

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Penyelenggaraan Makanan Institusi

Bakri *et al.* (2018) mendefinisikan penyelenggaraan makanan institusi sebagai penyelenggaraan makanan dalam jumlah besar dengan batasan yang berbeda-beda untuk jumlah minimal di setiap negara. Di Indonesia, suatu penyelenggaraan makanan dikatakan penyelenggaraan makanan institusi apabila menyelenggarakan makanan lebih dari 50 porsi dalam sekali pengolahan. Sedangkan menurut Retno (2009) dalam Wibowo *et al.* (2018) penyelenggaraan makanan institusi merupakan susunan dari beberapa kegiatan yang dimulai dari kegiatan perencanaan pengadaan bahan makanan sampai pada kegiatan pendistribusian dan penyajian makanan kepada konsumen.

Prinsip-prinsip yang harus dimiliki oleh penyelenggara makanan institusi diantaranya (Bakri *et al.*, 2018):

- a. Makanan memenuhi kebutuhan zat gizi konsumen
- b. Makanan memenuhi syarat higiene dan sanitasi
- c. Pihak penyelenggara memiliki peralatan dan fasilitas yang memadai dan layak digunakan
- d. Makanan memenuhi selera dan kepuasan konsumen
- e. Harga makanan yang terjangkau

Prinsip-prinsip penyelenggara makanan ini dilakukan untuk mencapai tujuan dari penyelenggaraan makanan, yaitu menyediakan makanan yang baik

bagi konsumen dan memenuhi kebutuhan konsumen, termasuk pada biaya yang sesuai dengan kemampuan konsumen dan tetap memerhatikan mutu dan keamanan makanan yang dikonsumsi.

Penyelenggaraan makanan institusi apabila diklasifikasikan berdasarkan sifat dan tujuannya dibagi menjadi dua kelompok utama, yaitu kelompok institusi yang bersifat komersial dan non atau semi komersial. Kelompok institusi yang bersifat komersial antara lain adalah transportasi, industri, dan komersial. Sedangkan kelompok institusi yang bersifat non atau semi komersial antara lain adalah pelayanan, sekolah, asrama, institusi khusus, dan darurat (Bakri *et al.*, 2018).

B. Penyelenggaraan Makanan Rumah Sakit

1. Gambaran Umum Penyelenggaraan Rumah Sakit

Penyelenggaraan makanan rumah sakit yang didefinisikan oleh Trisnawati (2018) merupakan suatu rangkaian kegiatan yang dimulai dari perencanaan menu sampai pendistribusian makanan pada pasien dengan tujuan untuk memulihkan kesehatan pasien, dengan syarat makanan rumah sakit yang dibuat disesuaikan dengan keadaan pasien dan penyakit pasien guna memenuhi kebutuhan nutrisi selama pasien dirawat di rumah sakit. Pernyataan ini sesuai dengan definisi Pedoman PGRS Tahun 2013.

Menurut PGRS Tahun 2013, penyelenggaraan makanan rumah sakit merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh sekelompok tenaga gizi dan tenaga pendukung, meliputi:

- a. Perencanaan menu
- b. Perencanaan kebutuhan bahan makanan
- c. Perencanaan anggaran belanja
- d. Pengadaan bahan makanan
- e. Penerimaan dan penyimpanan bahan makanan
- f. Pemasakan bahan makanan
- g. Distribusi dan pencatatan makanan yang disajikan
- h. Pelaporan dan evaluasi kegiatan.

Tujuan dilakukannya kegiatan penyelenggaraan makanan rumah sakit adalah menyajikan makanan yang berkualitas untuk membantu pasien mencapai status gizi optimal, terutama pada pasien rawat inap, sesuai dengan kebutuhan gizi pasien, biaya yang disediakan, aman dikonsumsi, serta dapat diterima oleh pasien.

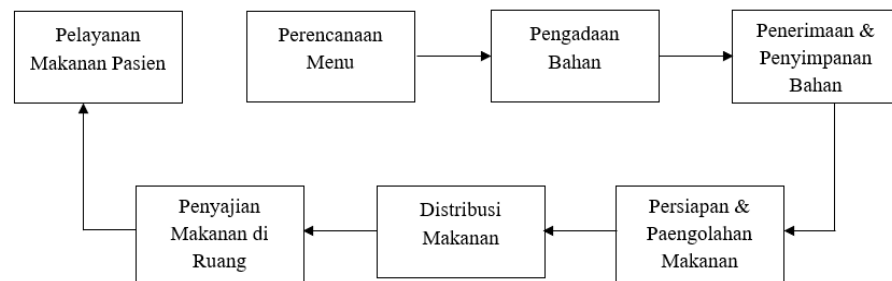
2. Penyelenggaraan Makanan Rumah Sakit Menurut PGRS Tahun 2013

PGRS Tahun 2013 menjelaskan secara rinci aspek-aspek yang perlu diperhatikan dalam penyelenggaraan makanan di rumah sakit. Aspek-aspek tersebut antara lain:

a. Sasaran penyelenggaraan makanan rumah sakit

Sasaran penyelenggaraan makanan di rumah sakit adalah pasien rawat inap dan/atau karyawan rumah sakit, tergantung pada sasaran yang ditentukan oleh rumah sakit.

b. Alur penyelenggaraan makanan rumah sakit



Gambar 2. Alur Penyelenggaraan Makanan Rumah Sakit

(Sumber: Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit Tahun 2013)

c. Bentuk penyelenggaraan makanan rumah sakit

Penyelenggaraan makanan rumah sakit memiliki tiga bentuk, yaitu:

1) Sistem swakelola

Sistem swakelola dalam penyelenggaraan makanan di rumah sakit merupakan suatu sistem dimana instalasi gizi atau unit pelayanan gizi yang bertanggung jawab terhadap seluruh kegiatan penyelenggaraan makanan untuk konsumen. Untuk menjalankan sistem swakelola, rumah sakit memerlukan sumber daya untuk melaksanakan penyelenggaraan makanan. Sumber daya tersebut berupa tenaga, metode, dana, sarana, dan prasarana. Pelaksanaan penyelenggaraan

makanan di rumah sakit yang dikelola oleh instalasi gizi menyesuaikan dengan fungsi manajemen yang dianut dan mengacu pada PGRS yang berlaku serta menerapkan Standar Prosedur yang telah ditetapkan.

2) Sistem *out-sourcing* atau diborongkan ke jasa boga

Sistem *out-sourcing* dalam penyelenggaraan makanan di rumah memanfaatkan penyelenggaraan makanan lain, yaitu jasa boga untuk menyediakan makanan konsumen di rumah sakit. Jasa boga yang dapat melakukan sistem *out-sourcing* adalah jasa boga yang sudah memenuhi Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 715/Menkes/SK/V/2003 tentang Prasyarat Kesehatan Jasa Boga. Sistem *out-sourcing* dikategorikan menjadi dua kategori, yaitu *full out-sourcing* dan *semi out-sourcing*. Sistem *full out-sourcing* menyediakan makanan oleh jasa boga yang ditunjuk tanpa menggunakan sarana prasarana atau tenaga rumah sakit. Sedangkan sistem *semi out-sourcing* pengusaha jasa boga masih menggunakan sarana prasarana atau tenaga milik rumah sakit. Fungsi dietisien dalam sistem *out-sourcing* adalah sebagai penentu standar porsi, perencanaan menu, pemesanan makanan, penilai kualitas dan kuantitas makanan sesuai dengan spesifikasi yang telah ditetapkan dalam kontrak.

3) Sistem kombinasi

Sistem penyelenggaraan makanan kombinasi merupakan sistem yang menerapkan sistem swakelola dan sistem *out-sourcing* dengan tujuan untuk memaksimalkan sumber daya yang ada. Dalam sistem kombinasi, rumah sakit hanya menggunakan sistem *out-sourcing* pada pasien kelas VIP atau makanan karyawan dan sisanya dilakukan dengan sistem swakelola.

d. Kegiatan penyelenggaraan makanan

Kegiatan penyelenggaraan makanan rumah sakit untuk pasien, meliputi:

- 1) Penetapan peraturan pemberian makanan rumah sakit
- 2) Penyusunan standar bahan makanan rumah sakit
- 3) Perencanaan menu
- 4) Perencanaan kebutuhan bahan makanan
- 5) Perencanaan anggaran bahan makanan
- 6) Pengadaan bahan makanan
- 7) Pemesanan dan pembelian bahan makanan
- 8) Penerimaan bahan makanan
- 9) Penyimpanan dan penyaluran bahan makanan
- 10) Persiapan bahan makanan
- 11) Pemasakan bahan makanan
- 12) Distribusi makanan

C. Ketenagaan

Mukrie (1990) dalam Bakri *et al.* (2018) menyatakan bahwa tenaga yang dibutuhkan suatu penyelenggaraan makanan tersusun atas tenaga ahli, tenaga terampil, dan tenaga penunjang dengan jumlah yang menyesuaikan dengan jenis dan jumlah konsumen yang dilayani suatu penyelenggaraan makanan tersebut. Ketenagaan dalam setiap penyelenggaraan makanan memiliki kriteria yang berbeda. Kriteria ketenagaan suatu penyelenggaraan makanan ditentukan berdasarkan kebutuhan tenaga dan kelompok ketenagaan.

Kebutuhan tenaga dalam suatu penyelenggaraan makanan disesuaikan dengan klasifikasi dan tujuan masing-masing penyelenggaraan makanan. Jumlah dan kualifikasi tenaga yang dibutuhkan setiap penyelenggara makanan dipengaruhi oleh (Bakri *et al.*, 2018):

1. Jumlah konsumen atau porsi makan, jenis atau macam makanan yang diolah
2. Jumlah hari pelayanan serta sarana dan prasarana yang dimiliki penyelenggaraan makanan
3. Jenis dan jumlah menu yang tersedia
4. Metode pendistribusian penyajian makanan dalam penyelenggaraan makanan
5. Jarak tempat pengolahan dengan tempat penyajian
6. Pengalaman serta produktivitas yang dimiliki oleh pegawai dalam menangani berbagai kegiatan

Ketenagaan dalam pelayanan gizi rumah sakit tidak hanya tenaga gizi. Pelayanan gizi di rumah sakit juga membutuhkan tenaga pendukung lain,

seperti tenaga jasa boga, logistik, pranata komputer, tenaga administrasi, serta tenaga lainnya (Kemenkes, 2013). Kelompok ketenagaan dalam penyelenggaraan makanan umumnya terbagi menjadi tiga kelompok, yaitu:

1. Kelompok tenaga pengelola. Kelompok tenaga pengelola memiliki tanggung jawab dalam perencanaan, pengawasan, serta pengendalian seluruh proses produksi. Tujuan dari tanggung jawab kelompok tenaga pengelola adalah untuk menekan biaya yang dikeluarkan dalam proses produksi tanpa mengurangi mutu dan cita rasa makanan.
2. Kelompok tenaga pelaksana. Kelompok tenaga pelaksana memiliki tanggung jawab untuk melaksanakan proses produksi dan distribusi makanan kepada konsumen. Kelompok tenaga pelaksana terdiri dari tenaga yang ahli dalam kegiatan memasak, baik dari pengalaman yang cukup atau pendidikan formal.
3. Kelompok tenaga pembantu. Kelompok tenaga pembantu merupakan kelompok yang terlibat tetapi tidak memiliki tanggung jawab khusus. Pada umumnya kelompok tenaga pembantu hanya membantu pekerjaan tenaga pelaksana dalam menyelesaikan tugas.

Penentuan kebutuhan tenaga kerja dapat diketahui dengan menggunakan beberapa metode penghitungan. Metode penghitungan tersebut antara lain adalah metode penghitungan *Workload Indicator of Staffing Need* (WISN), metode penghitungan tenaga kerja berdasarkan konsumen, dan metode penghitungan tenaga kerja berdasarkan menit kerja (Bakri *et al.*, 2018).

Tenaga kerja dalam suatu penyelenggaraan perlu diberikan pembinaan tenaga guna mendapatkan, memberi, mengembangkan, serta meningkatkan produktivitas, kompetensi kerja, sikap, disiplin, serta etos kerja dalam tingkat keterampilan dan keahlian sesuai dengan jenjang dan kualifikasi pekerjaan. Bentuk pembinaan tersebut dapat berupa pelatihan bersertifikat, pendidikan lanjutan, seminar, atau kursus (Kemenkes, 2013).

D. Beban Kerja

Mahawati, et al., (2021) mendefinisikan beban kerja sebagai volume pekerjaan atau tanggung jawab yang diberikan kepada tenaga kerja dalam bentuk fisik, sosial, maupun mental. Berbeda dengan Nurhandayani (2022) yang mendefinisikan beban kerja sebagai sebuah proses yang dilakukan oleh tenaga kerja dalam menyelesaikan tugas yang diberikan dalam keadaan normal dengan jangka waktu sesuai indikator. Setiap tenaga kerja mempunyai kemampuan yang berbeda dalam menghadapi beban kerja yang diberikan. Beban kerja yang tepat bagi tenaga kerja memberikan dampak berupa kemajuan dan peningkatan prestasi, serta produktivitas pekerja. Selain mempertimbangkan pemberian beban kerja yang tepat, diperlukan keseimbangan antara beban kerja, beban tambahan dari lingkungan kerja, dan kapasitas kerja. Derajat ketepatan bagi tenaga kerja diukur berdasarkan pengalaman, keterampilan, motivasi, dan sebagainya. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi beban kerja tenaga kerja. Berikut faktor-faktor yang

mempengaruhi beban kerja tenaga kerja (Tarwaka *et al.*, 2004 dalam Mahawati, *et al.*, 2021):

1. Faktor Eksternal

Faktor eksternal dari beban kerja merupakan faktor beban kerja yang diterima dari luar tubuh pekerja, seperti lingkungan fisik, kimia, biologi, ergonomi dan psikologi. Faktor beban kerja eksternal yang sering ditemui oleh tenaga kerja antara lain seperti tugas (*task*), organisasi kerja, serta lingkungan kerja. Ketiga faktor ini disebut sebagai *stressor*.

2. Faktor Internal

Faktor internal merupakan faktor pengaruh beban kerja yang berasal dari dalam tubuh tenaga kerja itu sendiri sebagai pengaruh dari reaksi atau *strain* terhadap beban kerja yang dilakukan (faktor eksternal). Faktor internal dari beban kerja terdiri dari faktor fisik, psikis, dan mental. *Strain* beban kerja seseorang dapat diukur tingkat berat atau ringan secara subjektif maupun objektif. Pengukuran secara subjektif dilakukan dengan cara mengamati perubahan reaksi psikologis dan perilaku karena berkaitan dengan keinginan, kepuasan, harapan, dan lain-lain. Berbeda dengan pengukuran subjektif, pengukuran secara objektif dilakukan dengan cara mengamati perubahan fisiologis. Pengukuran-pengukuran tersebut hanya dapat dilakukan pada faktor fisik dan psikis. Faktor mental sulit untuk diukur berdasarkan perubahan fungsi tubuh akibat dari faktor mental lebih banyak melibatkan kerja otak dibandingkan dengan kerja otot.

Nabawi (2019) menyatakan bahwa beban kerja terjadi sebab keinginan seorang tenaga kerja untuk menyelesaikan pekerjaannya guna mencapai target yang telah ditentukan. Pernyataan ini sejalan dengan Koesomowidjojo (2017) dalam Ahmad *et al.* (2019) yang menyatakan bahwa indikator beban kerja diantaranya adalah kondisi pekerjaan, penggunaan waktu kerja, dan target yang harus dicapai. Beban kerja dapat digambarkan sebagai suatu konsep yang muncul sebab terbatasnya kapasitas tenaga kerja dalam mengakses informasi. Keterbatasan kapasitas tenaga kerja dapat menghambat ketercapaian target sesuai dengan harapan dan menimbulkan terjadinya kegagalan dalam kinerja atau *performance failures*. Untuk itu dibutuhkan pengukuran beban kerja untuk mendapatkan informasi mengenai efisiensi dan efektivitas kerja dari suatu organisasi secara sistematis menggunakan metode manajemen.

E. *Workload Indicator of Staffing Need (WISN)*

1. Gambaran Umum Metode WISN

Workload Indicator of Staffing Need (WISN) merupakan suatu metode penghitungan kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan pada beban kerja yang dilakukan oleh tenaga kerja di lapangan sesuai dengan kategori dan unit kerja pada fasilitas pelayanan kesehatan. Metode WISN digunakan sebagai indikator yang menunjukkan besar kebutuhan tenaga kesehatan di sarana kesehatan hingga Kantor Dinas Kesehatan untuk mempermudah dan lebih rasional ketika dilakukan kegiatan alokasi/relokasi tenaga. Garis besar

langkah-langkah penghitungan kebutuhan tenaga kerja kesehatan berdasarkan WISN terdiri dari lima langkah, yaitu (Depkes, 2004):

- a. Menetapkan waktu kerja yang tersedia
- b. Menetapkan unit kerja dan kategori tenaga kerja
- c. Menyusun standar beban kerja
- d. Menyusun standar kelonggaran
- e. Menghitung kebutuhan tenaga sesuai dengan unit kerja

2. Kelebihan dan Kekurangan Metode WISN

Metode WISN dibuat didasarkan pada masalah dalam perencanaan kebutuhan tenaga kerja yang belum cocok dan belum dapat digunakan sebagai dasar perencanaan kebutuhan tenaga karena tidak adanya data yang lengkap tentang kebutuhan tenaga kesehatan per kategori tenaga, tidak memperhitungkan beban kerja riil dan kapasitas setiap tenaga kesehatan, serta tidak dibakukannya metode penghitungan tenaga jangka pendek pada pengelola program. Akibatnya, perencanaan kebutuhan disusun berdasarkan asumsi kapasitas produksi atau dengan penghitungan lain yang kurang spesifik. Tindakan yang dilakukan oleh pemerintah terhadap permasalahan tersebut adalah menyusun dan membakukan beberapa metode penghitungan tenaga yang salah satu diantaranya adalah metode WISN (Depkes, 2004).

a. Kelebihan metode WISN

Penyusunan metode-metode penghitungan dilakukan dengan melakukan pendekatan guna meminimalisir ketidakcocokan hasil. Hasilnya, metode-metode ini, khususnya metode WISN, lebih mudah diterima karena secara teknis mudah diterapkan, mudah digunakan, mudah dioperasikan, komprehensif, serta realistis (Depkes, 2004). Beberapa penelitian juga menunjukkan reaksi positif terhadap penggunaan metode WISN sebagai metode untuk perencanaan kebutuhan tenaga kerja. Ratnasari (2016) dalam Arafandi *et al.* (2024) menyatakan bahwa metode WISN memberikan kemudahan dalam menentukan variasi kebutuhan tenaga kerja sesuai dengan jenis pelayanan kesehatan. Arafandi *et al.* (2024) juga menyatakan bahwa metode WISN efektif jika digunakan sebagai alat untuk memperbaiki situasi tenaga kesehatan.

b. Kekurangan metode WISN

Mugisha dan Namaganda (2008) dalam Permatasari dan Pudjirahardjo (2015) berpendapat bahwa metode WISN memiliki kelemahan utama. Kelemahan tersebut adalah metode WISN sangat bergantung pada keakuratan dan kelengkapan data beban kerja. Terdapat kemungkinan angka kebutuhan tenaga kerja yang didapat dari penghitungan metode WISN tidak sesuai dengan beban kerja karena penghitungan beban kerja yang kurang objektif. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Permatasari dan Pudjirahardjo (2015) menyatakan bahwa penghitungan

WISN yang menggunakan standar kegiatan satu tahun kerja dari data sekunder dapat menimbulkan kekurangan kelengkapan data. Penghitungan kebutuhan tenaga kerja dengan metode WISN hanya ditinjau dari kegiatan riil dan tidak ditinjau dari kegiatan ideal berdasarkan *job analysis* tenaga kerja. Perencanaan kebutuhan tenaga kerja memerlukan analisis yang kuat dan tidak mudah terkecoh dengan hasil akhir kegiatan. Selain itu, metode WISN juga membutuhkan kelengkapan informasi tentang standar pelayanan setiap kategori tenaga, rincian uraian tugas, standar waktu pelaksanaan tugas, dan data produktivitas tahun-tahun sebelumnya. (Nengsih, 2010 dalam Permatasari dan Pudjirahardjo, 2015).

3. Prosedur Penghitungan Kebutuhan Tenaga Kerja Kesehatan dengan Metode *Workload Indicator of Staffing Need* (WISN) menurut Kepmenkes Nomor 81 Tahun 2004

Prosedur penghitungan kebutuhan tenaga kerja kesehatan dengan metode *Workload Indicator of Staffing Need* (WISN) terdiri dari lima langkah utama.

a. Menetapkan waktu kerja tersedia

Tujuan dari langkah ini adalah untuk memperoleh waktu kerja yang tersedia setiap kategori tenaga kerja dalam kurun waktu satu tahun. Data-data yang dibutuhkan untuk menetapkan waktu kerja yang tersedia adalah:

- 1) Hari kerja yang berlaku di organisasi atau berdasarkan Peraturan Daerah setempat. (A)
- 2) Cuti tahunan sesuai ketentuan setiap tenaga kerja. (B)

- 3) Pendidikan dan pelatihan sesuai ketentuan yang berlaku di organisasi guna mempertahankan dan menambah kompetensi. (C)
- 4) Hari libur nasional. (D)
- 5) Ketidakhadiran kerja sesuai data rata-rata ketidakhadiran kerja selama kurun waktu satu tahun karena sakit, tidak masuk dengan atau tanpa pemberitahuan. (E)
- 6) Waktu kerja sesuai ketentuan yang berlaku di organisasi. (F)

Data-data di atas selanjutnya diolah untuk menetapkan waktu kerja tersedia dengan rumus:

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

Keterangan:

A = Hari Kerja	D = Hari Libur Nasional
B = Cuti Tahunan	E = Ketidakhadiran Kerja
C = Pendidikan dan Pelatihan	F = Waktu Kerja

Organisasi yang telah menetapkan kebijakan tenaga kerja yang dapat mengikuti pendidikan dan pelatihan atau terdapat perbedaan rata-rata ketidakhadiran kerja lebih baik menggunakan penghitungan waktu kerja tersedia berdasarkan kategori tenaga kerja.

b. Menetapkan unit kerja dan kategori tenaga kerja

Tujuan dari menetapkan unit kerja dan kategori tenaga kerja adalah untuk memperoleh unit kerja dan kategori tenaga kerja yang bertanggung

jawab dalam penyelenggaraan kegiatan pelayanan kesehatan perorangan pada pasien, keluarga pasien, serta masyarakat di dalam maupun luar organisasi. Dalam menetapkan unit kerja dan kategori tenaga kerja memerlukan beberapa data dan informasi untuk penetapan unit kerja dan kategori tenaga kerja. Berikut data-data yang dibutuhkan:

- 1) Bagan struktur organisasi serta uraian tugas pokok dan fungsi masing-masing unit dan sub-unit kerja.
- 2) Keputusan direktur organisasi terkait pembentukan unit kerja struktural dan fungsional.
- 3) Data pegawai menurut pendidikan yang bekerja pada setiap unit organisasi
- 4) PP 32 Tahun 1996 tentang SDM Kesehatan
- 5) Peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan jabatan fungsional tenaga kerja kesehatan
- 6) Standar profesi, standar pelayanan, dan standar operasional prosedur (SOP) pada setiap unit kerja organisasi.

c. Menyusun standar beban kerja

Standar beban kerja merupakan volume beban kerja selama 1 tahun per kategori tenaga kerja. Standar beban kerja pada suatu kegiatan pokok disusun menurut waktu yang dibutuhkan oleh tenaga kerja dalam menyelesaikan (rata-rata waktu) dan waktu yang tersedia per tahun yang dimiliki oleh setiap kategori tenaga kerja. Dalam menetapkan beban kerja

masing-masing kategori tenaga kerja membutuhkan data dan informasi sebagai berikut:

- 1) Kategori tenaga kerja yang bekerja pada setiap unit kerja organisasi seperti yang telah ditetapkan pada langkah kedua.
- 2) Standar profesi dan standar pelayanan yang berlaku di organisasi
- 3) Rata-rata waktu yang dibutuhkan oleh setiap kategori tenaga kerja untuk menyelesaikan pelayanan kesehatan
- 4) Data dan informasi tentang kegiatan pelayanan kesehatan pada setiap unit

Contoh beban kerja masing-masing kategori tenaga kerja pada setiap unit kerja rumah sakit adalah:

- 1) Kegiatan pokok oleh masing-masing kategori tenaga kerja

Kegiatan pokok merupakan kumpulan dari seluruh kegiatan sesuai dengan standar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP) dalam menghasilkan pelayanan kesehatan oleh tenaga kerja dengan kompetensi tertentu. Untuk mempermudah penghitungan standar beban kerja, diperlukan susunan kegiatan pokok yang dilakukan oleh tenaga kerja disertai dengan jenis kegiatan pelayanan yang berkaitan langsung maupun tidak langsung.

- 2) Rata-rata waktu

Rata-rata waktu merupakan waktu yang dibutuhkan oleh tenaga dalam menyelesaikan kegiatan pokok oleh setiap tenaga kerja pada setiap unit kerja. Kebutuhan waktu untuk menuntaskan kegiatan sangat

bergantung pada standar pelayanan, standar operasional prosedur (SOP), sarana dan prasarana kesehatan yang tersedia, serta kompetensi yang dimiliki tenaga kerja. Rata-rata waktu ditetapkan berdasarkan pada pengamatan, pengalaman selama bekerja, serta kesepakatan bersama. Untuk mengurangi bias waktu penyelesaian setiap kegiatan, sebaiknya penetapan waktu penyelesaian setiap kegiatan dilakukan oleh tenaga kerja yang memiliki kompetensi, mampu melaksanakan standar pelayanan, standar operasional prosedur, serta memiliki etos kerja yang baik.

3) Standar beban kerja

Standar beban kerja merupakan volume beban kerja selama satu tahun per kategori tenaga kerja. Standar beban kerja pada suatu kegiatan pokok disusun berdasarkan pada waktu yang dibutuhkan dalam menyelesaikan kegiatan dan waktu kerja yang tersedia yang dimiliki oleh masing-masing kategori tenaga kerja. Pada tahap ini sebaiknya diikuti dengan pencatatan terpisah sebagai antisipasi apabila ditemukan kegiatan yang tidak dapat dikelompokkan atau sulit dihitung beban kerjanya. Kegiatan yang tidak dapat dikelompokkan tersebut kemudian digunakan sebagai sumber data penyusunan faktor kelonggaran setiap kategori tenaga kerja. Berikut rumus penghitungan standar beban kerja:

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

d. Menyusun standar kelonggaran

Tujuan dari menyusun standar kelonggaran adalah untuk memperoleh faktor kelonggaran setiap kategori tenaga kerja yang terdiri atas jenis kegiatan serta waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan kegiatan yang tidak berkaitan langsung atau dipengaruhi oleh tinggi rendahnya kualitas atau kuantitas kegiatan pokok. Penyusunan faktor kelonggaran dapat dilakukan melalui pengamatan dan wawancara setiap kategori tenaga kerja tentang kegiatan yang tidak berkaitan langsung dengan pelayanan pasien, frekuensi kegiatan dalam satu hari, minggu, atau bulan, serta waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan kegiatan. Selanjutnya, standar kelonggaran dapat ditentukan berdasarkan rumus berikut.

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

e. Menghitung kebutuhan tenaga sesuai dengan unit kerja

Tujuan menghitung kebutuhan tenaga sesuai dengan unit kerja adalah untuk memperoleh jumlah dan jenis tenaga kerja per unit kerja sesuai dengan beban kerja selama 1 tahun. Dibutuhkan beberapa sumber data untuk menghitung kebutuhan tenaga kerja per unit kerja, diantaranya adalah:

- 1) Data yang diperoleh dari langkah-langkah sebelumnya, seperti waktu kerja tersedia, standar beban kerja, serta standar kelonggaran masing-masing kategori tenaga kerja.
- 2) Jumlah kegiatan pokok setiap unit kerja selama satu tahun

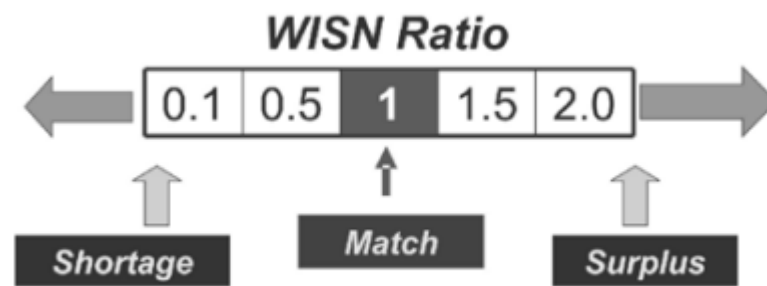
Kebutuhan tenaga kerja dapat dihitung menggunakan rumus berikut.

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

Hasil penghitungan WISN diatas besar kemungkinan berbentuk angka desimal. Diperlukan pembulatan angka untuk mengetahui jumlah pasti kebutuhan tenaga. Berikut pedoman pembulatan angka hasil perhitungan jumlah tenaga kerja dengan metode WISN (Consolidation Programme Health, 2009).

- a. 1,0 – 1,1 pembulatan ke bawah dan >1,1 – 1,9 pembulatan ke atas
- b. 2,0 – 2,2 pembulatan ke bawah dan >2,2 – 2,9 pembulatan ke atas
- c. 3,0 – 3,3 pembulatan ke bawah dan >3,3 – 3,9 pembulatan ke atas
- d. 4,0 – 4,4 pembulatan ke bawah dan >4,4 – 4,9 pembulatan ke atas
- e. 5,0 – 5,5 pembulatan ke bawah dan >5,5 – 5,9 pembulatan ke atas

Pembulatan angka hasil penghitungan kemudian dibandingkan dengan jumlah tenaga kerja yang ada dengan Rasio WISN. Rasio WISN merupakan suatu ukuran “pengganti” bagi tekanan beban kerja yang dialami oleh tenaga dalam melakukan tugas sehari-hari dalam suatu fasilitas kesehatan. Apabila Rasio WISN yang bernilai satu, maka jumlah tenaga dan beban kerja dalam suatu fasilitas kesehatan berada dalam keadaan seimbang. Tetapi, apabila Rasio WISN semakin kecil menunjukkan bahwa tekanan beban kerja yang dialami oleh tenaga semakin besar, begitu juga sebaliknya (Consolidation Programme Health, 2009). Lebih jelas dapat dilihat pada Gambar 3.



Gambar 3. Rasio WISN

(Sumber: Consolidation Programme Health, 2009)