



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PERENCANAAN SDM MEDIS DAN KEPERAWATAN  
RSUD H. ABDUL MANAP JAMBI  
TAHUN 2008-2013**

**TESIS**

**OLEH :  
ERMILDA SRIWASTUTI  
NPM: 0606020234**

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

**DEPOK, 2008**

PROGRAM MAGISTER  
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Tesis, Juli 2008

Ermilda Sriwastuti, NPM 0606020234

**Perencanaan SDM Medis dan Keperawatan RSUD H. Abdul Manap 2008-2013**

xiii + 171 halaman , 43 tabel, 11 gambar, 12 lampiran

**ABSTRAK**

Perencanaan SDM Medis Keperawatan RSUD H. Abdul Manap dibutuhkan sebagai dasar pengambilan keputusan untuk mempersiapkan ketersediaan SDM medis dan keperawatandi RSUD H. Abdul Manap. Dengan perencanaan SDM yang baik diharapkan dapat ditetapkan jumlah dan kompetensi SDM yang dibutuhkan, pada masa kini maupun masa mendatang .

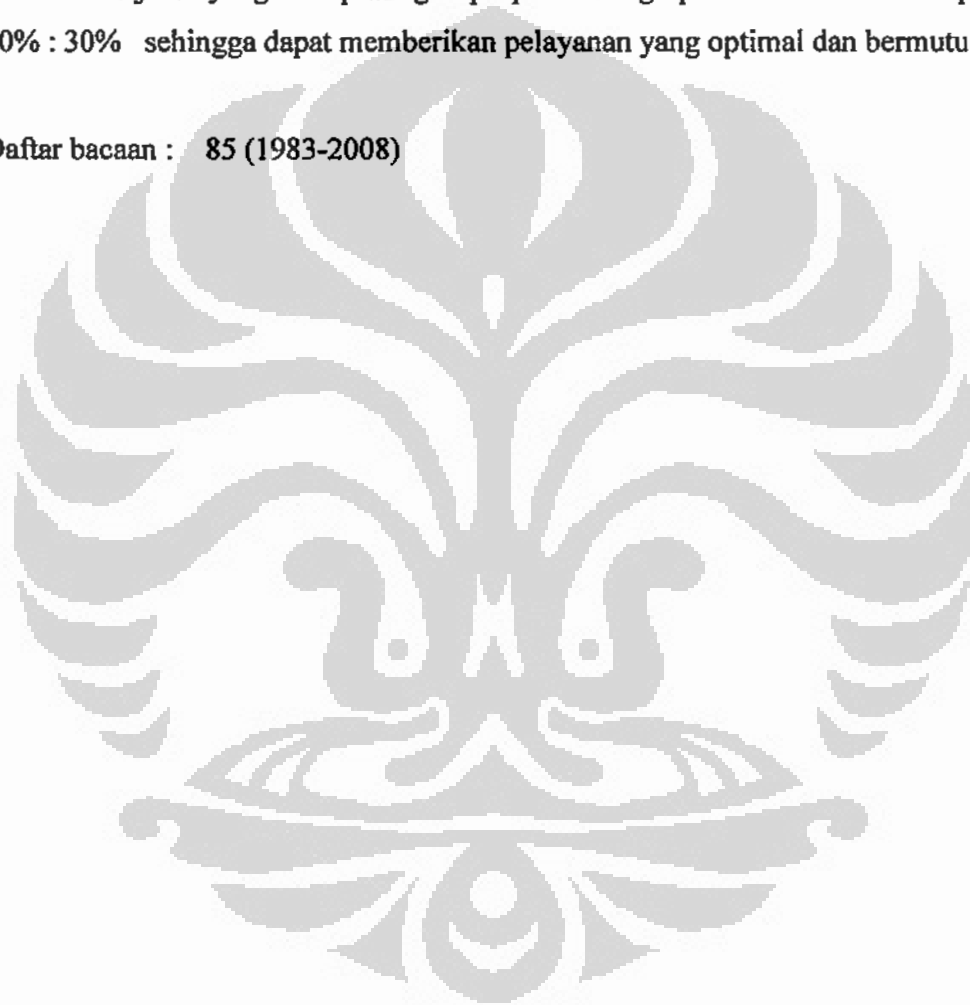
Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui jumlah kebutuhan SDM medis dan keperawatan, baik dari segi jumlah maupun kualifikasinya. Penelitian dilaksanakan pada Maret sampai bulan Juni 2008. Hasil penelitian awal adalah diformulasikan visi RSUD H. Abdul Manap, "Menjadi Rumah Sakit bertaraf Internasional" dengan misi (1). Mengupayakan dan mengembangkan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang terjangkau, (2) Memiliki SDM yang profesional dan inovatif dengan semangat persaudaraan, (3) Terakreditasi 5 pelayanan pada tahun 2011 dan (4). Menjalin kerjasama dengan rumah sakit pilihan baik didalam maupun diluar negeri..

Perencanaan kebutuhan SDM medis dan keperawatan dilaksanakan secara bertahap, yaitu jangka pendek, jangka menengah dan jangka panjang, yang hasilnya sebagai berikut: kebutuhan tenaga medis RSUD H. Abdul Manap tahun 2008-2015 adalah :dokter spesialis 19 orang, dokter umum 17 orang dan dokter gigi 2 orang. Sedangkan kebutuhan paramedis keperawatan tahun 2008 adalah 135 orang tenaga paramedis, tahun 2011 dibutuhkan penambahan sebanyak 56 orang dan ditahun 2013 dibutuhkan penambahan 53 orang tenaga paramedis lagi. Pada penelitian ini juga berhasil ditetapkan sejumlah

kriteria SDM yang akan diterima, seperti : lulus seleksi penerimaan , pengalaman kerja untuk yang akan menempati posisi struktural, serta sejumlah persyaratan yang berhubungan dengan pendidikan, sikap dan kompetensi.

Untuk menjamin mutu layanan kesehatan di RSUD H. Abdul Manap disarankan agar Pemerintah daerah Kota Jambi merekrut tenaga profesional rumah sakit dalam jumlah dan jenis yang cukup dengan proporsi tenaga profesional dan non profesional 70% : 30% sehingga dapat memberikan pelayanan yang optimal dan bermutu

Daftar bacaan : 85 (1983-2008)



POST GRADUATE PROGRAM  
PROGRAM of HOSPITAL ADMINISTRATION STUDY  
PUBLIC HEALTH FACULTY  
UNIVERSITY OF INDONESIA

Tesis, Juli 2008

Ermilda Sriwastuti, NPM 0606020234

**Human Resource Planning for Medical Doctors and Nurses at RSUD H. Abdul Manap 2008-2013**

xiii + 171 pages, 43 tables, 11 pictures, 12 appendices

**ABSTRACT**

Human Resource Planning is needed as the basis to make the decision in preparing the required human resources for Medical Doctors and Nurses at RSUD H. Abdul Manap. With good human resource planning, it is expected that the required number and competency of the resources can be determined, for recent and future needs.

The objective of this research is to determine the required human resources for medical doctors and nurses, in term of the number and the qualifications. The research had been conducted from March to June 2008. The preliminary result of the research is formulating the vision of RSUD H. Abdul Manap: "Becoming International-standard Hospital" and mission: (1) Developing and striving for affordable high-quality medical services, (2) Having professional and innovative human resources with the family spirit, (3) Accredited 5 for the service in 2011, and (4). Establishing co-operations with preferred hospitals in and outside the country.

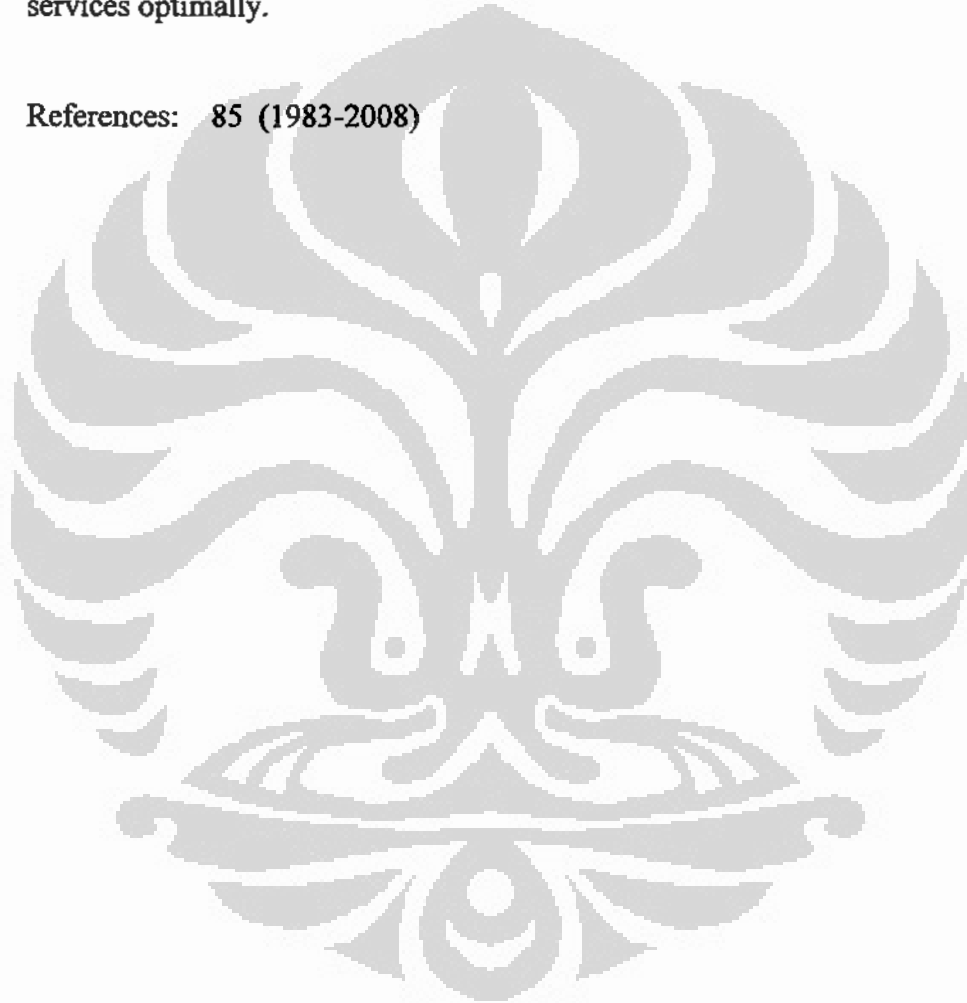
The subsequent result of the research is concluding that the planning for the required human resources for Medical Doctors and Para-medical Nurses is applied in terms: short, intermediate, and long terms, and the results as the following:

The medical requirement at RSUD H. Abdul Manap in year 2008-2015: 19 specialized doctors, 17 general practitioners/doctors, and 2 dentists. Nurses requirement for year 2008: 135 nurses, for year 2011: additional 56 nurses, and for year 2013: another additional 53 nurses. In this research, also able to determine some criterions for recruiting the human resources: passing the selection, working

experience for the structural positions, and some requirements relating to education, attitude, and competency.

To guarantee the medical service quality at RSUD H. Abdul Manap, it is suggested the local government of the city of Jambi to recruit sufficient hospital professionals, in term of number and classifications, with the ratio between professionals and non-professionals: 70% to 30%, to be able to provide quality services optimally.

References: 85 (1983-2008)





**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PERENCANAAN SDM MEDIS DAN KEPERAWATAN  
RSUD H. ABDUL MANAP JAMBI  
TAHUN 2008-2013**

**Tesis ini diajukan sebagai  
Salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

**OLEH :  
ERMILDA SRIWASTUTI  
NPM: 0606020234**

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

**DEPOK, 2008**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis

PERENCANAAN SDM MEDIS DAN KEPERAWATAN  
RSUD H. ABDUL MANAP TAHUN 2008-2013

Telah disetujui, diperiksa, dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program  
Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, 19 Juli 2008

Pembimbing



Dra Dumilah Ayuningtyas, MARS

PANITIA SIDANG UJIAN TESIS MAGISTER  
PROGRAM PASCA SARJANA  
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA

Depok, 19 Juli 2008

Ketua



Dra Dumilah Ayuningtyas, MARS

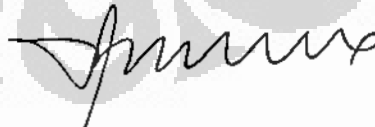
Anggota



Prof dr Amal C.Sjaaf, SKM, Dr PH



Dr Mieke Savitri M.Kes



Dr Sandra Dewi, MARS



## RIWAYAT HIDUP PENULIS

### IDENTITAS PRIBADI

**N a m a** : Ermilda Sriwastuti  
**Tempat/ Tanggal Lahir** : Padang, 15 Desember 1964  
**Agama** : Islam  
**Alamat Rumah** : Jalan Ir Juanda Lrg Kasturi No 96  
Kelurahan Simpang III Sipin Jambi  
**Alamat Kantor** : Jalan Basuki Rahmat Kota Baru Jambi

### RIWAYAT PENDIDIKAN

**Tahun 1972 -1977** : SD Negeri No 14 Padang  
**Tahun 1977-1980/81** : SMP Negeri No 1 Padang  
**Tahun 1981-1984** : SMA Negeri No 3 Padang  
**Tahun 1984-1990** : Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang  
**Tahun 2006-2008** : Program Pasca Sarjana FKM Universitas Indonesia

### RIWAYAT PEKERJAAN

**Tahun 1992-1993** : Kepala Puskesmas Tanjung Alam Kab Tanah Datar  
**Tahun 1993-1995** : Kepala Puskesmas Ujung Gading Kab Pasaman  
**Tahun 1995-1997** : Direktur RSU Restu Ibu Padang  
**Tahun 1997-2000** : Staf PT Askes Regional Sumatera Utara  
**Tahun 2000-2001** : Asisten Manajer PT Askes Indonesia Kantor Cabang  
Tanjung Balai Sumatera Utara  
**Tahun 2001-2003** : Asisten Manajer PT Askes Indonesia Kantor Cabang  
Jambi  
**Tahun 2003- 2007** : Kepala Puskesmas Paal X Kota Jambi  
**Tahun 2007- sekarang** : Kepala Seksi Kesehatan Ibu dan KB Dinas Kesehatan  
Kota Jambi

## KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT beserta Nabi besar Muhammad SAW, karena dengan ridhonya penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis berjudul : “Perencanaan SDM Medis dan Paramedis Keperawatan RSUD H. Abdul Manap Jambi Tahun 2008-2013”.

Dalam hal ini penulis telah berusaha semaksimal mungkin , jika masih banyak kekurangan penulis mohon masukan dan saran untuk perbaikan. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada :

1. Ibu Dra Dumilah Ayuningtyas, MARS selaku pembimbing tesis yang telah bersedia meluangkan waktu memberikan pengarahan, bimbingan, sumbangan pikiran dan dorongan kepada penulis dalam menyelesaikan penulisan ini.
2. Dekan dan seluruh Staf dan Karyawan sekretariat PS Kajian Administrasi FKM Universitas Indonesia
3. Drs Arifin Manap MM selaku Walikota Jambi yang telah mengizinkan penulis untuk meneliti “Perencanaan SDM Medis dan Paramedis Keperawatan RSUD H. Abdul Manap Jambi Tahun 2008-2013”.
4. Dr Hengky Indrajaya, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kota Jambi yang telah mengizinkan penulis untuk mengikuti pendidikan dan banyak memberikan masukan kepada penulis dalam penelitian ini.

5. Prof.dr. Amal C Sjaaf, SKM,DrPH, Dr.drg Yaslis Ilyas, Prof dr Purnawan Junadi, MPH, PhD atas dorongan dan bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan dan menyelesaikan penulisan tesis ini.

Teristimewa buat suami dan anak-anakku tercinta, Dr Yunaldi SpTHT, Esmaralda Nurul Amani, Aryane Dwi Putri dan Firina Rahmadani yang telah memberikan izin, pengertian, pengorbanan dan dorongan demi kelancaran proses belajar selama ini.

Juga kepada Ibunda tercinta H. Yulizar Kinan dan semua kakak-kakakku tercinta, teman-teman di Dinas Kesehatan Kota Jambi yang banyak memberikan dukungan, bantuan moril dan materil semoga Allah memberikan pahala setimpal., Amin

Juga kepada seluruh teman-teman S2 KARS angkatan 2006, yang telah bekerjasama, bantu membantu selama perkuliahan, semoga silaturahmi kita tetap terjalin selamanya dan ilmu yang kita peroleh dapat memberikan manfaat bagi lingkungan kita, Amin ya rabbal 'alamin.Serta semua yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu.

Semoga Allah SWT senantiasa memberikan ridho, bimbingan dan kekuatan kepada kita semua. **Amin**

Terima Kasih  
Depok, 19 Juli 2008

Penulis

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : **Ermilda Sriwastuti**

NPM : 0606020234

Mahasiswa Program : KARS KHUSUS

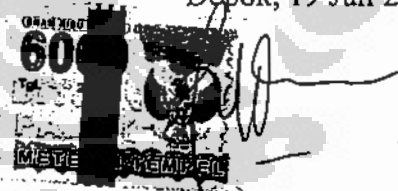
Tahun Akademik : 200 / 200

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul : "Perencanaan SDM Medik dan Keperawatan RSUD H.Abdul Manap Tahun 2008-2013 .

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya menerima sangsi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 19 Juli 2008



**Ermilda Sriwastuti**

## DAFTAR ISI

JUDUL	HALAMAN	
KATA PENGANTAR .....	i	
DAFTAR ISI .....	iii	
DAFTAR TABEL .....	ix	
DAFTAR GAMBAR .....	xi	
<b>BAB I</b>	<b>PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang .....	1	
1.2. Perumusan Masalah .....	4	
1.3. Pertanyaan Penelitian .....	5	
1.4. Tujuan Penelitian .....	5	
1.4.1. Tujuan Umum .....	5	
1.4.2. Tujuan Khusus .....	6	
1.5. Manfaat Penelitian .....	6	
1.6. Ruang Lingkup Penelitian .....	7	
<b>BAB II</b>	<b>TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	9
2.1. Rumah Sakit .....	9	
2.1.1. Rumah Sakit Sebagai Penyedia Pelayanan Kesehatan . .....	15	
2.1.2. Fungsi rumah sakit .....	11	
2.1.3. Klasifikasi rumah sakit .....	13	

2.1.4. Kepemilikan rumah sakit .....	14
2.2. Sumber Daya Manusia .....	14
2.2.1. Manajemen Sumber Daya Manusia .....	15
2.2.2. Sumber Daya Manusia Kesehatan/Rumah Sakit .....	17
2.2.2.1. Pelayanan Medis.....	19
2.2.2.2. Pelayanan Keperawatan.....	20
2.2.3. Kompetensi SDM Kesehatan .....	21
2.3. Perencanaan .....	23
2.3.1 Pengertian Perencanaan .....	23
2.3.2. Pengertian Perencanaan SDM .....	25
2.4. Metode PerhitunganKebutuhan SDM Rumah Sakit.....	35
2.4.1. Perhitungan SDM secara makro... ..	36
2.4.2. Perhitungan SDM secara mikro .....	38
2.4.3. Work Load Indicator Staff Need.....	41
2.4.4 Menghitung kebutuhan perawat dengan formula ....	44
2.4.4.1 Metode Gillies.....	44
2.4.4.2. Metode Nina.....	45
2.4.4.3. Metode Hasil Lokakarya PPNI.....	46
2.4.4.4. Metode Ilyas.....	46
2.4.5. Pendapat Pakar.....	47

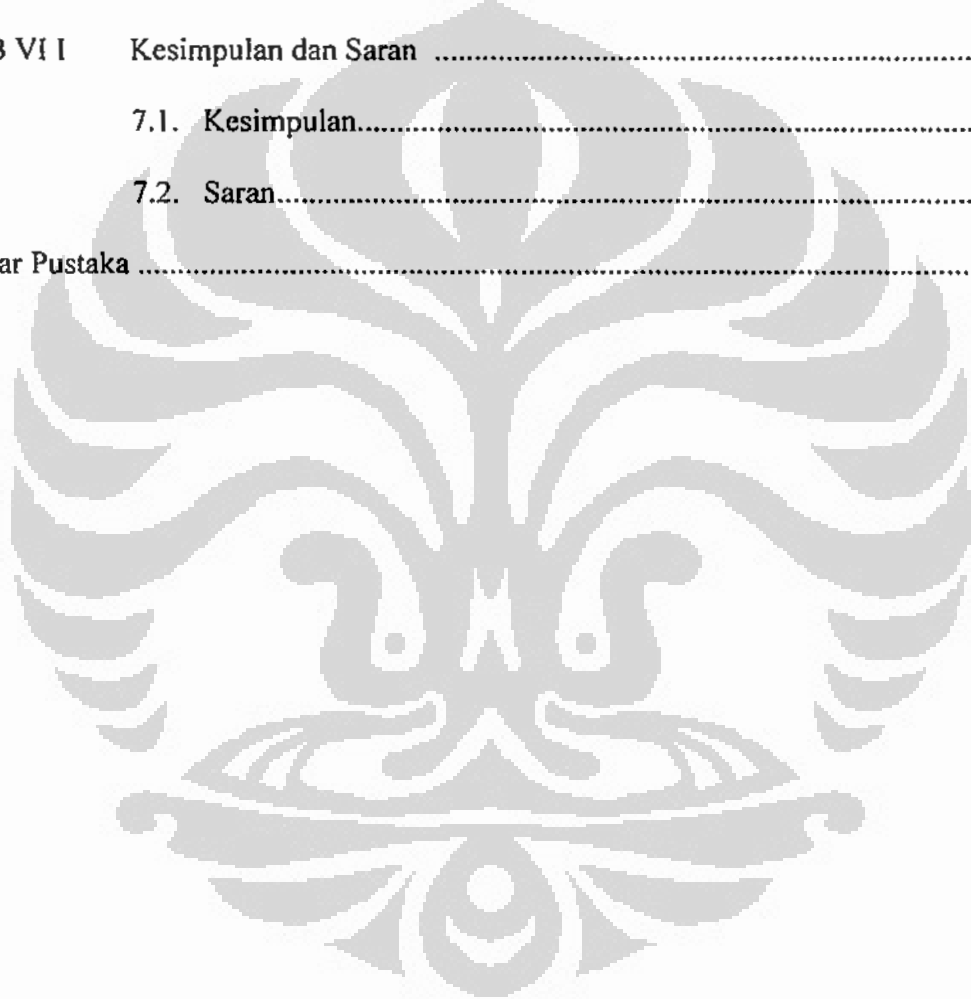
<b>BAB III.</b>	<b>Kerangka Konsep dan Definisi Operasional.....</b>	<b>49</b>
	3.1. Kerangka Konsep.....	49
	3.2. Definisi Oprasional.....	51
<b>BAB IV</b>	<b>Metode Penelitian.....</b>	<b>55</b>
	4.1. Jenis Penelitian .....	55
	4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	58
	4.3. Instrumen Penelitian .....	59
	4.4. Metode Pengumpulan Data.....	59
	4.5. Pengolahan Data.....	60
	4.6. Analisis Data.....	60
	4.7. Penyajian Data.....	61
<b>BAB V</b>	<b>Hasil Penelitian.....</b>	<b>62</b>
	5.1. Proses Penelitian.....	62
	5.2. Keterbatasan Penelitian.....	64
	5.3. Karakteristik Informan.....	65
	5.4. Gambaran Umum Kota Jambi.....	65
	5.4.1. Varibel Demografi.....	67
	5.4.2. Variabel Ekonomi.....	71
	5.4.3. Variabel Sosial Budaya.....	74
	5.4.4. Variabel Kebijakan.....	79
	5..5. Situasi Pelayanan Kesehatan di Kota Jambi.....	85
	5.5.1. Dinas Kesehatan Kota Jambi.....	85
	5.5.1.1.Sarana Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama .	85

5.5.1.2.Sumber Daya Manusia Di Dinas Kesehatan.....	86
5.5.2. Pelayanan Kesehatan Lanjutan di Kota Jambi.....	88
5.5.3. 10 Penyakit terbanyak di Kota Jambi .....	92
5.5.4. Kompetitor RSUD H.Abdul Manap .....	94
5.5.5 Kegiatan Pelayanan di RSUD Raden Mattaher dan RS ST Teresia tahun 2005- 2007.....	96
5.5.5.1. Visi dan Misi RSUD Rd Mattaher .....	
dan RS ST Theresia .....	96
5.5.5.2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana RSUD Rd Mattaher dan RS StTheresia.....	98
5.5.5.3. Sumber Daya Manusia RSUD Rd Mattaher dan RS St Theresia .....	102
5.5.5.4. Prestasi dan penilaian masyarakat terhadap RSUD Rd Mattaher dan RS St Theresia.....	105
5.5.5.5. Hasil Pelayanan RSUD Rd Mattaher dan RS St Theresia.....	106
5.6. Gambaran Umum RSUD H. Abdul Manap Jambi.....	111
5.6.1. Fasilitas Fisik.....	111
5.6.2. Fasilitas Pelayanan Kesehatan .....	112
5.6.3. Visi dan Misi.....	114
5.6.4. Tujuan Jangka Panjang.....	117
5.6.5. Tujuan jangka panjang SMF Penyakit Dalam, SMF Anak, SMF Kebidanan dan Kandungan, SMF Bedah	



	dan SMF Mata RSUD H. Abdul Manap.....	118
	5.6.6. Tujuh Langkah Pelayanan Prima.....	120
	5.6.7. Sasaran.....	120
	5.6.8. Proyeksi Pelayanan Kesehatan di RSUD H. Abdul Manap.....	121
	5.7. Perhitungan Kebutuhan SDM Kesehatan di RSUD H. Abdul Manap tahun 2008-2013.....	125
	5.7.1. Penghitungan kebutuhan SDM dokter spesiali...	127
	5.7.2. Penghitungan Kebutuhan SDM dokter umum.....	135
	5.7.3. Penghitungan Kebutuhan SDM Paramedis Keperawatan.....	135
	5.7.3.1. Penghitungan di IGD.....	137
	5.7.3.2. Penghitungan di Instalasi Rawat Jalan .....	139
	5.7.3.3. Penghitungan di Instalasi Rawat Inap.....	140
	5.8. Pendapat Pakar .....	141
	5.9. CDMG Kedua .....	144
BAB VI	Pembahasan.....	150
	6.1 Kebatasan Penelitian .....	150
	6.2. Hasil Penelitian .....	151
	6.2.1. Visi dan Misi RSUD H. Abdul Manap.....	
	6.2.1.1 Visi.....	151
	6.2.1.2. Misi.....	154
	6.2.2. Tujuan Jangka Panjang RSUD H. Abdul Manap .....	155
	6.2.3 Tujuan Jangka Panjang SMF RSUD H. Abdul Manap..	157

6.2.4. Standar pendidikan dan standar kompetensi SDM Medis dan paramedis keperawatan yang akan menjadi pegawai RSUD H. Abdul Manap .....	158
6.2.5. Jumlah dan jenis SDM Medis dan paramedis keperawatan yang akan menjadi pegawai RSUD H. Abdul Manap.....	161
<b>BAB VI I</b> Kesimpulan dan Saran .....	163
7.1. Kesimpulan.....	163
7.2. Saran.....	163
<b>Daftar Pustaka</b> .....	165



## DAFTAR TABEL

Tabel 5.1	Kode Informan, Jabatan dan Pendidikan Informan .....	65
Tabel 5.2	Jumlah Penduduk Kota Jambi menurut Jenis Kelamin dan kepadatan penduduk Tahun 2003-2007.....	68
Tabel 5.3	Jumlah Penduduk Kota Jambi Menurut Kelompok Umur Tahun 2003-2007.....	69
Tabel 5.4	Rata-rata Usia Harapan Hidup Penduduk Kota Jambi Tahun 2003-2007.....	71
Tabel 5.5	PDRB Kota Jambi ADHK tahun 2000.....	72
Tabel 5.6	Penduduk Kota Jambi menurut Golongan Pengeluaran Per Kapita Sebulan.....	74
Tabel 5.7	Banyaknya Penduduk Kota Jambi Berumur 10 tahun keatas Dan Ijazah Tertinggi Yang dimiliki.....	75
Tabel 5.8	Proporsi penduduk Kota Jambi berdasarkan suku/etnis.....	76
Tabel 5.9	Kepesertaan Akses Sosial dan Askeskin yang terdaftar di Kota Jambi Tahun 2005 – 2006.....	78
Tabel 5.10	Penduduk Kota Jambi menurut ketersediaan Jaminan Kesehatan Untuk Rawat Jalan/Inap.....	79
Tabel 5.11	Anggaran Urusan Kesehatan Kota Jambi Tahun 2003-2007.....	82
Tabel 5.12	Biaya Pelayanan Kesehatan Per Jiwa Penduduk Kota Jambi Tahun 2003-2007.....	83
Tabel 5.13	Sumber Daya Aparatur Dinas Kesehatan Kota Jambi Menurut tingkat pendidikan Tahun 2006.....	87
Tabel 5.14	Pegawai Dinas Kesehatan Kota Jambi yang melanjutkan Pendidikan Formal Tahun 2004 s/d 2006.....	88
Tabel 5.15	Nama Rumah Sakit, Kepemilikan, Kelas/Type dan Jumlah Tempat Tidur yang ada di Kota Jambi tahun 2007.....	89
Tabel 5.16	Rumah Sakit di Kota Jambi berdasarkan Indikator Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit Umum tahun 2005.....	90

Tabel 5.17	Rumah Sakit di Kota Jambi berdasarkan Indikator Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit Umum tahun 2006.....	90
Tabel 5.18	Rumah Sakit di Kota Jambi berdasarkan Indikator Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit Umum tahun 2007.....	91
Tabel 5.19	10 Penyakit Terbesar di Kota Jambi tahun 2003-2007.....	93
Tabel 5.20	10 Penyakit Terbanyak Rawat Jalan di RSUD Raden Mattaher tahun 2005-2007.....	93
Tabel 5.21	10 Penyakit Terbanyak Rawat Inap di RSUD Raden Mattaher Jambi tahun 2005-2007.....	94
Tabel 5.22	Competitive Profile Matrix Antara RSUD H. Abdul Manap , RSUD Rd Mattaher dan RS St Theresia.....	96
Tabel 5.23.	Keadaan Sarana Pelayanan Kesehatan RSUD Raden Mattaher dan RS Santa Theresia Tahun 2007.....	98
Table 5.24	Tarif pelayanan kesehatan di RSUD Rd Mattaher Jambi tahun Berdasarkan Perda No 10 tahun 2001.....	99
Table 5.25	Tarif pelayanan kesehatan di RS St Theresia Jambi tahun 2007....	101
Table 5.26	Keadaan SDM Kesehatan RSUD Raden Mattaher dan RS Santa Theresia Tahun 2007.....	103.
Table 5.27	Jenis, jumlah dan status ketenagaan dokter spesialis di RSUD Rd Mattaher dan RS St Theresia tahun 2007.....	104
Tabel 5.28	Hasil Pelayanan di IGD dan Rawat Jalan di RSUD Rd Mattaher Tahun 2005-2007.....	106
Tabel 5.29	Hasil Pelayanan di IGD dan Rawat Jalan di RSU St Theresia Tahun 2005-2007.....	107
Tabel 5.30	Hasil Pelayanan Rawat Inap di RSUD Rd Mattaher Tahun 2005-2007.....	108
Tabel 5.31	Hasil Pelayanan Rawat Inap di RSU St Theresia Tahun 2005-2007.....	108
Tabel 5.32	Pengunjung berdasarkan Cara Membayar di RSUD Raden Mattaher Tahun 2005-2007.....	109
Tabel 5.33	Pengunjung berdasarkan Cara Membayar di RSU St Theresia	

	Tahun 2005-2007.....	110
Tabel 5.34	Pengunjung Poliklinik berdasarkan asal di RSU St Theresia	
	Tahun 2005-2007.....	110
Tabel 5.35	Kunjungan IGD di RSUD Rd Mattaher dan RS St Theresia	
	Tahun 2005-2007.....	122
Tabel 5.36	Proyeksi kunjungan rawat Jalan di RSUD H. Abdul Manap	
	Tahun 2007.....	123
Tabel 5.37	Proyeksi Kunjungan Rawat Jalan di Poliklinik RSUD H. Abdul Manap	
	Tahun 2008-2013.....	124
Tabel 5.38	Proyeksi Kunjungan Rawat Inap di RSUD H. Abdul Manap	
	Tahun 2007.....	124
Tabel 5.39	Proyeksi Kunjungan Rawat Inap RSUD H. Abdul Manap	
	Tahun 2008 – 2013.....	125
Tabel 5.40	Waktu Kerja Tersedia di awat Inap di RSUD H. Abdul Manap	
	Tahun 2008 - 2013.....	127
Tabel 5.41	Kebutuhan Dokter Spesialis di RSUD H. Abdul Manap	
	Tahun 2008 -2013.....	135
Tabel 5.42	Proyeksi Kunjungan IGD di RSUD H. Abdul Manap berdasarkan	
	Kriteria Tahun 2008-2013.....	138
Tabel 5.43	Kebutuhan SDM Medis dan Paramedis Keperawatan di RSUD	
	H. Abdul Manap Tahun 2008 – 2013.....	147

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Perencanaan Organisasi dan SDM	28
Gambar 3.1	Kerangka Konsep Penelitian	50
Gambar 4.1	Tahapan Penghitungan SDM	61
Gambar 5.1	Peta Kota Jambi	67
Gambar 5.2	Jumlah Penduduk Kota Jambi Tahun 2005-2009	69
Gambar 5.3	Grafik Jumlah Penduduk Kota Jambi Menurut Kelompok Umur Tahun 2003-2007	70
Gambar 5.4	Grafik Rata-rata Usia Harapan Hidup Penduduk Kota Jambi Tahun 2003-2007	71
Gambar 5.5	Grafik PDRB Kota Jambi ADHK tahun 2000 Tahun 2001-2006	72
Gambar 5.6	PDRB per Kapita penduduk Kota Jambi Tahun 2003-2006	73
Gambar 5.7	Grafik Jumlah Penduduk Kota Jambi Menurut Tingkat Pendidikan Tahun 2007	75
Gambar 5.8	Anggaran Urusan Kesehatan Kota Jambi Tahun 2003 – 2007	83

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1. Latar Belakang**

Dalam Undang-undang kesehatan No 23 tahun 1992 disebutkan bahwa pembangunan kesehatan diarahkan untuk mempertinggi derajat kesehatan, yang besar artinya bagi pembangunan dan pembinaan sumber daya manusia Indonesia. Pembangunan dan pembinaan SDM menjadi modal bagi pelaksanaan pembangunan nasional yang pada hakekatnya adalah pembangunan manusia Indonesia seutuhnya dan masyarakat seluruh Indonesia (Depkes RI, 1992). Tujuan pembangunan Nasional tersebut tertuang dalam Visi Indonesia Sehat Tahun 2010, yang kemudian didistribusikan ke masing-masing daerah.

Untuk mendukung dan mewujudkan pembangunan kesehatan serta untuk mencapai keberhasilan kesehatan khususnya di daerah kabupaten dan kota diperlukan fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas dan sarana-sarana kesehatan lainnya yang didukung dengan sumber daya manusia kesehatan yang berkualitas agar dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Depkes RI, 2004).

Rumah Sakit sebagai salah satu mata rantai pelayanan dalam sistem kesehatan nasional harus siap menghadapi kebutuhan dan tuntutan masyarakat yang semakin tinggi dan beragam. Departemen Kesehatan Republik Indonesia telah menggariskan bahwa rumah sakit umum mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya

penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan (Aditama,2000).

Persaingan di era globalisasi sudah tidak dapat dihindari. Peningkatan kinerja rumah sakit merupakan tugas wajib pemerintah, baik di tingkat pusat maupun di daerah. Perkembangan teknologi pelayanan kesehatan yang begitu cepat menjadi tantangan tersendiri dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat karena penggunaan teknologi tersebut akan sangat membantu mempercepat dan meningkatkan ketepatan penegakan diagnosis dan mempermudah proses terapi suatu penyakit. Hal tersebut tentunya harus diimbangi dengan peningkatan SDM yang berkompeten khususnya tenaga medis, paramedis dan penunjang medis (Supari, [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id))

Rumah sakit saat ini merupakan institusi yang kompleks, dinamis, kompetitif, padat modal dan padat karya (Aditama, 2000). Secara garis besar rumah sakit terdiri dari subsistem teknis medis, keperawatan dan subsistem administrasi dan keuangan, subsistem pemasaran, subsistem fasilitas fisik, sub sistem informasi dan lain-lain. Hal ini menyebabkan rumah sakit menjadi suatu organisasi yang memiliki sumber daya manusia yang sangat beragam, baik dari segi tingkat dan jenis pendidikan maupun tingkat keahlian. Kendati demikian pelayanan di rumah sakit sangat dipengaruhi oleh para professional yang ada didalamnya, termasuk para dokter dan perawat. Apalagi ilmu dan teknologi kedokteran dan keperawatan sangat cepat berkembang teknologinya. (Trisnantoro, 2005).

Untuk dapat melaksanakan tugas yang berat tersebut rumah sakit perlu merencanakan SDM yang cocok sesuai dengan kebutuhan masing-masing bagian dan



manajemen rumah sakit (Yaslis, 2004). Fokus perhatian pada perencanaan sumber daya manusia adalah menjamin bahwa bagi organisasi tersedia tenaga kerja yang tepat untuk menduduki berbagai kedudukan, jabatan dan pekerjaan yang tepat pada waktu yang tepat untuk mencapai tujuan dan berbagai sasaran yang telah ditetapkan oleh organisasi (Siagian, 2007).

Menurut Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No:81/ Menkes/SK/I/2004 tentang: Pedoman Penyusunan Perencanaan Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kab/Kota serta Rumah Sakit, pada dasarnya kebutuhan SDM ditentukan berdasarkan (1) keadaan epidemiologi,; (2) permintaan (*demand*) akibat beban pelayanan kesehatan; (3) sarana upaya pelayanan kesehatan yang ditetapkan; serta (4) pada standar atau *ratio* terhadap nilai tertentu. Sedangkan determinan yang berpengaruh dalam perencanaan kebutuhan SDM adalah: (1) perkembangan penduduk, baik jumlah, pola penyakit, daya beli, maupun keadaan sosio-budaya dan keadaan darurat/ bencana; (2) pertumbuhan ekonomi; dan (3) berbagai kebijakan di bidang kesehatan. Undang-undang nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintah daerah yang merevisi Undang-undang nomor 22 tahun 1999 menyatakan bahwa penyelenggaraan pemerintah daerah didasarkan kepada perencanaan pembangunan karena merupakan satu kesatuan dalam sistem perencanaan pembangunan nasional. Dengan adanya kebijakan desentralisasi termasuk didalamnya desentralisasi di bidang kesehatan yang salah satu otoritas dari desentralisasi itu adalah pengaturan susunan organisasi pegawai daerah yang diserahkan secara penuh kepada pemerintah daerah (Setiadi, 2004). Hal ini mempunyai implikasi terhadap SDM kesehatan, yaitu tanggung jawab fungsi pengelolaan SDM kesehatan lebih banyak pada daerah.

Kota Jambi sebagai ibukota Propinsi merupakan sebuah kota kecil yang berpenduduk kurang lebih lima ratus ribu jiwa. Pada saat ini terdapat 20 Puskesmas dan 6 Rumah sakit pemerintah dan swasta yang memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Rata-rata *bed occupancy rate* di RSUD Raden Mattaher Jambi tiga tahun terakhir melebihi 80% dan kunjungan di fasilitas pelayanan kesehatan swasta memperlihatkan *trend* yang meningkat dari tahun ketahun, sehingga pemerintah Kota Jambi berdasarkan hasil studi kelayakan membangun sebuah rumah sakit.

Rumah Sakit yang dinamakan dengan RSUD H. Abdul Manap tersebut dibangun secara bertahap sejak 2 tahun yang lalu dengan dana APBD Kota Jambi murni, Pada tahun 2008 ini proses pembangunan gedung sudah hampir selesai, dan tahap selanjutnya yang harus dilakukan oleh pemerintah Kota Jambi adalah menyiapkan sumber daya manusia yang akan menjalankan seluruh fungsi-fungsi yang ada di rumah sakit tersebut. Untuk mencapai kesempurnaan pemberian pelayanan perlu adanya persiapan SDM yang baik. Tingkat kemampuan pengetahuan dan keterampilan yang baik dari dokter dan perawat, ditambah dengan jumlah yang sesuai dan penempatan yang tepat akan menunjang keberhasilan dalam pemberian pelayanan kesehatan yang berkualitas sehingga dengan demikian Rumah Sakit Umum H. Abdul Manap dapat mencapai visi dan misinya serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Propinsi Jambi pada umumnya dan Kota Jambi pada khususnya.

## **1.2. Perumusan masalah**

Rumah Sakit Umum Kota Jambi adalah sebuah rumah sakit baru yang belum memiliki perencanaan SDM, sehingga dibutuhkan perencanaan SDM medis

dan keperawatan sehingga dengan demikian dapat dirumuskan masalah sebagai berikut : Belum tersusunnya Perencanaan Sumber Daya Manusia Medis dan Keperawatan tahun 2008-2013 di Rumah Sakit H. Abdul Manap untuk digunakan sebagai pedoman dalam mengupayakan ketersediaan SDM medis dan keperawatan dalam jumlah dan kompetensi yang sesuai.

### **1.3. Pertanyaan Penelitian**

Dari rumusan masalah diatas dapat disusun pertanyaan penelitian sebagai berikut :

Bagaimana perencanaan SDM medis dan keperawatan RSUD H. Abdul Manap tahun 2008-2013 dalam jumlah dan kompetensi yang sesuai dengan memperhatikan

- a. Visi dan misi RSUD H. Abdul Manap
- b. Tujuan jangka panjang RSUD H. Abdul Manap 2008-2013
- c. Tujuan jangka panjang SMF Penyakit Dalam, SMF Anak dan SMF Kebidanan dan Kandungan, SMF Bedah dan SMF Mata RSUD H. Abdul Manap 2008-2013

### **1.4. Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1 Tujuan Umum .**

Didapatkannya gambaran perencanaan SDM medis dan keperawatan RSUD H. Abdul Manap tahun 2008-2013 dalam jumlah dan kompetensi yang sesuai.

#### **1.4.2 Tujuan Khusus**

1. Diformulasikannya visi dan misi RSUD H. Abdul Manap

2. Ditentukannya tujuan jangka panjang Rumah Sakit H. Abdul Manap 2008-2013
3. Ditentukannya tujuan jangka panjang SMF Penyakit Dalam, SMF Anak dan SMF Kebidanan dan Kandungan, SMF Bedah dan SMF Mata RSUD H. Abdul Manap 2008-2013
4. Diformulasikannya standar pendidikan dan standar kompetensi SDM medis dan keperawatan yang akan menjadi pegawai RSUD H. Abdul Manap
5. Diformulasikannya jumlah dan jenis SDM medis dan keperawatan yang dibutuhkan RSUD H. Abdul Manap 2008-2013.

### **1.5. Manfaat Penelitian**

1. Bagi Pemerintah Kota/Dinas Kesehatan Kota Jambi

Merupakan bahan pertimbangan bagi Pemerintah/Dinas Kesehatan Kota Jambi dalam merencanakan kebutuhan SDM medis dan keperawatan RSUD H. Abdul Manap sehingga didapat SDM yang profesional yang dapat memberikan pelayanan berkualitas .

2. Bagi RSUD H. Abdul Manap Jambi

Tersusunnya perencanaan SDM medis dan keperawatan RSUD H. Abdul Manap tahun 2008-2013 yang dapat dijadikan sebagai pedoman oleh rumah sakit dalam merencanakan SDM medis dan keperawatannya.

3. Bagi Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

- a. Penelitian ini merupakan sumbangan bagi pengembangan ilmu Kajian Administrasi Rumah Sakit sehingga dapat dijadikan referensi bagi penelitian selanjutnya.
- b. Sebagai masukan dalam mengevaluasi sejauh mana proses belajar mengajar yang diberikan dapat diterapkan mahasiswa dan memberikan dampak terhadap peningkatan pengetahuan penelitian.

#### **1.6. Ruang Lingkup Penelitian :**

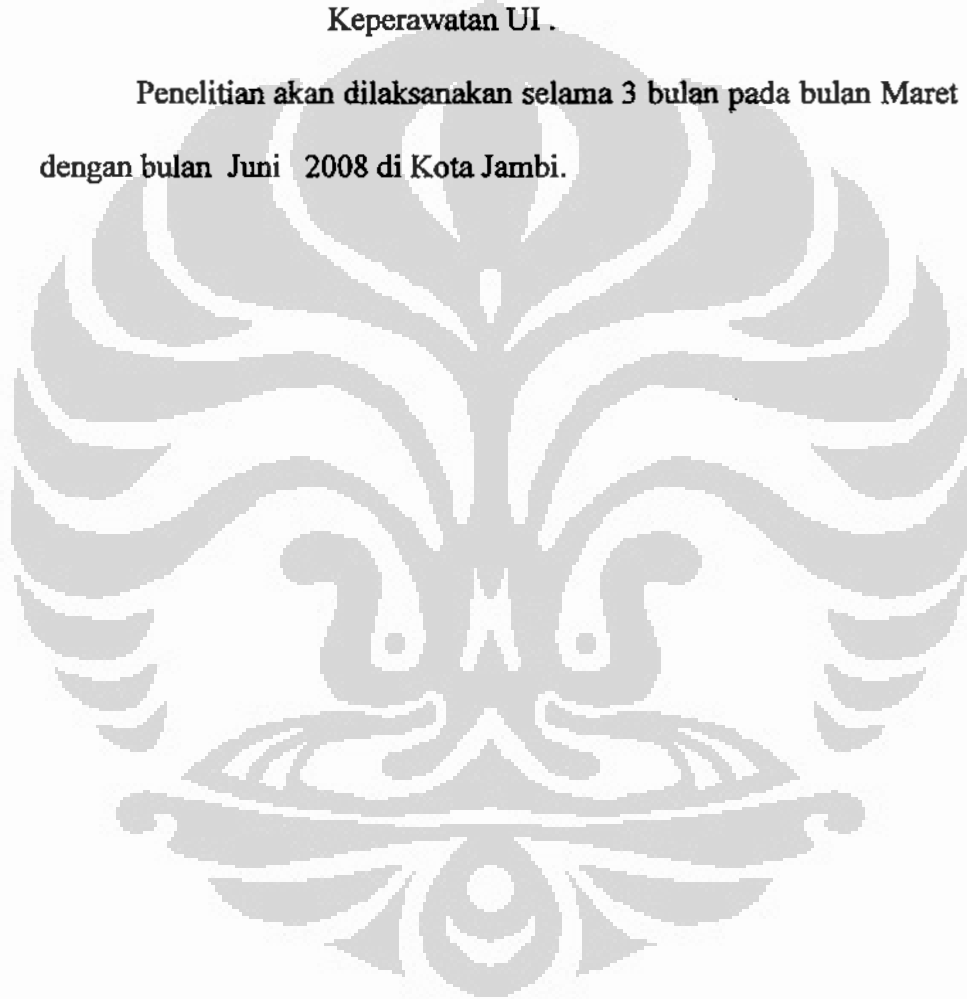
Penelitian ini merupakan penelitian operasional dengan menggunakan metode kualitatif. Pengambilan data dilakukan dengan observasi, telaah dokumen, wawancara mendalam, dan CDMG (*Concensus Decision Making Group*) yang akhirnya bertujuan untuk membuat perencanaan SDM medis dan keperawatan di RSUD H. Abdul Manap. Dipilihnya perencanaan SDM medis dan keperawatan karena keduanya merupakan tulang punggung pelayanan yang melaksanakan kegiatan inti di rumah sakit yang sangat menentukan keberhasilan suatu rumah sakit. Sehingga perencanaan SDM tersebut harus dibuat sebaik mungkin agar rumah sakit dapat melaksanakan fungsinya secara optimal.

Informan penelitian ini adalah

1. Kepala Daerah Kota Jambi
2. Kepala Dinas Kesehatan Kota Jambi
3. Kepala Badan Kepegawaian Daerah Kota Jambi
4. Pjs Direktur RSUD Abdul Manap
5. Empat orang dokter spesialis di RSUD H. Abdul Manap
6. Dokter Umum yang bekerja di Raden Mattaher

7. Perawat yang bekerja di Puskesmas Putri Ayu Kota Jambi
8. Dua Orang Anggota Masyarakat Kota Jambi yang berasal dari golongan menengah kebawah dan golongan menengah
9. *Ekspert* di bidang SDM yang berasal dari FKM UI, Fakultas Keperawatan UI .

Penelitian akan dilaksanakan selama 3 bulan pada bulan Maret 2008 sampai dengan bulan Juni 2008 di Kota Jambi.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Rumah Sakit**

##### **2.1.1. Rumah Sakit sebagai Penyedia Pelayanan Kesehatan**

Rumah Sakit mempunyai misi memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Rumah Sakit secara konsisten tetap dituntut untuk menjalankan misinya sebagai institusi pelayanan sosial dengan mengutamakan pelayanan kepada masyarakat banyak dan selalu harus memperhatikan etika pelayanannya (Soeroso, 2003).

Defenisi rumah sakit menurut WHO (1968) adalah rumah sakit merupakan suatu institusi untuk menampung pasien untuk *medical and nursing* yang meliputi : (1) fungsi pencegahan dan pengobatan (diagnosa, terapi, dan rehabilitasi) dari pasien yang dirawat, rawat jalan (*ambulatory care*), perawatan dirumah (*homecare*); (2) tempat pendidikan; (3) tempat penelitian kedokteran, epidemiologi dan organisasi dan manajemen (Taurany, 2005)

Dilihat dari segi ekonomi, penyelenggaraan rumah sakit selalu bersifat paradoksal. Di satu sisi, rumah sakit harus diselenggarakan sesuai kemajuan teknologi yang memiliki konsekuensi biaya, tetapi di sisi lain harus diselenggarakan dengan penekanan terhadap fungsi sosial yang bersifat filantropis yang mengabaikan biaya (Soeroso, 2003). Ancaman dalam persaingan dunia global termasuk persaingan pelayanan di rumah sakit menuntut rumah sakit

swasta maupun rumah sakit pemerintah untuk bersaing dalam memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya kepada masyarakat.

Secara garis besar rumah sakit terdiri dari subsistem teknis medis, keperawatan dan subsistem administrasi dan keuangan, subsistem pemasaran, subsistem fasilitas fisik, sub sistem informasi dan lain-lain. Hal ini menyebabkan rumah sakit menjadi suatu organisasi yang memiliki sumber daya manusia yang sangat beragam, baik dari segi tingkat dan jenis pendidikan maupun tingkat keahlian. Subsistem klinik merupakan kegiatan inti rumah sakit yang terdiri dari tenaga kesehatan seperti dokter spesialis, dokter umum, perawat, farmasis, ahli gizi dan berbagai profesi lain. Subsistem klinik merupakan dunia yang rumit dengan cabang-cabang ilmu kedokteran dan perawatan yang cepat berkembang teknologinya. (Trisnantoro, 2005).

Menurut Daldijono, 2001 yang dikutip dari Soeroso (2003) karakteristik bidang pekerjaan di rumah sakit adalah:

1. Memiliki ruang lingkup keilmuan (*body of knowledge*)
2. Memiliki sudut pandang (sudut kajian) tertentu yang disebut sudut formal)
3. Bidang tersebut bermanfaat bagi masyarakat (aksiologis)
4. Bersifat altruisme, artinya selalu mementingkan yang dilayani
5. Karya individu anggota profesi harus dapat diukur baik sendiri maupun dalam kelompok.
6. Adanya otonomi keilmuan ataupun otonomi profesional yang dihormati profesi lain.



7. Memiliki kode etik dan budaya yang mengatur pelaksanaan profesi dalam lima bidang utama, yaitu landasan filosofi yang mengatur hubungan antara profesi dengan klien, serta mengatur hubungan antaranggota profesi, serta mengatur hubungan anggota profesi dengan profesinya, mengatur hubungan profesi dengan profesi lainnya, dan memberikan petunjuk kepada anggota profesi.
8. Memiliki standar profesi dan standar prosedur.
9. Memiliki alur sejarah, pionir, pelaksana, pengembang dan penerus.
10. Memiliki organisasi profesi sebagai tempat berhimpun dan berkomunikasi bagi anggota profesi, menjaga, mengatur, serta mengembangkan kode etik dan standar profesi
11. Terdapat proses pengembangan keilmuan dan sering kali menyebabkan tumpang tindih dengan profesi lain.
12. Terdapat proses pengembangan yang mendalam sehingga menyebabkan timbulnya percabangan ilmu (spesialisasi dan subspecialisasi).
13. Memiliki *professional previledge* dalam hak dan kewajiban pengambilan keputusan dalam bidangnya.
14. Umumnya, terdapat profesi dibidangnya dihormati pihak lain.
15. Memiliki status khusus dalam masyarakat.

### **2.1.2. Fungsi Rumah Sakit**

Menurut SK Menteri Kesehatan RI No.983/Menkes/SK/XI/1992 fungsi rumah sakit umum adalah :

1. Menyelenggarakan pelayanan medis (dasar, spesialis, subspecialis)

2. Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis (radiologi, laboratorium klinik, laboratorium patologi anatomi, farmasi, gizi, sterilisasi) dan non medis (binatu, tehnik sanitasi dan lingkungan, pemulasaran jenazah).
3. Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan.
4. Menyelenggarakan pelayanan rujukan.
5. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan.
6. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan.
7. Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan.

*American Hospital Association* tahun 1978 mengatakan bahwa rumah sakit adalah suatu institusi yang fungsi utamanya adalah untuk memberikan pelayanan kepada pasien (diagnostik dan terapeutik) untuk berbagai penyakit dan masalah kesehatan, baik yang bersifat bedah maupun non bedah (Aditama, 2000).

Milton Roemer dan Friedman dalam buku *Doctors in Hospital* (1971), dalam Aditama (2000) menyatakan bahwa rumah sakit setidaknya mempunyai lima fungsi. Pertama, harus ada pelayanan rawat inap dengan fasilitas diagnostik dan terapeutiknya. Berbagai jenis spesialisasi, baik bedah maupun non bedah harus tersedia. Pelayanan rawat inap ini juga meliputi pelayanan keperawatan, gizi, farmasi, laboratorium, radiologi dan berbagai pelayanan diagnostik dan terapeutik lainnya. Kedua rumah sakit harus memiliki pelayanan rawat jalan. Ketiga, rumah sakit juga punya tugas untuk melakukan pendidikan dan latihan. Keempat rumah sakit perlu melakukan penelitian dibidang kedokteran dan kesehatan. Kelima rumah sakit juga punya tanggung jawab untuk program pencegahan penyakit dan penyuluhan kesehatan bagi populasi disekitarnya.

### 2.1.3. Klasifikasi rumah sakit

Berdasarkan fasilitas peralatan dan SDM medis, klasifikasi rumah sakit menurut Permenkes No 159b/Menkes/Per/II/1998 tanggal 28 Februari 1998 adalah sebagai berikut :

1. Kelas A mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik luas dan subspecialistik.
2. Kelas B II mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik dan subspecialistik terbatas.
3. Kelas B I mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik dan subspecialistik sekurang-kurangnya 11 jenis spesialisik.
4. Kelas C mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik sekurang-kurangnya 4 dasar lengkap.
5. Kelas D mempunyai fasilitas dan kemampuan sekurang-kurangnya pelayanan medis dasar.

Sedangkan untuk rumah sakit swasta dibedakan sebagai berikut:

1. RSUD Swasta Pratama, yaitu apabila pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit tersebut berupa pelayanan medis umum.
2. RSUD Swasta Madya, yaitu apabila pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit tersebut berupa pelayanan spesialisik
3. RSUD Swasta Utama, yaitu apabila pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit tersebut berupa pelayanan spesialisik dan subspecialistik.

#### 2.1.4. Kepemilikan Rumah Sakit

Di Indonesia, sebagian besar rumah sakit dimiliki dan diselenggarakan oleh pemerintah. Sebagian besar rumah sakit pemerintah dimiliki oleh pemerintah daerah. Menurut Kepmenkes RI No 7/MENKES/SK/VI/2002 kepemilikan rumah sakit terdiri dari 2 bentuk, yakni :

1. Rumah Sakit Pemerintah
  - a. Departemen Kesehatan
  - b. Departemen Kesehatan dan Departemen Keuangan (bentuk badan hukumnya adalah perusahaan jawatan)
  - c. Pemerintah Daerah Propinsi
  - d. Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota
  - e. Departemen Hankam dan Polri
  - f. Departemen lainnya.
2. Rumah Sakit Milik Swasta
  - a. Yayasan
  - b. Perseroan Terbatas (PT)
  - c. Badan Hukum Lainnya.

#### 2.2. Sumber Daya Manusia

Dari pelbagai sumber daya yang dibutuhkan oleh suatu organisasi, yang terpenting diantaranya adalah sumber daya manusia (*human resources*), yakni orang-orang yang menjadi anggota organisasi tersebut (Azwar, 1989).

Menurut Ulrich, dalam *A New Mandate of Human Resources* (2002) mengapa Sumber Daya Manusia sekarang menjadi sangat penting dibandingkan waktu-waktu

sebelumnya, karena kekuatan untuk berkompetisi dan menjadikan suatu organisasi menjadi organisasi yang prima (*exellent*) hanya dapat diperoleh melalui pembelajaran, kualitas, kerjasama tim dan pembaharuan (*reengineering*). Tercapai atau tidaknya kondisi ini tergantung kepada bagaimana organisasi yang memperlakukan SDMnya

Menurut Nawawi (2005) pengertian SDM adalah orang yang bekerja atau menjadi anggota suatu organisasi yang disebut personil, pegawai, karyawan, pekerja, tenaga kerja dll. Sedangkan menurut McBeath, G dalam bukunya *Effective Human Resources Planning* mengatakan bahwa SDM adalah sumber daya yang paling penting, SDM adalah satu-satunya sumberdaya unik yang dimiliki perusahaan, dan satu-satunya *competitive edge* dari sebuah perusahaan.

Menurut Hasibuan (2002), 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.

### **2.2.1. Manajemen Sumber Daya Manusia (MSDM)**

Dessler (2004) dalam bukunya *Manajemen Sumber Daya Manusia* menyebutkan fungsi-fungsi yang dilakukan oleh manajer sumber daya manusia, yaitu :

1. Perencanaan.

Menentukan sasaran dan standar-standar; membuat aturan dan prosedur; menyusun rencana-rencana dan membuat perkiraan.

2. Pengorganisasian.

Memberikan tugas spesifik kepada setiap bawahan; membuat divisi-divisi; mendelegasikan wewenang kepada bawahan; membuat jalur wewenang dan komunikasi; mengkoordinasikan pekerjaan bawahan.

3. Penyusunan staf.

Menentukan tipe orang yang harus dipekerjakan; merekrut calon karyawan; memilih karyawan; menetapkan standar profesi; memberikan kompensasi; mengevaluasi prestasi; memberikan konseling; melatih dan mengembangkan karyawan.

4. Kepemimpinan.

Mendorong orang lain untuk menyelesaikan pekerjaan; mempertahankan semangat kerja; memotivasi bawahan.

5. Pengendalian.

Menetapkan standar; memeriksa atau melihat bagaimana prestasi yang dicapai dibandingkan dengan standar-standar; melakukan koreksi jika dibutuhkan.

Sedangkan Panggabean (2002) mengelompokkan fungsi-fungsi operasional SDM menjadi : (1) pengadaan tenaga kerja, meliputi analisis pekerjaan, perencanaan tenaga kerja, penarikan tenaga kerja, seleksi; (2) pengembangan karyawan, meliputi: orientasi, pelatihan dan pendidikan; (3) perencanaan dan pengembangan karir; (4) penilaian prestasi kerja; (5) kompensasi; (6) keselamatan dan kesehatan kerja serta (7) pemutusan hubungan kerja.

Seluruh aktifitas diatas menggambarkan bahwa manajemen sumber daya manusia merupakan aktifitas atau kegiatan yang dilaksanakan agar sumber daya

manusia didalam organisasi dapat digunakan secara efektif dan efisien untuk mencapai berbagai tujuan.

### **2.2.2. Sumber Daya Manusia Manusia Kesehatan /Rumah Sakit**

Ketenagaan rumah sakit sangat bervariasi dengan berbagai keahlian masing-masing. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.262/Men.Kes/Per/VII/1979 ketenagaan rumah sakit dikelompokkan sebagai berikut :

**a. Tenaga Medis**

Adalah seorang lulusan Fakultas Kedokteran atau Kedokteran Gigi dan Pasca Sarjana yang memberikan pelayanan medis dan pelayanan penunjang medis

**b. Tenaga Paramedis Perawatan**

Adalah seorang lulusan sekolah atau akademi Perawat Kesehatan yang memberikan pelayanan perawatan paripurna.

**c. Tenaga Paramedis Non Perawatan**

Adalah seorang lulusan sekolah atau akademi bidang Kesehatan yang memberikan pelayanan Penunjang

**d. Tenaga Non Medis**

Adalah seorang yang mendapat pendidikan ilmu pengetahuan yang tidak termasuk diatas.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah RI No 32 tahun 1996 tenaga kesehatan, jenis tenaga kesehatan terdiri dari :

1. Tenaga kesehatan terdiri dari :

- a. Tenaga Medis
- b. Tenaga Keperawatan
- c. Tenaga Kefarmasian
- d. Tenaga Kesehatan Masyarakat
- e. Tenaga Gizi
- f. Tenaga Keterampilan Fisik
- g. Tenaga Ketekhnisian Medis

2. Tenaga medis meliputi dokter dan dokter gigi

3. Tenaga keperawatan meliputi perawat dan bidan

4. Tenaga kefarmasian meliputi apoteker, analis farmasi dan asisten apoteker

5. Tenaga kesehatan masyarakat meliputi epidemiologi, entomolog, mikrobiologi, penyuluh kesehatan, administrator kesehatan dan sanitarian

a. Tenaga gizi meliputi nutrisisionis dan dietisien

b. Tenaga terapi fisik meliputi fisioterapis, okupasiterapis, dan terapis wicara

c. Tenaga ketekhnisian medis meliputi radiografer, radioterapis, teknisi gigi, teknisi elektromedis, analis kesehatan, refraksionis optisien, otorik prostetik, teknisi transfusi dan perekam medis.



### 2.2.2.1. Pelayanan Medis

Rachael Massie (1987) dikutip dari Aditama (2000) menyebutkan bahwa pelayanan di rumah sakit amat dipengaruhi oleh para profesional yang ada didalamnya, termasuk para dokter. Para profesional biasanya cenderung sangat otonom dan berdiri sendiri, karena setiap dokter memiliki kebebasan profesi dalam mengambil keputusan klinis pada pasien. Dalam memutuskan tindakan medis maupun pemberian terapi kepada pasien harus dilakukan atas kebebasan dan kemandirian profesi dan tidak boleh atas pengaruh atau tekanan pihak lain. Kebebasan profesi bukan diartikan kebebasan penuh, namun masih harus tetap terikat dengan standar profesi, standar kompetensi dan standar pelayanan medis. (Kep Menkes No.631/Menkes/SK/IV/2006 tentang Medical Staf Bylaws Di Rumah Sakit).

Dalam paradigma lama dikenal peran dokter adalah paling dominan di rumah sakit. Profesi lain dianggap hanya berfungsi membantu tugas dokter. Pasienpun tidak banyak haknya, dan cenderung menurut saja apapun yang diputuskan dokter. Dalam paradigma baru telah terjadi perubahan. Konsumen dalam hal ini pasien menentukan produk dan jasa yang mereka butuhkan, yang harus dipenuhi oleh produsen, dalam hal ini rumah sakit dan dokternya. Undang-undang Kesehatan No. 29 Tahun 2004 secara tegas menyebutkan hak pasien yang meliputi hak informasi, hak untuk memberikan persetujuan, hak atas rahasia kedokteran dan hak atas pendapat kedua.

Disisi lain, dokter dalam memberikan pelayanan tidak terikat dengan jam kerja, khususnya untuk kasus gawat darurat. Sedangkan tenaga kesehatan yang

lainnya yang bekerja dirumah sakit terikat dengan jam dinas dan jam kerja, yang diatur sesuai jadwal dinasnya dan peraturan kepegawaian rumah sakit.

Dalam melayani pasiennya seorang dokter melakukan anamnesa (wawancara dengan pasien sehubungan dengan keluhan penyakitnya), pemeriksaan fisik (biasanya disesuaikan dengan keluhan pasien), pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi, dll), mendiagnosa penyakit, memberikan terapi dan memberikan advis yang diperlukan untuk upaya penyembuhan pasien.

Dalam hirarki keprofesian dokter dikenal beberapa istilah, yaitu: dokter umum, dokter spesialis dan dokter subspecialis.

Dokter umum adalah dokter yang melaksanakan praktek umum setelah menempuh pendidikan di fakultas kedokteran . Dokter spesialis adalah dokter yang telah menyelesaikan masa studi program spesialis dalam kurun waktu 4-5 tahun. Sedangkan dokter sub spesialis adalah dokter spesialis yang telah menyelesaikan program studi subspecialis dalam kurun waktu 3-5 tahun (Hudoyo, Blog berita.Net, 2008)

#### **2.2.2.2. Pelayanan Keperawatan**

Profesi keperawatan merupakan salah satu profesi luhur bidang kesehatan. Pengertian keperawatan sesuai dengan *WHO Expert Committee on Nursing* (1982) adalah gabungan dari ilmu kesehatan dan seni melayani/merawat (*care*), suatu gabungan humanistik dari ilmu pengetahuan, filosofi keperawatan, kegiatan klinik, komunikasi dan ilmu sosial.

Lokakarya Nasional Kelompok Keperawatan- Konsorsium Ilmu Kesehatan (1983) merumuskan bahwa keperawatan adalah suatu bentuk

pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif ditujukan kepada individu, keluarga, dan masyarakat, baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia.

Griffith (1987) menyatakan bahwa kegiatan keperawatan di rumah sakit dapat dibagi menjadi keperawatan klinik dan manajemen keperawatan. Kegiatan keperawatan klinik antara lain terdiri dari pelayanan keperawatan personal (*personal nursing care*), berkomunikasi dengan dokter atau petugas penunjang medik tentang keadaan pasien, menjaga lingkungan bangsal tempat perawatan, dan melakukan upaya penyuluhan dan upaya pencegahan penyakit. Sedangkan dalam hal manajemen keperawatan, rumah sakit melakukan penanganan administratif, membuat penggolongan pasien berdasarkan berat ringannya penyakit, memonitor mutu pelayanan kepada pasien, dan manajemen ketenagaan dan logistik keperawatan (*staffing, schedulling, assigment, dan budgeting*)

### 2.2.3. Kompetensi SDM Kesehatan

Menurut Munsyi yang dikutip dari Sujudi et al (2004) kompetensi mengacu kepada kemampuan melaksanakan sesuatu yang diperoleh dari pendidikan. Kompetensi menunjukkan kepada *performance* dan perbuatan yang rasional untuk memenuhi spesifikasi tertentu dalam melaksanakan tugas.

Sedangkan menurut Fullan *competence is broad capacities fully human attribute. Competence is suppose to include all "qualities of personal*

*effectiveness that are required in the workplace”, it is certain that we have here a diverse ser of qualities indeed; attitudes, motives, interests, personal attunements of all kinds, perceptiveness, receptivity, openness, creativity, social skill generally, interpersonal maturity, kinds of personal identification etc,- as well as knowledge, understanding, action and skills.*

Inti dari pengertian kompetensi menurut Fullan tersebut lebih cenderung pada apa yang dapat dilakukan seseorang daripada apa yang mereka ketahui.

Spencer and Spencer (1993) dikutip dari Sujudi (2004) membagi kompetensi atas lima karakteristik, yaitu : (1) Motif, yaitu sesuatu yang orang pikirkan dan inginkan yang menyebabkan sesuatu, (2) Sifat, yaitu karakteristik fisik tanggapan konsisten terhadap situasi atau informasi. Misalnya penglihatan yang baik adalah kompetensi sifat fisik bagi seorang pilot, (3) Konsep diri, yakni sikap, nilai dan image diri seseorang, misal kepercayaan diri, (4) Pengetahuan, adalah informasi yang dimiliki seseorang dalam bidang tertentu, (5) Keterampilan, yaitu kemampuan untuk melakukan tugas-tugas yang berkaitan dengan fisik dan mental.

Menurut Mohammad Amin dalam Sujudi, (2004), kompetensi tenaga kesehatan pada hakekatnya tidak bisa dilepaskan dari konsep hakikat tenaga kesehatan dan hakikat tugas tenaga kesehatan. Kompetensi tenaga kesehatan mencerminkan tugas dan kewenangan dan kewajiban tenaga kesehatan yang harus dilakukan sehubungan dengan arti jabatan tenaga kesehatan yang harus dilakukan sehubungan dengan arti jabatan tenaga kesehatan yang menuntut suatu kompetensi tertentu sebagaimana yang disebutkan diatas.

Soedjiarto, (1993) masih dalam Sujudi (2004) menyatakan kompetensi tenaga kesehatan profesional menurut para pakar menuntut dirinya sebagai seorang tenaga kesehatan agar mampu menganalisis, mendiagnosis, dan memprognosis gejala-gejala yang muncul berkaitan dengan masalah kesehatan. Tenaga kesehatan yang profesional perlu menguasai antara lain: (a) disiplin ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan profesinya, (b) berbagai fasilitas yang digunakan untuk pelayanan kesehatan, (c) pengetahuan tentang cara mendiagnosis suatu gejala kesehatan, memberikan pelayanan kesehatan secara terstruktur melalui pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, (d) pengetahuan tentang filsafat dan tujuan kesehatan, (e) pengetahuan dan penguasaan berbagai metode pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kondisi pasien, (f) penguasaan terhadap prinsip-prinsip pengetahuan teknologi untuk pelayanan kesehatan, (g) pengetahuan terhadap mengidentifikasi hal-hal yang berkaitan dengan gangguan kesehatan dan mampu merencanakan, memimpin, guna kelancaran tugas.

### **2.3. Perencanaan**

#### **2.3.1. Pengertian Perencanaan**

Perencanaan adalah proses pemilihan dan penetapan tujuan, strategi, metode, anggaran, dan standar (tolok ukur) keberhasilan suatu kegiatan. Pengertian berikutnya mengatakan bahwa perencanaan adalah penerapan pengetahuan tepat guna secara sistematis, untuk mengontrol dan mengarahkan kecenderungan perwujudan masa depan yang diinginkan sebagai tujuan yang akan dicapai (Nawawi, 2005).

Menurut Levey dan Loomba perencanaan adalah suatu proses menganalisis dan memahami sistem yang dianut, merumuskan tujuan umum dan tujuan khusus yang ingin dicapai, memperkirakan segala kemampuan yang dimiliki, menguraikan segala kemungkinan yang dapat dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan menganalisis efektifitas dari berbagai kemungkinan tersebut, menyusun perincian selengkapnya dari kemungkinan yang terpilih, serta mengikatnya dalam suatu sistem pengawasan yang terus menerus sehingga dapat dicapai hubungan yang optimal antara rencana yang dihasilkan dengan sistem yang dianut (Azwar, 1996).

Menurut Drucker perencanaan adalah suatu proses kerja yang terus menerus yang meliputi pengambilan keputusan yang bersifat pokok dan penting dan yang akan dilaksanakan secara sistematis, melakukan perkiraan-perkiraan dengan mempergunakan segala pengetahuan yang ada tentang masa depan, mengorganisir secara sistematis segala upaya yang dipandang perlu untuk melaksanakan segala keputusan yang telah ditetapkan, serta mengukur keberhasilan dari pelaksanaan keputusan tersebut dengan membandingkan hasil yang dicapai dengan target yang telah ditetapkan melalui pemanfaatan umpan balik yang diterima dan telah disusun secara teratur dan baik

Perencanaan juga merupakan jembatan yang menghubungkan antara saat ini dengan masa depan, dan akan dapat menghasilkan peningkatan pencapaian dari suatu hasil (David, 2006).

### 2.3.2. Pengertian Perencanaan SDM

Menurut Raymond (2003) proses perencanaan SDM terdiri atas peramalan, penetapan tujuan dan rencana strategis dan implementasi program & evaluasi. Pada kegiatan peramalan personil, manajer SDM berusaha untuk memastikan persediaan dan kebutuhan atas kebutuhan SDM yang bervariasi. Tujuan pertama adalah memperhitungkan keadaan didalam organisasi apakah terjadi kekurangan atau kelebihan tenaga kerja. Peramalan SDM dapat dilaksanakan dengan metode statistik atau metode penilaian (*judgement*).

Werther dan Davis (1996) membuat batasan *human resources planning (HRP)*, yakni: *systematically forecast an organization's future demand for and supply of employees*. Perencanaan sumber daya manusia adalah suatu peramalan yang sistematis tentang perkiraan kebutuhan dan pengadaan atau pasokan tentang pekerja (karyawan). Dengan perkiraan jumlah dan tipe kebutuhan tenaga manusia, bagian kepegawaian atau manajer sumber daya manusia akan mempunyai perencanaan yang baik dalam rekrutmen, seleksi dan pengembangan tenaga, dan kegiatan-kegiatan lain.

Byars (1984) mendefinisikan perencanaan SDM sebagai suatu proses untuk mendapatkan jumlah yang tepat dari orang-orang yang yang memenuhi syarat (*qualified*) pada pekerjaan yang tepat dan waktu yang tepat. Dengan perkataan lain Perencanaan SDM adalah suatu sistem yang mencocokkan persediaan pekerja secara internal (orang-orang yang sebelumnya sudah ada) dan secara eksternal (tenaga yang akan disewa atau akan dicari) dalam kurun waktu tertentu. Keberhasilan jangka panjang pada semua organisasi betul-betul

dipengaruhi oleh keberadaan pekerja yang tepat, untuk pekerjaan yang tepat serta pada waktu yang tepat pula.

Perencanaan SDM terdiri atas 4 langkah dasar, yaitu :

1. Menetapkan pengaruh dari tujuan umum organisasi kedalam tujuan spesifik dari organisasi.

Rencana SDM haruslah dibuat berdasarkan rencana organisasi, dengan perkataan lain tujuan dari rencana SDM dibuat berdasarkan tujuan organisasi. Sebaliknya tujuan organisasi haruslah menyesuaikan diri dengan kondisi SDM organisasi.

2. Menetapkan kemampuan dan keahlian dan jumlah total dari pegawai (kebutuhan agregat) yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan organisasi dan tujuan dari unit-unit organisasi.
3. Menetapkan kebutuhan sumber daya manusia tambahan saat ini dan masa depan berdasarkan tujuan organisasi yang ingin dicapai.

Manajemen SDM perlu melakukan inventarisasi kecakapan pegawai (*skill inventory*) atau register personil untuk mengkonsolidasikan informasi tentang semua SDM yang ada. Thomas H Patten menetapkan 7 kategori dasar yang harus terdapat dalam *Skill inventory*, yaitu :

- a. Data personil -- umur, seks, Status perkawinan dll.
- b. Skill-- pendidikan, pengalaman kerja, pelatihan-pelatihan yang diikuti.
- c. Kualifikasi khusus-- keanggotaan dalam kelompok profesional, penghargaan khusus, dll.
- d. Riwayat pekerjaan dan gaji-gaji saat ini dan saat lalu, tanggal kenaikan pangkat, jenis-jenis pekerjaan yang pernah ditangani.



- e. Data perusahaan-- data rencana keuntungan, informasi tentang orang-orang yang pensiun, senioritas, dll
- f. Kapasitas individual-- skor dari tes-tes psikologi, tes kesehatan , dll
- g. Preferensi individu: tempat tinggal, jenis-jenis pekerjaan yang pernah dilaksanakan , dll.

4. Membuat rencana kerja untuk memenuhi kebutuhan sumber daya manusia.

Setelah kebutuhan net SDM ditetapkan, maka harus ditindak lanjuti dengan membuat rencana kerja untuk mencapai hasil-hasil yang diharapkan. Jika kebutuhan net menunjukkan kebutuhan untuk penambahan maka harus direncanakan rekrutmen, seleksi, orientasi dan training personil yang baru.

Jika harus dilaksanakan pengurangan SDM maka dibuat penyesuaian melalui pengurangan pegawai, pemberhentian sementara atau pemecatan.

Seperti dapat dilihat pada gambar dibawah ini :

- e. Data perusahaan-- data rencana keuntungan, informasi tentang orang-orang yang pensiun, senioritas, dll
  - f. Kapasitas individual-- skor dari tes-tes psikologi, tes kesehatan , dll
  - g. Preferensi individu: tempat tinggal, jenis-jenis pekerjaan yang pernah dilaksanakan , dll.
4. Membuat rencana kerja untuk memenuhi kebutuhan sumber daya manusia. Setelah kebutuhan net SDM ditetapkan, maka harus ditindak lanjuti dengan membuat rencana kerja untuk mencapai hasil-hasil yang diharapkan. Jika kebutuhan net menunjukkan kebutuhan untuk penambahan maka harus direncanakan rekrutmen, seleksi, orientasi dan training personil yang baru. Jika harus dilaksanakan pengurangan SDM maka dibuat penyesuaian melalui pengurangan pegawai, pemberhentian sementara atau pemecatan.
- Seperti dapat dilihat pada gambar dibawah ini :

Menurut Hereman (1981) perencanaan SDM digunakan untuk menetapkan tujuan sumber daya manusia dan untuk membangun strategi yang sesuai agar tujuan tersebut tercapai. Proses perencanaan meliputi tiga tahap yang saling berhubungan, yaitu: peramalan, pemograman dan evaluasi dan kontrol.

Becker dkk (2004) mengatakan bahwa manajemen SDM yang baik akan menghasilkan sistem kerja yang berkinerja tinggi, yang bermula dari adanya prosedur rekrutmen dan seleksi yang tepat, sistem penilaian kinerja dan kompensasi dan aktifitas manajemen yang berkaitan dengan kegiatan perusahaan.

Wright & Mc Mahon (1992) dikutip dari Becker (2004) mengatakan bahwa sistem kerja yang berkinerja tinggi adalah sistem yang sangat istimewa dan harus dibuat sesuai dengan kondisi masing-masing perusahaan (*tailored*), sehingga dia tidak dapat ditiru atau dibuat dengan melakukan *benchmarking* sederhana .

Sedangkan menurut Umar,H (1999), keperluan tenaga kerja dapat ditentukan melalui suatu proses perencanaan yang terdiri atas 3 model, yaitu :

a. Perencanaan dari atas kebawah

Maksud dari model ini adalah jumlah tenaga kerja yang dibutuhkan telah disesuaikan secara menyeluruh dari perusahaan baik untuk jangka pendek, menengah dan jangka panjang. Peningkatan biaya untuk tenaga kerja dapat disimulasikan agar terlihat pengaruhnya terhadap laba perusahaan. Misalkan biaya tenaga kerja tidak boleh lebih dari 40 persen dari total

belanja perasional. Dengan demikian, rencana kerja itu berhubungan dengan anggaran biaya.

b. Perencanaan dari bawah keatas

Proses penggunaan model ini bermula dari kelompok kerja yang kecil yang menghasilkan taksiran kebutuhan pegawai untuk tahun berikutnya dalam rangka mencapai target tenaga kerja yang telah ditetapkan. Jumlah tenaga kerja yang dibutuhkan akan dapat diketahui setelah tenaga kerja yang ada dihitung kapasitas kerja maksimalnya. Persetujuan akhir tentang jumlah pegawai yang diperlukan dilakukan antara perusahaan dengan divisi yang membutuhkan pegawai. Selanjutnya kesepakatan ini dipegang teguh agar tidak mengalami ambatan-hambatan baru pada saat realisasi pekerjaan ditahun depan.

c. Ramalan

Cara yang jelas untuk memenuhi kebutuhan tenaga kerja adalah dengan meningkatkan pendayagunaan orang-orang yang sekarang ada. Masalahnya adalah persediaan tenaga kerja tidak pernah statis, dipengaruhi oleh arus masuk (seperti rekrutmen dan transfer masuk) dan arus keluar (seperti penyusutan dan trnsfer keluar), serta penumpukan pegawai dengan kualitas kerja yang tidak statis. Untuk mengetahui catatan akurat tentang tenaga kerja yang ada perlu diketahui status pegawai yang akan pensiun atau akan mengundurkan diri, yang akan dipromosikan, yang akan melahirkan, yang akan cuti panjang dan sebagainya.

Salah satu fungsi perencanaan SDM adalah membuat asumsi terhadap keadaan masa depan, terutama sekali keadaan status ekonomi, persaingan, teknologi, regulasi dan operasional internal dan sumber-sumber daya yang lain, maka sangat penting untuk membuat perencanaan yang fleksibel. Jika kondisi yang dihadapi berbeda dengan perencanaan yang dibuat, maka perusahaan tidak boleh kaku dengan perencanaan yang telah dibuat. Perubahan perencanaan tidak boleh dilihat sebagai kelemahan dari proses perencanaan, tetapi lebih sebagai pertanda baik bahwa organisasi melakukan pengawasan terhadap lingkungan eksternal dan melakukan tanggapan yang sesuai dengan perubahan yang terjadi (Mello,2002).

Tujuan kunci dari perencanaan SDM adalah) :

1. Menghindari kelebihan atau kekurangan staf
2. Menjamin bahwa organisasi memiliki karyawan yang tepat dengan kemampuan yang tepat, pada posisi yang tepat dan pada waktu yang tepat pula.
3. Menjamin bahwa organisasi responsif terhadap perubahan lingkungan .
4. Memberikan arah dan hubungan kepada seluruh sistem dan aktifitas SDM.
5. Menyatukan perspektif antara staf dengan manajer.

Ivancevich (2001) dan Cascio (2003) mengatakan bahwa *HR must fit with the mission of the organization*, perencanaan SDM harus pas dengan misi organisasi. Perencanaan SDM berjalan sesuai dengan rencana strategis organisasi. Perencanaan SDM harus beradaptasi dengan keadaan lingkungan. Masalah-masalah yang berhubungan dengan perubahan lingkungan pada saat

ini jauh lebih besar dari masa-masa sebelumnya, karena kesuksesan saat ini tergantung kepada kemampuan untuk menjadi *global scanner*.

Attwood & Dimmock (1999) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan akan tenaga kerja adalah :

- a. Sasaran organisasi dan rencana untuk masa depan
- b. Permintaan pasar atas pelayanan organisasi tersebut
- c. Teknologi yang digunakan oleh organisasi
- d. Jangkauan pelayanan dan jenis pelayanan yang dihasilkan
- e. Produktivitas per karyawan
- f. Seberapa besar persentase komponen yang "dibeli dari luar".

Gaspersz (2004) menyebutkan bahwa analisis lingkungan eksternal dilakukan melalui tahap-tahap berikut :

1. Demografi dan fokus pelanggan
  - a. Karakteristikdemografi (umur, pendidikan, geografi, kebutuhan khusus, dampak pada ekonomi, politik, sosial, budaya dan lainnya).
  - b. Kecendrungan dan dampak terhadap pergeseran populasi, karakteristik demografi dll.
2. Variabel ekonomi
  - a. Tingkat pengangguran, tingkat suku bunga.
  - b. Perluasan terhadap pelayanan publik dan populasi pelanggan sebagai akibat perubahan ekonomi dan lain sebagainya.
  - c. Kondisi ekonomi yang diinginkan dimasa mendatang beserta dampak pada organisasi, pelanggan dan pelayanan publik.
  - d. Ramalan penerimaan pajak dan pengeluaran.

- e. Tanggung jawab organisasi terhadap perubahan kondisi.
3. Dampak dari peraturan pemerintah
    - a. Peraturan-peraturan pemerintah, kejadian-kejadian penting dan yang lainnya.
    - b. Aktifitas pemerintah yang sekarang (identifikasi struktur organisasi pemerintah yang relevan, hubungan antar organisasi dalam lingkup regional atau negara, dampak pada operasional, dan yang lainnya.
    - c. Dampak yang diantisipasi dari tindakan-tindakan pemerintah dimasa mendatang terhadap organisasi dan pelanggannya (peraturan-peraturan pemerintah, perubahan anggaran dan lain-lain).
  4. Pengembangan teknologi
    - a. Dampak teknologi terhadap kegiatan operasional dari organisasi publik (telekomunikasi, komputer dll)
    - b. Dampak dari perubahan teknologi lanjut yang diantisipasi akan berkembang dimasa mendatang terhadap organisasi publik.
  5. Isu-isu kebijakan publik
    - a. Isu-isu utama yang berkembang sekarang.
    - b. Isu-isu yang berkaitan dengan peningkatan kesejahteraan keluarga,
    - c. anak-anak dll.
  6. Data dasar (baseline)
    - a. Ranking secara nasional, pembanding eksternal dan *benchmarks*.
    - b. Indikator kinerja (aktual tahun yang lalu, kecendrungan, perspektif, historis, ramalan dll).

Sedangkan penilaian internal dari organisasi publik dapat dilakukan melalui tahap-tahap berikut (Gasperz, 2004):

1. Ruang lingkup dan fungsi organisasi

Perspektif sejarah, kejadian-kejadian penting.

a. Ekspektasi pelanggan/stakeholder, pandangan publik.

b. Struktur program dan sub program.

c. Pencapaian kinerja organisasi.

d. Pengujian dari ukuran-ukuran kinerja yang ada sebagai alat ideal untuk mencapai kesuksesan.

e. Aspek organisasi

2. Ukuran /komposisi dari tenaga kerja (banyak karyawan, komposisi, profesional, teknikal, klerikal dan yang lainnya.

3. Struktur organisasi dan proses-proses (divisi, departemen, gaya manajemen dan kualitas, kebijakan manajemen kunci, Karakteristikoperasional dll.

4. Lokasi dan organisasi, kebutuhan perjalanan, lokasi dari populasi yang dilayani, dan lainnya.

5. Sumber daya manusia (pelatihan, pengalaman, kompensasi, tingkat keluar masuk, semangat, dll).

6. Jumlah modal dan kebutuhan untuk peningkatan.

7. Teknologi informasi, tingkat otomatisasi, kualitas dari rencana-rencana, teknologi informasi organisasi, pengumpulan data, sistem penelusuran dan pemantauan.

8. Aspek fiskal

9. Besar anggaran (kecendrungan dalam penerimaan dan pengeluaran )



10. Perbandingan dari biaya-biaya operasional terhadap organisasi publik yang lain
11. Hubungan anggaran terhadap struktur program/subprogram.
12. Tingkat dimana anggaran yang ada memenuhi kebutuhan dan ekspektasi yang sekarang.
13. Data dasar (baseline data)
14. Ukuran kinerja internal
15. Kecendrungan dan ramalan (trends and forecasts)

Perencanaan ketenagaan di rumah sakit merupakan hal yang penting untuk diperhatikan karena ada dua hal yang mendasarinya, yaitu : Pertama, produk yang ditawarkan rumah sakit adalah jasa. Kekurangan tenaga secara kuantitas maupun kualitas akan sangat ,mengganggu kualitas produk yang ditawarkan. Hal ini pada akhirnya akan berdampak pada citra rumah sakit, dan mengurangi prospek pendapatan. Kedua, tenaga adalah suatu hal yang dalam pengadaannya tidak bisa seketika. Bila tersediapun, perlu ada penyesuaian terlebih dahulu sebelum bisa digunakan secara optimal.

#### **2.4. Metode Perhitungan Jumlah SDM di Rumah sakit**

Perkiraan kebutuhan tenaga dapat menggunakan berbagai cara. Masing-masing mempunyai kelebihan dan kelemahan, fokus utama adalah memilih cara yang tepat yang sesuai dengan kemampuan, keterbatasan dan sumber daya yang dimiliki. Perencanaan yang teliti akan dapat memperkirakan situasi masa depan baik dari segi kemampuan maupun keterbatasan. Berbagai asumsi dalam

membuat perencanaan SDM Kesehatan perlu ditegaskan, dan asumsi-asumsi tersebut sangat tergantung kepada :

1. Prioritas target pelayanan, misalnya usia muda, sosial ekonomi rendah, kaum pekerja, wanita hamil dll.
2. Situasi politik, administratif, dan kemampuan merencanakan serta dukungan sistem informasi yang ada, misal besarnya dukungan politis nasional terhadap program kesehatan, kemampuan dan ketersediaan para ahli dalam perencanaan SDM Kesehatan.
3. Situasi dan keadaan dinamika sektor kesehatan  
misal : Sejauh mana pemerintah berusaha memperbaiki pelayanan dengan menawarkan perubahan atau perbaikan sistem pelayanan yang lama ?  
Bagaimana sikap pemerintah terhadap keterlibatan sektor swasta dalam pelayanan kesehatan ? (Bachtiar A,2000).

Beberapa cara yang dipergunakan untuk perhitungan dan menentukan perencanaan kebutuhan tenaga di Rumah sakit. Pada prinsipnya mengacu pada 2 cara, yaitu secara makro dan mikro.

#### **2.4.1. Perhitungan Secara makro**

##### **a. Berdasarkan ratio terhadap sesuatu nilai (*Ratio Methode*)**

Cara ini adalah cara yang paling sederhana, dimana penentuannya berdasarkan pengalaman dari negara lain dikawasan yang sama atau pengalaman lokal setempat. Pertama-tama ditentukan atau diperkirakan rasio dari tenaga terhadap suatu nilai tertentu, misalnya jumlah penduduk, tempat tidur RS, Puskesmas dan lain-lainnya. Selanjutnya nilai tersebut diproyeksikan kedalam

sasaran. Perkiraan kebutuhan jumlah dari jenis tenaga kesehatan tertentu diperoleh dari membagi nilai yang diproyeksikan termasuk dengan rasio yang ditentukan.

Dengan metode ini dapat diketahui jumlah SDM secara total, tanpa dapat diketahui produktivitas SDM maupun situasi demand dan supply SDM.

Walaupun demikian, metode ini tetap dapat digunakan apabila :

- a. Kemampuan dan sumber daya untuk perencanaan terbatas
- b. Jenis, tipe dan volume pelayanan relatif stabil.

Perhitungan tenaga kesehatan menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No.262/ Men.Kes/Per/VII/1979 dengan menggunakan Metode Ratio tempat tidur, berdasarkan kelas rumah sakit tenaga yang diperlukan adalah :

- a. Untuk RSUD Kelas A dan B adalah :

- 1). tempat tidur : tenaga medis = (4-7) : 1
- 2). tempat tidur : paramedis perawatan = 2 : (3-4)
- 3). tempat tidur : paramedis non perawatan = 3 : 1
- 4). tempat tidur : non medis = 1 : 1

- b. Untuk RSUD Kelas C adalah :

- 1). tempat tidur : tenaga medis = 9 : 1
- 2). tempat tidur : paramedis perawatan = 1 : 1
- 3). tempat tidur : paramedis non perawatan = 5 : 1
- 4). tempat tidur : non medis = 4 : 3

- c. Untuk RSUD Kelas D adalah :

- 1). tempat tidur : tenaga medis = 15 : 1
- 2). tempat tidur : paramedis perawatan = 2 : 1

- 3). tempat tidur : paramedis non perawatan = 6 : 1
  - 4). tempat tidur : non medis = 3 : 2
- d. Untuk RS Khusus adalah : standarisasi ketenagaan perlu mempertimbangkan kondisi objektif dengan berpedoman pada perumusan keputusan rumah sakit umum.

**2.4.2. Perhitungan secara mikro dapat menggunakan acuan perhitungan sebagai berikut:**

- a. **Perhitungan tenaga rumah sakit berdasarkan pelayanan yang dibutuhkan penderita.**

Pada cara ini berdasarkan pertimbangan profesional, bahwa setiap penderita perlu diberikan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhannya. Termasuk penggunaan teknologi mutakhir tanpa mempertimbangkan dan memperhitungkan biaya dan kemampuan Rumah sakit secara menyeluruh. Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada penerapan cara ini sebagai berikut :

- i. Pola penyakit di rumah sakit
- ii. Perlu ada pembakuan mengenai pelayanan untuk penderita dengan kasus tertentu
- iii. Perlu ada pembakuan tenaga termasuk komposisi dan jenis dari tenaga yang diperlukan.
- iv. Perlu menentukan jumlah jam kerja yang disediakan pertahun untuk tiap jenis tenaga.

**b. Penghitungan kebutuhan tenaga Rumah sakit berdasarkan analisa fungsi/tugas.**

Cara ini paling banyak digunakan sekarang karena memiliki ketepatan, khususnya kalau dipergunakan untuk keperluan rumah sakit. Cara ini sebenarnya merupakan dasar untuk cara-cara penghitungan kebutuhan tenaga lainnya termasuk cara menentukan perbandingan antara tenaga dengan penderita dan antara tenaga dengan tempat tidur. Menganalisa fungsi, tugas dan kegiatan pelayanan, maka dapat ditentukan bobot dari beban kerja. Yaitu dengan menggunakan ukuran waktu yang diperlukan dalam jumlah menit atau jam. Tapi cara ini kesulitannya ialah dalam menentukan variabel-variabel yang mempengaruhi. Juga tidak mudah dilaksanakan karena memerlukan penelitian yang cermat, yaitu penelitian yang mengkaitkan kegiatan dan waktu yang diperlukan (*time and motion Study*)

**c. Berdasarkan keperluan kesehatan (*Health Need Methode*)**

Pada umumnya kebutuhan personel rumah sakit dihitung menggunakan metode *Need*. Perhitungan jumlah dan jenis tenaga lebih didasari oleh pendapat para ahli yang mendalami masalah dan perencanaan SDM kesehatan. Untuk membuat keputusan, pertama harus mengetahui secara akurat data dan informasi tentang demografi, seperti: jumlah penduduk menurut golongan umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan lain-lain. Kedua mereka membutuhkan data epidemiologis dan data statistik kesehatan untuk melihat kecendrungan data penyakit yang diderita penduduk. Selanjutnya para ahli

menentukan kebutuhan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan penduduk dan menterjemahkannya kepada kebutuhan tenaga kesehatan.

**d. Berdasarkan permintaan kebutuhan kesehatan (*Health Service Demand Methode*)**

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

Faktor demografi yang mempengaruhi *demand* pelayanan kesehatan adalah : umur, jenis kelamin, kepadatan penduduk dan sebaran penduduk. Seperti diketahui *demand* pelayanan kesehatan tinggi pada umur di bawah 5 tahun dan pada umur diatas 50 tahun. Wanita biasanya menggunakan pelayanan kesehatan lebih tinggi dari pria. Kepadatan dan sebaran penduduk merupakan faktor penting yang menentukan penggunaan pelayanan kesehatan di rumah sakit (Ilyas, 2004).

**e. Berdasarkan sasaran upaya kesehatan yang ditetapkan (*Health Service Targets Methode*)**

Pada metode target perhitungan jumlah dan jenis tenaga lebih didasari oleh pendapat para pakar yang mengetahui secara cermat tentang masalah kesehatan, jenis dan beban pelayanan, kemampuan dan sumber daya yang tersedia. Proses pelaksanaan atau tahapan untuk perhitungan tenaga yang dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan relatif sama dengan *metode need*.

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

### 2.4.3. Work Load Indicator Staff Need

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No 81/Menkes/SK/I/2004 , langkah-langkah perhitungan kebutuhan SDM kesehatan dengan menggunakan indikator Beban Kerja (*Work Load Indicator Staff Need*). Metode WISN adalah suatu metode perhitungan kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan pada beban pekerjaan nyata yang dilaksanakan oleh tiap kategori SDM pada tiap unit kerja di fasilitas pelayanan kesehatan. Kelebihan dari metode ini mudah dioperasionalkan dan digunakan, secara teknis mudah diterapkan , komprehensif dan realistis.

Adapun langkah perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan WISN ini meliputi 5 langkah, yaitu :

- a. Menetapkan waktu kerja tersedia
- b. Menetapkan unit kerja dan kategori SDM
- c. Menyusun standar beban kerja
- d. Menyusun standar kelonggaran
- e. Perhitungan kebutuhan tenaga per unit kerja

$$\text{Kebutuhan SDM} = \frac{\text{Kuantitas kegiatan Pokok}}{\text{Standar beban kerja}} + \text{Standar kelonggaran}$$

a. 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 :

- Hari kerja, sesuai ketentuan yang berlaku di daerah setempat (A)
- Cuti tahunan (12 hari kerja) (B)
- Pendidikan dan pelatihan yang diikuti oleh SDM, sesuai ketentuan yang berlaku di RS (C)
- Hari libur nasional dalam kurun waktu satu tahun
- Ketidakhadiran kerja SDM selama kurun waktu satu tahun karena alasan sakit dll (E)
- Waktu kerja, sesuai ketentuan yang berlaku di RS atau daerah setempat, pada umumnya dalam 1 hari adalah 6 jam (jika 6 hari kerja) (F)

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

b. Menetapkan unit kerja dan kategori SDM

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 di RS dapat dikelompokkan menjadi :

- Unit kerja fungsional langsung, misalnya instalasi rawat jalan, instalasi rawat inap, IGD, instalasi laboratorium dll



- Unit kerja fungsional penunjangm seperti tata usaha,, IPSRS dll.

Setelah unit kerja telah ditetapkan, baru ditetapkan ketegori SDM sesuai kompetensi atau pendidikannya.

c. Menyusun standar beban kerja

Standar beban kerja adalah volume/ kuantitas beban kerja selama setahun 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.

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

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

Adapun rumus standar beban kerja sebagai berikut :

$$\text{Standar beban kerja} = \frac{\text{Waktu Kerja tersedia}}{\text{Rata-rata waktu/pengaturan-kegiatan pokok}}$$

d. Menyusun 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. Misalnya kegiatan yang

tidak terkait langsung dengan pelayanan kepada pasien seperti rapat, penyusunan laporan kegiatan, menyusun kebutuhan obat dll.

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

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

Dalam menyusun standar kelonggaran dengan melakukan penghitungan berdasarkan rumus :

Standar Kelonggaran :  $\frac{\text{Rata-rata waktu perfaktor kelonggaran}}{\text{Waktu kerja tersedia}}$

e. Perhitungan kebutuhan tenaga per unit kerja

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

$\text{Kebutuhan SDM} = \frac{\text{Kuantitas kegiatan Pokok}}{\text{Standar beban kerja}} + \text{Standar kelonggaran}$

#### 2.4.4. Menghitung kebutuhan perawat dengan Formula

##### 2.4.4.1. Metode Gilles

Menurut Gilles (1989), metode ini lebih tepat untuk memperhitungkan kebutuhan tenaga perawat, karena menghitung jumlah jam kerja asuhan keperawatan yang mereka lakukan sesuai tuntutan profesi dan uraian tugasnya.

Adapun perhitungan kebutuhan tenaga perawat adalah sebagai berikut :

$$\text{Jumlah Tenaga} = \frac{A \times B \times 365}{(365 - \text{hari libur}) \times \text{Jam Kerja/Hari}}$$

Keterangan :

A = Jam perawatan selama 24 jam (waktu perawatan yang dibutuhkan pasien )

B = Sensus harian (BOR X jumlah tempat tidur)

Hari libur = 52 hari

Jam kerja efektif dalam 1 hari : 6 jam

Jumlah hari dalam setahun : 365 hari

BOR = *Bed Occupancy Rate*

#### 2.4.4.2. Metode Nina (Nina, 1990)

Ada lima tahap perhitungan yang dipergunakan pada metode ini, yaitu :

1. A = Jumlah rata-rata jam perawatan penderit selama 24 jam

2. B= Jumlah rata-rata jam perawatan penderita seluruh RS

$$B = A \times \text{Jumlah Tempat tidur}$$

3. C = Jumlah rata-rata jam perawatan penderita seluruh rumah sakit selama

$$\text{setahun} \quad C = B \times 365$$

4. D= Perkiraan rata-rata jam perawatan seluruh penderita rumah sakit

$$D = \text{BOR} / 80 \times C$$

5. E= Jumlah Tenaga keperawatan

$$E = D / \text{jam kerja/ tahun}$$

$$\text{Hari kerja efektif pertahun} : 365 - 52 - 12 - 12 = 237 \text{ hari}$$

Jam kerja efektif : 8-2 jam = 6 jam

Jam kerja perawatan efektif per tahun : 6 X 237 = 1422 jam

#### 2.4.4.3 Metode Hasil Lokakarya Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)

Menurut PPNI dalam Ilyas (2004) , perhitungan tenaga perawat adalah sebagai berikut :

$$TP = \frac{(A \times 52 \text{ mg}) \times 7 \text{ Hari} (TT \times BOR)}{41 \text{ Minggu} \times 40 \text{ Jam}} \times 125 \%$$

TP = Tenaga Perawat

A = Jumlah perawatan pasien dalam 24 jam

BOR = Bed Occupancy Rate

#### 2.4.4.4. Metode Ilyas

Menurut Ilyas (2004), perhitungan kebutuhan perawat di rumah sakit menggunakan rumus berikut ini :

$$TP = \frac{A \times B \times 365}{255 \times \text{Jam kerja dalam sehari}}$$

TP = Tenaga Perawat

A = Jumlah perawatan pasien dalam 24 jam

B = Sensus Harian ( BOR X Tempat Tidur)

Jam kerja sehari = 6 jam sehari

Jumlah hari kerja selama setahun = 365 hari

Hari kerja efektif perat selama setahun = 255

( 365-(12 hari libur nasional + 12 hari cuti tahunan) X ¾

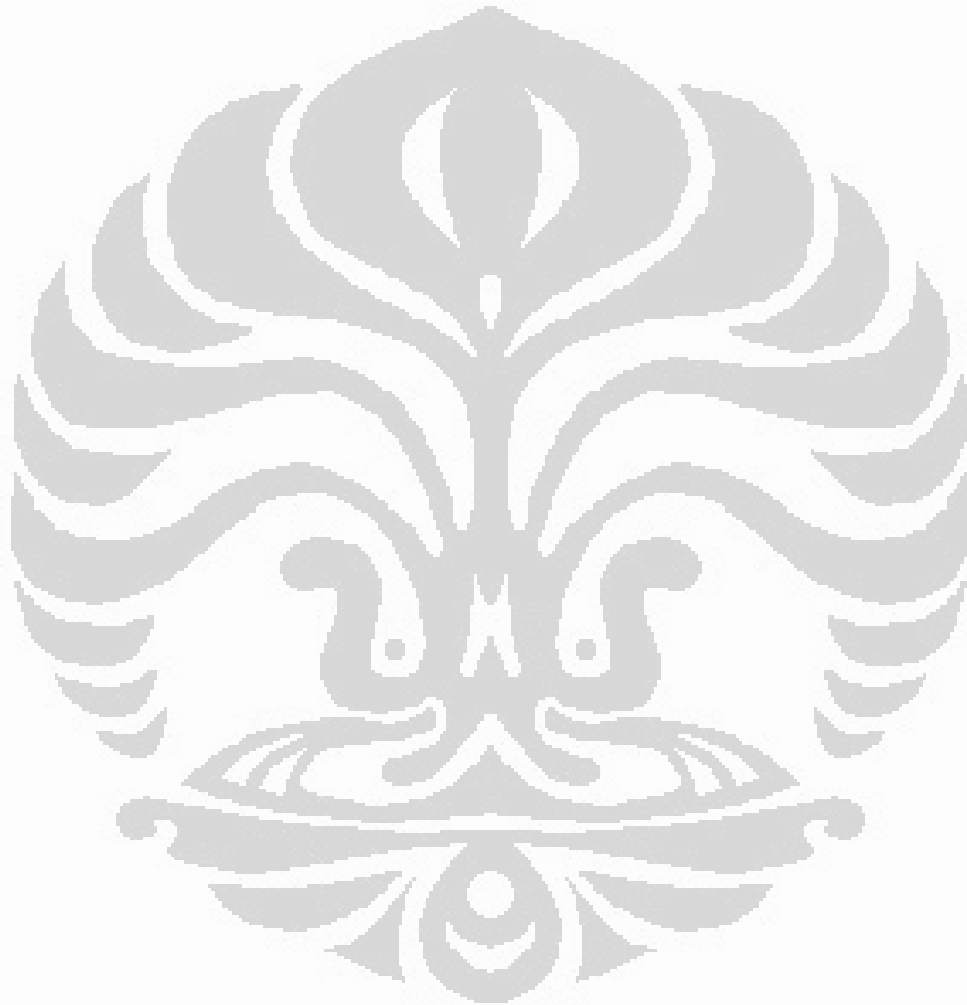
BOR = Bed Occupancy Rate

#### 2.4.5 Pendapat Pakar

Dalam situasi tertentu, seperti pengenalan teknologi baru atau adanya perubahan peraturan pemerintah yang menyangkut penyusunan staf, seorang manajer mungkin tidak mempunyai pengetahuan tentang bagaimana memprediksi dengan baik orang-orang yang dibutuhkan ataupun yang tersedia untuk melakukan sebuah pekerjaan. Dalam keadaan ini pakar dapat memberikan pertimbangan terbaik menyangkut permintaan sumber daya manusia. Pendapat pakar (*expert opinion*) dapat berasal dari sekelompok pakar ataupun individu perorangan, seperti direktur SDM atau spesialis perencanaan jangka panjang (Simamora, 2004).

Metode yang paling sederhana dalam memperoleh pendapat pakar adalah dengan melakukan survey pengumpulan pendapat yang dilakukan secara informal berupa kuisisioner tertulis atau melakukan fokus grup diskusi. Ide-ide yang disampaikan oleh kelompok pakar kemudian di diskusikan dan kemudian dipilih yang terbaik (Werther Jr, 1996). Metode yang kedua adalah dengan melakukan teknik Delphi. Teknik Delphi terdiri dari sekelompok pakar yang menjawab serangkaian kuisisioner atau wawancara guna memberikan estimasi mereka yang terbaik. Dalam Delphi tehnik, diskusi langsung diantara pakar dihindari agar tidak terjadi saling kompromi ataupun kritik terhadap pendapat yang sudah diberikan. Untuk itu diperlukan peran seorang penengah (*intermediary*). Tugas penengah adalah mengumpulkan, meringkas, dan melontarkan umpan balik kepada para pakar mengenai informasi yang diberikan secara independen. Informasi kemudian disirkulasikan kepada semua pakar dalam bentuk laporan tertulis. Para pakar mempertimbangkan secara pribadi pendapat

pakar lainnya, dan memikirkan apakah mereka ingin merubah pandangan mereka sendiri. Setelah beberapa kali putaran, para pakar tadi diharapkan sampai pada sebuah konsensus. Teknik Delphi murah dan mudah digunakan bersama teknik yang lain (Simamora, 2004).



## BAB III

### KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

#### 3.1. Kerangka Konsep

Keberhasilan suatu rumah sakit terletak pada seberapa efektif rumah sakit dapat memaksimalkan kemampuan sumber dayanya dan meminimalkan kelemahan yang ada. Tanpa adanya sumber daya manusia yang kompeten, rumah sakit akan berprestasi biasa-biasa saja, walaupun rumah sakit itu dapat bertahan.

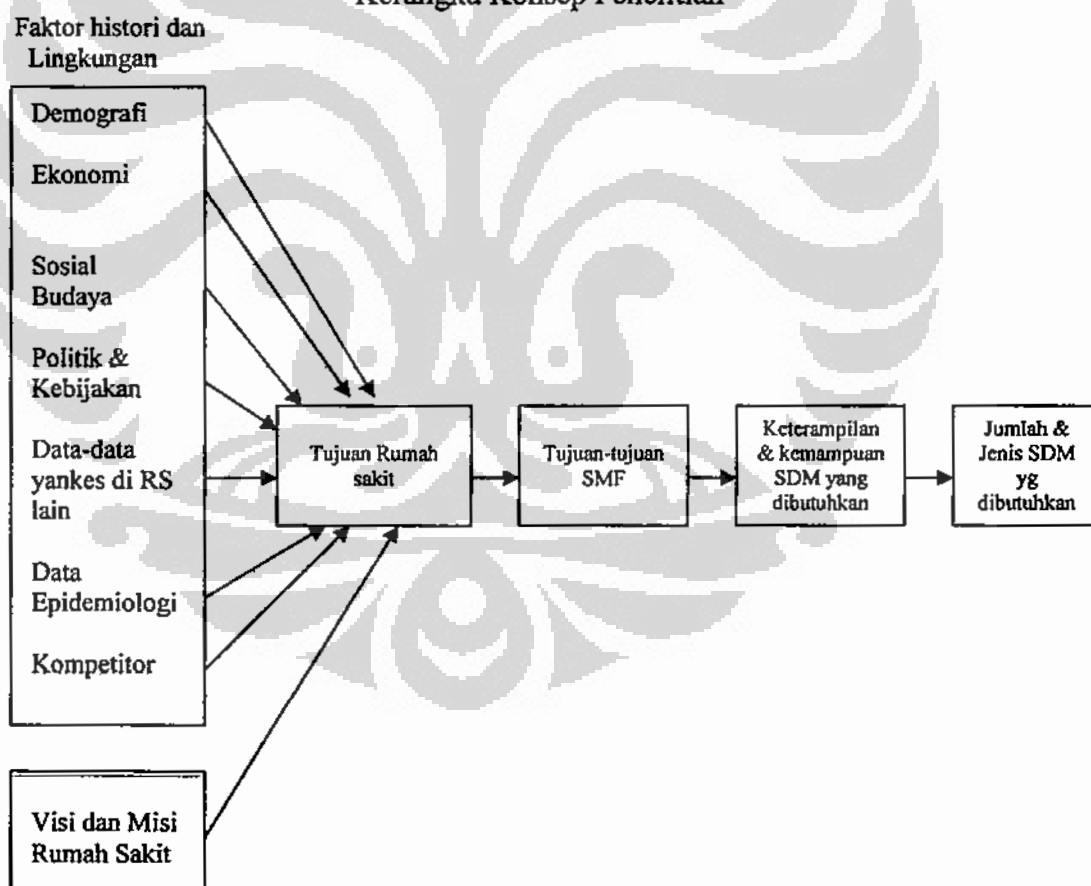
Perencanaan sumber daya manusia rumah sakit memiliki hubungan yang vital antara lingkungan organisasi dengan manajemen sumber daya manusia. Oleh sebab itu dalam melakukan perencanaan sumber daya manusia sangat perlu memperhitungkan faktor-faktor lingkungan internal maupun lingkungan eksternal yang mempengaruhi organisasi.

Menurut Byars dkk (1984) perencanaan sumber daya manusia sebuah organisasi sangat berhubungan dengan tujuan organisasi yang mana tujuan tersebut dipengaruhi oleh faktor-faktor lingkungan dan riwayat sebelumnya. Jika tujuan organisasi telah ditetapkan, maka tujuan itu dirincikan kedalam tujuan departemen/unit. Manajer kemudian menentukan sumber daya manusia yang dibutuhkan agar tujuan yang telah ditetapkan tersebut dapat tercapai. Manajer sumber daya manusia melakukan peramalan (*forecast*) untuk menentukan kebutuhan netto sumber daya manusia. Jika kebutuhan positif, maka organisasi melakukan rekrutmen yang dilanjutkan dengan seleksi, orientasi dan pengembangan. Sedangkan jika kebutuhan tersebut negatif, maka dilakukan pengurangan pegawai, pemberhentian baik sementara maupun permanen. Kegiatan perencanaan sumber

daya manusia adalah kegiatan yang berkelanjutan yang harus dievaluasi setiap terjadi perubahan situasi.

Berdasarkan konsep dasar dan teori yang telah disebutkan diatas, dan dengan melakukan penyesuaian agar teori-tersebut dapat saling dikaitkan dan diterapkan secara praktis pada saat perencanaan SDM kesehatan di RSUD Abdul Manap maka kerangka konsep penelitian ini dirumuskan seperti yang terlihat pada gambar 3.1 dibawah ini .

Gambar 3.1  
Kerangka Konsep Penelitian



Sumber : Modifikasi Byars et al (1988)

Hasil komunikasi lisan, Ayuningtyas,D (2008)



Penelitian dilaksanakan sampai kepada perhitungan kebutuhan SDM kesehatan saja , jumlah SDM medis dan keperawatan di instalasi rawat inap dan instalasi rawat jalan . Sedangkan perhitungan SDM non keperawatan seperti kebutuhan tenaga laboratorium, radiologi, farmasi, gizi dan lain lain tidak dilakukan.

### 3.2. Definisi Operasional

1. Demografi adalah gambaran mengenai keadaan kependudukan masyarakat

Kota Jambi, meliputi :

- a. Jumlah Penduduk
- b. Jumlah Penduduk pria dan wanita
- c. Jumlah penduduk menurut kelompok umur.
- d. Umur Harapan Hidup Penduduk Kota Jambi

Cara pengumpulan data : telaah dokumen

Instrumen : daftar *check list*

2. Gambaran mengenai situasi perekonomian masyarakat Kota Jambi, meliputi :

- a. PDRB Kota Jambi
- b. PDRB per Kapita Penduduk Kota Jambi
- c. Pengeluaran per Kapita Penduduk Kota Jambi

Cara pengumpulan data : telaah dokumen

Instrumen : daftar *check list*

3. Sosial budaya adalah gambaran mengenai keadaan sosial budaya masyarakat Kota Jambi yang penduduk dalam memperoleh pelayanan kesehatan :

- a. Jumlah penduduk menurut tingkat pendidikan
- b. Perilaku mencari pelayanan kesehatan
- c. Budaya gotong royong masyarakat dalam membiayai pelayanan kesehatan.
- d. Jaminan pelayanan kesehatan penduduk Kota Jambi

Cara pengumpulan data : telaah dokumen, wawancara

Instrumen : daftar *check list*

4. Politik dan Kebijakan adalah peraturan atau kebijakan pemerintah yang berpengaruh terhadap RSUD H. Abdul Manap antara lain :

- a. Undang-undang Praktek Kedokteran
- b. Pembiayaan kesehatan oleh Pemerintah Daerah Kota Jambi
- c. Undang-undang tentang desentralisasi dan otonomi daerah terhadap SDM

Cara pengumpulan data : telaah dokumen, wawancara mendalam

Instrumen : pedoman wawancara mendalam dan daftar *check list*

5. Data-data pelayanan kesehatan di RS lain adalah gambaran pelayanan kesehatan di Kota Jambi, meliputi Puskesmas, RS pemerintah dan swasta di Kota Jambi, meliputi :

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan (peralatan, jumlah tempat tidur) yang tersedia
- b. Kondisi SDM kesehatan, meliputi jumlah dokter spesialis, dokter umum, perawat, apoteker, asisten apoteker, gizi dll.

- c. Jumlah kunjungan rawat jalan dan rawat inap, BOR, LOS, BTO, TOI, NDR, GDR, Kematian < 48 jam dirumah sakit pemerintah maupun di rumah sakit swasta .

Cara pengumpulan data : telaah dokumen

Instrumen : daftar *check list*

6. Data Epidemiologi adalah gambaran mengenai keadaan kesehatan dan penyakit pada masyarakat Kota Jambi, meliputi :

- a. 10 Penyakit terbanyak di Kota Jambi
- b. 10 Penyakit terbanyak pasien di RSUD Raden Mattaher Jambi

Cara pengumpulan data : telaah dokumen

Instrumen : daftar *check list*

7. Kompetitor adalah : Gambaran mengenai keadaan rumah sakit lain yang memberikan pelayanan yang hampir sama /serupa.

8. Visi adalah pernyataan cita-cita, ingin seperti apa RSUD H. Abdul Manap dimasa mendatang .

Cara pengumpulan data : wawancara mendalam dan CDMG

Instrumen : pedoman wawancara mendalam dan CDMG

9. Misi adalah perangkat operatif yang dilaksanakan untuk mewujudkan visi.

Cara pengumpulan data : wawancara mendalam dan CDMG

Instrumen : pedoman wawancara mendalam dan CDMG

10. Tujuan jangka panjang adalah yang ingin dicapai oleh rumah sakit H. Abdul Manap pada tahun 2013 .

Cara pengumpulan data : wawancara mendalam dan CDMG

Instrumen : pedoman wawancara mendalam dan CDMG

11. Tujuan unit/departemen adalah tujuan yang ingin dicapai oleh unit/SMF Penyakit Dalam, Kebidanan dan kandungan, SMF Bedah, SMF Anak dan SMF mata yang berpedoman dari tujuan jangka panjang RS .

Cara pengumpulan data : wawancara mendalam dan CDMG

Instrumen : pedoman wawancara mendalam dan CDMG

12. Keterampilan (*skill*) dan kemampuan (kompetensi) adalah tingkat pendidikan, pengetahuan dan keterampilan yang disyaratkan kepada SDM bidang medis dan paramedis keperawatan di RSUD H. Abdul Manap

Cara pengumpulan data : wawancara mendalam dan CDMG

Instrumen : pedoman wawancara mendalam dan CDMG

13. Jenis dan Jumlah SDM yang dibutuhkan adalah jenis dan jumlah SDM medis dan paramedis keperawatan di instalasi rawat jalan dan instalasi rawat inap RSUD H. AbdulManap.

Cara pengumpulan data : telaah dokumen

Instrumen : daftar check list dan metode WISN ,  
Formula Ilyas

## BAB IV

### METODE PENELITIAN

#### 4.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian operasional (operasional reseach) dan bersifat desriptif analitik. Data yang didapatkan merupakan bahan informasi sebagai dasar menyusun rencana sumber daya manusia kesehatan. Dalam pengambilan keputusan digunakan kegiatan CDMG (*Concensus Decision Making Group*). Penelitian ini dilaksanakan dalam 5 tahap,yaitu :

Tahap I untuk melakukan analisis situasi internal dan eksternal

##### a. Analisis situasi eksternal:

- i. Telaah dokumen kebijakan nasional dan Kebijakan Pemda terhadap sumber daya manusia kesehatan, khususnya tenaga kesehatan.
- ii. Gambaran umum Kota Jambi termasuk gambaran perekonomian, sosial budaya, demografi, data-data rumah sakit dan hasil pelayanan di rumah sakit yang ada di Kota Jambi dan epidemiologi masyarakat Kota Jambi
- iii. Gambaran situasi kompetitor RSUD H. Abdul Manap, yaitu RSUD Rd Mattaher dan RS St. Theresia, meliputi hasil pelayanan rawat jalan dan rawat inap 3 tahun terakhir, fasilitas pelayanan, SDM, asal pasien dan cara pembayaran pasien.

RSUD Raden Mattaher dan RSUD St Theresia dipakai dan ditetapkan sebagai kompetitor karena kedua rumah sakit tersebut merupakan rumah sakit yang paling lengkap sarana dan prasarana pelayanan kesehatannya dan paling banyak dikunjungi oleh masyarakat.

b. Analisis situasi lingkungan internal, meliputi fasilitas pelayanan RSUD H. Abdul Manap

c. Wawancara mendalam untuk membuat visi, misi sasaran dan harapan *stakeholder* terhadap RSUD Abdul Manap.

Informan pada wawancara mendalam adalah :

- i. Kepala Daerah Kota Jambi
- ii. Kepala Dinas Kesehatan Kota Jambi
- iii. Kepala Badan Kepegawaian Daerah Kota Jambi
- iv. Pjs. Direktur RSUD H. Abdul Manap
- v. Empat orang dokter spesialis di RSUD H. Abdul Manap
- vi. Satu orang dokter umum yang bekerja di RSUD Raden Mattaher
- vii. Satu orang perawat yang bekerja di Puskesmas Putri Ayu Kota Jambi.
- viii. Dua orang warga masyarakat Kota Jambi, satu orang dari golongan ekonomi lemah dan 1 orang dari golongan ekonomi menengah.

Tahap II. Melakukan *Consensus Decision Making Group* (CDMG) untuk menyepakati visi dan misi, sasaran dan tujuan jangka panjang rumah sakit

serta menyepakati *Critical Success Factor*, standar pendidikan, keterampilan dan kompetensi yang dibutuhkan pada SDM yang akan direkrut dan juga menentukan target pelayanan di RSUD H. Abdul Manap berdasarkan data-data sekunder indikator pelayanan rumah sakit di Kota Jambi.

Anggota CDMG yang terlibat dalam penelitian ini adalah :

- i. Walikota Jambi
- ii. Kepala Badan Kepegawaian Daerah
- iii. Kepala Dinas Kesehatan Kota Jambi
- iv. Pejabat sementara Direktur RSUD. H. Abdul Manap
- v. Ketua Komisi E DPRD Kota Jambi
- vi. Direktur RS St Theresia
- vii. 4 orang dokter spesialis
- viii. 1 orang dokter umum

### Tahap III.

Melakukan perhitungan kebutuhan tenaga kesehatan RSUD H. Abdul Manap yang berpedoman kepada hasil kegiatan tahap 1 dan tahap 2.

- a. Untuk menghitung pangsa pasar dibuat *Competitive Matrix Profile*, yaitu Profil pelayanan di RSUD Raden Mattaher dan RSU St Theresia Jambi pada tahun 2005-2007.
- b. Membuat proyeksi pelayanan yang akan terjadi RSUD Abdul Manap pada tahun 2008-2013.
- c. Kemudian dibuat rencana kebutuhan tenaga medis dan paramedis keperawatan di RSUD H. Abdul Manap yang mengacu kepada

Keputusan Menteri Kesehatan No: 81/MENKES/SK/II/2004 Tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten,/Kota serta Rumah Sakit, yaitu menggunakan metode Work Load Indicator Staff Need (WISN). Metode ini digunakan oleh karena mudah dioperasikan, secara teknis mudah diterapkan, komprehensif dan realistis .Untuk penghitungan kebutuhan paramedis digunakan formula Ilyas

#### Tahap IV.

Setelah mendapatkan hasil perhitungan kebutuhan SDM RSUD H. Abdul Manap Peneliti akan meminta pendapat pakar, yaitu Prof. dr. Amal C Sjaaf. SKM, DrPH, Dr. drg. Yaslis Ilyas, MPH dan Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, PhD yang kesemuanya adalah pakar SDM dari Universitas Indonesia.

#### Tahap V

Hasil kegiatan tahap IV kemudian didiskusikan kembali dalam CDMG ke dua. Adapun pesertanya adalah : Kepala Badan kepegawaian Daerah, Kepala Dinas Kesehatan dan Pjs. Direktur RSUD Abdul Manap.

#### **4.2. Lokasi dan waktu Penelitian**

Penelitian dilakukan di Kota Jambi, dilaksanakan pada bulan Maret 2008 sampai dengan bulan Juni 2008.



### 4.3. Instrumen Penelitian

Menurut Huberman et. al. (1992) penelitian kualitatif lebih mementingkan proses untuk melihat bagian-bagian yang diteliti secara jelas. Maka instrumen penelitian utama dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri.

Instrumen lain adalah pedoman wawancara mendalam yang peneliti rancang sesuai dengan fokus penelitian dibantu alat perekam suara berupa MP5.

### 4.4. Metode Pengumpulan Data

#### a. Data Primer .

Pengumpulan data primer dengan cara melakukan wawancara mendalam dan CDMG kepada informan dilakukan oleh peneliti sendiri dibantu oleh seorang pencatat.

#### b. Data Sekunder

Data sekunder yang diperlukan dalam penelitian ini berasal dari :

##### i. Institusi Pemerintah :

- BPS Kota Jambi
- Dinas Kesehatan Kota Jambi
- RSUD Rd. Mattaher

##### ii. Rumah Sakit Swasta yang ada di Jambi , yaitu

- RSU St. Theresia
- RS Bratanata
- RS Polda
- RS Budhi Graha
- RS Asia Medika

#### **4.5. Pengolahan Data**

Kegiatan pengolahan data baik data primer maupun data sekunder meliputi :

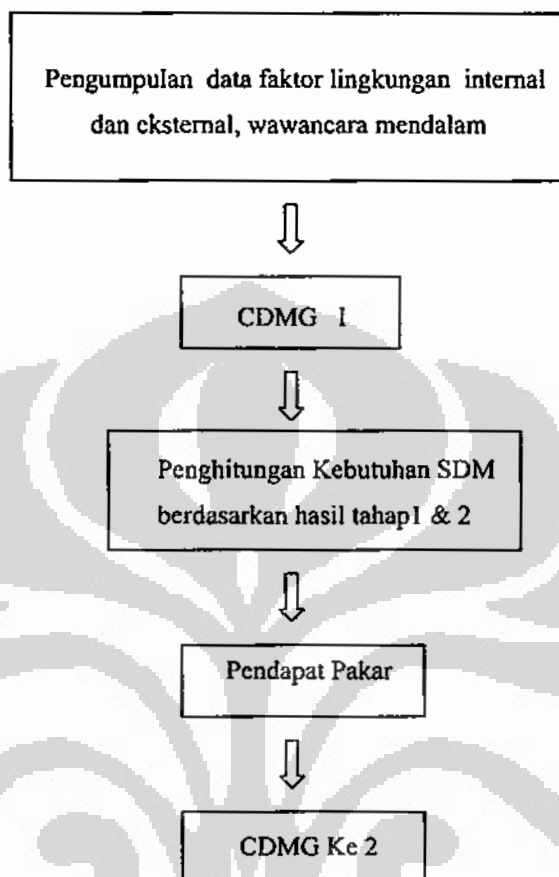
- a. Memeriksa dan meneliti apakah data yang sudah ada lengkap dan sesuai dengan kebutuhan dan tujuan penelitian.
- b. Mengelompokkan data yang ada kebagian-bagian yang lebih spesifik sesuai dengan proses analisa data.

Data yang didapat diolah berdasarkan kebutuhan penelitian. Data primer dalam bentuk catatan dan transkrip wawancara akan diintisarikan secara kualitatif sebagai proses mengambil kesimpulan. Data sekunder yang berupa angka akan ditabulasikan secara kuantitatif.

#### **4.6. Analisis Data**

Secara umum, tahap analisa data hingga penghitungan kebutuhan SDM medis dan paramedis keperawatan di RSUD H. Abdul Manap, yaitu

Gambar 4.1. Tahapan Penghitungan kebutuhan SDM



#### 4.7. Penyajian Data

Data primer dan data sekunder yang diperoleh disajikan dalam bentuk gambar, tabel serta kutipan wawancara. Hasil perhitungan SDM dibuat dalam bentuk tabel dan teks naratif. Hasil analisis lingkungan dan konsensus CDMG disajikan dalam tabel, matriks dan teks naratif.

diberbagai tempat sesuai dengan keberadaan dan kesediaan waktu narasumber untuk diwawancarai.

Tahap selanjutnya adalah menyelenggarakan *Consensus Decision Making Group* (CDMG) yang bertujuan untuk menetapkan Visi, Misi, Sasaran dan Tujuan Jangka Panjang Rumah Sakit Umum Daerah H. Abdul Manap serta faktor-faktor lain yang mempengaruhinya. Peserta CDMG adalah semua narasumber yang sebelumnya telah menjadi informan kecuali dokter umum dan perwakilan masyarakat.

Data-data primer dan sekunder yang diperoleh dari wawancara mendalam dipaparkan pada para anggota CDMG. Setelah mendapat paparan data-data, dilakukan diskusi untuk menetapkan sasaran, visi, misi dan tujuan jangka panjang, akhirnya membuat konsensus untuk menetapkan sasaran, visi, misi dan tujuan jangka panjang Rumah Sakit Abdul Manap.

Sasaran, visi, misi dan tujuan jangka panjang Rumah Sakit H. Abdul Manap yang telah ditetapkan menjadi dasar untuk membuat perhitungan rencana kebutuhan SDM medis dan paramedis keperawatan di RSUD H. Abdul Manap tahun 2008-2013 dengan pula mempertimbangkan data sekunder dan peraturan serta ketentuan yang berlaku tentang perhitungan kebutuhan SDM Kesehatan Rumah Sakit Kelas C. Karena RSUD H. Abdul Manap belum beroperasi maka agak sulit untuk menentukan sasaran dan jumlah pelayanan secara akurat. Untuk menentukan pangsa pasar dilakukan langkah memperbandingkan *critical success factor* RSUD H. Abdul Manap dengan RSUD Rd. Mattaher dan RS St. Theresia yang

disepakati menjadi kompetitor di Kota Jambi, Langkah terakhir adalah mendapat masukan dari pakar rumah sakit dan pakar sumber daya manusia.

Setelah mendapatkan masukan dari tiga orang pakar sumber daya manusia yang merupakan guru besar dan doktor dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yaitu Amal Chalik Syaaf dan Yaslis Ilyas, Purnawan Junadi kembali dilaksanakan CDMG untuk membuat konsensus tentang rencana kebutuhan SDM medis dan paramedis keperawatan RSUD H. Abdul Manap tahun 2008-2013. Peserta CDMG kedua ini adalah Pjs.direktur rumah sakit, Kepala Dinas Kesehatan dan Kepala Badan Kepegawaian Daerah Kota Jambi.

## **5.2. Keterbatasan Penelitian**

Pada pelaksanaan penelitian ini banyak keterbatasan-keterbatasan yang timbul, terutama dalam hal singkatnya waktu penelitian dan kesibukan narasumber yang cukup padat sehingga proses penelitian berlangsung sampai bulan Juni. Hal lain tidak semua peserta CDMG terpapar dengan data terkini tentang situasi pelayanan rumah sakit dan hal-hal yang mempengaruhinya. Untuk mengatasinya peneliti memaparkan hasil penelitian data sekunder meliputi keadaan demografi Kota Jambi, perekonomian, sosial dan budaya, serta hasil pelayanan rumah sakit di Kota Jambi.

### 5.3. Karakteristik Informan

Pada penelitian ini yang menjadi informan adalah *stakeholder* RSUD H. Abdul Manap yang memiliki karakteristik yang berbeda-beda. Dari hasil biodata informan yang dilakukan wawancara mendalam didapatkan tingkat pendidikan yang cukup bervariasi, yakni dengan tingkat pendidikan sekolah dasar (masyarakat dari golongan ekonomi menengah kebawah) sampai kepada strata II dan dokter spesialis yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.1  
Kode Informan, Jabatan dan Pendidikan Informan  
Wawancara Mendalam dan CDMG

Kode Informan	Umur Informan	Jabatan Informan	Pendidikan Informan
1. I1	57 tahun	Walikota	S2
2. I2	47 tahun	Ketua Komisi D DPRD	S1
3. I3	50 tahun	Kepala BKD	S1
4. I4	56 tahun	Ka Dinkes	S1
5. I5	45 tahun	Pjs Direktur RSUD	S2
6. D1	33 tahun	Dokter Spesialis	S2
7. D2	39 tahun	Dokter Spesialis	S2
8. D3	40 tahun	Dokter Spesialis	S2
9. D4	40 tahun	Dokter Spesialis	S2
10. D5	30 tahun	Dokter Umum	S1
11. P1	35 tahun	Perawat	DIII
12. M1	40 tahun	Kader Posyandu	S1
13. M2	32 tahun	Rumah tangga	SD

### 5.4. Gambaran Umum Kota Jambi

Kota Jambi merupakan ibu kota Propinsi Jambi yang lebih dikenal dengan sebutan *Jambi Tanah Pilih Pusako Betuah*. Wilayah Kota Jambi dikelilingi oleh wilayah Kabupaten Muaro Jambi baik dari arah Utara, Selatan, Barat, maupun Timur.

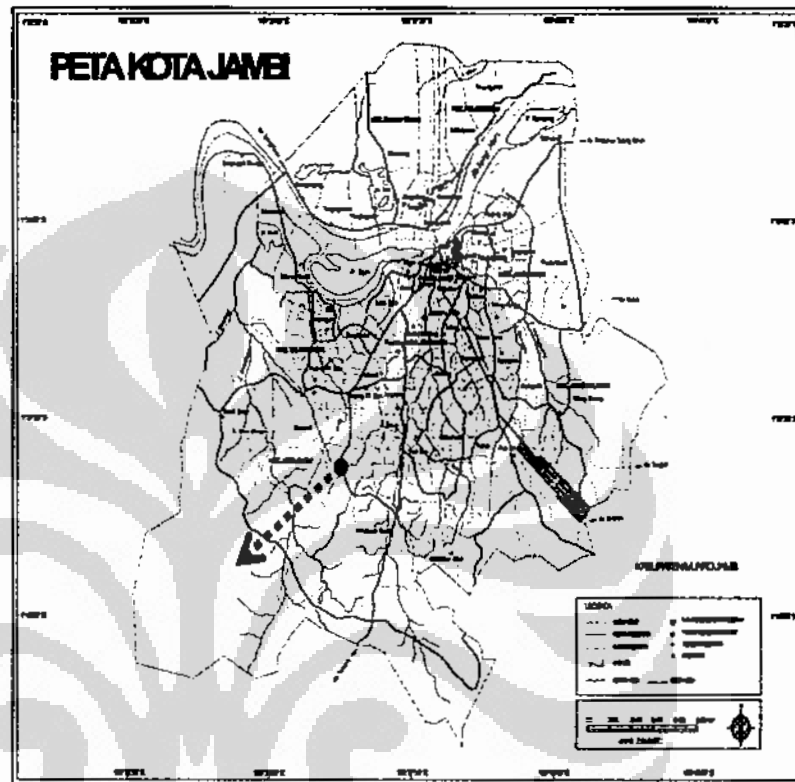
Luas Kota Jambi yaitu 205,38 Km<sup>2</sup> , terdiri dari delapan kecamatan, yaitu:

1. Kecamatan Kotabaru : dengan luas 77,78 Km<sup>2</sup> (37,87%)
2. Kecamatan Jambi Selatan : dengan luas 34,07 Km<sup>2</sup> (16,59%)
3. Kecamatan Jelutung : dengan luas 7,92 Km<sup>2</sup> (3,86%)
4. Kecamatan Pasar Jambi : dengan luas 4,02 Km<sup>2</sup> (1,96%)
5. Kecamatan Telanaipura : dengan luas 30,39 Km<sup>2</sup> (14,80%)
6. Kecamatan Danau Teluk : dengan luas 15,70 Km<sup>2</sup> (7,64%)
7. Kecamatan Pelayangan : dengan luas 15,29 Km<sup>2</sup> (7,44%)
8. Kecamatan Jambi Timur : dengan luas 20,21 Km<sup>2</sup> (9,84%)

Secara geografi wilayah Kota Jambi terletak antara 103°30'67" Bujur Timur sampai 103°40'0,22" Bujur Timur dan 01°30'98" Lintang Selatan sampai 01°40'07" Lintang Selatan.

Kota Jambi berada pada bagian Timur dan tengah Pulau Sumatera. Wilayah ini berpotensi menjadi pusat bisnis di era pasar global karena posisinya yang strategis sebagai simpul yang menghubungkan lintas tengah dan Timur pulau Sumatera, sehingga akses wilayah ini menjadi mudah baik dari dan ke kota-kota utama di Sumatera maupun dari dan ke pusat-pusat perdagangan internasional khususnya Malaysia dan Singapura.

Gambar 5.1  
Peta Kota Jambi



#### 5.4.1. Variabel demografi

- a. Jumlah Penduduk Kota Jambi menurut Jenis Kelamin dan Kepadatan Penduduk

Data dari tahun 2005-2006 merupakan hasil data dari Badan Pusat Statistik Kota Jambi, sedangkan data tahun 2007 didapat dari SIAK (Sistem Informasi Administrasi Kependudukan yang berpusat di Dinas Tenaga Kerja Kependudukan dan Catatan Sipil.



Tabel 5.2  
Jumlah Penduduk Kota Jambi menurut Jenis Kelamin dan kepadatan penduduk  
Tahun 2003-2007

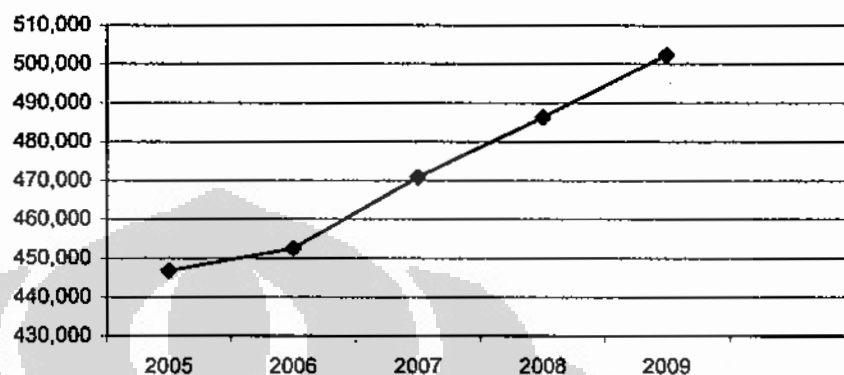
Penduduk	Jumlah				
	2005	2006	2007	2008	2009
Laki-laki (orang)	225,778	227,480	238,329	244,663	251,177
Perempuan (orang)	221,096	225,080	232,573	238,759	245,110
Luas Wilayah (Km <sup>2</sup> )	205,38	205,38	205,38	205,38	205,38
Kepadatan penduduk (Orang/Km <sup>2</sup> )	2,176	2,129	2,293	2,354	2,416

Sumber BPS Kota Jambi tahun 2007

Dilihat pada tabel di atas, ditinjau dari jenis kelamin, jumlah penduduk berjenis kelamin laki-laki selalu lebih banyak jumlahnya dibanding perempuan. Kendati demikian perbedaan itu tidak terlalu menyolok dan cenderung seimbang.

Pada tahun 2005 jumlah penduduk Kota Jambi berjumlah 446.872 jiwa, sedangkan pada tahun 2006 jumlah penduduk adalah 452.560 jiwa. Jumlah penduduk pada tahun 2007 adalah 470.902 jiwa. Peningkatan jumlah penduduk ini jika dihitung rata-rata pertahunnya adalah 2,66%. Kepadatan rata-rata 2.273 jiwa/ km<sup>2</sup>, dengan tingkat penyebaran yang tidak merata. Diperkirakan jumlah penduduk Kota Jambi pada tahun 2008 adalah 483.422 jiwa dan pada tahun 2009 adalah 496.287 jiwa.

Gambar 5.2  
Jumlah Penduduk Kota Jambi  
Tahun 2005-2009



#### b. Penduduk menurut Kelompok Umur

Tingginya angka pertumbuhan penduduk ini sesuai dengan kenyataan bahwa kelompok usia produktif 20-49 tahun merupakan kelompok umur terbanyak, yaitu 49,60%, dan dari tahun ketahun jumlahnya selalu mengalami peningkatan. Hal ini disebabkan oleh karena pesatnya perkembangan Kota Jambi sehingga terjadi arus migrasi penduduk usia produktif yang dapat dilihat dari tabel di bawah ini:

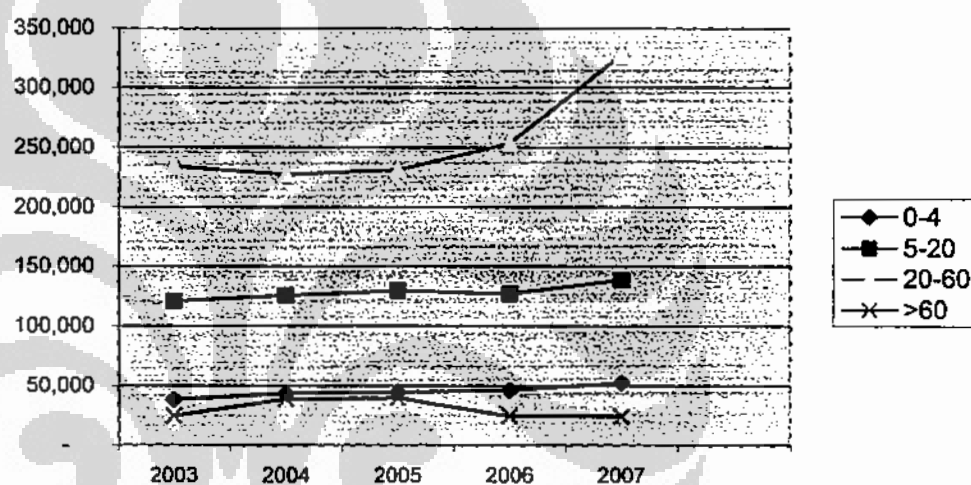
Tabel 5.3  
Jumlah Penduduk Kota Jambi Menurut Kelompok Umur  
Tahun 2003-2007

Umur	Jumlah (Orang)									
	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%
0-4	38,655	9.22	44,067	10.08	45100	10,1	46,494	10.3	48,503	10.3
5-19	121,253	28.92	126,125	28.85	130119	30.3	127,603	28.2	127,615	27.1
20-59	234,347	55.89	227,636	52.07	231358	53.6	253,639	56.0	269,355	57.2
60 Kecatas	25,012	5.97	39,362	9.00	24824	5.8	24,824	5.5	25,429	5.4
T o t a l	419,267	100	437,190	100	431401	100	452,560	100	470,902	100

Sumber BPS Kota Jambi Tahun 2007

Sementara itu kelompok 0-4 tahun, 6 – 20 tahun dan kelompok di atas 60 tahun cenderung tumbuh relatif stabil. Lebih jelas dapat dilihat pada gambar di bawah ini :

Gambar 5.3  
Grafik Jumlah Penduduk Kota Jambi Menurut Kelompok Umur  
Tahun 2003-2007



#### c. Usia harapan hidup penduduk Kota Jambi

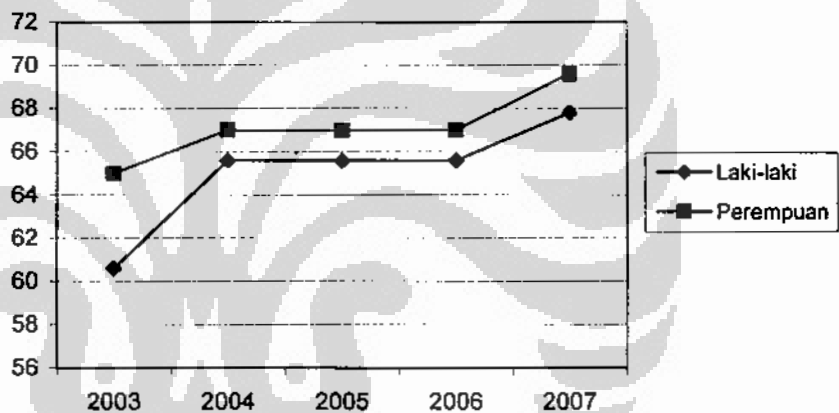
Usia harapan hidup penduduk Kota Jambi berdasarkan data tahun 2003-2007 terus mengalami peningkatan. Hal ini menggambarkan kondisi kesehatan penduduk Kota Jambi semakin baik. Usia harapan hidup perempuan rata-rata berkisar 69,6 tahun, lebih panjang jika dibandingkan usia harapan hidup laki-laki, yaitu 67,8 tahun. Seperti diperlihatkan oleh tabel dan gambar di bawah ini :

Tabel 5.4  
Rata-rata Usia Harapan Hidup Penduduk Kota Jambi  
Tahun 2003-2007

Jenis Kelamin	Ratarata Usia Harapan Hidup (Tahun)				
	2003	2004	2005	2006	2007
1. Laki-laki	60,6	65,6	65,6	65,6	67,8
2. Perempuan	65,0	67,0	67,0	67,0	69,6

Data: Laporan LKPJ Walikota Jambi 2002-2007

Gambar 5.4  
Grafik Rata-rata Usia Harapan Hidup Penduduk Kota Jambi  
Tahun 2003-2007



#### 5.4.2. Variabel ekonomi

##### a. PDRB Penduduk Kota Jambi

Berdasarkan data yang diperoleh dari BPS Kota Jambi, PDRB (Produk Domestik Regional Bruto atas dasar harga berlaku dari tahun ke tahun terus mengalami peningkatan. PDRB tahun 2006 telah mencapai Rp 4.851,6 Milyar dengan Minyak dan Gas (MIGAS) sedangkan tanpa minyak dan gas adalah sebesar Rp 4.523,9 Milyar.

Sementara itu PDRB Atas Dasar Harga konstan (ADHK tahun dasar 2000) nilai PDRB tahun 2006 dengan MIGAS sebesar Rp 2.665,4 Milyar sedangkan tanpa Minyak dan Gas sebesar Rp 2.494,7 Milyar.

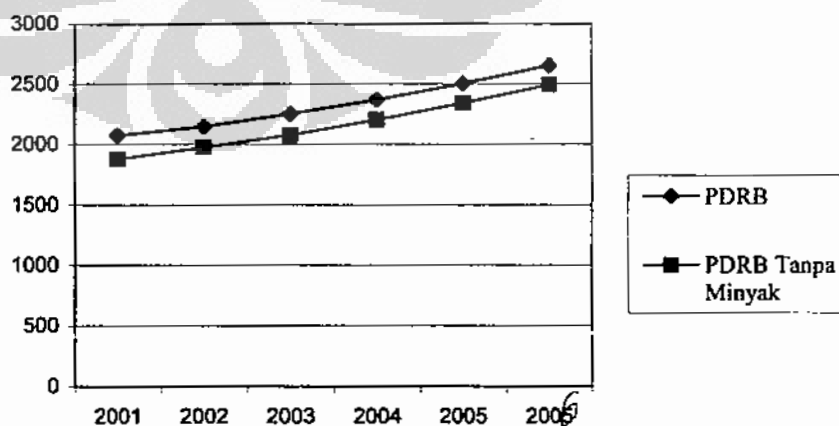
Peningkatan PDRB atas harga berlaku dan harga konstan tahun 2001 -2006 dapat dilihat pada tabel 5 dan gambar 6 di bawah ini :

Tabel 5.5  
PDRB Kota Jambi ADHK tahun 2000  
Tahun 2001-2006 (dalam 000)

Keterangan	Tahun					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1. PDRB	2307,7	2662,3	3145,3	3620,7	4250,2	4851,8
2. PDRB Tanpa Minyak	2058,4	2382,9	2859,6	3349,2	3935,1	4523,9
3. PDRB (ADHK 2000)	2075,0	2151,4	2255,7	2372,0	2506,9	2655,4
4. PDRB Tanpa Minyak	1880,5	1979,6	2080,7	2207,7	2345,7	2494,7

Sumber : LKPJ Walikota Jambi

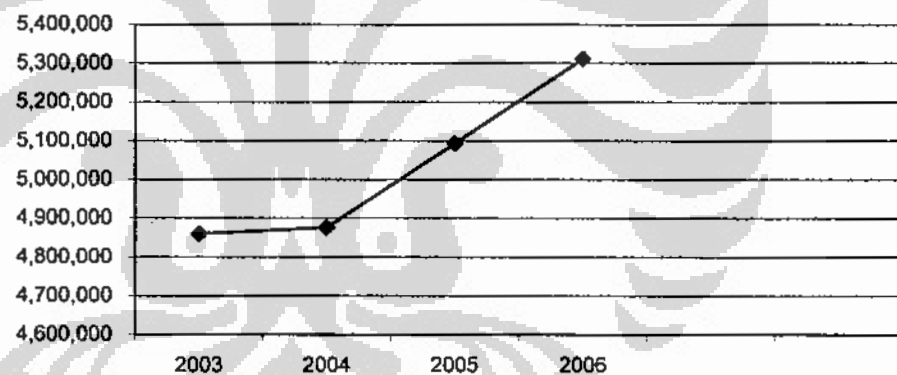
Gambar 5.5  
Grafik PDRB Kota Jambi ADHK tahun 2000  
Tahun 2001-2006



### b. PDRB Per Kapita Penduduk Kota Jambi

Untuk mengukur tingkat kesejahteraan penduduk Kota Jambi dapat dilihat dengan melalui PDRB per kapita. Selama kurun waktu 2003-2006 PDRB per kapita atas harga konstan memperlihatkan *trend* peningkatan. Pada tahun 2003 PDRB per kapita per tahun tercatat Rp 4,68 juta, menjadi Rp 5,31 juta per kapita per tahun pada tahun 2006 atau meningkat rata-rata 9,65% per tahun.

Gambar 5.6  
PDRB per Kapita penduduk Kota Jambi  
Tahun 2003-2006



Peningkatan PDRB dan PDRB per kapita atas dasar harga konstan ini merupakan indikator peningkatan kemakmuran ekonomi di Kota Jambi yang terjadi dari tahun ke tahun. Meningkatnya kemakmuran masyarakat Kota Jambi ini merupakan peluang bagi berkembangnya pelayanan kesehatan di Kota Jambi.

### c. Pengeluaran per Kapita Penduduk Kota Jambi

Selain itu berdasarkan Hasil Susenas 2006 yang peneliti dapat dari BPS Kota Jambi, jumlah penduduk menurut golongan pengeluaran perkapita sebulan yang terbanyak adalah pada angka Rp 300.000,- sampai Rp 499.000,- sebulan adalah sebanyak 176.208 jiwa, sedangkan jumlah penduduk dengan angka pengeluaran Rp 500.000,- sampai dengan Rp - 999.000,- adalah sebanyak 101.444 jiwa. Sedangkan dengan pengeluaran Rp 1 Juta atau lebih adalah 12.567 jiwa. Jumlah penduduk dengan pengeluaran perkapita sebulan kurang dari Rp 200.000,- berjumlah 53.259 jiwa. Seperti dapat kita lihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.6  
Penduduk Kota Jambi menurut Golongan Pengeluaran Per Kapita Sebulan

Pengeluaran per kapita sebulan	Jumlah
Kurang dari Rp 100.000	1,970
Rp 100.000 - 149.999	14,980
Rp 150.000 - 199.999	36,309
Rp 200.000- 299.000	114,748
Rp 300.000 - 499.000	176,208
Rp 500.000 - 749.999	79,319
Rp 750.000-999.999	22,125
Rp 1.000.000 dan lebih	12,567
Total	458,226

(Susenas 2007)

### 5.4.3. Variabel Sosial budaya

#### a. Jumlah Penduduk menurut tingkat pendidikan

Dari hasil Susenas 2007 yang datanya didapatkan dari BPS Kota Jambi terlihat bahwa penduduk dengan pendidikan SMP kebawah

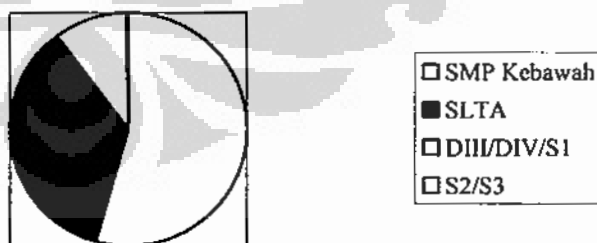
berjumlah 203.140 jiwa atau 54,54% dari jumlah penduduk yang didata. Sedangkan penduduk dengan tingkat pendidikan SLTA dan sederajat adalah sebanyak 130.806 jiwa atau 35,12% yang memiliki pendidikan Diploma III /Diploma IV /S1 keatas berjumlah 37.613 jiwa orang atau 10,10%, dan yang berpendidikan S2 dan S3 hanya 885 orang atau 0,24% dari jumlah penduduk Kota Jambi. Seperti dapat dilihat pada tabel dan gambar di bawah ini :

**Tabel 5.7**  
Banyaknya Penduduk Kota Jambi Berumur 10 tahun keatas  
Dan Ijazah Tertinggi Yang dimiliki

Ijazah Tertinggi yang dimiliki	Jumlah	%
1. SMP Umum/Kejuruan/MTs kebawah	203,140	54.54
2. SMK/MA/SMK/DI/DII	130,806	35.12
3. Diploma III/Sarjana Muda/DIV/S1	37,613	10.10
4. S2/S3	885	0.24
<b>Total</b>	<b>372,444</b>	<b>100.00</b>

(Susenas 2007)

**Gambar 5.7**  
Grafik Jumlah Penduduk Kota Jambi Menurut Tingkat Pendidikan  
Tahun 2007



**b. Jumlah penduduk menurut suku/etnis**

Kota Jambi memiliki penduduk yang berasal dari berbagai macam suku. Penduduk asli Kota Jambi merupakan suku bangsa Melayu yang berjumlah 27,9% dari seluruh jumlah penduduk. Selain



itu terdapat suku bangsa Jawa, Minangkabau, Thionghoa dan lain-lain seperti dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.8  
Proporsi penduduk Kota Jambi berdasarkan suku/etnis

No	Suku	Proporsi
1	Melayu Jambi	27,9%
2	Lain-lain (termasuk Tionghoa)	22,9%
3	Jawa	22,1%
4	Minangkabau	12,7%
5	Melayu	5,9%
6	Sunda	4,5%
7	Bugis	2%
8	Banjar	1%
9	Kerinci	0,9%

*Sensus Penduduk 2000*

c. Perilaku mencari pelayanan kesehatan (*Health seeking behavior*)

Belum ada laporan mengenai hubungan antara kebiasaan mencari pengobatan dengan cara modern dengan suku/etnis. Tetapi menurut penelitian yang dilakukan oleh Mufti, N, 2005 di Jambi menyebutkan bahwa masyarakat Kota Jambi dipandang dari sudut sosial dan budaya dapat dikelompokkan menjadi:

1. Kelas buruh, umumnya masyarakat asli daerah atau pendatang dari daerah lain
2. Kelas menengah atas, sebagian besar berasal dari masyarakat Tionghoa dan sebagian kecilnya masyarakat asli setempat dan pendatang pribumi.

Masyarakat kelas bawah pada umumnya memilih berobat ke Puskesmas atau RSUD milik pemerintah. Golongan menengah keatas di Rumah sakit swasta, bahkan mereka sampai berobat

ke luar negeri seperti Malaysia dan Singapura, karena secara budaya mereka masih merasa serumpun dan tidak asing dengan Malaysia dan Singapura, baik dari etnis Melayu maupun etnis Tionghoa. Dan umumnya mereka masih punya kerabat di Malaysia dan Singapura.

d. Budaya Gotong Royong

Penduduk Kota Jambi berasal dari beberapa macam suku budaya dan etnis, yang mana hal ini mempengaruhi perilaku masyarakat dalam menghadapi permasalahan, seperti adanya budaya gotong royong dalam membiayai pelayanan kesehatan di Jambi. Walaupun si penderita secara pribadi tidak mampu membiayai pelayanan kesehatannya, terutama pada pasien yang sakit parah dan dirawat di rumah sakit mereka didukung oleh keluarga besar atau warga desa tempat pasien berdomisili.

Seperti yang disampaikan oleh Fx Soeharto, Direktur RS St. Theresia Jambi dalam wawancara tidak terstruktur berikut ini :

*“ Kadang-kadang kita tidak dapat mengatakan bahwa pasien dengan tingkat sosial ekonomi rendah pasti akan kesulitan dalam membiayai pelayanan kesehatannya. Tidak jarang pasien kami berasal dari masyarakat golongan menengah kebawah juga dan pada umumnya mereka ditanggung oleh famili (ayah, ibu, paman, kakek dll)”*

e. Jaminan Pelayanan Kesehatan

Dari laporan manajemen PT Askes Indonesia Cabang Jambi tahun 2007 didapatkan data jumlah peserta Askes Sosial dan Askeskin yang terdaftar di Kota Jambi. Peserta Askes Sosial yaitu

peserta Askes yang berasal dari PNS, CPNS, Pensiunan PNS beserta anggota keluarganya, Pensiunan ABRI, Veteran, dan pejabat negara. Sedangkan peserta Askeskin merupakan peserta Askes yang dijamin pemeliharaan kesehatannya oleh pemerintah yang dikelola oleh PT Askes. Kepesertaan Askeskin ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Kota Jambi . Adapun hasilnya dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.9  
Kepesertaan Askes Sosial dan Askeskin di Kota Jambi  
Tahun 2005-2006

Uraian	Jumlah Peserta		
	2005	2006	2007
1. Askes Sosial	73,938	72,646	75,203
2. Askeskin	27,162	91,514	92,902

*Sumber: Lapmen PT Askes Cabang Jambi 2007*

Dari tabel di atas terlihat bahwa kepesertaan Askes sosial tidak mengalami peningkatan atau penurunan yang bermakna pada kurun waktu 2005-2007. Tetapi peserta Askeskin terjadi peningkatan yang sangat bermakna, yaitu lebih dari 300% dari tahun 2005 ke 2006, sedangkan dari tahun 2006 ke 2007 hanya meningkat 1,5 %.

Dari data yang BPS Kota Jambi yang diambil dari Susenas 2007 diketahui bahwa 35,2% penduduk kota Jambi memiliki jaminan kesehatan untuk rawat jalan dan rawat inap. Dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.10  
Penduduk Kota Jambi menurut ketersediaan  
Jaminan Kesehatan Untuk Rawat Jalan/Inap

Jaminan Kesehatan Untuk Rawat Jalan/Inap	Ya	Tidak	Jumlah
1. JPK PNS/Veteran/Pensiun	76,022	382,204	458,226
2. Tunjangan /Penggantian Kantor	25,688	432,538	458,226
3. JPK MM/Gakin	47,839	410,387	458,226
4. JPK Jamsostek	8,165	450,061	458,226
5. Asuransi kesehatan Swasta	3,297	454,929	458,226
6. Dana Sehat	354	457,872	458,226
7. JPKM/JPK lainnya	177	458,049	458,226

(Susenas 2007)

#### 5.4.4. Variabel kebijakan

- a. Undang-undang Republik Indonesia No 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

Dalam UU No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran diatur dalam BAB VII tentang Penyelenggaraan Praktik Kedokteran, bagian kesatu tentang Surat Izin Praktek. Dijelaskan pada pasal 36 diatur bahwa setiap dokter atau dokter gigi yang melakukan praktk kedokteran harus mempunyai izin praktik. Pada pasal 37 diungkapkan bahwa boleh membuka praktik paling banyak di tiga tempat.

Berikut ini adalah kutipan dari UU No. 29 tahun 2004 tersebut :

**Pasal 36**

Setiap dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia wajib memiliki surat izin praktik.

**Pasal 37**

1. Surat izin praktik sebagaimana dimaksud dalam pasal 36 dikeluarkan oleh pejabat kesehatan yang berwenang di kabupaten/kota tempat praktik kedokteran atau dokter gigi dilaksanakan.
2. Surat izin praktik dokter atau dokter gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya diberikan untuk paling banyak 3 (tiga) tempat.
3. Satu surat izin praktek hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat praktik.

**b. Pembiayaan kesehatan oleh Pemerintah Daerah Kota Jambi**

UU No 22 tahun 1999 mengatur pemerintah daerah dan No 25 tahun 1999 mengenai keseimbangan fiskal antara pemerintah pusat dan daerah merupakan dasar untuk menerapkan otonomi regional, termasuk kedalamnya otonomi di bidang kesehatan.

Mengutip Laporan Keterangan Pertanggungjawaban (LKPJ) Akhir Masa Jabatan Walikota Jambi tahun 2003-2008 disebutkan bahwa prioritas pembangunan daerah Kota Jambi adalah untuk mendorong peningkatan kualitas sumber daya manusia. Salah satu upaya yang dilakukan adalah mengupayakan peningkatan kualitas

kesehatan masyarakat yang berhasil guna dan berdaya guna, meliputi usaha promoti, preventif, kuratif dan rehabilitatif serta dukungan sarana dan prasarana.

Arah kebijakan ini dilaksanakan melalui berbagai macam program yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan dan instansi lain yang terkait, seperti : (1) Program pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana puskesmas, puskesmas pembantu dan jaringannya, (2) peningkatan dan perbaikan sarana puskesmas, puskesmas pembantu dan jaringannya, (3) Program pengembangan SIKDA, (4) Program Upaya Kesehatan Masyarakat, (5) Program Obat dan Perbekalan Kesehatan, (6) Program Pengembangan Lingkungan Sehat, (7) Program Pengawasan dan Pengendalian Makanan, (8) Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, (9) Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Anak dan Remaja (10) Program Peningkatan Keselamatan Ibu melahirkan dan Anak, (11) Program Perbaikan Gizi Masyarakat, (12) Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan, (13) Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular.

Besaran anggaran urusan kesehatan dari tahun 2003 sampai 2007 dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

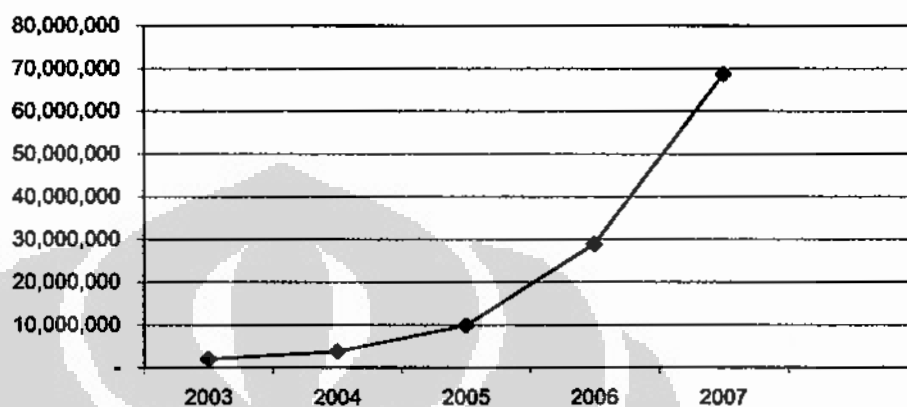
Tabel 5.11  
 Anggaran Urusan Kesehatan Kota Jambi  
 Tahun 2003-2007

No	SKPD/Program	Jumlah Dana (Dalam 000)				
		2003	2004	2005	2006	2007
1	Pada Dinas Kesehatan	2,007,650	3,798,463	9,883,128	15,915,105	698,433
2	Pada Dinas Pekerjaan Umum				13,000,000	000.000
		2,007,650	3,798,463	9,883,128	28,915,105	698,433

Sumber : LKPJ Walikota Jambi tahun 2008

Pembiayaan pelayanan kesehatan di Kota Jambi dari tahun 2003 sampai tahun 2007 telah meningkat dengan sangat bermakna. Pada tahun 2003 dana yang disediakan oleh Pemerintah Kota Jambi adalah Rp 2.007.650.000,-. Pada tahun 2004 jumlah dana meningkat 89% sehingga menjadi Rp 3.798.463,-. Tahun 2005 jumlah dana meningkat lebih dari 2 kali lipat atau Rp 9.883.128,-. Tahun 2008 total dana meningkat tajam menjadi Rp 28.915.105.000,-. Selain untuk melaksanakan program-program di bidang pelayanan, pada tahun 2006 dimulai pembangunan rumah sakit Kota Jambi dengan dana Rp 13 Milyar yang dilaksanakan oleh Dinas Pekerjaan Umum Kota Jambi. Selanjutnya pada tahun 2007 total dana untuk Dinas Kesehatan meningkat menjadi Rp 68.698.433.000,- dengan pengalokasian untuk melanjutkan pembangunan rumah sakit sebesar Rp 55 Milyar. *Trend* peningkatan anggaran urusan kesehatan tsb dapat dilihat pada grafik di bawah ini :

**Gambar 5.8.**  
**Anggaran Urusan Kesehatan**  
**Kota Jambi 2003-2007**



Bila total dana urusan kesehatan tersebut dikaitkan dengan jumlah penduduk, maka akan didapat gambaran biaya pelayanan kesehatan per jiwa per tahun seperti sebagaimana pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.12  
 Biaya Pelayanan Kesehatan Per Jiwa Penduduk Kota Jambi  
 Tahun 2003- 2007

Tahun	Dana Kesehatan (Rp 1.000,-)		Total (Rp 1000)	Penduduk	Dana / Jiwa (Rp 1000)
	Diluar RSU	Dengan RSU			
2003	2,007,650		2,007,650	419,267	4.788
2004	3,798,462.70		3,798,463	437,170	8.689
2005	9,883,128		9,883,128	446,872	22.116
2006	15,915,105	13,000,000	28,915,105	452,560	63.892 (35.167)
2007	13,698,433	55,000,000	68,698,433	470,902	145.887 29.090

Sumber : LKPJ Walikota Jambi tahun 2008



c. Undang-undang tentang desentralisasi dan otonomi daerah terhadap SDM

Undang-undang Nomor 22 tahun 1999 juga menyebutkan masalah kepegawaian yakni bahwa daerah mempunyai kewenangan untuk pengangkatan, pemindahan, penetapan pensiun, penggajian, tunjangan dan kesejahteraan SDM serta pendidikan dan pelatihan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan daerah yang operasionalnya ditetapkan dengan peraturan daerah berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Ada beberapa peraturan pemerintah di bidang kepegawaian yang pada hakekatnya memberikan kewenangan lebih besar kepada daerah dalam hal pengembangan SDM; misalnya PP. No 97 Tahun 2000 yang menyebutkan bahwa daerah berhak menyusun formasi PNS Daerah untuk masing-masing satuan organisasi dengan ketetapan kepala daerah. Formasi tersebut disusun oleh masing-masing satuan organisasi berdasarkan kebutuhan dan penyediaan SDM sesuai dengan formasi jabatan yang ada.

Dalam pemenuhan SDM untuk RSUD H. Abdul Manap ini, pemerintah Kota Jambi masih menunggu formasi dari Pusat. Kenyataan ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Informan No 1 sebagai berikut :

*“Untuk memenuhi SDM Rumah Sakit kita akan meminta formasi dari Menpan, karena untuk mengangkat pegawai sendiri tentu akan sangat memberatkan anggaran kita, apalagi untuk RS ini diperlukan SDM dalam jumlah yang cukup besar”*

Lebih lanjut mengenai jumlah dan kecukupan sumber daya manusia yang akan ditugaskan di RSUD H. Abdul Manap pemerintah mengambil beberapa alternatif yaitu akan merekrut tenaga PTT dan Tenaga Kontrak, seperti yang disampaikan oleh Informan No 3 berikut :

*“Kita akan usahakan semaksimal mungkin formasi dari Menpan, kalau bisa pengangkatan khusus. Tapi kalau seandainya formasi tersebut tidak cukup kita terpaksa mengangkat pegawai kontrak daerah. Hal ini tentu dengan persetujuan terlebih dahulu dari DPRD”.*

Informan lain yang merupakan anggota legislatif menyatakan bahwa Dewan akan mendukung kebijakan yang dibuat dan dilaksanakan pemerintah sepanjang kebijakan tersebut adalah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat, seperti yang diungkapkan berikut :

*“Kami akan mendukung kebijakan-kebijakan yang bertujuan untuk meningkatkan pelayanan RS ini, tapi tentu yang sesuai dan bertujuan untuk kepentingan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik dan bermutu.... Situasi perekonomian yang kurang baik saat ini akan lebih mempersulit masyarakat miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, dan itu merupakan kewajiban pemerintah untuk menyediakannya”.*

## **5.5. Situasi Pelayanan Kesehatan di Kota Jambi**

### **5.5.1. Dinas Kesehatan Kota Jambi**

#### **5.5.1.1. Sarana Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama**

Di Kota Jambi terdapat 20 Puskesmas, 3 diantaranya merupakan Puskesmas dengan tempat tidur (memiliki fasilitas rawat

inap) yang tersebar di seluruh Kecamatan. Disamping itu terdapat 37 Puskesmas Pembantu serta 37 buah Puskesmas Keliling.

Di Puskemas tempat tidur bertugas 3-4 orang dokter umum, dan 2 orang dokter gigi. Sedangkan Puskesmas non tempat tidur bertugas 2 orang dokter umum dan 1 -2 orang dokter gigi. Selain itu ada 3 orang dokter spesialis yang bekerja dan memberikan pelayanan rujukan bagi pasien di Puskesmas, yaitu dokter spesialis Kebidanan, dokter spesialis anak dan dokter spesialis mata. Ketiga orang dokter spesialis tersebut saat ini berpraktek di lima Puskesmas yang mempunyai kunjungan poliklinik terbanyak, yaitu Puskesmas Simpang IV Sipin, Puskesmas Putri Ayu, Puskesmas Simpang Kawat, Puskesmas Rawasari dan Puskesmas Pakuan Baru sampai nanti RSUD H. Abdul Manap mulai beroperasi.

#### **5.5.1. 2. Sumber Daya Manusia Di Dinas Kesehatan**

Jumlah pegawai di Dinas Kesehatan Kota Jambi adalah sebanyak 923 orang yang berasal dari strata pendidikan terendah sekolah dasar sampai strata II ,

Pendidikan pegawai terbanyak adalah setingkat SLTA, yaitu sebanyak 604 orang atau 65,43%. Pendidikan terbanyak kedua adalah Diploma III sebanyak 165 orang atau 17,87%. Sedangkan pegawai dengan jenjang pendidikan Strata I adalah 111 orang atau 12 %. Sedangkan dengan pendidikan Strata II adalah 6 orang atau 0,65 % saja, yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.13  
Sumber Daya Aparatur Dinas Kesehatan Kota Jambi  
Menurut tingkat pendidikan Tahun 2006

Uraian	Tingkat Pendidikan						Jumlah
	S2	S1	D3	SLTA	SLTP	SD	
1. Dinas Kesehatan							
Struktural							
-Kepala Dinas		1					1
-Ka Tata Usaha		1					1
-Kepala Sub Dinas	2	3					5
-Kepala Seksi	3	5	4	11			23
-Kepala Gudang Farmasi		1					1
Non Struktural							
Struktura/Staf		16	16	46	2		80
Honor Daerah		1		2	3		6
2. Pegawai Puskesmas							
Struktural							
Kepala Puskesmas	1	19					20
Non Struktural							
Staf		41	122	479	13	6	661
PTT		23	23	63	-		109
Honoror				3	10	3	16
Jumlah	6	111	165	604	28	9	923

Sumber : Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kota Jambi Tahun 2007

Secara kualitas, SDM di Dinas Kesehatan belum memadai, karena 65,43% SDMnya berpendidikan SLTA, dan masih ada Kepala Seksi yang berpendidikan D3. Tetapi ditinjau dari jumlah pegawai di Dinas Kesehatan, khususnya di Puskesmas sudah melebihi. Oleh Kepala Dinas Kesehatan tenaga PTT (dokter dan Bidan) dan tenaga honoror tersebut diusulkan menjadi pegawai RSUD H. Abdul Manap, seperti yang disampaikan di bawah ini :

*“Kita di Puskesmas kekurangan tenaga Administrasi, tetapi kelebihan bidan. Untuk pegawai rumah sakit, sebagian dari bidan ini akan kita usulkan untuk dipindahkan ke RS, tetapi tentu kalau mereka memenuhi syarat yang ditentukan oleh RS tentang pendidikan dan kompetensi”.*

Sejak tahun 2004 dengan bantuan dana dari HWS (Health Workforce adan Services) Dinas Kesehatan Kota Jambi banyak mengirimkan pegawainya untuk melanjutkan pendidikan mulai dari program Diploma III, Strata I, Strata II. Jumlah pegawai Dinas Kesehatan yang mengikuti program Pasca Sarjana sejak tahun 2004 adalah duapuluh lima orang, Program Pendidikan Dokter Spesialis Berbasis Kompetensi (PDSBK) sebanyak tiga orang. Program Strata 1 berjumlah sepuluh orang dan Diploma III sebanyak 3 orang. Lebih jelas dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.14  
Pegawai Dinas Kesehatan Kota Jambi yang melanjutkan Pendidikan Formal  
Tahun 2004 s/d 2006

Jenjang Pendidikan	Jalur Umum Tahun			Dana HWS Tahun			Jumlah Yang ikut Pendidikan	%
	04/05	05/06	06/7	04/05	05/06	06/7		
1. Program Pasca Sarjana	1	0	1	11	12	0	25	2.7
2. PDSBK	0	0	0	3	3	0	6	0.7
3. Dokter spesialis	2	0	0	0	2	0	4	0.4
4. Program S1	1	4	4	0	1	0	10	1.1
5. Diploma III	4	2	3	6	10	0	25	2.7
	8	6	8	20	28	0	70	7.6

Sumber : Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kota Jambi Tahun 2007

### 5.5.2. Pelayanan Kesehatan Lanjutan di Kota Jambi

Pada saat ini di Kota Jambi terdapat 7 (tujuh) rumah sakit, satu diantaranya adalah rumah sakit jiwa. Tahun 2003, di Kota Jambi jumlah rumah sakit adalah enam buah, bertambah 1(satu) buah pada tahun 2004, yaitu RS Asia Medika, 4 (empat) diantara RS tersebut milik pemerintah dan 3 (tiga) lagi milik swasta atau yayasan.

- a. Nama Rumah Sakit, Kepemilikan, Kelas Rumah Sakit dan Jumlah Tempat Tidur di Kota Jambi Tahun 2007.

RSUD Raden Mattaher dan RS Jiwa merupakan Rumah sakit milik pemerintah Propinsi Jambi, keduanya merupakan Rumah sakit Kelas B. Sedangkan RS Bratanata merupakan RS TNI Tingkat IV, demikian juga dengan RS Bhayangkara merupakan milik POLRI dengan kelas Tingkat IV. Rumah Sakit St Theresia dan Rumah Sakit Budigraha dimiliki oleh yayasan dan Rumah Sakit Asia Medika dimiliki oleh swasta.

Tabel 5.15  
Nama Rumah Sakit, Kepemilikan, Kelas/Type dan Jumlah Tempat Tidur yang ada di Kota Jambi tahun 2007

Nama RS	Kepemilikan	Kelas /Type	Jumlah TT
1. RSUD Rd Mathaher	Pemda Prop Jambi	B Non Pendidikan	307
2. RS Bratanata	TNI AD	Tingkat IV	160
3. RS Bayangkara	POLRI	Tingkat IV	38
4. RS St. Theresia	Swasta/Yayasan	C/Madya	100
5. RS Budhi Graha	Swasta/Yayasan	C/Pratama	36
6. RS Asia Medika	Swasta/PT	C/Pratama	64
7. RS Jiwa Jambi	Pemda Prop Jambi	B Non Pendidikan	150
8. RS Mayang M.C	Swasta	C/Pratama	40

- b. Indikator Pelayanan RS di kota Jambi tahun 2003-2007

Indikator kinerja seluruh rumah sakit yang ada di Kota Jambi dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.16  
Rumah Sakit di Kota Jambi berdasarkan Indikator Pelayanan Kesehatan  
di Rumah Sakit Umum Tahun 2005

Nama RS	TT	Kunj Rajal	Kunj Ranap	Indikator Penilaian					
				BOR	LOS	BTO	TOI	GDR	NDR
1. RSUD Raden Mathaher	306	129,761	16,873	73,47	3,89	54,81	1,76	4,63	2,44
2. RS Bayangkara	38	4,902	747	24,77	3,15	34,38	10,13	1,6	0
3. RS St. Theresia	132	41,618	7,699	74,24	3,61	76,99	1,22	1,48	0,71
4. RS Budhi Graha	36	3,326	541	27,07	5,9	14,19	8,75	1,79	1,19
6. RS Asia Medika	64	18,897	5,080	60,23	5,7	65,43	3,4	1,98	1,15

Kunjungan rawat jalan maupun kunjungan rawat inap di lima rumah sakit di Kota Jambi mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, kecuali di RS Budhi Graha. Pada ke 4 rumah sakit Dari tahun 2005 ke tahun 2006, terjadi peningkatan kunjungan rawat jalan sebanyak 7.075 kunjungan rawat jalan atau kenaikan sebesar 3,62%. Sedangkan dari tahun 2006 ke tahun 2007 terjadi peningkatan kunjungan rawat jalan sebesar 26.344 atau kenaikan 11, 02%.

Tabel 5.17  
Rumah Sakit di Kota Jambi berdasarkan Indikator Pelayanan Kesehatan  
di Rumah Sakit Umum Tahun 2006

Nama RS	TT	Kunj Rajal	Kunj Ranap	Indikator Penilaian					
				BOR	LOS	BTO	TOI	GDR	NDR
1. RSUD Raden Mathaher	306	129,624	18,036	80,32	4,03	59,11	1,21	4,75	2,39
2. RS Bayangkara	38	5,062	847	25,7	6,5	32,56	14,34	1,9	0
3. RS St. Theresia	132	45,498	8,764	78,35	3,36	87,64	0,90	1,28	0,57
4. RS Budhi Graha	36	2,713	579	29,36	16,19	22,25	19,91	2,32	2,14
5. RS Asia Medika	64	22,059	6,217	61,05	4,5	61,56	2,08	2,25	1,08

*Bed Occupancy Rate* (BOR) di RSUD Raden Mattaher tahun 2005 mencapai 73,47%, pada tahun 2006 meningkat menjadi 80,32% dan pada tahun 2007 BOR meningkat lagi menjadi 89,63%. Demikian juga di

rumah sakit swasta, BOR di RS St Theresia pada tahun 2005 adalah 72,24%, pada tahun 2006 meningkat menjadi 78,35% dan pada tahun 2007 meningkat menjadi 80,12 %. Demikian juga dengan RS Asia Medika, BOR pada tahun 2005 adalah 60,23% pada tahun 2006 adalah 61,05% dan pada tahun 2007 menjadi 60,67%. Kunjungan rawat inap di Kota Jambi tahun 2005 adalah 30.940, pada tahun 2006 naik sebanyak 3498 atau 11,3%. Sedangkan pada tahun 2007 naik lagi 2173 kunjungan atau 6,3% dibandingkan tahun 2006. Kenaikan rata-rata kunjungan rawat inap di Kota Jambi tahun selama kurun waktu 2005-2007 adalah 8,8%.

Tabel 5.18  
Rumah Sakit di Kota Jambi berdasarkan Indikator Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Tahun 2007

Nama RS	TT	Kunj		Indikator Penilaian			
		RajaJ	Ranap	BOR	LOS	BTO	NDR
1. RSUD Raden Mathaher	306	147.451	19.094	89,63	4,4	58,89	3,01
2. RS Bayangkara	38	5.162	947	71,6	11	34,38	,0
3. RS St. Theresia	132	49.608	9.340	80,12	3,26	92,8	0,67
4. RS Budhi Graha	36	2.842	845	33,04	4,16	23,36	1,33
5. RS Asia Medika	64	26.376	6.385	62,6	3,4	60,67	2,4

Pejabat sementara Direktur RSUD H. Abdul Manap menyatakan bahwa beberapa rumah sakit di Kota Jambi sering menolak pasien rawat inap karena tidak ada lagi tempat tidur, yaitu RSUD Raden Mattaher, RS St. Theresia, RS Bratanata dan RS Asia Medika. Hal ini dibuktikan dengan tingginya BOR ke empat rumah sakit tersebut. Sedangkan dua rumah sakit lainnya kurang diminati masyarakat, disebabkan oleh karena kurangnya fasilitas sarana dan prasarana pelayanan kesehatan di kedua RS tersebut.



### 5.5.3. 10 Penyakit terbanyak di Kota Jambi

10 Penyakit terbanyak di Kota Jambi merupakan laporan penyakit terbanyak di 20 Puskesmas Kota Jambi. Pada tahun 2003 penyakit terbanyak adalah infeksi saluran pernafasan atas, demikian juga pada tahun 2004. Pada tahun 2005 penyakit terbanyak adalah ginggivitis dan periodontal yang disusul dengan infeksi saluran nafas atas. Pada tahun 2006 penyakit terbanyak adalah penyakit kulit dan alergi, sedangkan tahun 2007 penyakit terbanyak adalah infeksi saluran nafas atas.

Kota Jambi merupakan daerah rawa-rawa, dan merupakan daerah endemis malaria dan demam berdarah. Sedangkan penyakit-penyakit infeksi menular lainnya juga menjadi masalah kesehatan di Kota Jambi, seperti TBC paru, Infeksi Saluran Pernafasan Atas, penyakit kulit dan lain-lain (Laporan Dinas Kesehatan Kota Jambi, 2007).

Tabel di bawah ini memperlihatkan 10 Penyakit terbanyak pasien yang berkunjung ke puskesmas di Kota Jambi :

Tabel 5. 19  
10 Penyakit Terbanyak di Kota Jambi  
Tahun 2003 s/d/ 2007

Jenis Penyakit	Tahun									
	2003		2004		2005		2006		2007	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1. ISPA	108,926	38.6	122,807	31	108,292	20.4	99,332	32.8	108,118	37.7
2. Peny Lain Saluran Pernafasan Atas	36,146	12.8	50,319	12.7	51,458	9.7	56,780	15.0	41,153	14.4
3. Peny Sistem Otot dan Jaringan Pengikat	26,635	9.4	25,424	6.4	26,545	5.0	24,920	8.1	22,673	7.9
4. Penyakit Kulit Infeksi	24,855	8.8	24,027	6.1	24,941	4.7	20,184	7.6	18,484	6.4
5. Penyakit Kulit Alergi	17,421	6.2	21,514	5.4	23,171	4.4	20,940	7.8	19,540	6.8
6. Penyakit Pulpa dan Jaringan Periapikal	15,096	5.4	21,075	5.3	20,847	3.9	19,084	6.3	17,267	6.0
7. Gingivitis dan periodontal	19,519	6.9	20,378	5.2	36,460	44.6	25,164	11.0	21,281	7.4
8. Penyakit Darah Tinggi	13,950	5.0	15,803	4.0	15,491	2.9	15,748	4.7	18,151	6.3
9. Diare	11,166	4.0	13,438	3.4	13,145	2.5	12,704	4.0	11,548	4.0
10. Gangguan gigi dan jar penyangga	8,322	3.0	8,126	2.0	9,550	1.8	8,456	2.9	8,657	3.0

Sumber Laporan Tahunan Dinas Kota Jambi 2008

10 penyakit terbanyak di RSUD Raden Mattaher Jambi dapat dilihat dari tabel di bawah ini :

Tabel 5. 20  
10 Penyakit Terbanyak Rawat Jalan di RSUD Raden Mathaher  
Tahun 2005-2007

No	Nama Penyakit	Banyaknya
1	Penyakit Jantung lainnya	13,523
2	ISPA Lainnya	12,008
3	Penyakit Hipertensi lainnya	11,016
4	Gastritis lainnya	7,922
5	TBC Paru (+) lainnya	6,592
6	Bronhkitis Akut lainnya	5,957
7	Penyakit kulit lainnya	5,586
8	Diabetes mellitus lainnya	4,350
9	Otitis Media dan Gangguan MaStoid	2,844
10	Migrain dan Sindrom nyeri kepala lainnya	1,537

Sumber : Profil RSUD Rd Mattaher Tahun 2008

Penyakit yang paling banyak diderita oleh pasien rawat jalan rumah sakit itu dari tahun 2005 sampai dengan tahun 2007 adalah penyakit

jantung lainnya, pada urutan kedua adalah penyakit ISPA lainnya, penyakit hipertensi lainnya, gastritis lainnya, TBC Paru (+) lainnya, bronkitis akut lainnya, penyakit kulit lainnya, diabetes mellitus lainnya, otitis media dan gangguan mastoid terakhir migrain dan sindrom nyeri kepala lainnya.

Sedangkan untuk pelayanan rawat inap, penyakit yang sering diderita pasien rawat inap adalah malaria, diare, TB Paru lainnya, gastritis, penyakit jantung lainnya, diabetes mellitus, hipertensi lainnya, asma, anemia lainnya, dan demam berdarah dengue. Secara lebih rinci dapat kita lihat pada tabel dan gambar di bawah ini :

Tabel 5.21  
10 Penyakit Terbanyak Rawat Inap diRSUD Raden Mathaher Jambi  
Tahun 2005-2007

No	Nama Penyakit	Banyaknya
1	Malaria	1,265
2	Diare	1,089
3	TB Paru Lainnya	672
4	Gastritis	621
5	Penyakit Jantung Lainnya	524
6	Diabetes Melitus	370
7	Hipertensi Lainnya	256
8	Asma	234
9	Anemia lainnya	171
10	Demam berdarah Dengue	152

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Rd Mattaher Tahun 2008

#### 5.5.4. Kompetitor RSUD H. Abdul Manap

Berdasarkan masukan dari para anggota CDMG, walaupun RSUD. H. Abdul Manap merupakan rumah sakit pemerintah, sesuai dengan visi menjadi rumah sakit bertaraf internasional dan tujuan jangka panjang menjadi rumah sakit yang mandiri, maka semua sepakat

bahwa RSUD. H. Abdul Manap harus memberikan pelayanan yang terbaik, melengkapi SDM, fasilitas dan peralatan sehingga mempunyai daya saing, baik terhadap rumah sakit pemerintah maupun rumah sakit swasta di dalam dan di luar Kota Jambi. Sehingga dengan demikian perlu dibuat *competitor profile matrix* RSUD H. Abdul Manap. Semua peserta CDMG sepakat bahwa yang dibandingkan adalah RSUD Rd. Mattaher dan RS St. Theresia. Karena dianggap kedua rumah sakit itu merupakan rumah sakit yang paling lengkap fasilitas sarana, prasarana, dan SDMnya dan juga paling banyak kunjungannya di Kota Jambi.

Adapun *Critical Success Factor* yang disepakati adalah :

1. Gedung bagus dan bersih
2. Tarif
3. Fasilitas Pelayanan .
4. Kualitas dan kuantitas Tenaga Medis dan paramedis
5. Mutu Pelayanan
6. Aksesibilitas pasien ke Rumah Sakit
7. Dukungan pemerintah

Bobot yang ditetapkan untuk variabel-variabel di atas adalah sama, kecuali untuk tarif dan mutu pelayanan. Karena menurut pendapat anggota CDMG, faktor yang paling menentukan dalam memutuskan dimana pelayanan akan dilaksanakan adalah tarif dan mutu pelayanan.

Adapun hasilnya dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.22  
*Competitive Profile Matrix* Antara RSUD H. Abdul Manap,  
 RS RD Mattaher dan RS St. Theresia

<i>Critical Success Factor</i>	RSUD Abdul Manap			RSUD Rd Mattaher			RS St Theresia		
	BOBOT	AS	SCORE	BOBOT	AS	SCORE	BOBOT	AS	SCORE
1. Gedung Bagus dan bersih	0.1	3	0.3	0.1	2	0.2	0.1	3	0.3
2. Tarif terjangkau	0.3	4	1.2	0.3	4	1.2	0.3	1	0.3
3. Tenaga Medis/paramedis	0.1	1	0.1	0.1	3	0.3	0.1	2	0.2
4. Fasilitas Pelayanan medis	0.1	2	0.2	0.1	3	0.3	0.1	3	0.3
5. Dukungan pemerintah	0.1	2	0.2	0.1	1	0.1	0.1	1	0.1
6. Mutu Pelayanan	0.2	2	0.4	0.2	2	0.4	0.2	4	0.8
7. Aksesibilitas	0.1	2	0.2	0.1	2	0.2	0.1	2	0.2
Total	1		2.6	1		2.7	1		2.2

Hasil perhitungan matriks di atas RSUD Raden Mattaher adalah 2,7 ; RSUD H. Abdul Manap 2,6 dan RS St Theresia 2,2.

#### 5.5.5. Kegiatan Pelayanan di RSUD Raden Mattaher dan RS St. Theresia tahun 2005-2007

Data kedua Rumah sakit tersebut yang diperoleh dari Laporan tahunan RSUD Raden Mattaher 2005-2008 dan Laporan Kegiatan Rumah Sakit St Theresia tahun 2005-2007.

##### 5.5.5.1. Visi dan Misi RSUD Rd Mattaher dan RS St. Theresia

###### a. Visi dan Misi RSUD Rd Mattaher

Visi : Pelayanan Prima kepada Pelanggan dan Kepuasan Bekerja bagi Karyawan Rumah Sakit.

Misi : Mandiri dalam pengelolaan manajemen dan Profesional dalam pelayanan.

Pelayanan *Emergency* terbaik di Lintas Timur Sumatera pada tahun 2007

Terlihat dari misi target waktu misi di atas bahwa visi dan misi RSUD Rd Mattaheer perlu diperbaharui. Menurut informasi yang diperoleh Visi dan Misi baru sedang dirancang pada saat ini, sejalan dengan persiapan akreditasi Rumah sakit tersebut.

b. Visi dan Misi RS St .Theresia

Visi : Menjadi rumah sakit terbaik dalam pelayanan, citra, hasil serta mewujudkannya dengan semangat cinta kasih terhadap sesama melalui SDM yang berkualitas

Misi : Mengaktualisasikan kasih Allah dalam pelayanan kesehatan dengan memberikan pelayanan bermutu tinggi kepada setiap pasien dan keluarganya

Falsafah:

1. Dengan dilandasi kasih terhadap sesama sebagai makhluk ciptan Tuhan dan sesuai dengan kebijakan pemerintah Republik Indonesia dalam pelayanan kesehatan Rumah sakit St .Theresia
2. Melayani siapa saja yang datang ke Rumah sakit, yang ingin memperoleh peningkatan derajat kesehatannya sesuai dengan kemampuan Rumah sakit St. Theresia
3. Pelayanan mencakup semua lapisan masyarakat, baik pasien maupun keluarganya terutama mereka yg lemah dan kurang diperhatikan

Moto : Pelayanan dalam kasih .

### 5.5.5.2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana RSUD Rd Mattaher dan RS St Theresia

#### a. Sumber daya sarana dan prasarana

Fasilitas pelayanan di RSUD Rd Mattaher dengan di RS St Theresia

dapat dilihat dari tabel di bawah ini :

Tabel 5.23  
Keadaan Sarana Pelayanan Kesehatan  
RSUD Raden Mattaher dan RS St. Theresia Tahun 2007

Uraian	Jumlah Tempat Tidur, Tarif kamar, dan Jasadokter	
	RSUD Rd Mattaher	RS ST Theresia
1. Luas Tanah	49.581 meter persegi	1.638 meter persegi
2. Luas Bangunan	12.282 meter persegi	3.446,20 meter persegi
3. Lokasi	Di pusat Pemerintahan, cukup strategis	Dipusat Kota, sangat strategis
4. Rawat Jalan	18 poliklinik	13 poliklinik
5. Rawat Inap	Total : 307 bed	Total : 100 bed
a. Kelas Utama	2 bed	2 bed
b. Kelas VIP	77 bed,	9 bed
c. Kelas I	68 bed,	12 bed
d. Kelas II	41 bed,	32 bed
d. Kelas III	119 bed,	45 bed
e. ICU/ICCU	6 bed,	3 bed
6. Laboratorium	Pemeriksaan cukup lengkap	Pemeriksaan cukup lengkap
7. Radiologi	Pemeriksaan cukup lengkap	Pemeriksaan cukup lengkap
8. Hemodilisa	Ada	Tidak ada
9. Endoskopi	Ada	Ada
10. CT Scann	Ada	Tidak ada
11. Treadmill/Medical Check up	Ada	Ada

#### b. Tarif pelayanan

Tarif pelayanan RSUD Rd Mattaher, dibuat berdasarkan Peraturan Daerah Pemerintah Propinsi No :10 tahun 2001 tentang

Biaya Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Raden Mattaher. Di dalam salah satu pasal Perda tersebut dikatakan bahwa dalam menentukan besarnya biaya pelayanan didasarkan atas perhitungan satuan biaya dengan mempertimbangkan kemampuan dan keadaan sosial masyarakat. Sedangkan pelayanan di ruang rawat inap kelas 2 dan 3 mendapat subsidi silang dari kelas I, VIP dan Kelas Utama.

Tarif RSUD St Theresia dibuat berdasarkan *unit cost* pelayanan ditambah dengan faktor-faktor lain dengan persetujuan Yayasan. Tarif yang berlaku saat ini adalah tarif yang dibuat tahun 2007.

Tarif pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, radiologi, tindakan kecil, tindakan sedang dll tidak disebutkan karena sangat bervariasi tergantung kepada alat dan bahan yang dipakai, yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.24  
Tarif pelayanan kesehatan di RSUD Rd Mattaher Jambi tahun  
Berdasarkan Perda No 10 tahun 2001

Uraian	Rupiah
<b>a. Instalasi Gawat Darurat</b>	
- Dengan rujukan	
1. Karcis	1,000
2. Jasa Dokter	Gratis
- Tanpa rujukan	
1. Karcis	1,000
2. Jasa Dokter	7,000
<b>b. Rawat Jalan</b>	
- Dengan rujukan	
1. Karcis	1,000
2. Jasa Dokter Umum	Gratis
3. Jasa Dokter spesialis	Gratis



Uraian	Rupiah
- Dengan rujukan	
1. Karcis	1,000
2. Jasa Dokter Umum	5,000
3. Jasa Dokter spesialis	12,000
d. Rawat Inap Kelas III	
- Akomodasi per malam	6,000
- Visite dokter per hari	3,000
- Askep per hari	1,000
- Administrasi selama perawatan	1,000
e. Rawat Inap Kelas II	
- Akomodasi per malam	15,000
- Visite dokter per hari	5,000
- Askep per hari	2,500
- Administrasi selama perawatan	5,000
f. Rawat Inap Kelas I	
- Akomodasi per malam	35,000
- Visite dokter spesialis per hari	25,000
- Visite dokter umum/gigi per hari	10,000
- Askep per hari	10,000
- Administrasi selama perawatan	10,000
g. Rawat Inap Kelas VIP	
- Akomodasi per malam	170,000
- Visite dokter spesialis per hari	35,000
- Visite dokter umum/gigi per hari	20,000
- Askep per hari	20,000
- Administrasi selama perawatan	20,000
h. Rawat Inap Kelas Utama	
- Akomodasi per malam	140,000
- Visite dokter spesialis per hari	40,000
- Visite dokter umum/gigi per hari	25,000
- Askep per hari	25,000
- Administrasi selama perawatan	25,000
i. Ruang isolasi/RR : Sesuai kamar kelas II	
- Tarif kamar dan jasa dokter 150% dari harga kamar asal	
j. ICU	Sesuai kamar

Sumber : Tarif RSUD Rd Matather 2001

Informasi yang didapat oleh direktur RSUD Raden Mattaher diketahui bahwa saat ini tarif baru pelayanan di Rumah sakit tersebut sedang dalam proses pengesahan DPRD propinsi.

Tarif pelayanan di RS St.Theresia dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.25  
Tarif pelayanan kesehatan di RS St Theresia Jambi tahun 2007

Uraian	Rupiah
a. Instalasi Gawat Darurat	
1. Jasa Konsultasi Dokter sebelum jam 21.00	60,000
2. Jasa Konsultasi Dokter sebelum jam 21.00 - 5.00 pagi	65,000
3. Konsultasi dokter spesialis	70,000
b. Poliklinik Umum	
- pagi	30,000
- sore	40,000
c. Poliklinik dokter spesialis	
- pagi	50,000
- sore	60,000
d. Rawat Inap Kelas III	
- Visite dokter spesialis	45,000
- Visite dokter umum	30,000
e. Rawat Inap Kelas II	
- Akomodasi per malam	210,000
- Visite dokter spesialis	60,000
- Visite dokter umum	40,000
f. Rawat Inap Kelas I	
- Akomodasi per malam	350,000
- Visite dokter spesialis	80,000
- Visite dokter umum	50,000
g. Rawat Inap Kelas VIP	
- Akomodasi per malam	450,000
- Visite dokter spesialis	90,000
- Visite dokter umum	60,000
h. Rawat Inap Kelas Utama	
- Akomodasi per malam	700,000
- Visite dokter spesialis	90,000
- Visite dokter umum	60,000

Uraian	Rupiah
i. Ruang isolasi - Tarif kamar dan jasa dokter 150% dari harga kamar asal	
j. ICU Visit Dokter sesuai dengan kamar asal	350,000

*Dikutip dari : Daftar Tarif RS St Theresia Jambi 2007*

### 5.5.5.3. Sumber Daya Manusia RSUD Rd Mattaher dan RS St Theresia

Jumlah sumber daya manusia RSUD Raden Mattaher pada tahun 2007 adalah 843 orang, yang terdiri 120 orang tenaga medis, 361 orang tenaga paramedis keperawatan dan 126 paramedis non keperawatan. Pada laporan tahunan RSUD Raden Mattaher tidak dicantumkan tingkat pendidikan SDMnya. Sedangkan jumlah SDM di RS St. Theresia berjumlah 336 orang, yang terdiri dari 17 orang tenaga medis, 147 orang tenaga paramedis keperawatan dan 43 orang tenaga paramedis non keperawatan dan 148 orang tenaga non medis. Lebih kurang 70% SDM di RS ST Theresia adalah memiliki jenjang pendidikan D3 keatas, sedangkan data jenjang pendidikan SDM di RSUD Rd Mattaher tidak dicantumkan.

Hal ini dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.26  
Keadaan SDM Kesehatan  
RSUD Raden Mattaher dan RS St. Theresia Tahun 2007

Uraian	RSUD Rd Mattaher	RSST Theresia
<b>Medis</b>		
1. Dokter Umum	75	11
2. Dokter Spesialis	40	5
3. Dokter Gigi	5	1
<b>Paramedis Keperawatan</b>	361	
1. S1 Keperawatan		1
2. Akper		103
3. Akbid		9
4. Bidan		10
5. SPK		14
<b>Paramedis Non Keperawatan.</b>		
1. Apoteker	5	2
2. D3 Gizi		1
3. D3 Rekam Medis		2
4. D3 Kesling		1
5. D3 Rontgen		1
6. D3 Farmasi		3
7. D3 Analis		5
8. SMAK		4
9. SAA/SMF		13
10. SPRG		2
11. SPKE/SPKU		3
12. Pekarya		7
<b>Non Medis</b>	231	
1. S1 Akuntansi		1
2. D3 Akuntansi		1
3. D3 Informatika		1
4. D3 Keuangan		1
5. D3/Tek. Boga		1
6. SMA		54
7. SMEA		10
8. STM		8
9. SMKK		16
10. SMP		34
11. SD		11
<b>Total</b>	<b>843</b>	<b>336</b>

Jumlah tenaga dokter spesialis di RSUD Raden Mattaher adalah 40 orang yang berasal dari 22 spesialisasi yang kesemuanya dokter tetap. Sedangkan dokter spesialis di RS St Theresia, dengan komposisi 5 (lima) orang dokter spesialis tetap dan 27 dokter tamu, yang merupakan dokter spesialis dari Kota Jambi dan Kabupaten sekitar Jambi. Seperti dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.27  
Jenis, jumlah dan status ketenagaan dokter spesialis  
di RSUD Rd Mattaher dan RS St Theresia tahun 2007

Spesialisasi	RSUD Rd Mattaher		RS St Theresia	
	Tetap/PNS	PTT/Tamu	Tetap	PTT/Tamu
1. Bedah	3		1	
2. Penyakit dalam	5			3
3. Penyakit Dalam Konsultan Intensif care	1			1
4. Penyakit Anak	2		1	3
5. Penyakit Kandungan dan Kebidanan	5		1	4
6. Radiologi	1			2
7. Jiwa	-		1	1
8. Mata	4			1
9. THT	3			5
10. Kulit dan Kelamin	1			1
11. Penyakit Paru-paru	1			1
12. Penyakit syaraf	2	-	-	2
13. Patologi Klinik	2			-
14. Patologi Anatomi	1			-
15. Kardiologi	1			1
16. Bedah Tulang	1			1
17. AneSthesi	1	1	1	2
18. Bedah DigeStif	1			1
19. Bedah Mulut	1			1
21. Bedah Onkologi	1			1
22. Rehabilitasi Medis	1			-
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>32</b>

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Rd M & RS St Theresia 2007

#### **5.5.5.4. Prestasi dan penilaian masyarakat terhadap RSUD Rd Mattaher dan RS St Theresia**

RS St Theresia telah memperoleh akreditasi 12 pelayanan dari Departemen Kesehatan pada bulan Desember 2007. RS St Theresia terpilih menjadi Rumah Sakit berpenampilan terbaik se propinsi Jambi pada tahun 2006 . Penilaian dan stigma yang berkembang pada masyarakat Kota Jambi terhadap RS St Theresia adalah rumah sakit dengan pelayanan yang sangat baik tetapi biaya yang pelayanan di Rumah sakit tsb dikatakan mahal.

Sedangkan RSUD Raden Mattaher saat ini sedang giat membenahi penampilan dan fasilitasnya. Gedung RSUD Raden Mattaher direnovasi pada tahun 2007 yang lalu dan saat ini dalam penyelesaian. Sedangkan dari segi fasilitas tahun 2007 baru diadakan alat CT Scan 4 dimensi, disamping itu rumah sakit ini sedang mempersiapkan diri untuk menjadi rumah sakit Kelas B Pendidikan dan melaksanakan akreditasi. Akreditasi 5 pelayanan sudah diperoleh pada tahun 2002 yang lalu, dan saat ini sedang mempersiapkan diri untuk diakreditasi menjadi 12 pelayanan.

Hasil wawancara mendalam terhadap anggota masyarakat ekonomi menengah kebawah disampaikan bahwa pelayanan di RSUD Raden Mattaher cukup baik dan ruangnya cukup bersih. Seperti yang disampaikan dibawah ini :

“ Waktu saya dirawat di rumah sakit Matather beberapa bulan yang lalu, pelayanan yang diberikan dokter dan perawat baik, ruangnya bersih...”.

#### 5.5.5.5. Hasil Pelayanan RSUD Rd Mattaher dan RS St Theresia

a. Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat dan Rawat Jalan di RSUD Rd Mattaher.

Tabel 5.28  
Hasil Pelayanan di IGD dan Rawat Jalan  
di RSUD Rd Mattaher Tahun 2006-2007

Unit Pelayanan	Jumlah Pasien		
	2005	2006	2007
1. IGD	16,943	17,050	14,103
2. Poliklinik Umum	2,376	2,596	5,376
3. Poliklinik Spesialis	122,138	122,341	121,702
4. Poliklinik Gigi	4,596	4,747	4,874

Sumber: Laporan Tahunan RSUD Rd Mattaher

Kunjungan ke IGD RSUD Raden Mattaher cukup berfluktuasi. Pada tahun tahun 2006 terjadi peningkatan sebesar 107 kunjungan dibandingkan dengan tahun 2005, tetapi dari tahun 2006 ke 2007 terjadi penurunan yang cukup bermakna yaitu 2947 kunjungan atau 17%. Sebaliknya dengan kunjungan di poliklinik umum, terjadi peningkatan yang cukup bermakna dari tahun 2006 ke tahun 2007, yaitu sebesar 2780 kunjungan atau 107%. Sedangkan kunjungan di poliklinik gigi dan poliklinik dokter spesialis tidak ada perubahan yang mencolok.

b. Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat dan Rawat Jalan di RS St Theresia

Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat RSU St Theresia terlihat mengalami penurunan. Kunjungan IGD tahun 2006 turun 771 kunjungan atau 5,35%. Tahun 2007 turun lagi 689 kunjungan atau 5% lagi, Sedangkan kunjungan ke poliklinik umum dan poliklinik dokter spesialis relatif tidak ada perubahan yang berarti. Sedangkan kunjungan ke dokter gigi juga terjadi penurunan yang cukup bermakna, yaitu 1128 kunjungan atau 21 %. Sedangkan dari tahun 2006 ke tahun 2007 tidak terjadi perubahan yang berarti. Seperti dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.29  
Hasil Pelayanan di IGD dan Rawat Jalan  
Di RSU St Theresia Tahun 2005-2007

Unit Pelayanan	Jumlah Pasien		
	2005	2006	2007
1. IGD	14,430	13,659	12,970
2. Poliklinik Umum	21,198	21,473	21,064
3. Poliklinik Spesialis	20,420	20,145	20,554
4. Poliklinik Gigi	5,289	4,161	4,133

Sumber: Laporan Tahunan RS St Theresia

c. BOR RSUD Rd Mattaher

Tingkat BOR kelas III pada tahun 2007 mencapai 108,4%, sedangkan BOR kelas II turun dari 79,2 % pada tahun 2006 menjadi 59, 4% pada tahun 2007. BOR di VIP dan kelas utama juga meningkat secara bermakna. Hal ini dapat disebabkan oleh karena biaya di VIP RSUD Rd Mattaher jauh lebih rendah



dibandingkan dengan Rumah sakit lain yang ada di Kota Jambi, seperti dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.30  
Hasil Pelayanan Rawat Inap di RSUD Rd Mattaheer Tahun 2005-2007

Kelas	Jumlah TT	2,005		2,006		2,007	
		Hr Rawat	BOR	Hr Rawat	BOR	Hr Rawat	BOR
1. Kls Utama /VIP	79	19,276	66.8	19,477	67.5	23,553	81.7
3. Kelas I	68	16,857	67.9	19,403	78.2	18,484	74.5
4. Kelas II	41	10,872	72.6	11,848	79.2	8,891	59.4
5. Kelas III	119	35,398	81.5	39,281	90.4	47,062	108.4
	307	82,403	73.5	90,009	80.3	97,990	87.4

Sumber: Profil RSUD Rd Mattaheer 2008

#### d. BOR RS St Theresia

Adapun hasil pelayanan rawat inap yang lebih terperinci di RS St Theresia dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.31  
Hasil Pelayanan Rawat Inap di RSU St Theresia Tahun 2005-2007

Kelas	Jumlah TT	2005		2006		2007	
		Hari Rawat	BOR	Hari Rawat	BOR	Hari Rawat	BOR
1. Kelas Utama	2	437	59.9	383	52.5	403	55.2
2. Kelas VIP	9	1160	35.3	2628	80.0	2853	86.8
3. Kelas I	12	3976	90.8	2403	54.9	2603	59.4
4. Kelas II	32	9130	78.2	7747	66.3	8267	70.8
5. Kelas III	45	13060	79.5	16188	98.6	15839	96.4
	100	27763	76.1	29349	80.4	29965	82.1

Sumber: Laporan Tahunan RS St Theresia

BOR di Kelas Utama pada tahun selama tahun 2005-2007 rata-rata adalah 55,8%. Rata-rata BOR di Kelas VIP tahun 2005-2007 adalah 67,3%. Sedangkan BOR rata-rata di Kelas I tahun 2005-2007 adalah 68,3%. BOR rata-rata di Kelas II tahun 2005-2007 adalah 71,3% dan BOR rata-rata di Kelas III tahun 2005-2007 adalah

91.5%, Terlihat bahwa kelas perawatan yang paling banyak dipakai di RS St Theresia juga adalah Kelas III dan Kelas II.

e. Cara Pembayaran pasien di RSUD Rd Mattaher

Tabel 5.32  
Pengunjung berdasarkan Cara Membayar  
di RSUD Raden Mattaher Tahun 2005-2007

Asal Pasien	2006		2007	
	Rwt Inap	Rwt Jalan	Rwt Inap	Rwt Jalan
1. Umum	37.11	49.52	30.9	47.0
2. Askes PNS	27.51	38.53	26.8	38.1
3. Asuransi Lain	4.87	3.27	4.1	2.9
4. Askeskin	30.52	8.68	38.2	12.0
Total	100	100	100	100

Sumber: Laporan Tahunan RSUD Rd Mattaher

Dari tabel di atas terlihat bahwa pada tahun 2006 untuk pasien rawat Inap paling banyak adalah pasien dari umum, yaitu 37%, disusul dengan pasien askeskin dan Askes PNS. Pada tahun 2007 pasien yang dirawat terbanyak adalah pasien Askeskin, disusul dengan pasien umum dan Askes PNS. Sebaliknya untuk pelayanan rawat jalan tahun 2006 dan tahun 2007 terbanyak adalah pasien umum, dilanjutkan pasien Askes PNS, sedangkan Askeskin sangat sedikit sekali.

f. Cara Pembayaran pasien di RS St Theresia

Berbeda dengan cara pembayaran RSUD Raden Mattaher, di RSUD St Theresia rata-rata pasien rawat inap yang merupakan pasien umum (membayar pribadi) dengan jumlah sebesar 68,1%. Sedangkan pasien rawat jalan yang membayar secara pribadi adalah 47,55. Seperti dapat dilihat dari tabel di bawah ini :

Tabel 5.33  
Pengunjung berdasarkan Cara Membayar  
di RSUD St Theresia Tahun 2005-2007

Asal Pasien	2005	2005	2006	2006	2007	2007
	Ranap	Rajal	Ranap	Rajal	Ranap	Rajal
1. Umum	76	52	64.40	48.50	63.9	41.9
2. Asuransi	22.04	46.1	34.10	42.70	33.0	56.9
3. Gratis/Tidak mampu	1.96	1.9	1.50	8.80	3.2	1.2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Sumber : Laporan Tahunan RS St Theresia

e. Asal Pasien Poliklinik di RS St Theresia

Dari laporan tahunan RS St Theresia diketahui bahwa asal pasien rawat jalan di rumah sakit tersebut pada tahun 2005-2007, sebesar lebih dari 80% dari Kota Jambi, yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.34  
Pengunjung Berdasarkan Daerah Asal  
di RSUD St Theresia Tahun 2005-2007

Asal Pasien	Jumlah Pasien					
	2005	%	2006	%	2007	%
Kota Jambi	34,291.00	82.39	36,946.00	81.20	39,891.00	80.42
Luar Kota Jambi	7,327.00	17.61	8,552.00	18.80	9,712.00	19.58
<b>Total</b>	<b>41,618.00</b>		<b>45,498.00</b>		<b>49,603.00</b>	

Sumber : Laporan Tahunan RS St Theresia 2008

## 56. Gambaran Umum RSUD H. Abdul Manap

### 5.6.1. Fasilitas Fisik

Pembangunan Fisik Rumah Sakit Kota Jambi dimulai pada bulan Oktober tahun 2006. Lokasi bangunan adalah di Kelurahan Mayang Mangurai Kecamatan Kota Baru. Daerah ini merupakan daerah pemukiman yang pada lima tahun kebelakang banyak dibangun kompleks-kompleks perumahan, baik perumahan sederhana, sedang dan mewah.

Luas lahan yang disediakan untuk bangunan rumah sakit adalah 5 Hektar, atau 50.000 m persegi dengan luas bangunan lebih kurang 13.000 meter persegi. Bangunan Rumah Sakit terdiri atas bagian, yaitu

1. Gedung I (Gedung utama), dengan luas bangunan lebih kurang 12.532 m<sup>2</sup>.

Gedung utama merupakan bangunan berlantai 4, tempat pelayanan gawat darurat, pelayanan rawat jalan dan pelayanan rawat inap dilaksanakan di Gedung utama.

2. Gedung II, dengan luas bangunan lebih kurang 3.280 m<sup>2</sup>

Gedung penunjang pelayanan ini merupakan bangunan berlantai 3, yang merupakan tempat pelayanan rawat inap .

3. Gedung III, dengan luas bangunan 1.384 m<sup>2</sup>.

Gedung ini merupakan bangunan berlantai 3, merupakan bangunan untuk dapur dan cuci (laundry)

4. Gedung IV, dengan luas bangunan 1.949 m<sup>2</sup>

Gedung ini merupakan bangunan berlantai 2 yang digunakan untuk asrama perawat.

5. Gedung V, dengan luas bangunan 500 m<sup>2</sup>, merupakan bangunan yang digunakan untuk instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit (IPSRS)
6. Gedung VI, dengan luas 294 m<sup>2</sup>, merupakan sarana ibadah (mushala)
7. Kompleks rumah dokter dan rumah perawat sebanyak 17 unit, dengan total luas bangunan lebih kurang 800 m<sup>2</sup>.
8. Disamping itu terdapat gedung untuk kamar jenazah dan rumah duka dengan luas bangunan 348 m<sup>2</sup>, sarana olah raga, kantin, serta kios-kios untuk Usaha Kecil Menengah (UKM) lainnya.

#### **5.6.2. Fasilitas Pelayanan Kesehatan**

Fasilitas pelayanan yang tersedia di Rumah Sakit Umum H. Abdul Manap Jambi adalah sebagai berikut :

##### **1. Pelayanan Rawat Jalan**

Ruangan poliklinik yang tersedia adalah 11 kamar. Rawat jalan di Rumah Sakit H. Abdul Manap didukung oleh beberapa dokter umum dan dokter spesialis.

Dalam wawancara mendalam dengan Direktur RS UD Abdul Manap, dijelaskan sebagai berikut :

*“Karena Rumah Sakit H. Abdul Manap disiapkan untuk RSU Kelas C maka spesialis yang harus ada..... Sedangkan*

*spesialis yang lain nantinya tergantung kepada kondisi dan ketersediaan dokter spesialis yang ada....*

## 2. Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan Rawat Inap yang disediakan oleh RSUD H. Abdul Manap untuk pasien rujukan dari Unit Gawat Darurat atau unit Rawat Jalan. Masing-masing ruangan perawatan terdiri atas

### 1. Ruang perawatan dasar umum, yaitu :

i. Rawat Inap Kelas 3	: 60 Tempat Tidur
ii. Rawat Inap Kelas 2	: 24 Tempat Tidur
iii. Rawat Inap Kelas 1	: 26 Tempat Tidur
iv. Rawat Inap VIP	: 14 Tempat Tidur
Jumlah	: 124 Tempat Tidur

### 2. Ruang Perawatan Anak

i. Rawat Inap Kelas 3	: 12 Tempat Tidur
ii. Rawat Inap Kelas 2	: 14 Tempat Tidur
iii. Rawat Inap Kelas 1	: 2 Tempat Tidur

### 3. Rawat Inap Kelas III : 16 Tempat Tidur

### 4. Pelayanan Intensif

i. ICU	: 5 Tempat tidur
ii. ICCU	: 6 Tempat tidur
iii. Ruang isolasi	: 4 Tempat tidur
iv. Ruang bersalin	: 2 Tempat Tidur
v. Unit Bedah Central	: 4 kamar operasi

## 5. Pelayanan Penunjang

- i. Farmasi
- ii. Unit laboratorium
- iii. Unit radiologi
- iv. Instalasi gizi
- v. Instalasi kamar jenazah
- vi. CSSD

### 5.6.3. Visi dan Misi

Dari hasil wawancara mendalam didapatkan beberapa masukan untuk dijadikan visi RSUD H. Abdul Manap, yaitu menjadi rumah sakit bertaraf internasional, menjadi pusat rujukan dan rumah sakit yang memberikan pelayanan yang berkualitas . Seperti yang disampaikan informan dibawah ini :

*"Saya bercita-cita supaya Rumah Sakit Kota ini menjadi sebuah Rumah Sakit yang Modern dan bertaraf internasional". Untuk mencapai cita-cita itu kalau perlu kita bekerjasama dengan rumah sakit-rumah sakit yang ada di Malaysia dan Singapura....."*

*"Kesehatan dan pendidikan merupakan hak rakyat yang harus dipenuhi oleh pemerintah. Nah, karena ini kami bercita-cita Rumah Sakit ini dapat menjadi rumah sakit dengan pelayanan yang terbaik dan berkualitas dan biaya yang terjangkau bagi masyarakat Kota Jambi"*

*"Visi saya untuk Rumah Sakit H. Abdul Manap adalah sesuai dengan tujuan awal dibangunnya rumah sakit ini, yaitu Menjadi Rumah Sakit Rujukan ...."*

*"Menjadi Rumah Sakit dengan pelayanan yang berkualitas bagi masyarakat Kota Jambi pada umumnya dan Propinsi Jambi pada khususnya dengan harga yang terjangkau".*

Dari CDMG yang dilaksanakan untuk mendiskusikan visi dan misi RSUD H. Abdul Manap, semua peserta bahwa sepakat bahwa visi adalah wewenang pemilik, sesuatu yang diimpikan dan diharapkan oleh pemilik rumah sakit dalam hal ini pemerintah daerah Kota Jambi. Selanjutnya visi itu akan dijabarkan menjadi misi agar dapat diimplementasikan sehingga visi itu dapat tercapai.

Dalam diskusi disepakati bahwa visi menjadi rumah sakit bertaraf internasional merupakan visi yang cukup rasional, yang akan dapat diwujudkan oleh rumah sakit dengan dukungan dari pemerintah kota, pemerintah propinsi dan pemerintah pusat dan kerja keras seluruh sumber daya manusia yang ada di rumah sakit. Para anggota CDMG sepakat tidak mencantumkan target waktu pencapaian visi, dengan pertimbangan bahwa kalau disebutkan waktu pencapaian akan memperberat rumah sakit nantinya, selain itu visi tersebut tidak perlu diubah sepanjang masih sesuai dengan kondisi dan keadaan. Sehingga dengan demikian disepakati bahwa visi Rumah Sakit H. Abdul Manap adalah :

“Menjadi Rumah Sakit yang Bertaraf Internasional”.

Dari diskusi yang berkembang, semua peserta diskusi sepakat bahwa misi yang dijalankan oleh RSUD H. Abdul Manap adalah semua upaya yang dilaksanakan agar visi dapat terwujud.

Pada wawancara mendalam para narasumber menyebutkan misi sebagai berikut :



*“Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang komprehensif (preventif, kuratif, rehabilitatif dan promotif) dengan mutu terbaik sejalan dengan program pemerintah dan berorientasi kepada kepuasan pelanggan.*

*Memiliki SDM yang profesional dan handal dalam melaksanakan pelayanan”.*

*Menyelenggarakan layanan rumah sakit secara profesional, informatif dan berkualitas bagi seluruh lapisan masyarakat.*

*Memiliki SDM yang kompeten, berdedikasi tinggi, disiplin dan inovatif dengan semangat persaudaraan*

*Menjalin kerjasama dengan rumah sakit pilihan baik didalam maupun diluar negeri”.*

Kata kunci yang disampaikan oleh para narasumber pada wawancara mendalam yang akan dijabarkan kedalam misi, yaitu:

pelayanan, bermutu dan berkualitas, pusat rujukan dan terjangkau.

Berdasarkan hasil diskusi disepakati bahwa misi RSUD H. Abdul

Manap adalah sebagai berikut :

1. Mengupayakan dan mengembangkan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang terjangkau.
2. Memiliki SDM yang profesional dan inovatif dengan semangat persaudaraan
3. Terakreditasi 5 pelayanan pada tahun 2011.
4. Menjalin kerjasama dengan rumah sakit pilihan baik didalam maupun diluar negeri.

#### **5.6.4. Tujuan Jangka Panjang**

Tujuan jangka panjang adalah Tujuan RS adalah hasil yang diharapkan oleh RSUD H. Abdul Manap dalam lima tahun mendatang

(2008-2013)

Perencanaan SDM..., Ermilda Sriwastuti, FKM UI, 2008

Dari diskusi yang dilaksanakan disepakati bahwa tujuan jangka panjang RSUD H. Abdul Manap adalah :

1. Menjadi pusat rujukan di Propinsi Jambi, dengan pelayanan terbaik dan terjangkau bagi masyarakat luas.
2. Menjadi rumah sakit kelas B dengan status badan layanan umum.
3. Menjadi rumah sakit dengan fokus pelayanan penyakit infeksi tropik.

Seperti yang disampaikan oleh informan dibawah ini :

*"Rumah sakit H. Abdul Manap ini dapat menjadi pusat rujukan bagi pelayanan kesehatan di Propinsi Jambi, dan suatu saat nanti menjadi rumah sakit bertaraf internasional".*

*"Rumah sakit kota ini memiliki pelayanan yang lengkap dan dapat bersaing dengan rumah sakit lain yang ada di Indonesia maupun di Asean, sehingga dengan demikian masyarakat tidak perlu lagi berobat keluar. Dari segi ekonomi masyarakat mendapat pelayanan yang baik dengan harga yang pantas".*

*"Menjadi rumah sakit yang terbaik dan modern dengan mengedepankan pelayanan dan mempunyai daya saing".*

*"RS yang mandiri dan dalam waktu yang tidak terlalu lama dapat berkembang menjadi Badan Layanan Umum.*

*"Rumah Sakit ini menjadi Rumah sakit Kelas B setelah 5 tahun beroperasi  
Rumah sakit ini menjadi Badan layanan Umum"*

**5.6.5. Tujuan jangka panjang SMF Penyakit Dalam, SMF Anak, SMF Kebidanan dan Kandungan, SMF Bedah dan SMF Mata RSUD H. Abdul Manap**

Tujuan jangka panjang bagian-bagian di RSUD H. Abdul Manap adalah :

**1. SMF Penyakit Dalam**

SMF Penyakit Dalam dapat menjadi pusat pelayanan penyakit infeksi tropik di Kota Jambi, khususnya penyakit malaria, DHF dan TBC.

Seperti yang disampaikan oleh Pjs. Direktur RSUD H. Abdul Manap mewakili Dokter spesialis Penyakit Dalam :

*“Kota Jambi merupakan daerah endemis malaria, DHF dan TBC. Jadi Alangkah baiknya kalau kita dapat menjadi pusat layanan Penyakit-penyakit tersebut....”*

**2. SMF Anak**

Memiliki Sentra Pelayanan BBLR

Seperti yang disampaikan Informan pada wawancara mendalam :

*“.....Agar terkait dengan SMF Kebidanan dan kondisi Jambi saat ini kita akan mengembangkan pusat layanan bagi BBLR..”*

**3. SMF Kebidanan dan Kandungan**

Menjadi rumah sakit “sayang ibu”.

Seperti yang disampaikan oleh Informan :

*“RS ini dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Kota Jambi, khususnya kesehatan ibu dan anak. Dengan*

*keberadaan rumah sakit ini saya mengharapkan terjadi penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir karena telah tersedianya fasilitas pelayanan yang baik”.*

#### 4. SMF Bedah

Mengembangkan Pelayanan di IGD RSUD H. Abdul Manap.

Seperti yang disampaikan oleh Informan di bawah ini :

*“Untuk 5 tahun kedepan saya mengharapkan kita dapat menjadi pusat rujukan bagi pelayanan gawat darurat di Kota Jambi ....”*

#### 5. SMF Mata

Mengembangkan Penyakit Infeksi Mata

Seperti yang disampaikan oleh Informan di bawah ini :

*“SMF Mata RSUD H. Abdul Manap bukan sebagai pelengkap saja. Tapi betul-betul menjadi tempat pelayanan yang dicari masyarakat. Dan saya ingin mengembangkan SMF ini menjadi Pusat pelayanan Penyakit Infeksi Mata”.*

#### 5.6.6. Tujuh Langkah Pelayanan Prima

Dari CDMG di sepakati langkah-langkah yang harus dilaksanakan agar RSUD H. Abdul Manap dapat beroperasi dengan baik. Disebut dengan 7 Langkah Prima karena terdiri atas 7 langkah, yaitu :

1. Tersusunnya rencana strategis dan *master plan* RS
2. Tersusunnya Perda tarif yang efisien dan efektif terjangkau oleh masyarakat
3. Terpenuhinya sarana dan prasarana fisik maupun peralatan medis

4. Tersusunnya standar pelayanan medis dan standar penilaian kinerja rumah sakit tahun 2010
5. Terakreditasi untuk 5 pelayanan pada tahun 2011

#### 5.6.7. Sasaran

Sasaran masyarakat yang akan menjadi pelanggan RSUD H. Abdul Manap adalah masyarakat Kota Jambi khususnya dan Propinsi Jambi pada umumnya yang berasal dari masyarakat golongan menengah kebawah maupun menengah keatas.

Seperti yang disampaikan Informan CDMG:

*".....Sesuai dengan peraturan pemerintah, 70% untuk masyarakat ekonomi bawah, 30% untuk menengah keatas".*

*"Sasaran dari RSUD H. Abdul Manap ini adalah semua masyarakat Kota Jambi dari segala tingkatan ekonomi".*

*Masyarakat Kota Jambi, selain itu kita dapat menerima pasien dari kabupaten yang ada di sekitar Kota Jambi, seperti Kabupaten Batang Hari dan Kabupaten Muaro Jambi dan Kabupaten yang lain di Propinsi Jambi dan Sumatera Selatan".*

#### 5.6.8. Proyeksi Pelayanan Kesehatan di RSUD H. Abdul Manap tahun 2008-2013

Untuk membuat asumsi pelayanan rawat jalan di poliklinik RSUD H. Abdul Manap anggota CDMG menyetujui bahwa RSUD H. Abdul Manap untuk pelayanan IGD akan ditarik sebesar 20% pasien dari RSUD Rd Mattaher dan 10% pasien RS St Theresia. Pelayanan rawat jalan akan dapat menarik 30% dari pasien di RSUD Raden Mattaher dan 10% dari pasien di RS St Theresia. Sedangkan

untuk pelayanan rawat inap RSUD H. Abdul Manap akan dapat menarik pasien di RSUD Raden Mattaher sebanyak 40% dan di RS St Theresia sebanyak 10 %. Asumsi ini dibuat dengan pertimbangan :

1. Adanya *captive market*, Askes sosial dan Askeskin di RSUD Rd. Mattaher.
2. Tingginya BOR di RSUD Rd Mattaher dan RS St Theresia, yang mengindikasikan masih kurangnya jumlah *bed* di rumah sakit Kota Jambi.
3. Cukup besarnya cakupan pembiayaan dengan asuransi kesehatan di RS St Theresia, sehingga RSUD H. Abdul Manap bisa berkompetisi lebih mudah, karena keputusan berada ditangan perusahaan, bukan orang per orang.

Hasil proyeksi pelayanan tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

a. Kunjungan IGD

Kunjungan di Instalasi Gawat Darurat di RSUD Rd Mattaher dan RS St Theresia tahun 2005-2007 berfluktuasi. Di RSUD Rd Matather dari tahun 2005 ke tahun 2006 terjadi peningkatan sebesar 107 atau 6,3%. Pada tahun 2007 terjadi penurunan kembali yaitu sebesar 17%. Demikian juga di RS St Theresia terjadi penurunan sebesar 5,3% dan penurunan 5% dari tahun 2006 ke tahun 2007.

**Tabel 35.**  
**Kunjungan IGD di RSUD Rd Mattaher dan RS St Theresia**  
**Tahun 2005-2007**

Uraian	Jumlah Kunjungan		
	2005	2006	2007
1. RSUD Rd Mattaher	16943	17050	14103
2. RS St Theresia	14430	13659	12970
<b>T o t a l</b>	<b>33378</b>	<b>32715</b>	<b>29080</b>

Proyeksi pelayanan IGD di RSUD H. Abdul Manap sesuai kesepakatan anggota CDMG adalah 20% dari RSUD Rd Mattaher dan 10% dari RS S Theresia, dengan asumsi tidak ada perubahan kunjungan , sehingga didapatkan proyeksi pelayanan di IGD RSUD H .Abdul Manap adalah : 4118 kunjungan per tahun.

**b. Kunjungan Rawat Jalan**

Berdasarkan kesepakatan anggotaCDMG, kunjungan rawat jalan di RSUD H.Abdul Manap adalah 30% dari kunjungan RSUD Rd Mattaher dan 10% dari kunjungan RS St Theresia. Sehingga proyeksi kunjungan rawat jalan adalah seperti tabel dibawah ini :

Tabel 5.36  
 Proyeksi Kunjungan Rawat Jalan di poliklinik RSUD H. Abdul Manap  
 Tahun 2007

Nama Poli	Jumlah Pasien		Proyeksi di RSUD H.AM		
	RSUDMT	RSStT	30%X RSUDMT	10% XRSStT	Jumlah
Penyakit Dalam	17,744	3,354	5,323	335	5,659
Bedah	11,414	968	3,424	97	3,521
Syaraf	7,338	847	2,201	85	2,286
Kesehatan Anak	8,137	5,592	2,441	559	3,000
Obstetri & Ginekologi	6,993	3,671	2,098	367	2,465
Jantung	15,728	249	4,718	25	4,743
THT	7,208	763	2,162	76	2,239
Mata	10,380	385	3,114	39	3,153
Kulit Kelamin	5,965	271	1,790	27	1,817
Gigi dan Mulut	4,874	4,133	1,462	413	1,876
Paru-paru	6,966	321	2,090	32	2,122
	102,747	20,554	30,824	2,055	32,880

Berdasarkan hasil perhitungan peningkatan kunjungan rawat jalan di Kota Jambi diketahui bahwa terjadi rata-rata peningkatan sebesar 7,7% per tahun, sehingga dapat diproyeksikan pelayanan rawat jalan di RSUD H. Abdul Manap tahun 2008-2013, yang hasilnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini:



Tabel 5.37  
 Proyeksi Kunjungan Rawat Jalan di poliklinik RSUD H. Abdul Manap  
 Tahun 2008-2013

Nama Poli	Jumlah Pasien		
	2008	2011	2013
1. Penyakit Dalam	6,094	7502	8657
2. Bedah	3,792	4668	5387
3. Syaraf	2,462	3031	3498
4. Kesehatan Anak	3,231	3978	4590
5. Obstetri & Ginekologi	2,655	3268	3771
6. Jantung	5,109	6289	7257
7. THT	2,411	2968	3425
8. Mata	3,395	4180	4823
9. Kulit Kelamin	1,956	2408	2779
10. Gigi dan Mulut	2,020	2487	2869
11. Paru-paru	2,285	2813	3246
	35,411	43,591	50,304

c. Kunjungan rawat inap

Proyeksi pelayanan rawat inap di RSUD H. Abdul Manap dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.38  
 Proyeksi Kunjungan Rawat Inap di RSUD H. Abdul Manap  
 Tahun 2007

Nama Poli	Jumlah Pasien		Proyeksi di RSU+D4D H.AM		
	RSUDMT	RSSiT	40%X RSUDMT	10% XRSSiT	Jumlah
Penyakit Dalam	3,874	2,165	1,550	217	1,766
Bedah	3,015	1,059	1,206	106	1,312
Syaraf	1327.5	736	531	74	605
Kesehatan Anak	3,089	1,837	1,235	184	1,419
Obstetri & Ginekologi	2,676	2,561	1,071	256	1,327
Jantung	3,146	103	1,258	10	1,269
THT	253	304	101	30	132
Mata	316	104	126	10	137
Kulit Kelamin	2	1	1	0	1
Gigi dan Mulut			-	-	-
Paru-paru	871	299	348	30	378
	18,569	9,169	7,428	917	8,345

Peningkatan kunjungan rawat inap rata-rata adalah 8,8% per tahun. Sehingga dengan demikian dapat diproyeksikan pelayanan di RSUD H. Abdul Manap tahun 2008-2015, yaitu seperti pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.39  
Proyeksi Kunjungan Rawat Inap di RSUD H. Abdul Manap  
Tahun 2008-2013

Nama Ruangan	Jumlah Pasien		
	2008	2011	2013
1. Penyakit Dalam	1,922	2,429	2,856
2. Bedah	1,427	2,044	2,404
3. Syaraf	658	942	1,108
4. Kesehatan Anak	1,544	2,211	2,600
5. Obstetri & Gin	1,443	2,067	2,431
6. Jantung	1,380	1,976	2,324
7. THT	143	205	241
8. Mata	149	213	251
9. Kulit Kelamin	1	1	2
10. Gigi dan Mulut	-	-	-
11. Paru-paru	411	589	693
	9,079	12,678	14,910

### 5.7. Perhitungan Kebutuhan SDM Medis Keperawatan di RSUD H.

#### Abdul Manap tahun 2008-1023

Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan di RSUD H. Abdul Manap merupakan upaya dalam pengambilan keputusan untuk mempersiapkan ketersediaan SDM kesehatan di RSUD H. Abdul Manap yang akan segera beroperasi pada tahun 2008 ini. Tim perencana terdiri dari Kepala Dinas

Kesehatan dan Pjs Direktur RSUD Abdul Manap, Kepala Badan Kepegawaian Daerah dan para pejabat lain di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Jambi yang ditunjuk.

Walaupun dipersiapkan untuk menjadi rumah sakit kelas C, fasilitas pelayanan di unit rawat jalan yang disediakan di RSUD H. Abdul Manap ada 11 (sebelas) poliklinik. Semua anggota CDMG sepakat untuk mengisi semua poliklinik dengan spesialisasi yang lebih lengkap sebagai persiapan untuk menjadi rumah sakit Kelas B, sesuai dengan misi yang sudah ditetapkan. Adapun poliklinik dokter spesialis yang akan dibuka adalah : (1) Poli Penyakit Dalam, (2) Poli Kebidanan dan Kandungan, (3) Poli Bedah, (4) Poli Kesehatan Anak, (5) Poli Mata, (6) Poli Gigi, (7) Poli THT, (8) Poli Penyakit Kulit, (9) Poli Penyakit Sayaf, (10) Poli Penyakit Jantung, (11) Poli Penyakit Paru-paru.

Peserta CDMG sepakat untuk melaksanakan pengadaan SDM secara bertahap, yaitu rencana tahun I (jangka pendek), tahun ke 3 (jangka menengah) dan tahun ke 5 (jangka panjang) agar tidak terjadi *in efficiency*.

#### **5.7.1. SDM Medis**

Untuk menghitung jumlah kebutuhan SDM Medis mengacu kepada Keputusan Menteri Kesehatan No: 81/MENKES/SK/I/2004 Tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit, yaitu menggunakan metode Work Load Indicator Staff Need (WISN). Metode ini

digunakan oleh karena mudah dioperasikan, secara teknis mudah diterapkan, komprehensif dan realistis.

Adapun langkah-langkah perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan WISN meliputi :

- a. Menetapkan waktu kerja tersedia
- b. Menetapkan unit kerja dan kategori SDM
- c. Menyusun standar beban kerja
- d. Menyusun standar kelonggaran
- e. Perhitungan kebutuhan tenaga per unit kerja

- a. Waktu kerja tersedia di RSUD H. Abdul Manap

Berdasarkan keadaan waktu kerja di lingkungan Pemerintah Kota Jambi, maka dapat diketahui waktu kerja SDM di RSUD H.Abdul Manap, yang dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.40  
Waktu kerja tersedia di RSUD H. Abdul Manap Tahun 2008

Kode	FAKTOR	Kategori SDM	KETERANGAN
		Dokter Spesialis	
A	Hari Kerja	312	Hari/tahun
B	Cuti Tahunan	12	Hari/tahun
C	Pendidikan dan Pelatihan	10	Hari/tahun
D	Hari Libur Nasional	15	Hari/tahun
E	Ketidak Hadiran Kerja	12	Hari/tahun
F	Waktu Kerja	6	Jam/hari
Hari Kerja Tersedia		263	Hari kerja/tahun
Waktu Kerja Tersedia		1,578	Jam/tahun
		94,680	Menit/tahun

b. Menetapkan unit kerja dan kategori SDM

Pemeriksaan pasien di poliklini dilaksanakan oleh dokter spesialis dan dibantu oleh dokter umum.

c. Menyusun standar beban kerja

Penyusunan standar beban kerja tujuannya adalah diperolehnya volume/kuantitas kegiatan pokok yang dapat dikerjakan selama 1 tahun masing-masing kategori SDM di tiap unit kerja RS sesuai waktu kerja tersedia yang dimiliki.

Standar beban kerja merupakan hasil pembagian waktu kerja tersedia yang dimiliki oleh masing-masing kategori SDM dengan waktu rata-rata yang dibutuhkan tiap kegiatan pokok.

Adapun rumus perhitungan untuk memperoleh standar beban kerja masing-masing kategori SDM adalah sebagai berikut:

$$\text{Standar Beban Kerja} = \frac{\text{Waktu Kerja Tersedia}}{\text{Rata-rata Waktu Per-Kegiatan Pokok}}$$

I. Kegiatan pokok dokter umum maupun dokter spesialis di poliklinik adalah pemeriksaan pasien, yang meliputi :

- a. Anamnesa, membutuhkan waktu kira-kira 2 menit
- b. Pemeriksaan Fisik, membutuhkan waktu kira-kira 2 menit
- c. Pembacaan Hasil Lab/ Radiologi, membutuhkan waktu kira-kira 2 menit

- d. Penulisan resep/rujukan , membutuhkan waktu kira-kira 2 menit
- e. Memberikan advis kepada pasien, membutuhkan waktu kira-kira 2 menit.
- f. Tindakan, waktu yang dibutuhkan tergantung besar kecilnya tindakan dan kompetensi dari dokter. Rata-rata waktu yang diperlukan adalah 20 menit.

Perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk 1 orang pasien dipoliklinik adalah 10 menit

## II. Kegiatan pokok di Instalasi Rawat Inap adalah :

Kegiatan pokok dokter spesialis di ruang rawat inap tidak jauh berbeda dengan pemeriksaan di rawat jalan yang meliputi :

- a. Anamnesa, membutuhkan waktu kira-kira 1 menit
- b. Pemeriksaan Fisik, membutuhkan waktu kira-kira 2 menit
- c. Pembacaan Hasil Lab/ Radiologi, membutuhkan waktu kira-kira 2 menit
- d. Penulisan resep/rujukan , membutuhkan waktu kira-kira 2 menit
- e. Memberikan advis kepada pasien, membutuhkan waktu kira-kira 2 menit

- f. Tindakan, rata-rata waktu untuk tindakan kecil di awat inap adalah 20 menit.

Perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk 1 orang pasien (tanpa tindakan) adalah 9 menit. Pada tabel di bawah ini dapat dilihat kegiatan dokter spesialis di poliklinik dan rawat inap

Rata-rata waktu yang dibutuhkan tiap kegiatan pelayanan atau kegiatan-kegiatan yang membentuk suatu kegiatan pokok seharusnya ditetapkan berdasarkan data sekunder atau referensi hasil-hasil penelitian, atau ditetapkan berdasarkan data primer/penelitian di RS. Rata-rata waktu kegiatan pelayanan atau kegiatan pokok yang cukup akurat juga dapat diperoleh dengan melaksanakan pengamatan dan pencatatan waktu yang dibutuhkan masing-masing kategori SDM untuk menyelesaikan tiap kegiatan pokok sesuai dengan standar pelayanan dan SOP yang berlaku di RS. Data di atas dibuat berdasarkan hasil pengalaman penulis dan teman-teman sebagai dokter, pengamatan serta merujuk kepada contoh-contoh latihan WISN yang dilaksanakan oleh BPPSDM Pusat.

Sehingga diperoleh standar beban kerja dokter spesialis di poliklinik adalah

Waktu Kerja Tersedia
Rata-rata Waktu Per-Kegiatan Pokok

- a. Pemeriksaan pasien baru di poliklinik

$$= \underline{94680 \text{ menit/tahun}}$$

**10 menit**

- = 9468 kegiatan/ tahun
- b. Pemeriksaan pasien lama di poliklinik
- = 94680 menit/tahun
- 9 menit
- = 10.520 kegiatan/ tahun
- c. Pemeriksaan pasien baru di rawat inap
- = 94680 menit/tahun
- 10 menit
- = 9.468 kegiatan/ tahun
- d. Pemeriksaan pasien lama di rawat inap
- = 94680 menit/tahun
- 8 menit
- = 11.835 kegiatan/ tahun
- e. Tindakan kecil di poliklinik
- = 94680 menit/tahun
- 20 menit
- = 4.734 kegiatan/ tahun

d.. Menyusun standar kelonggaran

Adapun rumus perhitungan standar kelonggaran yang dimiliki oleh masing-masing kategori SDM adalah sebagai berikut:

$$\text{Standar Kelonggaran} = \frac{\text{Jumlah Rata-rata Faktor Waktu Kelonggaran}}{\text{Waktu kerja Tersedia}}$$

Karena RSUD H. Abdul Manap belum memiliki data faktor kelonggaran maka peneliti merujuk kepada data latihan WISN yang ada di SK Menkes N0:81/MENKES/SK/I/2004, dimana pada umumnya kategori SDM Dokter Spesialis memiliki faktor kelonggaran sebagai berikut:



- a. Pertemuan audit medik.
- b. Mengajar/mebimbing program pendidikan dokter/perawat.

Dari perhitungan waktu kerja tersedia kategori SDM Dokter Spesialis Penyakit Dalam memiliki waktu kerja tersedia 1.578 jam/tahun dan faktor kelonggaran pertemuan audit medik 1 jam/minggu dan mengajar/ mebibimbing dokter umum/perawat 1 jam per minggu maka standar kelonggaran yang dimilikinya adalah :

a. Waktu kerja tersedia	:	1.578 jam/tahun
b. Faktor kelonggaran	:	Pertemuan audit medik, 1 jam/minggu (1 jam x 52 Minggu = 52 jam/tahun) Membimbing dokter umum/perawat : 1 jam/ minggu, (1 jam x 52 Minggu = 52 jam/tahun)
c. Standar Kelonggaran	:	104 jam/tahun
		1.578 jam tahun
	:	0,066 SDM

e. Menghitung Kebutuhan SDM per Unit Kerja

Perhitungan kebutuhan SDM pada setiap unit kerja dapat diperoleh dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$\text{Kebutuhan SDM} = \frac{\text{Kuantitas Kegiatan Pokok}}{\text{Standar Beban kerja}} + \text{Standar kelonggaran}$
--

Di bawah ini disajikan hasil perhitungan kebutuhan SDM tiap kegiatan pokok dokter spesialis di RSUD H. Abdul Manap tahun 2008

1. Kebutuhan dokter spesialis spesialis penyakit dalam tahun 2008

- a. Kebutuhan SDM Rawat Jalan = 0,64
- b. Kebutuhan SDM Rawat Inap = 0,22 ( 0,18+0,04)
- c. Standar Kelonggaran = 0,066
- Jumlah = 0,926

Total kebutuhan SDM spesialis di tahun 2008 adalah 0,926, dibulatkan menjadi 1 orang.

2. Kebutuhan dokter spesialis spesialis penyakit dalam tahun 2011

- a. Kebutuhan SDM Rawat Jalan = 0,79
- b. Kebutuhan SDM Rawat Inap = 0,28 ( 0,23+0,05)
- c. Standar Kelonggaran = 0,066
- Jumlah = 1,114

Total kebutuhan SDM spesialis di tahun 2011 adalah 1,114 dibulatkan menjadi 1 orang.

3. Kebutuhan dokter spesialis spesialis penyakit dalam tahun 2013

- a. Kebutuhan SDM Rawat Jalan = 1,09
- b. Kebutuhan SDM Rawat Inap = 0,33 (0,27 +0,06)
- c. Standar Kelonggaran = 0,066
- Jumlah = 1,486

Total kebutuhan SDM spesialis di tahun 2013 adalah 1,586 dibulatkan menjadi 2 orang. Dari perhitungan di atas diketahui bahwa kebutuhan dokter spesialis penyakit dalam pada tahun 2008 adalah 1 orang, dan pada tahun 2011 masih 1 orang. Sedangkan pada tahun 2013 diperlukan penambahan dokter spesialis penyakit dalam 1 orang lagi.

Untuk menghitung kebutuhan dokter gigi diasumsikan bahwa untuk memeriksa/mengobati 1 orang pasien dibutuhkan waktu 20 menit. Sehingga standar beban kerja dokter gigi adalah 4734 pasien per tahun. Sedangkan kuantitas pekerjaan pokok dokter gigi adalah tahun 2008 adalah 2020 pasien, tahun 2011 adalah 2487 pasien dan tahun 2013 adalah 2869 pasien.

4. Kebutuhan dokter gigi di poliklinik gigi pada tahun 2008 adalah

- |                              |         |
|------------------------------|---------|
| a. Kebutuhan SDM dokter gigi | = 0,43  |
| b. Standar Kelonggaran       | = 0,066 |
| Jumlah                       | = 0,49  |

Total kebutuhan SDM dokter gigi di tahun 2008 adalah 0,5 dibulatkan menjadi 1 orang.

Penghitungan dokter spesialis yang lain dilaksanakan seperti cara perhitungan di atas, sehingga kebutuhan SDM dokter spesialis di RSUD H. Abdul Manap tahun 2008-2015 dapat kita lihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.41**  
**Kebutuhan Dokter spesialis di RSUD H. Abdul Manap**  
**Tahun 2008 -2013**

Kategori SDM Dokter Spesialis	Kebutuhan		
	2008	2011	2013
1. Penyakit Dalam	0,93	1,14	1,49
2. Bedah	0,64	0,82	0,98
3. Syaraf	0,4	0,50	0,59
4. Kesehatan Anak	0,72	1,2	1,85
5. Obstetri & Ginekologi	0,79	1,12	1,41
6. Jantung	1	1,40	1,78
7. THT	0,33	0,40	0,46
8. Mata	0,44	0,54	0,62
9. Kulit Kelamin	0	0	0
10. Paru-paru	0,55	0,63	0,90
11. Dokter Gigi	0,49	0,59	0,67

#### **5.7.2. Perhitungan Kebutuhan SDM dokter umum**

Walaupun pelayanan di poliklinik spesialis seharusnya dilaksanakan oleh dokter spesialis, tetapi di RSUD H. Abdul Manap disetiap poliklinik ditempatkan 1 orang dokter umum. Karena poliklinik yang tersedia adalah 11 buah, maka kebutuhan dokter umum adalah 13 orang, dengan pengertian 2 orang adalah dokter umum pengganti jika ada yang cuti atau berhalangan. Sedangkan untuk pelayanan di Instalasi Gawat Darurat juga dilaksanakan oleh dokter umum. Karena instalasi gawat darurat buka 24 jam, maka terdapat 3 shift, sehingga kebutuhan dokter umum di instalasi gawat darurat adalah minimal 4 orang.

#### **5.7.3. Perhitungan SDM keperawatan**

Perencanaan kebutuhan tenaga keperawatan juga dibuat secara bertahap, yaitu kebutuhan tahun 2008, 2011 dan 2013. Perhitungan kebutuhan tenaga di instalasi rawat jalan dibuat mengacu kepada

Standar Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit yang dikeluarkan oleh Direktorat Pelayanan Keperawatan Direktorat Jendral Pelayanan Medik Tahun 2003 karena data dasar yang diperlukan sangat sederhana, yaitu rata-rata jumlah pasien sehari dan lama jam perawatan oleh tenaga perawat untuk 1 orang pasien. Sedangkan untuk kebutuhan tenaga di instalasi gawat darurat dan rawat inap dibuat berdasarkan formula Ilyas, karena formula Ilyas ini menghasilkan perhitungan perawat yang tidak terlalu kecil dibandingkan dengan formula Gillies, atau terlalu banyak dibandingkan dengan formula PPNI.

#### 5.7.3.1. Kebutuhan SDM keperawatan di Instalasi Gawat

##### Darurat

Formula untuk menghitung tenaga keperawatan dibutuhkan di instalasi gawat darurat adalah formula Ilyas, dengan rumus :

$$\text{Tenaga Perawat} = \frac{D \times 365}{255 \times \text{jam kerja/hari}}$$

TP = Tenaga Perawat yang dibutuhkan

D = jam perawatan

365 = jumlah hari kerja di Instalasi Gawat Darurat

255 = hari kerja efektif perawat per tahun

$(365 - (12 \text{ hari libur nasional} - 12 \text{ hari libur cuti tahunan}) \times \frac{3}{4} = 255$

Jam kerja per hari = 6 jam per hari

Jam perawatan di IGD bervariasi tergantung kepada kondisi pasien, menurut Ilyas dibagi sebagai berikut:

- a. Gawat darurat
- b. Mendesak
- c. Tidak Mendesak

Sehingga dengan demikian dapat dihitung nilai waktu keperawatan pasien, dengan formula sebagai berikut :

$$D = \{(A1 \times \text{Jml Pasien/Hari}) + (A2 \times \text{Jml Pasien/Hari}) + (A3 \times \text{Jml Pasien/Hari}) + (3 \text{ shift per hari} \times \text{administration time})\}$$

Keterangan :

A1 = waktu keperawatan pasien kasus gawat darurat, menurut Tutuko (1992) 87 menit

A2 = waktu keperawatan pasien kasus mendesak ; 71 menit

A3 = waktu keperawatan pasien kasus tidak mendesak ; 34 menit

Administration time = waktu administrasi yang dibutuhkan untuk pergantian shift selama 45 menit.

Proyeksi kunjungan IGD di RSUD H. Abdul Manap tahun 2008-2011 adalah 4.118 kunjungan. Hasil penelitian Kartikasari,(2006) diperoleh kriteria kasus Gawat darurat di IGD RSUD Rd Mattaher tahun 2006, yaitu 2,9% kasus gawat darurat, 31,7% darurat tidak gawat , dan 65,4% kasus tidak gawat tidak darurat..

Proyeksi kunjungan IGD RSUD H.Abdul Manap berdasarkan kriteria kasus adalah :

Tabel 42.  
 Proyeksi Kunjungan IGD di RSUD H. Abdul Manap  
 Tahun 2008-2011

Kriteria	Jumlah Kasus
Gawat darurat	119
Gawat tidak darurat	1305
Tidak gawat tidak darurat	2693

Sehingga demikian didapatkan perhitungan kebutuhan perawat di IGD adalah :

$$\begin{aligned}
 &= \{(87 \text{ menit} \times 119) + (71 \text{ menit} \times 1305) + (34 \text{ menit} \\
 &\quad \times 2639) + (45 \text{ menit} \times 3)\} \\
 &= 10353 + 92.655 + 89726 + \\
 &= 192.869 \text{ menit} \\
 &= 3214 \text{ jam setahun} \\
 &= 8.8 \text{ jam per hari}
 \end{aligned}$$

Rumus Formula Ilyas adalah :

$$\begin{aligned}
 \text{Tenaga Perawat} &= \frac{D \times 365}{255 \times \text{jam kerja/hari}} \\
 &= \frac{8.8 \times 365}{255 \times 6 \text{ jam /hari}} \\
 &= 2.1 \text{ perawat}
 \end{aligned}$$

Kebutuhan tenaga perawat adalah 2,1 dibulatkan menjadi 2. Tetapi pelayanan di IGD dilaksanakan dalam 3 shift, sehingga dengan demikian diperlukan minimal 4 orang perawat ( 1 orang shift pagi, 1 orang shif sore, 1 orang shift malam, dan 1 orang libur) .

### 5.7.3.2. Kebutuhan SDM keperawatan di Instalasi Rawat Jalan

Dari tabel 5.37 halaman 124 berjudul Proyeksi Pelayanan Kesehatan di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi diasumsikan jumlah pasien rawat jalan tahun 2008 adalah 35.411 orang, pada tahun 2011 adalah 45.591 orang dan pada tahun 2013 adalah 50304 . Sehingga diperkirakan kebutuhan perawat pada instalasi rawat jalan di RSUD H. Abdul Manap adalah :

a. Tahun 2008 (tahun ke 1)

Asumsi jumlah pasien rawat jalan per tahun adalah 35.411 orang atau 138-150 orang per hari

$150 \times 15 \text{ Menit} : 6 \text{ (hari kerja)} \times 60 \text{ menit} = 6,25 \text{ orang} +$   
Koreksi 15 % = 7,19 orang, dibulatkan menjadi 7 orang.

b. Tahun 2011 (tahun ke 3)

Asumsi jumlah pasien rawat jalan per tahun 45.591 atau 180 orang per hari

$180 \times 15 \text{ menit} : 6 \text{ (hari kerja)} \times 60 \text{ menit} = 7,45 \text{ orang} +$   
Koreksi 15 % = 8,56 orang, dibulatkan menjadi 9 orang.

c. Tahun 2013 (tahun ke 5)

Asumsi jumlah pasien rawat jalan per tahun adalah 50304 atau 197-200 orang per hari

$200 \times 15 \text{ menit} : 6 \text{ (hari kerja)} \times 60 \text{ menit} = 8,3 \text{ orang} +$  Koreksi  
15 % = 9,5 orang, dibulatkan menjadi 10 orang.



### 5.7.3.3. Kebutuhan SDM keperawatan di Instalasi Rawat Inap

Menghitung kebutuhan perawat di instalasi rawat inap lebih sulit karena beban kerja perawat tergantung kepada kondisi pasien apakah memerlukan perawatan penuh atau sebagian atau pasien dapat mandiri. Untuk menghitung jam perawatan, Peneliti mengutip jam perawatan memakai jam keperawatan efektif yang diteliti oleh Mahdi, 2000 yaitu berkisar antara 3,8-6 jam perhari. Peneliti mengambil angka rata-rata 4 jam perhari. Jumlah pasien rawat inap tahun 2008 adalah 9.546 orang pasien, tahun 2011 adalah 13.670 pasien, dan tahun 2013 adalah 17.607 pasien. Dengan LOS rata-rata adalah 5 hari. Jumlah tempat tidur di RSUD Abdul Manap adalah 168 tempat tidur. Untuk menghitung kebutuhan perawat Formula Ilyas, yaitu .

$$\text{Tenaga Perawat} = \frac{A \times B \times 365}{255 \times \text{Jam kerja/ hari}}$$

Keterangan :

A = Jam Perawatan / 24 jam (Waktu perawatan yang dibutuhkan pasien)

B = Sensus Harian (BOR X Jumlah tempat Tidur)

Jam kerja per hari = 6 jam

365 = Jumlah hari kerja selama setahun

255 = Hari Kerja Efektif perawat /tahun

(365- 12 hari libur nasional- 12 hari libur/cuti tahunan) X ¾

Sensus Harian adalah jumlah rata-rata pasien yang dirawat per hari, dengan rumus :

$$\text{Rata-rata pasien per hari} = \frac{\text{LOS} \times \text{Jumlah pasien rawat inap per tahun}}{365}$$

Proyeksi sensus harian di RSUD H. Abdul Manap adalah

$$\begin{aligned} \text{Tahun 2008} &= \frac{5 \times 9546}{365} \\ &= 130 \text{ orang} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Tahun 2011} &= \frac{5 \times 13670}{365} \\ &= 187 \text{ orang} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Tahun 2013} &= \frac{5 \times 17607}{365} \\ &= 241 \text{ orang} \end{aligned}$$

a. Kebutuhan tenaga perawat di instalasi rawat inap tahun 2008 adalah .

$$\begin{aligned} &= \frac{4 \text{ jam} \times 130 \text{ orang pasien} \times 365 \text{ hari}}{255 \times 6 \text{ jam}} \\ &= 124 \text{ orang} \end{aligned}$$

b. Dengan cara yang sama diperoleh kebutuhan tenaga perawat di instalasi rawat inap tahun 2011, yaitu : 178 orang

c. Kebutuhan tenaga perawat di instalasi rawat inap tahun 2013, yaitu : 230 orang

### 5.8. Pendapat Pakar

Setelah melakukan perhitungan kebutuhan SDM medis dan paramedis keperawatan di RSUD H. Abdul Manap Peneliti meminta pendapat sejumlah pakar SDM rumah sakit di Universitas Indonesia,

yaitu Amal Chalik Sjaaf, Yaslis Ilyas, Purnawan Junadi dan Sumijatun. Tetapi karena keterbatasan waktu mereka, menyebabkan Peneliti menyampaikan hasil kesimpulan penelitian dan para pakar tersebut hanya memberi masukan tentang perhitungan SDM rumah sakit, tidak membahas hasil perhitungan secara mendetil.

a. Pendapat Pakar Prof. dr. Amal Chalik Sjaaf, SKM, Dr.PH

Untuk membuat perhitungan kebutuhan SDM, diteliti terlebih dahulu fungsi rumah sakit, *demand*, dan *supply* yang ada di Rumah sakit tersebut. Setelah itu baru ditentukan berapa kebutuhan SDM. Waktu pelayanan yang dibutuhkan dapat berpedoman kepada hasil penelitian atau data-data yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan. Pakar setuju ketika disampaikan bahwa Peneliti memperkirakan *demand* masyarakat terhadap RSUD H. Abdul Manap berdasarkan pelayanan yang terjadi di RSUD Rs Mattaher dan RS St Theresia yang Peneliti teliti. Menurut pakar dengan adanya *captive market* peserta Askes sosial dan askeskin maka pelayanan di RSUD H. Abdul Manap akan cepat meningkat, tetapi yang lebih cepat adalah pelayanan rawat jalan. Sebagai rumah sakit kelas C, RSUD H. Abdul Manap dapat membuat perhitungan ketenagaan berdasarkan pendekatan fungsi-fungsi yang ada rumah sakit tersebut.

Selain itu, minimal kebutuhan dokter spesialis untuk

masing-masing spesialisasi adalah 2 orang untuk mengantisipasi

jika salah seorang dokter tersebut cuti, sakit, atau berhalangan. Demikina juga untuk SDM yang lain seperti dokter umum, harus diantisipasi jika ada yang berhalangan hadir.

b. Pendapat Pakar Yaslis Ilyas

Sama seperti yang disampaikan oleh Pakar a, dalam menghitung kebutuhan SDM perlu diperhitungkan faktor *supply*, *demand* dan fungsi. Karena RSUD H. Abdul Manap ini masih baru, disarankan untuk memakai metode *ratio* yang ada di SK Menkes tahun 79. Pakar setuju ketika disampaikan bahwa Peneliti membuat suatu *Competitive Profile Matrix* untuk mengetahui *demand* terhadap pelayanan di RSUD H. Abdul Manap Dalam menentukan waktu pelayanan yang terbaik adalah *tailor made*, sehingga rumah sakit harus menghitung sendiri waktu pelayanannya berdasarkan *evidence* yang ada di rumah sakit tersebut. Kalau tidak ada dipakai data-data yang ada di buku-buku referensi. Tetapi data di buku tsb. tidak sesuai dengan kondisi di Indonesia, karena penelitiannya di luar negeri sedangkan penelitian di Indonesia sedikit.

c. Pendapat Pakar Purnawan Junadi

Dengan pakar ini, Peneliti lebih banyak mendiskusikan tentang bagaimana mewujudkan visi dan misi.

Pakar sependapat dengan hasil penelitian bahwa visi yang ditetapkan menjadi “Rumah Sakit Bertaraf Internasional” boleh tidak tercapai dalam 5 tahun, karena visi memang suatu harapan

jangka panjang. Pakar menyarankan agar RSUD H. Abdul Manap melakukan *bench marking* keluar negeri agar mengetahui bagaimana rumah sakit yang bertaraf internasional, paling dekat ke Singapura.

### 5.9. CDMG Kedua

Pada CDMG ke 2 ini didiskusikan kimpetensi SDM yang dibutuhkan, yaitu :

a. Kompetensi SDM medis di RSUD H. Abdul Manap sebagai berikut :

1. Warga Negara Indonesia, kecuali dokter tamu
2. Sehat jasmani dan rohani.
3. Memiliki ijazah dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis yang disahkan sesuai dengan peraturan Menteri Kesehatan
4. Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dari Konsil Kedokteran Indonesia
5. Memiliki Surat Izin Praktek dan atau memenuhi ketentuan dan perundangan yang berlaku
6. Pengalaman kerja tidak disyaratkan (boleh *fresh graduate*)
7. Bersedia menandatangani kontrak kerja dengan Pemerintah Kota Jambi, cq Rumah Sakit Umum Daerah H. Abdul Manap

8. Untuk dokter umum yang akan ditempatkan di IGD diutamakan yang memiliki sertifikat ATLS, ACLS , PPDGD

Seperti yang diungkapkan oleh anggota CDMG di bawah

ini :

*“Semua tenaga medis yang dipekerjakan harus mentaati segala peraturan perundangan yang berlaku bagi tenaga kerja. Tidak perlu berpengalaman sekian tahu yang penting sehat, berperilaku baik .....”*

*“ Biar para dokter tidak lari sana sini, kita buat kontrak kerja, bahwa mereka memenuhi peraturan kepegawaian rumah sakit. Misalnya harus kommit akan melayani pasien dalam waktu sesuai dengan kesepakatan, tidak akan pindah dalam tiga tahun, ...”*

*“Dokter asing boleh bekerja di RSUD Abdul Manap, tapi jangan sebagai pegawai tetap.... dikontrak per tahun barangkali.... untuk transfer knowledge...”*

b. Kompetensi tenaga keperawatan di RSUD H. Abdul Manap sebagai berikut :

1. Warga Negara Indonesia
2. Sehat jasmani dan rohani.
3. Pendidikan : SPK, D3 Kebidanan, D3 Keperawatan, S1 Keperawatan dan S2 Keperawatan.
4. Lulus seleksi penerimaan tenaga keperawatan yang dilaksanakan oleh tim penerimaan SDM RSUD H. Abdul Manap, yang terdiri dari ujian teori, praktek, keterampilan dan tes psikologi.

5. Dapat mengoperasikan komputer, program *Office*

6. Bersedia menandatangani kontrak kerja dengan Pemerintah Kota Jambi, cq Rumah Sakit Umum Daerah H. Abdul Manap
7. Untuk jabatan Struktural diperlukan pengalaman kerja minimal 2 tahun.

Peserta CDMG juga sepakat dengan pendapat pakar, bahwa walaupun dari perhitungan kebutuhan masing-masing dokter spesialis 1, tetapi yang direkrut adalah 2 orang untuk mengantisipasi ketidak hadirannya akibat sakit, cuti, berhalangan SDM yang lain.

Selain itu didiskusikan juga hasil perhitungan kebutuhan dokter spesialis, yaitu untuk kategori diluar spesialisasi dasar, seperti THT, Kulit Kelamin, dan paru-paru, yang hanya membutuhkan kurang dari 1 orang dokter, karena masih rendahnya beban kerja. Sedangkan dokter spesialis jantung walaupun pada perhitungan kebutuhan SDM hasilnya adalah adanya kebutuhan akan dokter jantung, tetapi pelayanannya dapat dilaksanakan oleh dokter spesialis penyakit dalam. Disepakati bahwa 4 spesialis dasar akan diprioritaskan pengadaannya, yaitu masing-masing sebanyak 2 orang. Sedangkan untuk spesialisasi yang lain, akan diadakan kerjasama dengan RSUD Raden Mattaher dan rumah sakit lain di sekitar Kota Jambi untuk dapat memberikan pelayanan secara

berkala. Sehingga dengan demikian untuk kebutuhan SDM medis dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

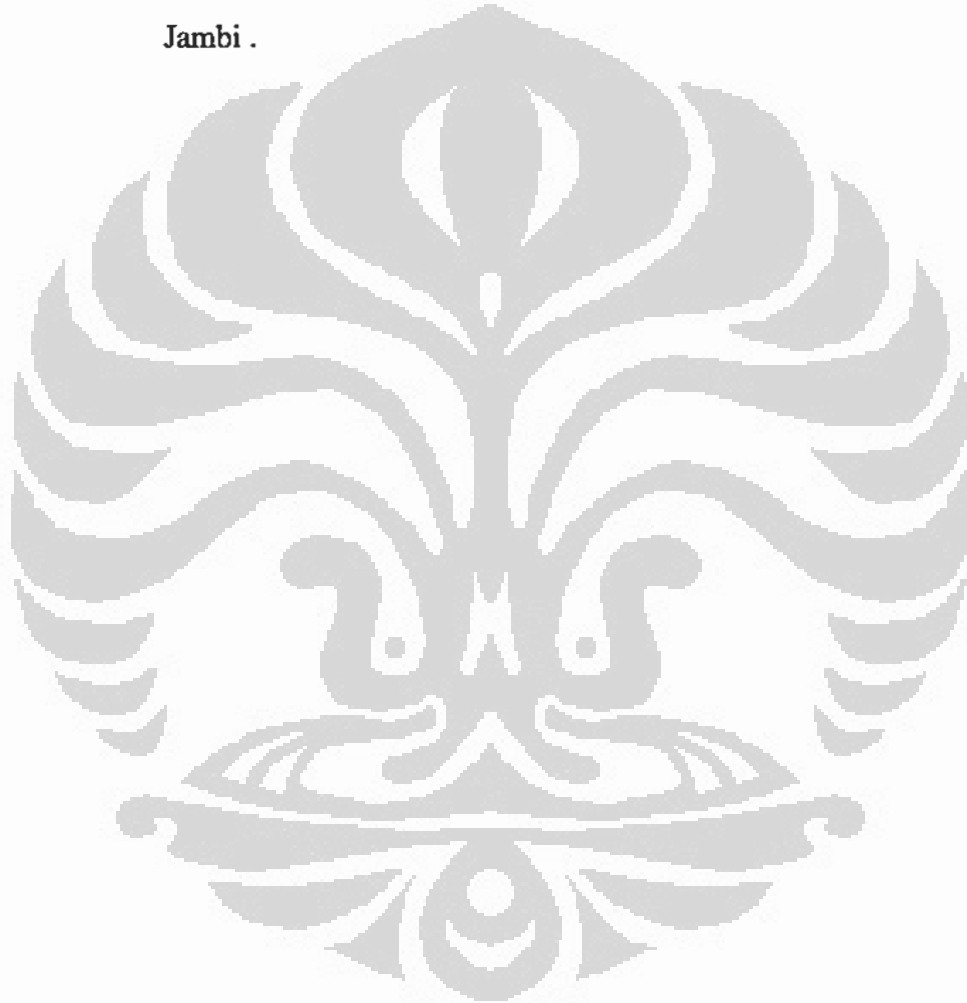
Tabel 5.43  
Kebutuhan SDM Medis & Keperawatan  
RSUD H. Abdul Manap Tahun 2008-2013

Kategori SDM	Kebutuhan		
	2008	2011	2013
<b>A. SDM Medis</b>			
1. Penyakit Dalam	2	2	2
2. Bedah	2	2	2
3. Syaraf	1	1	1
4. Kesehatan Anak	2	2	2
5. Obstetri & Ginekologi	2	2	2
6. Jantung	2	2	2
7. THT	1	1	1
8. Mata	1	1	1
9. Kulit Kelamin	1	1	1
10. Paru-paru	1	1	1
11. Anestesi	2	2	2
12. Radiologi	1	1	1
13. Patologi Klinik	1	1	1
14. Dokter gigi	2	2	2
12. Dokter Umum	17	17	17
Jumlah	38	38	38
<b>B. SDM Keperawatan</b>	135	191	244

Dari hasil perhitungan di atas terlihat bahwa tidak ada perubahan kebutuhan tenaga medis, yaitu 19 orang dokter spesialis, 17 orang dokter umum dan 2 orang dokter gigi tahun 2008 dengan tahun 2011 dan tahun 2013. Sedangkan untuk SDM keperawatan diperlukan penambahan sebanyak 56 orang pada tahun 2011, dan penambahan 53 orang pada tahun 2013. Tetapi anggota CDMG menyatakan bahwa manajemen rumah sakit harus mengevaluasi kebutuhan tenaga ini setiap tahun berdasarkan beban pelayanan serta situasi dan kondisi rumah sakit pada waktu tersebut



Anggota CDMG sepakat untuk melakukan *benchmarking* ke Singapura atau ke Malaysia atau ke rumah sakit Padang Panjang, RS Siloam Gleneagles di Karawang untuk membuka cakrawala manajemen dan staf rumah sakit sesuai dengan kemampuan keuangan Pemerintah Kota Jambi .



## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1. Keterbatasan Penelitian**

Kendala yang yang ditemui peneliti adalah menentukan waktu pelayanan oleh dokter dan perawat yang berhubungan dengan beban kerja SDM tersebut dan sangat beragamnya pekerjaan dan jenis pekerjaan yang dilakukan oleh tenaga medis dan paramedis keperawatan di rumah sakit. Hampir semua teori dan formula tentang penghitungan SDM mensyaratkan diketahuinya jumlah, jenis dan volume pelayanan yang dilaksanakan. Sedangkan data terbaik adalah data yang diperoleh dari rumah sakit itu sendiri (*tailor made*). Sementara data-data tersebut tidak ditemukan di RSUD H. Abdul Manap karena pelayanan belum ada. Untuk mengatasinya peneliti meneliti pelayanan di rumah sakit yang ada di Kota Jambi, dan akhirnya anggota CDMG membuat asumsi pelayanan yang akan terjadi di RSUD H. Abdul Manap.

Untuk mengetahui waktu yang dipakai oleh seorang dokter untuk memeriksa pasien dan waktu keperawatan peneliti merujuk kepada waktu pelayanan berdasarkan hasil penelitian Mahdi (2000) ,Yaslis (2004).

#### **6.2. Hasil Penelitian**

##### **6.2.1. Visi dan Misi RSUD H. Abdul Manap.**

###### **6.2.1.1. Visi**

Dari penelitian ini ditetapkan visi sebagai berikut :

**“Menjadi Rumah Sakit Bertaraf Internasional”.**

Perencanaan SDM..., Ermilda Sriwastuti, FKM UI, 2008

Visi adalah suatu keadaan di masa datang yang menjadi impian atau diharapkan akan terjadi, merupakan pandangan jauh ke depan dengan landasan keyakinan yang harus dianut. Visi yang baik adalah visi yang melibatkan dan menginspirasi semua anggota organisasi untuk mewujudkan impian atau harapannya.

Menurut Mulyadi (2001), Visi harus sederhana dan wajib terpatri dalam diri personel perusahaan untuk dapat mewujudkannya, memberikan tantangan, praktis dan realistis.

Visi RSUD H. Abdul Manap menjadi rumah sakit bertaraf internasional mempunyai arti bahwa rumah sakit akan memberikan pelayanan kesehatan dengan kualitas yang dapat bersaing dengan rumah sakit luar negeri. Menurut peneliti visi diatas sangat *imaginable* mengingat globalisasi dan AFTA menyebabkan dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya bebas memberikan pelayanan kesehatan di Indonesia. Visi ini dapat diwujudkan dengan kerja keras seluruh sumber daya yang ada di rumah sakit. Selain itu sangat dibutuhkan dukungan dana yang kuat dan kebijakan dari pemerintah.

Lokasi Kota Jambi yang berdekatan dengan negara tetangga Singapura dan Malaysia yang menyebabkan kedua negara tersebut menjadi cermin bagi Pemerintah daerah Kota Jambi khususnya dibidang perumahan. Disamping itu kedua negara tadi memiliki suku bangsa dan latar belakang Budaya Melayu, serta yang paling penting kedua negara tersebut telah berhasil mengembangkan rumah sakit menjadi sumber pendapatan bagi negaranya.

Saat ini banyak rumah sakit yang menamakan dirinya sebagai rumah sakit internasional, seperti Rumah Sakit Bintaro Internasional, Rumah Sakit Mitra Internasional dan lain-lain. Tetapi hanya 1 rumah sakit di Indonesia yang sudah memperoleh akreditasi internasional dari Internasional Joint Commission dari Amerika yaitu Rumah Sakit Siloam Gleanegles Karawang. Selain itu beberapa rumah sakit pemerintah juga mempunyai cita-cita menjadi rumah sakit internasional, seperti Rumah Sakit Umum Kota Padang Panjang di Sumatera Barat dan RSUD Sekayu di Kabupaten Musi Banyuasin.

Sebutan internasional menunjukkan bahwa rumah sakit tersebut memberikan pelayanan yang mutunya dapat disejajarkan dengan rumah sakit diluar negeri. Sangat banyak persyaratan agar dapat distandarkan sebagai rumah sakit internasional. Sebut saja standar pelayanan, peralatan, SDM dan standar fisik rumah sakit. Standard Joint Commission, misalnya, mengharuskan ada keterbukaan informasi kepada pasien, sebagai berikut:

- i. Dokter akan menjelaskan penyakit dan obat yang diterima pasien tanpa diminta. Pasien berhak bertanya jika belum mengerti dan harus mendapat penjelasan hingga benar-benar paham.
- ii. Dokter menjelaskan tindakan medis yang akan dilakukannya dan langkah alternatif yang bisa ditempuhnya. Dokter juga akan menjelaskan risiko dari semua perawatan itu, termasuk jika pasien menolak perawatan dan pengobatan yang ditawarkan.

- iii. Tenaga medis akan menjelaskan secara terbuka perkiraan lama pasien dirawat di rumah sakit. Diagnosis penyakit pasien juga selesai dalam 24 jam dan langsung dijelaskan kepada pasien.
- iv. Sebelum dirawat ada pemeriksaan khusus atas kondisi pasien untuk mencegah kesalahan perawatan dan pengobatan yang bisa membahayakan pasien.
- v. Rumah sakit akan menjaga kerahasiaan dan privasi pasien. Hanya inisial nama pasien yang ditulis. Data pasien pun berbentuk kode, yang hanya dimengerti oleh staf medis dan hanya dijelaskan kepada pasien atau keluarganya. Jadi, kondisi pasien dirahasiakan sepenuhnya dari orang lain, termasuk pembesuk.
- vi. Rekam medis sangat lengkap dan mendetail. Semua tindakan serta pemberian obat dicatat, sehingga bisa diawasi dan dipastikan hanya obat serta tindakan yang perlu saja yang diberikan kepada pasien (Siahaan, Blog berita.net, 2008)

Tetapi pada hasil penelitian ini, CDMG tidak membahas seperti apa standar internasional yang akan diterapkan oleh RSUD H. Abdul Manap, langkah-langkah yang akan diterapkan dan juga tidak disebutkan siapa yang akan bertugas melakukan langkah-langkah tersebut.

### 6.2.1.2. Misi

Misi RSUD H. Abdul Manap adalah :

- a. Mengupayakan dan mengembangkan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang terjangkau.
- b. Memiliki SDM yang profesional dan inovatif dengan semangat persaudaraan
- c. Terakreditasi 5 pelayanan pada tahun 2011.
- d. Menjalin kerjasama dengan rumah sakit pilihan baik didalam maupun diluar negeri.

Menurut Ayuningtyas (2004), misi adalah langkah operatif untuk mewujudkan visi (pernyataan tugas). Misi tersebut diatas menurut peneliti belum terlihat langkah untuk menjadi rumah sakit bertaraf internasional, kecuali dengan menjalin kerjasama dengan rumah sakit pilihan didalam maupun diluar negeri.

Misi mengupayakan pelayanan yang bermutu dengan harga terjangkau sesuai dengan tugas pemerintah memberikan perlindungan masyarakat miskin. Misi mengembangkan pelayanan yang bermutu dan memiliki SDM yang profesional dan inovatif memiliki keterkaitan yang memerlukan investasi finansial yang cukup besar. Pernyataan ini memiliki arti bahwa petugas kesehatan harus senantiasa *up date* dengan perkembangan ilmu pengetahuan terbaru yang secara aktif dilaksanakan melalui simposium, kongres, penerbitan jurnal sampai menambah pendidikan keluar negeri dan lain-lain. Terakreditasi 5 pelayanan pada tahun 2011 bagi sebuah rumah sakit yang baru merupakan suatu hal yang harus dipenuhi. Karena sesuai dengan

peraturan yang berlaku untuk memperpanjang izin, sebuah rumah sakit harus terakreditasi terlebih dahulu.

Misi menjalin kerjasama dengan Rumah sakit pilihan didalam dan luar negeri. Menjaln kerjasama dengan Rumah sakit yang ada diluar negeri harus dilakukan dengan hati-hati, agar kita tidak menjadi tempat mencari pasien saja. Kerjasama yang dibangun hendaknya adalah kerjasama kemitraan dan terjadi *transfer of knowledge*.

#### **6.2.2. Tujuan Jangka Panjang RSUD H. Abdul Manap**

Tujuan Jangka Panjang RSUD H. Abdul Manap adalah:

- a. Menjadi Pusat Rujukan di Propinsi Jambi, dengan pelayanan terbaik dan terjangkau bagi masyarakat luas.
- b. Menjadi Rumah Sakit Kelas B dengan Status Badan Layanan Umum.
- c. Menjadi Rumah Sakit Mandiri dengan fokus pelayanan penyakit infeksi tropik,

Tujuan jangka panjang RSUD H. Abdul Manap diatas memiliki keterkaitan satu sama lain, tetapi apakah tujuan tersebut dapat terwujud dalam jangka waktu 5 tahun kedepan mengingat rumah sakit ini merupakan rumah sakit baru yang fasilitas dan SDMnya belum lengkap masih merupakan tanda tanya. Untuk mencapai hal tersebut sangat dibutuhkan pendanaan yang besar serta sumber daya manusia yang kompeten. Kenyataan yang ada saat ini rumah sakit pemerintah merupakan tempat “persinggahan” saja bagi dokter spesialis maka perlu dibuat suatu *mutual agreement* (kontrak kerja) antara rumah sakit/ pemerintah daerah agar dokter spesialis dapat memberikan pelayanan yang

bermutu dan bertanggung jawab. Sebaliknya hak dokter dan seluruh SDM lainnya harus dipenuhi, terutama dalam hal kesejahteraan, keamanan dan kenyamanan kerja. Keberadaan “*wing bisnis*” di rumah sakit merupakan salah satu cara yang banyak dilakukan oleh rumah sakit pemerintah saat ini untuk meningkatkan pendapatan rumah sakit.

Menjadi rumah sakit rujukan untuk Propinsi Jambi dan menjadi Rumah Sakit Kelas B merupakan tujuan jangka yang juga saling berkaitan. Menjadi Pusat Pelayanan Infeksi Tropikal merupakan pilihan yang cukup tepat mengingat penyakit infeksi tropik, seperti DHF, malaria, merupakan penyakit endemis di Propinsi Jambi. Untuk itu manajemen rumah sakit perlu mempersiapkan SDM-nya mulai dari sekarang, seperti magang di RS khusus infeksi, mengirim dokter mengikuti pendidikan yang sesuai, melengkapi sarana laboratorium dan sebagainya.

Menjadi Badan Layanan Umum (BLU) dan menjadi rumah sakit yang mandiri. Pengertian BLU adalah instansi pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat, *not for profit*, mempunyai wewenang yang cukup dalam mengelola uang, barang dan manusia dengan tata kelola yang baik (Dirjen Pembinaan PK BLU, Direktorat Perbendaharaan, Depkeu, RI). Saat ini rumah sakit dituntut untuk menjalankan organisasinya secara sosioekonomis, yaitu menjalankan misi sosial, dilain pihak harus efisien (Trisnantoro, 2005). Minimnya subsidi dari pemerintah menyebabkan rumah sakit harus mampu membiayai operasional rumah sakit secara swadana dan untuk itu rumah sakit harus memberikan pelayanan yang berkualitas agar masyarakat mau memakai jasa pelayanannya.



Menurut Ascobat Gani dari Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Universitas Indonesia yang disampaikan pada lokakarya Nasional Kesiapan RSUD menjadi BLU ([masmoki.blogspot.com](http://masmoki.blogspot.com)) dengan status BLU maka rumah sakit akan:

1. Tetap melaksanakan misi pemerintah dalam pelayanan kesehatan rumah sakit.
2. Memungkinkan RSUD menangkap potensi pasar.
3. Menjamin RSUD untuk mengikuti perkembangan IPTEK.
4. Mencegah *brain drain* dalam era perdagangan bebas.
5. Mencegah *two tiers health services system* (RSUD untuk masyarakat "kere" dan rumah sakit swasta untuk kalangan "elite")
6. Membuat RSUD dapat bersaing sebagai provider asuransi dan perusahaan swasta.

### 6.2.3. Tujuan Jangka Panjang SMF

- a. SMF Penyakit Dalam
  - SMF Penyakit Dalam dapat menjadi pusat pelayanan penyakit infeksi tropik di Kota Jambi, khususnya penyakit Malaria, DHF dan TBC.
- b. SMF Anak
  - Memiliki Sentra Pelayanan BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah)
- c. SMF Kebidanan dan Kandungan
  - Menjadi Rumah sakit yang Sayang Ibu
- d. SMF Bedah
  - Mengembangkan Pelayanan di IGD RSUD H. Abdul Manap.
- b. SMF Mata
  - Menjadi Pusat pelayanan penyakit Infeksi Mata

Tujuan jangka panjang SMF penyakit dalam, anak dan kebidanan merupakan tujuan yang logis, disebabkan Kota Jambi merupakan daerah endemis penyakit menular. Demikian juga menjadi Sentra BBLR dan rumah sakit sayang ibu, mengingat program kesehatan ibu dan anak, khususnya penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir merupakan salah satu prioritas dalam *Millenium Development Goals 2015* (Sujudi, 2004)

#### **6.2.4. Standar pendidikan dan standar kompetensi SDM medis dan keperawatan yang akan menjadi pegawai RSUD H. Abdul Manap**

Kualifikasi dan kompetensi tenaga medis di RSUD H. Abdul Manap disebutkan sebagai berikut :

1. Warga Negara Indonesia, kecuali dokter tamu
2. Sehat jasmani dan rohani.
3. Memiliki ijazah dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis yang disyahkan sesuai dengan peraturan Menteri Kesehatan
4. Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dari Konsil Kedokteran Indonesia
5. Memiliki Surat Izin Praktek dan atau memenuhi ketentuan dan perundangan yang berlaku
6. Pengalaman kerja tidak disyaratkan (boleh *fresh graduate*)
7. Bersedia menandatangani kontrak kerja dengan Pemerintah Kota Jambi, cq Rumah Sakit Umum Daerah H. Abdul Manap
8. Untuk dokter umum yang akan ditempatkan di IGD diutamakan yang

memiliki sertifikat ATLS, ACLS , PPDGD

Standar dan kompetensi tenaga dokter, dokter spesialis dan dokter gigi dibuat oleh ikatan profesi dan kolegium yang pelaksanaannya mengacu kepada Undang-undang No.29 tahun 2004 tentang Praktik kedokteran . Pelaksanaan dan pengawasan berjalannya undang-undang tersebut dipegang oleh Konsil Kedokteran Indonesia . Konsil Kedokteran Indonesia suatu badan otonom, mandiri, non struktural dan bersifat independen yang terdiri atas konsil kedokteran dan kedokteran gigi yang bertanggung jawab kepada Presiden (Yusa, 2006)

Standar dan kualifikasi tenaga medis yang disebutkan diatas dapat disetujui mengingat *demand* terhadap dokter di Indonesia lebih tinggi dari pada *supply*.

Sangat tidak mudah memperoleh SDM yang mempunyai kompetensi yang maksimal. Menurut Wilkinson, JM (2001) dikutip dari Sumijatun (2003) perawat yang baik harus mempunyai keterampilan kognitif (intelektual), kreatif dan mempunyai keingintahuan yang tinggi, keterampilan interpersonal, kompetensi kultural, keterampilan psikomotor serta mempunyai keterampilan teknologi yang seiring dengan tuntutan kemajuan. Untuk itu manajemen rumah sakit harus melaksanakan seleksi yang baik pada saat menerima tenaga kesehatan, dan terus menerus memberikakan kesempatan bagi SDMnya untuk mengikuti pendidikan yang berkelanjutan, baik melalui pendidikan yang formal maupun informal.

Kualifikasi tenaga keperawatan yang disebutkan diatas perlu dipertimbangan perkembangan keperawatan di Indonesia. Keperawatan di Indonesia sedang dalam masa transisi dari keperawatan occupasi menjadi profesi . Saat ini

dikembangkan Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP). Implementasi MPKP membutuhkan prakondisi dengan cara penetapan jumlah dan jenis tenaga perawat yang dibutuhkan berdasarkan derajat ketergantungan pasien dan ditetapkannya standar rencana asuhan keperawatan (Sitorus,2006). Karena itu diperlukan perawat dengan standar pendidikan profesional.

Menurut Sitorus (2006) ada empat tingkatan dan spesifikasi MKP, mulai dari MKP Pemula, MKP I, MKP II, dan MKP III. Untuk menetapkan MPK tingkat pemula suatu instansi perawatan rumah sakit yang mempunyai pasien 25-35 pasien/hari, dibutuhkan paling tidak 1 (satu) orang perawat dengan kualifikasi pendidikan D3 keperawatan yang telah berpengalaman sebagai kepala perawat, 1 (satu) orang perawat dengan kualifikasi pendidikan SKp/Ners sebagai CCM (Clinical care Manager), sekitar 3 (tiga) orang perawat primer (PP) dengan kualifikasi pendidikan D-III keperawatan dengan pengalaman minimal 4 tahun, dan sekitar belasan orang perawat *associate* (PA) dengan kualifikasi pendidikan SPK atau D-III keperawatan. Sedangkan untuk menerapkan MPKP I di instansi yang sama dengan diatas dibutuhkan 1 (satu) orang perawat dengan kualifikasi pendidikan Ners spesialis sebagai *Clinical Care Manajer*, sekitar 3 (tiga) orang perawat primer (PP) dengan kualifikasi pendidikan SKp/Ners, dan sekitar belasan orang peawat Associate (PA) dengan kualifikasi pendidikan D-III keperawata. Demikian selanjutnya untuk menerapkan MPKP yang lebih lanjut dibutuhkan sejumlah perawat dengan kualifikasi yang lebih tinggi.

#### **6.2.5. Jumlah dan jenis SDM Medis dan keperawatan yang akan menjadi pegawai RSUD H. Abdul Manap**

Penghitungan jumlah, jenis dan kebutuhan SDM menurut beban kerja belum dapat diterapkan dengan maksimal, karena belum adanya data tentang jumlah, jenis pelayanan dan waktu pelayanan yang diperlukan oleh SDM medis dan keperawatan di RSUD H. Abdul MANap. Jumlah kebutuhan SDM tersebut berdasarkan proyeksi yang dibuat berdasarkan pelayanan yang terjadi di rumah sakit lain di Kota Jambi serta dengan menerima masukan dari pakar (*expert*).

Penghitungan kebutuhan SDM Medis dan Keperawatan RSUD Abdul Manap tahun 2008-2013 dilakukan dalam 3 tahap, yaitu Jangka Pendek (1 tahun), jangka menengah (3 tahun) dan jangka panjang (5 tahun).

Hasil perhitungan kebutuhan tenaga medis tahun 2008-2015 tidak ada perubahan, yaitu dokter spesialis 19 orang, dokter umum 17 orang dan dokter gigi 2 orang. Sedangkan perhitungan kebutuhan keperawatan memerlukan penambahan setiap periode. Tahun 2008 dibutuhkan 135 orang tenaga keperawatan, tahun 2011 dibutuhkan penambahan sebanyak 56 orang dan ditahun 2013 dibutuhkan penambahan 53 orang tenaga keperawatan lagi. Manajemen RSUD H.Abdul Manap hendaknya melakukan evaluasi setiap tahun tentang kebutuhan SDM dan faktor-faktor lingkungan internal dan eksternal dan melakukan perubahan jika diperlukan. Karena perubahan perencanaan tidak boleh dilihat sebagai kelemahan dari proses perencanaan, tetapi lebih sebagai pertanda baik bahwa organisasi melakukan pengawasan terhadap lingkungan eksternal dan

melakukan tanggapan yang sesuai dengan perubahan yang terjadi (Mello,A ,2002).

Keinginan *stakeholder* untuk melaksanakan pelayanan spesialisasi di RSUD H. Abdul Manap lebih dari ketentuan rumah sakit tipe C, yang tergambar dari hasil wawancara mendalam dan CDMG perlu dipertimbangkan kembali, mengingat rumah sakit ini masih baru disamping itu jika dilihat kebutuhan untuk pelayanan diluar 4 spesialis dasar juga belum mendesak.

Mengacu kepada Undang-undang No 22 tahun 1999 tentang Pemerintah daerah, ditetapkan bahwa kesehatan merupakan bidang pemerintah yang wajib dilaksanakan oleh daerah Kabupaten dan Kota. Diharapkan pembangunan RSUD H. Abdul Manap yang dibangun dengan dana APBD Kota Jambi sejak tahun 2006 dapat berfungsi melakukan upaya pelayanan kesehatan rujukan dan upaya kesehatan penunjang di Kota Jambi. Dan dengan dibuatnya perencanaan SDM RSUD H. Abdul Manap ini akan menjamin bahwa bagi Rumah sakit tersedia SDM yang tepat untuk menduduki berbagai kedudukan, jabatan dan pekerjaan yang tepat pada waktu yang tepat untuk mencapai tujuan dan berbagai sasaran yang telah ditetapkan oleh organisasi (Siagian, 2007).

## **BAB VII**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1. Kesimpulan**

1. Visi dan misi RSUD H. Abdul Manap berhasil diformulasikan yaitu menjadi Rumah Sakit Bertaraf Internasional.
2. Tujuan Jangka Panjang RS dan Tujuan jangka Panjang SMF berhasil dirumuskan yaitu :
  - a. Menjadi Pusat Rujukan di Propinsi Jambi, dengan pelayanan terbaik dan terjangkau bagi masyarakat luas.
  - b. Menjadi Rumah Sakit Kelas B dengan Status Badan Layanan Umum.
  - c. Menjadi Rumah Sakit Mandiri dengan fokus pelayanan penyakit infeksi tropik.

#### **3. Tujuan Jangka Panjang SMF**

- a. SMF Penyakit Dalam  
SMF Penyakit Dalam dapat menjadi pusat pelayanan penyakit infeksi tropik di Kota Jambi, khususnya penyakit Malaria, DHF dan TBC.
- b. SMF Anak  
Memiliki Sentra Pelayanan BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah)
- c. SMF Kebidanan dan Kandungan  
Menjadi Rumah sakit yang Sayang Ibu
- d. SMF Bedah  
Mengembangkan Pelayanan di IGD RSUD H. Abdul Manap.

e. SMF Mata

Menjadi Pusat pelayanan penyakit Infeksi Mata

3. Standar pendidikan dan standar kompetensi SDM medis dan keperawatan

berhasil ditetapkan, yaitu :

A. Tenaga Medis :

- a. Warga Negara Indonesia, kecuali dokter tamu
- b. Sehat jasmani dan rohani.
- c. Memiliki ijazah dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis yang disahkan sesuai dengan peraturan Menteri Kesehatan
- d. Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dari Konsil Kedokteran Indonesia
- e. Memiliki Surat Izin Praktek dan atau memenuhi ketentuan dan perundangan yang berlaku
- f. Pengalaman kerja tidak disyaratkan (boleh *fresh graduate*)
- g. Bersedia menandatangani kontrak kerja dengan Pemerintah Kota Jambi, cq Rumah Sakit Umum Daerah H. Abdul Manap
- h. Untuk dokter umum yang akan ditempatkan di IGD diutamakan yang
- i. memiliki sertifikat ATLS, ACLS , PPDGD



### B. Tenaga Keperawatan :

Kompetensi tenaga keperawatan di RSUD H. Abdul Manap sebagai berikut :

- a. Warga Negara Indonesia
- b. Sehat jasmani dan rohani.
- c. Pendidikan : SPK, D3 Kebidanan, D3 Keperawatan, S1 Keperawatan dan S2 Keperawatan.
- d. Lulus seleksi penerimaan tenaga keperawatan yang dilaksanakan oleh tim penerimaan SDM RSUD H. Abdul Manap, yang terdiri dari ujian teori, praktek, keterampilan dan tes psikologi.
- e. Dapat mengoperasikan komputer, program *Office*
- f. Bersedia menandatangani kontrak kerja dengan Pemerintah Kota Jambi, cq Rumah Sakit Umum Daerah H. Abdul Manap
- g. Untuk jabatan Struktural diperlukan pengalaman kerja minimal 2 tahun.

4. Jumlah dan jenis SDM medis dan keperawatan yang dibutuhkan RSUD H. Abdul Manap 2008-2013 adalah : Tidak ada perubahan kebutuhan tenaga medis tahun 2008-2013, yaitu 19 orang dokter spesialis, 17 orang dokter umum dan 2 orang dokter gigi tahun 2008 dengan tahun 2011 dan tahun 2013. Sedangkan untuk SDM keperawatan diperlukan penambahan sebanyak 56 orang pada tahun 2011, dan penambahan 53 orang pada tahun 2013.

5. Segmen pasar RSUD H. Abdul Manap adalah masyarakat Kota Jambi pada khususnya dan Propinsi pada umumnya yang berasal dari segmen ekonomi menengah kebawah sampai ekonomi menengah keatas

## **7.2. SARAN**

### **7.2.1. Saran peneliti Pemerintah Daerah Kota Jambi adalah sebagai berikut :**

1. SDM diperoleh melalui rekrutmen dan seleksi yang baik, agar diperoleh SDM yang kompeten dan profesional sesuai dengan latar belakang pendidikan yang dibutuhkan.
2. Mencukupi kebutuhan tenaga kesehatan yang sudah dibuat diatas, dengan proporsi tenaga profesional dan non profesional 70% : 30% agar dapat memberikan pelayanan yang optimal dan bermutu
3. Memberikan otoritas yang besar bagi manajemen rumah sakit untuk melaksanakan fungsinya dengan baik sehingga dapat memberikan pelayanan yang memuaskan kepada *stakeholder*.

### **7.2.2. Kepada Manajemen RSUD H. Abdul Manap**

1. Fokus untuk menjalankan RSUD H. Abdul Manap sebagai RS kelas C, yang memberikan pelayanan spesialisasi dasar, yaitu penyakit dalam, kebidanan dan kandungan, anak dan bedah.
2. Segera membuat rencana sosialisasi visi dan misi rumah sakit sehingga visi yang sudah ditetapkan dapat menjadi visi bersama yang menginspirasi setiap SDM untuk berperilaku kreatif, inovatif, ulet dan tangguh serta terus belajar.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aditama , Tjandra Yoga, 2000, Manajemen AdminiStrasi Rumah Sakit, Edisi Kedua, Jakarta , Penerbit Universitas Indonesia
- Alkatiri, Ali dan Soejitno , Soedharmono dan Ibrahim, Emil , Rumah Sakit Proaktif Suatu pemikiran awal, PT Nimas Multima, Jakarta 1997
- Attwood, Margaret and Dimmoch , Stuart,1999 ,Manajemen Personalia, Bandung
- Ayuningtyas, D,2004, Manajemen StrategisRumah Sakit; Modul Kuliah PS KARS, Universitas Indonesia
- Azwar, Azrul, 1996, Pengantar AdminiStrasi Kesehatan, Jakarta, Binarupa Aksara
- Bachtiar, Adang, 2000, Paket Mata Ajaran, Manajemen Sumber Daya Manusia untuk Mutu
- Beardwell, Ian and Holden Lem, 2001, Human Resources Management, a contemporary approach, Prentice Hall
- Becker, Brian E, 2002, HR As A Source of Shareholder Value, Research and Reccommendation, South WeSt
- Bratakusumah, S. Deddy, 2001, Otonomi Penyelenggaraan Pemerintah Daerah, Jakarta, Gramedia Pustaka Utama
- Bryson, John, 2002, Perencanaan strategis bagi organisasi Sosial, Yogyakarta, Penerbit Pustaka Pelajar.
- Byars, Lloyd L; and W.Rue,Leslie,1984, Human Resources and Personnel Management.
- Cardosa, FauStino Gomes, 2003, Manajemen Sumber Daya Manusia, Yogyakarta, Andi Offset
- Cascio, Wayne, F; 2003, Managing Human Resources, Productivity, Quality of Live, Profits, Mc Graw Hill.
- David, 2006, Manajemen Strategis Konsep, Salemba Empat, Jakarta
- Dale, Margaret, 2003, Successful Recruitment and Selection, Jakarta, PT Gramedia
- Dessler, Gary ,2004, Manajemen Sumber Daya Manusia , Jakarta, Indeks
- Dinas Kesehatan Kota Jambi, 2006, Laporan tahunan Tahun 2005

Dinas Kesehatan Kota Jambi, 2007, Laporan tahunan Tahun 2006

Dinas Kesehatan Kota Jambi, 2008, Laporan tahunan Tahun 2007

Duncan, W.Jack, Ginter, Peter M, Swyne, Linda E, 1996, Strategic Management of Health Care Organization, Second Edition, Blackwell Publisher, Inc

Enz -, Jack Fitz and Davison, Barbara, 2001, How to Measure Human Resources Management, Mc Graw-Hill

Gani, Ascobat, 2006, Lokakarya Nasional Kesiapan RSUD menjadi BLU, [masmoki.blogspot.com](http://masmoki.blogspot.com). diakses 30 Juni 2008

Gaspersz, Vincent, 2006, Sistem Manajemen Kinerja Terintegrasi. Balanced Scorecard dengan Six Sigma, Untuk Organisasi Bisnis dan Pemerintahan, PT Gramedia Pustaka.

Gillies, D.A., 1989, Nursing Management a SyStem Approach, 2nd Ed, WB Sanders, Philadelphia

Griffith, John R, 1987, The Well Managed Community Hospital, Health Administration Press, Michigan

Hareman, A Michael and Milles, Matthew B, 1992, Analisis Data Kualitatif, Jakarta, Penerbit Universitas Indonesia

Hereman III, Herbert G, and Schwab Donald P, and Fossum, John A, and D.Dyer Lee, 1981, Managing Personel and Human Resources Strategies and Program, USA.

Hooghiemstra, T, 1992, Integrated Management of Human Resources, Kogan Page, London

Hudoyo, Juron Respati,, [digital .com/index. php, option](http://digital.com/index.php?option), diakses tanggal 30 Juni 2008

Indonesia, Departemen Kesehatan, Permenkes No.262/Menkes/Per/VII/1979

Indonesia, Undang-undang No.23 tahun 1992 Tentang Kesehatan

Indonesia, Departemen Kesehatan, Keputusan Menteri Kesehatan RI No: 983/MENKES/SK/XI/1992 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum

Indonesia, Departemen Kesehatan Peraturan Menteri Kesehatan RI No 159b/Menkes/Per/II/1998 tanggal 28 Februari 1998

- Indonesia, Departemen Kesehatan, Keputusan Menteri Kesehatan RI No 7/MENKES/SK/VI/2002
- Indonesia, Departemen Kesehatan, 2004, Keputusan Menteri Kesehatan RI No:81/MENKES/SK/I/2004 tentang Pedomen Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota, Serta Rumah Sakit, Jakarta
- Indonesia, Departemen Kesehatan, 2004, Sistem Kesehatan Nasional
- Indonesia, UU No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- Indonesia, Departemen Kesehatan, 2005, Peraturan Menteri Kesehatan RI No: 910/MENKES/SK/VI/2005 tentang Standar Tenaga Kesehatan Dalam Pelaksanaan Kewenangan Wajib dan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota, Jakarta
- Indonesia, Departemen Kesehatan, 2005, Keputusan Menteri Kesehatan RI No: 631/MENKES/SK/IV/2005 Tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staf Bylaws) di Rumah Sakit, Jakarta
- Indonesia, Departemen Kesehatan, 2005, Standar tenaga keperawatan di rumah sakit, Direktorat Keperawatan dan Ketekhnisian Medik, Direktorat Jendral Pelayanan Medik, Jakarta
- Ilyas, Yaslis, 2002, Kinerja Teori, Penilaian dan Penelitian, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI
- Ilyas, Yaslis, 2004, Perencanaan SDM Rumah Sakit, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI
- Ivancevich, John M, 2001, Human Resources Management, Mc Graw Hill
- Kartikasari, Rini, 2006, Tesis Analisa Kinerja IGD RSUD Raden Mattaher tahun 2006, FKM, Universitas Gajah Mada
- Mahdi, Rizalita Sophita, 2000, Skripsi Analisis Kebutuhan Tenaga Perawat Berdasarkan Jam Kerja Efektif Di Ruang Rawat Inap I dan II RS Pertamina Jaya, Program Sarjana Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok
- Mc Beath.G, Effective Human Resource Planning, Infinity Books
- Mc Goldrick, Jim ; Stewart Jim; Watson, Sandra, 2002, Understanding Human Resource Development, London, Routledge
- Mello, Jeffrey A, 2002, Strategic Human Resources Management, South Western

- Mufti, Nurul, 2005, Tesis Perencanaan Strategis Rumah Sakit Budhi Graha Jambi Tahun 2006-2010 dengan menggunakan Pendekatan Balanced Scorecard, Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Program Pasca Sarjana, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok
- Mulyadi, 2001, Balanced Scored Card Alat Manajemen Kontemporer Untuk Pelipat Gada Kinerja Keuangan Perusahaan, PT Salemba Empat Patria, Jakarta
- Nawawi, H. Hadari, 2005, Perencanaan SDM untuk organisasi profit yang kompetitif, Yogyakarta, Gadjah Mada University Press.
- NB Silalahi, B, 1983, Perencanaan Pembinaan Tenaga Kerja Perusahaan, Jakarta, PT Pustaka Binaman Presindo
- Nina, 1990, Mengkaji kebutuhan tenaga perawat pada pelayanan rawat nginap di rumah sakit, Bina Sehat
- Notoatmodjo, S, 2003, Pengembangan Sumber Daya Manusia, Rineke Cipta, Jakarta
- Panggabean, Mutiara. S, 2002, Manajemen Sumber Daya Manusia, Jakarta, Penerbit Ghalia
- Pemda Kota Jambi, 2008, Laporan Keterangan Pertanggung Jawaban Walikota Jambi 2003-2008
- Pemda Propinsi Jambi, 2001, Peraturan Daerah No.10 tahun 2001 Tentang Biaya Pelayanan dan Perawatan kesehatan pada RSD Raden Mattaher
- Raymond, A, 1996, Human Resources management, Elm Street Publishing Services, USA
- RSD Raden Mattaher Propinsi Jambi, 2006, Laporan Tahunan
- RSD Raden Mattaher Propinsi Jambi, 2007, Laporan Tahunan
- RSD Raden Mattaher Propinsi Jambi, 2008, Profil RSD Raden Mattaher Provinsi Jambi
- Rumah Sakit St. Theresia Jambi, 2006, Laporan Tahunan 2005
- Rumah Sakit St. Theresia Jambi, 2007, Laporan Tahunan 2006
- Rumah Sakit St. Theresia Jambi, 2008, Laporan Tahunan 2007
- Schuler, Randall S and E Jackson, Susan, 1999, Manajemen SDM, Jakarta

- Setiadi, Gunawan, 2004, Modul Perencanaan Tenaga Kesehatan di Daerah, Departemen Kesehatan, Jakarta
- Sheal, Peter, 2003, The Staff Development Hand Book. An action kit to Improve Performanca, Jakarta, PT Gramedia
- Sherman Bohlander and Snell, 1998, Managing Human Resources, South WeStern College Publishing, Ohio
- Siagian, S.P, 2007, Manajemen Sumber Daya Manusia , Bumi Aksara, Jakarta
- Siahaan, Jorar, 2008, Ciri dan Kelebihan RS Internasional, blogberita.net, diakses 30 Juni 2008.
- Simamora, 2004
- Sitorus, Ratna, 2006, Model Praktik Keperawatan Profesional, Penerbit buku kedokteran ECG, Jakarta
- Soeroso, Santoso, 2003, Manajemen Sumber Daya Manusia Di Rumah Sakit Suatu Pendekatan Sistem, ECG, Jakarta
- Strauss, George; Sayles Leonard, 1991, Manajemen Personalia segi manusia dalam Organisasi Jilid II , Jakarta , PT Pustaka Binaman Pressindo
- Sujudi, et al, 2004, Jalan Setapak Menuju Indonesia Sehat Melalui Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Pusat Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Badan PPSDM Kesehatan, Jakarta
- Sumijatun, 2003, Perlukah melakukan analisa kompetensi pada kepala ruang rawat inap di RS ?, Jurnal Majalah Manajemen & Administrasi RS Indonesia, No , Vol IV, 20033
- Supari, Siti Fadilah, 2008, Berdirinya Rumah Sakit Interasional Harus Diantisipasi, [www.depkes.go.id/index .php?option-news and task](http://www.depkes.go.id/index.php?option-news%20and%20task), diakses 30 Juni 2008
- Tata Nusa Teknoyasa,PT, 2005, Studi Kelayakan Pembangunan Rumah Sakit Umum Kota Jambi
- Thaurany, Hendrik M. 2005, Kumpulan Kuliah Organisasi dan Manajemen Rumah Sakit,
- Trisnantoro, Laksono, 2005, Aspek Strategis Manajemen Rumah Sakit antara misi sosial dan tekanan pasar, Penerbit Andi Yogyakarta.

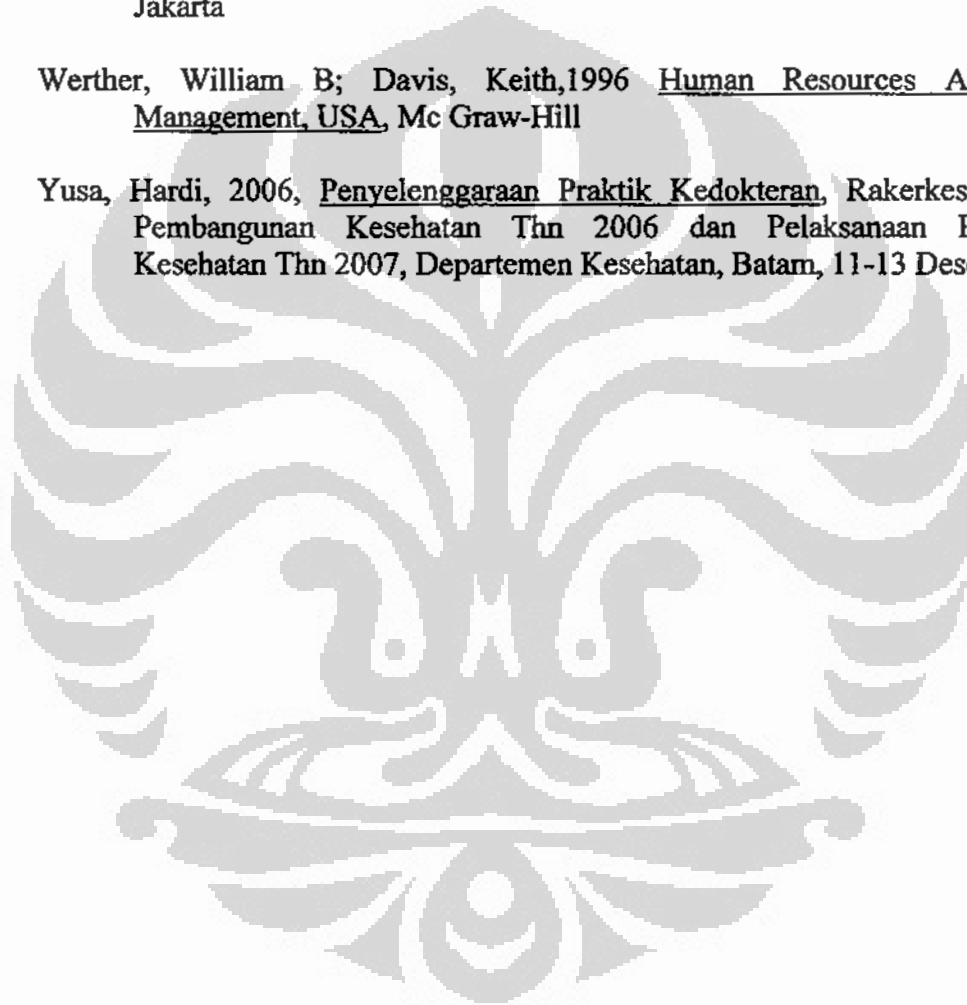
Trisnantoro, Laksono, 2005, Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah 2001-2003, Apakah merupakan Periode Uji Coba?, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.

Ulrich, Dave, 2002, A New Mandate for Human Resources, South Western

Umar, Hussein, 2005, Strategic Managemen in Action, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta

Werther, William B; Davis, Keith, 1996 Human Resources And Personel Management, USA, Mc Graw-Hill

Yusa, Hardi, 2006, Penyelenggaraan Praktik Kedokteran, Rakerkesnas Evaluasi Pembangunan Kesehatan Thn 2006 dan Pelaksanaan Pembangunan Kesehatan Thn 2007, Departemen Kesehatan, Batam, 11-13 Desember 2006





**Matriks Hasil Wawancara Mendalam  
Perencanaan SDM Medis dan Paramedis Keperawatan RSUD H. Abdul Manap 2008-2013**

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5
1. Tujuan Pembangunan RSUD H. Abdul Manap	Menyediakan RS rujukan	Menyediakan Pelayanan Rujukan bagi masyarakat Kota Jambi	Menyediakan Pelayanan Rujukan bagi masyarakat Kota Jambi	Menyediakan Pelayanan Rujukan bagi masyarakat Kota Jambi	Menyediakan Pelayanan Rujukan bagi masyarakat Kota Jambi
2. Siapa Sasaran RSUD H. Abdul Manap ?	70% golongan ekonomi menengah kebawah, 30% ekonomi menengah keatas	Warga Kota Jambi dari semua golongan ekonomi.	Warga Kota Jambi dan sekitarnya	Semua lapisan masyarakat	Warga Kota Jambi dan sekitarnya
3. Harapan terhadap RSUD H. Abdul Manap ?	Tersedianya pelayanan kesehatan yang memadai bagi masyarakat dan menjadi kebanggaan Kota Jambi	Terjadi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat	Memberikan layanan kesehatan yang cepat, baik, murah dan transparan.	Cepat berkembang dan memberikan pelayanan yang baik bagi seluruh masyarakat	Memberi pelayanan yang baik, pegawai boga menjadi karyawan RSU
4. Visi RSUD H. Abdul Manap	Menjadi RS bertaraf internasional	Belum dapat memberi masukan	Belum dapat memberi masukan	Menjadi pusat rujukan di propinsi Jambi	Memberikan layanan kesehatan yang baik dan terjangkau oleh masyarakat
5. Misi RSUD H. Abdul Manap	Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat.	Memberikan pelayanan kesehatan yang baik dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat.	Belum dapat memberi masukan	Memberikan pelayanan dengan mutu terbaik sejalan dengan program pemerintah.	Menyelenggarakan pelayanan secara profesional, memiliki SDM yang kompeten, berdedikasi tinggi, disiplin Menjalin kerjasama dengan rumah sakit terpilih didealam dan diluar negeri
6. Tujuan Jangka Panjang RSUD H. Abdul Manap	Menjadi Pusat rujukan dan menjadi rumah sakit bertaraf internasional	Memiliki pelayanan yang lengkap, mempunyai daya saling dengan RS lain, baik yang	Menjadi RS yang modern dengan mengedepankan pelayanan dan	Menjadi RS yang mandiri dan menjadi BLU	Menjadi RS Kelas B setelah 5 tahun beroperasi dan menjadi Badan Layanan Umum

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5
<p>7. Kebijakan pemerintah untuk mencapai tujuan RS</p>	<p>Berpedoman kepada kebijakan pemerintah pusat, kita akan meminta kebijakan khusus dari Menpan, karena RS membutuhkan SDM yang spesifik dan jumlah yang banyak, kecuali jika situasi mengharuskan kita mengambil kebijakan khusus</p>	<p>ada di Indonesia dan Kami akan mendukung semua kebijakan yang akan dilaksanakan oleh eksekutif asal untuk kepentingan masyarakat banya, terutama masyarakat ekonomi menengah kebawah. Situasi ekonomi yang sulit sangat memberatkan masyarakat miskin</p>	<p>mempunyai daya saing</p>	<p>Peluang masing terbukanya pasar pelayanan kesehatan di Kota Jambi Tingkat perekonomian Kota-Jambi yang cukup baik</p>	<p>Menurut saya peluang kita adalah kondisi pelayanan di RS di Kota Jambi yang sudah <i>overload</i> Ancaman : Jika pemerintah tidak mendukung, kekuatan : gedung yang baru dan bagus, SDM spesialis yang berusia muda Kelemahan: Jika tidak dilengkapi dengan peralatan yang baik dan modern</p>
<p>8. Peluang dan ancaman yang dihadapi RSUD H. Abdul Manap</p>					
<p>9. Apa strategi untuk mencapai Tujuan RS ?</p>			<p>Menempatkan manajemen RS yang modern, SDM yang handal di bidangnya</p>	<p>Menempatkan SDM yang profesional dan kompeten Manajemen yang transparan Layanan yang baik</p>	<p>Menempatkan SDM sebagai harta yang paling berharga Pendidikan berkelanjutan baik melalui pendidikan maupun pelatihan Membenikan pelayanan yang bermutu</p>

**Matriks Hasil Wawancara Mendalam**  
**Perencanaan SDM Medis dan Paramedis Keperawatan RSUD H. Abdul Manap 2008-2013**

Pertanyaan	D1	D2	D3	D4	D5
1. Siapa Sasaran RSUD H. Abdul Manap ?	Masyarakat Umum, 70% menengah kebawah, 30% ekonomi menengah keatas Seperti aturan pemerintah	Warga Kota Jambi dari segmen menengah kebawah	Masyarakat Kota Jambi	Semua kalangan Walaupun RS Pemerintah tapi ada ruang partus VIPnya arlinya <i>the haves</i> bisa juga	Masyarakat Kota Jambi Golongan miskin, menengah dan orang kaya
3. Harapan terhadap RSUD H. Abdul Manap ?	Pengembangan program anak Cita-cita pribadi ingin membuat klin penderitanya penyakit tertentu seperti di RSCM	Menjalankan tugas sebagai dokter, karir meningkat penghasilan cukup dan rumah sakit berkembang	Bagian mata di RS ini menjadi sesuatu yang dicari masyarakat tidak sebagai suplemen saja	Bagian Obsgin memberikan pelayanan terbaik Memberikan penghargaan yang layak kepada dokter	Memberi pelayanan yang baik RS memberikan kesempatan kepada kami untuk melanjutkan pendidikan
4. Visi bagian yang anda pimpin	Menjadi Pusat pelayanan BBLR	Menjadi Pusat Rujukan Trauma di Propinsi Jambi	Menjadi Sentra pelayanan mata, khususnya infeksi dan imunologi	Menjadi RS sayang Ibu	
5. Strategi dalam menjalankan tugas untuk mencapai vis/tujuan	SDM yang kompeten dengan dengan banyak melakukan training dan bekerja sama dengan sentra-sentra pendidikan yang lain	Memberikan transfer knowledge kepada perawat, Menumbuhkan komitmen pribadi/kelompok dan rumah sakit. Menjamin kesejahteraan pegawai	Merekrut SDM yang kompeten dan memberikan pelatihan-pelatihan serta memberikan kesempatan kepada semua karyawan RS	SDM harus kompeten Hubungan didalam RS harus harmonis Ada keadilan dalam penempatan	
6. Hambatan dalam bekerja	Sarana dan prasarana yang tidak lengkap Kebijakan RS yang tidak mengakomodir semua kepentingan karyawan	Sarana dan prasarana yang tidak memadai	Birokrasi yang berbelit belit, dan SDM yang tidak kompeten	Sarana dan prasarana SDM yang tidak kompeten	

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5
10. Bagaimana cara merekrut pegawai			SDM khususnya para medis akan direkrut secara ketat, oleh ti yang akan dibentuk	Seleksi yang baik	Seleksi yang ketat, baik dokter spesialis. Dokter umum maupun perawat. Kalau perlu dengan bantuan pihak ketiga

Matriks Hasil Wawancara Mendalam  
Perencanaan SDM Medis dan Paramedis Keperawatan RSUD H. Abdul Manap 2008-2013

Pertanyaan	P1	M1	M2
1. Siapa Sasaran RSUD H. Abdul Manap ?	Masyarakat Kota Jambi Golongan miskin, menengah dan orang kaya Seperti aturan pemerintah		
2. Harapan terhadap RSUD H. Abdul Manap ?	Dapat memiliki ilmu dan pengalaman yang lebih baik, dapat melanjutkan pendidikan	Memberikan pelayanan yang baik Kalau kami nanya dijawab dengan jelas, jadi kami tahu apa penyakit kami dan prospeknya.	Memberikan layanan yang baik dan betul-betul gratis kepada penduduk miskin. Jangan sampai bayar lagi

**PANDUAN WAWANCARA  
PERENCANAAN SDM RSU KOTA JAMBI**

Nama Pewawancara :

Nama Pencatat :

Hari, Tanggal, Jam :

Tempat :

Nama Informan :

Umur :

**PELAKSANAAN WAWANCARA**

1. Perkenalan dari pewawancara
2. Menjelaskan kepada informan tentang maksud wawancara
3. Meminta kesediaan waktu kepada informan untuk diwawancarai dan memberikan informasi sebaik mungkin guna menunjang kecukupan data penelitian

**Pertanyaan Kepada Kepala Daerah Kota Jambi,**

1. Apa tujuan dibangunnya RSU Abdul Manap ini ?
2. Siapa sasaran RS ini ?
3. Apa visi dan misi RSU ini ?
4. Apa tujuan jangka panjang dari RS ini ?
5. Apa kebijakan yang akan dilaksanakan oleh pemerintah daerah untuk mencapai tujuan RS ?

**PANDUAN WAWANCARA  
PERENCANAAN SDM RSUD KOTA JAMBI**

Nama Pewawancara :

Nama Pencatat :

Hari, Tanggal, Jam :

Tempat :

Nama Informan :

Umur :

**PELAKSANAAN WAWANCARA**

1. Perkenalan dari pewawancara
2. Menjelaskan kepada informan tentang maksud wawancara
3. Meminta kesediaan waktu kepada informan untuk diwawancarai dan memberikan informasi sebaik mungkin guna menunjang kecukupan data penelitian

Pertanyaan Ketua DPRD Kota Jambi,

1. Apa tujuan dibangunnya RSUD Abdul Manap ini ?
2. Siapa sasaran RS ini ?
3. Apa visi dan misi RSUD ini ?
4. Apa harapan Bapak untuk RS ini ?
5. Apa tujuan jangka panjang dari RS ini ?
6. Apa kebijakan yang akan dilaksanakan oleh pemerintah daerah untuk mencapai tujuan RS ?

**PANDUAN WAWANCARA  
PERENCANAAN SDM RSU KOTA JAMBI**

Nama .Pewawancara :

Nama Pencatat :

Hari, Tanggal, Jam :

Tempat :

Nama Informan :

Umur :

**PELAKSANAAN WAWANCARA**

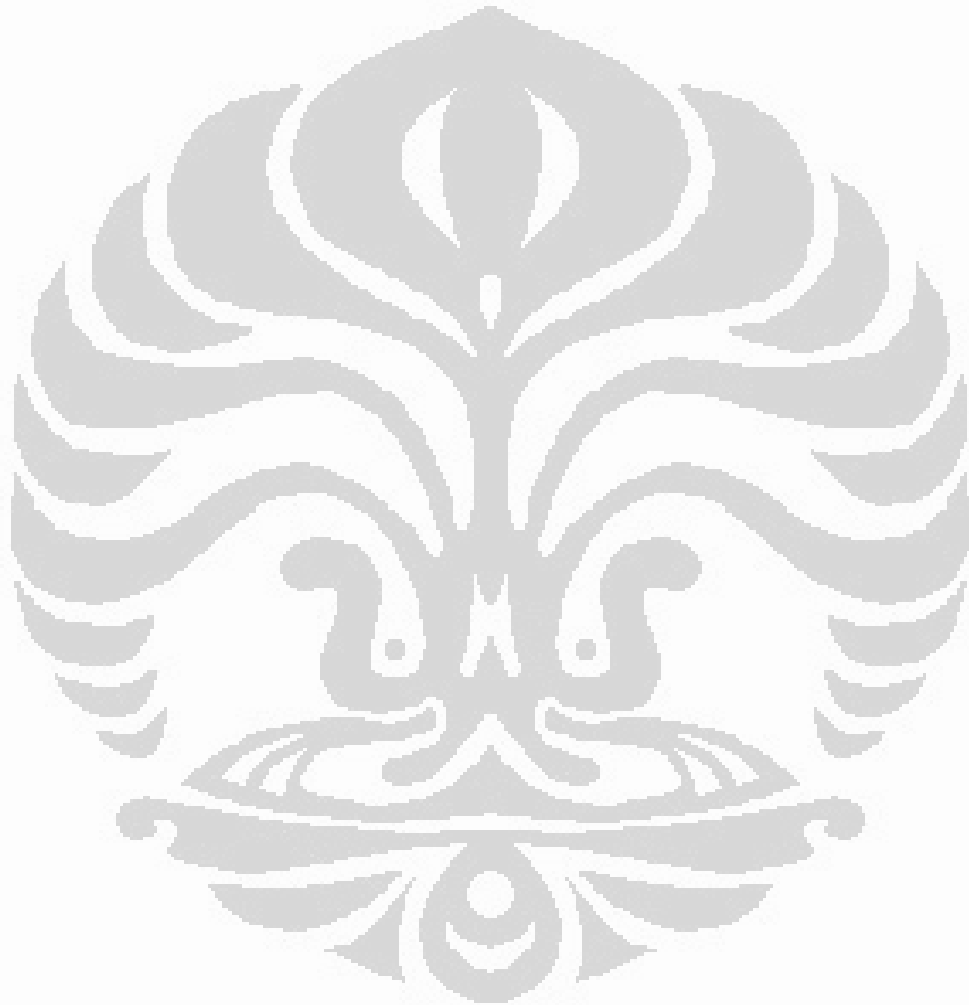
1. Perkenalan dari pewawancara
2. Menjelaskan kepada informan tentang maksud wawancara
3. Meminta kesediaan waktu kepada informan untuk diwawancarai dan memberikan informasi sebaik mungkin guna menunjang kecukupan data penelitian

**Pertanyaan Kepada Kepala Badan Kepegawaian Daerah Kota Jambi,**

1. Siapa sasaran RS ini ?
2. Apa visi dan misi RSU ini ?
3. Apa harapan Bapak untuk RS ini ?
4. Apa tujuan jangka panjang dari RS ini ?
5. Apa strategi untuk mencapai tujuan ?
6. Apa kebijakan yang akan dilaksanakan oleh pemerintah daerah untuk mencapai tujuan RS ?



7. Bagaimana cara Pemerintah Daerah memenuhi kebutuhan SDM RS ini ?  
Apakah akan dilaksanakan rekrutmen dan seleksi seperti yang dilaksanakan oleh RS swasta?



**PANDUAN WAWANCARA  
PERENCANAAN SDM RSU KOTA JAMBI**

Nama Pewawancara :

Nama Pencatat :

Hari, Tanggal, Jam :

Tempat :

Nama Informan :

Umur :

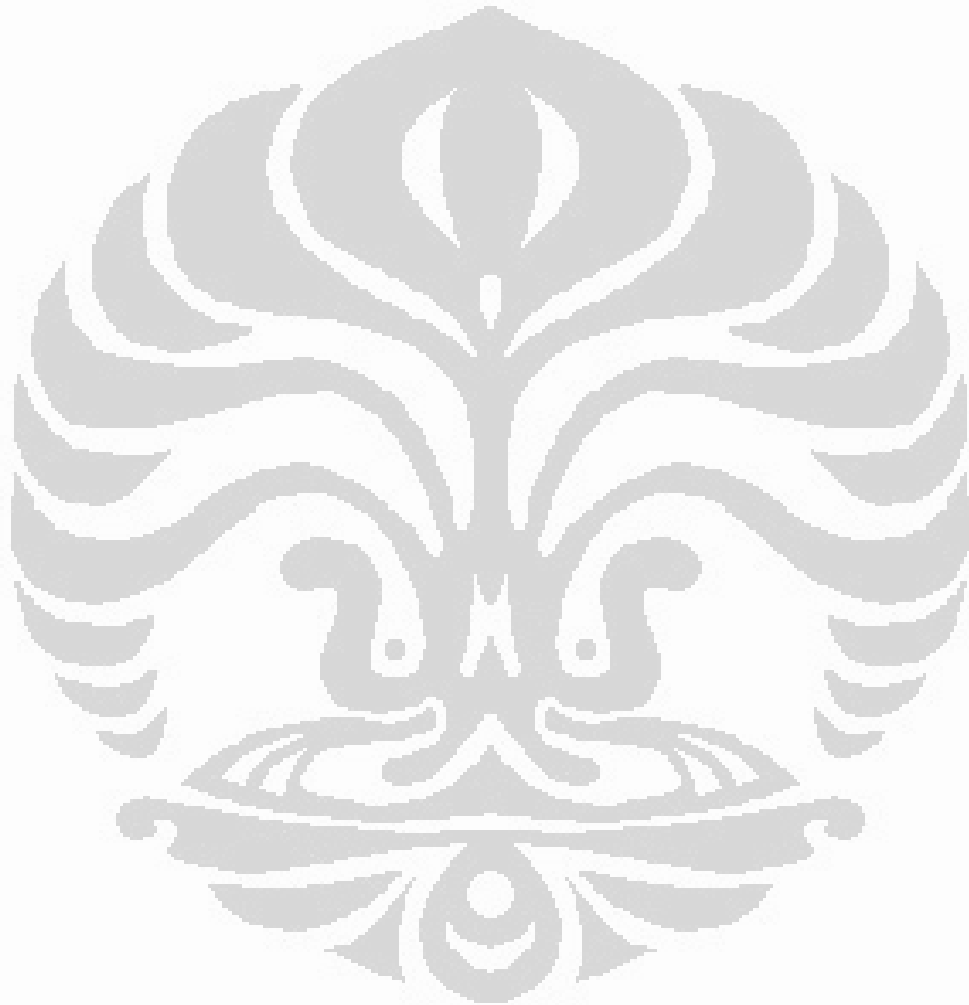
**PELAKSANAAN WAWANCARA**

1. Perkenalan dari pewawancara
2. Menjelaskan kepada informan tentang maksud wawancara
3. Meminta kesediaan waktu kepada informan untuk diwawancarai dan memberikan informasi sebaik mungkin guna menunjang kecukupan data penelitian

Pertanyaan Kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Jambi,

1. Apa tujuan dibangunnya RSU Abdul Manap ini ?
2. Siapa sasaran RS ini ?
3. Apa visi dan misi RSU ini ?
4. Apa harapan Bapak untuk RS ini ?
5. Apa tujuan jangka panjang dari RS ini ?
6. Apa strategi untuk mencapai tujuan ?
7. Apakah peluang dan ancaman yang akan Bapak/Ibu hadapi dalam mewujudkan visi, misi dan tujuan RS dan instalasi yang Bapak/Ibu pimpin ini ?

8. Bagaimana cara Pemerintah Daerah memenuhi kebutuhan SDM RS ini ?  
Apakah an dilaksanakan rekrutmen dan seleksi seperti yang dilaksanakan oleh RS swasta?



**PANDUAN WAWANCARA  
PERENCANAAN SDM RSU KOTA JAMBI**

Nama Pewawancara :

Nama Pencatat :

Hari, Tanggal, Jam :

Tempat :

Nama Informan :

Umur :

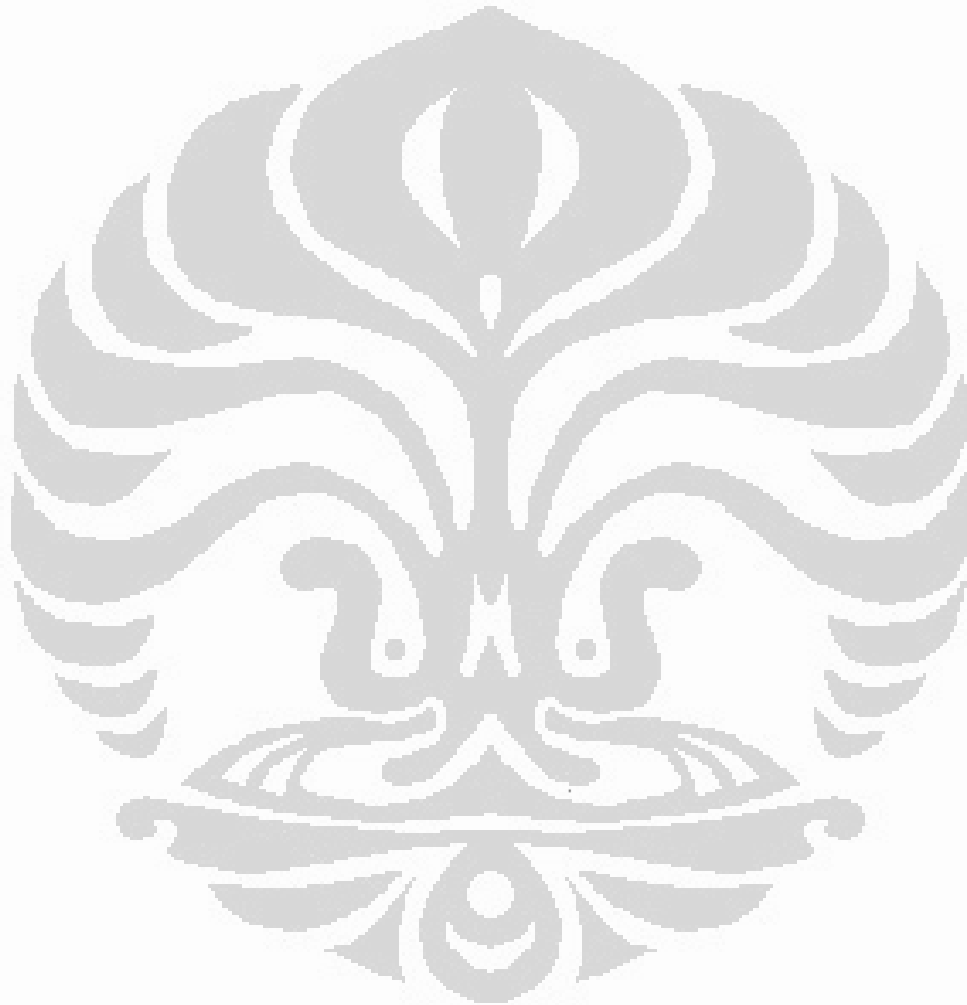
**PELAKSANAAN WAWANCARA**

1. Perkenalan dari pewawancara
2. Menjelaskan kepada informan tentang maksud wawancara
3. Meminta kesediaan waktu kepada informan untuk diwawancarai dan memberikan informasi sebaik mungkin guna menunjang kecukupan data penelitian

Pertanyaan Kepada Direktur RS Abdul Manap Jambi,

1. Siapa sasaran RS ini ?
2. Apa visi dan misi RSU ini ?
3. Apa harapan Bapak untuk RS ini ?
4. Apa tujuan jangka panjang dari RS ini ?
5. Apa strategi untuk mencapai tujuan ?
6. Apakah peluang dan ancaman yang akan Bapak/Ibu hadapai dalam mewujudkan visi, misi dan tujuan RS dan instalasi yang Bapak/Ibu pimpin ini ?

7. Bagaimana cara Pemerintah Daerah memenuhi kebutuhan SDM RS ini ?  
Apakah an dilaksanakan rekrutmen dan seleksi seperti yang dilaksanakan oleh RS swasta?



**PANDUAN WAWANCARA  
PERENCANAAN SDM RSU KOTA JAMBI**

Nama Pewawancara :

Nama Pencatat :

Hari, Tanggal, Jam :

Tempat :

Nama Informan :

Umur :

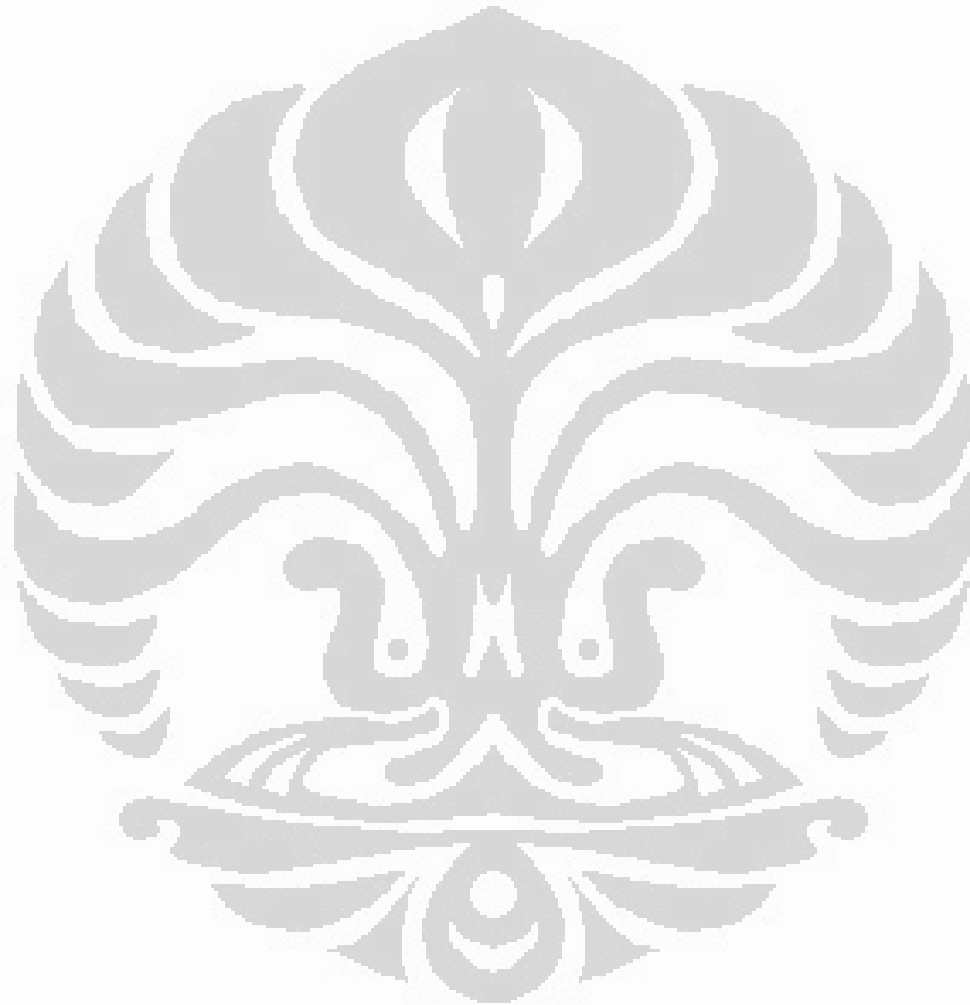
**PELAKSANAAN WAWANCARA**

1. Perkenalan dari pewawancara
2. Menjelaskan kepada informan tentang maksud wawancara
3. Meminta kesediaan waktu kepada informan untuk diwawancarai dan memberikan informasi sebaik mungkin guna menunjang kecukupan data penelitian

Pertanyaan Kepada Dokter Spesialis pada RSU Abdul Manap Kota Jambi,

1. Menurut Bapak/Ibu siapa sasaran RS ini ?
2. Apa harapan Bapak/Ibu untuk RS ini ?
3. Apa visi dan misi bagian/instalasi yang Bapak/Ibu pimpin ?
4. Apa tujuan jangka panjang dari bagian/instalasi yang Bapak/Ibu pimpin ?
5. Apa strategi untuk mencapai tujuan tersebut ?
6. Apakah peluang dan ancaman yang akan Bapak/Ibu hadapai dalam mewujudkan visi, misi dan tujuan RS dan instalasi yang Bapak/Ibu pimpin ini ?

7. Bagaimana cara Pemerintah Daerah memenuhi kebutuhan SDM RS ini ?  
Apakah an dilaksanakan rekrutmen dan seleksi seperti yang dilaksanakan oleh  
RS swasta?



**PANDUAN WAWANCARA  
PERENCANAAN SDM RSU KOTA JAMBI**

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

**PELAKSANAAN WAWANCARA**

4. Perkenalan dari pewawancara
5. Menjelaskan kepada informan tentang maksud wawancara
6. Meminta kesediaan waktu kepada informan untuk diwawancarai dan memberikan informasi sebaik mungkin guna menunjang kecukupan data penelitian

Pertanyaan Kepada Dokter Umum, Perawat, dan Anggota masyarakat

8. Menurut Bapak/Ibu siapa sasaran RS ini ?
9. Apa harapan Bapak/Ibu untuk RS ini ?



**Kuisisioner pendapat ahli (*experts judgment*) perencanaan SDM kesehatan  
RS Abdul Manap Jambi**

Nama Responden :

Kami telah melaksanakan wawancara mendalam, CDMG , analisa data sekunder mengenai keadaan lingkungan yang mempengaruhi pelayanan dan operasional RS Abdul Manap Jambi. Hasil penelitian dan laporan tersebut kami lampirkan disini. Kami mengharapkan Bapak/ Ibu , berdasarkan pendidikan dan pengalamannya dapat memberikan pendapat / komentar,yang mana hasil akhirnya akan kami rekomendasikan kepada Pemerintah daerah Kota Jambi dalam rangka melakukan penyusunan SDM Kesehatan RS Abdul Manap Jambi.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



PEMERINTAH KOTA JAMBI  
**SEKRETARIAT DAERAH**

Jl. Jend. Basuki Rachmat No. .... Telp. (0741) 40463 - 40827 Fax. (0741) 40032  
JAMBI - 3 6 1 2 8

Jambi, 5 Juni 2008

Nomor : 005/596/DINKES  
Sifat : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : UNDANGAN.

Kepada

Yth, Sdr. \_\_\_\_\_

di-  
JAMBI.

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya pertemuan Consensus Decision Making Group (CDMG) untuk mendiskusikan Visi, Misi, Sasaran dan Tujuan jangka panjang RSUD Abdul Manap Jambi, bersama ini diharapkan kehadiran Saudara, pada

Hari : Senin.  
Tanggal : 9 Juni 2008  
Jam : 14.00 WIB.  
Tempat : Ruang Utama Kantor Walikota Jambi.

Demikian atas kehadirannya, diucapkan terima kasih.

an. WALIKOTA JAMBI  
Sekretaris Daerah  
u.b.

Asisten Adm. Pembangunan



*[Signature]*  
**Drs. H. HUSIN KASIM**  
PEMBINA UTAMA MUDA  
NIP. 050027192

Tembusan disampaikan kepada Yth.

1. Bapak Walikota Jambi di Jambi (sebagai laporan)



# WALIKOTA JAMBI

Jl. Jend. Basuki Rachmat No. 01. Telp. (0741) 40463 - 40827 Fax. (0741) 40032

JAMBI - 36128

## PERATURAN DAERAH KOTA JAMBI

NOMOR 6 TAHUN 2008

TENTANG

ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
H. ABDUL MANAP

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA JAMBI,

Menimbang : a. bahwa dengan ditetapkan nama Rumah Sakit Umum Daerah dengan Peraturan Daerah Kota Jambi Nomor 5 Tahun 2008 tentang Nama Rumah Sakit Umum Daerah Kota Jambi perlu diatur Susunan Organisasi dengan Peraturan Daerah;

b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, maka perlu membentuk Peraturan Daerah tentang Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah H. Abdul Manap.

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonomi Kota Besar Dalam Lingkungan Daerah Propinsi Sumatera Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 20);
  2. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang pokok-pokok Kepegawaian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1974 Nomor 55, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3041), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 43 Tahun 1999 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang Pokok-Pokok Kepegawaian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 169, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3890);
  3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
  4. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4389);

5. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844) ;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) ;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593) ;
8. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten / Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737 )
9. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741) ;
10. Keputusan Presiden Nomor 40 Tahun 2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit Daerah;
11. Peraturan Daerah Kota Jambi Nomor 5 Tahun 2008 tentang Nama Rumah Sakit Umum Daerah Kota Jambi (Lembaran Daerah Kota Jambi Tahun 2008 Nomor 5);

**Dengan Persetujuan Bersama**

**DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH KOTA JAMBI  
dan  
WALIKOTA JAMBI**

**MEMUTUSKAN :**

**Menetapkan : PERATURAN DAERAH TENTANG ORGANISASI RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH H. ABDUL MANAP.**

## **BAB I**

### **KETENTUAN UMUM**

#### **Pasal 1**

Dalam Peraturan Daerah ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Daerah Kota Jambi.
2. Pemerintah Daerah adalah Walikota dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
3. Kepala Daerah adalah Walikota Jambi.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kota Jambi.
5. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut RSUD H. Abdul Manap adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Jambi.
6. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah H. Abdul Manap.
7. Pelayanan Kesehatan adalah kegiatan pelayanan berupa pelayanan rawat jalan, rawat inap, rawat darurat dan rehabilitasi yang mencakup Pelayanan Medis dan Penunjang Medis
8. Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitas medis dan pelayanan kesehatan lain tanpa tinggal di ruang rawat inap.
9. Pelayanan Rawat Darurat adalah pelayanan kesehatan yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah/menanggulangi resiko kematian atau cacat.
10. Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitas medis dan/atau pelayanan kesehatan lainnya dengan menempati tempat tidur.
11. Pelayanan Medis adalah pelayanan terhadap pasien dilaksanakan oleh tenaga medis.
12. Pelayanan Penunjang Medis adalah pelayanan untuk menunjang penegakan diagnosis dan terapi.
13. Pelayanan Penunjang Non Medis adalah pelayanan yang diberikan di Rumah Sakit secara tidak langsung berkaitan dengan pelayanan medis.
14. Kelompok Jabatan Fungsional adalah Unsur Kelompok yang melakukan kegiatan teknis di bidang keahlian masing-masing di luar Jabatan Struktural.

## BAB II

### KEDUDUKAN

#### Pasal 2

- (1) RSUD H. Abdul Manap berkedudukan sebagai unsur pelaksana otonomi daerah dibidang kesehatan.
- (2) RSUD H. Abdul Manap dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.
- (3) Dalam perkembangan selanjutnya RSUD H. Abdul Manap dapat ditingkatkan menjadi Badan Layanan Umum (BLU) Daerah sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (4) Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diangkat dan diberhentikan oleh Walikota sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

## BAB III

### SUSUNAN ORGANISASI DAN TUGAS POKOK

#### Bagian Pertama

#### Susunan Organisasi

#### Pasal 3

Susunan Organisasi RSUD H. Abdul Manap , terdiri dari :

- a. direktur;
- b. bagian tata usaha, terdiri dari :
  1. subbag umum, humas dan rekam medik;
  2. subbag kepegawaian dan diklat;
  3. subbag perencanaan.
- c. bidang pelayanan, terdiri dari :
  1. seksi pelayanan medis;
  2. seksi keperawatan.
- d. bidang penunjang pelayanan, terdiri dari :
  1. seksi penunjang medis;
  2. seksi penunjang non medis.
- e. bidang keuangan dan akuntansi, terdiri dari :
  1. seksi keuangan
  2. seksi akuntansi.
- f. kelompok jabatan fungsional.

## Bagian Kedua

### Tugas Pokok

#### Pasal 4

RSUD H. Abdul Manap mempunyai tugas pokok membantu Walikota melaksanakan upaya pelayanan kesehatan di bidang perumahsakitian meliputi perencanaan, pelaksanaan, pengembangan, pengawasan, pengendalian, ketatausahaan dan melaksanakan tugas jabatan fungsional lainnya serta melaksanakan tugas yang diberikan oleh Walikota sesuai dengan bidang tugasnya.

## BAB IV

### PENGANGKATAN DAN PEMBERHENTIAN DALAM JABATAN

#### Pasal 5

- (1) Direktur diangkat dan diberhentikan dalam jabatan oleh Walikota dari Pegawai Negeri Sipil yang memenuhi syarat atas usul Sekretaris Daerah.
- (2) Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Bidang diangkat dan diberhentikan dalam jabatan oleh Walikota dari Pegawai Negeri Sipil yang memenuhi syarat atas usul Direktur melalui Sekretaris Daerah.
- (3) Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi diangkat dan diberhentikan dalam jabatan oleh Walikota dari Pegawai Negeri Sipil yang memenuhi syarat atas usul Direktur melalui Sekretaris Daerah.

#### Pasal 6

- (1) Walikota dapat mengangkat pejabat fungsional dari pegawai negeri sipil yang memenuhi syarat berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian dalam jabatan fungsional ditetapkan dengan Keputusan Walikota atas usul Direktur melalui Sekretaris Daerah.

## BAB V

### ESELON RUMAH SAKIT

#### Pasal 7

Eselon jabatan struktural pada RSUD H. Abdul Manap terdiri dari :

- |                                    |               |
|------------------------------------|---------------|
| a. direktur                        | eselon III a; |
| b. kepala bagian dan kepala bidang | eselon III b; |
| c. kepala sub bagian dan seksi     | eselon IV a.  |

**BAB VI**  
**KETENTUAN PENUTUP**

**Pasal 8**

Peraturan Daerah ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Daerah ini dengan penempatannya dalam Lembaran Daerah Kota Jambi.

Ditetapkan di Jambi  
pada tanggal 11 Juni 2008



Diundangkan di Jambi  
pada tanggal 11 Juni 2008

**SEKRETARIS DAERAH KOTA JAMBI**



LEMBARAN DAERAH DAERAH KOTA JAMBI TAHUN 2008 NOMOR...06...SERI. D.....NOMOR 01



STRUKTUR ORGANISASI RSUD H. ABDUL MANAP KOTA JAMBI

