskusi terdiri dari 6-12 orang²⁶.

Focus Group Discussion (FGD) mengumpulkan data kualitatif dengan unit analisis kelompok yang memberikan data mendalam mengenai persepsi dan pandangan peserta. Oleh karena itu, dalam melakukan FGD digunakan pertanyaan terbuka yang memungkinkan peserta memberi jawaban dengan penjelasan²⁶.

Topik diskusi ditentukan terlebih dahulu dan diatur secara berurutan sehingga dimengerti oleh peserta. Fasilitator menggunakan pertanyaan yang terbuka dalam FGD teknik pengumpulan data dalam dengan mengoptimalkan interaksi antar peserta, menghasilkan banyak informasi dalam waktu singkat. cara ini tepat untuk mengidentifikasi dan mengeksplorasi kepercayaan sikap, perilaku dan mengidentifikasi pernyataan yang relevan untuk wawancara yang individual. FGD merupakan bentuk komunikasi paling familier dalam masyarakat²⁶.

Kegiatan *Focus Group Discussion* ini bertujuan untuk memperoleh masukan (informasi) mengenai evaluasi jabatan pekerjaan keperawatan yang ada di RSUD Dr. H Soewondo Kendal yang meliputi jabatan : kepala ruang, wakil kepala ruang, dan perawat pelaksana. Data yang dikumpulkan dari kegiatan *Focus Group Discussion (FGD)* ini antara lain:

1. Tanggungjawab
2. Pendidikan
3. Pangkat/Golongan
4. Masa kerja di Rumah Sakit

5. Volume pekerjaan.
6. Resiko pekerjaan.

Focus Group Discussion diselenggarakan sampai dirasakan cukup kebutuhan akan informasi yang diharapkan.

Dalam penelitian kualitatif terdapat hubungan yang terbalik antar kualitas informasi yang dikumpulkan dari setiap responden dengan jumlah responden. Semakin bervariasi suatu fenomena semakin lama waktu yang dibutuhkan untuk mencapai saturasi atau arti harfiahnya kejenuhan. Makna kejenuhan adalah pada saat tertentu peneliti sudah tidak memperoleh informasi baru. Alasan fundamental adalah penelitian kualitatif mencari responden yang dapat memberi informasi mengenai fenomena yang diteliti. Apabila fenomena tersebut berkaitan dengan pengalaman tertentu, maka penelitian kualitatif akan mengidentifikasi responden yang mempunyai pengalaman yang terbanyak. Oleh karenanya pemilihan sampel menjadi bias karena mempunyai tujuan tertentu (*Purposive Sampling*).²⁷

- c. Observasi

Dalam penelitian kualitatif ini cara yang digunakan untuk mengumpulkan data adalah observasi untuk mengeksplorasi aspek masalah yang belum diketahui dan dipahami, perilaku dalam fisik maupun sosial.

5. Definisi Operasional

- a. Beban kerja merupakan pelayanan asuhan keperawatan secara langsung dalam 24 jam, meliputi : berhubungan dengan pasien dan keluarga, mengkaji kondisi kesehatan pasien melalui wawancara,

pemeriksaan fisik maupun menginterpretasikan hasil pemeriksaan diagnosis.

- b. Tanggungjawab adalah tugas yang diberikan pada tenaga keperawatan berdasarkan SK dari Direktur/Ka Bid/Ka Ins sesuai unit kerja.
- c. Pangkat/golongan adalah pangkat/golongan yang dimiliki tenaga keperawatan di ruang rawat inap pada posisi terakhir.
- d. Masa kerja merupakan perhitungan tahun sejak tenaga keperawatan mulai bekerja di RSUD Dr. H. Soewondo Kendal sampai dengan pelaksanaan penelitian.
- e. Resiko pekerjaan adalah resiko yang timbul dari bekerja di dalam maupun yang beresiko tinggi tertular penyakit serta bersentuhan dengan fokus, muntah, darah, dll.
- f. Evaluasi jabatan merupakan proses yang secara sistematis menganalisis pekerjaan-pekerjaan tersebut di dalam organisasi yaitu prosesnya melaksanakan analisis pekerjaan, memilih dan menentukan faktor-faktor pekerjaan kritis untuk pekerjaan keperawatan.
- g. Insentif adalah imbalan-imbalan finansial yang diterima oleh karyawan melalui hubungan kepegawaian mereka dengan sebuah organisasi.
- h. Bench Mark adalah menganalisa dengan cara membandingkan nilai dari dua atau lebih objek penelitian.
- i. Sistem penetapan insentif adalah cara pembagian imbalan finansial yang diterimakan kepada karyawan melalui hubungan kepegawaian mereka dengan organisasi.
- j. Rekomendasi adalah saran yang diajukan oleh peneliti kepada subyek penelitian.

7. Instrumen Penelitian dan Cara Penelitian

Penelitian kualitatif dapat menjelaskan fakta-fakta yang diamati dalam konteks tempat terjadinya fakta tersebut (*natural setting*). Manusia sebagai instrument penelitian dapat mengungkapkan/ menangkap dinamika interaksi antara fakta dengan konteks penelitian. Interaksi antara peneliti dengan yang diteliti dideskripsikan dalam penelitian untuk memperkaya data yang diperoleh.

Penelitian kualitatif lebih memungkinkan menangkap realita ganda (*multiple realities*) dan mendeskripsikan situasi secara komprehensif dalam konteks yang sesungguhnya. Untuk mencapai tujuan tersebut, peneliti menggunakan cara sampling yang dapat mengoptimalkan kualitas data yang diperoleh yaitu *purposive sampling*. Dalam penelitian kualitatif, dinamika yang paling tinggi terdapat pada siklus rancangan penelitian – pengumpulan data – dan analisa data. Proses ini terjadi secara simultan. Hal ini sangat menentukan kualitas data yang diperoleh. Oleh karena prosesnya bersifat interaktif, proses memungkinkan peneliti untuk lebih memfokuskan fenomena yang diamati (negoisasi makna).²⁷

Dalam penelitian ini validitas dan reliabilitas dikenal istilah *trustworthiness* yang secara umum berarti hasil penelitian dapat dipercaya (*trustworthy*) atau bermanfaat untuk dipercaya (*worth to trust*).

Kriteria yang digunakan :

- a. *Truth value* adalah kevalidan hasil penelitian.
- b. Aplikabilitas berkaitan dengan hasil penelitian dapat diterapkan kepada subyek atau konteks yang lain.
- c. Konsistensi
- d. Netralitas

Penulisan Laporan mendeskripsikan serinci mungkin fenomena yang diteliti di konteks yang dipilih (*case study reporting mode*).

Dalam penelitian ini instrumen yang digunakan adalah

- a. Pedoman wawancara mendalam
- b. Focus Group Discussion
- c. Check list ²⁷

Untuk meningkatkan *trustworthiness* menggunakan 4 cara :

- a. *Thick description* : peneliti mengumpulkan data secara rinci dan komperhensif yang menggambarkan secara keseluruhan apa yang sedang terjadi. Dengan cara ini peneliti tidak hanya mengumpulkan data yang bersifat sepihak yaitu hanya mendukung atau menolak dugaan atau interpretasinya saja.
- b. *Negative case analysis* : peneliti selalu melakukan revisi sehingga seluruh data yang dikumpulkan *make sense*.
- c. *Triangulation* : peneliti mengumpulkan data dari sumber dan teknik pengumpulan data yang berbeda.
- d. *Member checking* : peneliti mengambil kesimpulan lalu diumpan balikkan kepada subyek penelitian atau pihak lain yang familier dengan situasi yang diteliti. ²⁷

8. Teknik Analisis Data Kualitatif

Analisa data menggunakan metode pengolahan deskripsi isi (content analisis), yaitu pengumpulan data, reduksi data, verifikasi kemudian disajikan dalam bentuk diskripsi dengan mengikuti pola pikir induktif yaitu pengujian data yang bertitik tolak dari data yang telah dikumpulkan kemudian dilakukan penarikan kesimpulan.

- a. Pengumpulan data.

Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan emik yaitu peneliti bertindak sebagai seorang yang mengidentifikasi masalah informan dan menguraikan apa yang telah didengar secara nyata tanpa mengurangi atau mempengaruhi opini responden.

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam, *focus group discussion* maupun observasi yang selanjutnya disalin dalam bentuk transkrip hasil wawancara.

b. Reduksi data dalam katagorisasi

Reduksi data dilakukan dengan mengidentifikasi satuan atau bagian yang ditemukan dalam data yang memiliki makna bila dikaitkan dengan focus dan masalah penelitian, kemudian dibuat koding yaitu memberi kode pada setiap bagian agar dapat ditelusuri sumber data/satuannya berasal. Selanjutnya dilakukan katagorisasi yaitu upaya memilah/mengelompokkan data/satuan ke dalam bagian yang memiliki kesamaan dan dicari kaitan antara satu katagori dengan kategori yang lain.

c. Verifikasi dan penyajian data

Melakukan telaah ulang atau pemeriksaan terhadap data yang diperoleh kemudian disajikan dalam bentuk naratif sesuai dengan variabel yang diteliti.

d. Menarik kesimpulan

Kesimpulan dari penelitian diperoleh dengan pertanyaan penelitian dengan hasil penelitian dan teori.

Analisa data hasil wawancara menggunakan tehnik kualitatif memungkinkan peneliti memperoleh informasi dan pemahaman yang

mendalam tentang penetapan insentif pelayanan tenaga perawata di RSUD dr. H. Soewondo Kendal.

Pada penelitian kualitatif uji validitas disebut triangulasi. Triangulasi data merupakan tehnik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain diluar data yang diperoleh untuk melakukan pengecekan (*cross check*) data. Tehnik triangulasi yang paling banyak digunakan membandingkan dengan sumber lain.

Dengan triangulasi peneliti dapat merecheck temuannya dengan jalan membandingkan dengan sumber, metode dan teori. Untuk itu peneliti dapat melakukan dengan cara : mengajukan pertanyaan yang bervariasi, mengecek dengan berbagai sumber data dan memanfaatkan berbagai metode agar pengecekan kepercayaan dapat dilakukan. Triangulasi dilakukan pada pada sumber yakni pelaksanaan pembagian jasa pelayanan pada Unit Swadana Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas dan Rumah Sakit Umum Daerah Wonosobo sebagai rumah sakit yang setara dengan Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Soewondo Kendal.

Reliabilitas (keterandalan) pada penelitian kualitatif dapat dicapai dengan auditing dan atau mendokumentasikan data yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam secara terinci dan dikelompokkan sesuai dengan topik penelitian. Setiap data yang diperoleh dianalisa untuk mengetahui makna dan hubungannya dengan masalah penelitian.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. H. Soewondo Kendal adalah rumah sakit kelas B non pendidikan (SK Menteri Kesehatan No: 40/Menkes/2002 tanggal 21 Januari 2002 dan merupakan RS Rujukan Tingkat II) milik Pemerintah Kabupaten Kendal, mempunyai 202 tempat tidur dan tenaga kerja sebesar 352 orang, dengan perincian SDM sebagai berikut:

• Tenaga Dokter Spesialis	16 orang
• Tenaga Dokter Umum	12 orang
• Tenaga Dokter Gigi	3 orang
• Tenaga Paramedis	129 orang
• Tenaga Paramedis non Keperawatan	32 orang
• Tenaga Non Medis	136 orang
• Pejabat Struktural	23 orang
• Direktur	1 orang
TOTAL	352 orang

1. Falsafah dan Tujuan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

RSUD dr. H. Soewondo Kendal (RSUD Kendal) mempunyai visi menjadikan rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan prima yang didukung oleh sumber daya manusia (SDM) yang profesional dan sejahtera, sarana prasarana memadai serta manajemen yang bermutu tinggi, dengan misi meningkatkan profesionalitas, meningkatkan kesejahteraan sumber daya manusia, mengembangkan manajemen pelayanan rumah sakit, mengembangkan sarana dan prasarana dan memberikan pelayanan prima yang terjangkau dan dukungan jaringan pelayanan kesehatan.

Tujuan yang dicapai adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Kendal, meningkatkan kinerja, baik kinerja produktivitas, proses pelayanan, kepuasan masyarakat dan meningkatnya pendapatan (kinerja keuangan), tersedianya sarana dan prasarana yang memadai bagi pelayanan yang bermutu dan meningkatnya kesejahteraan sumber daya manusia (SDM) Rumah Sakit.

Dalam mewujudkan visi, misi dan tujuan tersebut filosofi yang dianut yaitu kesehatan adalah salah satu modal dasar pembangunan sumber daya manusia, oleh karena itu hidup sehat adalah merupakan hak setiap manusia yang tidak dapat ditunda dan ditawar. Sebagai rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten Kendal, RSUD dr. H. Soewondo Kendal harus mampu melayani secara optimal masyarakat di wilayahnya sebagai wujud tanggung jawab kepada negara dan profesi oleh karenanya pelayanan rumah sakit harus mempunyai akses yang baik kepada masyarakat Kendal dan kepuasan konsumen merupakan orientasi utama penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSUD dr. H. Soewondo Kendal. Oleh karena itu pelayanan yang diberikan terhadap pasien (sebagai konsumen luar) dan pelaksana kesehatan itu sendiri (sebagai konsumen dalam) harus diutamakan.

Nilai-nilai yang menjadi dasar pelayanan kesehatan yang dikembangkan dalam melaksanakan dan mewujudkan visi-misi tersebut adalah rendah hati, profesional, jujur, kerjasama dan kebersamaan, integritas, kerja keras, disiplin, keterbukaan terhadap kritik dan perbaikan dan keinginan menjadi yang terbaik. Berdasarkan hal di atas maka RSUD Kendal mempunyai motto "Senyumku adalah penyembuhanmu" artinya dengan pelayanan yang diberikan selalu diusahakan sebaik mungkin

dengan penuh tanggung jawab, sopan, ramah, hormat dan banyak senyum diharapkan pasien merasa puas dan cepat sembuh.

Menurut Peraturan Daerah no. 6 tahun 2001 yang berisi tentang Pembentukan Badan dan Kantor-kantor di Lingkungan Pemerintah Daerah Kabupaten Kendal disahkan pula tugas pokok RSUD dr. H. Soewondo Kendal. Tugas pokok tersebut yaitu melaksanakan upaya pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Sedangkan fungsinya sebagai penyelenggaraan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan non medis, pelayanan dan asuhan keperawatan, pelayanan rujukan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan dan administrasi umum dan keuangan.

2. Organisasi di RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Untuk melaksanakan visi, misi, tujuan, tugas pokok dan fungsi dari RSUD Kendal maka disusunlah organisasi RSUD Kendal dengan struktur organisasi yang diatur dalam Peraturan Daerah Kabupaten Kendal No. 20 Tahun 2007.

Struktur organisasi RSUD dr. H. Soewondo Kendal terdiri dari kelompok jabatan struktural dan jabatan non struktural (fungsional).

Dalam menjalankan tugas pokok sebagaimana dimaksud, Rumah Sakit mempunyai fungsi :

- a. penyusunan program di bidang pelayanan kesehatan.
- b. perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan.
- c. pembinaan teknis di bidang pelayanan kesehatan.
- d. penyelenggaraan pelayanan medis, penunjang medis dan non medis.
- e. penyelenggaraan pelayanan rujukan.
- f. penyelenggaraan pelayanan asuhan.
- g. pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta pendidikan dan pelatihan bidang kesehatan.
- h. pengelolaan administrasi dan keuangan.

3. Profil Tenaga Keperawatan di RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Jumlah tenaga keperawatan dan tingkat pendidikannya terhitung

bulan Agustus 2008 terdapat pada tabel 4.1 berikut ini:

Tabel 4.1 Distribusi Tenaga Keperawatan di RSUD dr. H. Soewondo Kendal per Agustus 2008

No	Unit Pelayanan	Pendidikan					
		S1	%	D III	%	SLTA	%
1	Instalasi Rawat Jalan	1	25	15	10,64	1	6,25
2	Instalasi Radiologi	1	25	3	2,13	-	-
3	Instalasi Rehab Medis	-	-	2	1,42	-	-
4	Instalasi Gizi	1	25	3	2,13	-	-
5	Instalasi Laboratorium	-	-	5	3,55	9	56,25
6	Instalasi Bedah Sentral	-	-	10	7,10	1	6,25
7	Ruang Anestesi	-	-	4	2,84	-	-
8	Instalasi Gawat Darurat	-	-	16	11,35	1	6,25
9	Ruang Anggrek / Bugenvil	-	-	11	7,8	1	6,25
10	Ruang Cempaka	-	-	10	7,09	1	6,25
11	Ruang BBRT/Melati	-	-	9	6,38	-	-
12	Ruang Flamboyan	-	-	8	5,67	1	6,25
13	Ruang Laki-laki/Kenanga	-	-	7	4,96	1	6,25
14	Ruang Anak/Dahlia	-	-	8	5,67	-	-
15	Ruang ICU/Nusa Indah	-	-	12	8,51	-	-
16	Ruang Obygn/Mawar	-	-	9	6,38	-	-
17	Instalasi Farmasi	1	25	9	6,38	-	-
	Jumlah	4	100	141	100	16	100

Dari Tabel 4.1 tentang Distribusi Tenaga Keperawatan sejumlah

161 orang, terlihat bahwa 4 orang tenaga keperawatan berpendidikan S1,

141 orang tenaga keperawatan berpendidikan D III, dan 16 orang tenaga keperawatan berpendidikan SLTA.

B. Pengelolaan Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal saat ini.

Dalam rangka peningkatan produktivitas kerja sejalan dengan perubahan pada Tarif RS dan diharapkan komponen SDM RS dapat bekerja lebih baik dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat maka perlu diatur pembagian insentif/jasa pelayanan pada masing-masing komponen SDM RSUD dr. H. Soewondo Kendal.

1. Insentif Non Finansial Tenaga Keperawatan

Sebagaimana tersebut di dalam peraturan daerah kabupaten Kendal Nomer 24 tahun 2001 tentang retribusi pelayanan kesehatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal menerangkan bahwa penerimaan fungsional RSUD adalah penerimaan yang diperoleh sebagai imbalan atas pelayanan baik berupa barang dan atau jasa yang diberikan oleh RSUD dalam menjalankan fungsinya melayani kepentingan masyarakat atau instansi masarakat lainnya.

Dana swadana penerimaan fungsional yang diterima oleh rumah sakit unit swadana dikelola menjadi Rencana Anggaran Belanja Rumah Sakit (RAPBS), yang dapat dipergunakan secara langsung untuk pengembangan SDM sebanyak-banyaknya 5% (lima persen)

Dari target penerimaan rumah sakit sebesar Rp. 16.500.000.000,- digunakan untuk penyelenggaraan program pendidikan dan pelatihan SDM kesehatan rumah sakit dalam periode Januari – Desember 2007 sebesar Rp. 190.000.000,- atau sebesar 1,15% dari penerimaan rumah sakit, sehingga masih bisa dilaksanakan upaya peningkatan pembiayaan pengembangan SDM kesehatan rumah sakit. Upaya tersebut meliputi:

a. Belanja Beasiswa Pendidikan

- 1) Belanja beasiswa tugas belajar D3
 - 2) Belanja beasiswa tugas belajar S1
 - 3) Belanja beasiswa tugas belajar S2
- b. Belanja Kursus, Pelatihan, Sosialisasi dan Bimbingan Teknis
- 1) Biaya pelatihan Dokter Umum, Dokter Gigi, Dokter Spesialis
 - 2) Kegiatan Workshop
 - 3) Pelatihan PPGD bagi perawat
 - 4) Pelatihan barikade siaga bencana
 - 5) Pelatihan perawat mahir
 - 6) Pelatihan bidang pelayanan keperawatan/asuhan dan mutu keperawatan.
 - 7) Pelatihan instalasi penunjang (instalasi laboratorium, instalasi farmasi, rehap medik, gizi dan radiologi)
 - 8) Pelatihan perawat kepribadian dan etika berkomunikasi
 - 9) Pelatihan perawat instalasi rawat inap, IGD, ICU dan IBS

Penunjukan SDM keperawatan untuk mengikuti berbagai kegiatan diatas dapat digunakan sebagai kompensasi non finansial dari rumah sakit untuk tenaga keperawatan.

2. Insentif Finansial Tenaga Keperawatan

Berdasarkan pertimbangan tersebut untuk menjamin kelancaran pembagian insentif/jasa pelayanan perlu diatur dengan sebuah keputusan. Insentif yang diterimakan berasal dari penerimaan yang sah dalam aturan-aturan pengelolaan RS yang didasari :

- a. Peraturan Daerah No. 24 tahun 2001 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal,

- b. Keputusan Bupati Kendal no. 14 tahun 2002 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Kelas Utama A/B dan Kelas I pada RSUD dr. H. Soewondo Kendal,
- c. Perjanjian Kerja Sama dengan pihak luar dalam pembiayaan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RSUD dr. H. Soewondo Kendal.
- d. Surat Keputusan Direktur/Kepala Badan RSUD dr. H. Soewondo Kendal Nomor : 900/0997/RSUD/2005 Tanggal 18 Oktober 2005

1. Insentif Pelayanan

No	Komponen	Persentase
1	Dokter	60%
2	Paramedis	20%
3	Non Medis	7,5%
4	Struktural/Bendahara	7,5%
5	Direktur	5%
	Jumlah	100%

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

2. Insentif Asuhan Keperawatan (Askep) dan Tindakan Khusus Keperawatan (TKK)

No	Komponen	Persentase	
		Askep	TKK
1	Dokter Terkait	2,5%	2,5%
2	Paramedis	85%	85%
3	Non Medis	7,5%	7,5%
4	Struktural/Bendahara	2,5%	2,5%
5	Direktur	2,5%	2,5%
	Jumlah	100%	100%

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Penerima bagian pelayanan keperawatan seluruh Rumah Sakit dilakukan pengumpulan menjadi satu, dari berbagai sumber-sumber dimana ada kontribusi pekerjaan keahlian keperawatan.

Acuan yang digunakan dalam penerima insentif tenaga keperawatan ada 2 sebagai berikut:

- Penerimaan insentif pelayanan keperawatan sebesar 20% dari jasa pelayanan yang diperoleh pihak RS yang berasal dari pelayanan yang diberikan kepada pasien dengan besaran sesuai tarif/retribusi yang berlaku.
- Penerimaan insentif Pelayanan Asuhan Keperawatan (ASKEP) dan Tindakan Khusus Keperawatan (TKK) sebesar 85% dari jasa Asuhan Keperawatan dan Tindakan Khusus Keperawatan yang diperoleh pihak RS yang berasal dari pelayanan yang diberikan kepada pasien dengan besaran sesuai tarif/retribusi yang berlaku.

Sesuai dengan struktur organisasi pegawai di RSUD dr. H. Soewondo Kendal, Tenaga Keperawatan terdistribusi pada unit-unit pelayanan sebagai berikut:

- Instalasi Rawat Jalan
- Instalasi Radiologi
- Instalasi Rehab Medis
- Instalasi Gizi
- Instalasi Laboratorium
- Instalasi Bedah Sentral
- Ruang Anestesi
- Instalasi Gawat Darurat
- Ruang Anggrek dan Bugenvil
- Ruang Cempaka
- Ruang BBRT/Melati
- Ruang Perempuan/Flamboyan
- Ruang Laki-laki/Kenanga
- Ruang Anak/Dahlia

- Ruang ICU/Nusa Indah
- Ruang Obgyn/Mawar
- Instalasi Farmasi

Dengan berpedoman pada Keputusan Kepala Badan RSUD dr. H. Soewondo Kendal Nomor : 900/0997/RSUD/2005 tanggal 18 Oktober 2005, dapat diketahui besaran insentif tenaga keperawatan di masing-masing dari 17 unit pelayanan Tenaga Keperawatan melaksanakan tugasnya.

Pada tahap ini di bagian keuangan telah diketahui besarnya jumlah penerimaan insentif Tenaga Keperawatan pada unit pelayanannya. 17 Unit Pelayanan yang ada sudah memiliki data besaran jumlah penerimaan insentif, sehingga jumlah total insentif pelayanan Tenaga Keperawatan seluruh Rumah Sakit telah diketahui.

a. Sistem Distribusi Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan:

Setelah diketahui jumlah sub total penerima insentif pelayanan di masing-masing unit pelayanan, instalasi/ruangan membuat penilaian indek untuk tiap-tiap tenaga keperawatan di masing-masing unit layanan. Angka indek yang berkaitan digunakan sebagai dasar menghitung besaran rupiah insentif pelayanan yang akan diterimakan oleh Bagian Keuangan kepada Tenaga Keperawatan tersebut. Dasar penilaian indek adalah Standar Penilaian Indek Paramedis, Non Medis RSUD dr. H. Soewondo Kendal.

1. Golongan

Tabel 4.2 Indeks Golongan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	GOLONGAN	POINT
1	I/a	3
2	I/b	4
3	I/c	5
4	I/d	6
5	II/a	7
6	II/b	8
7	II/c	9
8	II/d	10
9	III/a	11
10	III/b	12
11	III/c	13
12	III/d	14
13	IV/a	15
14	IV/b	16
15	IV/c	17
16	IV/d	18

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Interval point yang digunakan di dalam menilai besarnya point indeks paramedis sebesar 1 point. Point terendah adalah pegawai dengan golongan I/a sebesar 3 point, golongan II/a sebesar 7 point, golongan III/a sebesar 11 point, golongan IV/a sebesar 15 point, dengan point tertinggi pegawai golongan IV/d sebesar 18 point.

2. Masa Kerja

Tabel 4.3 Indeks Masa Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	MASA KERJA	POINT
1	< 3 bulan	0
2	3 bulan s/d 2 tahun	0,5
3	2 tahun s/d 4 tahun	1
4	4 tahun s/d 6 tahun	1,5
5	6 tahun s/d 8 tahun	2
6	8 tahun s/d 10 tahun	2,5
7	10 tahun s/d 12 tahun	3
8	12 tahun s/d 14 tahun	3,5
9	14 tahun s/d 16 tahun	4
10	16 tahun s/d 18 tahun	4,5
11	18 tahun s/d 20 tahun	5
12	20 tahun s/d 22 tahun	5,5
13	22 tahun s/d 24 tahun	6
NO	MASA KERJA	POINT
14	24 tahun s/d 26 tahun	6,5
15	26 tahun s/d 28 tahun	7
16	28 tahun s/d 30 tahun	7,5
17	> 30 tahun	8

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Masa kerja mulai dihitung setelah tenaga paramedik memasuki masa kerja 3 bulan sampai dengan 2 tahun sejak mulai kerja di RSUD dr. H. Soewondo Kendal setiap 2 tahun masa kerja menciptakan efek kenaikan 0,5 point atau identik dengan 1 point setiap 4 tahun pertambahan masa kerja.

3. Pendidikan

Tabel 4.4 Indeks Pendidikan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	PENDIDIKAN	POINT
1	S-2 Profesi	21
2	S-1 Profesi	19
3	S-2 Umum	19
4	S-1 Umum	17
5	Diploma 4	16
6	Diploma 3	15
7	SLTA	12
8	SLTP	9

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

4. Volume Kehadiran Kerja

Tabel 4.5 Indeks Volume Kehadiran Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	VOLUME KEHADIRAN	POINT
1	1 Minggu Penuh	1
2	Tidak Masuk Dengan Ijin Kerja	-0,3
3	Tidak Masuk Tanpa Ijin per hari	-1

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Volume kehadiran kerja dihitung menciptakan penghargaan maupun pengurangan besarnya point yang diterima oleh tenaga keperawatan.

5. Tanggung Jawab

Tabel 4.6 Indeks Tanggung Jawab Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	JABATAN / UNIT KERJA	POINT
1	Kepala Bidang (Eselon III)	10
2	Kepala Sub Bidang/Kepala Sub Bagian (Eselon IV)	8
3	Kepala Instansi	8
4	Kepala Ruang/Bangsal	8
5	Wakil Kepala Ruang/Bendahara	7
6	Para Medis Shift	6
7	Para Medis Non Shift	5
8	Para Medis OK	5
9	Para Medis Perawatan Dinas Rangkap	6,5
10	Para Medis Non Keperawatan Shift	4,5
11	Para Medis Non Keperawatan Non Shift	4
12	Staf Keuangan	3
13	Pembantu Keperawatan Shift (POS)	4
14	Pembantu Bendahara / Pengurus Barang	2,5
15	Pekarya / Pembantu Perawat Non Shift	3,5
16	Staf Administrasi	2

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Dari tabel di atas terlihat bahwa kelompok jabatan yang digunakan di dalam memberikan indeks point tenaga keperawatan masih berbaur antara kelompok jabatan struktural dengan kelompok jabatan fungsional serta petugas keuangan/bendahara maupun petugas administrasi. Belum terlihat secara nyata bahwa ketentuan khusus diciptakan bagi petugas pelaksana maupun kepala ruang perawatan. Indeks terbesar kepala ruang adalah 8, terkecil pekarya/pembantu perawat non shift bernilai 3,5 point.

6. Beban Kerja

Tabel 4.7 Indeks Beban Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	VOLUME BEBAN KERJA	POINT
1	Kepala Bidang	8
2	Kepala Sub Bidang	6
3	Kepala Instansi / Kepala Ruang	4
4	Bendahara / Para Medis Keperawatan	3
5	Para Medis Non Keperawatan	2
6	Non Medis	1

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Pengelompokan volume beban kerja berkaitan dengan besarnya point belum berasaskan fungsional tenaga keperawatan masih ada penilaian berdasarkan jabatan struktural, kepala bidang, dan kepala sub bidang.

Telah ada kesepakatan antara Komite Keperawatan dengan Pihak Manajemen Rumah Sakit bahwa Sistem Distribusi Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan adalah sebagai berikut:

- Bahwa penerima insentif pelayanan Tenaga Keperawatan masing-masing unit pelayanan sesuai peraturan yang ada adalah sebagai berikut: 20% dari jasa pelayanan RS, 85% dari jasa Asuhan Keperawatan, 85% dari Tindakan Khusus Keperawatan. Digabung/ dijumlah menjadi satu besaran senilai 100%
- Bahwa penerima 100% insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan tersebut dibagi dalam 2 bagian:
 - Bagian pertama sebesar 70% menjadi hak langsung/dikembalikan langsung/penerimaan langsung insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan di masing-masing unit pelayanan.
 - Bagian Kedua sebesar 30% menjadi penerimaan tidak langsung. Penerima 30% dari masing-masing unit pelayanan dikumpulkan menjadi satu dalam kantong besar.

Dana Kantong Besar senilai 30% dari seluruh insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan se-Rumah Sakit didistribusikan kembali/ diterimakan kembali kepada setiap Tenaga Keperawatan. Seluruh perhitungan yang digunakan dalam penetapan insentif tenaga paramedis menggunakan sistem point. Setiap insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan sebesar 70% berupa penerimaan langsung

ditambah 30% berupa penerimaan tidak langsung (dari kantong besar) dihitung dengan rumus:

$$\sum @ \text{ indeks Rp} = \frac{\sum \text{Jasa Pelayanan Yang Dibagi}}{\sum \text{Total Indeks}}$$

Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan diserahkan oleh bagian keuangan Rumah Sakit kepada masing-masing Tenaga Keperawatan *by name*.

C. Hasil Pelaksanaan Wawancara Mendalam

Pelaksanaan wawancara mendalam yang diikuti oleh 5 orang terdiri dari. Pelaksanaan wawancara mendalam tersebut dilakukan di ruang kerja informan antara tanggal 13 Juni 2008 sampai dengan 16 Juni 2008. Dari pelaksanaan wawancara mendalam diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.8 Karakteristik Informan wawancara mendalam Analisis Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo.

No.	Kode Responden	Jabatan	Golongan	Pendidikan
1	R-1	Direktur	IV/B	S2
2	R-2	Wakil Direktur Bidang Administrasi	IV/B	S2
3	R-3	Wakil Direktur Bidang Keperawatan dan Kebidanan	IV/A	S1
4	R-4	Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan	III/D	S1
5	R-7	Pelaksana Keperawatan	III/D	D3

Karakteristik informan adalah pejabat tertinggi yaitu Direktur Rumah Sakit sampai dengan Pelaksana Keperawatan dengan deviasi golongan/pangkat IV/B sampai dengan III/C sebagai informan utama. Tingkat pendidikan informan tertinggi S2, terendah D III.

1. Pertanyaan I

Dasar Operasional RSUD dr. H. Soewondo Kendal adalah Peraturan Daerah Kabupaten Kendal No: 24 tahun 2001 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Badan RSUD dr H Soewondo Kendal dan Keputusan Kepala Badan RSUD dr. H. Soewondo Kendal No; 900/0997/RSUD/2005 tentang : Penetapan Pembagian Jasa/Insentif Pelayanan Badan RSUD dr H Soewondo yang di dalamnya tersebut bahwa 20% insentif pelayanan adalah hak tenaga keperawatan.

Berkaitan dengan hal tersebut, apakah ada rencana untuk melakukan peninjauan tentang % (persen) penerimaan berkaitan dengan pasal insentif bagi tenaga perawat tersebut?

No	Responden	Jawaban
1	R-1	"...Beberapa hal yang dianggap tidak sesuai....kita lakukan perubahan. Khusus untuk pembagian jasa... selama ini sudah terakomodir oleh mereka. Dalam waktu dekat ini belum karena tidak ada masukan-masukan untuk itu...."
2	R-2	"....berdasarkan kemampuan keuangan, perkembangan RS Dr. Soewondo. Akan diupayakan meningkatkan kesejahteraan perawat. Nanti porsi pembagian secara proporsional berdasar tanggung jawab yang dilakukan...."
3	R-3	".... masukan yang terakhir ini 20% + 1%, direktur masih dipegang oleh dr. Rivai. Jasa Direktur turun 1% untuk menambah insentif keperawatan. Surat Keputusan Kepala Badan masih 20%. Masukan dari bawah kalau 20% dirasa kurang...."
4	R-4	"...Untuk insentif pelayanan keperawatan 20% perlu ditinjau kembali. Kemudian dievaluasi kembali. Karena personil dalam keperawatan lebih banyak dari personil yang lain, sehingga bila dibagi itu nominalnya sangat sedikit/sangat kurang. Jadi berharap untuk peninjauan kembali berkaitan penerimaan untuk menjadi lebih baik...."

2. Pertanyaan II

Berdasarkan data dari bagian keuangan bahwa penerimaan insentif Januari, Pebruari, Maret 2008 tentang Jarkesmas Askes Sosial maupun tentang insentif/jasa pelayanan dan jasa farmasi, disitu tertuang bahwa ada beberapa perawat dari berbeda bagian terjadi penerimaan yang relatif sangat jauh. Memang semua sudah berdasarkan peraturan yang sudah ditetapkan di RS. Tapi di situ nyata bahwa pada bulan yang sama seorang perawat menerima Rp.130.400,- atau Rp.997.500 dari satu komponen (Askes Sosial bulan Pebruari 2008). Secara hitung matematis disitu ada kesenjangan yang cukup jauh. Adakah rencana Rumah Sakit untuk mendekatkan kesenjangan ini berazaskan keadilan ?

No	Responden	Jawaban
1	R-1	"... Kalau di suatu tempat pasiennya banyak pekerjaannya banyak akan menerima insentif banyak. Seperti BBRT yang pasiennya sedikit tidak mungkin dia akan dapat banyak. Ini kita akan sadarkan yang namanya "Sadar Posisi", Sahturing (Basah membantu yang kering). Terus <i>rolling</i> harus

		<p>berjalan, karena tipe penggajian perawat berbeda-beda, Ada upaya untuk penerimaan keperawatan proporsional, keadilan bukan berarti sama besar. Ada upaya dari RS untuk melakukan :sistem point, Sahturing dan <i>Rolling</i> untuk lebih meratakan. Kita akan menuju ke sana :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sahturing (Basah membantu yang kering) dengan kombinasi ini diharapkan akan proporsional sesuai dengan pekerjaannya 2. <i>Rolling</i>.... jadi tadi yang kering akan dibasahkan karena tidak mungkin kita mendatangkan pasien BBRT harus banyak padahal badnya hanya 5, ICU misalkan beberapa RS memang seperti ini.
2	R-2	<p>".....Insentif diberikan tidak sama rasa sama rata tetapi berdasarkan peran serta tanggung jawabnya. Artinya akan dilihat variabel yang mempengaruhi. Biasanya dihitung lewat point-point akan mempengaruhi seberapa besar perawat akan menerima jasanya/insentif. Bisa saja terjadi besar kecil berdasarkan point yang didapatkan juga tupoksinya. Kita upayakan <i>take home pay</i> semua karyawannya <i>flat</i> sehingga ada point keadilan. Sahturing (Basah Bantu Kering). Kita semua sadar posisi. Ke depan akan bekerja sama dengan komite keperawatan yang akan memberi pertimbangan mengenai insentif pendapatan yang <i>flat</i>...."</p>
3	R-3	<p>"....Jadi menurut saya hal-hal seperti harus ditinjau dibahas bersama karena ada disparitas yang tinggi, paling tidak dengan yang paling bawah jomplang sekali. Kelihatannya wacana itu sudah ditangkap oleh Direktur akan dilakukan pembenahan supaya disparitas tidak terlalu tinggi. Akan ditentukan batas minimal yang akan dibawa pulang baru bicara masalah point untuk menambah sehingga terjadi perbedaan. Dasarnya point diharapkan obyektif karena berdasar point sehingga disepakati semua. Kalau semua sudah mensepakati maka akan menerima adanya perbedaan. Ada batas minimal yang diterima maka kesenjangannya tidak terlalu tinggi. Yang membedakan di pointnya"</p>
4	R-4	<p>"..masih perlu ditinjau kembali. kesepakatan yang kaku 70% masuk ke ruang masing-masing 30% masuk ke kantong besar....t yang pendapatannya sedikitpun kalau dilihat dari beban kerjanya juga berat. BBRT (bayi resiko tinggi), pendapatannya dibanding ruang-ruang yang lain paling rendah. Padahal bayi resiko tinggi dengan jumlah pasien sedikit, pelayanan berat. Belum tampak</p>

		keadilan, dari yang 70% dapat diturunkan menjadi 60% atau 50%. Jadi proporsi perbandingan yang diharapkan 70:30, 60:40 atau 50:50. Dalam pelaksanaannya akan menggunakan sistem point.....”
--	--	---

Dari hasil wawancara yang dilakukan dapat disimpulkan perubahan terhadap sistem pembagian insentif pelayanan tenaga perawat di RSUD dr. H. Soewondo Kendal layak untuk dilaksanakan. Mengingat peraturan operasional yang digunakan yaitu Peraturan Daerah Kabupaten Kendal Nomor 24 Tahun 2001 sudah berlangsung lebih dari 7 tahun tentunya perhitungan yang didasari *unit cost* sudah tidak memadai lagi. Penetapan pembagian jasa/insentif pelayanan RSUD dr. H. Soewondo Kendal hanya berdasarkan pada keputusan Kepala Badan RSUD dr. H. Soewondo Kendal Nomor : 900/0997/RSUD/2005 yang diketahui oleh Bupati Kepala Daerah, sehingga sangat memungkinkan untuk dilakukan revisi.

3. **Pertanyaan III**

Dalam upaya melaksanakan azas berkeadilan dalam pembagian jasa/insentif pelayanan tenaga keperawatan dengan sistem point. Ada beberapa hal yang jadi pertimbangan digunakan dalam menetapkannya. Faktor apa saja yang digunakan dalam memperhitungkan index point insentif pelayanan tenaga perawat?

No	Responden	Jawaban
1	R-2	”... Karena perawat berasal dari kerja yang berbeda. Sistem point bisa digunakan untuk menuju sistem yang berkeadilan. Item yang akan dipakai menghitung point adalah : - senioritas (pangkat dan masa kerja) - pendidikan --> mempengaruhi kompetensi - volumen pekerjaan - resiko pekerjaan....”
2	R-3	”.. Semua pihak yang terkait bicara bersama untuk bisa ketemu pada insentif yang ideal dan adil. Pendidikan, senioritas, lama bekerja, kedudukan di ruangan. Beberapa point akan dipertimbangkan yang paling penting disepakati bersama. Termasuk resiko pekerjaan, volume kerja...”
3	R-4	”...Tanggung jawab, masa kerja, pendidikan, pangkat dan golongan, volume pekerjaan, resiko pekerjaan....”

Wawancara mendalam tersebut menghasilkan kesimpulan bahwa sistem penetapan insentif pelayanan tenaga keperawatan yang berazaskan keadilan diupayakan dengan menggunakan sistem point dengan item yang dipakai menghitung point adalah sebagai berikut: pangkat, pendidikan (*competensi*), masa kerja, volume pekerjaan, tanggung jawab, resiko pekerjaan.

4. Pertanyaan IV

Di bangsal ada struktur Kepala Ruangan, Wakil Kepala Ruangan, dan Perawat Pelaksana serta tenaga non medis keperawatan. Apakah struktur tersebut dijadikan gradasi dalam penetapan point karena struktur tersebut berdasar tanggung jawab?

No	Responden	Jawaban
1	R-2	"...Itu sebagai salah satu pertimbangan karena struktur merupakan pencerminan ada tugas yang dilaksanakan .Kita lihat keterlibatan dalam kegiatan tersebut, tanggung jawab, resiko pekerjaan, salah satu pertimbangan point. Bisa saja seseorang masuk struktural dapat lebih kecil dibanding perawat yang melakukan pelayanan yang beresiko dan memerlukan keahlian...."
2	R-7	"... itu memang struktur tanggung jawab yang ada dalam setiap ruang, tanggung jawab tertinggi pada kepala ruangan kemudian wakil keuangan seterusnya perawat pelaksana serta tenaga non medis keperawatan. Sehingga besarnya insentif yang diterima tentunya berjenjang sesuai beban tugas yang menjadi tanggung jawabnya. Bila dihitung dengan sistem point tentunya besar point yang diterima kepala ruangan lebih besar dibanding yang lain. Saya berharap sistem yang diterapkan dalam pembagian insentif keperawatan 50% diterimakan langsung dan 50% dihitung dengan sistem index point..."

Jelas bahwa tanggung jawab seorang tenaga keperawatan terhadap tugas yang dilaksanakan dan resiko pekerjaan yang ditanggung disertai keahlian yang diperlukan dalam melaksanakan pekerjaan harus menjadi pertimbangan di dalam penetapan point.

D. Hasil Pelaksanaan *Bench Mark* dengan RSUD Banyumas dan RSUD Wonosobo

1. *Bench Mark* RSUD Banyumas dengan RSUD dr. H. Soewondo Kendal perihal Standar Penilaian Indeks

Dalam penelitian ini dilakukan bench mark dengan RSUD Banyumas (Unit Swadana Daerah) pada tanggal 28 Juni 2008. Manfaat dilakukannya bench mark ini adalah membandingkan sistem yang digunakan dalam pembagian insentif pelayanan tenaga perawat di RSUD Banyumas dengan RSUD Dr. H. Soewondo Kendal. Pilihan bench mark pada RSUD Banyumas karena rumah sakit tersebut telah menerima Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit (no. HK00.06.2.2.4664) dengan status

akreditasi penuh tingkat lengkap. Selain itu RSUD Banyumas menjadi rujukan Studi Banding sebagian besar RSUD seluruh Indonesia.

RSUD Banyumas didirikan pada tanggal 1 Januari 1924. Pada waktu berdiri diberi nama "Juliana Burgerziekenhais" atau Rumah Sakit Juliana, dengan kapasitas tempat tidur 110.

Pada perjalanannya tahun 2000 RSUD Banyumas naik kelas melalui Surat Keputusan Menkes RI Nomor : 115/Menkes/SK/VII/2000 menjadi Rumah Sakit Kelas B Non Pendidikan. Tahun 2001 RSUD Banyumas ditetapkan menjadi Rumah Sakit Kelas B Pendidikan oleh Menteri Kesehatan RI dengan SK Nomor : 850/Menkes/SK/VIII/2001 tanggal 5 Oktober 2001. Pengelolaannya masih di bawah kendali Pemerintah Daerah Kabupaten Banyumas dan menjalin ikatan kerjasama dengan Fakultas Kedokteran UGM sehingga menjadi salah satu dari 3 Rumah Sakit Pendidikan Utama FK UGM, selain RSUP dr. Sardjito Yogyakarta dan RSU Soeradji Tirtonegoro Klaten.

a. Pembagian Jasa/Insentif Pelayanan Rumah Sakit Umum Banyumas Unit Swadana Daerah adalah sebagai berikut :

1. Kebijakan Pembagian Jasa Pelayanan

- o Pembagian jasa pelayanan diatur oleh Direktur Rumah Sakit Umum Banyumas sesuai dengan PERDA Nomor: 1 Tahun 1991, dengan dibantu oleh Tim Indeks Jasa Pelayanan Rumah Sakit Umum Banyumas yang diangkat dan diberhentikan dengan SK oleh Direktur yang beranggotakan perwakilan dari karyawan Rumah Sakit Umum Banyumas.
- o Jasa pelayanan dibagikan setiap bulan pada minggu ke IV, paling lambat dibagikan pada tanggal 25 (dua puluh lima)

2. Standar Penilaian Indeks

a) Standar Penilaian Indeks Langsung

➤ Tindakan khusus

NO	TINDAKAN KHUSUS	PROSENTASE
1	Bidan	25%
2	Cito Op	40%
3	Anestesi	35%
4	Phisiotherapi	25%
5	Gizi	60%
6	Cito Rontgent	40%
7	IGD	40%
8	Perawat Gigi	25%

➤ Tindakan Perawat (Tim Perawat Ruang Perawatan)

Mulai bulan September 2004 menjadi indek langsung jasa askep sebesar 60% dalam satu ruang perawatan

b) Standar Penilaian Indeks Tidak Langsung

i. Indeks *Basic* :

1. Golongan
2. Masa Kerja
3. Volume Kerja
4. Pendidikan
5. Tanggung jawab

ii. Indeks Khusus :

1. Beban Kerja
2. PDLT (Prestasi Dedikasi Loyalitas Tidak tercela

Uraian penjelasan standar penilaian indeks Tidak langsung pada RSUD Banyuman sebagai berikut:

i. Indeks *Basic*

1. Golongan

Tabel 4.9 Indeks Golongan Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas

NO	GOLONGAN	POINT
1	I/a	3
2	I/b	4
3	I/c	5

4	I/d	6
5	II/a	7
6	II/b	8
7	II/c	9
8	II/d	10
9	III/a	13
10	III/b	14
11	III/c	15
12	III/d	16
13	IV/a	17
14	IV/b	19
15	IV/c	21
16	IV/d	25

Dari tabel di atas dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi golongan/pangkat tenaga perawat akan memperoleh point yang semakin tinggi. Point terendah pada golongan I/a sebesar 3. Point tertinggi pada golongan IV/d sebesar 25.

2. Masa Kerja

Tabel 4.10 Indeks Masa Kerja Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas

MASA KERJA	POINT	MASA KERJA	POINT
0 < 3 bulan	0	17 – 18 tahun	9
3 bl - 1 tahun	0,5	18 – 19 tahun	9,5
1 – 2 tahun	1	19 – 20 tahun	10
2 – 3 tahun	1,5	20 – 21 tahun	10,5
3 – 4 tahun	2	21 – 22 tahun	11
4 – 5 tahun	2,5	22 – 23 tahun	11,5
5 – 6 tahun	3	23 – 24 tahun	12
6 – 7 tahun	3,5	24 – 25 tahun	12,5
7 – 8 tahun	4	25 – 26 tahun	13
8 – 9 tahun	4,5	26 – 27 tahun	13,5
9 – 10 tahun	5	27 – 28 tahun	14
10 – 11 tahun	5,5	28 – 29 tahun	14,5
11 – 12 tahun	6	29 – 30 tahun	15
12 - 13 tahun	6,5	30 – 31 tahun	15,5
13 – 14 tahun	7	31 – 32 tahun	16
14 – 15 tahun	7,5	32 – 33 tahun	16,5
15 – 16 tahun	8	33 – 34 tahun	17
16 – 17 tahun	8,5	34 – 35 tahun	17,5

Dari tabel di atas dapat disimpulkan bahwa semakin lama masa kerja di rumah sakit akan memperoleh point yang semakin tinggi. Interfal peningkatan adalah 0,5 point pertahun. Point terendah pada masa kerja sampai dengan 1 tahun sebesar 0,5. Point 17,5 dapat dicapai pada masa kerja 35 tahun.

3. Volume Kerja

Adalah keaktifan karyawan dalam hal absensi kerja yang bertujuan untuk memberikan penilaian bagi seluruh karyawan berdasarkan keaktifan kerja

Tabel 4.11 Indeks Volume Kerja Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas

NO	VOLUME KERJA	POINT	KETERANGAN
1.	Aktif (Datang & Pulang Tepat Waktu)	8	
2.	Tugas Rumah Sakit	8	
3.	Cuti \leq 6 hari	8	
4.	Cuti > 6 – 12 hari	6	Seminar, Tugas Belajar (Rek. Direktur)
5.	Cuti > 12 – 18 hari	4	
6.	Cuti > 18 – 30 hari	2	
7.	Tanpa Ijin < 3 hari	1	
8.	Tanpa Ijin > 3 hari	0	Tahunan, Sakit

Keterangan :

- Tidak Aktif 1 – 2 minggu (volume kerja penuh) dinilai 75% total indek
- Cuti hamil, sakit, penting, cuti besar, cuti haji
- Tidak Aktif > 2 minggu (volume kerja penuh) dinilai 50% total indek
- Tidak aktif 6 – 12 hari tanpa ijin dinilai 25% total indek
- Tidak aktif > 12 hari tanpa ijin dinilai 0% total indek

Monitoring :

- Kepegawaian
- Kepala Instalasi/Ruang/Bagian/Bidang/Departemen

Semakin tinggi absensi tingkat kehadiran tenaga perawat akan memperoleh point yang semakin tinggi. Point tertinggi adalah 8 diperoleh bila seorang tenaga perawat aktif selama sebulan penuh baik kehadiran kerja maupun menjalankan tugas rumah sakit. Point terendah 0 bila minimal 3 hari tidak hadir/menjalankan tugas.

4. Pendidikan

Tabel 4.12 Indeks Pendidikan Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas

NO	PENDIDIKAN	POINT
1	S-3	25
2	S-2 Spesialis	23
3	S-2 Profesi	21
4	S-1 Profesi	19
5	S-2 Umum	19
6	S-1 Umum	17
NO	PENDIDIKAN	POINT
7	Diploma 4	16
8	Diploma 3	15
9	SLTA	12
10	SLTP	9
11	SD	6

Kesimpulan dari tabel di atas adalah semakin tinggi pendidikan tenaga perawat akan memperoleh point yang semakin tinggi. Point terendah pada tenaga perawat dengan pendidikan SD sebesar 6. Point tertinggi pada tenaga perawat dengan pendidikan S-3 sebesar 25.

5. Volume Tanggung Jawab

Tabel 4.13 Indeks Tanggung Jawab Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas

NO	VOLUME TANGGUNG JAWAB	POINT
1	Kepala Bagian/Bidang	10
2	Kepala Sub Bagian / Sub Bidang	9

3	Kepala Instalasi	8
4	Kepala Bangsal / Koordinasi ruang	7
5	Wa.Ka Instalasi Penunjang Medis I (Lab, Farmasi, Fisio, Ro, Gizi)	6
6	Wakil Kepala Ruang	5,5
7	Bendahara Barang/Pembantu Pemegang Kas, PN	5
8	Perawat/Poli (Shift)	4
9	Perawat OK/UGD/VIP/Bidan	4
10	Perawat Resiko Tinggi	4
11	Penunjang Medis I Shif (Lab, Farmasi, Phisiotherapi, Ro, Gizi)	3
12	Staf Keuangan dan Mudik	3
13	Pembantu Perawatan Shift	2,5
14	Pembantu Bendaharawan Barang/ Pengurus Barang	2,5
15	Pekarya/Pembantu Perawat/Petugas Gudang	2
16	Staff Administrasi/Bendahara Barang, Instalasi Farmasi/ Gizi/Rontgen	2
17	Non Medis di Perawatan/Poliklinik	2
18	Lain-lain (Kompensasi pajak: kenaikan Gol II d ke III a)	3
19	Lain-lain (Perawat Supervisi, Tim Indeks) sesuai aturan yang berlaku	1

Dari tabel dapat disimpulkan bahwa tanggung jawab tenaga struktural dan tenaga fungsional masih digabung dalam penilaian indeksinya. Indeks tertinggi adalah kepala bidang (tenaga struktural) sebesar 10, sementara pada tenaga fungsional pada kepala instalasi/bangsal dengan point 8. Point terendah adalah non medik keperawatan sebesar 2. Sedangkan tenaga lain diberi penghargaan indeks 1.

ii. Indeks Khusus

Indeks khusus terdiri dari 2 penilaian yang dilakukan pada tenaga perawat meliputi volume beban kerja dan PDLT (Prestasi, Dedikasi, Loyalitan dan Tidak Tercela).

1. Volume Beban Kerja

Tabel 4.14 Indeks Volume Beban Kerja Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas

NO	VOLUME BEBAN KERJA	POINT
1	Medis	30
2	Tenaga Kesehatan Lainnya	20
3	Non Medis	10

2. PDLT (Prestasi, Dedikasi, Loyalitas Tidak Tercela)

a) Prestasi (Bagi Penerima "Pegawai Berprestasi") diberikan selama 3 (tiga) bulan kesempatan penilaian pegawai berprestasi mak 1 (satu) kali setiap tahun (10 point)

b) Dedikasi Aktif dalam Kegiatan di rumah sakit dinyatakan SK Direktur

- Ketua Panitia / Tim (2 point)
- Wakil Ketua / Sekretaris (1.5 point)
- Anggota (1 point)

Bimbingan perindividu

- D3 / SLTA (0.10 point)
- S1 (0.25 point)
- S2 (0.50 point)
- S3 (1.00 point)

c) Loyalitas dan Tidak Tercela (Sikap) Diperhitungkan setelah masa kerja minimal 1 tahun (2 point)

d) Cuti / Tidak Masuk:

- Cuti / Tidak Masuk 1 minggu, dipotong Volume Kerja
- Cuti / Tidak Masuk 2 minggu, dipotong Volume Kerja & Indek Khusus

- Cuti / Tidak Masuk 3 minggu, dipotong 25%
- Cuti / Tidak Masuk 4 minggu, dipotong 50%
- Cuti Hamil diberikan 50%
- Cuti Besar lebih besar sama dengan 2 bulan (mis. naik haji) dipotong 50%
- Pengurangan Index cuti sakit (rawat inap) / tidak masuk dilaksanakan setelah yang bersangkutan aktif
- Sekolah atas nama biaya sendiri dengan perjanjian akan kembali bekerja di rumah sakit (pemberian index atas persetujuan Direktur)
- Kursus untuk meningkatkan ketrampilan Index diterimakan 100%
- Penilaian Index Dokter (point index khusus) nilai minimal 0 (nol)
- Segala sesuatu yang belum tersirat di sini akan ditentukan oleh kebijaksanaan tim index dan atau Direktur

Perhitungan Pembagian Jasa Pelayanan adalah sebagai berikut:

$$\sum @ \text{ indeks Rp} = \frac{\sum \text{Jasa Pelayanan Yang Dibagi}}{\sum \text{Total Indeks}}$$

b. Standar Penilaian Indeks Paramedis, Non Medis RSUD dr. H. Soewondo Kendal.

1. Golongan

Tabel 4.15 Indeks Golongan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	GOLONGAN	POINT
1	I/a	3
2	I/b	4
3	I/c	5
4	I/d	6
5	II/a	7
6	II/b	8
7	II/c	9
8	II/d	10
9	III/a	11
16	IV/d	18

Interval point yang digunakan di dalam menilai besarnya point indeks paramedis sebesar 1 point. Point terendah adalah pegawai dengan golongan I/a sebesar 3 point, golongan II/a sebesar 7 point, golongan III/a sebesar 11 point, golongan IV/a sebesar 15 point, dengan point tertinggi pegawai golongan IV/d sebesar 18 point.

2. Masa Kerja

Tabel 4.16 Indeks Masa Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	MASA KERJA	POINT
1	< 3 bulan	0
2	3 bulan s/d 2 tahun	0,5
3	2 tahun s/d 4 tahun	1
4	4 tahun s/d 6 tahun	1,5
5	6 tahun s/d 8 tahun	2
6	8 tahun s/d 10 tahun	2,5
7	10 tahun s/d 12 tahun	3
8	12 tahun s/d 14 tahun	3,5
9	14 tahun s/d 16 tahun	4
10	16 tahun s/d 18 tahun	4,5
11	18 tahun s/d 20 tahun	5
12	20 tahun s/d 22 tahun	5,5
13	22 tahun s/d 24 tahun	6
14	24 tahun s/d 26 tahun	6,5
15	26 tahun s/d 28 tahun	7
16	28 tahun s/d 30 tahun	7,5
17	> 30 tahun	8

Masa kerja mulai dihitung setelah tenaga paramedik memasuki masa kerja 3 bulan sampai dengan 2 tahun sejak mulai kerja di RSUD dr. H. Soewondo Kendal setiap 2 tahun masa kerja menciptakan efek kenaikan 0,5 point atau identik dengan 1 point setiap 4 tahun pertambahan masa kerja.

3. Volume Kehadiran Kerja

Tabel 4.17 Indeks Volume Kehadiran Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	VOLUME KEHADIRAN	POINT
1	1 Minggu Penuh	1
2	Tidak Masuk Dengan Ijin Kerja	-0,3
3	Tidak Masuk Tanpa Ijin per hari	-1

Volume kehadiran kerja dihitung menciptakan penghargaan maupun pengurangan besarnya point yang diterima oleh tenaga keperawatan.

4. Pendidikan

Tabel 4.18 Indeks Pendidikan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	PENDIDIKAN	POINT
1	S-2 Profesi	21
2	S-1 Profes	19
3	S-2 Umum	19
4	S-1 Umum	17
5	Diploma 4	16
6	Diploma 3	15
7	SLTA	12
8	SLTP	9

5. Tanggung Jawab

Tabel 4.19 Indeks Tanggung Jawab Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	JABATAN / UNIT KERJA	POINT
1	Kepala Bidang (Eselon III)	10
2	Kepala Sub Bidang/ Bagian (Eselon IV)	8
3	Kepala Instansi	8

4	Kepala Ruang/Bangsai	8
5	Wakil Kepala Ruang/Bendahara	7
6	Para Medis Shift	6
7	Para Medis Non Shift	5
8	Para Medis OK	5
9	Para Medis Perawatan Dinas Rangkap	6,5
10	Para Medis Non Keperawatan Shift	4,5
11	Para Medis Non Keperawatan Non Shift	4
12	Staf Keuangan	3
13	Pembantu Keperawatan Shift (POS)	4
14	Pembantu Bendahara / Pengurus Barang	2,5
15	Pekarya / Pembantu Perawat Non Shift	3,5
16	Staf Administrasi	2

Dari tabel di atas terlihat bahwa kelompok jabatan yang digunakan di dalam memberikan indeks point tenaga keperawatan masih berbaur antara kelompok jabatan struktural dengan kelompok jabatan fungsional serta petugas keuangan/ bendahara maupun petugas administrasi. Belum terlihat secara nyata bahwa ketentuan khusus diciptakan bagi petugas pelaksana maupun kepala ruang perawatan. Indeks terbesar kepala ruang adalah 8, terkecil pekarya/pembantu perawat non shift bernilai 3,5 point.

6. Beban Kerja

Tabel 4.20 Indeks Beban Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	VOLUME BEBAN KERJA	POINT
1	Kepala Bidang	8
2	Kepala Sub Bidang	6
3	Kepala Instansi / Kepala Ruang	4
4	Bendahara / Para Medis Keperawatan	3
5	Para Medis Non Keperawatan	2
6	Non Medis	1

Pengelompokan volume beban kerja berkaitan dengan besarnya point belum berasaskan fungsional tenaga keperawatan masih ada penilaian berdasarkan jabatan struktural, kepala bidang, dan kepala sub bidang.

Paparan perbandingan standar penilaian indeks langsung dan tidak langsung kedua rumah sakit.

Tabel 4.21 Landscape perbandingan standar penilaian indeks

NO	RSUD Banyumas	NO	RSUD Dr. H. Soewondo Kendal
Standat Penilaian Indeks langsung			
1	Insentif Asuhan Keperawatan 60%	1	Insentif Asuhan Keperawatan 85%
Standat Penilaian Indeks tidak langsung			
1	Indeks <i>Basic</i> Golongan Masa Kerja Volume Kerja Pendidikan Tanggung Jawab	1 2 3 4 5	Golongan Masa Kerja Volume Kehadiran Kerja Pendidikan Tanggung Jawab
2	Indeks Khusus Beban Kerja PDLT		

Membandingkan kedua sistem yang digunakan dalam menghitung indeks point terlihat RSUD Dr. H. Soewondo Kendal belum menggunakan indeks Prestasi Dedikasi Loyalitas dan Tidak tercela. Sistem yang digunakan di kedua rumah sakit tidak mengakomodasi indeks resiko pekerjaan.

2. Bench Mark RSUD Wonosobo dengan RSUD dr. H. Soewondo Kendal perihal Penetapan Pembagian Insentif/Jasa Pelayanan Tenaga Keperawatan

Bench Mark dengan RSUD Wonosobo bertujuan untuk memperoleh perbandingan dalam hal penetapan pembagian insentif/jasa pelayanan tenaga perawat. Hal yang ingin dicapai dalam bench mark ini adalah mengetahui besaran persentase yang diterima tenaga keperawatan dibandingkan dengan penerimaan keseluruhan. Bench Mark di RSUD Wonosobo dilaksanakan pada tanggal 30 Juni 2008.

Keputusan Bupati Wonosobo Nomor 445/224/2007 tentang Penetapan Pembagian Jasa Pelayanan Rumah Sakit pada Badan RSUD Wonosobo diputuskan :

Besarnya pembagian jasa pelayanan rumah sakit adalah sebagai berikut:

1. 20% (dua puluh persen) merupakan pendapatan Badan RSUD

Wonosobo

2. 80% (delapan puluh persen) merupakan insentif bagi pelaksana, yang pembagiannya diatur sebagai berikut:

- a. Pembinaan Manajemen 1 %
- b. Kepala Badan RSUD 5 %
- c. Tenaga Medis 39 %
- d. Tenaga Paramedis dan Non Medis 46 %
- e. Dana Taktis Rumah Sakit 9%

3. Pembagian untuk tenaga medis diatur secara proporsional oleh Tim yang ditunjuk Kepala Badan RSUD Wonosobo.

4. Pembagian untuk tenaga paramedis dan tenaga non medis dibagi berdasarkan point kinerja karyawan yang diatur oleh Tim yang ditetapkan Kepala Badan RSUD Wonosobo.

Sedangkan berdasarkan keputusan Kepala Badan RSUD dr. H. Soewondo Kendal Nomor : 900/0997/RSUD/2005 tentang Penetapan Pembagian Insentif/Jasa Pelayanan Badan RSUD dr. H. Soewondo Kendal tanggal 18 Oktober 2005 ditetapkan bahwa :

1. Insentif Pelayanan

No	Komponen	Persentase
1	Dokter	60%
2	Paramedis	20%
3	Non Medis	7,5%
4	Struktural/Bendahara	7,5%
5	Direktur	5%
	Jumlah	100%

2. Insentif Asuhan Keperawatan (Askep) dan Tindakan Khusus Keperawatan (TKK)

No	Komponen	Persentase	
		Askep	TKK
1	Dokter Terkait	2,5%	2,5%
2	Paramedis	85%	85%
3	Non Medis	7,5%	7,5%
4	Struktural/Bendahara	2,5%	2,5%
5	Direktur	2,5%	2,5%
	Jumlah	100%	100%

Dari perbandingan 2 RSUD tersebut perihal insentif tenaga perawat diperoleh kenyataan bahwa persentase pembagian insentif/jasa tenaga paramedik dan non medik RSUD Wonosobo (46%) lebih besar dari persentase yang diterima tenaga paramedik dan non paramedik RSUD Dr. H. Soewondo Kendal yang hanya sebesar 27,5% (terdiri dari 20% tenaga paramedik dan 7,5% tenaga non medik

E. Pembahasan Rancangan Sistem Insentif Tenaga Perawat menggunakan FGD

Pelaksanaan *Focus Group Discussions* (FGD) yang diikuti oleh 10 orang terdiri dari 7 orang tenaga fungsional pelaksana keperawatan dan 3 orang tenaga struktural RSUD dr. H. Soewondo Kendal. Pelaksanaan FGD tersebut dilakukan di ruang pertemuan Tirto Arum Kendal selama 3 jam sebanyak 2 kali pada tanggal 8 Juli 2008 dan 15 Juli 2008. Masing-masing peserta FGD telah diberikan bahan berupa Bench Mark dari RSUD Banyumas tentang pembagian insentif tenaga perawat dan Bench Mark dari RSUD Wonosobo tentang penetapan pembagian insentif.

Tabel 4.22 Karakteristik Informan FGD Analisis Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

No.	Kode Responden	Jabatan	Golongan	Pendidikan
1	R-4	Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan	III/D	S1
2	R-5	Ka Sub Bidang Kebidanan	III/B	S1

3	R-6	Ka Sub Bidang Keperawatan	III/C	S1
4	R-7	Pelaksana Keperawatan	III/D	D III
5	R-8	Pelaksana Keperawatan	III/C	D III
6	R-9	Pelaksana Keperawatan	III/C	D III
7	R-10	Pelaksana Keperawatan	III/C	D III
8	R-11	Pelaksana Keperawatan	III/C	D III
9	R-12	Pelaksana Keperawatan	III/B	D III
10	R-13	Pelaksana Keperawatan	III/D	D III

Pertanyaan yang disampaikan dalam FGD meliputi :

1. Tanggung jawab dan uraian tugas
2. Pendidikan
3. Pangkat / golongan
4. Masa Kerja
5. Volume Pekerjaan
6. Resiko Pekerjaan
7. PDLT
8. Distribusi dana insentif pelanayan
 - a. Besaran % penerimaan langsung
 - b. Besaran % penerimaan tidak langsung
 - c. Penetapan komulatif indeks

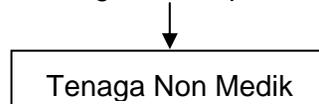
Dari pelaksanaan *Focus Group Discussions* (FGD) diperoleh hasil sebagai berikut :

1. Tanggung jawab adalah tugas yang diberikan kepada seseorang berdasarkan SK dari Direktur/Kepala Bidang/Kepala Instalasi sesuai unit kerja. Skema tanggung jawab pekerjaan tenaga keperawatan di RSUD dr.

H. Soewondo adalah sebagai berikut :



Gambar 4.2 Diagram Alur pemberian tugas



Dari *Focus Group Discussions* (FGD) dihasilkan keputusan bahwa indeks tanggung jawab tenaga perawat adalah sebagai berikut :

Tabel 4.23 Indeks Tanggung Jawab Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

No	Tanggung jawab	Point
1	Kepala Ruang/Instalasi	8
2	Wakil Kepala Ruang / Instalasi Penunjang Medis	7
3	Perawat Pelaksana Perawat Shift Perawat OK/UGD/VIP/ICU Perawat Resiko Tinggi	5
4	Paramedik Non Keperawatan Shift	4,5
5	Pembantu Perawat Shift/POS	4
6	Pembantu Perawat Non Shift/POS	3,5
7	Tenaga Non Medik	2

2. Pendidikan

Pendidikan Tenaga Keperawatan adalah pendidikan terakhir secara formal yang pernah diikuti oleh Tenaga Keperawatan. Distribusi pendidikan tenaga perawat RSUD dr. H. Soewondo Kendal adalah sebagai berikut :

Tabel 4.24 Distribusi Pendidikan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

No.	Unit Pelayanan	Pendidikan		
		S1	D III	SLTA
1	Instalasi Rawat Jalan	1	15	1
2	Instalasi Radiologi	1	3	-
3	Instalasi Rehab Medis	-	2	-
4	Instalasi Gizi	1	3	-
5	Instalasi Laboratorium	-	5	9
6	Instalasi Bedah Sentral	-	10	1
7	Ruang Anestesi	-	4	-
8	Instalasi Gawat Darurat	-	16	1
9	Ruang Anggrek dan Bugenvil	-	11	1
10	Ruang Cempaka	-	10	1
11	Ruang BBRT/Melati	-	9	-
12	Ruang Perempuan/Flamboyan	-	8	1
13	Ruang Laki-laki/Kenanga	-	7	1
14	Ruang Anak/Dahlia	-	8	-
15	Ruang ICU/Nusa Indah	-	12	-
16	Ruang Obgyn/Mawar	-	9	-
17	Instalasi Farmasi	1	9	-
	Jumlah	4	141	16

Dari tabel dapat diketahui bahwa 2,48% tenaga keperawatan berpendidikan S1; 87,58% berpendidikan D III, sedangkan yang berpendidikan SLTA sebanyak 9,94%.

Dari *Focus Group Discussions* (FGD) dihasilkan keputusan bahwa indeks pendidikan tenaga perawat adalah sebagai berikut :

Tabel 4.25 Indeks Pendidikan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	PENDIDIKAN	POINT
1	S-1 Profesi	19
2	S-1 Umum	17
3	Diploma 4	16
4	Diploma 3	15
5	SLTA	12

3. Pangkat/Golongan

Diketahui bahwa pangkat/golongan terendah dari tenaga keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal adalah II/A, sedangkan pangkat/golongan tertinggi dari tenaga keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal adalah III/D.

Dari *Focus Group Discussions* (FGD) dihasilkan keputusan bahwa indeks pangkat/golongan tenaga perawat adalah sebagai berikut :

Tabel 4.26 Indeks Pangkat/Golongan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	GOLONGAN	POINT
1	I/a	3
2	I/b	4
3	I/c	5
4	I/d	6
5	II/a	7
6	II/b	8
7	II/c	9
8	II/d	10
9	III/a	13
10	III/b	14
11	III/c	15
12	III/d	16
13	IV/a	17
14	IV/b	19
15	IV/c	21

4. Masa kerja

Masa kerja tenaga keperawatan didasarkan pada perhitungan tahun sejak seseorang mulai bekerja di RSUD dr. H. Soewondo Kendal. Distribusi masa kerja tenaga keperawatan sampai dengan pelaksanaan penelitian diketahui masa kerja terendah adalah Calon Pegawai Negeri Sipil dan masa kerja terlama adalah mendekati akhir masa pensiun.

Dari *Focus Group Discussions* (FGD) dihasilkan keputusan bahwa indeks masa kerja tenaga perawat terhitung dari awal mulai kerja tenaga perawat tersebut sampai dengan sekarang di rumah sakit RSUD dr. H. Soewondo Kenda. Penetapan point masa kerja dengan interfal 2 tahun untuk 1 pont.

Tabel 4.27 Indeks Masa Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NOMOR	MASA KERJA	POINT
1	0 – 2 tahun	1
2	2 – 4 tahun	2
3	4 – 6 tahun	3
4	6 – 8 tahun	4
5	8 – 10 tahun	5
6	10 – 12 tahun	6
7	12 – 14 tahun	7
8	14 – 16 tahun	8
9	16 – 18 tahun	9
10	18 – 20 tahun	10
11	20 – 22 tahun	11
12	22 – 24 tahun	12
13	24 – 26 tahun	13
14	26 – 28 tahun	14
15	28 – 30 tahun	15
16	30 – 32 tahun	16
17	32 – 34 tahun	17
18	34 – 36 tahun	18

5. Volume Pekerjaan

Volume kerja adalah keaktifan karyawan dalam hal absensi kerja yang bertujuan untuk memberikan penilaian bagi seluruh karyawan

berdasarkan keaktifan kerja. Aktif adalah datang dan pulang tepat waktu. Cuti adalah meninggalkan tugas secara resmi. Tanpa ijin adalah meninggalkan tugas tanpa keterangan yang sah.

Dari *Focus Group Discussions* (FGD) dihasilkan keputusan bahwa indeks Volume Pekerjaan tenaga perawat adalah sebagai berikut :

Tabel 4.28 Indeks Volume Pekerjaan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	VOLUME KERJA	POINT	KETERANGAN
1.	Aktif (Datang & Pulang Tepat Waktu)	8	
2.	Tugas Rumah Sakit	8	
3.	Cuti ≤ 6 hari	8	
4.	Cuti > 6 – 12 hari	6	Seminar, Tugas
5.	Cuti > 12 – 18 hari	4	Belajar (Rek.
6.	Cuti > 18 – 30 hari	2	Direktur)
NO	VOLUME KERJA	POINT	KETERANGAN
7.	Tanpa Ijin < 3 hari	1	
8.	Tanpa Ijin > 3 hari	0	Tahunan, Sakit

6. Resiko pekerjaan

Kondisi kerja tenaga keperawatan dalam intensitasnya terpapar kecil, besar, sangat besar terhadap keadaan bekerja dalam ruangan, resiko tertular penyakit, bekerja tidak menyenangkan (yang berhubungan dengan darah, muntah, *feaces*, dan lain-lain).

Dari *Focus Group Discussions* (FGD) dihasilkan keputusan bahwa indeks resiko pekerjaan tenaga perawat adalah pada halaman berikut :

Tabel 4.29 Indeks Resiko Pekerjaan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

No	Kondisi Kerja	Pekerjaan Keperawatan			
		Kepala Ruang	Wakil Kepala Ruang	Perawat Pelaksana	Non Medik
1	Bekerja di dalam ruangan	1	1	1	1
2	Risiko tertular penyakit	1	2	3	3
3	Tidak menyenangkan (yang berhubungan dengan darah, muntah, dan lain-lain)	1	2	3	3

Keterangan : 1 : Intensitas terpapar kecil

2 : Intensitas terpapar besar

3 : Intensitas terpapar sangat besar

7. PDLT (Prestasi, Dedikasi, Loyalitas dan Tidak Tercela)

- a. Prestasi (Bagi Penerima "Pegawai Berprestasi") diberikan selama 3 (tiga) bulan kesempatan penilaian pegawai berprestasi mak 1 (satu) kali setiap tahun (10 point)
- b. Dedikasi Aktif dalam Kegiatan di rumah sakit dinyatakan SK Direktur
 - 1) Ketua Panitia / Tim (2 point)
 - 2) Wakil Ketua / Sekretaris (1.5 point)
 - 3) Anggota (1 point)
- c. Loyalitas dan Tidak Tercela (Sikap) Diperhitungkan setelah masa kerja minimal 1 tahun (2 point)
- d. Cuti / Tidak Masuk:
 - 1) Cuti / Tidak Masuk 1 minggu, dipotong Volume Kerja
 - 2) Cuti / Tidak Masuk 2 minggu, dipotong Volume Kerja & Indeks Khusus
 - 3) Cuti / Tidak Masuk 3 minggu, dipotong 25%
 - 4) Cuti / Tidak Masuk 4 minggu, dipotong 50%
 - 5) Cuti Hamil diberikan 50%
 - 6) Cuti Besar lebih besar sama dengan 2 bulan (mis. naik haji) dipotong 50%
 - 7) Pengurangan Index cuti sakit (rawat inap) / tidak masuk dilaksanakan setelah yang bersangkutan aktif
 - 8) Kursus untuk meningkatkan ketrampilan Index diterimakan 100%
 - 9) Segala sesuatu yang belum tersirat di sini akan ditentukan oleh kebijaksanaan tim indeks dan atau Direktur.

Peserta FGD sepakat untuk memperbaiki Standar Penilaian Indeks Paramedis, Non Medis RSUD dr. H. Soewondo Kendal yang sangat berpengaruh terhadap besaran penerimaan insentif tenaga keperawatan. Dibuat indek basic yang terdiri dari Golongan, Masa Kerja, Volume Kerja, Pendidikan, Tanggung jawab dan indeks khusus yang terdiri dari Beban Kerja, PDLT (Prestasi Dedikasi Loyalitas Tidak tercela).

Penerima 100% insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan tersebut dibagi dalam 2 bagian:

- Bagian pertama sebesar 60% menjadi hak langsung/dikembalikan langsung/penerimaan langsung insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan di masing-masing unit pelayanan.
- Bagian Kedua sebesar 40% menjadi penerimaan tidak langsung. Penerima 40% dari masing-masing unit pelayanan dikumpulkan menjadi satu, yang nantinya akan didistribusikan kembali kepada masing-masing tenaga perawat dengan menggunakan sistem indeks.

RSUD dr. H. Soewondo Kendal sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan selalu berupaya meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan kepada masyarakat, sesuai tugas pokok yaitu melaksanakan upaya kesehatan secara efektif dan efisien dengan mengutamakan upaya penyembuhan serta pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan, melaksanakan pelayanan yang bermutu sesuai standar pelayanan rumah sakit.¹

Di samping itu rumah sakit mempunyai tanggungjawab terhadap kualitas pelayanan yang sesuai standar, etika dan tercapainya tujuan rumah sakit yaitu meningkatkan sumber daya manusia dan meningkatkan

kesejahteraan pihak yang terkait dalam pelayanan kesehatan dan pendidikan.

Prioritas utama dalam penyelenggaraan pelayanan ini adalah untuk mudahnya prosedur, mendapatkan dan mempertahankan kepuasan pelanggan, baik pelanggan internal (dalam rumah sakit) maupun eksternal (luar rumah sakit)

Karyawan RSUD dr. H. Soewondo Kendal merupakan pelanggan internal yang memegang peranan dan faktor yang sangat penting dalam menentukan kesuksesan penyelenggaraan pelayanan RSUD dr. H. Soewondo Kendal, maka seluruh karyawan yang ada perlu mendapatkan perlindungan dan kesejahteraan yang mantap. Menurut Handoko, kompensasi adalah segala sesuatu yang diterima karyawan sebagai balas jasa atau imbalan jasa atas kerja mereka.⁵

Sedangkan menurut Simamora, pemberian kompensasi berupa finansial diberikan kepada karyawan sebagai gati kontribusi mereka kepada organisasi.⁸ Salah satu bentuk perlindungan dan kesejahteraan yang diberikan oleh RSUD dr. H. Soewondo Kendal terhadap tenaga keperawatan adalah adanya "Pembagian Insentif / Jasa Pelayanan". Pembagian ini mengacu pada Perda Nomor : 24 Tahun 2001 serta Keputusan Kepala Badan RSUD dr. H. Soewondo Kendal Nomor : 900/0997/RSUD/2005.

Kesejahteraan yang diberikan ini dalam rangka mewujudkan visi RSUD dr. H. Soewondo Kendal, butir ke-2 yaitu: "Meningkatkan kesejahteraan sumber daya manusia." Dari wawancara mendalam maupun FGD yang dilakukan menghasilkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Tujuan Pembagian Insentif Pelayanan

Pembagian jasa pelayanan RSUD dr. H. Soewondo Kendal sebagai pemberian kompensasi terhadap karyawannya dengan tujuan sebagai berikut:

- a. Memperoleh karyawan yang berkualitas
- b. Mempertahankan karyawan yang baik dan mencegah terjadinya *turn off* (pindah)
- c. Motivasi karyawan untuk mendorong perilaku yang diinginkan rumah sakit.
- d. Menjalin keadilan antara karyawan
- e. Mengendalikan biaya rumah sakit

Kompensasi dapat meningkatkan maupun menurunkan prestasi kerja, kepuasan kerja maupun motifasi karyawan.⁵ Kompensasi diberikan dengan tujuan memperoleh personalia yang berkualitas, mempertahankan para karyawan, menjamin keadilan dan menghargai perilaku yang diinginkan.⁵

2. Filosofi Pembagian Insentif Pelayanan

- a. Perlindungan

Jasa pelayanan memberikan perlindungan bagi karyawan yang sedang sakit, cuti, atau tugas dengan jalan ditetapkannya indeks langsung dan tidak langsung serta prosentase jasa pelayanan sedemikian rupa.

- b. Kebersamaan

Sebenarnya kelompok SDM yang dibutuhkan RS tidak ada satu kekuatanpun membawahi kekuatan yang lain, seluruh potensi SDM digunakan secara maksimal dan profesional untuk mencapai tujuan bersama.¹⁰

- Karyawan RSUD dr. H. Soewondo Kendal menyadari sepenuhnya bahwa tidak mungkin bekerja sendiri dalam melayani klien/pelanggan, sehingga perlu ditanamkan pengertian kebersamaan baik dokter, perawat, bidan, profesional lain,

maupun *staff* administrasi sampai dengan tukang cuci/karyawan yang lain.

- Kebersamaan merupakan modal dasar kekompakan dalam segala hal, adanya pengertian sistem silang antara yang kuat dan yang lemah saling membantu.
- Berat sama dipikul, ringan sama dijinjing.

c. Keterbukaan

Dalam pembagian jasa pelayanan digunakan sistem terbuka, sehingga setiap karyawan bisa dan berhak untuk bertanya dan meminta penjelasan kepada Tim indeks.

- Sistem penilaian terbuka dengan ketentuan yang telah ditentukan oleh tim indeks
- Setiap terjadi sesuatu permasalahan selalu dimusyawarahkan bersama secara kekeluargaan.
- Setiap karyawan berhak untuk menilai sendiri sesuai dengan dasar ketentuan yang berlaku.

Dalam praktek administrasi pembayaran, pembayaran imbalan pelaksanaan yang konsisten dan terbuka dapat membangkitkan kepercayaan karyawan.⁶

d. Keterkaitan yang Kuat dengan Kinerja

Keterkaitan antara kinerja dengan Jasa Pelayanan yang diterima. Bagi penghasil jasa yang bekerja dengan rajin akan meningkatkan pendapatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal pada umumnya dan karyawan yang lain. Sistem *reporting recording* dari *visite*, tindakan medis, tindakan keperawatan, dirinci/dicatat secara teratur dan diketahui oleh direktur. Menurut Simamora bahwa sistem kompesasi pada umumnya mempengaruhi kinerja. Para karyawan akan termotifasi bila insentif yang mereka terima dikaitkan dengan kinerja yang mereka lakukan.⁸

e. Kontinuitas

Tim Indeks Jasa Pelayanan setiap akhir bulan mengadakan rapat rutin untuk membahas/mengoreksi kesalahan/masukan-masukan dari karyawan RSUD dr. H. Soewondo Kendal.

Menyempurnakan ketentuan indeks manakala ada usulan yang bersifat membangun untuk menyempurnakan tata cara penentuan Indeks Jasa Pelayanan.

Membahas hal-hal yang baru/belum diatur dalam sistem penilaian indeks.

f. Demokratisasi

Tim Indeks terdiri atas perwakilan dari:

1. Dokter (Dokter spesialis, Umum dan Gigi)
2. Perawat (Perawat dan Bidan)
3. Profesi lain/Penunjang (Apoteker, Gizi, Fisioterapi, Laborat, Radiologi)
4. Tenaga Administrasi

3. Distribusi Dana Insentif Tenaga Keperawatan

Jumlah penerimaan insentif pelayanan indek di masing-masing unit pelayanan, instalasi/ruangan membuat penilaian indek untuk tiap-tiap tenaga keperawatan di masing-masing unit layanan. Angka indek yang berkaitan digunakan sebagai dasar menghitung besaran rupiah insentif pelayanan yang akan diterimakan oleh Bagian Keuangan kepada Tenaga Keperawatan tersebut. Dasar penilaian indek adalah Standar Penilaian Indek Paramedis, Non Medis RSUD dr. H. Soewondo Kendal.

Hasil dari penelitian tentang analisis insentif pelayanan tenaga keperawatan menyatakan :

- a. Penerima insentif pelayanan Tenaga Keperawatan masing-masing unit pelayanan sesuai peraturan yang ada;

20% dari jasa pelayanan RS
85% dari jasa Asuhan Keperawatan
85% dari Tindakan Khusus Keperawatan
digabung/dijumlah menjadi satu besaran senilai 100%

- b. Penerima 100% insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan tersebut

dibagi dalam 2 bagian:

- Bagian pertama sebesar 60% menjadi hak langsung/dikembalikan langsung/penerimaan langsung insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan di masing-masing unit pelayanan.

- Bagian Kedua sebesar 40% menjadi penerimaan tidak langsung. Penerima 40% dari masing-masing unit pelayanan dikumpulkan menjadi satu.

Dana senilai 40% dari seluruh insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan se-Rumah Sakit didistribusikan kembali/diterimakan kembali kepada setiap Tenaga Keperawatan. Seluruh perhitungan yang digunakan dalam penetapan insentif tenaga paramedis menggunakan sistem point.

Perhitungan Pembagian Jasa Pelayanan adalah sebagai berikut:

$$\Sigma @ \text{ indeks Rp} = \frac{\Sigma \text{ Jasa Pelayanan Yang Dibagi}}{\Sigma \text{ Total Indeks}}$$

Setiap insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan sebesar 60% berupa penerimaan langsung ditambah 40% berupa penerimaan tidak langsung (dari kantong besar) digabung menjadi penerimaan Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan masing-masing Tenaga Keperawatan *by name* diserahkan oleh bagian keuangan Rumah Sakit.

Simulasi perhitungan insentif pelayanan tenaga keperawatan

- Penerimaan insentif pelayanan (Askes Sosial bulan Februari 2008). Jumlah uang yang dibagi Rp. 28.189.250,-
- Jumlah tenaga keperawatan 161.
- Jumlah indeks point sistem lama 6671.
- Jumlah indeks point sistem baru 7406.
- Rata-rata penerimaan per perawat Rp. 175.088,-
- Penerimaan tidak langsung pada sistem lama (30%) atau senilai Rp. 8.456.775,-
- Penerimaan tidak langsung pada sistem baru (40%) atau senilai Rp. 11.275.700,-
- 1 point lama senilai Rp. 1.267,69 dibulatkan Rp. 1.267,-
- 1 point baru senilai Rp. 1.522,50 dibulatkan Rp. 1.522,-

Seorang perawat bernama A Golongan 2 C, lama kerja 8 - 10 tahun, aktif dalam 1 bulan penuh dan menjalankan tugas rumah sakit, pendidikan diploma 3, sebagai perawat pelaksana PDLT lebih dari 1 tahun. Menerima insentif pelayanan sebesar Rp. 130.400,-

Tabel 4.30 Simulasi perhitungan insentif pelayanan tenaga keperawatan bernama A di RSUD dr. H. Soewondo

Sistem Lama (30%)		Sistem Baru (40%)	
	indeks		indeks
1. Golongan	9	1. Golongan	9
2. Masa Kerja	3,5	2. Masa Kerja	5
3. Volumen Kehadiran	4	3. Volumen Kehadiran	8
4. Pendidikan	15	4. Pendidikan	15
5. Tanggung Jawab	6	5. Tanggung Jawab	5
6. Beban Kerja	3	6. Resiko Pekerjaan	7
		7. PDLT	2
Jumlah Point	40,5	Jumlah Point	52
Penerimaan Langsung 70% :	Rp. 79.087,-	Penerimaan Langsung 60%	Rp. 67.788,-
Penerimaan Tidak Langsung :	40,5 x Rp. 1.267,- = Rp. 51.313,-	Penerimaan Tidak Langsung :	52 x Rp. 1.522,- = Rp. 79.144,-
Jumlah insentif yang diterima :	Rp. 79.087,- + Rp. 51.313,-	Jumlah insentif yang diterima :	Rp. 67.788,- + Rp. 79.144,-
	= Rp. 130.400,-		= Rp. 146.932,-

Seorang perawat bernama B Golongan 3 C, lama kerja 18 - 20 tahun, aktif dalam 1 bulan penuh dan menjalankan tugas rumah sakit, pendidikan S1 Profesi, sebagai perawat pelaksana, PDLT lebih dari 1 tahun. Menerima insentif pelayanan sebesar Rp. 997.500,-

Tabel 4.31 Simulasi perhitungan insentif pelayanan tenaga keperawatan bernama B di RSUD dr. H. Soewondo

Sistem Lama (30%)		Sistem Baru (40%)	
	indeks		indeks
1. Golongan	13	1. Golongan	19
2. Masa Kerja	5	2. Masa Kerja	10
3. Volumen Kehadiran	4	3. Volumen Kehadiran	8
4. Pendidikan	19	4. Pendidikan	19
5. Tanggung Jawab	6	5. Tanggung Jawab	5
6. Beban Kerja	3	6. Resiko Pekerjaan	7
		7. PDLT	2
Jumlah Point	50	Jumlah Point	70
Penerimaan Langsung 70% :	Rp. 934.150,-	Penerimaan Langsung 60%	Rp. 800.700,-
Penerimaan Tidak Langsung :	50 x Rp. 1.267,- = Rp. 63.350,-	Penerimaan Tidak Langsung :	70 x Rp.1.522,- = Rp. 106.540,-
Jumlah insentif yang diterima :	Rp. 934.150,- + Rp. 63.350,-	Jumlah insentif yang diterima :	Rp. 800.700,- + Rp. 106.540,-
	= Rp. 997.500,-		= Rp. 907.240,-

Nilai rata-rata insentif pelayanan tenaga keperawatan sebesar Rp. 175.088,-. Perawat A dengan perhitungan sistem lama

memperoleh hasil Rp. 130.400,- Dengan perhitungan hasil penelitian (sistem baru) perawat A memperoleh insentif pelayanan sebesar Rp. 146.932,- Perawat B dengan perhitungan sistem lama memperoleh hasil Rp. 997.500,- Dengan perhitungan hasil penelitian (sistem baru) perawat A memperoleh insentif pelayanan sebesar Rp. 907.240,- Dari perbandingan kedua sistem tersebut terlihat berkurangnya kesenjangan penerimaan insentif pelayanan tenaga keperawatan.

4. Pembesaran Persentase Insentif Paramedis.

Pengamatan yang dilakukan terhadap Surat Keputusan Bupati Wonosobo Nomor 445/224/2007 tentang Penetapan Pembagian Jasa Pelayanan Rumah Sakit pada Badan RSUD Wonosobo tampak bahwa insentif bagi pelaksana/ Tenaga Paramedis dan Non Medis sebesar 46%. Sedangkan di RSUD dr. H. Soewondo Kendal insentif bagi pelaksana/Tenaga Paramedis dan Non Medis serta jajaran struktural sebesar 27,5% (tenaga paramedis menerima 20%), sehingga dimungkinkan untuk menaikkan persen penerimaan insentif bagi tenaga paramedis. Sebagaimana diamanatkan dalam Permenkes Nomor 66 tahun 1997 yang menyebutkan bahwa insentif pelayanan tenaga perawat sebesar 25%.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. H. Soewondo Kendal adalah rumah sakit kelas B non pendidikan (SK Menteri Kesehatan No: 40/Menkes/2002 tanggal 21 Januari 2002 dan merupakan RS Rujukan Tingkat II) milik Pemerintah Kabupaten Kendal, mempunyai 202 tempat tidur dan tenaga kerja sebesar 352 orang, dengan perincian SDM sebagai berikut:

• Tenaga Dokter Spesialis	16 orang
• Tenaga Dokter Umum	12 orang
• Tenaga Dokter Gigi	3 orang
• Tenaga Paramedis	129 orang
• Tenaga Paramedis non Keperawatan	32 orang
• Tenaga Non Medis	136 orang
• Pejabat Struktural	23 orang
• Direktur	1 orang
TOTAL	352 orang

1. Falsafah dan Tujuan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

RSUD dr. H. Soewondo Kendal (RSUD Kendal) mempunyai visi menjadikan rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan prima yang didukung oleh sumber daya manusia (SDM) yang profesional dan sejahtera, sarana prasarana memadai serta manajemen yang bermutu tinggi, dengan misi meningkatkan profesionalitas, meningkatkan kesejahteraan sumber daya manusia, mengembangkan manajemen pelayanan rumah sakit, mengembangkan sarana dan prasarana dan memberikan pelayanan prima yang terjangkau dan dukungan jaringan pelayanan kesehatan.

Tujuan yang dicapai adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Kendal, meningkatkan kinerja, baik kinerja produktivitas, proses pelayanan, kepuasan masyarakat dan meningkatnya pendapatan (kinerja keuangan), tersedianya sarana dan prasarana yang memadai bagi pelayanan yang bermutu dan meningkatnya kesejahteraan sumber daya manusia (SDM) Rumah Sakit.

Dalam mewujudkan visi, misi dan tujuan tersebut filosofi yang dianut yaitu kesehatan adalah salah satu modal dasar pembangunan sumber daya manusia, oleh karena itu hidup sehat adalah merupakan hak setiap manusia yang tidak dapat ditunda dan ditawar. Sebagai rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten Kendal, RSUD dr. H. Soewondo Kendal harus mampu melayani secara optimal masyarakat di wilayahnya sebagai wujud tanggung jawab kepada negara dan profesi oleh karenanya pelayanan rumah sakit harus mempunyai akses yang baik kepada masyarakat Kendal dan kepuasan konsumen merupakan orientasi utama penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSUD dr. H. Soewondo Kendal. Oleh karena itu pelayanan yang diberikan terhadap pasien (sebagai konsumen luar) dan pelaksana kesehatan itu sendiri (sebagai konsumen dalam) harus diutamakan.

Nilai-nilai yang menjadi dasar pelayanan kesehatan yang dikembangkan dalam melaksanakan dan mewujudkan visi-misi tersebut adalah rendah hati, profesional, jujur, kerjasama dan kebersamaan, integritas, kerja keras, disiplin, keterbukaan terhadap kritik dan perbaikan dan keinginan menjadi yang terbaik. Berdasarkan hal di atas maka RSUD Kendal mempunyai motto "Senyumku adalah penyembuhanmu" artinya dengan pelayanan yang diberikan selalu diusahakan sebaik mungkin

dengan penuh tanggung jawab, sopan, ramah, hormat dan banyak senyum diharapkan pasien merasa puas dan cepat sembuh.

Menurut Peraturan Daerah no. 6 tahun 2001 yang berisi tentang Pembentukan Badan dan Kantor-kantor di Lingkungan Pemerintah Daerah Kabupaten Kendal disahkan pula tugas pokok RSUD dr. H. Soewondo Kendal. Tugas pokok tersebut yaitu melaksanakan upaya pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Sedangkan fungsinya sebagai penyelenggaraan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan non medis, pelayanan dan asuhan keperawatan, pelayanan rujukan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan dan administrasi umum dan keuangan.

2. Organisasi di RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Untuk melaksanakan visi, misi, tujuan, tugas pokok dan fungsi dari RSUD Kendal maka disusunlah organisasi RSUD Kendal dengan struktur organisasi yang diatur dalam Peraturan Daerah Kabupaten Kendal No. 20 Tahun 2007.

Struktur organisasi RSUD dr. H. Soewondo Kendal terdiri dari kelompok jabatan struktural dan jabatan non struktural (fungsional).

Dalam menjalankan tugas pokok sebagaimana dimaksud, Rumah Sakit mempunyai fungsi :

- i. penyusunan program di bidang pelayanan kesehatan.
- j. perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan.
- k. pembinaan teknis di bidang pelayanan kesehatan.
- l. penyelenggaraan pelayanan medis, penunjang medis dan non medis.
- m. penyelenggaraan pelayanan rujukan.
- n. penyelenggaraan pelayanan asuhan.
- o. pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta pendidikan dan pelatihan bidang kesehatan.
- p. pengelolaan administrasi dan keuangan.

3. Profil Tenaga Keperawatan di RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Jumlah tenaga keperawatan dan tingkat pendidikannya terhitung

bulan Agustus 2008 terdapat pada tabel 4.1 berikut ini:

Tabel 4.1 Distribusi Tenaga Keperawatan di RSUD dr. H. Soewondo Kendal per Agustus 2008

No	Unit Pelayanan	Pendidikan					
		S1	%	D III	%	SLTA	%
1	Instalasi Rawat Jalan	1	25	15	10,64	1	6,25
2	Instalasi Radiologi	1	25	3	2,13	-	-
3	Instalasi Rehab Medis	-	-	2	1,42	-	-
4	Instalasi Gizi	1	25	3	2,13	-	-
5	Instalasi Laboratorium	-	-	5	3,55	9	56,25
6	Instalasi Bedah Sentral	-	-	10	7,10	1	6,25
7	Ruang Anestesi	-	-	4	2,84	-	-
8	Instalasi Gawat Darurat	-	-	16	11,35	1	6,25
9	Ruang Anggrek / Bugenvil	-	-	11	7,8	1	6,25
10	Ruang Cempaka	-	-	10	7,09	1	6,25
11	Ruang BBRT/Melati	-	-	9	6,38	-	-
12	Ruang Flamboyan	-	-	8	5,67	1	6,25
13	Ruang Laki-laki/Kenanga	-	-	7	4,96	1	6,25
14	Ruang Anak/Dahlia	-	-	8	5,67	-	-
15	Ruang ICU/Nusa Indah	-	-	12	8,51	-	-
16	Ruang Obgyn/Mawar	-	-	9	6,38	-	-
17	Instalasi Farmasi	1	25	9	6,38	-	-
	Jumlah	4	100	141	100	16	100

Dari Tabel 4.1 tentang Distribusi Tenaga Keperawatan sejumlah

161 orang, terlihat bahwa 4 orang tenaga keperawatan berpendidikan S1,

141 orang tenaga keperawatan berpendidikan D III, dan 16 orang tenaga keperawatan berpendidikan SLTA.

B. Pengelolaan Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal saat ini.

Dalam rangka peningkatan produktivitas kerja sejalan dengan perubahan pada Tarif RS dan diharapkan komponen SDM RS dapat bekerja lebih baik dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat maka perlu diatur pembagian insentif/jasa pelayanan pada masing-masing komponen SDM RSUD dr. H. Soewondo Kendal.

1. Insentif Non Finansial Tenaga Keperawatan

Sebagaimana tersebut di dalam peraturan daerah kabupaten Kendal Nomer 24 tahun 2001 tentang retribusi pelayanan kesehatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal menerangkan bahwa penerimaan fungsional RSUD adalah penerimaan yang diperoleh sebagai imbalan atas pelayanan baik berupa barang dan atau jasa yang diberikan oleh RSUD dalam menjalankan fungsinya melayani kepentingan masyarakat atau instansi masarakat lainnya.

Dana swadana penerimaan fungsional yang diterima oleh rumah sakit unit swadana dikelola menjadi Rencana Anggaran Belanja Rumah Sakit (RAPBS), yang dapat dipergunakan secara langsung untuk pengembangan SDM sebanyak-banyaknya 5% (lima persen)

Dari target penerimaan rumah sakit sebesar Rp. 16.500.000.000,- digunakan untuk penyelenggaraan program pendidikan dan pelatihan SDM kesehatan rumah sakit dalam periode Januari – Desember 2007 sebesar Rp. 190.000.000,- atau sebesar 1,15% dari penerimaan rumah sakit, sehingga masih bisa dilaksanakan upaya peningkatan pembiayaan pengembangan SDM kesehatan rumah sakit. Upaya tersebut meliputi:

a. Belanja Beasiswa Pendidikan

- 1) Belanja beasiswa tugas belajar D3
 - 2) Belanja beasiswa tugas belajar S1
 - 3) Belanja beasiswa tugas belajar S2
- b. Belanja Kursus, Pelatihan, Sosialisasi dan Bimbingan Teknis
- 1) Biaya pelatihan Dokter Umum, Dokter Gigi, Dokter Spesialis
 - 2) Kegiatan Workshop
 - 3) Pelatihan PPGD bagi perawat
 - 4) Pelatihan barikade siaga bencana
 - 5) Pelatihan perawat mahir
 - 6) Pelatihan bidang pelayanan keperawatan/asuhan dan mutu keperawatan.
 - 7) Pelatihan instalasi penunjang (instalasi laboratorium, instalasi farmasi, rehap medik, gizi dan radiologi)
 - 8) Pelatihan perawat kepribadian dan etika berkomunikasi
 - 9) Pelatihan perawat instalasi rawat inap, IGD, ICU dan IBS

Penunjukan SDM keperawatan untuk mengikuti berbagai kegiatan diatas dapat digunakan sebagai kompensasi non finansial dari rumah sakit untuk tenaga keperawatan.

2. Insentif Finansial Tenaga Keperawatan

Berdasarkan pertimbangan tersebut untuk menjamin kelancaran pembagian insentif/jasa pelayanan perlu diatur dengan sebuah keputusan. Insentif yang diterimakan berasal dari penerimaan yang sah dalam aturan-aturan pengelolaan RS yang didasari :

- a. Peraturan Daerah No. 24 tahun 2001 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal,

- b. Keputusan Bupati Kendal no. 14 tahun 2002 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Kelas Utama A/B dan Kelas I pada RSUD dr. H. Soewondo Kendal,
- c. Perjanjian Kerja Sama dengan pihak luar dalam pembiayaan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RSUD dr. H. Soewondo Kendal.
- d. Surat Keputusan Direktur/Kepala Badan RSUD dr. H. Soewondo Kendal Nomor : 900/0997/RSUD/2005 Tanggal 18 Oktober 2005

1. Insentif Pelayanan

No	Komponen	Persentase
1	Dokter	60%
2	Paramedis	20%
3	Non Medis	7,5%
4	Struktural/Bendahara	7,5%
5	Direktur	5%
	Jumlah	100%

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

2. Insentif Asuhan Keperawatan (Askep) dan Tindakan Khusus Keperawatan (TKK)

No	Komponen	Persentase	
		Askep	TKK
1	Dokter Terkait	2,5%	2,5%
2	Paramedis	85%	85%
3	Non Medis	7,5%	7,5%
4	Struktural/Bendahara	2,5%	2,5%
5	Direktur	2,5%	2,5%
	Jumlah	100%	100%

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Penerima bagian pelayanan keperawatan seluruh Rumah Sakit dilakukan pengumpulan menjadi satu, dari berbagai sumber-sumber dimana ada kontribusi pekerjaan keahlian keperawatan.

Acuan yang digunakan dalam penerima insentif tenaga keperawatan ada 2 sebagai berikut:

- Penerimaan insentif pelayanan keperawatan sebesar 20% dari jasa pelayanan yang diperoleh pihak RS yang berasal dari pelayanan yang diberikan kepada pasien dengan besaran sesuai tarif/retribusi yang berlaku.
- Penerimaan insentif Pelayanan Asuhan Keperawatan (ASKEP) dan Tindakan Khusus Keperawatan (TKK) sebesar 85% dari jasa Asuhan Keperawatan dan Tindakan Khusus Keperawatan yang diperoleh pihak RS yang berasal dari pelayanan yang diberikan kepada pasien dengan besaran sesuai tarif/retribusi yang berlaku.

Sesuai dengan struktur organisasi pegawai di RSUD dr. H. Soewondo Kendal, Tenaga Keperawatan terdistribusi pada unit-unit pelayanan sebagai berikut:

- Instalasi Rawat Jalan
- Instalasi Radiologi
- Instalasi Rehab Medis
- Instalasi Gizi
- Instalasi Laboratorium
- Instalasi Bedah Sentral
- Ruang Anestesi
- Instalasi Gawat Darurat
- Ruang Anggrek dan Bugenvil
- Ruang Cempaka
- Ruang BBRT/Melati
- Ruang Perempuan/Flamboyan
- Ruang Laki-laki/Kenanga
- Ruang Anak/Dahlia

- Ruang ICU/Nusa Indah
- Ruang Obgyn/Mawar
- Instalasi Farmasi

Dengan berpedoman pada Keputusan Kepala Badan RSUD dr. H. Soewondo Kendal Nomor : 900/0997/RSUD/2005 tanggal 18 Oktober 2005, dapat diketahui besaran insentif tenaga keperawatan di masing-masing dari 17 unit pelayanan Tenaga Keperawatan melaksanakan tugasnya.

Pada tahap ini di bagian keuangan telah diketahui besarnya jumlah penerimaan insentif Tenaga Keperawatan pada unit pelayanannya. 17 Unit Pelayanan yang ada sudah memiliki data besaran jumlah penerimaan insentif, sehingga jumlah total insentif pelayanan Tenaga Keperawatan seluruh Rumah Sakit telah diketahui.

c. Sistem Distribusi Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan:

Setelah diketahui jumlah sub total penerima insentif pelayanan di masing-masing unit pelayanan, instalasi/ruangan membuat penilaian indek untuk tiap-tiap tenaga keperawatan di masing-masing unit layanan. Angka indek yang berkaitan digunakan sebagai dasar menghitung besaran rupiah insentif pelayanan yang akan diterimakan oleh Bagian Keuangan kepada Tenaga Keperawatan tersebut. Dasar penilaian indek adalah Standar Penilaian Indek Paramedis, Non Medis RSUD dr. H. Soewondo Kendal.

1. Golongan

Tabel 4.2 Indeks Golongan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	GOLONGAN	POINT
1	I/a	3
2	I/b	4
3	I/c	5
4	I/d	6
5	II/a	7
6	II/b	8
7	II/c	9
8	II/d	10
9	III/a	11
10	III/b	12
11	III/c	13
12	III/d	14
13	IV/a	15
14	IV/b	16
15	IV/c	17
16	IV/d	18

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Interval point yang digunakan di dalam menilai besarnya point indeks paramedis sebesar 1 point. Point terendah adalah pegawai dengan golongan I/a sebesar 3 point, golongan II/a sebesar 7 point, golongan III/a sebesar 11 point, golongan IV/a sebesar 15 point, dengan point tertinggi pegawai golongan IV/d sebesar 18 point.

2. Masa Kerja

Tabel 4.3 Indeks Masa Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	MASA KERJA	POINT
1	< 3 bulan	0
2	3 bulan s/d 2 tahun	0,5
3	2 tahun s/d 4 tahun	1
4	4 tahun s/d 6 tahun	1,5
5	6 tahun s/d 8 tahun	2
6	8 tahun s/d 10 tahun	2,5
7	10 tahun s/d 12 tahun	3
8	12 tahun s/d 14 tahun	3,5
9	14 tahun s/d 16 tahun	4
10	16 tahun s/d 18 tahun	4,5
11	18 tahun s/d 20 tahun	5
12	20 tahun s/d 22 tahun	5,5
13	22 tahun s/d 24 tahun	6
NO	MASA KERJA	POINT
14	24 tahun s/d 26 tahun	6,5
15	26 tahun s/d 28 tahun	7
16	28 tahun s/d 30 tahun	7,5
17	> 30 tahun	8

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Masa kerja mulai dihitung setelah tenaga paramedik memasuki masa kerja 3 bulan sampai dengan 2 tahun sejak mulai kerja di RSUD dr. H. Soewondo Kendal setiap 2 tahun masa kerja menciptakan efek kenaikan 0,5 point atau identik dengan 1 point setiap 4 tahun pertambahan masa kerja.

3. Pendidikan

Tabel 4.4 Indeks Pendidikan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	PENDIDIKAN	POINT
1	S-2 Profesi	21
2	S-1 Profesi	19
3	S-2 Umum	19
4	S-1 Umum	17
5	Diploma 4	16
6	Diploma 3	15
7	SLTA	12
8	SLTP	9

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

4. Volume Kehadiran Kerja

Tabel 4.5 Indeks Volume Kehadiran Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	VOLUME KEHADIRAN	POINT
1	1 Minggu Penuh	1
2	Tidak Masuk Dengan Ijin Kerja	-0,3
3	Tidak Masuk Tanpa Ijin per hari	-1

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Volume kehadiran kerja dihitung menciptakan penghargaan maupun pengurangan besarnya point yang diterima oleh tenaga keperawatan.

5. Tanggung Jawab

Tabel 4.6 Indeks Tanggung Jawab Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	JABATAN / UNIT KERJA	POINT
1	Kepala Bidang (Eselon III)	10
2	Kepala Sub Bidang/Kepala Sub Bagian (Eselon IV)	8
3	Kepala Instansi	8
4	Kepala Ruang/Bangsai	8
5	Wakil Kepala Ruang/Bendahara	7
6	Para Medis Shift	6
7	Para Medis Non Shift	5
8	Para Medis OK	5
9	Para Medis Perawatan Dinas Rangkap	6,5
10	Para Medis Non Keperawatan Shift	4,5
11	Para Medis Non Keperawatan Non Shift	4
12	Staf Keuangan	3
13	Pembantu Keperawatan Shift (POS)	4
14	Pembantu Bendahara / Pengurus Barang	2,5
15	Pekarya / Pembantu Perawat Non Shift	3,5
16	Staf Administrasi	2

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Dari tabel di atas terlihat bahwa kelompok jabatan yang digunakan di dalam memberikan indeks point tenaga keperawatan masih berbaur antara kelompok jabatan struktural dengan kelompok jabatan fungsional serta petugas keuangan/bendahara maupun petugas administrasi. Belum terlihat secara nyata bahwa ketentuan khusus diciptakan bagi petugas pelaksana maupun kepala ruang perawatan. Indeks terbesar kepala ruang adalah 8, terkecil pekarya/pembantu perawat non shift bernilai 3,5 point.

6 Beban Kerja

Tabel 4.7 Indeks Beban Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	VOLUME BEBAN KERJA	POINT
1	Kepala Bidang	8
2	Kepala Sub Bidang	6
3	Kepala Instansi / Kepala Ruang	4
4	Bendahara / Para Medis Keperawatan	3
5	Para Medis Non Keperawatan	2
6	Non Medis	1

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Pengelompokan volume beban kerja berkaitan dengan besarnya point belum berasaskan fungsional tenaga keperawatan

masih ada penilaian berdasarkan jabatan struktural, kepala bidang, dan kepala sub bidang.

Telah ada kesepakatan antara Komite Keperawatan dengan Pihak Manajemen Rumah Sakit bahwa Sistem Distribusi Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan adalah sebagai berikut:

- Bahwa penerima insentif pelayanan Tenaga Keperawatan masing-masing unit pelayanan sesuai peraturan yang ada adalah sebagai berikut: 20% dari jasa pelayanan RS, 85% dari jasa Asuhan Keperawatan, 85% dari Tindakan Khusus Keperawatan. Digabung/ dijumlah menjadi satu besaran senilai 100%
- Bahwa penerima 100% insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan tersebut dibagi dalam 2 bagian:
 - Bagian pertama sebesar 70% menjadi hak langsung/dikembalikan langsung/penerimaan langsung insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan di masing-masing unit pelayanan.
 - Bagian Kedua sebesar 30% menjadi penerimaan tidak langsung. Penerima 30% dari masing-masing unit pelayanan dikumpulkan menjadi satu dalam kantong besar.

Dana Kantong Besar senilai 30% dari seluruh insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan se-Rumah Sakit didistribusikan kembali/ diterimakan kembali kepada setiap Tenaga Keperawatan. Seluruh perhitungan yang digunakan dalam penetapan insentif tenaga paramedis menggunakan sistem point. Setiap insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan sebesar 70% berupa penerimaan langsung ditambah 30% berupa penerimaan tidak langsung (dari kantong besar) dihitung dengan rumus:

$$\Sigma @ \text{ indeks Rp} = \frac{\Sigma \text{ Jasa Pelayanan Yang Dibagi}}{\Sigma \text{ Total Indeks}}$$

Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan diserahkan oleh bagian keuangan Rumah Sakit kepada masing-masing Tenaga Keperawatan *by name*.

C. Hasil Pelaksanaan Wawancara Mendalam

Pelaksanaan wawancara mendalam yang diikuti oleh 5 orang terdiri dari. Pelaksanaan wawancara mendalam tersebut dilakukan di ruang kerja informan antara tanggal 13 Juni 2008 sampai dengan 16 Juni 2008. Dari pelaksanaan wawancara mendalam diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.8 Karakteristik Informan wawancara mendalam Analisis Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo.

No.	Kode Responden	Jabatan	Golongan	Pendidikan
1	R-1	Direktur	IV/B	S2
2	R-2	Wakil Direktur Bidang Administrasi	IV/B	S2
3	R-3	Wakil Direktur Bidang Keperawatan dan Kebidanan	IV/A	S1
4	R-4	Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan	III/D	S1
5	R-7	Pelaksana Keperawatan	III/D	D3

Karakteristik informan adalah pejabat tertinggi yaitu Direktur Rumah Sakit sampai dengan Pelaksana Keperawatan dengan deviasi golongan/pangkat IV/B sampai dengan III/C sebagai informan utama. Tingkat pendidikan informan tertinggi S2, terendah D III.

1. Pertanyaan I

Dasar Operasional RSUD dr. H. Soewondo Kendal adalah Peraturan Daerah Kabupaten Kendal No: 24 tahun 2001 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Badan RSUD dr H Soewondo Kendal dan Keputusan Kepala Badan RSUD dr. H. Soewondo Kendal No; 900/0997/RSUD/2005 tentang : Penetapan Pembagian Jasa/Insentif Pelayanan Badan RSUD dr H Soewondo yang di dalamnya tersebut bahwa 20% insentif pelayanan adalah hak tenaga keperawatan. Berkaitan dengan hal tersebut, apakah ada rencana untuk melakukan peninjauan tentang % (persen) penerimaan berkaitan dengan pasal insentif bagi tenaga perawat tersebut?

No	Responden	Jawaban
----	-----------	---------

1	R-1	"...Beberapa hal yang dianggap tidak sesuai...kita lakukan perubahan. Khusus untuk pembagian jasa... selama ini sudah terakomodir oleh mereka. Dalam waktu dekat ini belum karena tidak ada masukan-masukan untuk itu...."
2	R-2	"...berdasarkan kemampuan keuangan, perkembangan RS Dr. Soewondo. Akan diupayakan meningkatkan kesejahteraan perawat. Nanti porsi pembagian secara proporsional berdasar tanggung jawab yang dilakukan...."
3	R-3	".... masukan yang terakhir ini 20% + 1%, direktur masih dipegang oleh dr. Rivai. Jasa Direktur turun 1% untuk menambah insentif keperawatan. Surat Keputusan Kepala Badan masih 20%. Masukan dari bawah kalau 20% dirasa kurang...."
4	R-4	"...Untuk insentif pelayanan keperawatan 20% perlu ditinjau kembali. Kemudian dievaluasi kembali. Karena personil dalam keperawatan lebih banyak dari personil yang lain, sehingga bila dibagi itu nominalnya sangat sedikit/sangat kurang. Jadi berharap untuk peninjauan kembali berkaitan penerimaan untuk menjadi lebih baik...."

2. Pertanyaan II

Berdasarkan data dari bagian keuangan bahwa penerimaan insentif Januari, Pebruari, Maret 2008 tentang Jarkesmas Askes Sosial maupun tentang insentif/jasa pelayanan dan jasa farmasi, disitu tertuang bahwa ada beberapa perawat dari berbeda bagian terjadi penerimaan yang relatif sangat jauh. Memang semua sudah berdasarkan peraturan yang sudah ditetapkan di RS. Tapi di situ nyata bahwa pada bulan yang sama seorang perawat menerima Rp.130.400,- atau Rp.997.500 dari satu komponen (Askes Sosial bulan Pebruari 2008). Secara hitung matematis disitu ada kesenjangan yang cukup jauh. Adakah rencana Rumah Sakit untuk mendekatkan kesenjangan ini berazaskan keadilan ?

No	Responden	Jawaban
1	R-1	"... Kalau di suatu tempat pasiennya banyak pekerjaannya banyak akan menerima insentif banyak. Seperti BBRT yang pasiennya sedikit tidak mungkin dia akan dapat banyak. Ini kita akan sadarkan yang namanya "Sadar Posisi", Sahturing (Basah membantu yang kering). Terus <i>rolling</i> harus berjalan, karena tipe penggajian perawat berbeda-beda, Ada upaya untuk penerimaan keperawatan proporsional, keadilan bukan berarti sama besar. Ada upaya dari RS untuk melakukan :sistem point,

		<p>Sahturing dan <i>Rolling</i> untuk lebih meratakan. Kita akan menuju ke sana :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sahturing (Basah membantu yang kering) dengan kombinasi ini diharapkan akan proporsional sesuai dengan pekerjaannya 2. <i>Rolling</i>.... jadi tadi yang kering akan dibasahkan karena tidak mungkin kita mendatangkan pasien BBRT harus banyak padahal badnya hanya 5, ICU misalkan beberapa RS memang seperti ini.
2	R-2	<p>".....Insentif diberikan tidak sama rasa sama rata tetapi berdasarkan peran serta tanggung jawabnya. Artinya akan dilihat variabel yang mempengaruhi. Biasanya dihitung lewat point-point akan mempengaruhi seberapa besar perawat akan menerima jasanya/insentif. Bisa saja terjadi besar kecil berdasarkan point yang didapatkan juga tupoksinya. Kita upayakan <i>take home pay</i> semua karyawannya <i>flat</i> sehingga ada point keadilan. Sahturing (Basah Bantu Kering). Kita semua sadar posisi. Ke depan akan bekerja sama dengan komite keperawatan yang akan memberi pertimbangan mengenai insentif pendapatan yang <i>flat</i>..."</p>
3	R-3	<p>"....Jadi menurut saya hal-hal seperti harus ditinjau dibahas bersama karena ada disparitas yang tinggi, paling tidak dengan yang paling bawah jomplang sekali. Kelihatannya wacana itu sudah ditangkap oleh Direktur akan dilakukan pembenahan supaya disparitas tidak terlalu tinggi. Akan ditentukan batas minimal yang akan dibawa pulang baru bicara masalah point untuk menambah sehingga terjadi perbedaan. Dasarnya point diharapkan obyektif karena berdasar point sehingga disepakati semua. Kalau semua sudah mensepakati maka akan menerima adanya perbedaan. Ada batas minimal yang diterima maka kesenjangannya tidak terlalu tinggi. Yang membedakan di pointnya"</p>
4	R-4	<p>"..masih perlu ditinjau kembali. kesepakatan yang kaku 70% masuk ke ruang masing-masing 30% masuk ke kantong besar....t yang pendapatannya sedikitpun kalau dilihat dari beban kerjanya juga berat. BBRT (bayi resiko tinggi), pendapatannya dibanding ruang-ruang yang lain paling rendah. Padahal bayi resiko tinggi dengan jumlah pasien sedikit, pelayanan berat. Belum tampak keadilannya, dari yang 70% dapat diturunkan menjadi 60% atau 50%. Jadi proporsi perbandingan yang diharapkan 70:30, 60:40 atau 50:50. Dalam pelaksanaannya akan menggunakan sistem</p>

		point.....”
--	--	-------------

Dari hasil wawancara yang dilakukan dapat disimpulkan perubahan terhadap sistem pembagian insentif pelayanan tenaga perawat di RSUD dr. H. Soewondo Kendal layak untuk dilaksanakan. Mengingat peraturan operasional yang digunakan yaitu Peraturan Daerah Kabupaten Kendal Nomor 24 Tahun 2001 sudah berlangsung lebih dari 7 tahun tentunya perhitungan yang didasari *unit cost* sudah tidak memadai lagi. Penetapan pembagian jasa/insentif pelayanan RSUD dr. H. Soewondo Kendal hanya berdasarkan pada keputusan Kepala Badan RSUD dr. H. Soewondo Kendal Nomor : 900/0997/RSUD/2005 yang diketahui oleh Bupati Kepala Daerah, sehingga sangat memungkinkan untuk dilakukan revisi.

3. Pertanyaan III

Dalam upaya melaksanakan azas berkeadilan dalam pembagian jasa/insentif pelayanan tenaga keperawatan dengan sistem point. Ada beberapa hal yang jadi pertimbangan digunakan dalam menetapkannya. Faktor apa saja yang digunakan dalam memperhitungkan index point insentif pelayanan tenaga perawat?

No	Responden	Jawaban
1	R-2	<p>”.... Karena perawat berasal dari kerja yang berbeda. Sistem point bisa digunakan untuk menuju sistem yang berkeadilan. Item yang akan dipakai menghitung point adalah :</p> <ul style="list-style-type: none"> - senioritas (pangkat dan masa kerja) - pendidikan --> mempengaruhi kompetensi - volumen pekerjaan - resiko pekerjaan....”
2	R-3	<p>”.. Semua pihak yang terkait bicara bersama untuk bisa ketemu pada insentif yang ideal dan adil. Pendidikan, senioritas, lama bekerja, kedudukan di ruangan. Beberapa point akan dipertimbangkan yang paling penting disepakati bersama. Termasuk resiko pekerjaan, volume kerja...”</p>
3	R-4	<p>”...Tanggung jawab, masa kerja, pendidikan, pangkat dan golongan, volume pekerjaan, resiko pekerjaan....”</p>

Wawancara mendalam tersebut menghasilkan kesimpulan bahwa sistem penetapan insentif pelayanan tenaga keperawatan yang berazaskan keadilan diupayakan dengan menggunakan sistem point dengan item yang dipakai menghitung point adalah sebagai berikut: pangkat, pendidikan (*competensi*), masa kerja, volume pekerjaan, tanggung jawab, resiko pekerjaan.

4. Pertanyaan IV

Di bangsal ada struktur Kepala Ruangan, Wakil Kepala Ruangan, dan Perawat Pelaksana serta tenaga non medis keperawatan. Apakah struktur tersebut dijadikan gradasi dalam penetapan point karena struktur tersebut berdasar tanggung jawab?

No	Responden	Jawaban
----	-----------	---------

1	R-2	<p>”...Itu sebagai salah satu pertimbangan karena struktur merupakan pencerminan ada tugas yang dilaksanakan .Kita lihat keterlibatan dalam kegiatan tersebut, tanggung jawab, resiko pekerjaan, salah satu pertimbangan point. Bisa saja seseorang masuk struktural dapat lebih kecil dibanding perawat yang melakukan pelayanan yang beresiko dan memerlukan keahlian....”</p>
2	R-7	<p>”... itu memang struktur tanggung jawab yang ada dalam setiap ruang, tanggung jawab tertinggi pada kepala ruangan kemudian wakil keuangan seterusnya perawat pelaksana serta tenaga non medis keperawatan. Sehingga besarnya insentif yang diterima tentunya berjenjang sesuai beban tugas yang menjadi tanggung jawabnya. Bila dihitung dengan sistem point tentunya besar point yang diterima kepala ruangan lebih besar dibanding yang lain. Saya berharap sistem yang diterapkan dalam pembagian insentif keperawatan 50% diterimakan langsung dan 50% dihitung dengan sistem index point...”</p>

Jelas bahwa tanggung jawab seorang tenaga keperawatan terhadap tugas yang dilaksanakan dan resiko pekerjaan yang ditanggung disertai keahlian yang diperlukan dalam melaksanakan pekerjaan harus menjadi pertimbangan di dalam penetapan point.

D. Hasil Pelaksanaan *Bench Mark* dengan RSUD Banyumas dan RSUD Wonosobo

1. *Bench Mark* RSUD Banyumas dengan RSUD dr. H. Soewondo Kendal perihal Standar Penilaian Indeks

Dalam penelitian ini dilakukan bench mark dengan RSUD Banyumas (Unit Swadana Daerah) pada tanggal 28 Juni 2008. Manfaat dilakukannya bench mark ini adalah membandingkan sistem yang digunakan dalam pembagian insentif pelayanan tenaga perawat di RSUD Banyumas dengan RSUD Dr. H. Soewondo Kendal. Pilihan bench mark pada RSUD Banyumas karena rumah sakit tersebut telah menerima Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit (no. HK00.06.2.2.4664) dengan status akreditasi penuh tingkat lengkap. Selain itu RSUD Banyumas menjadi rujukan Studi Banding sebagian besar RSUD seluruh Indonesia.

RSUD Banyumas didirikan pada tanggal 1 Januari 1924. Pada waktu berdiri diberi nama "Juliana Burgerziekenhais" atau Rumah Sakit Juliana, dengan kapasitas tempat tidur 110.

Pada perjalanannya tahun 2000 RSUD Banyumas naik kelas melalui Surat Keputusan Menkes RI Nomor : 115/Menkes/SK/VII/2000 menjadi Rumah Sakit Kelas B Non Pendidikan. Tahun 2001 RSUD Banyumas ditetapkan menjadi Rumah Sakit Kelas B Pendidikan oleh Menteri Kesehatan RI dengan SK Nomor : 850/Menkes/SK/VIII/2001 tanggal 5 Oktober 2001. Pengelolaannya masih di bawah kendali Pemerintah Daerah Kabupaten Banyumas dan menjalin ikatan kerjasama dengan Fakultas Kedokteran UGM sehingga menjadi salah satu dari 3 Rumah Sakit Pendidikan Utama FK UGM, selain RSUP dr. Sardjito Yogyakarta dan RSU Soeradji Tirtonegoro Klaten.

a. Pembagian Jasa/Insentif Pelayanan Rumah Sakit Umum Banyumas Unit Swadana Daerah adalah sebagai berikut :

1. Kebijakan Pembagian Jasa Pelayanan

- Pembagian jasa pelayanan diatur oleh Direktur Rumah Sakit Umum Banyumas sesuai dengan PERDA Nomor: 1 Tahun 1991, dengan dibantu oleh Tim Indeks Jasa Pelayanan Rumah Sakit Umum Banyumas yang diangkat dan diberhentikan dengan SK oleh Direktur yang beranggotakan perwakilan dari karyawan Rumah Sakit Umum Banyumas.
- Jasa pelayanan dibagikan setiap bulan pada minggu ke IV, paling lambat dibagikan pada tanggal 25 (dua puluh lima)

2. Standar Penilaian Indeks

a) Standar Penilaian Indeks Langsung

- Tindakan khusus

NO	TINDAKAN KHUSUS	PROSENTASE
1	Bidan	25%
2	Cito Op	40%
3	Anestesi	35%
4	Phisiotherapi	25%
5	Gizi	60%
6	Cito Rontgent	40%
7	IGD	40%
8	Perawat Gigi	25%

➤ Tindakan Perawat (Tim Perawat Ruang Perawatan)

Mulai bulan September 2004 menjadi indek langsung jasa askep sebesar 60% dalam satu ruang perawatan

b) Standar Penilaian Indeks Tidak Langsung

i. Indeks *Basic* :

1. Golongan
2. Masa Kerja
3. Volume Kerja
4. Pendidikan
5. Tanggung jawab

ii. Indeks Khusus :

1. Beban Kerja
2. PDLT (Prestasi Dedikasi Loyalitas Tidak tercela

Uraian penjelasan standar penilaian indeks Tidak langsung pada RSUD Banyuman sebagai berikut:

i. Indeks *Basic*

1. Golongan

Tabel 4.9 Indeks Golongan Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas

NO	GOLONGAN	POINT
1	I/a	3
2	I/b	4
3	I/c	5
4	I/d	6
5	II/a	7
6	II/b	8
7	II/c	9

8	II/d	10
9	III/a	13
10	III/b	14
11	III/c	15
12	III/d	16
13	IV/a	17
14	IV/b	19
15	IV/c	21
16	IV/d	25

Dari tabel di atas dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi golongan/pangkat tenaga perawat akan memperoleh point yang semakin tinggi. Point terendah pada golongan I/a sebesar 3. Point tertinggi pada golongan IV/d sebesar 25.

2. Masa Kerja

Tabel 4.10 Indeks Masa Kerja Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas

MASA KERJA	POINT	MASA KERJA	POINT
0 < 3 bulan	0	17 – 18 tahun	9
3 bl - 1 tahun	0,5	18 – 19 tahun	9,5
1 – 2 tahun	1	19 – 20 tahun	10
2 – 3 tahun	1,5	20 – 21 tahun	10,5
3 – 4 tahun	2	21 – 22 tahun	11
4 – 5 tahun	2,5	22 – 23 tahun	11,5
5 – 6 tahun	3	23 – 24 tahun	12
6 – 7 tahun	3,5	24 – 25 tahun	12,5
7 – 8 tahun	4	25 – 26 tahun	13
8 – 9 tahun	4,5	26 – 27 tahun	13,5
9 – 10 tahun	5	27 – 28 tahun	14
10 – 11 tahun	5,5	28 – 29 tahun	14,5
11 – 12 tahun	6	29 – 30 tahun	15
12 - 13 tahun	6,5	30 – 31 tahun	15,5
13 – 14 tahun	7	31 – 32 tahun	16
14 – 15 tahun	7,5	32 – 33 tahun	16,5
15 – 16 tahun	8	33 – 34 tahun	17
16 – 17 tahun	8,5	34 – 35 tahun	17,5

Dari tabel di atas dapat disimpulkan bahwa semakin lama masa kerja di rumah sakit akan memperoleh point yang

semakin tinggi. Interfal peningkatan adalah 0,5 point pertahun. Point terendah pada masa kerja sampai dengan 1 tahun sebesar 0,5. Point 17,5 dapat dicapai pada masa kerja 35 tahun.

3. Volume Kerja

Adalah keaktifan karyawan dalam hal absensi kerja yang bertujuan untuk memberikan penilaian bagi seluruh karyawan berdasarkan keaktifan kerja

Tabel 4.11 Indeks Volume Kerja Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas

NO	VOLUME KERJA	POINT	KETERANGAN
1.	Aktif (Datang & Pulang Tepat Waktu)	8	
2.	Tugas Rumah Sakit	8	
3.	Cuti \leq 6 hari	8	
4.	Cuti > 6 – 12 hari	6	Seminar, Tugas Belajar (Rek. Direktur)
5.	Cuti > 12 – 18 hari	4	
6.	Cuti > 18 – 30 hari	2	
7.	Tanpa Ijin < 3 hari	1	
8.	Tanpa Ijin > 3 hari	0	Tahunan, Sakit

Keterangan :

- Tidak Aktif 1 – 2 minggu (volume kerja penuh) dinilai 75% total indek
- Cuti hamil, sakit, penting, cuti besar, cuti haji
- Tidak Aktif > 2 minggu (volume kerja penuh) dinilai 50% total indek
- Tidak aktif 6 – 12 hari tanpa ijin dinilai 25% total indek
- Tidak aktif > 12 hari tanpa ijin dinilai 0% total indek

Monitoring :

- Kepegawaian
- Kepala Instalasi/Ruang/Bagian/Bidang/Departemen

Semakin tinggi absensi tingkat kehadiran tenaga perawat akan memperoleh point yang semakin tinggi. Point tertinggi adalah 8 diperoleh bila seorang tenaga perawat aktif selama sebulan penuh baik kehadiran kerja maupun menjalankan tugas rumah sakit. Point terendah 0 bila minimal 3 hari tidak hadir/menjalankan tugas.

4. Pendidikan

Tabel 4.12 Indeks Pendidikan Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas

NO	PENDIDIKAN	POINT
1	S-3	25
2	S-2 Spesialis	23
3	S-2 Profesi	21
4	S-1 Profesi	19
5	S-2 Umum	19
6	S-1 Umum	17
NO	PENDIDIKAN	POINT
7	Diploma 4	16
8	Diploma 3	15
9	SLTA	12
10	SLTP	9
11	SD	6

Kesimpulan dari tabel di atas adalah semakin tinggi pendidikan tenaga perawat akan memperoleh point yang semakin tinggi. Point terendah pada tenaga perawat dengan pendidikan SD sebesar 6. Point tertinggi pada tenaga perawat dengan pendidikan S-3 sebesar 25.

5. Volume Tanggung Jawab

Tabel 4.13 Indeks Tanggung Jawab Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas

NO	VOLUME TANGGUNG JAWAB	POINT
1	Kepala Bagian/Bidang	10
2	Kepala Sub Bagian / Sub Bidang	9
3	Kepala Instalasi	8
4	Kepala Bangsal / Koordinasi ruang	7
5	Wa.Ka Instalasi Penunjang Medis I (Lab, Farmasi, Fisio, Ro, Gizi)	6

6	Wakil Kepala Ruang	5,5
7	Bendahara Barang/Pembantu Pemegang Kas, PN	5
8	Perawat/Poli (Shift)	4
9	Perawat OK/UGD/VIP/Bidan	4
10	Perawat Resiko Tinggi	4
11	Penunjang Medis I Shif (Lab, Farmasi, Phisiotherapi, Ro, Gizi)	3
12	Staf Keuangan dan Mudik	3
13	Pembantu Perawatan Shift	2,5
14	Pembantu Bendaharawan Barang/ Pengurus Barang	2,5
15	Pekarya/Pembantu Perawat/Petugas Gudang	2
16	Staff Administrasi/Bendahara Barang, Instalasi Farmasi/ Gizi/Rontgen	2
17	Non Medis di Perawatan/Poliklinik	2
18	Lain-lain (Kompensasi pajak: kenaikan Gol II d ke III a)	3
19	Lain-lain (Perawat Supervisi, Tim Indeks) sesuai aturan yang berlaku	1

Dari tabel dapat disimpulkan bahwa tanggung jawab tenaga struktural dan tenaga fungsional masih digabung dalam penilaian indeksnya. Indeks tertinggi adalah kepala bidang (tenaga struktural) sebesar 10, sementara pada tenaga fungsional pada kepala instalasi/bangsas dengan point 8. Point terendah adalah non medik keperawatan sebesar 2. Sedangkan tenaga lain diberi penghargaan indeks 1.

ii. Indeks Khusus

Indeks khusus terdiri dari 2 penilaian yang dilakukan pada tenaga perawat meliputi volume beban kerja dan PDLT (Prestasi, Dedikasi, Loyaltan dan Tidak Tercela).

1. Volume Beban Kerja

Tabel 4.14 Indeks Volume Beban Kerja Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas

NO	VOLUME BEBAN KERJA	POINT
1	Medis	30

2	Tenaga Kesehatan Lainnya	20
3	Non Medis	10

2. PDLT (Prestasi, Dedikasi, Loyalitas Tidak Tercela)

a) Prestasi (Bagi Penerima "Pegawai Berprestasi") diberikan selama 3 (tiga) bulan kesempatan penilaian pegawai berprestasi mak 1 (satu) kali setiap tahun (10 point)

b) Dedikasi Aktif dalam Kegiatan di rumah sakit dinyatakan SK Direktur

- Ketua Panitia / Tim (2 point)
- Wakil Ketua / Sekretaris (1.5 point)
- Anggota (1 point)

Bimbingan perindividu

- D3 / SLTA (0.10 point)
- S1 (0.25 point)
- S2 (0.50 point)
- S3 (1.00 point)

c) Loyalitas dan Tidak Tercela (Sikap) Diperhitungkan setelah masa kerja minimal 1 tahun (2 point)

d) Cuti / Tidak Masuk:

- Cuti / Tidak Masuk 1 minggu, dipotong Volume Kerja
- Cuti / Tidak Masuk 2 minggu, dipotong Volume Kerja & Indek Khusus
- Cuti / Tidak Masuk 3 minggu, dipotong 25%
- Cuti / Tidak Masuk 4 minggu, dipotong 50%
- Cuti Hamil diberikan 50%

- Cuti Besar lebih besar sama dengan 2 bulan (mis. naik haji) dipotong 50%
- Pengurangan Index cuti sakit (rawat inap) / tidak masuk dilaksanakan setelah yang bersangkutan aktif
- Sekolah atas nama biaya sendiri dengan perjanjian akan kembali bekerja di rumah sakit (pemberian index atas persetujuan Direktur)
- Kursus untuk meningkatkan ketrampilan Index diterimakan 100%
- Penilaian Index Dokter (point index khusus) nilai minimal 0 (nol)
- Segala sesuatu yang belum tersirat di sini akan ditentukan oleh kebijaksanaan tim index dan atau Direktur

Perhitungan Pembagian Jasa Pelayanan adalah sebagai berikut:

$$\Sigma @ \text{ indeks Rp} = \frac{\Sigma \text{Jasa Pelayanan Yang Dibagi}}{\Sigma \text{Total Indeks}}$$

b. Standar Penilaian Indeks Paramedis, Non Medis RSUD dr. H. Soewondo Kendal.

1. Golongan

Tabel 4.15 Indeks Golongan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	GOLONGAN	POINT
1	I/a	3
2	I/b	4
3	I/c	5
4	I/d	6
5	II/a	7

6	II/b	8
7	II/c	9
8	II/d	10
9	III/a	11
16	IV/d	18

Interval point yang digunakan di dalam menilai besarnya point indeks paramedis sebesar 1 point. Point terendah adalah pegawai dengan golongan I/a sebesar 3 point, golongan II/a sebesar 7 point, golongan III/a sebesar 11 point, golongan IV/a sebesar 15 point, dengan point tertinggi pegawai golongan IV/d sebesar 18 point.

2. Masa Kerja

Tabel 4.16 Indeks Masa Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	MASA KERJA	POINT
1	< 3 bulan	0
2	3 bulan s/d 2 tahun	0,5
3	2 tahun s/d 4 tahun	1
4	4 tahun s/d 6 tahun	1,5
5	6 tahun s/d 8 tahun	2
6	8 tahun s/d 10 tahun	2,5
7	10 tahun s/d 12 tahun	3
8	12 tahun s/d 14 tahun	3,5
9	14 tahun s/d 16 tahun	4
10	16 tahun s/d 18 tahun	4,5
11	18 tahun s/d 20 tahun	5
12	20 tahun s/d 22 tahun	5,5
13	22 tahun s/d 24 tahun	6
14	24 tahun s/d 26 tahun	6,5
15	26 tahun s/d 28 tahun	7
16	28 tahun s/d 30 tahun	7,5
17	> 30 tahun	8

Masa kerja mulai dihitung setelah tenaga paramedik memasuki masa kerja 3 bulan sampai dengan 2 tahun sejak mulai kerja di RSUD dr. H. Soewondo Kendal setiap 2 tahun masa kerja

menciptakan efek kenaikan 0,5 point atau identik dengan 1 point setiap 4 tahun pertambahan masa kerja.

3. Volume Kehadiran Kerja

Tabel 4.17 Indeks Volume Kehadiran Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	VOLUME KEHADIRAN	POINT
1	1 Minggu Penuh	1
2	Tidak Masuk Dengan Ijin Kerja	-0,3
3	Tidak Masuk Tanpa Ijin per hari	-1

Volume kehadiran kerja dihitung menciptakan penghargaan maupun pengurangan besarnya point yang diterima oleh tenaga keperawatan.

4. Pendidikan

Tabel 4.18 Indeks Pendidikan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	PENDIDIKAN	POINT
1	S-2 Profesi	21
2	S-1 Profesi	19
3	S-2 Umum	19
4	S-1 Umum	17
5	Diploma 4	16
6	Diploma 3	15
7	SLTA	12
8	SLTP	9

5. Tanggung Jawab

Tabel 4.19 Indeks Tanggung Jawab Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	JABATAN / UNIT KERJA	POINT
1	Kepala Bidang (Eselon III)	10
2	Kepala Sub Bidang/ Bagian (Eselon IV)	8
3	Kepala Instansi	8
4	Kepala Ruang/Bangsai	8
5	Wakil Kepala Ruang/Bendahara	7
6	Para Medis Shift	6
7	Para Medis Non Shift	5
8	Para Medis OK	5
9	Para Medis Perawatan Dinas Rangkap	6,5

10	Para Medis Non Keperawatan Shift	4,5
11	Para Medis Non Keperawatan Non Shift	4
12	Staf Keuangan	3
13	Pembantu Keperawatan Shift (POS)	4
14	Pembantu Bendahara / Pengurus Barang	2,5
15	Pekarya / Pembantu Perawat Non Shift	3,5
16	Staf Administrasi	2

Dari tabel di atas terlihat bahwa kelompok jabatan yang digunakan di dalam memberikan indeks point tenaga keperawatan masih berbaur antara kelompok jabatan struktural dengan kelompok jabatan fungsional serta petugas keuangan/ bendahara maupun petugas administrasi. Belum terlihat secara nyata bahwa ketentuan khusus diciptakan bagi petugas pelaksana maupun kepala ruang perawatan. Indeks terbesar kepala ruang adalah 8, terkecil pekarya/pembantu perawat non shift bernilai 3,5 point.

6. Beban Kerja

Tabel 4.20 Indeks Beban Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	VOLUME BEBAN KERJA	POINT
1	Kepala Bidang	8
2	Kepala Sub Bidang	6
3	Kepala Instansi / Kepala Ruang	4
4	Bendahara / Para Medis Keperawatan	3
5	Para Medis Non Keperawatan	2
6	Non Medis	1

Pengelompokan volume beban kerja berkaitan dengan besarnya point belum berasaskan fungsional tenaga keperawatan masih ada penilaian berdasarkan jabatan struktural, kepala bidang, dan kepala sub bidang.

Paparan perbandingan standar penilaian indeks langsung dan tidak langsung kedua rumah sakit.

Tabel 4.21 Landscape perbandingan standar penilaian indeks

NO	RSUD Banyumas	NO	RSUD Dr. H. Soewondo Kendal
----	---------------	----	-----------------------------

Standart Penilaian Indeks langsung			
1	Insentif Asuhan Keperawatan 60%	1	Insentif Asuhan Keperawatan 85%
Standart Penilaian Indeks tidak langsung			
1	Indeks <i>Basic</i> Golongan Masa Kerja Volume Kerja Pendidikan Tanggung Jawab	1 2 3 4 5	Golongan Masa Kerja Volume Kehadiran Kerja Pendidikan Tanggung Jawab
2	Indeks Khusus Beban Kerja PDLT		

Membandingkan kedua sistem yang digunakan dalam menghitung indeks point terlihat RSUD Dr. H. Soewondo Kendal belum menggunakan indeks Prestasi Dedikasi Loyalitas dan Tidak tercela. Sistem yang digunakan di kedua rumah sakit tidak mengakomodasi indeks resiko pekerjaan.

2. *Bench Mark* RSUD Wonosobo dengan RSUD dr. H. Soewondo Kendal perihal Penetapan Pembagian Insentif/Jasa Pelayanan Tenaga Keperawatan

Bench Mark dengan RSUD Wonosobo bertujuan untuk memperoleh pembandingan dalam hal penetapan pembagian insentif/jasa pelayanan tenaga perawat. Hal yang ingin dicapai dalam bench mark ini adalah mengetahui besaran persentase yang diterima tenaga keperawatan dibandingkan dengan penerimaan keseluruhan. Bench Mark di RSUD Wonosobo dilaksanakan pada tanggal 30 Juni 2008.

Keputusan Bupati Wonosobo Nomor 445/224/2007 tentang Penetapan Pembagian Jasa Pelayanan Rumah Sakit pada Badan RSUD Wonosobo diputuskan :

Besarnya pembagian jasa pelayanan rumah sakit adalah sebagai berikut:

1. 20% (dua puluh persen) merupakan pendapatan Badan RSUD Wonosobo
2. 80% (delapan puluh persen) merupakan insentif bagi pelaksana, yang pembagiannya diatur sebagai berikut:
 - a. Pembinaan Manajemen 1 %
 - b. Kepala Badan RSUD 5 %
 - c. Tenaga Medis 39 %
 - d. Tenaga Paramedis dan Non Medis 46 %
 - e. Dana Taktis Rumah Sakit 9%
3. Pembagian untuk tenaga medis diatur secara proporsional oleh Tim yang ditunjuk Kepala Badan RSUD Wonosobo.
4. Pembagian untuk tenaga paramedis dan tenaga non medis dibagi berdasarkan point kinerja karyawan yang diatur oleh Tim yang ditetapkan Kepala Badan RSUD Wonosobo.

Sedangkan berdasarkan keputusan Kepala Badan RSUD dr. H. Soewondo Kendal Nomor : 900/0997/RSUD/2005 tentang Penetapan Pembagian Insentif/Jasa Pelayanan Badan RSUD dr. H. Soewondo Kendal tanggal 18 Oktober 2005 ditetapkan bahwa :

1. Insentif Pelayanan

No	Komponen	Persentase
1	Dokter	60%
2	Paramedis	20%
3	Non Medis	7,5%
4	Struktural/Bendahara	7,5%
5	Direktur	5%
	Jumlah	100%

2. Insentif Asuhan Keperawatan (Askep) dan Tindakan Khusus Keperawatan (TKK)

No	Komponen	Persentase	
		Askep	TKK

1	Dokter Terkait	2,5%	2,5%
2	Paramedis	85%	85%
3	Non Medis	7,5%	7,5%
4	Struktural/Bendahara	2,5%	2,5%
5	Direktur	2,5%	2,5%
	Jumlah	100%	100%

Dari perbandingan 2 RSUD tersebut perihal insentif tenaga perawat diperoleh kenyataan bahwa persentase pembagian insentif/jasa tenaga paramedik dan non medik RSUD Wonosobo (46%) lebih besar dari persentase yang diterima tenaga paramedik dan non paramedik RSUD Dr. H. Soewondo Kendal yang hanya sebesar 27,5% (terdiri dari 20% tenaga paramedik dan 7,5% tenaga non medik

E. Pembahasan Rancangan Sistem Insentif Tenaga Perawat menggunakan FGD

Pelaksanaan *Focus Group Discussions* (FGD) yang diikuti oleh 10 orang terdiri dari 7 orang tenaga fungsional pelaksana keperawatan dan 3 orang tenaga struktural RSUD dr. H. Soewondo Kendal. Pelaksanaan FGD tersebut dilakukan di ruang pertemuan Tirto Arum Kendal selama 3 jam sebanyak 2 kali pada tanggal 8 Juli 2008 dan 15 Juli 2008. Masing-masing peserta FGD telah diberikan bahan berupa Bench Mark dari RSUD Banyumas tentang pembagian insentif tenaga perawat dan Bench Mark dari RSUD Wonosobo tentang penetapan pembagian insentif.

Tabel 4.22 Karakteristik Informan FGD Analisis Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

No.	Kode Responden	Jabatan	Golongan	Pendidikan
1	R-4	Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan	III/D	S1
2	R-5	Ka Sub Bidang Kebidanan	III/B	S1
3	R-6	Ka Sub Bidang Keperawatan	III/C	S1
4	R-7	Pelaksana Keperawatan	III/D	D III
5	R-8	Pelaksana Keperawatan	III/C	D III
6	R-9	Pelaksana Keperawatan	III/C	D III
7	R-10	Pelaksana Keperawatan	III/C	D III
8	R-11	Pelaksana Keperawatan	III/C	D III
9	R-12	Pelaksana Keperawatan	III/B	D III

Pertanyaan yang disampaikan dalam FGD meliputi :

1. Tanggung jawab dan uraian tugas
2. Pendidikan
3. Pangkat / golongan
4. Masa Kerja
5. Volume Pekerjaan
6. Resiko Pekerjaan
7. PDLT
8. Distribusi dana insentif pelanayan
 - a. Besaran % penerimaan langsung
 - b. Besaran % penerimaan tidak langsung
 - c. Penetapan komulatif indeks

Dari pelaksanaan *Focus Group Discussions* (FGD) diperoleh hasil sebagai berikut :

1. Tanggung jawab adalah tugas yang diberikan kepada seseorang berdasarkan SK dari Direktur/Kepala Bidang/Kepala Instalasi sesuai unit kerja. Skema tanggung jawab pekerjaan tenaga keperawatan di RSUD dr.

H. Soewondo adalah sebagai berikut :



Gambar 4.2 Diagram Alur pemberian tugas

Dari *Focus Group Discussions* (FGD) dihasilkan keputusan bahwa indeks tanggung jawab tenaga perawat adalah sebagai berikut :

Tabel 4.23 Indeks Tanggung Jawab Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

No	Tanggung jawab	Point
1	Kepala Ruang/Instalasi	8
2	Wakil Kepala Ruang / Instalasi Penunjang Medis	7
3	Perawat Pelaksana Perawat Shift Perawat OK/UGD/VIP/ICU Perawat Resiko Tinggi	5
4	Paramedik Non Keperawatan Shift	4,5
5	Pembantu Perawat Shift/POS	4
6	Pembantu Perawat Non Shift/POS	3,5
7	Tenaga Non Medik	2

2. Pendidikan

Pendidikan Tenaga Keperawatan adalah pendidikan terakhir secara formal yang pernah diikuti oleh Tenaga Keperawatan. Distribusi pendidikan tenaga perawat RSUD dr. H. Soewondo Kendal adalah sebagai berikut :

Tabel 4.24 Distribusi Pendidikan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

No.	Unit Pelayanan	Pendidikan		
		S1	D III	SLTA
1	Instalasi Rawat Jalan	1	15	1
2	Instalasi Radiologi	1	3	-
3	Instalasi Rehab Medis	-	2	-
4	Instalasi Gizi	1	3	-
5	Instalasi Laboratorium	-	5	9
6	Instalasi Bedah Sentral	-	10	1
7	Ruang Anestesi	-	4	-
8	Instalasi Gawat Darurat	-	16	1
9	Ruang Anggrek dan Bugenvil	-	11	1
10	Ruang Cempaka	-	10	1
11	Ruang BBRT/Melati	-	9	-
12	Ruang Perempuan/Flamboyan	-	8	1
13	Ruang Laki-laki/Kenanga	-	7	1
14	Ruang Anak/Dahlia	-	8	-
15	Ruang ICU/Nusa Indah	-	12	-
16	Ruang Obgyn/Mawar	-	9	-
17	Instalasi Farmasi	1	9	-
	Jumlah	4	141	16

Dari tabel dapat diketahui bahwa 2,48% tenaga keperawatan berpendidikan S1; 87,58% berpendidikan D III, sedangkan yang berpendidikan SLTA sebanyak 9,94%.

Dari *Focus Group Discussions* (FGD) dihasilkan keputusan bahwa indeks pendidikan tenaga perawat adalah sebagai berikut :

Tabel 4.25 Indeks Pendidikan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	PENDIDIKAN	POINT
1	S-1 Profesi	19
2	S-1 Umum	17
3	Diploma 4	16
4	Diploma 3	15
5	SLTA	12

3. Pangkat/Golongan

Diketahui bahwa pangkat/golongan terendah dari tenaga keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal adalah II/A, sedangkan pangkat/golongan tertinggi dari tenaga keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal adalah III/D.

Dari *Focus Group Discussions* (FGD) dihasilkan keputusan bahwa indeks pangkat/golongan tenaga perawat adalah sebagai berikut :

Tabel 4.26 Indeks Pangkat/Golongan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	GOLONGAN	POINT
1	I/a	3
2	I/b	4
3	I/c	5
4	I/d	6
5	II/a	7
6	II/b	8
7	II/c	9
8	II/d	10
9	III/a	13
10	III/b	14
11	III/c	15
12	III/d	16
13	IV/a	17
14	IV/b	19
15	IV/c	21
16	IV/d	25

4. Masa kerja

Masa kerja tenaga keperawatan didasarkan pada perhitungan tahun sejak seseorang mulai bekerja di RSUD dr. H. Soewondo Kendal. Distribusi masa kerja tenaga keperawatan sampai dengan pelaksanaan penelitian diketahui masa kerja terendah adalah Calon Pegawai Negeri Sipil dan masa kerja terlama adalah mendekati akhir masa pensiun.

Dari *Focus Group Discussions* (FGD) dihasilkan keputusan bahwa indeks masa kerja tenaga perawat terhitung dari awal mulai kerja tenaga perawat tersebut sampai dengan sekarang di rumah sakit RSUD dr. H. Soewondo Kenda. Penetapan point masa kerja dengan interfal 2 tahun untuk 1 pont.

Tabel 4.27 Indeks Masa Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NOMOR	MASA KERJA	POINT
1	0 – 2 tahun	1
2	2 – 4 tahun	2
3	4 – 6 tahun	3
4	6 – 8 tahun	4
5	8 – 10 tahun	5
6	10 – 12 tahun	6
7	12 – 14 tahun	7
8	14 – 16 tahun	8
9	16 – 18 tahun	9
10	18 – 20 tahun	10
11	20 – 22 tahun	11
12	22 – 24 tahun	12
13	24 – 26 tahun	13
14	26 – 28 tahun	14
15	28 – 30 tahun	15
16	30 – 32 tahun	16
17	32 – 34 tahun	17
18	34 – 36 tahun	18

5. Volume Pekerjaan

Volume kerja adalah keaktifan karyawan dalam hal absensi kerja yang bertujuan untuk memberikan penilaian bagi seluruh karyawan berdasarkan keaktifan kerja. Aktif adalah datang dan pulang tepat waktu.

Cuti adalah meninggalkan tugas secara resmi. Tanpa ijin adalah meninggalkan tugas tanpa keterangan yang sah.

Dari *Focus Group Discussions* (FGD) dihasilkan keputusan bahwa indeks Volume Pekerjaan tenaga perawat adalah sebagai berikut :

Tabel 4.28 Indeks Volume Pekerjaan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	VOLUME KERJA	POINT	KETERANGAN
1.	Aktif (Datang & Pulang Tepat Waktu)	8	
2.	Tugas Rumah Sakit	8	
3.	Cuti ≤ 6 hari	8	
4.	Cuti > 6 – 12 hari	6	Seminar, Tugas
5.	Cuti > 12 – 18 hari	4	Belajar (Rek.
6.	Cuti > 18 – 30 hari	2	Direktur)
NO	VOLUME KERJA	POINT	KETERANGAN
7.	Tanpa Ijin < 3 hari	1	
8.	Tanpa Ijin > 3 hari	0	Tahunan, Sakit

6. Resiko pekerjaan

Kondisi kerja tenaga keperawatan dalam intensitasnya terpapar kecil, besar, sangat besar terhadap keadaan bekerja dalam ruangan, resiko tertular penyakit, bekerja tidak menyenangkan (yang berhubungan dengan darah, muntah, *feaces*, dan lain-lain).

Dari *Focus Group Discussions* (FGD) dihasilkan keputusan bahwa indeks resiko pekerjaan tenaga perawat adalah pada halaman berikut :

Tabel 4.29 Indeks Resiko Pekerjaan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

No	Kondisi Kerja	Pekerjaan Keperawatan			
		Kepala Ruang	Wakil Kepala Ruang	Perawat Pelaksana	Non Medik
1	Bekerja di dalam ruangan	1	1	1	1
2	Risiko tertular penyakit	1	2	3	3
3	Tidak menyenangkan (yang berhubungan dengan darah, muntah, dan lain-lain)	1	2	3	3

Keterangan : 1 : Intensitas terpapar kecil

2 : Intensitas terpapar besar

3 : Intensitas terpapar sangat besar

7. PDLT (Prestasi, Dedikasi, Loyalitas dan Tidak Tercela)

- a. Prestasi (Bagi Penerima “Pegawai Berprestasi”) diberikan selama 3 (tiga) bulan kesempatan penilaian pegawai berprestasi mak 1 (satu) kali setiap tahun (10 point)
- b. Dedikasi Aktif dalam Kegiatan di rumah sakit dinyatakan SK Direktur
 - 1) Ketua Panitia / Tim (2 point)
 - 2) Wakil Ketua / Sekretaris (1.5 point)
 - 3) Anggota (1 point)
- c. Loyalitas dan Tidak Tercela (Sikap) Diperhitungkan setelah masa kerja minimal 1 tahun (2 point)
- d. Cuti / Tidak Masuk:
 - 1) Cuti / Tidak Masuk 1 minggu, dipotong Volume Kerja
 - 2) Cuti / Tidak Masuk 2 minggu, dipotong Volume Kerja & Indeks Khusus
 - 3) Cuti / Tidak Masuk 3 minggu, dipotong 25%
 - 4) Cuti / Tidak Masuk 4 minggu, dipotong 50%
 - 5) Cuti Hamil diberikan 50%
 - 6) Cuti Besar lebih besar sama dengan 2 bulan (mis. naik haji) dipotong 50%
 - 7) Pengurangan Index cuti sakit (rawat inap) / tidak masuk dilaksanakan setelah yang bersangkutan aktif
 - 8) Kursus untuk meningkatkan ketrampilan Index diterimakan 100%
 - 9) Segala sesuatu yang belum tersirat di sini akan ditentukan oleh kebijaksanaan tim indeks dan atau Direktur.

Peserta FGD sepakat untuk memperbaiki Standar Penilaian Indeks Paramedis, Non Medis RSUD dr. H. Soewondo Kendal yang sangat

berpengaruh terhadap besaran penerimaan insentif tenaga keperawatan. Dibuat indek basic yang terdiri dari Golongan, Masa Kerja, Volume Kerja, Pendidikan, Tanggung jawab dan indeks khusus yang terdiri dari Beban Kerja, PDLT (Prestasi Dedikasi Loyalitas Tidak tercela).

Penerima 100% insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan tersebut dibagi dalam 2 bagian:

- Bagian pertama sebesar 60% menjadi hak langsung/dikembalikan langsung/penerimaan langsung insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan di masing-masing unit pelayanan.
- Bagian Kedua sebesar 40% menjadi penerimaan tidak langsung. Penerima 40% dari masing-masing unit pelayanan dikumpulkan menjadi satu, yang nantinya akan didistribusikan kembali kepada masing-masing tenaga perawat dengan menggunakan sistem indeks.

RSUD dr. H. Soewondo Kendal sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan selalu berupaya meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan kepada masyarakat, sesuai tugas pokok yaitu melaksanakan upaya kesehatan secara efektif dan efisien dengan mengutamakan upaya penyembuhan serta pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan, melaksanakan pelayanan yang bermutu sesuai standar pelayanan rumah sakit.¹

Di samping itu rumah sakit mempunyai tanggungjawab terhadap kualitas pelayanan yang sesuai standar, etika dan tercapainya tujuan rumah sakit yaitu meningkatkan sumber daya manusia dan meningkatkan kesejahteraan pihak yang terkait dalam pelayanan kesehatan dan pendidikan.

Prioritas utama dalam penyelenggaraan pelayanan ini adalah untuk mudahnya prosedur, mendapatkan dan mempertahankan kepuasan pelanggan, baik pelanggan internal (dalam rumah sakit) maupun eksternal (luar rumah sakit)

Karyawan RSUD dr. H. Soewondo Kendal merupakan pelanggan internal yang memegang peranan dan faktor yang sangat penting dalam menentukan kesuksesan penyelenggaraan pelayanan RSUD dr. H. Soewondo Kendal, maka seluruh karyawan yang ada perlu mendapatkan perlindungan dan kesejahteraan yang mantap. Menurut Handoko, kompensasi adalah segala sesuatu yang diterima karyawan sebagai balas jasa atau imbalan jasa atas kerja mereka.⁵

Sedangkan menurut Simamora, pemberian kompensasi berupa finansial diberikan kepada karyawan sebagai gati kontribusi mereka kepada organisasi.⁸ Salah satu bentuk perlindungan dan kesejahteraan yang diberikan oleh RSUD dr. H. Soewondo Kendal terhadap tenaga keperawatan adalah adanya "Pembagian Insentif / Jasa Pelayanan". Pembagian ini mengacu pada Perda Nomor : 24 Tahun 2001 serta Keputusan Kepala Badan RSUD dr. H. Soewondo Kendal Nomor : 900/0997/RSUD/2005.

Kesejahteraan yang diberikan ini dalam rangka mewujudkan visi RSUD dr. H. Soewondo Kendal, butir ke-2 yaitu: "Meningkatkan kesejahteraan sumber daya manusia." Dari wawancara mendalam maupun FGD yang dilakukan menghasilkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Tujuan Pembagian Insentif Pelayanan

Pembagian jasa pelayanan RSUD dr. H. Soewondo Kendal sebagai pemberian kompensasi terhadap karyawannya dengan tujuan sebagai berikut:

- f. Memperoleh karyawan yang berkualitas

- g. Mempertahankan karyawan yang baik dan mencegah terjadinya *turn off* (pindah)
- h. Motivasi karyawan untuk mendorong perilaku yang diinginkan rumah sakit.
- i. Menjalin keadilan antara karyawan
- j. Mengendalikan biaya rumah sakit

Kompensasi dapat meningkatkan maupun menurunkan prestasi kerja, kepuasan kerja maupun motivasi karyawan.⁵ Kompensasi diberikan dengan tujuan memperoleh personalia yang berkualitas, mempertahankan para karyawan, menjamin keadilan dan menghargai perilaku yang diinginkan.⁵

2. Filosofi Pembagian Insentif Pelayanan

a. Perlindungan

Jasa pelayanan memberikan perlindungan bagi karyawan yang sedang sakit, cuti, atau tugas dengan jalan ditetapkannya indeks langsung dan tidak langsung serta prosentase jasa pelayanan sedemikian rupa.

d. Kebersamaan

Sebenarnya kelompok SDM yang dibutuhkan RS tidak ada satu kekuatanpun membawahi kekuatan yang lain, seluruh potensi SDM digunakan secara maksimal dan profesional untuk mencapai tujuan bersama.¹⁰

- Karyawan RSUD dr. H. Soewondo Kendal menyadari sepenuhnya bahwa tidak mungkin bekerja sendiri dalam melayani klien/pelanggan, sehingga perlu ditanamkan pengertian kebersamaan baik dokter, perawat, bidan, profesional lain, maupun *staff* administrasi sampai dengan tukang cuci/karyawan yang lain.
- Kebersamaan merupakan modal dasar kekompakan dalam segala hal, adanya pengertian sistem silang antara yang kuat dan yang lemah saling membantu.

- Berat sama dipikul, ringan sama dijinjing.

c. Keterbukaan

Dalam pembagian jasa pelayanan digunakan sistem terbuka, sehingga setiap karyawan bisa dan berhak untuk bertanya dan meminta penjelasan kepada Tim indeks.

- Sistem penilaian terbuka dengan ketentuan yang telah ditentukan oleh tim indeks
- Setiap terjadi sesuatu permasalahan selalu dimusyawarahkan bersama secara kekeluargaan.
- Setiap karyawan berhak untuk menilai sendiri sesuai dengan dasar ketentuan yang berlaku.

Dalam praktek administrasi pembayaran, pembayaran imbalan pelaksanaan yang konsisten dan terbuka dapat membangkitkan kepercayaan karyawan.⁶

d. Keterkaitan yang Kuat dengan Kinerja

Keterkaitan antara kinerja dengan Jasa Pelayanan yang diterimakan. Bagi penghasil jasa yang bekerja dengan rajin akan meningkatkan pendapatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal pada umumnya dan karyawan yang lain. Sistem *reporting recording* dari *visite*, tindakan medis, tindakan keperawatan, dirinci/dicatat secara teratur dan diketahui oleh direktur. Menurut Simamora bahwa sistem kompesasi pada umumnya mempengaruhi kinerja. Para karyawan akan termotifasi bila insentif yang mereka terima dikaitkan dengan kinerja yang mereka lakukan.⁸

e. Kontinuitas

Tim Indeks Jasa Pelayanan setiap akhir bulan mengadakan rapat rutin untuk membahas/mengoreksi kesalahan/masukan-masukan dari karyawan RSUD dr. H. Soewondo Kendal.

Menyempurnakan ketentuan indeks manakala ada usulan yang bersifat membangun untuk menyempurnakan tata cara penentuan Indeks Jasa Pelayanan.

Membahas hal-hal yang baru/belum diatur dalam sistem penilaian indeks.

f. Demokratisasi

Tim Indeks terdiri atas perwakilan dari:

5. Dokter (Dokter spesialis, Umum dan Gigi)
6. Perawat (Perawat dan Bidan)

7. Profesi lain/Penunjang (Apoteker, Gizi, Fisioterapi, Laborat, Radiologi)
8. Tenaga Administrasi

3. Distribusi Dana Insentif Tenaga Keperawatan

Jumlah penerimaan insentif pelayanan indek di masing-masing unit pelayanan, instalasi/ruangan membuat penilaian indek untuk tiap-tiap tenaga keperawatan di masing-masing unit layanan. Angka indek yang berkaitan digunakan sebagai dasar menghitung besaran rupiah insentif pelayanan yang akan diterimakan oleh Bagian Keuangan kepada Tenaga Keperawatan tersebut. Dasar penilaian indek adalah Standar Penilaian Indek Paramedis, Non Medis RSUD dr. H. Soewondo Kendal.

Hasil dari penelitian tentang analisis insentif pelayanan tenaga keperawatan menyatakan :

- a. Penerima insentif pelayanan Tenaga Keperawatan masing-masing unit pelayanan sesuai peraturan yang ada;

20% dari jasa pelayanan RS
85% dari jasa Asuhan Keperawatan
85% dari Tindakan Khusus Keperawatan
digabung/dijumlah menjadi satu besaran senilai 100%

- b. Penerima 100% insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan tersebut dibagi dalam 2 bagian:

- Bagian pertama sebesar 60% menjadi hak langsung/dikembalikan langsung/penerimaan langsung insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan di masing-masing unit pelayanan.
- Bagian Kedua sebesar 40% menjadi penerimaan tidak langsung. Penerima 40% dari masing-masing unit pelayanan dikumpulkan menjadi satu.

Dana senilai 40% dari seluruh insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan se-Rumah Sakit didistribusikan kembali/diterimakan kembali kepada setiap Tenaga Keperawatan. Seluruh perhitungan

yang digunakan dalam penetapan insentif tenaga paramedis menggunakan sistem point.

Perhitungan Pembagian Jasa Pelayanan adalah sebagai berikut:

$$\Sigma @ \text{ indeks Rp} = \frac{\Sigma \text{Jasa Pelayanan Yang Dibagi}}{\Sigma \text{Total Indeks}}$$

Setiap insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan sebesar 60% berupa penerimaan langsung ditambah 40% berupa penerimaan tidak langsung (dari kantong besar) digabung menjadi penerimaan Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan masing-masing Tenaga Keperawatan *by name* diserahkan oleh bagian keuangan Rumah Sakit.

Simulasi perhitungan insentif pelayanan tenaga keperawatan

- Penerimaan insentif pelayanan (Askes Sosial bulan Februari 2008). Jumlah uang yang dibagi Rp. 28.189.250,-
- Jumlah tenaga keperawatan 161.
- Jumlah indeks point sistem lama 6671.
- Jumlah indeks point sistem baru 7406.
- Rata-rata penerimaan per perawat Rp. 175.088,-
- Penerimaan tidak langsung pada sistem lama (30%) atau senilai Rp. 8.456.775,-
- Penerimaan tidak langsung pada sistem baru (40%) atau senilai Rp. 11.275.700,-
- 1 point lama senilai Rp. 1.267,69 dibulatkan Rp. 1.267,-
- 1 point baru senilai Rp. 1.522,50 dibulatkan Rp. 1.522,-

Seorang perawat bernama A Golongan 2 C, lama kerja 8 - 10 tahun, aktif dalam 1 bulan penuh dan menjalankan tugas rumah sakit, pendidikan diploma 3, sebagai perawat pelaksana PDLT lebih dari 1 tahun. Menerima insentif pelayanan sebesar Rp. 130.400,-

Tabel 4.30 Simulasi perhitungan insentif pelayanan tenaga keperawatan bernama A di RSUD dr. H. Soewondo

Sistem Lama (30%)		Sistem Baru (40%)	
	indeks		indeks
1. Golongan	9	1. Golongan	9
2. Masa Kerja	3,5	2. Masa Kerja	5
3. Volumen Kehadiran	4	3. Volumen Kehadiran	8
4. Pendidikan	15	4. Pendidikan	15
5. Tanggung Jawab	6	5. Tanggung Jawab	5
6. Beban Kerja	3	6. Resiko Pekerjaan	7
		7. PDLT	2
Jumlah Point	40,5	Jumlah Point	52
Penerimaan Langsung 70% :		Penerimaan Langsung 60%	
	Rp. 79.087,-		Rp. 67.788,-
Penerimaan Tidak Langsung :		Penerimaan Tidak Langsung :	
40,5 x Rp. 1.267,- =	Rp. 51.313,-	52 x Rp. 1.522,- =	Rp. 79.144,-
Jumlah insentif yang diterima :		Jumlah insentif yang diterima :	
Rp. 79.087,- + Rp. 51.313,-		Rp. 67.788,- + Rp. 79.144,-	
= Rp. 130.400,-		= Rp. 146.932,-	

Seorang perawat bernama B Golongan 3 C, lama kerja 18 - 20 tahun, aktif dalam 1 bulan penuh dan menjalankan tugas rumah sakit, pendidikan S1 Profesi, sebagai perawat pelaksana, PDLT lebih dari 1 tahun. Menerima insentif pelayanan sebesar Rp. 997.500,-

Tabel 4.31 Simulasi perhitungan insentif pelayanan tenaga keperawatan bernama B di RSUD dr. H. Soewondo

Sistem Lama (30%)		Sistem Baru (40%)	
	indeks		indeks
1. Golongan	13	1. Golongan	19
2. Masa Kerja	5	2. Masa Kerja	10
3. Volumen Kehadiran	4	3. Volumen Kehadiran	8
4. Pendidikan	19	4. Pendidikan	19
5. Tanggung Jawab	6	5. Tanggung Jawab	5
6. Beban Kerja	3	6. Resiko Pekerjaan	7
		7. PDLT	2
Jumlah Point	50	Jumlah Point	70
Penerimaan Langsung 70% :		Penerimaan Langsung 60%	
	Rp. 934.150,-		Rp. 800.700,-
Penerimaan Tidak Langsung :		Penerimaan Tidak Langsung :	
50 x Rp. 1.267,- =	Rp. 63.350,-	70 x Rp.1.522,- =	Rp. 106.540,-
Jumlah insentif yang diterima :		Jumlah insentif yang diterima :	
Rp. 934.150,- + Rp. 63.350,-		Rp. 800.700,- + Rp. 106.540,-	
= Rp. 997.500,-		= Rp. 907.240,-	

Nilai rata-rata insentif pelayanan tenaga keperawatan sebesar Rp. 175.088,-. Perawat A dengan perhitungan sistem lama

memperoleh hasil Rp. 130.400,- Dengan perhitungan hasil penelitian (sistem baru) perawat A memperoleh insentif pelayanan sebesar Rp. 146.932,- Perawat B dengan perhitungan sistem lama memperoleh hasil Rp. 997.500,- Dengan perhitungan hasil penelitian (sistem baru) perawat A memperoleh insentif pelayanan sebesar Rp. 907.240,- Dari perbandingan kedua sistem tersebut terlihat berkurangnya kesenjangan penerimaan insentif pelayanan tenaga keperawatan.

4. Pembesaran Persentase Insentif Paramedis.

Pengamatan yang dilakukan terhadap Surat Keputusan Bupati Wonosobo Nomor 445/224/2007 tentang Penetapan Pembagian Jasa Pelayanan Rumah Sakit pada Badan RSUD Wonosobo tampak bahwa insentif bagi pelaksana/ Tenaga Paramedis dan Non Medis sebesar 46%. Sedangkan di RSUD dr. H. Soewondo Kendal insentif bagi pelaksana/Tenaga Paramedis dan Non Medis serta jajaran struktural sebesar 27,5% (tenaga paramedis menerima 20%), sehingga dimungkinkan untuk menaikkan persen penerimaan insentif bagi tenaga paramedis. Sebagaimana diamanatkan dalam Permenkes Nomor 66 tahun 1997 yang menyebutkan bahwa insentif pelayanan tenaga perawat sebesar 25%.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. H. Soewondo Kendal adalah rumah sakit kelas B non pendidikan (SK Menteri Kesehatan No: 40/Menkes/2002 tanggal 21 Januari 2002 dan merupakan RS Rujukan Tingkat II) milik Pemerintah Kabupaten Kendal, mempunyai 202 tempat tidur dan tenaga kerja sebesar 352 orang, dengan perincian SDM sebagai berikut:

• Tenaga Dokter Spesialis	16 orang
• Tenaga Dokter Umum	12 orang
• Tenaga Dokter Gigi	3 orang
• Tenaga Paramedis	129 orang
• Tenaga Paramedis non Keperawatan	32 orang
• Tenaga Non Medis	136 orang
• Pejabat Struktural	23 orang
• Direktur	1 orang
TOTAL	352 orang

1. Falsafah dan Tujuan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

RSUD dr. H. Soewondo Kendal (RSUD Kendal) mempunyai visi menjadikan rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan prima yang didukung oleh sumber daya manusia (SDM) yang profesional dan sejahtera, sarana prasarana memadai serta manajemen yang bermutu tinggi, dengan misi meningkatkan profesionalitas, meningkatkan kesejahteraan sumber daya manusia, mengembangkan manajemen pelayanan rumah sakit, mengembangkan sarana dan prasarana dan memberikan pelayanan prima yang terjangkau dan dukungan jaringan pelayanan kesehatan.

Tujuan yang dicapai adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Kendal, meningkatkan kinerja, baik kinerja produktivitas, proses pelayanan, kepuasan masyarakat dan meningkatnya pendapatan (kinerja keuangan), tersedianya sarana dan prasarana yang memadai bagi pelayanan yang bermutu dan meningkatnya kesejahteraan sumber daya manusia (SDM) Rumah Sakit.

Dalam mewujudkan visi, misi dan tujuan tersebut filosofi yang dianut yaitu kesehatan adalah salah satu modal dasar pembangunan sumber daya manusia, oleh karena itu hidup sehat adalah merupakan hak setiap manusia yang tidak dapat ditunda dan ditawar. Sebagai rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten Kendal, RSUD dr. H. Soewondo Kendal harus mampu melayani secara optimal masyarakat di wilayahnya sebagai wujud tanggung jawab kepada negara dan profesi oleh karenanya pelayanan rumah sakit harus mempunyai akses yang baik kepada masyarakat Kendal dan kepuasan konsumen merupakan orientasi utama penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSUD dr. H. Soewondo Kendal. Oleh karena itu pelayanan yang diberikan terhadap pasien (sebagai konsumen luar) dan pelaksana kesehatan itu sendiri (sebagai konsumen dalam) harus diutamakan.

Nilai-nilai yang menjadi dasar pelayanan kesehatan yang dikembangkan dalam melaksanakan dan mewujudkan visi-misi tersebut adalah rendah hati, profesional, jujur, kerjasama dan kebersamaan, integritas, kerja keras, disiplin, keterbukaan terhadap kritik dan perbaikan dan keinginan menjadi yang terbaik. Berdasarkan hal di atas maka RSUD Kendal mempunyai motto "Senyumku adalah penyembuhanmu" artinya dengan pelayanan yang diberikan selalu diusahakan sebaik mungkin

dengan penuh tanggung jawab, sopan, ramah, hormat dan banyak senyum diharapkan pasien merasa puas dan cepat sembuh.

Menurut Peraturan Daerah no. 6 tahun 2001 yang berisi tentang Pembentukan Badan dan Kantor-kantor di Lingkungan Pemerintah Daerah Kabupaten Kendal disahkan pula tugas pokok RSUD dr. H. Soewondo Kendal. Tugas pokok tersebut yaitu melaksanakan upaya pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Sedangkan fungsinya sebagai penyelenggaraan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan non medis, pelayanan dan asuhan keperawatan, pelayanan rujukan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan dan administrasi umum dan keuangan.

2. Organisasi di RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Untuk melaksanakan visi, misi, tujuan, tugas pokok dan fungsi dari RSUD Kendal maka disusunlah organisasi RSUD Kendal dengan struktur organisasi yang diatur dalam Peraturan Daerah Kabupaten Kendal No. 20 Tahun 2007.

Struktur organisasi RSUD dr. H. Soewondo Kendal terdiri dari kelompok jabatan struktural dan jabatan non struktural (fungsional).

Dalam menjalankan tugas pokok sebagaimana dimaksud, Rumah Sakit mempunyai fungsi :

- q. penyusunan program di bidang pelayanan kesehatan.
- r. perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan.
- s. pembinaan teknis di bidang pelayanan kesehatan.
- t. penyelenggaraan pelayanan medis, penunjang medis dan non medis.
- u. penyelenggaraan pelayanan rujukan.
- v. penyelenggaraan pelayanan asuhan.
- w. pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta pendidikan dan pelatihan bidang kesehatan.
- x. pengelolaan administrasi dan keuangan.

3. Profil Tenaga Keperawatan di RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Jumlah tenaga keperawatan dan tingkat pendidikannya terhitung

bulan Agustus 2008 terdapat pada tabel 4.1 berikut ini:

Tabel 4.1 Distribusi Tenaga Keperawatan di RSUD dr. H. Soewondo Kendal per Agustus 2008

No	Unit Pelayanan	Pendidikan					
		S1	%	D III	%	SLTA	%
1	Instalasi Rawat Jalan	1	25	15	10,64	1	6,25
2	Instalasi Radiologi	1	25	3	2,13	-	-
3	Instalasi Rehab Medis	-	-	2	1,42	-	-
4	Instalasi Gizi	1	25	3	2,13	-	-
5	Instalasi Laboratorium	-	-	5	3,55	9	56,25
6	Instalasi Bedah Sentral	-	-	10	7,10	1	6,25
7	Ruang Anestesi	-	-	4	2,84	-	-
8	Instalasi Gawat Darurat	-	-	16	11,35	1	6,25
9	Ruang Anggrek / Bugenvil	-	-	11	7,8	1	6,25
10	Ruang Cempaka	-	-	10	7,09	1	6,25
11	Ruang BBRT/Melati	-	-	9	6,38	-	-
12	Ruang Flamboyan	-	-	8	5,67	1	6,25
13	Ruang Laki-laki/Kenanga	-	-	7	4,96	1	6,25
14	Ruang Anak/Dahlia	-	-	8	5,67	-	-
15	Ruang ICU/Nusa Indah	-	-	12	8,51	-	-
16	Ruang Obygn/Mawar	-	-	9	6,38	-	-
17	Instalasi Farmasi	1	25	9	6,38	-	-
	Jumlah	4	100	141	100	16	100

Dari Tabel 4.1 tentang Distribusi Tenaga Keperawatan sejumlah

161 orang, terlihat bahwa 4 orang tenaga keperawatan berpendidikan S1,

141 orang tenaga keperawatan berpendidikan D III, dan 16 orang tenaga keperawatan berpendidikan SLTA.

B. Pengelolaan Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal saat ini.

Dalam rangka peningkatan produktivitas kerja sejalan dengan perubahan pada Tarif RS dan diharapkan komponen SDM RS dapat bekerja lebih baik dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat maka perlu diatur pembagian insentif/jasa pelayanan pada masing-masing komponen SDM RSUD dr. H. Soewondo Kendal.

1. Insentif Non Finansial Tenaga Keperawatan

Sebagaimana tersebut di dalam peraturan daerah kabupaten Kendal Nomer 24 tahun 2001 tentang retribusi pelayanan kesehatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal menerangkan bahwa penerimaan fungsional RSUD adalah penerimaan yang diperoleh sebagai imbalan atas pelayanan baik berupa barang dan atau jasa yang diberikan oleh RSUD dalam menjalankan fungsinya melayani kepentingan masyarakat atau instansi masarakat lainnya.

Dana swadana penerimaan fungsional yang diterima oleh rumah sakit unit swadana dikelola menjadi Rencana Anggaran Belanja Rumah Sakit (RAPBS), yang dapat dipergunakan secara langsung untuk pengembangan SDM sebanyak-banyaknya 5% (lima persen)

Dari target penerimaan rumah sakit sebesar Rp. 16.500.000.000,- digunakan untuk penyelenggaraan program pendidikan dan pelatihan SDM kesehatan rumah sakit dalam periode Januari – Desember 2007 sebesar Rp. 190.000.000,- atau sebesar 1,15% dari penerimaan rumah sakit, sehingga masih bisa dilaksanakan upaya peningkatan pembiayaan pengembangan SDM kesehatan rumah sakit. Upaya tersebut meliputi:

a. Belanja Beasiswa Pendidikan

- 1) Belanja beasiswa tugas belajar D3
 - 2) Belanja beasiswa tugas belajar S1
 - 3) Belanja beasiswa tugas belajar S2
- b. Belanja Kursus, Pelatihan, Sosialisasi dan Bimbingan Teknis
- 1) Biaya pelatihan Dokter Umum, Dokter Gigi, Dokter Spesialis
 - 2) Kegiatan Workshop
 - 3) Pelatihan PPGD bagi perawat
 - 4) Pelatihan barikade siaga bencana
 - 5) Pelatihan perawat mahir
 - 6) Pelatihan bidang pelayanan keperawatan/asuhan dan mutu keperawatan.
 - 7) Pelatihan instalasi penunjang (instalasi laboratorium, instalasi farmasi, rehap medik, gizi dan radiologi)
 - 8) Pelatihan perawat kepribadian dan etika berkomunikasi
 - 9) Pelatihan perawat instalasi rawat inap, IGD, ICU dan IBS

Penunjukan SDM keperawatan untuk mengikuti berbagai kegiatan diatas dapat digunakan sebagai kompensasi non finansial dari rumah sakit untuk tenaga keperawatan.

2. Insentif Finansial Tenaga Keperawatan

Berdasarkan pertimbangan tersebut untuk menjamin kelancaran pembagian insentif/jasa pelayanan perlu diatur dengan sebuah keputusan. Insentif yang diterimakan berasal dari penerimaan yang sah dalam aturan-aturan pengelolaan RS yang didasari :

- a. Peraturan Daerah No. 24 tahun 2001 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal,

- b. Keputusan Bupati Kendal no. 14 tahun 2002 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Kelas Utama A/B dan Kelas I pada RSUD dr. H. Soewondo Kendal,
- c. Perjanjian Kerja Sama dengan pihak luar dalam pembiayaan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RSUD dr. H. Soewondo Kendal.
- d. Surat Keputusan Direktur/Kepala Badan RSUD dr. H. Soewondo Kendal Nomor : 900/0997/RSUD/2005 Tanggal 18 Oktober 2005

1. Insentif Pelayanan

No	Komponen	Persentase
1	Dokter	60%
2	Paramedis	20%
3	Non Medis	7,5%
4	Struktural/Bendahara	7,5%
5	Direktur	5%
	Jumlah	100%

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

2. Insentif Asuhan Keperawatan (Askep) dan Tindakan Khusus Keperawatan (TKK)

No	Komponen	Persentase	
		Askep	TKK
1	Dokter Terkait	2,5%	2,5%
2	Paramedis	85%	85%
3	Non Medis	7,5%	7,5%
4	Struktural/Bendahara	2,5%	2,5%
5	Direktur	2,5%	2,5%
	Jumlah	100%	100%

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Penerima bagian pelayanan keperawatan seluruh Rumah Sakit dilakukan pengumpulan menjadi satu, dari berbagai sumber-sumber dimana ada kontribusi pekerjaan keahlian keperawatan.

Acuan yang digunakan dalam penerima insentif tenaga keperawatan ada 2 sebagai berikut:

- Penerimaan insentif pelayanan keperawatan sebesar 20% dari jasa pelayanan yang diperoleh pihak RS yang berasal dari pelayanan yang diberikan kepada pasien dengan besaran sesuai tarif/retribusi yang berlaku.
- Penerimaan insentif Pelayanan Asuhan Keperawatan (ASKEP) dan Tindakan Khusus Keperawatan (TKK) sebesar 85% dari jasa Asuhan Keperawatan dan Tindakan Khusus Keperawatan yang diperoleh pihak RS yang berasal dari pelayanan yang diberikan kepada pasien dengan besaran sesuai tarif/retribusi yang berlaku.

Sesuai dengan struktur organisasi pegawai di RSUD dr. H. Soewondo Kendal, Tenaga Keperawatan terdistribusi pada unit-unit pelayanan sebagai berikut:

- Instalasi Rawat Jalan
- Instalasi Radiologi
- Instalasi Rehab Medis
- Instalasi Gizi
- Instalasi Laboratorium
- Instalasi Bedah Sentral
- Ruang Anestesi
- Instalasi Gawat Darurat
- Ruang Anggrek dan Bugenvil
- Ruang Cempaka
- Ruang BBRT/Melati
- Ruang Perempuan/Flamboyan
- Ruang Laki-laki/Kenanga
- Ruang Anak/Dahlia

- Ruang ICU/Nusa Indah
- Ruang Obgyn/Mawar
- Instalasi Farmasi

Dengan berpedoman pada Keputusan Kepala Badan RSUD dr. H. Soewondo Kendal Nomor : 900/0997/RSUD/2005 tanggal 18 Oktober 2005, dapat diketahui besaran insentif tenaga keperawatan di masing-masing dari 17 unit pelayanan Tenaga Keperawatan melaksanakan tugasnya.

Pada tahap ini di bagian keuangan telah diketahui besarnya jumlah penerimaan insentif Tenaga Keperawatan pada unit pelayanannya. 17 Unit Pelayanan yang ada sudah memiliki data besaran jumlah penerimaan insentif, sehingga jumlah total insentif pelayanan Tenaga Keperawatan seluruh Rumah Sakit telah diketahui.

e. Sistem Distribusi Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan:

Setelah diketahui jumlah sub total penerima insentif pelayanan di masing-masing unit pelayanan, instalasi/ruangan membuat penilaian indek untuk tiap-tiap tenaga keperawatan di masing-masing unit layanan. Angka indek yang berkaitan digunakan sebagai dasar menghitung besaran rupiah insentif pelayanan yang akan diterimakan oleh Bagian Keuangan kepada Tenaga Keperawatan tersebut. Dasar penilaian indek adalah Standar Penilaian Indek Paramedis, Non Medis RSUD dr. H. Soewondo Kendal.

1. Golongan

Tabel 4.2 Indeks Golongan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	GOLONGAN	POINT
1	I/a	3
2	I/b	4
3	I/c	5
4	I/d	6
5	II/a	7
6	II/b	8
7	II/c	9
8	II/d	10
9	III/a	11
10	III/b	12
11	III/c	13
12	III/d	14
13	IV/a	15
14	IV/b	16
15	IV/c	17
16	IV/d	18

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Interval point yang digunakan di dalam menilai besarnya point indeks paramedis sebesar 1 point. Point terendah adalah pegawai dengan golongan I/a sebesar 3 point, golongan II/a sebesar 7 point, golongan III/a sebesar 11 point, golongan IV/a sebesar 15 point, dengan point tertinggi pegawai golongan IV/d sebesar 18 point.

2. Masa Kerja

Tabel 4.3 Indeks Masa Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	MASA KERJA	POINT
1	< 3 bulan	0
2	3 bulan s/d 2 tahun	0,5
3	2 tahun s/d 4 tahun	1
4	4 tahun s/d 6 tahun	1,5
5	6 tahun s/d 8 tahun	2
6	8 tahun s/d 10 tahun	2,5
7	10 tahun s/d 12 tahun	3
8	12 tahun s/d 14 tahun	3,5
9	14 tahun s/d 16 tahun	4
10	16 tahun s/d 18 tahun	4,5
11	18 tahun s/d 20 tahun	5
12	20 tahun s/d 22 tahun	5,5
13	22 tahun s/d 24 tahun	6
NO	MASA KERJA	POINT
14	24 tahun s/d 26 tahun	6,5
15	26 tahun s/d 28 tahun	7
16	28 tahun s/d 30 tahun	7,5
17	> 30 tahun	8

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Masa kerja mulai dihitung setelah tenaga paramedik memasuki masa kerja 3 bulan sampai dengan 2 tahun sejak mulai kerja di RSUD dr. H. Soewondo Kendal setiap 2 tahun masa kerja menciptakan efek kenaikan 0,5 point atau identik dengan 1 point setiap 4 tahun pertambahan masa kerja.

3. Pendidikan

Tabel 4.4 Indeks Pendidikan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	PENDIDIKAN	POINT
1	S-2 Profesi	21
2	S-1 Profesi	19
3	S-2 Umum	19
4	S-1 Umum	17
5	Diploma 4	16
6	Diploma 3	15
7	SLTA	12
8	SLTP	9

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

4. Volume Kehadiran Kerja

Tabel 4.5 Indeks Volume Kehadiran Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	VOLUME KEHADIRAN	POINT
1	1 Minggu Penuh	1
2	Tidak Masuk Dengan Ijin Kerja	-0,3
3	Tidak Masuk Tanpa Ijin per hari	-1

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Volume kehadiran kerja dihitung menciptakan penghargaan maupun pengurangan besarnya point yang diterima oleh tenaga keperawatan.

5. Tanggung Jawab

Tabel 4.6 Indeks Tanggung Jawab Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	JABATAN / UNIT KERJA	POINT
1	Kepala Bidang (Eselon III)	10
2	Kepala Sub Bidang/Kepala Sub Bagian (Eselon IV)	8
3	Kepala Instansi	8
4	Kepala Ruang/Bangsai	8
5	Wakil Kepala Ruang/Bendahara	7
6	Para Medis Shift	6
7	Para Medis Non Shift	5
8	Para Medis OK	5
9	Para Medis Perawatan Dinas Rangkap	6,5
10	Para Medis Non Keperawatan Shift	4,5
11	Para Medis Non Keperawatan Non Shift	4
12	Staf Keuangan	3
13	Pembantu Keperawatan Shift (POS)	4
14	Pembantu Bendahara / Pengurus Barang	2,5
15	Pekarya / Pembantu Perawat Non Shift	3,5
16	Staf Administrasi	2

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Dari tabel di atas terlihat bahwa kelompok jabatan yang digunakan di dalam memberikan indeks point tenaga keperawatan masih berbaur antara kelompok jabatan struktural dengan kelompok jabatan fungsional serta petugas keuangan/bendahara maupun petugas administrasi. Belum terlihat secara nyata bahwa ketentuan khusus diciptakan bagi petugas pelaksana maupun kepala ruang perawatan. Indeks terbesar kepala ruang adalah 8, terkecil pekarya/pembantu perawat non shift bernilai 3,5 point.

6 Beban Kerja

Tabel 4.7 Indeks Beban Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	VOLUME BEBAN KERJA	POINT
1	Kepala Bidang	8
2	Kepala Sub Bidang	6
3	Kepala Instansi / Kepala Ruang	4
4	Bendahara / Para Medis Keperawatan	3
5	Para Medis Non Keperawatan	2
6	Non Medis	1

Sumber Arsip RSUD dr. H. Soewondo Kendal

Pengelompokan volume beban kerja berkaitan dengan besarnya point belum berasaskan fungsional tenaga keperawatan

masih ada penilaian berdasarkan jabatan struktural, kepala bidang, dan kepala sub bidang.

Telah ada kesepakatan antara Komite Keperawatan dengan Pihak Manajemen Rumah Sakit bahwa Sistem Distribusi Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan adalah sebagai berikut:

- Bahwa penerima insentif pelayanan Tenaga Keperawatan masing-masing unit pelayanan sesuai peraturan yang ada adalah sebagai berikut: 20% dari jasa pelayanan RS, 85% dari jasa Asuhan Keperawatan, 85% dari Tindakan Khusus Keperawatan. Digabung/ dijumlah menjadi satu besaran senilai 100%
- Bahwa penerima 100% insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan tersebut dibagi dalam 2 bagian:
 - Bagian pertama sebesar 70% menjadi hak langsung/dikembalikan langsung/penerimaan langsung insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan di masing-masing unit pelayanan.
 - Bagian Kedua sebesar 30% menjadi penerimaan tidak langsung. Penerima 30% dari masing-masing unit pelayanan dikumpulkan menjadi satu dalam kantong besar.

Dana Kantong Besar senilai 30% dari seluruh insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan se-Rumah Sakit didistribusikan kembali/ diterimakan kembali kepada setiap Tenaga Keperawatan. Seluruh perhitungan yang digunakan dalam penetapan insentif tenaga paramedis menggunakan sistem point. Setiap insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan sebesar 70% berupa penerimaan langsung ditambah 30% berupa penerimaan tidak langsung (dari kantong besar) dihitung dengan rumus:

$$\Sigma @ \text{ indeks Rp} = \frac{\Sigma \text{ Jasa Pelayanan Yang Dibagi}}{\Sigma \text{ Total Indeks}}$$

Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan diserahkan oleh bagian keuangan Rumah Sakit kepada masing-masing Tenaga Keperawatan *by name*.

C. Hasil Pelaksanaan Wawancara Mendalam

Pelaksanaan wawancara mendalam yang diikuti oleh 5 orang terdiri dari. Pelaksanaan wawancara mendalam tersebut dilakukan di ruang kerja informan antara tanggal 13 Juni 2008 sampai dengan 16 Juni 2008. Dari pelaksanaan wawancara mendalam diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.8 Karakteristik Informan wawancara mendalam Analisis Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo.

No.	Kode Responden	Jabatan	Golongan	Pendidikan
1	R-1	Direktur	IV/B	S2
2	R-2	Wakil Direktur Bidang Administrasi	IV/B	S2
3	R-3	Wakil Direktur Bidang Keperawatan dan Kebidanan	IV/A	S1
4	R-4	Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan	III/D	S1
5	R-7	Pelaksana Keperawatan	III/D	D3

Karakteristik informan adalah pejabat tertinggi yaitu Direktur Rumah Sakit sampai dengan Pelaksana Keperawatan dengan deviasi golongan/pangkat IV/B sampai dengan III/C sebagai informan utama. Tingkat pendidikan informan tertinggi S2, terendah D III.

1. Pertanyaan I

Dasar Operasional RSUD dr. H. Soewondo Kendal adalah Peraturan Daerah Kabupaten Kendal No: 24 tahun 2001 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Badan RSUD dr H Soewondo Kendal dan Keputusan Kepala Badan RSUD dr. H. Soewondo Kendal No; 900/0997/RSUD/2005 tentang : Penetapan Pembagian Jasa/Insentif Pelayanan Badan RSUD dr H Soewondo yang di dalamnya tersebut bahwa 20% insentif pelayanan adalah hak tenaga keperawatan. Berkaitan dengan hal tersebut, apakah ada rencana untuk melakukan peninjauan tentang % (persen) penerimaan berkaitan dengan pasal insentif bagi tenaga perawat tersebut?

No	Responden	Jawaban
1	R-1	"...Beberapa hal yang dianggap tidak sesuai...kita lakukan perubahan. Khusus untuk pembagian jasa... selama ini sudah terakomodir oleh mereka. Dalam waktu dekat ini belum karena tidak ada masukan-masukan untuk itu...."
2	R-2	"....berdasarkan kemampuan keuangan, perkembangan RS Dr. Soewondo. Akan diupayakan meningkatkan kesejahteraan perawat. Nanti porsi pembagian secara proporsional berdasar tanggung jawab yang dilakukan...."
3	R-3	".... masukan yang terakhir ini 20% + 1%, direktur masih dipegang oleh dr. Rivai. Jasa Direktur turun 1% untuk menambah insentif keperawatan. Surat Keputusan Kepala Badan masih 20%. Masukan dari bawah kalau 20% dirasa kurang...."
4	R-4	"...Untuk insentif pelayanan keperawatan 20% perlu ditinjau kembali. Kemudian dievaluasi kembali. Karena personil dalam keperawatan lebih banyak dari personil yang lain, sehingga bila dibagi itu nominalnya sangat sedikit/sangat kurang. Jadi berharap untuk peninjauan kembali berkaitan penerimaan untuk menjadi lebih baik...."

2. Pertanyaan II

Berdasarkan data dari bagian keuangan bahwa penerimaan insentif Januari, Pebruari, Maret 2008 tentang Jarkesmas Askes Sosial maupun tentang insentif/jasa pelayanan dan jasa farmasi, disitu tertuang bahwa ada beberapa perawat dari berbeda bagian terjadi penerimaan yang relatif sangat jauh. Memang semua sudah berdasarkan peraturan yang sudah ditetapkan di RS. Tapi di situ nyata bahwa pada bulan yang sama seorang perawat menerima Rp.130.400,- atau Rp.997.500 dari satu komponen (Askes Sosial bulan Pebruari 2008). Secara hitung matematis disitu ada kesenjangan yang cukup jauh. Adakah rencana Rumah Sakit untuk mendekatkan kesenjangan ini berazaskan keadilan ?

No	Responden	Jawaban
1	R-1	"... Kalau di suatu tempat pasiennya banyak pekerjaannya banyak akan menerima insentif banyak. Seperti BBRT yang pasiennya sedikit tidak mungkin dia akan dapat banyak. Ini kita akan sadarkan yang namanya "Sadar Posisi", Sahturing (Basah membantu yang kering). Terus <i>rolling</i> harus berjalan, karena tipe penggajian perawat berbeda-beda, Ada upaya untuk penerimaan keperawatan proporsional, keadilan bukan berarti sama besar.

		<p>Ada upaya dari RS untuk melakukan :sistem point, Sahturing dan <i>Rolling</i> untuk lebih meratakan. Kita akan menuju ke sana :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sahturing (Basah membantu yang kering) dengan kombinasi ini diharapkan akan proporsional sesuai dengan pekerjaannya 2. <i>Rolling</i>.... jadi tadi yang kering akan dibasahkan karena tidak mungkin kita mendatangkan pasien BBRT harus banyak padahal badnya hanya 5, ICU misalkan beberapa RS memang seperti ini.
2	R-2	<p>".....Insentif diberikan tidak sama rasa sama rata tetapi berdasarkan peran serta tanggung jawabnya. Artinya akan dilihat variabel yang mempengaruhi. Biasanya dihitung lewat point-point akan mempengaruhi seberapa besar perawat akan menerima jasanya/insentif. Bisa saja terjadi besar kecil berdasarkan point yang didapatkan juga tupoksinya. Kita upayakan <i>take home pay</i> semua karyawannya <i>flat</i> sehingga ada point keadilan. Sahturing (Basah Bantu Kering). Kita semua sadar posisi. Ke depan akan bekerja sama dengan komite keperawatan yang akan memberi pertimbangan mengenai insentif pendapatan yang <i>flat</i>..."</p>
3	R-3	<p>"....Jadi menurut saya hal-hal seperti harus ditinjau dibahas bersama karena ada disparitas yang tinggi, paling tidak dengan yang paling bawah jomplang sekali. Kelihatannya wacana itu sudah ditangkap oleh Direktur akan dilakukan pembenahan supaya disparitas tidak terlalu tinggi. Akan ditentukan batas minimal yang akan dibawa pulang baru bicara masalah point untuk menambah sehingga terjadi perbedaan. Dasarnya point diharapkan obyektif karena berdasar point sehingga disepakati semua. Kalau semua sudah mensepakati maka akan menerima adanya perbedaan. Ada batas minimal yang diterima maka kesenjangannya tidak terlalu tinggi. Yang membedakan di pointnya"</p>
4	R-4	<p>"..masih perlu ditinjau kembali. kesepakatan yang kaku 70% masuk ke ruang masing-masing 30% masuk ke kantong besar....t yang pendapatannya sedikitpun kalau dilihat dari beban kerjanya juga berat. BBRT (bayi resiko tinggi), pendapatannya dibanding ruang-ruang yang lain paling rendah. Padahal bayi resiko tinggi dengan jumlah pasien sedikit, pelayanan berat. Belum tampak keadilannya, dari yang 70% dapat diturunkan menjadi 60% atau 50%. Jadi proporsi perbandingan yang diharapkan 70:30, 60:40 atau 50:50. Dalam</p>

		pelaksanaannya akan menggunakan sistem point.....”
--	--	--

Dari hasil wawancara yang dilakukan dapat disimpulkan perubahan terhadap sistem pembagian insentif pelayanan tenaga perawat di RSUD dr. H. Soewondo Kendal layak untuk dilaksanakan. Mengingat peraturan operasional yang digunakan yaitu Peraturan Daerah Kabupaten Kendal Nomor 24 Tahun 2001 sudah berlangsung lebih dari 7 tahun tentunya perhitungan yang didasari *unit cost* sudah tidak memadai lagi. Penetapan pembagian jasa/insentif pelayanan RSUD dr. H. Soewondo Kendal hanya berdasarkan pada keputusan Kepala Badan RSUD dr. H. Soewondo Kendal Nomor : 900/0997/RSUD/2005 yang diketahui oleh Bupati Kepala Daerah, sehingga sangat memungkinkan untuk dilakukan revisi.

3. Pertanyaan III

Dalam upaya melaksanakan azas berkeadilan dalam pembagian jasa/insentif pelayanan tenaga keperawatan dengan sistem point. Ada beberapa hal yang jadi pertimbangan digunakan dalam menetapkannya. Faktor apa saja yang digunakan dalam memperhitungkan index point insentif pelayanan tenaga perawat?

No	Responden	Jawaban
1	R-2	<p>”.... Karena perawat berasal dari kerja yang berbeda. Sistem point bisa digunakan untuk menuju sistem yang berkeadilan. Item yang akan dipakai menghitung point adalah :</p> <ul style="list-style-type: none"> - senioritas (pangkat dan masa kerja) - pendidikan --> mempengaruhi kompetensi - volumen pekerjaan - resiko pekerjaan....”
2	R-3	<p>”.. Semua pihak yang terkait bicara bersama untuk bisa ketemu pada insentif yang ideal dan adil. Pendidikan, senioritas, lama bekerja, kedudukan di ruangan. Beberapa point akan dipertimbangkan yang paling penting disepakati bersama. Termasuk resiko pekerjaan, volume kerja...”</p>
3	R-4	<p>”...Tanggung jawab, masa kerja, pendidikan, pangkat dan golongan, volume pekerjaan, resiko pekerjaan....”</p>

Wawancara mendalam tersebut menghasilkan kesimpulan bahwa sistem penetapan insentif pelayanan tenaga keperawatan yang berazaskan keadilan diupayakan dengan menggunakan sistem point dengan item yang dipakai menghitung point adalah sebagai berikut: pangkat, pendidikan (*competensi*), masa kerja, volume pekerjaan, tanggung jawab, resiko pekerjaan.

4. Pertanyaan IV

Di bangsal ada struktur Kepala Ruangan, Wakil Kepala Ruangan, dan Perawat Pelaksana serta tenaga non medis keperawatan. Apakah struktur tersebut dijadikan gradasi dalam penetapan point karena struktur tersebut berdasar tanggung jawab?

No	Responden	Jawaban
1	R-2	"...Itu sebagai salah satu pertimbangan karena struktur merupakan pencerminan ada tugas yang dilaksanakan .Kita lihat keterlibatan dalam kegiatan tersebut, tanggung jawab, resiko pekerjaan, salah satu pertimbangan point. Bisa saja seseorang masuk struktural dapat lebih kecil dibanding perawat yang melakukan pelayanan yang beresiko dan memerlukan keahlian...."
2	R-7	"... itu memang struktur tanggung jawab yang ada dalam setiap ruang, tanggung jawab tertinggi pada kepala ruangan kemudian wakil keuangan seterusnya perawat pelaksana serta tenaga non medis keperawatan. Sehingga besarnya insentif yang diterima tentunya berjenjang sesuai beban tugas yang menjadi tanggung jawabnya. Bila dihitung dengan sistem point tentunya besar point yang diterima kepala ruangan lebih besar dibanding yang lain. Saya berharap sistem yang diterapkan dalam pembagian insentif keperawatan 50% diterimakan langsung dan 50% dihitung dengan sistem index point..."

Jelas bahwa tanggung jawab seorang tenaga keperawatan terhadap tugas yang dilaksanakan dan resiko pekerjaan yang ditanggung disertai keahlian yang diperlukan dalam melaksanakan pekerjaan harus menjadi pertimbangan di dalam penetapan point.

D. Hasil Pelaksanaan *Bench Mark* dengan RSUD Banyumas dan RSUD Wonosobo

1. *Bench Mark* RSUD Banyumas dengan RSUD dr. H. Soewondo Kendal perihal Standar Penilaian Indeks

Dalam penelitian ini dilakukan bench mark dengan RSUD Banyumas (Unit Swadana Daerah) pada tanggal 28 Juni 2008. Manfaat dilakukannya bench mark ini adalah membandingkan sistem yang digunakan dalam pembagian insentif pelayanan tenaga perawat di RSUD Banyumas dengan RSUD Dr. H. Soewondo Kendal. Pilihan bench mark pada RSUD Banyumas karena rumah sakit tersebut telah menerima Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit (no. HK00.06.2.2.4664) dengan status akreditasi penuh tingkat lengkap. Selain itu RSUD Banyumas menjadi rujukan Studi Banding sebagian besar RSUD seluruh Indonesia.

RSUD Banyumas didirikan pada tanggal 1 Januari 1924. Pada waktu berdiri diberi nama "Juliana Burgerziekenhais" atau Rumah Sakit Juliana, dengan kapasitas tempat tidur 110.

Pada perjalanannya tahun 2000 RSUD Banyumas naik kelas melalui Surat Keputusan Menkes RI Nomor : 115/Menkes/SK/VII/2000 menjadi Rumah Sakit Kelas B Non Pendidikan. Tahun 2001 RSUD Banyumas ditetapkan menjadi Rumah Sakit Kelas B Pendidikan oleh Menteri Kesehatan RI dengan SK Nomor : 850/Menkes/SK/VIII/2001 tanggal 5 Oktober 2001. Pengelolaannya masih di bawah kendali Pemerintah Daerah Kabupaten Banyumas dan menjalin ikatan kerjasama dengan Fakultas Kedokteran UGM sehingga menjadi salah satu dari 3 Rumah Sakit Pendidikan Utama FK UGM, selain RSUP dr. Sardjito Yogyakarta dan RSUD Soeradji Tirtonegoro Klaten.

a. Pembagian Jasa/Insentif Pelayanan Rumah Sakit Umum Banyumas Unit Swadana Daerah adalah sebagai berikut :

1. Kebijakan Pembagian Jasa Pelayanan

- Pembagian jasa pelayanan diatur oleh Direktur Rumah Sakit Umum Banyumas sesuai dengan PERDA Nomor: 1 Tahun 1991, dengan dibantu oleh Tim Indeks Jasa Pelayanan Rumah Sakit Umum Banyumas yang diangkat dan diberhentikan dengan SK oleh Direktur yang beranggotakan perwakilan dari karyawan Rumah Sakit Umum Banyumas.
- Jasa pelayanan dibagikan setiap bulan pada minggu ke IV, paling lambat dibagikan pada tanggal 25 (dua puluh lima)

2. Standar Penilaian Indeks

a) Standar Penilaian Indeks Langsung

- Tindakan khusus

NO	TINDAKAN KHUSUS	PROSENTASE
1	Bidan	25%
2	Cito Op	40%
3	Anesthesi	35%
4	Phisiotherapi	25%
5	Gizi	60%
6	Cito Rontgent	40%
7	IGD	40%
8	Perawat Gigi	25%

➤ Tindakan Perawat (Tim Perawat Ruang Perawatan)

Mulai bulan September 2004 menjadi indek langsung jasa askep sebesar 60% dalam satu ruang perawatan

b) Standar Penilaian Indeks Tidak Langsung

i. Indeks *Basic* :

1. Golongan
2. Masa Kerja
3. Volume Kerja
4. Pendidikan
5. Tanggung jawab

ii. Indeks Khusus :

1. Beban Kerja
2. PDLT (Prestasi Dedikasi Loyalitas Tidak tercela

Uraian penjelasan standar penilaian indeks Tidak langsung pada RSUD Banyuman sebagai berikut:

i. Indeks *Basic*

1. Golongan

Tabel 4.9 Indeks Golongan Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas

NO	GOLONGAN	POINT
1	I/a	3
2	I/b	4
3	I/c	5
4	I/d	6
5	II/a	7
6	II/b	8
7	II/c	9

8	II/d	10
9	III/a	13
10	III/b	14
11	III/c	15
12	III/d	16
13	IV/a	17
14	IV/b	19
15	IV/c	21
16	IV/d	25

Dari tabel di atas dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi golongan/pangkat tenaga perawat akan memperoleh point yang semakin tinggi. Point terendah pada golongan I/a sebesar 3. Point tertinggi pada golongan IV/d sebesar 25.

2. Masa Kerja

Tabel 4.10 Indeks Masa Kerja Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas

MASA KERJA	POINT	MASA KERJA	POINT
0 < 3 bulan	0	17 – 18 tahun	9
3 bl - 1 tahun	0,5	18 – 19 tahun	9,5
1 – 2 tahun	1	19 – 20 tahun	10
2 – 3 tahun	1,5	20 – 21 tahun	10,5
3 – 4 tahun	2	21 – 22 tahun	11
4 – 5 tahun	2,5	22 – 23 tahun	11,5
5 – 6 tahun	3	23 – 24 tahun	12
6 – 7 tahun	3,5	24 – 25 tahun	12,5
7 – 8 tahun	4	25 – 26 tahun	13
8 – 9 tahun	4,5	26 – 27 tahun	13,5
9 – 10 tahun	5	27 – 28 tahun	14
10 – 11 tahun	5,5	28 – 29 tahun	14,5
11 – 12 tahun	6	29 – 30 tahun	15
12 - 13 tahun	6,5	30 – 31 tahun	15,5
13 – 14 tahun	7	31 – 32 tahun	16
14 – 15 tahun	7,5	32 – 33 tahun	16,5
15 – 16 tahun	8	33 – 34 tahun	17
16 – 17 tahun	8,5	34 – 35 tahun	17,5

Dari tabel di atas dapat disimpulkan bahwa semakin lama masa kerja di rumah sakit akan memperoleh point yang semakin tinggi. Interfal peningkatan adalah 0,5 point pertahun. Point terendah pada masa kerja sampai dengan

1 tahun sebesar 0,5. Point 17,5 dapat dicapai pada masa kerja 35 tahun.

3. Volume Kerja

Adalah keaktifan karyawan dalam hal absensi kerja yang bertujuan untuk memberikan penilaian bagi seluruh karyawan berdasarkan keaktifan kerja

Tabel 4.11 Indeks Volume Kerja Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas

NO	VOLUME KERJA	POINT	KETERANGAN
1.	Aktif (Datang & Pulang Tepat Waktu)	8	
2.	Tugas Rumah Sakit	8	
3.	Cuti \leq 6 hari	8	
4.	Cuti > 6 – 12 hari	6	Seminar, Tugas Belajar (Rek. Direktur)
5.	Cuti > 12 – 18 hari	4	
6.	Cuti > 18 – 30 hari	2	
7.	Tanpa Ijin < 3 hari	1	
8.	Tanpa Ijin > 3 hari	0	Tahunan, Sakit

Keterangan :

- Tidak Aktif 1 – 2 minggu (volume kerja penuh) dinilai 75% total indek
- Cuti hamil, sakit, penting, cuti besar, cuti haji
- Tidak Aktif > 2 minggu (volume kerja penuh) dinilai 50% total indek
- Tidak aktif 6 – 12 hari tanpa ijin dinilai 25% total indek
- Tidak aktif > 12 hari tanpa ijin dinilai 0% total indek

Monitoring :

- Kepegawaian
- Kepala Instalasi/Ruang/Bagian/Bidang/Departemen

Semakin tinggi absensi tingkat kehadiran tenaga perawat akan memperoleh point yang semakin tinggi. Point tertinggi

adalah 8 diperoleh bila seorang tenaga perawat aktif selama sebulan penuh baik kehadiran kerja maupun menjalankan tugas rumah sakit. Point terendah 0 bila minimal 3 hari tidak hadir/menjalankan tugas.

4. Pendidikan

Tabel 4.12 Indeks Pendidikan Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas

NO	PENDIDIKAN	POINT
1	S-3	25
2	S-2 Spesialis	23
3	S-2 Profesi	21
4	S-1 Profesi	19
5	S-2 Umum	19
6	S-1 Umum	17
NO	PENDIDIKAN	POINT
7	Diploma 4	16
8	Diploma 3	15
9	SLTA	12
10	SLTP	9
11	SD	6

Kesimpulan dari tabel di atas adalah semakin tinggi pendidikan tenaga perawat akan memperoleh point yang semakin tinggi. Point terendah pada tenaga perawat dengan pendidikan SD sebesar 6. Point tertinggi pada tenaga perawat dengan pendidikan S-3 sebesar 25.

5. Volume Tanggung Jawab

Tabel 4.13 Indeks Tanggung Jawab Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas

NO	VOLUME TANGGUNG JAWAB	POINT
1	Kepala Bagian/Bidang	10
2	Kepala Sub Bagian / Sub Bidang	9
3	Kepala Instalasi	8
4	Kepala Bangsal / Koordinasi ruang	7
5	Wa.Ka Instalasi Penunjang Medis I (Lab, Farmasi, Fisio, Ro, Gizi)	6
6	Wakil Kepala Ruang	5,5
7	Bendahara Barang/Pembantu Pemegang Kas, PN	5
8	Perawat/Poli (Shift)	4

9	Perawat OK/UGD/VIP/Bidan	4
10	Perawat Resiko Tinggi	4
11	Penunjang Medis I Shift (Lab, Farmasi, Phisiotherapi, Ro, Gizi)	3
12	Staf Keuangan dan Mudik	3
13	Pembantu Perawatan Shift	2,5
14	Pembantu Bendaharawan Barang/ Pengurus Barang	2,5
15	Pekarya/Pembantu Perawat/Petugas Gudang	2
16	Staff Administrasi/Bendahara Barang, Instalasi Farmasi/ Gizi/Rontgen	2
17	Non Medis di Perawatan/Poliklinik	2
18	Lain-lain (Kompensasi pajak: kenaikan Gol II d ke III a)	3
19	Lain-lain (Perawat Supervisi, Tim Indeks) sesuai aturan yang berlaku	1

Dari tabel dapat disimpulkan bahwa tanggung jawab tenaga struktural dan tenaga fungsional masih digabung dalam penilaian indeksnya. Indeks tertinggi adalah kepala bidang (tenaga struktural) sebesar 10, sementara pada tenaga fungsional pada kepala instalasi/bangsas dengan point 8. Point terendah adalah non medik keperawatan sebesar 2. Sedangkan tenaga lain diberi penghargaan indeks 1.

ii. Indeks Khusus

Indeks khusus terdiri dari 2 penilaian yang dilakukan pada tenaga perawat meliputi volume beban kerja dan PDLT (Prestasi, Dedikasi, Loyalitan dan Tidak Tercela).

1. Volume Beban Kerja

Tabel 4.14 Indeks Volume Beban Kerja Tenaga Keperawatan RSUD Banyumas

NO	VOLUME BEBAN KERJA	POINT
1	Medis	30
2	Tenaga Kesehatan Lainnya	20
3	Non Medis	10

2. PDLT (Prestasi, Dedikasi, Loyalitas Tidak Tercela)

a) Prestasi (Bagi Penerima "Pegawai Berprestasi") diberikan selama 3 (tiga) bulan kesempatan penilaian pegawai berprestasi mak 1 (satu) kali setiap tahun (10 point)

b) Dedikasi Aktif dalam Kegiatan di rumah sakit dinyatakan SK Direktur

- Ketua Panitia / Tim (2 point)
- Wakil Ketua / Sekretaris (1.5 point)
- Anggota (1 point)

Bimbingan perindividu

- D3 / SLTA (0.10 point)
- S1 (0.25 point)
- S2 (0.50 point)
- S3 (1.00 point)

c) Loyalitas dan Tidak Tercela (Sikap) Diperhitungkan setelah masa kerja minimal 1 tahun (2 point)

d) Cuti / Tidak Masuk:

- Cuti / Tidak Masuk 1 minggu, dipotong Volume Kerja
- Cuti / Tidak Masuk 2 minggu, dipotong Volume Kerja & Indek Khusus
- Cuti / Tidak Masuk 3 minggu, dipotong 25%
- Cuti / Tidak Masuk 4 minggu, dipotong 50%
- Cuti Hamil diberikan 50%
- Cuti Besar lebih besar sama dengan 2 bulan (mis. naik haji) dipotong 50%

- Pengurangan Index cuti sakit (rawat inap) / tidak masuk dilaksanakan setelah yang bersangkutan aktif
- Sekolah atas nama biaya sendiri dengan perjanjian akan kembali bekerja di rumah sakit (pemberian index atas persetujuan Direktur)
- Kursus untuk meningkatkan ketrampilan Index diterimakan 100%
- Penilaian Index Dokter (point index khusus) nilai minimal 0 (nol)
- Segala sesuatu yang belum tersirat di sini akan ditentukan oleh kebijaksanaan tim index dan atau Direktur

Perhitungan Pembagian Jasa Pelayanan adalah sebagai berikut:

$$\Sigma @ \text{ indeks Rp} = \frac{\Sigma \text{Jasa Pelayanan Yang Dibagi}}{\Sigma \text{Total Indeks}}$$

- b. Standar Penilaian Indeks Paramedis, Non Medis RSUD dr. H. Soewondo Kendal.
1. Golongan

Tabel 4.15 Indeks Golongan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	GOLONGAN	POINT
1	I/a	3
2	I/b	4
3	I/c	5
4	I/d	6
5	II/a	7
6	II/b	8
7	II/c	9
8	II/d	10
9	III/a	11
16	IV/d	18

Interval point yang digunakan di dalam menilai besarnya point indeks paramedis sebesar 1 point. Point terendah adalah pegawai dengan golongan I/a sebesar 3 point, golongan II/a sebesar 7 point, golongan III/a sebesar 11 point, golongan IV/a sebesar 15 point, dengan point tertinggi pegawai golongan IV/d sebesar 18 point.

2. Masa Kerja

Tabel 4.16 Indeks Masa Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	MASA KERJA	POINT
1	< 3 bulan	0
2	3 bulan s/d 2 tahun	0,5
3	2 tahun s/d 4 tahun	1
4	4 tahun s/d 6 tahun	1,5
5	6 tahun s/d 8 tahun	2
6	8 tahun s/d 10 tahun	2,5
7	10 tahun s/d 12 tahun	3
8	12 tahun s/d 14 tahun	3,5
9	14 tahun s/d 16 tahun	4
10	16 tahun s/d 18 tahun	4,5
11	18 tahun s/d 20 tahun	5
12	20 tahun s/d 22 tahun	5,5
13	22 tahun s/d 24 tahun	6
14	24 tahun s/d 26 tahun	6,5
15	26 tahun s/d 28 tahun	7
16	28 tahun s/d 30 tahun	7,5
17	> 30 tahun	8

Masa kerja mulai dihitung setelah tenaga paramedik memasuki masa kerja 3 bulan sampai dengan 2 tahun sejak mulai kerja di RSUD dr. H. Soewondo Kendal setiap 2 tahun masa kerja menciptakan efek kenaikan 0,5 point atau identik dengan 1 point setiap 4 tahun pertambahan masa kerja.

3. Volume Kehadiran Kerja

Tabel 4.17 Indeks Volume Kehadiran Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	VOLUME KEHADIRAN	POINT
1	1 Minggu Penuh	1
2	Tidak Masuk Dengan Ijin Kerja	-0,3
3	Tidak Masuk Tanpa Ijin per hari	-1

Volume kehadiran kerja dihitung menciptakan penghargaan maupun pengurangan besarnya point yang diterima oleh tenaga keperawatan.

4. Pendidikan

Tabel 4.18 Indeks Pendidikan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	PENDIDIKAN	POINT
1	S-2 Profesi	21
2	S-1 Profesi	19
3	S-2 Umum	19
4	S-1 Umum	17
5	Diploma 4	16
6	Diploma 3	15
7	SLTA	12
8	SLTP	9

5. Tanggung Jawab

Tabel 4.19 Indeks Tanggung Jawab Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	JABATAN / UNIT KERJA	POINT
1	Kepala Bidang (Eselon III)	10
2	Kepala Sub Bidang/ Bagian (Eselon IV)	8
3	Kepala Instansi	8
4	Kepala Ruang/Bangsal	8
5	Wakil Kepala Ruang/Bendahara	7
6	Para Medis Shift	6
7	Para Medis Non Shift	5
8	Para Medis OK	5
9	Para Medis Perawatan Dinas Rangkap	6,5
10	Para Medis Non Keperawatan Shift	4,5
11	Para Medis Non Keperawatan Non Shift	4
12	Staf Keuangan	3
13	Pembantu Keperawatan Shift (POS)	4
14	Pembantu Bendahara / Pengurus Barang	2,5
15	Pekarya / Pembantu Perawat Non Shift	3,5
16	Staf Administrasi	2

Dari tabel di atas terlihat bahwa kelompok jabatan yang digunakan di dalam memberikan indeks point tenaga keperawatan masih berbaur antara kelompok jabatan struktural dengan kelompok jabatan fungsional serta petugas keuangan/ bendahara maupun petugas administrasi. Belum terlihat secara nyata bahwa ketentuan khusus diciptakan bagi petugas pelaksana maupun kepala ruang perawatan. Indeks terbesar kepala ruang adalah 8, terkecil pekarya/pembantu perawat non shift bernilai 3,5 point.

6. Beban Kerja

Tabel 4.20 Indeks Beban Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	VOLUME BEBAN KERJA	POINT
1	Kepala Bidang	8
2	Kepala Sub Bidang	6
3	Kepala Instansi / Kepala Ruang	4
4	Bendahara / Para Medis Keperawatan	3
5	Para Medis Non Keperawatan	2
6	Non Medis	1

Pengelompokan volume beban kerja berkaitan dengan besarnya point belum berasaskan fungsional tenaga keperawatan masih ada penilaian berdasarkan jabatan struktural, kepala bidang, dan kepala sub bidang.

Paparan perbandingan standar penilaian indeks langsung dan tidak langsung kedua rumah sakit.

Tabel 4.21 Landscape perbandingan standar penilaian indeks

NO	RSUD Banyumas	NO	RSUD Dr. H. Soewondo Kendal
Standat Penilaian Indeks langsung			
1	Insentif Asuhan Keperawatan 60%	1	Insentif Asuhan Keperawatan 85%
Standat Penilaian Indeks tidak langsung			
1	Indeks <i>Basic</i>	1	Golongan

2	Golongan	2	Masa Kerja
	Masa Kerja	3	Volume Kehadiran Kerja
	Volume Kerja	4	Pendidikan
	Pendidikan	5	Tanggung Jawab
	Tanggung Jawab		
	Indeks Khusus Beban Kerja PDLT		

Membandingkan kedua sistem yang digunakan dalam menghitung indeks point terlihat RSUD Dr. H. Soewondo Kendal belum menggunakan indeks Prestasi Dedikasi Loyalitas dan Tidak tercela. Sistem yang digunakan di kedua rumah sakit tidak mengakomodasi indeks resiko pekerjaan.

2. Bench Mark RSUD Wonosobo dengan RSUD dr. H. Soewondo Kendal perihal Penetapan Pembagian Insentif/Jasa Pelayanan Tenaga Keperawatan

Bench Mark dengan RSUD Wonosobo bertujuan untuk memperoleh pembandingan dalam hal penetapan pembagian insentif/jasa pelayanan tenaga perawat. Hal yang ingin dicapai dalam bench mark ini adalah mengetahui besaran persentase yang diterima tenaga keperawatan dibandingkan dengan penerimaan keseluruhan. Bench Mark di RSUD Wonosobo dilaksanakan pada tanggal 30 Juni 2008.

Keputusan Bupati Wonosobo Nomor 445/224/2007 tentang Penetapan Pembagian Jasa Pelayanan Rumah Sakit pada Badan RSUD Wonosobo diputuskan :

Besarnya pembagian jasa pelayanan rumah sakit adalah sebagai berikut:

1. 20% (dua puluh persen) merupakan pendapatan Badan RSUD Wonosobo
2. 80% (delapan puluh persen) merupakan insentif bagi pelaksana, yang pembagiannya diatur sebagai berikut:
 - a. Pembinaan Manajemen 1 %
 - b. Kepala Badan RSUD 5 %

- c. Tenaga Medis 39 %
 - d. Tenaga Paramedis dan Non Medis 46 %
 - e. Dana Taktis Rumah Sakit 9%
3. Pembagian untuk tenaga medis diatur secara proporsional oleh Tim yang ditunjuk Kepala Badan RSUD Wonosobo.
 4. Pembagian untuk tenaga paramedis dan tenaga non medis dibagi berdasarkan point kinerja karyawan yang diatur oleh Tim yang ditetapkan Kepala Badan RSUD Wonosobo.

Sedangkan berdasarkan keputusan Kepala Badan RSUD dr. H. Soewondo Kendal Nomor : 900/0997/RSUD/2005 tentang Penetapan Pembagian Insentif/Jasa Pelayanan Badan RSUD dr. H. Soewondo Kendal tanggal 18 Oktober 2005 ditetapkan bahwa :

1. Insentif Pelayanan

No	Komponen	Persentase
1	Dokter	60%
2	Paramedis	20%
3	Non Medis	7,5%
4	Struktural/Bendahara	7,5%
5	Direktur	5%
	Jumlah	100%

2. Insentif Asuhan Keperawatan (Askep) dan Tindakan Khusus Keperawatan (TKK)

No	Komponen	Persentase	
		Askep	TKK
1	Dokter Terkait	2,5%	2,5%
2	Paramedis	85%	85%
3	Non Medis	7,5%	7,5%
4	Struktural/Bendahara	2,5%	2,5%
5	Direktur	2,5%	2,5%
	Jumlah	100%	100%

Dari perbandingan 2 RSUD tersebut perihal insentif tenaga perawat diperoleh kenyataan bahwa persentase pembagian insentif/jasa tenaga paramedik dan non medik RSUD Wonosobo (46%) lebih besar

dari persentase yang diterima tenaga paramedik dan non paramedik RSUD Dr. H. Soewondo Kendal yang hanya sebesar 27,5% (terdiri dari 20% tenaga paramedik dan 7,5% tenaga non medik

E. Pembahasan Rancangan Sistem Insentif Tenaga Perawat menggunakan FGD

Pelaksanaan *Focus Group Discussions* (FGD) yang diikuti oleh 10 orang terdiri dari 7 orang tenaga fungsional pelaksana keperawatan dan 3 orang tenaga struktural RSUD dr. H. Soewondo Kendal. Pelaksanaan FGD tersebut dilakukan di ruang pertemuan Tirto Arum Kendal selama 3 jam sebanyak 2 kali pada tanggal 8 Juli 2008 dan 15 Juli 2008. Masing-masing peserta FGD telah diberikan bahan berupa Bench Mark dari RSUD Banyumas tentang pembagian insentif tenaga perawat dan Bench Mark dari RSUD Wonosobo tentang penetapan pembagian insentif.

Tabel 4.22 Karakteristik Informan FGD Analisis Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

No.	Kode Responden	Jabatan	Golongan	Pendidikan
1	R-4	Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan	III/D	S1
2	R-5	Ka Sub Bidang Kebidanan	III/B	S1
3	R-6	Ka Sub Bidang Keperawatan	III/C	S1
4	R-7	Pelaksana Keperawatan	III/D	D III
5	R-8	Pelaksana Keperawatan	III/C	D III
6	R-9	Pelaksana Keperawatan	III/C	D III
7	R-10	Pelaksana Keperawatan	III/C	D III
8	R-11	Pelaksana Keperawatan	III/C	D III
9	R-12	Pelaksana Keperawatan	III/B	D III
10	R-13	Pelaksana Keperawatan	III/D	D III

Pertanyaan yang disampaikan dalam FGD meliputi :

1. Tanggung jawab dan uraian tugas
2. Pendidikan
3. Pangkat / golongan
4. Masa Kerja
5. Volume Pekerjaan

6. Resiko Pekerjaan
7. PDLT
8. Distribusi dana insentif pelanayan
 - a. Besaran % penerimaan langsung
 - b. Besaran % penerimaan tidak langsung
 - c. Penetapan komulatif indeks

Dari pelaksanaan *Focus Group Discussions* (FGD) diperoleh hasil sebagai berikut :

1. Tanggung jawab adalah tugas yang diberikan kepada seseorang berdasarkan SK dari Direktur/Kepala Bidang/Kepala Instalasi sesuai unit kerja. Skema tanggung jawab pekerjaan tenaga keperawatan di RSUD dr.

H. Soewondo adalah sebagai berikut :



Gambar 4.2 Diagram Alur pemberian tugas
Dari *Focus Group Discussions* (FGD) dihasilkan keputusan bahwa

indeks tanggung jawab Tenaga Non Medik sebagai berikut :

Tabel 4.23 Indeks Tanggung Jawab Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

No	Tanggung jawab	Point
1	Kepala Ruang/Instalasi	8
2	Wakil Kepala Ruang / Instalasi Penunjang Medis	7
3	Perawat Pelaksana Perawat Shift Perawat OK/UGD/VIP/ICU Perawat Resiko Tinggi	5
4	Paramedik Non Keperawatan Shift	4,5
5	Pembantu Perawat Shift/POS	4
6	Pembantu Perawat Non Shift/POS	3,5
7	Tenaga Non Medik	2

2. Pendidikan

Pendidikan Tenaga Keperawatan adalah pendidikan terakhir secara formal yang pernah diikuti oleh Tenaga Keperawatan. Distribusi pendidikan tenaga perawat RSUD dr. H. Soewondo Kendal adalah sebagai berikut :

Tabel 4.24 Distribusi Pendidikan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

No.	Unit Pelayanan	Pendidikan		
		S1	D III	SLTA
1	Instalasi Rawat Jalan	1	15	1
2	Instalasi Radiologi	1	3	-
3	Instalasi Rehab Medis	-	2	-
4	Instalasi Gizi	1	3	-
5	Instalasi Laboratorium	-	5	9
6	Instalasi Bedah Sentral	-	10	1
7	Ruang Anestesi	-	4	-
8	Instalasi Gawat Darurat	-	16	1
9	Ruang Anggrek dan Bugenvil	-	11	1
10	Ruang Cempaka	-	10	1
11	Ruang BBRT/Melati	-	9	-
12	Ruang Perempuan/Flamboyan	-	8	1
13	Ruang Laki-laki/Kenanga	-	7	1
14	Ruang Anak/Dahlia	-	8	-
15	Ruang ICU/Nusa Indah	-	12	-
16	Ruang Obgyn/Mawar	-	9	-
17	Instalasi Farmasi	1	9	-
	Jumlah	4	141	16

Dari tabel dapat diketahui bahwa 2,48% tenaga keperawatan berpendidikan S1; 87,58% berpendidikan D III, sedangkan yang berpendidikan SLTA sebanyak 9,94%.

Dari *Focus Group Discussions* (FGD) dihasilkan keputusan bahwa indeks pendidikan tenaga perawat adalah sebagai berikut :

Tabel 4.25 Indeks Pendidikan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	PENDIDIKAN	POINT
1	S-1 Profesi	19
2	S-1 Umum	17
3	Diploma 4	16
4	Diploma 3	15
5	SLTA	12

3. Pangkat/Golongan

Diketahui bahwa pangkat/golongan terendah dari tenaga keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal adalah II/A, sedangkan

pangkat/golongan tertinggi dari tenaga keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal adalah III/D.

Dari *Focus Group Discussions* (FGD) dihasilkan keputusan bahwa indeks pangkat/golongan tenaga perawat adalah sebagai berikut :

Tabel 4.26 Indeks Pangkat/Golongan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	GOLONGAN	POINT
1	I/a	3
2	I/b	4
3	I/c	5
4	I/d	6
5	II/a	7
6	II/b	8
7	II/c	9
8	II/d	10
9	III/a	13
10	III/b	14
11	III/c	15
12	III/d	16
13	IV/a	17
14	IV/b	19
15	IV/c	21
16	IV/d	25

4. Masa kerja

Masa kerja tenaga keperawatan didasarkan pada perhitungan tahun sejak seseorang mulai bekerja di RSUD dr. H. Soewondo Kendal. Distribusi masa kerja tenaga keperawatan sampai dengan pelaksanaan penelitian diketahui masa kerja terendah adalah Calon Pegawai Negeri Sipil dan masa kerja terlama adalah mendekati akhir masa pensiun.

Dari *Focus Group Discussions* (FGD) dihasilkan keputusan bahwa indeks masa kerja tenaga perawat dihitung dari awal mulai kerja tenaga perawat tersebut sampai dengan sekarang di rumah sakit RSUD dr. H. Soewondo Kenda. Penetapan point masa kerja dengan interfal 2 tahun untuk 1 pont.

Tabel 4.27 Indeks Masa Kerja Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NOMOR	MASA KERJA	POINT
1	0 – 2 tahun	1
2	2 – 4 tahun	2
3	4 – 6 tahun	3
4	6 – 8 tahun	4
5	8 – 10 tahun	5
6	10 – 12 tahun	6
7	12 – 14 tahun	7
8	14 – 16 tahun	8
9	16 – 18 tahun	9
10	18 – 20 tahun	10
11	20 – 22 tahun	11
12	22 – 24 tahun	12
13	24 – 26 tahun	13
14	26 – 28 tahun	14
15	28 – 30 tahun	15
16	30 – 32 tahun	16
17	32 – 34 tahun	17
18	34 – 36 tahun	18

5. Volume Pekerjaan

Volume kerja adalah keaktifan karyawan dalam hal absensi kerja yang bertujuan untuk memberikan penilaian bagi seluruh karyawan berdasarkan keaktifan kerja. Aktif adalah datang dan pulang tepat waktu. Cuti adalah meninggalkan tugas secara resmi. Tanpa ijin adalah meninggalkan tugas tanpa keterangan yang sah.

Dari *Focus Group Discussions* (FGD) dihasilkan keputusan bahwa indeks Volume Pekerjaan tenaga perawat adalah sebagai berikut :

Tabel 4.28 Indeks Volume Pekerjaan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

NO	VOLUME KERJA	POINT	KETERANGAN
1.	Aktif (Datang & Pulang Tepat Waktu)	8	
2.	Tugas Rumah Sakit	8	
3.	Cuti ≤ 6 hari	8	
4.	Cuti > 6 – 12 hari	6	Seminar, Tugas
5.	Cuti > 12 – 18 hari	4	Belajar (Rek.
6.	Cuti > 18 – 30 hari	2	Direktur)
NO	VOLUME KERJA	POINT	KETERANGAN
7.	Tanpa Ijin < 3 hari	1	
8.	Tanpa Ijin > 3 hari	0	Tahunan, Sakit

6. Resiko pekerjaan

Kondisi kerja tenaga keperawatan dalam intensitasnya terpapar kecil, besar, sangat besar terhadap keadaan bekerja dalam ruangan, resiko tertular penyakit, bekerja tidak menyenangkan (yang berhubungan dengan darah, muntah, *feaces*, dan lain-lain).

Dari *Focus Group Discussions* (FGD) dihasilkan keputusan bahwa indeks resiko pekerjaan tenaga perawat adalah pada halaman berikut :

Tabel 4.29 Indeks Resiko Pekerjaan Tenaga Keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal

No	Kondisi Kerja	Pekerjaan Keperawatan			
		Kepala Ruang	Wakil Kepala Ruang	Perawat Pelaksana	Non Medik
1	Bekerja di dalam ruangan	1	1	1	1
2	Risiko tertular penyakit	1	2	3	3
3	Tidak menyenangkan (yang berhubungan dengan darah, muntah, dan lain-lain)	1	2	3	3

Keterangan : 1 : Intensitas terpapar kecil

2 : Intensitas terpapar besar

3 : Intensitas terpapar sangat besar

7. PDLT (Prestasi, Dedikasi, Loyalitas dan Tidak Tercela)

- a. Prestasi (Bagi Penerima "Pegawai Berprestasi") diberikan selama 3 (tiga) bulan kesempatan penilaian pegawai berprestasi mak 1 (satu) kali setiap tahun (10 point)
- b. Dedikasi Aktif dalam Kegiatan di rumah sakit dinyatakan SK Direktur
 - 1) Ketua Panitia / Tim (2 point)
 - 2) Wakil Ketua / Sekretaris (1.5 point)
 - 3) Anggota (1 point)
- c. Loyalitas dan Tidak Tercela (Sikap) Diperhitungkan setelah masa kerja minimal 1 tahun (2 point)
- d. Cuti / Tidak Masuk:

- 1) Cuti / Tidak Masuk 1 minggu, dipotong Volume Kerja
- 2) Cuti / Tidak Masuk 2 minggu, dipotong Volume Kerja & Indeks Khusus
- 3) Cuti / Tidak Masuk 3 minggu, dipotong 25%
- 4) Cuti / Tidak Masuk 4 minggu, dipotong 50%
- 5) Cuti Hamil diberikan 50%
- 6) Cuti Besar lebih besar sama dengan 2 bulan (mis. naik haji) dipotong 50%
- 7) Pengurangan Index cuti sakit (rawat inap) / tidak masuk dilaksanakan setelah yang bersangkutan aktif
- 8) Kursus untuk meningkatkan ketrampilan Index diterimakan 100%
- 9) Segala sesuatu yang belum tersirat di sini akan ditentukan oleh kebijaksanaan tim indeks dan atau Direktur.

Peserta FGD sepakat untuk memperbaiki Standar Penilaian Indeks Paramedis, Non Medis RSUD dr. H. Soewondo Kendal yang sangat berpengaruh terhadap besaran penerimaan insentif tenaga keperawatan. Dibuat indek basic yang terdiri dari Golongan, Masa Kerja, Volume Kerja, Pendidikan, Tanggung jawab dan indeks khusus yang terdiri dari Beban Kerja, PDLT (Prestasi Dedikasi Loyalitas Tidak tercela).

Penerima 100% insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan tersebut dibagi dalam 2 bagian:

- Bagian pertama sebesar 60% menjadi hak langsung/dikembalikan langsung/penerimaan langsung insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan di masing-masing unit pelayanan.
- Bagian Kedua sebesar 40% menjadi penerimaan tidak langsung. Penerima 40% dari masing-masing unit pelayanan dikumpulkan menjadi

satu, yang nantinya akan didistribusikan kembali kepada masing-masing tenaga perawat dengan menggunakan sistem indeks.

RSUD dr. H. Soewondo Kendal sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan selalu berupaya meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan kepada masyarakat, sesuai tugas pokok yaitu melaksanakan upaya kesehatan secara efektif dan efisien dengan mengutamakan upaya penyembuhan serta pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan, melaksanakan pelayanan yang bermutu sesuai standar pelayanan rumah sakit.¹

Di samping itu rumah sakit mempunyai tanggungjawab terhadap kualitas pelayanan yang sesuai standar, etika dan tercapainya tujuan rumah sakit yaitu meningkatkan sumber daya manusia dan meningkatkan kesejahteraan pihak yang terkait dalam pelayanan kesehatan dan pendidikan.

Prioritas utama dalam penyelenggaraan pelayanan ini adalah untuk mudahnya prosedur, mendapatkan dan mempertahankan kepuasan pelanggan, baik pelanggan internal (dalam rumah sakit) maupun eksternal (luar rumah sakit)

Karyawan RSUD dr. H. Soewondo Kendal merupakan pelanggan internal yang memegang peranan dan faktor yang sangat penting dalam menentukan kesuksesan penyelenggaraan pelayanan RSUD dr. H. Soewondo Kendal, maka seluruh karyawan yang ada perlu mendapatkan perlindungan dan kesejahteraan yang mantap. Menurut Handoko, kompensasi adalah segala sesuatu yang diterima karyawan sebagai balas jasa atau imbalan jasa atas kerja mereka.⁵

Sedangkan menurut Simamora, pemberian kompensasi berupa finansial diberikan kepada karyawan sebagai gati kontribusi mereka kepada organisasi.⁸ Salah satu bentuk perlindungan dan kesejahteraan yang diberikan oleh RSUD dr. H. Soewondo Kendal terhadap tenaga keperawatan adalah adanya “Pembagian Insentif / Jasa Pelayanan”. Pembagian ini mengacu pada Perda Nomor : 24 Tahun 2001 serta Keputusan Kepala Badan RSUD dr. H. Soewondo Kendal Nomor : 900/0997/RSUD/2005.

Kesejahteraan yang diberikan ini dalam rangka mewujudkan visi RSUD dr. H. Soewondo Kendal, butir ke-2 yaitu: “Meningkatkan kesejahteraan sumber daya manusia.” Dari wawancara mendalam maupun FGD yang dilakukan menghasilkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Tujuan Pembagian Insentif Pelayanan

Pembagian jasa pelayanan RSUD dr. H. Soewondo Kendal sebagai pemberian kompensasi terhadap karyawannya dengan tujuan sebagai berikut:

- k. Memperoleh karyawan yang berkualitas
- l. Mempertahankan karyawan yang baik dan mencegah terjadinya *turn off* (pindah)
- m. Motivasi karyawan untuk mendorong perilaku yang diinginkan rumah sakit.
- n. Menjalin keadilan antara karyawan
- o. Mengendalikan biaya rumah sakit

Kompensasi dapat meningkatkan maupun menurunkan prestasi kerja, kepuasan kerja maupun motivasi karyawan.⁵ Kompensasi diberikan dengan tujuan memperoleh personalia yang berkualitas, mempertahankan para karyawan, menjamin keadilan dan menghargai perilaku yang diinginkan.⁵

2. Filosofi Pembagian Insentif Pelayanan

a. Perlindungan

Jasa pelayanan memberikan perlindungan bagi karyawan yang sedang sakit, cuti, atau tugas dengan jalan ditetapkan indeks langsung dan tidak langsung serta prosentase jasa pelayanan sedemikian rupa.

f. Kebersamaan

Sebenarnya kelompok SDM yang dibutuhkan RS tidak ada satu kekuatanpun membawahi kekuatan yang lain, seluruh potensi SDM digunakan secara maksimal dan profesional untuk mencapai tujuan bersama.¹⁰

- Karyawan RSUD dr. H. Soewondo Kendal menyadari sepenuhnya bahwa tidak mungkin bekerja sendiri dalam melayani klien/pelanggan, sehingga perlu ditanamkan pengertian kebersamaan baik dokter, perawat, bidan, profesional lain, maupun *staff* administrasi sampai dengan tukang cuci/karyawan yang lain.
- Kebersamaan merupakan modal dasar kekompakan dalam segala hal, adanya pengertian sistem silang antara yang kuat dan yang lemah saling membantu.
- Berat sama dipikul, ringan sama dijinjing.

c. Keterbukaan

Dalam pembagian jasa pelayanan digunakan sistem terbuka, sehingga setiap karyawan bisa dan berhak untuk bertanya dan meminta penjelasan kepada Tim indeks.

- Sistem penilaian terbuka dengan ketentuan yang telah ditentukan oleh tim indeks
- Setiap terjadi sesuatu permasalahan selalu dimusyawarahkan bersama secara kekeluargaan.
- Setiap karyawan berhak untuk menilai sendiri sesuai dengan dasar ketentuan yang berlaku.

Dalam praktek administrasi pembayaran, pembayaran imbalan pelaksanaan yang konsisten dan terbuka dapat membangkitkan kepercayaan karyawan.⁶

d. Keterkaitan yang Kuat dengan Kinerja

Keterkaitan antara kinerja dengan Jasa Pelayanan yang diterimakan. Bagi penghasil jasa yang bekerja dengan rajin akan meningkatkan pendapatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal pada umumnya dan karyawan yang lain. Sistem *reporting recording* dari *visite*, tindakan medis, tindakan keperawatan, dirinci/dicatat secara teratur dan diketahui oleh direktur. Menurut Simamora bahwa sistem kompesasi pada umumnya mempengaruhi kinerja. Para karyawan akan termotifasi bila insentif yang mereka terima dikaitkan dengan kinerja yang mereka lakukan.⁸

e. Kontinuitas

Tim Indeks Jasa Pelayanan setiap akhir bulan mengadakan rapat rutin untuk membahas/mengoreksi kesalahan/masukan-masukan dari karyawan RSUD dr. H. Soewondo Kendal.

Menyempurnakan ketentuan indeks manakala ada usulan yang bersifat membangun untuk menyempurnakan tata cara penentuan Indeks Jasa Pelayanan.

Membahas hal-hal yang baru/belum diatur dalam sistem penilaian indeks.

f. Demokratisasi

Tim Indeks terdiri atas perwakilan dari:

9. Dokter (Dokter spesialis, Umum dan Gigi)

10. Perawat (Perawat dan Bidan)

11. Profesi lain/Penunjang (Apoteker, Gizi, Fisioterapi, Laborat, Radiologi)

12. Tenaga Administrasi

3. Distribusi Dana Insentif Tenaga Keperawatan

Jumlah penerimaan insentif pelayanan indek di masing-masing unit pelayanan, instalasi/ruangan membuat penilaian indek untuk tiap-tiap tenaga keperawatan di masing-masing unit layanan. Angka indek yang berkaitan digunakan sebagai dasar menghitung besaran rupiah insentif pelayanan yang akan diterimakan oleh Bagian Keuangan kepada Tenaga Keperawatan tersebut. Dasar penilaian indek adalah Standar Penilaian Indek Paramedis, Non Medis RSUD dr. H. Soewondo Kendal.

Hasil dari penelitian tentang analisis insentif pelayanan tenaga keperawatan menyatakan :

- a. Penerima insentif pelayanan Tenaga Keperawatan masing-masing unit pelayanan sesuai peraturan yang ada;

20% dari jasa pelayanan RS
85% dari jasa Asuhan Keperawatan
85% dari Tindakan Khusus Keperawatan
digabung/dijumlah menjadi satu besaran senilai 100%

- b. Penerima 100% insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan tersebut dibagi dalam 2 bagian:

- Bagian pertama sebesar 60% menjadi hak langsung/dikembalikan langsung/penerimaan langsung insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan di masing-masing unit pelayanan.
- Bagian Kedua sebesar 40% menjadi penerimaan tidak langsung. Penerima 40% dari masing-masing unit pelayanan dikumpulkan menjadi satu.

Dana senilai 40% dari seluruh insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan se-Rumah Sakit didistribusikan kembali/diterimakan kembali kepada setiap Tenaga Keperawatan. Seluruh perhitungan yang digunakan dalam penetapan insentif tenaga paramedis menggunakan sistem point.

Perhitungan Pembagian Jasa Pelayanan adalah sebagai berikut:

$$\Sigma @ \text{ indeks Rp} = \frac{\Sigma \text{ Jasa Pelayanan Yang Dibagi}}{\Sigma \text{ Total Indeks}}$$

Setiap insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan sebesar 60% berupa penerimaan langsung ditambah 40% berupa penerimaan tidak langsung (dari kantong besar) digabung menjadi penerimaan Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan masing-masing Tenaga Keperawatan *by name* diserahkan oleh bagian keuangan Rumah Sakit.

Simulasi perhitungan insentif pelayanan tenaga keperawatan

- Penerimaan insentif pelayanan (Askes Sosial bulan Februari 2008). Jumlah uang yang dibagi Rp. 28.189.250,-
- Jumlah tenaga keperawatan 161.
- Jumlah indeks point sistem lama 6671.
- Jumlah indeks point sistem baru 7406.
- Rata-rata penerimaan per perawat Rp. 175.088,-

- Penerimaan tidak langsung pada sistem lama (30%) atau senilai Rp. 8.456.775,-
- Penerimaan tidak langsung pada sistem baru (40%) atau senilai Rp. 11.275.700,-
- 1 point lama senilai Rp. 1.267,69 dibulatkan Rp. 1.267,-
- 1 point baru senilai Rp. 1.522,50 dibulatkan Rp. 1.522,-

Seorang perawat bernama A Golongan 2 C, lama kerja 8 - 10 tahun, aktif dalam 1 bulan penuh dan menjalankan tugas rumah sakit, pendidikan diploma 3, sebagai perawat pelaksana PDLT lebih dari 1 tahun. Menerima insentif pelayanan sebesar Rp. 130.400,-

Tabel 4.30 Simulasi perhitungan insentif pelayanan tenaga keperawatan bernama A di RSUD dr. H. Soewondo

Sistem Lama (30%)		Sistem Baru (40%)	
	indeks		indeks
1. Golongan	9	1. Golongan	9
2. Masa Kerja	3,5	2. Masa Kerja	5
3. Volumen Kehadiran	4	3. Volumen Kehadiran	8
4. Pendidikan	15	4. Pendidikan	15
5. Tanggung Jawab	6	5. Tanggung Jawab	5
6. Beban Kerja	3	6. Resiko Pekerjaan	7
		7. PDLT	2
Jumlah Point	40,5	Jumlah Point	52
Penerimaan Langsung 70% :		Penerimaan Langsung 60%	
	Rp. 79.087,-		Rp. 67.788,-
Penerimaan Tidak Langsung :		Penerimaan Tidak Langsung :	
40,5 x Rp. 1.267,- =	Rp. 51.313,-	52 x Rp. 1.522,- =	Rp. 79.144,-
Jumlah insentif yang diterima :		Jumlah insentif yang diterima :	
Rp. 79.087,- + Rp. 51.313,-		Rp. 67.788,- + Rp. 79.144,-	
= Rp. 130.400,-		= Rp. 146.932,-	

Seorang perawat bernama B Golongan 3 C, lama kerja 18 - 20 tahun, aktif dalam 1 bulan penuh dan menjalankan tugas rumah sakit, pendidikan S1 Profesi, sebagai perawat pelaksana, PDLT lebih dari 1 tahun. Menerima insentif pelayanan sebesar Rp. 997.500,-

Tabel 4.31 Simulasi perhitungan insentif pelayanan tenaga keperawatan bernama B di RSUD dr. H. Soewondo

Sistem Lama (30%)	Sistem Baru (40%)
-------------------	-------------------

1. Golongan	indeks 13	1. Golongan	indeks 19
2. Masa Kerja	5	2. Masa Kerja	10
3. Volumen Kehadiran	4	3. Volumen Kehadiran	8
4. Pendidikan	19	4. Pendidikan	19
5. Tanggung Jawab	6	5. Tanggung Jawab	5
6. Beban Kerja	3	6. Resiko Pekerjaan	7
		7. PDLT	2
Jumlah Point	50	Jumlah Point	70
Penerimaan Langsung 70% :		Penerimaan Langsung 60%	
Rp. 934.150,-		Rp. 800.700,-	
Penerimaan Tidak Langsung :		Penerimaan Tidak Langsung :	
50 x Rp. 1.267,- = Rp. 63.350,-		70 x Rp.1.522,- = Rp. 106.540,-	
Jumlah insentif yang diterima :		Jumlah insentif yang diterima :	
Rp. 934.150,- + Rp. 63.350,-		Rp. 800.700,- + Rp. 106.540,-	
= Rp. 997.500,-		= Rp. 907.240,-	

Nilai rata-rata insentif pelayanan tenaga keperawatan sebesar Rp. 175.088,-. Perawat A dengan perhitungan sistem lama memperoleh hasil Rp. 130.400,- Dengan perhitungan hasil penelitian (sistem baru) perawat A memperoleh insentif pelayanan sebesar Rp. 146.932,- Perawat B dengan perhitungan sistem lama memperoleh hasil Rp. 997.500,- Dengan perhitungan hasil penelitian (sistem baru) perawat A memperoleh insentif pelayanan sebesar Rp. 907.240,- Dari perbandingan kedua sistem tersebut terlihat berkurangnya kesenjangan penerimaan insentif pelayanan tenaga keperawatan.

4. **Pembesaran Persentase Insentif Paramedis.**

Pengamatan yang dilakukan terhadap Surat Keputusan Bupati Wonosobo Nomor 445/224/2007 tentang Penetapan Pembagian Jasa Pelayanan Rumah Sakit pada Badan RSUD Wonosobo tampak bahwa insentif bagi pelaksana/ Tenaga Paramedis dan Non Medis sebesar 46%. Sedangkan di RSUD dr. H. Soewondo Kendal insentif bagi pelaksana/Tenaga Paramedis dan Non Medis serta jajaran struktural sebesar 27,5% (tenaga paramedis menerima 20%), sehingga dimungkinkan untuk menaikkan persen penerimaan insentif bagi tenaga

paramedis. Sebagaimana diamanatkan dalam Permenkes Nomor 66 tahun 1997 yang menyebutkan bahwa insentif pelayanan tenaga perawat sebesar 25%.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Keputusan Kepala Badan Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Soewondo Kendal Nomor 900/0997/RSUD/2005 bahwa Sistem Distribusi Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan adalah sebagai berikut:
 - a. Penerima insentif pelayanan Tenaga Keperawatan di masing-masing unit pelayanan/instalasi bersumber dari: 20% dari jasa pelayanan RS, 85% dari jasa Asuhan Keperawatan, 85% dari Tindakan Khusus Keperawatan. Digabung/ dijumlah menjadi satu besaran senilai 100%
 - b. Penerima 100% insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan tersebut dibagi dalam 2 bagian:
 - 1) Bagian pertama sebesar 70% menjadi hak langsung/dikembalikan langsung/penerimaan langsung insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan di masing-masing unit pelayanan.
 - 2) Bagian Kedua sebesar 30% menjadi penerimaan tidak langsung dikumpulkan menjadi satu.

Dana senilai 30% dari seluruh insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan se-Rumah Sakit didistribusikan kembali/diterimakan kembali kepada setiap Tenaga Keperawatan. Seluruh perhitungan yang digunakan dalam penetapan insentif tenaga paramedis menggunakan sistem point. Setiap insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan sebesar 70% berupa penerimaan langsung ditambah 30% berupa penerimaan tidak langsung digabung menjadi penerimaan Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan masing-masing Tenaga Keperawatan *by name* diserahkan oleh bagian keuangan Rumah Sakit.

2. Menganalisis proses yang dilakukan dalam menetapkan pembagian insentif tenaga perawat sebagai berikut:
 - a. Dari wawancara mendalam diketahui bahwa ada keinginan untuk melakukan perubahan dalam proses penetapan insentif tenaga keperawatan. Perubahan ini diupayakan dengan cara melakukan perubahan/penambahan jenis indeks dan perhitungan sistem indeks serta penetapan perbandingan baru antara penerimaan langsung dan penerimaan tidak langsung. Bila memungkinkan diupayakan pembesaran prosentase .
 - b. Berdasarkan *bench mark* dengan RSUD Banyumas tersurat bahwa sistem yang diterapkan lebih baik, lebih berasaskan keadilan dibanding sistem yang diberlakukan di RSUD dr. H. Soewondo Kendal sehingga bisa mencapai tujuan pemberian insentif. Berdasarkan Keputusan Bupati Wonosobo Nomor 445/224/2007 tentang Penetapan Pembagian Jasa Pelayanan RSUD Wonosobo, item insentif tenaga paramedik dan nonmedik 46% dari seluruh insentif bagi pelaksana terlihat lebih besar dibandingkan bagi tenaga perawat dan nonmedis di RSUD dr. H. Soewondo Kendal yang hanya sebesar 27,5%.
 - c. Hasil FGD menunjukkan keinginan untuk menetapkan sistem indeks yang lebih berkeadilan serta bila memungkinkan pembesaran prosentase insentif tenaga keperawatan.
3. Rancangan sistem insentif tenaga keperawatan di RSUD Dr. H. Soewondo Kendal adalah:
 - a. Berdasarkan hasil *Focus Group Discussions* (FGD) diketahui indeks yang digunakan dalam menghitung insentif adalah :

- 1) indeks basic yang terdiri dari : a) indeks tanggung jawab, b) indeks pendidikan, c) indeks pangkat/ golongan, d) indeks masa kerja, e) indeks volume kerja, f) indeks resiko pekerjaan.
 - 2) indeks khusus yaitu : a) indeks resiko pekerjaan, dan b) indeks Prestasi, Dedikasi, Loyalitas dan Tidak tercela (PDLT).
- b. Perbandingan penerima 100% insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan adalah 60% menjadi penerimaan langsung dan 40% menjadi penerimaan tidak langsung yang dikumpulkan menjadi satu kemudian didistribusikan kembali ke masing-masing tenaga perawat dengan sistem point. Penerimaan Insentif Pelayanan Tenaga Keperawatan masing-masing Tenaga Keperawatan *by name* diserahkan oleh bagian keuangan Rumah Sakit.

B. Saran

Komitmen para pemimpin atau pembuat keputusan/penentu kebijakan di tingkat dan sektor manapun sangat berpengaruh terhadap kebijakan atau upaya pemecahan masalah insentif pelayanan tenaga keperawatan di RSUD dr. H. Soewondo Kendal. Upaya perbaikan di sektor ini tidak terlepas dari pengaruh kekuasaan politik yang sedang berjalan. Komitmen politik itu dapat mewujudkan perbaikan kesejahteraan tenaga keperawatan melalui penetapan insentif tenaga keperawatan di RSUD dr. H. Soewondo Kendal. Untuk kepentingan itu kami menyarankan kepada :

1. **Direksi Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Soewondo Kendal**
 - a. Meninjau kembali Peraturan Daerah Kabupaten Kendal Nomor 24 Tahun 2001 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Badan Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Soewondo Kendal dan Keputusan Bupati Kendal No. 14 Tahun 2002 tentang pelayanan kesehatan kelas utama A/B dan kelas I pada RSUD dr. H. Soewondo Kendal serta Keputusan Kepala Badan Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Soewondo Kendal Nomor 900/0997/RSUD/2005 tentang Penetapan Pembagian Jasa/Insentif Pelayanan Badan Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Soewondo Kendal.

- b. Untuk segera dilakukan perbaikan Standar Penilaian Indeks Paramedis, Non Medis RSUD dr. H. Soewondo Kendal yang sangat berpengaruh terhadap besaran penerimaan insentif tenaga keperawatan sebagaimana perhitungan-perhitungan dan hasil penelitian ini.
- c. Dilakukan perbaikan pada distribusi dana insentif pelayanan tenaga keperawatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal berdasarkan perhitungan dan hasil penelitian yang telah disimulasikan.
- d. Pengembangan insentif-insentif non finansial perlu dilakukan untuk lebih memberikan keadilan di dalam pelaksanaan peningkatan SDM keperawatan Rumah Sakit.

Metode dan hasil penelitian tentang penetapan insentif pelayanan tenaga perawat bisa diterapkan di Rumah Sakit dr. H. Soewondo Kendal dengan mempertimbangkan :

- Sosialisasi yang dilakukan kepada seluruh *civitas hospitalia*.
- Secara periodik dapat dilakukan perubahan penetapan insentif pelayanan tenaga keperawatan
- Aspirasi dari seluruh *civitas hospitalia* harus diperhatikan.
- Tepat waktu menjadi pertimbangan dalam memutuskan perubahan.
- Kemampuan keuangan Rumah Sakit yang dapat diandalkan.

2. Program Studi MIKM Universitas Diponegoro Semarang

- a. Menjadikan penelitian ini sebagai masukan awal untuk peneliti yang lain guna melakukan penelitian yang lebih besar tentang insentif pelayanan bagi SDM-SDM yang lain di Rumah Sakit.
- b. Memberikan apresiasi kepada para peneliti selanjutnya untuk lebih memperhatikan tentang insentif pelayanan tenaga kesehatan di Rumah Sakit Pemerintah.

DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes RI., Sumber Asuhan Keperawatan, Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan Dirjen Yonmed Depkes RI, Jakarta, 2001.
2. Depkes RI, Pedoman Penerapan Proses Keperawatan di Rumah Sakit Umum dan Pendidikan, Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan Dirjen Yonmed Depkes RI, Jakarta, 1991
3. Depkes RI, *Pedoman Uraian Tugas Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit, Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan*, Dirjen Pelayanan Medik, Jakarta, 1999.
4. Gibson, J.L, Ivansevich, J.M. Donelly, *Organization*, Terjemahan, ed. Kelima, Jakarta: PT. Erlangga, 1990
5. Handoko, *Management Personalia dan Sumber Daya Manusia*, ed. Kedua, Yogyakarta: Penerbit BPFE, 2000.
6. Sculer R.S., Huber, V.L., *Personal and Human Resource Management*, 5th ed, Minnesouta, West Publishing Company, 1993.
7. Siagian, SR., *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Jakarta: Bumi Aksara, 1997.
8. Simamora, H. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Ed. Kedua, Yogyakarta: Bagian Penerbit STIE YKPN, 1997.
9. Departemen Dalam Negeri, Kumpulan Materi Penyiapan Dokumen untuk Dokumentasi, Direktorat Jenderal Pemerintah Umum dan Otonomi Daerah, Jakarta, 1999.
10. Subanegara, HP, *Diamond Head Drill & Kepemimpinan dalam Manajemen Rumah Sakit*, Andi, Yogyakarta, 2005.
11. Djoko Wiyono, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Teori Strategi dan Aplikasi*, Airlangga University Press, Surabaya, 2000.
12. Kusumapraja R, *Perencanaan Kebutuhan Tenaga Perawat di Rumah Sakit, Makalah Manajemen Keperawatan*, Jakarta, RSUP Persahabatan, 2002 : 1 *unpublished*.
13. Aditama TY, *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*, Jakarta, Penerbit UI, 2000:38.
14. Martoyo, S., *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Ed. III, BPFE, Yogyakarta, 1996.
15. Dessler, G., *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Jilid 1, PT. Prenhallindo, Jakarta, 1996.

16. Nursalam, M. *Nurs (Honours), Manajemen Keperawatan : Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*, Edisi I, Salemba Medika, Jakarta, 2002.
17. Rawlan and Rowlan, *Nursing Administration Handbook*, 4th/ed, an Aspen publication, Maryland, 1997.
18. Cascio WF, *Managing Human Resources*, 5th ed, International Edition, USA, The Mc Graw-Hill Companies Inc. 1998:389, 2000:155-7, 160-1, 197.
19. Hasibuan HMSP, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, ed. Kedua, Yogyakarta, Penerbit : BPFE, 1999.
20. Nawawi, Hadari, *Instrumen Penelitian Bidang Sosial*, Andi Offset, Yogyakarta, 1997.
21. Yulk Gary, *Kepemimpinan Dalam Organisasi*, edisi kelima, Penerbit PT. Indeks, Jakarta, 2005.
22. Robbin Stephen, P., *Organizational Behavior Concept, Controversiest, Applications*, Prentice Hall. Inc. Englewoods Cliffs, 1996.
23. Henderson, RI, *Compensations Management: Rewarding Performance*, 6th ed. New Jersey: Prentice Hall, Inc, 1994.
24. Wexley, Kenneth., Yulk Gary, *Perilaku Organisasi dan Psikologi Personalia*, Jakarta: Rineka Cipta, 2005.
25. Ahyat, *Analisis, Pengaruh Persepsi Produk Kebijakan Pimpinan Terhadap Tingkat Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Standar Asuhan Keperawatan di IGD RSUD Ambarawa*, PPS Undip, tidak dipublikasikan, 2005.
26. Adi Utarini, dr, MSc, Phd. Materi Kuliah Metoda Penelitian Kualitatif Program S3 Kedokteran dan Kesehatan, Program Pasca Sarjana UGM. Yogyakarta.
27. Morse, JM and Field PA. *Qualitative Research Methods for Health Professional*, 2nd edition. London, Sage Publication, 1995.