

SKRIPSI

ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PREFERENSI CALON TENAGA KESEHATAN UNTUK BEKERJA DI DAERAH TERTINGGAL, PERBATASAN DAN KEPULAUAN (DTPK)

PENELITIAN SURVEI DESKRIPTIF

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh :

NIZAR AQUITA

NIM : 130915088

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2013

LEMBAR PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 18 Juli 2013
Yang Menyatakan

Nizar Aquita
NIM. 130915088

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PREFERENSI
CALON TENAGA KESEHATAN UNTUK BEKERJA DI DAERAH
TERTINGGAL, PERBATASAN DAN KEPULAUAN (DTPK)**

Oleh:
Nizar Aquita
NIM. 130915088

TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL 18 JULI 2013

Oleh
Pembimbing Ketua



Sriyono, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB
NIP. 197011202006041001

Pembimbing



Retno Indarwati, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 197803162008122002

Mengetahui

a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep.
NIP. 197904242006042002

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI


SKRIPSI


**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PREFERENSI
CALON TENAGA KESEHATAN UNTUK BEKERJA DI DAERAH
TERTINGGAL, PERBATASAN DAN KEPULAUAN (DTPK)**


Oleh:
Nizar Aquita
NIM. 130915088

TELAH DIUJI
PADA TANGGAL 22 JULI 2013

PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes. ()
NIP : 196808291989031002

Anggota : 1. Sriyono, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB ()
NIP : 197011202006041001

2. Retno Indarwati, S.Kep., Ns., M.Kep. ()
NIP : 197803162008122002

Mengetahui

a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep.
NIP. 197904242006042002

UCAPAN TERIMA KASIH

Assalamu'alaikum warrahmatullah wabarakatuh

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah *subhanahu wa ta'ala*, berkat rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PREFERENSI CALON TENAGA KESEHATAN UNTUK BEKERJA DI DAERAH TERTINGGAL, PERBATASAN DAN KEPULAUAN (DTPK)”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep.) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini, perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Ibunda terkasih, Warni Merdekawati, dan Ayah terbaik seluruh dunia, Amir Hamzah, yang telah memberikan kasih sayang tanpa batas, dukungan tanpa henti, motivasi dan bimbingan serta do'a yang terus mengalir deras kepada saya. Adik terkeren, Fahrezal Pahlevi, yang telah memberikan dukungan dan motivasi. Terima Kasih banyak.
2. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Ibu Purwaningsih S.Kp., M.Kes., yang telah mengajarkan bagaimana berorganisasi dan berkomunikasi, menjadi perawat yang profesional, memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan akademik pada Program Studi Ilmu Keperawatan, serta mengizinkan untuk melakukan penelitian di Fakultas Keperawatan.
3. Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Ibu Mira Triharini, S.Kp., M.Kep., yang telah memberikan kesempatan, motivasi dan dorongan untuk menyelesaikan seluruh penelitian yang telah saya lakukan.
4. Bapak Sriyono S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB, selaku pembimbing 1. Terima kasih atas segala dukungan, motivasi, masukan dan arahan serta waktu yang telah diluangkan demi kesempurnaan dan terlaksanakannya penelitian ini.

5. Ibu Retno Indarwati, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku pembimbing 2. Terima kasih atas segala komentar, coretan, motivasi dan kesabarannya serta waktu yang telah diluangkan dalam menjalankan penelitian ini.
6. Bapak Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes., selaku ketua penguji atas segala masukan dan saran, informasi dan pengetahuan serta waktu yang telah diluangkan dalam menyelesaikan penelitian ini.
7. Bapak Makhfudli, S.Kep., Ns., M.Ked. Trop., selaku penguji proposal atas segala masukan, perbaikan ejaan dan tulisan, informasi, dan waktu yang telah diluangkan dalam menyelesaikan penelitian ini.
8. Dekan Fakultas Kedokteran, Bapak Prof. Dr. Agung Pranoto, dr., M.Sc., Sp. PD-KEMD FINASIM, dan Ketua Program Studi Kebidanan, Bapak Sunjoto, dr., Sp. OG(K), atas izin yang diberikan untuk melaksanakan penelitian di lingkungan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
9. Dekan Fakultas Kedokteran Gigi, Bapak Prof. H.R.M. Coen Pramono D, drg., Sp.BM(K), atas izin yang diberikan untuk melaksanakan penelitian di lingkungan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga.
10. Direktur Rumah Sakit Gigi dan Mulut, drg. Hening Tuti Hendarti, MS., Sp.PM, atas bantuan dan kesempatan yang telah diberikan untuk menjalankan penelitian ini.
11. Responden penelitian, calon mitra kerja yang menggali ilmu pada jurusan pendidikan dokter, pendidikan bidan di Fakultas Kedokteran, teman-teman di Fakultas Kedokteran Gigi, dan teman-teman di Fakultas Keperawatan, terima kasih atas waktu yang telah diluangkan.
12. Komting pendidikan dokter, dan teman-teman dokter muda, komting pendidikan dokter gigi, dan teman-teman kedokteran gigi, komting pendidikan bidan, dan teman-teman kebidanan, dan Ners Muda A09 yang telah membantu terlaksanakannya penelitian ini.
13. Bella Yuri Kartika Putri, yang telah memberikan motivasi, pelajaran hidup dan pengalaman yang berharga, belajar, diskusi, prestasi, mengabdikan dan mengembangkan diri, terima kasih.

14. Rekan seperjuangan di Ikatan Lembaga Mahasiswa Ilmu Keperawatan Indonesia (ILMIKI), BEM KM UA, BEM FKp UA, Green Nursing Corps, WANALA UA, yang telah mengajarkan akan sebuah pembelajaran hidup dari organisasi yang heterogen dan luar biasa.
15. Rafika Nurmalasari, Winda Bastiana, Hemilda N.F., Dwi Agustina, Nuril Hamidiah, Ninik Hidayati A., dan Bagus Kusuma W., saudara-saudara yang lain, terima kasih atas dukungannya. FIGHT!
16. Teman-teman Program Kreativitas Mahasiswa - Penelitian, Nurul W, Dian P.S, dan Puji Lestari, terima kasih atas bantuannya. Salam, JUARA!
17. Seluruh Staf Pendidikan dan Akademik, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
18. Teman-teman Angkatan 2009 Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah menemani perjalanan saya dalam menempuh pendidikan akademik ini. Semoga demikian seterusnya, tali *silaturahmi* kita terus bertahan.
19. Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, yang telah membantu menyelesaikan pelaksanaan penelitian ini.
Semoga Allah *subhanahu wata'ala* senantiasa membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu, mendukung dan memberikan kesempatan dalam menyelesaikan penelitian ini.
Saya menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Segala saran, kritik, dan masukan akan sangat saya nantikan demi perbaikan dan penyempurnaan penelitian ini maupun penelitian selanjutnya. Semoga hasil penelitian ini bermanfaat bagi pembaca, dan pengembangan sektor kesehatan di negeri tercinta, Indonesia.

Wassalamu 'alaikum warrahmatullah wabarakatuh.

Surabaya, Juli 2013

Nizar Aquita

MOTTO

“Hidup adalah soal keberanian,
menghadapi yang tanda tanya
tanpa kita bisa mengerti, tanpa kita bisa menawar
terimalah, dan hadapilah”

~ Gie

Nothing to lose!

Skripsi ini saya persembahkan untuk Ibu dan Ayah

ABSTRACT

FACTOR ANALYSIS RELATED WITH THE JOB PREFERENCE OF HEALTH STUDENTS IN REMOTE AREAS OF INDONESIA

Descriptive Research Survey to Health Students of Airlangga University

By : Nizar Aquita

Health human resources can be regarded as the heart of the health system. Today, remote areas of Indonesia often lack of health workers to fulfill the needs of people. This study analyzed about the factors related with job preference of health students, who will become health workers.

This study is a survey research, used questionnaire with total respondents were 224 students, that obtained from stratified random sampling of 509 health student of Airlangga University, include medical, midwifery, dentist and nursing school. The final data were analyzed using Spearman's Rho correlation test with a level of significant p value < 0.05 .

In this research analyzed incentive and non-material incentive factors of job preference in remote areas of indonesia. The result, correlation with the significant value of each analysis is 0.000 (p) for the incentive materials, and 0.007 (p) for the non-incentive materials. It was strongly influence to facilities and secondary education facilities which give impact to the job preference in remote areas of health students. That two things are an option with the largest percentage of other factors such as money, housing, vehicles, communication and entertainment facilities, education and training, promoted as a civil servants, promotion and career advancement.

This research will be useful for educational institutions, hospitals and health centers, and job seekers as one reference and consideration when they would choose a job, especially in remote area.

Keywords : *Job Preference, Health Students, Remote Area*

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PERNYATAAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	iv
UCAPAN TERIMA KASIH.....	v
MOTTO	viii
<i>ABSTRACT</i>	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	5
1.3 Rumusan Masalah	6
1.4 Tujuan Penelitian.....	6
1.5 Manfaat.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Preferensi	9
2.2 Konsep Tenaga Kesehatan	10
2.2.1 Pengertian tenaga kesehatan.....	10
2.2.2 Jenis tenaga kesehatan.....	22
2.2.3 Mutu tenaga kesehatan	22
2.2.4 Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan	24
2.2.5 Pendayagunaan tenaga kesehatan.....	26
2.2.6 Kepastian dan perlindungan hukum tenaga kesehatan.....	31
2.3 Konsep Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).....	36
2.3.1 Definisi operasional Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)	36
2.3.2 Kondisi dan permasalahan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)	40
2.3.3 Pelayanan kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).....	46
2.3.4 Dukungan sumber daya kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).....	57
2.3.5 Pembinaan dan indikator keberhasilan kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)	62
2.3.6 Kebijakan dan strategi pelayanan kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).....	67

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	70
3.1 Kerangka Konseptual	70
3.2 Hipotesis.....	71
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	72
4.1 Desain Penelitian.....	72
4.2 Populasi, Sampel dan Sampling	72
4.2.1 Populasi	72
4.2.2 Sampel	73
4.2.3 Sampling.....	74
4.3 Identifikasi Variabel	75
4.4 Definisi Operasional.....	75
4.5 Instrumen Penelitian.....	77
4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas	77
4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	81
4.8 Prosedur Pengumpulan Data	81
4.9 Kerangka Operasional Kerja	82
4.10 Analisis Data	83
4.11 Masalah Etik (<i>Etichal Clearance</i>).....	86
4.11.1 <i>Informed consent</i>	86
4.11.2 <i>Anonimity</i> (tanpa nama)	86
4.11.3 <i>Confidentiality</i> (kerahasiaan)	86
4.12 Keterbatasan Penelitian	86
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	87
5.1 Hasil Penelitian	87
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	87
5.1.2 Data Umum	93
5.1.3 Deskripsi responden menurut variabel penelitian	94
5.2 Pembahasan.....	102
5.2.1. Insentif Material dengan Preferensi Calon Tenaga Kesehatan untuk Bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)	102
5.2.2. Insentif Non-Material dengan Preferensi Calon Tenaga Kesehatan untuk Bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)	105
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....	108
6.1 Kesimpulan.....	108
6.2 Saran.....	109
DAFTAR PUSTAKA	110
LAMPIRAN	113

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 1.1	Jenis, Jumlah, dan Rasio Ketenagaan Puskesmas Tahun 2011	1
Tabel 2.1	Lama Penugasan Pegawai Tidak Tetap (PTT) di daerah biasa, terpencil dan sangat terpencil	11
Tabel 2.2	Pembinaan, pengawasan, dan pengendalian pelayanan kesehatan di DTPK sesuai kewenangan, tugas, dan fungsi.....	62
Tabel 4.1	Jumlah sampel di setiap jurusan.....	74
Tabel 4.2	Definisi operasional penelitian.....	76
Tabel 5.1	Faktor insentif material calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).....	94
Tabel 5.2	Faktor insentif non-material calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).....	95
Tabel 5.3	Preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).....	98
Tabel 5.4	Tabulasi silang faktor insentif material dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)	99
Tabel 5.5	Tabulasi silang faktor insentif non-material dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).	100

DAFTAR GAMBAR

		Halaman
Gambar 1.1	Identifikasi masalah preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).....	5
Gambar 2.1	Aspek mutu tenaga kesehatan (Efendi & Kurniati, 2011)	22
Gambar 2.2	Model sistem pelayanan kesehatan di DTPK (Kemkes, 2012).....	48
Gambar 3.1	Kerangka konseptual analisis faktor yang berhubungan dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) berdasarkan Kementerian Kesehatan (2012).....	70
Gambar 4.1	Kerangka kerja analisis faktor yang berhubungan dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).....	82
Gambar 4.2	Analisa data	85
Gambar 5.1	Distribusi responden berdasarkan Jurusan di Universitas Airlangga, Mei-Juni 2013	93
Gambar 5.2	Distribusi responden berdasarkan Jenis Kelamin di Universitas Airlangga, Mei-Juni 2013	93

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1	Rasio Dokter Umum, Dokter Gigi, Perawat dan Bidan terhadap jumlah Puskesmas di 12 Provinsi Tahun 2011 113
Lampiran 2	Penghasilan pokok/gaji Pegawai Tidak Tetap (PTT)..... 114
Lampiran 3	Insentif khusus Pegawai Tidak Tetap (PTT)..... 115
Lampiran 4	Lembar permintaan menjadi responden 116
Lampiran 5	Lembar pernyataan kesediaan menjadi responden penelitian 117
Lampiran 6	Kuesioner Penelitian 118
Lampiran 7	Surat permohonan penelitian di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga..... 124
Lampiran 8	Surat perizinan penelitian di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga..... 125
Lampiran 9	Surat permohonan penelitian di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga..... 127
Lampiran 10	Surat perizinan penelitian di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga..... 128
Lampiran 11	Surat permohonan penelitian di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga..... 129
Lampiran 12	Surat perizinan penelitian di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga..... 130
Lampiran 13	Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian..... 131
Lampiran 14	Distribusi data faktor insentif material untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) 134
Lampiran 15	Distribusi data faktor insentif non-material untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) 140
Lampiran 16	Distribusi data preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)..... 146
Lampiran 17	Uji Korelasi <i>Spearman Rho</i> 149
Lampiran 18	Uji statistik tabulasi silang variabel penelitian..... 150

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

ABRI	:	Angkatan Bersenjata Republik Indonesia
APBD	:	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	:	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
ASI	:	Air Susu Ibu
Alkes	:	Alat Kesehatan
Bakohumas	:	Badan Koordinasi Kehumasan Pemerintah
Bappenas	:	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
BNPP	:	Badan Nasional Pengelola Perbatasan
CPNS	:	Calon Pegawai Negeri Sipil
CSR	:	<i>Corporate Social Responsibility</i>
D3	:	Diploma
DAK	:	Dana Alokasi Khusus
Depkes	:	Departemen Kesehatan
Depdiknas	:	Departemen Pendidikan Nasional
DI	:	Daerah Istimewa
Dikti	:	Pendidikan Tinggi
Dirjen	:	Direktorat Jenderal
DKI	:	Daerah Khusus Ibu Kota
DOTS	:	<i>Directly Observed Treatment Short-course</i>
DSP	:	Daftar Susunan Pegawai
DTPK	:	Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan
Fe	:	Zat Besi
Gadar	:	Gawat Darurat
GBPT	:	Gedung Bedah Pusat Terpadu
HIV / AIDS	:	<i>Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
IPK	:	Indeks Prestasi Kumulatif
IPKM	:	Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat
IPM	:	Indeks Pembangunan Manusia
IRD	:	Instalasi Rawat Darurat
IRJ	:	Instalasi Rawat Jalan
IRNA	:	Instalasi Rawat Inap
ISPA	:	Infeksi Saluran Pernafasan Akut
K1	:	Kunjungan Pertama <i>Antenatal Care</i>
K4	:	Kunjungan Keempat <i>Antenatal Care</i>
KAT	:	Komunitas Adat Terpencil
KB	:	Keluarga Berencana
Kemendes	:	Kementerian Kesehatan
Kemkes	:	Kementerian Kesehatan
Kepmenkes	:	Keputusan Menteri Kesehatan
KF	:	Kunjungan Nifas
KIA	:	Kesehatan Ibu dan Anak
KMK	:	Keputusan Menteri Kesehatan
LIKG	:	Lembaga Ilmu Kedokteran Gigi
LP	:	Lembaga Pemasarakatan

LS	:	Lembaga Swasta
LSM	:	Lembaga Swadaya Masyarakat
Menkes	:	Menteri Kesehatan
Monev	:	Monitoring dan Evaluasi
MTBS	:	Manajemen Terpadu Balita Sakit
NAD	:	Naggroe Aceh Darussalam
Nakes	:	Tenaga Kesehatan
Napza	:	Narkoba Psikotropika dan Zat Adiktif
NIAS	:	<i>Nederlandsch Indische Artsen School</i>
NICA	:	<i>Netherland Indische Civil Administration</i>
NSPK	:	Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria
P3K	:	Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan
PEMDA	:	Pemerintah Daerah
Per	:	Peraturan
Permenkes	:	Peraturan Menteri Kesehatan
Perpres	:	Peraturan Presiden
PHN Kit	:	<i>Public Health Nursing Kit</i>
PIP	:	Pola Ilmiah Pokok
PKMD	:	Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa
PNS	:	Pegawai Negeri Sipil
Poltekes	:	Politeknik Kesehatan
PONED	:	Pelayanan <i>Obstetric Neonatal Emergency</i> Dasar
Poskesdes	:	Pos Kesehatan Desa
PP	:	Peraturan Pemerintah
PPKT	:	Pulau-pulau Kecil Terluar
PPKTB	:	Pulau-pulau Kecil Terluar Berpenduduk
PPSDM	:	Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia
PT	:	Perseroan Terbatas
PTT	:	Pegawai Tidak Tetap
Puskesmas	:	Pusat Kesehatan Masyarakat
Pusrengun	:	Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan Tenaga Kesehatan
Renstra	:	Rencana Strategis
RI	:	Republik Indonesia
RIS	:	Republik Indonesia Serikat
RPJMN	:	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RPJP	:	Rencana Pembangunan Jangka Panjang
RS	:	Rumah Sakit
RSGMP	:	Rumah Sakit Gigi dan Mulut Pendidikan
RSUD	:	Rumah Sakit Umum Daerah
SDM	:	Sumber Daya Manusia
SDIDTK	:	Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang
SIMPUS	:	Sistem Informasi Puskesmas
SJSN	:	Sistem Jaminan Sosial Nasional
SK	:	Surat Keputusan
SKN	:	Sistem Kesehatan Nasional
SMAK	:	Sekolah Menengah Analis Kesehatan
SMF	:	Staf Medik Fungsional
SOP	:	<i>Standard Operating Procedure</i>

SPM	:	Standar Pelayanan Minimal
STOVIT	:	<i>School Tot Opleiding Van Indische Tandarsten</i>
Susenas	:	Survei Sosial Ekonomi Nasional
SWOT	:	<i>Strength, Weakness, Opportunities and Threat</i>
TB	:	Tuberkulosis
TI	:	<i>Tandheelkundig Intituut</i>
TNI	:	Tentara Negara Indonesia
TP	:	Tugas Pembantuan
TPKB	:	Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak
TT	:	Tetanus Toksoid
UKGS	:	Usaha Kesehatan Gigi Sekolah
UNDP	:	<i>United Nation Development and Planning</i>
UTI	:	<i>Universiteir Tandheelkundig Instituut</i>
UU	:	Undang-Undang
UUD	:	Undang-Undang Dasar
VIP	:	<i>Very Important Person</i>
WHO	:	<i>World Health Organization</i>

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan faktor penting dalam pemberian pelayanan kesehatan yang bermutu. Berdasarkan Perpres Nomor 5 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2010-2014, perencanaan dan pendayagunaan SDM merupakan salah satu prioritas dari 13 (tiga belas) fokus prioritas pembangunan di Daerah Tertinggal, Terdepan, Terluar dan Pasca-Konflik dalam kurun waktu 2010–2014. Penetapan pengembangan SDM dalam sektor kesehatan sebagai salah satu prioritas adalah karena Indonesia masih menghadapi masalah tenaga kesehatan, baik jumlah, jenis, kualitas maupun distribusinya (Kemkes, 2011). Pada tabel 1.1 dibawah ini ditampilkan distribusi tenaga kesehatan dan rasio per Puskesmas pada tahun 2011.

Tabel 1.1 Jenis, Jumlah, dan Rasio Ketenagaan Puskesmas Tahun 2011

No.	Jenis Tenaga Kesehatan	Jumlah Ketersediaan	Rasio per Puskesmas
1	Dokter Umum	17.139	1,84
2	Dokter Gigi	6.603	0,71
3	Perawat	107.241	11,51
4	Bidan	104.060	11,16
Jumlah Puskesmas :		9321	

Sumber : Badan PPSDM Kesehatan, Kemenkes RI, 2012

Update : 12 April 2012

Dengan menggunakan metode Daftar Susunan Pegawai (DSP), khususnya Model DSP Puskesmas Perdesaan (SK Menkes No.81/Menkes/SK/I/2004), maka diperoleh gambaran bahwa untuk setiap puskesmas disarankan setidaknya terdapat 2 dokter umum, 1 dokter gigi, 6 perawat dan 3 bidan di Puskesmas. Jika

dibandingkan dengan data tahun 2011 (Tabel 1.1) dengan rasio tenaga dokter umum (1,84), dokter gigi (0,71), maka secara nasional (lampiran 1), ketersediaan jumlah tenaga kesehatan untuk dokter umum dan dokter gigi di Puskesmas belum memadai. Selain itu, rasio tenaga medis (dokter) terhadap Puskesmas untuk kawasan Indonesia bagian barat jauh lebih tinggi dibandingkan dengan kawasan Indonesia Timur yang berkisar antara 1,89 di DKI Jakarta, 3,02 di DI Yogyakarta, dan 0,67 di Papua Barat, 1,02 di Papua. Sementara untuk rasio Dokter Gigi terhadap Puskesmas berkisar antara 1,42 di DKI Jakarta, 1,46 di DI Yogyakarta dan 0,14 di Papua Barat, 0,17 di Papua. Sedangkan untuk tenaga keperawatan dan kebidanan, target pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan di Puskesmas telah memadai dengan rasio untuk perawat (11,51), dan bidan (11,16). Namun pada kenyataannya, distribusi tenaga keperawatan dan kebidanan masih belum merata di setiap provinsi. Badan PPSDM Kesehatan, Kemenkes RI tahun 2012 menunjukkan bahwa pada tahun 2011, distribusi tenaga kesehatan untuk perawat mencapai 8.288 di provinsi Jawa Timur, dan 14.244 di provinsi Jawa Tengah. Untuk bidan, distribusinya mencapai 1.078 di provinsi Jawa Timur, dan 1.726 di provinsi Jawa Tengah. Dibandingkan dengan distribusi tenaga kesehatan untuk perawat dan bidan di beberapa provinsi dari 12 provinsi yang menjadi target penugasan khusus SDM Kesehatan di DTPK sesuai hasil monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan Tenaga Kesehatan (Pusrengun) tahun 2009, terdapat ketidakseimbangan distribusi tenaga kesehatan dengan jumlah 895 (perawat), 175 (bidan) di provinsi Papua, dan 271 (perawat), 47 (bidan) di provinsi Papua Barat. Hal tersebut menunjukkan bahwa minat untuk bekerja terutama di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) masih

sangat kurang. Tenaga Kesehatan masih mengutamakan untuk bekerja di daerah perkotaan yang mempunyai fasilitas lebih lengkap daripada di DTPK.

SDM Kesehatan dapat dikatakan merupakan “jantung” dari Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Tanpa adanya tenaga yang menjadi penggerak dan melayani, maka pilar-pilar yang lain dalam SKN menjadi tidak berjalan, begitu juga sebaliknya. Dalam SKN tahun 2009, fokus penting juga ditujukan pada pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan, guna menjamin ketersediaan dan pendistribusian SDM kesehatan (Kemkes, 2009). Upaya pendistribusian SDM Kesehatan ke wilayah yang dianggap memerlukan prinsip keadilan dan pemerataan pelayanan. Pendistribusian dan penempatan tenaga kesehatan merupakan wewenang dari pemerintah sesuai dengan amanat Pasal 26 Undang-undang kesehatan No. 36 Tahun 2009. Idealnya, tenaga kesehatan terdistribusi dengan baik sehingga memenuhi kecukupan rasio yang ditentukan, tetapi permasalahan umum yang dihadapi saat ini adalah distribusi yang tidak merata atau berimbang yang dikenal dengan istilah maldistribusi (Kurniati & Efendi, 2011). Distribusi tenaga kesehatan di Indonesia menurut Badan PPSDM Kesehatan, Kemenkes RI tahun 2012 dapat dijelaskan bahwa distribusi dokter per provinsi didominasi oleh provinsi; Jawa Tengah (4.186), Jawa Barat (2.860), Jawa Timur (2.822), Sumatra Utara (2.724). Sedangkan distribusi perawat dan bidan per provinsi didominasi oleh provinsi; Jawa Tengah (54.933), Jawa Timur (31.662), Sumatra Utara (25.372), dan Jawa Barat (24.480). Selain itu, belum adanya data survei terkait preferensi calon tenaga kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) menimbulkan ketidakadanya referensi untuk

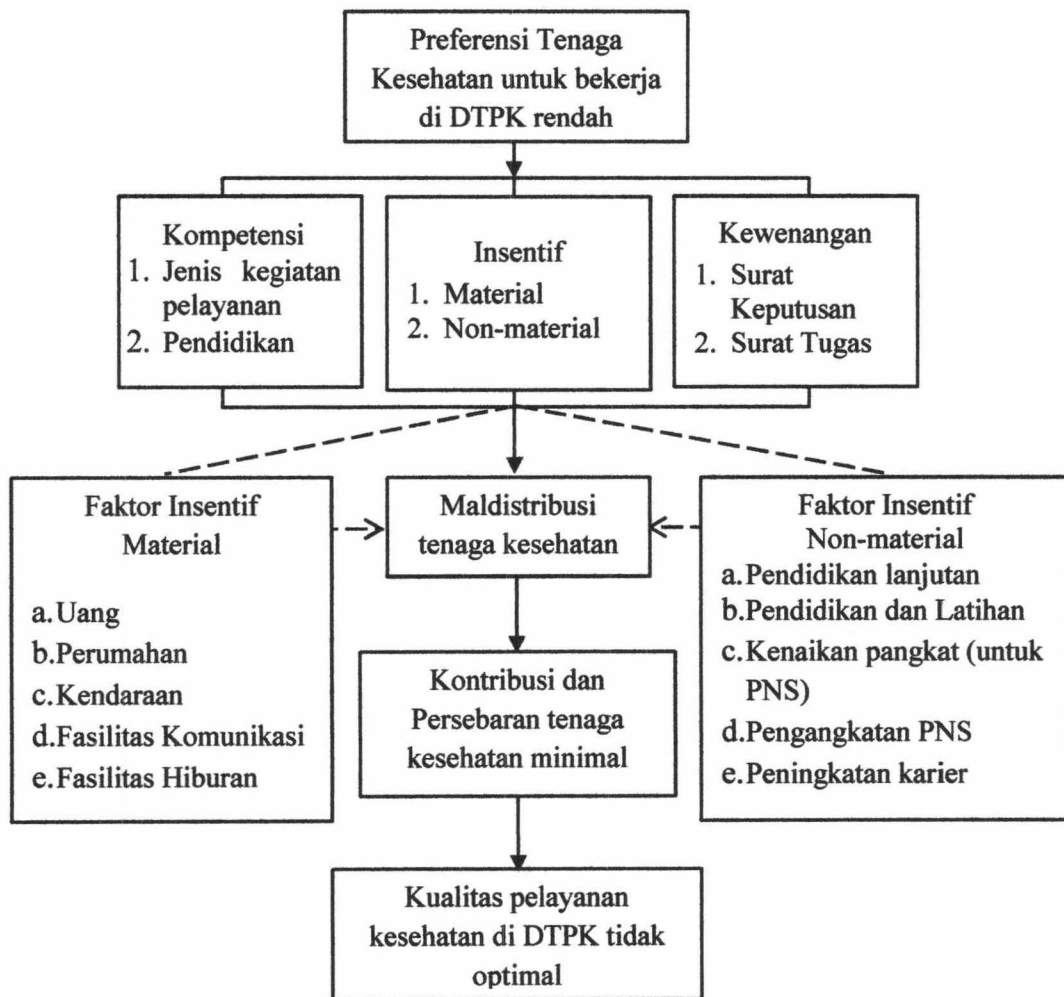
policy maker ketika akan membuat kebijakan dalam hal menarik calon tenaga kesehatan untuk bekerja di DTPK.

Masalah tenaga kesehatan telah menjadi salah satu kebijakan prioritas pemerintah karena mempunyai kontribusi yang sangat besar untuk kesuksesan pembangunan kesehatan. Inpres No.1 tahun 2010 tentang Percepatan Pelaksanaan Prioritas Pembangunan Nasional tahun 2010 menekankan upaya penempatan tenaga kesehatan strategis di Daerah Terpencil, Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) dalam rangka peningkatan pemerataan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas (Kemkes, 2013). Faktor SDM akan sangat berpengaruh terutama untuk tenaga kesehatan yang nantinya diterjunkan langsung ke lapangan. Terlepas dari faktor SDM, perhatian khusus dan dukungan penuh dari pemerintah akan sangat dibutuhkan dalam rangka memberikan pemerataan akses pada pelayanan kesehatan yang berkualitas, sebagaimana tercantum dalam Peraturan Presiden No. 5 tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014.

Salah satu upaya pemerintah untuk menangani masalah minimnya kontribusi dan persebaran SDM kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) adalah dengan memaksimalkan faktor yang menjadi motivasi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di DTPK. Salah satunya adalah pemberian insentif bagi tenaga kesehatan. Pemerintah menetapkan kebijakan berupa pemberian insentif untuk menarik minat tenaga kesehatan agar dapat bekerja di DTPK yang dituangkan dalam Keputusan Menkes RI Nomor 1235 tahun 2007 tentang pemberian insentif bagi sumber daya manusia kesehatan yang melaksanakan penugasan khusus. Insentif tersebut bersifat insentif material

dan non-material. Adapun insentif yang bersifat material adalah uang, perumahan, kendaraan, fasilitas komunikasi, dan fasilitas hiburan. Sedangkan insentif non-material yang diminati tenaga medis antara lain peluang pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah, peluang mengikuti pendidikan dan latihan, peluang mendapat kenaikan istimewa (untuk PNS), peluang untuk diangkat menjadi PNS atau pegawai tetap, dan peluang peningkatan karir (Efendi & Kurniati, 2011).

1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi masalah preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).

Dari skema (Gambar 1.1) diatas dapat dijelaskan bahwa preferensi tenaga kesehatan nantinya akan mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan di setiap daerah. Permasalahan yang terjadi adalah rendahnya preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Selain kondisi DTPK yang menjadi target untuk pemerataan sektor kesehatan, Kemkes (2012) menjelaskan bahwa preferensi tenaga kesehatan untuk bekerja bisa dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah faktor kompetensi, faktor insentif (insentif material dan insentif non-material) dan faktor kewenangan. Rendahnya preferensi bekerja di DTPK membuat persebaran tenaga kesehatan di Indonesia masih minimal, utamanya tenaga kesehatan yang bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana hubungan antara faktor insentif material dan insentif non-material dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Menganalisis faktor yang berhubungan dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

1.4.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi faktor insentif material pada calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)
2. Mengidentifikasi hubungan insentif material dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)
3. Mengidentifikasi faktor insentif non-material pada calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)
4. Mengidentifikasi hubungan insentif non-material dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi untuk mengembangkan pendidikan di bidang kesehatan terutama medis (dokter dan dokter gigi), ilmu kebidanan dan ilmu keperawatan dalam meningkatkan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Selain itu, hasil penelitian ini dapat memberikan opsi kebijakan kepada *policy maker* untuk mengembangkan sektor kesehatan Indonesia

1.5.2 Manfaat praktis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai wacana ilmiah dan acuan untuk melaksanakan dan mengembangkan pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan

2. Bagi Rumah Sakit dan Puskesmas

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukan dan bahan pertimbangan bagi pimpinan Rumah Sakit dan Puskesmas yang berhubungan dengan upaya retensi pada calon tenaga kesehatan.

3. Bagi Calon Tenaga Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan oleh tenaga kesehatan sebagai salah satu referensi dan pertimbangan ketika akan bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) sehingga tenaga kesehatan dapat mengetahui dan menganalisisnya.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat memberikan informasi dan acuan bagi peneliti selanjutnya untuk lebih mendalami dan memperluas pembahasan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menjelaskan tentang Konsep Preferensi, Konsep Tenaga Kesehatan, dan Konsep Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).

2.1 Konsep Preferensi

Kamus Besar Bahasa Indonesia, preferensi berarti (hak untuk) didahulukan dan diutamakan daripada yg lain; prioritas. Selain itu, preferensi mengandung arti pilihan; kecenderungan; kesukaan.

Menurut Hendri Ma'ruf (2005) mendefinisikan preferensi adalah rasa lebih suka pada sesuatu dibandingkan pada yang lainnya. Contohnya: sekelompok masyarakat lebih menyukai santap makanan yang berasa manis, sementara sekelompok masyarakat lainnya menyukai ada lalapan di antara lauk pauk mereka. Aspek preferensi melahirkan alasan pilihan pada *merchandise* (pilihan, mutu, *style/desain*, *exclusivity*, harga, loyalitas pada merek, privat label, dll.), format gerai yang diinginkan (lokasi, lingkungan, metode pembayaran), dan pelayanan gerai.

Jadi, preferensi dapat diartikan sebagai keputusan untuk memilih berdasarkan selera dan pola tertentu pada setiap orang. Preferensi merupakan minat atau keinginan yang lebih terhadap sesuatu dibandingkan dengan yang lain. Menurut Nugroho (2003) yang dikutip dari Munawaroh (2011), dalam ilmu ekonomi, minat akan muncul ketika pelanggan merasa puas dan akhirnya menimbulkan kognisi, afeksi, dan konasi terhadap produk atau jasa tersebut. Dengan mengetahui preferensi seseorang, kita dapat menganalisis tindakan yang lebih tepat agar sesuai dengan apa yang secara alamiah mereka pilih.

2.2 Konsep Tenaga Kesehatan

2.2.1 Pengertian tenaga kesehatan

Berdasarkan Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Pelaksanaan pengobatan dan atau perawatan berdasarkan ilmu kedokteran atau ilmu keperawatan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu.

Berdasarkan *World Health Organization (WHO)* yang dikutip dari Efendi & Kurniati (2011), Tenaga Kesehatan adalah semua orang yang kegiatan pokoknya ditujukan untuk meningkatkan kesehatan. Mereka terdiri atas orang-orang yang memberikan pelayanan kesehatan seperti dokter, perawat, apoteker, teknisi laboratorium, manajemen, serta tenaga pendukung seperti bagian keuangan, sopir dan lain sebagainya.

SDM Kesehatan menurut SKN 2009 adalah tenaga kesehatan profesi termasuk tenaga kesehatan strategis dan tenaga kesehatan non-profesi, serta tenaga pendukung/penunjang kesehatan, yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan. Tenaga kesehatan strategis disini merupakan tenaga kesehatan yang tidak diproduksi secara merata di provinsi, tidak dapat disubstitusi oleh tenaga kesehatan lain dan mempunyai daya ungkit yang besar bagi pelayanan kesehatan. Unsur-unsur dalam SDM kesehatan meliputi SDM

kesehatan itu sendiri, sumber daya pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan, serta penyelenggaraan pengembangan dan pemberdayaan SDM (Kemkes, 2009)

1. Tenaga Kesehatan di DTPK

Kemkes (2011) menyebutkan bahwa tenaga kesehatan yang bertugas di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) secara umum dibagi menjadi 2, yaitu tenaga kesehatan PTT dan tenaga penugasan khusus.

1) Tenaga Kesehatan PTT

Dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan dilaksanakan penempatan tenaga kesehatan, utamanya dokter spesialis, dokter, dokter gigi, dan bidan melalui masa bakti dilaksanakan dalam kedudukan dan status sebagai pegawai tidak tetap (PTT). Dalam tabel 2.1 akan disebutkan tentang lama penugasan Tenaga Kesehatan PTT di daerah biasa, terpencil dan sangat terpencil.

Tabel 2.1 Lama Penugasan Pegawai Tidak Tetap (PTT) di daerah biasa, terpencil dan sangat terpencil

No	Profesi	Kriteria		
		Biasa	Terpencil	Sangat Terpencil
1	Dokter/Dokter gigi	3 (tiga) tahun	1 (satu) tahun	1 (satu) tahun
2	Dokter/Dokter Gigi Spesialis	3 (tiga) tahun	1 (satu) tahun	1 (satu) tahun
3	Bidan	3 (tiga) tahun	3 (tiga) tahun	3 (tiga) tahun

Sumber : Buku Saku Tenaga Kesehatan yang Bertugas di Puskesmas Terpencil dan Sangat Terpencil, di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan, Kemkes 2011

2) Tenaga Penugasan Khusus

Program penugasan khusus diutamakan bagi tenaga non-medik (perawat, sanitarian, tenaga gizi, dll.) untuk ditempatkan di Puskesmas terpencil dan sangat terpencil di DTPK.

(1) Untuk tenaga lulusan D3 jangka waktu pelaksanaan kontrak tenaga penugasan khusus adalah 6 (enam) bulan – 1 (satu) tahun, sedangkan untuk dokter spesialis/residen masa penugasan adalah 3-6 bulan.

(2) Penugasan khusus tenaga kesehatan lulusan D3 dilakukan untuk Puskesmas di daerah terpencil dan sangat terpencil di DTPK, sedangkan untuk dokter spesialis/residen dilakukan untuk RSUD kab/kota.

2. Hak dan Kewajiban Tenaga Kesehatan di DTPK

Kemkes (2011) menjelaskan bahwa tenaga kesehatan yang bertugas di DTPK mempunyai hak dan kewajiban yang harus dipenuhi dan dilaksanakan. Hal tersebut untuk menunjang pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di DTPK.

1) Tenaga Kesehatan PTT

(1) Hak

1. Tenaga kesehatan sebagai Pegawai Tidak Tetap atas pelaksanaan tugas PTT dalam rangka pelaksanaan program pemerintah selama masa tugas diberikan imbalan jasa berupa :

1) Penghasilan pokok/gaji (lampiran 2)

- 2) Insentif khusus (lampiran 3)
2. Tenaga kesehatan sebagai pegawai tidak tetap pusat memperoleh biaya perjalanan dari ibukota provinsi lulusan/adaptasi ke provinsi/kabupaten/kota penempatan. Besarnya perjalanan ditentukan sesuai ketentuan yang berlaku bagi PNS.
3. Tenaga kesehatan apabila meninggal dunia dalam masa tugas, memperoleh biaya pemakaman sesuai ketentuan yang berlaku, antara lain :
 - 1) Peti Jenazah
 - 2) Angkutan Jenazah
 - 3) Biaya perjalanan keluarga ahli waris sebanyak-banyaknya 3 orang.
4. Tenaga kesehatan sebagai Pegawai Tidak Tetap (PTT) yang bertugas pada sarana pelayanan kesehatan jika wafat atau tewas pada waktu menjalankan program pemerintah, diberikan uang duka dengan ketentuan sebagai berikut :
 - 1) Sebesar 6 (enam) kali penghasilan sebulan jika wafat.
 - 2) Sebesar 12 (dua belas) kali penghasilan sebulan jika tewas.
5. Persyaratan dan tatacara pembayaran uang duka PTT sesuai dengan ketentuan yang berlaku bagi Pegawai Negeri Sipil (PNS)

6. Tenaga kesehatan sebagai Pegawai Tidak Tetap selama masa aktif dapat melakukan praktek perorangan di luar jam kerja sesuai dengan ketentuan yang berlaku
7. Tenaga kesehatan sebagai Pegawai Tidak Tetap dapat mengajukan usul sebagai Tim kesehatan Haji Indonesia melalui provinsi setempat
8. Tenaga kesehatan sebagai Pegawai Tidak Tetap yang ditempatkan di daerah terpencil/sangat terpencil diberikan bonus nilai pada saat seleksi penerimaan CPNS Kementerian Kesehatan.
9. Tenaga kesehatan sebagai Pegawai Tidak Tetap berhak mendapatkan pelatihan yang sama dengan PNS/karyawan lainnya untuk meningkatkan ilmu pengetahuan.
10. Tenaga kesehatan sebagai Pegawai Tidak Tetap dapat dipilih sebagai tenaga medis teladan.
11. Hak cuti bagi Dokter/Dokter Gigi PTT yang bertugas di kriteria biasa, terpencil dan sangat terpencil :
 - 1) Tenaga kesehatan sebagai PTT dengan penempatan di daerah biasa dengan lama penugasan selama 3 (tiga) tahun berhak memperoleh cuti, sesuai ketentuan cuti PNS yang berlaku sesuai Kepmenkes 140/Menkes/SK/XII/2002.
 - 2) Tenaga kesehatan sebagai PTT dengan penempatan di daerah terpencil dan sangat terpencil dengan lama

penugasan 1 (satu) tahun tidak boleh mengambil cuti selama masa penugasan.

3) Untuk itu pada waktu pendaftaran PTT yang bersangkutan dipersyaratkan membuat surat pernyataan bermaterai Rp. 6000,- tentang :

(1) Sampai saat ini tidak terikat kontrak/ikatan kerja baik dengan Pemerintah maupun instansi swasta.

(2) Bersedia bertugas di lokasi penugasan dengan kriteria yang telah ditetapkan sebagaimana SK Menteri Kesehatan tentang pengangkatan Dokter/Dokter Gigi PTT.

(3) Tidak mengambil cuti selama penugasan sebagai Dokter/Dokter Gigi PTT.

4) Bagi dokter/Dokter Gigi PTT yang bertugas di sarana pelayanan kesehatan terpencil dan sangat terpencil secara terus menerus selama 2 (dua) tahun berhak memperoleh cuti sesuai ketentuan cuti PNS yang berlaku.

(2) Kewajiban

Tenaga medis sebagai Pegawai Tidak Tetap wajib :

1. Setia dan taat sepenuhnya kepada Pancasila, UUD 1945, Negara dan Pemerintah.

2. Menyimpan rahasia negara dan rahasia jabatan yang ditetapkan oleh pejabat yang berwenang.
3. Mentaati dan melaksanakan peraturan perundang-undangan yang berlaku termasuk ketentuan kedinasan bagi Pegawai Negeri Sipil.
4. Melaksanakan masa bakti selama ketentuan yang berlaku.
5. Melaksanakan program kesehatan yang ditentukan oleh Pemerintah.
6. Menjadi peserta PT. Asuransi Kesehatan dan wajib membayar iuran sebesar 2% dari gaji pokok.
7. Membayar pajak penghasilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
8. Mengikuti latihan pra tugas untuk menunjang pelaksanaan tugas pada wilayah kerjanya.

2) Tenaga Penugasan Khusus

(1) HAK

1. Biaya perjalanan dari provinsi domisili terakhir untuk keberangkatan ke lokasi penugasan (pulang-pergi).
2. Insentif dari Pemerintah Pusat yang ditetapkan dalam perjanjian kerja.
3. Insentif dari Pemerintah daerah bagi pemerintah daerah yang mampu.

(2) KEWAJIBAN

1. Melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangan yang dimiliki serta menjunjung tinggi etika profesi
2. Membuat laporan kegiatan sesuai dengan tugas sebagaimana yang dimaksud pada poin (1) yang dilaksanakan setiap akhir bulan dari akhir masa penugasan kepada Gubernur atau Bupati/Walikota dan Menteri Kesehatan
3. Melaksanakan penugasan khusus sesuai ketentuan perundangan dan secara rinci akan tertuang dalam perjanjian kerja yang ditandatangani sebagaimana ditetapkan dalam *form* perjanjian kerja tersendiri, sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari peraturan.

3. Tugas Tenaga Kesehatan di DTPK Sesuai Profesi

Menurut Kemkes (2011), tugas tenaga kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) dibagi sesuai profesinya. Hal tersebut bertujuan untuk memudahkan kinerja tenaga kesehatan di DTPK.

1) Tugas dan tanggungjawab Dokter sebagai Kepala Puskesmas

- (1) Melaksanakan agar fungsi Puskesmas dapat diselenggarakan dengan baik
- (2) Menyusun perencanaan Puskesmas
- (3) Mengawasi pelaksanaan kegiatan

- (4) Mengevaluasi kegiatan
 - (5) Menerima konsultasi dari semua kegiatan Puskesmas
 - (6) Bertanggungjawab untuk memastikan bahwa layanan secara keseluruhan berkualitas sesuai keahlian dan kewenangannya
 - (7) Melakukan jejaring kerja dengan Rumah Sakit atau sarana kesehatan yang lebih lengkap dan mampu untuk memfasilitasi pengobatan, perawatan dan dukungan terhadap pasien selanjutnya
 - (8) Berkoordinasi dengan semua instansi/dinas tingkat Kecamatan serta pihak terkait lainnya.
 - (9) Mengkoordinir pencatatan pelaporan kegiatan dan melaporkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat.
- 2) Tugas dan tanggungjawab Dokter Puskesmas
- (1) Melakukan tatalaksana dan tindakan medis sesuai indikasi, dalam rangka rujukan menerima konsultasi
 - (2) Membuat catatan penatalaksanaan tindakan medis
 - (3) Mengkoordinir kegiatan penyuluhan kesehatan masyarakat
 - (4) Mengkoordinir pembinaan peran serta masyarakat melalui pendekatan PKMD (Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa).
- 3) Tugas dan tanggungjawab Dokter Gigi
- (1) Mengusahakan agar pelayanan kesehatan gigi dan mulut di wilayah kerja Puskesmas dapat berjalan dengan baik

- (2) Mengawasi pelaksanaan pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Puskesmas
 - (3) Memberi pelayanan kesehatan gigi dan mulut di dalam wilayah kerja Puskesmas secara teratur
 - (4) Mengadakan supervisi dan bimbingan teknis pada perawat gigi di Puskesmas
 - (5) Memberikan penyuluhan kesehatan gigi dan mulut dan masyarakat di wilayah kerjanya
 - (6) Membantu pelaksanaan kegiatan-kegiatan fungsi manajemen
 - (7) Membantu pembinaan kerjasama lintas sektoral dalam pengembangan peran serta masyarakat melalui pendekatan PKMD (Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa).
- 4) Tugas dan tanggungjawab Bidan di Desa
- (1) Melaksanakan kegiatan Puskesmas di desa di wilayah kerjanya berdasarkan urutan prioritas masalah kesehatan yang dihadapi, sesuai dengan kewenangan yang dimiliki dan diberikan
 - (2) Menggerakkan dan membina masyarakat desa di wilayah kerjanya agar tumbuh kesadaran untuk dapat berlaku hidup sehat
 - (3) Memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di rumah-rumah, menangani persalinan, pemberian kontrasepsi dan pengayoman medis keluarga berencana
 - (4) Menggerakkan dan membina peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan setempat

- (5) Membina dan memberi bimbingan teknis kepada kader serta dukun bayi
 - (6) Membina kelompok dasa wisma di bidang kesehatan
 - (7) Membina kerjasama lintas program, lintas sektoral dan lembaga swadaya masyarakat
 - (8) Melakukan rujukan medis maupun rujukan kesehatan ke Puskesmas atau bilamana dalam keadaan darurat dapat merujuk ke fasilitas kesehatan lainnya.
 - (9) Mendeteksi secara dini adanya efek samping dan komplikasi pemakaian kontrasepsi serta adanya penyakit-penyakit lain dan berusaha untuk mengatasi sesuai dengan kemampuannya.
- 5) Tugas dan tanggungjawab Perawat
- (1) Melakukan tindakan asuhan keperawatan & tindakan P3K
 - (2) Melakukan pengelolaan obat dan alkes (limpahan kewenangan)
 - (3) Melakukan rujukan sesuai indikasi (pelimpahan kewenangan)
 - (4) Melakukan penyuluhan kesehatan
 - (5) Melakukan pencatatan dan pelaporan kegiatan asuhan keperawatan dan P3K
 - (6) Bekerjasama dalam tim
- 6) Tugas dan tanggungjawab Tenaga Gizi
- (1) Melakukan pemantauan dan analisa status gizi bayi, balita dan ibu hamil
 - (2) Memberikan suplemen gizi
 - (3) Melakukan penyuluhan/konseling dan pembinaan kader

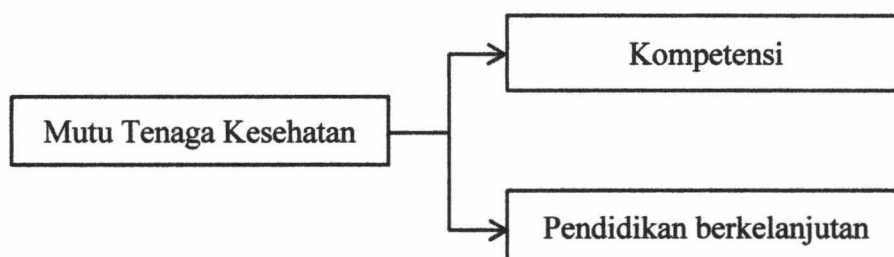
- (4) Merekap hasil pencatatan dan pelaporan kegiatan Posyandu
- 7) Tugas dan tanggungjawab Tenaga Sanitarian
- (1) Merubah, mengendalikan atau menghilangkan semua unsur fisik dan lingkungan yang memberi pengaruh terhadap kesehatan masyarakat
 - (2) Membantu kepala Puskesmas dalam melaksanakan kegiatan di Puskesmas
 - (3) Melakukan penyuluhan kepada masyarakat tentang penggunaan air bersih, jamban keluarga, rumah sehat, kebersihan lingkungan, serta penanaman pekarangan
 - (4) Membantu kepala Puskesmas memimpin regu pemberantasan penyakit menular
 - (5) Membantu/mengembangkan PKMD (Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa)
 - (6) Mencatat dan melapor kegiatan
 - (7) Mengamati kesehatan lingkungan di sekolah serta memberi saran-saran teknis perbaikan
 - (8) Membantu penyuluhan gizi
 - (9) Membantu kepala Puskesmas dalam melaksanakan fungsi manajemen
 - (10) Ikut serta dalam Puskesmas Keliling
 - (11) Aktif dalam memperkuat kerjasama lintas sektoral.

2.2.2 Jenis tenaga kesehatan

Jenis Tenaga Kesehatan menurut Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 21 ayat (1), tenaga kesehatan dapat dikelompokkan sesuai dengan keahlian dan kualifikasi yang dimiliki, antara lain meliputi tenaga medis, tenaga kefarmasian, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan masyarakat dan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisian medis, dan tenaga kesehatan lainnya.

2.2.3 Mutu tenaga kesehatan

Kurniati & Efendi (2011) menyebutkan bahwa keberhasilan pembangunan kesehatan ditentukan oleh mutu tenaga kesehatan. Kompetensi SDM sebagai bagian utama dalam penguatan mutu tenaga kesehatan. Selain kompetensi, aspek lain menyangkut mutu tenaga kesehatan adalah pendidikan berkelanjutan. Tujuan dari pendidikan berkelanjutan ini adalah mempertahankan dan meningkatkan pengetahuan serta keterampilan dari tenaga kesehatan itu sendiri. Perubahan cepat yang terjadi di dunia pendidikan maupun pelayanan menuntut tenaga kesehatan untuk selalu meningkatkan kapasitas diri.



Gambar 2.1 Aspek mutu tenaga kesehatan (Efendi & Kurniati, 2011)

Penguatan kompetensi SDM memerlukan keselarasan pola pembinaan pelatihan dan keterampilan kerja. Oleh sebab itu, diperlukan suatu lembaga standarisasi dan sertifikasi kompetensi kerja yang bersifat nasional dan diakui oleh semua pihak (Kurniati & Efendi, 2011).

Aspek mutu sangatlah penting dalam penguatan kompetensi Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan, dalam Kepmenkes Nomor 922 Tahun 2008 tentang Pedoman Teknis Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan antara Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota telah diatur mengenai pengendalian mutu pendidikan tenaga kesehatan (*pre-service*), terdiri atas hal-hal sebagai berikut:

1. Ujian akhir program

- 1) Penetapan pedoman nasional ujian akhir program pendidikan tenaga kesehatan
- 2) Koordinasi
- 3) Fasilitas
- 4) Monitoring dan evaluasi ujian nasional
- 5) Penyediaan blanko ijazah dan atau sertifikat ujian nasional

2. Evaluasi

- 1) Penetapan pedoman evaluasi terhadap pengelola, satuan, jalur, jenjang, dan jenis pendidikan tenaga kesehatan
- 2) Pelaksanaan evaluasi nasional terhadap pengelola, satuan, jalur, jenjang, dan jenis pendidikan tenaga kesehatan.

3. Akreditasi

- 1) Penetapan pedoman akreditasi pendidikan tenaga kesehatan
- 2) Pelaksanaan akreditasi pendidikan tenaga kesehatan

4. Penjaminan mutu

- 1) Penetapan pedoman penjaminan mutu satuan pendidikan tenaga kesehatan
- 2) Supervisi dan fasilitasi satuan pendidikan dalam pelaksanaan penjaminan mutu untuk memenuhi standar nasional pendidikan tenaga kesehatan
- 3) Supervisi dan fasilitasi satuan pendidikan bertaraf internasional dalam pelaksanaan penjaminan mutu untuk memenuhi standar internasional
- 4) Evaluasi pelaksanaan dan dampak penjaminan mutu satuan pendidikan skala nasional.

2.2.4 Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan

Menurut Bappenas (2005) dalam Kajian Kebijakan Perencanaan Tenaga Kesehatan, pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan adalah upaya pengadaan tenaga kesehatan sesuai jenis, jumlah dan kualifikasi yang telah direncanakan serta peningkatan kemampuan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan (Depkes, 2004).

Tujuan yang ingin dicapai oleh institusi pendidikan tenaga kesehatan adalah menghasilkan tenaga kesehatan yang professional dengan karakteristik sebagai berikut (Bappenas, 2005):

1. Memiliki bekal kemampuan dalam berhubungan dengan orang lain

2. Bekerja dengan benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara akademik
3. Sanggup menggunakan wewenang secara arif dan bijaksana, dan
4. Mampu berperan aktif sebagai perencana, pelaksana dan penggerak pembangunan

Untuk mencapai tujuan tersebut maka dirumuskan tiga strategi dasar yaitu:

1. Meningkatkan mutu lulusan pendidikan tenaga kesehatan
2. Meningkatkan mutu institusi pendidikan tenaga kesehatan
3. Meningkatkan kemitraan dan kemandirian institusi pendidikan tenaga kesehatan.

Tenaga kesehatan wajib memiliki pengetahuan dan keterampilan di bidang kesehatan yang dinyatakan dengan ijazah dari lembaga pendidikan. Setiap tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya juga berkewajiban untuk memenuhi standar profesi tenaga kesehatan.

Badan Perencanaan Pembangunan Nasional dalam Kajian Kebijakan Perencanaan Tenaga Kesehatan (2005) menjelaskan bahwa peningkatan mutu institusi pendidikan tenaga kesehatan diatur pada PP yang sama. Dalam PP ini dinyatakan bahwa tenaga kesehatan dihasilkan melalui pendidikan di bidang kesehatan. Lembaga pendidikan yang menyelenggarakan pendidikan di bidang kesehatan bisa pemerintah atau masyarakat. Penyelenggaraan pendidikan di bidang kesehatan harus dilaksanakan berdasarkan izin sesuai dengan ketentuan perundangan yang berlaku. Izin penyelenggaraan pendidikan professional dikeluarkan

bersama oleh Departemen Kesehatan dan Departemen Pendidikan Nasional. Selanjutnya, izin penyelenggaraan pendidikan akademik dikeluarkan oleh Departemen Pendidikan Nasional.

Beberapa isu yang perlu mendapat perhatian dalam pendidikan tenaga kesehatan antara lain (Bappenas, 2005):

1. Perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan dengan produksi lulusan yang dihasilkan belum selesai
2. Kemampuan produksi belum sejalan dengan daya serap tenaga lulusan
3. Produksi lulusan belum sesuai dengan mutu yang diinginkan oleh pengguna
4. Kebijakan dan pengelolaan tenaga kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah belum sepadan dengan penyelenggaraan oleh swasta
5. Perundangan antara yang dikeluarkan oleh Depkes dan Depdiknas belum selaras.

Soeparan (2005) yang dikutip Bappenas (2005) menyebutkan bahwa penetapan UU No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, telah berdampak terhadap penyelenggaraan pendidikan yang dilaksanakan oleh berbagai instansi diluar Depdiknas termasuk Departemen Kesehatan.

2.2.5 Pendayagunaan tenaga kesehatan

Badan Perencanaan Pembangunan Nasional dalam Kajian Kebijakan Perencanaan Tenaga Kesehatan (2005) menyebutkan bahwa pendayagunaan tenaga kesehatan adalah upaya pemerataan, pembinaan

dan pengawasan tenaga kesehatan. Beberapa permasalahan klasik dalam pendayagunaan tenaga kesehatan antara lain:

1. Kurang serasinya antara kemampuan produksi dengan pendayagunaan
2. Penyebaran tenaga kesehatan yang kurang merata
3. Kompetensi tenaga kesehatan yang kurang sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan
4. Pengembangan karir kurang berjalan dengan baik
5. Standar profesi tenaga kesehatan belum terumuskan dengan lengkap
6. Sistem penghargaan dan sanksi tidak berjalan dengan semestinya.

Dalam hal pendayagunaan dan penempatan tenaga dokter tercatat paling tidak tiga periode perkembangan kebijakan. Periode tahun 1974-1992, tenaga medis harus melaksanakan kewajiban sebagai tenaga Inpres, diangkat sebagai PNS dengan golongan kepangkatan III A atau dapat ditugaskan sebagai tenaga medis di ABRI. Masa bakti untuk PNS Inpres selama 5 tahun di Jawa, dan 3 tahun di luar Jawa. Pada periode ini berhasil diangkat sekitar 8.300 tenaga dokter dan dokter gigi dengan menggunakan formasi Inpres dan hampir semua Puskesmas terisi oleh tenaga dokter.

Bappenas (2005) menyebutkan bahwa periode 1992-2002 ditetapkan kebijakan *zero growth personel*. Dengan demikian hampir tidak ada pengangkatan tenaga dokter baru. Sebagai gantinya pengangkatan tenaga medis dilakukan melalui program pegawai tidak tetap (PTT) yang didasarkan atas Permenkes No. 1170.A/Menkes/Per/SK/VIII/1999. Masa bakti dokter PTT selama 2 sampai 3 tahun. Dalam periode ini telah diangkat sebanyak 30.635 dokter dan 7.866 dokter gigi yang tersebar di

seluruh tanah air. Pada tahun 2002 terjadi beberapa permasalahan dalam penempatan dokter PTT yaitu:

1. Daftar tunggu PTT untuk provinsi favorit terlalu lama
2. Usia menjadi penghambat untuk melanjutkan pendidikan ke dokter spesialis
3. Terjadi kelambatan pembayaran gaji
4. Besarnya gaji tidak signifikan jika dibandingkan dengan dokter PNS
5. Adanya persyaratan jabatan sebagai Kepala Puskesmas
6. Ada anggapan melanggar hak azasi manusia (HAM) karena dianggap sebagai kerja paksa.

Pada periode mulai tahun 2005 pengangkatan dokter dan dokter gigi PTT mempunyai ciri sebagai berikut:

1. Bukan merupakan suatu kewajiban, tetapi bersifat sukarela
2. Tidak lagi memberlakukan kebijakan antrian/daftar tunggu
3. Semua provinsi terbuka untuk pelaksanaan PTT sesuai kebutuhan
4. Rekrutmen, seleksi administratif berdasarkan IPK (Indeks Prestasi Kumulatif), domisili, tahun kelulusan dan lamanya menunggu dalam antrian
5. Diprioritaskan bagi dokter dan dokter gigi yang belum melaksanakan masa bakti
6. Dokter paska PTT dapat diangkat kembali untuk provinsi yang kebutuhannya belum terpenuhi
7. Pengurangan lama masa bakti bagi daerah yang kurang diminati seperti daerah terpencil dan daerah pemekaran

Kebijakan ini berpotensi menimbulkan permasalahan kompensasi gaji yang tidak cukup menarik dan peminatan cenderung ke provinsi yang besar dan kaya (misalnya Jabar, Jateng, Kepulauan Riau, DI Yogyakarta, dan Kaltim). Provinsi-provinsi di kawasan timur Indonesia pada umumnya kurang peminat karena adanya alternatif pilihan di provinsi lain (Bappenas, 2005).

Dalam hal penempatan dokter spesialis, sampai dengan Desember 2004 jumlah dokter spesialis (PNS) di seluruh wilayah Indonesia sebanyak 11.057 orang. Jumlah RS vertikal dan daerah sebanyak 420 RS. Jumlah dokter spesialis yang bertugas di RS milik pemerintah sebanyak 7.461 orang, terdapat kekurangan sebanyak 3.868 orang. Rata-rata produksi dan penempatan tenaga dokter spesialis per tahun sebanyak 509 orang.

Sejak diterapkannya otonomi daerah, penempatan dokter spesialis harus terlebih dulu ditawarkan melalui pejabat kepegawaian (PP No.9 Tahun 2003). Pada akhir tahun 1999 diberlakukan kebijakan penundaan masa bakti bagi dokter spesialis yang langsung diterima pendidikan spesialis. Dengan adanya pengurangan masa bakti bagi dokter spesialis bagi daerah tertentu, misalnya di provinsi NAD cukup menarik minat untuk bertugas di daerah.

Tenaga kesehatan lainnya yang cukup penting adalah bidan, sebagai tenaga yang diharapkan berperan dalam penurunan angka kematian bayi dan kematian ibu melahirkan. Seperti halnya dengan dokter, pengangkatan tenaga bidan menggunakan sistem PTT dengan karakteristik kebijakan sebagai berikut (Bappenas, 2005):

1. Penugasan selama 3 tahun di daerah biasa dan 2 tahun di daerah terpencil
2. Penugasan dapat diperpanjang dua kali di desa yang sama dan dimungkinkan untuk diangkat kembali sebagai bidan PTT sesuai kebutuhan.

Ruswendi (2005) yang dikutip Bappenas (2005), sampai dengan bulan April 2005 keberadaan Bidan PTT di seluruh tanah air sebanyak 32.470 orang, berarti kurang dari 50% dari jumlah desa. Beberapa permasalahan yang berkaitan dengan Bidan PTT antara lain pada umumnya mereka berharap dapat diangkat menjadi PNS (peningkatan status), kompetensi gaji relatif tidak memadai dan besaran gaji antara daerah terpencil dengan sangat terpencil relatif kecil sehingga tidak menarik.

Badan Perencanaan Pembangunan Nasional dalam Kajian Kebijakan Perencanaan Tenaga Kesehatan (2005) menjelaskan bahwa pembinaan dan pengawasan praktik profesi tenaga kesehatan belum terlaksana dengan baik. Pada masa mendatang, pembinaan dan pengawasan tersebut dilakukan melalui sertifikasi, registrasi dilakukan dan pemberian lisensi. Sertifikasi dilakukan oleh institusi pendidikan, registrasi dilakukan oleh komite registrasi tenaga kesehatan, uji kompetensi dilakukan oleh setiap organisasi profesi, sedangkan pemberian lisensi dilakukan oleh pemerintah. Pengaturan ini memerlukan dukungan peraturan perundangan yang kuat. Sampai saat ini baru profesi kedokteran yang sudah memiliki UU Praktik Kedokteran.

2.2.6 Kepastian dan perlindungan hukum tenaga kesehatan

Dalam menjalankan tugasnya, tenaga kesehatan juga dilindungi oleh Undang-Undang. Selain perlindungan hukum, sanksi pidana juga diberlakukan untuk tenaga kesehatan yang melanggar wewenangnya dalam melaksanakan tugasnya. Kepastian dan Perlindungan Hukum Tenaga Kesehatan sudah diatur dalam Undang-Undang Kesehatan.

1. Hukum Kesehatan dan UU Kesehatan

Peraturan-peraturan hukum yang mengatur tentang tenaga kesehatan demi peningkatan derajat kesehatan masyarakat telah diatur dalam Undang-undang RI Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan. Undang-Undang tersebut melibatkan instansi-instansi terkait dan juga melibatkan pemberi pelayanan kesehatan (*medical providers*) dan penerima pelayanan kesehatan (*medical receivers*) demi terlaksananya pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Hanafiah & Amir (1999), hukum kesehatan dan Undang-Undang Kesehatan harus diketahui dan didalami secara baik, karena keduanya berkaitan dengan pelayanan profesi kesehatan kepada masyarakat. Pengetahuan tentang hukum kesehatan dan UU Kesehatan akan memberi wawasan tentang berbagai ketentuan hukum yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan. Memahami dan mendalaminya akan memberi keyakinan diri kepada tenaga kesehatan dalam menjalankan profesi kesehatan yang berkualitas dan selalu berada pada jalur yang aman, tidak melanggar etika dan ketentuan hukum.

Tenaga kesehatan perlu memahami adanya landasan hukum yang berlaku, mengetahui dan memahami hak dan kewajiban pasien, memiliki pengetahuan yang baik tentang standar pelayanan medik dan standar profesi medik, dan hal lain yang diperlukan dalam menunjang tugasnya sebagai tenaga kesehatan yang bertugas khususnya di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Untuk beberapa kalangan tenaga kesehatan, masalah yang lebih khusus seperti transplantasi organ dan jaringan tubuh, riset biomedik, aspek hukum kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan lain-lain, mungkin perlu pula didalami (Hanafiah & Amir, 1999).

Pemerintah telah menerbitkan berbagai peraturan dan ketentuan hukum dalam bidang kesehatan agar pelayanan kesehatan dapat berjalan dengan baik. Hanafiah & Amir (1999) bahwa hukum kesehatan merupakan kumpulan peraturan-peraturan dan ketentuan hukum dalam bidang kesehatan yang diterbitkan pemerintah agar pelayanan dan pemeliharaan kesehatan dapat berjalan dengan baik. Peraturan dan ketentuan hukum ini tidak saja di bidang kedokteran, tetapi mencakup seluruh bidang kesehatan seperti farmasi, obat-obatan, rumah sakit, kesehatan jiwa, kesehatan masyarakat, kesehatan kerja, kesehatan lingkungan, *hygiene* dan lain-lain.

2. Kepastian Hukum dan Perlindungan Hukum

Hanafiah & Amir (1999) bahwa tiga pasal dalam Undang-Undang Kesehatan, dikutip agar kalangan kesehatan mengetahui

bahwa Undang-Undang tersebut memberikan perlindungan hukum, baik kepada pemberi maupun penerima pelayanan kesehatan.

1) Pasal 53

- (1) Tenaga kesehatan berhak memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesi.
- (2) Tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya berkewajiban untuk mematuhi standar profesi dan menghormati hak pasien.
- (3) Tenaga kesehatan, untuk kepentingan pembuktian, dapat melakukan tindakan medis terhadap seseorang dengan memperhatikan kesehatan dan keselamatan yang bersangkutan.
- (4) Ketentuan mengenai standar profesi dan hak-hak pasien sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) ditetapkan dengan peraturan pemerintah.

2) Pasal 54

- (1) Terhadap tenaga kesehatan yang melakukan kesalahan atau kelalaian dalam melaksanakan profesinya dapat dikenakan tindakan disiplin.
- (2) Penentuan ada tidaknya kesalahan atau kelalaian sebagaimana dimaksud ayat (1) ditentukan oleh Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan.

3) Pasal 55

(1) Setiap orang berhak atas ganti rugi akibat kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.

(2) Ganti rugi sebagaimana dimaksud ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

3. Sanksi Pidana

Hanafiah & Amir (1999) bahwa sebagai contoh tentang sanksi hukum bagi penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melanggar ketentuan yang telah digariskan sebagai berikut:

1) Pasal 15

(1) Dalam keadaan darurat sebagai upaya untuk menyelamatkan jiwa ibu hamil dan atau janinnya, dapat dilakukan tindakan medis tertentu.

(2) Tindakan medis tertentu sebagaimana dalam ayat (1) hanya dapat dilakukan :

1. Berdasarkan indikasi medis yang mengharuskan diambilnya tindakan tersebut.
2. Oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu dan dilakukan sesuai dengan tanggungjawab profesi serta berdasarkan pertimbangan tim ahli.
3. Dengan persetujuan ibu hamil yang bersangkutan atau suami keluarganya.
4. Pada sarana kesehatan tertentu.

(3) Ketentuan lebih lanjut mengenai tindakan medis tertentu sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.

2) Pasal 80

(1) Pelanggaran terhadap pasal 15 ayat (1) dan (2), pidana penjara selama 15 tahun dan pidana denda paling banyak Rp. 500.000.000.

Ini adalah sebuah contoh sanksi hukum bagi yang melakukan tindakan medik tertentu terhadap ibu hamil yang tidak memenuhi ketentuan dalam UU Kesehatan. Banyak sanksi hukum yang lain, seperti ; menghimpun dana dari masyarakat tanpa ada badan hukum dan izin operasional, melakukan transplantasi organ atau jaringan tubuh untuk tujuan komersial, melakukan *implant* atau bedah kosmetik tanpa keahlian dan kewenangan, melakukan upaya kehamilan yang tidak sesuai dengan ketentuan, memproduksi dan mengedarkan sediaan farmasi berupa obat tradisional atau kosmetika yang tidak memenuhi standar atau persyaratan dan lain-lain.

Dari kutipan diatas terlihat bahwa perlindungan hukum yang baik bagi penerima pelayanan kesehatan, dengan sanksi yang sangat berat bagi pemberi jasa. Disini tentu diharapkan agar pihak pemberi jasa selalu berhati-hati dalam menjalankan profesi kepada masyarakat, agar tidak terkena sanksi hukum yang demikian berat (Hanafiah & Amir, 1999).

2.3 Konsep Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

2.3.1 Definisi operasional Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

Bakohumas (2010) yang dikutip dari Efendi & Kurniati (2011) bahwa definisi dari Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) masih belum dijelaskan secara langsung. Kriteria Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) penetapannya dilakukan oleh berbagai kebijakan. Akan tetapi ada beberapa rujukan yang memiliki istilah terkait, misalnya daerah tertinggal, didefinisikan berdasarkan kondisi sosial, ekonomi, budaya dan wilayah (fungsi inter dan intra-spasial pada aspek alam, aspek manusia, serta prasarana pendukungnya).

1. Daerah Tertinggal

Berdasarkan Permenkes Nomor 1231 Tahun 2007 tentang Penugasan Khusus Sumber Daya Manusia Kesehatan, daerah tertinggal adalah daerah kabupaten/kota yang relatif kurang berkembang dibandingkan dengan daerah lain dalam skala nasional dan berpenduduk relatif tertinggal. Ditetapkan berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 5 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) ditetapkan 183 kabupaten/kota di 27 provinsi. Kriteria penetapan oleh Kementerian Negara Pembangunan Daerah Tertinggal (KDPT) dengan 6 kriteria yaitu perekonomian masyarakat, sumber daya manusia, prasarana, kemampuan keuangan lokal, aksesibilitas dan karakteristik daerah.

Bappenas (2011) yang dikutip dari Efendi & Kurniati (2011) bahwa faktor penyebab suatu daerah dikategorikan sebagai daerah tertinggal, antara lain sebagai berikut:

1. Geografis. Umumnya secara geografis daerah tertinggal relatif sulit dijangkau karena letaknya yang jauh di pedalaman, perbukitan/pegunungan, kepulauan, pesisir, dan pulau-pulau terpencil atau karena faktor geomorfologis lainnya sehingga sulit dijangkau oleh jaringan baik transportasi maupun media komunikasi.
2. Sumber daya alam. Beberapa daerah tertinggal tidak memiliki potensi sumber daya alam, daerah yang memiliki sumber daya alam yang besar namun lingkungan sekitarnya merupakan daerah yang dilindungi atau tidak dapat dieksploitasi, dan daerah tertinggal akibat pemanfaatan sumber daya alam yang berlebihan.
3. Sumber daya manusia. Pada umumnya masyarakat di daerah tertinggal mempunyai tingkat pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan yang relative rendah, serta kelembagaan adat yang belum berkembang.
4. Prasarana dan sarana. Keterbatasan prasarana dan sarana komunikasi, transportasi, air bersih, irigasi, kesehatan, pendidikan, dan pelayanan lainnya yang menyebabkan masyarakat di daerah tertinggal tersebut mengalami kesulitan untuk melakukan aktivitas ekonomi dan sosial.

5. Daerah rawan bencana dan konflik sosial. Seringnya suatu daerah mengalami bencana alam dan konflik sosial dapat menyebabkan terganggunya kegiatan pembangunan sosial dan ekonomi.
6. Kebijakan pembangunan. Suatu daerah menjadi tertinggal dapat disebabkan oleh beberapa kebijakan yang tidak tepat seperti kurang memihak pada pembangunan daerah tertinggal, kesalahan pendekatan dan prioritas pembangunan, serta tidak dilibatkannya kelembagaan masyarakat adat dalam perencanaan pembangunan.

Berdasarkan Keputusan Menteri Negara Pembangunan Daerah Tertinggal Nomor 001 Tahun 2005, penetapan kriteria daerah tertinggal dilakukan dengan menggunakan pendekatan berdasarkan pada perhitungan 6 (enam) kriteria dasar, antara lain perekonomian masyarakat, sumber daya manusia, prasarana (infrastruktur), kemampuan keuangan lokal (celah fisik), aksesibilitas dan karakteristik daerah, serta berdasarkan kabupaten yang berada di daerah perbatasan antar negara dan gugusan pulau-pulau kecil, daerah rawan bencana, dan daerah rawan konflik. Keenam kriteria ini diolah dengan menggunakan data Potensi Desa (Podes) 2003 dan Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2002 dan data Keuangan Kabupaten 2004 dari Departemen Keuangan (Efendi & Kurniati, 2011).

2. Daerah Perbatasan

Berdasarkan Permenkes Nomor 1231 Tahun 2007 tentang Penugasan Khusus Sumber Daya Manusia Kesehatan, Daerah Tertinggal, Daerah Perbatasan adalah daerah dalam wilayah NKRI yang berbatasan langsung dengan wilayah kedaulatan tetangga, baik perbatasan darat maupun laut. Perbatasan darat yaitu perbatasan sepanjang garis batas darat (Kabupaten / Kota / Kecamatan) dan *entry point*, sedangkan perbatasan laut adalah Kabupaten/Kota yang mempunyai wilayah laut yang berbatasan langsung dengan Negara tetangga dan *cluster* pulau-pulau kecil di sekitar 92 pulau kecil terluar.

Kabupaten/wilayah geografis yang berhubungan dengan negara tetangga, dengan penduduk yang bermukim di wilayah tersebut disatukan melalui hubungan sosio-ekonomi, dan sosio-budaya dengan cakupan wilayah administratif tertentu setelah ada kesepakatan antar negara yang berbatasan. Berdasarkan Keputusan Kepala Badan Nasional Pengelola Perbatasan (BNPP) nomor 1, 2 dan 3 tahun 2011, daerah perbatasan juga merupakan bagian dari wilayah negara yang terletak pada sisi dalam sepanjang batas wilayah dengan negara lain, dalam hal batas wilayah negara di darat kawasan perbatasan berada di kecamatan. BNPP juga menetapkan terdapat 111 kecamatan dalam 38 kabupaten di 12 provinsi yang menjadi sasaran BNPP tahun 2010-2014.

3. Pulau-Pulau Kecil Terluar (PPKT)

Berdasarkan Permenkes Nomor 1231 Tahun 2007 tentang Penugasan Khusus Sumber Daya Manusia Kesehatan, Daerah Tertinggal, Pulau-Pulau Kecil Terluar (PPKT) adalah pulau-pulau dengan luas area kurang atau sama dengan 2000 km² yang memiliki titik dasar koordinat geografis yang menghubungkan garis pangkal laut kepulauan sesuai hukum internasional dan nasional. Pulau-pulau kecil terluar ini diterapkan berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 78 Tahun 2005 dimana terdapat 92 PPKT yang berada di 45 kabupaten/kota.

4. Pulau-Pulau Kecil Terluar Berpenduduk (PPKTB)

Pulau-pulau kecil terluar yang berpenduduk yang memerlukan pelayanan dasar dan perhatian dalam masalah kesehatan. Berdasarkan data Tim Toponomi Perpres Nomor 78 Tahun 2005 terdapat 34 pulau termasuk Pulau Nusakambangan yang terletak di 11 provinsi dan 21 kabupaten/kota.

2.3.2 Kondisi dan permasalahan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

1. Analisa Situasi

Berdasarkan tujuan yang ingin dicapai, kemkes (2012) telah melakukan analisis *SWOT (Strength, Weakness, Opportunities and Threat)* dan kecenderungannya, dimana faktor internal ditinjau dari kemampuan dan kelemahan sektor kesehatan dan faktor eksternal ditinjau dari peluang dan ancaman yang timbul akibat

dari situasi/kondisi daerah, lintas sektor, masyarakat dan Pemerintah Daerah di DTPK, sebagai berikut:

1) Kekuatan (*Strenght*)

- (1) Adanya Puskesmas/sarana pelayanan kesehatan di hampir setiap kecamatan di DTPK
- (2) Adanya Rumah Sakit pemerintah maupun swasta di setiap kabupaten/kota, dan provinsi di DTPK
- (3) Adanya kebijakan nasional tentang program peningkatan upaya kesehatan di DTPK

2) Kelemahan (*Weakness*)

- (1) Keterbatasan distribusi jumlah, kompetensi dan jenis tenaga kesehatan khususnya di DTPK
- (2) Jarak ke fasilitas pelayanan publik jauh
- (3) Puskesmas PONED terbatas
- (4) Puskesmas yang melaksanakan Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) terbatas
- (5) Prasarana dasar di DTPK
 1. Fasilitas jalan belum optimal
 2. Sarana komunikasi yang terbatas
 3. Ketersediaan air bersih yang terbatas
 4. Sarana transportasi yang terbatas, seringkali tidak tersedia
- (6) Listrik tidak ada, atau tidak tersedia selama 24 jam
- (7) Logistik kesehatan di DTPK terbatas

- (8) Ketersediaan untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan umumnya dan SPM bidang kesehatan khususnya dari Pemda Kabupaten di DTPK masih terbatas
- (9) Sistem rujukan belum berjalan
- (10) Pelaksanaan pembangunan kesehatan tidak direncanakan secara terpadu
- (11) Sistem Jaminan Kesehatan Nasional, sebagai bagian integral dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dalam UU No. 40/2004 (baru akan dilaksanakan awal 2014)

3) Peluang (*Opportunities*)

- (1) Kekayaan alam yang cukup
- (2) Tradisi yang menjadi kekayaan budaya Indonesia
- (3) Kearifan masyarakat setempat
- (4) Jumlah penduduk relatif sedikit
- (5) Desentralisasi
- (6) Kebijakan pemerintah terkait Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan
- (7) Penduduk yang umumnya dapat menerima kondisi yang ada
- (8) Peran dan dukungan Kementerian dan lembaga terkait
- (9) Dukungan Swasta, LSM dan Masyarakat

- (10) Dukungan dunia internasional pada masyarakat miskin dan masyarakat di DTPK termasuk Komunitas Adat Terpencil (KAT)
- (11) Pengembangan berbagai sektor seperti pertambangan, perkebunan, kehutanan dan lainnya.
- (12) Ketersediaan Sumber Daya Manusia di bidang kesehatan yang akan ditempatkan di DTPK dengan insentif yang khusus

4) Ancaman (*Threat*)

- (1) Isu integrasi penduduk dengan negara tetangga
- (2) Kondisis ekonomi yang relatif rendah/kemiskinan
- (3) Geografi yang sulit (terutama di bidang transportasi)
- (4) Masih kurangnya perhatian masyarakat pada kelompok-kelompok tertentu (kesehatan Ibu, Bayi dan Anak, pola pengasuhan anak untuk pertumbuhan dan perkembangannya)
- (5) Kurangnya pengawasan Pemerintah Daerah dalam berbagai sektor di DTPK
- (6) Globalisasi arus informasi, perdagangan dan teknologi
- (7) Liberalisasi perdagangan dan pelayanan
- (8) Pengembangan industri di daerah pedalaman yang tidak termonitor
- (9) Konflik antar suku dan ras

- (10) Masuknya penduduk negara tetangga yang menduduki dan mengklaim wilayah di lokasi DTPK
- (11) Pertahanan dan keamanan
- (12) Pertumbuhan penduduk 2,56% di atas angka rata-rata nasional karena program KB yang sulit diselenggarakan
- (13) Budaya masyarakat yang bertentangan dengan kesehatan

5) Kecenderungan

- (1) Pembangunan di DTPK seringkali terabaikan karena jumlah penduduknya yang sedikit, lokasinya yang terpencil dan sangat sulit dijangkau
- (2) Pembangunan di DTPK seringkali bersifat sektoral/parsial
- (3) Pembangunan di banyak daerah di DTPK kurang memperhatikan dampaknya terhadap kondisi lingkungan/ekosistem daerah serta kesehatan masyarakat
- (4) *Deforestry* di banyak daerah, selain berpengaruh pada kondisi lingkungan dan perubahan iklim, juga menurunkan pendapatan masyarakat lokal, yang berpengaruh pada penambahan jumlah penduduk miskin di DTPK

- (5) Kecenderungan perubahan gaya hidup masyarakat berdampak pada peningkatan angka penyakit degeneratif, penyakit hubungan seksual, penyalahgunaan Napza, dan lain-lain.
- (6) Terjadinya *reemerging diseases*, timbulnya kembali penyakit-penyakit lama yang menjadi masalah kesehatan di masyarakat
- (7) Pengaruh resesi ekonomi global pada perkembangan daerah

6) Isu Strategis

Kemkes (2012) menyebutkan bahwa isu strategis yang ada di DTPK yaitu:

- (1) Perbatasan dan kedaulatan negara
- (2) Kondisi geografi dan iklim yang berpengaruh di DTPK
- (3) Keterpencilan daerah karena keterbatasan transportasi dan komunikasi
- (4) Pembiayaan kesehatan yang terus meningkat
- (5) Terbatasnya jumlah, jenis dan mutu sumber daya manusia yang ada
- (6) *Double Burden* atau *multiple burden* masalah kesehatan dan penyakit dengan adanya berbagai penyakit akibat terbukanya isolasi, transportasi

- (7) Kemiskinan, kesadaran dan kepedulian masyarakat pada kesehatan.

2.3.3 Pelayanan kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

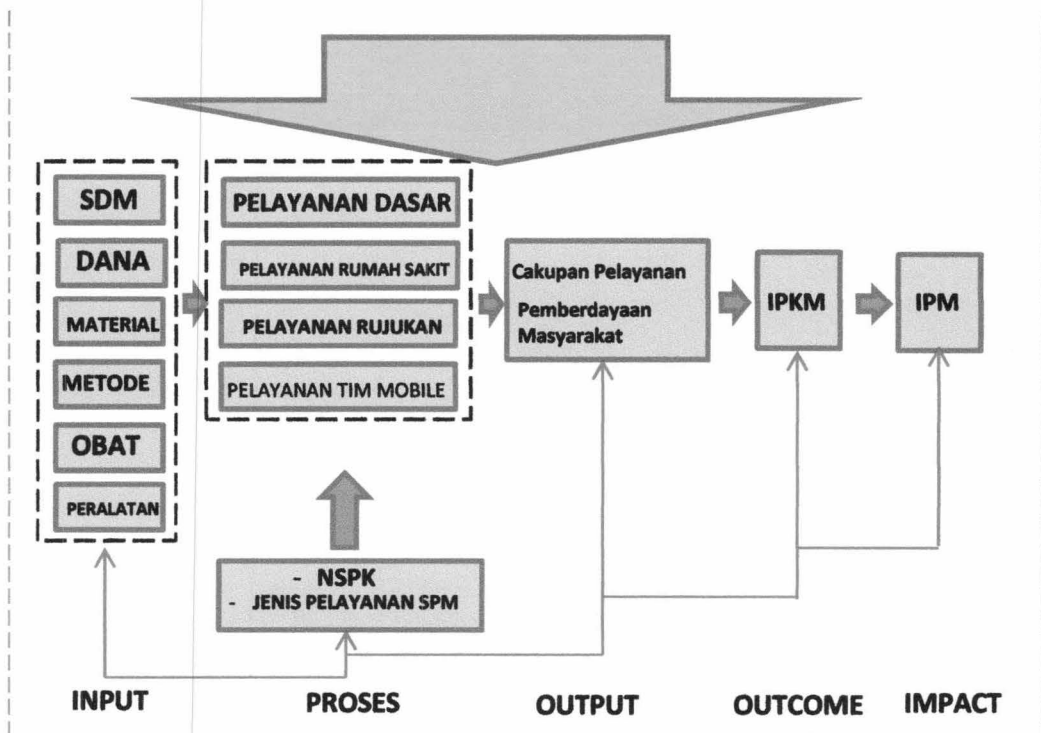
1. Konsep Dasar Pelayanan Kesehatan di DTPK

Program pelayanan kesehatan di DTPK telah dikembangkan Kementerian Kesehatan sejak tahun 1985 melalui program Inpres maupun program bantuan luar negeri seperti proyek *United Nation Development and Planning* (UNDP). Program pelayanan kesehatan di DTPK sudah dilaksanakan hampir di semua kabupaten secara rutin walaupun dalam kondisi yang terbatas. Dengan masuknya kebijakan mengurangi kesenjangan antar daerah pada RPJP 2005-2025 maka terjadi peningkatan yang signifikan pada pengembangan program pelayanan kesehatan di DTPK. Hal ini terlihat dari masuknya isu DTPK pada berbagai program, adanya peningkatan pembiayaan pada program DTPK di berbagai program utama, serta banyaknya intervensi Kementerian/Lembaga dalam pengembangan DTPK (Kemkes, 2012).

Kemkes (2012) bahwa pelayanan kesehatan di DTPK, secara prinsip sama dengan pelayanan di tempat lainnya. Akan tetapi, dalam pelaksanaan dan tahapan kegiatan diperlukan pendekatan yang berbeda mengingat adanya karakteristik dan hambatan yang berpengaruh secara mendasar antara lain:

- 1) Kondisi geografi dan kondisi alam/iklim;
- 2) Masalah kedaulatan dan *show window*;
- 3) Kondisi budaya sosial, ekonomi masih tertinggal;
- 4) Kondisi keamanan;
- 5) Jarak ke fasilitas pelayanan publik jauh;
- 6) Prasarana dasar di DTPK;
 - (1) Fasilitas jalan belum optimal
 - (2) Sarana komunikasi terbatas
 - (3) Air bersih sulit
 - (4) Sarana transportasi terbatas
 - (5) Listrik tidak tersedia di beberapa wilayah tertentu
- 7) Penyebaran masyarakat dalam jumlah kecil di wilayah yang luas
- 8) Peraturan perundang-undangan yang belum mendukung seperti:
 - (1) Desentralisasi kewenangan kepada Kabupaten/Kota tidak disertai dengan dukungan pembiayaan yang diperlukan
 - (2) Belum tegasnya peran provinsi dalam pemberdayaan kabupaten
 - (3) Dicabutnya Inpres Puskesmas dan pelayanan daerah terpencil (pembangunan sarana, tenaga, peralatan dan bahan habis pakai) di Fasilitas pelayanan kesehatan di DTPK

Upaya terobosan berupa peningkatan akses pelayanan kesehatan di DTPK sangat diperlukan karena terbatasnya sarana dan prasarana serta sumber daya manusia yang ada di DTPK khususnya di Puskesmas terpencil/sangat terpencil agar masyarakat di daerah tersebut mendapat pelayanan kesehatan dengan mutu yang dapat dipertanggungjawabkan.



Gambar 2.2 Model sistem pelayanan kesehatan di DTPK (Kemkes, 2012)

Tantangan di atas berpengaruh terhadap berbagai *input* pelayanan dan proses pelayanan. Berbagai keterbatasan dan tantangan yang ada menyebabkan pelayanan kesehatan di daerah terpencil dan sangat terpencil harus menentukan sasaran utama kegiatan, pelayanan prioritas yang akan dilakukan serta memadukan beberapa kegiatan yang dapat dilaksanakan oleh tenaga kesehatan strategis yang ada. Disamping itu, dalam upaya

pelayanan rujukan di DTPK, perlu digunakan konsep wilayah cakupan rujukan. Hal ini bertujuan agar pelayanan yang dilakukan sesuai kebutuhan, berdaya guna dan berhasil guna serta menghasilkan daya ungkit yang tinggi (Kemkes, 2012).

2. Model Dasar Pelayanan Kesehatan di DTPK

Mengingat karakteristik DTPK berbeda dengan non DTPK, maka diperlukan pendekatan yang berbeda agar upaya peningkatan akses pelayanan berfungsi optimal (Kemkes, 2012).

Kemkes (2012) bahwa sesuai dengan karakteristik yang berbeda tersebut, rencana pembangunan pelayanan kesehatan di DTPK perlu dibagi menjadi 3 Model Dasar:

- 1) Model Pelayanan Kesehatan di daerah tepencil
- 2) Model Pelayanan Kesehatan di Perbatasan
- 3) Model Pelayanan Kesehatan di Kepulauan

Adapun ciri masing-masing model, dapat diuraikan sebagai berikut:

1) Model Pelayanan Kesehatan di daerah Terpencil

- (1) Perencanaannya difokuskan untuk menghilangkan kesenjangan pelayanan akibat keterpencilan daerah dengan cara memperkuat fasilitas pelayanan kesehatan yang ada
- (2) Penguatan kemampuan fasilitas kesehatan dasar

- (3) Penguatan kemampuan Rumah Sakit Kabupaten yang berada di wilayah cakupan rujukannya, sebagai pusat rujukan medik
- (4) Tersedia radio medik

2) Model Pelayanan Kesehatan di daerah Perbatasan

- (1) Perencanaannya difokuskan untuk menciptakan pelayanan kesehatan yang mampu berperan sebagai '*gate keeper*', rujukan kesehatan dan *show window* pelayanan kesehatan dengan pembangunan unit pelayanan kesehatan yang responsif dan kompetitif terhadap pelayanan kesehatan di daerah perbatasan
- (2) Membangun kerja sama dengan Negara tetangga dalam rujukan gawat darurat
- (3) Adanya koordinasi pelayanan kesehatan antara Pemda/Dinas kesehatan dengan kantor kesehatan pelabuhan
- (4) Tersedia radio medik

Model ini hanya untuk daerah Perbatasan RI dengan negara yang pelayanannya kesehatannya lebih menarik. Untuk perbatasan lain, cukup pelayanan kesehatan yang responsif yang mampu menjawab perkembangan '*demand*' masyarakat.

3) Model Daerah Kepulauan

- (1) Perencanaannya difokuskan untuk menciptakan pusat jejaring pelayanan kesehatan rujukan
- (2) Evakuasi dilakukan berdasarkan konsep wilayah cakupan rujukan
- (3) Pengembangan tanaman obat keluarga
- (4) Tersedia radio medik

3. Jenis dan pola pelayanan kesehatan di DTPK

SPM Bidang Kesehatan diterapkan pada urusan wajib daerah. Oleh karena itu, SPM merupakan bagian integral dari Pembangunan Kesehatan yang berkeseinambungan, menyeluruh, terpadu sesuai Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (Kemkes, 2012). Untuk itu, berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintah Bidang Kesehatan, Pemerintah kabupaten/kota berkewajiban melaksanakan urusan kesehatan. Lebih lanjut Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 922 tahun 2008 menetapkan, Pemerintah Kabupaten/Kota mampu menyusun dan menetapkan kebijakan/NSPK upaya pelayanan kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala kabupaten/kota setelah NSPK ditetapkan oleh Pemerintah kabupaten/Kota.

Dalam pelayanan kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan. Pelayanan (DTPK) kesehatan di Puskesmas terpencil dan sangat terpencil dilaksanakan dengan 2

pola, mencakup Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas dan Pelayanan Kesehatan Klinik Bergerak (*Mobile Clinic*)

1) Pelayanan Puskesmas

Pelayanan yang dilakukan di Puskesmas, Puskesmas Pembantu maupun Poskesdes, Pelayanan dilakukan baik dalam gedung dan kegiatan luar gedung yang dekat dengan sarana pelayanan kesehatan.

2) Pelayanan Kesehatan Klinik Bergerak (*Mobile Clinic*)

Pelayanan Klinik Bergerak dilakukan oleh tim untuk menjangkau masyarakat di kampung, desa yang letaknya jauh dari sarana pelayanan kesehatan seperti di daerah terpencil/terisolasi.

(1) Pelayanan Kesehatan Klinik Bergerak (*Mobile Clinic*)

adalah pelayanan kesehatan dasar terpadu baik promotif, preventif, kuratif dengan melakukan kunjungan ke tempat sasaran, yang bertujuan mendekatkan akses pelayanan kepada masyarakat.

Tim dapat terdiri dari:

(1) Tim Puskesmas

(2) Gabungan Tim Puskesmas dan Kabupaten

(3) Gabungan Tim Puskesmas, Kabupaten dan Provinsi

Kegiatan *Tim Mobile Clinic* dapat dilakukan dengan kendaraan roda 4 khusus, kendaraan roda 2, pusling air,

pesawat terbang atau menggunakan hewan (kuda) serta berjalan kaki.

(2) Pelayanan yang dilakukan

Pelayanan kesehatan yang dapat dilakukan oleh *Tim Mobile Clinic* meliputi konseling medik, deteksi dini (*early diagnosis*), pengobatan dasar penyakit (*prompt treatment*) dengan prioritas KIA, Gizi, Imunisasi, HIV & AIDS, TB, dan Malaria, serta melaksanakan kegiatan pemberdayaan masyarakat dan promosi kesehatan (*Health Promotion*) juga kegawatdaruratan.

(3) Sarana Pendukung

1. Logistik
2. Peralatan Komunikasi
3. Peralatan Keselamatan bagi pelaksana

4. Manajemen Pelayanan Kesehatan di DTPK

1) Manajemen Pelayanan Kesehatan

Dalam melaksanakan kegiatan, pelayanan kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) perlu ditunjang manajemen yang baik yang meliputi evaluasi, perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta penilaian (Kemkes, 2012).

Kemkes (2012) bahwa agar kegiatan Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak (TPKB) dapat berjalan dengan baik dan terpadu maka perlu adanya kegiatan :

(1) Evaluasi

Sebelum menyusun perencanaan, perlu dilakukan evaluasi kinerja pelayanan. Evaluasi pelayanan kesehatan dilaksanakan pada akhir tahun, yang ditujukan untuk melihat sejauh mana :

1. Kebutuhan pelayanan yang belum terpenuhi
2. Upaya yang telah dilakukan dalam mencapai indikator keberhasilan yang disusun pada tahun lalu.

(2) Perencanaan

1. Perencanaan disusun secara komprehensif dan terpadu setiap tahun, dengan memperhatikan
 - 1) Profil kesehatan kabupaten/provinsi
 - 2) Pemanfaatan pelayanan yang ada
 - 3) Ketersediaan pelayanan yang ada
 - 4) Kebutuhan pelayanan yang belum tersedia
2. Penting diperhatikan berbagai prasyarat yang harus ada untuk mencapai *output – outcome* dan *impact* pelayanan yang diharapkan. Contoh, dalam program Jamkesmas, perlu dilakukan:
 - 1) Kendali kasus (mana kompetensi rumah sakit dan mana yang merupakan kompetensi Puskesmas)
 - 2) Kendali biaya (meliputi imbal jasa nakes, Obat dan bahan habis pakai)

3) Kendali mutu, dengan menyusun standar dan SOP pelayanan

(3) Pelaksanaan dan Pengendalian

1. Pelaksanaan dan pengendalian kegiatan pelayanan kesehatan dipantau melalui kegiatan monev yang dilaksanakan oleh kabupaten
2. Tujuan kegiatan ini adalah untuk mengetahui keberhasilan/kesenjangan atau kegagalan dan kesinambungan suatu kegiatan/upaya yang telah dilaksanakan dengan memperhatikan sumber daya yang ada serta kondisi situasi yang terjadi di lapangan
3. Pencatatan dan pelaporan yang merupakan alat untuk mengetahui pencapaian kegiatan serta merencanakan kegiatan di tahap berikutnya.

(4) Penilaian

1. Penilaian pelayanan kesehatan dilaksanakan pada akhir tahun, yang ditujukan untuk melihat sejauh mana upaya yang telah dilakukan dalam mencapai indikator keberhasilan yang disusun pada awal tahun
2. Penilaian lebih ditujukan sebagai *self assessment* (penilaian diri) terhadap kinerja bersama yang dapat dimanfaatkan untuk perencanaan berikutnya. Keempat aspek manajemen ini seharusnya berjalan secara

berjenjang, sinkron, terpadu dan berkelanjutan dari semua tingkat administratif, yaitu:

- (1) Tingkat Desa
- (2) Tingkat Kecamatan
- (3) Tingkat Kabupaten
- (4) Tingkat Provinsi
- (5) Tingkat Pusat

2) Sistem Informasi

Analisa situasi harus menghasilkan informasi tentang kebutuhan pelayanan yang merupakan hal penting dalam pelaksanaan kegiatan berikut (Kemkes, 2012) :

1. Permintaan bantuan dari lokasi ke jejaring TPKB
2. Kegiatan yang sudah dilaksanakan
3. Hasil yang sudah dicapai
4. Data yang diperlukan untuk merencanakan kegiatan yang akan datang.

Sistem Informasi Puskesmas (SIMPUS) merupakan sistem informasi yang disusun untuk mendukung pelaksanaan kegiatan di Puskesmas. Pola pencatatan dan pelaporan di Puskesmas dengan berbagai format yang ada merupakan bagian dari SIMPUS yang perlu diperhatikan semua Puskesmas, tetapi dalam pelaksanaan di Puskesmas terpencil dan sangat terpencil perlu didukung oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam

menganalisa data, mengingat terbatasnya tenaga yang ada (Kemkes, 2012).

2.3.4 Dukungan sumber daya kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

1. Ketenagaan

Kemkes (2012) menyebutkan bahwa Puskesmas dan Rumah Sakit Rujukan di DTPK merupakan sarana pelayanan yang memerlukan dukungan sumber daya manusia yang cukup bila diharapkan melaksanakan kegiatan pelayanan dengan baik dan bermutu. Mengingat berbagai kendala yang ada, antara lain terbatasnya tenaga kesehatan yang mau bertugas di DTPK serta kurangnya dukungan sarana prasarana yang terbatas. Dengan kondisi tersebut maka pola pelayanan di DTPK merupakan pelayanan khusus dengan ketenagaan yang diharapkan mempunyai kemampuan yang lebih baik. Pemenuhan tenaga kesehatan di DTPK harus bertahap dan melibatkan berbagai pemangku kebijakan terkait dan terobosan dalam pemenuhan ketenagaan tersebut.

Ada beberapa faktor yang berpengaruh terhadap ketenagaan untuk bekerja di DTPK (Kemkes, 2012).

1. Kompetensi

Disusun berdasarkan jenis kegiatan pelayanan dan latar belakang pendidikannya.

2. Insentif

Untuk meningkatkan motivasi kerja, Pemda wajib memberikan insentif untuk petugas. Besaran dan jenis insentif disesuaikan dengan ketentuan daerah masing-masing.

Berdasarkan Keputusan Menkes RI Nomor 1235 Tahun 2007 tentang pemberian insentif bagi sumber daya manusia kesehatan yang melaksanakan penugasan khusus. Insentif tersebut bersifat insentif material dan non-material. Adapun insentif yang bersifat material adalah uang, perumahan, kendaraan, fasilitas komunikasi, dan fasilitas hiburan. Sedangkan insentif non-material yang diminati tenaga medis antara lain peluang pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah, peluang mengikuti pendidikan dan latihan, peluang mendapat kenaikan istimewa (untuk PNS), peluang untuk diangkat menjadi PNS atau pegawai tetap, dan peluang peningkatan karir (Efendi & Kurniati, 2011).

3. Kewenangan

Dalam melaksanakan pelayanan, petugas harus memiliki kompetensi dan kewenangan. Untuk itu, petugas harus diberi kewenangan dengan dasar Surat Keputusan (SK) dengan memperhatikan :

1. Surat Penugasan dari Dinkes
2. Kompetensi
3. Tempat tugas/wilayah kerja

4. Waktu/masa kerja yang diperkenankan

Kewenangan ini diberikan agar petugas dan program terlindungi dengan baik.

2. Pembiayaan

Kemkes (2012) menyebutkan bahwa pembiayaan peningkatan akses pelayanan kesehatan di DTPK seyogyanya merupakan hasil perhitungan yang melingkupi pelayanan langsung (Dinas Kesehatan) maupun pelayanan lintas sektor yang berpengaruh terhadap pencapaian SPM kesehatan. Adapun sumber pembiayaan dapat dihimpun dari gabungan dari berbagai sumber, yaitu :

- 1) APBD Kabupaten/Kota
- 2) APBD Propinsi
- 3) APBN Pusat
- 4) APBN – DAK
- 5) APBN – TP
- 6) APBN – Dana Dekonsentrasi
- 7) Swasta/LSM – CSR

Mengingat 101 Puskesmas prioritas adalah beranda depan Indonesia yang mencerminkan kondisi Indonesia di dunia internasional, seyogyanya pelayanan kesehatan di DTPK mendapat dukungan intensif dari pusat lebih dibandingkan program lainnya (Kemkes, 2012).

3. Sarana Pelayanan

Kemkes (2012) menyebutkan bahwa sarana pelayanan untuk pelayanan kesehatan di DTPK dapat menggunakan pesawat terbang dan atau helikopter dari pihak luar. Adapun pola pembiayaannya, dapat dibagi menjadi 2 pola, yaitu:

1) Pola sewa pesawat:

- (1) Sewa penuh/*Charter*: Sewa pesawat swasta, dibayar penuh oleh Pemerintah (Pusat/daerah)
- (2) Sewa terbatas: Sewa pesawat untuk instansi Pemerinta, untuk pola pembiayaan kerjasama dengan instansi pemerintah perlu disiapkan aturan khusus seperti Permenkeu dll.
- (3) Kombinasi a dan b

2) Pola CSR (*Corporate Social Responsibility*), bantuan sosial oleh swasta yang melaksanakan program pelayanan kesehatan di DTPK.

4. Alat Kesehatan

Kemkes (2012) menyebutkan bahwa peralatan pelayanan kesehatan di DTPK, harus disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan pelayanan yang akan dilaksanakan, antara lain:

1. Personal kit
2. Untuk pelayanan dengan TPKB :
 - 1) Poliklinik kit
 - 2) Bidan kit (KIA dan KB)

- 3) Penyuluhan
 - 4) PHN kit
 - 5) Antropometri kit, *food model* dan Posyandu kit
 - 6) Imunisasi kit
 - 7) Sanitarian kit
 - 8) *Minor surgery* kit
 - 9) UKGS kit (Mobile Dental Kit)
 - 10) Puskesmas Pembantu Set
3. Untuk pelayanan rujukan:
- 1) Peralatan Gawat darurat
 - 2) Peralatan pelayanan gigi
5. Obat dan Perbekalan Kesehatan Habis Pakai

Kemkes (2012) menyebutkan bahwa obat dan perbekalan kesehatan habis pakai yang dibutuhkan adalah yang alkes dengan teknologi tepat guna, praktis dan sederhana mengingat sebagian besar kondisi geografinya tergolong sulit.

Obat dan bahan habis pakai untuk pelayanan kesehatan di DTPK akan disesuaikan kebutuhan kegiatan serta aturan keuangan yang berlaku. Hal lain yang perlu dipikirkan adalah perlunya kebijakan dimana beberapa pemeriksaan laboratorium diarahkan menggunakan rapid test.

6. Pendukung Lainnya

Kemkes (2012) menyebutkan bahwa dalam melaksanakan pelayanan kesehatan di Puskesmas terpencil dan sangat terpencil di

DTPK dimana kegiatan TPKB menjadi kebutuhan yang besar, perlu didukung peralatan dan pembiayaan yang baik, seperti :

1. Peralatan Pendukung Keselamatan bagi petugas lapangan
 - (1) *Life jacket*
 - (2) Jas hujan
 - (3) Perlengkapan petugas lainnya
2. Hal lain yang diperlukan
 - (1) Paket lapangan untuk tim
 - (2) Asuransi petugas

2.3.5 Pembinaan dan indikator keberhasilan kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

1. Pembinaan, Pengawasan dan Pengendalian

Pembinaan, pengawasan dan pengendalian pelayanan kesehatan di DTPK, dilaksanakan secara berjenjang dari tingkat pusat, provinsi maupun Kabupaten/Kota (Kemkes, 2012).

Kemkes (2012) menyebutkan bahwa mengingat fungsi pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan medik, maka pembinaan dilakukan sesuai kewenangan, tugas dan fungsi, yaitu:

Tabel 2.2 Pembinaan, pengawasan, dan pengendalian pelayanan kesehatan di DTPK sesuai kewenangan, tugas, dan fungsi

PEMERINTAH	PEMDA PROVINSI	PEMDA KAB/KOTA
Pengelolaan upaya kesehatan di DTPK skala nasional:	Bimbingan dan pengendalian upaya kesehatan di DTPK skala provinsi:	Penyelenggaraan upaya kesehatan di DTPK skala kabupaten/kota:
1. Penyusunan dan penetapan kebijakan /	1. Penyusunan dan penetapan kebijakan /	1. Penyusunan dan penetapan kebijakan /

NSPK upaya pelayanan kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala nasional	NSPK upaya pelayanan kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala provinsi	NSPK upaya pelayanan kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala Kabupaten/kota
2. Penyusunan pengembangan rencana upaya pelayanan kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala nasional	2. Penyusunan pengembangan rencana upaya pelayanan kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala provinsi	2. Penyusunan pengembangan rencana upaya pelayanan kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala Kabupaten/kota.
3. Sosialisasi, advokasi dan koordinasi LP, LS, LSM, swasta dan masyarakat terkait kebijakan upaya pelayanan kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala nasional	3. Sosialisasi, advokasi dan koordinasi LP, LS, LSM, swasta dan masyarakat terkait kebijakan upaya pelayanan kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala provinsi	3. Sosialisasi, advokasi dan koordinasi LP, LS, LSM, swasta dan masyarakat terkait kebijakan upaya pelayanan kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala Kabupaten/kota
4. Bimbingan teknis monitoring dan evaluasi terhadap upaya pelayanan kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala nasional	4. Bimbingan teknis monitoring dan evaluasi terhadap upaya pelayanan kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala provinsi	4. Bimbingan teknis monitoring dan evaluasi terhadap upaya pelayanan kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala Kabupaten/kota
5. Pengembangan sumber daya manusia pengelolaan pelayanan kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala nasional	5. Pengembangan sumber daya manusia pengelolaan pelayanan kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala provinsi	5. Pengembangan sumber daya manusia pengelolaan pelayanan kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala Kabupaten/kota
6. Pengembangan teknologi dan informasi pelayanan	6. Pengembangan teknologi dan informasi pelayanan	6. Pengembangan teknologi dan informasi pelayanan

kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala nasional	6. Pengembangan teknologi dan informasi pelayanan kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala provinsi	kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala Kabupaten/kota
7. Kajian pengelolaan/manajemen mutu pelayanan kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala nasional	7. Kajian pengelolaan/manajemen mutu pelayanan kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala provinsi	7. Kajian pengelolaan/manajemen mutu pelayanan kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala Kabupaten/kota
8. Fasilitasi dan penyelenggaraan pemenuhan sumber daya upaya pelayanan kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala nasional	8. Fasilitasi dan penyelenggaraan pemenuhan sumber daya upaya pelayanan kesehatan Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala provinsi	8. Fasilitasi dan penyelenggaraan pemenuhan sumber daya upaya pelayanan kesehatan pada Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan skala Kabupaten/kota

Sumber : Pedoman Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan di DTPK, Kemenkes RI, 2012

2. Penanggung Jawab / Koordinator

Kemkes (2012) menyebutkan bahwa penanggungjawab dan koordinator urusan pelayanan kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) adalah sebagai berikut:

1) Pelaksanaan Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan di Pusat:

Sebagai penanggung jawab/koordinator adalah kementerian Kesehatan (unit utama yang bertanggungjawab di bidang bina pelayanan kesehatan) Pelaksanaan Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan di

- 2) Provinsi: Sebagai penanggungjawab/koordinator adalah Dinas Kesehatan Provinsi
- 3) Pelaksanaan Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota: Sebagai penanggungjawab/koordinator adalah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

3. Indikator Pelayanan Kesehatan di DTPK

Indikator keberhasilan adalah suatu alat untuk mengukur sejauh mana kegiatan telah dilaksanakan secara berdaya guna dan berhasil guna (Kemkes, 2012).

Menurut Kemkes (2012), indikator pelayanan kesehatan di DTPK dapat dibagi atas 3 kelompok besar yaitu:

(1) Indikator Keberhasilan di tingkat Pusat

1. Terbinanya Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan di Provinsi DTPK
2. Tersedianya biaya pelayanan kesehatan di DTPK secara wajar

(2) Indikator Keberhasilan di tingkat Daerah

1. *Outcome* yang membaik, pada:

- 1) Derajat Kesehatan Ibu, bayi dan balita
- 2) Status gizi masyarakat
- 3) Angka kesakitan penyakit menular
- 4) Pelayanan Gawat Darurat di DTPK
- 5) Peran serta masyarakat

2. Tertanganinya kasus rujukan

Presentase desa-desa terpencil yang terlayani di wilayah kerja Puskesmas.

(3) Indikator Program di tingkat Puskesmas dan Rumah Sakit

Sesuai indikator yang diharapkan program dengan nilai capaian yang disesuaikan dengan SPM Kabupaten/kota, seperti:

1. Cakupan pelayanan ibu hamil K1 dan K4
2. Persalinan ditolong oleh Bidan atau dukun terlatih
3. Cakupan pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (KF)
4. Cakupan penanganan kasus Asfiksia
5. Cakupan penanganan kasus Tetanus Neonatorum
6. Cakupan imunisasi rutin TT
7. Pertolongan persalinan yang aman dan bersih
8. Cakupan penanganan kasus ISPA melalui MTBS
9. Cakupan penanganan kasus Diare melalui MTBS
10. Cakupan penimbangan bayi dan balita di Posyandu
11. Cakupan pemberian ASI Eksklusif
12. Cakupan penanganan kasus gizi buruk melalui MTBS
13. Cakupan pemberian tablet Fe pada ibu hamil
14. Cakupan balita yang dilayani MTBS
15. Cakupan pemantauan garam beryodium di masyarakat
16. Presentase penduduk yang menggunakan cara pencegahan yang efektif untuk memerangi malaria
17. Presentase penderita malaria yang diobati

18. Pencapaian pemeriksaan sediaan darah (konfirmasi laboratorium)
19. Insidensi TB-Paru
20. Prevalensi TB-Paru
21. Kasus TB-Paru yang dideteksi
22. Kasus TB-Paru yang diobati melalui Program DOTS
23. Pencapaian *Success Rate*
24. Cakupan penemuan penderita secara dini
25. Cakupan kegiatan konseling
26. Angka proporsi cacat tingkat II (cacat akibat kerusakan syaraf dan cacat terlihat)
27. Cakupan penemuan kasus pneumonia pada balita
28. Terlayannya kasus Gadar
29. Jumlah kasus rujukan
30. Poskesdes aktif

2.3.6 Kebijakan dan strategi pelayanan kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

1. Kebijakan

Kemkes (2012) menyebutkan bahwa kebijakan dalam pelayanan kesehatan Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) yaitu:

- 1) Kebijakan pengembangan kesehatan di DTPK merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Kebijakan Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat dan Kebijakan Pemerintah Daerah

- 2) Pelayanan kesehatan di DTPK diutamakan untuk meningkatkan jangkauan, pemerataan serta mutu pelayanan
- 3) Pemberdayaan masyarakat di DTPK, ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatannya secara mandiri sesuai tingkat kemampuannya
- 4) Pelayanan kesehatan di DTPK akan mendayagunakan tenaga kesehatan setempat
- 5) Pelayanan kesehatan di DTPK, khususnya pelayanan kesehatan esensial dasar merupakan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat di daerah tersebut dan harus diselenggarakan sesuai dengan harapan masyarakat
- 6) Pengembangan program pelayanan kesehatan di DTPK dilakukan secara bertahap, terpadu dan berkesinambungan
- 7) Pengembangan kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan melibatkan lintas sektor dan swasta

2. Strategi

Kemkes (2012) bahwa dalam rangka mendukung pencapaian target pembangunan kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan, perlu ditetapkan strategi pengembangan pelayanan kesehatan, yaitu:

1) **Strategi I : Meningkatkan pemberdayaan SDM Kesehatan di DTPK**

SDM Kesehatan sebagai pelaksana dalam pelayanan kesehatan, perlu mendapat perhatian yang baik, terlebih di DTPK. Hal ini disebabkan karena sangat terbatasnya petugas yang bersedia untuk mengabdikan

diri melaksanakan pelayanan di DTPK, sehingga perlu perhatian dalam rekrutmen, penempatan, pemberdayaan dan pengembangan karir tenaga kesehatan.

2) Strategi II : Meningkatkan pembiayaan pelayanan kesehatan di DTPK

Pembiayaan sebagai salah satu pendukung utama terlaksananya pelayanan kesehatan di DTPK yang akan mendukung proses pengadaan sarana prasarana, obat dan perbekalan, pemberdayaan SDM, berasal dari anggaran pemerintah, baik yang bersumber dari APBD maupun APBN. Fokus pemenuhan kebutuhan pembiayaan adalah untuk penyelenggaraan SPM bidang kesehatan di kabupaten/kota.

3) Strategi III : Memberdayakan dan menggerakkan peran serta masyarakat di DTPK

Memberdayakan dan menggerakkan peran serta masyarakat dalam upaya kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan setempat, melalui pembentukan Desa Siaga dan pemanfaatan kearifan lokal.

4) Strategi IV : Penguatan pelayanan kesehatan esensi dasar dan pelayanan rujukan

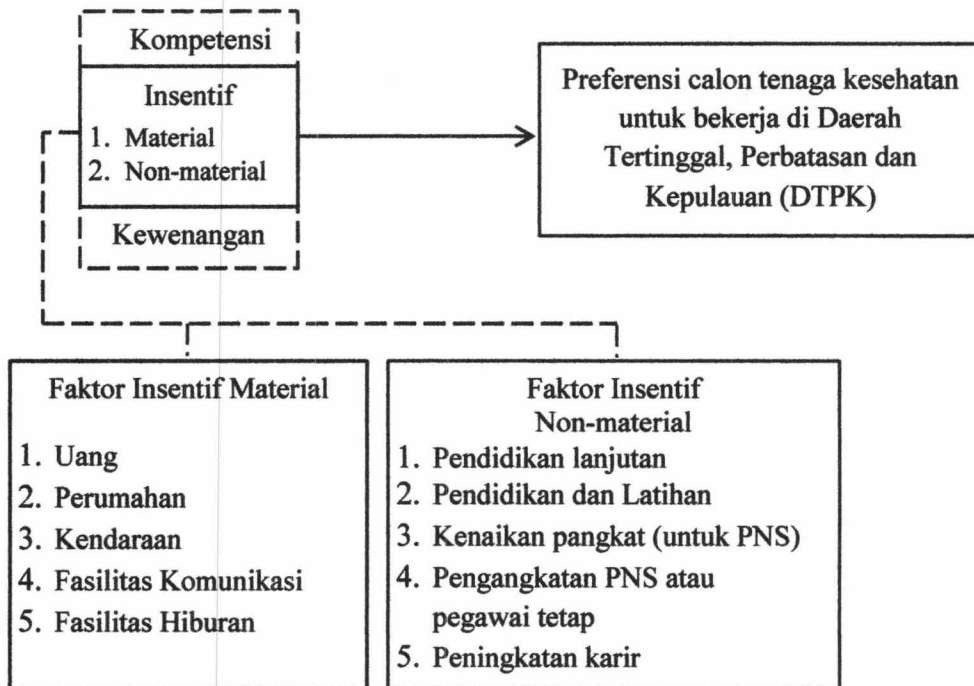
Meningkatkan pelayanan kesehatan pada masyarakat di DTPK dengan pendekatan pelayanan baik melalui upaya untuk mendekatkan kegiatan pelayanan kesehatan, sehingga masyarakat dapat menjangkau dan dijangkau pelayanan kesehatan maupun pembangunan sarana pelayanan kesehatan.

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :

Diukur
 Tidak diukur

Gambar 3.1 Kerangka konseptual analisis faktor yang berhubungan dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) berdasarkan Kementerian Kesehatan (2012).

Pemerataan tenaga kesehatan di Indonesia masih belum optimal, utamanya tenaga kesehatan yang bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (Kemkes, 2010). Kemkes (2012) menjelaskan bahwa faktor yang mempengaruhi tenaga kesehatan untuk bekerja di daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan adalah faktor kompetensi, insentif dan kewenangan yang dimilikinya. Berdasarkan gambar 3.1 dapat dijelaskan pengaruh faktor insentif material dan non-material terhadap preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah,

Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Faktor insentif diklasifikasikan menjadi dua faktor, insentif material yang terdiri dari uang (tunjangan bulanan, asuransi jiwa, dan tunjangan cuti), perumahan, kendaraan (kendaraan dinas, kendaraan operasional), fasilitas komunikasi (telepon, internet), dan fasilitas hiburan (televisi, *VCD player*), dan insentif non-material yang terdiri dari peluang pendidikan lanjutan, peluang mengikuti pendidikan dan latihan, peluang untuk diangkat menjadi Pegawai Negeri Sipil (PNS) atau pegawai tetap dan peluang peningkatan karir.

3.2 Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian. Hipotesis disusun sebelum penelitian dilaksanakan karena hipotesis akan bisa memberikan petunjuk pada tahap pengumpulan, analisis dan interpretasi data (Nursalam, 2008).

Hipotesis yang ditetapkan dalam penelitian ini adalah :

H₁ :

1. Ada hubungan insentif material dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).
2. Ada hubungan insentif non-material dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara memecahkan masalah berdasarkan keilmuan. Bab ini membahas metode penelitian yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian berdasarkan rumusan masalah.

Pada bab ini akan dijelaskan tentang: 1) Desain Penelitian, 2) Populasi, Sampel dan Sampling, 3) Identifikasi Variabel, 4) Definisi Operasional, 5) Instrumen Penelitian, 6) Uji Validitas dan Reliabilitas, 7) Prosedur Pengumpulan Data, 8) Kerangka Operasional Kerja, 9) Analisis Data, dan 10) Masalah Etik (*Etichal Clearance*).

4.1 Desain Penelitian

Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah survei (*Survey Research Method*) yang dilakukan tanpa intervensi terhadap subjek penelitian (masyarakat), sehingga sering disebut penelitian noneksperimen. Jenis penelitiannya adalah penelitian deskriptif (*descriptive*) dimana penelitian diarahkan untuk mendeskripsikan atau menguraikan suatu keadaan di dalam suatu komunitas atau masyarakat. Dalam survei deskriptif pada umumnya penelitian menjawab pertanyaan bagaimana (*how*) (Notoatmodjo, 2010).

4.2 Populasi, Sampel dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi penelitian adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah semua mahasiswa kesehatan di Universitas Airlangga yang terdiri dari mahasiswa Fakultas Kedokteran jurusan pendidikan dokter dan jurusan

pendidikan kebidanan, mahasiswa jurusan pendidikan dokter gigi dari Fakultas Kedokteran Gigi, dan mahasiswa jurusan ilmu keperawatan dari Fakultas Keperawatan.

4.2.2 Sampel

Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2008). Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian mahasiswa kesehatan di Universitas Airlangga sejumlah 224 mahasiswa.

1) Sampel keseluruhan

Peneliti menetapkan kriteria sampel sebagai berikut :

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2008).

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

- 1) Mahasiswa lulusan SMU/ sederajat (jalur reguler)
- 2) Mahasiswa dalam tahap akademik/profesi angkatan 2009
- 3) Telah/sedang menyelesaikan skripsi atau tugas akhir
- 4) Telah menempuh 7 semester

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2008). Pada penelitian ini kriteria eksklusi adalah sebagai berikut:

- 1) Mahasiswa yang berasal dari luar pulau jawa

Setelah mengkriterikan sehingga didapat populasi homogen, maka digunakan rumus berikut untuk menentukan besar sampel dimaksud (Nursalam, 2008) :

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

$$n = \frac{509}{1 + 509 (0,05)^2}$$

$$n = 224 \text{ responden}$$

Keterangan:

n = perkiraan besar sampel

N = besar populasi

d = tingkat signifikansi (p)

2) Sampel per-jurusan

Berdasarkan jumlah sampel yang didapat tersebut, maka dapat diperoleh jumlah sampel di setiap jurusan yaitu sebagai berikut :

$$a = \frac{A}{N} \times n$$

Keterangan:

a = jumlah sampel per-jurusan

A = jumlah populasi per-jurusan

N = besar populasi

n = perkiraan besar sampel

Jumlah sampel yang akan diteliti di setiap jurusan dijelaskan pada tabel 4.1

Tabel 4.1 Jumlah sampel di setiap jurusan

Jurusan	Jumlah Mahasiswa Kriteria Inklusi dan Eksklusi $\Sigma : 509$	Jumlah Sampel (a)
Pendidikan Dokter	204	90
Kebidanan	43	19
Pendidikan Dokter gigi	154	68
Ilmu Keperawatan	108	47
<i>Total Sampel (n)</i>		224

4.2.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2008). Pada penelitian ini menggunakan teknik sampling *probability sampling, stratified random sampling*. Sampel

diambil secara acak setelah semuanya terkumpul tanpa direncanakan ataupun disengaja untuk keperluan pengumpulan data.

4.3 Identifikasi Variabel

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain) (Soeparto, dkk, 2000, dikutip oleh Nursalam, 2008). Variabel dalam penelitian ini adalah:

1. Insentif Material, yang meliputi:
 - 1) Uang (tunjangan bulanan, asuransi jiwa dan tunjangan cuti)
 - 2) Perumahan (rumah dinas atau disediakan uang kontrak)
 - 3) Kendaraan (kendaraan dinas, kendaraan operasional)
 - 4) Fasilitas komunikasi (telepon, internet)
 - 5) Fasilitas hiburan (televisi, *VCD player*)
2. Insentif non-Material, yang meliputi:
 - 1) Peluang pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah
 - 2) Peluang mengikuti pendidikan dan latihan
 - 3) Peluang untuk diangkat menjadi PNS atau pegawai tetap
 - 4) Peluang peningkatan karir
3. Preferensi calon tenaga kesehatan.

4.4 Definisi Operasional

Definisi operasional dirumuskan untuk kepentingan akurasi, komunikasi, dan replikasi (Nursalam, 2008). Definisi operasional digunakan untuk menjelaskan variabel agar tidak menimbulkan perbedaan makna penelitian oleh orang lain. Perumusan definisi operasional dalam penelitian ini diuraikan dalam tabel 4.2

Tabel 4.2 Definisi operasional penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Insentif Material	Pengupahan sejumlah uang, jasa atau barang yang bersifat keuangan dan memberikan imbalan yang berbeda karena prestasi atau kinerja yang berbeda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uang (tunjangan bulanan, asuransi jiwa dan tunjangan cuti) 2. Perumahan 3. Kendaraan 4. Fasilitas Komunikasi (telepon, internet) 5. Fasilitas Hiburan (televisi, VCD player) 	Kuesioner	Nominal diubah menjadi ordinal	Ya : 1 Tidak : 0 <u>Kategori</u> Penting : $\geq 75\%$ Cukup : 55,01-74,99% Kurang : $\leq 55\%$
Insentif Non-material	Pengupahan yang memerlukan investasi waktu dan energi yang besar sebagai imbalan atas prestasi atau pencapaian kinerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. biaya pemerintah 2. Peluang pendidikan dan latihan 3. Peluang pengangkatan Pegawai Negeri Sipil (PNS) atau pegawai tetap 4. Peluang peningkatan karier 	Kuesioner	Ordinal	Sangat Setuju : 4 Setuju : 3 Tidak Setuju : 2 Sangat Tidak Setuju : 1 <u>Kategori</u> Penting : $\geq 75\%$ Cukup : 55,01-74,99% Kurang : $\leq 55\%$
Preferensi calon tenaga kesehatan	Keinginan lebih oleh mahasiswa kesehatan (jurusan pendidikan dokter, pendidikan dokter gigi, pendidikan bidan dan ilmu keperawatan) untuk memilih dibandingkan pada yang lainnya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjadikan sebagai pilihan utama 2. Merekomendasikan untuk dipilih 3. Menyebarluaskan informasi 	Kuesioner	Ordinal	Sangat Setuju : 4 Setuju : 3 Tidak Setuju : 2 Sangat Tidak Setuju : 1 <u>Kategori</u> Preferensi tinggi = $\geq 75\%$ dari Preferensi sedang = 55,01-74,99% dari Preferensi rendah = $\leq 55\%$ dari

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk memperoleh data tentang status sesuatu dibandingkan dengan standar atau ukuran yang telah ditentukan (Arikunto, 2006). Instrumen dalam penelitian ini adalah kuesioner *closedended questions-dichotomy questions* yang berjumlah 28 pertanyaan untuk mengkaji variabel insentif material, serta *closedended questions-multiple choice* yang berjumlah 23 pertanyaan untuk mengkaji variabel insentif non-material dan 5 pertanyaan untuk kuesioner penilaian preferensi calon tenaga kesehatan (Nursalam, 2008). Adapun pada kuisisioner yang digunakan untuk menguji semua variabel telah dibuktikan validitasnya melalui rumus korelasi *product moment* dan reliabilitasnya melalui *reliability test* pada SPSS.

4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas

Untuk meningkatkan kualitas dari hasil penelitian, peneliti menggunakan uji validitas dan reabilitas yang diujikan pada mahasiswa diluar sampel yang akan diteliti.

Validitas adalah tingkat keandalan dan kesahihan alat ukur yang digunakan digunakan dalam penelitian. untuk mendapatkan data tersebut valid atau dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya di ukur (Sugiyono, 2004). Dengan demikian, instrumen yang valid merupakan instrumen yang benar-benar tepat untuk mengukur apa yang hendak di ukur. Uji validitas berguna untuk mengetahui apakah ada pernyataan-pernyataan pada kuesioner yang harus dibuang/diganti karena dianggap tidak relevan. Teknik untuk mengukur validitas kuesioner adalah sebagai berikut dengan menghitung korelasi antar data pada

masing-masing pernyataan dengan skor total, memakai rumus korelasi *product moment*, sebagai berikut :

$$r = \frac{n(\sum XY) - \sum X \sum Y}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Keterangan:

- r : Koefisien korelasi
- n : Jumlah responden
- X : Skor item
- Y : Skor total
- $\sum X$: Jumlah skor items
- $\sum Y$: Jumlah skor total
- $\sum X^2$: Jumlah kuadrat skor item
- $\sum Y^2$: Jumlah kuadrat skor total (Hidayat, 2009)

Setelah diketahui harga korelasi setiap butir soal, langkah selanjutnya yaitu menghitung t hitung dengan rumus

$$t_{\text{hitung}} = \frac{r\sqrt{(n-2)}}{\sqrt{(1-r^2)}}$$

Keterangan:

- t = nilai thitung
- r = koefisien korelasi hasil r hitung
- n = jumlah responden (Hidayat, 2009)

Jika nilai t hitung > 0,05, maka pertanyaan dinyatakan valid, demikian sebaliknya jika t hitung < 0,05, maka dinyatakan tidak valid. Apabila instrument dinyatakan valid, maka indeks korelasinya (r) adalah sebagai berikut:

0,800 – 1,000	: sangat tinggi
0,600 – 0,799	: tinggi
0,400 – 0,599	: cukup tinggi
0,200 – 0,399	: rendah
0,000 – 0,199	: sangat rendah/ tidak valid

Uji reliabilitas berguna untuk menetapkan apakah instrumen yang dalam hal ini kuesioner dapat digunakan lebih dari satu kali, minimal oleh responden yang sama akan menghasilkan data yang konsisten. Reliabilitas instrumen adalah hasil pengukuran yang dapat dipercaya. Reliabilitas instrumen diperlukan untuk mendapatkan data sesuai dengan tujuan pengukuran. Untuk mencapai hal tersebut, dilakukan uji reliabilitas dengan menggunakan metode *alpha cronbach* diukur berdasarkan skala *alpha cronbach* 0 sampai 1. Rumus untuk menghitung koefisien reliabilitas instrument menggunakan *alpha cronbach* adalah sebagai berikut:

$$r = \left[\frac{k}{(k-1)} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_t^2} \right]$$

Keterangan:

- r : Koefesien reliabilitas instrument (cronbach alpha)
 k : Banyak butir pertanyaan atau banyaknya soal
 $\sum \sigma_b^2$: Total varians butir
 σ_t^2 : Total varians

Setelah diketahui nilai *alpha cronbach*, maka nilainya diinterpretasikan sebagai berikut:

1. Nilai *alpha cronbach* 0,00 s.d. 0,20, berarti kurang reliabel
2. Nilai *alpha cronbach* 0,21 s.d. 0,40, berarti agak reliabel
3. Nilai *alpha cronbach* 0,42 s.d. 0,60, berarti cukup reliabel
4. Nilai *alpha cronbach* 0,61 s.d. 0,80, berarti reliabel
5. Nilai *alpha cronbach* 0,81 s.d. 1,00, berarti sangat reliabel

Uji validitas dan reliabilitas kuesioner yang dilakukan peneliti terhadap 8 responden didapatkan:

1. Untuk kuesioner penilaian insentif material, terdapat 24 pertanyaan yang dinyatakan valid dari jumlah total 28 pertanyaan dengan nilai *alpha cronbach* 0,661 yang berarti reliabel.
2. Untuk kuesioner penilaian insentif non-material, didapatkan 17 pertanyaan dinyatakan valid dari jumlah total 23 pertanyaan dalam kuesioner dengan nilai *alpha cronbach* 0,717 yang berarti reliabel.
3. Untuk kuesioner penilaian preferensi calon tenaga kesehatan, seluruh pertanyaan dinyatakan valid dengan nilai *alpha cronbach* 0,788 yang berarti reliabel.

Selanjutnya, peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas ulang dari pertanyaan valid yang dirasa perlu untuk dilakukan perubahan. Dalam uji validitas dan reliabilitas ini, peneliti menggunakan 20 responden untuk menjawab 10 pertanyaan pada kuesioner penilaian insentif material, 16 pertanyaan pada kuesioner penilaian insentif non-material, dan 3 pertanyaan untuk kuesioner penilaian preferensi calon tenaga kesehatan. Dari uji tersebut didapatkan bahwa semua pertanyaan dinyatakan valid dengan nilai masing-masing pertanyaan diatas 0,361 (*t* tabel), dan bernilai *alpha croanbach* 0,512 untuk kuesioner penilaian insentif material yang berarti cukup reliabel, bernilai *alpha croanbach* 0,877 untuk kuesioner penilaian insentif non-material yang berarti sangat reliabel, dan untuk kuesioner penilaian preferensi calon tenaga kesehatan, bernilai *alpha croanbach* 0,757 yang berarti reliabel.

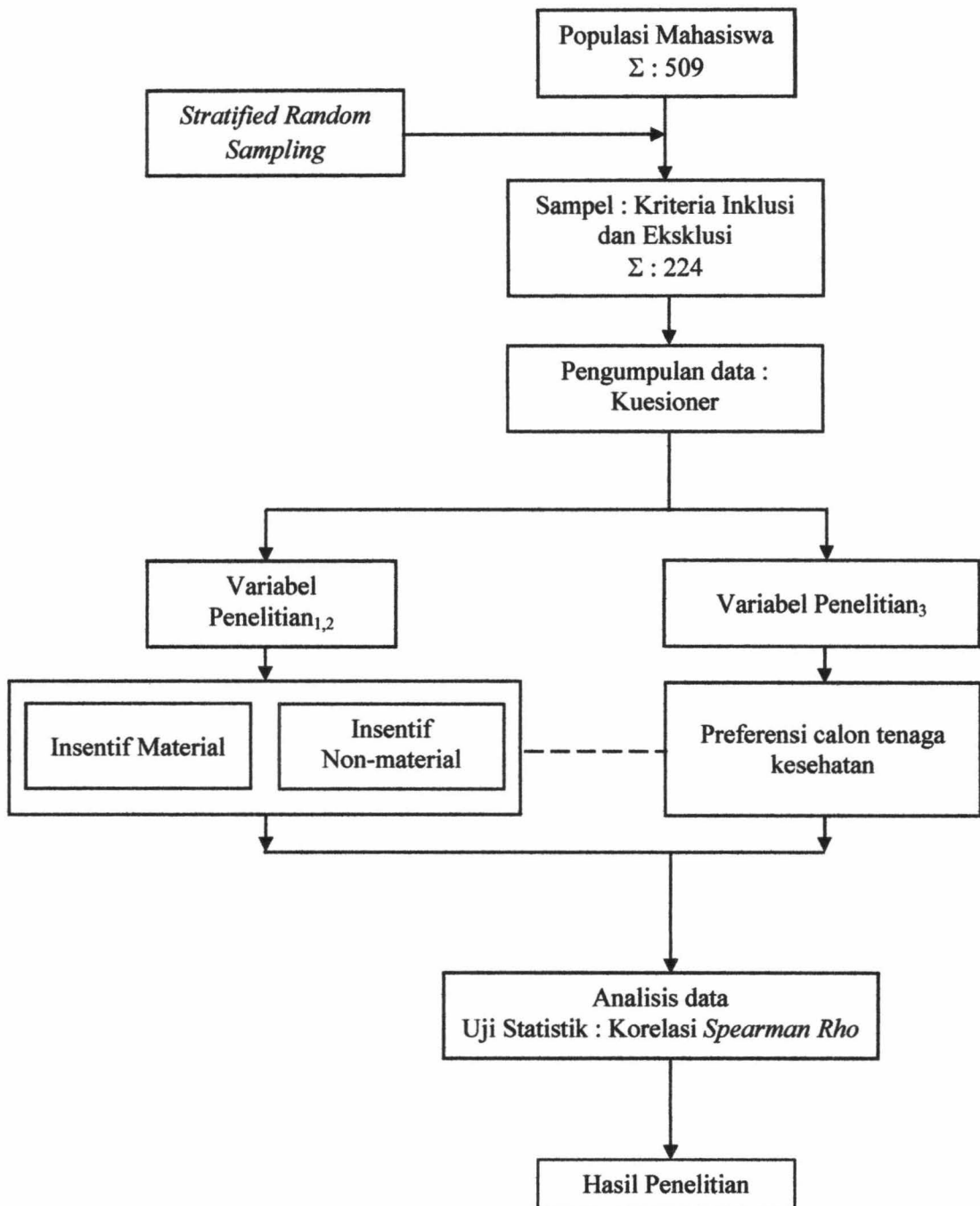
4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Fakultas Kedokteran, Fakultas Kedokteran Gigi, dan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga serta Rumah Sakit Dr. Soetomo (RSDS) Surabaya dan Rumah Sakit Gigi dan Mulut Pendidikan (RSGMP) Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga pada bulan Mei dan Juni 2013.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Setelah mendapatkan izin tertulis dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, peneliti menyerahkan izin ke Fakultas Kedokteran, Fakultas Kedokteran Gigi dan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Setelah itu, peneliti melaksanakan penelitian melalui beberapa tahap. Pertama, peneliti melakukan komunikasi dengan *Person in Charge* (PIC) di masing-masing fakultas untuk membantu menemui responden. Peneliti akan mengumpulkan sebagian responden secara bersamaan di Fakultas masing-masing untuk responden yang sedang menjalankan kegiatan akademik, dan di Rumah Sakit untuk responden yang sedang menjalankan profesi. Responden lainnya akan ditemui secara langsung secara bergantian per individu oleh Peneliti dibantu oleh PIC. Selanjutnya, peneliti melakukan kontrak persetujuan kepada responden dengan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Setelah responden setuju untuk berpartisipasi, peneliti memastikan legalitas persetujuan melalui penandatanganan surat persetujuan (*informed consent*) oleh responden. Tahap selanjutnya, peneliti membagikan kuesioner untuk diisi oleh responden secara individual tanpa pengaruh dari orang lain. Data hasil jawaban responden kemudian dikumpulkan secara anonim serta dijaga kerahasiaannya untuk dianalisis.

4.9 Kerangka Operasional Kerja



Gambar 4.1 Kerangka kerja analisis faktor yang berhubungan dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).

4.10 Analisis Data

Analisis data merupakan bagian terpenting untuk mencapai tujuan penelitian, yaitu mengungkap fenomena (Nursalam, 2003).

Menurut Arikunto (2006), tahap-tahap analisis data dijabarkan sebagai berikut:

1. Tahap Persiapan, yaitu memeriksa kelengkapan data dari responden. Dalam penelitian ini, kelengkapan tersebut meliputi data persetujuan/*informed consent*, kelengkapan lembar kuesioner (menjaga kemungkinan lembar hilang atau sobek), serta kelengkapan isian item oleh responden, termasuk isian responden yang tidak diharapkan muncul.
2. Tahap Tabulasi. Termasuk dalam tahap ini antara lain:

(1) *Scoring* adalah pemberian skor terhadap item jawaban yang memerlukan skor. Dalam penelitian ini, *scoring* dilakukan pada pertanyaan tentang penilaian insentif material dengan nilai 1 untuk jawaban *ya*, dan nilai 0 untuk jawaban *tidak*. Pada pertanyaan tentang penilaian insentif non-material dan preferensi calon tenaga kesehatan dilakukan *scoring* dengan nilai 4 untuk Sangat Setuju (*SS*), 3 untuk Setuju (*S*), 2 untuk Tidak Setuju (*TS*), dan 1 untuk Sangat Tidak Setuju (*STS*). Setelah diketahui nilai skor kemudian dilakukan persentase. Insentif material dan non-material dinilai penting sebagai pengaruh preferensi Bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) dalam interval $\geq 75\%$, dinilai cukup 55,01-74,99%, kurang $\leq 55\%$. Pada variabel preferensi calon tenaga kesehatan skor diberikan nilai 4 untuk jawaban Sangat Setuju (*SS*), nilai 3 untuk jawaban Setuju (*S*), nilai 2 untuk jawaban

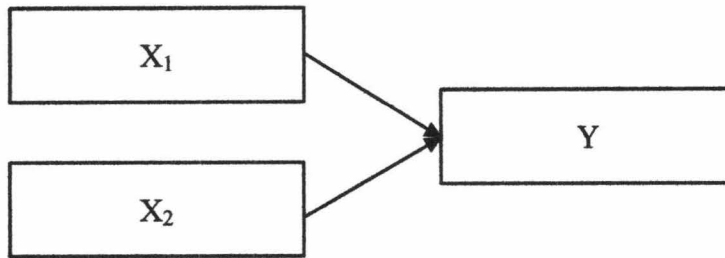
Tidak Setuju (*TS*), dan nilai 1 untuk jawaban Sangat Tidak Setuju (*STS*). Skor variabel preferensi tenaga kesehatan tersebut kemudian dipersentase untuk dikategorikan sebagai preferensi tinggi ($\geq 75\%$ -100%), preferensi sedang (55,01%-74,99%), dan preferensi rendah ($\leq 55\%$).

(2) *Coding* adalah pengkodean terhadap item-item yang tidak memerlukan skor. Kode dalam penelitian ini dimaksudkan untuk mengidentifikasi data demografi responden.

1. Jenis kelamin. P untuk perempuan, L untuk laki-laki,
2. Jurusan. PD : Pendidikan Dokter, BD : Kebidanan, DG : Pendidikan dokter gigi , KP : Keperawatan
3. Nomor kode responden, menggunakan angka arab untuk mengkaji data lain yang tidak dapat diisikan dalam kuesioner.

Sebagai contoh dalam penelitian ini jika ditemukan kode P-PD-18 berarti responden ke 18 adalah perempuan yang menempuh jurusan Pendidikan Dokter.

3. Tahap Analisa Statistik. Penelitian ini bertujuan menguji serta menganalisa hubungan antara variabel penelitian 1, variabel penelitian 2 dengan variabel penelitian 3. Berdasarkan data yang diperoleh peneliti dari kuesioer responden, kemudian akan dilakukan pengujian untuk mengetahui hasil penelitian.



Gambar 4.2 Analisa data

Keterangan : X_1 : Insentif Material
 X_2 : Insentif non-Material
 Y : Preferensi calon tenaga kesehatan

Penjelasan:

1. Ada hubungan insentif material dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).
2. Ada hubungan insentif non-material dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).

Pengujian dimaksud adalah uji korelasional secara statistik, yakni uji korelasi *Spearman Rho* karena jenis data dalam penelitian ini adalah data ordinal. Pengujian ini menggunakan tingkat kemaknaan $p < 0.05$ (*alpha*). Apabila didapatkan p lebih rendah dari 0.05 (*alpha*), menunjukkan terdapat hubungan signifikan antar variabel. Pedoman pemberian interpretasi terhadap derajat kekuatan hubungan digunakan rentang antara -1 sampai dengan 1. Nilai positif menunjukkan adanya hubungan yang menguat. 0,000-0,190 untuk hubungan yang sangat lemah, 0,200-0,399 untuk hubungan lemah, 0,400-0,599 untuk hubungan sedang, 0,600-0,799 untuk hubungan kuat, dan 0,800-1,000 untuk hubungan yang sangat kuat. Apabila diperoleh nilai negatif, menunjukkan hubungan yang berlawanan (Arikunto, 2006). Seluruh proses pengolahan data statistikal dilakukan secara komputerisasi menggunakan program *SPSS (Statistical Product and Service Solutions)*.

4.11 Masalah Etik (*Etichal Clearance*)

4.11.1 *Informed consent*

Lembar persetujuan diberikan kepada responden penelitian. Bentuk persetujuan ditunjukkan dengan penandatanganan lembar *informed consent*. Apabila responden menolak, maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden.

4.11.2 *Anonimity (tanpa nama)*

Kerahasiaan terhadap responden menjadi prioritas dengan tidak menyebut nama pada pengisian data demografi.

4.11.3 *Confidentiality (kerahasiaan)*

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dengan hanya menyajikan data yang diperlukan untuk kepentingan penelitian tanpa mengungkap sumber informasi secara perorangan.

4.12 Keterbatasan Penelitian

1. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner memungkinkan responden dengan sengaja memberikan jawaban yang tidak jujur.
2. Beberapa responden tidak bisa dikumpulkan secara bersamaan, hal tersebut didasarkan karena responden sedang dalam pendidikan profesi dan menyelesaikan tugas akhir.

BAB 5
HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian yang telah dilakukan. Penjelasan hasil penelitian meliputi gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik responden yang terdiri dari jenis kelamin, jurusan dan asal daerah dan dilanjutkan dengan identifikasi hasil penelitian sesuai variabel yang telah ditetapkan pada tujuan penelitian. Identifikasi variabel hasil penelitian tersebut selanjutnya dianalisis dan dibahas sesuai tujuan penelitian yang ditetapkan. Variabel yang diukur adalah insentif material, insentif non-material, dan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Untuk mengetahui tingkat signifikansi dan menganalisis hubungan antar variabel digunakan uji statistik *Spearman Rho* dengan tingkat signifikansi α 0,005.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Pengumpulan data penelitian dilaksanakan pada tanggal 1 Mei - 6 Juli 2013 dengan jumlah responden 224 orang mahasiswa dari jurusan pendidikan dokter, pendidikan dokter gigi, pendidikan bidan dan jurusan ilmu keperawatan Universitas Airlangga. Penelitian ini dilaksanakan di Fakultas Kedokteran, Fakultas Kedokteran Gigi dan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya dan Rumah Sakit Gigi dan Mulut Pendidikan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga. Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, dulunya dikenal sebagai *NIAS (Nederlandsch Indische Artsen School)* berdiri pada tahun

1849. Hal tersebut diawali dengan penyampaian usul kepada Pemerintah Kolonial Belanda pada tanggal 9 dan 11 Oktober 1847 untuk mendidik pemuda-pemuda Jawa yang berbakat menjadi ahli-ahli praktek kesehatan.

Pada tanggal 2 Januari 1849, melalui keputusan pemerintah No. 22, didirikanlah *NIAS* sebagai tempat pendidikan dokter di Surabaya dengan Dr. R.J.F. Van Zaben sebagai direktur pertamanya. Sejak tahun 1913, pendidikan dokter di Surabaya berlangsung di Jalan Kedungdoro 38 Surabaya. Pada tahun 1923 gedung *NIAS* dipindah ke tempat Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang sekarang. Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga menjadi awal berdirinya Universitas Airlangga selain Fakultas Kedokteran Gigi yang dulunya dikenal sebagai *STOVIT (School Tot Opleiding Van Indische Tandarsten)*. Hingga sekarang, pendidikan dokter di Universitas Airlangga dilakukan di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang terletak di Jalan Mayjen. Prof. Dr. Moestopo Kampus A Universitas Airlangga. Pada tahun 1982 sampai sekarang, dimulai penerapan sistem baru yaitu Satuan Kredit Semester (SKS) dan lama pendidikan menjadi 6 tahun. Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga menempati Kampus A seluas 70.353 m² yang terdiri dari luas lahan untuk bangunan 43.309 m² dan luas lahan terbuka 27.044 m². Untuk mencapai tujuannya, maka pengembangan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga berorientasi pada Pola Ilmiah Pokok (PIP) Universitas Airlangga, yaitu yaitu "Bina Potensi Sumber Daya Manusia (SDM) dan Lingkungan Hidup Manusia melalui pengembangan ilmu-ilmu kehayatan dan ilmu-ilmu sosial humaniora". Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Fakultas

Kedokteran Universitas Airlangga mempunyai mitra bestari, yaitu RSU Dr. Soetomo yang merupakan rumah sakit kelas A dan rumah sakit rujukan tertinggi untuk kawasan Timur Indonesia. Saat ini, Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga terbagi dalam 10 pendidikan pra klinik dan 19 pendidikan klinik. Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga memiliki 4 program studi diploma III, 2 program studi Sarjana dan profesi, 4 program studi magister, 1 program studi doktor dan 24 program studi spesialis.

Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga, dulunya dikenal sebagai *STOVIT (School Tot Opleiding van Indische Tandartsen)*. *STOVIT* berdiri atas prakarsa Dr. Lonkhuizen yang saat itu menjabat sebagai Kepala Departemen Kesehatan Masyarakat. Beliau mempunyai gagasan untuk membuka sekolah pendidikan dokter gigi di Kota Surabaya dan meminta Dr. R.J.F. Van Zaben, direktur *NIAS (Nederlandsch Indische Artsen School)* untuk memimpinya pada bulan Juli 1928. Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga bertempat di Kampus A Universitas Airlangga Jalan Mayjen. Prof. Dr. Moestopo No. 47 Surabaya.

Pemerintah Belanda, *Netherland Indische Civil Administration (NICA)* setelah mengalahkan Jepang mengubah nama pendidikan menjadi *Tandheelkundig Intituut (TI)*, Institut Ilmu Kedokteran Gigi pada tahun 1947 yang dipimpin oleh Dr. JM Klinkhamer Sr. Selanjutnya pada tahun 1948 diubah menjadi *Universiteir Tandheelkundig Instituut (UTI)* bersama *Faculteit voor Genesskunde* di bawah *Indonesische Universiteit* di Surabaya. Pada zaman Republik Indonesia Serikat (RIS) tahun 1949 UTI menjadi Lembaga Ilmu Kedokteran Gigi (LIKGI) dengan

lama pendidikan 4 tahun, dipimpin oleh Prof. M. Knap sampai tahun 1953. Setelah pensiun, beliau diganti oleh Prof. M. Soetojo sebagai pemimpin Lembaga ini yang berlangsung sampai tahun 1954. Sejak berdirinya Universitas Airlangga pada Rabu 10 November 1954, maka LIKG diubah menjadi 6 tingkat.

Menyesuaikan dengan pengembangan sistem pendidikan, sejak 1978 kurikulum diubah menjadi pendidikan 5 tahun yang terbagi dalam 10 semester. Pola pengembangan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga sesuai dengan paradigma baru pengelolaan pendidikan tinggi yaitu menyiapkan lulusan akademik yang berkualitas, salah satu aspek yang dikembangkan adalah upaya peningkatan kapasitas institusional dan peningkatan mutu dan relevansi pendidikan tinggi. Pola pengembangan ini teruang dalam Rencana Strategis (Renstra) 2004-2009 Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga. Saat ini, Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga memiliki 1 program studi diploma III, pendidikan sarjana dan profesi pendidikan dokter gigi, 1 program studi magister ilmu kesehatan gigi dan 7 program studi spesialis.

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, bertempat di Kampus C Universitas Airlangga Jalan Mulyorejo Surabaya. Fakultas ini berdiri pada tanggal 20 Juni 2008 yang sebelumnya dikenal sebagai salah satu program studi di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Pendirian Program Studi Ilmu Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga merupakan hasil upaya bersama antara Departemen Pendidikan dan

Kebudayaan, Departemen Kesehatan dan lembaga terkait lain yang telah mengadakan lokakarya secara intensif sejak tahun 1998.

Sebagai langkah selanjutnya, maka pada bulan Desember 1997 dibentuklah Kelompok Kerja Keperawatan di Konsorsium Ilmu Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah ditunjuk oleh Direktorat Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan dan Kebudayaan dengan Surat Keputusan dari Dirjen Dikti No : 122/Dikti/Kep/1999, tanggal 7 April 1999 untuk menyelenggarakan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan (Program Pendidikan Ners). Pada tanggal 20 Juni 2008 berdasarkan Surat Keputusan Rektor Nomor 5404/J03/OT/2008 ditetapkan bahwa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran berubah status menjadi Fakultas Keperawatan.

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga melaksanakan pendidikan Ners yang mengacu pada Surat Keputusan Mendiknas Nomor 45 Tahun 2002 dimana kurikulum inti dapat diberikan berkisar antara 40-80%. Pendidikan Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga ditempuh selama 5 tahun meliputi 4 tahun (8 semester) pendidikan akademik dan 1 tahun (2 semester) pendidikan profesi.

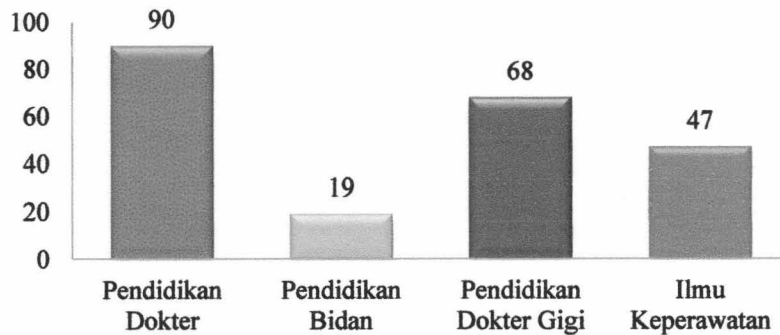
Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo (RSUD Dr. Soetomo) merupakan Rumah Sakit Daerah yang bertempat diantara Kampus A dan Kampus B Universitas Airlangga. Tepatnya berada di Jalan Mayjen Prof. Dr. Moestopo 6-8 Surabaya. Rumah Sakit ini telah menjadi Rumah Sakit tipe A yang dikelola oleh Pemerintah Propinsi Jawa Timur dengan jumlah SDM 4983 orang. RSUD Dr. Soetomo telah menjadi mitra bestari Fakultas

Kedokteran Universitas Airlangga. Sejak tahun 2007, RSUD Dr. Soetomo menerima akreditasi ISO 9001:2000 untuk sistem manajemen IRD, Graha Amerta, Instalasi Rawat Jalan (IRJ) dan Instalasi Rawat Inap (IRNA), akreditasi Rumah Sakit 16 pelayanan pada tahun 2008, akreditasi ISO 9001:2008 untuk sistem manajemen IRD, IRJ, Gedung Bedah Pusat Terpadu (GBPT), dan seluruh IRNA dan pada tahun 2011, RSUD Dr. Soetomo lulus akreditasi RS Pendidikan Tipe A. Sampai saat ini, RSUD Dr. Soetomo berkembang menjadi Rumah Sakit berkualitas dengan 25 SMF (Staf Medik Fungsional) dan 34 instalasi termasuk unit perpustakaan.

Rumah Sakit Gigi dan Mulut Pendidikan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga merupakan salah satu Rumah Sakit Pendidikan yang dimiliki oleh Universitas Airlangga. Rumah sakit ini bersebelahan dengan gedung Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga yang berada di Kampus A Universitas Airlangga. Rumah Sakit Gigi dan Mulut atau yang biasa dikenal sebagai RSGMP Universitas Airlangga saat ini mempunyai pelayanan yang terbagi menjadi tiga kategori, yaitu pelayanan umum oleh mahasiswa S1 (*under graduate*), pelayanan umum dokter gigi PPDGS (Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis) / pascasarjana, dan Klinik Gigi Spesialis Terpadu untuk pasien umum kelas *VIP (Very Important Person)*. Pada klinik gigi spesialis terpadu tersebut pasien bebas untuk minta perawatan kepada dokter gigi spesialis yang dikehendaki, yang ada di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga, yaitu spesialis bedah mulut, konservasi gigi, orthodontia, periodontia, prosthodontia, pedodontia (gigi anak), dan spesialis penyakit mulut.

5.1.2 Data Umum

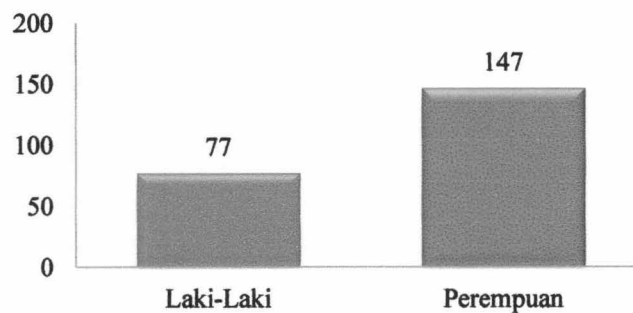
5.1.2.1. Distribusi Responden Berdasarkan Jurusan



Gambar 5.1 Distirbusi responden berdasarkan Jurusan di Universitas Airlangga, Mei-Juni 2013

Berdasarkan gambar 5.1, dapat diketahui bahwa distribusi responden berdasarkan jurusan terbagi dalam 40% responden dari jurusan Pendidikan Dokter (90 orang), 30% responden dari jurusan Pendidikan Dokter Gigi (68 orang), 21% responden dari jurusan Ilmu Keperawatan (47 orang), dan 9% responden dari jurusan Pendidikan Bidan (19 orang).

5.1.2.2. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 5.2 Distirbusi responden berdasarkan Jenis Kelamin di Universitas Airlangga, Mei-Juni 2013

Berdasarkan gambar 5.2, dapat diketahui bahwa responden terbanyak berjenis kelamin perempuan dengan jumlah 147 responden dari total 224 responden atau 60,25%.

5.1.3 Deskripsi responden menurut variabel penelitian

Pada bagian ini akan diuraikan tentang hasil penelitian yang meliputi data yang berhubungan dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).

5.1.3.1. Gambaran distribusi responden berdasarkan faktor insentif material

Tabel 5.1 Faktor insentif material calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

No.	Insentif Material (Uang, Perumahan, Kendaraan, Fasilitas Komunikasi, Fasilitas Hiburan)	Ya		Tidak	
		Σ	%	Σ	%
1.	Gaji pokok yang akan saya terima telah mencukupi pemenuhan kebutuhan hidup selama saya bertugas di DTPK				
	Dokter Rp. 2.050.000	81	36.16	143	63,84
	Dokter Gigi Rp. 2.050.000				
	Bidan Rp. 1.700.000				
	Perawat Rp. 1.700.000				
<i>Sumber : Kementerian Kesehatan RI, 2011</i>					
2.	Saya lebih memilih uang (tunjangan bulanan, asuransi jiwa, dan tunjangan cuti) daripada perumahan, kendaraan, fasilitas komunikasi, dan fasilitas hiburan ketika saya bertugas di DTPK	128	57.14	96	42.86
3.	Uang (tunjangan bulanan, asuransi jiwa, dan tunjangan cuti) akan berpengaruh positif pada minat saya untuk bekerja di DTPK	194	86.61	30	13.39
4.	Saya lebih memilih perumahan daripada uang (tunjangan bulanan, asuransi jiwa, dan tunjangan cuti), kendaraan, fasilitas komunikasi, dan fasilitas hiburan ketika saya bertugas di DTPK	80	35.71	144	64.29
5.	Fasilitas perumahan akan berpengaruh positif pada minat saya untuk bekerja di DTPK	186	83.04	38	16.96
6.	Fasilitas kendaran akan berpengaruh positif pada minat saya untuk bekerja di DTPK	175	78.13	49	21.88
7.	Telepon diperlukan untuk menunjang kinerja saya selama bertugas di DTPK	182	81.25	42	18.75
8.	Fasilitas komunikasi (telepon, internet) akan berpengaruh positif pada minat saya untuk bekerja di DTPK	173	77.23	51	22.77
9.	Televisi diperlukan sebagai hiburan ketika saya bertugas di DTPK	152	67.86	72	32.14
10.	Fasilitas hiburan (televisi, VCD player) akan berpengaruh positif pada minat saya untuk bekerja di DTPK	148	66.07	76	33.93

Berdasarkan tabel 5.1, didapatkan sebanyak 81 responden (36,16%) setuju tentang kebijakan Kementerian Kesehatan RI tentang penetapan gaji pokok tenaga kesehatan selama bertugas di DTPK. 128 responden (57,14%)

lebih memilih uang (tunjangan bulanan, asuransi jiwa, dan tunjangan cuti) daripada perumahan, kendaraan, fasilitas komunikasi, dan fasilitas hiburan ketika bertugas di DTPK. Faktor uang (tunjangan bulanan, asuransi jiwa, dan tunjangan cuti) berpengaruh positif terhadap minat 194 responden (86,61%). 80 responden (35,71%) lebih memilih perumahan daripada daripada uang (tunjangan bulanan, asuransi jiwa, dan tunjangan cuti), kendaraan, fasilitas komunikasi, dan fasilitas hiburan ketika bertugas di DTPK. Faktor fasilitas perumahan berpengaruh positif terhadap minat 186 responden (83,04%) dan fasilitas kendaraan berpengaruh positif terhadap minat 175 responden (78,13%). 182 responden (81,25%) mengatakan bahwa telepon diperlukan untuk menunjang kinerja selama bertugas di DTPK, dan fasilitas komunikasi (internet dan telepon) berpengaruh positif terhadap minat 173 responden (77,23%). 152 responden (67,86%) mengatakan bahwa televisi diperlukan sebagai hiburan ketika bertugas di DTPK, dan fasilitas hiburan (televisi, *VCD Player*) berpengaruh positif terhadap minat 148 responden (66,07%).

5.1.3.2. Gambaran distribusi responden berdasarkan faktor insentif non-material

Tabel 5.2 Faktor insentif non-material calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

No.	Insentif Non-Material (Pendidikan lanjutan, Pendidikan dan Pelatihan, Pangkat menjadi PNS atau pegawai tetap, dan Peningkatan karir)	Jumlah (Σ)			
		Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
1.	Pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah setelah saya bertugas di DTPK akan bermanfaat bagi saya dan orang lain	129	86	8	1
2.	Pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah akan disediakan ketika saya telah menyelesaikan tugas di DTPK sepenuhnya	96	92	30	6
3.	Pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah bisa disediakan	81	95	42	6

	kapanpun pada saat saya bertugas di DTPK dengan ketentuan bersedia bertugas kembali setelah selesai menyelesaikan pendidikan lanjutan				
4.	Saya berhak memilih institusi tempat untuk Pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah	118	87	17	2
5.	Saya lebih memilih pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah daripada mengikuti pendidikan dan pelatihan, pengangkatan menjadi Pegawai Negeri Sipil (PNS) atau pegawai tetap, dan peningkatan karir ketika saya bertugas di DTPK	59	86	72	7
6.	Pendidikan dan latihan yang sesuai/tidak sesuai jurusan saya, akan bermanfaat bagi saya dan orang lain	64	133	21	6
7.	Pendidikan dan latihan yang akan saya ikuti harus dilaksanakan di DTPK tempat saya bertugas	32	86	90	16
8.	Pendidikan dan latihan disediakan oleh pemerintah dan saya diwajibkan untuk berpartisipasi didalamnya	39	110	64	11
9.	Saya lebih memilih akses untuk mengikuti pendidikan dan latihan daripada pengangkatan menjadi Pegawai Negeri Sipil (PNS) atau pegawai tetap, pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah, dan peningkatan karir ketika saya bertugas di DTPK	32	78	97	17
10.	Pengangkatan menjadi Pegawai Negeri Sipil (PNS) atau pegawai tetap setelah saya bertugas di DTPK akan bermanfaat bagi saya dan orang lain	79	120	21	4
11.	Pengangkatan menjadi Pegawai Negeri Sipil (PNS) atau pegawai tetap dilakukan ketika saya telah menyelesaikan tugas di DTPK	54	121	43	6
12.	Pengangkatan menjadi Pegawai Negeri Sipil (PNS) atau pegawai tetap ketika saya telah menyelesaikan tugas di DTPK akan berpengaruh positif pada minat saya untuk bekerja di DTPK	57	125	38	4
13.	Jabatan saya akan ditingkatkan sesuai dengan kompetensi yang saya kuasai dan lama penugasan saya di DTPK	81	118	22	3
14.	Kenaikan jabatan akan dilakukan ketika saya telah menyelesaikan tugas di DTPK	56	116	45	7
15.	Peningkatan karir tidak selalu kenaikan jabatan. Kenaikan gaji pokok, cuti bertugas untuk studi lanjutan, dll, juga termasuk peningkatan karir	68	109	40	7
16.	Peningkatan karir setelah saya bertugas di DTPK akan berpengaruh positif pada minat saya untuk bekerja di DTPK	80	119	20	5

. Berdasarkan tabel 5.1, didapatkan sebanyak 217 responden (96,88%) setuju bahwa pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah setelah bertugas di DTPK akan bermanfaat dan 190 responden (84,82%) setuju bahwa pendidikan tersebut disediakan setelah menyelesaikan tugas di DTPK sepenuhnya. 179 responden (84,82%) setuju dan sangat setuju bahwa pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah bisa disediakan kapanpun pada saat bertugas di DTPK dengan ketentuan bersedia bertugas kembali setelah

selesai menyelesaikan pendidikan tersebut. 208 responden (92,86%) setuju dan sangat setuju untuk berhak memilih institusi tempat pendidikan lanjutan tersebut. 147 responden (65,63%) lebih memilih pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah daripada mengikuti pendidikan dan pelatihan, pengangkatan menjadi Pegawai Negeri Sipil (PNS) atau pegawai tetap, dan peningkatan karir ketika bertugas di DTPK. 199 responden (88,84%) menyatakan bahwa pendidikan dan latihan yang tidak sesuai jurusannya akan bermanfaat dan 118 responden (52,68) menyatakan bahwa pendidikan dan latihan yang diikuti harus dilaksanakan di DTPK yang menjadi tempat mereka bertugas. 150 responden (66,96%) setuju dan sangat setuju ketika pendidikan dan latihan disediakan oleh pemerintah dan diwajibkan untuk mengikutinya. 110 responden (49,11%) setuju dan sangat setuju untuk memilih akses mengikuti pendidikan dan latihan daripada pengangkatan menjadi Pegawai Negeri Sipil (PNS) atau pegawai tetap, pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah, dan peluang peningkatan karir ketika bertugas di DTPK. 200 responden setuju dan sangat setuju bahwa pengangkatan menjadi Pegawai Negeri Sipil (PNS) atau pegawai tetap setelah bertugas di DTPK akan bermanfaat dan 176 responden (78,57) menyatakan bahwa hal tersebut dilakukan setelah menyelesaikan tugas di DTPK, 181 responden (80,80%) menyatakan bahwa pengangkatan menjadi Pegawai Negeri Sipil (PNS) atau pegawai tetap akan berpengaruh positif pada minatnya untuk bekerja di DTPK. 201 responden (89,73%) setuju dan sangat setuju bahwa jabatan mereka akan ditingkatkan sesuai dengan kompetensi yang dikuasai dan lama penugasan selama di DTPK, dan 170 responden (75,89%)

menyatakan bahwa hal tersebut dilakukan ketika mereka menyelesaikan tugas di DTPK. Dari hasil penelitian juga didapatkan bahwa 176 responden (78,57%) menyatakan setuju dan sangat setuju bahwa peningkatan karir tidak selalu kenaikan jabatan, hal lain seperti kenaikan gaji pokok, cuti bertugas untuk pendidikan lanjutan juga merupakan peningkatan karir. Peningkatan karir tersebut berpengaruh terhadap minat 199 responden (88,84%) untuk bekerja di DTPK

5.1.3.3. Gambaran distribusi responden berdasarkan faktor preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

Tabel 5.3 Preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

No.	Preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)	Jumlah (Σ)			
		Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
1.	Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) menjadi salah satu pilihan saya untuk bekerja nantinya	27	108	70	19
2.	DTPK akan menjadi pilihan utama saya untuk bekerja ketika semua fasilitas sesuai dan terpenuhi.	34	107	73	10
3.	Setelah bertugas di DTPK, saya akan merekomendasikannya kepada tenaga kesehatan lain	7	26	152	39

Berdasarkan tabel 5.3, didapatkan bahwa Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) menjadi salah satu pilihan dari 135 responden (60,27%) untuk bekerja. 141 (62,95%) setuju dan sangat setuju untuk bekerja di DTPK ketika semua fasilitas sesuai dan terpenuhi. Dari hasil penelitian juga didapatkan bahwa 191 responden (85,27%) akan merekomendasikan Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) kepada tenaga kesehatan lain sebagai salah satu pilihan untuk bekerja.

5.1.3.4. Hubungan insentif material dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

Tabel 5.4 Tabulasi silang faktor insentif material dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

Insentif Material	Preferensi Calon Tenaga Kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)						Total	
	Preferensi Tinggi		Preferensi Sedang		Preferensi Rendah		Σ	%
	Σ	%	Σ	%	Σ	%		
Penting	53	23,7%	29	12,9%	12	5,4%	94	42,0%
Cukup Penting	43	19,2%	29	12,9%	5	2,2%	77	34,2%
Kurang Penting	11	4,9%	32	14,3%	10	4,5%	53	23,7%
Total	107	47,7%	90	40,2%	27	12,1%	224	100%

Uji Spearman Rho
p = 0,000 ; r = 0,2

Berdasarkan tabel 5.4, menunjukkan bahwa 107 responden (47,7%) mempunyai preferensi tinggi untuk bekerja di DTPK. Diantara 107 responden yang mempunyai preferensi tinggi tersebut, 53 responden (23,7%) diantaranya menyatakan bahwa insentif material penting untuk bekerja di DTPK, 43 responden (19,2%) menyatakan insentif material cukup penting untuk bekerja di DTPK, dan 11 responden (4,9%) menyatakan bahwa insentif material kurang penting untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).

Hasil penelitian yang ditunjukkan pada tabel 5.4 didapatkan bahwa 90 responden (40,2%) mempunyai preferensi sedang untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Jumlah tersebut menjelaskan bahwa 29 responden (12,9%) diantaranya menyatakan insentif material penting untuk bekerja di DTPK, 29 responden (12,9%) menyatakan

insentif material cukup penting untuk bekerja di DTPK, dan 32 responden (14,3%) menyatakan bahwa insentif material kurang penting untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 27 responden (12,1%) dari 224 responden mempunyai preferensi rendah untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). 12 responden (5,4%) diantaranya menyatakan bahwa insentif material penting untuk bekerja di DTPK, 5 responden (2,2%) menyatakan bahwa insentif material cukup penting untuk bekerja di DTPK, dan 10 responden (4,5%) menyatakan bahwa insentif material kurang penting untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).

5.1.3.5. Hubungan insentif non-material dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

Tabel 5.5 Tabulasi silang faktor insentif non-material dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).

Insentif Non-Material	Preferensi Calon Tenaga Kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)						Total	
	Preferensi Tinggi		Preferensi Sedang		Preferensi Rendah		Σ	%
	Σ	%	Σ	%	Σ	%		
Penting	60	26,8%	48	21,4%	15	6,7%	123	54,9%
Cukup Penting	47	20,9%	40	17,9%	10	4,5%	97	43,3%
Kurang Penting	0	0%	2	0,9%	2	0,9%	4	1,8
Total	107	47,7%	90	40,2%	27	12,1%	224	100%

Uji Spearman Rho
p = 0,007 ; r = 0,1

Berdasarkan tabel 5.5, menunjukkan bahwa 107 responden (47,7%) mempunyai preferensi tinggi untuk bekerja di DTPK. Diantara 107 responden yang mempunyai preferensi tinggi tersebut, 60 responden

(26,8%) diantaranya menyatakan bahwa insentif non-material penting untuk bekerja di DTPK, dan 47 responden (20,9%) menyatakan insentif non-material cukup penting untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).

Hasil penelitian yang ditunjukkan pada tabel 5.5 didapatkan bahwa 90 responden (40,2%) mempunyai preferensi sedang untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Jumlah tersebut menjelaskan bahwa 48 responden (21,4%) diantaranya menyatakan insentif non-material penting untuk bekerja di DTPK, 40 responden (17,9%) menyatakan insentif non-material cukup penting untuk bekerja di DTPK, dan 2 responden (0,9%) menyatakan bahwa insentif non-material kurang penting untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa 27 responden (12,1%) dari 224 responden mempunyai preferensi rendah untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). 15 responden (6,7%) diantaranya menyatakan bahwa insentif material penting untuk bekerja di DTPK, 10 responden (4,5%) menyatakan bahwa insentif material cukup penting untuk bekerja di DTPK, dan 2 responden (0,9%) menyatakan bahwa insentif material kurang penting untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).

5.2 Pembahasan

5.2.1. Insentif Material dengan Preferensi Calon Tenaga Kesehatan untuk Bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

Insentif material merupakan insentif yang diterima tenaga kesehatan penugasan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) berupa sejumlah uang atau barang yang bersifat keuangan dan memberikan imbalan yang berbeda karena prestasi atau kinerja yang berbeda. Hasil penelitian menunjukkan bahwa bahwa 86,61% responden menyatakan faktor insentif material uang yang meliputi tunjangan bulanan, asuransi jiwa, dan tunjangan cuti akan berpengaruh positif pada minat responden untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Selain faktor insentif material uang, faktor fasilitas perumahan juga berpengaruh terhadap preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di DTPK. Hal tersebut ditunjukkan dengan 83,04% responden yang menyatakan bahwa fasilitas perumahan akan berpengaruh positif pada minatnya untuk bekerja di DTPK. Fasilitas komunikasi yang dalam hal ini adalah telepon atau internet, sangat diperlukan oleh calon tenaga kesehatan yang bertugas di DTPK. Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 81,25% responden menyatakan bahwa fasilitas komunikasi diperlukan untuk menunjang kinerja selama bertugas di DTPK. Untuk faktor insentif material yang didapatkan dari hasil penelitian, fasilitas perumahan tidak sepenuhnya penting daripada fasilitas yang lain, hal tersebut ditunjukkan dengan hanya 80 responden (35,71%) yang lebih memilih perumahan daripada uang (tunjangan bulanan, asuransi jiwa, dan

tunjangan cuti), fasilitas kendaraan, fasilitas komunikasi, dan fasilitas hiburan ketika bertugas di DTPK.

Hubungan antara faktor insentif material dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di DTPK didapatkan bahwa dari 107 responden yang mempunyai preferensi tinggi, 53 responden diantaranya dapat diinterpretasikan bahwa insentif material penting sebagai pengaruh preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Faktor insentif material mempunyai hubungan yang signifikan dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Dengan tingkat kemaknaan 0,000 (p) menginterpretasikan bahwa kedua variabel tersebut berhubungan. Namun dalam uji statistik didapatkan bahwa tingkat kekuatan korelasi pada kedua variabel ini sangat lemah, yaitu 0,244 (r). Hasil uji statistik menunjukkan H_1 diterima, artinya ada hubungan antara insentif material dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).

Faktor insentif material ini merupakan salah satu faktor terpenting sebagai upaya untuk menarik retensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Pemberian insentif dalam bentuk kombinasi antara material dan non-material adalah yang paling sering dilakukan. Hal tersebut bertujuan supaya tenaga kesehatan lebih tertarik untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). *World Health Organization (WHO)* yang dikutip dari Notoadmodjo (2003) pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman sendiri

atau pengalaman orang lain menentukan seseorang untuk berperilaku tertentu. Dalam penelitian ini, responden adalah calon tenaga kesehatan yang masih belum mempunyai pengalaman bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Secara nyata, responden belum bisa dijadikan pelaku langsung yang bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK), sehingga responden hanya bisa menafsirkan dari perkiraan, bagaimana jika seandainya responden adalah orang yang bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Selain itu, insentif material yang meliputi uang, perumahan, kendaraan, fasilitas komunikasi dan hiburan, tidak ditentukan besar dan jumlah dari insentifnya. Hal tersebut mempengaruhi calon tenaga kesehatan yang mempertimbangkan DTPK sebagai salah satu pilihan tempat mereka bekerja.

Uji statistik dalam penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat kekuatan korelasinya lemah antara faktor insentif dengan preferensi calon tenaga kesehatan. Preferensi tenaga kesehatan atau calon tenaga kesehatan, tidak hanya dipengaruhi oleh satu faktor. Kementerian Kesehatan (2012) menjelaskan bahwa ada beberapa faktor yang berpengaruh terhadap ketenagaan untuk bekerja di DTPK, diantaranya kompetensi, insentif, dan kewenangan. Pengaruh preferensi tidak terbatas hanya pada satu faktor yang nantinya bisa dikatakan bahwa insentif material akan sangat berpengaruh terhadap preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Irma F.H (2012) tentang pengaruh insentif terhadap retensi tenaga kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan

(DTPK) provinsi Papua tahun 2011, menjelaskan bahwa insentif bukan merupakan faktor utama yang mempengaruhi retensi tenaga kesehatan penugasan khusus di DTPK. Kebijakan pemerintah lebih menentukan retensi tenaga kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).

5.2.2. Insentif Non-Material dengan Preferensi Calon Tenaga Kesehatan untuk Bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

Insentif non-material merupakan pengupahan yang memerlukan investasi waktu dan energi yang besar sebagai imbalan atas prestasi atau pencapaian kinerja. Dari hasil penelitian, sebanyak 96,68% responden lebih memilih fasilitas untuk melanjutkan pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah ketika mereka bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan, 92,86% diantaranya menyatakan bahwa mereka berhak memilih tempat pendidikan lanjutan tersebut. Dalam penelitian ini juga didapatkan bahwa fasilitas untuk mengikuti pendidikan dan latihan ketika tenaga kesehatan bertugas di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) tidak terlalu penting dibandingkan dengan fasilitas insentif non-material yang lain. Hal itu ditunjukkan dengan terdapat hanya 49,11% responden yang lebih memilih akses untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan. Walaupun demikian, penambahan fasilitas ketika pendidikan dan latihan tersebut dilaksanakan di DTPK tempat tenaga kesehatan bertugas tidak terlalu berpengaruh terhadap preferensi mereka untuk bekerja di DTPK. Dari

hasil penelitian, sebanyak 52,68% responden yang memilih untuk mengikuti pendidikan dan latihan yang dilaksanakan di DTPK tempat mereka bertugas.

Hubungan antara faktor insentif non-material dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di DTPK didapatkan terdapat 60 responden dari 107 responden yang memiliki preferensi tinggi menyatakan bahwa insentif non-material penting sebagai pengaruh preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Faktor insentif non-material yang meliputi pendidikan lanjutan, pendidikan dan latihan, pengangkatan menjadi PNS atau pegawai tetap, dan peningkatan karir mempunyai hubungan dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Hasil statistik menunjukkan H_1 diterima, artinya ada hubungan antara insentif faktor insentif non-material dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Dengan nilai $p = 0,007$ menginterpretasikan bahwa kedua variabel berhubungan. Namun dalam uji statistik didapatkan bahwa hubungan tersebut mempunyai tingkat kekuatan korelasi yang lemah yaitu 0,179 (r).

Efendi & Kurniati (2012) menjelaskan bahwa insentif non-material yang paling diminati oleh tenaga medis adalah peluang pendidikan atas biaya pemerintah dan peluang mengikuti pendidikan dan latihan. Insentif non-material lebih dipertimbangkan oleh tenaga kesehatan untuk mereka yang bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Dumilah A. (2006) menunjukkan

bahwa analisa situasi yang mendasari minat tenaga kesehatan salah satunya adalah kemampuan ekonomi. Tenaga kesehatan tidak hanya akan berorientasi terhadap kompensasi finansial atau insentif material, tetapi juga kompensasi setelah mereka menyelesaikan tugas di DTPK. Selain itu, responden akan membandingkan dengan kondisi yang diterimanya jika mereka bekerja di daerah perkotaan dan responden akan membandingkan kompensasi yang diterima baik dalam satu profesi ataupun dengan profesi lain. Hal itulah yang menjadi salah satu dasar pertimbangan ketika menentukan dimana mereka akan bekerja nantinya dan kompensasi apa yang akan diterimanya. Insentif non-material juga dipengaruhi oleh masalah geografi yang akan berdampak pada perbedaan biaya hidup, sehingga tenaga kesehatan tidak segan untuk membuat keputusan yang berlawanan walaupun jumlah kompensasi yang diterimanya akan lebih besar, dalam hal insentif non-material.

BAB 6
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan diuraikan mengenai kesimpulan dan saran dari hasil penelitian analisis faktor yang berhubungan dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).

6.1 Kesimpulan

1. Faktor insentif material berhubungan dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Preferensi responden yang tinggi didasarkan atas penilaian akan pentingnya faktor insentif material yang meliputi uang (tunjangan bulanan, asuransi jiwa, dan tunjangan cuti) dan perumahan sebagai salah satu bentuk insentif untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).
2. Faktor insentif non-material berhubungan dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Faktor insentif non-material yang meliputi pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah dan hak memilih institusi tempat pendidikan tersebut dilaksanakan, mendasari penilaian oleh responden yang mempunyai preferensi tinggi untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).

6.2 Saran

1. Calon tenaga kesehatan hendaknya lebih mempertimbangkan tempat untuk bekerja tidak hanya dari sisi kompensasi yang diberikan oleh pemerintah, tetapi juga kebutuhan masyarakat akan kesehatan yang sudah seharusnya kita hal tersebut.
2. Pemerintah perlu untuk menerapkan strategi yang berbeda atau penyempurnaan metode dalam meningkatkan retensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK).
3. Peneliti selanjutnya disarankan untuk meneliti faktor lain yang mempengaruhi preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) seperti kebijakan pemerintah, kebijakan pemerintah daerah dan wewenang masing-masing profesi dalam bekerja dan menggunakan sampel yang merepresentasikan secara nasional.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktis*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ayuningtyas, Dumilah. 2006. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan : Sistem pemberian insentif yang berpihak pada sumber daya manusia kesehatan di Daerah Terpencil, studi kasus Provinsi Lampung*. Universitas Indonesia.
- Bahjuri, A., Pungkas., Rizki R., Dadang., Sularsono. 2005. *Laporan Kajian Kebijakan Perencanaan Tenaga Kesehatan*. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. Jakarta.
- Crowell and Anderson 1982 as cited in Luoma M (2006). *Increasing the motivation of health care workers. The Capacity Project, Technical Brie 7, September*.
(http://www.capacityproject.org/images/stories/files/techbrief_7.pdf)
- Dambisya, Yoswa, M. 2007. *A review of non-financial incentives for health worker retention in east and southern Africa. No.44*. University of Limpopo, South Africa.
- Dubois, Carl-Ardy & Singh, Debbie. 2009. 'Review From staff-mix to Skill-mix And Beyond: Towards a Systemic Approach to Health Workforce Management'. *Journal of Human Resources for Health*.
(<http://www.human-resources-health.com/content/7/1/87>)
- Fitriyana H, I. 2012. *Pengaruh Insentif Terhadap Retensi Tenaga Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) Provinsi Papua Tahun 2011*. Tesis. S-2 Ilmu Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Indonesia.
- Hadiyanto. 2012. *Pengaruh Insentif Material dan Non Material Terhadap Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Bogor Tahun 2012*. Tesis. S-2 Manajemen Pelayanan Kesehatan, FKM Universitas Indonesia.
- Hanfiah, M. Jusuf dan Amir, Amri. 1999. *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*. Edisi 3. Jakarta : EGC
- Instruksi Presiden No. 1 Tahun 2010 tentang Percepatan Pelaksanaan Prioritas Pembangunan Nasional Tahun 2010.
- Kemkes, 2012. *Capai MDG's Melalui Peningkatan SDM di Bidang Kesehatan*. Jakarta : Kemkes.
- Kemkes, 2012. *Pedoman Penilaian Tenaga Kesehatan Teladan di Puskesmas*. Jakarta : Kemkes.

- Kemkes, 2012. *Pedoman Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan di DTPK*. Jakarta : Kemkes.
- Kemkes, 2012. *Road Map DTPK 2012-2016*. Jakarta : Kemkes.
- Kemkes, 2012. *Upaya Pemenuhan Jumlah, Jenis dan Kualifikasi Tenaga Kesehatan di Fasyankes Melalui Perencanaan dan Pendayagunaan SDM*. Jakarta : Kemkes.
- Kemkes, 2013. *Penempatan Tenaga Kesehatan Strategis Di Daerah Terpencil*. Jakarta : Kemkes.
- Kemkes. 2009. *Profil Kesehatan Indonesia 2008*. Jakarta : Kemkes.
- Kemkes. 2011. *Buku Saku Tenaga Kesehatan Yang Bertugas di Puskesmas Terpencil, dan Sangat Terpencil di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan*. Jakarta : Kemkes RI.
- Kemkes. 2011. *Profil Data Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2011*. Jakarta : Kemkes.
- Kemkes. 2011. *Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2011-2025*. Jakarta : Kemkes.
- Kemkes. 2012. *Profil Data Kesehatan Indonesia Tahun 2011*. Jakarta : Kemkes.
- Kemkes. *Pemenuhan Tenaga Kesehatan Dalam Jaminan Kesehatan SJSN*. Jakarta : Kemkes.
- Kepmenkes No. 132/MENKES/SK/III/2006 tentang Penetapan Lama Penugasan Dokter/Dokter gigi Pegawai Tidak Tetap di Daerah Terpencil dan Sangat Terpencil.
- Kepmenkes No. 329/MENKES/PER/III/2010 tentang Bantuan Sosial Untuk Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) Tahun 2010.
- Kepmenkes No.81/MENKES/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota serta rumah sakit.
- Kurniati, Anna dan Efendi, Ferry. 2011. *Kajian SDM Kesehatan di Indonesia*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ma'ruf, Hendri. 2005. *Pemasaran Ritel*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.
- Nursalam. 2003. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan- Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Edisi 2: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Peraturan Presiden RI No.5 tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014.
- Permenkes No. HK.02.02/MENKES/148/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat.
- _____. *Policy Paper on Distribution of Human Health Resources*.
(www.ighealth.org)
- Priharjo, Robert. *Konsep & Perspektif Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 2. Jakarta : EGC
- Sugiyono. 2004. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Undang-Undang No. 9 Tahun 1960 tentang Pokok-Pokok Kesehatan.
- Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- World Health Organization. 2000. *World health report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva: WHO P 61.
(http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf)

LAMPIRAN

LAMPIRAN

Lampiran 1

Rasio Dokter Umum, Dokter Gigi, Perawat dan Bidan terhadap jumlah Puskesmas di 12 Provinsi Tahun 2011

Rasio Dokter Umum, Dokter Gigi, Perawat dan Bidan Terhadap Jumlah Puskesmas di 12 Provinsi Tahun 2011

Provinsi	Jenis Tenaga Kesehatan				Rasio terhadap Puskesmas			
	Dokter Umum	Dokter Gigi	Perawat	Bidan	Dokter Umum	Dokter Gigi	Perawat	Bidan
Sumatera Utara	1.435	524	6.663	11.003	2,65	0,97	12,29	20,30
Bengkulu	228	61	1.952	1.917	1,27	0,34	10,97	10,77
Kepulauan Riau	322	96	1.960	813	4,81	1,43	29,25	12,13
Nusa Tenggara Timur	370	109	2.999	2.361	1,08	0,32	8,77	6,90
Kalimantan Barat	314	79	5.702	1.845	1,34	0,34	24,37	7,88
Kalimantan Timur	479	209	2.700	1.559	2,23	0,97	12,56	7,25
Sulawesi Utara	479	26	1.852	1.025	2,82	0,15	10,89	6,03
Sulawesi Tengah	242	63	3.613	1.866	1,40	0,36	20,88	10,79
Maluku Utara	143	33	1.883	796	1,24	0,29	16,37	6,92
Maluku	219	91	3.533	981	1,29	0,54	20,78	5,77
Papua	343	56	3.110	1.639	1,02	0,17	9,26	4,88
Papua Barat	85	18	1.487	521	0,67	0,14	11,80	4,13

Sumber : Badan PPSDM Kesehatan, Kemenkes RI, 2012

Lampiran 2

Penghasilan pokok/gaji Pegawai Tidak Tetap (PTT)

Penghasilan pokok/gaji Pegawai Tidak Tetap (PTT)*

Unsur Penghasilan	Dokter/dokter gigi			Dokter/dokter gigi spesialis			Bidan		
	Biasa	Terpencil	Sangat terpencil	Biasa	Terpencil	Sangat terpencil	Biasa	Terpencil	Sangat terpencil
a) Penghasilan kotor :									
- Gaji Pokok	1.510.500	1.510.500	1.510.500	1.510.500	1.510.500	1.510.500	1.295.600	1.295.600	1.295.600
- Tunj. Istri / Tunj. PTT	271.430	271.430	271.430	271.430	271.430	271.430	271.430	271.430	271.430
- Tunjangan PPh	267.290	267.290	267.290	267.290	267.290	267.290	221.638	221.638	221.638
- Pembulatan	780	780	780	780	780	780	780	780	780
Jumlah Penghasilan kotor	2.050.000	2.050.000	2.050.000	2.050.000	2.050.000	2.050.000	1.700.000	1.700.000	1.700.000
b) Potongan-potongan :									
- IWP / Iuran 2% kesehatan PTT	30.210	30.210	30.210	30.210	30.210	30.210	25.912	25.912	25.912
- PPh	267.290	267.290	267.290	267.290	267.290	267.290	221.638	221.638	221.638
Jumlah Potongan	297.500	297.500	297.500	297.500	297.500	297.500	247.550	247.550	247.550
c) Penghasilan bersih / Take Home Pay (a-b)	1.752.500	1.752.500	1.752.500	1.752.500	1.752.500	1.752.500	1.452.450	1.452.450	1.452.450

Sumber : *Buku Saku Tenaga Kesehatan yang Bertugas di Puskesmas Terpencil dan Sangat Terpencil, di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan, Kemkes 2011*

*IDR (Indonesian Rupiah)

Lampiran 3

Insentif khusus Pegawai Tidak Tetap (PTT)

Insentif Khusus bagi Pegawai Tidak Tetap (PTT)*

Besaran Insentif dan Potongan	Dokter/dokter gigi			Dokter/dokter gigi spesialis			Bidan		
	Biasa	Terpencil	Sangat terpencil	Biasa	Terpencil	Sangat terpencil	Biasa	Terpencil	Sangat terpencil
Insentif	-	3.350.000	5.800.000	-	7.850.000	8.300.000	-	1.700.000	2.700.000
Potongan PPh	-	251.250	435.000	-	588.750	622.500	-	127.500	202.500
Jumlah bersih	-	3.098.750	5.365.000	-	7.261.250	7.677.500	-	1.572.500	2.497.500

Sumber : Buku Saku Tenaga Kesehatan yang Bertugas di Puskesmas Terpencil dan Sangat Terpencil, di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan, Kemkes 2011

**IDR (Indonesian Rupiah)*

Lampiran 4
Lembar permintaan menjadi responden

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Assalamu'alaikum warrahmatullah wabarakatuh

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) yang berjudul “**Analisis faktor yang berhubungan dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)**” pada program studi ilmu keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, untuk itu saya, Nizar Aquita, mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, memohon partisipasi Saudara untuk bersedia menjadi responden penelitian ini. Manfaat dari penelitian ini adalah untuk mengetahui apa saja yang menjadi faktor pendorong calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Diharapkan setelah penelitian ini dilaksanakan, permasalahan yang terjadi di DTPK, salah satu diantaranya adalah maldistribusi tenaga kesehatan, bisa diatasi secara optimal.

Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan hanya disajikan untuk kepentingan penelitian. Saudara berhak untuk berpartisipasi atau tidak berpartisipasi sesuai kesediaan Saudara. Jika Saudara bersedia menjadi responden penelitian, maka Saudara dapat mengisi lembar persetujuan pada surat pernyataan pada lembar yang telah disediakan. Selanjutnya, Saudara diperkenankan untuk menjawab setiap pertanyaan pada kuesioner penelitian dengan sejujur-jujurnya sesuai dengan preferensi Saudara tanpa adanya pengaruh, tekanan maupun paksaan dari pihak manapun.

Atas partisipasi Saudara dalam pengisian lembar kuesioner penelitian ini, saya sampaikan terima kasih.

Wassalammu'alaikum warrahmatullah wabarakatuh

Surabaya, Mei 2013
Hormat saya,
Peneliti
Nizar Aquita

Lampiran 6
Kuesioner Penelitian



KUESIONER

Analisis faktor yang berhubungan dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

No. Kode Responden

--	--	--	--

A. Data Demografi

Identitas Responden

Nama (Inisial)¹ : _____

Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan

Jurusan : Pendidikan dokter Pendidikan dokter gigi

Kebidanan Keperawatan

Semester : _____

Asal Daerah : _____

¹ Untuk menjaga kerahasiaan, Saudara diperkenankan untuk tidak mencantumkan nama lengkap.

B. Lembar Kuesioner**PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER :**

1. Pertanyaan dalam kuesioner ini hanya untuk keperluan penelitian, sehingga tidak ada pengaruh sama sekali terhadap kegiatan akademik/non-akademik Saudara.
2. Pahami pertanyaan terlebih dahulu sebelum Saudara menjawabnya.
3. Jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan preferensi Saudara, kemudian berikan jawaban sesuai dengan petunjuk pada masing-masing kuesioner.
4. Mohon jangan sampai ada pertanyaan yang tidak dijawab agar kuesioner dapat digunakan untuk penelitian.
5. Peneliti memberikan penghargaan yang setinggi-tingginya jika Saudara berkenan mengisi kolom kritik dan saran pada bagian akhir dari kuesioner sebagai perbaikan dan evaluasi untuk penelitian ini.
6. Apabila Saudara memiliki pertanyaan tentang kuesioner ini, Saudara bisa menghubungi Peneliti
Telepon : +62 81230302191 (Nizar Aquita)
E-mail : nizar.aquita@yahoo.com
7. Saudara dapat mengumpulkannya kembali setelah menjawab seluruh pertanyaan dalam kuesioner ini.

I. Ringkasan Penelitian

Permasalahan kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) yang belum bisa diatasi secara optimal diantaranya adalah maldistribusi tenaga kesehatan. Terdapat perbedaan yang sangat signifikan antara persebaran tenaga kesehatan di daerah ibu kota, dan kota-kota besar lain dengan DTPK. Tentunya kita akan memandang bahwa hal ini merupakan perkara yang manusiawi, karena sumber daya yang kita terima di DTPK tidak sebesar dan tidak sebanding dengan daerah yang lainnya. Sebagai upaya memecahkan masalah tersebut, Kementerian Kesehatan memutuskan untuk memberikan insentif yang diatur dalam Kepmenkes No. 156 Tahun 2010 sebagai strategi untuk meningkatkan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat.

Sebagai calon tenaga kesehatan, tentunya kita sudah menentukan pilihan dimana kita akan bekerja dan mengabdikan demi meningkatnya derajat kesehatan negara ini. Dalam penelitian ini diharapkan Anda menunjukkan faktor yang menjadi pendorong kuat dan membuat Anda lebih *prefer* untuk memilih Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) sebagai tempat anda mengabdikan dan bekerja nantinya.

II. Penilaian terhadap faktor Insentif Material

- Berilah tanda *check list* (✓) pada kolom jawaban yang ada pada masing-masing pernyataan
- Kolom skor pada setiap pertanyaan pada kuesioner akan diisi oleh Peneliti

No.	Pertanyaan yang berkaitan dengan Insentif Material	Jawaban		Skor								
		Ya	Tidak									
1.	<p><u>Gaji pokok</u> yang akan saya terima telah mencukupi pemenuhan kebutuhan hidup selama saya bertugas di DTPK</p> <table border="1"> <tr> <td>Dokter</td> <td>Rp. 2.050.000</td> </tr> <tr> <td>Dokter Gigi</td> <td>Rp. 2.050.000</td> </tr> <tr> <td>Bidan</td> <td>Rp. 1.700.000</td> </tr> <tr> <td>Perawat</td> <td>Rp. 1.700.000</td> </tr> </table> <p>Sumber : Kementerian Kesehatan RI, 2011</p>	Dokter	Rp. 2.050.000	Dokter Gigi	Rp. 2.050.000	Bidan	Rp. 1.700.000	Perawat	Rp. 1.700.000			
Dokter	Rp. 2.050.000											
Dokter Gigi	Rp. 2.050.000											
Bidan	Rp. 1.700.000											
Perawat	Rp. 1.700.000											
2.	Saya lebih memilih uang (tunjangan bulanan, asuransi jiwa, dan tunjangan cuti) daripada perumahan, kendaraan, fasilitas komunikasi, dan fasilitas hiburan ketika saya bertugas di DTPK											

No.	Pertanyaan yang berkaitan dengan Insentif Material	Jawaban		Skor
		Ya	Tidak	
4.	Saya lebih memilih perumahan daripada uang (tunjangan bulanan, asuransi jiwa, dan tunjangan cuti), kendaraan, fasilitas komunikasi, dan fasilitas hiburan ketika saya bertugas di DTPK			
5.	Fasilitas perumahan akan berpengaruh positif pada minat saya untuk bekerja di DTPK			
6.	Fasilitas kendaraan akan berpengaruh positif pada minat saya untuk bekerja di DTPK			
7.	Telepon diperlukan untuk menunjang kinerja saya selama bertugas di DTPK			
8.	Fasilitas komunikasi (telepon, internet) akan berpengaruh positif pada minat saya untuk bekerja di DTPK			
9.	Televisi diperlukan sebagai hiburan ketika saya bertugas di DTPK			
10.	Fasilitas hiburan (televisi, VCD player) akan berpengaruh positif pada minat saya untuk bekerja di DTPK			
Skor Total				

III. Penilaian terhadap faktor Insentif non-Material

- Berilah tanda *check list* (\checkmark) pada kolom jawaban yang ada pada masing-masing pernyataan dengan pilihan sebagai berikut:

Kode : SS = Sangat Setuju
 S = Setuju
 TS = Tidak Setuju
 STS = Sangat Tidak Setuju

- Kolom skor pada setiap pertanyaan pada kuesioner akan diisi oleh Peneliti

No.	Pertanyaan yang berkaitan dengan Insentif non-Material	Jawaban				Skor
		SS	S	TS	STS	
1.	Pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah setelah saya bertugas di DTPK akan bermanfaat bagi saya dan orang lain					
2.	Pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah akan disediakan ketika saya telah menyelesaikan tugas di DTPK sepenuhnya					
3.	Pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah bisa disediakan kapanpun pada saat saya bertugas di DTPK dengan ketentuan bersedia bertugas kembali setelah selesai menyelesaikan pendidikan lanjutan					

No.	Pertanyaan yang berkaitan dengan Insentif non-Material	Jawaban				Skor
		SS	S	TS	STS	
4.	Saya berhak memilih institusi tempat untuk Pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah					
5.	Saya lebih memilih pendidikan lanjutan atas biaya pemerintah daripada mengikuti pendidikan dan pelatihan, pengangkatan menjadi Pegawai Negeri Sipil (PNS) atau pegawai tetap, dan peningkatan karir ketika saya bertugas di DTPK					
6.	Pendidikan dan latihan yang sesuai/tidak sesuai jurusan saya, akan bermanfaat bagi saya dan orang lain					
7.	Pendidikan dan latihan yang akan saya ikuti harus dilaksanakan di DTPK tempat saya bertugas					
8.	Pendidikan dan latihan disediakan oleh pemerintah dan saya diwajibkan untuk berpartisipasi didalamnya					
9.	Saya lebih memilih akses untuk mengikuti pendidikan dan latihan daripada pengangkatan menjadi Pegawai Negeri Sipil (PNS) atau pegawai tetap, mengikuti pendidikan dan latihan, dan peningkatan karir ketika saya bertugas di DTPK					
10.	Pengangkatan menjadi Pegawai Negeri Sipil (PNS) atau pegawai tetap setelah saya bertugas di DTPK akan bermanfaat bagi saya dan orang lain					
11.	Pengangkatan menjadi Pegawai Negeri Sipil (PNS) atau pegawai tetap dilakukan ketika saya telah menyelesaikan tugas di DTPK sepenuhnya					
12.	Pengangkatan menjadi Pegawai Negeri Sipil (PNS) atau pegawai tetap ketika saya telah menyelesaikan tugas di DTPK akan berpengaruh positif pada minat saya untuk bekerja di DTPK					
13.	Jabatan saya akan ditingkatkan sesuai dengan kompetensi yang saya kuasai dan lama penugasan saya di DTPK					
14.	Kenaikan jabatan akan dilakukan ketika saya telah menyelesaikan tugas di DTPK					
15.	Peningkatan karir tidak selalu kenaikan jabatan. Kenaikan gaji pokok, cuti bertugas untuk studi lanjutan, dll, juga termasuk peningkatan karir					
16.	Peningkatan karir setelah saya bertugas di DTPK akan berpengaruh positif pada minat saya untuk bekerja di DTPK					
Skor Total						

IV. Preferensi bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

1. Berilah tanda *check list* (✓) pada kolom jawaban yang ada pada masing-masing pernyataan dengan pilihan sebagai berikut:

Kode : SS = Sangat Setuju
 S = Setuju
 TS = Tidak Setuju
 STS = Sangat Tidak Setuju

2. Kolom skor pada setiap pertanyaan pada kuesioner akan diisi oleh Peneliti

No.	Pertanyaan yang berkaitan dengan preferensi bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)	Jawaban				Skor
		SS	S	TS	STS	
1.	Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) menjadi salah satu pilihan saya untuk bekerja nantinya.					
2.	DTPK akan menjadi pilihan utama saya untuk bekerja ketika semua fasilitas sesuai dan terpenuhi.					
3.	Setelah bertugas di DTPK, saya akan merekomendasikannya kepada tenaga kesehatan lain.					
Skor Total						

Kritik dan Saran : _____

“Tenaga kesehatan berperan besar dalam menentukan pembangunan kesehatan. Di Indonesia, terdapat ribuan tenaga kesehatan di Puskesmas yang telah bekerja dengan sungguh-sungguh dan menunjukkan prestasi kerja yang sebaik-baiknya. Mereka adalah pahlawan bangsa yang menunaikan tugasnya untuk mencapai visi kita bersama, yaitu masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan.”

(Menteri Kesehatan Republik Indonesia, dr. Nafsiah Mboi, Sp.A, MPH,)

Terima Kasih

Lampiran 7

Surat permohonan penelitian di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga



UNIVERSITAS AIRLANGGA FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail: dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 8 Mei 2013

Nomor : 1483 /UN3.1.12/PPd/2013
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

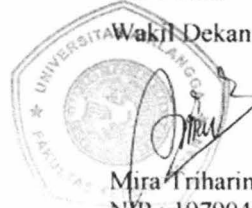
Schubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Nizar Aquita
NIM : 130915088
Judul Skripsi : Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Preferensi Calon Tenaga Kesehatan Untuk Bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK)

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan

Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP : 197904242006042002

Tembusan:

1. Ketua Program Studi Pendidikan Bidan FK Unair

Lampiran 8

Surat perizinan penelitian di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEDOKTERAN

Kampus A Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya 60131 Telp. (031) 5020251, 5030252, 5030253 Fax. (031) 5022472
 website : <http://www.fk.unair.ac.id> email : info@fk.unair.ac.id

No. : 2071/UN3.1.1/PPd.10/2013
 Lamp. : ---
 Hal. : Fasilitas Penelitian Mahasiswa
 PSIK - FKP Universitas Airlangga

17 Juni 2013

Kepada Yth
 Wakil Dekan I
 Fakultas Keperawatan
 Universitas Airlangga
 Kampus C Jalan Mulyorejo
 Surabaya

Sehubungan dengan surat Saudara tertanggal 8 Mei 2013 No. 1483/UN3.1.12/PPd/2013 perihal tersebut pada pokok surat, dengan ini diberitahukan bahwa pada dasarnya kami dapat menyetujui mahasiswa Saudara:

Nama : Nizar Aquita
 NIM. : 130915088

Untuk mengadakan penelitian dan membagikan kuesioner pada mahasiswa Fakultas Kedokteran Unair dan Program Studi Pendidikan Bidan Fakultas Kedokteran Unair.

Atas perhatian Saudara kami sampaikan terima kasih.



Dekan
 Wakil Dekan I,
 Dr. Sri Safitri Mukono, dr., MS
 NIP. 19530614 198103 2 001

Tembusan Yth :
 -Dekan FK. Unair (sebagai laporan)
 -Ketua Program Studi Pendidikan Bidan
 Fakultas Kedokteran Unair



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN BIDAN

Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya 60131 Telp. 031-5020251, 5030252-3 Fax : 031-5022472

11 Juni 2013

No **393** /UN3.1.1/PPd-PSPB/2013
 Lamp. : -
 Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
 Mahasiswa PSIK – FKP UA

Kepada : Yth.
 Wakil Dekan I
 Fakultas Kedokteran Unair
 Surabaya

Menjawab surat Saudara tertanggal 24 Mei 2013 nomor 1874/UN3.1.1/PPd.10/2013 perihal sesuai dengan pokok surat, pada dasarnya kami tidak keberatan penelitian mahasiswa atas nama Nizar NIM 130915088 akan dilaksanakan di Program Studi Pendidikan Bidan.

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Ketua Program Studi
 Dr. Sumoto, Sp. OG(K)
 Nip : 19481120 197703 1 001

Dr. Sumoto

*bro b
 12/6/13*

Lampiran 9

Surat permohonan penelitian di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga



UNIVERSITAS AIRLANGGA FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail: dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 8 Mei 2013

Nomor : 1484 /UN3.1.12/PPd/2013
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga

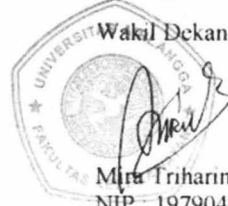
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Nizar Aquita
NIM : 130915088
Judul Skripsi : Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Preferensi Calon Tenaga Kesehatan Untuk Bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK)

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan

Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep

NIP : 197904242006042002

Lampiran 10

Surat perizinan penelitian di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga



UNIVERSITAS AIRLANGGA FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI

Jl. Mayjend Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya 60132 Telp. 031-5030255 Fax. 031-5020256
Website : <http://www.fkg.unair.ac.id> - E-mail : fkg@unair.ac.id

Nomor : 1523/UN3.1.2.1/PPd/2013
Lampiran : -
Hal : Mengadakan pengumpulan data

27 Mei 2013

Yth. Dekan
u.p. Wakil Dekan I
Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Surabaya


Menjawab surat Saudara tanggal 8 Mei 2013 Nomor 1484/UN3.1.12/PPd/2013 perihal tersebut pada pokok surat, dengan ini kami sampaikan pada prinsipnya kami tidak keberatan memberikan ijin kepada a.n. :

Nama : Nizar Aquita
NIM. : 130915088

Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga untuk mengadakan pengumpulan data di Fakultas Kedokteran Gigi Unair. Untuk pelaksanaannya mahasiswa diharapkan menghadap :

Direktur Rumah Sakit Gigi dan Mulut- Pendidikan
Fakultas Kedokteran Gigi Unair

Demikian harap maklum.

a.n. Dekan
Wakil Dekan I,

Dr. R. Darmawan Setijanto, drg., M.Kes.
NIP. 196110051988031003

Tembusan Yth. :
Direktur RSGM-P
Fakultas Kedokteran Gigi Unair
Surabaya

Lampiran 11

Surat permohonan penelitian di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Surabaya, 15 Mei 2013

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
di-
tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian dalam menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep.), maka saya memohon kesediaan Ibu untuk memberikan ijin mengumpulkan data di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya sesuai dengan tujuan penelitian tersebut. Adapun proposal penelitian terlampir.

Nama : Nizar Aquita
NIM : 130915088
Judul Skripsi : Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Preferensi Calon Tenaga Kesehatan Untuk Bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK).

Atas perhatian dan ijin yang diberikan, saya mengucapkan terima kasih.

Pemohon



Nizar Aquita
NIM. 130915088

Lampiran 12

Surat perizinan penelitian di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

**UNIVERSITAS AIRLANGGA**
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756. Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

16 Mei 2013

Nomor : 1492/UN3.1.12/PPd/2013
Lamp : -
Hal : Permohonan ijin penelitian

Kepada Yth.
Sdr. Nizar Aquita
NIM. 130915088
Mahasiswa Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Surabaya

Menindaklanjuti surat Saudara tanggal 15 Mei 2013 perihal tersebut pada pokok surat, dengan ini disampaikan pada prinsipnya kami memberikan ijin kepada Saudara untuk mengadakan penelitian di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan judul :

“Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Preferensi Calon Tenaga Kesehatan Untuk Bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DPTK)”

Untuk teknis penelitian kami mohon Saudara berkoordinasi dengan Bagian Akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



Dekan,
Parwaningsih, S.Kp., M.Kes
NIP. 196611212000032001

Lampiran 13
 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian

Uji validitas dan reliabilitas kuesioner insentif material

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.512	.704	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Soal_1	6.8500	3.187	-.383	.	.676
Soal_2	6.6000	1.832	.488	.	.369
Soal_3	6.2000	2.274	.656	.	.411
Soal_4	6.8500	3.397	-.492	.	.704
Soal_5	6.2500	2.303	.394	.	.442
Soal_6	6.2500	2.197	.519	.	.410
Soal_7	6.2000	2.274	.656	.	.411
Soal_8	6.2000	2.274	.656	.	.411
Soal_9	6.4000	1.937	.511	.	.373
Soal_10	6.5500	1.945	.405	.	.408

Uji validitas dan reliabilitas kuesioner insentif non-material

Case Processing Summary			Reliability Statistics		
	N	%		Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
Valid	20	100.0	Cronbach's Alpha		
Cases Excluded ^a	0	.0			
Total	20	100.0	.877	.885	16

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Soal_1	46.4500	44.155	.620	.	.868
Soal_2	46.6000	43.937	.488	.	.871
Soal_3	46.7500	42.197	.546	.	.869
Soal_4	46.6000	43.937	.427	.	.874
Soal_5	46.8000	40.800	.652	.	.864
Soal_6	46.8000	45.432	.496	.	.873
Soal_7	47.5000	44.263	.430	.	.874
Soal_8	47.0500	43.945	.373	.	.877
Soal_9	47.1500	43.397	.444	.	.874
Soal_10	46.6000	42.463	.669	.	.865
Soal_11	46.9000	40.832	.592	.	.867
Soal_12	46.9000	42.726	.460	.	.873
Soal_13	46.6000	42.147	.624	.	.866
Soal_14	46.8000	43.747	.368	.	.878
Soal_15	46.6000	42.358	.682	.	.864
Soal_16	46.4000	42.989	.661	.	.865

Uji validitas dan reliabilitas kuesioner preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

Case Processing Summary			Reliability Statistics		
	N	%		Cronbach's Alpha	
Valid	20	100.0	Cronbach's Alpha	Based on Standardized Items	N of Items
Cases Excluded ^a	0	.0			
Total	20	100.0	.757	.765	3

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Soal_1	5.4500	1.734	.484	.257	.801
Soal_2	5.1500	1.713	.596	.452	.664
Soal_3	5.0000	1.684	.699	.518	.556

Lampiran 14
Distribusi data faktor insentif material untuk bekerja di Daerah Tertinggal,
Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

Nomor Kode Responden	Nomor Soal										Jumla h
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
L PD 1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P PD 2	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	3
P PD 3	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	6
L PD 4	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8
L PD 5	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	5
L PD 6	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	5
L PD 7	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	7
L PD 8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
P PD 9	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	4
L PD 10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
L PD 11	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P PD 12	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7
P PD 13	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	4
L PD 14	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
L PD 15	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	6
L PD 16	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8
L PD 17	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	8
P PD 18	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
L PD 19	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	5
P PD 20	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	7
L PD 21	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6
P PD 22	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	4
P PD 23	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	6
L PD 24	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	5
L PD 25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
L PD 26	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	6
P PD 27	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
L PD 28	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	7
L PD 29	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	7
P PD 30	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P PD 31	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	5
P PD 32	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	5
P PD 33	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
L PD 34	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	3
P PD 35	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	4
L PD 36	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P PD 37	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8

L PD 38	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	4
L PD 39	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8
P PD 40	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	5
L PD 41	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	3
L PD 42	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7
L PD 43	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	8
L PD 44	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6
P PD 45	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	4
L PD 46	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	7
L PD 47	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	5
L PD 48	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P PD 49	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P PD 50	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3
P PD 51	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
L PD 52	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	7
L PD 53	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	6
P PD 54	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	5
L PD 55	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	7
P PD 56	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	4
P PD 57	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	4
L PD 58	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	4
P PD 59	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	4
P PD 60	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	5
L PD 61	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	5
L PD 62	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8
L PD 63	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8
L PD 64	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	7
L PD 65	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	6
P PD 66	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	6
P PD 67	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	7
L PD 68	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7
P PD 69	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
L PD 70	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7
L PD 71	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	7
P PD 72	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
L PD 73	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8
P PD 74	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8
L PD 75	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
P PD 76	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	6
L PD 77	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	5
P PD 78	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	4
P PD 79	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9
L PD 80	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	3

L PD 81	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9
P PD 82	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6
P PD 83	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P PD 84	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	4
P PD 85	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	8
L PD 86	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7
P PD 87	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	5
P PD 88	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	7
P PD 89	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P PD 90	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7
P BD 91	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P BD 92	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
P BD 93	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P BD 94	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	6
P BD 95	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8
P BD 96	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7
P BD 97	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	6
P BD 98	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	4
P BD 99	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
P BD 100	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7
P BD 101	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8
P BD 102	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P BD 103	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	6
P BD 104	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
P BD 105	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8
P BD 106	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	7
P BD 107	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	7
P BD 108	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8
P BD 109	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P DG 110	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	7
P DG 111	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
L DG 112	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	6
L DG 113	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P DG 114	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
P DG 115	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
P DG 116	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	7
P DG 117	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P DG 118	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
P DG 119	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	4
P DG 120	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	5
L DG 121	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P DG 122	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
P DG 123	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	6

P DG 124	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	7
P DG 125	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8
P DG 126	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8
P DG 127	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7
P DG 128	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	6
P DG 129	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P DG 130	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6
P DG 131	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
L DG 132	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	8
L DG 133	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P DG 134	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
L DG 135	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	6
L DG 136	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	7
L DG 137	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8
p DG 138	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	7
P DG 139	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
P DG 140	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8
P DG 141	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P DG 142	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	7
P DG 143	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9
P DG 144	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P DG 145	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P DG 146	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
P DG 147	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	8
L DG 148	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7
P DG 149	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
P DG 150	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8
P DG 151	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	6
P DG 152	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	7
L DG 153	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	7
P DG 154	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P DG 155	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	6
P DG 156	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	6
P DG 157	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	7
P DG 158	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P DG 159	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7
L DG 160	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P DG 161	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8
P DG 162	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P DG 163	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	7
L DG 164	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P DG 165	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	6
P DG 166	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	5

L DG 167	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	7
P DG 168	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7
P DG 169	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
L DG 170	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	6
P DG 171	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	7
P DG 172	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P DG 173	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
P DG 174	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
P DG 175	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
P DG 176	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8
P DG 177	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7
P KP 178	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
L KP 179	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	7
P KP 180	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8
L KP 181	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	8
P KP 182	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	8
P KP 183	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
P KP 184	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	4
P KP 185	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	4
P KP 186	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	6
L KP 187	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6
P KP 188	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	4
P KP 189	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	4
L KP 190	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	5
P KP 191	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	4
P KP 192	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	6
P KP 193	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8
L KP 194	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	7
P KP 195	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7
P KP 196	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
P KP 197	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
P KP 198	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	4
L KP 199	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	7
P KP 200	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	7
L KP 201	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	6
P KP 202	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9
P KP 203	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
P KP 204	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	7
L KP 205	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	8
P KP 206	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	6
P KP 207	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	7
L KP 208	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	4
P KP 209	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	7

P KP 210	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
L KP 211	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3
L KP 212	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	6
L KP 213	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	4
P KP 214	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8
P KP 215	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	6
P KP 216	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	6
P KP 217	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	8
L KP 218	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	4
P KP 219	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	4
L KP 220	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	4
P KP 221	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6
P KP 222	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	4
L KP 223	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	8
P KP 224	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3

Keterangan

P : Perempuan

L : Laki-laki

PD : Pendidikan Dokter

BD : Pendidikan Bidan

KG : Pendidikan Dokter Gigi

KP : Ilmu Keperawatan

1 : Ya

0 : Tidak

Lampiran 15

Distribusi data faktor insentif non-material untuk bekerja di Daerah Tertinggal,
Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

Nomor Kode Responden	Nomor Soal																Jumlah
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
L PD 1	4	3	2	4	4	3	3	3	2	4	4	4	4	4	3	4	55
P PD 2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	42
P PD 3	4	4	4	4	4	4	2	4	3	3	3	3	4	4	4	4	58
L PD 4	4	3	3	4	2	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3	2	43
L PD 5	3	2	3	4	4	3	3	2	2	3	2	3	2	4	3	3	46
L PD 6	4	3	4	4	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	46
L PD 7	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	43
L PD 8	2	2	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	57
P PD 9	3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	43
L PD 10	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	2	3	3	2	2	3	47
L PD 11	3	2	4	4	4	3	3	2	3	3	3	3	4	2	4	4	51
P PD 12	4	4	2	4	4	3	3	4	4	2	2	3	4	4	4	4	55
P PD 13	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	2	2	4	57
L PD 14	4	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	54
L PD 15	4	4	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	4	3	3	3	49
L PD 16	4	4	4	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	52
L PD 17	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	2	3	2	2	3	3	42
P PD 18	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	45
L PD 19	4	3	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	4	3	3	3	50
P PD 20	3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	3	2	3	3	41
L PD 21	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	52
P PD 22	4	4	1	4	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3	45
P PD 23	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	42
L PD 24	4	2	3	3	3	3	1	3	3	2	2	2	3	2	4	3	43
L PD 25	4	4	3	3	3	4	3	3	2	4	4	4	3	3	3	3	53
L PD 26	4	4	2	4	3	3	1	2	3	3	2	2	3	2	4	4	46
P PD 27	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	63
L PD 28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	47
L PD 29	4	4	4	4	4	2	1	3	4	3	3	4	4	4	4	4	56
P PD 30	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	60
P PD 31	3	4	3	4	4	3	2	3	2	4	4	4	4	4	2	4	54
P PD 32	4	3	3	4	4	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	48
P PD 33	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	54
L PD 34	2	3	3	4	3	3	4	3	3	4	4	3	4	4	2	4	53
P PD 35	3	2	3	3	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3	42
L PD 36	4	3	2	4	4	4	2	2	1	3	3	3	4	4	4	4	51
P PD 37	4	4	3	3	3	4	2	4	4	3	3	2	3	2	3	3	50

L PD 38	1	3	3	2	3	3	3	3	2	3	4	3	3	3	2	44
L PD 39	4	2	4	4	4	4	1	4	4	2	2	3	4	4	4	54
P PD 40	4	2	3	4	3	3	1	3	2	3	2	2	2	3	3	42
L PD 41	4	4	3	4	3	3	3	2	4	3	3	3	4	4	2	52
L PD 42	4	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	45
L PD 43	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	2	3	2	3	3	50
L PD 44	4	4	1	3	4	3	4	2	3	3	3	4	3	3	4	50
P PD 45	4	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	46
L PD 46	3	4	1	4	4	4	4	4	4	1	3	1	4	4	4	50
L PD 47	4	4	4	4	3	3	2	1	3	3	2	2	3	3	3	47
L PD 48	4	4	3	4	4	3	2	2	4	3	2	3	3	3	2	50
P PD 49	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	61
P PD 50	3	3	2	4	2	3	2	2	2	3	3	3	3	2	2	42
P PD 51	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	50
L PD 52	4	4	4	4	2	3	1	3	2	2	3	3	4	4	4	51
L PD 53	4	3	4	4	2	3	2	3	2	4	4	4	4	4	4	54
P PD 54	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	45
L PD 55	4	4	3	3	3	4	2	3	2	3	2	4	4	3	2	49
P PD 56	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	43
P PD 57	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3	3	2	3	47
L PD 58	4	4	3	4	3	2	2	3	3	4	4	2	3	3	1	48
P PD 59	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	47
P PD 60	3	2	3	2	2	3	3	3	2	4	3	4	3	2	2	44
L PD 61	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	42
L PD 62	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	41
L PD 63	3	4	3	4	2	4	3	2	2	4	4	4	3	3	2	51
L PD 64	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2	3	3	2	42
L PD 65	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	43
P PD 66	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	60
P PD 67	2	3	3	3	3	2	2	3	2	4	3	3	3	3	3	45
L PD 68	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4	49
P PD 69	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	51
L PD 70	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	45
L PD 71	3	3	3	4	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	46
P PD 72	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	61
L PD 73	4	4	4	3	3	3	3	1	2	2	3	3	2	2	2	43
P PD 74	3	1	2	2	2	2	3	2	1	3	1	1	1	1	1	27
L PD 75	2	3	3	3	3	4	3	1	2	1	1	2	2	3	2	37
P PD 76	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	62
L PD 77	4	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	47
P PD 78	3	3	3	3	3	3	2	4	3	2	4	3	4	4	3	49
P PD 79	3	2	2	3	4	3	3	2	3	4	3	3	2	3	3	45
L PD 80	4	1	1	1	2	1	2	4	3	3	2	3	1	1	1	31

L PD 81	3	4	4	3	3	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	30
P PD 82	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	44
P PD 83	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	2	3	41
P PD 84	4	4	4	4	3	4	3	3	2	4	4	4	3	3	2	4	55
P PD 85	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	56
L PD 86	4	4	4	4	4	4	2	1	3	3	3	3	3	3	4	4	53
P PD 87	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	45
P PD 88	3	4	1	3	3	3	2	2	3	3	3	3	4	3	3	3	46
P PD 89	4	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	3	3	2	3	3	42
P PD 90	3	3	3	4	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	47
P BD 91	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	2	3	3	44
P BD 92	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	2	3	3	43
P BD 93	4	4	4	4	4	3	3	3	2	4	4	4	4	4	4	4	59
P BD 94	4	4	3	4	2	3	2	3	2	4	3	3	3	3	2	3	48
P BD 95	4	4	4	4	1	4	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	52
P BD 96	4	4	2	4	2	4	4	4	2	4	4	4	2	4	4	4	56
P BD 97	3	3	2	4	2	2	4	2	2	3	3	3	3	3	3	3	45
P BD 98	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	3	3	3	3	4	4	56
P BD 99	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	45
P BD 100	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	3	3	56
P BD 101	4	4	4	3	4	4	2	3	4	4	4	4	4	3	4	4	59
P BD 102	4	2	4	4	2	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	4	47
P BD 103	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	2	3	4	3	4	4	58
P BD 104	4	4	4	3	2	3	3	3	2	4	3	3	4	3	3	3	51
P BD 105	4	4	4	4	2	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	60
P BD 106	4	4	3	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	3	3	4	58
P BD 107	4	3	2	4	2	4	2	4	2	4	3	3	4	3	4	2	50
P BD 108	4	4	4	4	4	1	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	59
P BD 109	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	4	2	45
P DG 110	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	63
P DG 111	3	2	2	4	3	3	2	3	3	2	3	1	3	3	4	4	45
L DG 112	3	3	4	3	4	3	3	4	4	3	3	2	4	4	4	4	55
L DG 113	4	4	4	4	4	4	1	1	1	4	4	4	4	2	4	4	53
P DG 114	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	2	4	4	4	55
P DG 115	4	3	3	3	2	4	2	2	4	3	3	3	3	3	3	4	49
P DG 116	3	3	3	4	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	46
P DG 117	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1	3	2	1	1	3	3	31
P DG 118	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	42
P DG 119	3	3	3	4	4	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	42
P DG 120	4	3	2	3	2	3	3	3	2	4	3	3	3	3	3	3	47
L DG 121	4	3	3	4	2	3	2	3	2	4	3	2	3	3	2	3	46
P DG 122	3	3	2	3	3	4	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	45
P DG 123	4	2	4	4	4	3	2	2	3	4	2	4	4	4	4	4	54

P DG 124	4	2	4	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	2	3	3	44
P DG 125	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	2	4	3	3	4	3	54
P DG 126	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	49
P DG 127	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	44
P DG 128	3	3	3	4	2	3	2	1	1	3	2	2	4	4	4	3	44
P DG 129	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	3	3	4	3	3	3	57
P DG 130	4	3	4	4	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	47
P DG 131	4	4	4	4	2	4	4	3	3	4	3	4	4	2	3	4	56
L DG 132	4	4	4	4	3	3	3	2	2	4	3	4	4	4	4	4	56
L DG 133	4	1	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	59
P DG 134	4	2	3	4	2	4	2	4	2	4	4	2	4	4	4	4	53
L DG 135	3	4	4	3	2	3	4	3	4	4	4	3	4	4	3	4	56
L DG 136	4	4	4	4	4	3	3	2	3	3	4	3	4	3	4	4	56
L DG 137	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	51
p DG 138	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	43
P DG 139	4	4	4	4	2	4	4	4	2	3	3	3	4	2	1	4	52
P DG 140	4	4	4	4	4	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	52
P DG 141	4	4	2	4	3	4	2	3	2	4	4	4	3	2	2	4	51
P DG 142	3	4	2	4	2	3	3	1	1	3	3	2	3	3	3	3	43
P DG 143	4	4	4	4	3	3	3	3	2	3	3	3	4	4	4	3	54
P DG 144	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	1	4	4	57
P DG 145	4	4	4	4	2	2	4	4	2	4	4	4	4	2	4	4	56
P DG 146	3	3	2	3	2	4	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	44
P DG 147	3	4	2	3	2	3	2	2	2	4	3	3	2	2	2	3	42
L DG 148	4	3	2	4	3	3	3	2	2	3	3	3	4	3	3	2	47
P DG 149	3	3	3	4	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	47
P DG 150	4	4	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	46
P DG 151	4	3	2	4	3	4	2	3	3	3	3	3	4	4	4	3	52
P DG 152	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	3	4	4	4	4	59
L DG 153	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	60
P DG 154	4	4	4	4	2	4	2	3	2	4	4	4	3	2	2	3	51
P DG 155	4	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	44
P DG 156	3	2	3	4	3	2	3	3	3	2	2	2	3	2	4	3	44
P DG 157	4	2	4	4	3	4	2	2	4	3	3	2	4	3	3	3	50
P DG 158	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	2	3	43
P DG 159	4	4	2	4	2	4	2	3	2	4	4	4	4	3	1	4	51
L DG 160	4	2	4	4	3	4	2	2	3	4	3	3	3	3	3	3	50
P DG 161	4	4	4	4	4	2	4	3	3	3	1	1	4	1	3	3	48
P DG 162	4	4	4	4	2	3	2	3	2	4	3	3	3	3	2	3	49
P DG 163	4	4	3	3	2	3	2	3	2	4	4	2	3	3	2	3	47
L DG 164	4	3	4	4	3	4	3	2	3	4	4	4	4	4	4	4	58
P DG 165	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	61
P DG 166	3	2	4	2	1	4	1	2	1	3	3	4	4	3	3	3	43

L DG 167	4	4	3	4	4	4	1	3	3	3	3	3	4	4	2	4	53
P DG 168	4	3	2	4	3	4	2	3	3	4	3	3	3	3	3	4	51
P DG 169	4	2	4	4	1	2	2	2	1	4	2	4	4	2	2	4	44
L DG 170	3	3	3	4	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	46
P DG 171	4	4	4	4	4	3	1	3	3	2	2	2	3	3	3	3	48
P DG 172	4	4	4	4	1	3	3	3	1	4	4	4	4	4	4	4	55
P DG 173	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	56
P DG 174	4	4	2	4	2	4	3	2	1	4	4	4	4	3	4	4	53
P DG 175	4	4	1	4	2	4	4	2	2	4	3	4	4	3	3	4	52
P DG 176	4	3	3	4	2	3	2	3	2	3	3	4	3	3	3	4	49
P DG 177	4	4	3	3	3	3	3	2	2	4	4	4	3	3	3	3	51
P KP 178	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	3	3	2	3	41
L KP 179	3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	42
P KP 180	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	45
L KP 181	4	4	4	4	3	3	2	3	4	4	4	3	3	3	3	3	54
P KP 182	4	4	4	2	2	3	2	3	1	4	1	4	4	2	2	4	46
P KP 183	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	62
P KP 184	3	4	2	3	4	3	3	3	2	4	4	2	2	4	4	4	51
P KP 185	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	45
P KP 186	3	3	2	4	3	3	2	3	3	3	4	3	3	3	2	3	47
L KP 187	4	4	4	2	2	4	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	47
P KP 188	3	4	4	4	2	3	2	2	2	4	4	3	3	4	4	4	52
P KP 189	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	45
L KP 190	4	3	3	4	3	3	1	3	2	3	3	2	3	2	3	2	44
P KP 191	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	45
P KP 192	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	44
P KP 193	4	4	3	3	3	3	3	2	4	3	3	3	4	4	4	4	54
L KP 194	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48
P KP 195	4	4	2	4	2	3	2	3	1	4	4	4	3	4	2	3	49
P KP 196	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3	43
P KP 197	3	3	3	3	3	1	3	1	1	3	3	2	2	2	3	3	39
P KP 198	3	2	3	3	2	1	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	39
L KP 199	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	45
P KP 200	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	45
L KP 201	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	2	2	2	52
P KP 202	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	49
P KP 203	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	4	3	45
P KP 204	4	4	3	4	4	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4	4	59
L KP 205	3	3	4	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	46
P KP 206	4	3	3	3	2	3	2	4	2	4	3	3	4	2	4	3	49
P KP 207	4	3	4	3	2	4	1	2	2	4	3	3	4	4	4	4	51
L KP 208	4	4	4	4	4	2	2	3	2	4	4	4	4	4	4	4	57
P KP 209	4	4	2	4	2	3	3	4	2	4	4	4	4	4	4	4	56

P KP 210	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48
L KP 211	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	63
L KP 212	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	51
L KP 213	2	1	2	2	2	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	1	38	
P KP 214	3	2	3	4	1	4	2	4	2	4	3	4	4	2	4	4	50	
P KP 215	3	3	4	4	2	3	3	3	2	3	3	3	4	4	2	3	49	
P KP 216	4	4	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	47	
P KP 217	4	4	4	4	3	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	61	
L KP 218	4	4	2	4	1	3	3	3	2	3	4	4	3	3	3	3	49	
P KP 219	3	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	42	
L KP 220	4	2	4	3	2	3	3	3	2	4	3	3	3	2	3	4	48	
P KP 221	4	4	2	4	4	3	3	3	2	4	3	3	3	3	3	3	51	
P KP 222	4	1	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	1	3	43	
L KP 223	4	4	4	4	4	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	61	
P KP 224	3	3	3	3	3	1	1	3	1	3	3	3	3	1	3	3	40	

Keterangan

P : Perempuan

L : Laki-laki

PD : Pendidikan Dokter

BD : Pendidikan Bidan

KG : Pendidikan Dokter Gigi

KP : Ilmu Keperawatan

1 : Sangat Tidak Setuju

2 : Tidak Setuju

3 : Setuju

4 : Sangat Setuju

Lampiran 16

Distribusi data preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

Nomor Kode Responden	Nomor Soal			Jumlah
	1	2	3	
L PD 1	4	4	3	11
P PD 2	2	2	2	6
P PD 3	3	3	4	10
L PD 4	3	3	3	9
L PD 5	2	3	3	8
L PD 6	3	3	2	8
L PD 7	3	3	2	8
L PD 8	4	4	4	12
P PD 9	3	2	3	8
L PD 10	4	4	4	12
L PD 11	3	3	3	9
P PD 12	3	4	3	10
P PD 13	2	2	2	6
L PD 14	3	4	3	10
L PD 15	3	3	3	9
L PD 16	3	3	3	9
L PD 17	3	4	3	10
P PD 18	3	3	3	9
L PD 19	2	3	3	8
P PD 20	3	2	3	8
L PD 21	2	3	3	8
P PD 22	2	3	3	8
P PD 23	4	3	3	10
L PD 24	3	3	3	9
L PD 25	3	3	3	9
L PD 26	4	4	3	11
P PD 27	4	4	4	12
L PD 28	3	3	3	9
L PD 29	4	2	4	10
P PD 30	4	4	4	12
P PD 31	3	2	3	8
P PD 32	2	3	3	8
P PD 33	2	3	3	8
L PD 34	4	3	1	8
P PD 35	2	2	3	7
L PD 36	3	3	3	9
P PD 37	3	3	3	9

Nomor Kode Responden	Nomor Soal			Jumlah
	1	2	3	
L PD 38	3	3	2	8
L PD 39	3	4	4	11
P PD 40	2	1	3	6
L PD 41	3	2	3	8
L PD 42	3	2	3	8
L PD 43	4	3	4	11
L PD 44	3	3	3	9
P PD 45	2	2	3	7
L PD 46	1	2	2	5
L PD 47	3	2	4	9
L PD 48	4	4	4	12
P PD 49	4	4	4	12
P PD 50	2	2	3	7
P PD 51	3	4	3	10
L PD 52	3	3	3	9
L PD 53	3	3	4	10
P PD 54	3	2	3	8
L PD 55	3	2	3	8
P PD 56	3	3	3	9
P PD 57	3	3	4	10
L PD 58	2	3	2	7
P PD 59	3	3	3	9
P PD 60	3	3	4	10
L PD 61	3	2	3	8
L PD 62	3	3	4	10
L PD 63	4	1	3	8
L PD 64	4	2	3	9
L PD 65	3	3	3	9
P PD 66	3	3	2	8
P PD 67	4	3	3	10
L PD 68	3	4	4	11
P PD 69	4	3	3	10
L PD 70	3	4	3	10
L PD 71	3	3	3	9
P PD 72	4	4	4	12
L PD 73	4	3	4	11
P PD 74	1	1	2	4

L	PD	75	3	2	1	6
P	PD	76	3	2	3	8
L	PD	77	2	3	3	8
P	PD	78	3	2	3	8
P	PD	79	4	4	3	11
L	PD	80	2	3	2	7
L	PD	81	2	3	3	8
P	PD	82	3	3	3	9
P	PD	83	3	3	2	8
P	PD	84	2	2	3	7
P	PD	85	4	4	4	12
L	PD	86	3	3	3	9
P	PD	87	2	3	3	8
P	PD	88	3	3	3	9
P	PD	89	3	4	4	11
P	PD	90	3	3	3	9
P	BD	91	3	3	3	9
P	BD	92	3	3	3	9
P	BD	93	2	3	3	8
P	BD	94	3	3	3	9
P	BD	95	1	4	4	9
P	BD	96	1	3	3	7
P	BD	97	3	3	3	9
P	BD	98	2	2	3	7
P	BD	99	2	2	3	7
P	BD	100	3	3	3	9
P	BD	101	4	3	4	11
P	BD	102	3	3	3	9
P	BD	103	4	4	4	12
P	BD	104	3	2	3	8
P	BD	105	2	2	4	8
P	BD	106	3	3	3	9
P	BD	107	2	2	4	8
P	BD	108	1	4	1	6
P	BD	109	3	3	3	9
P	DG	110	2	3	3	8
P	DG	111	1	2	2	5
L	DG	112	1	2	2	5
L	DG	113	1	1	1	3
P	DG	114	3	2	2	7
P	DG	115	2	2	2	6
P	DG	116	3	3	3	9
P	DG	117	2	1	1	4
P	DG	118	3	2	3	8
P	DG	119	3	3	3	9
P	DG	120	3	3	3	9
L	DG	121	4	2	3	9
P	DG	122	3	3	3	9
P	DG	123	3	3	3	9
P	DG	124	3	3	3	9
P	DG	125	3	3	4	10
P	DG	126	3	3	3	9
P	DG	127	2	3	3	8
P	DG	128	3	4	4	11
P	DG	129	3	3	3	9
P	DG	130	2	2	3	7
P	DG	131	3	2	3	8
L	DG	132	1	2	3	6
L	DG	133	2	2	2	6
P	DG	134	2	3	3	8
L	DG	135	2	2	3	7
L	DG	136	2	4	2	8
L	DG	137	2	2	3	7
p	DG	138	2	3	3	8
P	DG	139	2	2	3	7
P	DG	140	3	3	3	9
P	DG	141	3	3	4	10
P	DG	142	3	2	3	8
P	DG	143	1	2	3	6
P	DG	144	3	4	3	10
P	DG	145	3	4	3	10
P	DG	146	3	3	2	8
P	DG	147	2	2	3	7
L	DG	148	3	3	3	9
P	DG	149	3	3	3	9
P	DG	150	3	2	3	8
P	DG	151	3	2	3	8
P	DG	152	2	2	3	7
L	DG	153	4	4	3	11
P	DG	154	3	3	3	9
P	DG	155	2	3	3	8
P	DG	156	3	2	3	8
P	DG	157	2	2	2	6
P	DG	158	2	3	3	8

P	DG	159	2	2	3	7
L	DG	160	1	1	3	5
P	DG	161	2	2	3	7
P	DG	162	2	3	3	8
P	DG	163	3	2	3	8
L	DG	164	1	3	3	7
P	DG	165	2	4	4	10
P	DG	166	4	1	4	9
L	DG	167	2	3	3	8
P	DG	168	1	2	3	6
P	DG	169	3	3	3	9
L	DG	170	3	3	4	10
P	DG	171	3	2	3	8
P	DG	172	3	3	3	9
P	DG	173	3	3	3	9
P	DG	174	3	3	4	10
P	DG	175	3	3	3	9
P	DG	176	2	3	3	8
P	DG	177	3	3	3	9
P	KP	178	2	3	3	8
L	KP	179	3	2	2	7
P	KP	180	3	2	3	8
L	KP	181	3	2	3	8
P	KP	182	3	2	3	8
P	KP	183	2	3	4	9
P	KP	184	2	4	3	9
P	KP	185	2	3	3	8
P	KP	186	2	2	3	7
L	KP	187	2	2	3	7
P	KP	188	2	3	3	8
P	KP	189	2	2	3	7
L	KP	190	2	3	3	8
P	KP	191	2	2	2	6
P	KP	192	3	3	3	9
P	KP	193	4	4	4	12
L	KP	194	3	3	3	9
P	KP	195	2	2	3	7
P	KP	196	1	1	1	3
P	KP	197	1	1	1	3
P	KP	198	3	3	3	9
L	KP	199	3	3	3	9
P	KP	200	3	3	4	10
L	KP	201	3	3	4	10
P	KP	202	1	3	3	7
P	KP	203	1	2	3	6
P	KP	204	3	4	3	10
L	KP	205	3	2	3	8
P	KP	206	2	2	3	7
P	KP	207	2	4	3	9
L	KP	208	2	2	3	7
P	KP	209	3	4	3	10
P	KP	210	2	2	2	6
L	KP	211	2	1	2	5
L	KP	212	3	3	3	9
L	KP	213	2	2	2	6
P	KP	214	2	3	3	8
P	KP	215	2	2	3	7
P	KP	216	3	3	3	9
P	KP	217	2	2	4	8
L	KP	218	2	2	3	7
P	KP	219	1	3	4	8
L	KP	220	2	2	3	7
P	KP	221	2	2	2	6
P	KP	222	2	3	3	8
L	KP	223	4	4	4	12
P	KP	224	1	2	2	5

Keterangan

P : Perempuan

L : Laki-laki

PD : Pendidikan Dokter

BD : Pendidikan Bidan

KG : Pendidikan Dokter Gigi

KP : Ilmu Keperawatan

1 : Sangat Tidak Setuju

2 : Tidak Setuju

3 : Setuju

4 : Sangat Setuju

Lampiran 17
Uji Korelasi *Spearman Rho*

Insentif material dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

Correlations				
			Material	Preferensi
Spearman's rho	Material	Correlation Coefficient	1.000	.244**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	224	224
	Preferensi	Correlation Coefficient	.244**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	224	224

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Insentif non-material dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

Correlations				
			Non_Material	Preferensi
Spearman's rho	Non_Material	Correlation Coefficient	1.000	.179**
		Sig. (2-tailed)	.	.007
		N	224	224
	Preferensi	Correlation Coefficient	.179**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.007	.
		N	224	224

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Lampiran 18

Uji statistik tabulasi silang variabel penelitian

Tabulasi silang faktor insentif material dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Material * Preferensi	224	100.0%	0	.0%	224	100.0%

Material * Preferensi Crosstabulation

Count		Preferensi			Total
		Preferensi Tinggi	Preferensi Sedang	Preferensi Rendah	
Material	Penting	53	29	12	94
	Cukup	43	29	5	77
	Kurang	11	32	10	53
Total		107	90	27	224

Tabulasi silang faktor insentif non-material dengan preferensi calon tenaga kesehatan untuk bekerja di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Non_Material * Preferensi	224	100.0%	0	.0%	224	100.0%

Non_Material * Preferensi Crosstabulation

Count		Preferensi			Total
		Preferensi Tinggi	Preferensi Sedang	Preferensi Rendah	
Non_Material	Penting	60	48	15	123
	Cukup	47	40	10	97
	Kurang	0	2	2	4
Total		107	90	27	224