



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS KEBUTUHAN TENAGA DOKTER UMUM  
BERDASARKAN BEBAN KERJA  
DENGAN MENGGUNAKAN METODE *WORK SAMPLING*  
PADA INSTALASI GAWAT DARURAT  
RSU KABUPATEN TANGERANG  
TAHUN 2009**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Administrasi Rumah Sakit**

**T E S I S**

**NAMA : MOHAMAD RIFKI MS.  
NPM : 0706189740**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS INDONESIA  
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
DEPOK  
JULI 2009**

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Tujuan Pembangunan Kesehatan, seperti digariskan dalam Sistem Kesehatan Nasional, adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional. (Ilyas, 2004).

Untuk mewujudkan tujuan di atas Departemen Kesehatan telah menetapkan 5 (lima) upaya yang dirumuskan dalam Panca Karya Husada. Karya kedua dari Panca Karya Husada yaitu: pengembangan tenaga kesehatan yang diarahkan untuk menyediakan tenaga bermutu dalam jumlah dan jenis yang sesuai sehingga mampu mengadakan perubahan, pertumbuhan dan pembaharuan dalam rangka memenuhi kebutuhan kesehatan bagi seluruh masyarakat. (Ilyas, 2004).

Sumber daya manusia (SDM) merupakan elemen utama dalam suatu organisasi karena manusia yang mengendalikan perangkat-perangkat lain untuk menjalankan suatu organisasi. Perencanaan tenaga kesehatan harus tepat sesuai dengan beban kerja rumah sakit karena merupakan unit pelayanan kesehatan terdepan yang fungsinya sangat menunjang pencapaian visi Indonesia Sehat 2010. (Lukman, Kristiani, 2005) Menurut Sheppeck dan Millitelo (2000), perencanaan SDM yang baik akan menghasilkan kebijakan yang menjamin suatu organisasi tetap tersedia tenaga atau pegawainya.

Pelayanan medis oleh dokter umum adalah esensial bagi kehidupan dan kesejahteraan pasien oleh karena itu pelayanan medis harus akuntabel terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Pengembangan ilmu dan teknologi memungkinkan dokter umum untuk mendapatkan informasi yang dibutuhkan dalam rangka menerapkan pelayanan medis bagi pasien dengan kebutuhan yang kompleks.

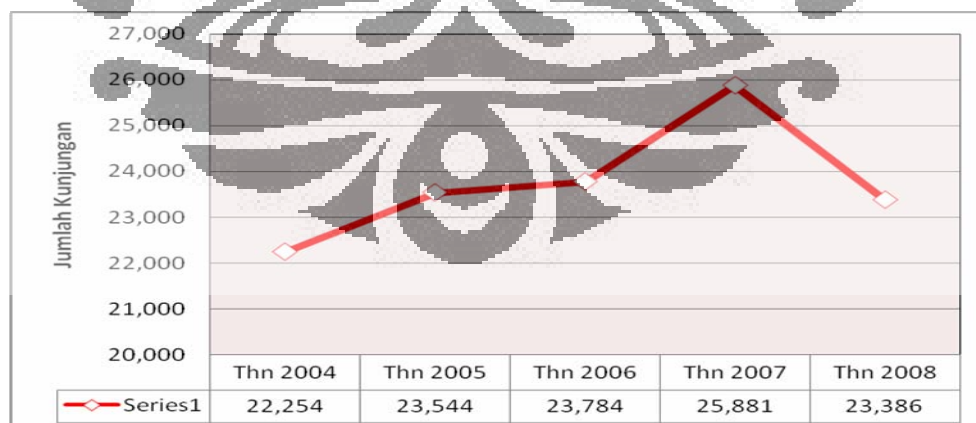
Selama ini penghitungan kebutuhan tenaga dokter umum di rumah sakit berdasarkan rasio jumlah tempat tidur dengan tenaga dokter umum yang diperlukan. Salah satu teknik penghitungan jumlah kebutuhan SDM dokter umum

dapat didasarkan kepada beban kerja dengan menggunakan *work sampling* dimana teknik ini untuk melihat beban kerja yang dipangku oleh personel pada suatu unit, bidang, ataupun jenis tenaga tertentu.

Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan gawat darurat secara terus menerus selama 24 jam, 7 hari dalam seminggu. Fasilitas yang disediakan di Instalasi/ Unit Gawat Darurat harus menjamin efektifitas dan efesiensi bagi pelayanan gawat darurat dalam waktu 24 jam dan dalam seminggu secara terus menerus. (Depkes, 2007).

Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang, selanjutnya disebut RSU Kabupaten Tangerang, sebagai RSU milik Pemerintah Kabupaten Tangerang, merupakan satu-satunya Rumah Sakit milik pemerintah yang berada di wilayah Tangerang yang mencakup 2 (dua) Kabupaten/ Kota, yakni: Kabupaten Tangerang dan Kota Tangerang dengan total jumlah penduduk sebanyak 5.033.169 jiwa, dengan rincian penduduk Kabupaten Tangerang sebanyak 3.501.499 jiwa dan penduduk Kota Tangerang sebanyak 1.531.666 jiwa. (Profil RSU Kabupaten Tangerang 2009).

Instalasi Gawat Darurat RSU Kabupaten Tangerang, selanjutnya disebut IGD RSU Kabupaten Tangerang, merupakan unit terdepan dalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat Tangerang. Jumlah kunjungan pasien ke IGD RSU Kabupaten Tangerang tahun 2004-2008 sebagai berikut :



Sumber : Profil RSU Kabupaten Tangerang Tahun 2009

Diagram 1.1. Kunjungan Pasien IGD Tahun 2004 s.d. Tahun 2008

Jumlah kunjungan pada IGD pada tahun 2008 adalah 23.386 kunjungan dengan rata-rata kunjungan pasien per hari adalah 64 kunjungan. Kunjungan pasien pada IGD terdiri dari kelompok umum, kelompok Asuransi Kesehatan Negeri, kelompok Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin, kelompok Jamsostek. Jumlah dokter umum pada IGD saat ini adalah berjumlah 4 orang ditambah 1 orang dokter spesialis bedah sebagai Kepala IGD. Selain itu untuk memenuhi kebutuhan pelayanan, terutama untuk pelayanan di luar jam kerja (shift sore dan shift malam, termasuk hari libur) diperbantukan dokter-dokter umum dari instalasi rawat inap.

Berikut ini ditampilkan tabel angka kunjungan pasien IGD pada rumah sakit – rumah sakit milik pemerintah di Provinsi Banten tahun 2008 :

Tabel 1.1. Angka Kunjungan Pasien IGD RSUD Kabupaten Tangerang dan IGD RSUD lain di Provinsi Banten Tahun 2008

No	Nama Rumah Sakit	Kelas	Jumlah Kunjungan Tahun 2008	Rata-rata Kunjungan per-Hari	Jumlah Dokter
1	RSU Kab. Tangerang	B	23.386	64	4
2	RSU Kab. Serang	B	19.853	54	4
3	RSU Kota Cilegon	C	13.768	38	4
4	RSU Kab. Pandeglang	C	10.950	30	2
5	RSU Kab. Lebak	C	16.333	45	3

Sumber : Profil RSUD Kabupaten Tangerang Tahun 2009

## 1.2 Perumusan Masalah

Adanya jumlah kunjungan pada IGD yang selalu tinggi memberikan konsekuensi peningkatan beban kerja yang dilihat dari sumber data jumlah kunjungan IGD. Jumlah kunjungan tahun 2008 adalah 23.386 kunjungan dengan kunjungan per hari adalah 64 kunjungan

Di sisi lain jumlah tenaga dokter umum IGD saat ini adalah sebanyak 4 orang sehingga untuk memenuhi pelayanan IGD selama 24 jam maka dokter umum di instalasi lain diperbantukan untuk jaga (pelayanan shift siang dan shift malam). Disini terlihat adanya ketidakseimbangan antara jumlah tenaga dokter umum IGD dengan jumlah kunjungan pada IGD RSUD Kabupaten Tangerang. Sedangkan menurut Depkes, kualifikasi tenaga dokter umum di IGD pada rumah sakit tipe B adalah On site 24 jam terbagi dalam 2 atau 3 shift.

Apalagi selama ini bentuk perhitungan kebutuhan tenaga dokter umum berdasarkan rasio tempat tidur (Kepmenkes 262/1979). Sehingga sampai saat ini belum ada bentuk perhitungan kebutuhan tenaga dokter umum berdasarkan beban kerja dengan menggunakan *work sampling* (terutama pada IGD RSUD Kabupaten Tangerang).

Untuk itu peneliti ingin melakukan analisis kebutuhan tenaga dokter umum pada IGD RSUD Kabupaten Tangerang yang sesuai dengan beban kerjanya.

## 1.3 Pertanyaan Penelitian

- 1.3.1 Aktivitas apa yang sedang dilakukan dokter umum pada waktu jam kerja?
- 1.3.2 Bagaimana proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif?
- 1.3.3 Berapa jumlah kebutuhan tenaga dokter umum yang sesuai dengan beban kerjanya?

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui kebutuhan jumlah dokter umum pada IGD RSU Kabupaten Tangerang berdasarkan beban kerja dengan menggunakan metode *work sampling*.

### **1.4.2 Tujuan khusus**

- a. Mengetahui aktivitas yang sedang dilakukan dokter umum pada waktu jam kerja.
- b. Mengetahui proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif.
- c. Mengetahui jumlah kebutuhan dokter umum sesuai dengan beban kerja.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Bagi Departemen Kesehatan RI**

Dapat membandingkan formulasi perhitungan yang lebih efektif sehingga dapat direkomendasikan untuk dipakai oleh rumah sakit lain, khususnya rumah sakit pemerintah.

### **1.5.2 Bagi Pemerintah Daerah**

Untuk dapat mengetahui kebutuhan tenaga dokter umum yang efektif dan efisien sesuai dengan kebutuhan untuk melayani masyarakat sehingga anggaran yang dikeluarkan lebih efisien.

### **1.5.3 Bagi RSU Kabupaten Tangerang**

Dapat menyesuaikan kebutuhan tenaga dokter umum pada IGD di Rumah Sakit sesuai dengan beban kerja sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan.

### **1.5.4 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat UI**

Secara umum dapat membantu bahan pembelajaran bagi para Mahasiswa FKM-UI khususnya Mahasiswa Program Studi KARS, dalam hal analisis kebutuhan tenaga dokter umum di rumah sakit.

### 1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Kabupaten Tangerang mulai tanggal 12 Juni 2009 sampai dengan 18 Juni 2009 dengan responden semua dokter umum yang bekerja pada IGD pada saat dilakukan penelitian. Analisis kebutuhan tenaga dokter umum ini untuk perencanaan sumber daya manusia yang berkaitan dengan penentuan kebutuhan akan tenaga dokter umum dimasa yang akan datang, baik dalam arti jumlah dan kualifikasinya berdasarkan beban kerjanya. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif untuk mendapatkan jumlah penggunaan waktu setiap pola aktivitas dokter umum dengan metode *work sampling*. Disini pelaksana peneliti yang sudah dilatih akan mengawasi dan menilai aktivitas sehari-hari dari dokter umum selama 24 jam yang terbagi atas 3 shift selama tujuh hari berturut-turut pada IGD RSUD Kabupaten Tangerang.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Rumah Sakit**

Menurut Iskandar (1998), WHO merumuskan bahwa rumah sakit adalah suatu usaha yang menyediakan pemondokan yang memberikan jasa pelayanan medis jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri atas tindakan observasi, diagnostik, terapeutik dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, terluka dan untuk mereka yang mau melahirkan. Bisa juga disamping itu menyediakan atau tidak menyediakan pelayanan atas dasar berobat jalan kepada pasien-pasien yang bisa langsung pulang.

Menurut Ilyas (2002), WHO (1957) memberikan batasan tentang rumah sakit, yaitu suatu bagian menyeluruh (integral) dari organisasi sosial dan medis; berfungsi memberikan pelayanan kesehatan yang lengkap kepada masyarakat, baik kuratif maupun rehabilitatif, dimana pelayanan keluarnya menjangkau keluarga dan lingkungan; dan rumah sakit juga merupakan pusat untuk latihan tenaga kesehatan serta untuk penelitian bio-sosial.

Rumah sakit merupakan pusat pelayanan rujukan medik spesialisik dan subspecialistik, dengan fungsi utama menyediakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) pasien. (Depkes RI, 1989; dalam Ilyas, 2002).

Sedangkan rumah sakit menurut Surat keputusan Menteri Kesehatan No. 983/Menkes/SK/XI/1992 yang dikutip oleh Ilyas (2002) tentang pedoman organisasi RSU adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialisik dan subspecialistik, sedang klasifikasinya didasarkan pada pembedaan tingkatan menurut kemampuan pelayanan kesehatan yang dapat disediakan yaitu rumah sakit kelas A, kelas B (pendidikan dan non pendidikan), kelas C dan kelas D.

Fungsi pokok RS adalah menyelenggarakan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) yang mengutamakan pelayanan kesehatan kuratif, rehabilitatif secara serasi dan terpadu dengan pelayanan



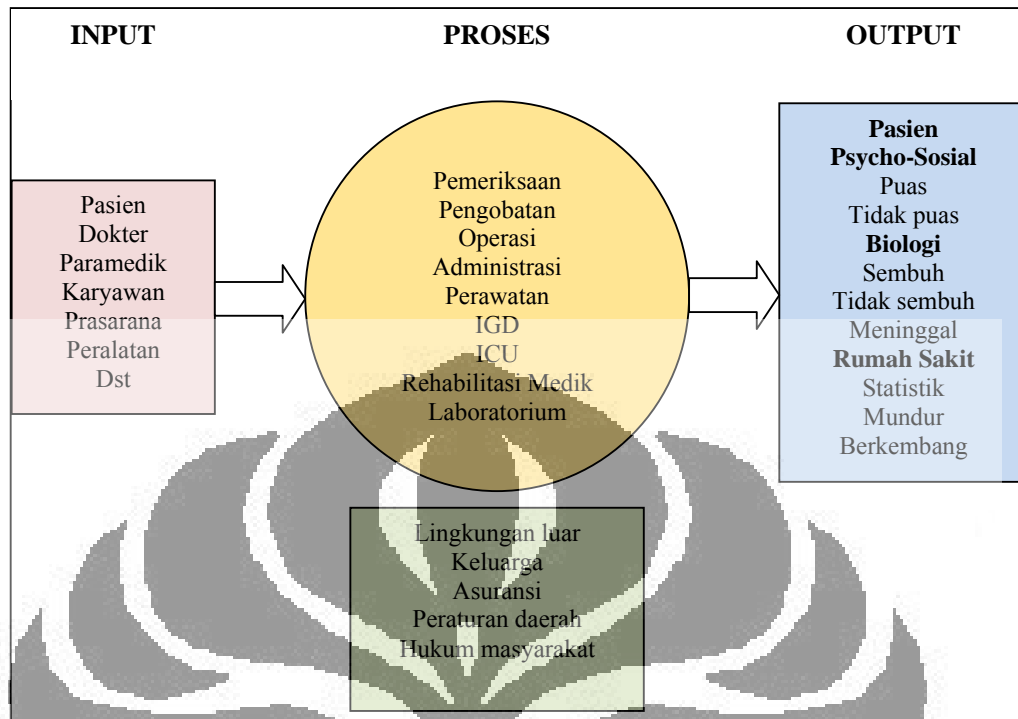
kehatan preventif dan promotif. Pada Rumah Sakit Pendidikan (Kelas A dan B) juga melaksanakan fungsi pendidikan dan penelitian. (Depkes, 2004)

Menurut Iskandar (1998), Rumah Sakit Umum (RSU) Pemerintah dibedakan atas :

1. Rumah Sakit Umum (RSU) tipe A, yaitu apabila pada rumah sakit tersebut tersedia pelayanan medis spesialistik dan sub spesialistik yang luas.
2. Rumah Sakit Umum (RSU) tipe B, yaitu apabila dalam pelayanan rumah sakit tersebut terdapat pelayanan spesialistik luas dan sub spesialistik terbatas.
3. Rumah Sakit Umum (RSU) tipe C, yaitu apabila dalam pelayanan rumah sakit tersebut terdapat pelayanan spesialistik minimal untuk 4 vak besar, yaitu penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, dan obstetri-ginekologi.
4. Rumah Sakit Umum (RSU) tipe D, yaitu apabila pelayanan rumah sakit tersebut hanya bersifat pelayanan medis dasar oleh dokter umum.

Ilyas (2002) mengatakan, rumah sakit merupakan tempat dimana terjadi proses pengubahan masukan menjadi keluaran. Masukan utama adalah pasien, dokter, perawat, personel lainnya, prasarana, sarana, peralatan dan sebagainya merupakan juga bagian dari masukan rumah sakit bertemu dengan berbagai administrasi, staf medis dan perawat, laboratorium, radiologi, bagian gizi, IGD (Instalasi Gawat Darurat), ICU (Intensive Care Unit), kamar operasi dan sebagainya, sebagai bagian dari proses pada sistem rumah sakit. Selain itu lingkungan luar rumah sakit juga mempunyai pengaruh seperti peraturan pemerintah, hukum, masyarakat, pihak asuransi, saudara pasien dan sebagainya.

Menurut Ilyas (2002), keluaran proses jasa rumah sakit meliputi sistem biologis yaitu pasien sembuh, cacat atau meninggal. Sistem psikososial berupa kepuasan pasien atau ketidakpuasan terhadap pelayanan kesehatan dan manajemen rumah sakit. Seluruh produk jasa rumah sakit berefek terhadap tumbuh kembangnya bisnis rumah sakit atau dapat juga rumah sakit mengalami kemunduran sampai dengan ditutupnya usaha rumah sakit itu sendiri. Secara diagram sistem perumahan sakitan tersebut dapat digambarkan sebagai berikut :



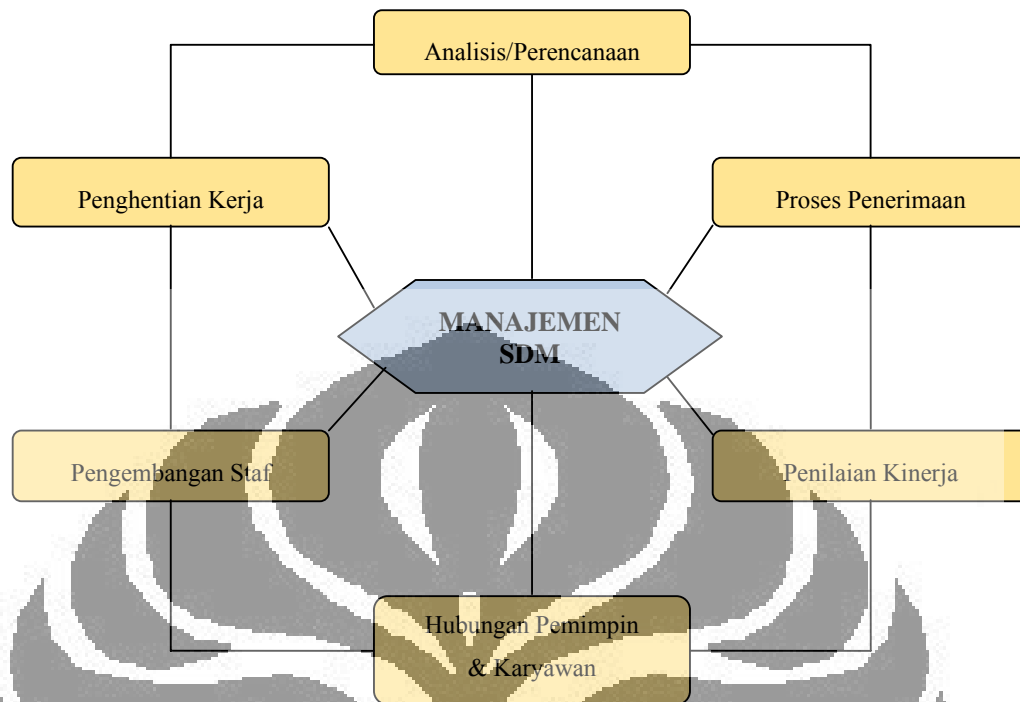
Gambar 2.1. Rumah Sakit Sebagai Suatu Sistem

## 2.2 Manajemen Sumber Daya Manusia

Manajemen sumber daya manusia, adalah suatu ilmu atau cara bagaimana mengatur sumber daya yang dimiliki oleh individu dapat digunakan secara maksimal sehingga tujuan (*goal*) menjadi maksimal. MSDM didasari pada suatu konsep bahwa setiap karyawan adalah manusia - bukan mesin - dan bukan semata menjadi sumber daya bisnis. Menurut Henry Simamora dalam Manajemen Sumber Daya Manusia: Manajemen sumber daya manusia juga menyangkut desain dan implementasi sistem perencanaan, penyusunan karyawan, pengembangan karyawan, pengelolaan karier, evaluasi kinerja, kompensasi karyawan dan hubungan ketenagakerjaan yang baik. Manajemen sumber daya manusia melibatkan semua keputusan dan praktek manajemen yang mempengaruhi secara langsung sumber daya manusianya. (Wikipedia Indonesia, 2006).

Manajemen sumber daya manusia adalah suatu proses menangani berbagai masalah pada ruang lingkup karyawan, pegawai, buruh, manajer dan tenaga kerja lainnya untuk dapat menunjang aktifitas organisasi atau perusahaan demi mencapai tujuan yang telah ditentukan. Menurut A.F. Stoner manajemen sumber daya manusia adalah suatu prosedur yang berkelanjutan yang bertujuan untuk memasok suatu organisasi atau perusahaan dengan orang-orang yang tepat untuk ditempatkan pada posisi dan jabatan yang tepat pada saat organisasi memerlukannya. (Godam64, 2006)

Kegiatan manajemen sumber daya manusia, atau disebut juga manajemen ketenagaan di rumah sakit dapat meliputi berbagai proses seperti penerimaan pegawai, penempatan pegawai, kompensasi kerja, pengembangan mutu dan karier pegawai serta akhirnya penghentian kerja dari rumah sakit. Koontz H dan Weirich H dalam buku *Essentials of Management* (1990) dalam Aditama (2004) menyebutkan bahwa ruang lingkup manajemen ketenagaan meliputi : analisis kini dan masa datang tentang kebutuhan tenaga; rekrutmen; seleksi; penempatan yang sesuai (*placement*); promosi; *separation* atau pensiun/pemutusan hubungan kerja; untuk menjalankan proses ini dengan baik diperlukan kegiatan *appraisal*, strategi pengembangan karier serta pendidikan dan latihan. (Aditama, 2004)



Gambar 2.2. Cakupan Manajemen SDM

### 2.3 Perencanaan Sumber Daya Manusia

Menurut Ilyas (2004), perencanaan SDM adalah proses estimasi terhadap jumlah SDM berdasarkan tempat, keterampilan dan perilaku yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan. Perencanaan SDM rumah sakit seharusnya berdasarkan fungsi dan beban kerja pelayanan kesehatan yang akan dihadapi dimasa depan. Hal ini dimaksudkan agar fungsi rumah sakit dapat berjalan dengan baik, maka kompetensi SDM seharusnya sesuai dengan spesifikasi SDM yang dibutuhkan rumah sakit.

Andrew E. Sikula (1981) dalam Mangkunegara (2003), mendefinisikan perencanaan sumber daya manusia atau perencanaan tenaga kerja sebagai proses menentukan kebutuhan tenaga kerja dan berarti mempertemukan kebutuhan tersebut agar pelaksanaannya berintegrasi dengan rencana organisasi. Sedangkan George Milkovich dan Paul C. Nystrom (Dale Yoder, 1981) dalam Mangkunegara

(2003) mengemukakan perencanaan tenaga kerja adalah proses peramalan, pengembangan, pengimplementasian, dan pengontrolan yang menjamin perusahaan mempunyai kesesuaian jumlah pegawai, penempatan pegawai secara benar, waktu yang tepat, yang sangat bermanfaat secara ekonomis.

Berdasarkan kedua pendapat diatas maka perencanaan sumber daya manusia atau perencanaan tenaga kerja dapat diartikan sebagai suatu proses menentukan kebutuhan akan tenaga kerja berdasarkan peramalan pengembangan, pengimplementasian, dan pengendalian kebutuhan tersebut yang berintegrasi dengan perencanaan organisasi agar tercipta jumlah pegawai, penempatan pegawai yang tepat dan bermanfaat secara ekonomis. (Mangkunegara, 2003)

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI (2004), secara garis besar perencanaan kebutuhan SDM kesehatan dapat dikelompokkan menjadi tiga yaitu :

1. Perencanaan kebutuhan pada tingkat institusi.

Perencanaan SDM kesehatan pada kelompok ini ditujukan pada perhitungan kebutuhan SDM kesehatan untuk memenuhi kebutuhan sarana pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, poliklinik, dan lain-lain.

2. Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan pada tingkat wilayah.

Perencanaan disini dimaksudkan untuk menghitung kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan kebutuhan di tingkat wilayah (Propinsi/Kabupaten/Kota) yang merupakan gabungan antara kebutuhan institusi dan organisasi.

3. Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan untuk bencana.

Perencanaan ini dimaksudkan untuk mempersiapkan SDM kesehatan saat prabencana, terjadi bencana, dan post bencana, termasuk pengelolaan kesehatan pengungsi.

Dalam perencanaan SDM kesehatan perlu memperhatikan :

1. Rencana kebutuhan SDM kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan, baik kebutuhan lokal, nasional, maupun global.
2. Pendayagunaan SDM kesehatan diselenggarakan secara merata, serasi, seimbang, dan selaras oleh pemerintah, masyarakat, dan dunia usaha baik di tingkat pusat maupun di tingkat daerah. Dalam upaya pemerataan SDM kesehatan perlu diperhatikan keseimbangan antara hak dan kewajiban perorangan dengan kebutuhan masyarakat. Pendayagunaan SDM kesehatan

oleh pemerintah diselenggarakan melalui pendelegasian wewenang yang proporsional dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah.

3. Penyusunan perencanaan berdasarkan pada sasaran nasional upaya kesehatan dari Rencana Pembangunan Kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010.
4. Pemilihan metode perhitungan kebutuhan SDM kesehatan didasarkan pada kesesuaian metode dengan kemampuan dan keadaan daerah masing-masing. (Keputusan Menteri Kesehatan RI, 2004)

Menurut Mangkunegara (2003), ada tiga kepentingan dalam perencanaan sumber daya manusia (pegawai), yaitu :

1. Kepentingan individu

Perencanaan sumber daya manusia sangat penting bagi setiap individu pegawai, karena dapat membantu meningkatkan potensinya, begitu pula keputusan pegawai dapat dicapai melalui perencanaan karier.

2. Kepentingan organisasi

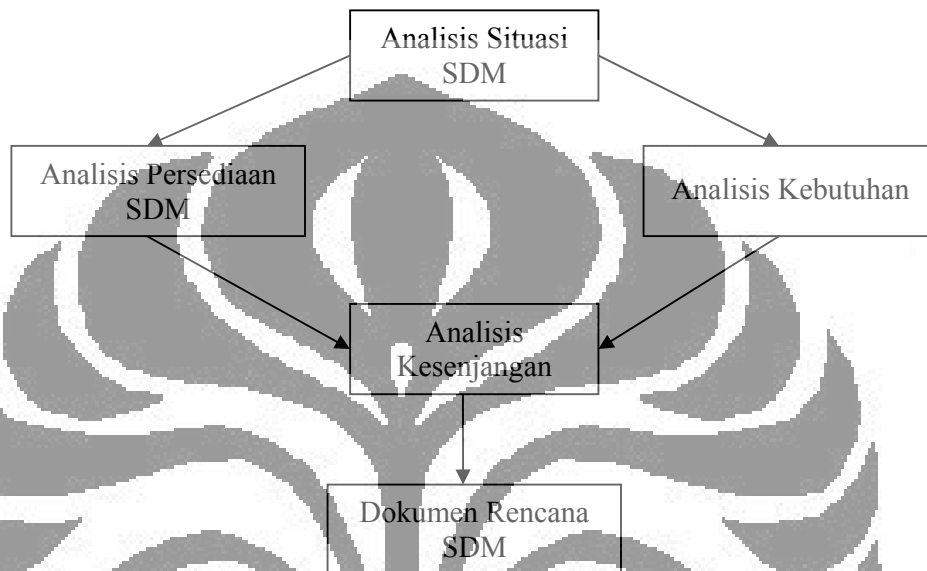
Perencanaan sumber daya manusia sangat bermanfaat bagi organisasi (perusahaan) dalam mendapatkan calon pegawai yang memenuhi kualifikasi. Dengan adanya perencanaan sumber daya manusia, dapat dipersiapkan calon-calon pegawai yang berpotensi untuk menduduki posisi manajer dan pimpinan puncak untuk masa yang akan datang.

3. Kepentingan nasional

Perencanaan sumber daya manusia sangat bermanfaat bagi kepentingan nasional. Hal ini karena pegawai-pegawai yang berpotensi tinggi dapat dimanfaatkan pula oleh pemerintah dalam rangka meningkatkan produktivitas nasional. Mereka dapat dijadikan tenaga-tenaga ahli dalam bidang tertentu untuk membantu program pemerintah.

## 2.4 Perencanaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit

Menurut Ilyas (2004), dalam melakukan proses perencanaan, ada 5 (lima) langkah yang perlu dilakukan dan harus dilalui oleh perencanaan SDM rumah sakit.



Gambar 2.3. Proses Perencanaan SDM Rumah Sakit

1. Analisis tenaga rumah sakit yang ada saat ini dan bagaimana kecukupan tenaga dimasa datang.
2. Analisis persediaan tenaga rumah sakit.
3. Analisis kebutuhan tenaga rumah sakit di masa datang .
4. Analisis kesenjangan tenaga yang ada saat ini dibandingkan kebutuhan tenaga rumah sakit dimasa datang.
5. Dokumen kebutuhan tenaga rumah sakit dalam arti jumlah, jenis dan kompetensi yang dibutuhkan pada periode waktu tertentu.

Menurut Ilyas (2004), perencanaan SDM adalah proses estimasi terhadap jumlah SDM berdasarkan tempat, keterampilan, dan perilaku yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan. Melihat pada pengertian di atas, perencanaan SDM rumah sakit seharusnya berdasarkan fungsi dan beban kerja pelayanan kesehatan yang akan dihadapi dimasa depan. Hal ini dimaksudkan agar fungsi rumah sakit dapat sejalan dengan baik, maka kompetensi SDM seharusnya sesuai dengan spesifikasi SDM yang dibutuhkan rumah sakit.

## 2.5 Dokter Umum

Pasal I Butir 3 Undang-Undang Kesehatan (UU Nomor 23 Tahun 1992) mengundangkan bahwa 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. Dengan demikian dapat dikatakan tenaga kesehatan tersebut memiliki arti yang luas, yaitu meliputi setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan. Salah satu tenaga kesehatan yang dimaksud adalah perawat. (Iskandar, 1998).

Dokter (umum) adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan formal kedokteran dan diberikan wewenang untuk melaksanakan peran dan fungsinya. (Depkes, 2001)

Dokter (umum) adalah lulusan pendidikan kedokteran baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah RI sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (UU 29/2004 ttg Praktik Kedokteran)

Salah satu permasalahan yang sering muncul di suatu rumah sakit adalah beban kerja dokter umum yang tidak seimbang. Walaupun seringkali manajer sulit untuk mengetahui kualitas beban kerja tersebut karena lebih mendasarkan pada keluhan-keluhan yang bersifat subyektif (Ilyas, 2004). Biasanya situasi tersebut diawali dari tahap perencanaan kebutuhan tenaga dokter umum yang tidak sesuai dengan kapasitas kerja suatu institusi pelayanan. Hal ini sangat berisiko bagi kualitas pelayanan yang diberikan oleh dokter umum karena apabila beban kerja tinggi maka ketelitian dan keamanan kerja menjadi menurun (Ferguson-Paré, 2004).



Beban kerja dokter umum memiliki hubungan yang signifikan terhadap keamanan pasien. Pasien dan lingkungan kerja yang aman akan meningkatkan outcome pasien.

Menurut Wahyuni (2003), Rumah sakit merupakan salah satu perusahaan yang memerlukan kerja shift bagi karyawannya termasuk dokter umum. Dampak kerja shift yang terutama adalah gangguan Circadian ritme yang menyebabkan gangguan pada pola tidur, kekurangan tidur dan kelelahan yang berakibat terjadinya penurunan kewaspadaan. Di rumah sakit ini beberapa kesalahan diagnosis maupun pemberian obat terjadi terutama pada dokter umum dinas shift malam, oleh karena itu dilakukan penelitian dengan tujuan mengetahui prevalensi dan faktor-faktor yang berhubungan dengan penurunan kewaspadaan.

Pekerjaan pada shift malam beresiko mengakibatkan penurunan kewaspadaan dan secara statistik terbukti bahwa faktor beban kerja berlebih bermakna dalam mempengaruhi penurunan kewaspadaan. Faktor lain seperti pola tidur, strategi tidur dan kualitas tidur walaupun secara statistik tidak terbukti tetapi kenyataannya berpengaruh. Untuk mencegah dan mengurangi penurunan kewaspadaan perlu pemahaman yang sama baik dari pihak manajemen, perawat dan dokter umumnya.

## **2.6 Beban Kerja**

Beban kerja adalah banyaknya jenis pekerjaan yang harus diselesaikan oleh tenaga kesehatan profesional dalam satu tahun dalam satu sarana pelayanan kesehatan. Standar beban kerja adalah banyaknya jenis pekerjaan yang dapat dilaksanakan oleh seseorang tenaga kesehatan profesional dalam satu tahun kerja sesuai dengan standar profesional dan telah memperhitungkan waktu libur, sakit, dll. Analisa beban kerja adalah upaya menghitung beban kerja pada satuan kerja dengan cara menjumlah semua beban kerja dan selanjutnya membagi dengan kapasitas kerja perorangan persatuan waktu. (Keputusan. Menteri Kesehatan RI, 2004)

Menurut Depkes (2004), standar beban kerja adalah volume/kuantitas beban kerja selama 1 tahun per kategori SDM. Standar beban kerja untuk suatu kegiatan pokok disusun berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk

menyelesaikannya (waktu rata-rata) dan waktu kerja tersedia yang dimiliki oleh masing-masing kategori SDM.

Menurut Komaruddin (1996) analisa beban kerja adalah proses untuk menetapkan jumlah jam kerja orang yang digunakan atau dibutuhkan untuk merampungkan suatu pekerjaan dalam waktu tertentu, atau dengan kata lain analisis beban kerja bertujuan untuk menentukan berapa jumlah personalia dan berapa jumlah tanggung jawab atau beban kerja yang tepat dilimpahkan kepada seorang petugas. Sedangkan menurut Simamora (1995), analisis beban kerja adalah mengidentifikasi baik jumlah karyawan maupun kualifikasi karyawan yang diperlukan untuk mencapai tujuan organisasi. Sementara itu menurut Menpan (1997), pengertian beban kerja adalah sekumpulan atau sejumlah kegiatan yang harus diselesaikan oleh suatu unit organisasi atau pemegang jabatan dalam jangka waktu tertentu. (BKN Pusat, <http://www.google>)

Di samping itu, Menpan (1997) juga menyatakan, bahwa pengukuran beban kerja diartikan sebagai suatu teknik untuk mendapatkan informasi tentang efisiensi dan efektivitas kerja suatu unit organisasi, atau pemegang jabatan yang dilakukan secara sistematis dengan menggunakan teknik analisis jabatan, teknik analisis beban kerja atau teknik manajemen lainnya. Lebih lanjut dikemukakan pula, bahwa pengukuran beban kerja merupakan salah satu teknik manajemen untuk mendapatkan informasi jabatan, melalui proses penelitian dan pengkajian yang dilakukan secara analisis. Informasi jabatan tersebut dimaksudkan agar dapat digunakan sebagai alat untuk menyempurnakan aparatur baik di bidang kelembagaan, ketatalaksanaan, dan sumberdaya manusia

Sedangkan T. Hani Handoko (1985) menyatakan, bahwa standar pekerjaan dapat diperoleh dari hasil pengukuran kerja atau penetapan tujuan partisipatif. Teknik pengukuran kerja yang dapat digunakan antara lain : studi waktu, data standar, data waktu standar yang telah ditetapkan sebelumnya, dan pengambilan sampel kerja (*work sampling*). Di samping itu dikatakan pula, bahwa penetapan standar kerja dapat dilakukan melalui pembahasan antara manajer dengan para bawahannya, di mana materi pembahasan mencakup sasaran-sasaran pekerjaan, peranannya dalam hubungan dengan pekerjaan-pekerjaan lain, persyaratan-persyaratan organisasi, dan kebutuhan karyawan. Proses penentuan standar kerja

seperti ini sering menimbulkan komitmen karyawan, semangat kerja, kepuasan, dan motivasi yang lebih besar. Standar kerja, kadang-kadang juga ditetapkan secara partisipatif dengan pemimpin organisasi buruh, hal ini karena para pemimpin serikat karyawan memahami pentingnya melakukan perundingan tentang standar-standar pelaksanaan berbagai pekerjaan, dan perjanjian-perjanjian hasil perundingan ditulis dalam kontrak kerja. (BKN Pusat, <http://www.google>)

Menurut Ilyas (2004), untuk menghitung beban kerja personel ada 3 cara yang dapat digunakan yaitu :

### 1. *Work Sampling*

Teknik ini untuk melihat beban kerja yang dipangku oleh personel pada suatu unit, bidang, ataupun jenis tenaga tertentu. Pada *work sampling*, kita dapat mengamati hal-hal yang spesifik tentang pekerjaan sebagai berikut:

- a. Aktivitas apa yang sedang dilakukan personel pada waktu jam kerja.
- b. Apakah aktivitas personel berkaitan dengan fungsi dan tugasnya pada waktu jam kerja.
- c. Proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif
- d. Pola beban kerja personel dikaitkan dengan waktu dan *schedule* jam kerja

Pada *work sampling*, misal personelnnya adalah tenaga perawat di rumah sakit, maka yang menjadi pengamatan adalah aktivitas atau kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan perawat dalam menjalankan tugasnya sehari-hari di ruang kerjanya. Adapun perawat yang diamati sebagai subjek dari aktivitas atau pekerjaan yang akan diteliti dengan menggunakan teknik *work sampling*.

Ada beberapa tahap yang harus dilaksanakan dalam melakukan survey pekerjaan dengan menggunakan teknik *work sampling* yaitu :

- a. Menentukan jenis personel (misal: perawat rumah sakit) yang akan diteliti.
- b. Bila jenis personel ini jumlahnya banyak perlu dilakukan pemilihan sampel sebagai subjek personel yang akan diamati. Pada tahap ini dapat menggunakan *simple random sampling* untuk mendapatkan personel sebagai representasi populasi perawat yang akan diamati.

- c. Membuat formulir daftar kegiatan perawat yang dapat diklasifikasikan sebagai kegiatan produktif atau tidak produktif dapat juga dikategorikan sebagai kegiatan langsung dan kegiatan tidak langsung yang berkaitan dengan fungsi keperawatan.
- d. Melatih pelaksana peneliti tentang cara pengamatan kerja dengan menggunakan *work sampling*. Setiap pelaksana peneliti mengamati 5-8 perawat yang sedang bertugas pada saat itu.
- e. Pengamatan kegiatan perawat dilakukan dengan interval 2 sampai dengan 15 menit tergantung karakteristik pekerjaan. Makin tinggi tingkat mobilitas pekerjaan yang diamati makin pendek waktu pengamatan. Semakin pendek jarak waktu pengamatan makin banyak sampel pengamatan yang dapat diamati oleh peneliti, sehingga akurasi penelitian menjadi lebih akurat. Pengamatan dilakukan selama jam kerja (7 jam) dan bila jenis tenaga yang kita teliti berfungsi 24 jam atau 3 shift, maka pengamatan dilakukan sepanjang hari. Tentunya kita membutuhkan petugas pelaksana penelitian dalam jumlah yang cukup banyak untuk mengambil data pada 3 shift. Pengamatan dapat dilakukan selama 7 hari kerja terus menerus selama 24 jam setiap harinya.

Pada teknik *work sampling*, kita akan mendapatkan ribuan pengamatan kegiatan dari sejumlah personel yang kita amati. Karena besarnya jumlah pengamatan akan didapatkan sebaran normal sampel pengamatan kegiatan penelitian. Artinya, data cukup besar dan sebarannya sehingga dapat dianalisis dengan baik. Jumlah pengamatan dapat dihitung, sebagai contoh: bila kita mengamati kegiatan 2 dokter umum setiap shift, interval pengamatan setiap 5 menit selama 24 jam (3 shift), dalam 7 hari kerja. Dengan demikian jumlah pengamatan =  $2 \text{ (dokter)} \times 60 \text{ (menit)} / 5 \text{ (menit)} \times 24 \text{ (jam)} \times 7 \text{ (hari kerja)} = 4.032$  sampel pengamatan. Dengan jumlah data pengamatan yang besar akan menghasilkan data akurat yang menggambarkan kegiatan personel yang sedang diteliti. Validitas data pengamatan juga dapat dipercaya karena langsung mengamati kegiatan yang ada dengan metoda dan instrumen penelitian yang telah dikembangkan dengan baik.

## 2. *Time and Motion Study*

Pada teknik ini kita mengamati dan mengikuti dengan cermat tentang kegiatan yang dilakukan oleh personel yang sedang kita amati. Teknik ini bukan saja kita akan mendapatkan beban kerja dari personel, tetapi yang lebih penting adalah mengetahui dengan baik kualitas kerja personel. Ada beberapa hal yang harus dilakukan dalam teknik ini yaitu :

- a. Penentuan sampel dari dokter umum yang diklasifikasikan sebagai dokter umum mahir. Penentuan sampel dapat dilakukan dengan cara *purposive sampling*. Jumlah dokter umum mahir yang diamati dapat satu orang saja sepanjang dokter umum tersebut dapat mewakili klasifikasi dokter umum mahir.
- b. Membuat formulir daftar kegiatan dokter umum yang diklasifikasikan sebagai kegiatan profesional dan non profesional dokter umum mahir serta waktu yang digunakan untuk melakukan pekerjaan tersebut. Untuk melihat beban kerja dapat juga diamati kegiatan langsung dan kegiatan tidak langsung yang berkaitan dengan fungsi pelayanan medis sebagai dokter umum.
- c. Pelaksana pengamatan untuk pengambilan data haruslah seorang yang mengetahui secara benar tentang kompetensi dan fungsi dokter umum mahir. Sebaiknya pelaksana pengamatan adalah dokter umum mahir pada bidang yang sama dari rumah sakit yang berbeda guna mencegah bias.
- d. Kemungkinan bias dimana biasanya orang cenderung berperilaku kerja lebih baik bila diamati secara dekat oleh orang lain. Mungkin satu hari pertama bisa berpura-pura atau diatur agar tampak sibuk, tetapi pada hari kedua dan seterusnya akan bekerja akan bekerja dalam ritme yang normal. Teknik ini karena kualitas pekerjaan menjadi fokus penelitian sulit untuk berpura-pura ahli sehingga sulit untuk bersandiwara didepan pengamat yang sebenarnya juga ahli pada bidang pekerjaan tersebut. Makin lama pengamatan akan makin baik data yang didapatkan sehingga hasil dapat menjadi data yang akurat dan sah.

### 3. Pencatatan Kegiatan Sendiri (*Daily Log*)

*Daily log* merupakan bentuk sederhana dari *work sampling*, dimana orang yang diteliti menuliskan sendiri kegiatan dan waktu yang digunakan untuk kegiatan tersebut. Penggunaan tehnik ini sangat bergantung terhadap kerja sama dan kejujuran dari personel yang sedang diteliti. Pendekatan ini relatif sederhana dan biaya murah.

Dengan menggunakan formulir kegiatan dapat dicatat jenis kegiatan, waktu dan lamanya kegiatan dilakukan. *Daily log* mencatat semua kegiatan informan, mulai masuk kerja sampai pulang, pencatatan dilakukan oleh informan sendiri. Hasil analisis *Daily log* dapat digunakan untuk melihat pola beban kerja seperti: kapan beban kerja tinggi? Apa jenis pekerjaan yang membutuhkan waktu banyak? Metoda ini sangat memerlukan kerja sama karyawan yang diteliti agar akurat hasilnya. Artinya dituntut kejujuran.

Menurut Gillies (1996), *work sampling* adalah metode industri, dimana disini tugas keperawatan/ dokter umum dikenali dan diberi patokan waktu, arus kerja dianalisa, dan tugas kerja disusun dalam rangkaian untuk efisiensi terbaik. Frekuensi dan durasi masing-masing tugas ditentukan. Ukuran tersebut, bersama dengan data sensus selanjutnya dipakai untuk menghitung jumlah masing-masing katagori pekerja yang akan dibutuhkan untuk melaksanakan tugas yang diperlukan menurut prosedur yang ditetapkan. *Work sampling* bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai alokasi waktu dari berbagai pelaksanaan tugas dan kegiatan seseorang atau kelompok dalam menyelesaikan suatu pekerjaan.

#### 2.7 Metode Perhitungan Kebutuhan Tenaga Kesehatan

Menurut Permenkes No. 262 Tahun 1979 dalam Djodjodibroto (1997), mengatakan dasar perhitungan jumlah tenaga rumah sakit adalah :

##### 1. Perbandingan tempat tidur yang tersedia dengan tenaga

Cara ini mempunyai kelemahan oleh karena tidak memperhitungkan kualifikasi pendidikan dan jenjang karier masing-masing katagori tenaga sehingga apabila kebutuhan tenaga dihubungkan dengan formasi akan mengalami kesulitan untuk menghitungnya.

## 2. Perhitungan menurut kebutuhan minimal rumah sakit

Cara ini disusun pada tahun 1986 oleh Departemen Kesehatan tetapi tidak berlanjut sebagai standar yang resmi. Dasar perhitungannya adalah dengan memperhatikan jenis-jenis pekerjaan, tingkat pendidikan tenaga yang diperlukan. Menurut perhitungan ini maka kebutuhan tenaga medis (dokter) adalah:

- Rumah Sakit kelas A = 110 orang
- Rumah Sakit kelas B = 51 orang
- Rumah Sakit kelas C = 20 orang
- Rumah Sakit kelas D = 4 orang.

Selain metode diatas ada beberapa metode yang dapat digunakan untuk menghitung kebutuhan personel rumah sakit seperti berikut ini :

### 1. Metode Rasio

Sebagai contoh klasik dari pendekatan ini adalah perhitungan tenaga rumah sakit berdasarkan Permenkes No. 262/1979,. Pendekatan ini menggunakan jumlah tempat tidur sebagai denominator personel yang diperlukan. Pada metode ini ditentukan jumlah dan jenis personel yang harus disediakan rumah sakit sesuai dengan tipe rumah sakit. Dengan metode ini hanya dapat diketahui jumlah personel secara total, tetapi tidak dapat mengetahui produktivitas SDM, situasi *demand dan supply* SDM rumah sakit, dan kapan personel tersebut dibutuhkan oleh setiap unit atau bagian rumah sakit yang membutuhkan. (Ilyas, 2004).

Tabel 2.1. Rasio Tempat Tidur dan Personel Rumah Sakit

Type RS	TM/TT	TPP/TT	TNPP/TT	TNONP/TT
A dan B	1/(4-7)	(3-4)/2	1/3	1/1
C	1/9	1/1	1/5	3/4
D	1/15	1/2	1/6	2/3
Khusus	Disesuaikan			

Catatan:

TM	=	Tenaga medis
TPP	=	Tenaga paramedis
TNPP	=	Tenaga non paramedis
TNONP	=	Tenaga non perawatan
TT	=	Tempat tidur

**2. Metode Kebutuhan (*Need*)**

Pada umumnya kebutuhan personel rumah sakit dihitung menggunakan metoda *Need*. Pada metoda *Need* penghitungan jumlah dan jenis tenaga lebih didasari oleh judgment para pakar yang mendalami masalah dan perencanaan SDM kesehatan. Untuk membuat keputusan para ahli, pertama, harus mengetahui secara akurat data dan informasi tentang demografi seperti: jumlah penduduk, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan lain-lain. Kedua, mereka membutuhkan data epidemiologis dan data statistik kesehatan untuk melihat kecenderungan data penyakit yang diderita penduduk. Selanjutnya para ahli menentukan kebutuhan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan penduduk dan menterjemahkan kepada kebutuhan tenaga kesehatan. (Ilyas, 2004).

**3. Metode Permintaan (*Demand*)**

*Demand* terhadap pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh bermacam-macam faktor antara lain demografi, pendapatan, pendidikan status kesehatan, aksesibilitas (keterjangkauan), availabilitas (ketersediaan), produktivitas, teknologi kesehatan dan pengetahuan terhadap pelayanan kesehatan *modern*.

*Demand* pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor demografi seperti umur, sex, kepadatan penduduk dan sebaran penduduk. Seperti diketahui *demand* pelayanan kesehatan tinggi pada umur dibawah 5 tahun dan lebih dari 50 tahun. Wanita biasanya menggunakan pelayanan kesehatan lebih tinggi dari pria. Kepadatan dan sebaran penduduk faktor penting yang menentukan penggunaan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Faktor-faktor yang mempengaruhi tingginya *demand* adalah pendapatan yang tinggi, faktor pendidikan dan pengetahuan pelayanan kesehatan modern yang tinggi, faktor status kesehatan, faktor aksesibilitas atau kemudahan akses,



faktor ketersediaan pelayanan yang mudah, produktivitas dan mutu pelayanan kesehatan yang tinggi, serta faktor teknologi kesehatan yang tinggi. (Ilyas, 2004).

#### 4. Metode Target

Pada metoda target penghitungan jumlah dan jenis tenaga lebih didasari oleh *judgment* para pakar yang mengetahui secara cermat tentang masalah kesehatan, jenis dan beban pelayanan, kemampuan dan sumber daya yang tersedia. Proses pelaksanaan atau tahapan untuk penghitungan tenaga yang dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan tertentu relatif sama dengan metoda *need*. Target biasanya berpedoman kepada pendapat para ahli tentang target pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh penduduk di suatu wilayah tertentu yang ditentukan oleh para pakar.

Dari data proporsi orang yang berobat ke rumah sakit tersebut berapa target pasien rumah sakit kita dan apa jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan pasien.? Selanjutnya, secara rinci dapat ditentukan target, jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang harus disediakan oleh rumah sakit. Berapa banyak kemungkinan perkiraan pasien untuk setiap pelayanan dan kemudian menterjemahkan beban kerja kepada jumlah dan jenis personel rumah sakit yang dibutuhkan (Ilyas, 2004).

#### 2.8 Metode WISN (Workload Indicator Staff Need)

WISN merupakan alat yang banyak gunanya dan pemanfaatan WISN dapat bervariasi dari yang kecil hingga yang besar. WISN dapat digunakan untuk meneliti hanya satu kategori staf pada satu atau beberapa jenis fasilitas kesehatan yang berbeda (mis. Perawat-perawat di puskesmas atau perawat-perawat di puskesmas dan rumah sakit). Juga dapat digunakan untuk meneliti beberapa jenis kategori staf pada saat yang bersamaan, seperti berbagai jenis spesialisasi di rumah sakit provinsi. Walaupun dapat digunakan dalam lingkup kecil maupun besar, penggunaan WISN sebaiknya dimulai secara kecil-kecilan. Kemudian lingkup dan pemanfaatan WISN dapat saja diperluas, seiring bertumbuhnya kepercayaan atau pemahaman para pelaksana akan metodologi WISN. Proses WISN tidak membutuhkan pendanaan tambahan/khusus, karena bisa dikerjakan di

tempat tugas pada saat lowong. Pertemuan-pertemuan yang sudah ada ditingkat provinsi, daerah dan rumah sakit dapat dimanfaatkan untuk mengembangkan WISN.

Adalah penting untuk membentuk suatu Panitia Pengarah (Steering Committee, SC) di awal proses WISN. Tujuan WISN adalah untuk memperbaiki susunan kepegawaian fasilitas kesehatan. Agar hal ini dapat terjadi, hasil WISN harus dimengerti dan diterima oleh mereka yang berwenang mengubah susunan kepegawaian. Keanggotaan Panitia Pengarah harus disusun secara hati-hati. Para kepala yang membidangi urusan kepegawaian, perencanaan, dinas kesehatan di pemerintah daerah, juga anggota DPRD yang membidangi kesehatan merupakan calon-calon potensial anggota Panitia Pengarah karena mereka berada dalam posisi untuk merekomendasikan dan mendukung kegiatan WISN pada tingkat daerah.

Panitia Pengarah memiliki beberapa tanggung jawab yang penting dalam proses WISN:

- Merumuskan wilayah prioritas pengembangan WISN.
- Menyetujui dimulainya proses WISN.
- Menelaah hasil-hasil sementara.
- Memeriksa keabsahan dan konsistensi hasil akhir WISN.
- Meminta penelitian yang lebih mendalam atas hasil-hasil yang diperoleh manakala kebenarannya dipertanyakan, dan,
- Menindaklanjuti hasil-hasil WISN yang telah disetujui untuk memperbaiki susunan kepegawaian.

Panitia Pengarah harus dibekali untuk melaksanakan peran dan tanggung jawabnya. Salah satu cara yang dianjurkan adalah melalui suatu lokakarya sehari. Selama lokakarya ini para peserta dibekali latar belakang singkat tentang WISN serta penjelasan tentang langkah-langkah dalam metodologi WISN (tidak terinci namun cukup untuk dimengerti) Diadakan juga sesi tanya jawab untuk lebih menjelaskan hal-hal yang ditanyakan. Lokakarya diakhiri dengan diskusi terbuka untuk mulai meneliti bagaimana hasil-hasil WISN yang diperoleh dapat

dimanfaatkan untuk memperbaiki susunan kepegawaian dan untuk membahas topik-topik lainnya sesuai kebutuhan.

Pengembangan WISN sendiri dilaksanakan oleh suatu Kelompok Kerja (Task Force, TF). Susunan dan besarnya Kelompok Kerja tergantung pada lingkup upaya WISN. Semua anggota Kelompok Kerja harus berpengalaman dan diakui sebagai anggota kelompok profesionalnya. Sebagian besar anggota Kelompok Kerja harus berasal dari jenis fasilitas kesehatan atau unit kerja dimana WISN akan dikembangkan. Kelompok Kerja dapat ditambah dengan ahli-ahli yang relevan sesuai kebutuhan.

Kelompok Kerja dapat “berbasis kategori” atau “berbasis fasilitas”. Anggota Kelompok Kerja berbasis kategori mewakili satu kategori staf yang bekerja disuatu jenis fasilitas kesehatan tertentu. Ini paling baik digunakan sewaktu mengembangkan WISN untuk hanya satu kategori staf pada satu jenis fasilitas kesehatan saja (mis. perawat di rumah sakit). Anggota Kelompok Kerja berbasis fasilitas mewakili campuran beberapa profesional kesehatan yang bekerja disuatu jenis fasilitas kesehatan.

Jenis Kelompok Kerja ini paling baik digunakan ketika mengembangkan WISN secara bersamaan untuk beberapa kategori staf yang berbeda difasilitas kesehatan yang sama atau dibeberapa jenis fasilitas (mis. dokter, perawat, bidan, dan ahli gizi yang bekerja dipuskesmas). Kelompok Kerja dapat menambah anggotanya atau meminta informasi dari mereka yang bukan anggota Kelompok Kerja manakala dibutuhkan tambahan keahlian.

Peran Kelompok Kerja adalah untuk mengembangkan WISN dan menentukan staf yang dibutuhkan berdasarkan indikator-indikator beban kerja. Untuk itu Kelompok Kerja harus mengumpulkan dan menganalisa data, mengembangkan standar-standar, menghitung hasilnya dan melaporkan temuan mereka kepada Panitia Pengarah. Karena itu Kelompok Kerja perlu dilatih secara memadai untuk menggunakan metodologi WISN. Pelatihan Kelompok Kerja dapat dilaksanakan dalam lokakarya selama tiga hingga lima hari, yang mengupas semua langkah metodologi WISN. Waktu yang dibutuhkan untuk proses WISN tergantung pada cakupannya. Sebagai contoh, waktu yang dibutuhkan untuk mengembangkan WISN bagi satu kategori staf di puskesmas akan jauh lebih

singkat dibandingkan pengembangan WISN untuk beberapa kategori di rumah sakit.

### **Langkah-langkah metodologi WISN**

Kita perlu lebih dahulu memilih akan melaksanakan WISN untuk kategori staf yang mana. Ini merupakan langkah yang penting karena akan menentukan secara jelas lingkup kegiatan pengembangan WISN. Kemudian waktu kerja yang tersedia bagi kategori staf tersebut perlu dihitung. Langkah berikutnya adalah mendefinisikan komponen-komponen utama dari beban kerja kategori staf tersebut, dan menetapkan standar-standar kegiatan untuk tiap komponen. Berdasarkan ini, kita menentukan beban kerja-beban kerja standar bagi kategori staf (atau kategori-kategori) tertentu tersebut. Selanjutnya kita menghitung Faktor-faktor Kelonggaran yang berdampak kepada ke seluruh staf yang dibutuhkan. Setelah semua langkah ini diselesaikan, kita menentukan kebutuhan akan staf berdasarkan WISN. Setelah hasil-hasil WISN siap, selanjutnya perlu diteliti dan digunakan untuk memperbaiki susunan kepegawaian. Setiap langkah metodologi dijelaskan secara lebih rinci dalam teks dibawah. Digunakan satu contoh untuk menjelaskan setiap langkah dalam pedoman ini.

#### **A. Memilih kategori staf untuk pengembangan WISN**

Metodologi WISN dapat digunakan untuk menghitung susunan kepegawaian yang dibutuhkan bagi seluruh kategori staf disemua jenis fasilitas kesehatan. Namun didunia yang sesungguhnya, kita tidak akan memiliki sumber daya yang tak terbatas untuk melaksanakan segala sesuatu. Kita perlu menetapkan prioritas dalam mengembangkan WISN, dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan seperti yang berikut. Bagaimanakah akan kita tentukan untuk mulai dengan kategori (atau kategori-kategori) tenaga kesehatan yang mana? Apakah kita hanya berfokus pada satu jenis fasilitas kesehatan dimana tenaga-tenaga ini dapat ditemukan atau mengikut sertakan semua jenis fasilitas yang berbeda?

Kita perlu mempertimbangkan beberapa variabel ketika menentukan kategori (atau kategorikategori) staf yang mana serta di fasilitas (atau fasilitas-fasilitas) kesehatan mana saja WISN akan dikembangkan. Ini termasuk besarnya

permasalahan kepegawaian (menurut jenis kategori atau fasilitas); permasalahan kepegawaian yang mana saja yang telah mempengaruhi atau akan segera mempengaruhi mutu pelayanan serta kemampuan dinas kesehatan serta pemerintah setempat untuk berhasil dalam pengembangan WISN. Kita mungkin ingin mulai secara kecil-kecilan, dengan hanya satu kategori staf yang bekerja disatu jenis fasilitas kesehatan, untuk membangun pengalaman dan kepercayaan dalam penggunaan WISN. Kemudian, upaya WISN yang lebih besar dapat dikembangkan berdasarkan pengalaman ini.

### **B. Menghitung Waktu Kerja Tersedia**

Langkah berikutnya dalam metodologi WISN adalah menentukan banyaknya waktu yang dimiliki seorang tenaga kesehatan dalam suatu kategori staf tertentu untuk melaksanakan tugasnya. Tenaga kesehatan tidak bekerja setiap hari. Mereka berhak atas cuti tahunan serta libur nasional. Mereka juga mungkin sakit atau memiliki alasan pribadi sehingga tidak bekerja selama beberapa hari kerja.

Bagian ini mengajarkan kepada kita bagaimana menghitung waktu yang benar-benar tersedia bagi tenaga kesehatan untuk melaksanakan tugasnya. Waktu kerja yang tersedia dapat dinyatakan sebagai hari atau jam dalam setahun. Keduanya dibutuhkan pada perhitungan selanjutnya, dan kita akan belajar untuk menghitung waktu dengan kedua cara.

Mula-mula, catatlah jumlah hari kerja yang tersedia dalam setahun. Satu tahun kalender terdiri dari 52 minggu. Hari kerja yang mungkin dalam setahun dihitung dengan mengalikan 52 dengan jumlah hari kerja dimana seseorang bekerja. Tabel dibawah memperlihatkan perhitungan kemungkinan hari kerja dalam setahun bagi dua kategori tenaga kesehatan yang berbeda. Kategori pertama (A) yang bekerja enam hari seminggu memiliki kemungkinan 312 hari kerja setahun. Kategori kedua (B) bekerja lima hari seminggu. Kategori ini memiliki kemungkinan 260 hari kerja setahun.

Tabel 2.2. Perhitungan Kemungkinan Hari Kerja Dalam Setahun Bagi Dua Kategori Tenaga Kesehatan

Kategori tenaga kesehatan	Jumlah minggu dalam setahun	Jumlah hari kerja dalam seminggu	Jumlah hari kerja yang mungkin dalam setahun
A	52	6	52 minggu x 6 hari per minggu = 312 hari
B	52	5	52 minggu x 5 hari per minggu = 260 hari

Selanjutnya, kita menghitung jumlah hari dimana tenaga kesehatan tidak bekerja. Semua pegawai negeri berhak atas sejumlah hari libur. Catatlah alasan-alasan bagi ketidakhadiran yang diakui semacam itu, seperti hari-hari libur nasional dan cuti tahunan. Lalu catatlah jumlah hari libur yang menjadi hak tenaga kesehatan disamping setiap alasan untuk tidak masuk yang sah. Perhatikanlah bahwa didalam jumlah hari cuti tahunan pegawai negeri sipil di Indonesia sudah termasuk cuti tahunan, jadi janganlah mencatat Cuti Bersama secara terpisah.

Kita mungkin memiliki data rinci tentang ketidakhadiran yang penting lainnya. Ini termasuk cuti sakit dan tidak masuk karena urusan pribadi. Kalau data yang memadai tentang jumlah hari ketidakhadiran yang sesungguhnya tidak ada, kita perlu melakukan perkiraan. Periksa catatan administrasi kepegawaian unit kerja ini untuk tahun lalu. Dapatkan hari-hari ketidakhadiran diluar cuti tahunan, libur nasional atau ketidakhadiran resmi lainnya. Catatlah jumlah hari-hari ketidakhadiran para tenaga kesehatan dalam kategori dimana WISN sedang dikembangkan. Lalu bagilah hasilnya dengan jumlah staf dalam kategori ini yang bekerja di unit kerja ini. Gunakanlah rata-rata ini untuk menghitung Waktu Kerja Tersedia (WKT) dalam setahun.

Untuk menghitung WKT, jumlahkan semua hari-hari ketidakhadiran karena berbagai alasan lalu kurangkan jumlah tersebut dari keseluruhan hari kerja yang mungkin dalam setahun. Rumus dibawah ini memperlihatkan perhitungan matematisnya.

$$WKT = K - (L+M+P)$$

Dalam rumus ini:

K : jumlah hari kerja yang mungkin dalam setahun

L : jumlah hari libur nasional dalam setahun

M : jumlah hari cuti tahunan (termasuk cuti bersama) dalam setahun, dan

P : jumlah hari tidak masuk karena sakit, pelatihan/ alasan lainnya  
dalam setahun

Kita telah menghitung Waktu Kerja Tersedia (WKT) dalam hari kerja per tahun menurut rumus diatas. Selanjutnya kita perlu mengubahnya menjadi jam kerja per tahun. Rumus untuk itu adalah sebagai berikut :

$$\text{WKT} = [\text{K} - (\text{L} + \text{M} + \text{P})] \times \text{R}$$

Dalam rumus ini, R adalah jumlah jam kerja dalam sehari.

Ingatlah bahwa jam kerja untuk beberapa kategori staf mungkin saja berbeda pada hari-hari tertentu dalam seminggu. Sebagai contoh, seorang bidan puskesmas mungkin bekerja dengan jam kerja yang sama dari Senin hingga Kamis, tetapi berbeda pada hari Jumat. Dalam hal ini, kita perlu menghitung rata-rata jumlah jam kerja per hari kerja. Jumlahkan semua jam kerja bidan dalam seminggu dan bagilah jumlah tersebut dengan jumlah hari kerjanya dalam seminggu.

Kelompok Kerja yang berbeda mungkin memiliki jadwal kerja yang berbeda, meskipun mereka bekerja pada fasilitas kesehatan atau unit pelayanan kesehatan yang sama. Sebagai contoh, sebuah kelompok kerja administrasi di RSUD mungkin bekerja 5 hari seminggu. Sebaliknya, tenaga kesehatan di unit pelayanan yang harus buka selama 24 jam (seperti ruang rawat inap atau ICU) mungkin mengikuti pola kerja 6 hari. Pastikanlah bahwa kita mendasarkan perhitungan Waktu Kerja Tersedia WISN dalam jam kerja sesuai dengan pola jadwal yang sesungguhnya bagi kategori tenaga kesehatan yang sedang kita kembangkan. Namun demikian, kita perlu juga meneliti jumlah waktu istirahat yang disediakan bagi mereka yang bekerja dengan sistem shift. Ada kemungkinan bahwa mereka yang mengikuti pola kerja 6 hari sebenarnya dapat dihitung dengan pola 5 hari kerja karena jatah istirahat mereka 2 hari dalam seminggu.

### C. Menetapkan Komponen Beban Kerja

Kita telah menyelesaikan perhitungan waktu yang tersedia dalam setahun bagi seorang tenaga kesehatan untuk melaksanakan pekerjaannya. Langkah berikutnya adalah mengidentifikasi kegiatan-kegiatan kerja yang menyita sebagian besar waktu kerja harian tenaga kesehatan. Ini disebut “komponen beban kerja” yang bersangkutan.

Komponen-komponen beban kerja dibagi menjadi tiga kelompok:

1. Kegiatan pelayanan kesehatan utama yang dilaksanakan oleh semua anggota kategori tenaga kesehatan tersebut. Ada catatan statistik untuk kegiatan-kegiatan ini.
2. Kegiatan penunjang penting yang dilakukan oleh semua anggota kategori tenaga kesehatan tersebut. Tidak ada catatan statistik untuk kegiatan-kegiatan ini.
3. Kegiatan lain yang dikerjakan oleh anggota-anggota tertentu (bukan semua) dalam kategori tenaga kesehatan ini. Tidak ada catatan statistik untuk kegiatan-kegiatan ini.

Komponen beban kerja seharusnya merupakan kegiatan-kegiatan terpenting dalam jadwal harian tenaga kesehatan. Setiap kegiatan memiliki kebutuhan waktunya sendiri. Seorang bidan, sebagai contoh, tidak mungkin memberikan pelayanan pemeriksaan kehamilan bersamaan dengan pertolongan persalinan. Karena itu semua kegiatan perlu dicatat tersendiri.

Semakin panjang daftar komponen beban kerja, semakin besar biaya dalam hal waktu dan tenaga untuk melaksanakan WISN. Suatu daftar yang sangat rinci tentang komponen beban kerja pasti membawa hasil akhir WISN yang lebih tepat dibandingkan dengan yang kurang rinci. Namun peningkatan ketepatan ini jarang sekali sebanding dengan tingginya biaya dan upaya. Menambahkan komponen beban kerja yang menggunakan sedikit waktu kerja harian seorang tenaga kesehatan hanya sedikit pengaruhnya kepada hasil akhir perhitungan kebutuhan pegawai. Pengalaman menunjukkan bahwa empat hingga lima kegiatan pelayanan utama dan tiga hingga empat kegiatan penunjang sudah cukup untuk meliputi sebagian besar waktu kerja bagi kebanyakan kategori tenaga kerja.



Kita mungkin mengalami bahwa ketika sebuah Kelompok Kerja pertama kali melaksanakan WISN, mereka cenderung untuk memasukkan semua komponen beban kerja kedalam daftar, termasuk yang sangat sedikit menghabiskan waktu kerja. Dikemudian hari Kelompok Kerja mungkin akan lebih senang untuk menciutkan daftar setelah lebih berpengalaman dan menyadari betapa kecilnya perbedaan yang diakibatkan oleh beberapa komponen terhadap perhitungan akhir kebutuhan tenaga.

#### **D. Menetapkan Standar Kegiatan**

Pada langkah-langkah terdahulu kita telah menghitung banyaknya waktu yang dimiliki tenaga kesehatan untuk bekerja serta merumuskan komponen-komponen dari pekerjaan itu. Sekarang kita perlu menentukan banyaknya waktu kerja yang dihabiskan oleh berbagai kegiatan ini kalau dilaksanakan secara baik. Kegiatan ini disebut mengembangkan Standar Kegiatan. Bagian pedoman ini mengajarkan kita cara mengembangkan Standar-standar Kegiatan bagi ketiga jenis komponen beban kerja.

Standar Kegiatan dirumuskan sebagai berikut: Suatu Standar Kegiatan adalah waktu yang dibutuhkan oleh seorang pekerja yang terdidik dan terlatih dengan baik, terampil dan berdedikasi untuk melaksanakan suatu kegiatan sesuai dengan standar profesional dalam keadaan setempat (Indonesia dan provinsi/daerah).

Ada dua jenis Standar Kegiatan yang berbeda, yaitu Standar Pelayanan dan Standar Kelonggaran. Cara penggunaannya berbeda dalam menghitung kebutuhan final sumber daya manusia berdasarkan WISN.

Standar Pelayanan adalah Standar Kegiatan bagi kegiatan-kegiatan yang baginya tersedia catatan statistik tahunan. Ini diukur sebagai waktu rata-rata yang dibutuhkan seorang tenaga kesehatan untuk melaksanakan kegiatan tersebut.

Kita menetapkan Standar-standar Pelayanan untuk kegiatan-kegiatan utama pelayanan kesehatan seorang tenaga kesehatan. Standard-standar ini dinyatakan sebagai unit waktu atau kecepatan kerja (rate of working). Misalnya, suatu Standar Pelayanan untuk pelayanan pemeriksaan kehamilan oleh bidan puskesmas dapat dinyatakan sebagai "limabelas menit untuk setiap ibu hamil"

(unit waktu). Atau, juga dapat dinyatakan sebagai “duabelas ibu hamil diperiksa selama tiga jam kegiatan klinik hamil” (kecepatan kerja).

Dalam menetapkan Standar Pelayanan, perhitungan waktunya dimulai dari saat suatu kegiatan mulai dilaksanakan hingga kegiatan yang sama berikutnya dimulai. Sebagai contoh, Standar Pelayanan untuk pelayanan kehamilan oleh seorang bidan di puskesmas diukur dari saat ia mulai melaksanakan pelayanan hingga saat ia mulai melayani pasien berikutnya tanpa ada jeda waktu. Waktu yang digunakan untuk menyelesaikan semua pekerjaan yang berkaitan dengan pelaksanaan kegiatan pelayanan tersebut ikut dimasukkan dalam perhitungan. Kalau bidan harus melengkapi catatan rekam medik bagi setiap pasien hamil atau mempersiapkan peralatan bagi pasien berikutnya, waktu yang digunakan tersebut ikut dimasukkan dalam Standar Pelayanan.

Perhatikanlah bahwa tenaga kesehatan tersebut harus terdidik dan terlatih dengan baik, terampil dan termotivasi, dan pekerjaannya harus dilaksanakan sesuai standar-standar profesional dalam kondisi setempat. Seorang petugas yang kurang terlatih atau kurang motivasinya akan menghabiskan lebih banyak waktu dalam melaksanakan suatu kegiatan dibandingkan dengan seorang yang terlatih dan bermotivasi tinggi. Waktu yang dihabiskan untuk suatu kegiatan juga terkait dengan mutu dari pelayanan tersebut. Pelayanan kesehatan juga dapat lebih cepat kalau beberapa aspek pelayanan tidak dilakukan atau dilaksanakan dengan tergesa-gesa. Namun pelayanan seperti ini tidak akan memenuhi standar-standar profesional. Kita perlu memastikan bahwa kita menerapkan standar-standar profesional yang sesuai dengan keadaan setempat ketika merumuskan Standar Pelayanan.

Selanjutnya kita perlu menetapkan Standar-standar Kelonggaran bagi kegiatan-kegiatan penunjang yang penting bagi semua tenaga kesehatan dalam kategori WISN serta kegiatan-kegiatan tambahan bagi beberapa petugas dalam kategori tersebut. Ini disebut Standar Kelonggaran Kategori (SKK) dan Standar Kelonggaran Individu (SKI).

Standar Kelonggaran ditulis sebagai persentase dari waktu kerja atau waktu kerja sesungguhnya. Pencatatan dan pelaporan merupakan kegiatan penunjang yang penting bagi banyak tenaga kesehatan. Standar Kelonggaran bagi

kegiatan penunjang dapat dinyatakan sebagai “empat belas persen dari waktu kerja” atau sebagai “satu jam setiap hari kerja” (dimana rata-rata waktu kerja harian adalah 7,2 jam).

Komponen Beban Kerja dan Standar Kegiatan disusun oleh Kelompok Kerja kita. Jika Kelompok Kerja kita berbasis kategori, anggota-anggotanya akan sangat faham tentang pendidikan/pelatihan serta standar profesional dari kategori tenaga kesehatan dimana WISN sedang kita laksanakan. Mereka memiliki pengalaman yang bertahun-tahun dalam melaksanakan kegiatan-kegiatan dalam setiap komponen beban kerja. Dengan bekerjasama, suatu Kelompok Kerja berbasis kategori biasanya akan mampu memperkirakan dengan cukup tepat berapa rata-rata waktu yang dibutuhkan setiap komponen beban kerja ketika tugas dilaksanakan sesuai dengan standar-standar profesional.

Bilamana Kelompok Kerja kita berbasis fasilitas, akan didapati beberapa kategori tenaga kesehatan. Kelompok Kerja seperti ini mungkin perlu didukung oleh kelompok-kelompok ahli dan mungkin juga dalam hal penentuan komponen beban kerja. Hal ini dikarenakan Kelompok Kerja berbasis fasilitas mungkin tidak memiliki keahlian dan pengalaman yang cukup memadai mengenai pekerjaan dari semua kategori tenaga kesehatan dimana WISN sedang dikembangkan oleh Kelompok Kerja.

#### **E. Menyusun Beban-beban Kerja Standar**

Kita kini telah menghitung banyaknya waktu yang dibutuhkan oleh seorang tenaga kesehatan yang terdidik/terlatih dan termotivasi dengan baik untuk melaksanakan komponen-komponen beban kerja pelayanan utama sesuai dengan standar profesional yang diakui. Bagian ini mengajarkan kita bagaimana menentukan Beban Kerja Standar berdasarkan informasi ini.

Beban Kerja Standar adalah banyaknya kerja (dalam satu kegiatan pelayanan utama) yang dapat dilakukan oleh seorang tenaga kesehatan dalam setahun.

Beban Kerja Standar ditetapkan untuk semua kegiatan pelayanan kesehatan yang utama. Perhitungan suatu Beban Kerja Standar mengasumsikan bahwa tenaga kesehatan tersebut hanya mengerjakan kegiatan yang sedang

dibuatkan Beban Kerja Standarnya selama setahun itu. Didunia nyata, para tenaga kesehatan tentunya melaksanakan berbagai macam kegiatan sepanjang hari atau tahun kerja. Perhitungan akhir kebutuhan tenaga berdasarkan WISN telah memperhitungkan keadaan ini.

Rumus yang digunakan untuk menghitung Beban Kerja Standar suatu kegiatan pelayanan tergantung kepada apakah waktu bagi Standar Pelayanan dinyatakan sebagai unit waktu atau kecepatan kerja.

Gunakan rumus ini apabila Standar Pelayanan dinyatakan dalam unit waktu:

**Beban Kerja Standar = WKT setahun dibagi unit waktu untuk kegiatan ttt**

Gunakan rumus ini apabila Standar Pelayanan dinyatakan dalam kecepatan kerja:

**Beban Kerja Standar = WKT setahun dikali kecepatan kerja**

Pastikanlah bahwa Waktu Kerja Tersedia, unit waktu serta kecepatan kerja dinyatakan dalam satuan waktu yang sama. Misalnya, perhitungan kita akan salah apabila kita mengalikan WKT dalam hari dengan unit waktu dalam jam.

#### **F. Menghitung Faktor-faktor Kelonggaran**

Pada langkah yang lalu kita menetapkan Beban Kerja Standar (banyaknya kerja yang dapat dilakukan seorang tenaga kesehatan dalam setahun) untuk semua komponen utama pelayanan kesehatan dari beban kerja. Sistem informasi kesehatan secara teratur mengumpulkan data semua kegiatan pelayanan ini. Tetapi tenaga kesehatan juga diwajibkan untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan penting lainnya yang datanya tidak direkam dalam statistik tahunan. Bagian pedoman ini mengajarkan kepada kita cara memperhitungkan waktu yang dihabiskan oleh semua atau beberapa tenaga kesehatan dalam kategori WISN kita untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan ini. Kita akan belajar untuk mengubah Standar Kelonggaran yang telah ditetapkan sebelumnya menjadi Faktor-faktor Kelonggaran Kategori atau Individu. Faktor-faktor ini akan kita gunakan untuk

menghitung jumlah keseluruhan tenaga kesehatan yang dibutuhkan dalam langkah berikutnya dari metodologi WISN.

Pada bagian D pedoman ini kita mengembangkan Standar Kelonggaran untuk dua kelompok kegiatan. Kelompok pertama meliputi kegiatan-kegiatan penting yang dikerjakan oleh semua tenaga kesehatan dalam kategori staf WISN yang sedang diukur, tetapi catatan statistik tahunannya tidak tersedia. Kelompok kedua terdiri dari kegiatan-kegiatan tambahan yang hanya dikerjakan oleh beberapa anggota dalam kategori staf ini. Faktor-faktor Kelonggaran harus kita hitung tersendiri bagi setiap kelompok. Faktor pada kelompok pertama disebut Faktor Kelonggaran Kategori (FKK). Pada kelompok kedua disebut Faktor Kelonggaran Individu (FKI). Cara perhitungan kedua Faktor Kelonggaran berbeda dan juga dipergunakan secara berbeda dalam memperhitungkan jumlah keseluruhan tenaga kesehatan yang dibutuhkan menurut WISN.

Faktor Kelonggaran Kategori digunakan sebagai pengali dalam penentuan jumlah keseluruhan tenaga kesehatan yang dibutuhkan pada langkah WISN berikutnya. FKK dihitung dengan cara sebagai berikut:

Ubahlah Standar Kelonggaran Kategori dari setiap kegiatan penunjang yang penting menjadi persentase waktu kerja.

Jumlahkan semua Standar Kelonggaran Kategori tersebut, dan

Gunakan rumus matematik dibawah ini untuk mendapatkan FKK dari jumlah persentase diatas.

$$\text{FKK} = 1 \text{ dibagi dengan } \{1 \text{ dikurangi (Total SKK yang dibagi 100)}\}$$

Rumus ini seringkali menjadi bagian metodologi WISN yang paling sulit dimengerti oleh para peserta pelatihan. Mengapakah kita perlu menghitung suatu pengali? Alasannya adalah bahwa kegiatankegiatan yang termasuk dalam Standar Kelonggaran Kategori dikerjakan oleh semua anggota kategori tenaga kesehatan tersebut. Jadi setiap kali ada penambahan staf, yang bersangkutan akan turut melaksanakan kegiatan tambahan tersebut. Untuk mendapatkan jumlah staf yang memadai, kita membutuhkan cukup tenaga kesehatan baik untuk waktu yang

digunakan staf yang ada pada saat ini maupun waktu yang akan digunakan oleh setiap tambahan staf untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan penunjang penting tersebut. Dalam hal kekurangan tenaga, tidaklah cukup untuk hanya menambahkan sejumlah tenaga kesehatan untuk menggantikan waktu kerja bagi kegiatan-kegiatan penunjang, karena setiap tambahan tenaga kesehatan juga akan menggunakan sebagian waktu kerjanya untuk kegiatan-kegiatan yang sama.

Faktor Kelonggaran Individu memperhitungkan waktu kerja yang digunakan beberapa tenaga kesehatan dalam kategori staf WISN kita untuk kegiatan-kegiatan tambahan. FKI menghitung berapa petugas yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan-kegiatan ini secara “setara purna waktu” (whole time equivalent, WTE). FKI baru ditambahkan dalam perhitungan akhir dari keseluruhan kebutuhan staf. Perhitungannya sebagai berikut:

- Kalikan masing-masing Standar Kelonggaran Individu dengan jumlah orang yang melakukan kegiatan tersebut,
- Jumlahkan semua hasil yang diperoleh diatas,
- Bagilah hasil tersebut dengan Waktu Kerja Tersedia (WKT).

Jangan lupa untuk menyamakan unit waktu yang digunakan untuk Standar Kelonggaran dan Waktu Kerja Tersedia.

#### **G. Menentukan kebutuhan staf berdasarkan WISN**

Kita kini siap untuk menentukan berapa keseluruhan kebutuhan tenaga kesehatan untuk mengatasi semua komponen dari beban kerja saat ini dari kategori staf WISN di fasilitas kesehatan kita. Untuk ini, kita membutuhkan laporan statistik upaya pelayanan-pelayanan kesehatan utama dari tahun lalu. Kita membutuhkannya untuk semua kegiatan pelayanan utama yang dihitung Beban Kerja Standar nya.

Kita menentukan kebutuhan total staf untuk tiga jenis kegiatan yang berbeda:

#### **Kegiatan Pelayanan Utama :**

Bagilah beban kerja setahun dari setiap kegiatan dengan Beban Kerja Standar yang bersangkutan. Kita akan mendapatkan jumlah tenaga kesehatan

yang dibutuhkan untuk kegiatan tersebut. Jumlahkan semua kebutuhan bagi setiap kegiatan untuk mendapatkan jumlah total kebutuhan staf untuk semua kegiatan pelayanan utama.

Kegiatan penunjang penting yang dilakukan setiap orang :

Kalikan kebutuhan staf bagi kegiatan pelayanan utama dengan Faktor Kelonggaran Kategori. Kita akan memperoleh jumlah tenaga kesehatan yang dibutuhkan bagi semua kegiatan pelayanan utama dan penunjang penting.

Kegiatan tambahan beberapa anggota staf :

Tambahkan Faktor Kelonggaran Individu (FKI) kepada kebutuhan staf diatas. Kita memperoleh jumlah total kebutuhan staf berdasarkan WISN. Disini telah ikut diperhitungkan keseluruhan staf yang dibutuhkan untuk melaksanakan ketiga jenis kegiatan.

Contoh Tabel di bawah ini adalah tabel rangkuman yang dapat kita gunakan untuk menghitung keseluruhan kebutuhan staf sesuai WISN.



Tabel 2.3. Perhitungan Kebutuhan Staf Berdasarkan WISN

Kategori staf:				
WKT::				
		Beban kerja setahun	Beban Kerja Standar	Staf yang dibutuhkan
Kegiatan pelayanan utama semua anggota kategori	a.			
	b.			
	c.			
	d.			
	e.			
<b>A. Total kebutuhan staf untuk kegiatan pelayanan kesehatan</b>				
Kegiatan penunjang penting semua anggota kategori		Standar Kelonggaran Kategori		% dari waktu kerja
	a.			
	b.			
	c.			
	d.			
Total persentase SKK bagi semua tenaga dalam kategori staf				
<b>B. Faktor Kelonggaran Kategori</b> [1 dibagi dengan [1 dikurangi (Total persentase SKK dibagi dengan 100)]]				
Kegiatan tambahan beberapa anggota tertentu dari kategori		Standar Kelonggaran Individu		Jumlah staf yang melakukan kegiatan
	a.			
	b.			
	c.			
<b>C. Total Ekuivalen Waktu Kerja beberapa tenaga</b> (Jumlah SKI dikalikan dengan jumlah staf dibagi dengan WKT)				
Total staf yang dibutuhkan berdasarkan WISN (A dikalikan dengan B tambah C)				

Perhitungan jumlah keseluruhan staf yang kita butuhkan kemungkinan besar merupakan angka pecahan. Kita perlu membuatnya menjadi angka bulat. Dampak dari pembulatan keatas atau kebawah akan lebih besar bagi fasilitas kesehatan yang hanya memiliki beberapa tenaga kesehatan dalam kategori WISN



ini dibandingkan dengan fasilitas yang memiliki staf yang lebih lengkap. Oleh karena itu, dianjurkan untuk lebih dermawan dalam membulatkan keatas perhitungan final kebutuhan staf yang bernilai satu atau dua dibandingkan dengan nilai yang lebih besar. Kita dapat mempergunakan petunjuk dibawah ini dalam membulatkan keatas atau kebawah hasil perhitungan jumlah staf yang dibutuhkan dalam perhitungan WISN kita.

- - 1.1 dibulatkan kebawah menjadi 1 dan >1.1–1.9 dibulatkan keatas menjadi 2
- 2.0–2.2 dibulatkan kebawah menjadi 2 dan >2.2–2.9 dibulatkan keatas menjadi 3
- – 3.3 dibulatkan kebawah menjadi 3 dan >3.3–3.9 dibulatkan keatas menjadi 4
- 4.0–4.4 dibulatkan kebawah menjadi 4 dan >4.4–4.9 dibulatkan keatas menjadi 5
- 5.0–5.5 dibulatkan kebawah menjadi 5 dan >5.5–5.9 dibulatkan keatas menjadi 6

#### **H. Meneliti hasil WISN dan menggunakannya untuk memperbaiki susunan kepegawaian**

Kita sekarang sudah menyelesaikan perhitungan jumlah tenaga kesehatan yang dibutuhkan untuk mengatasi beban kerja di fasilitas kesehatan kita. Apabila kita bertanggung jawab atas beberapa fasilitas kesehatan atau kita berperan dalam manajemen sumber daya manusia suatu provinsi atau daerah, kita kini perlu meneliti hasil- hasil ini dan memanfaatkannya dalam memperbaiki susunan kepegawaian fasilitas-fasilitas kita. Kalau tidak, semua upaya untuk melaksanakan WISN akan sia-sia.

Kita perlu pertama-tama membandingkan jumlah staf saat ini dengan jumlah yang dibutuhkan di berbagai fasilitas kesehatan yang sama jenisnya. Misalnya, telitilah jumlah bidan yang ada dan yang dibutuhkan diberbagai puskesmas di daerah (kab/kota) kita. Pertanyaan-pertanyaan yang perlu kita pertimbangkan sewaktu kita meneliti hasil WISN termasuk:

- Fasilitas kesehatan yang mana saja yang memiliki kelebihan tenaga kesehatan menurut WISN?
- Yang mana saja yang kekurangan?
- Berapa besarnya kelebihan atau kekurangan itu?
- Apa saja kemungkinan penjelasan untuk perbedaan-perbedaan tersebut?
- Apakah kita dapat menambah jumlah staf ditempat yang kekurangan dengan memindahkan petugas dari tempat yang petugasnya sudah memadai?
- Apakah tingkat kegiatan fasilitas tersebut rendah? Kalau ya, mengapa?

Lalu kita perlu menghitung ratio WISN dengan membagi jumlah staf saat ini dengan jumlah staf yang dibutuhkan.

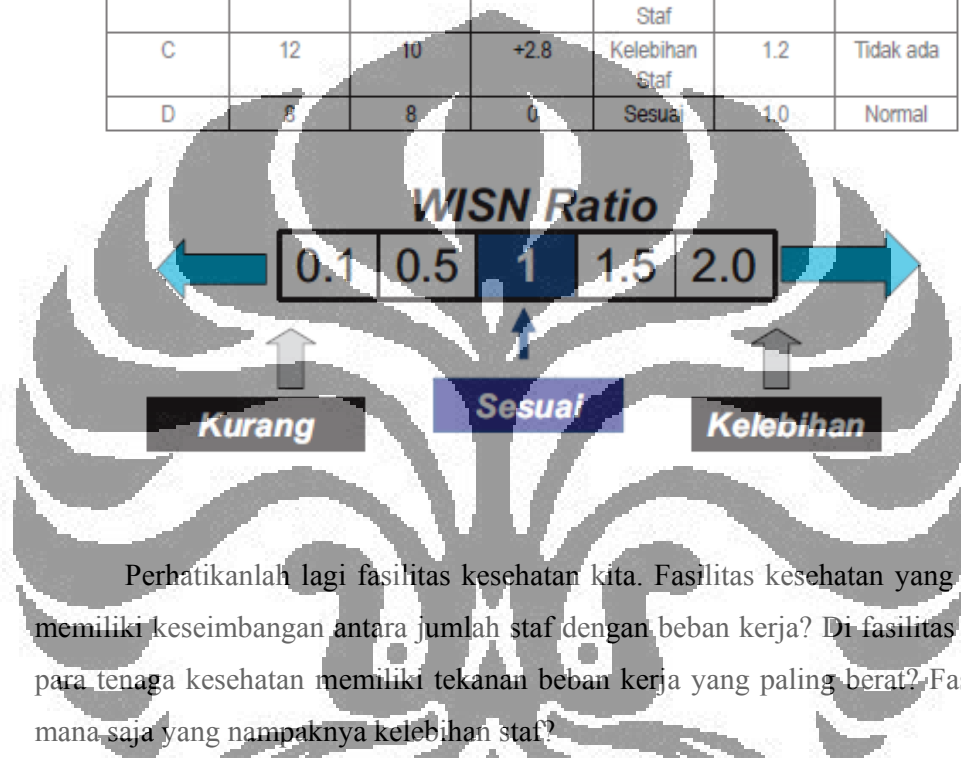
Ratio WISN merupakan suatu ukuran “pengganti” (proxy) bagi tekanan kerja yang dialami tenaga kesehatan dalam pekerjaan sehari-hari mereka di suatu fasilitas kesehatan.

Sebuah ratio WISN bernilai satu (1) menunjukkan bahwa jumlah staf dan beban kerja di suatu fasilitas kesehatan berada dalam keadaan seimbang. Semakin kecil ratio WISN, semakin besar tekanan beban kerja. Ratio WISN yang kecil menunjukkan bahwa jumlah staf saat ini lebih kecil daripada yang dibutuhkan untuk mengatasi beban kerja yang ada. Sebaliknya, ratio WISN yang besar membuktikan adanya kelebihan staf apabila dibandingkan terhadap beban kerja.

Contoh tabel di bawah ini memperlihatkan bagaimana kita dapat membandingkan ratio WISN antar fasilitas-fasilitas kesehatan kita. Contoh tabel terdapat di Lampiran.

Tabel 2.4. Contoh perbandingan kebutuhan tenaga kerja kesehatan di suatu daerah

Puskesmas	Jumlah staf saat ini	Kebutuhan staf Menurut WISN	Kelebihan Atau kekurangan	Masalah tenaga kerja	Rasio WISN	Tekanan beban kerja
A	5	6.3	-1.3	kekurangan Staf	0.8	Tinggi
B	3	1.5	+1.5	Kelebihan Staf	2.0	Tidak ada
C	12	10	+2.8	Kelebihan Staf	1.2	Tidak ada
D	8	8	0	Sesuai	1.0	Normal



Perhatikanlah lagi fasilitas kesehatan kita. Fasilitas kesehatan yang mana memiliki keseimbangan antara jumlah staf dengan beban kerja? Di fasilitas mana para tenaga kesehatan memiliki tekanan beban kerja yang paling berat? Fasilitas mana saja yang nampaknya kelebihan staf?

Ratio WISN juga membantu kita menilai implikasi dari penataan staf untuk perbaikan mutu pelayanan. Fasilitas yang memiliki ratio WISN yang rendah mungkin terpaksa “mengurangi kegiatan layanan” agar beban kerjanya teratasi. Hal ini berimplikasi berat kepada mutu pelayanan yang diberikan. Tenaga kesehatan pada fasilitas dengan ratio WISN yang tinggi seharusnya memiliki waktu yang memadai untuk memberikan layanan yang bermutu. Apabila ini tidak terjadi, kita mungkin ingin meneliti lebih lanjut penyebab rendahnya kinerja dan memanfaatkan peluang yang ada karena jumlah staf yang memadai untuk meningkatkan mutu pelayanan.

Sangatlah mudah untuk terkecoh karena hanya membaca angka-angka hasil WISN. Agar tidak terjerumus kedalam keadaan ini, kita perlu mengajukan

beberapa pertanyaan penting pada saat meneliti hasil-hasil WISN. Bila ada kekurangan staf dari kategori tertentu, apakah perhitungan WISN didasarkan pada tenaga kesehatan menggunakan sebagian besar waktunya untuk tugas-tugas profesional? Sebagai alternatif, apakah petugas-petugas ini secara bermakna melaksanakan sejumlah tugas lain yang mungkin penting namun tidak terkait dengan pendidikan professional mereka?

Terimalah hasil-hasil WISN apabila kita menemukan bahwa para tenaga kesehatan memang benar melaksanakan tugas-tugas profesional utama mereka. Dalam hal ini, pertimbangkanlah bagaimana caranya menambah jumlah pegawai dalam kategori staf ini. Barangkali waktu yang digunakan tenaga kesehatan untuk tugas-tugas profesional utama tidak cukup tetapi sejumlah yang bermakna dari Waktu Kerja Tersedia dihabiskan untuk tugas-tugas lain. Jumlah staf dalam kategori ini mungkin cukup apabila para petugas dapat memusatkan perhatian mereka pada pelaksanaan tugas-tugas profesional mereka.

Kita punya dua pilihan: membiarkan tugas-tugas non-profesional tetap sebagai tanggung jawab kategori staf semula atau memindahkannya kepada kategori staf yang lebih sesuai. Apabila tugas-tugas tersebut tetap pada staf yang telah dihitung WISNnya, kita akan membutuhkan lebih banyak tenaga kesehatan dalam kategori tersebut. Kalau tugas-tugas tersebut dipindahkan, kita perlu menghitung berapa staf dari kategori yang lebih sesuai yang dibutuhkan untuk mengambil alih tugas-tugas tersebut. Gunakanlah WISN untuk menghitung jumlah yang dibutuhkan.

Dalam keadaan staf yang berlebih, bahayanya adalah segera menarik kesimpulan bahwa ada staf yang perlu dipindah keluar. Tinjaulah dahulu lingkup serta mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh fasilitas yang kelebihan staf sebelum mulai memindahkan staf. Perbaikilah mutu pelayanan di fasilitas tersebut, kalau ada kemungkinan untuk itu dan kita tidak akan terlalu merugikan fasilitas yang masih kekurangan staf karena tidak menambah staf mereka. Kita juga perlu memikirkan apakah pelayanan yang ada dapat dikembangkan atau memulai layanan baru dengan menggunakan staf yang berlebih tersebut. Cobalah dulu semua upaya optimasi pelayanan semacam ini

sebelum mempertimbangkan pemindahan staf karena memindahkan orang bukanlah tugas yang mudah.

Melaksanakan WISN pada saat yang bersamaan untuk beberapa kategori staf yang bekerja di fasilitas kesehatan yang sejenis memberikan kesempatan yang baik untuk meneliti pekerjaan pada keseluruhan (atau sebagian) fasilitas. Anggota Kelompok Kerja berkumpul beberapa kali selama proses WISN. Presentasi bersama hasil kerja mereka memungkinkan kelompok-kelompok yang lain untuk meneliti secara mendalam dimana saja mereka mempunyai tugas-tugas yang bertabrakan, yang tumpang tindih, ataupun celah-celah dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang menurunkan mutu pelayanan.

Kita dapat bertindak untuk memperbaiki perhitungan WISN apabila kita atau rekan-rekan kita merasa bahwa hasilnya kurang tepat. Kita dapat memperoleh Standar Kegiatan yang lebih tepat melalui observasi kegiatan kerja secara langsung atau melakukan "time and motion study". Ingatlah selalu bahwa pencapaian ketelitian yang tinggi membutuhkan biaya tertentu. Kita perlu mempertimbangkan apakah peningkatan ketelitian ini sebanding dengan biaya yang dikeluarkan.

## 2.9 Formula Unit Gawat Darurat (Yaslis)

Formula ini dikembangkan sejak tahun 1995 dan terus dikembangkan dan diperbaiki sesuai dengan masukan yang diberikan oleh para praktisi yang mengikuti pelatihan dengan topik yang sama pada tahun-tahun selanjutnya. Formula akhir dari penghitungan kebutuhan tenaga IGD ini merupakan usaha bersama dan membutuhkan waktu yang relatif panjang.

Rumus dasar dari formula ini yaitu :

$$\text{Tenaga Pelaksana} = \frac{D \times 365}{\text{Hari Kerja} \times \text{Jam Kerja/Hari}}$$

### Keterangan :

Tenaga Pelaksana	=	Dokter umum
D	=	Jam pelayanan/ kegiatan dokter
365	=	Jumlah hari kerja di IGD
Hari Kerja	=	Jumlah hari kerja efektif dokter/ tahun
Jam kerja/ hari	=	Jumlah jam kerja/ hari

Masalah yang ditemukan dengan rumus dasar ini adalah berapa nilai D? Bagaimana nilai D dari klasifikasi pasien yang berbeda-beda? Berapa lama waktu administratif yang dibutuhkan ketika penggantian shift kerja selama 24 jam? Untuk menjawab ini perlu suatu penelitian untuk mendapatkan data tentang penggunaan waktu dalam memberikan pelayanan kepada setiap jenis pasien dan waktu administratif di IGD.

Beragam penggolongan kondisi pasien di IGD, pada formula ini klasifikasi pasien dibagi sebagai berikut :

$$D = \{(A_1 \times \Sigma \text{os/hr}) + (A_2 \times \Sigma \text{os/hr}) + (A_3 \times \Sigma \text{os/hr}) + (\Sigma \text{shift/hr} \times \text{adm time})\}$$

Keterangan :

$A_1$	=	waktu pelayanan pasien kasus gawat darurat
$A_2$	=	waktu pelayanan pasien kasus mendadak
$A_3$	=	waktu pelayanan pasien kasus tidak mendesak
$\Sigma os$	=	jumlah pasien
Adm time	=	waktu administratif yang dibutuhkan untuk penggantian shift

Pada formula, nilai D telah memperhitungkan waktu pelayanan dengan jumlah dan jenis pasien yang mendapatkan pelayanan di IGD. Untuk dapat menentukan nilai  $A_1$ ,  $A_2$  dan  $A_3$ , kita dapat menggunakan data penelitian yang ada. Adapun waktu administrasi untuk proses pencatatan dan pelaporan pasien untuk penggantian kelompok kerja dokter dibutuhkan waktu selama 30 menit untuk setiap shift, sedangkan penggantian shift dokter selama 24 jam adalah 2-3 kali.

Untuk penentuan hari kerja efektif di IGD bahwa setiap dokter yang bekerja di instalasi ini adalah 6 hari kerja ditambah satu kali jaga shift sore-malam dengan hak libur 1 hari setelah kerja shift malam. Dengan demikian, setiap 1 minggu, dokter bekerja 5 hari ditambah 1 kali jaga. Pola kerja ini dapat berbeda satu rumah sakit dengan rumah sakit lain sehingga penentuan ini dapat disesuaikan dengan kebijakan kerja dari masing-masing rumah sakit. Untuk pengembangan formula, Ilyas lebih menggunakan pola kerja yang paling umum digunakan oleh rumah sakit.

Untuk mencari nilai D dapat juga dilakukan judgment untuk meningkatkan kualitas di rumah sakit dengan menggunakan nilai waktu pelayanan untuk setiap jenis pasien yang optimum dengan menambahkan 1 standar deviasi (SD) yaitu :  $A_1 + 1 SD$ ,  $A_2 + 1 SD$ , dan  $A_3 + 1 SD$ .

Kelemahan dari penghitungan formula ini tidak mempertimbangkan kualitas atau jenis perawat yang dibutuhkan. Untuk itu perlu dilakukan penentuan sendiri rasio perawat profesional dengan perawat non profesional. Prinsipnya makin tinggi proporsi perawat yang profesional makin tinggi kualitas pelayanan keperawatan yang dihasilkan. (Ilyas, 2004)

## 2.10 Pengukuran Kerja

Menurut ILO (*International Labour Office*, 1983), pengukuran kerja adalah penerapan teknik yang direncanakan untuk menetapkan waktu bagi pekerja yang memenuhi syarat untuk menyelesaikan pekerjaan tertentu pada tingkat prestasi yang telah ditetapkan. Adapun berbagai macam waktu yang digunakan dalam pengukuran kerja adalah :

### 1. Waktu Standar

Menurut ILO (1983), waktu standar adalah jumlah waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan suatu pekerjaan menurut prestasi standar, yaitu isi kerja, kelonggaran untuk hal-hal tak terduga karena kelambatan, waktu kosong dan kelonggaran gangguan, bila terjadi.

Ketentuan dari Departemen Tenaga Kerja (2003), sesuai dengan Undang-undang No. 13 Tahun 2003 Tentang Tenaga Kerja, untuk yang bertugas selama 7 jam sehari dan 40 jam perminggu adalah 6 hari kerja dalam seminggu, sedangkan yang bertugas selama 8 jam perharidan 40 jam perminggu adalah 5 hari kerja dalam seminggu. Setiap melaksanakan pekerjaan 4 jam terus menerus pekerja mendapatkan waktu istirahat selama 30 menit. Ketentuan ini telah ditetapkan oleh Pemerintah dalam Undang-Undang No. 13 Tahun 2003, pasal 77.

### 2. Waktu Produktif

Menurut ILO (1975) yang dianggap ruang lingkup waktu produktif dan tidak produktif adalah sebagai berikut :

#### a. Waktu produktif

- 1) Waktu kerja dasar, yaitu waktu kerja minimum mutlak yang dibutuhkan untuk menghasilkan suatu kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan perencanaan dan tidak dapat diperkecil ataupun diperbesar. Secara teoritis waktu kerja ini dapat dikemukakan namun dalam kenyataannya dilapangan hampir tidak pernah terjadi, bahkan diperlukan waktu tambahan.



2) Waktu kerja tambahan yaitu, waktu yang dibutuhkan karena adanya kelemahan dalam peraturan, termasuk kelemahan metode, tidak adanya prosedur dan lain-lain.

b. Waktu kerja non produktif

Waktu kerja yang terbuang, yang menyebabkan terhentinya suatu proses atau operasional kegiatan, akibatnya :

- 1) Kelemahan pimpinan dalam menjalankan fungsi manajemen seperti dalam perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan.
- 2) Sikap pekerja yang kurang baik, tidak masuk kerja, terlambat datang, ngobrol, aktifitas rendah dan sebagainya.

Lawlor (1998) membagi waktu kerja dalam *Produktif Work* (pekerjaan produktif), *Ancillary Work* (pekerjaan pendukung), *Idle Work* (waktu menganggur) dan *Lost Time* (waktu yang hilang).

Menurut ILO (1983) bahwa para pekerja tidak dapat terus menerus bekerja, tetapi ada kelonggaran yang diperbolehkan untuk mengadakan interupsi di dalam jam kerja sebesar 15% dari waktu kerja yang seharusnya. Angka tersebut diperoleh dari rata-rata perkenaan tetap untuk keletihan dasar dan keletihan pribadi sebesar 10% serta perkenaan penundaan untuk hal-hal yang tidak terduga sebesar 5%. Dengan demikian, waktu kerja produktif adalah sebesar 85 % yang diperoleh dari total waktu kerja 100%.

Ilyas (2004), menyatakan bahwa waktu kerja produktif yang optimum berkisar sekitar 80% dari total waktu yang tersedia, karena tidak mungkin mengharapkan pekerja bekerja secara maksimum.

## 2.11 Instalasi Gawat Darurat

Pelayanan Gawat Darurat (*emergency*) pra rumah sakit dan rumah sakit di Indonesia yang selanjutnya di sebut IGD ditetapkan sesuai standar klasifikasi tempat pelayanan, jumlah/jenis kunjungan yang diterima sehari-hari, dan kesiapan serta kemampuan menangani korban masal ( sesuai dengan prediksi keadaan khusus didaerahnya). ( Depkes RI, 2003)

Menurut Azwar (1996), pelayanan gawat darurat (*emergency care*) adalah bagian dari pelayanan kedokteran yang dibutuhkan oleh penderita dalam waktu segera (*immediately*) untuk menyelamatkan kehidupannya (*life saving*). Tergantung dari kemampuan yang dimiliki

Rumah sakit sebagai tempat rujukan harus mengupayakan penanggulangan penderita gawat darurat. Yang digolongkan sebagai pasien gawat darurat adalah pasien yang tiba-tiba berada dalam keadaan gawat atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya atau anggota badannya bila tidak mendapat pertolongan secepatnya. (Djojodibröte, 1997)

Menurut Depkes RI, Dirjen Binyanmed (2007) UGD harus mempunyai :

### 1. Tujuan

- a. Menurunkan angka kematian dan kecacatan
- b. Menerima dan melakukan rujukan pasien atau mengirim pasien/melakukan rujukan baik secara horizontal (setingkat) maupun vertikal (ke tingkat yang lebih tinggi).
- c. Melakukan penanganan korban musibah massal dan bencana yang terjadi di dalam maupun di luar rumah sakit.
- d. Melakukan penanganan kasus "true emergency".

### 2. Klasifikasi

Klasifikasi Unit Pelayanan Gawat Darurat terdiri dari :

- a. Unit Pelayanan Gawat Darurat Bintang IV sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Tipe A.
- b. Unit Pelayanan Gawat Darurat Bintang III sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Tipe B.
- c. Unit Pelayanan Gawat Darurat Bintang II sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Tipe C.

- d. Unit Pelayanan Gawat Darurat Bintang I sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Tipe D.

### 3. Organisasi dan Tata Laksana

Unit Gawat Darurat (UGD) harus mempunyai :

a. Falsafah dan tujuan

Mempunyai kebijakan berupa surat-surat Keputusan tentang :

- 1) Pembentukan organisasi Unit Gawat Darurat
- 2) Tata laksana pelayanan di Unit Gawat Darurat (a.1 : alur pelayanan, tata tertib, standar pelayanan, pembiayaan, dan lain-lain)
- 3) Evaluasi dan monitoring

b. Administrasi dan Pengelolaan

Unit Pelayanan Gawat Darurat harus mempunyai ketentuan tertulis tentang:

- 1) Uraian tugas struktur organisasi dan personalia.
- 2) Pendataan fasilitas, sarana dan prasarana, dan lain-lain.
- 3) Pelaksanaan koordinasi dengan unit-unit pelayanan baik inter pelayanan gawat darurat maupun di dalam RS.
- 4) Disaster plan yang merupakan bagian dari disaster plan rumah sakit.

c. Pimpinan dan Staf

Pelaksana Gawat Darurat harus terdiri dari :

- 1) Unit Gawat Darurat dipimpin oleh minimal dokter umum dengan pengetahuan manajemen dan teknis medis penanggulangan penderita gawat darurat.
- 2) Staf pelaksana Unit Gawat Darurat adalah tenaga fungsional dengan kualifikasi sesuai kualifikasi pelayanan gawat darurat.

d. Lokasi dan Fasilitas

- 1) Lokasi Pelayanan Gawat Darurat mudah diakses langsung oleh masyarakat.
- 2) Pelayanan Gawat Darurat harus mempunyai fasilitas triase, resusitasi, ruang observasi, pelayanan "False Emergency", ruang istirahat petugas, ruang tunggu, dan lain-lain.
- 3) Dalam keadaan musibah massal mudah dilakukan zoning ruangan.

- 4) Mempunyai fasilitas komunikasi dan informasi untuk masyarakat.
- 5) Mempunyai fasilitas untuk *life saving* (alat, obat dan ruangan).

e. Prosedur Tetap Pelayanan

Pelaksana Pelayanan Gawat Darurat harus mempunyai Standar Operasional Prosedur (SOP), sebagai berikut :

- 1) Kasus kegawatan dengan ancaman kematian.
- 2) *True Emergency* (5 kasus terbanyak)
- 3) Kasus dengan korban massal (trauma, bencana kimia, dll).
- 4) Kasus keracunan massal.
- 5) Kasus-kasus khusus :
  - a) Perkosaan, kekerasan pada anak
  - b) Persalinan normal/tidak normal
  - c) Kegawatan di ruang perawatan
- 6) Ketentuan-ketentuan khusus yang berhubungan dengan :
  - a) Kegunaan hubungan dengan asuransi
  - b) Batas-batas tindakan medik
  - c) Etika dan hukum
  - d) Pendataan
  - e) Tanggung jawab dokter pada penanganan kegawatdaruratan

f. Standar Operasional Prosedur (SOP)

Tentang program dan pelaksanaan pelatihan bagi tenaga baru maupun penyegaran bagi tenaga lama.

g. Evaluasi dan Kendali Mutu

Pelaksana Pelayanan Gawat Darurat harus mempunyai tim evaluasi dan kendali mutu sebagai berikut ;

- 1) Tim Audit Pelayanan Medik
- 2) Tim Audit Kematian
- 3) Tim Audit Administrasi dan Keuangan
- 4) Tim Evaluasi Data
- 5) Organisasi dan Tata Laksana

#### 4. Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia yang bertugas di unit gawat darurat dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.5. Kualifikasi Ketenagaan/ SDM di UGD

Kualifikasi Tenaga	Kualifikasi UGD			
	Bintang IV	Bintang III	Bintang II	Bintang I
Dokter Subspesialis	Semua jenis On Call	Beberapa jenis On Call	-	-
Dokter Spesialis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Semua jenis</li> <li>▪ On Site untuk dokter spesialis sesuai dengan kegawatdaruratan diwilayahnya</li> </ul>	4 besar + anastesi onsite	4 besar + Anastesi on call	-
Dokter PPDS	On site 24 jam	On site 24 jam (RS Pendidikan)	-	-
Dokter Umum (+ pelatihan kegawatdaruratan) GELS, ATLS, ACLS, dll	On site 24 jam dengan rasio 1:20 kasus dibagi 3 shift (1-1-1)	Onsite 24 jam dengan rasio 1: 20 kasus, dibagi 3 shift (1-1-1)	Onsite 24 jam dengan rasio 1: 20 kasus, dibagi 3 shift (1-1-1)	Onsite 24 jam dengan rasio 1: 20 kasus, dibagi 3 shift (1-1-1)
Perawat Kepala S1/DIII (+ Emergency Nursing)	Jam kerja / diluar jam kerja	Jam kerja / diluar jam kerja	Jam kerja / diluar jam kerja	Jam kerja
Perawat (+ Emergency Nursing)	On site 24 jam dengan rasio 4 : 20 sehari-terbagi dalam 3 shift	On site 24 jam dengan rasio 2 : 15 sehari terbagi dalam 3 shift	On site 24 jam dengan rasio 1 : 10 sehari terbagi dalam 3 shift	On site 24 jam dengan rasio 1 : 5 sehari terbagi dalam 3 shift
Non Medis TU/Keu (24 jam)	Total min 40 orang (2-1-1-1) : 5 orang	Total min 30 (2-1-1-1) : 5 orang	Total minimal 13 orang	Total minimal 10 orang
Kamtib (24 jam)	(5-4-4-4) : 17 orang	(3-2-2-2) : 9 orang		
Pekarya (24 jam)	(4-4-4-4) : 16 orang	(4-4-4-4):16 orang		

Sumber : Depkes RI, Dirjen Binyanmed, 2007

## **BAB III**

### **GAMBARAN UMUM RSU KABUPATEN TANGERANG**

#### **3.1 Sejarah Berdirinya RSU Kabupaten Tangerang**

RSU Kabupaten Tangerang beralamat di Jl. A. Yani No. 9, Kelurahan Sukasari, Kecamatan Tangerang, Kota Tangerang. Setelah dikembangkan secara bertahap saat ini RSU Tangerang mempunyai bangunan dengan luas keseluruhan 18.624 m<sup>2</sup> dengan luas tanah 41.615 m<sup>2</sup> dan memiliki 26 jenis keahlian dengan jumlah karyawan 942 orang.

RSU Kabupaten Tangerang didirikan pada tahun 1928 dengan kapasitas 12 tempat tidur, menempati sebuah ruangan BUI (Penjara) yang bekas lahannya sekarang menjadi lokasi Mesjid Agung Al-Ittihad.

Pada tahun 1932 pindah ke Jl. Daan Mogot No. 3 dengan 40 kapasitas tempat tidur. Tahun 1943 sampai 1946 dipimpin oleh Dr. J. Leimena kemudian oleh Dr. Gembro dengan kapasitas 65 tempat tidur.

Tahun 1946, rumah sakit dipindahkan ke Balaraja dan selanjutnya dipimpin oleh Dr. Suparno, Dr. Gembro, Dr. Satrio, Dr. Purwo Sudarmo, Dr. Drajat Prawiranegara dan Dr. Djaka Sutadiwirja.

Tahun 1950, setelah penyerahan kedaulatan RI, rumah sakit kembali ke Jl. Daan Mogot Tangerang bergabung dengan rumah sakit bekas NICA dan dipimpin oleh Dr. Gusti Hasan dan berfungsi sebagai RSU.

Tahun 1955 pengelolaan RSU Kabupaten Tangerang diserahkan kepada Pemerintah Swatantra Kabupaten Tangerang. Tahun 1959 mulai direncanakan membangun sebuah rumah sakit baru di lokasi yang sekarang di Jl. A. Yani No. 9 Tangerang, bersebelahan dengan gedung Sekolah Djuru Rawat (SDK) dan Kementrian Kesehatan di atas tanah 3,7 Ha, dan pada tahun 1963 di bangun gedung kantor yang sederhana. Pada permulaan tahun 1964 Menti Kesehatan Prof. Dr. Satrio menyerahkan gedung SDK kepada Pemda Tangerang.

Pada Tanggal 5 Mei 1964 RSU pindah dari Jl. Daan Mogot ke Jl. A. Yani No. 9 menggunakan gedung bekas SDK sebagai tempat perawatan dengan 60 tempat tidur, dan penambahan gedung kantor untuk Tata Usaha, Poliklinik

Umum, Poliklinik Bedah, Apotik dan Laboratorium. RSUD Tangerang di pimpin oleh Dr. Willy Ranti sebagai direktur, tanggal 5 Mei 1964 ditetapkan sebagai hari jadi RSUD Kabupaten Tangerang.

Pada 11 September 1969 telah dijalin kerjasama antara Pemda Tangerang dengan Rumah Sakit Ciptomangunkusumo/Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, untuk meningkatkan fasilitas pada RSUD Tangerang.

Sejak tahun anggaran 1969/1970 RSUD Tangerang mulai dikembangkan secara bertahap dengan biaya dari APBD TK. II, APBD TK. I dan APBN sehingga mempunyai kapasitas perawatan 341 tempat tidur. Pada tahun 1976 RSUD Tangerang dimanfaatkan untuk pendidikan mahasiswa tingkat V dan VI FKUI dari bagian Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Bedah dan Kebidanan/Kandungan. Sejak tahun 1977 dimanfaatkan untuk pendidikan dokter Spesialis Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Bedah Umum, Kebidanan dan Penyakit Kandungan.

Sejak 22 September 1986 telah dijalin pula kerjasama antara Pemda Tangerang dengan Fakultas Kedokteran Gigi UI dengan tujuan meningkatkan pelayanan RSUD Tangerang serta memanfaatkannya untuk pendidikan.

Pada tanggal 22 April 1989, pergantian pimpinan/Direktur RSUD Tangerang dari Dr. Willy Ranti kepada Dr. H. Syartil Arfan N.SpA.

Pada tanggal 15 Desember 1993 status RSUD Tangerang ditingkatkan dari kelas C menjadi kelas B non pendidikan dengan kapasitas pada saat itu sebanyak 337 tempat tidur dan melayani 23 jenis keahlian/spesialis.

RSUD Tangerang sebagai Unit Swadana Daerah dimulai dengan uji coba pada bulan April 1994 selama dua tahun, diresmikan sebagai Unit Swadana pada bulan April 1996.

Memperoleh Sertifikat Akreditasi Penuh untuk bidang Administrasi Manajemen, Perawatan, Gawat Darurat dan Pelayanan pada tanggal 21 Januari 1997 hingga tahun 2000.

Tanggal 29 April 1998, pemanfaatan Gedung Poliklinik yang baru berlantai 3. Pada tanggal 19 Februari 2001, Menteri Kesehatan RI, Dr. Ahmad Suyudi meresmikan Instalasi Pengolahan Limbah rumah sakit untuk 22 rumah sakit di 5 propinsi di RSUD Tangerang.

Dengan dikeluarkannya PP No. 23 Tahun 2005 tentang Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, maka RSUD Kabupaten Tangerang berdasarkan Keputusan Bupati Tangerang No.445/Kep.402-HUK/2005 tanggal 20 Desember 2005 terhitung mulai tahun 2006 menyelenggarakan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.

Pada tanggal 21 Maret 2007, Pelantikan Dr. H. MJN. Mamahit, Sp. OG, MARS oleh Bapak Bupati Tangerang sebagai Direktur RSUD Kabupaten Tangerang menggantikan Dr. H. Budhi Setiawan, SpP. MARS yang memasuki masa pensiunnya.

### 3.2 Visi

"Menjadi Rumah Sakit Rujukan Spesialistik Terbaik untuk wilayah Tangerang dan sekitarnya pada tahun 2013"

### 3.3 Misi

Menyelenggarakan pelayanan secara komprehensif yang meliputi :

- 1) Memberikan pelayanan rujukan untuk seluruh jenis spesialisasi.
- 2) Memberikan pelayanan dengan mempertahankan status sebagai penyelenggara PPK BLUD Penuh.
- 3) Memberikan pelayanan kepada masyarakat miskin sesuai dengan prosedur.

### 3.4 Motto

Motto RSUD Tangerang adalah "BERTEMU KASIH" (Bersih, Tertib, berMutu dan Kasih Sayang).

#### 1) BERSIH mempunyai arti :

- Bertanggungjawab terhadap kebersihan lingkungan kerja dan kebersihan pasien.
- Menjaga kebersihan diri dan berpenampilan menarik.
- Mempunyai pemikiran yang ikhlas terhadap pekerjaan.
- Mengajak orang lain untuk menjaga kebersihan.
- Memelihara fasilitas kerja agar tetap bersih dan rapih



2) **TERTIB mempunyai arti :**

- Bekerja sesuai dengan prosedur tetap dan standard pelayanan RSUD Kabupaten Tangerang dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- Memelihara dan memanfaatkan fasilitas kerja dengan sebaik-baiknya.
- Memberikan pelayanan kepada masyarakat sesuai dengan urutan pendaftaran.
- Kunjungan keluarga pasien (bezuk) sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan

3) **MUTU mempunyai arti :**

- Memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya berdasarkan protap dan standard pelayanan yang berlaku untuk meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien maupun kepada pengunjung lainnya.
- Berupaya meningkatkan kemampuan dan ketrampilan sesuai dengan perkembangan Iptek.
- Selalu menjaga dan meningkatkan kualitas pelayanan.
- Aktif mengikuti kegiatan Gugus Kendali Mutu (GKM).

4) **KASIH SAYANG mempunyai arti :**

- Memberikan perhatian penuh kasih sayang kepada penderita/keluarganya untuk mengurangi penderitaan yang dialami dan meningkatkan motivasi untuk sembuh.
- Empati terhadap keluhan pasien/keluarganya.
- Berbicara dengan suara yang jelas, mudah dimengerti dan sopan.

**3.5 Falsafah**

1. Kesejahteraan karyawan rumah sakit- mutlak diperhatikan atau ditingkatkan agar terwujud kontribusi pengabdian yang tinggi dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.
2. Kepuasan pelanggan merupakan hal utama yang harus dijadikan sebagai dasar orientasi dalam pelayanan rumah sakit.
3. Keberhasilan misi rumah sakit hanya dapat diwujudkan melalui suatu sistem yang dapat menciptakan budaya kebersamaan, keterbukaan disertai profesionalisme yang menjunjung etos kerja yang tinggi.



### 3.7 Fasilitas Pelayanan RSUD Kabupaten Tangerang

#### a. Poliklinik / Rawat Jalan

#### b. Instalasi Gawat Darurat

Pelayanan IGD selama 24 jam.

#### c. Pemeriksaan Kesehatan (MCU)

#### d. Rawat Inap

RSU Kabupaten Tangerang memiliki 18 ruang perawatan yang terdiri dari Kelas VIP, Kelas I, Kelas II, Kelas III dan ruang perawatan intensif (ICU). Selain itu terdapat pula paviliun khusus dengan kapasitas 39 tempat tidur, yaitu Paviliun Khusus Wijaya Kusuma.

Kapasitas ruang perawatan dapat dilihat pada tabel 2.7 dan 2.8.

Tabel 3.1. Kapasitas Rawat Inap RSUD Kabupaten Tangerang Tahun 2008

No	Nama Paviliun	Jumlah
1	Kenanga	24
2	Seruni	24
3	Flamboyan	20
4	Cempaka	32
5	Anyelir A	24
6	Kemuning	30
7	Mawar	24
8	Dahlia	32
9	Anyelir B	24
10	Aster kb kls III	28
11	Soka	24
12	Melati	10
13	Flu Burung	4
15	NICU	3
16	Perinatologi	36
17	Peri-Anyelir B	<b>10</b>
18	Peri-Aster	<b>10</b>
19	PKW	39
	<b>Total</b>	<b>403</b>

Sumber data : Seksi Catatan Medik dan Pelaporan

### 3.8. Ketenagaan RSUD Tangerang

Data ketenagaan (SDM) RSUD Kabupaten Tangerang pada tahun 2008 dapat di lihat pada tabel 3.4. sebagai berikut :

Tabel 3.2. Keadaan Ketenagaan Pegawai RSUD Kabupaten Tangerang Per -31 Desember Tahun 2008

No	Jenis Tenaga	Jumlah	PNS	Kontrak RSUD	TKK Pemda	Capeg	PTT
<b>I Medis</b>							
1	Dokter Konsultan	2	2	0	0	0	0
2	Dokter/Dokter Gigi S2/Kes.Masyarakat	1	1	0	0	0	0
3	Dokter Dokter Gigi MHA/MARS	3	3	0	0	0	0
4	Dokter Ahli	57	49	7	0	0	1
5	Dokter Umum	37	22	6	0	4	5
6	Dokter Gigi	3	3	0	0	0	0
7	Dokter Gigi Spesialis	6	6	0	0	0	0
	<b>Jumlah</b>	<b>109</b>	<b>86</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>II Paramedis Perawatan</b>							
1	Sarjana Keperawatan	3	2	1	0	0	0
2	Akademi Keperawatan / Penata Rawat	283	97	186	0	0	0
3	Akademi Kebidanan	39	28	11	0	0	0
4	Bidan	6	8	0	0	0	0
5	Keperawatan Anestesi	8	7	1	0	0	0
6	SPK/SPR	43	26	17	0	0	0
7	Pekarya Kesehatan SLTA / SLTP	40	12	28	0	0	0
8	Pengatur Rawat Gigi	3	3	0	0	0	0
	<b>Jumlah</b>	<b>427</b>	<b>183</b>	<b>244</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>III Paramedis Non Perawatan</b>							
1	Apoteker	8	8	0	0	0	0
2	Sarjana Farmasi	3	2	1	0	0	0
3	Sarjana Kesehatan Masyarakat	6	5	1	0	0	0
4	D3 Sanitarian	2	2	0	0	0	0
5	Penata Gizi	1	1	0	0	0	0
6	Akademi Gizi	5	4	1	0	0	0
7	Tenaga Gizi lainnya	3	2	1	0	0	0
8	Penata Fisioterapi	6	4	2	0	0	0
9	Analisis Kesehatan	8	8	0	0	0	0
10	Akademi Elektro Medis	1	1	0	0	0	0
11	Akademi Teknik Gigi	1	1	0	0	0	0
12	Analisis Farmasi	1	0	1	0	0	0
13	Asisten Apoteker	14	10	4	0	0	0
14	Akademi Teknik Radiologi	11	3	8	0	0	0
15	Rekam Medis	2	2	0	0	0	0
16	D1 Sanitarian	2	2	0	0	0	0
17	D3 Analisis Kesehatan	8	4	4	0	0	0
	<b>Jumlah</b>	<b>82</b>	<b>59</b>	<b>23</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>IV Non Medis</b>							
1	Pasca Sarjana Administrasi	10	10	0	0	0	0
2	Pasca Sarjana lainnya	3	3	0	0	0	0
3	Sarjana Administrasi	13	10	3	0	0	0
4	Sarjana Hukum	1	0	1	0	0	0
5	Sarjana Ekonomi	8	4	4	0	0	0
6	Sarjana Komputer	1	1	0	0	0	0
7	Sarjana Lainnya	6	5	1	0	0	0
8	Sarjana Muda Komputer	2	2	0	0	0	0
9	Sarjana Muda Sekretaris	2	0	2	0	0	0
10	Sarjana Muda Lainnya	3	1	2	0	0	0
11	Publik Relation	1	1	0	0	0	0
12	STM	22	5	17	0	0	0
13	SKKA/SMKK	23	4	19	0	0	0
14	SMU	125	29	96	0	0	0
15	SMEA	51	10	41	0	0	0
16	SLTP	15	7	8	0	0	0
17	SD	38	33	5	0	0	0
	<b>Jumlah</b>	<b>324</b>	<b>125</b>	<b>199</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	<b>Jumlah Keseluruhan</b>	<b>942</b>	<b>453</b>	<b>479</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>6</b>

Sumber data : Subbag Kepegawaian

Tabel 3.3. Keadaan Tenaga Dokter Spesialis RSUD Kabupaten Tangerang  
Tahun 2008

No	Jenis Spesialis	Jumlah
1	Spesialis Bedah	6 Orang
2	Spesialis Penyakit Dalam	3 Orang
3	Spesialis Kesehatan Anak	8 Orang
4	Spesialis Obgyn	4 Orang
5	Spesialis Radiologi	3 Orang
6	Spesialis Anesthesi	4 Orang
7	Spesialis Patologi Klinik	2 Orang
8	Spesialis Jiwa	1 Orang
9	Spesialis Mata	2 Orang
10	Spesialis THT	3 Orang
11	Spesialis Kulit & Kelamin	3 Orang
12	Spesialis Kardiologi	2 Orang
13	Spesialis Paru	2 Orang
14	Spesialis Saraf	3 Orang
15	Spesialis Bedah Saraf	2 Orang
16	Spesialis Bedah Orthopedi	3 Orang
17	Spesialis Urologi	2 Orang
18	Spesialis Patologi Anatomi	1 Orang
19	Spesialis Rehabilitasi Medik	1 Orang
20	Spesialis Bedah Plastik	1 Orang
21	Spesialis Gizi Medik / Gizi Klinik	2 Orang
22	Spesialis Okupasi Kerja	1 Orang
23	Spesialis Gigi dan Mulut	2 Orang
24	Spesialis Ortodonti	1 Orang
25	Spesialis Prostodonti	1 Orang
26	Spesialis Konservasi Gigi	1 Orang
27	Spesialis Periodonti	1 orang
	<b>Jumlah</b>	<b>65 Orang</b>

Ket : Semua dokter adalah pegawai full time

Sumber data : Subbag Kepegawaian

### 3.9. Kinerja Instalasi Gawat Darurat

Angka kunjungan pasien pada IGD selama tahun 2008 adalah sebanyak 31.832 pasien. Rata-rata jumlah kunjungan perhari adalah 64 kunjungan. Jumlah petugas pada IGD saat ini adalah berjumlah 40 orang, dengan rincian :

Jumlah ketenagaan IGD :

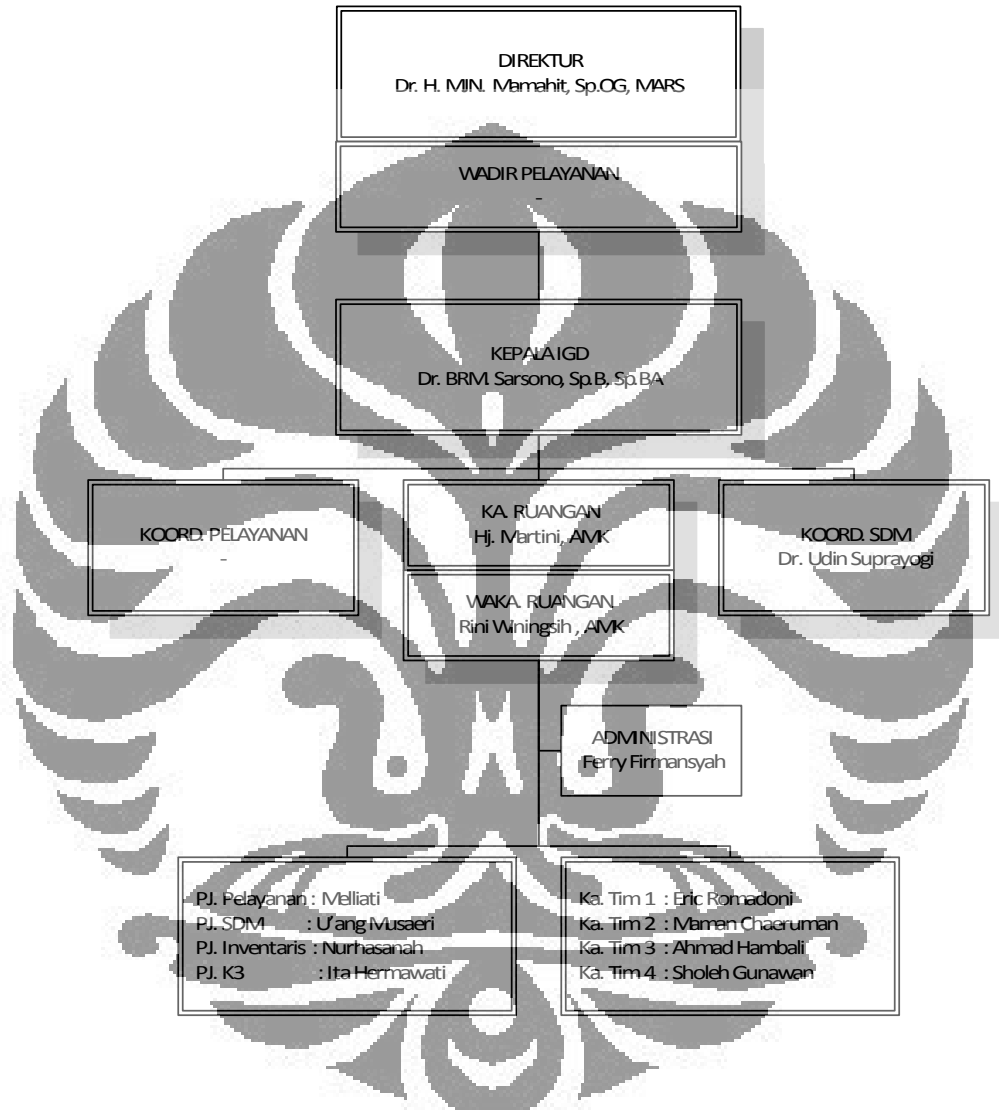
- Kepala : 1 orang
- Dokter umum : 4 orang
- Perawat : 22 orang
- POS : 8 orang
- Pekarya : 4 orang
- Administrasi : 1 orang

Tabel 3.4. 10 Besar Penyakit Pada IGD RSUD Kabupaten Tangerang Tahun 2008

No	Nama Penyakit	Jumlah
1	Observasi Febris	1856
2	GED	1529
3	DHF	1244
4	VL	799
5	Dispepsia	732
6	TB	516
7	CKD	393
8	Kejang Demam	373
9	Retensio Urine	366
10	Kolik	330

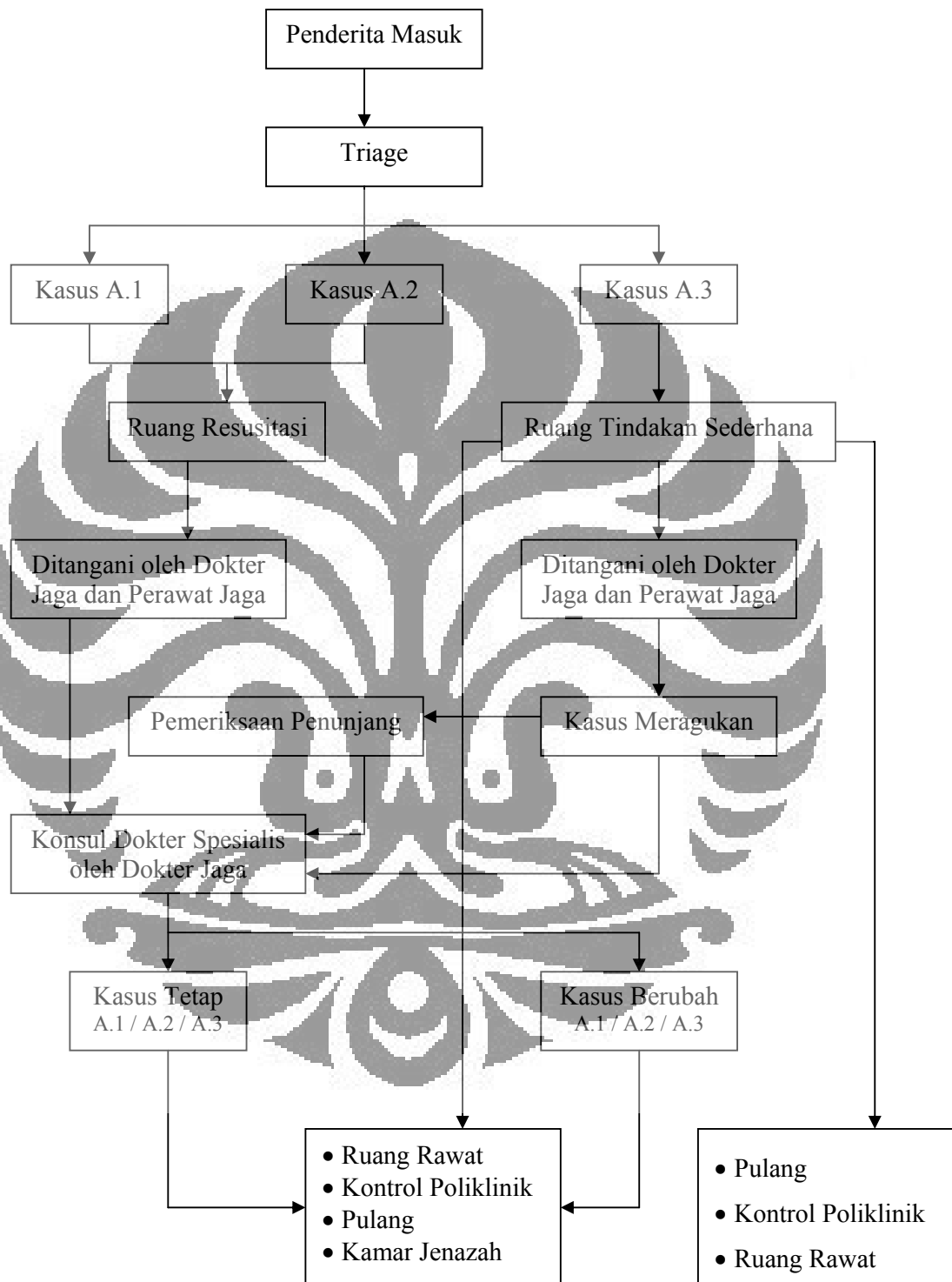
Sumber : IGD, Juni 2009

Adapun struktur organisasi IGD RSUD Kabupaten Tangerang adalah sebagai berikut :



Gambar 3.2. Struktur Organisasi IGD RSUD Kabupaten Tangerang

Sedangkan alur pelayanan pasien di IGD RSUD Kabupaten Tangerang adalah :



Gambar 3.3. Alur Pelayanan Pasien IGD RSUD Kabupaten Tangerang



RSU Kabupaten Tangerang memberikan pelayanan pada pasien-pasien yang gawat darurat selama 24 jam di IGD. Adapun pelayanan yang diberikan IGD RSU Kabupaten Tangerang pada tahun 2008, dapat kita lihat pada tabel 3.5. sebagai berikut :

Tabel 3.5. Pelayanan IGD Tahun 2008

No	Bagian	Jumlah Kunjungan	Jumlah Pasien yang Dirawat	Jumlah Pasien yang Dirujuk	Jumlah Pasien yang Meninggal	Jumlah Pasien yang Pulang	Jumlah pasien pulang paksa
1	Anak	4,389	3,392	98	103	670	126
2	Bedah	5,993	1,395	225	99	3,717	557
3	Interna	12,057	6,197	753	364	3,846	897
4	Obgyn	-	-	-	-	-	-
4	Orthopedi	947	351	55	1	269	271
	<b>Jumlah</b>	<b>23,386</b>	<b>11,335</b>	<b>1,131</b>	<b>567</b>	<b>8,502</b>	<b>1,851</b>

Sumber data : IGD

Jumlah kunjungan IGD (IGD) sebanyak 23.386 orang diantaranya yang dirawat sebanyak 11.335 orang, pasien yang dirujuk sebanyak 1.131 orang yang sebagian besar disebabkan karena kurang fasilitas dan pasien meninggal sebesar 567 orang dan sisanya 8.502 orang adalah pasien yang tidak memerlukan perawatan dan pasien yang pulang paksa 1851.

## **BAB IV**

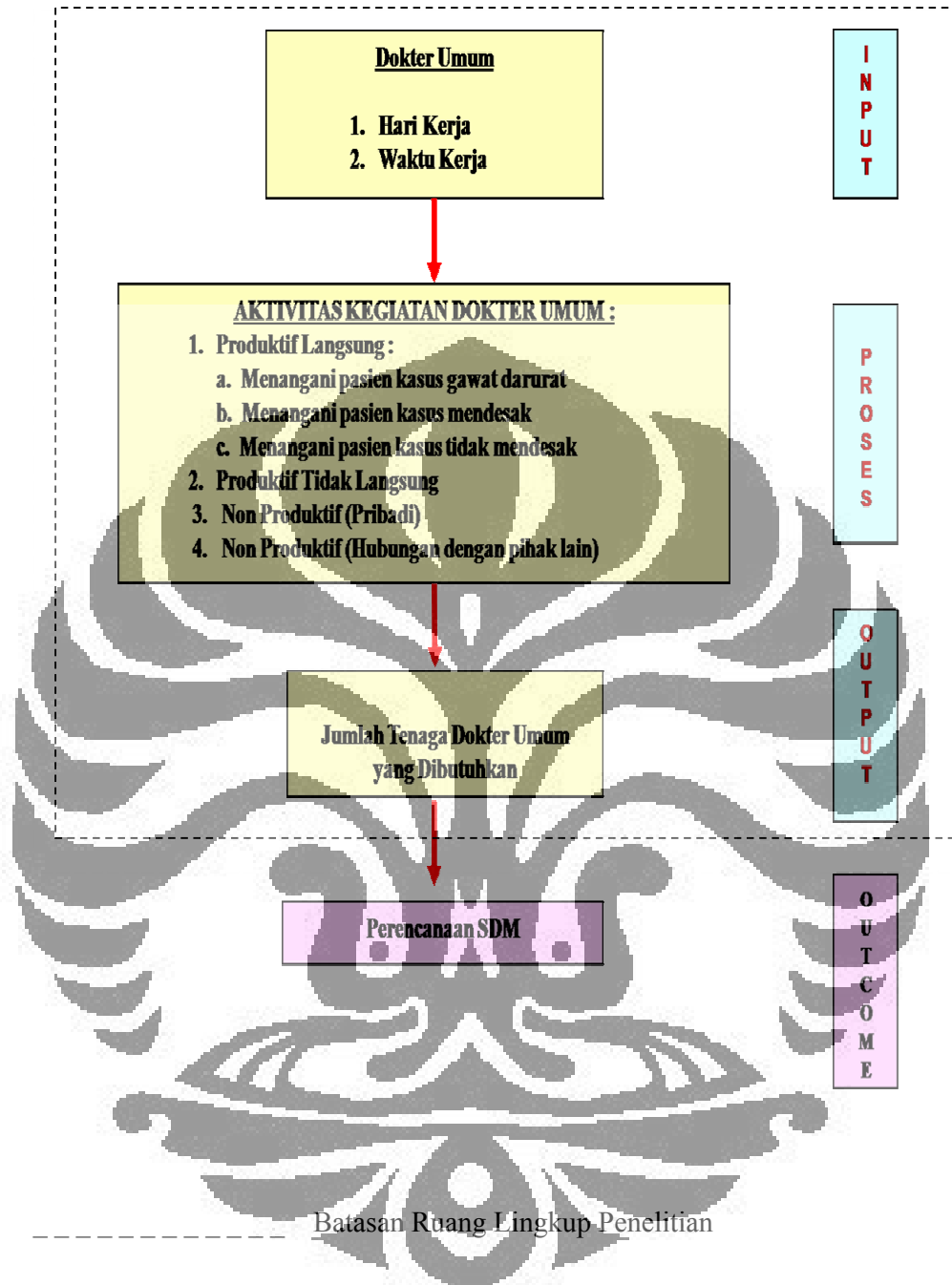
### **KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL**

#### **4.1 Kerangka Konsep**

Perencanaan Sumber Daya Manusia (SDM) di rumah sakit merupakan salah satu kegiatan dalam manajemen SDM untuk menghitung kebutuhan dan estimasi terhadap jumlah tenaga berdasarkan sarana, tempat, ketrampilan dan beban kerja dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Dengan kata lain, kita meramalkan atau memperkirakan siapa mengerjakan apa, dengan keahlian apa, kapan dibutuhkan dan berapa jumlahnya (Ilyas, 2004).

Kegiatan utama dari penelitian ini adalah menganalisis penggunaan waktu setiap pola kegiatan dari dokter umum dan menganalisis serta menghitung jumlah optimal kebutuhan dokter umum pada IGD di RSUD Kabupaten Tangerang.





Gambar 4.1. Kerangka Konsep

## 4.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur
1.	Dokter Umum	Seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan formal kedokteran serta mempunyai wewenang untuk melaksanakan peran dan fungsinya.	Data ketenagaan	Telaah dokumen
2.	Hari Kerja	Jumlah hari yang tersedia untuk bekerja dalam satu tahun	Data dari Unit Administrasi Kepegawaian	Telaah dokumen
3.	Waktu Kerja	Satuan waktu yang disediakan untuk bekerja dalam satu shift atau satu hari kerja	Data dari Unit Administrasi Kepegawaian	Telaah dokumen
4.	Kegiatan Produktif Langsung	Segala kegiatan yang berhubungan langsung dengan pasien dan keluarganya	- Formulir pengamatan - Jam digital	Observasi
5.	Kegiatan Produktif Tidak Langsung	Segala tindakan pelayanan yang tidak berhubungan dengan pasien, tapi berhubungan dengan rumah sakit atau kegiatan yang sifatnya menunjang.	- Formulir pengamatan - Jam digital	Observasi
6.	Kegiatan Pribadi (Non-Produktif)	Kegiatan yang dilaksanakan untuk kepentingannya sendiri seperti makan, minum, sholat, ke kamar kecil dan lain-lain.	- Formulir pengamatan - Jam digital	Observasi
7.	Kegiatan Pribadi Dengan Pihak Lain (Non-Produktif)	Kegiatan yang tidak berhubungan dengan pekerjaan, namun berhubungan dengan orang lain seperti ngobrol, telpon teman dan lain-lain.	- Formulir pengamatan - Jam digital	Observasi
No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur
8	Pasien Kasus Gawat Darurat	Merupakan pasien yang tiba-tiba berada dalam keadaan gawat darurat atau akan menjadi gawat darurat atau terancam nyawanya atau badannya (akan menjadi cacat) bila tidak mendapat pertolongan secepatnya.	- Formulir pengamatan - Jam digital	Observasi
9	Pasien Kasus Mendesak	Yaitu pasien berada dalam keadaan gawat tetapi tidak mengancam nyawa dan anggota badannya dan tidak memerlukan tindakan darurat, misalnya kanker stadium lanjut.	- Formulir pengamatan - Jam digital	Observasi
10	Pasien Kasus Tidak Mendesak	Keadaan pasien tidak mengancam nyawa dan badannya, misalnya pasien dengan <i>ulcus tropicum</i> , tbc kulit dan sebagainya.	- Formulir pengamatan - Jam digital	Observasi

## **BAB V**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **5.1. Desain Penelitian**

Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian deskriptif dengan analisa data kuantitatif dengan menggunakan metode *work sampling*, dimana segala aktivitas dokter umum pada IGD sebagai responden yang diamati akan diteliti setiap waktu 10 menit selama tujuh hari.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui jumlah optimal kebutuhan tenaga dokter umum pada IGD yang sesuai dengan kegiatan sesungguhnya berdasarkan beban kerjanya masing-masing.

#### **5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilaksanakan di RSUD Kabupaten Tangerang. Lokasi penelitian dilakukan pada IGD RSUD Tangerang selama tujuh hari mulai tanggal 12 Juni 2009 sampai dengan 18 Juni 2009.

#### **5.3. Populasi Dan Sampel Penelitian**

Sebagai populasi penelitian adalah semua dokter umum yang bekerja pada IGD. Sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah seluruh aktivitas yang dilakukan oleh tenaga dokter umum terhadap upaya produksi layanan saat jam kerja pada IGD RSUD Kabupaten Tangerang.

#### **5.4. Instrumen Penelitian**

Dalam pelaksanaan penelitian ini instrument yang digunakan adalah :

1. Formulir pengamatan *work sampling* aktivitas tenaga dokter umum yang dikelompokkan menjadi empat aktivitas yaitu:
  - a. Aktivitas produktif langsung yaitu aktivitas yang berhubungan langsung dengan pasien saat pelayanan.

- b. Aktivitas produktif tidak langsung yaitu aktivitas yang tidak berhubungan langsung dengan pasien tetapi berhubungan dengan kegiatan pelayanan yang sifatnya menunjang.
- c. Aktivitas non produktif (pribadi) adalah segala aktivitas yang dilaksanakan dokter umum untuk kepentingannya sendiri dan tidak berhubungan dengan pekerjaannya sebagai dokter umum dan juga tidak bermanfaat terhadap kinerja pada IGD.
- d. Aktivitas tidak produktif tetapi berhubungan dengan pihak lain yaitu aktivitas yang dilaksanakan dokter umum untuk kepentingannya sendiri yang berhubungan dengan orang lain/ tidak melakukan kegiatan pelayanan.

## 5.5. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dibagi menjadi dua yaitu :

### 5.5.1. Data Primer

Data yang dikumpulkan melalui pengamatan langsung terhadap kegiatan yang dilakukan oleh dokter umum selama jam kerja.

Pada metode *work sampling*, pengumpulan data dilakukan dalam 3 shift yaitu:

- a. Shift Pagi : Jam 07.30 - 14.00 (6 jam 30 menit)
- b. Shift Sore : Jam 14.00 - 21.00 (7 jam)
- c. Shift Malam : Jam 21.00 - 07.30 (10 jam 30 menit)

Lama pengamatan selama 24 jam dalam sehari mulai dari pukul 07.30 sampai dengan pukul 07.30 keesokan harinya. Pengamatan dilakukan setiap hari pada jam kerja/ pelayanan dan dicatat di formulir pengamatan *work sampling*. Pencatatan dan pengamatan dilakukan oleh 3 pengamat yang berjenjang karir sarjana.

Penelitian ini dilakukan selama 7 hari berturut-turut pada IGD RSU Kabupaten Tangerang mulai tanggal 12 Juni 2009 sampai dengan 18 Juni 2009. Hasil pengamatan dikelompokkan menjadi aktivitas produktif (terdiri dari aktivitas langsung dan aktivitas tidak langsung) dan aktivitas tidak produktif (aktivitas pribadi dan aktivitas hubungan dengan orang lain).

### 5.5.2. Data Sekunder

Data sekunder yang diperoleh melalui data yang berasal dari hasil laporan bulanan pada IGD, data dari kepegawaian, laporan tahunan serta dari profil RSU Kabupaten Tangerang.

### 5.6. Pengolahan Data

Pengolahan data pada penelitian ini dilakukan dengan urutan sebagai berikut:

a. Penyuntingan data

Dilakukan setiap selesai pengamatan, untuk memeriksa jika ada kesalahan, kekurangan lengkapan, dan ketidak konsistenan data pengamatan.

b. Pengelompokan data

Aktivitas dokter umum dikelompokkan menjadi aktivitas produktif langsung, aktivitas produktif tidak langsung, aktivitas pribadi dan aktivitas tidak produktif lainnya.

c. Memasukkan data

Seluruh data dari lembar pengamatan dipindahkan ke dalam komputer, selanjutnya dilakukan pengolahan.

d. Membersihkan data

Dilakukan bila ada kesalahan dalam memasukkan data.

### 5.7. Analisa Data

Pencatatan hasil pengamatan yang dilakukan selama tujuh hari kerja penuh dicatat didalam instrument pengumpulan data yaitu formulir pencatatan kegiatan dokter umum. Pengamatan dan pencatatan dilakukan setiap 5 menit selama waktu kerja dalam satu hari terhadap seluruh dokter yang bekerja pada hari itu di IGD RSU Kabupaten Tangerang.

Setiap hari setelah pencatatan selesai, segera dilakukan analisis data. Pertama dengan mengelompokkan pola kegiatan atas kegiatan produktif langsung, kegiatan produktif tidak langsung, kegiatan tidak produktif tapi berhubungan dengan pihak lain, dan kegiatan pribadi. Kemudian dilakukan persentase setiap

kelompok aktivitas dijadikan dalam bentuk tabel. Lalu dilakukan perhitungan proporsi aktivitas produktif perhari.

Kemudian dihitung jumlah kebutuhan tenaga dokter umum pada IGD RSU Kabupaten Tangerang tahun 2009, hasil pengamatan yang dilakukan menggunakan metode *work sampling* untuk menghitung jumlah kebutuhan tenaga dokter umum berdasarkan indikator beban kerja dan menggunakan formula unit gawat darurat yaitu :

$$\text{Tenaga Pelaksana} = \frac{D \times 365}{\text{Hari Kerja} \times \text{Jam Kerja/Hari}}$$

Keterangan :

Tenaga Pelaksana	=	Dokter umum
D	=	Jam pelayanan/ kegiatan dokter
365	=	Jumlah hari kerja di IGD
Hari Kerja	=	Jumlah hari kerja efektif dokter/ tahun
Jam kerja/ hari	=	Jumlah jam kerja/ hari

$$D = \{(A_1 \times \Sigma os/hr) + (A_2 \times \Sigma os/hr) + (A_3 \times \Sigma os/hr) + (\Sigma \text{shift/hr} \times \text{adm time})\}$$

Keterangan :

A <sub>1</sub>	=	waktu pelayanan pasien kasus gawat darurat
A <sub>2</sub>	=	waktu pelayanan pasien kasus mendadak
A <sub>3</sub>	=	waktu pelayanan pasien kasus tidak mendesak
Σos	=	jumlah pasien
Adm time	=	waktu administratif yang dibutuhkan untuk penggantian shift



## BAB VI

### HASIL PENELITIAN

#### 6.1 Kerangka Penyajian

Pada bab ini disajikan hasil penelitian tentang pengamatan kegiatan dokter pada IGD RSUD Kabupaten Tangerang mulai tanggal 12 – 18 Juni 2009 dengan menggunakan metode *work-sampling*. Hasil penelitian mencakup karakteristik tenaga dokter, analisis beban kerja dokter yang dilihat dari kegiatan produktif (kegiatan langsung dan kegiatan tidak langsung) dan kegiatan tidak produktif (kegiatan pribadi dan kegiatan yang berhubungan dengan orang lain), rata-rata waktu kegiatan produktif dan tidak produktif, serta jumlah kebutuhan tenaga dokter pada IGD RSUD Kabupaten Tangerang dengan menggunakan formula Unit Gawat Darurat. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk naratif, tabel dan diagram.

#### 6.2 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini dilakukan oleh 3 orang pengamat yang sebelumnya telah dilatih dengan latar pendidikan Strata I untuk mengamati aktivitas yang dilakukan oleh dokter IGD RSUD Kabupaten Tangerang. Pengamatan kegiatan dokter dilakukan dengan interval setiap 5 menit. Pengamatan dilakukan selama 24 jam dan terbagi dalam 3 (tiga) shift yaitu shift pagi (07.30 – 14.00 wib), shift siang (14.00 – 21.00), dan shift malam (21.00 – 07.30 wib) selama 7 (tujuh) hari berturut-turut mulai tanggal 12-18 Juni 2009. Kemudian hasil pengamatan dicatat di dalam formulir *work sampling* yang terbagi atas kegiatan produktif (kegiatan langsung dan kegiatan tidak langsung) yang berkaitan dengan fungsi pelayanan kedokteran, dan kegiatan tidak produktif (kegiatan pribadi dan kegiatan yang berhubungan dengan orang lain).

### 6.3 Gambaran Karakteristik Tenaga Dokter di IGD RSUD Kabupaten Tangerang

#### A. Pendidikan Dokter

Distribusi dokter berdasarkan tingkat pendidikan terakhir yang telah ditempuh dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 6.1. Distribusi Dokter Berdasarkan Tingkat Pendidikan Di IGD RSUD Kabupaten Tangerang Tahun 2009

NO	Pendidikan	IGD	%
1	S1	4	100 %
2	S2 Manajemen	0	0 %
3	Spesialis	0	0 %
Jumlah		4	100 %

Sumber data : IGD RSUD Kabupaten Tangerang, 2009

Dari tabel 6.1. di atas dapat dilihat bahwa seluruh tenaga dokter di IGD memiliki latar belakang pendidikan dokter umum yaitu sebanyak 4 (empat) orang (100%).

#### B. Jenis Kelamin

Distribusi dokter berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 6.2. Distribusi Dokter Berdasarkan Jenis Kelamin Di IGD RSUD Kabupaten Tangerang Tahun 2009

No	Jenis Kelamin	IGD	%
1	Pria	3	75 %
2	Wanita	1	25 %
Jumlah		4	100 %

Sumber data : IGD RSUD Kabupaten Tangerang, 2009

Dari tabel 6.2. di atas dapat dilihat bahwa distribusi dokter berdasarkan jenis kelamin terlihat bahwa untuk dokter pria di IGD lebih banyak yaitu 3 orang (75 %). Sedangkan untuk dokter wanita sebanyak 1 orang (25 %).

### C. Umur

Distribusi dokter berdasarkan umur dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 6.3. Distribusi Dokter Berdasarkan Umur Di IGD  
RSU Kabupaten Tangerang Tahun 2009

No	Kelompok Umur	IGD	%
1	25 – 29	0	0 %
2	30 – 34	3	75 %
3	35 – 39	1	25 %
Jumlah		4	100 %

Sumber data : IGD RSU Kabupaten Tangerang, 2009

Distribusi dokter menurut umur dari tabel 6.3. di atas menunjukkan bahwa hampir sebagian besar usia dokter berkisar antara 30 – 34 tahun yaitu sebanyak 3 orang (75 %). Sedangkan yang berusia 35 – 39 tahun sebanyak 1 orang (25 %).

#### D. Status Kepegawaian

Distribusi dokter berdasarkan status kepegawaian dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 6.4. Distribusi Dokter Berdasarkan Status Kepegawaian Di IGD  
RSU Kabupaten Tangerang Tahun 2009

NO	Status Kepegawaian	IGD	%
1.	PNS	3	75 %
2.	TKK	1	25 %
Jumlah		4	100 %

Sumber data : IGD RSU Kabupaten Tangerang, 2009

Dari tabel 6.4. di atas terlihat bahwa mayoritas dokter yang bersatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) adalah sebanyak 3 orang (75 %), sedangkan dokter sebagai TKK (tenaga kontrak kerja) sebanyak 1 orang (25%).

#### E. Jumlah Dokter Per Shift

Keempat dokter IGD merupakan tenaga organik, dalam arti dokter tersebut masuk setiap hari kerja (6 hari kerja) dipotong 1 hari libur setelah melaksanakan tugas malam. Sehingga dalam pelaksanaannya, pada pagi hari (shift pagi), IGD dilayani oleh 3 (tiga) sampai dengan 4 (empat) dokter. Untuk pelayanan pada sore dan malam hari (shift siang dan shift malam), keempat dokter tersebut mendapat tugas 1 (satu) kali jaga perminggu. Sesuai dengan kebijakan Direktur RSU Kabupaten Tangerang, untuk shift siang dan shift malam, dokter yang bertugas masing-masing 2 (dua) orang, kekurangan dokter ditutupi dari dokter-dokter non-IGD (dokter ruangan).

Adapun distribusi jumlah dokter dengan jumlah pasien menurut shift jaga dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 6.5. Distribusi Kunjungan Pasien Di IGD  
RSU Kabupaten Tangerang Tahun 2009

Tanggal	Shift Pagi		Shift Siang		Shift Malam	
	Jumlah	Jumlah	Jumlah	Jumlah	Jumlah	Jumlah
	Dokter	Pasien	Dokter	Pasien	Dokter	Pasien
12 Juni 2009	3	23	2	30	2	25
13 Juni 2009	3	10	2	27	2	36
14 Juni 2009	2	16	2	35	2	30
15 Juni 2009	3	20	2	26	2	26
16 Juni 2009	4	19	2	28	2	14
17 Juni 2009	3	22	2	27	2	32
18 Juni 2009	4	28	2	27	2	28
Rata- rata	3	20	2	29	2	27

Sumber data : IGD RSU Kabupaten Tangerang, 2009

Dari tabel 6.5. dapat diketahui bahwa pada shift pagi dokter yang bertugas rata-rata berjumlah 3 orang dengan rata-rata jumlah pasien 20 orang. Dokter yang bertugas pada shift siang berjumlah 2 orang dengan rata-rata jumlah pasien 29 orang. Sedangkan pada shift malam jumlah dokter yang bertugas 2 orang dengan rata-rata jumlah pasien 27 orang.

#### F. Jenis Pelatihan

Jenis pelatihan yang telah diikuti oleh Dokter pada IGD RSUD Kabupaten Tangerang sebagai pengembangan kualitas sumberdaya manusia baik di dalam maupun diluar Kabupaten Tangerang dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 6.6. Jenis Pelatihan Yang Telah Diikuti Oleh Dokter IGD RSUD Kabupaten Tangerang Tahun 2009

No	Jenis Pelatihan	Jumlah
1	GELS (General Emergency Life Support)	2
2	ATLS (Advance Trauma Life Support)	4
3	ACLS (Advance Cardio Life Support)	4

Sumber data : IGD RSUD Kabupaten Tangerang, 2009

### G. Jumlah Kunjungan

Distribusi jumlah kunjungan pasien pada IGD bulan Januari sampai dengan Mei 2009 adalah sebagai berikut :

Tabel 6.7. Distribusi Kunjungan Pasien Di IGD  
RSU Kabupaten Tangerang Tahun 2009

NO	Bulan	IGD
1	Januari	2.521
2	Februari	2.355
3	Maret	2.476
4	April	2.527
5	Mei	2.486
Jumlah		12.365

Sumber data : IGD RSU Kabupaten Tangerang, 2009

Dari tabel 6.7. dapat dilihat bahwa angka kunjungan pasien dari bulan Januari sampai dengan Mei 2009 terlihat merata, berada dalam kisaran 2.350 pasien sampai dengan 2.500 pasien per-bulan.

## H. Kasus Terbanyak

Distribusi jumlah kasus terbanyak selama tahun 2008 pada IGD RSU Kabupaten Tangerang dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 6.8. Distribusi 10 Besar Penyakit Di IGD  
RSU Kabupaten Tangerang Tahun 2008

No	Nama Penyakit	Jumlah
1	Observasi Febris	1856
2	GED	1529
3	DHF	1244
4	VL	799
5	Dispepsia	732
6	TB	516
7	CKD	393
8	Kejang Demam	373
9	Retensio Urine	366
10	Kolik	330

Sumber data : IGD RSU Kabupaten Tangerang, 2009

Dari tabel 6.8. dapat diketahui bahwa selama tahun 2008, untuk kunjungan di IGD, penyakit observasi febris menduduki ranking tertinggi yaitu mencapai 1856 kasus, disusul dengan penyakit Gastroenteritis sebanyak 1.529 kasus dan penyakit DHF sebanyak 1.244 kasus.



#### 6.4 Analisa Hasil Observasi Penggunaan Waktu Kerja Dengan Menggunakan Metode *Work Sampling*

Dari hasil pengamatan dengan menggunakan metode *work sampling* didapatkan data sebagai berikut :

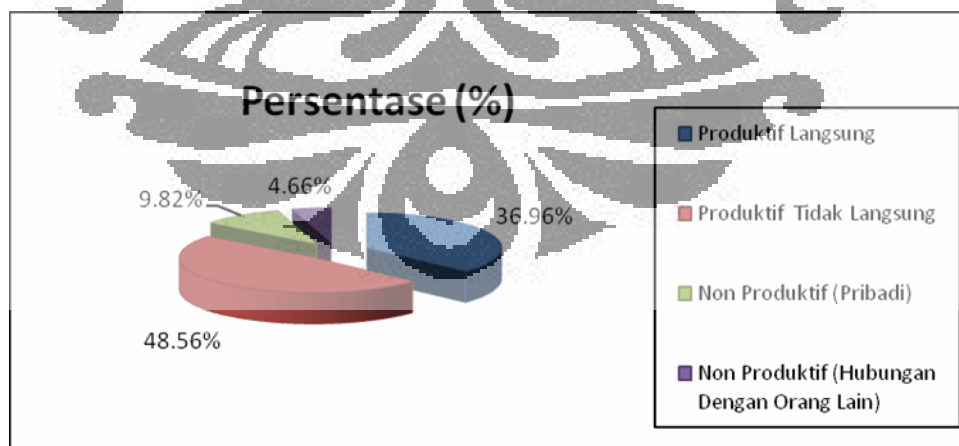
##### A. Alokasi Pemanfaatan Waktu Kerja Produktif Dokter IGD RSUD Kabupaten Tangerang

Dalam penelitian ini didapatkan alokasi waktu kerja produktif (kegiatan langsung dan kegiatan tidak langsung) dari dokter IGD RSUD Kabupaten Tangerang pada pengamatan selama 7 hari mulai tanggal 12 Juni 2009 sampai dengan 18 Juni 2009.

Tabel 6.9. Distribusi Waktu Kegiatan Dokter IGD RSUD Kabupaten Tangerang

Kegiatan		Pagi	Siang	Malam	Jumlah	%
Produktif	Langsung	1.020	1.300	1.405	3.725	36.95%
	Tdk Lgsg	1.030	1.450	2.415	4.895	48.56%
Non Produktif	Pribadi	280	270	440	990	9.82%
	Hub Org	100	220	150	470	4.66%
<b>Jumlah</b>		<b>2.430</b>	<b>3.240</b>	<b>4.410</b>	<b>10.080</b>	<b>100.00%</b>

Sumber data : Work Sampling 2009



Sumber data : Work Sampling 2009

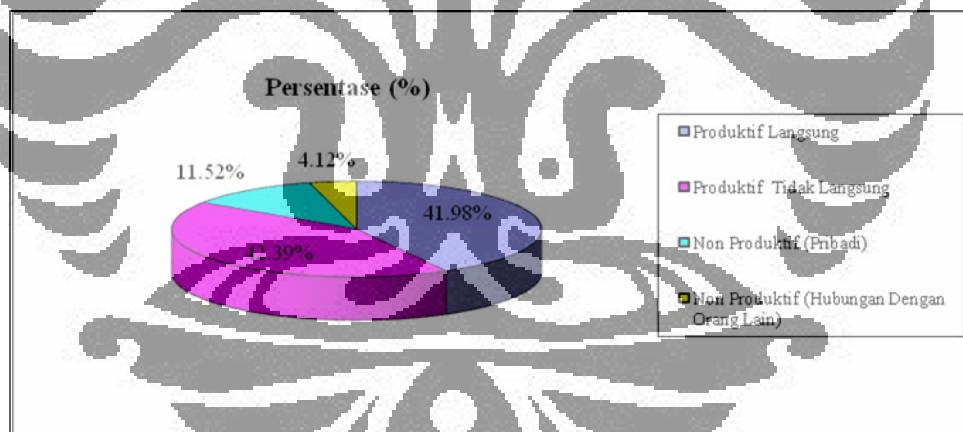
Diagram 6.1. Distribusi Waktu Kegiatan Dokter IGD RSUD Kabupaten Tangerang

Dari tabel 6.9. dan diagram 6.1. dapat dilihat bahwa selama 7 (tujuh) hari pengamatan, waktu kegiatan produktif adalah 85,51% yang terbagi atas produktif langsung adalah 36,95% dan kegiatan produktif tidak langsung 48,56%. Sedangkan untuk kegiatan non produktif adalah 14,48% dengan rincian kegiatan pribadi adalah 9,82% dan hubungan dengan orang lain yaitu 4,66%.

### B. Alokasi Pemanfaatan Waktu Kerja Produktif Dokter IGD RSU Kabupaten Tangerang Menurut Shift

Pada penelitian ini didapatkan waktu kerja produktif dokter IGD RSU Kabupaten Tangerang menurut shift yaitu pada shift pagi, shift siang dan shift malam.

1. Pada pengamatan dokter IGD RSU Kabupaten Tangerang selama 7 (tujuh) hari kerja pada tanggal 12-18 Juni 2009 pada shift pagi didapatkan hasil waktu kerja produktif pada diagram berikut :



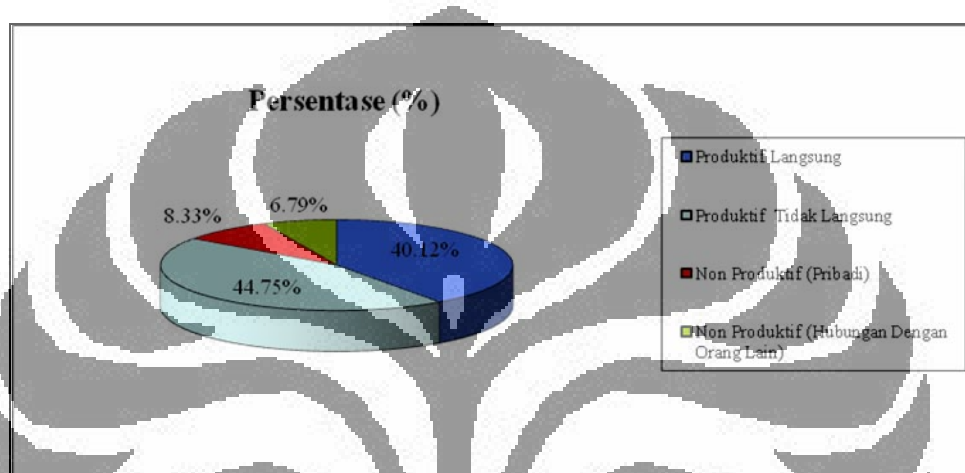
Sumber data : Work Sampling 2009

Diagram 6.2. Distribusi Waktu Kerja Dokter Pada Shift Pagi Di IGD RSU Kabupaten Tangerang

Dari diagram 6.2. untuk kegiatan pada shift pagi dapat dilihat bahwa rata-rata waktu kegiatan produktif langsung adalah 41,56% dan pada kegiatan produktif tidak langsung, tidak jauh berbeda yaitu 42,39%. Sedangkan untuk

kegiatan non produktif yaitu kegiatan pribadi adalah 11,52% dan hubungan dengan orang lain cukup jauh berbeda yaitu 4,12%.

2. Pada pengamatan dokter IGD RSUD Kabupaten Tangerang selama 7 (tujuh) hari kerja pada tanggal 12-18 Juni 2009 pada shift siang didapatkan hasil sebagai berikut :

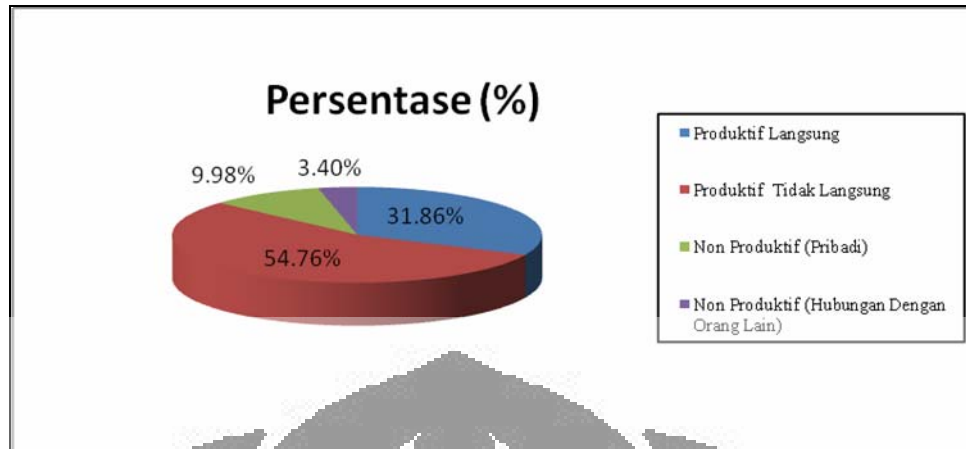


Sumber data : Work Smpling 2009

Diagram 6.3. Distribusi Waktu Kerja Dokter Pada Shift Siang Di IGD RSUD Kabupaten Tangerang

Dari diagram 6.3. untuk kegiatan pada shift siang dapat dilihat bahwa rata-rata waktu kegiatan produktif langsung adalah 40,12% dan pada kegiatan produktif tidak langsung, tidak jauh berbeda yaitu 44,75%. Sedangkan untuk kegiatan non produktif yaitu untuk kegiatan pribadi adalah 8,33%, bila dibandingkan dengan kegiatan yang berhubungan dengan orang lain juga tidak jauh berbeda yaitu 6,79%.

3. Pada pengamatan dokter IGD RSUD Kabupaten Tangerang selama 7 (tujuh) hari kerja pada tanggal 12-18 Juni 2009 pada shift malam didapatkan hasil sebagai berikut :



Sumber data : Work Sampling 2009

Diagram 6.4. Distribusi Waktu Kerja Dokter Pada Shift Malam Di IGD RSUD Kabupaten Tangerang

Dari diagram 6.4. untuk kegiatan pada shift malam dapat dilihat bahwa rata-rata waktu kegiatan produktif langsung adalah 31,86% dan pada kegiatan produktif tidak langsung jauh berbeda yaitu 54,76%. Untuk kegiatan non produktif pribadi yaitu 9,98%. sedangkan untuk kegiatan non produktif yang berhubungan dengan orang lain tidak jauh berbeda yaitu 3,40%.

### C. Rincian Kegiatan Pelayanan Dokter IGD RSUD Kabupaten Tangerang Menurut Jenis Kegiatan

Dalam penelitian ini didapatkan rincian kegiatan pelayanan (kegiatan langsung dan kegiatan tidak langsung) dari dokter IGD RSUD Kabupaten Tangerang pada pengamatan selama 7 hari, mulai tanggal 12 Juni 2009 sampai dengan 18 Juni 2009.

Di bawah ini diuraikan rincian kegiatan pelayanan dokter berdasarkan :

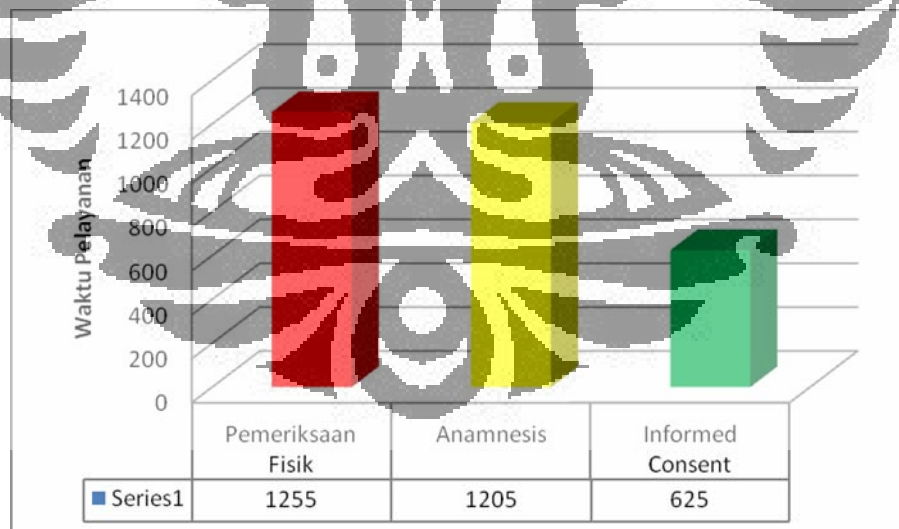
1. Kegiatan produktif langsung
2. Kegiatan produktif tidak langsung
3. Kegiatan non-produktif pribadi, dan
4. Kegiatan non-produktif yang berhubungan dengan orang lain.

## 1. Kegiatan Produktif Langsung

Tabel 6.10. Rincian Kegiatan Produktif Langsung Dokter IGD  
RSU Kabupaten Tangerang

NO	PRODUKTIF LANGSUNG	SHIFT			JUMLAH	
		PAGI	SIANG	MALAM	AKTIVITAS	WAKTU
1	Anamnesa pasien	78	103	60	241	1205
2	Pemeriksaan fisik	78	75	98	251	1255
3	Pemeriksaan penunjang	0	0	0	0	0
4	Informed consent	16	49	60	125	625
5	Tindakan medis : Pasang infus	0	0	0	0	0
6	Tindakan medis : Pasang catheter	0	0	2	2	10
7	Tindakan medis : Pasang NGT	0	0	0	0	0
8	Tindakan medis : Suntik	0	0	0	0	0
9	Tindakan medis : Pembersihan luka	0	0	0	0	0
10	Tindakan medis : Jahit luka	19	8	29	56	280
11	Tindakan medis : Resusitasi	5	22	18	45	225
12	Tindakan medis : Pasang O2	8	3	6	17	85
13	Observasi pasien	0	0	8	8	40
<b>JUMLAH</b>		<b>204</b>	<b>260</b>	<b>281</b>	<b>745</b>	<b>3725</b>

Sumber data : Work Sampling 2009



Sumber data : Work Sampling 2009

Diagram 6.5. Tiga Besar Kegiatan Produktif Langsung Dokter IGD  
RSU Kabupaten Tangerang

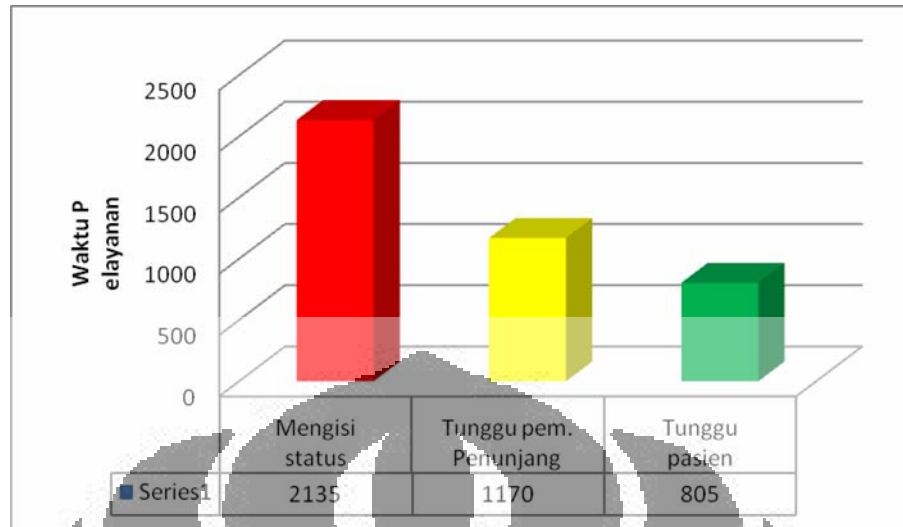
Dari tabel 6.10. dan diagram 6.5. dapat dilihat bahwa selama 7 (tujuh) hari pengamatan, didapatkan waktu kegiatan produktif langsung sebanyak 3.725 menit dengan rincian kegiatan 3 (tiga) terbanyak, yaitu : pemeriksaan fisik mencapai 1.255 menit, anamnesis mencapai 1.205 menit dan ‘informed consent’ mencapai 625 menit.

## 2. Kegiatan Produktif Tidak Langsung

Tabel 6.11. Rincian Kegiatan Produktif Tidak Langsung Dokter IGD  
RSU Kabupaten Tangerang

NO	PRODUKTIF TIDAK LANGSUNG	SHIFT			JUMLAH	
		PAGI	SIANG	MALAM	AKTIVITAS	WAKTU
1	Mengisi status pasien	104	159	164	427	2135
2	Membuat laporan jaga	0	0	28	28	140
3	Aplusan dinas	25	0	10	35	175
4	Menunggu hasil pem. Penunjang	59	95	80	234	1170
5	Menunggu pasien	0	0	161	161	805
6	Membuat resep	2	1	11	14	70
7	Membaca hasil pem. Penunjang	13	26	11	50	250
8	Membuat rujukan	2	1	3	6	30
9	Konsul ke Dr. Spesialis	1	8	15	24	120
<b>JUMLAH</b>		<b>206</b>	<b>290</b>	<b>483</b>	<b>979</b>	<b>4895</b>

Sumber data : Work Sampling 2009



Sumber data : Work Sampling 2009

Diagram 6.6. Tiga Besar Kegiatan Produktif Tidak Langsung Dokter IGD RSUD Kabupaten Tangerang

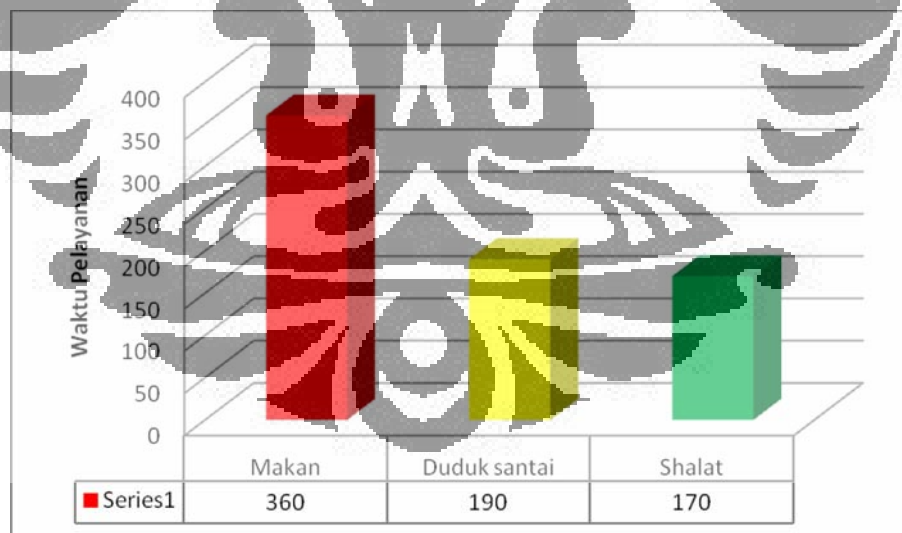
Dari tabel 6.11. dan diagram 6.6. dapat dilihat bahwa selama 7 (tujuh) hari pengamatan, didapatkan waktu kegiatan produktif tidak langsung sebanyak 4.895 menit dengan rincian kegiatan 3 (tiga) terbanyak, yaitu : mengisi status mencapai 2.135 menit, menunggu pemeriksaan penunjang mencapai 1.170 menit dan menunggu pasien mencapai 805 menit.

### 3. Kegiatan Non-Produktif Pribadi

Tabel 6.12. Rincian Kegiatan Non-Produktif Pribadi Dokter IGD  
RSU Kabupaten Tangerang

NO	NON-PRODUKTIF PRIBADI	SHIFT			JUMLAH	
		PAGI	SIANG	MALAM	AKTIVITAS	WAKTU
1	Makan	24	12	36	72	360
2	Minum	8	3	10	21	105
3	Shalat	4	30	0	34	170
4	Ke kamar kecil	3	2	1	6	30
5	Ganti baju dinas	0	3	1	4	20
6	Duduk santai	17	3	18	38	190
7	Membaca koran, dll	0	1	0	1	5
8	Nonton TV	0	0	0	0	0
9	Cuci tangan	0	0	3	3	15
10	Membersihkan stetoskop	0	0	2	2	10
11	Istirahat	0	0	17	17	85
<b>JUMLAH</b>		<b>56</b>	<b>54</b>	<b>88</b>	<b>198</b>	<b>990</b>

Sumber data : Work Sampling 2009



Sumber data : Work Sampling 2009

Diagram 6.7. Tiga Besar Kegiatan Non-Produktif Pribadi Dokter IGD  
RSU Kabupaten Tangerang



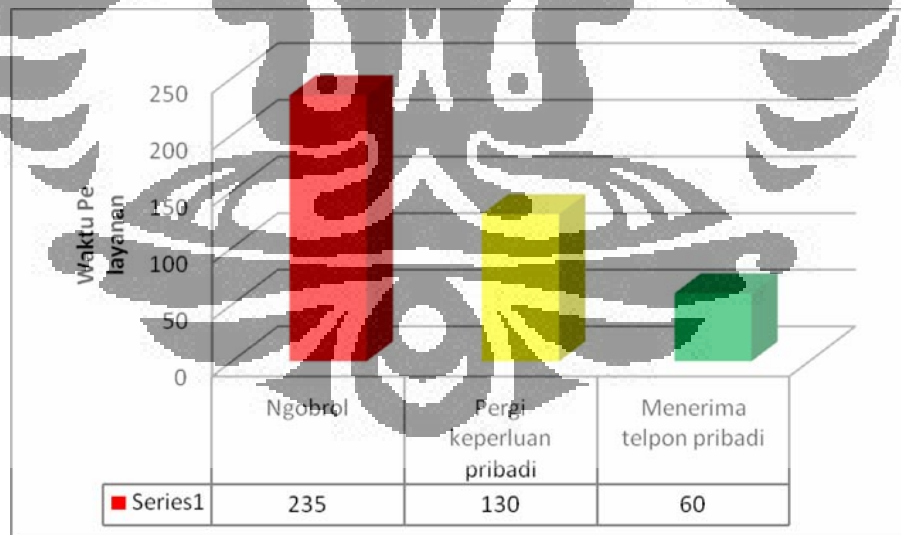
Dari tabel 6.12. dan diagram 6.7. dapat dilihat bahwa selama 7 (tujuh) hari pengamatan, didapatkan waktu kegiatan non-produktif pribadi sebanyak 990 menit dengan rincian kegiatan 3 (tiga) terbanyak, yaitu : makan mencapai 360 menit, duduk santai mencapai 190 menit dan shalat mencapai 170 menit.

#### 4. Kegiatan Non-Produktif yang Berhubungan dengan Orang Lain

Tabel 6.13. Rincian Kegiatan Non-Produktif yang Berhubungan dengan Orang Lain Dokter IGD RSUD Kabupaten Tangerang

NO	NON-PRODUKTIF HUBUNGAN DGN ORANG LAIN	SHIFT			JUMLAH	
		PAGI	SIANG	MALAM	AKTIVITAS	WAKTU
1	Menerima telepon pribadi	1	6	5	12	60
2	Ngobrol	10	17	20	47	235
3	Menerima tamu pribadi	7	1	0	8	40
4	Pergi untuk keperluan pribadi	1	20	5	26	130
5	Berobat	0	0	0	0	0
6	SMS	1	0	0	1	5
<b>JUMLAH</b>		<b>20</b>	<b>44</b>	<b>30</b>	<b>94</b>	<b>470</b>

Sumber data : Work Sampling 2009



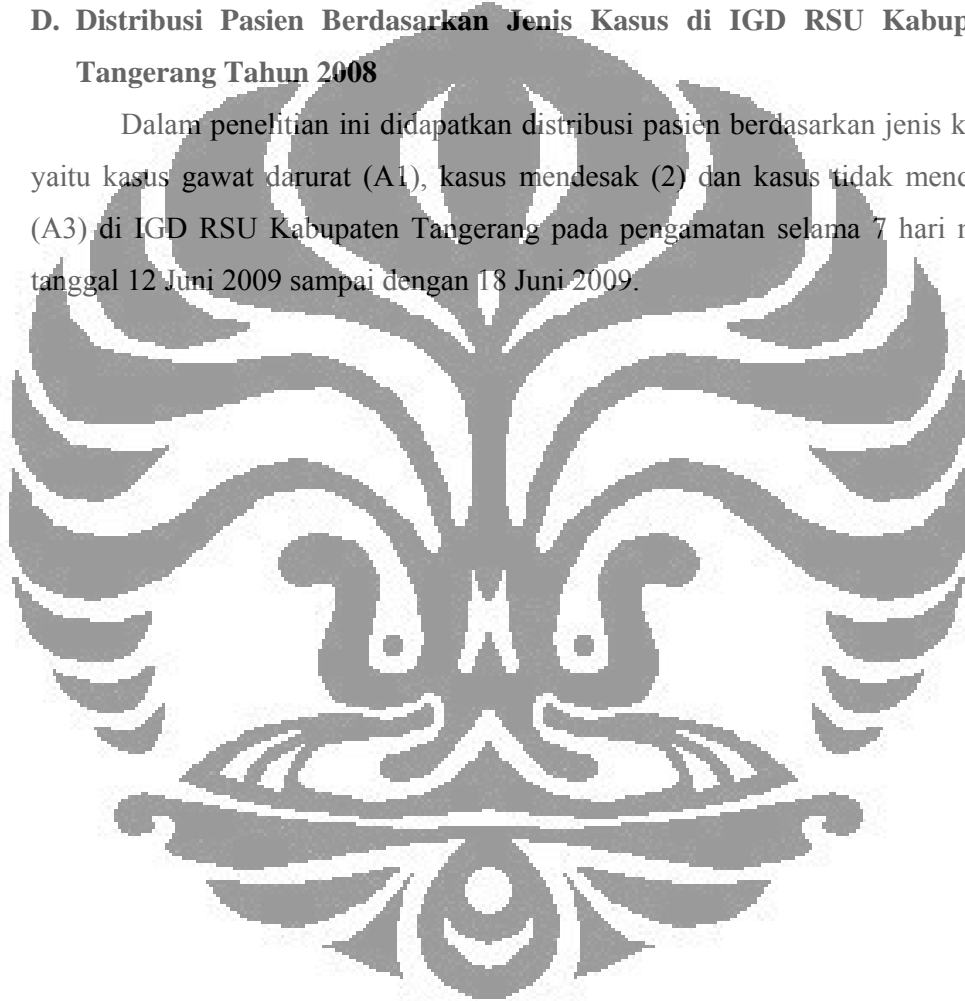
Sumber data : Work Sampling 2009

Diagram 6.8. Tiga Besar Kegiatan Non-Produktif yang Berhubungan dengan Orang Lain Dokter IGD RSUD Kabupaten Tangerang

Dari tabel 6.13. dan diagram 6.8. dapat dilihat bahwa selama 7 (tujuh) hari pengamatan, didapatkan waktu kegiatan non-produktif yang berhubungan dengan orang lain sebanyak 470 menit dengan rincian kegiatan 3 (tiga) terbanyak, yaitu : mengobrol mencapai 235 menit, pergi untuk keperluan pribadi mencapai 130 menit dan menerima telpon pribadi mencapai 60 menit.

#### **D. Distribusi Pasien Berdasarkan Jenis Kasus di IGD RSU Kabupaten Tangerang Tahun 2008**

Dalam penelitian ini didapatkan distribusi pasien berdasarkan jenis kasus, yaitu kasus gawat darurat (A1), kasus mendesak (2) dan kasus tidak mendesak (A3) di IGD RSU Kabupaten Tangerang pada pengamatan selama 7 hari mulai tanggal 12 Juni 2009 sampai dengan 18 Juni 2009.



Tabel 6.14. Distribusi Pasien Berdasarkan Jenis Kasus di IGD  
RSU Kabupaten Tangerang

HARI	TANGGAL	SHIFT	BAGIAN	GOLONGAN PASIEN			JUMLAH PASIEN			
				A1	A2	A3	Per-BGN	Per-SHIFT	Per-HARI	
Jum'at	12-Jun-09	Pagi	Interna	5	3	2	10	23	78	
			Anak	0	3	0	3			
			Bedah	3	4	3	10			
		Siang	Interna	4	7	3	14			30
			Anak	1	4	2	7			
			Bedah	4	5	0	9			
		Malam	Interna	6	7	2	15			25
			Anak	1	3	1	5			
			Bedah	4	1	0	5			
Sabtu	13-Jun-09	Pagi	Interna	1	3	0	4	10	73	
			Anak	1	1	0	2			
			Bedah	1	2	1	4			
		Siang	Interna	6	8	2	16			27
			Anak	1	4	2	7			
			Bedah	3	1	0	4			
		Malam	Interna	5	8	2	15			36
			Anak	0	3	2	5			
			Bedah	5	9	2	16			
Minggu	14-Jun-09	Pagi	Interna	8	3	0	11	16	81	
			Anak	1	0	0	1			
			Bedah	1	3	0	4			
		Siang	Interna	2	6	6	14			35
			Anak	3	5	1	9			
			Bedah	2	6	4	12			
		Malam	Interna	5	5	2	12			30
			Anak	4	3	0	7			
			Bedah	3	4	4	11			
Senin	15-Jun-09	Pagi	Interna	3	4	2	9	20	72	
			Anak	1	0	1	2			
			Bedah	2	5	2	9			
		Siang	Interna	4	7	2	13			26
			Anak	1	2	2	5			
			Bedah	3	4	1	8			
		Malam	Interna	3	8	2	13			26
			Anak	3	2	2	7			
			Bedah	2	3	1	6			
Selasa	16-Jun-09	Pagi	Interna	5	4	3	12	19	61	
			Anak	0	3	1	4			
			Bedah	1	1	1	3			
		Siang	Interna	9	9	0	18			28
			Anak	0	2	1	3			
			Bedah	2	4	1	7			
		Malam	Interna	0	4	1	5			14
			Anak	0	3	1	4			
			Bedah	1	4	0	5			

HARI	TANGGAL	SHIFT	BAGIAN	GOLONGAN PASIEN			JUMLAH PASIEN		
				A1	A2	A3	Per-BGN	Per-SHIFT	Per-HARI
Rabu	17-Jun-09	Pagi	Interna	3	4	4	11	22	81
			Anak	2	3	0	5		
			Bedah	2	3	1	6		
		Siang	Interna	2	10	2	14	27	
			Anak	1	3	0	4		
			Bedah	1	8	0	9		
		Malam	Interna	4	13	8	25	32	
			Anak	0	3	0	3		
			Bedah	1	3	0	4		
Kamis	18-Jun-09	Pagi	Interna	8	3	5	16	28	83
			Anak	0	4	5	9		
			Bedah	2	0	1	3		
		Siang	Interna	2	6	0	8	27	
			Anak	1	9	0	10		
			Bedah	0	4	5	9		
		Malam	Interna	3	7	1	11	28	
			Anak	1	2	2	5		
			Bedah	6	6	0	12		
<b>JUMLAH</b>				<b>159</b>	<b>271</b>	<b>99</b>	<b>529</b>		

Sumber : Work Sampling, 2009

Dari tabel 6.14 didapatkan data jumlah pasien pada IGD-RSU Kabupaten Tangerang selama pengamatan 1 minggu sebanyak 529 pasien dengan rincian: pasien gawat darurat sebanyak 159 orang dengan rata-rata 23 pasien perhari, pasien mendesak sebanyak 271 orang dengan rata-rata 39 pasien perhari dan pasien tidak mendesak sebanyak 99 orang dengan rata-rata 14 pasien perhari.

### 1. Waktu Pelayanan untuk Pasien Kasus Gawat Darurat (A<sub>1</sub>)

Tabel 6.15. Rata-Rata Waktu Pelayanan Berdasarkan Klasifikasi Pasien Kasus Gawat Darurat (A<sub>1</sub>)

No	Nama Kasus	Jumlah Kasus	Jumlah Menit Per Kasus	Jumlah Menit
1	Penurunan Kesadaran	2	99'	198'
2	Status Asmaticus	2	87'	174'
3	Luka Bakar Gr. III-IV	2	94'	188'
4	Appendicitis Akut	2	83'	166'
5	Trauma Capitis Gr. III-IV	2	100'	200'
6	Stroke Haemorrhagik	2	82'	164'
7	Tension Pneumothorak	2	92'	184'
8	Haematothorak	2	95'	190'
9	Trauma Abdomen yang mengancam jiwa	2	87'	174'
10	Open Fraktur Berat	2	105'	210'
11	Kejang	2	69'	138'
12	Infark Miocard Akut	2	94'	188'
13	Syok Anafilaktik	2	84'	168'
14	Coma Hipoglikemi	2	91'	182'
15	Haematemesis Melena dengan Komplikasi	1	95'	95'
<b>Total</b>		<b>29</b>	<b>1357'</b>	<b>2619'</b>

Sumber : IGD RSU Tangerang Tahun 2009

Jadi waktu pelayanan dokter untuk pasien kasus gawat darurat (A<sub>1</sub>) adalah :

$$\frac{\sum \text{menit}}{\sum A_1} = \frac{2619'}{29} = 90'$$

## 2. Waktu Pelayanan untuk Pasien Kasus Mendesak (A<sub>2</sub>)

Tabel 6.16. Rata-Rata Waktu Pelayanan Berdasarkan Klasifikasi Pasien Kasus Mendesak (A<sub>2</sub>)

No	Nama Kasus	Jumlah Kasus	Jumlah Menit Per Kasus	Jumlah Menit
1	Close Fraktur	2	80'	160'
2	Open Fraktur	2	92'	184'
3	Gastro Enteritis Akut	2	55'	110'
4	Asma Bronchiale	2	77'	154'
5	Gastritis Akut/Dyspepsia	2	65'	130'
6	Vulnus Laceratum	2	100'	200'
7	Observasi Dyspneu	2	69'	138'
8	Stroke Iskhemik	2	72'	144'
9	Hipertensi Sedang/Berat	2	73'	146'
10	Retensio Urine	2	80'	160'
11	Vulnus Ekskoriatum	2	71'	142'
12	Intoxikasi Makanan	2	64'	128'
13	Kolik Abdomen/Renal	2	72'	144'
14	Cephalgia Sedang/Berat	2	72'	144'
15	Cirrhosis Hepatis	2	68'	136'
16	Hernia Inguinal/Scrotalis	2	73'	146'
17	Vulnus Punctum	2	100'	200'
<b>Total</b>		<b>34</b>	<b>1283'</b>	<b>2566'</b>

Sumber : IGD RSU Tangerang Tahun 2009

Jadi waktu pelayanan dokter untuk pasien kasus mendesak (A<sub>2</sub>) adalah:

$$\frac{\sum \text{menit}}{\sum A_2} = \frac{2566'}{34} = 75'$$

### 3. Waktu Pelayanan untuk Pasien Kasus Tidak Mendesak (A3)

Tabel 6.17. Rata-Rata Waktu Pelayanan Berdasarkan Klasifikasi Pasien Kasus Tidak Mendesak (A3)

No	Nama Kasus	Jumlah Kasus	Jumlah Menit Per Kasus	Jumlah Menit
1	Observasi Febris	3	36'	108'
2	Bronchitis Kronis	2	28'	56'
3	Hipertensi Ringan	2	32'	64'
4	Head Injury Gr. I-II	1	32'	32'
5	Abdoment Discomfort	1	30'	30'
6	DM dengan Ganggren	1	56'	56'
Total		10	214'	346'

Sumber: IGD RSUD Tangerang Tahun 2009.

Jadi waktu pelayanan dokter untuk pasien kasus tidak mendesak (A3) adalah:

$$\frac{\sum \text{menit}}{\sum A_3} = \frac{346'}{10} = 35'$$

Dari tabel 6.15., tabel 6.16., dan tabel 6.17. didapatkan rata-rata waktu penanganan pasien mulai pasien mendapat pelayanan IGD sampai dengan pasien selesai menerima pelayanan, yaitu :

- Waktu pelayanan dokter untuk pasien kasus gawat darurat = 90'
- Waktu pelayanan dokter untuk pasien kasus mendesak = 75'
- Waktu pelayanan dokter untuk pasien kasus tidak mendesak = 35'

### 6.5 Penghitungan Jumlah Tenaga Dokter Dengan Menggunakan Formula Unit Gawat Darurat

$$\text{Tenaga Pelaksana} = \frac{D \times 365}{\text{Hari Kerja} \times \text{Jam Kerja/Hari}}$$

#### Keterangan :

Tenaga Pelaksana = Dokter umum  
 D = Jam pelayanan/ kegiatan dokter  
 365 = Jumlah hari kerja di IGD  
 Hari Kerja = Jumlah hari kerja efektif dokter/ tahun  
 Jam kerja/ hari = Jumlah jam kerja/ hari

#### Hari Kerja

Hari kerja efektif dokter dalam 1 (satu) tahun :

$$365 - (52 \text{ hari minggu} + 12 \text{ hari libur nasional} + 12 \text{ hari libur cuti tahunan}) = 289 \text{ hari}$$

#### Jam Kerja

Jam kerja dokter / hari :

No.	Waktu Kerja (dalam jam)	Jumlah	
1	Senin	6.30	34
2	Selasa	6.30	
3	Rabu	6.30	
4	Kamis	6.30	
5	Jum'at	3.30	
6	Sabtu	4.30	
7	Jaga 2 shift		
	a. Shift siang	7	18
	b. Shift malam	11	
			52
8	Libur jaga 1 hari	6	6
			46

Hari kerja dalam 1 (satu) minggu adalah 6 (enam) hari, maka :

$$46 \text{ jam} : 6 = 7,67 \text{ dibulatkan menjadi } 7,5 \text{ jam}$$



**Konstanta D**

$$D = \{(A_1 \times \Sigma os/hr) + (A_2 \times \Sigma os/hr) + (A_3 \times \Sigma os/hr) + (\Sigma \text{ shift/hr} \times \text{adm time})\}$$

**Keterangan :**

$A_1$	=	waktu pelayanan pasien kasus gawat darurat
$A_2$	=	waktu pelayanan pasien kasus mendadak
$A_3$	=	waktu pelayanan pasien kasus tidak mendesak
$\Sigma os$	=	jumlah pasien
Adm time	=	waktu administratif yang dibutuhkan untuk pergantian shift

Dari penelitian didapatkan :

- $A_1 = 90'$
- $A_2 = 75'$
- $A_3 = 35'$
- $\Sigma os = 76$  orang pasien/hari, terbagi atas :
  1. Pasien gawat darurat = 23 orang
  2. Pasien mendesak = 39 orang
  3. Pasien tidak mendesak = 14 orang
- $\Sigma \text{ shift}$ : 2 (dua) shift dalam 1 (satu) hari dengan rincian :  
 Untuk hari kerja: shift I (07.30 s.d. 14.00), shift II (14.00 s/d 07.30 besoknya)  
 Untuk hari minggu/ libur: setiap shift 12 jam
- Administration time : waktu yang dibutuhkan dokter IGD untuk operan jaga rata-rata selama 30'

$$\begin{aligned}
 D &= \{(A_1 \times \Sigma os/hr) + (A_2 \times \Sigma os/hr) + (A_3 \times \Sigma os/hr) + (2 \text{ shift/hr} \times \text{adm time})\} \\
 &= \{(90' \times 23) + (75' \times 39) + (35' \times 14) + (2 \times 30')\} \\
 &= 2070' + 2925' + 490' + 60' \\
 &= 5545' \\
 &= 5545' / 60 \sim 92 \text{ jam}
 \end{aligned}$$

$$TP = \frac{D \times 365}{289 \times 7 \text{ jam/hari}}$$

$$TP = \frac{92 \times 365}{289 \times 7,5} = \frac{33580}{2167,5}$$

$$TP = 15,49 \text{ dibulatkan menjadi } 15 \text{ orang dokter.}$$

**Dari hasil perhitungan di atas didapatkan bahwa jumlah dokter yang dibutuhkan pada IGD RSUD Kabupaten Tangerang untuk melayani pasien selama 24 jam sehari adalah 15 (lima belas) orang dokter.**

## **BAB VII**

### **PEMBAHASAN**

#### **7.1 Keterbatasan Penelitian**

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan pada 3 shift yaitu pada shift pagi, shift siang dan shift malam pada IGD dengan menggunakan metode *work sampling* selama 7 (tujuh) hari berturut-turut. Kemungkinan bias dapat terjadi pada setiap shift karena tidak semua kegiatan dokter dapat teramati, kegiatan yang akan teramati hanyalah kegiatan pada waktu pengamatan. Dilain pihak, pada hari pertama biasanya dokter yang diamati akan berperilaku kerja lebih baik, jadi untuk mengurangi bias diambil kegiatan dokter pada hari kedua.

#### **7.2 Karakteristik Dokter**

##### **7.2.1. Pendidikan Dokter**

Pada Tabel 6.1. dapat dilihat bahwa semua tenaga dokter yang bertugas di IGD memiliki latar belakang pendidikan dokter umum yaitu sebanyak 4 orang (100%). Kondisi ini menunjukkan bahwa tenaga media yang standby di IGD adalah dokter umum, bukan dokter spesialis ataupun dokter umum yang memiliki latar belakang pendidikan S2 Manajemen.

Menurut Simanjuntak (1985) dalam Mulyati, dkk (2003), menyebutkan bahwa pendidikan dan pelatihan mempengaruhi produktifitas tenaga kerja. Menurut Ravianto (1985) dalam Mulyati, dkk (2003) mengatakan bahwa faktor pendidikan berhubungan dengan produktifitas, makin tinggi pendidikan makin tinggi produktifitasnya, karena mempunyai intelektual yang lebih tinggi.

### 7.2.2. Jenis Kelamin

Pada tabel 6.2. diketahui bahwa jumlah dokter pria lebih banyak dari dokter wanita yaitu 75% (3 orang), sedangkan dokter wanita 25% (1 orang). Hal ini disebabkan karena mobilitas di IGD yang tinggi dimana biasanya pria lebih cekatan dan cepat dalam melakukan tindakan dan juga pada kasus-kasus tertentu diperlukan tenaga yang lebih kuat dan biasanya kondisi ini terdapat pada pria seperti mengangkat pasien, mengangkat alat-alat untuk tindakan seperti tabung oksigen, dll.

### 7.2.3. Umur

Pada tabel 6.3. dapat dilihat bahwa hampir sebagian besar usia dokter berkisar antara 30 – 34 tahun yaitu sebanyak 3 orang (75 %). Usia 35 – 39 tahun sebanyak 1 orang (25 %), sedangkan usia 25 – 29 tahun tidak ada. Kondisi ini menunjukkan bahwa rentang usia 25 – 29 tahun adalah masa dokter baru lulus kuliah, yang umumnya belum mempunyai pengalaman yang cukup dalam hal menangani pasien-pasien gawat darurat, sehingga meskipun mereka telah bekerja di rumah sakit, umumnya belum ditempatkan di IGD melainkan di ruang perawatan. Rentang usia 30 – 34 tahun dianggap usia yang lebih muda, lebih cepat dan sigap dalam melakukan tindakan mengingat mobilitas yang tinggi di IGD dan juga mempunyai stamina yang baik untuk melakukan shift jaga malam. Sedangkan untuk dokter yang berusia diatas 40 tahun sudah tidak melakukan shift jaga malam lagi.

#### 7.2.4. Status Kepegawaian

Pada tabel 6.4. dapat dilihat bahwa mayoritas dokter yang bertugas di IGD bersatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) yaitu sebanyak 3 orang (75%), sedangkan dokter yang berstatus tenaga kontrak kerja (TKK) yaitu 1 orang (25%). Hal ini disebabkan pada saat dilakukan rekrutmen tenaga untuk IGD oleh pihak rumah sakit, lebih banyak tenaga PNS. Hal ini disebabkan apabila tenaga dokter IGD yang telah PNS mengikuti pelatihan-pelatihan yang diadakan, setelah pelatihan tersebut mereka bisa mengaplikasikan ilmunya pada tempat kerjanya. Apabila tenaga dokter TKK yang mengikuti pelatihan, mereka dapat saja tidak dapat mengaplikasikan ilmu yang telah didapat karena sewaktu-waktu mereka bisa pindah bila habis masa kontraknya dan ini merugikan bagi pihak rumah sakit terutama dalam hal SDM dan biaya yang telah dikeluarkan untuk pelatihan tersebut.

#### 7.2.5. Pelatihan

Pada tabel 6.6 dapat dilihat bahwa semua dokter IGD RSUD Kabupaten Tangerang telah mengikuti berbagai pelatihan untuk meningkatkan keahliannya/kemampuannya sebagai dokter IGD. Hal ini sangat bermanfaat dalam meningkatkan kualitas kinerja dokter IGD, disamping untuk memenuhi persyaratan akreditasi rumah sakit, bahwa kualifikasi dokter IGD untuk rumah sakit tipe B adalah dokter umum yang mempunyai sertifikat gawat darurat (GELS, ATLS atau ACLS).

Menurut Notoatmodjo (2003), Pelatihan pegawai adalah suatu pelatihan yang ditujukan untuk para pegawai (karyawan) dalam hubungannya dengan peningkatan kemampuan pekerjaan (*job*) pegawai saat ini. Tujuan pelatihan ini utamanya adalah meningkatkan produktivitas atau hasil kerja pegawai, atau dengan kata lain adalah untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi kerja tiap pegawai.

### **7.3 Analisis Penggunaan Waktu Kerja Dokter Pada IGD RSUD Kabupaten Tangerang**

Menurut Gillies (1994), kegiatan keperawatan (ataupun pelayanan) umumnya dibagi atas 4 kegiatan, yaitu kegiatan langsung, kegiatan tidak langsung, kegiatan unit dan kegiatan pribadi.

Menurut Ilyas (2000) dalam Eros (2006) berdasarkan waktu yang ada, waktu kerja produktif pada titik optimum berkisar 80%. Sedangkan Syamsi (1998) dalam Eros (2006), adalah waktu standar waktu kegiatan produktif adalah sebesar 75% dan Heizer dan Render (1996) dalam Eros (2006) adalah bahwa standar waktu kegiatan produktif sebesar 80%, sedangkan menurut Wolper (2001) sebesar 85%.

Menurut Wolper, L.F (1995) dalam Eros (2006) standar beban kerja yang dipakai untuk kegiatan non produktif adalah sebesar 10% - 15%. Sedangkan ILO (1983), mengatakan kelonggaran dasar minimal untuk pekerja pria 9% dan wanita 11%.

#### **7.3.1. Analisis Pemanfaatan Waktu Kerja Produktif Dokter IGD RSUD Kabupaten Tangerang**

Berdasarkan tabel 6.9. dapat dilihat bahwa pemanfaatan waktu selama 7 (tujuh) hari pengamatan, rata-rata waktu kegiatan produktif adalah 85,51% yang terbagi atas produktif langsung adalah 36,95% dan kegiatan produktif tidak langsung 48,56%. Sedangkan untuk kegiatan non produktif sebesar 14,48% yang terbagi atas kegiatan pribadi adalah 9,82% dan hubungan dengan orang lain agak jauh berbeda yaitu 4,66%.

Pada kegiatan produktif antara kegiatan langsung dan tidak langsung tidak begitu jauh berbeda dimana dalam melaksanakan kegiatan pelayanan baik yang berhubungan langsung dengan pasien maupun yang tidak berhubungan langsung hampir berimbang karena mobilitas antara kegiatan langsung dan tidak langsung hampir sama besarnya. Hal ini disebabkan oleh karena IGD merupakan unit rumah sakit yang berupaya untuk penanggulangan pasien-pasien gawat darurat, sehingga baik kegiatan produktif langsung maupun kegiatan produktif tidak langsung tetap terkait dengan penanganan kasus-kasus gawat darurat.

Pada hasil kegiatan produktif dokter IGD RSUD Kabupaten Tangerang yang sebesar 85,51% sudah mencapai standar waktu kerja dan beban kerjanya tinggi sehingga dinilai kegiatan produktifnya dinilai sudah optimal, yang menurut Ilyas, Heizer dan Render sebesar 80%. Salah satu penyebab tingginya kegiatan produktif dokter adalah tingginya jumlah pasien yang mencapai 76 pasien perhari.

Berdasarkan hasil pengamatan waktu non produktif yang mencapai 14,48% (pribadi 9,82% dan hubungan dengan orang lain 4,66%), dinilai rendah dalam kegiatan non produktifnya bila dibandingkan dengan waktu standar non produktif menurut Wolper, L.F 15% dan ILO 11%. Hal ini disebabkan pada saat penelitian, jarang sekali dokter menganggur dikarenakan jumlah pasien yang banyak.

### **7.3.2. Analisis Pemanfaatan Waktu Kerja Produktif Dokter IGD RSUD Kabupaten Tangerang menurut Shift**

Dari diagram 6.2, untuk kegiatan pada shift pagi dapat dilihat bahwa pemanfaatan waktu kegiatan produktif adalah 84,37% yang terbagi atas kegiatan produktif langsung adalah 41,98% dan kegiatan produktif tidak langsung, yaitu 42,39%. Sedangkan untuk kegiatan non produktif adalah 15,64% yang terbagi atas kegiatan pribadi adalah 11,52% dan hubungan dengan orang lain juga cukup jauh berbeda yaitu 4,12%.

Dari diagram 6.3, untuk kegiatan pada shift siang dapat dilihat bahwa pemanfaatan waktu kegiatan produktif adalah 84,87% yang terbagi atas kegiatan produktif langsung adalah 40,12% dan pada kegiatan produktif tidak langsung 44,75%. Sedangkan untuk kegiatan non produktif adalah 15,12% yang terbagi atas kegiatan pribadi adalah 8,33%, bila dibandingkan dengan kegiatan yang berhubungan dengan orang lain juga cukup jauh berbeda yaitu 6,79%.

Diagram 6.4, untuk kegiatan pada shift malam dapat dilihat bahwa pemanfaatan waktu kegiatan produktif adalah 86,62% yang terbagi atas kegiatan produktif langsung adalah 31,86% dan kegiatan produktif tidak langsung 54,76%. Sedangkan untuk kegiatan non produktif yaitu 13,38% yang terbagi atas kegiatan pribadi yaitu 9,98%, dan kegiatan berhubungan dengan orang lain yaitu 3,40%.

Dari ketiga shift diatas dapat dilihat bahwa kegiatan produktif langsung paling tinggi terdapat pada shift pagi yaitu sebesar 41,98%, kemudian shift siang sebesar 40,12%, dan paling rendah pada shift malam yaitu 31,86%.

Pada pagi hari, dokter banyak melakukan konsultasi atau diskusi dengan dokter spesialis (yang memang standby). Ketersediaan alat radiologi dan alat laboratorium yang lebih komplit serta kehadiran tenaga operatornya yang lebih banyak, menyebabkan masa menunggu hasil pemeriksaan penunjang lebih singkat. hal ini juga disebabkan pagi hari merupakan aktifitas dari PNS, sehingga hampir semua petugas yang terkait dengan pelayanan IGD ada (standby, tidak on-call).

Adapun waktu produktif pada shift malam rendah, padahal angka kunjungan pasien meningkat pada malam hari, hal ini disebabkan oleh karena waktu jam dinas malam yang relatif panjang yaitu 10,5 jam. Sedangkan pasien yang meningkat pada malam hari disebabkan oleh karena poliklinik tidak buka pada malam hari, begitu pula dengan praktek dokter spesialis.

Sebaliknya kegiatan produktif tidak langsung paling tinggi terdapat pada shift malam yaitu sebesar 54,76%, kemudian shift siang sebesar 44,75%, dan paling rendah pada shift pagi yaitu 42,39%.

Kondisi ini salah satunya disebabkan oleh karena pada jam-jam tertentu, yaitu antara jam 02.00 pagi sampai dengan jam 05.00 pagi biasanya tidak ada pasien, sehingga dokter standby/ menunggu pasien, yang dikategorikan sebagai kegiatan produktif yang tidak langsung.



## 7.4 Analisis Pelayanan Dokter IGD Menurut Jenis Kegiatan

### 7.4.1. Kegiatan Produktif Langsung

Dari table 6.10. dan diagram 6.5. didapatkan data bahwa kegiatan produktif langsung dokter IGD selama 7 (tujuh) hari pengamatan mencapai total 3.725 menit dengan rincian 3 (tiga) kegiatan tertinggi adalah: pemeriksaan fisik 1.255 menit, anamnesis 1.205 menit dan '*informed consent*' 625 menit. Sedangkan untuk kegiatan berupa tindakan medis, yang cukup sering dilakukan oleh dokter IGD adalah menjahit luka 280 menit dan resusitasi 225 menit.

Dari data di atas terlihat bahwa kegiatan dokter IGD yang berhubungan langsung dengan pasien dan keluarganya, lebih terfokus kepada anamnesis, pemeriksaan fisik dan *informed consent*, sedangkan untuk kegiatan tindakan medis tidak banyak dilakukan oleh karena dilimpahkan kewenangannya (untuk melakukan tindakan medis) kepada perawat, kecuali kegiatan resusitasi yang dilakukan bersama-sama dengan perawat.

### 7.4.2. Kegiatan Produktif Tidak Langsung

Dari table 6.11. dan diagram 6.6. didapatkan data bahwa kegiatan produktif tidak langsung dokter IGD selama 7 (tujuh) hari pengamatan mencapai total 4.895 menit dengan rincian 3 (tiga) kegiatan tertinggi adalah: mengisi status 2.135 menit, menunggu pemeriksaan penunjang 1.170 menit dan menunggu pasien 805 menit.

Dari data di atas terlihat bahwa kegiatan dokter IGD yang bersifat produktif tapi tidak berhubungan langsung dengan pasien terutama adalah mengisi status pasien. Hal ini merupakan rangkaian dari pelayanan medis terhadap pasien, yang dimulai dari kegiatan anamnesis, dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik, setelah itu dokter IGD menuliskan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisiknya ke dalam status.

Kegiatan menunggu hasil pemeriksaan penunjang cukup menyita waktu dokter IGD, hal ini disebabkan pemeriksaan penunjang baik radiologi maupun laboratorium memerlukan waktu antara 15 menit (radiologi toraks PA) sampai dengan 1 jam bahkan 2 jam untuk pemeriksaan laboratorium lengkap.

Yang cukup menarik adalah didapatkannya waktu menunggu pasien, hal ini dimungkinkan terjadi oleh karena ada waktu-waktu dimana tidak ada pasien di IGD. Dalam pengamatan, didapatkan waktu dimana IGD tidak ada pasien berkisar antara jam 2 pagi sampai dengan jam 5 pagi.

#### 7.4.3. Kegiatan Non-Produktif Pribadi

Dari table 6.12. dan diagram 6.7. didapatkan data bahwa kegiatan non-produktif berupa kegiatan pribadi dokter IGD selama 7 (tujuh) hari pengamatan mencapai total 990 menit dengan rincian 3 (tiga) kegiatan tertinggi adalah: makan 360 menit, duduk santai 190 menit dan kegiatan shalat 170 menit.

Terdapatnya kegiatan duduk santai dengan total waktu 190 menit dapat dimaklumi mengingat cukup tingginya kegiatan produktif dokter IGD. Kalau dilihat rata-rata pershift --kegiatan duduk santai sebanyak 190 menit dibagi 21 shift (selama 7 hari pengamatan)-- tidak sampai memakan waktu 10 menit.

#### 7.4.4. Kegiatan Non-Produktif yang Berhubungan dengan Orang Lain

Dari table 6.13. dan diagram 6.8. didapatkan data bahwa kegiatan produktif tidak langsung dokter IGD yang berhubungan dengan orang lain selama 7 (tujuh) hari pengamatan mencapai total 470 menit dengan rincian 3 (tiga) kegiatan tertinggi adalah: mengobrol 235 menit, pergi untuk keperluan pribadi 130 menit dan menerima telpon pribadi 60 menit.

Secara umum, kegiatan non-produktif dokter IGD yang berhubungan dengan orang lain tidak banyak menyita waktu kerja/ waktu pelayanan, dalam 1 (satu) shift rata-rata kegiatan tersebut hanya memakan waktu 22 menit.

### **7.5 Analisis Jumlah Tenaga Dokter Dengan Menggunakan Formula Unit Gawat Darurat**

Beban kerja dokter di IGD pada penelitian ini dapat dilihat dari jumlah pasien perhari dan jumlah dokter yang bertugas pada saat itu dalam tiap shiftnya selama 7 hari pengamatan. Jumlah kunjungan pada tiap shift tersebut menentukan banyaknya kegiatan pelayanan baik langsung maupun tidak langsung yang harus dikerjakan oleh dokter. Jumlah dokter yang bertugas pada shift tersebut menentukan beban kerja yang harus dilakukan oleh seorang dokter.

Setelah dilakukan perhitungan dengan menggunakan formula IGD yang dibandingkan dengan rata-rata jumlah pasien per hari selama 7 hari penelitian, maka didapatkan hasil kebutuhan tenaga dokter di IGD RSUD Kabupaten Tangerang adalah sebanyak 15 orang dokter. Menurut data IGD RSUD Kabupaten Tangerang, jumlah tenaga dokter IGD saat ini adalah sebanyak 4 orang. Ini menunjukkan adanya kekurangan tenaga dokter pada IGD RSUD Kabupaten Tangerang.

Bila melihat pola tugas dokter di IGD RSUD Kabupaten Tangerang, dimana pada shift pagi seluruh dokter IGD yang berjumlah 4 orang bertugas, dan untuk shift siang dan shift malam dokter yang bertugas sebanyak 2 orang setiap shift dengan mendayagunakan dokter umum dari ruang perawatan sebanyak 24 orang, maka terlihat bahwa kebutuhan dokter umum untuk pelayanan di IGD sudah tercukupi. Akan tetapi, melihat bahwa pelayanan IGD memerlukan tenaga dokter dengan kompetensi dan skill yang cukup tinggi, serta diperlukan adanya kerja tim yang kuat, maka dibutuhkan adanya satu tim dokter IGD yang tetap, sehingga kualitas dan kontinuitas pelayanan dapat dipenuhi dengan baik.

## BAB VIII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 8.1 Kesimpulan

- A. Pemanfaatan waktu kerja dokter di IGD RSUD Kabupaten Tangerang selama 7 hari pengamatan untuk kegiatan produktif sebesar 85,51% dengan rincian kegiatan produktif langsung sebesar 36,95% dan kegiatan produktif tidak langsung sebesar 48,56%.
- B. Pemanfaatan waktu kerja dokter di IGD RSUD Kabupaten Tangerang selama 7 hari pengamatan untuk kegiatan non produktif sebesar 14,48% dengan rincian kegiatan nonproduktif pribadi sebesar 9,82% dan kegiatan nonproduktif yang berhubungan dengan orang lain 4,66%.
- C. Pemanfaatan waktu kerja dokter di IGD RSUD Kabupaten Tangerang untuk kegiatan langsung yang paling produktif adalah pada saat shift pagi, yaitu mencapai 41,98%.
- D. Pemanfaatan waktu kerja dokter di IGD RSUD Kabupaten Tangerang untuk kegiatan tidak langsung yang paling produktif adalah pada saat shift malam, yaitu mencapai 54,76%.
- E. Pemanfaatan waktu produktif (langsung dan tidak langsung) yang mencapai 85,51% menunjukkan bahwa pemanfaatan waktu kerja dokter sudah melebihi standar waktu kerja (80%), sehingga dinilai sudah optimal dalam melakukan kegiatan produktifnya.
- F. Jenis kegiatan yang paling sering dikerjakan oleh dokter IGD untuk kegiatan produktif langsung, secara berurutan adalah: pemeriksaan fisik, anamnesis dan '*informed consent*'.
- G. Jenis kegiatan yang paling sering dikerjakan oleh dokter IGD untuk kegiatan produktif tidak langsung, secara berurutan adalah: mengisi status, menunggu pemeriksaan penunjang dan menunggu pasien.

- H. Jenis kegiatan yang paling sering dikerjakan oleh dokter IGD untuk kegiatan non-produktif pribadi, secara berurutan adalah: makan, duduk santai dan shalat.
- I. Jenis kegiatan yang paling sering dikerjakan oleh dokter IGD untuk kegiatan non-produktif yang berhubungan dengan orang lain, secara berurutan adalah: mengobrol, pergi untuk keperluan pribadi dan menerima telpon.
- J. Pasien yang berkunjung ke IGD RSUD Kabupaten Tangerang selama 7 hari pengamatan mencapai rata-rata 76 pasien perhari, lebih besar dari rata-rata tahun 2008 yang mencapai 64 pasien perhari.
- K. Pasien yang berkunjung ke IGD RSUD Kabupaten Tangerang yang masuk kategori mendesak (*emergency*) berjumlah rata-rata 61-62 pasien perhari, jauh lebih banyak dari pasien yang tidak mendesak yang berjumlah rata-rata 14-15 pasien perhari.
- L. Berdasarkan perhitungan kebutuhan tenaga dokter dengan menggunakan Formula IGD yang dimodifikasi, dapat diketahui bahwa jumlah dokter yang dibutuhkan pada IGD RSUD Kabupaten Tangerang adalah sebanyak 15 orang.
- M. Kebutuhan dokter IGD sebanyak 15 orang, apabila angka tersebut dibandingkan dengan jumlah dokter organik saat ini yang berjumlah 4 orang, dapat dikatakan bahwa jumlah tenaga pada IGD masih sangat kurang. Kondisi ini sesuai dengan tingginya pemanfaatan waktu kerja/produktifitas dokter yang mencapai 85,51%. Akan tetapi bila melihat pola tugas dokter di IGD RSUD Kabupaten Tangerang saat ini, dimana terdapat 24 dokter ruang perawatan yang diperbantukan untuk jaga di IGD, maka angka kebutuhan dokter IGD relatif terpenuhi.

## 8.2 Saran

- A. Terkait dengan pemanfaatan waktu produktif yang sudah optimal bahkan melebihi standar waktu kerja, disarankan kepada pihak manajemen untuk menambah jumlah dokter untuk tiap shiftnya, terutama shift siang dan shift malam, mengingat jumlah pasien yang cukup banyak.
- B. Meskipun pemanfaatan waktu produktif yang sudah optimal, disarankan kepada pihak manajemen untuk mempercepat waktu pelayanan penunjang, baik laboratorium maupun radiologi, sehingga dokter tidak banyak menganggur saat bekerja, yang pada akhirnya akan semakin meningkatkan produktivitas kerja.
- C. Merencanakan kebutuhan jumlah tenaga dokter di ruang IGD sesuai dengan beban kerja, sehingga diharapkan produktivitas dokter akan tinggi yang berimplikasi kepada peningkatan kualitas pelayanan.
- D. Meskipun kebutuhan dokter jaga IGD secara relative sudah terpenuhi, akan tetapi untuk menjamin soliditas tim dan kontinuitas pelayanan IGD, disarankan kepada pihak manajemen untuk menambah jumlah dokter organik di IGD sesuai dengan perhitungan beban kerja, sehingga pada saat shift siang dan shift malam tidak perlu menugaskan dokter dari luar IGD.
- E. Mengingat pola kerja di IGD yang terus-menerus dan berhadapan dengan kasus-kasus gawat darurat, disarankan kepada pihak manajemen untuk membuat pola jaga dokternya sama dengan perawat yaitu pola  $\frac{3}{4}$  dimana dokternya secara bergiliran dinas pada shift pagi, shift siang dan shift malam, tidak lagi menggunakan pola  $\frac{5}{7}$  atau pola kantor, dimana dokternya bekerja setiap hari pada saat jam kerja PNS. Sehingga akan didapatkan satu tim yang solid.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, Tjandra Yoga (2004), Manajemen Administrasi Rumah Sakit, Edisi Kedua, Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press)
- Azwar, Azrul, DR, Dr, M.P.H. (1996), Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi Ketiga, Binarupa Aksara
- Departemen Kesehatan RI (1999), Standar Pelayanan Rumah Sakit
- Departemen Kesehatan RI (2004), Keputusan Menteri Kesehatan RI No : 81/Menkes/SK/I/2004, Tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota Serta Rumah Sakit, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI (2007), Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI (2007), Standar Unit Gawat Darurat, Direktorat Bina Pelayanan Medik
- Departemen Kesehatan RI (2008), Profil Sumber Daya Manusia Kesehatan Indonesia
- Departemen Kesehatan RI (2008), Statistik Rumah Sakit di Indonesia Seri I : Kegiatan Pelayanan, Direktorat Bina Pelayanan Medik.
- Departemen Kesehatan RI (2009), Perlengkapan Kerja WISN
- Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi (2003), Undang-Undang Nomer 13 Tahun 2003 Tentang Tenaga Kerja, dari <http://www.nakertras.go.id>
- Djojodibroto, R. Darmanto, dr, DSP. (1997), Kiat Mengelola Rumah Sakit, Editor, dr. Sugiarto Komala & dr. Alexander Halim Santoso, Penerbit Hipokrates, Jakarta

- Godam64 (2006), Definisi, Pengertian, Tugas & Fungsi Manajemen Sumber Daya Manusia / SDM - Ilmu Ekonomi Manajemen - Manajer MSDM, 04/07/2006, dari <http://www.google>
- Ilyas, Yaslis (2004), Perencanaan SDM Rumah Sakit, Teori, Metoda dan Formula, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM – UI, CV. Usaha Prima
- Ilyas, Yaslis, (2002), Kinerja, Teori, Penilaian, dan Penelitian, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM-UI. Depok
- International Labour Office (1983), Penelitian Kerja dan Pengukuran Kerja, Seri Manajemen No. 15c. Erlangga Jakarta
- Irnalita (2008), Analisis Kebutuhan Tenaga Perawat Berdasarkan Beban Kerja dengan Menggunakan Metode Work Sampling Pada Instalasi Gawat Darurat BPK-RSU Dr. Zainoel Abidin – Banda Aceh Tahun 2008, Tesis, KARS, FKM UI
- Iskandar, Dalmy, H, dr (1998), Rumah Sakit, Tenaga Kesehatan dan Pasien, Penerbit Sinar Grafika, Jakarta
- Kunders, G.D (2004), *Hospitals Facilities Planning And Management*, Tata Mc Grawill-Hill Company, New Delhi.
- Lawlor, A. (1998), Manual Peningkatan Produktivitas, Lembaga Sarana Informasi dan Produktivitas, Jakarta.
- Mangkunegara, Anwar Prabu, A.A. DR (2003), Perencanaan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia, Penerbit Refika Aditama, Bandung
- Notoatmodjo, Soekidjo (2003), Pengembangan Sumber Daya Manusia, Cetakan Ketiga, Desember 2003, Penerbit PT Rineka Cipta, Jakarta
- Robbins, Stephen P (1996), Perilaku Organisasi, Konsep, Kontroversi, Aplikasi; Edisi Bahasa Indonesia, San Diego State University, Penerbit PT. Prenhallindo, Jakarta
- Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang (2009), Profil Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang Tahun 2009, Tangerang

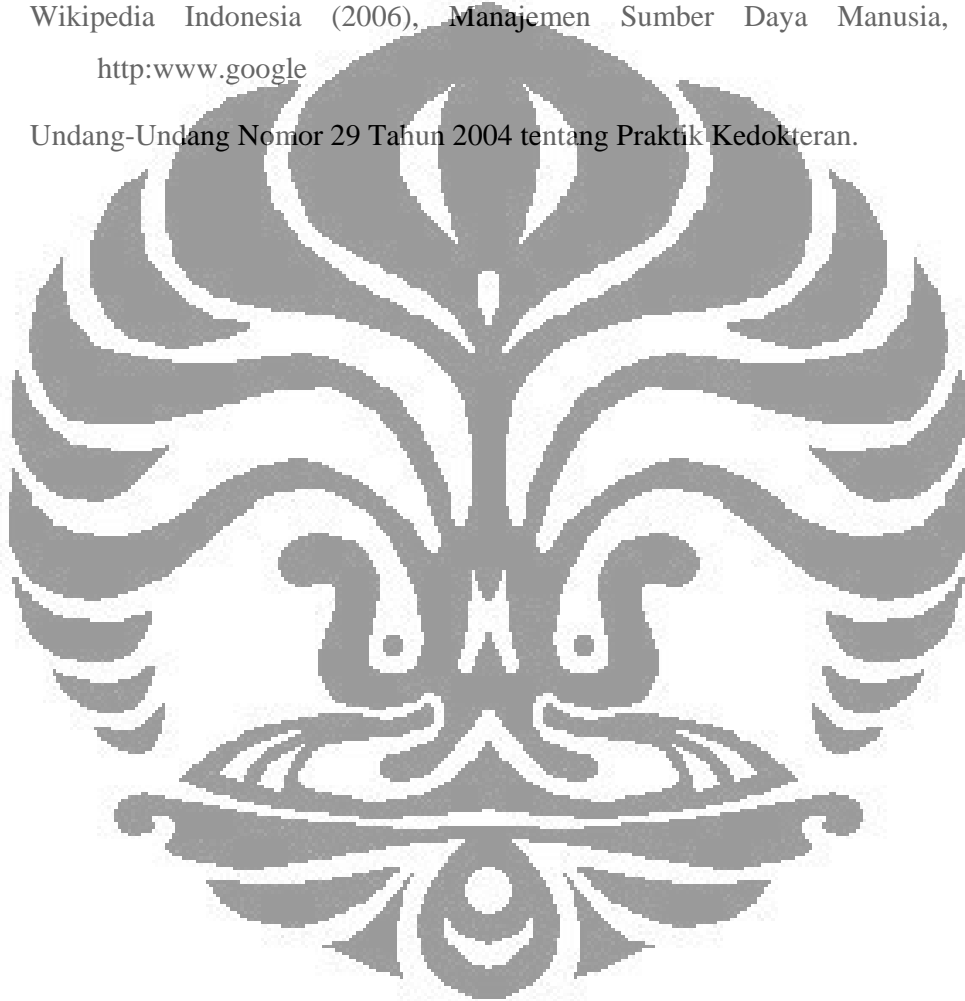


Sheppeck, M. A. & Militello, J. (2000), *Strategic HR Configuration and Organizational Performance*, Human Resource Management Journal, Vol 39, pp 8-9.

Warongan, Eros Syah, (2006), Analisis Beban Kerja Perawat Dengan Menggunakan Metode Work Sampling Pada Unit Rawat Jalan Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2006, Tesis, KARS, FKM UI

Wikipedia Indonesia (2006), Manajemen Sumber Daya Manusia, dari <http://www.google>

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.



**Lampiran 1**

**PETUNJUK OPERASIONAL KEGIATAN DOKTER UMUM  
DI INSTALASI GAWAT DARURAT**

No	Kegiatan Langsung	Kegiatan Tidak Langsung	Kegiatan Pribadi	Kegiatan Pribadi Dengan Pihak Lain
1	Menerima Pasien	Mengisi status pasien	Makan	Menerima telepon pribadi
2	Anamnesa Pasien	Membuat laporan apusan dinas	Minum	Ngobrol
3	Pemeriksaan fisik	Membuat laporan jaga	Shalat	Menerima tamu pribadi
4	Melakukan pemeriksaan penunjang		Ke kamar kecil	Pergi untuk keperluan pribadi
5	Melakukan tindakan medis		Ganti baju dinas	Berobat
6	Informed consent pasien		Nonton TV	
7			Membaca koran, dll	
8			Duduk santai	
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Catatan :

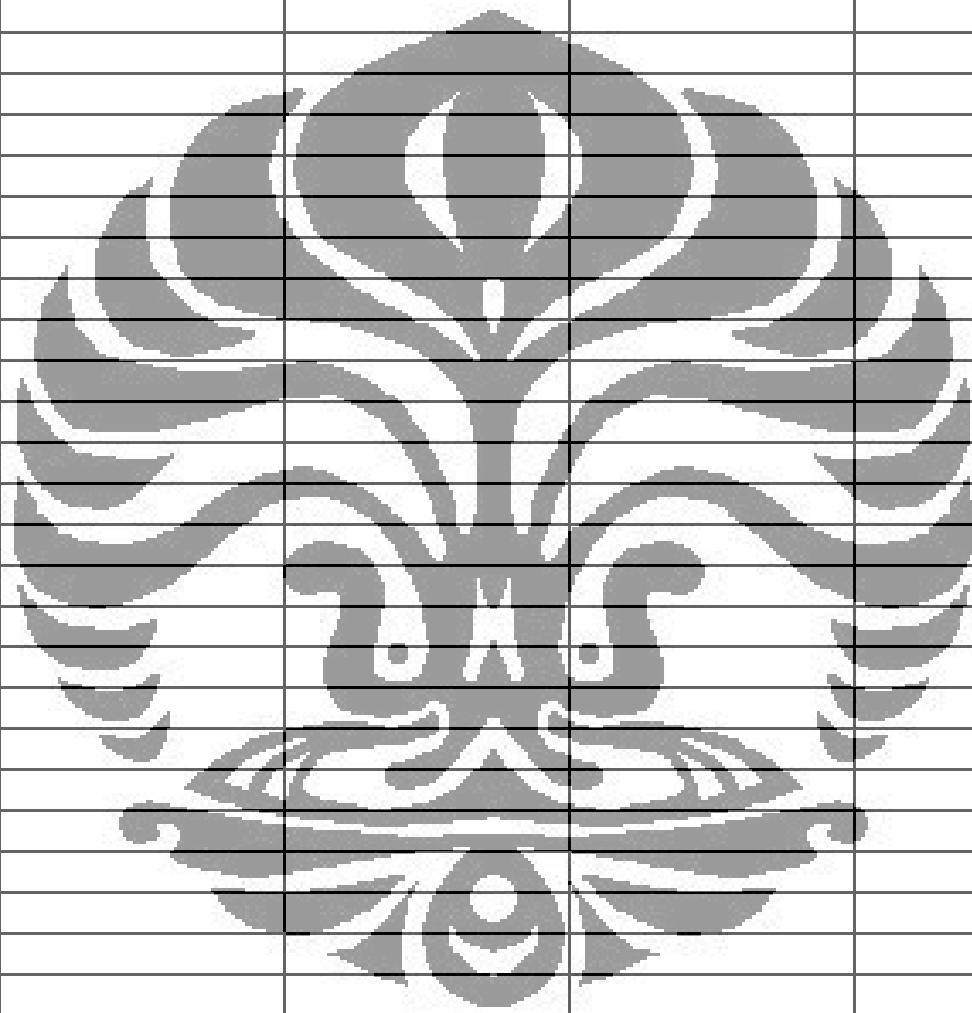
Bila ada kegiatan lain yang kurang, dapat diisi pada tabel yang sesuai dengan kriteria.

## FORMULIR WORK SAMPLING

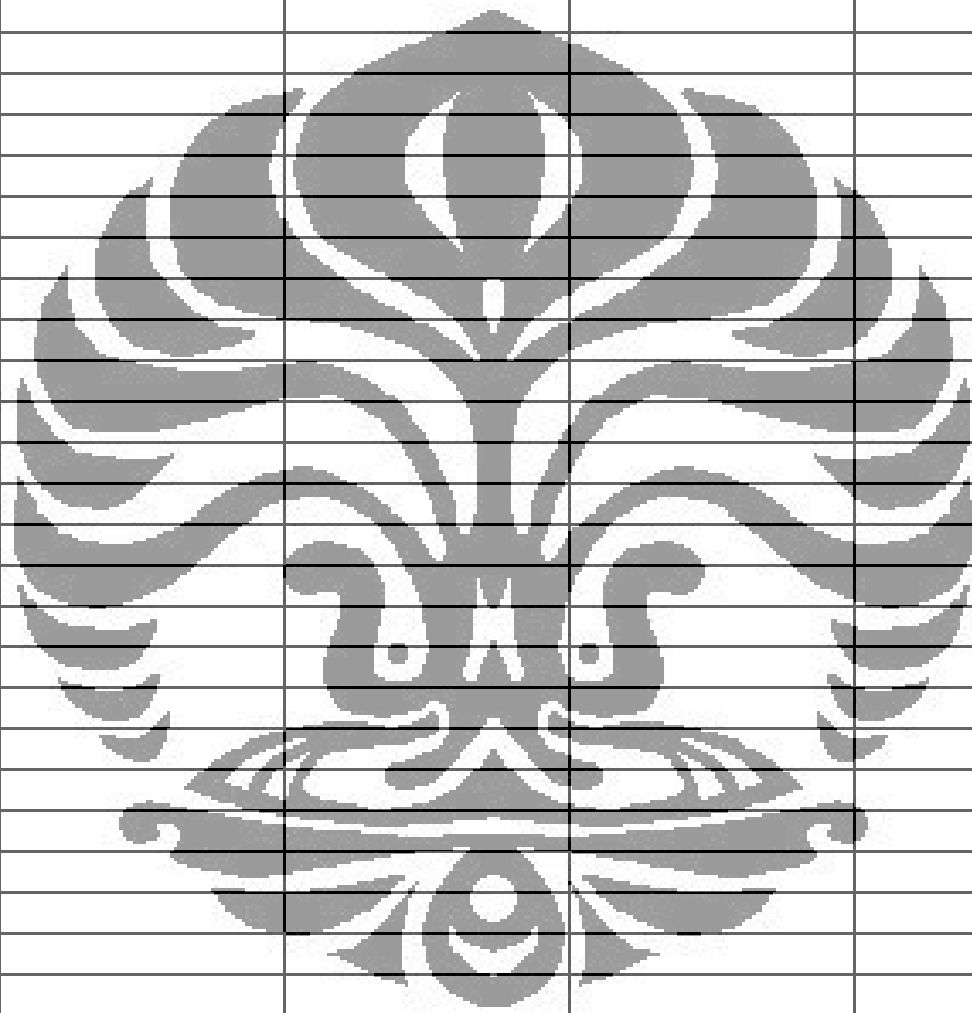
Pengamat :  
 Unit : Instalasi Gawat Darurat  
 Jenis Tenaga : Dokter Umum  
 Hari :  
 Shift : Pagi

Waktu	Penggolongan Pasien	Kegiatan				Keterangan
		Produktif		Non Produktif		
		Langsung	Tidak Langsung	Pribadi	Hub. Dgn Orang Lain	
07.35						
07.40						
07.45						
07.50						
07.55						
08.00						
08.05						
08.10						
08.15						
08.20						
08.25						
08.30						
08.35						
08.40						
08.45						
08.50						
08.55						

09.00						
09.05						
09.10						
09.15						
09.20						
09.25						
09.30						
09.35						
09.40						
09.45						
09.50						
09.55						
10.00						
10.05						
10.10						
10.15						
10.20						
10.25						
10.30						
10.35						
10.40						
10.45						
10.50						
10.55						
11.00						
11.05						
11.10						
11.15						



11.20						
11.25						
11.30						
11.35						
11.40						
11.45						
11.50						
11.55						
12.00						
12.05						
12.10						
12.15						
12.20						
12.25						
12.30						
12.35						
12.40						
12.45						
12.50						
12.55						
13.00						
13.05						
13.10						
13.15						
13.20						
13.25						
13.30						
13.35						



13.40						
13.45						
13.50						
13.55						
14.00						
Total		menit	menit	menit	menit	
Total waktu pelayanan				menit		%
Total waktu produktif				menit		%
Total waktu produktif langsung				menit		%
Total waktu produktif tidak langsung				menit		%
Total waktu non-produktif pribadi				menit		%
Total waktu non-produktif hub. dengan orang lain				menit		%

Keterangan Penggolongan Pasien

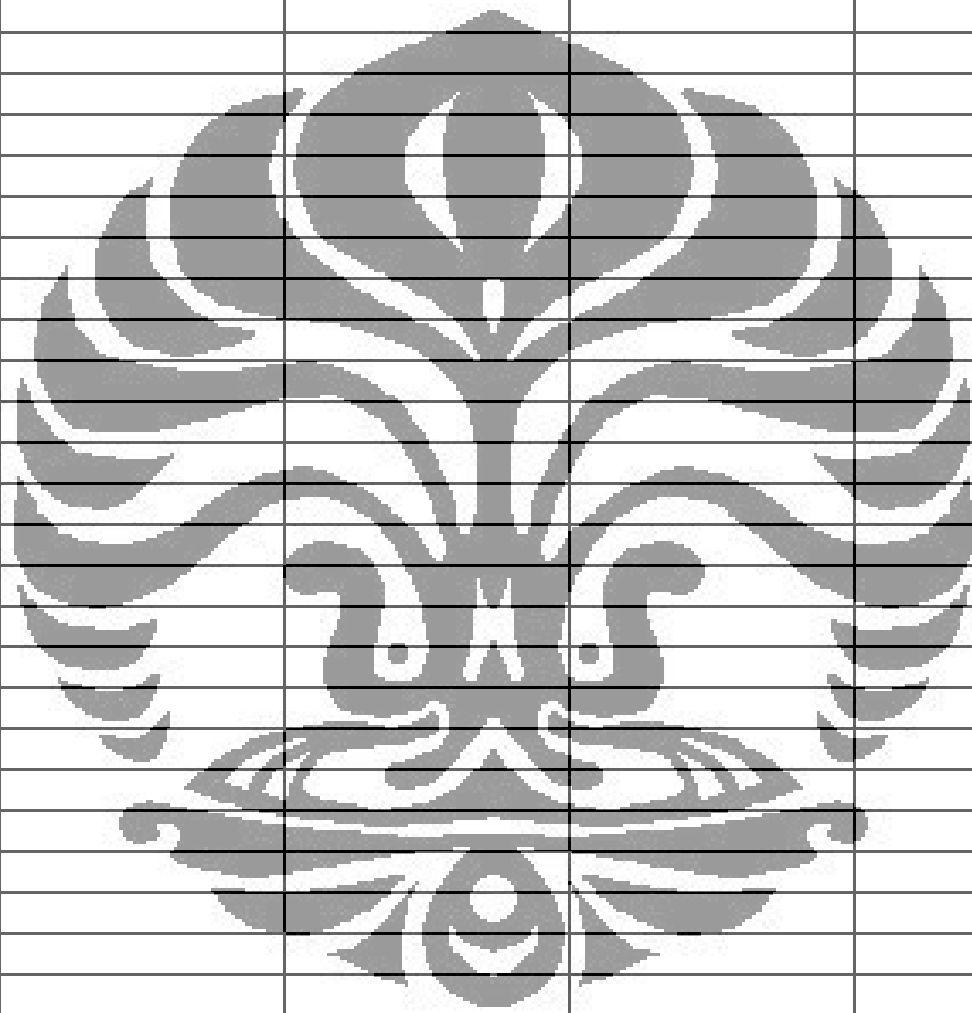
- A.1 : Pasien kasus gawat darurat
- A.2 : Pasien kasus mendesak
- A.3 : Pasien kasus tidak mendesak

## FORMULIR WORK SAMPLING

Pengamat :  
 Unit : Instalasi Gawat Darurat  
 Jenis Tenaga : Dokter Umum  
 Hari :  
 Shift : Siang

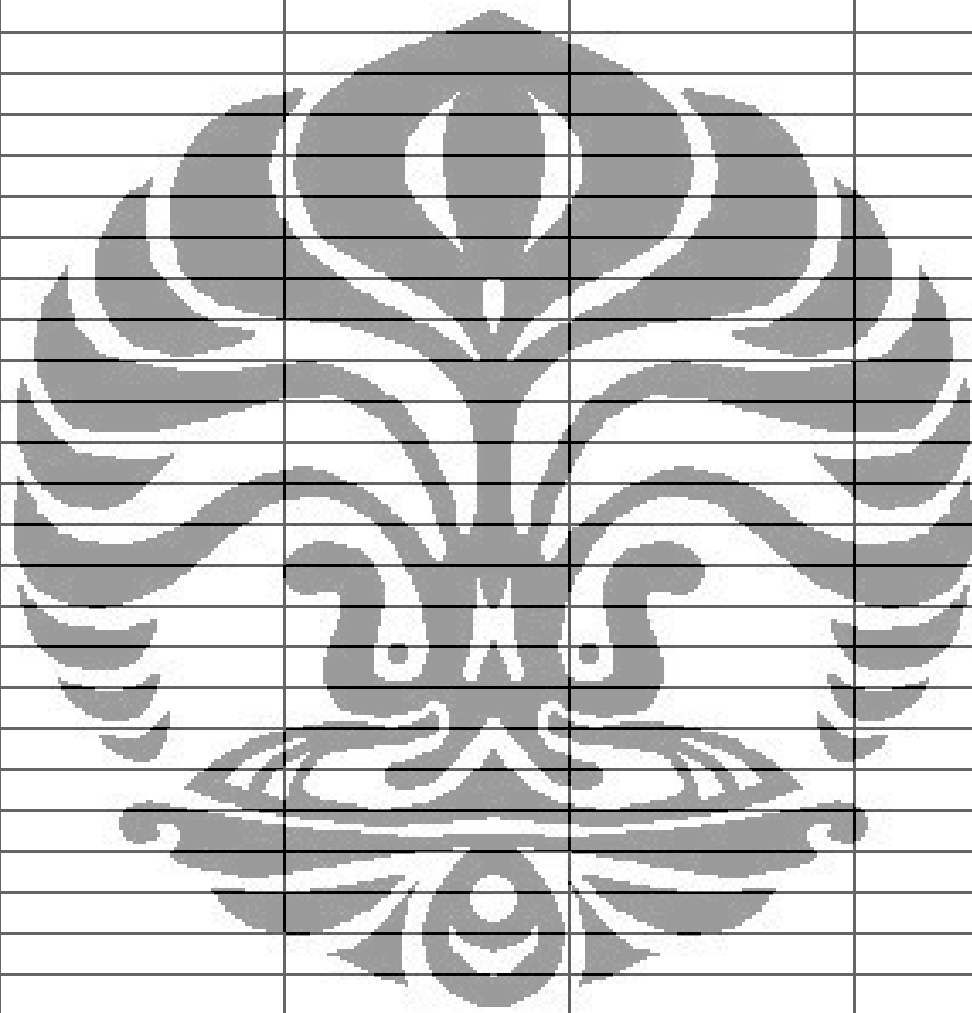
Waktu	Penggolongan Pasien	Kegiatan				Keterangan
		Produktif		Non Produktif		
		Langsung	Tidak Langsung	Pribadi	Hub. Dgn Orang Lain	
14.05						
14.10						
14.15						
14.20						
14.25						
14.30						
14.35						
14.40						
14.45						
14.50						
14.55						
15.00						
15.05						
15.10						
15.15						
15.20						
15.25						

15.30						
15.35						
15.40						
15.45						
15.50						
15.55						
16.00						
16.05						
16.10						
16.15						
16.20						
16.25						
16.30						
16.35						
16.40						
16.45						
16.50						
16.55						
17.00						
17.05						
17.10						
17.15						
17.20						
17.25						
17.30						
17.35						
17.40						
17.45						





17.50						
17.55						
18.00						
18.05						
18.10						
18.15						
18.20						
18.25						
18.30						
18.35						
18.40						
18.45						
18.50						
18.55						
19.00						
19.05						
19.10						
19.15						
19.20						
19.25						
19.30						
19.35						
19.40						
19.45						
19.50						
19.55						
20.00						
20.05						



20.10						
20.15						
20.20						
20.25						
20.30						
20.35						
20.40						
20.45						
20.50						
20.55						
21.00						
Total		menit	menit	menit	menit	
Total waktu pelayanan				menit		%
Total waktu produktif				menit		%
Total waktu produktif langsung				menit		%
Total waktu produktif tidak langsung				menit		%
Total waktu non-produktif pribadi				menit		%
Total waktu non-produktif hub. dengan orang lain				menit		%

Keterangan Penggolongan Pasien

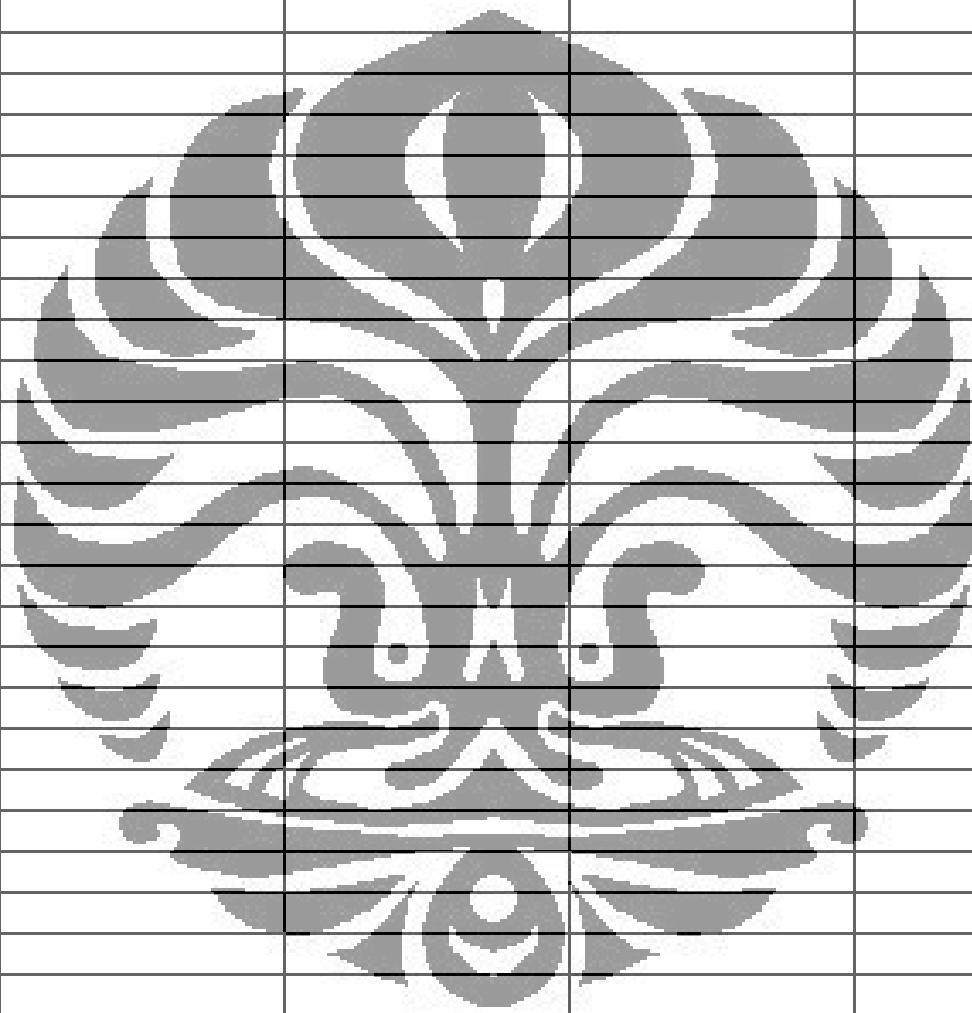
- A.1 : Pasien kasus gawat darurat
- A.2 : Pasien kasus mendesak
- A.3 : Pasien kasus tidak mendesak

## FORMULIR WORK SAMPLING

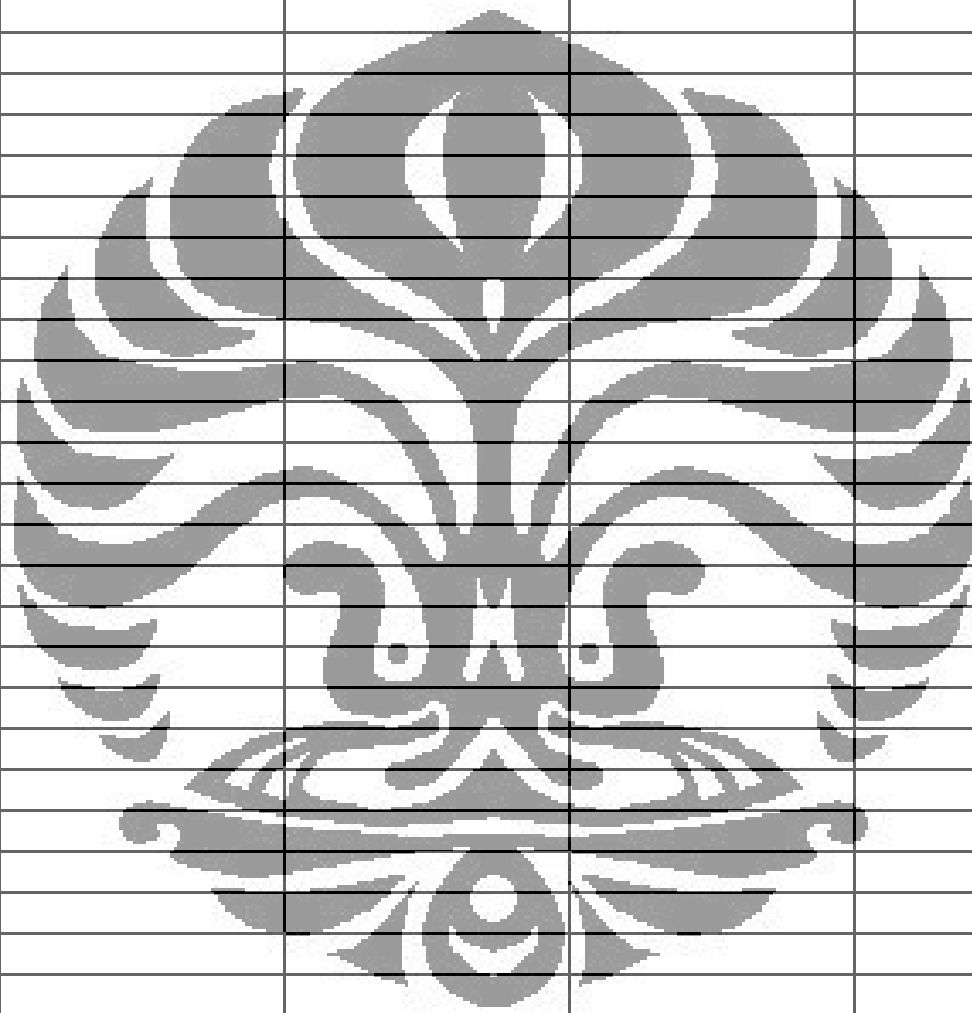
Pengamat :  
 Unit : Instalasi Gawat Darurat  
 Jenis Tenaga : Dokter Umum  
 Hari :  
 Shift : Malam

Waktu	Penggolongan Pasien	Kegiatan				Keterangan
		Produktif		Non Produktif		
		Langsung	Tidak Langsung	Pribadi	Hub. Dgn Orang Lain	
21.05						
21.10						
21.15						
21.20						
21.25						
21.30						
21.35						
21.40						
21.45						
21.50						
21.55						
22.00						
22.05						
22.10						
22.15						
22.20						
22.25						

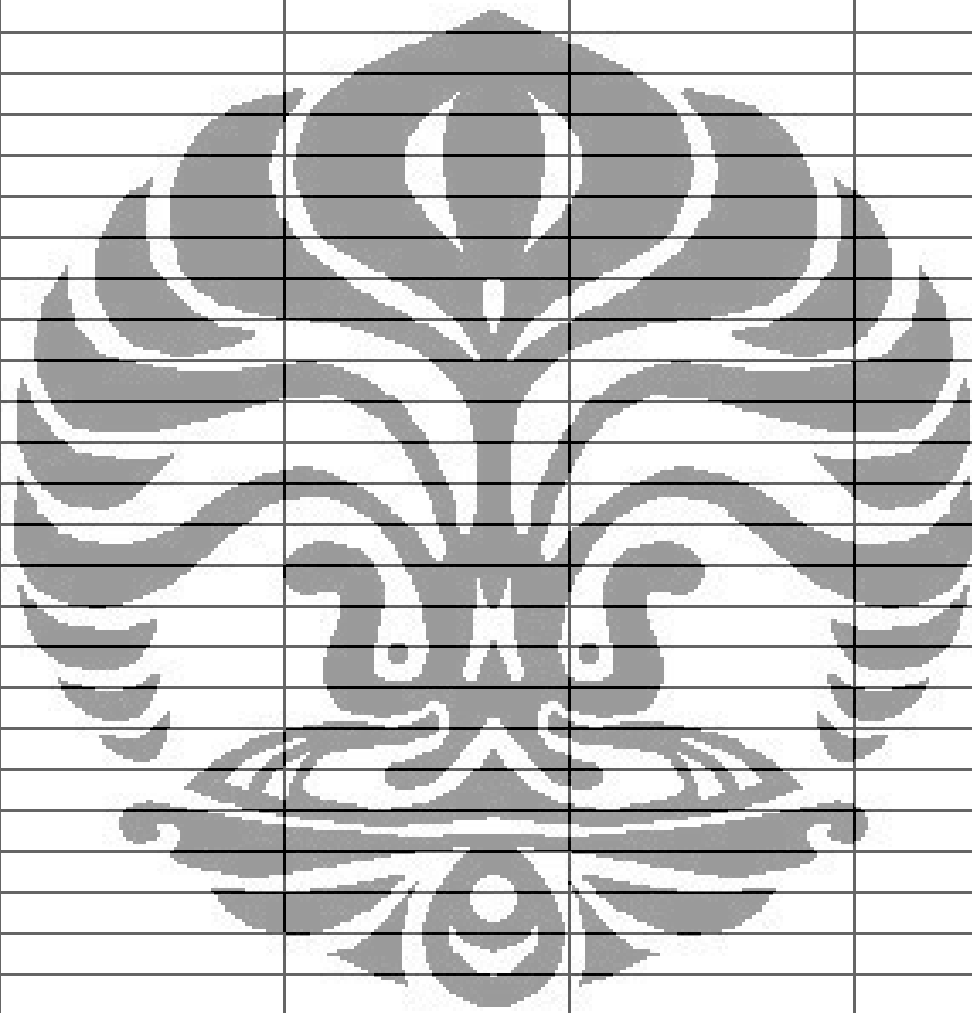
22.30						
22.35						
22.40						
22.45						
22.50						
22.55						
23.00						
23.05						
23.10						
23.15						
23.20						
23.25						
23.30						
23.35						
23.40						
23.45						
23.50						
23.55						
24.00						
00.05						
00.10						
00.15						
00.20						
00.25						
00.30						
00.35						
00.40						
00.45						



00.50						
00.55						
01.00						
01.05						
01.10						
01.15						
01.20						
01.25						
01.30						
01.35						
01.40						
01.45						
01.50						
01.55						
02.00						
02.05						
02.10						
02.15						
02.20						
02.25						
02.30						
02.35						
02.40						
02.45						
02.50						
02.55						
03.00						
03.05						



03.10						
03.15						
03.20						
03.25						
03.30						
03.35						
03.40						
03.45						
03.50						
03.55						
04.00						
04.05						
04.10						
04.15						
04.20						
04.25						
04.30						
04.35						
04.40						
04.45						
04.50						
04.55						
05.00						
05.05						
05.10						
05.15						
05.20						
05.25						



05.30						
05.35						
05.40						
05.45						
05.50						
05.55						
06.00						
06.05						
06.10						
06.15						
06.20						
06.25						
06.30						
06.35						
06.40						
06.45						
06.50						
06.55						
07.00						
07.05						
07.10						
07.15						
07.20						
07.25						
07.30						
Total		menit	menit	menit	menit	

Total waktu pelayanan		menit	%
Total waktu produktif		menit	%
Total waktu produktif langsung		menit	%
Total waktu produktif tidak langsung		menit	%
Total waktu non-produktif pribadi		menit	%
Total waktu non-produktif hub. dengan orang lain		menit	%

Keterangan Penggolongan Pasien

- A.1 : Pasien kasus gawat darurat
- A.2 : Pasien kasus mendesak
- A.3 : Pasien kasus tidak mendesak

