

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Efisiensi Pelayanan**

##### 1. Pengertian Efisiensi

Menurut Jacobs, Smith dan Street (Irwandi, 2019: 11) efisiensi merupakan rasio antara jumlah *output* yang dihasilkan dengan jumlah *input* yang dipergunakan untuk menghasilkan jumlah *output* tersebut.

##### 2. Efisiensi Pelayanan

Dalam pelayanan kesehatan salah satu komponen yang dapat digunakan dalam mengukur kualitas pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit adalah efisiensi. Selama ini metode yang digunakan untuk menilai efisiensi rumah sakit oleh Pemerintah Indonesia dalam hal ini oleh Kementerian Kesehatan adalah dengan menggunakan Grafik Barber Johnson, yang dinilai berdasarkan pada 4 indikator utama yaitu BOR, LOS, BTO dan TOI (Irwandy, 2019: 9). Sejalan dengan hal itu Hatta GR, (2017: 87) bahwa efisiensi pelayanan dengan menggunakan teori Barber Johnson merupakan salah satu prasyarat oleh tim Akreditasi Rumah Sakit. Penilaian efisiensi Rumah Sakit merupakan penilaian terhadap tempat tidur yang disediakan agar sesuai dengan tujuan pemanfaatannya berdasarkan jumlah pasien dan jumlah tenaga yang bekerja di ruang rawat inap.

### 3. Konsep Teori Barber Johnson

#### a. Pengertian

Tahun 1973, Barry Barber, M.A., PhD., FInst P., AFIMA dan David Johnson, M.Sc mengupayakan dalam merumuskan dan memperpadukan empat parameter untuk mengamati serta menilai tingkat efisiensi pemakaian tempat tidur untuk bangsal perawatan pasien. Keempat parameter yang dipadukan tersebut yaitu BOR, aLOS, TOI dan BTO. Perpaduan keempat parameter tersebut lalu diwujudkan dalam bentuk grafik yang akhirnya dikenal sebagai grafik Barber Johnson (Sudra, IR: 2010), yaitu:

- 1) TOI pada umumnya menjadi sumbu horizontal (X).
- 2) LOS pada umumnya menjadi sumbu vertikal (Y).
- 3) Garis bantu BOR merupakan garis yang ditarik dari pertemuan sumbu horizontal dan vertikal, yaitu titik 0,0 dan membentuk seperti kipas.
- 4) Garis bantu BTO merupakan garis yang ditarik dan menghubungkan posisi nilai AvLOS dan TOI yang sama

#### b. Indikator Barber Johnson

Keempat indikator yang dipergunakan untuk menyusun grafik Barber Johnson untuk efisiensi dari pelayanan rumah sakit meliputi:

##### 1) *Bed Occupancy Rate* (BOR)

Dalam indikator ini memberikan gambaran satu titik pertemuan yang menentukan tingkat tinggi rendahnya pemakaian

tempat tidur di rumah sakit. Periode perhitungan BOR ditentukan berdasarkan kebijakan intern misalnya bulanan, tribulan, semester, atau bahkan tahunan. BOR dihitung dengan cara membandingkan jumlah TT yang terpakai (O) dari jumlah tempat tidur tersedia (A), perbandingan ini ditunjukkan dalam bentuk presentase. Rumus menghitung nilai BOR:

$$\text{BOR} = \frac{O}{A} \times 100\%$$

Keterangan:

*Occupied Beds* (O) : Rata-rata TT terisi

*Occupancy Beds* (A) : Jumlah TT tersedia

Standar idealnya adalah 75%-85%, jika > 85% berarti tempat tidur yang dipakai dirumah sakit penuh. Secara statistik semakin tinggi nilai BOR berarti semakin tinggi pula penggunaan TT yang ada untuk perawatan pasien. Namun perlu diperhatikan pula bahwa semakin banyak pasien yang dilayani berarti semakin sibuk dan semakin berat pula beban kerja petugas kesehatan di unit tersebut. Akibatnya, pasien bisa kurang mendapatkan perhatian yang dibutuhkan dan kemungkinan infeksi nosokomial juga meningkat (infeksi nosokomial adalah infeksi yang didapat di rumah sakit). Pada akhirnya, peningkatan BOR yang terlalu tinggi ini justru bisa menurunkan kualitas kinerja tim medis dan menurunkan kepuasan serta keselamatan pasien.

Disisi lain, semakin rendahnya BOR berarti semakin sedikit TT yang digunakan untuk merawat pasien dibandingkan dengan TT yang telah disediakan. Dengan kata lain, jumlah pasien yang sedikit ini bisa menimbulkan kesulitan pendapatan ekonomi bagi pihak rumah sakit.

## 2) *Leght of Stay* (LOS)

Lama dirawat adalah jumlah kalender dimana pasien mendapatkan perawatan rawat inap di rumah sakit, sejak tercatat sebagai pasien rawat inap (*Admisi*) hingga keluar dari rumah sakit (*discharge*). Angka lama dirawat dibutuhkan oleh pihak rumah sakit untuk menghitung tingkat penggunaan sarana (*utukization management*) dan untuk kepentingan finansial (*financial report*).

Rumus menghitung LOS:

$$\text{LOS} = \frac{O \times t}{D}$$

Keterangan :

*Occupied Beds* (O) : Rata-rata TT terisi

*Time* (t) : Waktu (Hari/ Bulan/ Tahun)

*Discharge* (D) : Pasien Keluar (Hidup+ Mati)

Dari aspek medis, semakin panjang lama dirawat (demikian juga dengan rata-rata dirawat) maka bisa menunjukkan kinerja kualitas medis yang kurang baik karena pasien harus dirawat lebih lama (lama sembuhnya). Sedangkan dari aspek ekonomis, semakin panjang lama dirawat (demikian rata-rata dirawat) berarti semakin

tinggi biaya uang harus dibayar oleh pasien (dan diterima oleh rumah sakit).

Jadi diperlukan keseimbangan antara sudut pandang medis dan ekonomis untuk menentukan nilai lama dirawat yang ideal. Standar idealnya adalah 3-12 hari serta LOS ini diupayakan agar serendah mungkin tanpa berpengaruh dengan kualitas pelayanan perawatan.

### 3) *Turn Over interval* (TOI)

Hari tempat tidur tidak dipergunakan, dihitung sejak saat tempat tidur ditinggalkan hingga tempat tidur dipergunakan kembali oleh pasien selanjutnya. Indikator ini dipergunakan dalam menunjukkan lamanya tempat tidur kosong serta menggambarkan efisiensi dari pemanfaatan tempat tidur. Rumus menghitung TOI:

$$LOS = \frac{(A-O) \times t}{D}$$

Keterangan:

*Occupancy Beds* (A) : Jumlah TT tersedia

*Occupied Beds* (O) : Rata-rata TT terisi

*Time* (t) : Waktu (Hari/ Bulan/ Tahun)

*Discharge* (D) : Pasien Keluar (Hidup+ Mati)

Semakin besar angka TOI, berarti semakin lama menganggurnya TT yaitu semakin lama saat dimana TT tidak digunakan pasien. Hal ini berarti semakin tidak produktif, kondisi

ini tentu tidak menguntungkan dari segi ekonomi bagi pihak manajemen rumah sakit.

Semakin kecil angka TOI, berarti semakin singkat saat TT menunggu pasien berikutnya. Hal ini berarti TT bisa sangat produktif, apalagi nilai TOI=0 berarti TT tidak sempat kosong 1 haripun dan segera digunakan lagi oleh pasien berikutnya. Hal ini bisa sangat menguntungkan secara ekonomi bagi pihak manajemen Rumah Sakit tapi bisa merugikan pasien karena TT tidak sempat disiapkan secara baik. Akibatnya kejadian infeksi nosokomial mungkin bisa meningkat, beban kerja tim medis meningkat sehingga kepuasan dan keselamatan pasien terancam. Maka dengan pertimbangan tersebut standar nilai ideal TOI ialah 1-3 hari, apabila TOI melampaui 3 hari maka perlu memperhatikan kualitas pelayanan perawatan.

#### 4) *Bed Turn Over* BTO

Frekuensi kali pemakaian tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu (biasanya 1 tahun). Indikator ini membagikan gambaran tingkat efisiensi dari penggunaan tempat tidur. Rumus menghitung BTO:

$$LOS = \frac{D}{A}$$

Keterangan:

*Discharge* (D) : Pasien Keluar (Hidup+ Mati)

*Occupancy Beds* (A) : Jumlah TT tersedia

Semakin tinggi angka BTO berarti setiap TT yang tersedia digunakan oleh pasien semakin banyak pula pasien yang bergantian. Hal ini tentu merupakan kondisi yang menguntungkan bagi rumah sakit karena TT yang telah disediakan tidak mengganggu atau aktif menghasilkan pemasukan.

Namun, bila dalam 1 bulan 1 TT digunakan oleh pasien 15 pasien, berarti rata-rata setiap pasien menempati TT selama 2 hari dan tidak ada hari dimana TT tidur kosong atau “menganggur”. Ini berarti beban kerja tim perawatan sangat tinggi dan TT tidur tidak sempat dibersihkan karena terus digunakan pasien secara bergantian. Kondisi ini mudah menimbulkan ketidakpuasan pasien, bisa mengancam pasien (*patient safety*), bisa menurunkan kinerja kualitas medis, dan bisa meningkatkan kejadian infeksi nosokomial karena TT tidak sempat dibersihkan atau di sterilkan. Jadi, dibutuhkan angka BTO yang ideal dari aspek medis, pasien, dan manajemen rumah sakit. Standar nilai ideal adalah 30 pasien dalam periode 1 tahun. Artinya, 1 TT diharapkan digunakan oleh rata-rata 30 pasien dalam 1 tahun berarti 1 pasien rata-rata dirawat 12 hari. Hal ini sejalan dengan nilai ideal LOS yang disarankan yaitu 3-12 hari.

c. Makna Grafik Barber Johnson

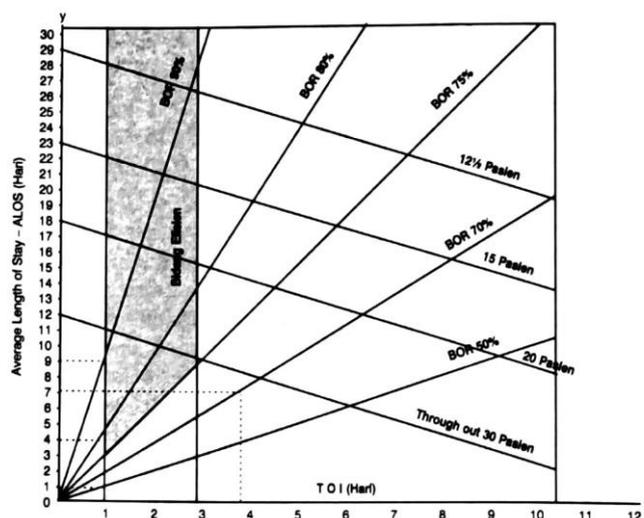
Penciptaan grafik Barber Johnson merupakan suatu usaha untuk mendayagunakan statistik rumah sakit dalam rangka memenuhi

kebutuhan pihak manajemen akan indikator efisiensi pengelolaan rumah sakit. Makna grafik Barber-Johnson yaitu:

- 1) Makin dekat grafik BOR dengan Y ordinat, maka BOR makin tinggi.
  - 2) Makin dekat grafik BTO dengan titik sumbu, maka BTO makin tinggi jumlahnya.
  - 3) Jika rata-rata TOI tetap, tetapi LOS berkurang, maka persentasi BOR akan menurun.
  - 4) Bilamana TOI tinggi, kemungkinan disebabkan karena organisasi yang kurang baik, kurang permintaan (*demand*) akan tempat tidur atau kebutuhan tempat tidur darurat. TOI yang tinggi dapat diturunkan dengan mengadakan perbaikan organisasi, tanpa mempengaruhi LOS.
  - 5) Bertambahnya LOS disebabkan karena keterlambatan administrasi di rumah sakit, kurang baiknya perencanaan dalam memberikan pelayanan kepada pasien atau kebijaksanaan di bidang medis (Rustiyanto, 2010).
- d. Manfaat Grafik Barber Johnson yaitu sebagai berikut:
- 1) Membandingkan tingkat efisiensi penggunaan TT dari suatu unit (RS atau Bangsal) dari waktu ke waktu dalam periode tertentu.
  - 2) Memonitor perkembangan pencapaian terget efisiensi penggunaan TT yang telah ditentukan dalam suatu periode tertentu.

- 3) Membandingkan tingkat efisiensi penggunaan TT antar unit (misalnya antar bangsal di suatu RS) dalam periode tertentu memantau dampak dari suatu penerapan kebijakan terhadap efisiensi penggunaan TT.
  - 4) Mengecek kebenaran laporan hasil perhitungan empat parameter efisiensi penggunaan TT (BOR, LOS, TOI, dan BTO). Jika keempat garis bantu berpotongan di satu titik berarti laporan hasil perhitungan tersebut benar.
- e. Ketentuan-ketentuan yang harus diingat waktu membuat grafik Barber Johnson yaitu:
- 1) Skala sumbu horisontal tidak harus sama dengan skala sumbu vertikal.
  - 2) Skala pada sumbu harus konsisten.
  - 3) Skala pada sumbu horisontal dan vertikal di mulai dari angka nol dan berhimpit membentuk koordinat 0,0.
  - 4) Judul grafik harus secara jelas menyebutkan nama Rumah Sakit, nama bangsal (bila perlu) dan periode waktu.
  - 5) Garis bantu BOR dengan cara:
    - a) Buatlah garis BOR= 50% dengan menghubungkan titik (x,0) dan titik (y,1)
    - b) Buatlah garis BOR= 70% dengan menghubungkan titik (x,3) dan titik (y,7)

- c) Buatlah garis BOR= 80% dengan menghubungkan titik (x,1) dan titik (y,4)
- d) Buatlah garis BOR= 90% dengan menghubungkan titik (x,1) dan titik (y,9)
- 6) Garis bantu BTO dengan cara:
- Buatlah garis BTO 30 pasien yaitu dengan menghubungkan titik (x, 12 1/6) dan titik (y, 12 1/16)
  - Buatlah garis BTO 20 pasien yaitu dengan menghubungkan titik (x, 18 1/4) dan titik (y, 18 1/4)
  - Buatlah garis BTO 15 pasien yaitu dengan menghubungkan titik (x, 29 1/5) dan titik (y, 29 1/5)
  - Buatlah garis BTO 12.5 pasien yaitu dengan menghubungkan titik (x, 29 1/5) dan titik (y, 29 1/5)
  - Daerah efisien dibuat dan merupakan daerah yang dibatasi oleh perpotongan garis TOI 1 hari dan 3 hari, serta BOR 75%.



Gambar 2.1 Grafik Barber Johnson  
Sumber: Wijono, D (2000: 590)

### 3. Faktor Efisiensi Pelayanan Rawat Inap

Beberapa hal pokok yang paling mendasari suatu penggunaan tempat tidur di rumah sakit sehingga mempengaruhi efisiensi pelayanan rawat inap (Wijono, 2000):

- a. Sumber daya Manusia yang berhubungan dengan tenaga kesehatan terkait fungsi pelayanan.

Ketersediaan kuantitas sumber daya manusia yang cukup seperti tenaga dokter ataupun tenaga perawat yang terlibat dalam memberikan penanganan medis secara cepat dan tanggap serta diharuskan memiliki kemampuan terampil, empati, disiplin sesuai peraturan tata tertib prosedur rumah sakit dan dapat mampu menjalin komunikasi yang baik terhadap pasien. Hal ini dikarenakan akan sangat mempengaruhi terhadap upaya peningkatan segi kualitas pelayanan yang dilaksanakan di rumah sakit.

Sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan bahwa pelayanan di Rumah Sakit Umum harus melingupi:

- 1) Tenaga Medis

Tenaga medis terdiri dari dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dan/atau dokter subspecialis.

- 2) Tenaga Psikologi Klinis

- 3) Tenaga Keperawatan

- 4) Tenaga Kebidanan

- 5) Tenaga Kefarmasian
- 6) Tenaga Kesehatan Masyarakat
- 7) Tenaga Kesehatan Lingkungan
- 8) Tenaga Gizi
- 9) Tenaga Keterampilan Fisik
- 10) Tenaga Keteknisian Medis
- 11) Tenaga Teknik Biomedika
- 12) Tenaga Kesehatan Lain
- 13) Tenaga Manajemen Rumah Sakit
- 14) Tenaga Non Kesehatan.

Kebutuhan Sumber Daya Manusia disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan yang diberikan oleh RS yang diangkat dan ditetapkan oleh Kepala/Direktur RS berupa Tenaga Tetap yang bekerja secara Purna Waktu. Pemilik Rumah Sakit dan Kepala/ Direktur Rumah Sakit Bertanggungjawab dalam pemenuhan SDM dengan jumlah dan kualifikasi disesuaikan dengan hasil analisis beban kerja, kebutuhan dan kemampuan pelayanan Rumah Sakit.

b. Fasilitas

Fasilitas yaitu sarana dan prasarana dari kebutuhan medis dasar, penunjang medis sampai kebutuhan medis khusus. Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitian fasilitas dan sarana kesehatan pada Rumah sakit terdiri atas:

### 1) Bangunan dan Prasarana

Bangunan dan prasarana harus memenuhi aspek keandalan teknis bangunan gedung dan konstruksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan. bangunan dan prasarana juga harus memenuhi persyaratan teknis bangunan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.

### 2) Ketersediaan Tempat Tidur Rawat Inap

### 3) Peralatan

Peratalatan pada Rumah Sakit Umum terdiri dari peralatan medis dan peralatan non medis yang memenuhi standar pelayanan, persyaratan mutu, keamanan, keselamatan, dan layak pakai.

Pada dasarnya pelayanan rawat inap harus memberikan mutu pelayanan baik yang ditinjau dari fasilitas dan sarana yang ada. Menurut Jacobalis dalam Calundu, R (2018) pelayanan mutu kesehatan mencakup ke dalam fasilitas dan sarana yaitu sebagai berikut:

#### 1) Kesejahteraan Pasien

Kesejahteraan pasien dihubungkan juga dengan fasilitas yang memadai, terpelihara dengan baik, sehingga segala macam peralatan yang digunakan selalu dapat berfungsi baik.

#### 2) Kenyamanan dan Kondisi Kamar

Kenyamanan pasien termasuk ke dalam salah satu variabel yang digunakan untuk terselenggaranya pelayanan yang bermutu.

Suasana tersebut harus dipertahankan, sehingga pasien merasa puas (nyaman). Demikian pula dengan kondisi kamar pasien merupakan aspek yang dapat memberikan kenyamanan dan ketenangan serta kepuasan pasien selama dirawat.

### 3) Keadaan Ruang Perawatan

Keadaan ruang perawatan akan berpengaruh terhadap tanggapan pasien dari keluarganya tentang mutu pelayanan kesehatan yang diberikan di rumah sakit. Oleh sebab itu, pada setiap unit ruang perawatan seyogyanya terdapat sarana dan fasilitas yang menunjang penyelenggaraan pelayanan kesehatan, tentunya disertai pemeliharaannya agar selalu dapat berfungsi dengan baik

Dalam menjaga sarana atau fasilitas yang ada di rumah sakit menurut Wijono (2000: 731) sebagai berikut:

- 1) Adanya daftar inventarisasi semua peralatan
- 2) Pendokumentasian sistem perencanaan pemeliharaan dan penggantian peralatan
- 3) Setiap peralatan harus dilakukan uji fungsi dan uji coba.
- 4) Setiap peralatan harus dilakukan pre tes sebelum pertama kali digunakan dan setiap satu tahun sekali dilakukan kalibrasi.

### c. Promosi

Promosi yaitu usaha yang dilakukan oleh manajemen rumah sakit untuk memasarkan rumah sakit tersebut. Promosi yang mengupayakan

institusi rumah sakit harus mampu memasarkan pelayanan kesehatannya dengan tujuan masyarakat mengetahui atau memperoleh informasi berupa keunggulan, jarak tempuh lokasi yang dapat dijangkau masyarakat serta ketersediaan pelayanan yang mampu disediakan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan diagnosa penyakitnya. Adanya promosi dilakukan agar meningkatkan jumlah kunjungan pengobatan.

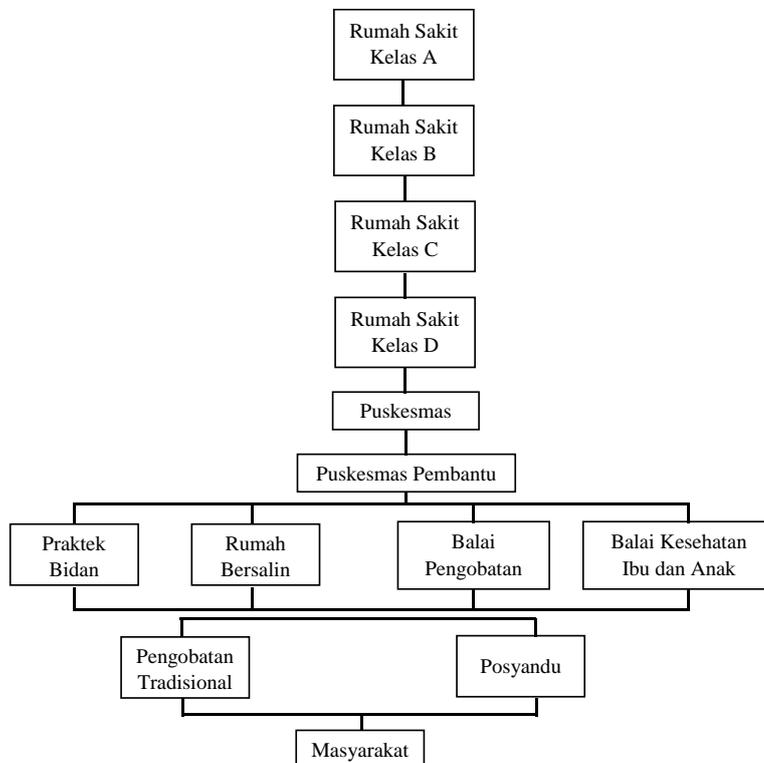
d. Pendanaan Rumah Sakit

Pendanaan Rumah Sakit yaitu sumber-sumber dana yang dimiliki RS untuk biaya perawatan pada masyarakat. Pendanaan rumah sakit merupakan sumber-sumber dana yang dimiliki rumah sakit dan sangat diperlukan untuk menunjang dalam memasarkan serta memenuhi kebutuhan fasilitas dalam meningkatkan kualitas penanganan pelayanan dan pengembangan serta pemeliharaan dirumah sakit.

e. Sistem rujukan

Sistem rujukan yaitu rujukan yang diterima dan yang dilakukan rumah sakit. Sistem rujukan rumah sakit yang menerima program rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan pertama seperti puskesmas, balai pengobatan, dan klinik pengobatan dan jalur rujukan selanjutnya adalah rumah sakit, dimana dilaksanakannya penyerahan tanggung jawab pasien untuk dilakukannya penanganan lebih lanjut terhadap diagnosa penyakit yang diderita pasien. Hal ini dimana sangat mempengaruhi tingkat jumlah kunjungan di rumah sakit. Menurut

Azwar, Azrur (2010: 9) jenjang dan sistem rujukan pelayanan di Rumah Sakit sebagai berikut:



Gambar 2.2 Sistem Rujukan di Indonesia  
Sumber: Azrul, A. (2010: 97)

#### f. Cara pembayaran

Cara pembayaran yaitu biaya tarif yang dibayar secara langsung atau tidak langsung. Cara pembayaran di rumah sakit yang memudahkan pasien dalam menjalani pengobatan selama dirawat di rumah sakit. Cara pembayaran ini yaitu biaya tarif yang dibayar secara langsung ataupun tidak langsung, dimana pembayaran langsung dibayar oleh penderita dan apabila tidak langsung biasanya dibayar oleh orang ketiga melalui asuransi. Dengan cara pembayaran seperti ini akan sangat mempengaruhi tingkat penggunaan rumah sakit.

Sistem pembayaran di Indonesia dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 26 tahun 2021 mengenai Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) di Indonesia menggunakan metode pembayaran prospektif atau dikenal dengan *case based payment (casemix)* yang sudah diterapkan sejak tahun 2008 sebagai metode pembayaran terutama pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sistem casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama. Pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper*. Pengelompokan ini dikenal dengan sistem *Indonesian Case Based Group* (INA-CBG) yang digunakan sebagai metode pembayaran pelayanan baik rawat jalan maupun rawat inap kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKTL).

g. Sosio-kultural

Sosio-kultural yaitu budaya yang mempengaruhi seseorang dalam mencari pengobatan. Faktor sosio-kultural yang mempengaruhi efisiensi pelayanan rumah sakit dimana budaya masyarakat yang mendorong reaksi seseorang dalam mendapatkan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan. Upaya yang harus dilakukan dalam meningkatkan jumlah kunjungan masyarakat yaitu menarik keyakinan, kepercayaan, serta memberikan dorongan himbuan bahwasanya pelayanan kesehatan yang berada dirumah sakit mampu

memberikan penanganan dan pemulihan yang efektif. Menurut Kotler, dkk (2005: 203) faktor budaya ini meliputi:

1) Budaya

Budaya merupakan penentu keinginan dan perilaku yang paling mendasar. Budaya berawal dari kebiasaan, budaya merupakan suatu cara hidup yang berkembang dan dimiliki oleh kelompok orang dan diwariskan dari generasi ke generasi. Budaya terbentuk dari banyak unsur yang rumit, termasuk sistem agama, politik, adat istiadat, bahasa perkakas, pakaian, bangunan, dan karya seni.

2) Sub-budaya

Sub-budaya terdiri dari kebangsaan, agama, kelompok ras dan wilayah geografis. Ketika subkultur menjadi besar dan cukup makmur, para perusahaan sering merancang program pemasaran yang disesuaikan dengan kebutuhan mereka.

3) Sosial

Pembagian masyarakat yang relatif homogen dan permanen, yang tersusun secara hierarkis dan yang anggotanya menganut nilai-nilai, minat, dan perilaku yang serupa.

h. Angka Kesakitan

Angka kesakitan yaitu terjadi wabah yang memungkinkan banyak pemakaian pada tempat tidur. Angka kesakitan suatu wilayah yang sangat mempengaruhi penggunaan tempat tidur. Apabila terjadi

penyakit yang menunjukkan prevalensi tinggi seperti penyakit menular akan sangat membutuhkan tempat tidur di rumah sakit yang cukup banyak untuk memulihkan penderita, misalnya terjadi wabah yang memungkinkan banyaknya pemakaian dari jumlah tempat tidur.

## **B. Rumah Sakit**

### **1. Pengertian**

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UU No. 44 tahun 2009).

Menurut *American Hospital Association* (1974) dalam Rustiyanto, E (2010) Rumah Sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien.

### **2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit**

Berdasarkan Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugasnya, rumah sakit mempunyai fungsi:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.

- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
  - c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
  - d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.
3. Klasifikasi Rumah Sakit

Klasifikasi Rumah Sakit Menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum dan rumah khusus. Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit.

- a. Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Klasifikasi rumah sakit umum terdiri atas :
  - 1) Rumah sakit umum kelas A
  - 2) Rumah sakit umum kelas B
  - 3) Rumah sakit umum kelas C

- 4) Rumah sakit umum kelas D
  - b. Rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya. Klasifikasi rumah sakit khusus terdiri dari :
    - 1) Rumah sakit khusus kelas A
    - 2) Rumah sakit khusus kelas B
    - 3) Rumah sakit khusus kelas C
4. Klasifikasi Rumah Sakit Umum Tipe B

Rumah sakit umum dengan klasifikasi kelas B memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitian pelayanan kesehatan yang diberikan Rumah Sakit umum meliputi:

- a. pelayanan medik dan penunjang medik  
yang termasuk dalam pelayanan medik dan penunjang medik yaitu sebagai berikut:
  - 1) pelayanan medik umum (pelayanan medik dasar)
  - 2) pelayanan medik spesialis  
pelayanan medik spesialis terdiri pelayanan medik spesialis dasar yang terdiri dari pelayanan penyakit dalam, pelayanan anak, pelayanan bedah dan pelayanan obstetri dan ginekologi.

3) pelayanan medik subspecialis

pelayanan medik subspecialis meliputi pelayanan medik subspecialis dasar dan pelayanan medik subspecialis lain.

b. pelayanan keperawatan dan kebidanan

1) pelayanan asuhan keperawatan

2) pelayanan asuhan bidan

c. pelayanan kefarmasian

1) pengelolaan alat kesehatan, sediaan farmasi, dan bahan habis pakai yang dilakukan oleh instalasi farmasi sistem satu pintu

2) pelayanan farmasi klinik

d. pelayanan penunjang

1) pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga kesehatan terdiri dari pelayanan laboratorium, pelayanan rekam medik, pelayanan darah, pelayanan gizi, pelayanan sterilisasi yang tersentral dan pelayanan penunjang lain.

2) pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga non kesehatan terdiri dari manajemen Rumah Sakit, informasi dan komunikasi, pemeliharaan sarana prasarana dan alat kesehatan, pelayanan *laundry*/binatu, pemulasaraan jenazah, dan pelayanan penunjang lain.

## 5. Kebutuhan Pegawai di Rumah Sakit

Kebutuhan pegawai rumah sakit berdasarkan tipe B sesuai dengan Peraturan Menteri Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi (Permenpan dan RB) Nomor 26 Tahun 2011 dengan jumlah tenaga kesehatan 315 dan untuk tenaga non kesehatan 282.

Dalam Permenpan dan RB Nomor 26 Tahun 2011 diatur juga standar kebutuhan Tenaga Kesehatan pada rumah sakit umum yaitu sebagai berikut:

Tabel 2.1 Standar Kebutuhan Tenaga Kesehatan pada Rumah Sakit Umum

No	Jenis Tenaga	Rumah Sakit Kelas B Non Pendidikan
1.	Dokter Spesialis	36
2.	Dokter Umum	11
3.	Dokter Gigi	3
4.	Keperawatan	200
5.	Kefarmasian	12
6.	Kesehatan Masyarakat	3
7.	Gizi	12
8.	Keterampilan Fisik	15
9.	Keteknisian Medis	23
10.	Non Tenaga Kesehatan	282
Jumlah Pegawai		597

*Sumber:* Permenpan dan RB Nomor 26 Tahun 2011

## 6. Pelayanan Rawat Inap

### a. Pengertian

Menurut Rustiyanto, E (2010: 54) Pelayanan rawat inap yaitu pelayanan kepada pasien yang memerlukan observasi, diagnosis, terapi atau rehabilitasi yang perlu menginap dan menggunakan tempat tidur serta mendapat makanan dan pelayanan perawat terus menerus.

b. Ketersediaan Tempat Tidur Rawat Inap

Rumah Sakit tetap dapat menyelenggarakan pelayanan rawat inap sesuai dengan kelas perawatan yang dimiliki sampai diselenggarakannya pelayanan rawat inap kelas standar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 sehingga ketersediaan tempat tidur rawat inap Klasifikasi Rumah Sakit umum sebagai berikut:

- a. kelas A paling sedikit 250 (dua ratus lima puluh) tempat tidur.
- b. kelas B paling sedikit 200 (dua ratus) tempat tidur.
- c. kelas C paling sedikit 100 (seratus) tempat tidur.
- d. kelas D paling sedikit 50 (lima puluh) tempat tidur.

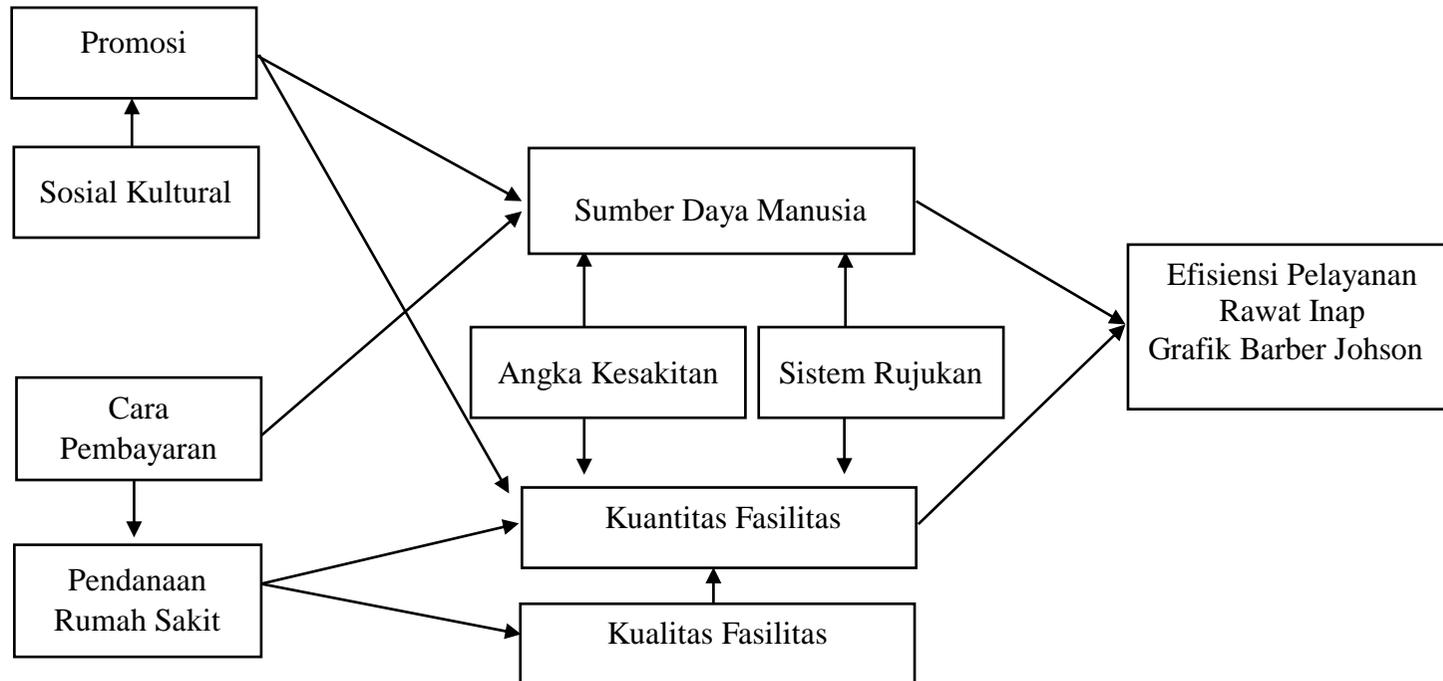
Jumlah tempat tidur rawat inap paling sedikit dalam pasal 18 sebanyak 60% untuk seluruh tempat tidur Rumah Sakit milik Pemerintah Pusat dan Daerah, sedangkan untuk Rumah Sakit Swasta sebanyak 40% tempat tidur. Dimana jumlah tempat tidur rawat inap harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- a. Jumlah tempat tidur perawatan intensif paling sedikit 10% (sepuluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah Pusat, pemerintah Daerah, atau swasta. Jumlah perawatan intensif yang dimaksud sebagai berikut:
  - a) 6% (enam persen) untuk pelayanan unit perawatan intensif (*intensive care unit*)
  - b) 4% (empat persen) untuk pelayanan intensif lain yang terdiri atas perawatan intensif neonatus (*neonatal intensive care unit*)

dan perawatan intensif pediatrik (*pediatric intensive care unit*).

- b. Ruang yang dapat digunakan sebagai tempat isolasi dengan kapasitas paling sedikit 10% (sepuluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, atau swasta.
- c. Dalam kondisi wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat, kapasitas ruang yang dapat digunakan sebagai tempat isolasi paling sedikit yaitu 30%

### C. Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka Teori

Sumber: Wijono (2000), Barry Barber, M.A., PhD., Finst P., AFIMA dan David Johnson, M.Sc dalam Sudra RI (2010) dimodifikasi