



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS KEBUTUHAN DAN KUALIFIKASI  
TENAGA DOKTER DAN PERAWAT  
DI PELAYANAN RAWAT INAP RSUD BANGKINANG  
KABUPATEN KAMPAR TAHUN 2010**

**TESIS**

**YURNA NENGSIH  
0906502714**

**PROGRAM STUDI PASCASARJANA  
KAJIAN ADMINSTRASI RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DESEMBER, 2010  
DEPOK**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS KEBUTUHAN DAN KUALIFIKASI  
TENAGA DOKTER DAN PERAWAT  
DI PELAYANAN RAWAT INAP RSUD BANGKINANG  
KABUPATEN KAMPAR TAHUN 2010**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister**

**YURNA NENGSIH  
0906502714**

**PROGRAM STUDI PASCASARJANA  
KAJIAN ADMINSTRASI RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DESEMBER, 2010  
DEPOK**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Yurna Nengsih, SKM

NPM : 0906502714

Tanda Tangan :  .....

Tanggal : 15 Desember 2010

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Yurna Nengsih, SKM  
NPM : 0906502714  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit (KARS)  
Tahun Akademik : 2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

**“ANALISIS KEBUTUHAN DAN KUALIFIKASI TENAGA DOKTER DAN PERAWAT DI PELAYANAN RAWAT INAP RSUD BANGKINANG KABUPATEN KAMPAR TAHUN 2010”**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Depok, 15 Desember 2010




  
(Yurna Nengsih, SKM)

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Yurna Nengsih, SKM  
NPM : 0906502714  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit (KARS)  
Judul tesis : Analisis Kebutuhan dan Kualifikasi Tenaga Dokter dan Perawat di Pelayanan Rawat Inap RSUD Bangkinang Kabupaten Kampar Tahun 2010

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi RUMah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS (..........)

Penguji : dr.Mieke Savitri, M.Kes (..........)

Penguji : Puput Oktamianti, SKM. MM (..........)

Penguji : Sumijantun, SKP. MARS (..........)

Penguji : Amila Megrani, SE. MBA (..........)

Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 15 Desember 2010

## KATA PENGANTAR

*Assalamu'alaikum Wr.Wb*

Alhamdulillah, penulis ucapkan kehadiran ALLAH SWT, yang telah memberikan kemudahan kepada sehingga penulis dapat menyusun tesis ini yang merupakan suatu syarat yang harus di tempuh oleh mahasiswa Pascasarjana Kesehatan Masyarakat jurusan Kajian Administrasi Rumah Sakit (KARS), guna menyelesaikan program sarjana strata-2 yang disesuaikan dengan kurikulum yang ada.

Selama kegiatan dan penyusunan tesis ini, penulis telah banyak sekali mendapat bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung dari berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Ibu Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS, selaku dosen pembimbing yang telah memberikan arahan, bantuan, serta bimbingannya kepada penulis.
2. dr. Sona, Sp.THT-KL, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangkinang Kabupaten Kampar Provinsi Riau.
3. Seluruh staf Departemen AKK Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, yang memberikan kemudahan dalam proses pelaksanaan penelitian.
4. Seluruh staf dan karyawan RSUD Bangkinang, yang memberikan kemudahan dalam memperoleh data dan kerjasama selama penelitian.
5. Para penguji yang telah memberikan arahan dalam penyempurnaan hasil penelitian ini.
6. Kedua orang tuaku tercinta yang telah banyak membantu baik dari segi materil maupun moril.
7. Keluarga besarku, kedua saudara dan keponakanku yang selalu memberikan semangat untuk terus berjuang.
8. Para sahabat serta pasangan terbaikku yang selalu memberikan dukungan tanpa kenal waktu.
9. Teman-teman angkatan 2009 Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat UI yang telah memberikan dukungan dan masukan kepada penulis.

Terima kasih untuk semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan dan telah membantu penulis dalam menyelesaikan tugas akhir (Tesis) ini. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa laporan ini masih banyak kekurangan, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran membangun dari semua pembaca. Semoga skripsi ini dapat menambah pengetahuan dan bermanfaat bagi pembaca.

*Wassalamu'alaikum Wr.Wb*

**Jakarta, Desember 2010**

**Penulis**

# Special To

Terima kasih teruntuk

Kedua orang tuaku tercinta  
Yang selalu mengajarkan aku tentang pentingnya ilmu  
Betapa berharganya pengetahuan  
Perlunya pendidikan

Kedua saudaraku tersayang  
Mengingatkan ku tuk saling berbagai  
Saling melindungi  
Dan menyayangi

Keponakanku terkasih  
Yang membuat ku bangga  
akan perhatian dan dukungannya

Pasangan terbaik ku..  
Yang senantiasa menemaniku tanpa kenal lelah dan waktu

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yurna Nengsih, SKM  
NPM : 0906502714  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit (KARS)  
Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK)  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui member kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneklusif (no-exclusive royalty- free right) atas karya ilmiah saya yang berjudul:


**“ANALISIS KEBUTUHAN DAN KUALIFIKASI TENAGA DOKTER DAN PERAWAT DI PELAYANAN RAWAT INAP RSUD BANGKINANG KABUPATEN KAMPAR TAHUN 2010”**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelolah dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal: 15 Desember 2010

Yang menyatakan



( Yurna Nengsih, SKM )



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Yurna Nengsih  
Tempat/ Tanggal Lahir : Bangkinang, 26 Agustus 1984  
Alamat : Jl. Teuku Cikditiro. No.38 Bangkinang  
Kabupaten Kampar – RIAU  
Email : neng.puan@yahoo.com

### Riwayat Pendidikan :

1. Taman Kanak-Kanak Asiyah : 1989 - 1990
2. SD 055 Bangkinang : 1990 - 1996
3. SMP Negeri 2 Bagkinang : 1996 - 1999
4. SMA Negeri 2 Bangkinang : 1999 - 2002
5. UPN "Veteran" Jakarta : 2004 – 2008
6. Universitas Indonesia : 2009 - 2010

### Riwayat Pekerjaan:

1. Verifikator Independen Jamkesmas Depkes : 2008 - sekarang

## ABSTRAK

Nama : Yurna Nengsih  
Program studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Judul : Analisis Kebutuhan dan Kualifikasi Tenaga Dokter dan Perawat di Pelayanan Rawat Inap RSUD Bangkinang Kabupaten Kampar Tahun 2010

**Latar Belakang.** Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat dipengaruhi oleh mutu sumber daya manusia (SDM) kesehatan yang berperan sebagai pemikir, perencana dan pelaksana pembangunan kesehatan. Meningkatnya angka kesakitan dan beragamnya jenis penyakit menuntut untuk lebih berbenah dalam menghadapi permasalahan kesehatan yang lebih besar. Mempersiapkan tenaga- tenaga kesehatan yang handal dengan kualitas dan kuantitas yang memadai serta mengikuti perkembangan dunia kesehatan.

Karena SDM merupakan bagian terpenting dari sebuah pelaksanaan pelayanan, maka penelitian ini akan difokuskan pada SDM yang terkait dengan jumlah kebutuhan yang diperlukan disertai dengan gambaran kualifikasi yang dibutuhkan nantinya dalam pengadaan kebutuhan tersebut.

**Metode.** Penelitian ini merupakan penelitian yang bersifat deskriptif dengan metode *Workload Indicators of Staffing Need (WISN)* adalah merupakan indikator yang menunjukkan besarnya kebutuhan tenaga pada sarana kesehatan berdasarkan beban kerja, sehingga alokasi/relokasi akan lebih mudah dan rasional. SDM yang jadi sampel adalah tenaga dokter dan perawat di pelayanan rawat inap RSUD Bangkinang Analisis dalam penelitian ini untuk menghasilkan gambaran kebutuhan dan Kualifikasi SDM kesehatan.

**Hasil.** Hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya perbedaan yang significant mengenai gambaran jumlah kebutuhan perawat dengan SDM yang tersedia saat ini. Di gambaran kebutuhan dokter hanya menghasilkan selisih dalam jumlah kecil. Sedangkan kualifikasi tenaga, pihak RSUD lebih menyerahkan kepada Pemda setempat. Hal ini dikarenakan RSUD masih di biayai sepenuhnya oleh Pemda. Sedangkan menurut pendapat ahli, SDM yang bertugas harus memiliki *credentialing dan preveleging*, pengalaman di bidangnya serta kompetensi yang mendukung dalam pelaksanaan tugasnya.

**Kepustakaan 30 (2000- 2010), Gambar 3, Tabel 22, Lampiran 7**

Kata Kunci; Perencanaan SDM kesehatan, WISN, Sumber Daya Manusia (SDM)

## ABSTRACT

Name : Yurna Nengsih  
Study Program : Study Of Hospital Administration  
Titel : Needs analysis and Qualifications Doctors and Nurses in  
Inpatient Services Bangkinang Hospital -Kampar 2010

**Background.** The success of health development is strongly influenced by the quality of human resources (HR) that acts as a health thinkers, planners and implementers of health development. Increasing morbidity and various types of diseases demanding for more clean up in the face of greater health problems. Preparing medical personnel that are reliable with sufficient quality and quantity as well as follow the development of world health.

Because HR is the most important part of a service implementation, so this research will be focused on human resources related to the total needs required accompanied with images of the qualifications required later in the procurement of those needs.

**Method.** This research is descriptive method Workload Indicators of Staffing Need (WISN) is an indicator that shows the amount of manpower needs in healthcare facilities based on the workload, so the allocation/ relocation will be easier and rational. Human resources so the sample is of doctors and nurses in inpatient services Bangkinang hospital The analysis in this study to produce a picture of health human resources needs and qualifications.

**Result.** The results showed that there are significant differences regarding the picture of the number of nurses with the needs of human resources currently available. In the picture of the needs of physicians resulted in a difference only in small quantities. While the qualifications of personnel, the hospital handed over to local government. This is because hospitals still be financed entirely by the Government. Meanwhile, in the opinion of experts, in charge of human resources must have experience in their fields and competencies that support the execution of his duty.

*Literatur 30 (2000- 2010), Picture 3, Table 22, Lampiran 7*

*Key Word: Planning of Health HR, WISN, Human Resources (HR)*

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>I</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	<b>II</b>
<b>SURAT PERNYATAAN</b> .....	<b>III</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>IV</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>V</b>
<b>UCAPAN TERIMA KASIH</b> .....	<b>VI</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b> .....	<b>VII</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP</b> .....	<b>VIII</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>IX</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>XI</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>XIII</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>XIV</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>XV</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Perumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan Penelitian .....	6
1.4 Manfaat Penelitian .....	6
1.5 Ruang Lingkup Penelitian .....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Sumber Daya Manusi (SDM) .....	8
2.1.1 Perencanaan Sumber Daya Manusia (SDM) .....	8
2.1.1.1 Pengertian .....	8
2.1.1.2 Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Sumber Daya Manusia .....	10
2.1.1.3 Manfaat Perencanaan SDM .....	12
2.1.2 Kompetensi SDM.....	16
2.1.3 Analisis Kebutuhan SDM .....	18
2.1.3.1 Pengertian .....	18
2.1.3.2 Tahapan Analisis Kebutuhan .....	20
2.1.3.3 Klasifikasi Analisis Kebutuhan .....	22
2.2 Metode <i>WISN</i> ( <i>Work Indicator Staff Needs</i> ) .....	22
2.2.1 Pengertian .....	22
2.2.2 Penetapan waktu kerja yang tersedia .....	23
2.2.3 Penetapan unit kerja dan kategori SDM .....	25
2.2.4 Menyusun standart beban kerja .....	28
2.2.5 Menyusun standar kelonggaran .....	29
2.2.6 Perhitungan kebutuhan tenaga per unit kerja .....	30
2.3 <i>Work Sampling</i> .....	32
2.3.1 Pengertian .....	32
2.3.2 Kelebihan dan kekurangan metode <i>work sampling</i> .....	33
2.3.3 Prosedur <i>work sampling</i> .....	34
2.4 Pengukuran Kerja .....	36
2.4.1 Waktu standar .....	36
2.4.2 Waktu produktif .....	36

2.5 Rumah Sakit .....	37
2.5.1 Pelayanan Rawat Inap .....	38
2.5.2 Indikator dalam Rawat Inap .....	39
2.6 Kerangka Teori .....	41
2.7 Definisi Operasional .....	42
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
3.1 Jenis Penelitian .....	45
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	45
3.3 Informan Penelitian .....	45
3.4 Instrument Penelitian .....	46
3.5 Pengumpulan Data .....	47
3.5.1 Data Primer .....	47
3.5.2 Data Skunder .....	47
3.6 Tahapan Analisis Data .....	48
3.7 Pengolahan Data .....	49
3.8 Analisis Data .....	50
<b>BAB IV PROFIL RSUD</b>	
4.1 Gambaran umum RSUD Bangkinang .....	51
4.2 Tugas Pokok dan Fungsi .....	52
4.3 Struktur Organisasi RSUD Bangkinang .....	53
4.4 Tujuan dan Sasaran RSUD Bangkinang .....	54
4.5 Kondisi Lahan .....	55
4.6 Indikator Rumah Sakit .....	55
4.7 Pelayanan Rawat Inap .....	56
<b>BAB V HASIL PENELITIAN</b>	
5.1 Hasil Perhitungan <i>WISN</i> .....	59
5.1.1 Penetapan waktu kerja yang tersedia .....	59
5.1.2 Penetapan unit kerja dan kategori SDM .....	65
5.1.3 Menyusun standart beban kerja .....	66
5.1.4 Menyusun standar kelonggaran .....	74
5.1.5 Perhitungan kebutuhan tenaga per unit kerja .....	75
5.2 Hasil Kualifikasi Dokter dan Perawat .....	80
5.2.1 RSUD Bangkinang .....	80
5.2.2 Pendapat Ahli .....	81
<b>BAB VI PEMBAHASAN</b>	
6.1 Keterbatasan Penelitian .....	84
6.2 Jumlah Kebutuhan .....	85
6.2.1 Hasil Perhitungan <i>WISN</i> .....	85
6.2.2 Ketersediaan SDM saat ini .....	88
6.3 Kualifikasi Tenaga .....	92
6.3.1 Tenaga Dokter .....	93
6.3.2 Tenaga Perawat .....	94
<b>BAB VII PENUTUP</b>	
7.1 Kesimpulan .....	96
7.2 Saran .....	97
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	99
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Inap RSUD Bangkinang 2006- 2008 .....	3
Tabel 1.2 Jumlah Tenaga Dokter dan Perawat di Pelayanan Rawat Inap RSUD Bangkinang tahun 2007- 2008 .....	4
Tabel 2.1 Waktu Kerja Tersedia .....	25
Tabel 2.2 Unit Kerja dan Kategori SDM .....	27
Tabel 2.3 Definisi Operasional .....	43
Tabel 5.1 Waktu Kerja Tersedia .....	60
Tabel 5.2 Waktu Kerja Tersedia Perawatan Anak .....	61
Tabel 5.3 Waktu Kerja Tersedia Perawatan Penyakit Dalam .....	62
Tabel 5.4 Waktu Kerja Tersedia Perawatan Bedah .....	62
Tabel 5.5 Waktu Kerja Tersedia Perawatan VIP .....	63
Tabel 5.6 Waktu Kerja Tersedia Perawatan ICU .....	64
Tabel 5.7 Waktu Kerja Tersedia Perawatan Perinatologi .....	64
Tabel 5.8 Unit Kerja dan Kategori SDM Di Pelayanan Rawat Inap .....	65
Tabel 5.9 Kegiatan Pokok Dokter dan Perawat Di Instalasi Rawat Inap .....	66
Tabel 5.10 Kegiatan Pokok Dan Rata-Rata Waktu Kerja .....	72
Tabel 5.11 Kegiatan Pokok Dan Rata-Rata Waktu Kerja .....	74
Tabel 5.12 Kuantitas Kegiatan Pokok Instalasi Rawat Inap .....	76
Tabel 5.13 Kuantitas Kegiatan Pokok Instalasi Rawat Inap .....	76
Tabel 5.14 Kebutuhan SDM Dokter dan Perawat Di Instalasi Rawat Inap RSUD Bangkinang .....	78
Tabel 6.1 Jumlah Kebutuhan Tenaga Dokter dan Perawat di Ruang Perawatan Inap RSUD Bangkinang Tahun 2010 .....	87
Tabel 6.2 Perbedaan Jumlah Kebutuhan Hasil Penelitian Dengan Kebutuhan Yang Tersedia .....	88
Tabel 6.3 Perhitungan Total Kebutuhan Perawat Di RSUD Bangkinang Tahun 2009 .....	89
Tabel 6.4 Perbandingan Indikator antara Hasil Penelitian dan RSUD Bangkinang Tahun 2009 .....	90

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori Analisis Kebutuhan Dokter dan perawat di RSUD Bangkinang .....	43
Gambar 3.1 Tahapan Analisis Penelitian .....	49
Gambar 4.1. Struktur Organisasi RSUD Bangkinang .....	53



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Formulir <i>Work Sampling Shift</i> Pagi .....	102
Lampiran 2. Formulir <i>Work Sampling Shift</i> Siang .....	104
Lampiran 3. Formulir <i>Work Sampling Shift</i> Malam .....	106
Lampiran 4. Pedoman wawancara Analisis Kebutuhan SDM RSUD Bangkinang (untuk pejabat RSUD) .....	109
Lampiran 5. Pedoman wawancara Analisis Kebutuhan SDM RSUD Bangkinang (untuk dokter dan perawat) .....	110
Lampiran 6. Kuisisioner pendapat ahli analisis kebutuhan SDM di RSUD Bangkinang .....	111
Lampiran 7. Pedoman wawancara analisis kebutuhan SDM di RSUD Bangkinang ( <i>Focus Group Discussion/FGD</i> ) .....	112





# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Dalam konstitusi Organisasi Kesehatan Dunia tahun 1948 disepakati antara lain bahwa diperolehnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya adalah hak yang fundamental bagi setiap orang tanpa membedakan ras, agama, politik yang dianut dan tingkat sosial ekonominya. Program pembangunan kesehatan yang dilaksanakan telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara cukup bermakna, walaupun masih dijumpai berbagai masalah dan hambatan yang akan mempengaruhi pelaksanaan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu diperlukan adanya reformasi di bidang kesehatan untuk mengatasi ketimpangan hasil pembangunan kesehatan antar daerah dan antar golongan, derajat kesehatan yang masih tertinggal dibandingkan dengan negara-negara tetangga dan kurangnya kemandirian dalam pembangunan kesehatan.

Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat dipengaruhi oleh mutu sumber daya manusia (SDM) kesehatan yang berperan sebagai pemikir, perencana dan pelaksana pembangunan kesehatan. Dalam memberikan pelayanan kesehatan optimal dan berkualitas kepada masyarakat luas bukanlah perkara mudah, tetapi juga bukan merupakan hal yang mustahil untuk diwujudkan. Diperlukan program-program matang sekaligus beberapa ketentuan penting dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, sehingga baik pemberi pelayanan atau pun penerima pelayanan sama-sama merasa diuntungkan.

Menurut Juniadi, Purnawan (1994), ada dua hal yang menjadi dasar mengapa masalah ketenagaan di rumah sakit harus diperhatikan. Pertama, produk yang ditawarkan di rumah sakit adalah jasa, yang sangat padat karya, sehingga peranan tenaga sangat besar. Kekurangan tenaga baik dalam jumlah maupun kualitas akan mengganggu kualitas produk yang ditawarkan. Hal ini akan berdampak pada citra rumah sakit, dan mengurangi prospek pendapatan rumah sakit. Kedua, tenaga adalah salah satu yang pengadaannya tidak bisa seketika, seandainya tersedia, perlu ada penyesuaian sebelum bisa digunakan dengan

optimal. Semua ini membutuhkan waktu, sehingga perencanaan tenaga harus dilakukan dengan baik.

Rumah Sakit sebagai suatu institusi pelayanan kesehatan merupakan bagian integral dari organisasi kesehatan maupun sosial yang berfungsi dalam memberikan pelayanan kesehatan berupa kuratif, preventif, promotif maupun rehabilitatif terhadap pasien rawat jalan maupun rawat inap. Seperti layaknya permasalahan kesehatan pada umumnya, aspek ketenagaan juga memegang peranan besar didalam rumah sakit. Kekurangan tenaga kesehatan, baik dalam arti kuantitas maupun kualitas akan sangat mengganggu kualitas produk yang ditawarkan. Dan hal ini akan berdampak kepada citra pelayanan kesehatan sebuah rumah sakit. Hal lain yang perlu juga mendapat perhatian bahwa pengadaan tenaga yang dibutuhkan oleh sebuah rumah sakit tidak dapat dilakukan dalam seketika. Kalaupun tenaga tersebut tersedia, namun perlu adanya penyesuaian dan membutuhkan waktu.

Peningkatan angka kesakitan dan munculnya berbagai *new-emerging disease* dan *re-emerging diseases* menjadi sebab yang mengharuskan untuk lebih berwaspada dalam menata lingkungan. Munculnya berbagai macam kejadian alam sering kali mengakibatkan jumlah penderita meningkat begitu pula dengan kondisi lingkungan yang membuat rentannya kondisi tubuh terhadap bibit penyakit sehingga menuntut untuk lebih berbenah dalam menghadapi permasalahan kesehatan yang lebih besar. Mempersiapkan tenaga- tenaga kesehatan yang handal dengan kualitas dan kuantitas yang memadai serta mengikuti perkembangan dunia kesehatan agar nantinya mampu bersaing dengan pelayanan kesehatan di luar negeri dan tidak ada lagi pasien yang mengeluh karena merasa ditelantarkan oleh pihak rumah sakit hanya karena jumlah tenaga kesehatan yang kurang atau pelayanannya mengecewakan.

Menurut Rachmat, Hapsara Habib (2007), yang dikutip dari situs resmi Pusgunakes, meski beberapa indikator kesehatan terlihat membaik, derajat kesehatan di Indonesia dianggap tertinggal dari negara tetangga, akibat masih mahal dan belum efisiennya fasilitas kesehatan dan jumlah tenaga yang belum sesuai kebutuhan. Lebih jauh lagi menurutnya, secara bertahap pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan terus dilakukan untuk pemenuhan dan pemerataan

tenaga kesehatan terutama di daerah terpencil, sangat terpencil, dan daerah perbatasan.

Permasalahan kekurangan tenaga harus perlu dicermati dengan seksama, apakah memang benar memerlukan tambahan tenaga yang dikarenakan beban kerja berlebih sehingga akan mempengaruhi kualitas yang diberikan atau banyaknya waktu yang tidak produktif yang dilakukan oleh SDM pada saat waktu bertugas. Hal ini terjadi pula di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangkinang, Dokumen RS yang telah ditelaah oleh peneliti ditemukan adanya perencanaan untuk menambah tenaga SDM. Perencanaan penambahan kebutuhan tenaga SDM ini belum menggunakan perhitungan analisis kebutuhan yang disusun dalam KepMenkes nomor 81 tahun 2004. Perencanaan SDM di RS ini hanya berdasarkan permintaan satuan kerja dan perhitungan perbandingan antara perawat dengan BOR, LOS, dll atau karena kenaikan kelas RS serta belum adanya kualifikasi dari masing-masing jenis tenaga dokter dan perawat. Pemilihan lokasi penelitian terhadap RSUD ini dikarenakan RS ini dalam tahap pembangunan menuju akreditasi dan membenah diri menjadi BLUD (Badan Layanan Umum Daerah). Sehingga sangat perlu merencanakan kebutuhan jumlah tenaga medis yang tepat guna.

Jika dilihat dari data kunjungan rawat inap tahun 2006 hingga 2008 ada peningkatan terhadap kunjungan pasien yang datang ke RSUD Bangkinang. Jumlah kunjungan pasien rawat inap RSUD Bangkinang 2006- 2008 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1.1 Jumlah Kunjungan  
Pasien Rawat Inap RSUD Bangkinang 2007-2009

No	Ruang Perawatan	2007	2008	2009
1	Penyakit Dalam	1225	1293	1242
2	Bedah	758	746	627
3	Anak	743	860	896
4	Kebidanan & Kandungan	560	502	642
5	Perinatologi	295	292	225
6	Paviliun VIP	886	989	982
7	ICU	126	151	132
8	THT	60	45	43
9	Mata	149	148	98
10	Bayi rawat tabung	65	104	259
<b>Jumlah</b>		<b>4867</b>	<b>5130</b>	<b>5146</b>

Sumber: Profil RSUD Bangkinang

Jika dilihat dari data di atas, peningkatan kunjungan yang terjadi dalam kurun waktu hitungan tahun memberikan gambaran bahwa perhitungan kebutuhan tenaga medis juga harus diperhatikan. Namun dilihat dari data ketenagaan SDM yang dimiliki RSUD Bangkinang, tidak ada penambahan atau pengurangan tenaga SDM. Yang menjadi pertanyaan, apakah dengan tenaga yang tetap jumlahnya apakah cukup mampu menangani kunjungan pasien yang terus meningkat? Apakah beban kerja yang diberikan pada setiap SDM yang ditugaskan sudah sesuai kapasitasnya atau berlebih? Data ketenagaan SDM di RSUD Bangkinang 2007-2008 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1.2  
Jumlah Tenaga Dokter dan Perawat di Pelayanan Rawat Inap  
RSUD Bangkinang Tahun 2007- 2008

No	Kualifikasi Pendidikan	2007		2008	
		P N S	H o n o r	P N S	H o n o r
1	Spesialis Bedah	1	-	1	-
2	Spesialis Anak	2	-	2	-
3	Spesialis Kebidanan	1	-	1	-
4	Spesialis Penyakit Dalam	1	-	1	-
5	Spesialis Mata		1	1	-
6	Spesialis THT	1		1	-
7	Dokter Umum	11	7	11	3
8	S1 Keperawatan	1	-	1	-
9	D4 Keperawatan Jiwa	2	-	1	-
10	D3 Keperawatan Anak	-	-	1	-
11	D3 Keperawatan	16	65	36	44
12	D3 Keperawatan Anestesi	3	-	3	-
13	SPK/SPR	31	17	35	15
14	D3 Kebidanan	7	3	7	3
15	Bidan	4	-	4	-
16	Perawat Bidan	1	1	1	1
<b>J u m l a h</b>		<b>82</b>	<b>94</b>	<b>107</b>	<b>66</b>
<b>TOTAL</b>		<b>176</b>		<b>173</b>	

Sumber: Profil RSUD Bangkinang

Karena SDM merupakan bagian terpenting dari sebuah pelaksanaan pelayanan, maka penelitian ini akan difokuskan pada SDM yang terkait dengan jumlah kebutuhan yang diperlukan disertai dengan gambaran kualifikasi yang dibutuhkan nantinya dalam pengadaan kebutuhan tersebut. Karena dengan jumlah yang cukup dan didukung oleh kualifikasi yang tepat maka secara tidak langsung

akan membantu pimpinan atau manajemen untuk mengoptimalisasikan SDM melalui asas *the right man in the right place*. Dalam penelitian ini, SDM yang jadi sampel adalah tenaga dokter dan perawat di pelayanan rawat inap RSUD Bangkinang. Pemilihan lokasi penelitian ini didasarkan pada lamanya pasien ditangani oleh tenaga medis sehingga lebih membutuhkan banyak waktu yang digunakan untuk menangani pasien. Dengan waktu kerja 24 jam setiap harinya dirasakan perlu menyediakan jumlah kebutuhan SDM yang bertugas secara efektif dan efisien. Agar tidak terjadi komplain pasien karena merasa ditelantarkan atau kelelahan dan menurunnya kualitas SDM dalam melaksanakan tugasnya. Metoda perhitungan yang digunakan dalam penelitian ini adalah perhitungan WISN yang referensi dari Kementerian Kesehatan yakni perhitungan WISN. Metode ini merupakan keputusan Kementerian Kesehatan pada tahun 2004 yang mulai diterapkan saat ini. Selain itu, perhitungan ini meliputi banyak unsure yang berkaitan dengan SDM. Sehingga dirasakan lebih mendekati perhitungan jumlah kebutuhan SDM yang *real*.

## 1.2 Rumusan Masalah

RSUD Bangkinang merupakan rumah sakit pemerintah yang sudah berdiri sejak tahun 1979. Dalam perkembangannya RSUD Bangkinang memiliki keinginan yang besar dalam mencapai pelayanan yang maksimal bagi seluruh lapisan masyarakat sehingga mengharuskan RSUD Bangkinang berbenah diri lebih baik dalam mengelolah SDM. Karena SDM adalah kunci keberhasilan dari suatu program. Namun, sejak rumah sakit ini berdiri, perencanaan kebutuhan jumlah SDM masih berdasarkan permintaan, perbandingan *BOR*, *LOS*, dll. Sehingga perlu dilakukan perhitungan SDM dengan melihat beban kerja, standar kelonggaran, kuantitas kegiatan pokok dari waktu kerja yang tersedia.

Oleh karena itu, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah belum pernah dilakukannya analisis kebutuhan tenaga dokter dan perawat dengan melihat beban kerja, standar kelonggaran, serta kuantitas kegiatan pokok dari waktu kerja yang tersedia serta analisis kualifikasi tenaga dokter dan perawat yang tepat dalam menjalankan atau menduduki jabatan atau posisi yang sudah

ditentukan yang sesuai dengan persyaratan jabatan karena belum pernah dirumuskan kualifikasi tenaga dokter dan perawat.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui jumlah kebutuhan dan kualifikasi tenaga dokter dan perawat yang bertugas di pelayanan rawat inap RSUD Bangkinang.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

1. Diketuainya waktu kerja dokter dan perawat di pelayanan rawat inap RSUD Bangkinang.
2. Diketuainya jumlah beban kerja dokter dan perawat di pelayanan rawat inap RSUD Bangkinang
3. Diketuainya standar kelonggaran dokter dan perawat di pelayanan rawat inap RSUD Bangkinang.
4. Diketuainya kuantitas kegiatan pokok dokter dan perawat di pelayanan rawat inap RSUD Bangkinang.
5. Diketuainya jumlah kebutuhan tenaga dokter dan perawat di pelayanan rawat inap RSUD Bangkinang.
6. Diketuainya kualifikasi yang dibutuhkan dari tenaga dokter dan perawat.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

Secara aplikatif, penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai perhitungan analisis kebutuhan dengan menggunakan metode *WISN* (*workload indicator staff needs*).

Bagi RSUD Bangkinang, diharapkan dapat memberikan masukan dan informasi mengenai jumlah tenaga dokter dan perawat yang dibutuhkan pada pelayanan rawat inap di RSUD Bangkinang, Kabupaten Kampar, Riau. Agar konsistensi dan kualitas pelayanan yang diberikan dapat mencapai maksimal dan RS dapat memberikan citra yang baik kepada masyarakat.

Manfaat bagi peneliti sendiri adalah mengharapkan bertambahnya pemahaman mengenai perhitungan SDM dilihat dari beban kerja, standar kelonggaran, kuantitas kegiatan pokok dari waktu kerja yang tersedia serta kualifikasi yang tepat untuk posisi yang ada.

### 1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Batasan dalam suatu penelitian perlu dikemukakan, hal ini bertujuan agar penelitian yang dilakukan dapat lebih fokus pada pokok permasalahan, tujuan dan manfaat penelitian.

Adapun batasan penelitian sebagai berikut:

1. Penelitian ini bersifat deskriptif kualitatif. Dengan pengambilan data yang menggunakan formulir *work sampling*, wawancara tidak terstruktur, telaah dokumen, observasi dan diskusi terbuka dengan pejabat RS yang akan bertujuan untuk mengetahui jumlah kebutuhan SDM yang efisien bagi RSUD Bangkinang serta kualifikasi yang dibutuhkan.
2. Penelitian ini dibatasi pada metode WISN yang didasarkan pada Ketentuan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 81/MENKES/SK/I/2004 yakni perhitungan waktu kerja yang tersedia, beban kerja, standar kelonggaran, dan kuantitas kegiatan pokok.
3. Sampel yang diteliti adalah dokter dan perawat pada pelayanan rawat inap di RSUD Bangkinang.
4. Jenis pelayanan yang diteliti adalah seluruh pelayanan yang dilakukan oleh dokter dan perawat di pelayanan rawat inap RSUD Bangkinang.
5. Penetapan kualifikasi tenaga dokter dan perawat yang memenuhi persyaratan untuk menduduki suatu jabatan atau tugas yang harus dilaksanakan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Sumber Daya Manusia (SDM)**

Sumber daya manusia atau biasa disingkat menjadi SDM potensi yang terkandung dalam diri manusia untuk mewujudkan perannya sebagai makhluk sosial yang adaptif dan transformatif yang mampu mengelola dirinya sendiri serta seluruh potensi yang terkandung di alam menuju tercapainya kesejahteraan kehidupan dalam tatanan yang seimbang dan berkelanjutan. Dalam pengertian praktis sehari-hari, SDM lebih dimengerti sebagai bagian integral dari sistem yang membentuk suatu organisasi.

Sumber daya manusia adalah kemampuan terpadu dari daya pikir dan daya fisik yang dimiliki individu, perilaku dan sifatnya ditentukan oleh keturunan dan lingkungannya, sedangkan prestasi kerjanya dimotivasi oleh keinginan untuk memenuhi kepuasannya.

##### **2.1.1 Perencanaan SDM**

###### **2.1.1.1 Pengertian**

Unsur pengambilan keputusan merupakan unsur penting dalam perencanaan, yaitu proses mengembangkan dan memilih langkah- langkah yang akan diambil untuk menghadapi masalah- masalah dalam organisasi atau perusahaan. Pimpinan harus mengambil keputusan tentang ramalan ramalan suatuasi yang akan terjadi di masa datang. Mereka harus memutuskan sasaran yang akan dicapai, menganalisis sumber daya yang dimiliki organisasi, bagaimana mengaplikasikannya dalam rangka mencapai sasaran tersebut. Dalam hal ini diperlukan sikap fleksibilitas di dalam menghadapi perubahan.

Dalam manajemen, perencanaan adalah proses mendefinisikan tujuan organisasi, membuat strategi untuk mencapai tujuan itu, dan mengembangkan rencana aktivitas kerja organisasi. Perencanaan merupakan proses terpenting dari semua fungsi manajemen karena tanpa perencanaan fungsi-fungsi lain pengorganisasian, pengarahan, dan pengontrolan tak akan dapat berjalan.

Menurut David 1995 yg dikutip oleh Ayuningtyas, 2005 dalam *Modul Renstra* menyebutkan bahwa perencanaan adalah suatu fungsi manajemen yang



terpenting, karena berbagai fungsi manajemen lainnya baru berperan apabila perencanaan selesai dilakukan dan harus berpedoman pada perencanaan yang telah ditetapkan. Perencanaan merupakan jembatan terpenting antara saat ini dan waktu yang akan datang dan diharapkan dapat meningkatkan pencapaian dari suatu hasil.

Menurut Suparto Adikusumo (2003), dalam bukunya *Manajemen Rumah Sakit* menyebutkan bahwa perencanaan memusatkan perhatian pada masa yang akan datang. Manajemen harus mempersiapkan RS dalam menghadapi hal2 yang akan datang dan baik sudah diramalkan maupun yang tidak terduga sebelumnya. Perencanaan menspesifikasikan apa yang harus dicapai atau dilakukan dimasa datang dan bagaimana hal tersebut dapat dilaksanakan. Fungsi perencanaan mencakup aktivitas- aktivitas manajerial yang menentukan sasaran dan alat yang tepat untuk mencapai sasaran tersebut.

Sumber daya manusia adalah kemampuan terpadu dari daya pikir dan daya fisik yang dimiliki individu, perilaku dan sifatnya ditentukan oleh keturunan dan lingkungannya, sedangkan prestasi kerjanya dimotivasi oleh keinginan untuk memenuhi kepuasannya. Berbagai pandangan mengenai definisi perencanaan sumber daya manusia pun memiliki keekaragaman pengertian, seperti yang dikemukakan oleh Handoko (1997), perencanaan sumber daya manusia atau perencanaan tenaga kerja merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengantisipasi permintaan- permintaan bisnis dan lingkungan pada organisasi di waktu yang akan datang dan untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan tenaga kerja yang ditimbulkan oleh kondisi-kondisi tersebut. Di mana secara lebih sempit perencanaan sumber daya manusia berarti mengestimasi secara sistematis permintaan (kebutuhan) dan suplai tenaga kerja organisasi di waktu yang akan datang. Pandangan lain mengenai definisi perencanaan sumber daya manusia dikemukakan oleh Mangkunegara ( 2003), 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.

Andrew E. Sikula (1981), mengemukakan bahwa perencanaan sumber daya manusia atau perencanaan tenaga kerja didefinisikan sebagai proses menentukan kebutuhan tenaga kerja dan berarti mempertemukan kebutuhan tersebut agar pelaksanaannya berinteraksi dengan rencana organisasi. Menurut George Milkovich dan Paul C. Nystrom (1981), mendefinisikan bahwa 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 secara otomatis lebih bermanfaat.

Perencanaan SDM Kesehatan adalah proses estimasi terhadap jumlah SDM berdasarkan tempat, keterampilan, perilaku yang dibutuhkan untuk memberikan upaya kesehatan. Perencanaan dilakukan menyesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan, baik lokal, nasional, maupun global dan memantapkan keterkaitan dengan unsur lain dengan maksud untuk menjalankan tugas dan fungsi institusinya yang meliputi : jenis, jumlah dan kualifikasi

### **2.1.1.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perencanaan Sumber Daya Manusia**

Proses perencanaan sumber daya manusia dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain: (Handoko, 1997)

#### **1. Lingkungan Eksternal**

Perubahan-perubahan lingkungan sulit diprediksi dalam jangka pendek dan kadang-kadang tidak mungkin diperkirakan dalam jangka panjang.

- a) Perkembangan ekonomi mempunyai pengaruh yang besar tetapi sulit diestimasi. Sebagai contoh tingkat inflasi, pengangguran dan tingkat bunga sering merupakan faktor penentu kondisi bisnis yang dihadapi perusahaan.
- b) Kondisi sosial-politik-hukum mempunyai implikasi pada perencanaan sumber daya manusia melalui berbagai peraturan di bidang personalia, perubahan sikap dan tingkah laku, dan sebagainya.
- c) Sedangkan perubahan-perubahan teknologi sekarang ini tidak hanya sulit diramal tetapi juga sulit dinilai. Perkembangan

komputer secara dasyat merupakan contoh jelas bagaimana perubahan teknologi menimbulkan gejolak sumber daya manusia.

- d) Para pesaing merupakan suatu tantangan eksternal lainnya yang akan mempengaruhi permintaan sumber daya manusia organisasi. Sebagai contoh, “pembajakan” manajer akan memaksa perusahaan untuk selalu menyiapkan penggantinya melalui antisipasi dalam perencanaan sumber daya manusia.

## 2. Keputusan-keputusan Organisasional

Berbagai keputusan pokok organisasional mempengaruhi permintaan sumber daya manusia.

- a) Rencana strategik perusahaan adalah keputusan yang paling berpengaruh.

Ini mengikat perusahaan dalam jangka panjang untuk mencapai sasaran-sasaran seperti tingkat pertumbuhan, produk baru, atau segmen pasar baru. Sasaran-sasaran tersebut menentukan jumlah dan kualitas karyawan yang dibutuhkan di waktu yang akan datang.

- b) Dalam jangka pendek, para perencana menterjemahkan rencana-rencana strategik menjadi operasional dalam bentuk anggaran. Besarnya anggaran adalah pengaruh jangka pendek yang paling berarti pada kebutuhan sumber daya manusia.
- c) Forecast penjualan dan produksi meskipun tidak setepat anggaran juga menyebabkan perubahan kebutuhan personalia jangka pendek.
- d) Perluasan usaha berarti kebutuhan sumber daya manusia baru.
- e) Begitu juga, reorganisasi atau perancangan kembali pekerjaan-pekerjaan dapat secara radikal merubah kebutuhan dan memerlukan berbagai tingkat ketrampilan yang berbeda dari para karyawan di masa mendatang.

## 3. Faktor-faktor Persediaan Karyawan

Permintaan sumber daya manusia dimodifikasi oleh kegiatan-kegiatan karyawan. Pensiun, permohonan berhenti, terminasi, dan kematian semuanya menaikkan kebutuhan personalia. Data masa lalu tentang faktor-faktor tersebut

dan trend perkembangannya bisa berfungsi sebagai pedoman perencanaan yang akurat.

### **2.1.1.3 Manfaat Perencanaan Sumber Daya Manusia**

Dengan perencanaan tenaga kerja diharapkan dapat memberikan beberapa manfaat baik bagi perusahaan maupun bagi karyawan. Secara singkat, bowo wiyoto menyatakan manfaat perencanaan SDM sebagai berikut:

1. Mengoptimisasi SDM yang sudah ada. SDM yang sudah ada akan dimanfaatkan dengan baik apabila organisasi telah melakukan inventarisasi SDM. Inventarisasi tersebut mencakup: jumlah tenaga kerja, kualifikasi tenaga kerja, masa kerja, pengetahuan/ ketrampilan yang dimiliki, bakat/ minat yang perlu dikembangkan. Hasil inventarisasi tersebut dapat digunakan untuk promosi, mutasi, peningkatan kemampuan karyawan.
2. Memperkirakan kebutuhan SDM masa yang akan datang. Kebutuhan SDM masa yang akan datang baik dari segi jumlah maupun kualifikasinya perlu diestimasi setepat mungkin, dan akan selalu terkait dengan perubahan-perubahan yang mungkin akan terjadi di luar perkiraan dan berpengaruh terhadap jalannya organisasi.
3. Memberikan pasar situasi pasar kerja yang tepat. Mencakup jumlah, kualifikasi, lokasi, komposisi tenaga kerja yang diminta/ dibutuhkan oleh organisasi, maupun dari sisi latar belakang profesi, tingkat pendidikan, keahlian, tingkat upah yang diharapkan.
4. Sebagai dasar penyusunan program- program SDM. Salah satu program perencanaan SDM adalah pengadaan tenaga kerja baru melalui rekrutment, seleksi dan penempatan. Tanpa perencanaan SDM, sulit untuk menyusun program kerja yang riil.

Manfaat-manfaat perencanaan SDM juga dikemukakan oleh Rivai (2004), yaitu:

1. Perusahaan dapat memanfaatkan sumber daya manusia yang ada dalam perusahaan secara lebih baik. Perencanaan sumber daya manusia pun perlu diawali dengan kegiatan inventarisasi tentang sumber daya

manusia yang sudah terdapat dalam perusahaan. Inventarisasi tersebut antara lain meliputi:

- a) Jumlah karyawan yang ada
- b) Berbagai kualifikasinya
- c) Masa kerja masing-masing karyawan
- d) Pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki, baik pendidikan formal maupun program pelatihan kerja yang pernah diikuti
- e) Bakat yang masih perlu dikembangkan
- f) Minat karyawan, terutama yang berkaitan dengan kegiatan di luar tugas pekerjaan

Hasil inventarisasi tersebut sangat penting, bukan hanya dalam rangka pemanfaatan sumber daya manusia dalam melaksanakan tugas-tugas sekarang, akan tetapi setidaknya berhubungan dengan empat kepentingan di masa depan, yaitu:

- a) Promosi karyawan tertentu untuk mengisi lowongan jabatan yang lebih tinggi jika karena berbagai sebab terjadi kekosongan.
  - b) Peningkatan kemampuan melaksanakan tugas yang sama.
  - c) Dalam hal terjadinya alih wilayah kerja yang berarti seseorang ditugaskan ke lokasi baru tetapi sifat tugas jabatannya tidak mengalami perubahan.
2. Melalui perencanaan sumber daya manusia yang matang, efektifitas kerja juga dapat lebih ditingkatkan apabila sumber daya manusia yang ada telah sesuai dengan kebutuhan perusahaan. Standard Operating Procedure (SOP) sebagai pedoman kerja yang telah dimiliki yang meliputi: suasana kerja kondusif, perangkat kerja sesuai dengan tugas masing-masing sumber daya manusia telah tersedia, adanya jaminan keselamatan kerja, semua sistem telah berjalan dengan baik, dapat diterapkan secara baik fungsi organisasi serta penempatan sumber daya manusia telah dihitung berdasarkan kebutuhan dan beban kerja.
  3. Produktivitas dapat lebih ditingkatkan apabila memiliki data tentang pengetahuan, pekerjaan, pelatihan yang telah diikuti oleh sumber daya manusia. Dengan mengikutsertakan karyawan dalam berbagai

pendidikan dan pelatihan, akan mendorong karyawan untuk meningkatkan produktivitas kerjanya. Melalui pendidikan dan pelatihan dapat meningkatkan kemampuan dan keterampilan sumber daya manusia yang diikuti dengan peningkatan disiplin kerja yang akan menghasilkan sesuatu secara lebih profesional dalam menangani pekerjaan yang berkaitan langsung dengan kepentingan perusahaan.

4. Perencanaan sumber daya manusia berkaitan dengan penentuan kebutuhan tenaga kerja di masa depan, baik dalam arti jumlah dan kualifikasinya untuk mengisi berbagai jabatan dan menyelenggarakan berbagai aktivitas baru kelak.
5. Salah satu segi manajemen sumber daya manusia yang dewasa ini dirasakan semakin penting ialah penanganan informasi ketenagakerjaan. Dengan tersedianya informasi yang cepat dan akurat semakin penting bagi perusahaan, terutama perusahaan yang memiliki sumber daya manusia yang banyak dengan cabang yang tersebar di berbagai tempat (baik dalam negeri maupun di luar negeri). Dengan adanya informasi ini akan memudahkan manajemen melakukan perencanaan sumber daya manusia (Human Resources Information) yang berbasis pada teknologi canggih merupakan suatu kebutuhan yang tidak dapat dihindarkan di era perubahan yang serba cepat.
6. Seperti telah dimaklumi salah satu kegiatan pendahuluan dalam melakukan perencanaan termasuk perencanaan sumber daya manusia adalah penelitian. Berdasarkan bahan yang diperoleh dan penelitian yang dilakukan untuk kepentingan perencanaan sumber daya manusia, akan timbul pemahaman yang tepat tentang situasi pasar kerja dalam arti:
  - a) Permintaan pemakai tenaga kerja atas tenaga kerja dilihat dan segi jumlah, jenis, kualifikasi dan lokasinya.
  - b) Jumlah pencari pekerjaan beserta bidang keahlian, keterampilan, latar belakang profesi, tingkat upah atau gaji dan sebagainya. Pemahaman demikian penting karena bentuk rencana yang disusun dapat disesuaikan dengan situasi pasaran kerja tersebut.

7. Rencana sumber daya manusia merupakan dasar bagi penyusunan program kerja bagi satuan kerja yang menangani sumber daya manusia dalam perusahaan. Salah satu aspek program kerja tersebut adalah pengadaan karyawan baru guna memperkuat tenaga kerja yang sudah ada demi peningkatan kemampuan perusahaan mencapai tujuan dan berbagai sasarannya. Tanpa perencanaan sumber daya manusia, sukar menyusun program kerja yang realistik.
8. Mengetahui pasar tenaga kerja. Pasar kerja merupakan sumber untuk mencari calon-calon sumber daya manusia yang potensial untuk diterima (recruiting) dalam perusahaan. Dengan adanya data perencanaan sumber daya manusia di samping mempermudah mencari calon yang cocok dengan kebutuhan, dapat pula digunakan untuk membantu perusahaan lain yang memerlukan sumber daya manusia.
9. Acuan dalam menyusun program pengembangan sumber daya manusia.

Perencanaan sumber daya manusia dapat dijadikan sebagai salah satu sumbangan acuan, tetapi dapat pula berasal dari sumber lain. Dengan adanya data yang lengkap tentang potensi sumber daya manusia akan lebih mempermudah dalam menyusun program yang lebih matang dan lebih dapat dipertanggungjawabkan. Berdasarkan hal-hal tersebut, dapat diketahui manfaat dari perencanaan sumber daya manusia dalam suatu perusahaan sebagai sesuatu yang sangat penting, demi kelancaran dan tercapainya tujuan dari perusahaan.

Proses perencanaan SDM atau manpower planning yang dilakukan dengan baik akan memberikan sejumlah manfaat seperti berikut. Menurut Yodhia (2010), manfaat dari perencanaan SDM adalah: pertama adalah mampu meningkatkan efektivitas dan efisiensi pendayagunaan SDM. Pendayagunaan SDM akan berlangsung efektif dan efisien karena Perencanaan SDM harus dimulai dengan kegiatan pengaturan kembali atau penempatan ulang (restaffing/replacement) SDM yang dimiliki. Penempatan ulang dimaksudkan agar setiap dan semua SDM yang dimiliki bekerja pada jabatan atau pekerjaan yang sesuai dengan kemampuannya. Dengan kata lain setiap jabatan/pekerjaan dilaksanakan oleh

SDM yang kualifaid, yang dapat memberikan kontribusi maksimal pada pencapaian tujuan organisasi/perusahaan.

Kedua, meningkatkan kecermatan dan penghematan pembiayaan (cost) dan tenaga dalam melaksanakan rekrutmen dan seleksi. Rekrutmen dan Seleksi untuk menindaklanjuti Perencanaan SDM harus didahului dengan melaksanakan promosi dan pemindahan jabatan, mempersiapkan dan memberhentikan pekerja sesuai alasan masing-masing. Dengan demikian pembiayaan (cost) dapat dihemat, karena melalui ketepatan penempatan ulang tidak akan terjadi penempatan yang keliru, sehingga tidak perlu menyediakan pembiayaan untuk mengangkat atau menambah SDM dari sumber eksternal, jika masih tersedia dari sumber internal yang memenuhi kualifikasi untuk mengisi kekosongan. Di samping itu kontribusi SDM akan meningkat sebanding atau melebihi pembiayaan (cost) SDM yang dipergunakan.

Ketiga, mendorong perilaku proaktif, dan tidak reaktif. Melalui perencanaan SDM yang baik, perusahaan akan dapat membangun serangkaian tindakan yang responsif terhadap setiap dinamika perkembangan bisnis yang ada. Keempat, memastikan Terpenuhinya Kebutuhan SDM yang Kompeten. Melalui perencanaan SDM, proses penempatan pegawai yang kompeten dan tepat pada posisinya akan dapat tercapai dengan lebih optimal. Kelima, mendorong terbangunnya Sistem Informasi SDM yang Akurat. Sistem informasi SDM yang akurat merupakan salah satu elemen penting untuk mendayagunakan kinerja organisasi. Perencanaan SDM akan mampu mendorong terbangunnya sistem informasi SDM yang handal dan akurat.

### **2.1.2 Kompetensi SDM**

Dalam rangka mendukung daya saing bangsa di pasar kerja Nasional dan global diperlukan SDM yang berkualitas. Untuk menyiapkan SDM berkualitas diperlukan sistem pendidikan yang berorientasi pada pasar kerja dan berbasis pada kompetensi yang berlaku secara lintas sektoral.

Pengertian kompetensi atau kualifikasi adalah spesifikasi dari pengetahuan dan keterampilan serta penerapan dari pengetahuan dan keterampilan tersebut dalam suatu pekerjaan atau suatu perusahaan atau lintas industri, sesuai dengan standar kinerja yang disyaratkan. Menurut Kravetz (2004), bahwa kompetensi



adalah sesuatu yang seseorang tunjukkan dalam kerja setiap hari. Fokusnya adalah pada perilaku di tempat kerja, bukan sifat-sifat kepribadian atau ketrampilan dasar yang ada di luar tempat kerja ataupun di dalam tempat kerja.

Kompetensi mencakup melakukan sesuatu, tidak hanya pengetahuan yang pasif. Seorang karyawan mungkin pandai, tetapi jika mereka tidak meterjemahkan kepandaianya ke dalam perilaku di tempat kerja yang efektif, kepandaian tidak berguna. Jadi kompetensi tidak hanya mengetahui apa yang harus dilakukan..

Faktor-Faktor yang mendukung standar kompetensi adalah pengetahuan dan keterampilan untuk mengerjakan suatu tugas dalam kondisi normal ditempat kerja dan kemampuan mentransfer dan menerapkan kemampuan dan pengetahuan pada situasi dan lingkungan yang berbeda.

Standar kompetensi tidak berarti bila hanya terdiri dari kemampuan menyelesaikan tugas/pekerjaan saja, tetapi dilandasi pula dengan bagaimana dan mengapa tugas itu dikerjakan. Dengan kata lain standar kompetensi meliputi faktor-faktor yang mendukung, seperti pengetahuan dan keterampilan untuk mengerjakan suatu tugas dalam kondisi normal ditempat kerja serta kemampuan mentransfer dan menerapkan kemampuan dan pengetahuan pada situasi lingkungan yang berbeda.

Dengan demikian standar kompetensi merupakan rumusan tentang kemampuan yang dimiliki seseorang untuk melakukan suatu pekerjaan/tugas yang didasari atas pengetahuan, keterampilan, yang didukung sikap kerja dan penerapannya sesuai unjuk kerja yang dipersyaratkan. Menurut Djafar, Meylina (2010) dalam forum analisi kesehatan Indonesia grup, dengan dikuasainya kompetensi oleh seseorang, maka orang tersebut mampu:

1. Mengerjakan suatu tugas/pekerjaan.
2. Mengorganisasikannya agar pekerjaan tersebut dapat dilaksanakan.
3. Menyelesaikan masalah yang ada dan apa yang harus dilakukan, bilamana terjadi sesuatu keadaan yang berbeda dengan rencana semula.
4. Menggunakan kemampuan yang dimilikinya untuk memecahkan masalah atau melaksanakan tugas dengan kondisi yang berbeda.

Manfaat Standar Kompetensi:

1. Pengidentifikasian yang lebih baik tentang keterampilan yang dibutuhkan.
2. Membantu penilaian unjuk kerja.
3. Pemahaman yang lebih baik tentang hasil pelatihan.
4. Berkurangnya pengulangan usaha pengadaan pelatihan.
5. Peningkatan kemampuan dalam perekrutan tenaga baru.
6. Penilaian hasil pelatihan yang lebih konsisten dan dapat diandalkan.
7. Pengidentifikasian kompetensi ditempat kerja yang lebih akurat.
8. Dipakai untuk membuat uraian jabatan.

### **2.1.3 Analisis Kebutuhan SDM**

#### **2.1.3.1 Pengertian**

Secara sederhana, analisis kebutuhan mencakup semua kegiatan yang digunakan untuk mengumpulkan informasi mengenai kebutuhan tenaga kesehatan, keinginan, harapan, dll. Proses ini juga kadang-kadang melibatkan harapan dan persyaratan dari pihak lain yang berkepentingan seperti jajaran direksi, staf medis, staf administrasi, pendukung keuangan, dan orang lain yang mungkin terpengaruh dalam pencapaian tujuann visi dan misi rumah sakit. Sebuah analisis kebutuhan dapat sangat formal, menyita waktu dan pikiran atau dapat informal, yang difokuskan secara sempit dan cepat. Beberapa sumber daya untuk melakukan analisis kebutuhan dapat mencakup survei dan kuesioner, skor tes, dan wawancara.

Informasi yang didapat dari analisis kebutuhan dapat digunakan untuk membantu rumah sakit dalam mewujudkan tujuan program rumah sakit. Tujuan ini kemudian dapat dinyatakan sebagai tujuan pencapaian sasaran tertentu, yang pada gilirannya akan berfungsi sebagai dasar untuk mengembangkan rencana pemenuhan kebututuhan formasi. Pada dasarnya, analisis kebutuhan akan membantu rumah sakit untuk memperjelas tujuan dari pemenuhan kebutuhan.

Dalam bahasa Inggris: requirement analysis, mencakup pekerjaan-pekerjaan penentuan kebutuhan atau kondisi yang harus dipenuhi dalam suatu produk baru atau perubahan produk, yang mempertimbangkan berbagai kebutuhan yang bersinggungan antar berbagai pemangku kepentingan.

Menurut Morrison (2001: 27), kebutuhan (*need*) adalah kesenjangan antara apa yang diharapkan dengan kondisi yang sebenarnya, keinginan adalah harapan ke depan atau cita-cita yang terkait dengan pemecahan terhadap suatu masalah. Sedangkan analisa kebutuhan adalah alat untuk mengidentifikasi masalah guna menentukan tindakan yang tepat. (Morrison, 2001: 27).

Analisis kebutuhan mengidentifikasi kesenjangan dalam sebuah pelatihan. Langkah ini mampu menjelaskan apa fokus dari pelatihan, sehingga membantu dalam penentuan tujuan serta alat bantu apa yang akan digunakan ketika pelatihan berjalan.

Menurut Prawira (2009), mendefinisikan kebutuhan sebagai tentang seberapa besar system tersebut dibutuhkan dalam realitas kehidupan. Dengan adanya definisi kebutuhan akan dapat diketahui system seperti apakah yang dibutuhkan dalam realita. Definisi kebutuhan meliputi survey kebutuhan yang menjelaskan karakteristik system yang dibutuhkan oleh pengguna, alasan kebutuhan memaparkan tentang alasan mengapa karakteristik system tersebut dibutuhkan. Sedangkan perumusan misi system menjabarkan tugas-tugas yang harus dapat dilakukan oleh system, perumusan fungsi system berisi tentang fungsi-fungsi yang dapat disediakan/dilakukan oleh system.

Menurut Yaslis (2004), dalam menentukan kebutuhan SDM rumah sakit harus memperhatikan beberapa faktor seperti berikut:

1. Ukuran dan tipe rumah sakit
2. Fasilitas dan tipe yang ditawarkan
3. Jenis dan jumlah peralatan dan frekuensi pemakaiannya
4. Kompleksitas penyakit
5. Usia pasien dan lamanya waktu tinggal di rumah sakit
6. Pemberian cuti, seperti: melahirkan, liburan, sakit dan tugas belajar
7. Keterbatasan anggaran
8. *Turn over* (mengundurkan diri) personel dan tingkat kehadiran
9. Pelayanan dan perawatan kesehatan 24 jam, dll.

### 2.1.3.2 Tahapan Analisis Kebutuhan

Menurut Morrison, ada empat tahap dalam melakukan analisis kebutuhan yakni perencanaan, pengumpulan data, analisa data dan menyiapkan laporan akhir.

1. Perencanaan : membuat klasifikasi peserta pelatihan, siapa yang akan terlibat dalam kegiatan dan cara pengumpulannya.
2. Pengumpulan data : perlu mempertimbangkan besar kecilnya sampel dalam penyebarannya (distribusi).
3. Analisa data : setelah data terkumpul kemudian data dianalisis dengan pertimbangan ekonomi, prestasi, frekuensi dan kebutuhan.
4. Membuat laporan akhir : dalam sebuah laporan analisis kebutuhan mencakup empat bagian, yaitu analisis tujuan, analisis proses, analisis hasil dengan tabel dan penjelasan singkat, rekomendasi yang terkait dengan data.

Dikutip dari penelitian chika (2010), analisis kebutuhan dilakukan secara bertahap yang terdiri dari persiapan, pengumpulan data, analisis data dan interpretasi, deseminasi dan pembuatan laporan. Secara rinci sebagai berikut:

1. Persiapan
  - a) Mengidentifikasi dan mendeskripsikan tentang jenis tenaga yang dibutuhkan dan jumlah tenaga yang akan direkrut.
  - b) Mengklarifikasi tujuan analisis kebutuhan yaitu meliputi alasan yang dinyatakan (stated reason) yaitu antara lain seleksi perseorangan atau group untuk berpartisipasi dalam tujuan program, alokasi dana, dll. dan alasan yang tidak dinyatakan (unstated reason).
  - c) Menetapkan cakupan dan tempat analisis kebutuhan.
  - d) Menentukan orang yang akan terlibat di dalam pelaksanaan analisis kebutuhan yang meliputi keterlibatan anggota, menjalin komunikasi dengan group tersebut sepanjang penelitian
  - e) Mengembangkan dan memperhatikan isu-isu politik yang urgen yaitu meliputi pelibatan individu dan grup kunci dalam lingkungannya, komunikasi secara terus-menerus, mengidentifikasi

dan pendekatan terhadap orang-orang yang berada dalam lingkungan birokrasi.

- f) Mengidentifikasi dan menjelaskan informasi yang dibutuhkan yang meliputi keadaan, program, biaya, kerangka konsep dan dasar filosofi serta indikator keberhasilan.

## 2. Pengumpulan data

- a) Mengumpulkan sumber informasi yang relevan.
- b) Menentukan sampel.
- c) Menentukan prosedur pengumpulan data dan instrument
- d) Menetapkan rencana implementasi dan prosedur observasi.
- e) Mendokumentasi dan menyimpan informasi.

## 3. Analisis data dan interpretasi

- a) Meriview dan memperbaharui informasi yang telah dikumpulkan.
- b) Mereview informasi dengan grup yang relevan.
- c) Melakukan analisis deskriptik sesuai dengan tipe informasi.
- d) Menilai informasi yang tersedia.
- e) Melakukan analisis.

## 4. Deseminasi hasil analisis dan pembuatan laporan

Adapun standar yang digunakan untuk mereview dan mengevaluasi rencana laporan berdasarkan Standar Evaluasi Analisis Kebutuhan antara lain:

- a) Standar Kegunaan, yaitu meliputi antara lain: identifikasi audiens, kredibilitas penilai, cakupan informasi, interpretasi penilaian, kejelasan laporan, diseminasi laporan, jadwal laporan dan dampak dari evaluasi.
- b) Standar Feasibility (Kelayakan) yaitu meliputi prosedur praktis, pengakuan secara politis dan efisiensi biaya.
- c) Standar Perilaku, yaitu meliputi kewajiban formal, konflik kepentingan, keterbukaan kepada public, HAM, interaksi manusia, laporan secara seimbang antara pusat, daerah, individual dan instansi, serta tanggung jawab atas anggaran.
- d) Standar Akurasi/Ketepatan, yaitu meliputi identifikasi obyek, analisis konteks, menggambarkan tujuan dan prosedur, kebenaran

sumber informasi, pengukuran yang valid dan reliable, control data secara sistematis, analisis informasi kuantitatif, analisis data kualitatif, kesimpulan secara adil dan laporan yang objektif.

### 2.1.3.3 Klasifikasi Analisis Kebutuhan

Dalam melakukan tahap analisis kebutuhan, ada tiga tipe analisis. Menurut Cascio, analisis itu bisa dibagi ke dalam analisis organisasional, analisis operasional, dan analisis individu. Masing-masing kegiatan melakukan fungsinya sesuai dengan kriteria identifikasinya.

1. Analisis Organisasional. Dalam tahapan ini jenis-jenis permasalahan yang terjadi di lingkup organisasi diidentifikasi. Analisis organisasi dibutuhkan untuk mengetahui pelatihan dilakukan di level mana. Diagnosis meliputi efektifitas dan efisiensi organisasi, perencanaan jenjang karir, perubahan teknologi, juga budaya organisasi.
  2. Analisis Operasional. Analisis operasional dilakukan guna menentukan perilaku-perilaku yang harus ada pada diri seorang karyawan supaya mampu berkinerja seperti yang diharapkan. Dalam hal ini, perilaku-perilaku tersebut diminta mengacu pada standar-standar pekerjaan. Analisis operasional ini menekankan pada tingkat kemampuan dan *skill* yang harus dipenuhi seorang karyawan.
- 2.2 Analisis Individu. Kesenjangan antara kebutuhan kerja dan organisasi dengan karakteristik karyawan diidentifikasi dalam analisis individu. Analisis individu digunakan untuk mengetahui seberapa baik seorang karyawan melakukan pekerjaannya. Fokus analisis individu yaitu pada tingkat prestasi karyawan (*individual performance*) serta pengalaman karyawan tersebut.

## 2.2 Metode WISN

### 2.2.1 Pengertian

WISN(Workload Indicator Staffing Needs).Metode ini dapat digunakan untuk semua unit kerja, perhitungan lebih riil karena berdasarkan pekerjaan yang nyata. Dari hasil analisa data dapat menggambarkan mutu pelayanan kesehatan

yang ada dan dapat digunakan untuk mengusulkan tambahan tenaga/ menempatkan tenaga berdasarkan kompetensi. Dari metode ini juga diperoleh WISN ratio, semakin kecil WISN ratio maka akan semakin berat beban kerja yang ada di dibandingkan dengan ketersediaan tenaga. Kelemahan dari metode ini antara lain membutuhkan standar pelayanan untuk masing-masing kategori tenaga, membutuhkan uraian tugas yang rinci, membutuhkan standar waktu untuk melaksanakan tugas dan membutuhkan data(absensi, jumlah kunjungan, kuantitas kegiatan, BOR, LOS) pada tahun-tahun sebelumnya sehingga sulit bila akan menghitung kebutuhan tenaga untuk unit baru. Metode ini dapat digunakan untuk menghitung kebutuhan tingkat institusi.

Metode perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan beban kerja (WISN) adalah suatu metode perhitungan kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan pada beban pekerjaan nyata yang dilaksanakan oleh tiap kategori SDM kesehatan pada tiap unit kerja di fasilitas pelayanan kesehatan. Kelebihan metode ini mudah dioperasikan, mudah digunakan, secara teknis mudah diterapkan, komprehensif dan realistis. Adapun langkah perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan WISN ini meliputi 5 langkah, yaitu :

1. Menetapkan waktu kerja tersedia
2. Menetapkan unit kerja dan kategori SDM
3. Menyusun standar beban kerja
4. Menyusun standar kelonggaran
5. Perhitungan kebutuhan tenaga per unit kerja.

Pada dasarnya metode WISN ini dapat di gunakan di rumah sakit, puskesmas dan sarana kesehatan lainnya, atau bahan dapat digunakan untuk kebutuhan tenaga di Kantor Dinas Kesehatan.

Berikut langkah- langkah dalam perhitungan kebutuhan SDM di rumah sakit. Terdiri dari beberapa langkah, yakni:

### **2.2.2 Menetapkan waktu kerja tersedia**

Menetapkan waktu kerja tersedia tujuannya adalah diperolehnya waktu kerja tersedia masing-masing kategori SDM yang bekerja di Rumah Sakit selama kurun waktu satu tahun. Data yang dibutuhkan untuk menetapkan waktu kerja tersedia adalah sebagai berikut :

1. Hari kerja, sesuai ketentuan yang berlaku di RS atau Peraturan Daerah setempat, pada umumnya dalam 1 minggu 5 hari kerja. Dalam 1 tahun 250 hari kerja (5 hari x 50 minggu).
2. Cuti tahunan, sesuai ketentuan setiap SDM memiliki hak cuti 12 hari kerja setiap tahun.
3. Pendidikan dan pelatihan, sesuai ketentuan yang berlaku di RS untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi/profesionalisme setiap kategori SDM memiliki hak untuk mengikuti pelatihan/kursus/seminar/ lokakarya dalam 6 hari kerja.
4. Hari Libur Nasional, berdasarkan Keputusan Bersama Menteri Terkait tentang Hari Libur Nasional dan Cuti Bersama, tahun 2002-2003 ditetapkan 15 Hari Kerja dan 4 hari kerja untuk cuti bersama.
5. Ketidak hadiran kerja, sesuai data rata-rata ketidak hadiran kerja (selama kurun waktu 1 tahun) karena alasan sakit, tidak masuk dengan atau tanpa pemberitahuan/ijin.
6. Waktu kerja, sesuai ketentuan yang berlaku di RS atau Peraturan Daerah, pada umumnya waktu kerja dalam 1 hari adalah 8 jam (5 hari kerja/minggu).

Berdasarkan data tersebut selanjutnya dilakukan perhitungan untuk menetapkan waktu tersedia dengan rumus sebagai berikut :

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

Keterangan :

A = Hari Kerja D = Hari Libur Nasional

B = Cuti Tahunan E = Ketidak Hadirannya Kerja

C = Pendidikan dan Pelatihan F = Waktu Kerja

Apabila ditemukan adanya perbedaan rata-rata ketidak hadiran kerja atau RS menetapkan kebijakan untuk kategori SDM tertentu dapat mengikuti pendidikan dan pelatihan lebih lama di banding kategori SDM lainnya, maka perhitungan waktu kerja tersedia dapat dilakukan perhitungan menurut kategori SDM. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat simulasi perhitungan berdasarkan rumus waktu kerja tersedia sebagaimana diuraikan pada Tabel VI.8 di bawah ini.



**Tabel 2.1**  
**Waktu kerja tersedia**

Kode	Faktor	Kategori SDM		Keterangan
		Perawat	Dokter Sp.X	
A	Hari Kerja	260	260	Hari/ tahun
B	Cuti Tahunan	12	12	Hari/ tahun
C	Pendidikan dan Pelatihan	5	10	Hari/ tahun
D	Hari Libur Nasional	19	19	Hari/ tahun
E	Ketidakhadiran Kerja	10	12	Hari/ tahun
F	Waktu Kerja	8	8	Jam/ hari
Waktu kerja tersedia		1.712	1,656	Jam/ tahun
Hari kerja tersedia		214	207	Hari kerja/ tahun

Waktu kerja tersedia untuk kategori SDM Perawat adalah 1,704 jam/tahun, atau 213 hari kerja. Sedangkan kategori SDM Dokter Spesialis X adalah 1,616 atau 189 hari kerja/tahun. Uraian perhitungannya adalah sebagai berikut:

1. Waktu kerja tersedia untuk kategori SDM :

a. Perawat =  $\{260 - (12+5+19+10)\}$   
= 214 hari kerja/tahun

b. Dokter Sp. X =  $\{260 - (12+10+19+12)\}$   
= 207 hari kerja/tahun

2. Hari kerja tersedia untuk kategori SDM :

a. Perawat  
= ( 214 hari/tahun) x 8 (jam/hari)  
= 1,712 jam kerja/tahun

b. Dokter Sp. X  
= (207 hari kerja/tahun) x 8 (jam/hari)  
= 1,656 jam kerja/tahun

### 2.2.3 Menetapkan unit kerja dan kategori SDM

Menetapkan unit kerja dan kategori SDM tujuannya adalah diperolehnya unit kerja dan kategori SDM yang bertanggung jawab dalam menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan perorangan pada pasien, keluarga dan masyarakat

di dalam dan di luar RS. Data dan informasi yang dibutuhkan untuk penetapan unit kerja dan kategori SDM adalah sebagai berikut :

1. Bagan Struktur Organisasi RS dan uraian tugas pokok dan fungsi masing-masing unit dan sub-unit kerja.
2. Keputusan Direktur RS tentang pembentukan unit kerja struktural dan fungsional, misalnya: Komite Medik, Komite Pengendalian Mutu RS. Bidang/Bagian Informasi.
3. Data Pegawai Berdasarkan Pendidikan yang bekerja pada tiap unit kerja di RS.
4. PP 32 tahun 1996 tentang SDM kesehatan.
5. Peraturan perundang undangan berkaitan dengan jabatan fungsional SDM kesehatan.
6. Standar profesi, standar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP) pada tiap unit kerja RS.

### **Analisa Organisasi**

Fungsi utama rumah sakit adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan kesehatan kuratif, rehabilitatif secara serasi dan terpadu dengan pelayanan preventif dan promotif. Berdasarkan fungsi utama tersebut, unit kerja RS dapat dikelompokkan sebagai berikut:

1. Unit Kerja Fungsional Langsung, adalah unit dan sub-unit kerja yang langsung terkait dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan perorangan di dalam dan di luar RS, misalnya : Intalasi Rawat Inap, Intalasi Rawat Jalan, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Laboratorium, Instalasi Radiologi, Instalasi Farmasi/Apotik, Unit Pelayanan Home Care dll.
2. Unit Kerja Fungsional Penunjang, adalah unit dan sub-unit kerja yang tidak langsung berkaitan dengan penyelenggaraan :
  - a) Pelayanan kesehatan perorangan di RS, misalnya: Instalasi Tata Usaha Rawat Inap/Rawat Jalan, Intalasi Pemeliharaan Sarana RS.
  - b) Pelayanan kesehatan Promotif di dalam dan diluar RS, misalnya: Unit Penyuluhan Kesehatan Masyarakat (PKM-RS).

Apabila ditemukan unit atau sub-unit kerja fungsional yang belum diatur atau ditetapkan oleh Direktur, Depkes, Pemda (Pemilik RS) perlu ditelaah terlebih dahulu sebelum disepakati ditetapkan keberadaannya. Selanjutnya apakah fungsi, kegiatankegiatannya dapat digabung atau menjadi bagian unit kerja yang telah ada.

Setelah unit kerja dan sub unit kerja di RS telah ditetapkan, langkah selanjutnya adalah menetapkan kategori SDM sesuai kompetensi atau pendidikan untuk menjamin mutu, efisiensi dan akuntabilitas pelaksanaan kegiatan/pelayanan di tiap unit kerja RS. Data kepegawaian, standar profesi, standar pelayanan, fakta dan pengalaman yang dimiliki oleh penanggung jawab unit kerja adalah sangat membantu proses penetapan kategori SDM di tiap unit kerja di RS.

Untuk menghindari hambatan atau kesulitan perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan beban kerja, sebaiknya tidak menggunakan metode analisis jabatan untuk menetapkan kategori SDM sesuai kompetensi yang dipersyaratkan dalam melaksanakan suatu pekerjaan / kegiatan di tiap unit kerja RS.

**Tabel 2.2**  
**Unit Kerja Dan Kategori Sdm**

No	Unit Kerja	Sub Unit Kerja	Kategori SDM
A	Instalasi Rawat Jalan	Poli penyakit Dalam	1. Dr. Sp.PD
			2. Perawat
		Poli Kebidanan & Kandungan	1. Dr. Sp.OBG
			2. Bidan
		Poli Bedah	1. Dr. Sp.BU
			2. Perawat
B	Instalasi Rawat Inap	Rawat Inap Bedah	1. Dr. Sp.BU
			2. Dr. Sp. BO
			3. Dr. Sp. Anestesi
			4. Dokter (umum) plus
			5. Penata Anestesi
			6. Perawat

#### 2.2.4 Menyusun standar beban kerja

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 (rata-rata waktu)

dan waktu yang tersedia per-tahun yang dimiliki oleh masing-masing kategori tenaga.

Pelayanan kesehatan di RS bersifat individual, spesifik dan unik sesuai karakteristik pasien (umur, jenis kelamin), jenis dan berat ringannya penyakit, ada tidaknya komplikasi. Disamping itu harus mengacu pada standar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP) serta penggunaan teknologi kedokteran dan prasarana yang tersedia secara tepat guna. Oleh karena itu pelayanan kesehatan RS membutuhkan SDM yang memiliki berbagai jenis kompetensi, jumlah dan distribusinya tiap unit kerja sesuai beban kerja.

Data dan informasi yang dibutuhkan untuk menetapkan beban kerja masing-masing kategori SDM utamanya adalah sebagai berikut :

1. Kategori SDM yang bekerja pada tiap unit kerja RS sebagaimana hasil yang telah ditetapkan pada langkah kedua.
2. Standar profesi, standar pelayanan yang berlaku di RS.
3. Rata-rata waktu yang dibutuhkan oleh tiap kategori SDM untuk melaksanakan/menyelesaikan berbagai pelayanan RS.
4. Data dan informasi kegiatan pelayanan pada tiap unit kerja RS.

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

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

Kegiatan pokok adalah kumpulan berbagai jenis kegiatan sesuai standar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP) untuk menghasilkan pelayanan kesehatan/medik yang dilaksanakan oleh SDM kesehatan dengan kompetensi tertentu. Langkah selanjutnya untuk memudahkan dalam menetapkan beban kerja masing-masing kategori SDM, perlu disusun kegiatan pokok serta jenis kegiatan pelayanan, yang berkaitan langsung/ tidak langsung dengan pelayanan kesehatan perorangan.

### **Rata-Rata Waktu**

Rata-rata waktu adalah suatu waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan suatu kegiatan pokok, oleh masing-masing kategori SDM pada tiap unit kerja. Kebutuhan waktu untuk menyelesaikan kegiatan sangat bervariasi dan dipengaruhi standar pelayanan, standar operasional prosedur (SOP), sarana dan prasarana medik yang tersedia serta kompetensi SDM.

Rata-rata waktu ditetapkan berdasarkan pengamatan dan pengalaman selama bekerja dan kesepakatan bersama. Agar diperoleh data rata-rata waktu yang cukup akurat dan dapat dijadikan acuan, sebaiknya ditetapkan berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tiap kegiatan pokok oleh SDM yang memiliki kompetensi, kegiatan pelaksanaan standar pelayanan, standar operasional prosedur (SOP) dan memiliki etos kerja yang baik.

Secara bertahap RS dapat melakukan studi secara intensif untuk menyusun standar waktu yang dibutuhkan menyelesaikan tiap kegiatan oleh masing-masing kategori SDM.

### **Standar Beban kerja**

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.

Adapun rumus perhitungan standar beban kerja adalah sebagai berikut:

$$\text{Standart Beban Kerja} = \frac{\text{Waktu Kerja Tersedia}}{\text{Rata- rata waktu peraturan- kegiatan pokok}}$$

### **2.3.5 Menyusun standar kelonggaran**

Penyusunan standar kelonggaran tujuannya adalah diperolehnya faktor kelonggaran tiap kategori SDM meliputi jenis kegiatan dan kebutuhan waktu untuk menyelesaikan suatu kegiatan yang tidak terkait langsung atau dipengaruhi tinggi rendahnya kualitas atau jumlah kegiatan pokok/pelayanan.

Penyusunan faktor kelonggaran dapat dilaksanakan melalui pengamatan dan wawancara kepada tiap kategori tentang :

1. Kegiatan-kegiatan yang tidak terkait langsung dengan pelayanan pada pasien, misalnya ; rapat, penyusunan laporan kegiatan, menyusun kebutuhan obat/bahan habis pakai.
2. Frekuensi kegiatan dalam suatu hari, minggu, bulan
3. Waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan kegiatan

Selama pengumpulan data kegiatan penyusunan standar beban kerja, sebaiknya mulai dilakukan pencatatan tersendiri apabila ditemukan kegiatan yang tidak dapat dikelompokkan atau sulit dihitung beban kerjanya karena tidak/kurang berkaitan dengan pelayanan pada pasien untuk selanjutnya digunakan sebagai sumber data penyusunan faktor kelonggaran tiap kategori SDM.

Setelah faktor kelonggaran tiap kategori SDM diperoleh, langkah selanjutnya adalah menyusun Standar Kelonggaran dengan melakukan perhitungan berdasarkan rumus di bawah ini.

$$\text{Standart Kelonggaran} = \frac{\text{Rata- Rata Waktu Per-Faktor Kelonggaran}}{\dots}$$

### 2.3.6 Perhitungan kebutuhan tenaga per unit kerja

Perhitungan kebutuhan SDM per unit kerja tujuannya adalah diperolehnya jumlah dan jenis/kategori SDM per unit kerja sesuai beban kerja selama 1 tahun. Sumber data yang dibutuhkan untuk perhitungan kebutuhan SDM per unit kerja meliputi :

1. Data yang diperoleh dari langkah-langkah sebelumnya yaitu :
  - a) Waktu kerja tersedia
  - b) Standar beban kerja dan
  - c) Standar kelonggaran masing-masing kategori SDM
2. Kuantitas kegiatan pokok tiap unit kerja selama kurun waktu satu tahun.

#### **Kuantitas Kegiatan Pokok**

Kuantitas kegiatan pokok disusun berdasarkan berbagai data kegiatan pelayanan yang telah dilaksanakan di tiap unit kerja RS selama kurun waktu satu tahun. Kuantitas kegiatan pelayanan Instalasi Rawat Inap dapat diperoleh dari laporan kegiatan RS (SP2RS).

Pada umumnya data kegiatan rawat inap tersedia dan mudah diperoleh, namun apabila data hanya tersedia 7 bulan, maka data kuantitas kegiatan pokok 5 bulan berikutnya ditetapkan berdasarkan angka rata-rata kegiatan pokok selama 7 bulan (ekstrapolasi).

Untuk penyusunan kuantitas kegiatan pokok Instalasi Rawat Inap dibutuhkan data dasar sebagai berikut :

1. Jumlah tempat tidur
2. Jumlah pasien masuk/keluar dalam 1 tahun
3. Rata-rata sensus harian
4. Rata-rata lama pasien di rawat (LOS)

Berdasarkan data dasar tersebut dapat dihitung kuantitas kegiatan pokok di tiap Instalasi Rawat Inap dengan memperhatikan kebijakan operasional yang berkaitan dengan kategori SDM dan tanggung jawabnya dalam pemeriksaan pasien, tindakan medik rawat jalan, visite dan tindakan pada pasien rawat inap, misalnya :

1. Visite dilakukan oleh Dokter Spesialis bagi seluruh pasien atau hanya pasien baru (hari pertama) dan pasien pulang saja.
2. Tindakan kecil (sederhana, rendah resiko) dilakukan oleh Dokter Spesialis atau Dokter Umum dengan tambahan kompetensi dan kesenangan tertentu.

### **Kebutuhan SDM**

Data kegiatan Instalasi Rawat Jalan dan Rawat Inap yang telah diperoleh dan Standar Beban Kerja serta Standar Kelonggaran merupakan sumber data untuk perhitungan kebutuhan SDM di setiap instalasi dan unit kerja dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$\text{Kebutuhan SDM} = \frac{\text{Kuantitas Kegiatan Pokok}}{\text{Standart Beban Kerja}} + \text{Standart Kelonggaran}$$

Berdasarkan rumus perhitungan tersebut, kebutuhan SDM untuk tiap kegiatan pokok terlebih dahulu di jumlahkan sebelum di tambahkan dengan Standar Kelonggaran masing-masing kategori SDM.

## 2.3 Work Sampling

### 2.3.1 Pengertian

Menurut Barnes (1980) dalam Ahar (2008), *work sampling* adalah pengukuran kegiatan kerja dari karyawan secara pengamatan yang dicatat, dimana menetapkan jumlah sampel pengamatan kegiatan dilakukan secara acak atau random.

Menurut Niebel (1982) dalam Suharyono (2005) yang dikutip dari Azhar (2008), *work sampling* adalah suatu teknik untuk mengukur proporsi besaran masing- masing pola kegiatan dari total waktu kegiatan yang telah dilaksanakan dari suatu kelompok kerja atau unit kerja. Hasil pengukuran *work sampling* secara efektif dapat menetapkan besaran kelonggaran dari masing- masing pola kegiatan untuk membedakan pemanfaatan mesin atau sumber daya manusia, dan untuk menetapkan standar produksi.

Menurut Wangsaharja (1987) dalam Achmad (1998) yang dikutip dari Azhar (2008), *work sampling* adalah suatu pengamatan sesaat, berkala pada suatu sampel dari waktu kerja seseorang atau sekelompok pekerja. Secara khusus *work sampling* bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai alokasi waktu dari pelaksanaan berbagai tugas dan kegiatan seseorang atau sekelompok orang dalam menyelesaikan suatu pekerjaan dalam menjalankan peranan dan fungsinya.

*Work sampling* menurut Ilyas (2004), merupakan kegiatan pengukuran beban kerja melalui pengamatan aktivitas atau kegiatan yang dilaksanakan. Pada *work sampling* akan diperoleh informasi tentang :

1. Aktivitas yang sedang dilaksanakan oleh personel pada waktu jam kerja.
2. Apakah aktivitas yang dilaksanakan pada waktu kerja tersebut berkaitan dengan fungsi dan tugasnya.
3. Proporsi waktu kerja yang digunakan untuk aktivitas produktif atau tidak produktif.
4. Pola beban kerja personel yang berkaitan dengan waktu, dan pembagian jam kerja.

*Work sampling* mempunyai 3 manfaat yaitu: pertama, *activity and delay sampling*, dapat mengukur proporsi kegiatan kerja dan tidak bekerja dari tenaga



manusia atau mesin. Kedua, *performance sampling*, mengukur penggunaan waktu bekerja dan penggunaan waktu tidak bekerja dari karyawan berdasarkan uraian tugasnya, dan sekaligus mengukur produktivitasnya. Ketiga, *work measurement*, dapat mengukur efektivitas uraian pekerjaan tertentu, sehingga dapat menetapkan waktu untuk menyelesaikan suatu pekerjaan (Barnes, 1980).

### 2.3.2 Kelebihan dan Kekurangan Metode *Work Sampling*

Secara umum teknik yang digunakan dalam penelitian pengamatan kegiatan kerja seseorang atau sekelompok pekerja ada tiga macam teknik (Ilyas, 2004), yaitu: *time and motion study*, *work sampling*, dan *daily log*. Dari ketiga teknik tersebut, teknik *work sampling* paling banyak digunakan karena kelebihan dan kemudahan yang dimiliki oleh teknik ini, seperti:

1. Untuk nenerapa tenaga kerja yang sedang diamati cukup diperlukan satu orang tenaga pengamat, sedangkan pada teknik *time study* diperlukan satu orang pengamat untuk setiap tenaga yang diamati.
2. Tidak diperlukan tenaga pengamatan yang sangat terlatih atau sangat menguasai pekerjaannya di dalam teknik *work sampling*, karena yang diamati hanya aktivitasnya.
3. Teknik *work sampling* dapat dihentikan setiap saat tanpa berdampak buruk pada hasil penelitian.
4. Teknik *work sampling* kurang memberikan rasa bosan dan kelelahan bagi pengamat dibandingkan dengan pengamatan terus menerus pada teknik *time study*.

Adapun kekurangan dari teknik *work sampling* adalah sebagai berikut:

1. Tidak dapat memberikan informasi yang sangat lengkap terhadap rincian detil aktivitas tenaga yang diamati seperti pada teknik *time study*.
2. Dengan teknik *work sampling*, tenaga yang sedang diamati dapat saja bekerja lebih baik atau sesuai dengan uraian tugasnya pada saat sang pengamat hadir didekatnya, sehingga bisa terjadi bias terhadap wktivitas yang sesungguhnya.

### 2.3.3 Prosedur *Work Sampling*

Menurut Barnes (1980) dalam Azhar (2008), langkah- langkah berikut diperlukan pengamatan teknik *work sampling*, yaitu sebagai berikut:

1. Tentukan jenis personel yang akan diamati.
2. Tetapkan dan pilih tenaga pengamat yang akan diminta bantuannya untuk melaksanakan aktivitas pengamatan terhadap pekerja yang ada disuatu unit kerja, sebaiknya mempunyai latar belakang pendidikan yang sejenis dengan subjek yang akan diamati. Berikan penjelasan yang secukupnya tentang prosedur pengamatan dan pencatatan aktivitas pengamatan serta lakukan beberapa kali latihan aktivitas pengamatan. Jelaskan juga kepada seluruh anggota pekerja di unit yang akan diteliti tentang maksud aktivitas tersebut, dan pastikan sikap kerjasama mereka.
3. Buat rancangan penelitian; pertama, tetapkan besarnya sampel pengamatan. Kedua, pilih tenaga pengamatan. Ketiga, tetapkan lamanya hari pengamatan. Keempat, buat jadwal aktivitas pengamatan yang harus dilaksanakan oleh pengamat. Kelima, buat formulir pencatatan hasil pengamatan.
4. Lakukan satu atau dua hari untuk aktivitas percobaan penelitian.
5. Laksanakan aktivitas penelitian sesuai rancangan penelitian,
  - a) Catat setiap hasil pengamatan
  - b) Segera mengolah data yang dikumpulkan setiap hari,
  - c) Masukkan data kedalam grafik control setiap hari selesai penelitian.
6. Periksa akurasi data pada akhir penelitian.
7. Buat kesimpulan akhir hasil penelitian.

Menurut Ilyas (2004), aktivitas sumber daya manusia kesahatan dalam penggunaan waktu kerjanya dapat diamati dan dibedakan atas lima macam jenis aktivitas, yaitu:

1. Aktivitas langsung adalah aktivitas yang dilakukan berkaitan langsung dengan pasien, disini dicantumkan seluruh aktivitas yang mungkin dilaksanakan oleh tenaga tersebut.

2. Aktivitas tidak langsung adalah aktivitas yang dilakukan tidak terhadap pasien tetapi tetap ada kaitannya dengan pemeriksaan pasien diruangan.
3. Aktivitas pengembangan diri adalah seluruh aktivitas yang dilakukan oleh tenaga tersebut tidak berhubungan dengan pasien tetapi hal tersebut bermanfaat untuk unit kerja dan pengembangan pengetahuan pribadi si pekerja dalam rangka menjalankan tugasnya.
4. Aktivitas pribadi adalah aktivitas untuk kepentingan pribadinya seperti makan, minum, ke toilet dan shalat.
5. Aktivitas non produktif adalah seluruh aktivitas yang dilakukan oleh tenaga tersebut yang tidak bermanfaat kepada pasien, kepada unit satuan kerjanya maupun organisasinya, seperti membaca Koran, menonton televisi, mengobrol dan lain- lain.

Besaran satuan masing- masing pengamatan harus dapat ditetapkan pada awal rancangan penelitian. Biasanya ditetapkan dalam satuan menit, dimana jumlah frekuensi pengamatan dikalikan dengan besaran menit setiap kali pengamatan dilakukan. Misalkan pengamatan dilakukan setiap lima menit selama satu shift kerja yang tersedia, langkah selanjutnya jumlah kegiatan hasil pengamatan yang dicatat dikalikan dengan lima, akan didapatkan besaran waktu pelaksanaan kegiatan tersebut dalam satuan menit. Pengamatan pada teknik *work sampling* dilaksanakan selama jam kerja 8 jam perhari, dan apabila jenis tenaga yang diamati berfungsi selama 24 jam atau tiga *shift* kerja, maka pengamatan dilakukan sepanjang hari. Oleh Karen aitu, dibutuhkan beberapa orang pengamat untuk mengambil data pada tiga *shift* aktivitas yang dimaksud.

Pada *work sampling* yang diamati adalah pekerjaan yang sedang dilakukan oleh personel, informasi yang dibutuhkan oleh penelitian ini adalah waktu dan aktivitasnya, bukan identitas personelnnya (Ilyas, 2004). Pada *work sampling* orang yang diamati harus dilihat atau diamati dari kejauhan. Misalnya ketika sedang melayani pasien, aktivitas ini dapat digolongkan kegiatan produktif.

## 2.4 Pengukuran Kerja

Menurut ILO (*Internasional 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:

### 2.4.1 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 keterlambatan, 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 perhari dan 40 jam perminggu adalah 5 hari kerjadalam seminggu. Setiap melaksanakan pekerjaan 4 jam terus menerus pekerja mendapatkan waktu istirahat selama 30 menit. Ketentuan in telah ditetapkan oleh Pemerintah dalam Undang- Undang No. 13 tahun 2003 pasal 77.

### 2.4.2 Waktu Produktif

Waktu merupakan faktor utama dalam pncapaian organisasi. Semakin tinggi tingkat ketepatan waktu dan semakin efisien tingkat penggunaan waktu maka semakin berhasil suatu organisasi dalam menjalankan fungsinya.

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

1. Waktu produktif
  - a) 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 ini dapat dikemukakan namun dalam kenyataannya dilapangan hampir tidak pernah terjadi, bahkan diperlukan waktu tambahan.

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

## 2. Waktu kerja non produktif

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

- a) Kelemahan pimpinan dalam menjalankan fungsi manajemen seperti dalam perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan.
- b) Sikap pekerja yang kurang baik, tidak masuk kerja, terlambat datang, mengobrol, aktivitas 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 kelelahan dasar dan kelelahan 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 80% dari total waktu yang tersedia, karena tidak mungkin mengharapkan pekerja bekerja secara maksimum.

## 2.5 Rumah Sakit

Rumah sakit adalah sebuah institusi perawatan kesehatan profesional yang pelayanannya disediakan oleh dokter, perawat, dan tenaga ahli kesehatan lainnya. Definisi rumah sakit menurut Keputusan Menteri Republik Indonesia nomor 983.MENKES/SK/1992 mengenai pedoman rumah sakit umum dinyatakan bahwa Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialisik dan pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan.

Sementara itu menurut WHO (1957) dalam Widyorini (1998) menyatakan bahwa *The hospital is an integral part of social and medical organization, the function of which is to provide for the population complete health care both curative and whose outpatient service reach out to the family and as home environment, the hospital is also a center for the training of health workers and for bio social research.* Definisi menurut di WHO menyebutkan bahwa rumah sakit oleh WHO (1957) diberikan batasan yaitu suatu bahagian menyeluruh dari organisasi dan medis, berfungsi memberikan pelayanan kesehatan lengkap kepada masyarakat baik kuratif maupun rehabilitatif, dimana output layanannya menjangkau pelayanan keluarga dan lingkungan, rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan tenaga kesehatan serta untuk penelitian biososial.

Sementara itu menurut Siregar (2003) menyatakan bahwa rumah sakit adalah suatu organisasi yang kompleks, menggunakan gabungan ilmiah khusus dan rumit, dan difungsikan oleh berbagai kesatuan personel terlatih dan terdidik dalam menghadapi dan menangani masalah medik modern, yang semuanya terikat bersama-sama dalam maksud yang sama, untuk pemulihan dan pemeliharaan kesehatan yang baik.

### **2.5.1 Pelayanan Rawat Inap**

Rawat inap (*opname*) adalah istilah yang berarti proses perawatan pasien oleh tenaga kesehatan profesional akibat penyakit tertentu, di mana pasien diinapkan di suatu ruangan di rumah sakit . Ruang rawat inap adalah ruang tempat pasien dirawat. Ruangan ini dulunya sering hanya berupa bangsal yang dihuni oleh banyak orang sekaligus. Saat ini, ruang rawat inap di banyak rumah sakit sudah sangat mirip dengan kamar-kamar hotel. Pasien yang berobat jalan di Unit Rawat Jalan, akan mendapatkan surat rawat dari dokter yang merawatnya, bila pasien tersebut memerlukan perawatan di dalam rumah sakit, atau menginap di rumah sakit

Rawat inap adalah pemeliharaan kesehatan Rumah Sakit dimana penderita tinggal/mondok sedikitnya satu hari berdasarkan rujukan dari Pelaksana Pelayanan Kesehatan atau Rumah Sakit Pelaksana Pelayanan Kesehatan lain. Rawat inap adalah pemeliharaan kesehatan Rumah Sakit di mana penderita tinggal/mondok sedikitnya satu hari berdasarkan rujukan dari Pelaksana. Rawat Inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit pemerintah dan swasta, serta puskesmas perawatan dan rumah bersalin, yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap.

Rawat inap adalah pelayanan pengobatan kepada penderita di suatu fasilitas pelayanan kesehatan yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap di fasilitas kesehatan tersebut. Yang dimaksud dengan penderita adalah seseorang yang mengalami / menderita sakit atau mengidap suatu penyakit. Yang dimaksud dengan fasilitas pelayanan kesehatan adalah Rumah Sakit baik milik pemerintah maupun swasta dan Puskesmas Perawatan.

### 2.5.2 Indikator Dalam Rawat Inap

Indikator-indikator pelayanan rumah sakit dapat dipakai untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Indikator-indikator berikut bersumber dari sensus harian rawat inap :

1. BOR (*Bed Occupancy Ratio* = Angka penggunaan tempat tidur)

BOR menurut Huffman (1994) adalah “*the ratio of patient service days to inpatient bed count days in a period under consideration*”. Sedangkan menurut Depkes RI (2005), BOR adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60-85% (Depkes RI, 2005).

Rumus:

BOR = (Jumlah hari perawatan rumah sakit / (Jumlah tempat tidur X Jumlah hari dalam satu periode)) X 100%

2. AVLOS (*Average Length of Stay* = Rata-rata lamanya pasien dirawat)  
 AVLOS menurut Huffman (1994) adalah “*The average hospitalization stay of inpatient discharged during the period under consideration*”.  
 AVLOS menurut Depkes RI (2005) adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut. Secara umum nilai AVLOS yang ideal antara 6-9 hari (Depkes, 2005).

Rumus:

$$\text{AVLOS} = \text{Jumlah lama dirawat} / \text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}$$

3. TOI (*Turn Over Interval* = Tenggang perputaran)

TOI menurut Depkes RI (2005) adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari.

Rumus:

$$\text{TOI} = ((\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{Periode}) - \text{Hari perawatan}) / \text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}$$

4. BTO (*Bed Turn Over* = Angka perputaran tempat tidur)

BTO menurut Huffman (1994) adalah “*...the net effect of changed in occupancy rate and length of stay*”. BTO menurut Depkes RI (2005) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu. Idealnya dalam satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali.

Rumus:

$$\text{BTO} = \text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)} / \text{Jumlah tempat tidur}$$

5. NDR (*Net Death Rate*)

NDR menurut Depkes RI (2005) adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit.



Rumus:

$$\text{NDR} = (\text{Jumlah pasien mati} > 48 \text{ jam} / \text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}) \times 1000 \%$$

#### 6. GDR (*Gross Death Rate*)

GDR menurut Depkes RI (2005) adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar.

Rumus:

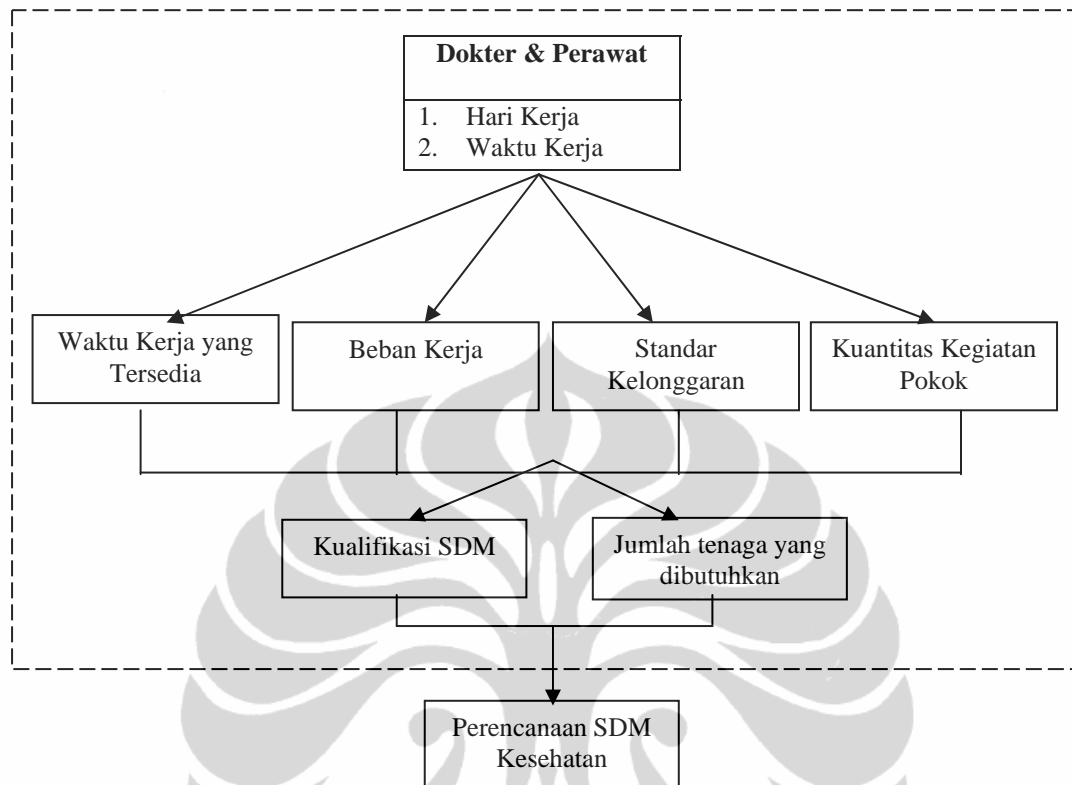
$$\text{GDR} = (\text{Jumlah pasien mati seluruhnya} / \text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}) \times 1000 \%$$

## 2.6 Kerangka Teori

Tenaga medis merupakan SDM yang memerlukan perhatian lebih untuk di kelolah. Karena perencanaannya tidak dapat dilakukan dalam waktu yang singkat. Serta dalam penentuan jumlah tenaga yang dibutuhkan, juga perlu ketelitian dan analisis agar tidak terjadi pekerjaan yang *overload* atau kelebihan tenaga yang mengakibatkan banyaknya waktu yang tidak produktif selama bekerja. Sehingga keefektifan dan keefesienan jumlah tenaga mesti diperhitungkan.

Oleh karena itu, fokus sampel pada penelitian ini adalah sumber daya manusia yang berprofesi sebagai dokter dan perawat di pelayanan rawat inap RSUD Bangkinang. Penelitian ini ditujukan untuk menganalisis kebutuhan tenaga medis dengan menggunakan metode *WISN* maka diperlukan data mengenai hari dan waktu kerja sampel. Dimana nantinya akan digunakan untuk perhitungan beban kerja dan waktu kerja yang tersedia dalam rentang waktu setahun, kemudian nantinya akan didapatkan standar kelonggaran dan jumlah kegiatan pokok yang dilakukan oleh sampel dalam penelitian ini serta dilengkapi dengan kualifikasi dokter dan perawat yang dibutuhkan untuk menjalankan jabatan yang telah disediakan. Dengan di data- data diatas, maka akan didapatkan output, yakni jumlah tenaga medis yang dibutuhkan dalam menjalankan pelayanan di pelayanan rawat inap di RSUD Bangkinang. Seperti yang terlihat pada gambar berikut ini:

Gambar 2.1 Kerangka Teori Analisis Kebutuhan Dokter dan perawat di RSUD Bangkinang



### 2.7 Definisi operasional

Pengertian dari masing-masing variabel yang menjadi sampel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Table 2.3  
Defenisi Operasional

No	Variabel	Defenisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur
1	Dokter	Seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan formal kedokteran dan keahlian profesi	Data Tenaga	Telaah Dokumen	Tenaga dokter pada unit pelayanan rawat inap
2	Perawat	Seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan formal keperawatan	Data Tenaga	Telaah Dokumen	Tenaga perawat pada unit pelayanan rawat inap
3	Hari Kerja	Waktu yang digunakan untuk bekerja dalam hitungan hari	Data dari Unit ADM Kepegawaian	Telaah dokumen	Jumlah hari yang disediakan untuk bekerja bagi dokter dan perawat
4	Waktu Kerja	Waktu yang digunakan selama bekerja dalam satuan jam	Data dari Unit ADM Kepegawaian	Telaah dokumen dan observasi	Satuan waktu yang disediakan untuk bekerja bagi dokter dan perawat dalam satu shift atau satu hari kerja
5	Waktu Kerja yang Tersedia	Jumlah hari yang digunakan untuk bekerja dalam 1 tahun	Data dari Unit ADM Kepegawaian	Telaah dokumen	Jumlah waktu yang disediakan untuk bekerja bagi dokter dan perawat
6	Beban Kerja	Sejumlah pekerjaan atau target yang harus di capai dalam kurun waktu tertentu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulir Pengamatan</li> <li>• Stopwatch</li> </ul>	Observasi	Lama waktu yang disediakan untuk bekerja bagi dokter dan perawat
7	Standar Kelonggaran	Ketentuan kelonggaran yang digunakan oleh pekerja untuk melakukan kegiatan lainnya yang tidak terkait dengan pekerjaan	Dokumen absensi dan jadwal rapat RS	Telaah dokumen	Jumlah kegiatan yang tidak dapat dikelompokkan atau sulit dihitung beban kerjanya karena tidak/kurang berkaitan dengan pelayanan pada pasien

No	Variabel	Defenisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur
8	Kuantitas Kegiatan Pokok	Jumlah kegiatan pokok yang ditugaskan kepada seorang pekerja	Data kegiatan pelayanan dalam waktu 1 tahun	Telaah dokumen	Informasi tentang pemeriksaan pasien, tindakan medik rawat jalan, visite dan tindakan pada pasien rawat inap.
9	Jumlah Tenaga yang dibutuhkan	Banyaknya tenaga yang dibutuhkan dalam formasi suatu unit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data kegiatan unit</li> <li>• Standar beban kerja</li> <li>• Standar kelonggaran</li> </ul>	Telaah dokumen & perhitungan WISN	Jumlah SDM yang dibutuhkan
10	Kualifikasi SDM	Spesifikasi atau persyaratan tenaga yang dibutuhkan dalam penentuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda</li> <li>• Pedoman wawancara</li> </ul>	FGD & Telaah dokumen	Kualifikasi SDM yang dibutuhkan

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Jenis Penelitian**

Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian deskriptif kualitatif dengan menggunakan metode *work sampling*, dimana seluruh aktivitas dokter dan perawat yang bertugas di pelayanan rawat inap RSUD Bangkinang sebagai responden yang akan diamati dan diteliti setiap waktu 10 menit selama tujuh hari.

Nantinya penelitian akan ini bertujuan untuk mengetahui jumlah optimal tenaga dokter dan perawat yang bertugas di pelayanan rawat inap RSUD Bnagkinang yang akan diteliti sesuai dengan kegiatan sebenarnya berdasarkan kapasitas kerja masing- masing serta kualifikasi dari sampel yang di teliti. Perhitungan kebutuhan tenaga medis ini menggunakan metode *WISN* ( *Workload Indicator Staff Needs* ).

#### **3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Bangkinang Kabupaten Kampar, Riau. Lokasi penelitian dilakukan pada unit pelayanan rawat inap dengan responden dokter dan perawat yang sedang bertugas dan akan dilakukan selama tujuh hari, terhitung mulai tanggal 20 September sampai dengan 26 September tahun 2010.

#### **3.3 Informan Penelitian**

Responden dalam penelitian ini adalah seluruh dokter dan perawat yang bertugas pada unit pelayanan rawat inap RSUD Bangkinang. Sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah seluruh aktifitas yang dilakukan oleh dokter dan perawat terhadap produksi layanan saat jam kerja di RSUD Bangkinang.

Penelitian ini juga dilengkapi oleh informan yang memberikan informasi untuk mendukung hasil penelitian. Pemilihan informan di dasarkan pada *appropriateness* dan *adequate*. Yakni pada ketepatan sumber pemberi informasi sesuai dengan syarat- syarat yang disesuaikan dengan unsur dalam penelitian ini. Terdiri dari data ketenagaan, pengelolaan SDM, perekrutan SDM, kegiatan

sampel selama bertugas, serta tanggapan atas kinerja dan motivasi SDM. Oleh karena itu, sumber informan dalam penelitian ini adalah:

- a) Kepala Bagian Umum
- b) Komite medis
- c) Komite Keperawatan
- d) Dokter pelayanan rawat inap
- e) Perawat pelayanan rawat inap

### 3.4 Instrument Penelitian

Dalam pelaksanaan penelitian ini instrument yang digunakan adalah:

1. Formulir pengamatan *work sampling* aktifitas dokter dan perawat pelayanan rawat inap yang dikelompokkan menjadi empat aktivitas :
  - 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 pribadi adalah segala aktivitas yang dilaksanakan dokter untuk melakukan kepentingannya sendiri dan tidak berhubungan dengan pekerjaannya sebagai dokter spesialis dan juga tidak bermanfaat terhadap kinerja di RSUD Bangkinang.
  - d) Aktivitas non produktif tetapi berhubungan dengan pihak lain, yaitu aktivitas yang dilaksanakan dokter untuk kepentingannya sendiri yang berhubungan dengan orang lain/ tidak melakukan kegiatan pelayanan.
2. Pedoman wawancara

No	Informan	Informasi yang diperoleh
1	Kepala Bagian Umum	Tanggapan mengenai kinerja SDM dan Data ketenagaan, profil RS
2	Komite Medis	Kualifikasi Dokter
3	Komite Keperawatan	Kualifikasi Perawat
4	Dokter pelayanan rawat inap	Kegiatan selama bertugas
5	Perawat pelayanan rawat inap	Kegiatan selama bertugas

3. Data Sekunder
  - a) Peraturan Daerah tentang penyelenggaraan Rumah Sakit
  - b) Profil Rumah Sakit 2008
  - c) Profil Rumah Sakit 2009
  - d) Dokumen Kinerja Rumah Sakit 2009
  - e) SOP Rumah Sakit
  - f) SOP Dokter Unit Rawat Inap
  - g) SOP perawat Unit Rawat Inap

### **3.5 Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dibagi menjadi dua, yaitu:

#### **3.5.1 Data Primer**

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

Pada metode *work sampling*, pengumpulan data akan dilakukan dalam 3 shift. Lama pengamatan dilakukan selama 24 jam. Pengamatan dilakukan setiap hari pada jam kerja/ pelayanan dan dicatat di formulir pengamatan *work sampling*. Pencatatan dan pengamatan dilakukan oleh 3 pengamat yang bertugas sebagai kepala ruang perawatan dan ketua tim tiap *shift* masing- masing ruang perawatan.

Penelitian ini dilakukan selama 2 bulan, September hingga Oktober 2010 di RSUD Bangkinang pada unit rawat inap. Hasil pengamatan dikelompokkan menjadi aktivitas produktif (terdiri dari aktivitas langsung dan aktivitas tidak langsung) dan aktivitas non produktif (aktivitas pribadi dan aktivitas hubungan dengan orang lain).

Penentuan kualifikasi dokter dan perawat akan ditentukan secara bersama-sama melalui diskusi dengan pejabat rumah sakit dalam *Focus Group Discussion* (FGD) dan mendengarkan pendapat pakar mengenai hasil diskusi yang telah diperoleh.

#### **3.5.2 Data Sekunder**

Data Sekunder diperoleh melalui data yang berasal dari hasil laporan bulanan pelayanan, data kepegawaian, laporan tahunan serta dari profil RSUD Bangkinang.

### 3.6 Tahapan Analisis Data

Tahapan analisis data pada penelitian ini terdiri dari beberapa urutan sebagai berikut:

1. Menghitung proporsi aktivitas produktif
  - a) Aktivitas personel dari hasil formulir pengamatan dan pencatatan aktivitas tenaga dokter, data dikelompokkan menjadi aktivitas produktif yang terdiri dari aktivitas langsung, aktivitas tidak langsung, aktivitas pribadi, serta aktivitas non produktif.
  - b) Persentase setiap kelompok aktivitas dijadikan dalam bentuk tabel
  - c) Dilakukan perhitungan proporsi aktivitas produktif perhari.
2. Menghitung jumlah kebutuhan tenaga dokter dan perawat di RSUD Bangkinang, hasil pengamatan akan dilakukan dengan menggunakan metode *work sampling* untuk dijadikan dasar perhitungan *WISN* (*Workload Indicator Staff Need*), yaitu prosedur menghitung jumlah kebutuhan tenaga dokter berdasarkan indikator beban kerja (Depkes, 2004).
3. Melaksanakan *Focus Group Discussion* (FGD) dengan pejabat rumah sakit dan perwakilan dari sampel penelitian (dokter dan perawat)
4. Mendengarkan pendapat pakar
5. Penyampaian *output* dari penelitian



Secara umum dapat dilihat pada gambar dibawah:

Gambar 3.1 Tahapan Analisis Penelitian



### 3.7 Pengolahan Data

Pengolahan data pada penelitian ini dilakukan dengan urutan sebagai berikut:

1. Penyunting data

Dilakukan setiap selesai pengamatan, untuk memeriksa jika ada kesalahan, kekuranglengkapan, dan ketidakkonsistenan data pengamatan.

2. Pengelompokan data

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

3. Memasukkan data (*entry*)

Seluruh data dari lembar pengamatan dipindahkan ke dalam perhitungan *WISN*, selanjutnya dilakukan pengolahan.

4. Membersihkan data

Dilakukan bila ada kesalahan dalam memasukkan data

## 5. Menyajikan data

### 3.8 Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini dilakukan untuk menghitung kebutuhan tenaga dokter dan perawat dengan menggunakan pedoman dari Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 81/MENKES/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Di Tingkat Propinsi, Kabupaten/ Kota, Serta Rumah Sakit yang meliputi penetapan waktu kerja yang tersedia, penetapan unit kerja dan kategori SDM, menyusun standar beban kerja, menyusun standar keloanggaran, dan menghitung kebutuhan tenaga SDM.



## **BAB IV**

### **PROFIL RSUD BANGKINANG**

#### **4.1 Gambaran Umum RSUD Bangkinang**

Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang adalah rumah sakit pemerintah daerah Kabupaten Kampar yang berdiri sejak pemerintahan Hindia Belanda dan diresmikan menjadi rumah sakit milik pemerintah pada tahun 1979, memiliki letak yang strategis dipinggir jalan raya Riau-Sumatera Barat dan Sumatera Utara. Sejak tahun 1981 RSUD Bangkinang hanya tergolong rumah sakit tipe D, dan pada tanggal 5 Juni 1996 dikembangkan menjadi RSUD tipe C.

RSUD Bangkinang terletak di Jln. A. Rahman Saleh Kecamatan Bangkinang. Berada dekat dengan jalan poros utama yang menghubungkan ke arah Sumatra Barat maupun daerah Riau lain seperti Duri atau Dumai. Letak RSUD Bangkinang juga berdekatan dengan negara jiran Malaysia.

Luas lahan yang tercatat saat ini lebih kurang 4,2 ha, sedangkan area pengembangan masih berupa tanah kosong dengan luas 2 ha, dimana pada lahan tersebut mempunyai kemiringan lereng yang bervariasi dan berbukit.

Walaupun rumah sakit bukan merupakan sumber PAD menurut Kementerian Kesehatan tetapi di Kabupaten Kampar sampai saat ini RSUD Bangkinang masih tetap diberikan beban oleh Pemerintah Daerah untuk dapat memberikan kontribusi bagi peningkatan PAD Kabupaten Kampar.

Adapun visi yang diemban oleh RSUD Bangkinang adalah terwujudnya pelayanan kesehatan paripurna yang bermutu dan terjangkau dalam lingkungan masyarakat yang berbudaya, sejahtera dan agamis. Sedangkan misi yang dirumuskan adalah:

1. Melaksanakan pelayanan medis dan keperawatan yang prima dan terjangkau dengan tidak mengabaikan pelayanan terhadap masyarakat miskin sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Menyelenggarakan manajemen rumah sakit yang responsif, akuntabel, transparan dan partisipatif.
3. Melaksanakan pengembangan dan peningkatan sarana dan prasarana medis dan non medis serta sumber daya manusia yang handal dan mampu

menguasai Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kedokteran (IPTEKDOK) berdasarkan iman dan Taqwa (IMTAQ).

4. Menciptakan suasana kerja yang kondusif, harmonis dan menyenangkan serta meningkatkan kesejahteraan pegawai.
5. Berperan aktif dalam pendidikan bagi tenaga kesehatan dan institusi lainnya.
6. Menjadikan segala bentuk kegiatan dilingkungan rumah sakit bernuansa agamis.

#### **4.2 Tugas Pokok dan Fungsi**

Berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Kampar nomor: 06 tahun 2008, tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang Kabupaten Kampar. Tugas pokok dan fungsi rumah sakit adalah sebagai berikut:

##### **A. Tugas Pokok**

- a. Melakukan upaya kesehatan secara berdaya guna dan hasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu, dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.
- b. Melaksanakan sebagian urusan Rumah Tangga Daerah dalam rangka operasional pelayanan kesehatan, pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

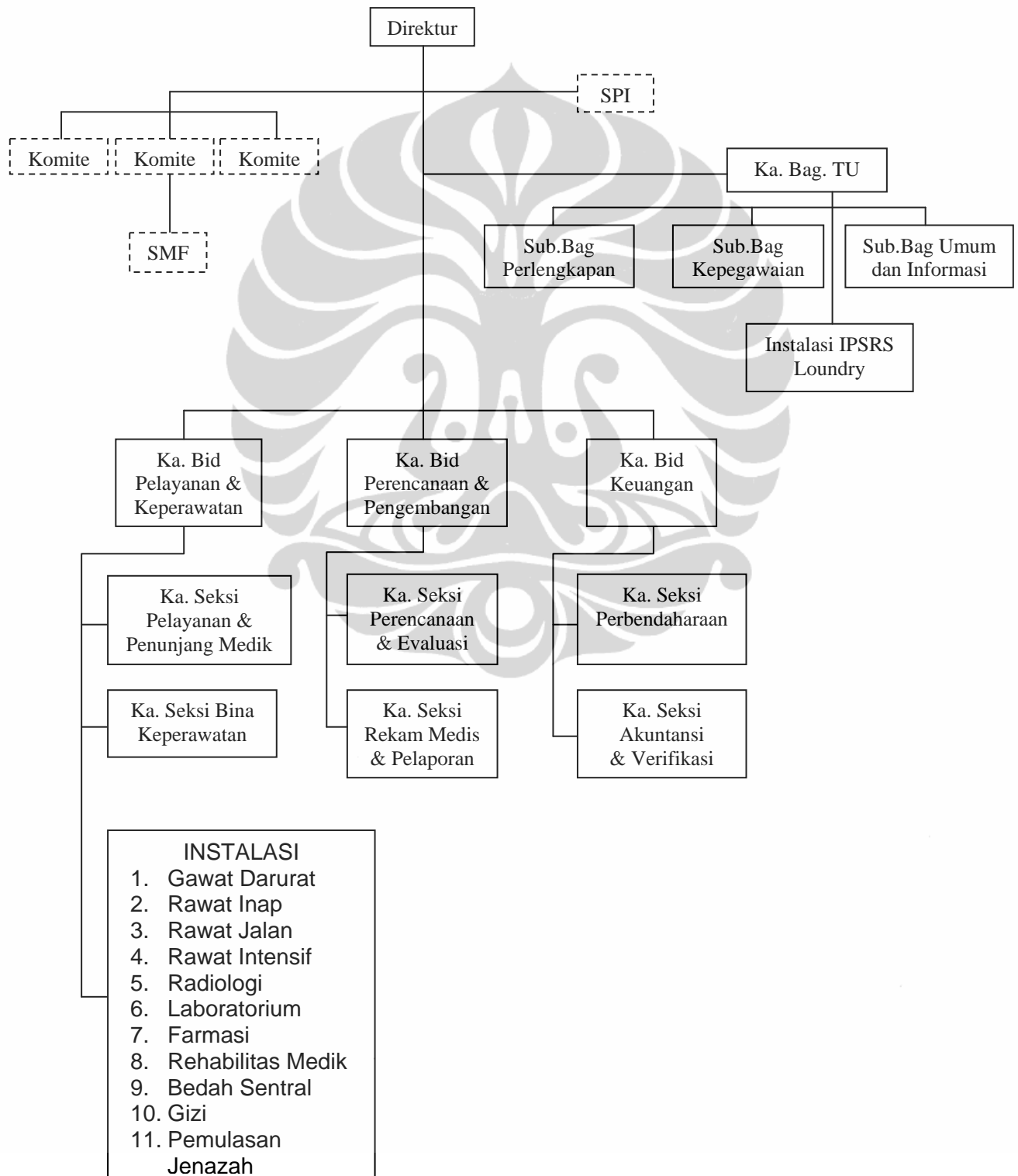
##### **B. Fungsi**

- a. Menyelenggarakan pelayanan medis.
- b. Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis
- c. Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan
- d. Menyelenggarakan pelayanan rujukan
- e. Melaksanakan peningkatan kemampuan SDM para medis dan manajemen rumah sakit.
- f. Menyelenggarakan penelitian khusus bidang medis
- g. Melakukan pengolahan administrasi umum dalam bidang ketatausahaan, kepegawaian, keuangan dan perencanaan & pengembangan.

### 4.3 Struktur Organisasi RSUD Bangkinang

Berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Kampar Nomor 06 tahun 2008 tentang Organisasi dan tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kampar, maka susunan truktur organisasi yang ada di RSUD Bangkinang adalah sebagai berikut:

Gambar 4.1. Struktur Organisasi RSUD Bangkinang



#### 4.4 Tujuan dan sasaran RSUD Bangkinang

Adapun tujuan yang ingin dicapai oleh rumah sakit umum Bangkinang adalah:

1. Meningkatkan dan mengembangkan system pelayanan kesehatan dan rujukan melalui pemberdayaan sumber daya rumah sakit secara optimal dengan tetap memperhatikan pasien dari keluarga miskin.
2. Meningkatkan kualitas SDM dan kesejahteraan pegawai.
3. Meningkatkan dan mengembangkan system manajemen rumah sakit yang responsif, akuntabilitas, transparansi, partisipatif dan professional.
4. Meningkatkan peralatan medis, penunjang medis, sarana dan prasarana rumah sakit.
5. Mengoptimalkan pelayanan sebagai institusi yang menyediakan sarana dan prasarana sebagai tempat pendidikan dan lahan praktek.

Sedangkan sasaran merupakan penjabaran lebih lanjut dari tujuan- tujuan yang telah ditetapkan yang bersifat spesifik dan terukur. Dapat dilihat pada tabel berikut:

No	Sasaran	Indikator	Ket
1	Meningkatnya pelayanan medis	a. Jumlah kunjungan pasien rawat jalan dan rawat inap. b. Jumlah BOR meningkat. c. Penambahan dokter spesialis (anestesi, radiologi, patologi, dan neurologi) d. Untuk dokter spesialis 4 besar (penyakit dalam, anak, bedah dan kebidanan) menjadi 2 orang. e. Jumlah dan kualitas obat- obatan. f. Jumlah dan kualitas barang habis pakai.	
2	Meningkatnya pelayanan penunjang medis	a. Jumlah kunjungan pasien radiologi b. Jumlah kunjungan pasien laboratorium c. Jumlah kunjungan pasien fisioterapi	
3	Meningkatnya pelayanan administrasi umum	Pengadaan peralatan administrasi umum dan keuangan	
4	Meningkatnya kemampuan SDM	Persentase jumlah pegawai yang mengikuti pendidikan, pelatihan dan kursus- kursus.	
5	Terwujudnya system amanajemen rumah sakit secara terpadu, efektif, efisien dan otonom	a. Terakreditasinya pelayanan RSUD Bangkinang. b. Terwujudnya rumah sakit menjadi Badan Layanan Umum (BLU) c. Pengisian SOT baru sesuai PERDA	

No	Sasaran	Indikator	Ket
6	Meningkatkan kesejahteraan pegawai	a. Insentif pegawai RSUD Bangkinang oleh PEMDA b. Revisi Perda tariff (jasa medis)	
7	Meningkatkan sarana dan prasarana pelayanan.	a. Mengembangkan dan membangun rumah sakit menjadi minimal 200 tempat tidur. b. Jumlah perbaikan/ penambahan peralatan medis dan penunjang medis. c. Jumlah perbaikan/ penambahan gedung pelayanan.	

#### 4.5 Kondisi Lahan

- a. Bangunan Utama (2lt). Berfungsi sebagai kantor dan Administrasi manajemen dan juga sebagai Poliklinik dengan kondisi cukup baik dan berada di gerbang masuk.
- b. Bangunan UGD. Termasuk bangunan yang memadai baik luas atau keadaan fisiknya. Namun demikian perletakannya terhalang sehingga tidak dilihat oleh pengunjung.
- c. Bangunan Penunjang Medik:
  - a). Bangunan rawat inap penyakit dalam, kebidanan adalah bangunan lama, dimana dinding sudah banyak yang rusak, sedangkan drainase kamar mandi / WC banyak yang rusak dan tidak mungkin untuk direnovasi.
  - b). Bangunan dapur, londry, laboratorium, kamar mayat saat ini sangat tidak memadai, baik dari struktur bangunan maupun tata ruang.
  - c). Ruangan VIP belum mencerminkan sebuah ruangan VIP oleh karena lokasi yang terjepit diantara dapur dan kamar operasi disamping sistem drainase WC yang tidak baik.
  - d). Ada lahan kosong sekitar  $\pm 1,5$  Ha yang saat ini belum dimanfaatkan, yang direncanakan perluasan rumah sakit.

#### 4.6 Indikator Rumah Sakit

Berdasarkan data yang diperoleh dari rekam medik RSUD Bangkinang, data yang menjadi indikator dalam pelayanan adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1  
Indikator Kegiatan RSUD Bangkinang  
Tahun 2007- 2009

No	Poliklinik	2007	2008	2009
1	Jumlah Tempat Tidur (TT)	95	95	95
2	Angka pemanfaatan tempat tidur (BOR)%	61	55	54
3	Angka kematian bersih (NDR)%	23	22	18
4	Rata- rata lama hari rawat (LOS)	4	4	4
5	Selang penggantian (TOI)	3	3	3
6	Rata- rata pemakaian 1 TT	51	54	54
7	Angka kematian kasar (GDR)	54	57	56
8	Rata- rata pasien UGD perhari	20	21	24

#### 4.7 Pelayanan Rawat Inap

Sesuai dengan pemilihan lokasi penelitian yang dilakukan pada unit rawat inap, maka berikut data unit yang diperoleh serta indikator pada rawat inap RSUD Bangkinang dalam 3 tahun terakhir.

Tabel 4.2  
Jumlah pasien Rawat Inap RSUD Bangkinang  
Tahun 2007- 2009

No	Ruang Perawatan	2007	2008	2009
1	Penyakit Dalam	1225	1293	1242
2	Bedah	758	746	627
3	Anak	743	860	896
4	Kebidanan & Kandungan	560	502	642
5	Perinatologi	295	292	225
6	Paviliun VIP	886	989	982
7	ICU	126	151	132
8	THT	60	45	43
9	Mata	149	148	98
10	Bayi rawat tabung	65	104	259
<b>Jumlah</b>		<b>4867</b>	<b>5130</b>	<b>5146</b>

Sedangkan indikator dari pelayanan rawat inap di RSUD Bangkinang dalam tiap- tiap ruangan dapat dilihat pada tabel berikut:



Tabel 4.3  
Indikator Pelayanan Ruang Rawat Inap  
RSUD Bangkinang Tahun 2009

Data Rawat Inap	Ruang Perawatan						
	Keb & Kndgn	Anak	P.Dalam	Bedah	VIP	ICU	Perina
Jumlah TT	15	20	21	17	11	3	8
Pasien masuk rawat inap/tahun	639	884	1229	752	971	130	223
Rata- rata pasien perhari	2	2	3	2	3	0	1
Rata- rata lama hari rawat/ LOS	5	5	5	5	5	5	5
Rata-Rata TT terpakai (BOR)	33	40	66	52	81	51	49
Selang penggantian (TOI)	6	5	2	4	1	4	7

Berdasarkan data yang diperoleh, didapat jumlah penyakit yang termasuk dalam daftar 10 penyakit terbanyak sepanjang tahun 2009, sebagai berikut:

Tabel 4.4  
Data 10 Penyakit Terbanyak Rawat Inap  
RSUD Bangkinang Tahun 2009

No	Nama Penyakit	Kode ICD X	Jumlah	%
1	Gastritis	K29.7	436	9,47
2	Diare	A.09	432	9,38
3	Thypoid	A01.0	272	5,91
4	Kejang Demam	R.50	156	3,39
5	Pneumonia	J18.9	148	3,21
6	Tuberculosis	A15.0	144	3,13
7	Asphyxia	P21.9	108	2,34
8	Stroke Non Haemorrhage	I.64	104	2,26
9	Bronchitis (dewasa)	J.40	66	1,43
10	Appendik	K.37	64	1,39

Dan jumlah tenaga medis yang bertugas di unit rawat inap pada 7 ruang perawatan yang tersedia adalah:

Tabel 4.4  
Jumlah tenaga medis dan Non medis di unit rawat inap  
RSUD Bangkinang tahun 2009

No	Ruang Perawatan	Jenis tenaga	Jumlah
1	Anak	Dokter	1
		Perawat	13
2	Kandungan dan kebidanan	Dokter	3
		Perawat	17

No	Ruang Perawatan	Jenis tenaga	Jumlah
3	Penyakit Dalam	Dokter	1
		Perawat	15
4	Bedah	Dokter	3
		Perawat	14
5	ICU	Dokter	
		Perawat	13
6	Paviliun VIP	Dokter	1
		Perawat	14
7	Perinatologi	Dokter	1
		Perawat	14



## BAB V

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1 Hasil Perhitungan WISN

Setelah dilakukannya penelirian dengan menggunakan formulir *work sampling* dan pembacaran literatur yang menjadi sumber nformasi dalam penelitian ini, maka didapat hasil perhitungan jumlah SDM yang berprofesi sebagai tenaga dokter dan perawat di unit ruang perawatan inap RSUD Bangkinag sebagai berikut:

##### 5.1.1 Penetapan Waktu Kerja Tersedia

Menetapkan waktu kerja tersedia tujuannya adalah diperolehnya waktu kerja tersedia masing-masing kategori SDM yang bekerja di Rumah Sakit selama kurun waktu satu tahun. Data yang dibutuhkan untuk menetapkan waktu kerja tersedia adalah sebagai berikut :

1. Berdasarkan daftar absensi yang diperoleh oleh peneliti dari RSUD Bangkinang adalah 173 hari yang merupakan jumlah total hari selama 7 bulan. Terhitung dari bulan Januari hingga Juli 2010. (A)
2. Sesuai ketentuan Pemda Kampar setiap pegawai memiliki hak cuti selama 7 hari kerja setiap tahun. (B)
3. Berdasarkan daftar absensi yang diperoleh didapati adanya jadwal pelatihan dan diklat bagi tenaga dokter dan perawat yang disediakan oleh pihak RSUD selama 7 bulan awal di tahun 2010. Bagi perawat terdapat 88 hari sedangkan dokter 30 hari. (C)
4. Hari Libur Nasional, berdasarkan Keputusan Bersama Menteri Terkait tentang Hari Libur Nasional dan Cuti Bersama, terhitung bulan Januari hingga Juli tahun 2010 ditetapkan 8 hari kerja. (D)
5. Dari daftar absen yang diperoleh data rata-rata ketidakhadiran, untuk perawat 39 hari kerja dan dokter 2 hari kerja (selama kurun waktu 7 bulan di awal tahun 2010) karena alasan sakit, tidak masuk dengan atau tanpa pemberitahuan/ijin. Secara rinci akan di jabarkan dalam tabel dibawah. (E)
6. Sesuai ketentuan yang berlaku di RSUD Bangkinang yang didasarkan pada Peraturan Daerah (Pemda) Kampar maka ditetapkan waktu kerja

untuk pelayanan rawat inap adalah 24 jam yang terdiri dari 3 *shift* ( 6 jam untuk pagi dan siang, 12 jam untuk *shift* malam). (F)

Berdasarkan data tersebut selanjutnya dilakukan perhitungan untuk menetapkan waktu tersedia dengan rumus sebagai berikut :

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

Keterangan :

A = Hari Kerja

D = Hari Libur Nasional

B = Cuti Tahunan

E = Ketidakhadiran Kerja

C = Pendidikan dan Pelatihan

F = Waktu Kerja

Secara rinci, akan dilakukan perhitungan berdasarkan ruang perawatan yang ada di pelayanan rawat inap RSUD Bangkinang seperti berikut:

#### A. Perawatan Kebidanan dan Kandungan

Waktu kerja tersedia untuk kategori tenaga Perawat di perawatan kebidanan dan kandungan adalah 1,944 jam/tahun, atau 81 hari kerja. Sedangkan kategori tenaga Dokter di perawatan kebidanan dan kandungan adalah 3,552 atau 148 hari kerja/tahun. Uraian perhitungannya adalah sebagai berikut:

1. Hari kerja tersedia untuk kategori SDM :
  - a. Perawat =  $\{173 - (7+39+8+38)\} = 81$  hari kerja/tahun
  - b. Dokter =  $\{173 - (7+0+8+10)\} = 148$  hari kerja/tahun
2. Jam kerja tersedia untuk kategori SDM :
  - a. Perawat =  $(81 \text{ hari/tahun}) \times 24 \text{ (jam/hari)} = 1,944$  jam kerja/tahun
  - b. Dokter =  $(148 \text{ hari kerja/tahun}) \times 6 \text{ (jam/hari)} = 888$  jam kerja/tahun

Tabel 5.1

Waktu Kerja Tersedia Perawatan dan Kebidanan

Kode	Faktor	Kategori SDM		Keterangan
		Perawat	Dokter	
A	Hari Kerja	173	173	Hari/semester
B	Cuti Tahunan	7	7	Hari/semester
C	Pendidikan dan Pelatihan	39		Hari/semester
D	Hari Libur Nasional	8	8	Hari/semester
E	Ketidakhadiran Kerja	38	10	Hari/semester
F	Waktu Kerja	24	6	Jam/semester
Waktu Kerja Tersedia		1,944	888	Jam/semester
Hari Kerja Tersedia		81	148	Hari kerja/semester

## B. Perawatan Anak

Waktu kerja tersedia untuk kategori tenaga Perawat di perawatan anak adalah 2,208 jam/tahun, atau 92 hari kerja. Sedangkan kategori tenaga Dokter di perawatan anak adalah 3,792 atau 158 hari kerja/tahun. Uraian perhitungannya adalah sebagai berikut:

1. Hari kerja tersedia untuk kategori SDM :
  - a. Perawat =  $\{ 173 - (7+16+8+50) \} = 92$  hari kerja/tahun
  - b. Dokter =  $\{ 173 - (7+0+8+0) \} = 158$  hari kerja/tahun
2. Jam kerja tersedia untuk kategori SDM :
  - a. Perawat =  $( 92 \text{ hari/tahun}) \times 24 \text{ (jam/hari)} = 2,208$  jam kerja/tahun
  - b. Dokter =  $(158 \text{ hari kerja/tahun}) \times 6 \text{ (jam/hari)} = 948$  jam kerja/tahun

Tabel 5.2  
Waktu Kerja Tersedia Perawatan Anak

Kode	Faktor	Kategori SDM		Keterangan
		Perawat	Dokter	
A	Hari Kerja	173	173	Hari/semester
B	Cuti Tahunan	7	7	Hari/semester
C	Pendidikan dan Pelatihan	16	0	Hari/semester
D	Hari Libur Nasional	8	8	Hari/semester
E	Ketidakhadiran Kerja	50	0	Hari/semester
F	Waktu Kerja	24	6	Jam/semester
Waktu Kerja Tersedia		2,208	948	Jam/semester
Hari Kerja Tersedia		92	158	Hari kerja/semester

## C. Penyakit Dalam

Waktu kerja tersedia untuk kategori tenaga Perawat di perawatan penyakit dalam adalah 2,592 jam/tahun, atau 108 hari kerja. Sedangkan kategori tenaga Dokter di perawatan anak adalah 3,792 atau 158 hari kerja/tahun. Uraian perhitungannya adalah sebagai berikut:

1. Hari kerja tersedia untuk kategori SDM :
  - a. Perawat =  $\{ 173 - (7+10+8+40) \} = 108$  hari kerja/tahun
  - b. Dokter =  $\{ 173 - (7+0+8+0) \} = 158$  hari kerja/tahun
2. Jam kerja tersedia untuk kategori SDM :
  - a. Perawat =  $( 108 \text{ hari/tahun}) \times 24 \text{ (jam/hari)} = 2,592$  jam kerja/tahun
  - b. Dokter =  $(158 \text{ hari kerja/tahun}) \times 6 \text{ (jam/hari)} = 948$  jam kerja/tahun

Tabel 5.3  
Waktu Kerja Tersedia Perawatan Penyakit Dalam

Kode	Faktor	Kategori SDM		Keterangan
		Perawat	Dokter	
A	Hari Kerja	173	173	Hari/semester
B	Cuti Tahunan	7	7	Hari/semester
C	Pendidikan dan Pelatihan	10	0	Hari/semester
D	Hari Libur Nasional	8	8	Hari/semester
E	Ketidakhadiran Kerja	40	0	Hari/semester
F	Waktu Kerja	24	6	Jam/semester
Waktu Kerja Tersedia		2,592	948	Jam/semester
Hari Kerja Tersedia		108	158	Hari kerja/semester

#### D. Perawatan Bedah

Waktu kerja tersedia untuk kategori tenaga Perawat di perawatan bedah adalah 3,024 jam/tahun, atau 126 hari kerja. Sedangkan kategori tenaga Dokter di bedah adalah 3,672 atau 153 hari kerja/tahun. Uraian perhitungannya adalah sebagai berikut:

1. Hari kerja tersedia untuk kategori SDM :
  - a. Perawat =  $\{173 - (7+5+8+27)\} = 126$  hari kerja/tahun
  - b. Dokter =  $\{173 - (7+4+8+1)\} = 153$  hari kerja/tahun
2. Jam kerja tersedia untuk kategori SDM :
  - a. Perawat =  $(126 \text{ hari/tahun}) \times 24 \text{ (jam/hari)} = 3,024$  jam kerja/tahun
  - b. Dokter =  $(153 \text{ hari kerja/tahun}) \times 6 \text{ (jam/hari)} = 918$  jam kerja/tahun

Tabel 5.4  
Waktu Kerja Tersedia Perawatan Bedah

Kode	Faktor	Kategori SDM		Keterangan
		Perawat	Dokter	
A	Hari Kerja	173	173	Hari/semester
B	Cuti Tahunan	7	7	Hari/semester
C	Pendidikan dan Pelatihan	5	4	Hari/semester
D	Hari Libur Nasional	8	8	Hari/semester
E	Ketidakhadiran Kerja	27	1	Hari/semester
F	Waktu Kerja	24	6	Jam/semester
Waktu Kerja Tersedia		3,024	918	Jam/semester
Hari Kerja Tersedia		126	153	Hari kerja/semester

### E. Paviliun VIP

Waktu kerja tersedia untuk kategori tenaga Perawat di perawatan paviliun VIP adalah 3,144 jam/tahun, atau 131 hari kerja. Sedangkan kategori tenaga Dokter di paviliun VIP adalah 3,168 atau 132 hari kerja/tahun. Uraian perhitungannya adalah sebagai berikut:

1. Hari kerja tersedia untuk kategori SDM :
  - a. Perawat =  $\{ 173 - (7+8+8+19) \} = 131$  hari kerja/tahun
  - b. Dokter =  $\{ 173 - (7+26+8+0) \} = 132$  hari kerja/tahun
2. Jam kerja tersedia untuk kategori SDM :
  - a. Perawat =  $( 131 \text{ hari/tahun}) \times 24 \text{ (jam/hari)} = 3,144$  jam kerja/tahun
  - b. Dokter =  $(132 \text{ hari kerja/tahun}) \times 6 \text{ (jam/hari)} = 792$  jam kerja/tahun

Tabel 5.5  
Waktu Kerja Tersedia Perawatan VIP

Kode	Faktor	Kategori SDM		Keterangan
		Perawat	Dokter	
A	Hari Kerja	173	173	Hari/semester
B	Cuti Tahunan	7	7	Hari/semester
C	Pendidikan dan Pelatihan	8	26	Hari/semester
D	Hari Libur Nasional	8	8	Hari/semester
E	Ketidakhadiran Kerja	19	0	Hari/semester
F	Waktu Kerja	24	6	Jam/semester
Waktu Kerja Tersedia		3,144	792	Jam/semester
Hari Kerja Tersedia		131	132	Hari kerja/semester

### F. Perawatan ICU

Waktu kerja tersedia untuk kategori tenaga Perawat di perawatan perawatan ICU adalah 3,024 jam/tahun, atau 126 hari kerja. Sedangkan kategori tenaga Dokter di perawatan ICU adalah 3,792 atau 158 hari kerja/tahun. Uraian perhitungannya adalah sebagai berikut:

1. Hari kerja tersedia untuk kategori SDM :
  - a. Perawat =  $\{ 173 - (7+6+8+26) \} = 126$  hari kerja/tahun
  - b. Dokter =  $\{ 173 - (7+0+8+0) \} = 158$  hari kerja/tahun
2. Jam kerja tersedia untuk kategori SDM :
  - a. Perawat =  $( 126 \text{ hari/tahun}) \times 24 \text{ (jam/hari)} = 3,024$  jam kerja/tahun
  - b. Dokter =  $(158 \text{ hari kerja/tahun}) \times 6 \text{ (jam/hari)} = 948$  jam kerja/tahun

Tabel 5.6  
Waktu Kerja Tersedia Perawatan ICU

Kode	Faktor	Kategori SDM		Keterangan
		Perawat	Dokter	
A	Hari Kerja	173	173	Hari/semester
B	Cuti Tahunan	7	7	Hari/semester
C	Pendidikan dan Pelatihan	6	0	Hari/semester
D	Hari Libur Nasional	8	8	Hari/semester
E	Ketidakhadiran Kerja	26	0	Hari/semester
F	Waktu Kerja	24	6	Jam/semester
Waktu Kerja Tersedia		3,024	948	Jam/semester
Hari Kerja Tersedia		126	158	Hari kerja/semester

### G. Perinatologi

Waktu kerja tersedia untuk kategori tenaga Perawat di perinatologi adalah 3,024 jam/tahun, atau 126 hari kerja. Sedangkan kategori tenaga Dokter di perinatologi adalah 3,792 atau 158 hari kerja/tahun. Uraian perhitungannya adalah sebagai berikut:

1. Hari kerja tersedia untuk kategori SDM :
  - a. Perawat =  $\{173 - (7+4+8+72)\} = 82$  hari kerja/tahun
  - b. Dokter =  $\{173 - (7+0+8+0)\} = 158$  hari kerja/tahun
2. Jam kerja tersedia untuk kategori SDM :
  - a. Perawat =  $(82 \text{ hari/tahun}) \times 24 \text{ (jam/hari)} = 1,968$  jam kerja/tahun
  - b. Dokter =  $(158 \text{ hari kerja/tahun}) \times 6 \text{ (jam/hari)} = 948$  jam kerja/tahun

Tabel 5.7  
Waktu Kerja Tersedia Perawatan Perinatologi

Kode	Faktor	Kategori SDM		Keterangan
		Perawat	Dokter	
A	Hari Kerja	173	173	Hari/semester
B	Cuti Tahunan	7	7	Hari/semester
C	Pendidikan dan Pelatihan	4	0	Hari/semester
D	Hari Libur Nasional	8	8	Hari/semester
E	Ketidakhadiran Kerja	72	0	Hari/semester
F	Waktu Kerja	24	6	Jam/semester
Waktu Kerja Tersedia		1,968	948	Jam/semester
Hari Kerja Tersedia		82	158	Hari kerja/semester



### 5.1.2 Penetapan Unit Kerja Dan Katagori SDM

Menetapkan unit kerja dan kategori SDM tujuannya adalah diperolehnya unit kerja dan kategori SDM yang bertanggung jawab dalam menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan perorangan pada pasien, keluarga dan masyarakat di dalam dan di luar RS.

Fungsi utama rumah sakit adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan kesehatan kuratif, rehabilitatif secara serasi dan terpadu dengan pelayanan preventif dan promotif.

Tabel 5.8 Unit Kerja dan Kategori SDM  
Di Pelayanan Rawat Inap

No	Sub Unit Kerja/ Ruangan	Kategori SDM
1	Perawatan Kebidanan	dr.Sp.OG
		Amd.Keb
		AMK
		Bidan
		SPK
2	Perawatan Anak	dr.Sp.A
		AMK
		SPK
		JPK
3	Perawatan Penyakit Dalam	dr.SP.PD
		AMK
		Ns.Skep
		SPK
4	Perawatan Bedah	dr.SP.B
		dr.Sp.M
		Ns.Skep
		AMK
		SPK
5	Perawatan VIP	dr.Sp.PD
		AMK
		SPK
6	Perawatan ICU	Dokter Umum
		SPK
		AMK
7	Perawatan Perinatologi	dr.SP.A
		Dokter Umum
		AMK
		AMD

		SPK
		SMA

### 5.1.3 Menyusun Standar Beban Kerja

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 (rata-rata waktu) dan waktu yang tersedia per-tahun yang dimiliki oleh masing-masing kategori tenaga.

Pelayanan kesehatan di RS bersifat individual, spesifik dan unik sesuai karakteristik pasien (umur, jenis kelamin), jenis dan berat ringannya penyakit, ada tidaknya komplikasi. Disamping itu harus mengacu pada standar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP) serta penggunaan teknologi kedokteran dan prasarana yang tersedia secara tepat guna. Oleh karena itu pelayanan kesehatan RS membutuhkan SDM yang memiliki berbagai jenis kompetensi, jumlah dan distribusinya tiap unit kerja sesuai beban kerja.

Langkah selanjutnya untuk memudahkan dalam menetapkan beban kerja masing-masing kategori SDM, perlu disusun kegiatan pokok serta jenis kegiatan pelayanan, yang berkaitan langsung/ tidak langsung dengan pelayanan kesehatan perorangan. Tabel dibawah ini menjelaskan penyusunan kegiatan pokok di setiap ruang perawatan yang ada di RSUD Bangkinang.

Tabel 5.9  
Kegiatan Pokok Dokter dan Perawat  
Di Instalasi Rawat Inap

Unit kerja/ kategori SDM	Kegiatan	Kegiatan Pokok
Perawatan Kebidanan dan Kandungan		
dr.Sp.OG	Anamnesa	Visite pasien baru
	Pemeriksaan Fisik	
	Pembacaan Hasil Lab/Rontgen	
	Keputusan Tindakan	
	Penulisan Resep/Rujukan	
	Perawatan	
	Visite dokter	Visiten pasien lama
	Pemeriksaan Fisik	
	Penulisan Resep	

Unit kerja/ kategori SDM	Kegiatan	Kegiatan Pokok
Perawatan Kebidanan dan Kandungan		
	Penulisan status pasien	
	Pasien pulang/ Meninggal	
	Persalinan Normal	Tindakan Medik
	Sectio	
	Tindakan Operasi	
Perawat	Mencatat data pasien	Visite pasien baru
	mempersiapkan ruangan pasien	
	Mengikuti tindakan medik dokter	
	Pemasangan Infus	
	Pemberian Obat	
	Mengikuti visite dokter	Visite pasien lama
	Merapihkan kamar pasien	
	Memandikan pasien	
	Memberi obat	
	Mengganti infus	
	Kontrol kondisi pasien	Kegiatan rutin
	Membuat laporan visite dokter	
	Melengkapi status pasien	
	Penyuluhan pada pasien	
Overan (pasien, alat, Laporan, dll)		
Membuat rincian pasien pulang		
Perawatan Anak		
dr.SP.A	Anamnesa	Visite pasien baru
	Pemeriksaan Fisik	
	Pembacaan Hasil Lab/Rontgen	
	Penulisan Resep/Rujukan	
	Perawatan	
	Visite dokter	Visiten pasien lama
	Pemeriksaan Fisik	
	Penulisan Resep	
	Penulisan status pasien	
	Pasien pulang/ Meninggal	
Perawat	Mencatat data pasien	Visite pasien baru
	mempersiapkan ruangan pasien	
	Pemasangan Infus	
	Pemberian Obat	

Unit kerja/ kategori SDM	Kegiatan	Kegiatan Pokok
Perawatan Anak		
	Mengikuti visite dokter	Visite pasien lama
	Merapihkan kamar pasien	
	Memandikan pasien	
	Memberi obat	
	Mengganti infus	
	Kontrol kondisi pasien	
	Membuat laporan visite dokter	Kegiatan rutin
	Melengkapi status pasien	
	Penyuluhan pada pasien	
	Overan (pasien, alat, Laporan, dll)	
	Membuat rincian pasien pulang	
	Perawatan Penyakit Dalam	
dr.Sp.PD	Anamnesa	Visite pasien baru
	Pemeriksaan Fisik	
	Pembacaan Hasil Lab/Rontgen	
	Keputusan Tindakan	
	Penulisan Resep/Rujukan	
	Perawatan	
	Visite dokter	Visiten pasien lama
	Pemeriksaan Fisik	
	Penulisan Resep	
	Tindakan Operasi	Tindakan Medik
Perawat	Mencatat data pasien	Visite pasien baru
	mempersiapkan ruangan pasien	
	Mengikuti tindakan medik dokter	
	Pemasangan Infus	
	Pemberian Obat	
	Mengikuti visite dokter	Visite pasien lama
	Merapihkan kamar pasien	
	Memandikan pasien	
	Memberi obat	
	Mengganti infus	
	Kontrol kondisi pasien	
	Membuat laporan visite dokter	Kegiatan rutin
	Melengkapi status pasien	
	Penyuluhan pada pasien	

Unit kerja/ kategori SDM	Kegiatan	Kegiatan Pokok	
Perawatan Penyakit Dalam			
	Overan (pasien, alat, Laporan, dll)		
	Membuat rincian pasien pulang		
Perawatan Bedah			
dr.Sp.B	Anamnesa	Visite pasien baru	
	Pemeriksaan Fisik		
	Pembacaan Hasil Lab/Rontgen		
	Keputusan Tindakan		
	Penulisan Resep/Rujukan		
	Perawatan		
	Visite dokter	Visiten pasien lama	
	Pemeriksaan Fisik		
	Penulisan Resep		
	Penulisan status pasien		
	Pasien pulang/ Meninggal		
	Operasi	Tindakan Medik	
Perawat	Mencatat data pasien	Visite pasien baru	
	mempersiapkan ruangan pasien		
	Mengikuti tindakan medik dokter		
	Pemasangan Infus		
	Pemberian Obat		
	Mengikuti visite dokter	Visite pasien lama	
	Merapihkan kamar pasien		
	Memandikan pasien		
	Memberi obat		
	Mengganti infus		
	Kontrol kondisi pasien		
	Membuat laporan visite dokter	Kegiatan rutin	
	Melengkapi status pasien		
	Penyuluhan pada pasien		
	Overan (pasien, alat, Laporan, dll)		
	Membuat rincian pasien pulang		
	Perawatan VIP		
	dr.Sp.PD	Anamnesa	Visite pasien baru
Pemeriksaan Fisik			
Pembacaan Hasil Lab/Rontgen			
Keputusan Tindakan			

Unit kerja/ kategori SDM	Kegiatan	Kegiatan Pokok
<b>Perawatan VIP</b>		
	Penulisan Resep/Rujukan	Visiten pasien lama
	Perawatan	
	Visite dokter	
	Pemeriksaan Fisik	
	Penulisan Resep	
	Penulisan status pasien	
	Pasien pulang/ Meninggal	
Perawat	Mencatat data pasien	Visite pasien baru
	mempersiapkan ruangan pasien	
	Pemasangan Infus	
	Pemberian Obat	
	Mengikuti visite dokter	Visite pasien lama
	Merapihkan kamar pasien	
	Memandikan pasien	
	Memberi obat	
	Mengganti infus	
	Kontrol kondisi pasien	Kegiatan rutin
	Membuat laporan visite dokter	
	Melengkapi status pasien	
Penyuluhan pada pasien		
Overan (pasien, alat, Laporan, dll)		
	Membuat rincian pasien pulang	
<b>Perawatan ICU</b>		
Dokter Umum	Anamnesa	Visite pasien baru
	Pemeriksaan Fisik	
	Pembacaan Hasil Lab/Rontgen	
	Keputusan Tindakan	
	Penulisan Resep/Rujukan	
	Perawatan	
	Visite dokter	Visiten pasien lama
Pemeriksaan Fisik		
Penulisan Resep		
Penulisan status pasien		
Pasien pulang/ Meninggal		
Perawat	Mencatat data pasien	Visite pasien baru
	mempersiapkan ruangan pasien	

Unit kerja/ kategori SDM	Kegiatan	Kegiatan Pokok
Perawatan ICU		
	Pemasangan Infus	
	Pemasangan Oksigen	
	Pemberian Obat	
	Mengikuti visite dokter	Visite pasien lama
	Merapihkan kamar pasien	
	Memandikan pasien	
	Memberi obat	
	Pengecekan Oksigen	
	Mengganti infus	
	Kontrol kondisi pasien	Kegiatan rutin
	Membuat laporan visite dokter	
	Melengkapi status pasien	
	Overan (pasien, alat, Laporan, dll)	
	Membuat rincian pasien pulang	
Perawatan Perinatologi		
dr.Sp.A	Anamnesa	Visite pasien baru
	Pemeriksaan Fisik	
	Pembacaan Hasil Lab/Rontgen	
	Keputusan Tindakan	
	Penulisan Resep/Rujukan	
	Perawatan	
	Visite dokter	Visiten pasien lama
	Pemeriksaan Fisik	
	Penulisan Resep	
	Penulisan status pasien	
	Pasien pulang/ Meninggal	
	Sectio	Tindakan Medik
	Tindakan Operasi	
	Perawat	Mencatat data pasien
mempersiapkan ruangan pasien		
Mengikuti tindakan medik dokter		
Pemasangan Oksigen		
Pemasangan Infus		
Pemberian Obat		
Mengikuti visite dokter		Visite pasien lama
Merapihkan kamar pasien		

Unit kerja/ kategori SDM	Kegiatan	Kegiatan Pokok
Perawatan Perinatologi		
	Memandikan pasien	Visite pasien lama
	Memberi obat	
	Pengecekan Oksigen	
	Mengganti infus	
	Kontrol kondisi pasien	
	Membuat laporan visite dokter	Kegiatan rutin
	Melengkapi status pasien	
	Overan (pasien, alat, Laporan, dll)	
	Membuat rincian pasien pulang	

Adapun hasil perhitungan standar beban kerja kategori Dokter dan perawat berdasarkan kegiatan pokok di 7 ruangan unit rawat inap RSUD Bangkinang. Dengan perhitungan waktu kerja yang tersedia dibagi dengan rata-rata waktu dalam melakukan kegiatan. Seperti yang didapat pada tabel di bawah ini .

Tabel 5.10  
Kegiatan Pokok Dan Rata-Rata Waktu Kerja

No	Kategori SDM	Unit Kerja/ Kegiatan Pokok	Rata-Rata Waktu	Standar Beban Kerja
1	Perawatan Kebidanan dan Kandungan			
	dr.Sp.OG	Visite pasien baru	20'	2664
		Visiten pasien lama	15'	3552
		Tindakan Medik	30'	1776
	Perawat	Visite pasien baru	120'	972
		Visite pasien lama	120'	972
Kegiatan rutin		300'	389	
2	Perawatan Anak			
	dr.SP.A	Visite pasien baru	30'	1896
		Visiten pasien lama	20'	2844
	Perawat	Visite pasien baru	120'	1104
		Visite pasien lama	120'	1104
		Kegiatan rutin	300'	442
3	Perawatan Penyakit Dalam			
	dr.Sp.PD	Visite pasien baru	20'	2844
		Visiten pasien lama	10'	5688
		Tindakan Medik	30'	1896



No	Kategori SDM	Unit Kerja/ Kegiatan Pokok	Rata-Rata Waktu	Standar Beban Kerja
3	Perawatan Penyakit Dalam			
	Perawat	Visite pasien baru	120'	1296
		Visite pasien lama	120'	1296
		Kegiatan rutin	300'	518
4	Perawatan Bedah			
	dr.Sp.B	Visite pasien baru	20'	2754
		Visiten pasien lama	15'	3672
		Tindakan Medik	60'	918
	Perawat	Visite pasien baru	120'	1512
		Visite pasien lama	120'	1512
		Kegiatan rutin	300'	605
	5	Perawatan VIP		
dr.Sp.PD		Visite pasien baru	20'	2376
		Visiten pasien lama	15'	3168
Perawat		Visite pasien baru	120'	1572
		Visite pasien lama	120'	1572
		Kegiatan rutin	300'	629
6	Perawatan ICU			
	Dokter Umum	Visite pasien baru	30'	1896
		Visiten pasien lama	15'	3792
	Perawat	Visite pasien baru	120'	1512
		Visite pasien lama	120'	1512
		Kegiatan rutin	300'	605
7	Perawatan Perinatologi			
	dr.Sp.A	Visite pasien baru	20'	2844
		Visiten pasien lama	15'	3792
		Tindakan Medik	30'	1896
	Perawat	Visite pasien baru	120'	984
		Visite pasien lama	120'	984
		Kegiatan rutin	300'	394

Kategori Dokter dan perawat memiliki standar beban kerja pertahun seperti yang terlihat pada table di atas. Hal ini bukan berarti dokter atau perawat harus mengerjakan sejumlah standar beban kerja yang ada, namun mereka juga

melaksanakan berbagai kegiatan lain yang menyita jam kerja tersedia yang dimilikinya.

Standar Beban Kerja per tahun untuk dokter dan perawat tersebut, menunjukkan bahwa pemeriksaan pasien rawat jalan membutuhkan waktu yang ada di dalam tabel dari hari kerja tersedia selama 7 bulan.

#### 5.1.4 Penyusunan Standar Kelonggaran

Penyusunan standar kelonggaran tujuannya adalah diperolehnya faktor kelonggaran tiap kategori SDM meliputi jenis kegiatan dan kebutuhan waktu untuk menyelesaikan suatu kegiatan yang tidak terkait langsung atau dipengaruhi tinggi rendahnya kualitas atau jumlah kegiatan pokok/pelayanan. Dari waktu kerja yang tersedia yang dijadikan dalam satuan menit dan akan dibagi dengan rata-rata waktu dalam faktor kelonggaran.

Adapun besarnya standar kelonggaran tiap faktor kelonggaran dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.11  
Kegiatan Pokok Dan Rata-Rata Waktu Kerja

No	Kategori SDM	Faktor Kelonggaran	Rata- Rata Waktu	Standar Beban Kerja
1	Perawatan Kebidanan dan Kandungan			
	dr.Sp.OG	Rapat Komite Medik	2 jam/ 2mgg	0.008
		<b>Jumlah</b>		<b>0.008</b>
	Perawat	Rapat Rutin	2 jam/mgg	0.031
		<b>Jumlah</b>		<b>0.031</b>
2	Perawatan Anak			
	dr.SP.A	Rapat Komite Medik	2 jam/ 2mgg	0.032
		Praktek klinik	36 jam/mgg	0.285
		<b>Jumlah</b>		<b>0.316</b>
	Perawat	Rapat Rutin	2 jam/mgg	0.027
		Kuliah	18 jam/mgg	0.237
		<b>Jumlah</b>		<b>0.264</b>
3	Perawatan Penyakit Dalam			
	dr.Sp.PD	Rapat Komite Medik	2 jam/ 2mgg	0.032
		Praktek klinik	36 jam/mgg	0.285
		<b>Jumlah</b>		<b>0.316</b>
	Perawat	Rapat Rutin	2 jam/mgg	0.023
		Kuliah	18 jam/mgg	0.208
		<b>Jumlah</b>		<b>0.231</b>

No	Kategori SDM	Faktor Kelonggaran	Rata- Rata Waktu	Standar Beban Kerja
4	Perawatan Bedah			
	dr.Sp.B	Rapat Komite Medik	2 jam/ 2mgg	0.033
		Praktek klinik	36 jam/mgg	0.294
		<b>Jumlah</b>		<b>0.327</b>
	Perawat	Rapat Rutin	2 jam/mgg	0.016
		Kuliah	18 jam/mgg	0.179
<b>Jumlah</b>		<b>0.195</b>		
5	Perawatan VIP			
	dr.Sp.PD	Rapat Komite Medik	2 jam/ 2mgg	0.038
		Praktek klinik	30 jam/mgg	0.284
		<b>Jumlah</b>		<b>0.322</b>
	Perawat	Rapat Rutin	2 jam/mgg	0.019
		Kuliah	18 jam/mgg	0.172
<b>Jumlah</b>		<b>0.191</b>		
6	Perawatan ICU			
	Dokter Umum	Rapat Komite Medik	2 jam/ 2mgg	0.032
		Praktek klinik	36 jam/mgg	0.285
		<b>Jumlah</b>		<b>0.316</b>
	Perawat	Rapat Rutin	2 jam/mgg	0.020
		Kuliah	18 jam/mgg	0.179
<b>Jumlah</b>		<b>0.198</b>		
7	Perawatan Perinatologi			
	dr.Sp.A	Rapat Komite Medik	2 jam/ 2mgg	0.032
		Praktek klinik	36 jam/mgg	0.285
		<b>Jumlah</b>		<b>0.316</b>
	Perawat	Rapat Rutin	2 jam/mgg	0.030
		Kuliah	12 jam/mgg	0.183
<b>Jumlah</b>		<b>0.213</b>		

### 5.1.5 Perhitungan Kebutuhan SDM Per Unit Kerja

Perhitungan kebutuhan SDM per unit kerja tujuannya adalah diperolehnya jumlah dan jenis/kategori SDM per unit kerja sesuai beban kerja selama 1 tahun.

Kuantitas kegiatan pokok sebagaimana diuraikan pada Tabel 5.10 merupakan perhitungan beban kerja Instalasi Rawat Inap yang diperoleh dengan cara ekstrapolasi, yakni apabila data hanya tersedia 7 bulan, maka data kuantitas

kegiatan pokok 5 bulan berikutnya ditetapkan berdasarkan angka rata-rata kegiatan pokok selama 7 bulan.

Tabel 5.12  
Kuantitas Kegiatan Pokok Instalasi Rawat Inap

Kode	Data Rawat Inap	Ruang Perawatan						
		Keb & Kndgn	Anak	P. Dalam	Bedah	VIP	ICU	Perina
A	Jumlah TT	15	20	21	17	11	3	8
B	Pasien masuk rawat inap/tahun	373	516	717	439	566	76	130
C	Rata- rata pasien perhari	2	3	4	3	3	0	1
D	Rata- rata lama hari rawat/ LOS-(C x 365)/B	2	2	2	2	2	2	2
E	Hari rawat pertahun -(D x B)	786	1088	1513	926	1195	160	274
F	Rata-Rata TT terpakai (BOR)--- E / (A x 365)	30	15	20	15	30	15	9
G	Pasien baru pertahun --- B	373	516	717	439	566	76	130
H	Pasien lama per tahun ----- (E - B)	414	572	796	487	629	84	144

Hasil perhitungan pada tabel diatas, selanjutnya dilakukan penjumlahan dengan kuantitas kegiatan sebagaimana dapat di lihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.13  
Kuantitas Kegiatan Pokok Instalasi Rawat Inap

No	Kategori SDM	Unit Kerja/ Kegiatan Pokok	Kuantitas Kegiatan
1	Perawatan Kebidanan dan Kandungan		
	dr.Sp.OG	Visite pasien baru	373
		Visiten pasien lama	414
		Tindakan Medik	138
	Perawat	Visite pasien baru	373
		Visite pasien lama	414
Kegiatan rutin		173	
2	Perawatan Anak		
	dr.SP.A	Visite pasien baru	516
		Visiten pasien lama	572
	Perawat	Visite pasien baru	516
		Visite pasien lama	572
		Kegiatan rutin	173

No	Kategori SDM	Unit Kerja/ Kegiatan Pokok	Kuantitas Kegiatan
3	Perawatan Penyakit Dalam		
	dr.Sp.PD	Visite pasien baru	717
		Visiten pasien lama	796
		Tindakan Medik	7
	Perawat	Visite pasien baru	717
		Visite pasien lama	796
Kegiatan rutin		173	
4	Perawatan Bedah		
	dr.Sp.B	Visite pasien baru	439
		Visiten pasien lama	487
		Tindakan Medik	256
	Perawat	Visite pasien baru	439
		Visite pasien lama	487
Kegiatan rutin		173	
5	Perawatan VIP		
	dr.Sp.PD	Visite pasien baru	566
		Visiten pasien lama	629
	Perawat	Visite pasien baru	566
		Visite pasien lama	629
Kegiatan rutin		173	
6	Perawatan ICU		
	Dokter Umum	Visite pasien baru	76
		Visiten pasien lama	84
	Perawat	Visite pasien baru	76
		Visite pasien lama	84
Kegiatan rutin		173	
7	Perawatan Perinatologi		
	dr.Sp.A	Visite pasien baru	130
		Visiten pasien lama	144
		Tindakan Medik	134
	Perawat	Visite pasien baru	130
		Visite pasien lama	144
Kegiatan rutin		173	

## Kebutuhan SDM

Data kegiatan Instalasi Rawat Inap yang telah diperoleh dan Standar Beban Kerja (Tabel) dan Standar Kelonggaran (Tabel) merupakan sumber data untuk perhitungan kebutuhan SDM di setiap instalasi dan unit kerja. Pada tabel berikut perhitungan yang dilakukan adalah kegiatan pokok dari kegiatan setiap tenaga pada tabel 5.13 akan di bagi dengan masing- masing standar beban kerja yang telah di peroleh tabel 5.10.

Namun, kebutuhan SDM untuk tiap kegiatan pokok terlebih dahulu di jumlahkan sebelum di tambahkan dengan standar kelonggaran masing-masing kategori SDM.

Tabel 5.14  
Kebutuhan SDM Dokter dan Perawat  
Di Instalasi Rawat Inap RSUD Bangkinang

No	Kategori SDM/ Unit Kerja	Kegiatan Pokok	KG	SBK	KT
1	Perawatan Kebidanan dan Kandungan				
	dr.Sp.OG	Visite pasien baru	373	2664	0.14
		Visiten pasien lama	414	3552	0.12
		Tindakan Medik	138	1776	0.08
	Perawat	Visite pasien baru	373	972	0.38
		Visite pasien lama	414	972	0.43
Kegiatan rutin		173	389	0.44	
2	Perawatan Anak				
	dr.SP.A	Visite pasien baru	516	1896	0.27
		Visiten pasien lama	572	2844	0.20
	Perawat	Visite pasien baru	516	1104	0.47
		Visite pasien lama	572	1104	0.52
Kegiatan rutin		173	442	0.39	
3	Perawatan Penyakit Dalam				
	dr.Sp.PD	Visite pasien baru	717	2844	0.25
		Visiten pasien lama	796	5688	0.14
		Tindakan Medik	7	1896	0.00
	Perawat	Visite pasien baru	717	1296	0.55
		Visite pasien lama	796	1296	0.61
Kegiatan rutin		173	518	0.33	
4	Perawatan Bedah				
	dr.Sp.B	Visite pasien baru	439	2754	0.16
		Visiten pasien lama	487	3672	0.13
Tindakan Medik		256	918	0.28	

No	Kategori SDM/ Unit Kerja	Kegiatan Pokok	KG	SBK	KT
	Perawat	Visite pasien baru	439	1512	0.29
		Visite pasien lama	487	1512	0.32
		Kegiatan rutin	173	605	0.29
5	Perawatan VIP				
	dr.Sp.PD	Visite pasien baru	566	2376	0.24
		Visiten pasien lama	629	3168	0.20
	Perawat	Visite pasien baru	566	1572	0.36
		Visite pasien lama	629	1572	0.40
		Kegiatan rutin	173	629	0.28
6	Perawatan ICU				
	Dokter Umum	Visite pasien baru	76	1896	0.04
		Visiten pasien lama	84	3792	0.02
	Perawat	Visite pasien baru	76	1512	0.05
		Visite pasien lama	84	1512	0.06
		Kegiatan rutin	173	605	0.29
7	Perawatan Perinatologi				
	dr.Sp.A	Visite pasien baru	130	2844	0.05
		Visiten pasien lama	144	3792	0.04
		Tindakan Medik	134	1896	0.07
	Perawat	Visite pasien baru	130	984	0.13
		Visite pasien lama	144	984	0.15
Kegiatan rutin		173	394	0.44	

Keterangan :

- KG = Kuantitas Kegiatan selama 1 tahun
- SBK = Standar Beban Kerja
- KT = Kebutuhan SDM ( KG / SB )

Perhitungan kebutuhan SDM Dokter dan perawat untuk masing- masing ruang perawatan di instalasi rawat inap RSUD Bangkinang adalah sebagai berikut:

1. **SDM di ruangan Kebidanan dan Kandungan:**

- a. Kebutuhan Dokter =  $0,33 + 0,008 = 1$
- b. Kebutuhan Perawat =  $1,25 + 0,031 = 1,3$

2. **SDM di ruangan Anak**

- a. Kebutuhan Dokter =  $0,47 + 0,316 = 0,8$
- b. Kebutuhan Perawat =  $1,38 + 0,264 = 1,6$

3. **SDM di ruangan Penyakit Dalam**
  - a. Kebutuhan Dokter =  $0,40 + 0,316 = 0,7$
  - b. Kebutuhan Perawat =  $1,50 + 0,231 = 1,7$
4. **SDM di ruangan Bedah**
  - a. Kebutuhan Dokter =  $0,57 + 0,327 = 0,9$
  - b. Kebutuhan Perawat =  $0,90 + 0,195 = 1,1$
5. **SDM di ruangan VIP**
  - a. Kebutuhan Dokter =  $0,44 + 0,322 = 0,8$
  - b. Kebutuhan Perawat =  $1,04 + 0,191 = 1,2$
6. **SDM di ruangan ICU**
  - a. Kebutuhan Dokter =  $0,06 + 0,316 = 0,40$
  - b. Kebutuhan Perawat =  $0,39 + 0,198 = 0,6$
7. **SDM di ruangan Perinatologi**
  - a. Kebutuhan Dokter =  $0,15 + 0,316 = 0,5$
  - b. Kebutuhan Perawat =  $0,72 + 0,213 = 0,90$

## 5.2 Hasil Kualifikasi Dokter dan Perawat

Rumusan kualifikasi dari dokter dan perawat yang ideal di RS didapatkan melalui wawancara yang dilakukan kepada pihak RSUD bangkinang, yakni komite medis dan komite perawat. Rumusan kualifikasi ini juga didapatkan melalui wawancara yang dilakukan dengan para ahli di bidangnya masing-masing.

### 5.2.1 RSUD Bangkinang

Berdasarkan wawancara dan diskusi yang telah dilakukan dengan pihak RSUD Bangkinang, pihak komite medis dan komite keperawatan maka didapatkan informasi mengenai kualifikasi dokter dan perawat pada unit rawat inap, bahwa tidak ada penetapan kualifikasi dokter atau perawat yang ditetapkan oleh pihak RS. Hal ini dikarenakan RS masih dibawah naungan Pemda Kampar dan masih di komando oleh Pemerintah Daerah mengenai kualifikasi dokter dan perawat. Pihak RS hanya memberikan jumlah kebutuhan saja untuk dilakukan pemenuhan jumlah kebutuhan dokter dan perawat.



### 5.2.2 Pendapat Ahli

Dari wawancara yang dilakukan, peneliti telah mendapatkan 5 narasumber ahli yang memberikan gambaran masing-masing dokter dan perawat sesuai dengan bidangnya para ahli.

#### A. Dokter

- a. Bapak dr. Chairulsjah Sjahrudin, SpOG, MARS

*Credentialing* adalah proses pembentukan kualifikasi profesional berlisensi, anggota organisasi atau organisasi, dan menilai latar belakang mereka dan legitimasi. Banyak institusi perawatan kesehatan dan jaringan penyedia melakukan *Credentialing* mereka sendiri, umumnya melalui spesialis *Credentialing* atau jasa elektronik, dengan review oleh staf medis atau komite *Credentialing*. Ini mungkin termasuk pemberian dan meninjau hak klinis tertentu, dan medis atau bersekutu keanggotaan kesehatan staf. Proses ini umumnya merupakan evaluasi obyektif arus pelatihan subyek, lisensi atau pengalaman, kompetensi, dan kemampuan untuk menyediakan layanan tertentu atau melaksanakan prosedur tertentu.

*Prefeleging*, yakni hak istimewa yang dimiliki oleh tenaga dokter. Dimana hak istimewa yang dimaksud adalah keistimewaan dalam kompetensi yang dimiliki oleh seorang dokter yang menjadikan tenaga dokter berbeda dengan kelebihan keahlian yang dimilikinya.

- b. Bapak dr. Suprijanto Rijadi, MPA, PhD

Kebutuhan dokter dilihat dari jenis penyakit yang paling banyak ada di suatu wilayah dan rujukan puskesmas yang ada di tujuan ke rumah sakit tersebut. Selain itu, juga dilihat dari kebutuhan status epid lingkungan sekitar wilayah tersebut. Baru dapat ditentukan tenaga dokter atau spessialis apa yang dibutuhkan untuk menjalankan pelayanan di rumah sakit tersebut.

## B. Perawat

### a. Ibu Sumiatun, SKP, MARS

Berdasarkan wawancara yang dilakukan pada hari Senin, 8 November 2010 dengan bu Sumiatun yang merupakan pengajar di beberapa universitas dan akademi kesehatan yang ada di Jakarta serta beliau juga merupakan anggota kehormatan di PPNI (Persatuan Perawat nasional Indonesia) bidang etika keperawatan.

Merujuk pada visi dan misi RS mengenai pelayanan, dimana akan mewujudkan pelayanan paripurna yang bermutu dan terjangkau maka dapat disimpulkan gambaran mengenai idealnya seorang perawat yang berada di rumah sakit adalah harus dilihat dari komponen kompetensi yang meliputi interpersonal, intelektual dan teknis.

Interpersonal perawat pada dasarnya haruslah memiliki kemampuan komunikasi dan pendekatan yang baik dengan orang di sekitarnya, terutama pasien yang di tangani. Karena keramahan dan kesabaran perawat merupakan terapi pengobatan awal yang akan mempengaruhi proses kesembuhan pasien.

Intelektual sangat dibutuhkan dalam diri seorang perawat. Dengan kemampuan dan pemahaman ilmu yang dimilikinya serta pengetahuannya mengenai bagaimana merawat pasien yang benar akan melancarkan pengobatan pasien tersebut.

Sedangkan teknis adalah keahlian yang mendukung dari pengetahuan dan ilmu yang telah di peroleh perawat dalam menjalankan tugasnya merawat pasien. Kompetensi dapat diperoleh dari pelatihan atau studi banding ke RS yang memiliki pengalaman dan tenaga lebih mahir di bidang tertentu. Setiap ruang perawatan, perawat akan memiliki kompetensi yang berbeda.

### b. Kemala Rita, SKP, MARS

Wawancara berikutnya dengan ibu Kemala Rita, dengan pengalaman sebagai surveyor nasional yang kini juga menjabat sebagai Kabid Keperawatan RS Dharmais Jakarta,

Menurut beliau, jumlah tenaga perawat itu tergantung dari kelas RS dan ketergantungan pasien akan perawat. Sedangkan kualifikasi perawat digambarkan dari visi yang di emban untuk pengembangan RS.

Gambaran kualifikasi perawat yang didapatkan dari wawancara ini adalah:

1. Perawat harus memiliki SIK (Surat Izin Keperawatan)
2. Tinggi badan min. 155 cm karena dengan postur tubuh yang ideal maka daya tahan tubuh akan lebih baik
3. Berpengalaman di bidang perawatan tertentu.
4. Memahami dan mengamalkan SOP (standar Operasional Prosedur) dan SAK (Standar Asuhan Keperawatan) dengan baik dan benar.

Namun, semuanya kembali lagi ke labutuhan RSnya. Karena masing- masing RS memiliki standar yang berbeda-beda, tergantung dengan kondisi dan kompleksitas yang ada di sekitar lingkungan RS.

c. Bapak dr. Suprijanto Rijadi, MPA, PhD

Seyogyanya perawat yang bertugas di rumah sakit harus memiliki pengalaman kerja atau masa kerja minimal 2 atau 3 tahun dan di sertai dengan keahliannya dengan ruangan tempat bertugas. Misalnya, ruangan perawatan ICU, seorang perawat setidaknya memiliki keahlian bagaimana cara merawat pasien di ICU hanya melalui asuhan keperawatan atau SOP RS tetapi dari berbagai pelatihan mengenai pasien ICU. Karena cara menangani pasien d ICU berbeda dengan pasien- pasien di ruangan lainnya.

d. Ibu dr. Yulfrida

Setiap ruangan harus ada perawat senior yang bertugas, dilihat dari masa kerjanya. Dan setiap perawat yang di ruangan harus memiliki *multitalent* yang sesuai dengan ruangan perawatan tempatnya bertugas.

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1 Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui Jumlah kebutuhan dan Kualifikasi tenaga dokter dan perawat di Pelayanan rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang, Kabupaten Kampar tahun 2010.

Adapun yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini adalah:

1. Ketersediaan data. Data yang diperoleh dalam penelitian ini tidak seragam. Data yang digunakan berasal dari 2 tahun yang berbeda, yakni 2009 dan 2010. Misalnya, data Jumlah pasien berasal dari tahun 2009 yang meliputi selama 12 bulan sedangkan data absensi untuk waktu kerja berasal dari data 2010 yang terdiri dari 7 bulan terhitung dari Januari. Sehingga perlu keseragaman waktu bulan, maka data 2009 di bagi dalam rata-rata perbulan yang kemudian dikalikan 7.
2. Perbedaan data kunjungan pasien. Pada hal 56 jumlah pasien bersumber dari dokumen profil RS, sedangkan pada hal 76 data bersumber dari catatan dari rekam medis yang langsung di ambil oleh peneliti. Oleh karena itu, untuk keputusan yang valid maka peneliti menggunakan data yang diambil langsung dari rekam medis.
3. Keterbatasan waktu penelitian. Waktu penelitian yang cukup singkat yakni 7 hari dalam mengamati aktivitas informan dalam melaksanakan aktivitas mengakibatkan kecendrungan adanya kegiatan yang tidak teramati. Dikarenakan aktivitas yang frekuensi kejadiannya jarang. Misalnya, tindakan operasi pada ruangan penyakit dalam atau VIP.
4. Keterbatasan tenaga pengamat dilapangan sehingga penelitian ini menggunakan tenaga dari dalam instansi yang sebelumnya diberikan pengarahan mengenai tujuan dan manfaat dari penelitian ini. Namun untuk meminimalisir terjadinya data yang bias maka peneliti melakukan kontrol keliling pada tiap ruangan selama kegiatan pengamatan berlangsung.

Untuk informasi dari wawancara, informan yang diambil telah merujuk pada prinsip kecukupan (*adequacy*) dan ketepatan (*appropriateness*).

Berdasarkan hasil penelitian pada bab sebelumnya, maka pada bab ini akan dibahas mengenai hasil penelitian yang telah diperoleh.

## **6.2 Jumlah Kebutuhan**

### **6.2.1 Hasil Perhitungan WISN**

Salah satu aspek yang sangat penting untuk mencapai pelayanan yang bermutu adalah tersedianya tenaga dokter dan keperawatan yang sesuai dengan situasi dan kebutuhan baik kuantitas maupun kualitasnya. Untuk itu diperlukan perencanaan yang baik dalam menentukan pengembangan tenaga medis.

Perencanaan yang salah bisa mengakibatkan kekurangan tenaga atau kelebihan tenaga, bila tenaga berlebih akan mengakibatkan kerugian pada rumah sakit, dan apabila tenaga kurang bisa mengakibatkan beban kerja yang tinggi sehingga kualitas pelayanan akan menurun. Bila kualitas pelayanan menurun bisa berdampak pada kunjungan pasien akan menurun dan ini akan mengakibatkan *income* rumah sakit menurun dan seterusnya bisa membuat kesejahteraan karyawan juga menurun.

Dalam penelitian ini, metode perhitungan yang digunakan adalah WISN. Prinsip yang dianut oleh metode WISN ini adalah didasarkan pada informasi apa yang akan dihasilkan dan bagaimana informasi ini dapat digunakan oleh para manajer kesehatan serta administrator dalam rangka untuk memperbaiki situasi tenaga kesehatan saat ini. Misalnya, bagaimana staf kesehatan yang tersedia dapat disebarkan secara lebih efektif serta bagaimana untuk merencanakan perbaikan masa depan di bidang jasa dan dalam manajemen sumber daya manusia.

Dalam penelitian ini, telah dilakukan pengamatan terhadap penggunaan waktu pada setiap pola kegiatan tenaga didahului dengan mencermati karakteristik seluruh kegiatan yang berhasil diamati dan kemudian dikelompokkan ke dalam masing-masing pola kegiatan. Banyaknya kelompok pola kegiatan tersebut dapat bervariasi dan dikombinasikan, sesuai dengan kebutuhan ketajaman penelitian yang diperlukan. Kelompok kegiatan yang diamati tersebut terdiri dari kegiatan langsung, kegiatan tidak langsung, kegiatan non produktif dan kegiatan pribadi.

Dari data yang diperoleh, jumlah besaran waktu kerja yang di amati adalah 173 hari kerja atau 7 bulan ( Januari- Juli) tidak termasuk hari libur dan tanggal merah karena perhitungan ini merujuk pada tahun 2010. Namun dari jam kerja yang diperoleh, tenaga perawat bekerja selama 24 jam secara bergantian dengan pembagian waktu kerja yang tersusun dalam waktu pagi, siang dan malam. Waktu kerja perawat pada malam hari lebih lama yakni 12 jam, dari pukul 20.00 WIB hingga 08.00 WIB. Sedangkan perawat yang bertugas pada pagi dan siang hari memiliki waktu kerja 6 jam. Pagi dari pukul 08.00 WIB hingga 14.00 WIB dan siang mulai dari pukul 14.00 WIB hingga 20.00 WIB. Ini dilakukan berotasi pada setiap perawat sehingga semua perawat mendapatkan tugas pada tiap waktu kerja yang tersedia.

Jam kerja dokter hanya pada visite pagi saja. Untuk selanjutnya, dokter ruangan ini akan di panggil jika pasien benar- benar membutuhkan penanganan yang serius, jika tidak maka dokter jaga IGD yang akan bertugas mengontrolnya. Penetapan ini berdasarkan keputusan Direktur RSUD Bangkinang dan Pemda setempat yang tertuang dalam Standar Operasional Prosedur (SOP).

Selain itu, informasi yang diperoleh bahwa dokter ruangan ini juga bertugas pada pelayanan rawat jalan sehingga bila setelah selesai visit pasien di rawat inap maka dokter akan melanjutkan tugasnya pada poli rawat jalan. Namun ada juga yang bergantian tugas jika jumlah dokter ruangan lebih dari satu. Informasi lain yang diperoleh adalah sulitnya mendapatkan dokter spesialis. Dengan kata lain, dokter spesialis masih sangat terbatas di daerah Kampar, khususnya Bangkinang. Hal ini dikarenakan masih sedikitnya atau bahkan sangat jarang universitas yang ada di Sumatera mengeluarkan dokter spesialis, terutama anestesi dan patologi. Dan masih terikat dengan peraturan daerah yang masih mengharuskan memberdayakan tenaga dari dalam daerah atau asal.

Data kehadiran tenaga medis yang diperoleh berdasarkan ruangan, didapatkan fakta bahwa tenaga perawat lebih banyak ketidakhadirannya yang dikarenakan berbagai alasan, diantaranya ijin, sakit, cuti. Persentase ketidakhadiran karena cuti lebih besar jika dibandingkan dengan alasan ketidakhadiran lainnya, hal ini dikarenakan beberapa perawat pada beberapa ruangan dalam kondisi mengandung sehingga mengambil masa cuti untuk

melahirkan. Dalam sebulan terdapat lebih dari satu orang. Sedangkan dokter lebih banyak menghabiskan waktu pada pelatihan dan pendidikan daripada cuti.

Masing- masing jenis tenaga ini juga memiliki faktor kelonggaran diluar jam kerjanya. Bagi perawat, sebagian sedang mengikuti pendidikan lanjut dan waktu yang di gunkaan dalam seminggu adalah 3 hari kerja. Sedangkan dokter, memiliki jam prakter luar di setiap harinya.

Selanjutnya dengan mendapatkan besaran waktu kerja dan unsur- unsur perhitungan tenaga medis tersebut, dapat menghitung jumlah kebutuhan optimal tenaga berdasarkan rumus perhitungan *WISN*. Dari hasil penelitian yang dilakukan pada bulan Oktober hingga November di RSUD Bangkinang, didapatkan jumlah waktu setiap pola kegiatan tenaga dokter dan perawat menurut waktu tugas. Berikut jumlah kebutuhan tenaga di Instalasi Rawat Inap RSUD Bangkinang 2010:

Tabel 6.1 Jumlah Kebutuhan Tenaga Dokter dan Perawat di Ruang Perawatan Inap RSUD Bangkinang Tahun 2010

No	Kategori SDM/ Unit Kerja	Jumlah SDM	Total
1	Perawatan Kebidanan dan Kandungan		
	dr.Sp.OG	1 orang	1 orang
	Perawat	2 orang	8 orang
2	Perawatan Anak		
	dr.SP.A	1 orang	1 orang
	Perawat	2 orang	8 orang
3	Perawatan Penyakit Dalam		
	dr.Sp.PD	1 orang	1 orang
	Perawat	2 orang	8 orang
4	Perawatan Bedah		
	dr.Sp.B	1 orang	1 orang
	Perawat	2 orang	8 orang
5	Perawatan VIP		
	dr.Sp.PD	1 orang	1 orang
	Perawat	2 orang	8 orang
6	Perawatan ICU		
	Dokter Umum	1 orang	1 orang
	Perawat	1 orang	4 orang
7	Perawatan Perinatologi		
	dr.Sp.A	1 orang	1 orang
	Perawat	1 orang	4 orang

Hasil yang diperoleh adalah berdasarkan satuan waktu kerja. Dimana waktu kerja perawat adalah 24 jam sedangkan dokter hanya 6 jam. Selebihnya dokter bersifat *on calling* jika terjadi kondisi *urgent* yang membutuhkan penanganan dari dokter spesialis ruangan.

Dengan kata lain, jumlah perawat akan dikalikan 4 dari hasil penelitian yang didapat seperti yang berada pada kolom total pada tabel diatas. Hal ini dikarenakan ada 4 *term* waktu pada perawat, yakni pagi, siang, malam dan waktu libur yang memang sudah terjadwal dalam waktu kerja. Sehingga jumlah perawat tiap- tiap ruangan adalah 4 orang.

Kebutuhan jumlah perawat ini adalah perawat yang melakukan tindakan pelayanan, yakni perawat yang berhubungan dengan pasien. Tidak termasuk perawat yang bertindak sebagai kepala ruangan atau ketua tim tiap *shif* di ruangan.

Berbeda halnya dengan dokter ruangan, dokter memiliki waktu kerja yang relatif singkat. Karena hanya melakukan kegiatan rutin setiap pagi, visite dokter. Jika dibutuhkan untuk penanganan diluar jam tersebut maka dokter akan di panggil, baik itu pasien yang bersifat *urgent* atau adanya jadwal tindakan medis/ operasi. Oleh karena itu, jumlah dokter lebih sedikit dibandingkan dengan perawat pada tiap- tiap ruangan. Sedangkan untuk visite malam akan dilakukan oleh dokter jaga yang bertugas di Instalasi Gawat Darurat (IGD).

### 6.2.2 Ketersediaan SDM saat ini

Hasil penelitian yang diperoleh jauh berbeda dengan kondisi kebutuhan yang ada di lapangan terutama jumlah perawat. Ada beberapa hal menyebabkan terjadinya kesenjangan ini terkait dengan unsur atau data yang digunakan dalam perhitungan *WISN*. Perbedaan jumlah kebutuhan dapat dilihat pada tabel 6.2:

Tabel 6.2 Perbedaan Jumlah Kebutuhan Hasil Penelitian Dengan Kebutuhan Yang Tersedia

No	Kategori SDM/ Unit Kerja	Tersedia	Penelitian
1	Perawatan Kebidanan dan Kandungan		
	dr.Sp.OG	3 orang	1 orang
	Perawat	17 orang	8 orang
2	Perawatan Anak		
	dr.SP.A	1 orang	1 orang
	Perawat	13 orang	8 orang



3	Perawatan Penyakit Dalam		
	dr.Sp.PD	1 orang	1 orang
	Perawat	15 orang	8 orang
4	Perawatan Bedah		
	dr.Sp.B	3 orang	1 orang
	Perawat	14 orang	8 orang
5	Perawatan VIP		
	dr.Sp.PD	1 orang	2 orang
	Perawat	14 orang	8 orang
6	Perawatan ICU		
	Dokter		1 orang
	Perawat	13 orang	4 orang
7	Perawatan Perinatologi		
	dr.Sp.A	1 orang	1 orang
	Perawat	14 orang	4 orang

Perbedaan yang sangat significant terlihat pada jumlah perawat yang tersedia dengan hasil penelitian yang telah dilakukan. Dari observasi dan wawancara yang dilakukan ketika penelitian berlangsung, diperoleh informasi bahwa kebutuhan jumlah perawat yang ada dihitung berdasarkan perbandingan jumlah tempat tidur dan permintaan kebutuhan. Sedangkan penelitian ini didasarkan pada beban kerja dari tugas yang dilaksanakan.

Namun, jumlah kebutuhan perawat yang diperoleh ini tidak terhitung didalamnya perawat yang menjabat sebagai kepala ruangan atau ketua shif. Oleh karena itu, jika dari jumlah total perawat di kurangkan masing- masing perawat yang menjadi kepala ruangan dan ketua shif. Maka dari total data tenaga perawat yang diperoleh dari RS akan di kurangi 4 sesuai dengan *term* waktu kerja perawat. Sehingga akan berjumlah seperti yang terlihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 6.3 Perhitungan Total Kebutuhan Perawat  
Di RSUD Bangkinang Tahun 2009

No	Kategori SDM/ Unit Kerja	Tersedia	Kepala dan Ketua Shif	Penelitian	Kelebihan
1	Perawatan Kebidanan dan Kandungan				
	Perawat	17 orang	4 orang	8 orang	5 orang
2	Perawatan Anak				
	Perawat	13 orang	4 orang	8 orang	1 orang

No	Kategori SDM/ Unit Kerja	Tersedia	Kepala dan Ketua Shif	Penelitian	Kelebihan
3	Perawatan Penyakit Dalam				
	Perawat	15 orang	4 orang	8 orang	3 orang
4	Perawatan Bedah				
	Perawat	14 orang	4 orang	4 orang	6 orang
5	Perawatan VIP				
	Perawat	14 orang	4 orang	8 orang	2 orang
6	Perawatan ICU				
	Perawat	13 orang	4 orang	4 orang	5 orang
7	Perawatan Perinatologi				
	Perawat	14 orang	4 orang	4 orang	6 orang
<b>Jumlah</b>		<b>100 orang</b>	<b>28 orang</b>	<b>44 orang</b>	<b>28 orang</b>

Jadi, hasil akhir kelebihan kebutuhan jumlah tenaga adalah 28 orang. Kemudian pada indikator pelayanan rawat inap antara perhitungan dengan rumus WISN dengan data yang diperoleh dari rumah sakit juga didapati perbedaan. Seperti yang terlihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 6.4 Perbandingan Indikator antara Hasil Penelitian dan RSUD Bangkinang Tahun 2009

Ruang Perawatan	Rata-rata lama hari rawat/ LOS		Rata-Rata TT terpakai (BOR)		Pasien lama per tahun	
	Penelitian	Data RS	Penelitian	Data RS	Penelitian	Data RS
Keb & Kndgn	2	5	30	33	414	2556
Anak	2	5	15	40	572	3536
Penyakit Dalam	2	5	20	66	796	4916
Bedah	2	5	15	52	487	3008
VIP	2	5	30	81	629	3884
ICU	2	5	15	51	84	520
Perinatologi	2	5	9	49	144	892

Perbedaan ini dapat dikarenakan cara perhitungan yang digunakan. Dengan berbagai macam jenis perhitungan, dapat menghasilkan jumlah yang berbeda pula. Tergantung dari metoda perhitungan tersebut menggunakan penilaian unsur kebutuhan tenaga sebagai indikator dalam mengasumsikan hasil.

Metode WISN (*Workload Indicator Staffing Needs*) ini dapat digunakan untuk semua unit kerja, perhitungannya lebih riil karena berdasarkan pekerjaan yang nyata. Dari hasil analisa data dapat menggambarkan mutu pelayanan

kesehatan yang ada dan dapat digunakan untuk mengusulkan tambahan tenaga atau menempatkan tenaga berdasarkan kompetensi.

Namun ada kelemahan dari metode ini antara lain membutuhkan standar pelayanan untuk masing-masing kategori tenaga, membutuhkan uraian tugas yang rinci, membutuhkan standar waktu untuk melaksanakan tugas dan membutuhkan data (absensi, jumlah kunjungan, kuantitas kegiatan, BOR, LOS) pada tahun-tahun sebelumnya sehingga sulit bila akan menghitung kebutuhan tenaga untuk unit baru.

Perbedaan jumlah kebutuhan ini juga dapat terjadi dengan perbedaan asumsi rumah sakit mengenai target pencapaian mereka dengan indikator yang telah tercapai saat ini. Hal lain juga dapat dikarenakan usia produktifitas dari tenaga perawat yang bertugas. Ini terlihat pada absensi yang mendapati perawat cuti melahirkan pada tiap bulannya. Bahkan dalam satu ruangan terdapat lebih dari satu orang yang cuti melahirkan. Dimana kita ketahui, berdasarkan peraturan yang ditetapkan bahwa cuti melahirkan memiliki waktu 3 bulan lamanya. Sehingga rumah sakit mengantisipasi dengan meletakkan tenaga dengan jumlah yang lebih. Selain itu juga perbedaan persepsi mengenai cara perhitungan kebutuhan tenaga perawat. RSUD Bangkinang menggunakan perhitungan rasio berdasarkan jumlah tempat tidur dengan perawat serta ketergantungan pasien dengan perawat. Sehingga terjadi perbedaan jumlah kebutuhan dengan penelitian ini yang menggunakan metode *WISN*.

Namun yang paling penting, metode ini tidak memperhitungkan adanya variasi lokal yang luas ditemukan dalam setiap wilayah, seperti tingkat yang berbeda dan pola morbiditas di lokasi yang berbeda, kemudahan akses ke fasilitas yang berbeda, sikap pasien pada tiap bagian yang berbeda terhadap layanan yang diberikan, dan keadaan ekonomi lokal. Semua faktor ini sangat mempengaruhi permintaan untuk layanan di suatu daerah dan pada fasilitas individu, oleh karena itu mereka mempengaruhi staf yang jumlahnya benar-benar diperlukan untuk memenuhi permintaan. Metode *WISN* sering menunjukkan bahwa persyaratan sangat bervariasi antara fasilitas kesehatan dari jenis yang sama, sesuai dengan beban kerja mereka.

Norma kepegawaian berdasarkan rasio populasi atau jadwal staf standar biasanya ditetapkan karena suatu hal. Hal ini menyebabkan kelebihan pegawai di beberapa fasilitas dan staf lain yang ada di bawah. Fasilitas tersebut yang tidak dapat mengatasi beban kerja mereka (karena mereka hanya staf norma atau jadwal staf standar) berlaku untuk staf yang lebih dan sering mendapatkan peningkatan karena permintaan sebenarnya dibenarkan. Kemudian fasilitas lain juga mencari tambahan staf meskipun jumlah staf mereka sebenarnya cukup untuk beban kerja mereka. Dengan demikian otoritas norma-norma atau jadwal staf standar menghilang dan nilai personil mereka dalam manajemen dan kontrol hilang.

Metode *WISN* mempertimbangkan jenis kompleksitas yang berbeda atau perawatan yang ditawarkan di berbagai fasilitas. Misalnya, pengobatan pada rawat inap di sebuah rumah sakit pendidikan biasanya lebih kompleks dan memerlukan waktu lebih daripada rumah sakit distrik atau pusat kesehatan. Untuk alasan ini bangsal membutuhkan perawat lagi setiap hari dengan total pasien di rumah sakit pendidikan dibanding perawat di suatu rumah sakit daerah. Hal ini tercermin dalam satuan waktu yang berbeda atau tarif yang ditetapkan untuk rawat inap dalam fasilitas yang berbeda. Dengan menggunakan unit kali atau tarif, perhitungan yang akan ditampilkan misalnya, jumlah perawat di bangsal lebih banyak diperlukan pada rumah sakit pendidikan dibandingkan dengan rumah sakit daerah atau pusat kesehatan. Perhitungan selalu menunjukkan bahwa dokter lebih banyak diperlukan di tingkat rumah sakit rujukan yang lebih tinggi untuk alasan yang sam. Rata-rata setiap pasien membutuhkan waktu lebih banyak dengan dokter.

### **6.3 Kualifikasi Tenaga**

Tidak ada di dunia ini yang tidak berubah kecuali perubahan itu sendiri. Demikian juga halnya dengan kualifikasi SDM. Kualifikasi SDM dimasa lalu tentu berbeda dengan kualifikasi SDM dimasa kini dan mendatang. Contoh sederhana adalah perubahan kelas rumah sakit menuntut untuk peningkatan kemampuan, baik itu di dapat melalui bangku pendidikan maupun pelatihan yang sesuai dengan tugas.

Sebelum berbicara lebih jauh mengenai kualifikasi SDM. perlu ditegaskan dulu apa yang dimaksud dengan kualifikasi SDM adalah minimal golongan/jabatan, masa kerja minimal, pendidikan minimal. pengalaman kerja, nilai *performance* (kinerjanya), dan standar kompetensi (competency level index)

Masing- masing tenaga membutuhkan kualifikasi tersendiri, hal ini dikarenakan tugas dan tanggung jawab yang berbeda- beda. Misalnya, dokter di ruangan anak, haruslah memiliki spesialis dibidang anak. Karena penanganan anak antara orang lanjut usia, pasien yang kritis dan bedah berbeda. Jika terjadi kesalahan dalam pemberian pengobatan dapat mengakibatkan akibat yang tidak di harapkan dan ini dapat berpengaruh pada mutu layanan yang diberikan oleh rumah sakit.

Namun dari pihak rumah sakit sendiri tidak merinci kualifikasi yang dibutuhkan, mereka menyerahkan sepenuhnya pada Pemda setempat. Hal ini lebih berpengaruh karena RSUD Bangkinang masih dibiayai oleh Pemda Kampar.

Kualifikasi yang diperoleh dari penelitian ini didapatkan melalui wawancara tidak terstruktur dengan para ahli di bidangnya. Secara keseluruhan, kualifikasi yang di peroleh cenderung mengharuskan dokter dan perawat memiliki kompetensi yang mendukung tugasnya. Baik itu melalui pelatihan atau pendidikan formal.

Para ahli yang menjadi narasumber dalam penelitian ini memiliki asumsi yang berbeda- beda mengenai kualifikasi dokter dan perawat. Dalam keanekaragaman tersebut, maka penulis merangkumnya sesuai dengan tujuan penelitian ini. Yakni Kualifikasi yang menjadi persyaratan khusus dalam perekrutan tenaga atau yang harus dimiliki oleh tenaga untuk mendukung dalam pelaksanaan tugasnya.

### **6.3.1 Tenaga Dokter**

Kualifikasi dokter lebih bersifat krudensial, dimana seorang dokter akan di tempat berdasarkan kompetensi yang dimilikinya. Krudensial merupakan kualifikasi formal, pelatihan, pengalaman dan kompetensi klinis dari perawatan profesional kesehatan. Mereka dibuktikan dengan dokumentasi, seperti sederajat universitas, beasiswa / keanggotaan perguruan tinggi profesional atau asosiasi, registrasi dengan badan profesional, sertifikat pelayanan, sertifikat penyelesaian

program khusus, periode instruksi formal diverifikasi atau pelatihan diawasi, divalidasi kompetensi, informasi rahasia yang terkandung dalam laporan wasit profesional dan ganti rugi profesional sejarah dan status. Misalnya spesialis anak akan di tempatkan di ruang perawatan anak.

Sedangkan credentialling adalah proses formal menilai seorang profesional ahli kesehatan dalam kaitannya dengan peran profesional pada fasilitas tertentu. Kompetensi kunci yang sangat diharapkan meliputi:

- a. Klinis keahlian (spesialisasi).
- b. Komunikasi keterampilan pada pasien/ keluarga/ masyarakat/ tim perawatan kesehatan.
- c. Kerjasama keterampilan - kegiatan tim interdisipliner.
- d. Manajemen keterampilan - biaya pemanfaatan sumber daya yang efisien dan efektif.
- e. Advokasi keterampilan - pasien dan profesional.
- f. Akademik dan /atau keterampilan riset - pendidikan berkelanjutan ditujukan untuk pencapaian model praktek terbaik.
- g. Profesional integritas.

### **6.3.2 Tenaga Perawat**

Seperti pada kualifikasi dokter di atas, kualifikasi untuk perawat tidak jauh berbeda. Perawat harus memiliki kompetensi baik yang didapat melalui bangku pendidikan atau pelatihan, seorang perawat harus memiliki kemampuan teknis yang sesuai dengan ruangan tempatnya bertugas. Disertai juga dengan intelektual dan interpersonal yang baik. Karena waktu kerja perawat berhadapan dengan pasien lebih lama jika dibandingkan dengan dokter. Perawat pada umumnya menemani dan melayani pasien selama menjalani pengobatan. Setidaknya, perawat harus memiliki kemampuan berkomunikasi yang sangat baik serta personalisasi yang bersahabat agar pasien bertahan dan menuruti setiap tahapan pengobatan yang disarankan selama berobat.

Terkadang postur tubuh yang ideal turut mendukung dalam menyelesaikan tugas dengan baik. Karena dengan kondisi tubuh yang ideal ketahanan tubuh akan lebih baik. Memiliki pengalaman akan menjadikan seseorang lebih berhati- hati

dalam melaksanakan tugasnya. Karena pengalaman- pengalaman sebelumnya dapat dijadikan acuan dalam melaksanakan tugas agar dapat meminimalisir terjadinya kesalahan dalam melaksanakan tugas.

Perlunya pengawasan bagi perawat baru yang minim akan pengalaman dalam menangani pasien, mengharuskan rumah sakit mengkombinasikan ketersediaan tenaga perawat antara yang berpengalaman lama dengan perawat yang baru mejajaki dunia pelayanan.

Kualifikasi yang diperoleh adalah:

1. Interpersonal (kemampuan membawa diri dalam lingkungan, keakraban, keramahan, dan bersosialisasi dengan baik)
2. Intelektual (kemampuan yang diperoleh dari bangku pendidikan yang menjadi acuan untuk kriteria pendidikan)
3. Kemampuan teknis (keahlian yang diperoleh untuk mendukung intelektual yang dimiliki)
4. Pengalaman (min. 5 tahun)
5. Postur tubuh yang ideal (min. TB 155cm, BB 50cm)

## BAB VII PENUTUP

### 7.1 Kesimpulan

Dari penelitian yang dilakukan, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Antara jumlah kebutuhan yang diperoleh dalam penelitian dan keadaan jumlah aktual tenaga yang ada di RS terjadi perbedaan yang sangat significant.
2. Pada hasil penelitian, hanya 1 dokter yang bertugas pada masing- masing ruang perawatan. Sehingga kelebihan dokter pada keadaan aktual adalah 4 orang. Yakni pada ruangan bedah dan kebidanan, masing- masing 2 orang.
3. Perhitungan kebutuhan perawat didalam penelitian ini adalah perawat yang memberikan pelayanan, tidak termasuk perawat yang bertugas sebagai kepala ruangan atau ketua *shif*.
4. Sedangkan pada jumlah kebutuhan perawat yang memberikan pelayanan, kelebihan pada keadaan aktual yakni 28 orang. Karena pada hasil perhitungan yang diperoleh, kebutuhan perawat pada masing- masing ruang perawatan berkisar pada angka kebutuhan 4 hingga 8 orang yang terbagi pada 4 waktu kerja (pagi, siang, malam dan libur).
5. Kelebihan tenaga ini dikarenakan metode perhitungan yang lebih cenderung pada beban kerja yang dilakukan. Jika dilihat dari indikator- indikator yang diperoleh, kebutuhan tenaga memang memerlukan Jumlah yang sedikit. Terlihat dari rata- rata pasien perhari, perhitungan BOR dan LOS dalam hitungan *WISN* menunjukkan angka yang relatif rendah.
6. Kualifikasi SDM menurut pihak rumah sakit yang mengacu pada ketentuan Pemda setempat yang bersifat khusus adalah bagi dokter diwajibkan memiliki ijazah profesi dan Surat Tanda Registrasi (STR). Sedangkan persyaratan perawat belum dirumuskan secara rinci.
7. Kualifikasi menurut pendapat ahli, seorang dokter *credentialing* dan *preveleging*. Yang meliputi:



- a. Klinis keahlian.
  - b. Komunikasi keterampilan pada pasien/ keluarga/ masyarakat/ tim perawatan kesehatan.
  - c. Kerjasama keterampilan - kegiatan tim interdisipliner.
  - d. Manajemen keterampilan - biaya pemanfaatan sumber daya yang efisien dan efektif.
  - e. Advokasi keterampilan - pasien dan profesional.
  - f. Akademik dan /atau keterampilan riset - pendidikan berkelanjutan ditujukan untuk pencapaian model praktek terbaik.
  - g. Profesional integritas.
8. Kualifikasi yang harus dimiliki oleh perawat adalah:
- a. Interpersonal (kemampuan membawa diri dalam lingkungan, keakraban, keramahan, dan bersosialisasi dengan baik)
  - b. Intelektual (kemampuan yang diperoleh dari bangku pendidikan yang menjadi acuan untuk kriteria pendidikan)
  - c. Kemampuan teknis (keahlian yang diperoleh untuk mendukung intelektual yang dimiliki)
  - d. Pengalaman (min. 5 tahun)
  - e. Postur tubuh yang ideal (min. TB 155cm, BB 50cm)

## 8.2 Saran

Dari penelitian yang telah dilakukan, tidak terlalu banyak saran yang akan disampaikan. Mengingat RSUD Bangkinang adalah sebuah rumah sakit yang masih dibawah pembiayaan Pemerintah Daerah. Oleh karena itu, saran ini lebih cenderung jika nantinya proses BLUD yang sedang berlangsung terealisasi. Adapun saran yang ingin disampaikan adalah:

1. Mengefektifkan jumlah kebutuhan tenaga dokter dan perawat agar tidak terjadi kelebihan tenaga dengan minimnya pekerjaan karena itu dapat mengakibatkan bekunya kemampuan atau ilmu praktek yang dimiliki oleh tenaga, terutama perawat.
2. Selain mengikuti syarat yang telah ditetapkan oleh Pemda, alangkah baiknya jika rumah sakit mengadakan uji kemampuan baik kemampuan

bidang maupun kompetensi mendukung lainnya yang dimiliki oleh tenaga. Hal ini bertujuan untuk mendapatkan bibit tenaga SDM yang memiliki Kualifikasi handal dalam meningkatkan mutu layanan rumah sakit.

3. Pada penelitian ini terdapat kelebihan tenaga sebanyak 28 orang. Sebaiknya, kelebihan tenaga ini diberikan kesempatan untuk meningkatkan intelektual pada jenjang pendidikan yang lebih tinggi. Karena dilihat dari tingkat pendidikan pada tiap ruangan, masih minimnya perawat yang memiliki pendidikan strata- 1.



## DAFTAR PUSTAKA

- <http://jurnal-sdm.blogspot.com>. 2010. Perencanaan Sumber Daya Manusia; Definisi, Faktor Yang Mempengaruhi dan Manfaat Perencanaan SDM . Jurnal Manajemen, Jurnal Manajemen Sumber Daya Manusia, Bahan Kuliah Manajeme.. Juni. Jakarta
- Profil Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang Kabupaten Kampar Tahun 2008.
- Profil Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang Kabupaten Kampar Tahun 2009.
- Yudhim. 2008. Perencanaan sumber daya manusia (PSDM). Yudhim's blog. Januari. Jakarta
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 81/Menkes/Sk/I/2004 Tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota Serta Rumah Sakit
- Isna, nilna rahmi. 2010. Resume performance system kesehatan sumber daya manusia kesehatan. Sumber Daya Manusia Kesehatan. Progdik IKM -unand Januari . Jakarta
- Sriwastuti, Ermilda. 2008. *Perencanaan SDM Medis dan Keperawatan RSUD H.Abdul Manap Jambi Tahun 2008*. Universitas Indonesia. Jakarta
- <http://tenaga-kesehatan.or.id>. 2007. *Derajat Kesehatan Indonesia Masih Tertinggal*. Depkes RI tenaga kesehatan. Juli. Jakarta.
- Azhar. 2008. *Analisis Kebutuhan Tenaga Radiographer Pada Unit Radiologi Rumah Sakit Karya Bhakti Bogor, Tahun 2008 dengan WISN*. Univeritas Indonesia. Jakarta
- Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan.2010. RSUD Ratu Zalecha Martapura. Jakarta.
- Nety. 2010. 2011 RSUD Bangkinang Rampung Dilaksanakan. Menit Riau. Januari. Jakarta.
- Aulia. 2010. Kejar peningkatan Status. *RSUD Bangkinang Butuh 5 Dokter Spesialis*. Metro Riau. Januari. Jakarta.
- Krisnawan. 2009. *Kualifikasi SDM Dimasa Mendatang*. Sumber Daya Manusia. LPPcom. Januari. Jakarta.
- Suharyono, M.Waseso. Adisasmito, Wiku B.B. 2008. *Analisis Jumlah Kebutuhan Tenaga Pekarya Dengan Work Sampling Di Unit Layanan Gizi Pelayanan Kesehatan*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. Juni. Jakarta.

- Sarwono, Jonathan. 2006. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Graha Ilmu. Yogyakarta
- Tantos. 2007. *Menghitung BOR, AVLOS, TOI, BTO*. Medical Record. Maret. Jakarta
- Djunaedi, Achmad. 2000. *Perumusan Permasalahan*. Metodologi Penelitian. Universitas Gajah Mada. Desember. Yogyakarta
- Samuel, David. 2006. *Engineering communication*. November. Jakarta
- Soejadi, DR, DHSA. 2010. *Efisiensi Pengelolaan Rumah Sakit*, Katiga Bina. Desember. Jakarta.
- Bell, Ruth. Ithindi, Taathi. Low, Anne. 2002. *Improving equity in the provision of primary health care: lessons from decentralized planning and management in Namibia*. Bulletin of the World Health Organization. Desember. Jakarta
- Setyowati, Apin, SKM. MKes(Kep). 2010. *Analisis Kebutuhan Perawat di Rumah Sakit*. Scribd.com. November. Jakarta
- Fronteira. Guerreiro. Dussault. 2010. *Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP)*. Desember. Switzerland.
- Daviaud, Emmanuelle. Chopra, Mickey. 2010. *How much is not enough? Human resources requirements for primary health care: a case study from South Africa*. Bulletin of the World Health Organization (BLT). Desember. Jakarta
- 
- Dussault, Gilles. Buchan, James. Sermeus, Walter. Padaiga, Zilvinas. 2010 *Assessing Future Health Workforce Needs. Policy summary prepared for the Belgian EU Presidency Conference on Investing in Europe's health workforce of tomorrow: scope for innovation and collaboration*. September. La Hulpe
- Hossain, Belayet, Dr. Alam, Syed Ahsanul. 2010. *Likely Benefit of Using Workload Indicators of Staffing Need (WISN) for Human Resources Management and Planning in the Health Sector of Bangladesh*. Article. Desember. Jakarta
- Ozcan, Serpil. Hornby, Peter. 2010. *Determining Hospital Workforce Requirements: A Case Study*. Article. Desember. Jakarta
- Shipp, Peter J. 1998. *Workload indicators of staffing need (WISN) A manual for implementation*. Prepared for the World Health Organization. Desember. Boston  
USA

Hall, Thomas L. MD, DrPH. 2000. *HUMAN RESOURCES FOR HEALTH: Models for projecting workforce supply and Requirements*. Projection model documentation. Januari. San Francisco

*National guidelines for credentials and clinical privileges*.2002. Australian council for safety and quality in health care. Council management group. Juli. Jakarta

Yodhia Antariksa. **2010**. Manfaat Perencanaan SDM yang Optimal. Rajapresentasi.com. Juli. Jakarta

---



**Formulir Work Sampling**

Pengamat : .....

Unit : .....

Jenis tenaga : .....

Shift : Pagi

Tiap 0.10	Kegiatan			
	Langsung	Tidak Langsung	Pribadi	Non Produktif
07.00				
07.10				
07.20				
07.30				
07.40				
07.50				
08.00				
08.10				
08.20				
08.30				
08.40				
08.50				
09.00				
09.10				
09.20				
09.30				

09.40				
09.50				
10.00				
10.10				
10.20				
10.30				
10.40				
10.50				
11.00				
11.10				
11.20				
11.30				
11.40				
11.50				
12.00				
12.10				
12.20				
12.30				
12.40				
12.50				
13.00				
13.10				
13.20				
13.30				
13.40				
13.50				
14.00				

**Formulir Work Sampling**

Pengamat : .....

Unit : .....

Jenis tenaga : .....

Shift : Siang

Tiap 0.10	Kegiatan			
	Langsung	Tidak Langsung	Pribadi	Non Produktif
14.10				
14.20				
14.30				
14.40				
14.50				
15.00				
15.10				
15.20				
15.30				
15.40				
15.50				
16.00				
16.10				
16.20				
16.30				
16.40				



16.50				
17.00				
17.10				
17.20				
17.30				
17.40				
17.50				
18.00				
18.10				
18.20				
18.30				
18.40				
18.50				
19.00				
19.10				
19.20				
19.30				
19.40				
19.50				

**Formulir Work Sampling**

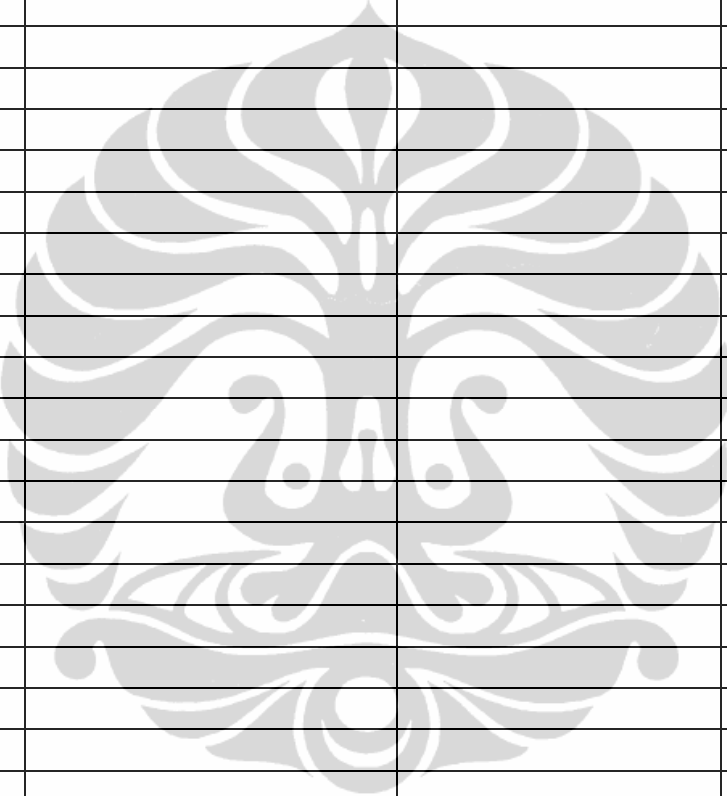
Pengamat : .....

Unit : .....

Jenis tenaga : .....

Shift : Malam

Tiap 0.10	Kegiatan			
	Langsung	Tidak Langsung	Pribadi	Non Produktif
20.00				
20.10				
20.20				
20.30				
20.40				
20.50				
21.00				
21.10				
21.20				
21.30				
21.40				
21.50				
22.00				
22.10				
22.20				
22.30				



22.40				
22.50				
23.00				
23.10				
23.20				
23.30				
23.40				
23.50				
00.00				
00.10				
00.20				
00.30				
00.40				
00.50				
01.00				
01.10				
01.20				
01.30				
01.40				
01.50				
02.00				
02.10				
02.20				
02.30				
02.40				
02.50				
03.00				

03.10				
03.20				
03.30				
03.40				
03.50				
04.00				
04.10				
04.20				
04.30				
04.40				
04.50				
05.00				
05.10				
05.20				
05.30				
05.40				
05.50				
06.00				
06.10				
06.20				
06.30				
06.40				
06.50				

**PEDOMAN WAWANCARA**  
**ANALISIS KEBUTUHAN SDM DI RSUD BANGKINANG**

Nama Pewawancara :  
Nama Pencatat :  
Hari/ Tanggal/Jam :  
Tempat :  
Nama Informan :  
Umur :

**PELAKSANAAN WAWANCARA**

1. Perkenalan dari pewawancara
2. Menjelaskan tujuan dari wawancara
3. Meminta kesediaan waktu untuk melakukan wawancara

**PERTANYAAN UNTUK PEJABAT RSUD BANGKINANG**

1. Apa visi dan misi RSUD Bangkinang?
2. Bagaimana motivasi SDM saat ini?
3. Bagaimana kinerja SDM saat ini?
4. Apakah peluang dan ancaman yang sedang dihadapi?
5. Apa landasan penetapan jumlah kebutuhan SDM saat ini?
6. Apa masalah yang terkait dengan SDM saat ini?
7. Bagaimana cara pemenuhan kebutuhan SDM di RS ini?

**PEDOMAN WAWANCARA**  
**ANALISIS KEBUTUHAN SDM DI RSUD BANGKINANG**

Nama Pewawancara :  
Nama Pencatat :  
Hari/ Tanggal/Jam :  
Tempat :  
Nama Informan :  
Umur :

**PELAKSANAAN WAWANCARA**

1. Perkenalan dari pewawancara
2. Menjelaskan tujuan dari wawancara
3. Meminta kesediaan waktu untuk melakukan wawancara

**PERTANYAAN UNTUK DOKTER DAN PERAWAT**

1. Bagaimana waktu kerja anda yang tersedia di RS?
2. Bagaimana waktu longgar anda?
3. Bagaimanakah kegiatan kerja anda sehari- hari di RS?
4. Menurut anda, bagaimana dengan beban kerja anda di RS ini?
5. Menurut anda, bagaimana gambaran kompetensi yang seharusnya dimiliki oleh dokter/ perawat di RS ini?
6. Menurut anda, apakah perlu tambahan tenaga dokter/ perawat?

**KUISIONER PENDAPAT AHLI  
ANALISIS KEBUTUHAN SDM DI RSUD BANGKINANG**

Nama Responden :

Pada penelitian ini, telah dilaksanakan perhitungan jumlah kebutuhan tenaga dokter dan perawat pada pelayanan rawat inap RSUD Bangkinang, melaksanakan CDMG dengan pejabat RS untuk mendapatkan gambaran mengenai kualifikasi tenaga dokter dan perawat di RSUD Bangkinang. Hasil penelitian dan laporan tersebut kami lampirkan disini. Kami mengharapkan saran atau pendapat dari Bapak/ Ibu dari pengetahuan dan pengalamannya sebagai masukan yang nantinya diharapkan dapat menjadi bahan dan informasi bagi RSUD Bangkinang dalam pemenuhan kebutuhan SDM.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**PEDOMAN WAWANCARA**  
**ANALISIS KEBUTUHAN SDM DI RSUD BANGKINANG**

Nama Pewawancara :  
Nama Pencatat :  
Hari/ Tanggal/Jam :  
Tempat :  
Nama Anggota :1. ....  
2. ....  
3. ....  
4. ....  
5. ....  
6. ....

**PELAKSANAAN WAWANCARA**

1. Perkenalan dari pewawancara
2. Menjelaskan tujuan dari wawancara
3. Meminta kesediaan waktu untuk melakukan wawancara

**PERTANYAAN UNTUK *FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD)***

1. Bagaimana perkembangan RS untuk ke depannya?
2. Bagaimana kinerja SDM saat ini?
3. Apa saja *Job Description* tenaga dokter?
4. Apa saja *Job Description* tenaga perawat?
5. Bagaimana spesifikasi tenaga SDM (tingkat pendidikan, pengalaman kerja, umur, profesi, dll)?