

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR : 81/MENKES/SK/I/2004**

TENTANG

**PEDOMAN PENYUSUNAN PERENCANAAN SUMBER DAYA MANUSIA
KESEHATAN DI TINGKAT PROPINSI, KABUPATEN/KOTA
SERTA RUMAH SAKIT**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

- Menimbang** :
- a. bahwa dalam upaya mewujudkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan menuju Indonesia Sehat pada Tahun 2010, perlu didukung oleh sumber daya manusia kesehatan yang berkualitas secara terencana sesuai dengan kebutuhan;
 - b. bahwa untuk melaksanakan perencanaan sumber daya manusia kesehatan perlu adanya suatu pedoman yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan.
- Mengingat** :
1. Undang-undang Nomor : 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor : 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor : 3495);
 2. Undang-undang Nomor : 22 Tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor : 60, Tambahan Lembaran Negara Nomor : 3839);
 3. Undang-undang Nomor : 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor : 169, Tambahan Lembaran Negara Nomor : 3637);
 4. Undang-undang Nomor : 43 Tahun 1999 tentang Perubahan Undang-undang Nomor : 8 Tahun 1974 tentang Pokok-pokok Kepegawaian (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor : 169, Tambahan Lembaran Negara Nomor : 3890);
 5. Peraturan Pemerintah Nomor : 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor : 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor : 3637);
 6. Peraturan Pemerintah Nomor : 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor : 54, Tambahan Lembaran Negara Nomor : 3952);

7. Keputusan Presiden RI Nomor : 87 Tahun 1999 tentang Rumpun Jabatan Fungsional Pegawai Negeri Sipil;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 1277/Menkes/SK/V/2000 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 850/Menkes/SK/V/2000 tentang Kebijakan Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2000 – 2010.

M E M U T U S K A N

- Menetapkan** :
- Pertama : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PENYUSUNAN PERENCANAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN DI TINGKAT PROPINSI, KABUPATEN/KOTA SERTA RUMAH SAKIT.**
- Kedua : Pedoman Penyusunan Perencanaan dimaksud Diktum Pertama sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.
- Ketiga : Pedoman dimaksud Diktum Kedua agar digunakan sebagai acuan oleh Pemerintah Propinsi, Kabupaten/Kota, dan Rumah Sakit dalam penyusunan perencanaan sumber daya manusia kesehatan.
- Keempat : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

**Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal, 13 Januari 2004**

MENTERI KESEHATAN

Dr. ACHMAD SUJUDI

**Lampiran
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 81/MENKES/SK/I/2004
Tanggal: 13 Januari 2004**

**PEDOMAN PENYUSUNAN PERENCANAAN SDM KESEHATAN
DI TINGKAT PROPINSI, KABUPATEN/KOTA
SERTA RUMAH SAKIT**

**BAB I.
PENDAHULUAN**

I.1. Latar Belakang

Keberhasilan pembangunan di daerah khususnya di Kabupaten dan Kota sangat ditentukan oleh kualitas sumber daya manusia dan peran aktif masyarakat sebagai pelaku pembangunan tersebut. Oleh karena itu dalam pertemuan Nasional Bupati dan Walikota se-Indonesia dalam rangka Desentralisasi di bidang kesehatan, tanggal 28 Juli 2000 di Jakarta telah disepakati bahwa peningkatan kualitas sumber daya manusia di Daerah merupakan prioritas dalam pelaksanaan pembangunan di daerah.

Hal ini sesuai dengan ramalan seorang ahli dalam bukunya Megatrend 2000 yaitu, "Terobosan yang paling menggairahkan dari abad ke 21 akan terjadi bukan karena teknologi, melainkan karena konsep yang meluas dari apa artinya menjadi Manusia" (John Naisbitt) yang di bidang kesehatan menjadi Sumber Daya Manusia Kesehatan yang berkualitas.

Mengacu kepada penjabaran Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah, ditetapkan bahwa kesehatan merupakan bidang pemerintah yang wajib dilaksanakan oleh daerah Kabupaten dan Kota. Hal ini perlu dipersiapkan dan secara optimal dilaksanakan agar seluruh potensi dari sektor-sektor-sektor pembangunan dapat memberi dampak terhadap derajat kesehatan masyarakat.

Untuk mewujudkan Indonesia Sehat 2010, pembangunan kesehatan di daerah baik propinsi maupun Kabupaten / Kota ditujukan untuk menciptakan dan mempertahankan Propinsi, Kabupaten / Kota Sehat dengan menerapkan Pembangunan Berwawasan Kesehatan.

Untuk mendukung pencapaian visi Indonesia Sehat 2010 tersebut diperlukan SDM Kesehatan yang bermutu dan merata.

Dalam kaitan ini, kebijakan Pengembangan SDM Kesehatan yang ditetapkan Menteri Kesehatan Nomor : 850 Tahun 2000 menekankan pentingnya perencanaan SDM Kesehatan. Demikian pula rencana Strategi Badan PPSDMK menggaris bawahi peran yang penting dari perencanaan SDM Kesehatan.

Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 004/Menkes/SK/I/2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan, disebutkan bahwa dalam memantapkan sistem manajemen SDK Kesehatan perlu dilakukan peningkatan dan pematapan perencanaan, pengadaan tenaga kesehatan, pendayagunaan dan pemberdayaan profesi kesehatan.

Pengelolaan SDM Kesehatan khususnya perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan selama ini masih bersifat administratif kepegawaian dan belum dikelola secara profesional, masih bersifat *top down* dari pusat, belum *bottom up* (dari bawah), belum sesuai kebutuhan organisasi dan kebutuhan nyata di lapangan, serta belum berorientasi pada jangka panjang.

Diharapkan dalam menyusun perencanaan SDM sebaiknya ditetapkan terlebih dahulu Rencana Pembangunan Jangka Panjang Kesehatan di Propinsi, Kabupaten/Kota untuk mengantisipasi masalah-masalah kesehatan yang mungkin akan terjadi, karena SDM Kesehatan merupakan bagian tidak terpisahkan dari pelayanan kesehatan.

Pedoman ini diharapkan dapat pula melengkapi Kepmenkes No. 1457/ Menkes/ SK/ X/2003 tanggal 10 Oktober 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan di Propinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit dalam menyusun perencanaan SDM Kesehatan secara menyeluruh (jangka pendek, menengah, dan panjang).

I.2. Tujuan

Tujuan pedoman ini adalah untuk membantu Daerah dalam mewujudkan Rencana Penyediaan dan Kebutuhan SDM Kesehatan di daerahnya.

Pedoman ini meliputi:

1. Pedoman penyusunan rencana penyediaan dan kebutuhan SDM di institusi pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas).
2. Pedoman penyusunan rencana penyediaan dan kebutuhan SDM Kesehatan di wilayah (Propinsi, Kabupaten/Kota).
3. Pedoman penyusunan rencana kebutuhan SDM Kesehatan untuk Bencana.

I.3. Pengertian

1. **SDM Kesehatan** (Sumber Daya Manusia Kesehatan) adalah seseorang yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan.

2. **Tenaga Kesehatan** adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan formal di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan.
3. **Kegiatan Standar** adalah satu satuan waktu (atau angka) yang diperlukan untuk menyelesaikan kegiatan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan standar profesinya.
4. **Standar Beban Kerja** adalah banyaknya jenis pekerjaan yang dapat dilaksanakan oleh seseorang tenaga kesehatan profesional dalam satu tahun kerja sesuai dengan standar profesional dan telah memperhitungkan waktu libur, sakit, dll.
5. **Daftar Susunan Pegawai** adalah jumlah pegawai yang tersusun dalam jabatan dan pangkat dan kurun waktu tertentu yang diperlukan oleh organisasi untuk melaksanakan fungsinya.
6. **Analisa Beban Kerja** adalah upaya menghitung beban kerja pada satuan kerja dengan cara menjumlah semua beban kerja dan selanjutnya membagi dengan kapasitas kerja perorang per satuan waktu.
7. **Beban Kerja** adalah banyaknya jenis pekerjaan yang harus diselesaikan oleh tenaga kesehatan profesional dalam satu tahun dalam satu sarana pelayanan kesehatan.
8. **Sarana Kesehatan** adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan.
9. **Perencanaan Skenario** adalah suatu perencanaan yang dikaitkan dengan keadaan masa depan (jangka menengah/panjang) yang mungkin terjadi.
10. **WISN (*Work Load Indicator Staff Need*)** adalah indikator yang menunjukkan besarnya kebutuhan tenaga pada sarana kesehatan berdasarkan beban kerja, sehingga alokasi/relokasi akan lebih mudah dan rasional.

BAB II
DASAR HUKUM DAN POKOK-POKOK
PERENCANAAN SDM KESEHATAN

II.1. Dasar Hukum

Dasar hukum perencanaan SDM kesehatan adalah sebagai berikut :

1. GARIS-GARIS BESAR HALUAN NEGARA TAHUN 1999 – 2004
2. Ketetapan MPR no. 4 tahun 1999
3. Undang-undang No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 No. 100, Tambahan Lembaran Negara No. 3495);
4. Undang-undang No. 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 No. 60, Tambahan Lembaran Negara No. 3839);
5. Peraturan Pemerintah No. 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 No. 49, tambahan Lembaran Negara No. 3637);
6. Peraturan Pemerintah No. 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai daerah otonom (Lembaran Negara Tahun 2000 No.54, Tambahan Lembaran Negara No. 3952) ;
7. Peraturan Pemerintah No.8 tentang Perangkat Daerah;
8. Keputusan Menkes No. 850/MENKES/SK/V/2000 tentang Kebijakan Pengembangan Tenaga Kesehatan tahun 2000 – 2010;
9. Keputusan Menkes No. 1277/MENKES/SK/XI/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;
10. Keputusan Menkes No. 004/MENKES/SK/I/2003 tahun 2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan;
11. Keputusan Menkes No. 1457/MENKES/SK/X/2003 tentang SPM bidang kesehatan di Kabupaten/Kota.

II.2. Pokok-Pokok Perencanaan SDM Kesehatan

Memperhatikan dasar-dasar hukum serta adanya kebijakan desentralisasi, termasuk didalamnya desentralisasi di bidang kesehatan, maka fungsi perencanaan SDM kesehatan bagi daerah menjadi sangat penting dan menjadi tanggung jawab daerah itu sendiri. Oleh karena itu dengan adanya desentralisasi di bidang kesehatan

pejabat pengelola SDM di Kabupaten/Kota dan Propinsi perlu memiliki kemampuan atau kompetensi yang memadai dalam membuat perencanaan SDM kesehatan.

Secara garis besar perencanaan kebutuhan SDM kesehatan dapat dikelompokkan ke dalam tiga kelompok besar yaitu :

1. Perencanaan kebutuhan pada tingkat institusi.

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

2. Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan pada tingkat wilayah

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

3. Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan untuk Bencana.

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

Untuk itu pengelola kebutuhan SDM kesehatan yang bertanggung jawab pada ketiga kelompok tersebut di atas perlu memahami secara lebih rinci teknis perhitungannya untuk masing-masing kelompok.

II.3. Strategi Perencanaan SDM Kesehatan

Dalam perencanaan SDM Kesehatan perlu memperhatikan:

1. Rencana kebutuhan SDM Kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan baik kebutuhan lokal, nasional maupun global.
2. Pendayagunaan SDM Kesehatan diselenggarakan secara merata, serasi, seimbang dan selaras oleh pemerintah, masyarakat dan dunia usaha baik di tingkat pusat maupun tingkat daerah. Dalam upaya pemerataan SDM Kesehatan perlu memperhatikan keseimbangan antara hak dan kewajiban perorangan dengan kebutuhan masyarakat. Pendayagunaan SDM Kesehatan oleh pemerintah diselenggarakan melalui pendelegasian wewenang yang proporsional dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah.
3. Penyusunan perencanaan berdasarkan pada sasaran nasional upaya kesehatan dari Rencana Pembangunan Kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010.
4. Pemilihan metode perhitungan kebutuhan SDM kesehatan di dasarkan pada kesesuaian metode dengan kemampuan dan keadaan daerah masing-masing.

BAB III

TINJAUAN PERKEMBANGAN, PENDEKATAN DAN METODE PENYUSUNAN KEBUTUHAN SDM KESEHATAN

III.1. Perkembangan

Pada tahun sembilan belas delapan puluhan, Departemen Kesehatan telah mengembangkan proyeksi kebutuhan SDM kesehatan sampai dengan tahun 2000 sesuai dengan anjuran "*Health for All by the Year 2000*". Proyeksi tersebut dibuat berdasarkan status kesehatan masyarakat dan proyeksi penduduk dikaitkan dengan program-program kesehatan yang ada. Proyeksi kebutuhan tenaga kesehatan secara Nasional tersebut kemudian telah diusahakan dirinci menjadi target-target lima tahunan (Repelita).

Namun demikian target Repelita dibidang ketenagaan tersebut masih dirasa sulit memberikan gambaran informasi yang jelas mengenai cara penyusunan kebutuhan tenaga bagi unit pelayanan kesehatan. Keadaan ini menyebabkan unit-unit pelayanan (utamanya rumah sakit dan puskesmas) membentuk metode-metode standar ketenagaan dan cara menghitung kebutuhan masing-masing. Hal ini tercermin dengan dikeluarkannya antara lain :

- 1) SK Menkes No. 262/Menkes/Per/VII/1979, tentang perhitungan kebutuhan tenaga berdasarkan perbandingan antara jumlah tempat tidur yang tersedia di kelas rumah sakit tertentu dengan jenis kategori tenaga tertentu.
- 2) Standar kebutuhan tenaga minimal (pada tahun 1980), dasar perhitungannya adalah standar pelayanan dan upaya pelayanan.

Pada perkembangan lebih lanjut, baik target Repelita maupun standar perhitungan kebutuhan tenaga yang ada untuk rumah sakit dan puskesmas masih belum dirasakan cocok dan belum dapat digunakan sebagai dasar perencanaan kebutuhan tenaga, karena :

- a) Tidak memberikan data yang lengkap tentang kebutuhan tenaga kesehatan per kategori tenaga .
- b) Tidak memperhitungkan beban kerja yang riil dan kapasitas masing-masing kategori tenaga.

Pada tahun 1985 Biro Perencanaan Depkes mengembangkan metode ISN (*Indicator of Staff Needs*). Metode ISN menetapkan jumlah tenaga berdasarkan jenis kegiatan dan volume pelayanan pada suatu unit atau institusi.

Formula ISN mencakup seluruh kategori tenaga kesehatan yang ada di berbagai sarana/institusi pelayanan kesehatan dalam lingkungan Depkes dan Daerah. Namun kedua metode tersebut belum optimal.

Disamping itu sejak tahun 1998, juga mulai diperkenalkan penghitungan tenaga kesehatan dengan memperhitungkan beban kerja (serupa dengan ISN) yang disebut DSP (Daftar Susunan Pegawai) yang diperkenalkan oleh Menpan. Awal tahun 1999 Departemen Kesehatan (cq. Biro Kepegawaian) mengembangkan DSP yang sesuai dengan kebutuhan sarana kesehatan. Tahun 1999 diterbitkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 976 tahun 1999 tentang DSP Puskesmas, setelah itu DSP Rumah Sakit kelas D, kelas C, kelas B non pendidikan, disamping itu dikembangkan DSP Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sampai saat ini metode ini terus dikembangkan penerapannya terutama di Daerah HP-V (Jateng, Sulsel dan Kalteng).

Dengan tidak dibakukannya metode penghitungan tenaga (ISN atau DSP) jangka pendek kepada unit/pengelola program seperti yang diharapkan, maka perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan hanya menggunakan asumsi-asumsi berdasarkan kapasitas produksi maupun perhitungan lain yang kurang spesifik. Ditambah dengan kurang mantapnya sistem informasi ketenagaan baik di lingkungan Depkes, Pemda maupun Swasta, maka perencanaan kebutuhan tenaga khususnya jangka pendek praktis belum berkembang sesuai harapan kita semua.

III.2. Masalah dan Hambatan

Salah satu yang menentukan kualitas rencana kebutuhan SDM adalah dukungan informasi tenaga yang akurat. Sejak Repelita II banyak upaya (daya dan dana) yang telah dilakukan namun hasilnya belumlah memadai. Kunci permasalahannya terletak pada kesulitan mengembangkan database ketenagaan yang terpadu, yang disepakati dan dipakai bersama oleh setiap unit pengelola ketenagaan di Depkes serta saling mendukung/terkait antara satu dengan lainnya (*compatible*). Hal yang lain, data yang ada saat ini masih berorientasi pada tenaga Depkes (pemerintah), belum sampai pada upaya mengidentifikasi SDM kesehatan untuk keperluan swasta dan masyarakat lainnya.

Dalam perkembangan selama ini ada beberapa hambatan, a.l. :

1. Sulitnya memperoleh data akurat yang diperlukan untuk menghitung beban kerja dari masing-masing jenis kategori tenaga pada formula ISN. Hal ini disebabkan karena bervariasinya kegiatan-kegiatan yang dijalankan oleh masing-masing jenis kategori tenaga, disamping tidak adanya catatan yang terekam secara baik atas hal-hal yang terkait dengan prosedur dan beban kerja.
2. Hasil kompilasi dan analisis penghitungan kebutuhan tenaga yang diadakan sepanjang tahun, tidak ditindak-lanjuti sehingga menimbulkan kekecewaan dan menurunnya motivasi para perencana ketenagaan di lapangan (misalnya, hasil penghitungan tenaga tidak terkait dengan pengadaan formasi pegawai baru yang diadakan setiap tahunnya, atau dengan diketahuinya jumlah tenaga berlebihan di suatu lokasi dan kekurangan di lain lokasi seharusnya ada tindak-lanjut pemecahannya). Hal ini lama kelamaan menyebabkan pengisian *form*

yang asal jadi dan menurunnya jumlah laporan yang masuk setiap triwulannya kepada unit atasannya.

3. Kekurangan dukungan staf perencanaan ketenagaan yang berkualitas dan bekerja penuh waktu baik di pusat, propinsi, kabupaten, dan unit/fasilitas kesehatan.

Untuk mendukung perencanaan kebutuhan SDM dimasa mendatang, maka sistem informasi tenaga kesehatan yang mantap sudah tidak bisa ditunda lagi.

III.3. Isu Strategis

1. Penyusunan rencana pengembangan tenaga kesehatan (termasuk penyusunan kebutuhan tenaga) tidak akan berhasil bila tidak disusun dalam konteks kebijakan pengembangan tenaga kesehatan secara keseluruhan yang menunjang suatu rencana pembangunan jangka panjang kesehatan yang ditetapkan.
2. Penentuan pendekatan dan cara penyusunan kebutuhan tenaga kesehatan sering hanya berdasarkan pada suatu model saja, dan kurang berdasarkan pada sintesa bermacam model yang ada sehingga dapat dihimpun berbagai segi positifnya dan dihindari segi-segi kekurangannya.
3. Sistem informasi ketenagaan yang baik dapat mendukung sepenuhnya pengembangan SDM kesehatan secara keseluruhan (PNS dan Non PNS).
4. Masih terbatasnya pemahaman tentang pentingnya perencanaan SDM Kesehatan dari berbagai segi pendekatan, metode dan prosedur penyusunannya.

BAB IV
PENDEKATAN DAN METODE PENYUSUNAN RENCANA KEBUTUHAN
SDM KESEHATAN

IV.1. Pendekatan Penyusunan Kebutuhan SDM Kesehatan

Yang menjadi perhatian dalam penyusunan Kebutuhan SDM Kesehatan adalah sebagai berikut :

- a. Penyusunan kebutuhan SDM kesehatan mutlak dalam konteks penyusunan pengembangan SDM kesehatan yang ada untuk mewujudkan suatu tujuan pembangunan yang ditetapkan.
- b. Pentingnya untuk ditetapkan suatu cara penyusunan kebutuhan SDM yang benar-benar sesuai dengan keperluannya yang semakin kompleks dan sering tak menentu.
- c. Pengguna dari cara-cara penyusunan SDM kesehatan ini perlu memahami kekuatan dan kelemahan dari cara yang dipilih.
- d. Sektor kesehatan sangat diharapkan oleh sektor lain yang terkait untuk dapat menyusun kebutuhan SDM kesehatan di masa mendatang dengan menggunakan cara-cara penyusunan kebutuhan SDM yang mantap.

IV.2. Metode Penyusunan Kebutuhan SDM Kesehatan

Pada dasarnya kebutuhan SDM kesehatan dapat ditentukan berdasarkan :

1. Kebutuhan epidemiologi penyakit utama masyarakat.
2. Permintaan (demand) akibat beban pelayanan kesehatan; atau
3. Sarana upaya kesehatan yang ditetapkan.
4. Standar atau ratio terhadap nilai tertentu.

Determinan yang berpengaruh dalam perencanaan kebutuhan SDM adalah:

- a. Perkembangan penduduk, baik jumlah, pola penyakit, daya beli, maupun keadaan sosiobudaya dan keadaan darurat / bencana
- b. Pertumbuhan ekonomi; dan
- c. Berbagai kebijakan di bidang pelayanan kesehatan.

Adapun metode-metodenya adalah sebagai berikut :

1. Penyusunan kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan **keperluan kesehatan** ("**Health Need Method**"). Dalam cara ini dimulai dengan ditetapkannya keperluan ("**need**") menurut golongan umur, jenis kelamin, dllnya. Selanjutnya dibuat proyeksi penduduk untuk tahun sasaran menurut kelompok penduduk yang ditetapkan; diperhitungkan keperluan upaya kesehatan untuk tiap-tiap kelompok penduduk pada tahun sasaran.

Contoh :

- Dengan sasaran untuk mengurangi tingkat kesakitan dan kematian sampai taraf tertentu, diperhitungkan keluarga dengan pendapatan lebih tinggi di satu kota besar, umur 15-25 tahun, menggunakan (atau ingin) 1.8 kunjungan dokter pertahun sementara itu keluarga dengan pendapatan lebih rendah ingin menggunakan 0.7 kunjungan.
 - Proyeksi tahun target penduduk untuk kedua grup populasi adalah 200,000 dan 800,000.
 - Kebutuhan kunjungan untuk keluarga yang lebih tinggi pendapatannya adalah $1.8 \times 200,000 = 360,000$ kunjungan, sedangkan untuk keluarga lebih rendah pendapatannya, adalah $0.7 \times 800,000 = 560,000$ kunjungan
 - Rata-rata dokter bekerja penuh waktu dalam pelayanan rawat jalan adalah 7000 kunjungan per tahun.
 - Target kunjungan pertahun adalah $(360,000 + 560,000) : 7000 = 131$ dokter FTE (*Full Time Equivalent* / dokter bekerja dengan penuh waktu).
2. Penyusunan kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan **kebutuhan kesehatan** ("**Health Services Demand Method**"). Dalam cara ini dimulai dengan ditetapkannya kebutuhan ("**demand**") upaya atau pelayanan kesehatan untuk kelompok-kelompok penduduk menurut golongan umur, jenis kelamin, tingkat ekonomi, pendidikan, lokasi dllnya. Selanjutnya dibuat proyeksi penduduk untuk tahun sasaran menurut kelompok penduduk yang ditetapkan; diperhitungkan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk tiap-tiap kelompok penduduk tersebut pada tahun sasaran. Selanjutnya untuk memperoleh perkiraan kebutuhan jumlah dari jenis tenaga kesehatan tersebut diperoleh dengan membagi jumlah keseluruhan pelayanan kesehatan pada tahun sasaran dengan kemampuan jenis tenaga tersebut untuk melaksanakan pelayanan kesehatan termaksud pada tahun sasaran.

Contoh :

- Dengan sasaran untuk memenuhi kebutuhan kesehatan pada suatu kota diperhitungkan anak umur 0-4 tahun memerlukan rata-rata 1.0 kunjungan dokter dan 2.0 kunjungan perawat per tahun.
- Proyeksi pada tahun target anak umur 0-4 tahun adalah 2.0 juta.

- Anak-anak ini kemudian akan memerlukan kunjungan 2 juta dokter dan 4 juta kunjungan rawat.
 - Dokter FTE (penuh waktu) dapat melakukan 6000 kunjungan per tahun dan FTE perawat, 7000 per tahun.
 - Proyeksi tenaga penuh waktu (FTE) yang diperlukan :
 - dokter FTE = 2.0 juta : 6000 = 333 dokter
 - perawat FTE = 4.0 juta : 7000 = 571 perawat.
3. Penyusunan kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan **sasaran upaya kesehatan yang ditetapkan ("Health Service Targets Method")**. Dalam cara ini dimulai dengan menetapkan berbagai sasaran upaya atau memperoleh perkiraan kebutuhan jumlah dari jenis tenaga kesehatan tertentu diperoleh dengan membagi keseluruhan upaya atau pelayanan kesehatan tahun sasaran dengan kemampuan jenis tenaga tersebut untuk melaksanakan upaya atau pelayanan kesehatan termaksud pada tahun sasaran.

Contoh :

- 1) Program : Pelayanan kesehatan puskesmas
- 2) Tujuan Program : Meningkatkan pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan puskesmas dengan peran aktif masyarakat.
- 3) Sasaran dari Strategi Program :
- Sasaran No. 1 : Angka kematian bayi diturunkan menjadi 40/1000 kelahiran hidup.
- Strategi dasar : Pelayanan antenatal kepada ibu hamil.

Lain-lain sasaran dan strategi dasar perhitungannya juga diperlukan.

Terhadap sasaran No. 1 dapat dikemukakan :

- 4) Kegiatan kritis/pokok : Konsultasi ibu hamil
- 5) Satuan yang membutuhkan : Ibu hamil
- 6) Kebutuhan di masa mendatang : Jumlah ibu hamil pada tahun 2010
- 7) Frekwensi kegiatan kritis : 3 kali untuk kehamilan normal
- 8) Beban kerja yang diperlukan : Butir 6x butir 7x waktu menolong

- 9) Tenaga Kesehatan pelaksana : Bidan
- 10) Waktu untuk Melaksanakan Kegiatan kritis : Waktu dalam menit untuk melaksanakan konsultasi.
- 11) Penggunaan Waktu Tenaga Kesehatan di masa mendatang
Pembagian waktu (%) dalam hari-hari normal :
- Melaksanakan kegiatan kritis : 0,33
 - Melaksanakan kegiatan lain : 0,25
 - Menunggu/kegiatan pribadi : 0,42
- 12) Beban kerja yang dapat tersedia per hari : Jumlah jam kerja di masa mendatang dalam 1 hari x 60 x butir 11
- 13) Hari kerja di masa mendatang per tahun latihan dan lain-lain : 280 dengan telah dikurangi karena sakit.
- 14) Beban kerja yang dapat tersedia per tahun : Butir 12 x butir 13
- 15) Jumlah tenaga kesehatan yang diperlukan pada tahun 2010 : Butir 8 dibagi butir 14

4. **Penyusunan kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan rasio terhadap sesuatu Nilai ("Ratio Method").**

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

Contoh :

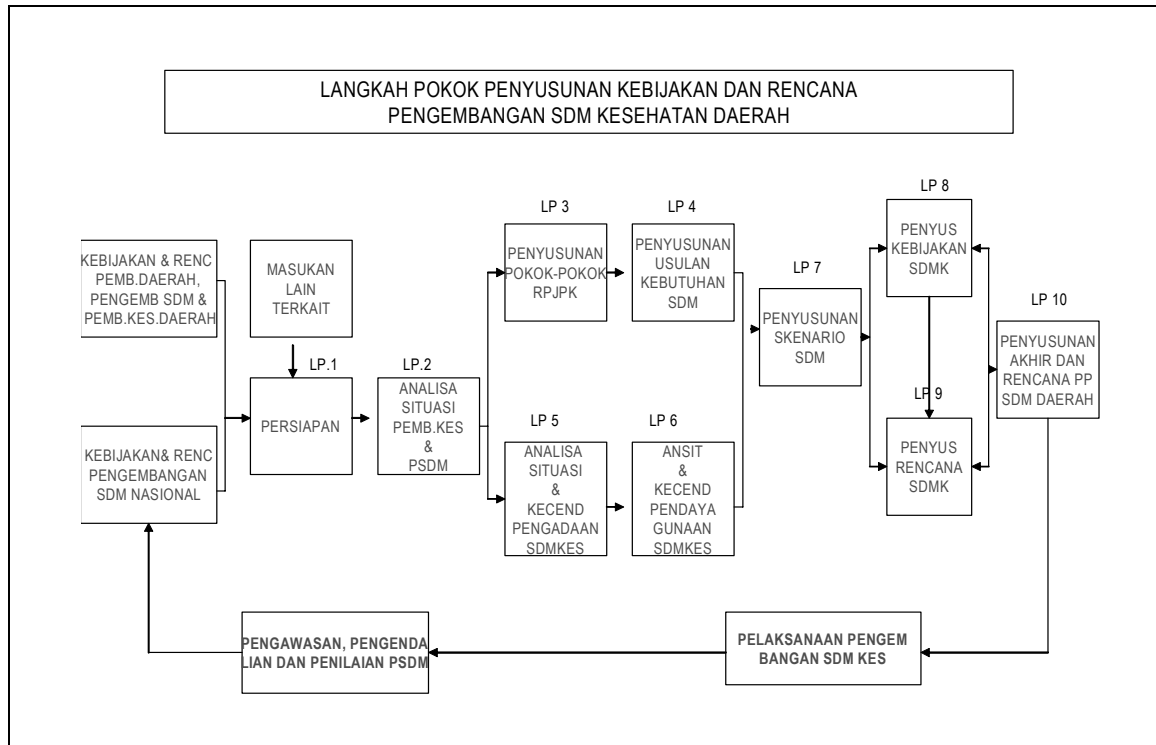
- Rasio dokter – penduduk/populasi bervariasi dalam suatu provinsi, mulai dari 1 : 5000 sampai 1 : 2500, atau rata-rata 1 : 4000
 - proyeksi penduduk / populasi pada tahun target adalah 10 juta
 - rasio pada tahun target yang diinginkan sebesar 1 : 2500
 - dokter yang diperlukan adalah = $10.000.000 : 2500 = 4000$ dokter.

Selain 4 Metode Dasar tersebut, terdapat beberapa metode lainnya yang pada dasarnya merupakan pengembangan dari keempat metode dasar tersebut diatas yaitu :

- Penyusunan kebutuhan tenaga berdasarkan **Daftar Susunan Pegawai (DSP)** ("*authorized staffing list*").
- Penyusunan kebutuhan tenaga berdasarkan **WISN (Work Load Indikator Staf Need / Indikator KebutuhanTenaga Berdasarkan Beban Kerja)**.
- Penyusunan kebutuhan tenaga berdasarkan **SKENARIO/PROYEKSI** dari **WHO**.
- Penyusunan kebutuhan tenaga untuk Bencana.

BAB V LANGKAH POKOK PENYUSUNAN KEBIJAKAN DAN RENCANA PENGEMBANGAN SDM KESEHATAN

Penyusunan rencana pengembangan SDM kesehatan, guna mempermudah dalam pelaksanaannya, langkah-langkah yang harus dilalui adalah seperti dalam bagan berikut:



LP = Langkah Pokok

LANGKAH-LANGKAH POKOK PENYUSUNAN

LP.1.PERSIAPAN

Input

- Kumpulan dokumen – dokumen kebijakan
- Kumpulan data dan informasi terkait baik pemerintah maupun masyarakat termasuk swasta

Proses

- Kesepakatan dan persamaan persepsi lintas program dan lintas sektor terkait (pemerintah, swasta, organisasi profesi) melalui pertemuan-pertemuan.

Output

- Kerangka acuan bersama
- Membentuk Tim yang terdiri dari Depkes, Depdiknas, swasta, organisasi profesi, Pemda Propinsi/Kabupaten/Kota, DPR, DPRD.

LP.2.ANALISA SITUASI PEMBANGUNAN KESEHATAN DAN PENGEMBANGAN SDM KESEHATAN DAERAH

Input

- Analisa situasi pembangunan kesehatan daerah (sosial, ekonomi, perundangan)
- Analisa situasi pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan daerah

Proses

- Diadakan analisa kesenjangan dan bila mungkin membuat analisa S.W.O.T
- Konsultasi dengan sektor dan program lain terkait

Output

- Gambaran situasi pembangunan kesehatan daerah dan kecenderungannya
- Gambaran situasi pengembangan SDM Kesehatan daerah dan kecenderungannya

LP.3. PENYUSUNAN POKOK-POKOK/ PRIORITAS RENCANA PEMBANGUNAN JANGKA PANJANG KESEHATAN

Input

- Renstra daerah yang sudah ditetapkan
- Hasil analisa pada LP 2
- Arahan pimpinan Bupati/Walikota/Kepala Dinas Kesehatan

Proses

- Tim menyusun rancangan ini

Output

- Pokok-pokok rencana pembangunan jangka panjang daerah

LP.4. PENYUSUNAN USULAN KEBUTUHAN SDM KESEHATAN

Input

- Hasil LP 3
- Pemahaman mengenai pendekatan, metode dan prosedur penyusunan rencana SDM Kesehatan
- Data dan informasi lain terkait.

Proses

- Pemilihan dan penggunaan metode yg tepat
- Pendekatan ini sangat penting dan sering tidak mudah

Output

- Usulan kebutuhan SDM Kesehatan yang diperlukan untuk menunjang pembangunan kesehatan yang ditetapkan

LP.5. ANALISA SITUASI & KECENDERUNGAN PENGADAAN SDM KESEHATAN**Input**

- Hasil LP 2 (rencana pembangunan kesehatan jangka panjang)

Proses

- Tinjauan ini disusun berdasarkan pada kenyataan sesungguhnya di lapangan
- Konsultasi dengan berbagai sektor lain terutama sektor pendidikan

Output

- Tinjauan perkembangan dan kecenderungan pengadaan SDM Kesehatan meliputi mutu, kemampuan institusi pendidikan dan latihan, sinergi pengadaan SDM Kesehatan.

LP.6. ANALISA SITUASI & KECENDERUNGAN PENDAYAGUNAAN SDM KESEHATAN**Input**

- LP2 (rencana pembangunan kesehatan jangka panjang)
- Bahan dari sektor lain (pendidikan)

Proses

- Tim membicarakan dg profesi dan sektor lain terkait

Output

- Tinjauan perkembangan dan kecenderungan pendayagunaan SDM Kesehatan terutama tentang distribusinya, peningkatan karir, legislasi, pembinaan dan pengawasan SDM Kesehatan

LP.7. PENYUSUNAN SKENARIO / ALTERNATIF PENGEMBANGAN SDM KESEHATAN**Input**

- LP 4,5,6 (usulan kebutuhan, pemenuhannya, pendayagunaannya)

Proses

- Analisa dan penyusunan kebutuhan SDM Kesehatan berdasarkan pada prinsip-prinsip perencanaan skenario/alternatif

Output

- Usulan kebutuhan SDM Kesehatan yang diperlukan dan dapat disediakan
- Diperolehnya alternatif terpilih yang optimal dari kebutuhan SDM Kesehatan untuk menunjang pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan

LP.8. PENYUSUNAN KEBIJAKAN PENGEMBANGAN SDM KESEHATAN

Input

- Hasil LP 7
- Arahan dari Pimpinan Gubernur/Bupati/Walikota dan Kepala Dinas Kesehatan

Proses

- Merupakan kelanjutan dari LP 7

Output

- Kebijakan pengembangan SDM Kesehatan sebagai bagian dari kebijakan pembangunan kesehatan daerah

LP.9. PENYUSUNAN RENCANA PENGEMBANGAN & PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN

Input

- Hasil LP 7,8
- Arahan dari Pimpinan Gubernur/Bupati/Walikota dan Kepala Dinas Kesehatan.

Proses

- Menyusun rencana yang meliputi rencana kebutuhan SDM Kesehatan, rencana pengadaan dan pendayagunaan, bimbingan dan pengawasan SDM Kesehatan dengan peran aktif dari pimpinan program terkait
- Menyusun langkah pengorganisasian dalam rangka pelaksanaannya

Output

- Kebijakan pengembangan & pemberdayaan SDM Kesehatan sebagai bagian dari kebijakan pembangunan kesehatan daerah

LP.10. PENYUSUNAN AKHIR DAN RENCANA PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN DAERAH

Input

- Arahan dari pimpinan daerah

Proses

- Pada hakekatnya menggabungkan LP 8 dan 9
- Perlu diperhatikan relevansi, kelayakan, efisiensi dari pengembangan dan pemberdayaan daerah secara keseluruhan

Output

- Kebijakan dan rencana pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan

Rincian lebih lanjut tentang langkah-langkah pokok penyusunan ini harap lihat kepustakaan no.53.

BAB VI

PROSEDUR PENYUSUNAN RENCANA KEBUTUHAN SDM KESEHATAN

Secara garis besar perencanaan kebutuhan SDM kesehatan dapat dikelompokkan ke dalam tiga kelompok besar yaitu :

1. Perencanaan kebutuhan pada tingkat institusi.

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

2. Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan pada tingkat wilayah

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

3. Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan untuk Bencana

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

VI.1 PERENCANAAN KEBUTUHAN SDM KESEHATAN DI TINGKAT INSTITUSI

Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan di tingkat institusi ini bisa dihitung dengan menggunakan metode **Daftar Susunan Pegawai (DSP)** ("Authorized Staffing List"), atau **WISN (Work Load Indikator Staff Need)**.

VI.1.a Prosedur penghitungan kebutuhan SDM kesehatan dengan menggunakan metode Daftar Susunan Pegawai (DSP) ("Authorized Staffing List")

Metode penghitungan kebutuhan SDM berdasarkan DSP ini bisa digunakan di berbagai unit kerja seperti puskesmas, rumah sakit dan sarana kesehatan lainnya. Sebagai contoh, berikut ini adalah penghitungan kebutuhan SDM berdasarkan DSP di Puskesmas.

LANGKAH AWAL PENYUSUNAN DSP PUSKESMAS

Langkah awal penyusunan DSP adalah menghitung **produktivitas** Puskesmas secara kolektif dengan menggunakan rumus

$$S = \frac{O}{300 \times N} \quad (\text{Nilai S serendah-rendahnya } 5)$$

- S : Dayaguna Staf / Hari (S)
- N : Jumlah Staf (N)
- O : Out Put Puskesmas (O)

Nilai Daya guna staf per hari (S) sekurang-kurangnya harus = 5.

Apabila **S < 5** maka dua alternatif yang perlu ditempuh :

1. memindahkan tenaga yang berlebihan atau
2. meningkatkan output Puskesmas.

Bagi Puskesmas yang jumlah kunjungannya tinggi, tetapi jumlah tenaganya lebih kecil dibandingkan dengan jumlah tenaga yang tertera dalam tabel.1, apabila tidak dapat diangkat sebagai PNS Daerah, dapat diatasi kekurangan tenaganya dengan sistim kontrak yang dananya berasal dari Pemda setempat atau oleh lembaga lainnya.

Tabel VI.1. Jumlah staf Puskesmas menurut Beban Kerja.

No	Out Put Puskesmas (O)	Jumlah Staf (N)	Dayaguna Staf/Hari (S)
1	Kurang dari 30.000 orang/thn	16 orang	6,25
2	30.000 – 50.000 orang/thn	21 orang	5,2 – 8,0
3	50.000 – 70.000 orang/thn	30 orang	5,5 – 7,7
4	70.000 – 100.000 orang/thn	40 orang	5,8 – 8,3
5	> 100.000 orang/thn	> 40 orang	6,6

Menghitung kebutuhan SDM dapat dilaksanakan dengan :

1. Menghitung output Puskesmas seperti pada tabel IV.1. dimana output Puskesmas menentukan jumlah SDM yang dibutuhkan, atau
2. Mempergunakan time study untuk menghitung kapasitas kerja maupun uraian tugas Staf Puskesmas.

Kebutuhan tenaga dapat dihitung dengan rumus :

$$n = \frac{N \times K}{T}$$

- n : jumlah SDM yang dibutuhkan
- N : jumlah beban kerja
- K : Kapasitas kerja / menit
- T : jumlah kerja per hari = 360 menit = 6 X 60 menit

3. Setelah mengetahui jumlah kebutuhan tenaga yang rasional, maka langkah berikutnya adalah menentukan jenis tenaga yang dibutuhkan. Untuk menetapkan jenis tenaga, kita menggunakan struktur organisasi Puskesmas sesuai yang ditetapkan Pemda masing-masing. (Berdasarkan SK Mendagri No. 23 tahun 1994, Struktur terdiri dari unit administrasi, unit 1 sampai dengan unit 6. Setiap unit merupakan kelompok kegiatan yang harus dianalisis secara rinci. Misalnya unit

administrasi terdiri dari jabatan Kepala Tata Usaha, Statistik, Bendahara, Supir, Penjaga Puskesmas. Masing-masing jabatan mempersyaratkan jenis tenaga tertentu, misalnya jabatan bendahara harus dijabat oleh petugas yang minimal berijazah SMEA / SMTA dan telah mengikuti kursus bendaharawan).

Perkiraan jenis tenaga pada jabatan-jabatan teknis tidak sulit, karena masing-masing jabatan mempersyaratkan tenaga yang memiliki ketrampilan tertentu. Pendidikan tenaga-tenaga teknis kesehatan yang siap pakai mewajibkan penempatannya pada jabatan teknis yang tepat. Hal ini memudahkan pengelola kepegawaian untuk menentukan jenis tenaga yang layak untuk ditempatkan pada jabatan dimaksud.

Contoh, unit peningkatan dan kesehatan keluarga apabila diperinci antara lain terdiri dari kegiatan KIA, KB, Kesehatan Gigi Keluarga, sehingga dapat diperkirakan unit bersangkutan membutuhkan tenaga bidan, ahli gizi.

Berikut ini adalah contoh DSP puskesmas dengan bermacam-macam model:

1. Model Puskesmas yang berada di daerah terpencil dengan penduduk jarang, dengan kegiatan rendah
2. Model Puskesmas dengan penduduk 20.000 dengan output Puskesmas pertahun = 35.000
3. Model Puskesmas di daerah perkotaan dengan penduduk padat, dengan output Puskesmas per tahun 60.000
4. Model Puskesmas perawatan yang jauh hubungan daratnya dengan RSU terdekat
5. Model Puskesmas Perawatan di daerah kepulauan dengan sarana perhubungan laut yang sulit.
6. Model Puskesmas Perawatan di daerah strategis.

CONTOH-CONTOH MODEL

1. MODEL PUSKESMAS DI DAERAH TERPENCIL

Puskesmas di daerah terpencil mempunyai masalah kondisi geografis dan transportasi yang sulit, penduduk yang jarang dan pelayan yang kurang kebutuhan tenaga sekitar 17 orang.

Tabel. IV.2

No	Jenis Kegiatan	Jenis Tenaga	Jumlah	Keterangan
1	Kepala Puskesmas	Dokter / Sarjana kesehatan lain yang terdidik dalam public health	1	
2	Kepala Tata Usaha	Perawat	1	Tenaga-tenaga Ketata-usahaan (administrasi)
3	R/R, Perencana, Ev	Perawat	1	
4	Bendahara & Ur. Umum	SMEA / SMA	1	
5	Supir	SMTD	1	
6	Penjaga Puskesmas/Pramu	SD	1	
7	Poliklinik Gigi	Perawat Gigi	1	
8	Poliklinik Umum	Perawat	1	
9	Poliklinik Umum	Pekarya	1	
10	KIA., KB	Bidan	1	Unit 2 Tugas rangkap
11	Perkesmas	Bidan	-	
12	Gizi Keluarga	PAG	1	
13	Imunisasi dan Pencegahan	Perawat	1	Unit 1 & Unit 4
14	Surveillance & Kesling	Sanitarian	1	
15	Laboratorium	Analisis	1	Unit 6 Perawat terlatih bekerja rangkap
16	Apotik	Pekarya	1	
17	JPKM	Perawat / D3 Askes	-	
18	Setiap Pustu	Perawat	1	
19	Setiap Bidan Desa	Bidan	1	
JUMLAH			17 *)	

*) Jumlah 17 orang adalah jumlah tenaga yang terkecil dengan Pustu dan Bidan Desa rata-rata sebuah, jumlah ini akan meningkat dengan bertambah banyaknya jumlah Pustu atau Bidan Desa.

Catatan :

Kegiatan Pusling, Posyandu dan kegiatan lapangan lain dilaksanakan secara terpadu dalam Tim.

2. MODEL DSP PUSKESMAS PEDESAAN

Puskesmas terletak dalam Kecamatan dengan penduduk 20.000 orang dengan output Puskesmas 35.000 orang per tahun. Apabila produktivitas staf / hari = 5, maka tenaga yang dibutuhkan atau $N = 35.000 / 300 \times 5 = 23$ orang.

Tabel. VI.3

No	Jenis Kegiatan	Jenis Tenaga	Jumlah	Keterangan
1	Kepala Puskesmas	Dokter / Sarjana kesehatan lain yang terdidik dalam public health	1	
2	Kepala Tata Usaha	SKM	1	Unit Tata Usaha (Administrasi)
3	RR/ Perencana/ Ev	Perawat	1	
4	Bendahara & Ur. Umum	SMEA / SMA	1	
5	Supir	SMTP	1	
6	Penjaga Puskesmas/Pramu	SD	1	
7	Poliklinik Umum	Dokter Umum	1	Dirangkap ka.Puskesmas
8	Poliklinik Umum	Perawat	1	
9	Poliklinik Umum	Pekarya	1	Unit 3
10	Poliklinik Gigi	Dokter Gigi	1	
11	Poliklinik Gigi	Perawat Gigi	1	
12	Bagian Kartu	Pekarya	1	
13	KIA & KB	Bidan	1	Unit 2
14	Kesehatan. Gizi Keluarga	Akademi Gizi	1	
15	Puskesmas	Bidan	1	
16	Peran serta Masyarakat	Bidan	1	Unit 4
17	Kesling dan Penyuluhan	Sanitarian	1	
18	Laboratorium	Analisis Kimia	1	Unit 6
19	Apotik	Ass. Apoteker	1	
20	Surveillance Pencegahan & Pemb.	Sanitarian	1	Unit 1
21	Imunisasi	Perawat	1	
22	UKGS	Drg & Perawat Gigi	-	Tugas rangkap Perawat terlatih
23	UKS	Perawat	-	
23	JPKM	Perawat / D3 Askes	1	
24	Setiap Pustu	Perawat	1	
25	Setiap Bidan Desa	Bidan	1	
<i>J U M L A H</i>			23 *)	

Catatan :

Kegiatan Puskesmas, Pusling, Posyandu dan kegiatan lapangan kerja dilaksanakan secara terpadu dalam Tim.

3. MODEL DSP PUSKESMAS PERKOTAAN

Puskesmas terletak dikota dengan penduduk agak padat dan kunjungan cukup tinggi dengan output Puskesmas 60.000 orang / tahun. Apabila produktivitas staf / hari = 5, maka tenaga yang dibutuhkan atau N berjumlah = 40 orang.

Tabel. VI.4

No	Jenis Kegiatan	Jenis Tenaga	Jumlah	Keterangan
1	Kepala Puskesmas	Dokter / Sarjana kesehatan lain yang terdidik dalam Public Health	1	
2	Kepala Tata Usaha	SKM	1	Unit Tata Usaha (Administrasi)
3	R/R, Perencana, Ev	D2 / D3 Statistik	1	
4	Bendahara & Ur. Umum	SMEA / SMA	2	
5	Supir	SMTP	2	
6	Penjaga Puskesmas/Pramu	SD	1	
7	Bagian Kartu Poli	Pekarya	1	
8	Poliklinik Umum	Dokter Umum	2	
9	Poliklinik Umum	Perawat	1	
10	Poliklinik Umum	Pekarya	1	
11	Kamar Suntik	Perawat	1	
12	Unit Gawat Darurat	Perawat	4	
13	Poliklinik Gigi	Dokter Gigi	1	Unit 3
14	Poliklinik Gigi	Perawat Gigi	1	
15	KIA & KB	Bidan	2	Unit 2
16	KIA & KB	Pekarya	1	
17	Kesehatan. Gizi Keluarga	Akademi Gizi	1	Tugas rangkap
18	UKGS	Dokter Gigi	-	
19	UKS	Perawat	1	
20	Puskesmas	Bidan	1	
21	Radiologi	APRO	1	
22	Laboratorium	Analisis kimia	1	
23	Apotik	Ass. Apoteker	1	
24	Apotik	Juru Obat	1	
25	Pencegahan & Pemb. Peny.	Entomolog	1	Unit 1
26	Surveillance	Epidemolog	1	
27	Imunisasi	Perawat	2	
28	PSM	Bidan	1	Unit 4
29	Kesling & Penyuluh	Sanitarian	2	
30	JPKM	D3 Ekonomi / D3 Askes	1	Terlatih JPKM
31	Pustu	Perawat	2	
JUMLAH			40	

Dikota tidak ada Bidan di Desa

Catatan :

Kegiatan Puskesmas, Posyandu dan kegiatan lapangan lain dilaksanakan secara terpadu dalam tim.

4. DSP PUSKESMAS PERAWATAN DI DAERAH TERPENCIL

Daerah terpencil ditandai dengan sulitnya hubungan geografi yang mengakibatkan masyarakat sulit menjangkau puskesmas demikian juga rujukan ke Rumah Sakit terdekat. Bagi kasus-kasus muntaber terpaksa harus dirawat di Puskesmas. Untuk itu Puskesmas dilengkapi dengan sarana tempat tidur yang jumlahnya rata-rata 10 buah. Dengan demikian kebutuhan tenaganya terdiri dari kebutuhan tenaga untuk rawat jalan ditambah dengan pelayanan diluar gedung serta kebutuhan tenaga untuk rawat inap.

Tabel VI.5

No	Jenis Kegiatan	Jenis Tenaga	Jumlah	Keterangan
1	Kepala Puskesmas	Dokter / Sarjana kesehatan lain yang terdidik dalam Public Health	1	
2	Kepala Tata Usaha	Perawat	1	Perawat Senior
3	R/R, Perencana, Ev	Perawat	1	
4	Bendahara & Ur. Umum	SMEA / SMA	1	Unit Tata Usaha
5	Supir	SMTD	1	
6	Penjaga Puskesmas/Pramu	SD	1	
7	Karcis dan Kartu	Pekarya	1	Dirangkap Ka Puskes
8	Poliklinik Umum	Dokter Umum	-	Unit 3
9	Poliklinik Umum	Perawat	1	
10	Poliklinik Gigi	Perawat Gigi	1	
11	Klinik KIA & KB	Bidan	1	Unit 2
12	Kesehatan. Gizi Keluarga	PAG	1	
13	Perkesmas	Bidan	-	Tugas rangkap
14	Laboratorium	Analisis	1	
15	Apotik	Pekarya	1	
16	Pencegahan & Pemb	Epidemiolog	1	Unit 1
17	Surveillance	Sanitarian	1	
18	Imunisasi	Perawat	1	
19	PSM	Bidan	1	Unit 4
20	Kesling & Penyuluhan	Sanitarian	-	Tugas rangkap
21	JPKM	Perawat / D3 Askes	1	Tugas rangkap
22	Setiap Pustu	Perawat	1	
23	Setiap Bidan Desa	Bidan	1	
24	Tugas Perawatan	Dokter Umum	-	Tugas rangkap
25	Tugas Perawatan	Perawat	4	(Unit 5) setiap
26	Tugas Perawatan	Pekarya	4	tugas juga 6 jam 1 orang perawat. Jadi 24 jam 4 or prwt & 4 pekarya
J U M L A H			27	

Catatan :

Kegiatan Puskesmas, Posyandu dan kegiatan lapangan lain dilaksanakan secara terpadu dalam Tim.

5. DSP PUSKESMAS PERAWATAN DI DAERAH KEPULAUAN

Puskesmas dipulau-pulau dikembangkan menjadi Puskesmas dengan perawatan yang lebih mandiri karena letaknya yang terisolasi dan kesulitan hubungan laut mengakibatkan orang sakit ditampung untuk mengatasi masalah darurat. Sehubungan dengan itu Puskesmas ini dilengkapi dengan peralatan yang memungkinkan dokter umum menegakkan diagnostik, seperti alat rontgen, peralatan bedah mikro, bangsal perawatan berjumlah 15 hingga 20 tempat tidur, kamar persalinan.

Tabel. VI.6

No	Jenis Kegiatan	Jenis Tenaga	Jumlah	Keterangan
1	Kepala Puskesmas	Dokter / Sarjana kesehatan lain yang terdidik dalam public health	1	
2	Kepala Tata Usaha	Perawat	1	Unit Tata Usaha Motoris Motorboot
3	R/R, Perencana, Ev	Perawat	1	
4	Bendahara & Ur. Umum	SMEA / SMA	1	
5	Motoris	SMTP	1	
6	Penjaga Puskesmas/Pramu	SD	1	
7	Bagian Karcis dan Kartu	Pekarya	1	Ada 2 or Dr Umum bertugas anamnese Unit 3
8	Poliklinik Umum	Dokter Umum	1	
9	Poliklinik Umum	Perawat	1	
10	Poliklinik Umum	Pekarya	1	
11	Poliklinik Gigi	Dokter Gigi	1	
12	Poliklinik Gigi	Perawat Gigi	1	
13	Klinik KIA & KB	Bidan	1	Unit 2
14	Kes. Gizi Keluarga	PAG	1	
15	Perkesmas	Bidan	-	Tugas rangkap
16	Laboratorium	Analisis	1	Unit 6
17	Apotik	Ass. Apoteker	1	
18	Apotik	Juru Obat	1	
19	Radiologi	APRO	1	
20	Pencegahan & Pemberantasan	Epidemolog	1	Unit 1
21	Surveillance & Kesling	Sanitarian	1	
22	Imunisasi	Perawat	1	
23	Peran Serta Masyarakat	Bidan	1	Unit 4 Tugas rangkap Tugas rangkap Tugas rangkap
24	Penyuluhan	Sanitarian, Perawat	-	
25	UKS	Perawat	-	
26	UKGS	Drg, Perawat Gigi	-	
27	JPKM	Perawat / D3 Askes	1	
28	Perawatan	Dokter Umum	-	Ratio prwt : TT = 1 : 10 utk 24 jam = 24/6 x 20/10 =8 or prwt : pekarya = 2 : 1 tgs rangkap
29	Perawatan	Perawat	8	
30	Perawatan	Pekarya	4	
31	R.Prwtan Ibu Hamil/melahirkan	Bidan	3	
32	Tugas Perawatan	Bidan	-	
JUMLAH			38	

Catatan :

Kegiatan Puskesmas, Posyandu dan kegiatan lapangan lain dilaksanakan secara terpadu dalam Tim.

6. PUSKESMAS PERAWATAN DI DAERAH STRATEGIS

Daerah strategis adalah daerah pusat perkembangan perekonomian yaitu daerah perdagangan barang-barang yang berasal dari pedalaman ataupun daerah transit antar kota. Ciri daerah ini berpenduduk relatif padat dibanding daerah sekitarnya, lalu lintas relatif ramai, sehingga kunjungan ke Puskesmas menjadi tinggi dibandingkan Puskesmas dilingkungan daerah sekitarnya. Pada daerah strategis seringkali dibangun sebuah Puskesmas dengan tempat perawatan untuk memudahkan memperoleh pelayanan dengan perawatan. Puskesmas semacam ini banyak ditemui di daerah-daerah luar Jawa. Puskesmas dapat dikategorikan sebagai Puskesmas Rujukan bagi daerah sekitarnya.

Tabel. VI.7

No	Jenis Kegiatan	Jenis Tenaga	Jumlah	Keterangan
1	Kepala Puskesmas	Dokter / Sarjana kesehatan lain yang terdidik dalam public health	1	
2	Kepala Tata Usaha	Sarjana Kes Masyarakat	1	Unit Tata Usaha
3	R/R, Perencana, Ev	D2/D3 Statistik	1	
4	Bendahara & Ur. Umum	SMEA / SMA	1	
5	Supir	SMTF	1	
6	Penjaga Puskesmas/Pramu	SD	1	
7	Karcis dan Kartu	Pekarya	1	
8	Poliklinik Umum	Dokter Umum	1	
9	Poliklinik Umum	Perawat	1	
10	Poliklinik Umum /Kamar Suntik	Perawat /Pekarya	1	
11	Poliklinik Gigi	Dokter Gigi	1	
12	Poliklinik Gigi	Perawat Gigi	1	
13	Klinik KIA & KB	Bidan	2	Unit 2
	Perkesmas	Bidan	1	
14	Kes. Gizi Keluarga	Akademi Gizi	1	Tugas rangkap Tugas rangkap
	UKGS	Dokter Gigi,perawat Gigi	-	
15	UKS	Perawat	-	
16	Laboratorium	Analisis	1	
17	Apotik	Ass. Apoteker		
18	Apotik	Juru Obat	1	
19	Radiologi	APRO	1	Unit 6
20	Pencegahan & Pemberantasan	Epidemolog	1	Unit 1
21	Surveillance & Kesling	Sanitarian	1	
22	Imunisasi	Perawat	1	
23	Peran Serta Masyarakat	Bidan	1	Unit 4
24	Penyuluhan	Sanitarian/ Perawat	-	
25	JPKM	Perawat / D3 Askes	1	
26	Perawatan	Dokter Umum	-	Tugas rangkap
27	Perawatan	Perawat	7	
28	Perawatan	Pekarya	4	Unit 5
29	Kamar Persalinan	Bidan	2	
J U M L A H			42	

Catatan :

Kegiatan Puskesmas, Posyandu dan kegiatan lapangan lain secara terpadu dalam Tim.

VI.1.b Prosedur penghitungan kebutuhan SDM kesehatan dengan menggunakan METODE WISN (Work Load Indikator Staff Need/ Kebutuhan SDM kesehatan Berdasarkan Indikator Beban Kerja)

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

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

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

Pada dasarnya metode WISN ini dapat di gunakan di rumah sakit, puskesmas dan sarana kesehatan lainnya, atau bahan dapat digunakan untuk kebutuhan tenaga di Kantor Dinas Kesehatan. Sebagai contoh dibawah ini disajikan penggunaan metode WISN di sarana pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

LANGKAH PERTAMA

MENETAPKAN WAKTU KERJA TERSEDIA

Menetapkan waktu kerja tersedia tujuannya adalah diperolehnya waktu kerja tersedia masing-masing kategori SDM yang bekerja di Rumah Sakit selama kurun waktu satu tahun.

Data yang dibutuhkan untuk menetapkan waktu kerja tersedia adalah sebagai berikut :

1. Hari kerja, sesuai ketentuan yang berlaku di RS atau Peraturan Daerah setempat, pada umumnya dalam 1 minggu 5 hari kerja. Dalam 1 tahun 250 hari kerja (5 hari x 50 minggu). (A)
2. Cuti tahunan, sesuai ketentuan setiap SDM memiliki hak cuti 12 hari kerja setiap tahun. (B)
3. Pendidikan dan pelatihan, sesuai ketentuan yang berlaku di RS untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi/profesionalisme setiap kategori SDM memiliki hak untuk mengikuti pelatihan/kursus/seminar/ lokakarya dalam 6 hari kerja. (C)

4. Hari Libur Nasional, berdasarkan Keputusan Bersama Menteri Terkait tentang Hari Libur Nasional dan Cuti Bersama, tahun 2002-2003 ditetapkan 15 Hari Kerja dan 4 hari kerja untuk cuti bersama. (D)
5. Ketidak hadiran kerja, sesuai data rata-rata ketidak hadiran kerja (selama kurun waktu 1 tahun) karena alasan sakit, tidak masuk dengan atau tanpa pemberitahuan/ijin. (E)
6. Waktu kerja, sesuai ketentuan yang berlaku di RS atau Peraturan Daerah, pada umumnya waktu kerja dalam 1 hari adalah 8 jam (5 hari kerja/minggu). (F)

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

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

Keterangan :

A = Hari Kerja

D = Hari Libur Nasional

B = Cuti Tahunan

E = Ketidak Hadirannya Kerja

C = Pendidikan dan Pelatihan

F = Waktu Kerja

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

TABEL VI.8**WAKTU KERJA TERSEDIA**

Kode	FAKTOR	KATEGORI SDM		KETERANGAN
		Perawat	Dokter Sp. X	
A	Hari Kerja	260	260	Hari/tahun
B	Cuti Tahunan	12	12	Hari/tahun
C	Pendidikan dan Pelatihan	5	10	Hari/tahun
D	Hari Libur Nasional	19	19	Hari/tahun
E	Ketidak Hadiran Kerja	10	12	Hari/tahun
F	Waktu Kerja	8	8	Jam/hari
Waktu Kerja Tersedia		1,712	1,656	Jam/tahun
Hari Kerja Tersedia		214	207	Harikerja/thn

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

Uraian perhitungannya adalah sebagai berikut:

1. Waktu kerja tersedia untuk kategori SDM :

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

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

2. Hari kerja tersedia untuk kategori SDM :

$$\begin{aligned} \text{a. Perawat} &= (214 \text{ hari/tahun}) \times 8 \text{ (jam/hari)} \\ &= 1,712 \text{ jam kerja/tahun} \\ \text{b. Dokter Sp. X} &= (207 \text{ hari kerja/tahun}) \times 8 \\ &\text{(jam/hari)} \\ &= 1,656 \text{ jam kerja/tahun} \end{aligned}$$

LANGKAH KEDUA

MENETAPKAN UNIT KERJA DAN KATEGORI SDM

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

Data dan informasi yang dibutuhkan untuk penetapan unit kerja dan kategori SDM adalah sebagai berikut :

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

Analisa Organisasi

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

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

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

Setelah unit kerja dan sub unit kerja di RS telah ditetapkan, langkah selanjutnya adalah menetapkan kategori SDM sesuai kompetensi atau pendidikan untuk menjamin mutu, efisiensi dan akuntabilitas pelaksanaan kegiatan/pelayanan di tiap unit kerja RS.

Data kepegawaian, standar profesi, standar pelayanan, fakta dan pengalaman yang dimiliki oleh penanggung jawab unit kerja adalah sangat membantu proses penetapan kategori SDM di tiap unit kerja di RS.

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

**TABEL VI.9
UNIT KERJA DAN KATEGORI SDM**

NO	UNIT KERJA	SUB UNIT KERJA	KATEGORI SDM
A.	Instalasi Rawat Jalan	Poli Penyakit Dalam	1. Dr. Sp. PD
			2. Perawat
		Poli Kebidanan & Kandungan	1. Dr. Sp. OBG
			2. Bidan
		Poli Bedah	1. Dr. Sp. BU
			2. Perawat
B.	Rawat Inap	Rawat Inap Bedah	1. Dr. Sp. BU
			2. Dr. Sp. BO
			3. Dr. Sp. Anastesi
			4. Dokter (umum) Plus
			5. Penata anastesi
			6. Perawat

**LANGKAH KETIGA
MENYUSUN STANDAR BEBAN KERJA**

Standar beban kerja adalah volume/kuantitas beban kerja selama 1 tahun per kategori SDM. Standar beban kerja untuk suatu kegiatan pokok disusun berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikannya (rata-rata waktu) dan waktu yang tersedia per-tahun yang dimiliki oleh masing-masing kategori tenaga.

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

SDM yang memiliki berbagai jenis kompetensi, jumlah dan distribusinya tiap unit kerja sesuai beban kerja.

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

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

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

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

Kegiatan Pokok

Kegiatan pokok adalah kumpulan berbagai jenis kegiatan sesuai standar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP) untuk menghasilkan pelayanan kesehatan/medik yang dilaksanakan oleh SDM kesehatan dengan kompetensi tertentu.

Langkah selanjutnya untuk memudahkan dalam menetapkan beban kerja masing-masing kategori SDM, perlu disusun **kegiatan pokok serta jenis kegiatan pelayanan**, yang berkaitan langsung/ tidak langsung dengan pelayanan kesehatan perorangan.

Tabel VI.10 dibawah ini diuraikan contoh sederhana penyusunan kegiatan pokok di Unit Kerja Instalasi Rawat Jalan Poli Sepsialis Penyakit Dalam.

TABEL VI.10
KEGIATAN POKOK DOKTER SPESIALIS PENYAKIT DALAM
DI INSTALASI RAWAT JALAN

UNIT KERJA/ KATEGORI SDM	KEGIATAN	KEGIATAN POKOK
INSTALASI RAWAT JALAN		
Poli Penyakit Dalam Dr. Sp. PD	Pasien Baru : - Anamnesa - Pemeriksaan Fisik - Pembacaan Hasil Lab/Rontgen - Penulisan Resep/Rujukan	Pemeriksaan Pasien Baru
	Pasien Lama : - Anamnesa - Pemeriksaan Fisik - Pembacaan Hasil Lab/Rontgen - Penulisan Resep/Rujukan	Pemeriksaan Pasien Lama

Rata-Rata Waktu

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

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

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

Standar Beban kerja

Standar beban kerja adalah volume/kuantitas beban kerja selama 1 tahun per kategori SDM. Standar beban kerja untuk suatu kegiatan pokok disusun berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikannya (waktu rata-rata) dan waktu kerja tersedia yang dimiliki oleh masing-masing kategori SDM.

Adapun rumus perhitungan standar beban kerja adalah sebagai berikut:

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

Hasil perhitungan standar beban kerja kategori SDM Dokter Spesialis Penyakit Dalam dan Dokter Spesialis Bedah berdasarkan kegiatan pokok di Instalasi Rawat Inap dan Rawat Jalan serta rata-rata waktu yang dibutuhkan dapat dilihat pada Tabel IV.11 di bawah ini .

TABEL IV.11
KEGIATAN POKOK DAN RATA-RATA WAKTU KERJA

NO	KATEGORI SDM	UNIT KERJA / KEGIATAN POKOK	RATA-RATA WAKTU	STANDAR BEBAN KERJA
A.	Dr. Sp. PD	POLI PENYAKIT DALAM		
		- Pemeriksaan pasien lama	7'	14,194
		- Pemeriksaan pasien baru	9'	9,973
		RATWAT INAP PENYAKIT DALAM		
		- Visite pasien lama	4'	24,840
		- Visite pasien baru	6'	16,560
		- Tindakan medik kecil	15'	6,624
B	Dr. Sp. B	POLI BEDAH		
		- Pemeriksaan pasien lama	7'	14,194
		- Pemeriksaan pasien baru	9'	11,040
		- Tindakan medik kecil	15'	6,624
		- Tindakan medik sedang	25'	3,974
		RAWAT INAP BEDAH		
		- Visite pasien lama	4'	24,840
		- Visite pasien baru	15'	16,560
		- Tindakan medik kecil	15'	6,624

Kategori SDM dokter Spesial Penyakit Dalam memiliki Standar Beban kerja per-tahun sebesar pemeriksaan 9,973 pasien baru poli rawat jalan. Hal ini tidak berarti seorang Dokter Spesialis Penyakit Dalam diharapkan mengerjakan sejumlah 9.973

pemeriksaan Pasien Baru Poli Rawat Jalan dalam 1 tahun. Namun Dokter Spesialis Penyakit Dalam juga melaksanakan berbagai kegiatan lain yang menyita jam kerja tersedia yang dimilikinya.

Standar Beban Kerja per tahun untuk SDM Dokter Spesialis Penyakit Dalam tersebut, menunjukkan bahwa pemeriksaan pasien rawat jalan membutuhkan waktu 1/9.973 dari hari kerja tersedia selama 1 tahun.

LANGKAH KEEMPAT PENYUSUNAN STANDAR KELONGGARAN

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

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

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

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

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

$\text{Standar Kelonggaran} = \frac{\text{Rata-rata Waktu Per-Faktor Kelonggaran}}{\text{Waktu Kerja Tersedia}}$
--

Pada umumnya kategori SDM Dr. Sp. Penyakit Dalam dan Dr. Sp. Bedah memiliki faktor kelonggaran sebagai berikut :

1. Pertemuan audit medik
2. Mengajar program pendidikan dokter
3. Mengajar program pendidikan dokter spesialis.

Apabila kategori SDM Dr. Sp. Penyakit Dalam memiliki waktu kerja tersedia 1,656 jam/tahun dan faktor kelonggaran pertemuan audit medik 1 jam/minggu maka Standar Kelonggaran yang dimilikinya adalah sebesar 0,06 SDM. Hal ini juga dapat diartikan bahwa kegiatan pertemuan audit medik membutuhkan/menyita 6 % waktu kerja tersedia Dr. Sp. Penyakit Dalam. Adapun uraian perhitungannya adalah sebagai berikut :

1. Waktu kerja tersedia : 1,656 jam/tahun
2. Faktor kelonggaran : Pertemuan audit medik, 1 jam/minggu (1 jam x 52 Minggu = 52 jam/tahun)
3. Standar Kelonggaran : $\frac{52 \text{ jam/tahun}}{1.656 \text{ jam tahun}}$
: 0,03 SDM

Hasil perhitungan standar kelonggaran untuk kategori SDM Dokter Spesialis Penyakit Dalam sebesar 0,188 dan Dokter Spesialis Bedah 0,220. Adapun besarnya standar kelonggaran tiap faktor kelonggaran dapat dilihat pada Tabel VI.12 di bawah ini.

TABEL VI.12
KEGIATAN POKOK DAN RATA-RATA WAKTU KERJA

NO	KATEGORI SDM	FAKTOR KELONGGARAN	RATA-RATA WAKTU	STANDAR BEBAN KERJA
A.	Dr. Sp. PD			
		- Pertemuan audit medik, 1 jam/minggu	1 jam/mgg	0,031
		- Mengajar :	9'	9,973
		= Program pendidikan dokter	2 jam/mgg	0,063
		= Program pendidikan dokter spesialis	3 jam/mgg	0,094
		J U M L A H		0,188
B	Dr. Sp. B			
		- Pertemuan audit medik	2 jam/mgg	0,063
		- Mengajar :		
		= Program pendidikan dokter	2 jam/mgg	0,063
		= Program pendidikan dokter spesialis	3 jam/mgg	0,094
		J U M L A H		0,220

LANGKAH KELIMA
PERHITUNGAN KEBUTUHAN SDM PER UNIT KERJA

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

Sumber data yang dibutuhkan untuk perhitungan kebutuhan SDM per unit kerja meliputi :

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

Kuantitas Kegiatan Pokok

Kuantitas kegiatan pokok disusun berdasarkan berbagai data kegiatan pelayanan yang telah dilaksanakan di tiap unit kerja RS selama kurun waktu satu tahun. Kuantitas kegiatan pelayanan Instalasi Rawat Jalan dapat diperoleh dari laporan kegiatan RS (SP2RS), untuk mendapatkan data kegiatan tindakan medik yang dilaksanakan di tiap poli rawat jalan perlu dilengkapi data dari Buku Register yang tersedia di setiap poli rawat jalan.

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

TABEL VI.13
KUANTITAS KEGIATAN POKOK INSTALASI RAWAT JALAN

NO	UNIT KERJA/ KATEGORI POKOK	KEGIATAN POKOK	KUANTITAS			
			A	B	C	D
A	Poli Penyakit Dalam (Dr. Sp. PD)	- Pem. pasien baru	9,100	1,300	6,500	15.600
		- Pem. pasien lama	6,067	867	4,333	10,400
B	Poli Bedah (Dr. Sp. B)	- Pem. pasien baru	2,730	390	1,950	4,680
		- Pem. pasien lama	1,365	195	975	2,340
		- Tindakan medik kecil	1,706	244	1,219	2,925
		- Tindakan medik sedang	1,024	146	731	1,755

Keterangan :

- A : Jumlah kegiatan pelayanan selama 7 bulan;
- B : Rata kegiatan pelayanan per bulan;
- C : Jumlah pelayanan 5 bulan berikutnya (b x 5 bulan);
- D : Jumlah kumulatif kegiatan pelayanan selama 1 tahun (A + C)

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

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

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

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

Kuantitas kegiatan pokok sebagaimana diuraikan pada Tabel VII merupakan contoh untuk perhitungan beban kerja Instalasi Rawat Inap yang diperoleh dengan cara ekstrapolasi.

TABEL VI.14
KUANTITAS KEGIATAN POKOK INSTALASI RAWAT INAP

KODE	DATA RAWAT INAP	INSTALASI RAWAT INAP	
		PENY. DALAM	BEDAHA
A	Jumlah TT	150	100
B	Pasien masuk rawat inap per tahun	6,388	4,260
C	Rata-rata pasien perhari (sensus harian)	105	70
D	Rata-rata lama hari rawat /LOS-(C x 365)/B	6	6,00
E	Hari rawat per tahun – (D x B)	38,325	25,550
F	Rata-rata TT terpakai (BOR) ----E / (A x 365)	70 %	70 %
G	Pasien baru per tahun ---- (B)	6,388	4,260
H	Pasien lama per tahun ----- (E – B)	31,937	21,290

Hasil perhitungan pada Tabel VI.13 dan Tabel VI.14 tersebut, selanjutnya dilakukan penggabungan dengan kuantitas kegiatan sebagaimana dapat di lihat pada Tabel VI.15 dibawah ini.

TABEL VI.15
KUANTITAS KEGIATAN POKOK
INSTALASI RAWAT JALAN DAN RAWAT INAP

NO	UNIT KERJA / KATEGORI SDM	KEGIATAN POKOK	KUANTITAS KEGIATAN
INSTALASI RAWAT JALAN			
A	Poli Penyakit Dalam (Dr. Sp. PD)	- Pemeriksaan pasien baru	15,600
		- Pemeriksaan pasien lama	10,400
B	Poli Bedah (Dr. Sp. B)	- Pemeriksaan pasien baru	4,680
		- Pemeriksaan pasien lama	2,340
		- Tindakan medik kecil	2,925
		- Tindakan medik sedang	1,755
INSTALASI RAWAT INAP			
A	Rawat Inap Penyakit Dalam (Dr. Sp. PD)	- Visite pasien baru	6,388
		- Visite pasien lama	31,937
		- Tindakan medik kecil	900
B	Rawat Inap Bedah (Dr. Sp. B)	- Visite pasien baru	4,260
		- Visite pasien lama	21,290
		- Tindakan medik kecil	2,129

KEBUTUHAN SDM

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

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

Berdasarkan rumus perhitungan tersebut, kebutuhan SDM untuk tiap kegiatan pokok terlebih dahulu di jumlahkan sebelum di tambahkan dengan Standar Kelonggaran masing-masing kategori SDM. Hasil perhitungan kebutuhan SDM dapat di lihat pada Tabel VI.16

Kebutuhan SDM Dokter Spesialis Penyakit Dalam dan Dokter Spesialis Bedah untuk pelayanan di Instalasi Rawat Inap dan Rawat Jalan adalah sebagai berikut :

1. Dokter Spesialis Penyakit Dalam :

- Kebutuhan SDM Rawat Jalan = 2,14 (1,10 + 1,04)
- Kebutuhan SDM Rawat Inap = 2,33 (0,26 + 1,93 + 0,14)
- Standar Kelonggaran = 0,19

JUMLAH = 4,66 SDM

2. Dokter Spesialis Penyakit Bedah

- Kebutuhan SDM Rawat Jalan = 2,14 (0,33 + 0,21 + 0,44 + 0,44)
- Kebutuhan SDM Rawat Inap = 1,78 (0,17 + 1,29 + 0,32)
- Standar Kelonggaran = 0,22

JUMLAH = 4,14 SDM

Hasil perhitungan tersebut diperoleh kebutuhan Dokter Spesialis Penyakit Dalam adalah 4,66 atau dibulatkan menjadi 5 orang dan Dokter Spesialis Bedah 4,14 atau 4 orang.

**TABEL VI.16
KEBUTUHAN SDM DOKTER SPESIALIS PENYAKIT DALAM
DAN DOKTER SPESIALIS BEDAH**

NO	KATEGORI SDM/ UNIT KERJA	KEGIATAN POKOK	KG	SBK	KT
DOKTER SPESIALIS PENYAKIT DALAM					
A	Poli Penyakit Dalam	- Pemeriksaan pasien lama	15,600	14,194	1,10
		- Pemeriksaan pasien baru	10,400	9,973	1,04
B	Rawat Inap Penyakit Dalam	- Visite pasien baru	6,388	24,840	0,26
		- Visite pasien lama	31,937	16,560	1,93
		- Tindakan medik kecil	900	6,624	0,14
DOKTER SPESIALIS BEDAH					
A	Poli Bedah	- Pemeriksaan pasien lama	4,680	14,194	0,33
		- Pemeriksaan pasien baru	2,340	11,040	0,21
		- Tindakan medik kecil	2,925	6,624	0,44
		- Tindakan medik sedang	1,755	3,974	0,44
B	Ranap Inap Bedah	- Visite pasien baru	4,260	24,840	0,17
		- Visite pasien lama	21,290	16,560	1,29
		- Tindakan medik kecil	2,129	6,624	0,32

KETERANGAN :

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

VI.2 PERENCANAAN KEBUTUHAN SDM KESEHATAN PADA TINGKAT WILAYAH (PROPINSI/ KABUPATEN/KOTA)

Perencanaan disini dimaksudkan untuk menghitung kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan kebutuhan wilayah (Propinsi / Kabupaten/Kota) jangka menengah (5 – 10) tahun, dan jangka panjang (10 – 20) tahun .

Yang akan dipakai disini adalah model perencanaan dengan menggunakan **metode skenario / proyeksi dari WHO**. Model ini merupakan penyederhanaan dari

model yang telah dirancang oleh WHO menggunakan simulasi komputer. Metode ini bisa dilakukan dengan membuat proyeksi ke depan mengenai sarana pelayanan kesehatan (Rumah Sakit dan Puskesmas) atau bisa juga dengan menggunakan proyeksi program pembangunan kesehatan.

Dengan pendekatan ini, kita diminta untuk membuat beberapa alternatif/skenario kemungkinan tentang sistem pelayanan kesehatan dimasa depan yang mungkin terjadi. Dengan membuat berbagai gambaran keadaan masa depan di bidang kesehatan yang mungkin terjadi, kita akan bisa mengetahui kebutuhan SDM kesehatan untuk masing-masing skenario tersebut. Dengan memakai **perencanaan skenario**, kita akan dapat menunjukkan konsekuensi yang terjadi apabila kita memilih suatu kebijakan atau tindakan. Dengan memahami berbagai skenario yang mungkin terjadi dimasa depan, kita akan dapat membuat proyeksi kebutuhan SDM dimasa yang akan datang.

Agar tercipta **perencanaan skenario** yang baik, kita harus mempunyai data yang baik tentang keadaan sekarang dan menyusun skenario dengan memakai asumsi yang realistis dan masuk akal. Semakin lengkap data yang diperlukan tersedia semakin tinggi akurasi dalam menggambarkan keadaan di masa datang. Dengan bantuan model simulasi komputer ini, proyeksi yang perlu disusun terlebih dahulu adalah untuk penyediaan / produksi SDM. Kemudian dengan memanfaatkan skenario sistem pelayanan kesehatan yang telah lebih dahulu tersusun, proyeksi kebutuhan SDM kemudian dikembangkan.

- Dalam model proyeksi kebutuhan SDM ini, data dasar yang diperlukan adalah :
1. Data SDM kesehatan yang ada dan secara aktif bekerja di sektor kesehatan (pemerintah dan swasta).
 2. Data keadaan penduduk serta proyeksi pertumbuhan penduduk,
 3. Perkiraan pola penyakit serta pola pelayanan kesehatan,
 4. Kebijakan, perencanaan dan arah pembangunan sektor kesehatan,
 5. Jumlah, jenis dan distribusi sarana kesehatan,
 6. Norma atau standar keSDMan dan produktivitas kerjanya,
 7. Asumsi tentang interaksi antara sektor pemerintah dan swasta, dalam arti dampak dari perubahan di sektor pemerintah terhadap sektor swasta dan atau kebalikannya.

Model ini mengasumsikan bahwa semua jenis SDM kesehatan bekerja di 5 (lima) jenis sarana kesehatan, yaitu : (a) Rumah Sakit dan klinik pemerintah, (b) Sarana pelayanan rawat jalan (tanpa tempat rawat inap), (c) Institusi pendidikan, (d) Kantor kesehatan (non-klinis) seperti Dinas Kesehatan, Depkes, dan lain-lain, dan (e) sektor swasta, yang meliputi praktek swasta mandiri dan dokter SDM kesehatan swasta yang bekerja atau sebagai pegawai di sarana pelayanan kesehatan swasta.

Dalam model ini, penyediaan SDM kesehatan dimasa mendatang ditentukan oleh ; (a) SDM kesehatan yang saat ini aktif bekerja sebagai SDM kesehatan, (b) ditambah jumlah SDM kesehatan yang baru lulus setiap tahunnya, ditambah dengan (c) SDM kesehatan yang masuk dari luar daerah / luar negeri, dikurangi (d) SDM yang pensiun,

yang tidak bekerja sebagai SDM kesehatan, pindah ke daerah lain / luar negeri, yang pensiun dan meninggal.

Model ini dibuat dengan menggunakan simulasi komputer dalam bentuk spreadsheet (excel). Untuk bisa mendapatkan hasil, harus dimasukkan data-data pada kolom yang berwarna kuning . Dalam spreadsheet terdapat 3 file yakni :

File 1 (suplai) menggambarkan kondisi SDM, demografi, saat ini dan kecenderungan pengadaannya.

File 2 (sarana), perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan lokasi / sarana

File 3 (program), perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan program-program kesehatan.

Pada ketiga file ini terdapat beberapa sheet, masing-masing sheet terdapat beberapa kolom yang berwarna kuning yang harus diisi data.

Bila data pada kolom berwarna kuning terisi semuanya akan dapat diketahui hasilnya. Masing-masing sheet ini saling berkaitan dan mempunyai rumus-rumus perhitungan.

Adapun langkah-langkahnya adalah :

I. Buka file Suplai

File Suplai terdiri dari 9 sheet

1. klik Core, akan diketahui waktu penyusunan dan lama proyeksi
2. klik Demo, akan diketahui proyeksi penduduk pada tahun sasaran/ target
3. klik supply, akan diketahui rasio populasi per nakes
4. klik Train xx, akan diketahui penyediaan nakes pada tahun awal dan tahun proyeksi/ sasaran
5. klik stock, akan diketahui perkiraan penyediaan SDM pada tahun awal, tahun sasaran berdasarkan rasio per populasi
6. klik Enrol xx, jika terdapat institusi pendidikan di propinsi/kab/kota, akan diketahui total jumlah siswa, gadosin yg diperlukan dan lulusan baru
7. klik compare, akan diketahui kesesuaian kebutuhan dan penyediaan beberapa jenis nakes pada tahun sasaran berdasarkan program dan sarana.
8. klik Cend xx , akan diketahui proyeksi penyediaan pada tahun sasaran
9. klik grafik, akan diketahui gambaran grafik penyesuaian penyediaan dan kebutuhan nakes

II. Buka file Sarana

File sarana terdiri dari 7 spreadsheet

1. klik Hosploc, akan diketahui kebutuhan RS dengan pendekatan lokasi di Prop / Kab / kota.
2. klik Hostafloc, akan diketahui total SDM RS di Prop / Kab / kota.

3. klik Ambuloc, akan diketahui kebutuhan fasilitas yankesmas / ambulatory berdasarkan lokasi
4. klik ambustafloc, akan diketahui total SDM pada tahun sasaran pada fasilitas yankesmas.
5. klik other loc, akan diketahui kebutuhan nakes di unit administrasi
6. klik reqloc, akan diketahui ringkasan kebutuhan nakes berdasarkan lokasi/`fasilitas kesehatan
7. klik comploc, akan diketahui perbandingan penyediaan dan kebutuhan nakes berdasarkan lokasi / fasilitas yankes.

III. Buka file Program

File program ini terdiri dari beberapa program dan total kebutuhan program di Dinas Kesehatan Prop / kab / kota.

1. klik jam kerja, akan diketahui jumlah hari kerja dalam setahun, rata-rata jam kerja perhari, jumlah jam kerja setahun
2. klik masing-masing program, misal PMT-AS, akan diketahui kebutuhan nakes pada program PMT-AS. Dan demikian juga seterusnya pada masing-masing sheet.
3. klik Total program dinkes, akan diketahui total kebutuhan SDM di dinas berdasarkan program-program yang akan dilaksanakan di dinkes tersebut.

Print-out file-file ini ada dalam lampiran.

Lampiran 1: Prin-out file suplai

Lampiran 2 : Print-out file sarana

Lampiran 3 : print-out file Program

Pada print-out , data yang harus diisi terdapat pada kolom yang berwarna lebih gelap.

VI.3. Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan untuk Bencana

Bencana biasanya terjadi secara tidak terduga dan dapat mengakibatkan jatuhnya korban dalam jumlah besar, diikuti dengan rusaknya infra struktur. Pada banyak kejadian bencana diikuti dengan terjadinya pengungsian penduduk.

Pada kejadian bencana diperlukan adanya tindakan pelayanan kesehatan secara cepat dan tepat untuk mengurangi jumlah korban.

Oleh karena itu kebutuhan SDM untuk penanggulangan masalah kesehatan di daerah bencana memperhatikan hal-hal :

1. Waktu untuk bereaksi yang singkat untuk memberikan pertolongan
2. Kecepatan dan ketepatan dalam bertindak untuk mengupayakan pertolongan terhadap korban bencana, sehingga jumlah korban dapat diminimalkan.
3. Kondisi penduduk di daerah bencana (geografi, populasi, ekonomi, sosbud dan sebagainya)
4. Ketersediaan fasilitas kesehatan
5. Kemampuan sumber daya setempat.

Metode Penyusunan Kebutuhan SDM

1. Upaya pelayanan kesehatan di daerah bencana pada fase tanggap darurat agak berbeda dengan standar pelayanan kesehatan yang ada pada daerah normal, yakni 1 dokter untuk 2.000 pengungsi dan 2 perawat untuk 1.000 pengungsi. Disamping upaya pelayanan kesehatan diperlukan pula ketersediaan SDM manajerial yang memahami upaya penanggulangan masalah kesehatan. Adapun jumlah kebutuhan SDM adalah :

Tingkat Propinsi :

Tingkat pendidikan jenjang Strata 2 sebanyak 4 orang , dengan rincian 2 orang memahami bidang management dan 2 orang bidang medis.

Tingkat Kab / Kota :

Tingkat pendidikan jenjang Strata 1 sebanyak 2 orang dengan rincian 1 orang bidang management dan 1 orang bidang medis.

2. Membentuk Brigade Siaga Bencana Besar di tiap Propinsi yang anggotanya terdiri dari berbagai multi disiplin ilmu.
3. Kebutuhan SDM pada kondisi pasca bencana, idealnya memang memiliki suatu standar yang dapat digunakan untuk mengetahui secara tepat jumlah kebutuhan SDM kesehatan, namun karena belum berjalannya sistim kesiapsiagaan penanggulangan bencana maka untuk menghitung, mengacu pada kondisi normal (1 : 20.000) dan memperhitungkan kebutuhan pelayanan darurat di daerah bencana.

Adapun klasifikasi kebutuhan SDM kesehatan pada kondisi pasca bencana terdiri dari (bertugas selama 24 jam dalam 3 shift) :

Dokter	4 orang	Asisten Apoteker	1 orang
Kesling	8 orang	Teknisi Lab	1 orang
Bidan	8 – 16 orang	Ahli gizi	2 orang
Para medis	8 – 16 orang	Pembantu Umum	5 – 10 orang

RENCANA KEBUTUHAN SDM

KEKUATAN	KELEMAHAN
Terbentuknya sistim informasi mengenai kekuatan sumber daya yang mendukung mempercepat upaya penanggulangan masalah kesehatan secara cepat, tepat sehingga meminimalkan jumlah korban.	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="824 405 1375 653">1. Evaluasi terhadap sosialisasi hasil pelatihan management penanggulangan bencana di Propinsi, Kabupaten / Kota belum pernah dilakukan, sehingga tidak dapat diketahui seberapa jauh implementasi yang telah dilakukan untuk penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana.<li data-bbox="824 688 1375 751">2. Rencana kontijensi yang masih lemah dan berorientasi pada anggaran.<li data-bbox="824 787 1375 936">3. Belum adanya sistem informasi mengenai kekuatan sumber daya di setiap Propinsi, Kabupaten / Kota, sehingga menyulitkan dalam perhitungan kebutuhan SDM di daerah bencana.

BAB VII TINDAK LANJUT

Tindak Lanjut Setelah Penyusunan Rencana

Setelah dokumen perencanaan tersusun tahap selanjutnya yang perlu dilakukan adalah:

- Pimpinan di daerah memberi arah dan petunjuk dalam melakukan :
 - pengadaan SDM (rekrutmen dan seleksi)
 - pendayagunaan SDM (merencanakan distribusinya, kelanjutan kariernya, serta kesejahteraannya)
 - Pembinaan dan pengawasan SDM

Bagi SDM yang diketahui kurang kompeten dilakukan pelatihan baik kemampuan manajerial maupun keterampilannya.

Pengawasan dilakukan bersama-sama / melibatkan sektor lain termasuk Organisasi Profesi dan swasta

- Untuk memperbaiki kualitas perencanaan di daerah, pimpinan di daerah perlu meningkatkan kemampuan perencanaan SDM kesehatan di daerah , seperti :
 - dalam menetapkan sasaran harus jelas dan terukur sehingga dapat dilaksanakan
 - melakukan upaya pembinaan perencanaan dengan pelatihan maupun bantuan teknis
 - melakukan pengembangan perencanaan termasuk metodenya
 - mengalokasikan sumber daya pendukung seperti alokasi dana dan sarana yang memadai

BAB VIII

P E N U T U P

Sesuai dengan amanat Undang-undang nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintah daerah dan Peraturan Pemerintah No. 25 tahun 2000 tentang kewenangan pemerintahan dan kewenangan propinsi, maka buku pedoman tentang Perencanaan SDM Kesehatan ini diharapkan dapat dipergunakan sebagai panduan yang merupakan satu dari sekian banyak panduan dalam pengelolaan SDM Kesehatan.

Sejalan dengan prinsip penyelenggaraan SDM Kesehatan pada Sistem Kesehatan Nasional yang saat ini sedang dirancang, maka perencanaan sumber daya manusia kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan, baik kebutuhan lokal, Nasional maupun global. Atas dasar ini maka Pembangunan Jangka Panjang Kesehatan Daerah adalah acuan utama dalam menyusun kebutuhan SDM Kesehatan.

Kerja sama lintas program dengan pengelola program kesehatan dan kerja sama lintas sektor termasuk organisasi profesi, penyelenggara pelayanan, dan pengelola sarana merupakan mitra kerja yang perlu dibina sejak dari proses penyusunan proposal.

Sudah barang tentu buku pedoman ini masih banyak kekurangannya, namun demikian diharapkan dapat dipergunakan sebagai acuan dalam penyusunan perencanaan SDM Kesehatan bagi pengelola SDM Kesehatan di setiap level pemerintahan.

MENTERI KESEHATAN

DR. ACHMAD SUJUDI

DAFTAR PUSTAKA

1. A Paradigm for Help : A Framework for New Public Health Action. Geneva, WHO, 1991 (Document EB 89/11)
2. Armstrong M. : a handbook of Personnel Management Practice.London, Kogan Page Limited, 1996.
3. Departemen Kesehatan RI, Indonesia Sehat 2010, Visi Baru, Misi dan Kebijakan serta Strategi Pembangunan Kesehatan, Jakarta, 1999.
4. Departemen Kesehatan, Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010, Jakarta, 1999.
5. Duncan,Ginter and Swyne : Strategic management of health care organization.2 th ed.PH-USA, 1997
6. Fitz Jac-Enz : The 8 practices of exceptional Companies ; How Great Organizations Make the most of their human assets.Amacom.Newyork-USA,1977.
7. GARIS-GARIS BESAR HALUAN NEGARA TAHUN 1999 – 2004
8. Global Health Situation : Analysis and Projection 1950 – 2025; A Health Future Trend, Assessment in support on Health for All. Division of HST, WHO, Geneva, 1998 (Document WHO/HST/98,3).
9. Green Andrew : An introduction to Health Planning in Developing Countries.Oxford Med.Pub.UK , 1992
10. Hall T, Human resources for Health : a tool kit for planning, training and management, WHO, Geneva, 1995.
11. Hall T and Mejia. A, : Health Manpower Planning : Principles, Methods, Issues, Geneva, WHO, 1978
12. Hapsara H.R Dr. DPH, Prinsip-prinsip Penyusunan Rencana Kebijakan dan Program Pembangunan Kesehatan, Jakarta 17 Januari 2000
13. Hapsara, Habib Rahmat, Dr.DPH, Pemikiran Dasar Pembangunan Kesehatan, Filsafat dan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Sebagai Landasan Reformasi Bidang Kesehatan Menjelang dan Pada Abad Ke-21, Pidato Penerimaan : Penganugerahan Gelar Doctor Honoris Causa Dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat dari Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, 28 Agustus 1999.
14. Health Man Power Requirements for the Achievement of Health for Allby the Year 2000 Through Primary Health Care. WHO Technical Report No. 717 Geneva, World Health Organization, 1985.
15. Hornby P et al, Guidelines for Health Manpower Planning: A Course Book, Geneva, WHO, 1980.
16. Hunger David and Wheelen L.Thomas : Strategic Management 5 th ed. Addison WP.USA, 1996
17. Kotler Philip and Clarke N.Roberta : Marketing for Health Care Organization. Prentice Hall,New Jersey, 1987.
18. Kohles K.Mary et.al : Transformational Leadership.AHA-USA,1995.
19. Katzenbach R.John & Smith K.Douglas : The Wisdom of Teams. Creating the high- performance organizations.FMB-New York,1994.
20. Kepmenkes no. 1457 / menkes / SK / X / 2003 tentang SPM bidang kesehatan di kab / kota
21. Keputusan MENKES No. 004 /Menkes/SK/I/2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan.

22. Keputusan MENKES No. 1277/MENKES/SK/XI/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan ;
23. Keputusan Menkes No. 850/MENKES/SK/V/2000 tentang Kebijakan Pengembangan Tenaga Kesehatan tahun 2000 – 2010 ;
24. Keputusan Menkes No. 979/MENKES/SK/IX/2001 tentang Protap Pelayanan Kesehatan Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi ;
25. Keputusan Menkes No. 1357/MENKES/SK/XII/2001 tentang Standar Minimal Penanggulangan Masalah Kesehatan Akibat Bencana dan Penanganan Pengungsi;
26. Kepmenkes 558 Menkes / SK /VII/2002 tentang Pola karier PNS di jajaran kesehatan. Jakarta, 2002.
27. Kepmenkes 976 / Menkes / SK / VIII / 1999 tentang DSP Puskesmas
28. Kepmenkes 1202 / Menkes / SK / VIII / 2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan pedoman penetapan indikator provinsi sehat dan kabupaten / kota sehat.
29. Leeboy W.and.Cleva J.E : The Health Care Manageris Guide to Continous Quality improvement.AHA-USA, 1991
30. Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik Indonesia, Ketetapan MPR Nomor IV/MPR/1999 tentang Garis-Garis Besar Haluan Negara 1999-2004
31. Mintzberg, Henry, The Rise and Fall of Strategic Planning, Reconceiving Roles for Planning Plan, Planners, New York, The Free Press, 1994.
32. Naisbitt John and Patricia A : Ten New directions for the 1990's Megatrend 2000.1 st ed. Megatrend ltd,1990.
33. Osborne David & Gaebler Ted. Reinventing Government.How the enterpreneurial spirit is transformating the public sector.USA,1992.
34. Peraturan Pemerintah NO. 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaharan Negara Tahun 1996 No. 49, tambahan Lembaran Negara No. 3637) ;
35. Peraturan Pemerintah No. 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai daerah otonom (Lembaran Negara Tahun 2000 No.54, Tambahan Lembaran Negara No. 3952) ;
36. Peraturan Pemerintah No.8 tahun 2003 tentang Organisasi Perangkat Daerah
37. Peraturan Pemerintah No.9 tahun 2003 tentang Pedoman Pengangkatan, Pindahan dan Pemberhentian PNS
38. Rancangan Rencana Lima Tahun Reformasi Pembangunan Kesehatan 2000/2001 – 2004/2005 Departemen Kesehatan, 1998.
39. Ship, Peter J, Health Personnel Projections : The Methods and Their Uses, Report of a WHO project; Studies on Country Experiences, WHO, Switzerland, 1989.
40. Ship, Peter J, Workload Indicator of Staffing Need (WISN) : A Manual For Implementation, WHO, Switzerland, 1998.
41. Stace Doug & Dunphy Dexter : Beyond the Boundaries.Leding and Re-creating the .successful enterprise.Mc.Grawhill co.Sydney,1994.
42. Stone.J.Raymond : Human Resource Management, 2 th ed.Jacaranda Wiley ltd.Sydney, 1995.
43. Undang-undang No. 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 No. 60, Tambahan Lembaran Negara No.3839) ;
44. Undang-undang No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 No. 100, Tambahan Lembaran Negara No. 3495) ;

45. Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah, Jakarta, 1999.
46. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pusat dan Daerah, Jakarta, 1999.
47. Undang-Undang Nomor 43 Tahun 1999 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang Pokok-Pokok Kepegawaian.
48. WHO, Coordinated Health and Human Resources Development, Geneva Technical report Series 801, 1990.
49. WHO, Health Man Power Projection : The Indonesian Experience, WHO Statistic Quarterly Vol. 37, No. 3. Geneva, 1984
50. World Health Organization, Evaluation of the Implementation of the Global Strategy for Health For All by 2000, 1997 – 1996, A Selective Review of Progress and Constraints, WHO Geneva, 1998.
51. Departemen Kesehatan RI, Sistem Kesehatan Nasional, Rancangan 20 Nopember 2003, Jakarta 20 Nopember 2003.