

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pengertian Rumah Sakit

Menurut *World Health Organization (WHO, 1997)*,

“The hospital is an integral part of social medical organization, the function of which to provide for the population complete health care both curative and preventive, and whose out patient service reach : the hospital is also a central for training of health workers and for social research”

Batasan di atas menjelaskan bahwa pelayanan rumah sakit merupakan pelayanan yang komprehensif, bukan hanya mencakup kegiatan pengobatan, tetapi juga mencakup upaya pencegahan. Selain itu, kegiatan rumah sakit juga mencakup kegiatan rawat jalan dan pelayanan kesehatan di rumah. Rumah sakit juga berfungsi sebagai pusat pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan dan sebagai tempat penelitian.

Rumah sakit merupakan bagian dari keseluruhan sistem pelayanan kesehatan yang dikembangkan melalui rencana pembangunan kesehatan. Dengan demikian, pengembangan rumah sakit tidak dapat dilepaskan dari kebijaksanaan pembangunan kesehatan, yakni harus sesuai dengan Garis – Garis Besar Haluan Negara, Sistem Kesehatan Nasional, dan Repelita di bidang kesehatan serta peraturan perundang – undangan lainnya. (Adikoesoemo, 2003)

Peran rumah sakit dalam Sistem Kesehatan Nasional adalah rumah sakit sebagai mata rantai kegiatan rujukan medik. Rujukan yang dimaksud meliputi upaya pengembangan dan pemulihan, sehingga dalam kaitan inilah tampak bahwa rumah sakit memiliki peran utama sebagai penyelenggara upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan bagi penderita. (Depkes RI, 1994)

2.1.1. Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan tahun 1988 Bab III pasal 13, rumah sakit diklasifikasikan sebagai berikut :

- a. Klasifikasi rumah sakit umum pemerintah dan swasta, terdiri dari :
- 1) Kelas A : mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialistik luas dan sub spesialistik luas
 - 2) Kelas B II : mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialistik luas dan sub spesialistik terbatas
 - 3) Kelas B I : mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang – kurangnya 11 jenis pelayanan spesialistik
 - 4) Kelas C : mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang – kurangnya 5 jenis pelayanan spesialistik dasar lengkap
 - 5) Kelas D : mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang – kurangnya pelayanan medik dasar
- b. Rumah sakit kelas A dan B II dapat berfungsi sebagai rumah sakit pendidikan.

2.1.2. Karakteristik Kepemilikan Rumah Sakit

Dalam perkembangannya, kepemilikan rumah sakit menjadi semakin mandiri dengan memperhatikan profit yang dihasilkan dalam rangka menunjang seluruh biaya operasionalnya, termasuk biaya fungsi sosialnya. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Tahun 1988 no.159b/Menkes/SK/II/1988, dinyatakan :

- a. Rumah sakit dapat memiliki dan diselenggarakan oleh pemerintah atau swasta.
- b. Rumah sakit pemerintah dimiliki dan diselenggarakan oleh :
 - Departemen Kesehatan (SK. Menkes no.16/2000, ttg Perusahaan Jawatan)
 - Pemerintah Daerah (PP.25/2000 ttg Instansi Daerah)
 - ABRI
 - Badan Usaha Milik Negara
- c. Rumah sakit swasta dimiliki dan diselenggarakan oleh :
 - Yayasan
 - Badan hukum lainnya yang bersifat sosial

Dalam hal menjalankan fungsi sosialnya, rumah sakit terikat pada ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan no.159b tahun 1988 Bab VII pasal 25 yang menyatakan bahwa semua rumah sakit harus melaksanakan fungsi sosialnya, antara lain menyediakan fasilitas untuk penderita yang tidak mampu, yaitu :

- a. Rumah sakit pemerintah sekurang – kurangnya 75 % dari kapasitas tempat tidur yang tersedia
- b. Rumah sakit swasta sekurang – kurangnya 25 % dari kapasitas tempat tidur yang tersedia

Pengelolaan rumah sakit dapat dilaksanakan oleh pemerintah maupun swasta. Kebijakan pemerintah dalam menghimpun dana bagi pengelola rumah sakit memberikan keleluasaan dalam pengembangan pelayanan perumahsakit, sehingga tingkat persaingan di antara rumah sakit menjadi tinggi dengan menekankan pada peningkatan kualitas pelayanan. Rumah sakit harus mampu memberikan pelayanan baik kepada lapisan masyarakat dengan sosioekonomi menengah ke atas, tetapi harus juga mempunyai program pelayanan kepada kelompok masyarakat yang tidak mampu sesuai dengan fungsi sosialnya.

2.2. Manajemen Ketenagaan Rumah Sakit

2.2.1. Definisi

Menurut Dessler (1984), manajemen ketenagaan organisasi atau disebut juga sebagai manajemen personalia, merupakan lima fungsi dasar yang dilaksanakan para manajer, mencakup perencanaan, pengorganisasian, pengisian staf, pengarahan dan pengawasan dalam mendapatkan sumber daya manusia organisasi yang efektif dan efisien.

Menurut Simamora (2004), manajemen ketenagaan atau manajemen sumber daya manusia adalah pendayagunaan, pengembangan, penilaian, pemberian jasa dan pengelolaan individu anggota organisasi atau kelompok karyawan; juga menyangkut desain dan implementasi sistem perencanaan, penyusunan karyawan, pengembangan karyawan, pengelolaan karier, evaluasi kinerja, komposisi karyawan, dan hubungan ketenagakerjaan yang baik.

Menurut Nitisemito dalam Arumdati (1996), manajemen ketenagaan atau manajemen personalia adalah suatu ilmu dan seni untuk melaksanakan antara lain *planning, organizing, controlling*, sehingga efektivitas dan efisiensi personalia dapat ditingkatkan semaksimal mungkin dalam pencapaian tujuan organisasi.

Sedangkan menurut Handoko (1996), manajemen ketenagaan atau manajemen sumber daya manusia adalah penarikan, seleksi, pengembangan,

pemeliharaan, dan penggunaan sumber daya manusia untuk mencapai baik tujuan individu maupun tujuan organisasi.

Berdasarkan pendapat para ahli tersebut, dapat disimpulkan bahwa manajemen ketenagaan mencakup perencanaan, penyusunan, pendayagunaan, pembinaan, pelatihan, pengembangan dan pengendalian dalam rangka optimalisasi tujuan organisasi.

2.2.2. Perencanaan Ketenagaan (SDM) Rumah Sakit

a. Mengapa Perencanaan SDM Rumah Sakit Penting ? (Ilyas, 2004)

1) Produk rumah sakit adalah jasa

Secara sederhana, produk rumah sakit dapat dianalogikan dengan produk konsumsi yang sekarang banyak berbentuk instan. Artinya, pelayanan rumah sakit merupakan jasa yang dapat dirasakan langsung oleh konsumen sehingga mereka dapat bereaksi dengan segera terhadap jasa yang mereka beli. Hal ini membuat kualitas jasa layanan yang diberikan oleh rumah sakit menjadi sangat penting. Sementara itu, SDM rumah sakit sangat berperan dalam menentukan kualitas jasa pelayanan rumah sakit, baik yang berbentuk medis, non-medis, maupun penunjang. Dengan demikian, kualitas dan kuantitas SDM rumah sakit berperan kritis dalam meningkatkan dan menjaga kualitas pelayanan kesehatan, sehingga harus direncanakan dengan sebaik – baiknya.

2) Rumah sakit bersifat padat karya

Organisasi rumah sakit adalah padat karya dengan variasi status dan keahlian yang sangat luas. Yang membedakan rumah sakit dengan organisasi lainnya adalah proporsi profesional SDM rumah sakit relatif tinggi sehingga membutuhkan keahlian tersendiri dalam mengelolanya. Permasalahan yang timbul adalah pemberian imbalan dan insentif berdasarkan kinerja sangat sulit untuk dilakukan karena terbatasnya dana dan penilaian kinerja yang efektif. Pada kondisi demikian, sangat sulit meningkatkan kepuasan kerja staf yang merupakan syarat utama untuk meningkatkan produktifitas dan kualitas kerja rumah sakit. Untuk mencegah terjebaknya rumah sakit pada kondisi tersebut, seleksi penerimaan SDM rumah sakit perlu direncanakan sebaik – baiknya agar dapat meningkatkan dan menjaga kualitas pelayanan kesehatan.

3) Pasar tenaga rumah sakit belum terbentuk

Ketersediaan pasar personel rumah sakit di Indonesia belum terbentuk. Artinya, bila rumah sakit membutuhkan tenaga ahli tertentu, masih sangat sulit supplainya di pasar tenaga kerja. Terbatasnya market profesional menimbulkan fenomena saling bajak tenaga antara rumah sakit. Instansi yang berani membayar lebih tinggi akan mendapatkan tenaga yang dibutuhkan. Hal ini berakibat pada *bargaining power* profesional sangat kuat terhadap manajemen yang berefek semakin sulitnya manajemen SDM rumah sakit. Oleh karena itu, perencanaan SDM rumah sakit harus benar, terutama untuk menjaga kontinuitas tenaga dengan baik. Salah satu caranya adalah dengan membuat personel loyal terhadap organisasi.

4) *Competitive Advantage*

Suatu konsep produksi jasa layanan kesehatan yang harus diadopsi rumah sakit adalah bagaimana memberikan layanan purna jual yang tepat setelah jasa dibeli konsumen rumah sakit. Dengan demikian, setelah terjadi transaksi jasa kesehatan maka pelayanan purna jual menjadi sangat penting untuk membuat konsumen fanatik dan menjadi tenaga promosi rumah sakit. Rumah sakit mesti berpikir dan mengadopsi budaya bahwa mereka lah yang membutuhkan pelanggan agar dapat maju dan berkembang bersama dengan kepuasan pelanggan. Caranya adalah dengan memberikan pelayanan terbaik yang dapat diberikan oleh rumah sakit kepada pelanggan.

b. Permasalahan Perencanaan SDM Rumah Sakit (Ilyas, 2004)

Secara definisi telah dikemukakan bahwa perencanaan SDM adalah proses estimasi terhadap jumlah SDM berdasarkan tempat, keterampilan, dan perilaku yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan. Melihat pada pengertian tersebut, perencanaan SDM rumah sakit seharusnya berdasarkan fungsi dan beban kerja pelayanan kesehatan yang akan dihadapi di masa depan. Agar fungsi rumah sakit dapat berjalan dengan baik, maka kompetensi SDM seharusnya sesuai dengan spesifikasi SDM yang dibutuhkan rumah sakit.

Permasalahannya, saat ini banyak rumah sakit yang tidak mampu secara baik merencanakan kebutuhan tenaganya. Metode rekrutmen dan seleksi yang

dapat menjaring *the best candidate* yang ada di pasar kerja tidak dapat dilakukan dengan baik. Penerimaan SDM bukan untuk kepentingan terbaik rumah sakit, tetapi lebih kepada kepentingan kelompok atau pejabat yang mempunyai otoritas. Seringkali, penerimaan SDM lebih berdasarkan pertimbangan primordial seperti keluarga dan kerabat, teman, suku, agama, dan sebagainya. Masalah lainnya adalah keterbatasan dana. Hal ini membuat rumah sakit mengalami kesulitan untuk menambah dan merawat SDM yang dibutuhkan. Masalah keterbatasan dana ini merupakan faktor penting yang menyebabkan tidak dapat terlaksananya perencanaan SDM rumah sakit.

2.2.3. Jenis Ketenagaan Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan SK. no.262/Menkes/Per/VII/1979 :

- a. Tenaga medik
adalah tenaga lulusan fakultas kedokteran atau kedokteran gigi yang memberikan pelayanan medik atau penunjang medik.
- b. Tenaga paramedik keperawatan
adalah seorang lulusan sekolah perawat atau akademi keperawatan yang memberikan pelayanan paripurna.
- c. Tenaga paramedik non keperawatan
adalah seorang lulusan sekolah atau akademi bidang kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan penunjang.
- d. Tenaga non medik
adalah seorang yang mendapatkan pendidikan ilmu pengetahuan yang tidak termasuk dalam pendidikan a, b, atau c di atas.

Menurut Peraturan Pemerintah RI No.32 Tahun 1996, tentang tenaga kesehatan :

- a. Tenaga medis, meliputi dokter dan dokter gigi.
- b. Tenaga keperawatan, meliputi perawat dan bidan.
- c. Tenaga kefarmasian, meliputi apoteker, analis farmasi dan asistensi apoteker.
- d. Tenaga kesehatan masyarakat, meliputi epidemiolog kesehatan, entomolog kesehatan, mikrobiolog kesehatan, penyuluh kesehatan, administrator kesehatan dan sanitarian.

- e. Tenaga gizi, meliputi nutrisionis dan dietetis.
- f. Tenaga kerapian fisik, meliputi fisioterapis, okupasiterapis, dan terapis wicara.
- g. Tenaga keteknisan medis, meliputi radiografer, radioterapis, teknisi gigi, teknisi elektromedis, analis kesehatan, refraksionis optisien, otorik prostetik, teknisi transfusi, dan perekam medis.

2.2.4. Ketenagaan di Unit Rekam Medis

Standar kompetensi perekam medis yang dikeluarkan oleh PORMIKI adalah :

1. Klasifikasi dan kodifikasi penyakit, masalah – masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis
Deskripsi kompetensi :
Perekam medis mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia (ICD-10) tentang penyakit dan tindakan medis dalam pelayanan dan manajemen kesehatan.
2. Aspek hukum dan etika profesi
Deskripsi kompetensi :
Perekam medis mampu melakukan tugas dalam memberikan pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan yang bermutu tinggi dengan memperhatikan perundangan dan etika profesi yang berlaku.
3. Manajemen rekam medis dan informasi kesehatan
Deskripsi kompetensi :
Perekam medis mampu mengelola rekam medis dan informasi kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan medis, administrasi dan kebutuhan informasi kesehatan sebagai bahan pengambil keputusan di bidang kesehatan.
4. Menjaga mutu rekam medis
Deskripsi kompetensi :
Administrator informasi kesehatan/perekam medis mampu merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi dan menilai mutu rekam medis.

5. Statistik kesehatan

Deskripsi kompetensi :

Administrator informasi kesehatan/perekam medis mampu menggunakan statistik kesehatan untuk menghasilkan informasi dan perkiraan (*forecasting*) yang bermutu sebagai dasar perencanaan dan pengambilan keputusan di bidang pelayanan kesehatan.

6. Manajemen unit kerja manajemen informasi kesehatan/rekam medis

Deskripsi kompetensi :

Unit kompetensi ini berhubungan dengan perencanaan, pengorganisasian, penataan, dan pengontrolan unit kerja manajemen informasi kesehatan (MIK)/rekam medis di institusi pelayanan kesehatan.

7. Kemitraan profesi

Deskripsi kompetensi :

Perekam medis mampu berkolaborasi inter dan intra profesi yang terkait dalam pelayanan kesehatan.

2.2.5. Analisis Jumlah Kebutuhan Tenaga Rumah Sakit

Diperlukan suatu metode pendekatan untuk meramalkan jumlah kebutuhan tenaga kesehatan. Ada beberapa pendekatan yang dapat diimplementasikan, dimana masing – masing metode pendekatan tersebut memiliki kelebihan dan kekurangan.

Adapun pendekatan tersebut menurut Junadi (1998) adalah sebagai berikut

1. Pendekatan Kebutuhan Kesehatan

Pendekatan ini menggunakan estimasi kebutuhan biologis dari masyarakat oleh para ahli, kebutuhan akan pelayanan kesehatan di daerah dan dihitung berdasarkan pelayanan kesehatan baru yang optimal. Kemudian dihitung macam dan jumlah tenaga yang dibutuhkan untuk melaksanakan pelayanan kesehatan yang optimal tersebut.

Langkahnya adalah menentukan populasi yang harus dilayani, menentukan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, sehingga akan menentukan kebutuhan tenaga untuk melaksanakan pelayanan tersebut.

2. Pendekatan Target Pelayanan

Pada metode ini, ahli kesehatan menetapkan target untuk memproduksi dan menyediakan pelayanan kesehatan. Target ini ditetapkan berdasarkan masukan seperti kebutuhan kesehatan, *demand* ekonomi, keinginan konsumen, sistem dan jenis pelayanan kesehatan. Metode ini lebih kuantitatif, karena masukan diperlukan sebelum target pelayanan dihitung. Metode ini lebih berimbang karena memperhitungkan kebutuhan populasi dan kapasitas kemampuan masyarakat untuk menyelenggarakan sistem kesehatan.

Langkahnya adalah menentukan populasi yang akan dilayani, menentukan keinginan penduduk akan pelayanan kesehatan, menentukan pelayanan kesehatan yang akan disediakan, kemudian menentukan kebutuhan tenaga untuk melaksanakan pelayanan tersebut, dan akhirnya menentukan dokumen analisis kebutuhan tenaga kesehatan.

3. Rasio tenaga kesehatan dan populasi

Kebutuhan tenaga yang diperlukan dicari dengan menggunakan ukuran populasi rasio yang diinginkan dengan memperhatikan faktor – faktor situasi saat ini, perbandingan internasional, nilai baku, rasio yang didapat dari daerah – daerah yang berhasil, dan ekstrapolasi dari populasi di kecenderungan masa lalu. Jumlah tenaga yang dibutuhkan didapat dari perkalian antara rasio yang didapat dengan estimasi populasi di masa depan. Metode ini adalah yang paling sederhana dan langsung.

Langkahnya adalah menentukan populasi yang akan dilayani, menentukan perhitungan daftar tenaga kesehatan/populasi, kemudian menentukan dokumen kebutuhan tenaga kesehatan.

4. Pendekatan dengan *demand* ekonomi

Dengan cara penentuan kebutuhan tenaga berdasarkan penilaian tentang berapa banyak pelayanan yang harus diberikan atau berapa macam pelayanan yang tepat untuk populasi yaitu penggunaan aktual dari jenis – jenis pelayanan yang ada sekarang menurut umur, jenis kelamin, dan tingkat status ekonomi penduduk. Data ini menunjukkan *net demand* atau *effective demand*.

Effective demand yang didapat kemudian diproyeksikan ke masa depan dengan memperkirakan perubahan pada struktur, pendapatan dan perangai

penduduk. maka akan didapatkan kebutuhan pelayanan kesehatan yang betul – betul diinginkan penduduk.

Langkahnya adalah menentukan populasi yang akan dilayani, menentukan perkiraan perubahan struktur, pendapatan dan perangai penduduk, menentukan perkiraan *demand* akan pelayanan kesehatan yang diinginkan di masa depan, menentukan kebutuhan tenaga, dan akhirnya menentukan dokumen kebutuhan tenaga kesehatan.

2.3. Perhitungan Jumlah Kebutuhan Tenaga

2.3.1. Konsep Perhitungan Jumlah Kebutuhan Tenaga

Ada beberapa metode perhitungan jumlah kebutuhan tenaga kesehatan. Pada prinsipnya dimulai dengan mengetahui kondisi ketenagaan organisasi saat ini dikaitkan dengan kondisi kinerja rumah sakit. Langkah selanjutnya adalah menyusun peramalan atau perkiraan jumlah tenaga yang akan datang dikaitkan dengan rencana rumah sakit untuk menghasilkan produk jasa layanan yang efektif dan efisien.

Peramalan jumlah tenaga yang dibutuhkan tersebut harus memperhitungkan banyaknya faktor penentu, seperti besarnya beban kerja yang sesungguhnya, kualitas tenaga kerja, termasuk dalam hal penggunaan waktu kerja produktif.

Menurut Ilyas (2004), beban waktu kerja dan standar waktu kerja per hari dapat digunakan sebagai pedoman untuk menghitung kebutuhan spesifik personel untuk pelayanan kesehatan di rumah sakit. Secara sederhana cara perhitungan personel adalah melakukan transfer beban waktu kerja kepada jumlah personel dengan memperhatikan standar waktu kerja personel di rumah sakit.

Sedangkan menurut Martoyo (2000), perhitungan jumlah tenaga kerja yang diperlukan adalah dengan menentukan beban kerja ke dalam "*man-hour*" (beban kerja per orang per jam kerja). Kemudian menentukan berapa "*man-hour*" yang diperlukan untuk menyelesaikan suatu barang atau suatu produk jasa. Selanjutnya beban kerja dalam total "*man-hour*" dibagi dengan "*man-hour*" per satuan barang atau produk jasa, akan menghasilkan berapa "*man-hour*" yang

diperlukan selama periode tersebut. Bila dibagi dengan pola kerja tiap karyawan akan menghasilkan jumlah tenaga yang diperlukan.

Menurut Sinungan (2000), untuk mendapatkan jumlah tenaga yang tepat berdasarkan produktivitas tenaga kerja adalah dengan mengukur jam kerja yang harus dibayar dan mengukur jam kerja yang harus dipergunakan untuk bekerja.

Menurut Niebel (1982), dengan mendapatkan ukuran tepat tentang jumlah total produk layanan dan jumlah tepat total penggunaan waktu produktif untuk menyelesaikan satu satuan produk layanan, akan didapatkan jumlah kebutuhan tenaga.

Menurut Prashant (2005), kebutuhan ideal jumlah sumber daya manusia rumah sakit harus dapat diidentifikasi dengan jelas dan tepat karena pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit sangat berbiaya tinggi. Sehingga untuk dapat menekan biaya operasional rumah sakit, langkah awal yang harus dilakukan adalah dengan menekan jumlah tenaga pendukung rumah sakit ke dalam tingkat *cost-effective*. Untuk mencapai tingkat tersebut, maka harus dihitung jumlah kebutuhan tenaga berdasarkan standar produktivitas rumah sakit sesuai dengan rencana strategis pengembangan layanan. Langkah selanjutnya, manajemen rumah sakit harus menetapkan karyawannya yang produktif dan tidak produktif dalam menggunakan waktu kerja mereka dalam satuan waktu tertentu. Langkah berikutnya adalah mengkalkulasi kebutuhan tenaga berdasarkan waktu kerja produktif tersebut.

Menurut Shipp (1998), dengan mendapatkan besaran standar beban kerja yang didapatkan dari data statistik kegiatan rutin unit layanan yang diteliti, akan mendapatkan besaran jumlah tenaga dari masing – masing kategori tenaga di unit layanan tersebut untuk dapat menyelesaikan standar beban kerja yang telah diukur tadi.

2.3.2. Metode Perhitungan Jumlah Kebutuhan Tenaga

a. Metode ISN (*Indicator Staff Need*) (Depkes RI., 1993)

Dengan metode ini kebutuhan jumlah tenaga kesehatan dihitung berdasarkan jenis kegiatan dan volume pelayanan pada satu unit atau institusi. Tiap unit harus dapat memproyeksikan kegiatan – kegiatan atau keluaran apa yang

hendak dihasilkan pada masa mendatang untuk kemudian dapat memproyeksikan kebutuhan tenaganya.

$$\text{Jumlah Kebutuhan Tenaga} = \frac{\text{Jumlah Beban Kerja/tahun} \times \text{Bobot}}{\text{Kapasitas Kerja Tenaga/tahun}}$$

Kelebihan dari metode ini, perhitungannya membedakan jenis tenaga yang ada dengan tingkat pendidikannya, dan memperhitungkan satu per satu jenis tenaga yang dibutuhkan, termasuk tenaga kesehatan di unit layanan penunjang rumah sakit. Selain itu, perhitungan juga memperhitungkan bobot serta beban kerja.

Kekurangan metode ini yaitu sulit di dalam melaksanakan perhitungannya, terutama dalam memperhitungkan besarnya beban kerja dari masing – masing jenis tenaga. Kesulitan lain adalah dalam hal menetapkan besarnya bobot karena sering tidak sesuai dengan kebutuhan tenaga yang sesungguhnya di unit tersebut. Metode ini tidak menghitung jumlah waktu efektif yang dilakukan oleh masing – masing jenis tenaga, sehingga sering didapatkan kelebihan atau kekurangan jumlah tenaga dari yang seharusnya dibutuhkan.

b. Metode Keseimbangan Garis

Reksohadiprodjo dalam Fadly (2000), mengemukakan teori perhitungan kebutuhan tenaga kerja berdasarkan teori keseimbangan garis. Keseimbangan garis adalah pengalokasian kegiatan kerja yang berurutan ke tempat – tempat kerja agar diperoleh pemanfaatan tenaga kerja dan sarana dengan baik sehingga meminimumkan waktu menganggur. Kegiatan yang sama digabungkan ke dalam kelompok waktu yang sama tanpa menyalahi aturan. Panjang waktu operasi suatu komponen berada pada masing – masing tempat kerja adalah waktu daur.

Banyaknya karyawan teoritis atau ideal yang diperlukan pada garis perakitan adalah hasil perkalian antara waktu yang diperlukan seseorang untuk menyelesaikan satu satuan dengan banyaknya satuan hasil yang diperlukan dibagi dengan waktu yang diperlukan karyawan untuk menyelesaikan satu satuan dibagi dengan waktu daur.

c. Metode WISN (*Workload Indicator Staffing Need*) (Shipp, 1998) (Kepmenkes no.81/Menkes/SK/2004)

Metode perhitungan kebutuhan tenaga berdasarkan beban kerja ini merupakan suatu metode perhitungan kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan beban kerja nyata yang dilaksanakan oleh setiap kategori sumber daya manusia kesehatan pada tiap unit kerja di fasilitas pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit.

Metode perhitungan tersebut pada saat ini telah diadaptasi dan digunakan oleh Departemen Kesehatan RI dalam menghitung jumlah kebutuhan masing – masing kategori tenaga kesehatan yang dibutuhkan di Kantor Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit Propinsi, Kabupaten/Kota, serta disahkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI no.81/Menkes/SK/2004.

Menurut Shipp (1998), metode perhitungan ini memiliki keunggulan dibandingkan metode perhitungan kebutuhan tenaga lainnya. Kelebihan metode ini adalah :

- 1) mudah dilaksanakan, karena menggunakan data yang dikumpulkan dari laporan kegiatan rutin unit layanan,
- 2) mudah dalam melakukan prosedur perhitungan, sehingga manajer kesehatan di semua tingkatan dapat segera memasukkannya dalam perencanaan ketenagaan,
- 3) mudah untuk segera mendapatkan hasil perhitungannya, sehingga dapat segera dimanfaatkan oleh manajer kesehatan di semua tingkatan dalam pengambilan keputusan/kebijakan,
- 4) metode perhitungan dapat digunakan bagi berbagai jenis ketenagaan, termasuk tenaga non kesehatan (tenaga administrasi, tenaga keuangan, tenaga perencanaan, tenaga penunjang umum lainnya), dan
- 5) hasil perhitungannya realistis, sehingga hasilnya akan memberikan kemudahan dalam menyusun perencanaan anggaran dan alokasi sumber daya lainnya.

Adapun kekurangan dari metode ini adalah karena input data yang diperlukan bagi prosedur perhitungan berasal dari rekapitulasi kegiatan/statistik rutin kegiatan unit satuan kerja/institusi, dimana tenaga yang dihitung bekerja,

maka kelengkapan pencatatan data dan kerapian penyimpanan data mutlak harus dilaksanakan demi memberikan keakuratan/ketepatan hasil perhitungan jumlah tenaga secara maksimal.

Menurut Shipp (1998), langkah perhitungan kebutuhan tenaga berdasarkan WISN ini meliputi 5 langkah, yaitu :

- 1) Menetapkan waktu kerja tersedia
- 2) Menetapkan unit kerja dan kategori SDM yang dihitung
- 3) Menyusun standar beban kerja
- 4) Menyusun standar kelonggaran
- 5) Menghitung kebutuhan tenaga per unit kerja

Adapun rumus waktu kerja tersedia adalah :

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

A = hari kerja (jumlah hari kerja/minggu)

B = cuti tahunan

C = pendidikan dan pelatihan

D = hari libur nasional

E = ketidakhadiran kerja (sesuai dengan rata – rata ketidakhadiran kerja selama kurun waktu 1 tahun, karena alasan sakit, tidak masuk kerja dengan atau tanpa pemberitahuan atau ijin)

F = waktu kerja (waktu kerja dalam satu hari)

Beban kerja masing – masing kategori SDM di unit kerja rumah sakit meliputi :

- 1) kegiatan pokok yang dilaksanakan oleh masing – masing kategori tenaga,
- 2) rata – rata waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tiap kegiatan pokok, dan
- 3) standar beban kerja per 1 tahun masing – masing kategori SDM.

Kegiatan pokok adalah kumpulan berbagai jenis kegiatan sesuai dengan standar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP), untuk melaksanakan pelayanan kesehatan/medik yang dilaksanakan 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 dengan pelayanan kesehatan perorangan.

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 produktif 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.

Standar beban kerja adalah volume atau 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.

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

- 1) Kegiatan – kegiatan yang tidak terkait langsung dengan pelayanan kepada pasien, misalnya : rapat, penyusunan laporan kegiatan, penyusunan kebutuhan obat atau bahan habis pakai, seminar, pelatihan, pembinaan karya, dll.
- 2) Frekuensi kegiatan dalam satu hari, minggu, bulan.
- 3) Waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan kegiatan.

Setelah faktor kelonggaran tiap kategori SDM diperoleh, langkah selanjutnya adalah menyusun standar kelonggaran dengan melakukan perhitungan berdasarkan rumus :

$$\text{Standar Kelonggaran} = \frac{\text{Rata – Rata Waktu per Faktor Kelonggaran}}{\text{Waktu Kerja Tersedia}}$$

Perhitungan kebutuhan tenaga menurut Shipp (1998) :

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

Standar beban kerja per kategori tenaga didapatkan dengan membagi waktu kerja tersedia dengan rata – rata waktu produktif tenaga tersebut untuk menyelesaikan satuan produk layanan. Sehingga langkah pertama sebelum

menghitung jumlah tenaga yang dibutuhkan adalah dengan menghitung penggunaan waktu produktif dari kategori tenaga yang diamati.

2.4. Produktifitas Waktu Kerja

Secara umum produktifitas diartikan sebagai hubungan antara hasil nyata maupun fisik (barang dan jasa) dengan masukan yang sebenarnya. Masukan sering dibatasi dengan masukan tenaga kerja, sedangkan keluaran diukur dalam kesatuan fisik bentuk dan nilai. (Sinungan, 2003)

Menurut Greenberg dalam Sinungan (2003), definisi produktifitas adalah perbandingan antara totalitas pengeluaran pada waktu tertentu dibagi totalitas masukan selama periode tersebut.

Batasan dimensi lain dari produktifitas yaitu penggunaan jumlah waktu pelaksanaan kegiatan/kerjanya. Hal ini didukung oleh Ravianto (1985) yang menyatakan bahwa pengukuran tingkat produktifitas adalah berdasarkan jumlah hasil produksi dibagi dengan satuan waktu.

Ravianto (1985) juga menyatakan bahwa produktifitas sangat ditentukan oleh sumber daya manusianya sendiri, karena alat bantu produksi dan teknologi pada hakekatnya adalah hasil karya manusia juga. Sehingga semakin berkualitas kinerja sumber daya manusianya, maka ukuran produktifitasnya semakin tinggi. Ukuran produktifitas dapat dinyatakan dalam beberapa ukuran, yaitu ukuran waktu yang menyatakan berapa lama seseorang bekerja memperoleh jasa dan ukuran ketelitian yaitu menunjuk apakah jam yang diberikan akurat atau tidak.

Gibson dkk. (1996) menyatakan lebih lanjut bahwa pengukuran efisiensi kerja mencakup penggunaan waktu kerja produktif serta kapasitas kerja yang dapat diselesaikan. Scott dalam Agustina (1995) mengemukakan hal yang sama tentang produktifitas yang dikaitkan dengan waktu kerja, dimana waktu kerja adalah salah satu hal yang penting bagi perusahaan/organisasi untuk menghasilkan produknya dengan berkualitas dengan menekankan pada prinsip efektivitas dan efisiensi kerja. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi manajemen/penggunaan waktu kerja secara produktif. Ketidakpuasan terhadap pekerjaan, kejenuhan atau ketidakpuasan terhadap atasan dapat memberikan efek yang negatif terhadap penggunaan waktu kerja seperti tingginya tingkat absensi.

Berdasarkan penelitian penggunaan waktu kerja karyawan di rumah sakit dengan menggunakan metode observasi *work sampling*, didapatkan bahwa bila karyawan dapat mengerjakan lebih dari 80% yang menjadi beban kerjanya, kondisi ini dianggap produktif. (Ilyas, 2004)

Informasi data yang dihimpun berkaitan dengan standar prestasi kerja, yaitu kuantitas, kualitas atau waktu yang dipergunakan di dalam setiap aspek pekerjaan, dipergunakan sebagai evaluasi prestasi atau produktifitas pegawai atas pelaksanaan pekerjaan yang bersangkutan. (Dessler, 1984)

Berdasarkan pendapat dan pengertian di atas, maka perhitungan kebutuhan tenaga kesehatan yang optimal di RS MH. Thamrin Internasional Salemba, khususnya di Unit Rekam Medis, harus memperhitungkan bagaimana jumlah penggunaan waktu kerja produktifnya terhadap keseluruhan waktu kerja yang tersedia atau yang seharusnya digunakan oleh tenaga tersebut dalam menyelesaikan beban kerjanya.

Menurut Hellwig (1991), hal yang penting dalam membuat waktu standar kerja adalah mencakup waktu kelonggaran, yaitu waktu untuk keperluan pribadi, yang meliputi waktu untuk kelelahan normal, masa istirahat resmi dan sebagainya. Biasanya kelonggaran ini sebesar 15% dengan jumlah sekitar 60 menit dari 7,5 jam hari kerja. Menurut ILO (1986), kelonggaran dasar minimal untuk seorang pekerja pria adalah sebesar 9% (5% untuk keperluan pribadi dan 4% keletihan dasar) dan 11% untuk pekerja wanita (7% untuk keperluan pribadi dan 4% keletihan dasar). Sehingga waktu produktifnya sekitar 90%. Sedangkan menurut Ilyas (2000), bila karyawan mampu menyelesaikan 80% dari tugas pokoknya atau beban kerjanya, keadaan ini dapat dikatakan produktif.

2.5. Work Sampling

2.5.1. Pengertian Work Sampling

Menurut Barnes (1980), *work sampling* adalah pengukuran kegiatan kerja dari karyawan dengan cara melakukan pengamatan dan pencatatan, dimana jumlah sampel pengamatan kegiatan dilakukan secara random atau acak.

Work sampling mempunyai tiga manfaat, yaitu (1) *activity and delay sampling*, dapat mengukur proporsi kegiatan kerja dan tidak bekerja dari tenaga

kerja manusia atau mesin, (2) *performance sampling*, mengukur penggunaan waktu bekerja dan penggunaan waktu tidak bekerja dari karyawan berdasarkan uraian tugasnya, dan sekaligus mengukur produktivitasnya, (3) *work measurement*, dapat mengukur efektivitas uraian pekerjaan tertentu, sehingga dapat menetapkan standar waktu untuk menyelesaikan suatu pekerjaan.

Menurut Wangsaharja dalam Achmad (1998), *work sampling* adalah suatu pengamatan sesaat, berkala pada suatu sampel dari waktu kerja seseorang atau sekelompok kerja. Secara khusus, *work sampling* bertujuan mendapatkan gambaran mengenai alokasi waktu dari pelaksanaan berbagai tugas dan kegiatan seseorang atau sekelompok orang dalam penyelesaian suatu pekerjaan dalam menjalankan peran dan fungsinya.

Menurut Niebel (1982), *work sampling* adalah suatu teknik untuk mengukur proporsi besaran masing – masing pola kegiatan dari total waktu kegiatan yang telah dilaksanakan dari suatu kelompok kerja atau unit kerja. Hasil pengukuran *work sampling* secara efektif dapat menetapkan besaran kelonggaran dari masing – masing pola kegiatan, untuk membedakan pemanfaatan mesin dan sumber daya manusia, dan untuk menetapkan standar produksi. *Work sampling* adalah metode yang dapat secara cepat memberikan informasi yang diperlukan berdasarkan biaya yang lebih hemat dari pada menggunakan teknik stopwatch pada *time study*. Pada *work sampling*, peneliti akan mengambil sampel kegiatan pengamatan dalam jumlah besar secara *random intervals*.

Menurut Gilles dalam Arumdati (1996), *work sampling* adalah metode industri, yang digunakan untuk mengukur waktu yang digunakan pada suatu unit tertentu. Hal ini didasarkan pada perkiraan bahwa sampel yang diambil secara acak atau random, akan memberi gambaran pola umum yang sama seperti suatu kegiatan secara keseluruhan.

2.5.2. Kelebihan dan Kekurangan *Work Sampling*

Menurut Ilyas (2004), ada beberapa kelebihan dari metode *work sampling* untuk pendekatan produktivitas, yaitu :

1. tidak menggunakan biaya yang besar dibanding pengamatan kontinu,
2. tidak memerlukan pelatihan dan keahlian khusus dari pengamat,

3. memberikan tingkat akurasi yang memadai secara statistik,
4. dapat mengikutsertakan partisipasi supervisor dan mandor,
5. memberikan sedikit gangguan kepada pekerja daripada pengamatan langsung yang kontinu, dan
6. memberikan indikasi seberapa efektif pekerja secara keseluruhan.

Hal – hal yang spesifik tentang pekerjaan yang dapat diamati dengan metode *work sampling* adalah :

- aktivitas apa yang sedang dilakukan personel pada waktu jam kerja,
- apakah aktivitas personel berkaitan dengan fungsi dan tugasnya pada waktu jam kerja,
- proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif, dan
- pola beban kerja personel dikaitkan dengan waktu dan *schedule* jam kerja.

Pada *work sampling*, yang menjadi pengamatan adalah aktivitas atau kegiatan yang dilakukan staf dalam menjalankan tugas sehari – harinya. Adapun staf yang diamati sebagai subjek dari aktivitas atau pekerjaan yang akan diteliti dengan menggunakan teknik *work sampling*.

Sementara itu menurut Barnes (1980), kekurangan metode *work sampling* adalah :

1. Metode *work sampling* tidak dapat memberikan informasi yang lengkap terhadap rincian detail kegiatan tenaga yang diamati seperti pada *time study*.
2. Tenaga yang diamati dapat saja bekerja lebih baik atau sesuai dengan uraian tugasnya pada saat sang pengamat hadir didekatnya sehingga bisa terjadi bias terhadap kegiatan yang sesungguhnya.
3. Metode *work sampling* memberikan informasi hasil penelitian secara berkelompok, tidak dapat memberikan informasi secara individual.

2.5.3. Prosedur Work Sampling

Ada beberapa tahap yang harus dilaksanakan dalam melakukan survei pekerjaan dengan menggunakan teknik *work sampling*, yaitu : (Ilyas, 2004)

1. Menentukan jenis personel yang ingin kita teliti.
2. Bila jenis personel ini jumlahnya banyak, maka perlu dilakukan pemilihan sampel sebagai subjek personel yang akan diamati.
3. Membuat formulir daftar kegiatan staf yang dapat diklasifikasikan sebagai kegiatan produktif atau tidak produktif, dapat juga dikategorikan sebagai kegiatan langsung dan kegiatan tidak langsung yang berkaitan dengan tugasnya.
4. Melatih pelaksana peneliti tentang cara pengamatan kerja dengan menggunakan *work sampling*. Setiap peneliti mengamati semua staf yang bertugas pada saat itu.
5. Pengamatan kegiatan staf dilakukan dengan interval 2 sampai dengan 15 menit tergantung karakteristik pekerjaan. Makin tinggi tingkat mobilitas pekerjaan yang diamati makin pendek waktu pengamatan. Semakin pendek jarak waktu pengamatan makin banyak sampel pengamatan yang dapat diamati oleh peneliti, sehingga akurasi penelitian menjadi lebih akurat.

Kegiatan pengamatan ini terus dilakukan berhari – hari, biasanya dilakukan selama 7 hari kerja. Pengamatan pada hari kedua dan seterusnya dapat dilakukan kepada staf yang berbeda sepanjang staf tersebut masih bertugas pada unit yang kita sedang observasi beban kerjanya. Selama pengamatan, akan didapatkan ribuan pengamatan kegiatan dari sejumlah personel yang kita amati. Karena besarnya jumlah pengamatan inilah maka akan didapatkan sebaran normal sampel pengamatan kegiatan penelitian.

2.5.4. Analisis Data Hasil *Work Sampling*

Analisis yang dihasilkan dari data pengamatan dengan menggunakan teknik *work sampling* dapat menghasilkan informasi sebagai berikut : (Ilyas, 2000)

- Deskripsi kegiatan – kegiatan menurut jenis dan alokasi waktunya. Selanjutnya dapat dihitung proporsi waktu yang dibutuhkan untuk masing – masing kegiatan selama jam kerja.
- Pola kegiatan berkaitan dengan waktu kerja, kategori tenaga, atau menurut karakteristik lain seperti karakteristik demografis dan sosial.

- Kesesuaian beban kerja dengan jenis tenaga. Kesesuaian beban kerja dianalisis dengan jenis tenaga, dapat juga beban kerja dihubungkan dengan umur, pendidikan, jenis kelamin dan variabel lainnya, tergantung dengan tujuan dan kebutuhan penelitian dan manajemen. Dengan demikian, kita dapat menghitung dan menentukan komposisi ketenagaan pada setiap unit di rumah sakit.

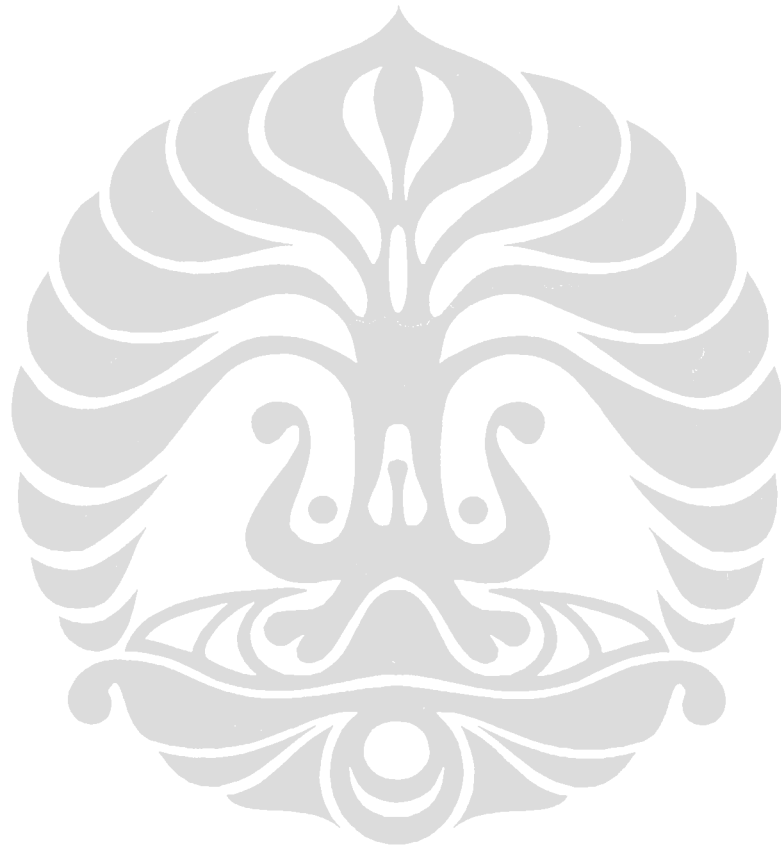
Menurut Ilyas (2004), aktivitas tenaga/sumber daya manusia kesehatan dalam penggunaan waktu kerjanya dapat diamati dan dibedakan atas 4 macam jenis kegiatan, yaitu :

- a. Kegiatan langsung, adalah kegiatan yang dilakukan berkaitan langsung dengan pasien/pelanggan, disini dicantumkan semua kegiatan yang mungkin dilaksanakan oleh tenaga tersebut.
- b. Kegiatan tidak langsung, adalah kegiatan yang dilakukan tidak langsung terhadap pelanggan/konsumennya.
- c. Kegiatan pribadi, adalah kegiatan untuk kepentingan pribadi, seperti makan, minum, dan ke toilet.
- d. Kegiatan non produktif, adalah kegiatan yang dilakukan oleh tenaga tersebut yang tidak bermanfaat kepada pelanggan/konsumen, unit satuan kerjanya, serta organisasinya, seperti membaca koran, menonton televisi, mengobrol, dan lain – lain.

Pola kegiatan ini menjadi acuan yang seringkali dipakai untuk mengelompokkan kegiatan yang diamati pada penggunaan metode *work sampling*. Pengelompokkan pola kegiatan dalam pengamatan *work sampling* dapat ditambah atau dikurangi dan kombinasi, sesuai dengan tujuan penelitian. Pengelompokkan pola kegiatan tersebut dapat dimanfaatkan untuk mempertajam kajian penelitian. Rekapitulasi dari masing – masing pola kegiatan tersebut akan memberikan gambaran tentang pola kegiatan yang sesungguhnya terjadi pada kelompok kerja/unit kerja yang diteliti, dapat juga hasil rekapitulasi tersebut memberikan gambaran tentang penggunaan waktu kerja dari tenaga kerja yang sedang diamati di unit kerjanya.

Besaran satuan masing – masing pengamatan harus dapat ditetapkan pada awal rancangan penelitian. Biasanya ditetapkan dalam satuan menit, dimana

jumlah frekuensi pengamatan dikalikan dengan besar menit setiap kali pengamatan dilakukan. Misalnya, pengamatan dilakukan setiap lima menit selama satu shift atau jam kerja yang tersedia, maka langkah selanjutnya jumlah kegiatan hasil pengamatan yang dicatat dikalikan lima dan didapatkan besaran waktu pelaksanaan kegiatan tersebut dalam satuan menit.



BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Konsep

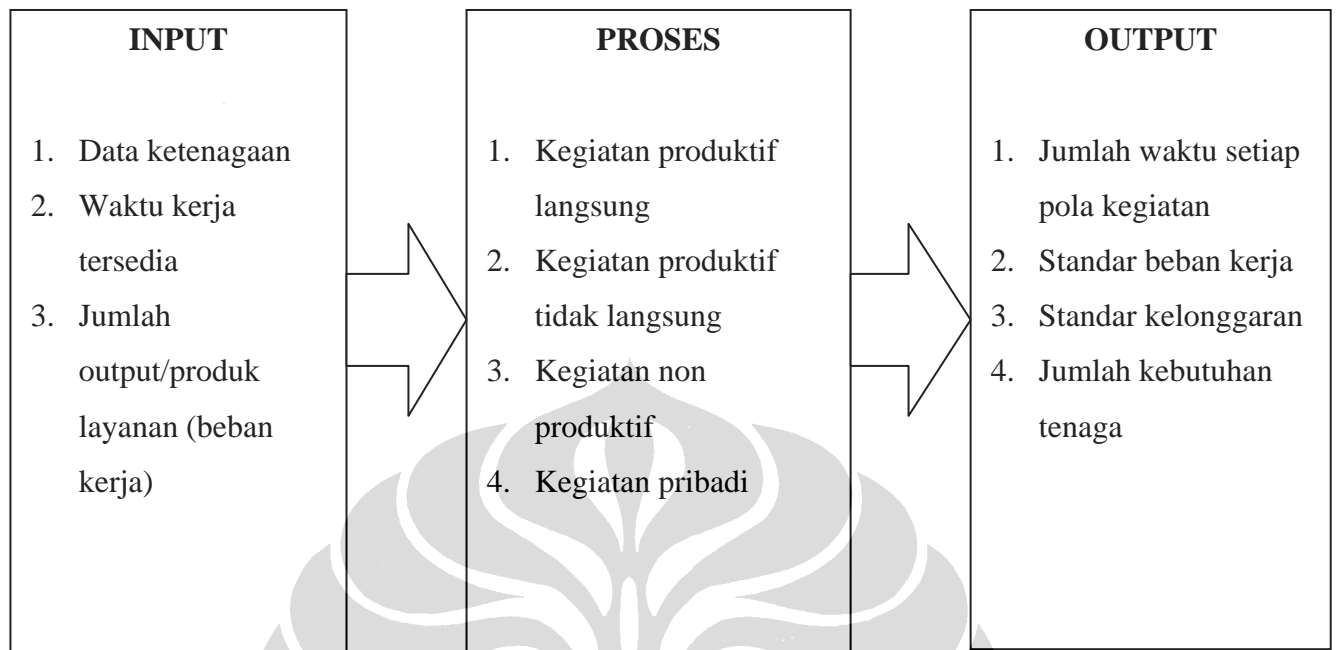
Unit rekam medis merupakan sebuah unit kerja di rumah sakit yang sarat tugas dan fungsi penting. Tingginya beban kerja yang ada jika tidak diseimbangkan dengan ketersediaan sumber daya manusia yang memadai baik dari segi jumlah maupun kualifikasi, akan berpotensi mengganggu pelaksanaan tugas dan fungsi tersebut.

Oleh karena itu, dalam penelitian ini penulis tertarik untuk menganalisis jumlah optimal kebutuhan tenaga di Unit Rekam Medis RS MH. Thamrin Internasional Salemba berdasarkan beban kerja nyata dengan metode *Workload Indicator Staffing Need (WISN)*.

Berdasarkan teori :

1. Menurut Barnes (1988), tentang penggunaan teknik *work sampling*
2. Menurut Ilyas (2004), tentang pembagian pola kegiatan dalam pengamatan *work sampling*
3. Menurut Scott (1980), tentang penggunaan waktu kerja sebagai ukuran produktivitas
4. Menurut Ravianto (1986), tentang waktu kerja sebagai ukuran produktivitas
5. Menurut Martoyo (2000), tentang hari kerja terhadap jumlah personil
6. Menurut Shipp (1998), tentang perhitungan jumlah optimal kebutuhan tenaga dengan rumus perhitungan Metode *WISN (Workload Indicators of Staffing Need)*

Maka disusunlah kerangka konsep berfikir penelitian sebagai berikut :



3.2. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Data ketenagaan	Data yang berisi informasi mengenai staf di URM RSHMTIS	Data ketenagaan dari unit personalia	Telaah dokumen	Jumlah dan kualifikasi staf di URM RSMHTIS	Nominal
2.	Waktu kerja tersedia	Waktu yang tersedia bagi staf untuk bekerja selama satu tahun	Data dari unit personalia	Telaah dokumen	Jumlah waktu yang tersedia bagi staf untuk bekerja selama satu tahun	Nominal
3.	Jumlah output/produk layanan (beban kerja)	Volume/kuantitas produk layanan URM per kegiatan pokok sebagai beban kerja dalam satu tahun, meliputi diantaranya jumlah berkas rekam medis keluar, jumlah penanganan klaim asuransi, dan jumlah peminjaman dan pengembalian rekam medis dalam satu tahun	Data dari unit rekam medis	Telaah dokumen	Jumlah total output/produk layanan per kegiatan pokok yang dihasilkan oleh URM RSMHTIS dalam satu tahun	Nominal
4.	Kegiatan produktif langsung	Kegiatan yang terkait langsung dengan output/produk layanan. Jenis kegiatan produktif langsung yang diperoleh dari hasil penelitian awalan adalah retrieval, distribusi, <i>coding</i> , korespondensi, peminjaman berkas rekam medis, membuat berkas rekam medis rawat inap, dan	Formulir pencatatan kegiatan, jam digital	Mengamati dan mencatat hasil pengamatan	Jumlah kegiatan produktif langsung dalam menit	Nominal

		membuat berkas rekam medis pasien baru				
5.	Kegiatan produktif tidak langsung	Kegiatan yang tidak terkait langsung terhadap proses produksi tetapi berdampak langsung terhadap hasil produksi. Jenis kegiatan produktif tidak langsung yang diperoleh dari hasil penelitian awalan adalah perawatan berkas rekam medis, menerima telepon, memperbaiki sarana & pra sarana, <i>filing</i> di rak sementara, dan melaksanakan tugas dari atasan	Formulir pencatatan kegiatan, jam digital	Mengamati dan mencatat hasil pengamatan	Jumlah kegiatan produktif tidak langsung dalam menit	Nominal
6.	Kegiatan non produktif	Kegiatan yang tidak terkait dengan proses produksi dan tidak bermanfaat bagi unit layanan. Jenis kegiatan non produktif yang diperoleh dari hasil penelitian awalan adalah istirahat, mengobrol, baca koran, tidak di tempat, belum datang/sudah pulang, main hp atau komputer, dan kegiatan lainnya (<i>unclassified</i>)	Formulir pencatatan kegiatan, jam digital	Mengamati dan mencatat hasil pengamatan	Jumlah kegiatan non produktif dalam menit	Nominal
7.	Kegiatan pribadi	Kegiatan untuk keperluan pribadi yang tidak	Formulir pencatatan kegiatan, jam digital	Mengamati dan mencatat hasil	Jumlah kegiatan pribadi dalam menit	Nominal

		berdampak sama sekali terhadap proses produksi. Jenis kegiatan pribadi yang diperoleh dari hasil penelitian awalan adalah bersiap, ke toilet, sholat, makan, menerima SMS/telepon pribadi		pengamatan		
8.	Jumlah waktu setiap pola kegiatan	Besaran waktu dari masing – masing pola kegiatan staf dalam waktu kerjanya	Formulir pencatatan kegiatan, jam digital	Rekap satuan waktu realisasi hasil pencatatan pengamatan pada setiap pola kegiatan	Jumlah waktu setiap pola kegiatan dalam menit	Nominal
9.	Standar beban kerja	Besaran volume/kuantitas dari suatu kegiatan pokok yang dapat dilaksanakan oleh seorang staf dalam 1 tahun	Data waktu kerja tersedia dan data dari hasil pengamatan langsung (<i>work sampling</i>)	Membagi besaran waktu kerja tersedia dengan rata – rata waktu penyelesaian satu unit kegiatan pokok	Volume/kuantitas dari suatu kegiatan pokok yang dapat dilaksanakan oleh seorang staf dalam 1 tahun	Nominal
10.	Standar kelonggaran	Besaran waktu yang diperlukan oleh staf untuk melakukan semua jenis kegiatan yang tidak terkait langsung atau mempengaruhi tinggi rendahnya kualitas atau jumlah kegiatan produksi unit layanan. Terdiri dari standar kelonggaran terkait kegiatan	Data dari hasil pengamatan langsung (<i>work sampling</i>) dan standar ILO	Telaah dokumen	Jumlah waktu yang diperlukan oleh staf untuk melakukan semua jenis kegiatan yang tidak terkait langsung atau mempengaruhi tinggi rendahnya kualitas atau jumlah kegiatan produksi unit layanan.	Nominal

		(kegiatan produktif tidak langsung), dan standar kelonggaran individu (kelonggaran karena beban kerja)				
11.	Jumlah kebutuhan tenaga	Banyaknya staf yang dibutuhkan untuk menyelesaikan seluruh beban kerja/produk layanan dalam satu tahun	Data jumlah beban kerja, hasil perhitungan standar beban kerja, dan hasil perhitungan standar kelonggaran	Membagi beban kerja dalam satu tahun dengan standar beban kerja dalam satu tahun, ditambahkan dengan standar kelonggaran dalam satu tahun	Jumlah optimal tenaga yang dibutuhkan di URM RSHMTIS	Nominal