

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Penyelenggaraan Makanan di Rumah Sakit**

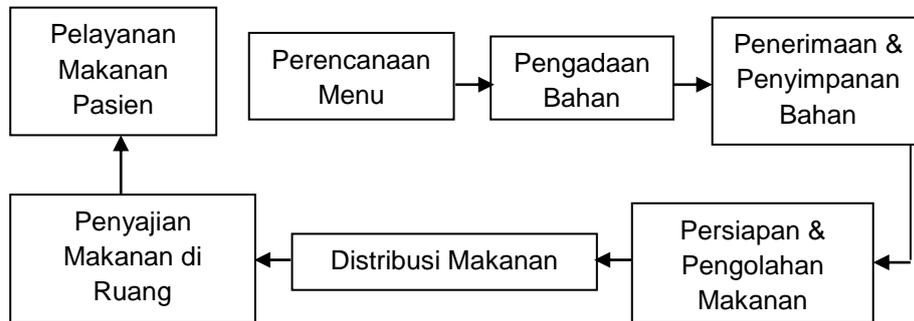
##### **1. Pengertian Penyelenggaraan Makanan**

Menurut Sjahmien Moehyi (1992), penyelenggaraan makanan adalah suatu proses menyediakan makanan dalam jumlah besar dengan alasan tertentu. Penyelenggaraan makanan rumah sakit merupakan rangkaian kegiatan mulai dari perencanaan menu, perencanaan kebutuhan bahan makanan, perencanaan anggaran belanja, pengadaan bahan makanan, penerimaan dan penyimpanan, pemasakan bahan makanan, distribusi dan pencatatan, pelaporan serta evaluasi. (Kemenkes RI, 2013) Menurut Sjahmien Moehyi (1992), dari sejumlah institusi yang menyelenggarakan makanan kelompok, rumah sakit merupakan institusi yang terpenting. Bukan saja karena institusi rumah sakit yang makin bertambah banyak jumlahnya, tetapi juga fungsi makanan yang dihasilkan dan disajikan kepada orang sakit jauh berbeda dengan makanan yang disajikan institusi lain, seperti di panti asuhan dan lembaga permasyarakatan. Di samping sebagai salah satu komponen kegiatan dalam upaya penyembuhan penyakit, makanan yang disajikan di rumah sakit tidak jarang dijadikan sebagai acuan oleh masyarakat dalam kehidupan sehari-hari. Makanan yang boleh diberikan dan makanan yang tidak boleh diberikan kepada orang sakit selama dirawat di rumah sakit akan dianggap sebagai patokan yang terbaik dalam pengaturan makanan sehari-hari. Pandangan itu tumbuh karena makanan yang boleh atau yang tidak boleh diberikan berdasarkan anjuran dan di bawah pengawasan dokter dan perawat rumah sakit.

##### **2. Tujuan**

Menyediakan makanan yang berkualitas sesuai kebutuhan gizi, biaya, aman, dan dapat diterima oleh konsumen guna mencapai status gizi yang optimal.

### 3. Alur Penyelenggaraan Makanan



Sumber : Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2013)

Gambar 1. Alur Penyelenggaraan Makanan

### 4. Bentuk Penyelenggaraan Makanan di Rumah Sakit

Bentuk penyelenggaraan makanan di rumah sakit meliputi :

#### a. Sistem Swakelola

Pada penyelenggaraan makanan rumah sakit dengan sistem swakelola, instalasi gizi/unit gizi bertanggungjawab terhadap pelaksanaan seluruh kegiatan penyelenggaraan makanan. Dalam sistem swakelola ini, seluruh sumber daya yang diperlukan (tenaga, dana, metode, sarana, dan prasarana) disediakan oleh pihak rumah sakit. Pada pelaksanaannya Instalasi Gizi/Unit Gizi mengelola kegiatan gizi sesuai fungsi manajemen yang dianut dan mengacu pada Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit yang berlaku dan menerapkan standar prosedur yang ditetapkan.

#### b. Sistem Diborongkan ke Jasa Boga (*Outsourcing*)

Sistem diborongkan yaitu penyelenggaraan makanan dengan memanfaatkan perusahaan jasa boga atau *catering* untuk penyediaan makanan rumah sakit. Sistem diborongkan dapat dikategorikan menjadi 2 yaitu diborongkan secara penuh (*full outsourcing*) dan diborongkan hanya sebagian (*semi outsourcing*). Pada sistem diborongkan sebagian, pengusaha jasadoga selaku penyelenggara makanan menggunakan sarana dan prasarana atau tenaga milik rumah sakit. Pada sistem diborongkan penuh, makanan disediakan oleh pengusaha jasa boga yang ditunjuk tanpa menggunakan sarana dan prasarana atau tenaga

dari rumah sakit. Dalam penyelenggaraan makanan dengan sistem diborongkan penuh atau sebagian, fungsi Dietisien RS adalah sebagai perencana menu, penentu standar porsi, pemesanan makanan, penilai kualitas dan kuantitas makanan yang diterima sesuai dengan spesifikasi hidangan yang ditetapkan dalam kontrak.

c. Sistem Kombinasi

Sistem kombinasi adalah bentuk sistem penyelenggaraan makanan yang merupakan kombinasi dari sistem swakelola dan sistem diborongkan sebagai upaya memaksimalkan sumberdaya yang ada. Pihak rumah sakit dapat menggunakan jasaboga/catering hanya untuk kelas VIP atau makanan karyawan, sedangkan selebihnya dapat dilakukan dengan swakelola.

## **5. Kondisi Penyelenggaraan Makanan di Rumah Sakit**

Penyelenggaraan makanan institusi yang termasuk pada kelompok pelayanan kesehatan dilakukan di rumah sakit, puskesmas perawatan atau klinik perawatan. Diantara ketiga jenis pelayanan tersebut, penyelenggaraan makanan rumah sakit menerapkan yang paling kompleks dilihat dari aspek manajemen penyelenggaraannya.

Rumah sakit merupakan rumah tempat menginap orang sakit dan juga orang “sehat”, jadi makanan yang diproduksi adalah makanan biasa dan makanan khusus. Penyelenggaraan makanan di rumah sakit bertujuan menyediakan makanan yang sesuai bagi orang sakit yang dapat menunjang penyembuhan penyakitnya. Kadang-kadang rumah sakit juga menyediakan pelayanan bagi karyawan dan pengunjungnya. Pelayanan ini harusnya terpisah dari pelayanan makanan bagi orang sakit, mengingat makanan bagi orang sakit lebih kompleks dan memiliki pelaksanaan administrasi yang berbeda. (PGRS, 2013)

Kondisi penyelenggaraan makanan rumah sakit adalah:

- a. Kebutuhan bahan makanan sangat dipengaruhi oleh jenis diet pasien dan jumlahnya berubah sesuai dengan jumlah pasien.
- b. Standar makanan ditetapkan khusus untuk kebutuhan orang sakit sesuai dengan kebijakan rumah sakit

- c. Frekuensi dan waktu makan, macam pelayanan dan distribusi makanan dibuat sesuai dengan peraturan rumah sakit
- d. Makanan yang disajikan meliputi makanan lengkap untuk kebutuhan satu hari dan makanan selingan
- e. Dilakukan dengan menggunakan kelengkapan sarana fisik, peralatan, dan sarana penunjang lain sesuai dengan kebutuhan untuk orang sakit
- f. Menggunakan tenaga khusus di bidang gizi dan kuliner yang kompeten

## **B. Pelayanan Gizi Rumah Sakit**

### **1. Pengertian Pelayanan Gizi Rumah Sakit**

Menurut Nursiah A. Mukrie, dkk (1990), pelayanan gizi diselenggarakan untuk memenuhi kebutuhan gizi dalam keadaan sakit atau sehat selama mendapat perawatan. Termasuk klasifikasi ini adalah rumah sakit tipe A, B, C, D, khusus, Rumah Bersalin, Rumah Sakit Bersalin, Balai Pengobatan ataupun Puskesmas Perawatan.

Makanan untuk orang sakit mempunyai keistimewaan tersendiri. Walaupun tujuan makanan institusi bagi orang sakit sama, namun sasarannya adalah "orang sakit", jadi disamping menyediakan makanan yang sesuai untuk orang sakit, makanan juga harus dapat menunjang penyembuhan orang sakit. Kadang-kadang rumah sakit juga menyediakan pelayanan makanan bagi karyawan serta pengunjungnya. Pelayanan demikian harusnya terpisah dari penyelenggaraan makanan bagi orang sakit, mengingat makanan bagi orang sakit lebih kompleks serta memiliki pelaksanaan administrasi yang berbeda. Pelayanan makanan yang dipusatkan baik bagi orang sakit ataupun bagi karyawan/pengunjung, harus memiliki kejelasan dalam penyelenggaraannya. Makanan untuk orang sakit memiliki kekhususan sebagai berikut :

- a. Pengelola adalah pemilik rumah sakit, ataupun melalui badan atau bagian tertentu yang disertai tugas tersebut dengan tanggung jawab tetap berada pada pemilik.

- b. Rumah sakit memiliki kelengkapan untuk sarana fisik, peralatan, serta penunjang lain termasuk sumber daya pelaksanaannya.
- c. Makanan yang disajikan adalah makanan penuh sehari 3-4 kali makan sehari dengan atau tanpa makanan selingan.
- d. Standar makanan memuat standar makanan orang sakit sesuai dengan peraturan dan syarat kesehatan yang disesuaikan dengan kebijakan rumah sakit.

## **2. Pelayanan Gizi Rawat Inap**

### **a. Pengertian**

Menurut Depkes RI (2003), pelayanan gizi rawat inap merupakan pelayanan gizi yang dimulai dari proses pengkajian gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi meliputi perencanaan, penyediaan makanan, penyuluhan/edukasi, dan konseling gizi, serta monitoring dan evaluasi gizi.

### **b. Tujuan**

Memberikan pelayanan gizi kepada pasien rawat inap agar memperoleh asupan makanan yang sesuai kondisi kesehatannya dalam upaya mempercepat proses penyembuhan, mempertahankan, dan meningkatkan status gizi.

### **c. Mekanisme Pelayanan Gizi Rawat Inap**

- **Skrining gizi**

Tahapan pelayanan gizi rawat inap diawali dengan skrining/penapisan gizi oleh perawat ruangan dan penetapan order diet awal (preskripsi diet awal) oleh dokter. Skrining gizi bertujuan untuk mengidentifikasi pasien/klien yang berisiko, tidak berisiko malnutrisi atau kondisi khusus. Kondisi khusus yang dimaksud adalah pasien dengan kelainan metabolik, hemodialisis, anak, geriatrik, kanker dengan kemoterapi/radiasi, luka bakar, pasien dengan imunitas menurun, sakit kritis, dan sebagainya. Idealnya skrining dilakukan pada pasien baru 1 x 24 jam setelah pasien masuk RS. Metode skrining sebaiknya singkat, cepat dan disesuaikan dengan kondisi dan kesepakatan di masing-masing rumah sakit.

- **Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)**

Proses Asuhan gizi Terstandar dilakukan pada pasien yang berisiko kurang gizi, sudah mengalami kurang gizi dan atau kondisi khusus dengan penyakit tertentu, proses ini merupakan serangkaian kegiatan yang berulang (siklus).

### **3. Ketenagaan pada Penyelenggaraan Gizi di Rumah Sakit**

Dalam melaksanakan pelayanan gizi di rumah sakit, selain tenaga gizi dibutuhkan juga tenaga pendukung meliputi tenaga jasa boga, logistik, pranata komputer, tenaga administrasi dan tenaga lainnya. (PGRS, 2013)

Menurut pedoman PGRS (1991) untuk tenaga pelaksana atau petugas gizi yang bertugas sebagai juru masak yaitu tenaga pengolah makanan yang bertugas mulai dari tahap persiapan hingga pendistribusian memiliki pendidikan sebagai berikut:

- a. Rumah Sakit Kelas A : SMK Tata Boga atau SMU Kursus Masak
- b. Rumah Sakit Kelas B : SMK Tata Boga atau SMU Kursus Masak
- c. Rumah Sakit Kelas C : SMU/SLTP Kursus Masak.

Pembinaan tenaga kerja dapat dilakukan melalui beberapa cara seperti dengan memberikan pelatihan bersertifikat (sertifikasi), pendidikan lanjutan, kursus, mengikuti simposium/seminar yang bertujuan untuk memberi, memperoleh, meningkatkan serta mengembangkan kompetensi kerja, produktivitas, disiplin, sikap dan etos kerja pada tingkat keterampilan dan keahlian tertentu, sesuai dengan jenjang dan kualifikasi jabatan atau pekerjaan.

Peningkatan jenjang pendidikan bagi petugas atau tenaga pelayanan gizi rumah sakit perlu dipertimbangkan sesuai dengan kebutuhan, perkembangan keilmuan yang terkait dengan peningkatan pelayanan gizi. Jenis pendidikan dan pelatihan berjenjang dan berlanjut (diklat jangjut) meliputi bentuk diklat formal dan diklat non-formal. (PGRS, 2013)

#### **1) Pendidikan dan Pelatihan Formal.**

Pendidikan dan pelatihan formal adalah pendidikan yang berkesinambungan, dalam menunjang keprofesian, serta kedudukan dan jabatan, baik fungsional maupun struktural.

2) Pendidikan dan Pelatihan Non-formal.

a) Orientasi Tugas

Tujuan:

Mempersiapkan calon pegawai dalam mengenal lingkungan tempat bekerja, sistem yang ada di unit pelayanan gizi, serta tugas-tugas yang akan diembannya. Dengan demikian diharapkan pegawai baru akan menghayati hal-hal yang akan dihadapi termasuk kaitan tugas dengan tujuan unit pelayanan gizi. Bobot pendalaman untuk masing-masing kegiatan disesuaikan dengan rencana tenaga tersebut akan ditempatkan baik sebagai tenaga administrasi, tenaga terampil atau tenaga fungsional/paramedis.

b) Kursus-kursus.

Tujuan:

Mempersiapkan pegawai untuk menjadi tenaga professional yang handal sehingga dapat menyesuaikan diri dengan perkembangan lingkungan, baik lingkungan pekerjaan maupun lingkungan kelimuan. Keikutsertaan dalam kursus-kursus tertentu, baik itu dietetik, kuliner, terapi gizi medis, manajemen gizi, dan lain-lain, diharapkan juga dapat mengubah perilaku positif yang dapat meningkatkan citra pelayanan gizi di unit kerja masing-masing.

c) Simposium, Seminar dan sejenisnya.

Tujuan:

Meningkatkan kapasitas dan wawasan keilmuan pegawai agar menjadi tenaga yang lebih professional sehingga mampu meningkatkan kinerja pelayanan gizi di tempat ia bekerja. Selain itu, sebagai keikutsertaan dalam kegiatan tersebut juga akan mempengaruhi jenjang karier yang sesuai dengan keprofesiannya. Kegiatan dapat dilakukan di dalam lingkungan institusi, atau mengirimkan tenaga jika kegiatan dilakukan di luar institusi.

3) Evaluasi

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan sistem pengawasan melekat, melalui berbagai perangkat atau instrumen

evaluasi, atau formulir penilaian secara berkala. Tujuan evaluasi tersebut antara lain sebagai salah satu bagian dalam promosi pegawai yang bersangkutan, jasa pelayanan, penghargaan, peningkatan pendidikan, rotasi tugas, mutasi pegawai, atau sebagai pemberian sanksi.

#### **4. Hasil Penelitian tentang Kebutuhan Tenaga Kerja Pengolah Makanan di Rumah Sakit**

Upaya untuk meningkatkan pelayanan pasien salah satunya melalui Instalasi Gizi, maka kegiatan di dalamnya harus berjalan dengan baik diikuti penyediaan tenaga kerja yang professional dan proposional. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Fretrika Utami 2008, jumlah optimal kebutuhan pemasak berdasarkan pendekatan perhitungan penggunaan waktu kerja produktif sebanyak 28 orang dan berdasarkan perhitungan rumus WISN adalah sebanyak 32 orang tenaga pemasak. Berdasarkan kedua pendekatan tersebut, maka rata-rata jumlah optimal kebutuhan tenaga pemasak di Instalasi Gizi RSUP dr. Kariadi Semarang adalah sebanyak 30 orang. Sedangkan yang tersedia jumlah tenaga pemasak yang ada di Instalasi Gizi dr. Kariadi Semarang berjumlah 28 orang. Hal ini berarti terdapat kekurangan tenaga pemasak sebanyak 2 orang.

Berdasarkan hasil penelitian Utami dan Sugiono tahun 2013 di Instalasi Gizi Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. RM. Soedjarwadi Jawa Tengah jumlah kebutuhan tenaga kerja pengolah makanan dengan metode WISN diperoleh kebutuhan tenaga kerja sebanyak 25 orang sedangkan tenaga kerja pengolah makanan yang tersedia sebanyak 19 orang. Maka Instalasi Gizi Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. RM. Soedjarwadi Jawa Tengah masih membutuhkan 6 orang tenaga kerja.

#### **C. Beban Kerja**

Beban kerja merupakan aspek pokok yang menjadi dasar untuk perhitungan. Beban kerja perlu ditetapkan melalui program-program unit kerja yang selanjutnya dijabarkan menjadi target pekerjaan untuk setiap jabatan (Tjandra, 2003). Analisis beban kerja merupakan salah satu cara dalam perencanaan kebutuhan sumber daya manusia (Kepmenkes , 2004).

Analisis beban kerja salah satu metode untuk menghasilkan perhitungan kebutuhan sumber daya manusia yang sesuai dengan kualifikasi yang dipersyaratkan pada masing-masing jabatan (Permenkes, 2013). Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2007 tentang Tata Cara Memperoleh Informasi Ketenagakerjaan dan Penyusunan serta Pelaksanaan Perencanaan Tenaga Kerja, disebutkan bahwa dalam perencanaan tenaga kerja baik mikro ataupun makro dihitung berdasarkan beban kerja yang kemudian dituangkan dalam rencana tenaga kerja yang disusun dalam jangka waktu lima tahun. Setiap tahunnya dilakukan penilaian untuk menyesuaikan dengan perkembangan kebutuhan dari masing-masing lembaga ataupun perusahaan. Hasil dari perhitungan analisis beban kerja sangat bermanfaat sebagai alat ukur terhadap kebutuhan sumber daya manusia dalam sebuah organisasi sebagai dasar dalam norma waktu penyelesaian kerja, tingkat efisiensi kerja, prestasi kerja, penyusunan formasi pegawai, dan penyempurnaan sistem prosedur kerja. Analisis beban kerja juga dapat digunakan sebagai tolak ukur bagi pegawai/unit organisasi dalam melaksanakan kegiatannya, yaitu berupa norma waktu penyelesaian pekerjaan, tingkat efisiensi kerja, dan standar beban kerja dan prestasi kerja, menyusun formasi pegawai, serta penyempurnaan sistem prosedur kerja dan manajemen lainnya. Selain itu juga dapat dijadikan sebagai tolak ukur untuk meningkatkan produktivitas kerja serta langkah-langkah lainnya dalam rangka meningkatkan pembinaan, penyempurnaan dan pendayagunaan aparatur negara baik dari segi kelembagaan, ketatalaksanaan maupun kepegawaian (Permenkes, 2012). Makin tinggi beban kerja, maka kinerja makin menurun. Beban setiap jenis pekerjaan berbeda tergantung pada jenis dan lama pekerjaannya. Setiap pekerjaan apa pun jenisnya apakah pekerjaan tersebut memerlukan kekuatan otot atau pemikiran adalah merupakan beban bagi yang melakukan. Beban ini dapat berupa beban fisik, beban mental ataupun beban sosial sesuai dengan jenis pekerjaan si pelaku (Notoatmodjo, 1997). Akibat beban kerja yang terlalu berat atau kemampuan fisik yang lemah, dapat mengakibatkan seorang pekerja menderita gangguan atau penyakit akibat kerja (Depkes, 2000). Pembebanan kerja yang berlebihan juga dapat mengakibatkan kelelahan kerja (Budiono, 2000).

#### **D. *Workload Indicators of Staffing Need (WISN)***

##### **1. Gambaran Umum metode WISN**

Berdasarkan panduan manual yang dikeluarkan oleh WHO, *Workload Indicators of Staffing Need (WISN)* merupakan sebuah standar pengukuran kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan indikator beban kerja yang pertama kali di uji cobakan sekitar tahun 1998. Metode WISN adalah alat manajemen sumber daya yang menghitung kebutuhan staf berdasarkan beban kerja untuk kategori staf tertentu dan jenis fasilitas kesehatan. Alat ini dapat diterapkan secara nasional, regional, di fasilitas kesehatan tunggal, bahkan sebuah unit atau bangsal di rumah sakit. Metode WISN memiliki kelebihan yaitu mudah digunakan baik secara teknis, komprehensif, realistis serta memberikan kemudahan dalam menentukan variasi kebutuhan SDM dalam berbagai tipe layanan kesehatan seperti puskesmas maupun rumah sakit. Namun metode WISN memiliki kelemahan, dimana sangat diperlukan adanya kelengkapan data yang nantinya akan dianalisa secara statistik dan akan mempengaruhi akurasi hasil WISN (WHO, 2010).

Langkah kerja dalam metode WISN sesuai dengan pedoman WHO tahun 2010.

- a. Menentukan prioritas jenis tenaga kesehatan dan tipe fasilitas kesehatan.
- b. Memperkirakan waktu kerja yang tersedia.
- c. Mendefinisikan komponen-komponen beban kerja.
- d. Menentukan standar aktivitas.
- e. Menentukan standar beban kerja.
- f. Menghitung faktor kelonggaran.
- g. Menetapkan kebutuhan tenaga berdasarkan WISN.
- h. Analisis dan interpretasi hasil WISN.

Analisis hasil WISN terdiri dari perbedaan antara tenaga yang ada dengan tenaga yang diperlukan dan penghitungan rasio WISN. Rasio WISN adalah pengukuran terhadap tekanan beban kerja sehari-hari dari tenaga kesehatan. Menguji kedua hal antara gap dan juga rasio WISN

adalah sangat penting dalam menentukan bagaimana cara dalam pengembangan tenaga kesehatan secara wajar (WHO, 2010).

Penerapan metode WISN memberikan manfaat cukup besar dalam pengelolaan SDM dalam suatu organisasi.

a) Perencanaan ketenagaan mendatang

Pemanfaatan pertama yang dilakukan sesuai dengan hasil WISN adalah sebagai dasar dalam perencanaan kebutuhan mendatang akan tenaga kesehatan pada fasilitas kesehatan bersangkutan. Perencanaan ini harus mampu mengantisipasi akan munculnya beban kerja lain dengan meningkatkan standar profesi sesuai dengan standar terbaru yang relevan, memperhitungkan perubahan kondisi ketenagaan melihat dari waktu kerja tersedia, dan juga melakukan penyesuaian standar medis sesuai rata-rata waktu yang telah dihitung (WHO, 2010).

b) Pengalokasian tenaga kesehatan

Hasil dari WISN akan dapat memberikan gambaran akan dampak dari kurangnya tenaga kesehatan yang tersedia. Melalui upaya pengalokasian tenaga kesehatan diharapkan dapat membantu meringankan beban kerja tenaga kesehatan bersangkutan. Apabila menambah jumlah tenaga tidak memungkinkan bisa diatasi dengan mengatur waktu kerja dengan cara bergantian (WHO, 2010).

c) Peningkatan kualitas tenaga kesehatan

Rasio WISN yang rendah akan berakibat terhadap rendahnya kualitas hasil dari pelayanan kesehatan yang diberikan. Upaya-upaya untuk meningkatkan kualitas tenaga kesehatan menjadi prioritas sesuai hasil WISN apabila dengan menambah jumlah tenaga sangat tidak memungkinkan (WHO, 2010).

d) Upaya pendistribusian tenaga kesehatan yang ada saat ini serta mengurangi tekanan beban kerja

Membandingkan hasil dari WISN pada tempat pelayanan kesehatan yang serupa akan dapat membantu kita dalam pendistribusian dengan tepat. Tempat pelayanan kesehatan mana yang terlihat terjadi kekurangan tenaga kesehatan, berapa besar tekanan beban kerjanya bisa sebagai dasar untuk melakukan pemerataan distribusi tenaga kesehatan (WHO, 2010).

Hasil dari penerapan WISN secara keseluruhan dimasukkan ke dalam metode perencanaan tenaga kerja, bersama-sama dengan data yang sesuai dan terperinci dari sistem informasi SDM (WHO, 2010).

## **2. Prosedur Perhitungan Kebutuhan SDM Kesehatan dengan Menggunakan Metode WISN (Work Load Indikator Staff Need/ Kebutuhan SDM Kesehatan berdasarkan Indikator Beban Kerja) berdasarkan Kepmenkes RI No. 81 Tahun 2004**

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 :

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

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 penggunaan metode WISN di sarana pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

### **1) Langkah Perhitungan Kebutuhan SDM berdasarkan Metode WISN**

#### **a) 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. Ketidakhadiran kerja, sesuai data rata-rata ketidakhadiran 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	= Ketidakhadiran Kerja
D	= Pendidikan dan Pelatihan	F	= Waktu Kerja

Apabila ditemukan adanya perbedaan rata-rata ketidakhadiran 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.

b) Menetapkan Unit Kerja Dan Katagori SDM

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

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:

- a. 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.

- b. Unit Kerja Fungsional Penunjang adalah unit dan sub-unit kerja yang tidak langsung berkaitan dengan penyelenggaraan :
- 1) Pelayanan kesehatan perorangan di RS, misalnya: Instalasi Tata Usaha Rawat Inap/Rawat Jalan, Instalasi Pemeliharaan Sarana RS.
  - 2) 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 keberadaanya. 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.

- c) 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.

#### 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.

#### d) Menyusun Standar Kelonggaran

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

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

1. Kegiatan-kegiatan yang tidak terkait langsung dengan pelayanan pada pasien, misalnya; rapat, penyusunan laporan kegiatan, menyusun kebutuhan obat/bahan habis pakai.

2. Frekuensi kegiatan dalam suatu hari, minggu, bulan
3. Waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan kegiatan

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

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

$$\text{Standar Kelonggaran} = \frac{\text{rata-rata waktu faktor kelonggaran}}{\text{waktu kerja tersedia selama setahun}}$$

e) 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 :
  - a) Waktu kerja tersedia
  - b) Standar beban kerja dan
  - c) Standar kelonggaran masing-masing kategori SDM
2. Kuantitas kegiatan pokok tiap unit kerja selama kurun waktu satu tahun.

Kuantitas Kegiatan Pokok

Kuantitas kegiatan pokok disusun berdasarkan berbagai data kegiatan pelayanan yang telah dilaksanakan di tiap unit kerja RS selama kurun waktu satu tahun. Kuantitas kegiatan pelayanan Instalasi Rawat 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).

#### Kebutuhan SDM

Untuk perhitungan kebutuhan SDM di setiap instalasi dan unit kerja dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$\text{Kebutuhan SDM} = \frac{\text{kuantitas kegiatan pokok}}{\text{standar beban kerja}} + \text{standar kelonggaran}$$