



MODEL REMUNERASI JASA PELAYANAN YANG BERKEADILAN BAGI KARYAWAN RUMAH SAKIT PEMERINTAH DAERAH

Torry Duet Irianto

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Malahayati Bandar Lampung
duettorry@gmail.com

Abstrak

Keluhan dari tenaga fungsional baik tenaga Medis, mulai dari Dokter Spesialis, dokter umum, dokter gigi, Perawat, Bidan dan tenaga lainnya di beberapa rumah sakit mengenai remunerasi yang diterimanya dapat berdampak tidak baik terhadap motivasi kerja. Sehingga akan berpengaruh tidak baik terhadap pelayanan kesehatan pada Rumah Sakit. Keluhan tersebut karena tidak tepat atau tidak diperhitungkan seperti Pendidikannya, risiko pekerjaan, kinerja serta kemampuan. Sehingga diperlukan upaya berupa jalan keluar untuk mengembangkan Model remunerasi yang sudah berjalan yang melakukan modifikasi terhadap indeks atau indikatornya. Model remunerasi yang dikembangkan ini memiliki indikator yang menyentuh seluruh pekerjaan di Rumah Sakit. Tujuan penelitian untuk mengembangkan model remunerasi yang digunakan oleh Rumah Sakit menjadi suatu Model Remunerasi yang berkeadilan bagi karyawan. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif, dimana penggalan informasi melalui wawancara mendalam dan FGD serta dokumen yang berkaitan dengan remunerasi melalui observasi partisipatif aktif. Formulasi Model Remunerasi ini dirumuskan dari hasil penggalan informasi melalui FGD selanjutnya perumusan dilakukan oleh Tim Perumus yaitu para *expert*. Penelitian dilaksanakan dibulan juni - agustus 2017 di RSUD Dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Hasil penelitian adalah adanya Suatu Model Remunerasi yang Berkeadilan, dimana Suatu Model Remunerasi yang di kembangkan dari Remunerasi yang telah dijalankan atau digunakan oleh Rumah Sakit Daerah.

Kata Kunci: Model Remunerasi, FGD, Keadilan.

Abstract

Complaints from functional staff, including medical staff, from specialist doctors, general practitioners, dentists, nurses, midwives and other staff in several hospitals regarding the remuneration they receive can have a negative impact on work motivation. So it will have a negative impact on health services in hospitals. The complaint was because it was inaccurate or did not take into account education, job risks, performance and abilities. So efforts are needed in the form of a solution to develop an existing remuneration model that makes modifications to the index or indicator. The remuneration model developed has indicators that touch all workers in the hospital. The aim of the research is to develop the remuneration model used by the Hospital into a Remuneration Model that is fair for employees. This research is qualitative research, where information is extracted through in-depth interviews and FGDs as well as documents related to remuneration through active participant observation. The formulation of this Remuneration Model was formulated from the results of extracting information through FGDs, then the formulation was carried out by the Formulation Team, namely experts. The research was carried out in June - August 2017 at Dr.H.Abdul Moeloek Regional Hospital, Lampung Province. The result of the research is that there is a Fair Remuneration Model, where a Remuneration Model is developed from the Remuneration that has been implemented or used by Regional Hospitals.

Keywords : Remuneration Model, FGD, Justice.

@Jurnal Ners Prodi Sarjana Keperawatan & Profesi Ners FIK UP 2023

✉ Corresponding author :

Address : Bandar Lampung, Lampung, Indonesia

Email : duettorry@gmail.com

Phone : 0811-797-531

PENDAHULUAN

Rumah sakit, sebagai institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat, merupakan suatu usaha padat modal, padat sumber daya manusia (SDM) serta padat ilmu dan teknologi yang harus mampu mengelola ketiga hal tersebut dengan baik agar dapat menjalankan perannya dengan baik. SDM rumah sakit yang berperan besar dalam pelayanan kesehatan adalah staf medik fungsional (SMF) yang meliputi dokter umum, dokter spesialis, dan perawat yang memiliki peranan penting dalam menentukan arah kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan (Soetisna, Ayuningtyas, & Misnaniarti, 2015). Para dokter dan perawat berhak mendapatkan penghasilan atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien.

Dalam memberikan pelayanan kepada pasien, tidak dapat dihindari munculnya insentif keuangan untuk dokter dan tenaga kesehatan lainnya. Hal ini terutama terjadi pada sistem pembayaran *fee for services*. Dalam etika bisnis, pemberian insentif sebaiknya dilakukan berdasarkan kriteria mutu tertentu untuk mencegah terjadinya *supply induced demand* (Trisnantoro, 2005). Walaupun sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Pasal 30 UU Nomor 44 Tahun 2009), rumah sakit berhak menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan (Sekretariat Negara RI, 2009). Insentif seharusnya digunakan untuk memengaruhi tenaga kesehatan agar berperilaku dengan baik. Pencatatan dan pelaporan dokumentasi keperawatan tidak hanya bermanfaat untuk kepentingan pasien melainkan untuk kepentingan perawat dan tim kesehatan lain. Dokumentasi keperawatan menjadi bukti administrasi, medis, hukum, keuangan, penelitian pendidikan, akreditasi, statistik, komunikasi (Heryyanoor, Pertiwi, & Hardiyanti, 2023).

Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Khusus Daerah yang telah berstatus Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), diberikan fleksibilitas dalam mengelola keuangannya, termasuk salah satunya adalah menerapkan remunerasi kepada karyawan dengan tujuan untuk memberikan motivasi dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat (Kemenkeu, 2019).

Remunerasi merupakan imbalan yang diberikan kepada karyawan berupa finansial yang diberikan setiap bulan, atas dasar beberapa pertimbangan seperti beban kerja, risiko kerja, pendidikan, pengalaman, kinerja dan hal lainnya.

Remunerasi berupa imbalan atas pekerjaan yang telah dilakukan oleh karyawan di luar gaji, tunjangan jabatan, tunjangan fungsional, insentif dan bonus. Remunerasi atau kompensasi dapat memengaruhi motivasi pegawai sekaligus meningkatkan kinerjanya. Hal ini disebabkan oleh pemberian remunerasi yang baik dapat memberikan daya tarik pegawai untuk bekerja lebih baik. Kompensasi atau imbalan akan berpengaruh untuk meningkatkan motivasi kerja yang pada akhirnya secara langsung akan meningkatkan kinerja individu (Ilyas, 2002).

Penerapan Remunerasi di beberapa Rumah Sakit Daerah banyak menimbulkan masalah seperti ketidakadilan, ketidak terbukaannya, dan ketidak layakan yang dirasakan oleh karyawan, mulai dari kalangan tenaga medis dokter spesialis, dokter umum dan dokter gigi. Tenaga Paramedis seperti Perawat dan bidan serta tenaga lainnya diluar tenaga medis dan tenaga para medis (Hidayah, 2017). Dampak yang tidak baik karena masalah tersebut diatas adalah terganggunya pelayanan kesehatan yang tentunya berakibat rendahnya mutu pelayanan (Soetisna et al., 2015).

Berdasarkan hasil observasi di Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung permasalahan remunerasi juga jumlah karyawan paling banyak se Provinsi Lampung yang mencapai 1.310 jiwa dengan status baik sebagai PNS dan Honor Daerah. Tenaga dokter spesialis yang lengkap serta tenaga dokter umum perawat dan bidan yang terbanyak dari seluruh rumah sakit pemerintah daerah di Provinsi Lampung. Sehingga diharapkan dapat mewakili karyawan-karyawan pada rumah sakit pemerintah. Dengan kejadian tersebut diatas, Peneliti tertarik untuk mencari solusi jalan keluar bagaimana seharusnya remunerasi itu dijalankan. Tujuan penelitian untuk mengembangkan model remunerasi yang digunakan oleh Rumah Sakit menjadi suatu Model Remunerasi yang berkeadilan bagi karyawan RSUD Abdul Moeloek Bandar Lampung.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif, dimana dilakukan penggalan informasi melalui observasi partisipatif aktif, dengan *Focus Group Discussion*, yang dilakukan untuk menggali masalah-masalah penerapan sistem remunerasi, ketidakadilan yang dirasakan oleh berbagai segmen karyawan rumah sakit. Pokok

bahasan dalam *focus group discussion* ini adalah azas keadilan dalam remunerasi jasa pelayanan bagi karyawan pada rumah sakit pemerintah daerah. Sedangkan subpokok bahasan *focus group discussion* adalah indikator penilaian dan sub indikator penilaian.

Tabel 1. *Focus Group Discussion* Kelompok Dokter Spesialis, Dokter Umum, Dokter Gigi, Perawat dan Bidan

Kelompok	Medis	Jumlah (orang)
1	Dokter Spesialis	7
2	Dokter Umum dan Dokter Gigi	7
3	Perawat dan Bidan	7

Tabel 2. *Focus Group Discussion* Kelompok Petuga Loundri, Gizi, Teknik Bangunan dan listrik

Klp	Petugas	Jumlah (orang)
4	Loundri	3
4	Gizi	3
4	Teknis Bangunan dan Listrik	3

Uji keabsahan data dengan Triangulasi. Trianggualsi adalah peninjauan kembali data atau informasi yang telah diperoleh dari satu sumber. Trianggulasi yang telah dilakukan adalah triangulasi sumber data. Kebenaran informasi dicek melalui berbagai metode dan sumber perolehan data. Observasi terlibat (*participant obervation*), *focus group discussion*, dokumen tertulis, arsip, dokumen sejarah, catatan resmi, catatan atau tulisan pribadi, gambar gambar dan foto-foto.

Analisis data penelitian kualitatif ini dilakukan menurut Miles dan Huberman yang

aktifitas analisis data dalam tiga tahap yaitu; Reduksi data, penyajian data dan kesimpulan/verifikasi. Reduksi Data adalah merangkum memilih dan fokus kepada hal-hal yang penting, kodifikasi terhadap data. Sehingga diperoleh tema-tema atau klasifikasi dari hasil penelitian, yang dimaksud kode oleh Miles dan Huberman adalah kategori-kategori. Pada penyajian data, peneliti menyajikan temuan penelitian berupa kategori atau pengelompokan dalam bentuk matrik dan diagram, karena dinilai lebih efektif. Kesimpulan atau verifikasi adalah tahap dimana peneliti menarik kesimpulan dari temuan baru (Afrizal, 2014).

Setelah masalah-masalah penerapan remunerasi diketahui dan aspirasi dari berbagai segmen karyawan rumah sakit telah disadari, model remunerasi rumah sakit berkeadilan dikembangkan. Model remunerasi dikembangkan dengan menggunakan metode penelitian Dephy dan simulasi.

Penelitian dilakukan pada di Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Rumah sakit tersebut dipilih karena disamping mempunyai permasalahan remunerasi juga jumlah karyawan paling banyak se Provinsi Lampung yang mencapai 1.310 jiwa dengan status baik sebagai PNS dan Honor Daerah. Tenaga dokter spesialis yang lengkap serta tenaga dokter umum perawat dan bidan yang terbanyak dari seluruh rumah sakit pemerintah daerah di Provinsi Lampung. Sehingga diharapkan dapat mewakili karyawan-karyawan pada rumah sakit pemerintah.

Waktu penelitian dilaksanakan pada minggu pertama Bulan Juni tahun 2017 sampai Bulan Agustus 2017.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 3. Hasil *Focus Group Discussion* Dokter Spesialis

Kode	Pemadatan Fakta	Kesimpulan
1	Remunerasi dokter spesialis Mata dan THT lebih rendah dari dokter umum dan perawat,	Para Dokter spesialis diberikan Remunerasi tidak sesuai dengan pendidikan, pekerjaan dan keahliannya.
2	Remunerasi dokter spesialis sebagai kepala pelayanan dan ketua komite medik, pengasialan jauh dibawah.	
3	Dokter spesialis tidak mendapat <i>basic salary/ basic insentif</i> , sehingga pendapatan hanya tergantung dari jumlah pasien.	
4	Imbalan bagi dokter spesialis tidak sesuai dengan keuntungan rumah sakit	
5	Pendapatan dokter spesialis menurun, sejak <i>reveral system</i> , karena pasien berkurang.	
6	Kepala SMF tidak mendapatkan insentif	

Tabel 4. Hasil *Focus Group Discussion* Dokter Umum dan Dokter Gigi

Kode	Pemadatan Fakta	Kesimpulan
1	Dokter umum ASN yang tugas IGD hanya mendapat jasa tindakan medis non operatif 50%. Sedangkan dokter umum yang bertugas selain IGD mendapat jasa tindakan medis non operatif lebih dari 50%.	Para Dokter Umum diberikan Remunerasi tidak sesuai dengan beban kerjanya, risiko pekerjaan yang diembannya.
2	Dokter umum di IGD beban kerja berat, tetapi dibayar tidak sesuai	
3	Tidak ada <i>reward</i> bagi kepala instalasi rawat inap, walaupun rawat inap merupakan intalasi penghasil uang	
4	Dokter umum di perinatologi dengan beban kerja yang berat tetapi dibayar tidak sesuai	
5	Dokter umum IGD yang menangani pasien observasi tidak mendapat jasa pelayanan. Pasang infus, kateter, USG yang dilakukan oleh dokter umum tidak dibayar	
6	Di IGD risiko tertular penyakit paling tinggi,	
7	Klinik VCT berisiko tinggi tertular penyakit, HIV dengan komplikasi TB MDR.(TB paru yang resisten), tetapi tidak dihitung <i>risk index</i>	
8	Pegawai di Poli gigi berisiko tertular hepatitis, tetapi <i>risk index</i> tidak diperhitungkan	
9	Pegawai di Poli paru berisiko tertular HIV dan hepatitis, tetapi <i>risk index</i> kurang diperhitungkan	

Tabel 5. Hasil *Focus Group Discussion* Petugas Loundri, Gigi, Teknik Bangunan dan Listrik

Kode	Pemadatan fakta	Kesimpulan
1	Petugas loundri Risiko tertular penyakit yang berasal dari linen bekas pasien. tetapi <i>risk index</i> tidak diperhitungkan.	Petugas Loundri, Gizi PTL Karena <i>risk index</i> nya tidak atau belum diperhitungkan.
2	Petugas Gizi dapur berisiko kecelakaan fisik, seperti tersiram air panas karena setiap pagi harus merebus dengan panci yang sangat besar, tetapi <i>risk index</i> tidak diperhitungkan.	
3	Petugas teknis bangunan rumah sakit berisiko mengalami kecelakaan fisik, tetapi <i>risk index</i> belum diperhitungkan	
4	Risiko kecelakaan fisik, seperti sengatan listrik bagi petugas teknis listrik rumah sakit.	

Hasil identifikasi masalah didapat 3 (tiga) hal, yaitu tidak atau kurang diperhitungkannya *competence* (kemampuan), *performance* (kinerja) dan *risk* (risiko). Sehingga hal ini menyebabkan ketidakadilan. Dalam penelitian ini sesuai dengan teori yang telah disampaikan oleh Sinambela (2016) yang menyebutkan, pada umumnya pegawai akan termotivasi bekerja jika merasakan bahwa imbalan yang diterima terdistribusi dengan adil. Rancangan dan implementasi haruslah dipastikan terdapat keadilan. Keadilan adalah keseimbangan antara masukan yang dibawa oleh pegawai ke dalam suatu pekerjaan dengan hasil yang diperoleh dari pekerjaan tersebut. Masukan yang dibawa oleh pegawai meliputi *competence* (pendidikan, keahlian, pengalaman) dengan *output compensation* berupa gaji, tunjangan dan imbalan lainnya baik didalam suatu organisasi ataupun

diluar organisasi tetapi bergerak pada jenis pelayanan yang sama.

Ketidakadilan yang berhubungan dengan *performance* dalam penelitian ini seperti telah disampaikan oleh Istiqomah Suharmono dan Mirwan Surya Perdhana dalam sebuah journal tahun 2017 yang berjudul Analisis pengaruh keadilan remunerasi dan budaya organisasi terhadap kinerja karyawan dengan motivasi sebagai variabel intervening, disampaikan bahwa keadilan remunerasi itu tidak berpengaruh langsung terhadap kinerja karyawan. Keadilan dalam remunerasi itu baru terjadi melalui motivasi kerjanya. Dari pendapat yang disampaikan tersebut dapat dimaknai bahwa yang perlu mendapat perhatian dalam mencapai suatu keadilan itu adalah bagaimana upaya untuk meningkatkan

motivasi kerja pegawai terlebih dahulu agar *performance* dapat meningkat.

Berbeda dengan penelitian yang disampaikan oleh Linda Khilyatul Azizah, Ahmad Alim Bachri dan Adenan tahun 2016, bahwa *pay satitistfaction* mempunyai pengaruh langsung terhadap kinerja, lebih lanjut disampaikan bahwa semakin puas pegawai terhadap imbalan yang diterima dengan pola remunerasi, maka semakin baik kinerjanya. Hal ini berlaau sebaliknya, yaitu semakin tidak puas pegawai terhadap imbalan yang diterima dengan pola remunerasi, maka semakin tidak baik pula kinerjanya.

Hubungan antara *performance* dengan pemberian remunerasi lainnya disampaikan oleh Bambang Sukoco dalam sebuah journal yang berjudul Pengaruh remunerasi terhadap kualitas pelayanan publik tahun 2010, menyampaikan bahwa remunerasi dapat memberikan motivasi kepada petugas untuk meningkatkan kinerja mereka, pencapaian kinerja ditaandai dengan layanan yang baik (*service excellent*)

Hubungan antara bonus yang merupakan bagian dari remunerasi disampaikan oleh W.L.Njanjal, R. N. Maina I, L. K. Kibet1 dan Kageni pada tahun 2013 dalam journal yang berjudul *Effect of Reward on Employee Performance: A Case of Kenya power* menyampaikan, bahwa bonus tidak berpengaruh signifikan terhadap kinerja karyawan.

Dalam Penentuan indikator penilaian berikut sub indikatornya serta penentuan nilai dan bobot dilaksanakan dengan teknik delphi. Teknik Delhi adalah proses dalam kelompok yang melibatkan interaksi antara peneliti dan sekelompok *expert* terkait penentuan indikator penilaian dan subindikatornya serta penentuan nilai dan bobotnya melalui bantuan kuesioner. Pada kuesioner dicantumkan pilihan untuk sub indikator penilaian dengan jawaban dengan kategori sangat setuju, setuju, kurang setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju. Sedangkan dalam penentuan besar nilai dan bobotnya pada kuesioner dicantumkan pilihan angka mulai dari 1(satu) sampai 10(sepuluh). Kemudian dalam menentukan angka yang terpilih melalui perhitungan median. Pendapat dari para *expert* dibutuhkan dalam menyelesaikan masalah. dimana terdapat 10 (sepuluh) orang yang dikategorikan sebagai *expert* dengan pertimbangan faham mengenai remunerasi, pendidikannya tinggi dan senior. Kesepuluh *expert* tersebut terdiri dari

3(tiga) orang dokter spesialis, 2(dua) orang dokter umum, 1(satu) perawat, 1(satu) orang tenaga staf tehnik dan 1(satu) orang staf administrasi.

Pengertian yang disampaikan oleh Sinambela (2013) Keadilan adalah keseimbangan antara masukan yang dibawa oleh pegawai ke dalam suatu pekerjaan dengan hasil yang diperoleh dari pekerjaan tersebut. Masukan yang dibawah oleh pegawai meliputi, pendidikan, keahlian, pengalaman, waktu kerja dengan *output* berupa gaji, tunjangan dan imbalan lainnya baik didalam suatu organisasi ataupun diluar organisasi tetapi bergerak pada jenis pelayanan yang sama. Pengertian dari Sinambela (2013) tersebut diatas jika berdasarkan hasil penelitian masih memiliki kekurangan, yaitu keseimbangan menurutnya hanya mempersoalkan *competence* saja. Tidak mempersoalkan unsur-unsur seperti *performance and risk*. Sehingga perlu kiranya untuk melengkapi definisi dari sinambela tersebut.

Dalam melakukan formulasi model remunerasi pengembangan ini melalui tahapan; Pembagian indikator penilaian, dimana sebagai dasar hukum pembagian adalah Peraturan Pemerintah no 11 tahun 2017 tentang manajemen Pegawai negeri Sipil dan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 79 tahun 2018. Dengan 2(dua) dasar hukum ini indikator penilaian dikelompokkan menjadi 10(sepuluh), yaitu Masa kerja, Jabatan Fungsional Kesehatan, , Jabatan Struktural, Jabatan Non Struktural, Jabatan Administrasi, Jabatan Teknis, Risiko pekerjaan, Emerjensi, Pendidikan dan Pelatihan serta Kinerja. Lalu melakukan kategori pegawai dalam 10 (sepuluh) kelompok indikator penilaian tersebut. Setelah itu melakukan penentuan nilai dan penentuan bobot. Nilai merupakan besaran angka yang diberikan kepada pekerjaan/pelayanan yang dilakukan. Pekerjaan atau pelayanan yang dianggap penting akan mempunyai nilai tinggi. Misalnya pekerjaan atau pelayanan yang penting adalah pelayanan yang langsung bersentuhan dengan manusia seperti pemeriksaan pengobatan pasien. Demikian pula sebaliknya pekerjaan atau pelayanan yang tidak begitu penting akan diberikan nilai rendah. Sedangkan bobot merupakan berat tidaknya pekerjaan atau pelayanan itu dilakukan. Jika dianggap berat pekerjaan atau pelayanan itu, maka akan diberikan bobot tinggi. Demikian pula sebaliknya jika pekerjaan atau pelayanan itu tidak berat, maka bobotnya akan rendah.

Mengenai kebijakan remunerasi jasa pelayanan dari pemerintah daerah, yang mana dalam hal ini menyangkut Peraturan Gubernur tentang remunerasi jasa pelayanan disampaikan beberapa kekurangan dari Peraturan Gubernur yang lama, seperti pembagian remunerasi jasa pelayanan tiap ruangan bervariasi tidak merata, sehingga ada tempat yang basah dan tempat yang kering dan kecenderungan pegawai untuk memilih pindah di tempat yang basah. Kondisi tersebut sebetulnya variasi pendapatan pasti harus terjadi, hal ini tergantung kepada beban kerja, dimana makin berat beban kerja sudah barang tentu pendapatan akan lebih tinggi. Hal lain lagi pada Peraturan Gubernur yang lama adalah pembagian remunerasi jasa pelayanan secara gelondongan, yang akan menyulitkan dalam pembayaran pajak bagi pegawai golongan III dan golongan IV dan selanjutnya pada Peraturan Gubernur yang baru dilakukan pembagian remunerasi secara *by name*. Hal ini sangat baik sehingga memudahkan dalam pembayaran pajak bagi pegawai golongan III dan golongan IV.

Alokasi dana remunerasi jasa pelayanan disetiap rumah sakit daerah tidak sama berkisar antara 32% sampai dengan 44%. Dampak buruk dari alokasi dana remunerasi yang tinggi diatas 40% berarti mengganggu anggaran untuk belanja operasional rumah sakit, terutama belanja obat-obatan dan dikhawatirkan belanja operasional tidak mencukupi untuk satu tahun. Namun kondisi ini akan berdampak baik bagi karyawan, yaitu karyawan akan mendapatkan remunerasi dengan jumlah yang besar dan tentu akan dapat meningkatkan kinerja mereka.

Berlaku juga sebaliknya apabila alokasi dana remunerasi yang rendah dibawah 40% berarti anggaran untuk belanja operasional rumah sakit akan aman, terutama untuk belanja obat-obatan dan belanja operasional dijamin mencukupi untuk satu tahun. Namun kondisi ini akan tidak menyenangkan bagi karyawan, yaitu karyawan akan mendapatkan remunerasi dengan jumlah yang kecil dan tentu akan dapat berpengaruh terhadap kinerja mereka.

Model Remunerasi Hasil Pengembangan Yang Berkeadilan Bagi Karyawan Rumah Sakit Daerah

Tabel 6. Indikator Penilaian *Basic Index* masa kerja

Masa kerja	Nilai
>21 tahun	6
17 sd 20 tahun	5
13 sd 16 tahun	4
9 sd 12 tahun	3
5 sd 8 tahun	2
< 4 tahun	1

Tabel 7. Indikator Penilaian Jabatan Fungsional

Ahli	Jabatan Fungsional	Nilai
Utama	Dokter spesialis konsultan	9
Madya 1	Dokter spesialis	8
Madya 2	Dokter gigi spesialis NURS spesialis	7
Muda 1	Dokter umum	6
Muda 2	Dokter gigi Apoteker Perawat NURS	5
Pratama	D IV Keperawatan, Kebidanan Laboratorium, Radiologi Sarjana sains terapan Masa kerja diatas 13 tahun	4
Trampil		
Penyelia	D III Keperawatan, Kebidanan, Analis, Fisioterapi. Masa kerja 9 tahun sd 12 tahun	3
Mahir	D III Keperawatan, Kebidanan, Analis, Fisioterapi. Masa kerja 5 tahun sd 8 tahun	2

Tabel 8. Indikator Penilaian Jabatan Non-Stuktural

	Jabatan	Nilai
Utama	Satuan Pengawas Internal	8
Madya	Ketua Komite Medik, Ketua Komite Keperawatan, Ketua Komite Etik dan Hukum, Komite Farmasi dan Terapi.	6
Pratama 1	Kepala Instalasi	4
Pratama 2	Supervisor	4
Pratama 3	Kepala ruangan	2
Pratama 4	Koordinator	2
Pratama 5	Kepala Tim	2

Indikator penilaian Jabatan non-struktural adalah jabatan yang disandang oleh seorang, tetapi tidak memiliki eselon. Tugas dan tanggung jawabnya diberikan oleh direktur rumah sakitnya, melalui surat keputusan Direktur. Tingkatan Jabatan non-struktural adalah Madya dan Pratama

Indikator penilaian Jabatan Teknis adalah suatu penilaian yang diberikan kepada pegawai/staf rumah sakit daerah yang bekerja sebagai teknisi listrik, elektromedik, bangunan, termasuk kebersihan, gizi, , loundri, gizi, dan keamanan/satpam, di bagi menjadi beberapa, yaitu sebagai berikut:

Tabel 9. Indikator Penilaian Jabatan Teknis

Tingkatan	Jabatan teknis	Nilai
Koordinator	Pegawai/ staf sebagai teknisi listrik, elektromedik, bangunan, termasuk kebersihan, gizi, , loundri, gizi, dan keamanan/satpam rumah sakit daerah yang diberi tugas sebagai koordinator oleh direktur pada rumah sakit daerah.	7
Pelaksana	Pegawai/ staf sebagai teknisi listrik, elektromedik, bangunan, termasuk kebersihan, gizi, , loundri, gizi, dan keamanan/satpam rumah sakit daerah yang diberi tugas sebagai pelaksana oleh direktur.	5

Indikator penilaian risiko kerja diberikan kepada pegawai, karena pekerjaannya

kemungkinan terkena kecelakaan fisik, radiasi, kimia, infeksi dan pidana.

Tabel 10. Indikator Penilaian Risiko Kerja

Jenis risiko	Tempat kerja	Nilai
Fisik	Pegawai bangunan, listrik, elektromedik, dapur(gizi), Supir mobil ambulance, Supir mobil jenazah.	6
Kimia	Pegawai yang bekerja di chemoterapi.	6
Radiasi	pegawai yang bekerja pada bagian radiologi.	6
Infeksi	pegawai yang bekerja pada IGD, ruang rawat inap, ICU, ICCU, loundri, klinik VCT.	5
Pidana	pegawai bagian bedah,IGD, keuangan	6

Keterangan

Apabila seseorang pegawai yang bekerja pada suatu tempat melebihi dari 1(satu) point resiko, maka nilai indeks tinggal ditambahkan saja.

Indikator penilaian yang diberikan kepada pegawai yang bekerja pada Unit Emerjensi atau gawat darurat yang memerlukan penanganan cepat, tepat dan akurat guna penyelamatan jiwa pasien.

Tabel 11. Indikator Penilaian Emerjensi

Emerjensi	Nilai
Dokter	8
Perawat	6
Tenaga lainnya	4

Keterangan

Apabila seseorang pegawai yang bekerja pada suatu emerjensi, maka nilai indeks tinggal ditambahkan saja.

Indikator penilaian Pendidikan dan Pelatihan dibagi menjadi fungsional dan teknis.

Pendidikan dan pelatihan fungsional bertujuan untuk mencapai persyaratan kompetensi yang sesuai dengan jenis jenjang jabatan fungsionalnya, sedangkan pendidikan dan pelatihan Teknis bertujuan untuk mencapai persyaratan kompetensi teknis yang diperlukan untuk pelaksanaan tugas pegawai. (PUPNS 2015, BKN). Nilai bagi diklat fungsional dan diklat teknis adalah pada tabel dibawah ini;

Tabel 12. Indikator Penilaian Pendidikan dan Pelatihan

Lama	Nilai
121sd 180 hari	9
31 sd 120 hari	7
15 sd 30 hari	5
8 sd 14 hari	4
2 sd 7 hari	3

Indikator penilaian kinerja adalah diberikan kepada pegawai atas hasil kerjanya. Pengukuran kinerja perorangan dengan menggunakan Indeks

Kinerja Individu, sebagai berikut pada formulir dibawah ini;

Tabel 12. Indikator Penilaian Kinerja

Nilai	Skor	Kriteria	Keterangan
4	>80%	Baik sekali	Dilakukan dan telah membudaya
3	70% sd 79%	Baik	Dilakukan tetapi belum membudaya
2	60% sd 69%	Cukup	Dilakukan kadang-kadang
1	>59%	Kurang	Tidak dilakukan

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian bahwa belum tepatnya pemberian nilai dan bobot risiko dari sub indikator penilaian *risk index* dari remunerasi di beberapa rumah sakit daerah sehingga berdampak pada ketidak-adilan, lalu belum tepatnya pemberian nilai dan bobot pada sub indikator dari *competence index* remunerasi bagi dokter spesialis, sehingga berdampak ketidak-adilan, selanjutnya belum tepatnya pemberian nilai dan bobot pada indikator penilaian *Performance Index* bagi dokter spesialis, sehingga berdampak kepada ketidak-adilan, disamping itu juga belum tepatnya pemberian nilai dan bobot pada sub indikator penilaian *Performance Index* bagi dokter umum, sehingga berdampak kepada ketidak-adilan dan belum tepatnya pemberian nilai dan bobot pada sub indikator penilaian *risk Index* bagi dokter umum, sehingga berdampak kepada ketidak-adilan serta belum tepatnya pemberian nilai dan bobot pada sub indikator penilaian *risk Index* petugas loundri, petugas gizi, petugas teknis bangunan dan petugas teknis listrik.

Berdasarkan simulasi dengan Model pengembangan remunerasi yang juga merupakan modifikasi dari model indexing dapat diterapkan sebagai alternatif dari model remunerasi yang ada pada rumah sakit daerah tingkat provinsi di Indonesia. Nilai dan bobot *risk index*, *competency index* dan *performance index* pada remunerasi pengembangan ini dibuat berdasarkan penilaian dari 10 (sepuluh) orang *expert*. Selain itu, dibangun berdasarkan proses *avidance base* mulai dari identifikasi masalah di beberapa rumah sakit daerah, studi literatur baik journal, artikel dan buku-buku tentang *remunerasi*. Penggalan informasi melalui wawancara mendalam dan *focus*

group discussion serta peran serta 10(sepuluh) *expert*, yang terdiri dari beberapa dokter spesialis, dokter umum, perawat, tenaga administrasi dan tenaga tehnik yang berpengalaman mendasari perumusan model ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Malak, Siti Seri Delima. 2015. *The Determinants of Disclosure of Individual Executive Director's Remuneration: A Malaysian Perspective*. Malaysia: Procedia Social and Behavioral Sciences. Volume 172. Pages 666-673.
- Bernsten Cecilia. Et all. 2010. *A comparative analysis of remuneration models for pharmaceutical professional services: Health Policy*. Volume 95, Issue 1, Pages 1–9
- Bharadia, Rajan. 2017. *Financial remuneration is positively correlated with the number of clinical activities: an example from diabetes management in Alberta community pharmacies*. International Journal of Pharmacy Practice.
- BRYSON ALEX , BERND FRICK, ROB SIMMONS. 2012. *THE RETURNS TO SCARCE TALENT FOOTEDNESS AND PLAYER REMUNERATION IN EUROPEAN SOCCER: AMERICAN ASSOCIATION OF SPORT ECONOMISTS*.
- Carr Stuart C. at all. 2010. *International–local remuneration differences across six countries: Do they undermine poverty reduction work?: International Journal of Psychology*
- Conyon, Martin. And Graham Sadler. 2010. *Shareholder Voting and Directors' Remuneration Report Legislation: Say on Pay in the UK: Corporate Governance An International Review*.
- Ferrarini, Guido at all. 2010. *Executive Remuneration in Crisis: A Critical Assessment of Reforms in Europe*. Journal of Corporate Law Studies. Vol 10. Pages 73-118.
- Filatotchev, Igor. and Deborah Allcock. 2017. *Corporate Governance and Executive Remuneration: A Contingency Framework. Africa: AJOL*. Academy of Management Perspectives. Vol. 24, No. 1.
- Ghosh, Ayan and Rashmi Aggarwal. 2011, *Directors' Remuneration: Various*

- Issues Relating To Firm Performance*. India: Sage Journals.
- Gill, Suveera. 2014. *Rewards for failure: an explanation for anomalous executive remuneration*. Chandigarh. India: Emeraldinsight. Journal of Indian Business Research. Volume 6. Issue: 2, pp.90-127.
- Gregory-Smith, Ian. 2011. Chief Executive Pay and Remuneration Committee Independence: Oxford Bulletin of Economic and Statistics.
- Hendrik Schmitz. 2013. Practice budgets and the patient mix of physicians – The effect of a remuneration system reform on health care utilisation. Elsevier. Journal of Health Economics. Volume 32, Issue 6, December, Pages 1240-1249
- Heryyanoor, Pertiwi, M. R., & Hardiyanti, D. (2023). Keperawatan Di Rumah Sakit. *JURNAL NERS*, 2(3), 28–34. Retrieved from <https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/ners/article/view/16839>
- Hidayah, N. (2017). *Sistem Remunerasi Sebagai Strategi Manajemen Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit* (Cetakan pe). Yogyakarta: LP3M Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Retrieved from [http://repository.umy.ac.id/bitstream/handle/123456789/31310/MONOGRAF SISTEM REMUNERASI RUMAH SAKIT.pdf?sequence=1](http://repository.umy.ac.id/bitstream/handle/123456789/31310/MONOGRAF%20SISTEM%20REMUNERASI%20RUMAH%20SAKIT.pdf?sequence=1)
- Houle, Sherilyn K.D. 2012. *Does Performance-Based Remuneration for Individual Health Care Practitioners Affect Patient Care?: A Systematic Review*. New York: Annals of Internal Medicine.
- Ilyas, Y. (2002). *Kinerja: teori, penilaian, dan penelitian*. Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM Universitas Indonesia.
- Jaafar, Syaiful Baharee. Et all. 2012. *Remuneration Committee and Director Remuneration in Family*. Malaysia: International Review of Business Research Papers.
- Jaafar, Syaiful Baharee and Kieran James. 2014. *Trends During and After the Financial Crisis of 2007 to 2009*. Fiji: Australasian Accounting Business & Finance Journal. Vol. 8, Iss. 3.
- Janet Lee. 2009. *Executive performance-based remuneration, performance change and board structures*. Elsevier The International Journal of Accounting. Volume 44, Issue 2, Pages 138-162.
- Jian, ZHONG. and LIU Xiao-han. 2013. The dynamic effect of economic globalization on remuneration to labor in China Shenzhen University Center of China Special Economic Zone Studies, Shenzhen. Guangdong: CNKI.com.cn. Journal of Shenzhen University (Humanities & Social Sciences).
- Jing, XIE Pan LI. 2010. Tax Burden and Chinese Share of Labor Remuneration an Investigation from Provincial Perspective: CNKI. International Business.
- Kaizhong, Hu. 2012. Remuneration Issues Concerning Phonograms Broadcast by Radio and TV Stations. *Northwest: CNKI*.
- Kemenkeu. (2019). Remunerasi dan Kontribusinya terhadap Kinerja BLU Bidang Pendidikan. Retrieved September 23, 2023, from <https://djpb.kemenkeu.go.id/direktorat/ppkblu/id/data-publikasi/artikel/71-remunerasi-dan-kontribusinya-terhadap-kinerja-blu-bidang-pendidikan.html>
- Kulich, Clara et. all. 2011. *Who gets the carrot and who gets the stick? Evidence of gender disparities in executive remuneration*. Luc D. R. Renneboog: Strategic Management Journal.
- KRISTIAN, OLE. AND HOPE, TONY KANG, WAYNE B. THOMAS. 2009. *IMPACT OF EXCESS AUDITOR REMUNERATION ON THE COST OF EQUITY CAPITAL AROUND THE WORLD: JOURNAL OF ACCOUNTING, AUDITING & FINANCE*.
- Krauter, Elizabeth and Almir Ferreira de Sousa. 2009. *The Relationship Between Executives' Remuneration and Corporate Financial Performance*. International Review of Business Research Papers. Vol.5. No 1. Pp. 163-173.
- Maas, Karen and Sanne Rosendaal. 2015. *Sustainability Targets in Executive Remuneration: Targets, Time Frame, Country and Sector Specification*. Business Strategy and the Environment.
- Olsen, K. R. 2011. *Patient complexity and GPS' income under mixed remuneration*. Denmark: Health Economic.

- Ruparelia, Rita and Amos Njuguna. 2016. *Relationship between Board Remuneration and Financial Performance in the Kenyan Financial Services Industry*. sciedu Press. International Journal of Financial Research. Vol 7, no 2.
- Sekretariat Negara RI. (2009). *Undang-undang nomor 44 tahun 2009 Tentang Rumah Saki*. Jakarta: Sekretariat Negara Republik Indonesia.
- Smith, M and Stewart, A.J. 2014. *Equal remuneration and the Social and Community Services case: progress or diversion on the road to pay equity?*. Australia: Australian Journal of Labour Law. 31-56.
- Soetisna, T. W., Ayuningtyas, D., & Misnaniarti, M. (2015). Penerapan Sistem Remunerasi dan Kinerja Pelayanan. *Kesmas: National Public Health Journal*, 10(1), 17. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v10i1.811>
- Talha, Mohammad et all. 2009. *Corporate Governance And Directors Remuneration In Selected ASEAN Countries*. Malaysia: The Journal of Applied Business Research. Volume 25. Number 2.
- Toby Couture Yves Gagnon. 2010. *An analysis of feed-in tariff remuneration models: Implications for renewable energy investment*. *Energy Policy*. Vol 38. page 955-965
- Trisnantoro, L. (2005). *Aspek strategis manajemen rumah sakit antara misi sosial dan tekanan pasar*. (ANDY, Ed.). Yogyakarta: Offset.
- Wen, SUN Hui. 2013. *Effects of Negotiation Ability Configuration on Labor's Remuneration in Framework of Incomplete Labor Contract: Deciding Factors of Negotiation Ability*. China: CNKI. Journal of Central University of Finance & Economics.
- Xin, XU. 2016. Discussions on the Effect of Integrated Application of the Diverse Distribution Pattern of Remuneration in Geological Exploration Units. China: CNKI. *Natural Resource Economics of China*. Vol 25. Page 390-401.
- Yonts, Brian Garber at all. 2010. Employment and Remuneration Effects of IFQs in the Bering Sea/Aleutian Islands Crab Fisheries. California: Marine Resource Economics. Volume 25, Number 4.
- Yunzhong, Wang and Yuan Fang. 2011. *The Social Function Basis: the Determining of Labor's Remuneration in Contemporary China*. China: CNKI.
- Zhi, HU Fang. 2009. *The Research on the Remuneration Determinants in the Primary Distribution of Enterprises Based on the Investigation on the Situation of Income Distribution of Employees in Hunan Province*. Wuhan, Hubei. China: School of Economics and Law, Industrial University of Hubei. CNKI.