

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Rumah Sakit

1. Gambaran Umum RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya

Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Soekardjo Kota Tasikmalaya terletak di jalan Rumah Sakit No. 33 Kota Tasikmalaya, terdiri dari 65 nit bangunan yang dipergunakan untuk Ruang Unit Perawatan dan lainnya dipergunakan untuk Unit Rawat Jalan, Pelayanan Darurat Medik, Penunjang Medik dan penunjang-penunjang lainnya serta Pelayanan Administrasi berdiri diatas areal seluas 35.897,82 M² dengan luas keseluruhan bangunan sampai dengan tahun 2020 adalah 13.839.34 M².

Rumah Sakit Umum (RSU) Tasikmalaya merupakan Rumah sakit Kelas B Non Pendidikan. Seiring berjalannya waktu Rumah Sakit Umum Daerah Kota Tasikmalaya berganti nama menjadi Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya pada tahun 2013. Pemberian nama RSUD ini diperlukan untuk mempertegas identitas RSUD sebagai sarana umum disamping untuk memperlancar tugas, dimana selama ini sering terjadi kekeliruan dalam pemberian bantuan-bantuan dari pusat yang salah sasaran ke RSUD Kabupaten Tasikmalaya. Pemberian nama rumah sakit ini diperoleh dari hasil musyawarah masyarakat, *stakeholder* Pemerintah Kota Tasikmalaya dan pihak direksi Rumah Sakit pada tanggal 18 September 2013. Selain itu juga RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya ditetapkan menjadi Rumah Sakit Rujukan Regional keputusan

Gubernur Jawa Barat tanggal 24 Desember 2014.

2. Sumber Daya Manusia di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmlaya

Sumber daya manusia yan ada di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmlaya sebanyak 1200 orang terdiri dari jumlah PNS sebanyak 522 tenaga PTT BLUD RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya 678 orang.

Tabel 4.1 Sumber Daya Manusia di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmlaya

Jenis Tenaga	Tenaga Pegawai	Standar Kelas B Non Pendidikan
a. Dokter Umum	17 orang	11 Orang
b. Dokter Spesialis	43 orang	36 Orang
c. Dokter Gigi	3 Orang	3 Orang
d. Kebidanan	133 orang	-
e. Keperawatan	438 Orang	12 Orang
f. Kefarmasian	46 Orang	12 Orang
g. Kesehatan Masyarakat	14 Orang	3 Orang
h. Kesehatan Lingkungan	3 Orang	
i. Gizi	11 Orang	12 Orang
j. Keterampilan Fisik	4 Orang	15 Orang
k. Keteknisan Medis	80 Orang	23 Orang
l. Tenaga Non Kesehatan	400 Orang	282 Orang

Sumber: *Profil RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya*

3. Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan Rawat Inap RSUD dr. Soekardjo memiliki kelas yang bervariasi mulai dari kelas VVIP sampai kelas tiga dengan fasilitas yang berbeda-beda. Kapasitas tempat tidur berdasarkan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya Nomor 445/Kep-37- Huk/2021, sebagai berikut:

- a. Kelas I Sebanyak 32 Tempat Tidur
- b. Kelas II sebanyak 24 Tempat Tidur
- c. Kelas III 231 Tempat Tidur

- d. Non Kelas 195 Tempat Tidur
- e. VIP 19 Tempat Tidur
- f. VVIP 1 Tempat Tidur
- g. Ruang Rawat Inap *Intensive Care* sebanyak 19 (4%) tempat tidur yang terdiri dari ICU sebanyak 7 tempat tidur, NICU 7 Tempat Tidur dan PICU 5 tempat tidur.

Dari tempat tidur di atas total seluruh tempat tidur sebanyak 522 tempat tidur. Dengan rincian bagian yaitu sebanyak 154 (30%) tempat tidur digunakan sebagai Isolasi Penyakit Infeksi Emerging (PIE), selain itu juga sebanyak 349 (66%) tempat tidur digunakan mulai dari *medical* bedah (penyakit dalam, jantung syaraf, dan bedah lainnya) sebanyak , Obstetri Ginekologi (Kebidanan dan Kandungan), Jantung, Penyakit Jantung, Mata, Tenggorakan Hidung dan Telingan (THT), Syaraf, Anak, dan ruang rawat inap bayi di bawah satu bulan (neonatus). Serta ruang rawat inap khusus untuk penyakit Tuberculosis termasuk TB Resisten Obat (*Multi Drug Resistance/ MDR*) dan ruang *intensif care* (4%).

B. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Informan

Informan dalam penelitian ini berjumlah 18 orang. Semua yang menjadi informan sudah sesuai dengan pertimbangan dan kriteria yang sudah ditentukan sebelumnya. Kriteria yang telah dipenuhi oleh seluruh informan adalah berada di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya serta bersedia untuk diwawancarai. Informan utama yaitu terdiri dari Dokter dan

Perawat yang berasal dari Ruang Rawat Inap (Kelas I, II, dan III), begitu pula dengan Kepala Bagian PPE dan Kepala Pelayanan telah memenuhi kriteria yang ditentukan berada di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya, memiliki pengetahuan mengenai pelayanan rawat inap khususnya efisiensi berdasarkan penggunaan tempat tidur (BOR, LOS, TOI dan BTO).

Informan triangulasi yaitu merupakan pasien yang di rawat inap di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya kelas I, II dan III berdasarkan kriteria yaitu merupakan pasien dewasa (> 18 tahun) dan dalam kesadaran baik atas rekomendasi dari tenaga medis yang bertugas. Untuk informan Dokter, Perawat dan Pasien ruang rawat inap sendiri yaitu Kelas I, Kelas II dan Kelas III. Berikut ini karakteristik informan yang diwawancusiera:

Tabel 4.2 Karakteristik Informan

No	Jenis Informan	Kode Informan	Umur	Keterangan
1	Pasien Kelas I	IT1	18 Tahun	Informan Triangulasi
2	Pasien Kelas II	IT 2	66 Tahun	Informan Triangulasi
3	Pasien Kelas II	IT 3	26 Tahun	Informan Triangulasi
4	Pasien Kelas I	IT 4	46 Tahun	Informan Triangulasi
5	Pasien Kelas I	IT 5	58 Tahun	Informan Triangulasi
6	Pasien Kelas III	IT 6	47 Tahun	Informan Triangulasi
7	Pasien Kelas III	IT 7	18 Tahun	Informan Triangulasi
8	Pasien Kelas III	IT 8	57 Tahun	Informan Triangulasi
9	Perawat Kelas I	IU 1	29 Tahun	Informan Utama
10	Perawat Kelas II	IU 2	45 Tahun	Informan Utama
11	Perawat Kelas III	IU 3	44 Tahun	Informan Utama
12	Perawat Kelas II	IU 4	46 Tahun	Informan Utama
13	Perawat Kelas III	IU 5	41 Tahun	Informan Utama
14	Perawat Kelas I	IU 6	44 Tahun	Informan Utama
15	Dokter Spesialis Paru	IU 7	42 Tahun	Informan Utama
16	Dokter Spesialis Dalam	IU 8	32 Tahun	Informan Utama

17	Kepala Bagian Pelaporan Perencanaan dan Evaluasi	IU 9	43 Tahun	Informan Utama
18	Kepala Pelayanan	IU 10	46 Tahun	Informan Utama

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel 4.2 didapatkan informasi bahwa informan utama dengan usia termuda 32 Tahun yaitu merupakan perawat kelas I dan usia tertua 46 Tahun yaitu merupakan Kepala Pelayanan. Sedangkan untuk informan triangulasi yang merupakan pasien rawat inap termuda berusia 18 tahun merupakan pasien dari kelas I dan III dan tertua 66 Tahun yang merupakan pasien kelas I.

2. Efisiensi Pelayanan Rawat Inap

Penilaian efisiensi pelayanan rawat inap berdasarkan masing-masing indikator diperoleh dari hasil perhitungan sebagai berikut:

- a. Presentase Penggunaan Tempat Tidur yang terisi (BOR) di ruang rawat Inap

Tabel 4.3 Hasil Perhitungan BOR di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya Tahun 2018-2020

Tahun	Rumus	Hasil	Ideal
2018	$\text{BOR} = \frac{O}{A} \times 100\%$ $(O = \frac{HP}{t})$	$\text{BOR} = \frac{108.322}{455 \times 365} \times 100\%$ $= 65\%$	75%-85%
2019		$\text{BOR} = \frac{105.336}{471 \times 365} \times 100\%$ $= 65\%$	
2020		$\text{BOR} = \frac{86.791}{453 \times 365} \times 100\%$ $= 53\%$	

Keterangan

BOR : Presentase penggunaan tempat tidur

- O : Rata-rata tempat tidur terisi
 A : Jumlah tempat tidur tersedia
 D : Jumlah pasien keluar (hidup + mati)
 t : Periode Waktu
 HP : Jumlah hari perawatan

b. Rata-rata lama rawat (LOS) di ruang rawat Inap

Tabel 4.4 Hasil Perhitungan LOS di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya Tahun 2018-2020

Tahun	Rumus	Hasil	Ideal
2018	$LOS = \frac{O}{D} \times t$ $(O = \frac{HP}{t})$	$LOS = \frac{(108.322/365)}{24.588} \times 365$ =4.4 hari	3-12 hari
2019		$LOS = \frac{(105.336/365)}{25.399} \times 365$ =4.2 hari	
2020		$LOS = \frac{(86.791/365)}{20.131} \times 365$ =5 hari	

Keterangan

- LOS : Rata-rata lama pasien dirawat
 O : Rata-rata tempat tidur terisi
 t : Periode Waktu
 HP : Jumlah hari perawatan

c. Rata-rata lama hari tempat tidur tidak terisi (TOI) di ruang rawat inap

Tabel 4. 5 Hasil Perhitungan TOI di di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya Tahun 2018-2020

Tahun	Rumus	Hasil	Ideal
2018	$TOI = \frac{(A-O) \times t}{D}$ $(O = \frac{HP}{t})$	$TOI = \frac{(455-297) \times 365}{24.588}$ =2.3 hari	1-3 hari
2019		$TOI = \frac{(471-289) \times 365}{25.399}$ =2.3 hari	
2020		$TOI = \frac{(453-238) \times 365}{20.131}$ =4 hari	

Keterangan

TOI : Rata-rata tempat tidur kosong atau tidak terisi

A : Jumlah tempat tidur tersedia

O : Rata-rata tempat tidur terisi

t : Periode Waktu

D : Jumlah pasien keluar (hidup + mati)

HP : Jumlah hari perawatan

d. Frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode (BTO)

Tabel 4.6 Hasil Perhitungan TOI di di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya Tahun 2018-2020

Tahun	Rumus	Hasil	Ideal
2018	$BTO = \frac{D}{A}$	$BTO = \frac{24.588}{455}$ $= 54 \text{ kali}$	30 kali
2019		$BTO = \frac{25.399}{471}$ $= 57.1 \text{ kali}$	
2020		$BTO = \frac{20.131}{453}$ $= 45 \text{ kali}$	

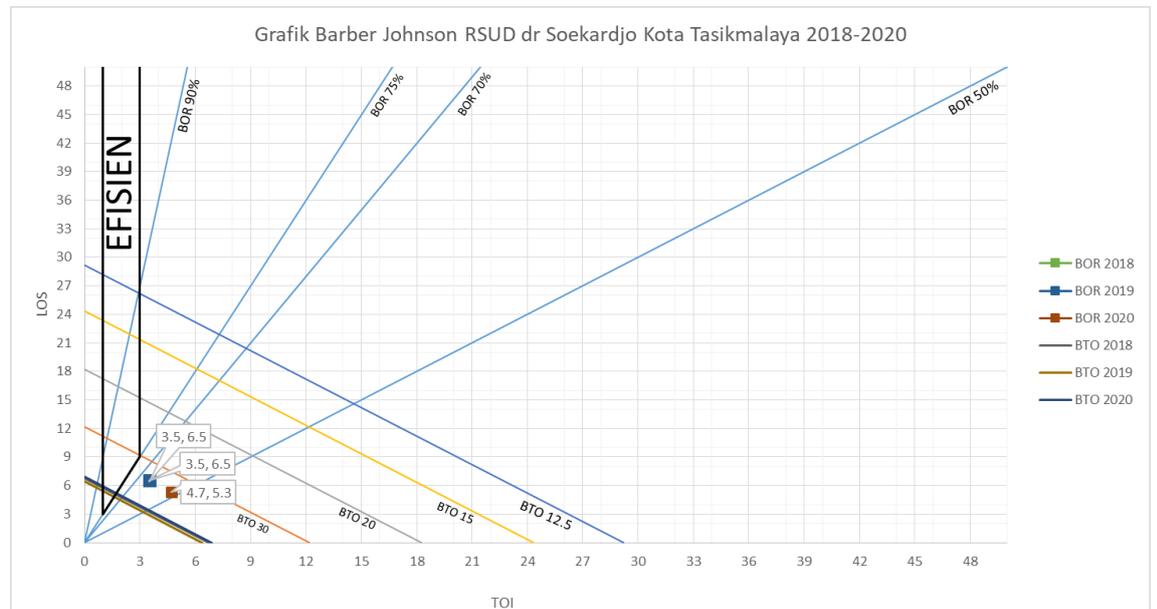
Keterangan

BTO : frekuensi pemakaian tempat tidur

A : Jumlah tempat tidur tersedia

D : Jumlah pasien keluar (hidup + mati)

Dari perhitungan di keempat indikator di atas telah diperoleh hasil bahwa indikator pelayanan rawat inap di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya belum mencapai kategori efisien sesuai standar yang ditentukan dari Barber Johnson. Adapun, selama tiga tahun terakhir gambaran hasil perhitungan penilaian efisiensi rawat inap dengan menggunakan Grafik Barber Johnson yaitu sebagai berikut:



Gambar 4.1 Grafik Barber Jonhson RSUD dr. Seokardjo Kota Tasikmalaya Tahun 2018-2020

Berdasarkan gambar 4.1 di atas dapat dilihat bahwa grafik dari keempat indikator Barber Jonson di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya pada tahun 2018 ditunjukkan dengan titik temu warna hijau, dimana titik tersebut yang merupakan titik temu dari keempat indikator yang berada di koordinat (3.5, 6.5) berada di luar daerah efisiensi, sama halnya dengan tahun 2019 yang ditandai dengan titik temu warna biru yang menempati koordinat yang sama, ini menunjukkan bahwa indikator rawat inap RSUD dr. Seokardjo Kota Tasikmalaya. Pada tahun 2020, pertemuan titik indikator dapat ditunjukkan dengan titik berwarna coklat yang berada dalam koordinat (4,7. 5,3), ini menunjukkan bahwa pada tahun 2020 masih belum efisien.

Secara keseluruhan dari hasil yang telah diketahui bahwa pada tahun 2018-2020 belum satupun keempat indikator yang dikategorikan dan berada

ke dalam daerah efisien. Sehingga, perlu diketahui faktor penyebab ketidak efisienan pada pelayanan rawat inap di RSUD ini.

3. Faktor Penyebab Efisiensi Pelayanan Rawat Inap

a. Sumber Daya Manusia

Ketersediaan Sumber daya manusia sangatlah penting, apalagi dalam hal ini untuk di rawat inap tenaga kesehatan yang berperan langsung pada pasien ataupun masyarakat dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan ditunjang dengan kemampuan terampil, empati dan disiplin sesuai dengan prosedur.

Terkait dengan hal tersebut melihat ketersediaan dari tenaga kesehatan yang tersedia di Rumah Sakit sudah memenuhi bahkan melebihi dari standar. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan utama tentang ketersediaan sumber daya manusia yang diungkapkan sebagai berikut:

“Kalau dari Sumber Daya Manusia kita ini udah overload yaa, tenaga kita udah 1200 berapa yaa. Cuma kita harus melihat overload dari profesi apanya, nah kita itu overload dari administrasinya kalau kita tenaganya ada PNS sama ada PTT ya... nah si jumlah PNS sama PTTnya itu hampir perbandingan setengah-setengah gitu tah. Si jumlah PNS 50 berapa persen, yang PTTnya 50 sekian persen. Kendalanya terlalu banyak administrasi dari segi PTTnya, kalau dari perawat yang kaya gitu mah kalau menurut saya sih cukuplah.” (IU 9)

“.....Jadi, secara total kumulatif mah dari segi kepegawaian kita teh udah oveload karena apa? Ya karena PTTnya hampir sebanding dengan yang PNS. Dibreakdown lagi yang PTT itu yang paling banyaknya itu adalah secara dari segi administrasi tenaga admnistrasinya yang umumnya gitu bukan yang perawat kaya gitunya.” (IU 9)

Hal ini diperkuat oleh pernyataan dari informan utama lain bahwa pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia sudah melebihi, dan

melihat dari kebutuhan dilihat dari keterisian tempat tidur (BOR). Jika BOR sedang tinggi jumlah sumber daya sudah cukup bahkan berlebih dan apabila BOR menurun maka penempatan sumber daya manusia disesuaikan dengan kebutuhan di ruang mana yang memiliki beban kerja berlebih. Kutipan wawancara yaitu sebagai berikut:

“Kalau bicara perbandingan emang udah agak melebihi ya. Artinya kita itu menghitung bukan pake perbandingan kita pake BOR, jadi ketika BORnya naik otomatis kebutuhannya tinggi ketika BOR turun kebutuhannya rendah. Nah, antisipasi sisa dikala kebutuhannya rendah nanti kita ada rotasi acidental si A bantuin dimana si B bantuin dimana kira-kira seperti itu. Kalau Dokter saya rasa cukup, tetapi kalau nanti ke arah pengembangan layanan tentunya dokternya harus ditambah. Contoh begini untuk dokter dalam misalnya ada 5, tetapi dikala Rumah Sakit ingin ada pengembangan layanan ke arah layanan spesialisik ke kanker tentunya bertambah kebutuhannya gitu tergantung layanan pengembangan layanan ke arah mana.” (IU 10)

Selain itu pula diperkuat dengan tenaga kesehatan yang bekerja di bagian rawat inap, berikut kutipan wawancara:

“Sudah memenuhi alhamdulillah...” (IU 5)

“Kalau sejauh ini sih kalau untuk tenaga medis sih sepertinya cukup ya” (IU 7)

“Udah sih udah cukup kalau disini, udah banyak ya kayanya orangnya mungkin yaa. Kalau dokter penyakit dalam mah udah lebih-lebih malah kalau dalam mah.” (IU 8)

Untuk jenis tenaga kesehatan perawat terutama di kelas III adanya kekurangan, berikut pernyataan informan:

23 orang, dengan jumlah segitu belum. Sekitar 18 orang yang ke pasien soalnya kepala ruangan dan wakil tidak ke pasien sama 2 orang ketua tim. Kalau 1:2 aja masih di angka 20 berarti lebih 8 bed jadi ya belum, terutama kan mobilisasi pasien itu perlu kan ke radiologi dan tindakan lainnya. (IU 6)

Namun justru jumlah yang banyak dari sumber daya manusia harus diimbangi pula dengan memberikan pelayanan kesehatan dengan ditunjang kemampuan terampil, empati dan disiplin sesuai dengan prosedur. Masih adanya beberapa tenaga kesehatan, terutama dengan Dokter Spesialis yang visit kepada pasien masih rendah dan digantikan oleh dokter umum. Berikut kutipan wawancara dengan informan utama:

“Karena disini di visitnya sama Dokter Umum jadi otomatis tingkat apa yaa... beda pemeriksaan sama Dokter spesialis mah jadi bisa itu juga yang mempengaruhi kena LOSnya juga....Ya Dokter Umum, Dokter Dalam juga ke sini tapi dalam seminggu itu ada 2 kali nggak tiap hari.” (IU 6)

Hal tersebut juga diperkuat oleh informan triangulasi, bahwa visit dokter yang terlambat dan dokter yang memeriksa keadaan pasien secara terburu-buru. Kutipan wawancaranya sebagai berikut:

“Teu acan aya ayeuna mah dokter, hoyong na mah aya enggal-enggal kadieu hoyong di pasrios.” (IT 8)
(“belum ada dokter kalau sekarang, pengennya cepat-cepat ada ke sini pengen di periksa”)

“Dokter sumping na sakaredap, jadi gilir mapay. Ngan pami nuju pamariosan mah sok naros keluhan. Hoyong na mah ngobrolna lami lah...” (IT 7)
(“Dokter visitnya sebentar, giliran dengan yang lain, tetapi jika sedang pemeriksaan suka nanya keluhan. Pengennya ngobrolnya lama”)

“Dokter na mah sok rusuh, teu patos kenal lah sareung dokter.”(IT 3)
(“Dokter nya suka terburu-buru, tidak terlalu kenal dengan dokternya.”)

Berdasarkan hasil kutipan wawancara diketahui bahwa Sumber Daya Manusia (SDM) di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya sudah melebihi standar, namun proporsi SDMnya belum sesuai dimana masih lebih banyak SDM dibagian administrasi dibandingkan SDM tenaga

kesehatan. Begitu pula dengan tingkat kedisiplinan dokter yang minim dalam melakukan penanganan medis belum sesuai dengan jadwal yang ditetapkan dalam tata tertib prosedur rumah sakit. Jam visit dokter spesialis dilakukan mulai dari pukul 08.00 maksimal pukul 14.00 setiap harinya.

b. Fasilitas

Fasilitas kesehatan adalah sarana prasarana atau perlengkapan yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan di rumah sakit. Fasilitas yang tersedia dari aspek ketersediaan pelayanan dinilai sudah memenuhi standar sesuai dengan kelas B meliputi fasilitas pelayanan dasar seperti adanya Rawat Inap berdasarkan kelas (I,II dan III), ICU, dan IGD yang ditunjang dengan lima pelayanan medik spesialis dasar seperti pelayanan penyakit dalam, pelayanan anak, pelayanan bedah, pelayanan obstetri dan ginekologi. Namun dari aspek fasilitas penunjang memang keadaanya tidak berfungsi. Berikut kutipan wawancara dengan informan utama:

“Udah ya tapi mungkin belum optimal, misalkan kaya kelas I, kelas II, III, ICU, Intensif ya, penunjang IGD kaya gitu mah udah ada kalau berdasarkan standar Rumah Sakit tipe B kita udah terpenuhi. Berdasarkan standar Rumah Sakit tipe B kita udah terpenuhi, karena sarana dan prasarana yang pendukung yang menjadi rumah sakit tipe B kan terpenuhinya lima pelayanan. Ada yang gawat darurat, dokter anak, kandungan apa-apa gitu jadi secara ini udah memenuhi kalau menurut saya” (IU 9)

Keadaan fasilitas yang belum optimal di setiap ruang rawat inap karena ada penambahan jumlah tempat tidur di kelas III tetapi jumlah

kunjungan pasien rawat inap yang tetap. Berikut kutipan wawancara mengenai penambahan tempat tidur:

“Karena mungkin BOR bisa menurun itu karena ada penambahan tempat tidur dari 2014 aja ini kapasitas bed di kelas III di melati II,III,IV,V berarti empat blok ya di kali 50 aja udah 200 bed, padahal ini dulu bekas ruang 4 bedah yang cuman berapa bed pokonya di bawah 50 nah dari itukan ada penambahan itu berarti BORnya itu misalkan pasiennya masih tetep stagnantlah paling naik sedikit tapi tempat tidur udah disini otomatis kelihatan BORnya karena tempat tidur yang banyak.” (IU 3)

Sedangkan kalau dilihat dari kapasitas jumlah ruang rawat inap untuk kelas I dan II justru pada saat ini kurang, karena pasien yang kunjungan meningkat ada di kelas I dan kelas II, berikut kutipan wawancaranya:

“Upami ditingali tina kapasitas anu ayeuna nu ku abi alami di wijayakusumah mah tidak sesuai banyak terus kalau ke sini mah, jadi ruangnya sih pasiennya keluar masuk kalau kata saya mah kurang kelas I nya” (IU 1)
(“kalau dilihat dari kapasitas sekarang yang dialami oleh saya di ruang wijaya kusumah tidak sesuai karena pasien yang datang banyak terus ke ruangan wijayakusumah, sedangkan pasien terus keluar masuk kalau kata saya untuk kelas I.”)

“Kita kemarin sangat-sangat kekurangan kelas I dan kelas II, nah tetapi mulai kedepan mulai hari ini kedepan mulai menata agar semua kelas itu tersedia tempat tidurnya ya.” (IU 10)

Begitu pula dengan keadaan ruang rawat inap dimana masih ada ruang rawat inap yang belum sesuai dengan standar dalam luas ruangan dan keadaan fasilitas serta kenyamanan mulai dari ventilasi sampai dengan kebersihan yang ada di ruang rawat inap maupun kamar mandi pasien. Berikut pernyataan dari informan sebagai perawat yang bertugas di ruang rawat inap yang dalam hal ini merupakan informan utama:

“Kalau bisa sih ruangnya diperbaiki dulu penempatan-penempatan perkamarnya. Jadi ruangan ini bekas bukan diperuntukan kelas II, ini ruangan anak bukan diperuntukan dewasa. Liat dari bangunannya juga depek begini, terus tempat tidurnya ruangnya juga neng tau sendiri yaa.. kalau untuk dewasa agak-agak sempit kurang luas teu sesuai lah intinya mah kalau menurut saya mah. Tidak sesuai dari luas dan kapasitasnya juga masih kurang, kelas II kalau tiga juga nggak papa cuman ruangnya agak-agak luas harusnya” (IU 4)

“terus kondisi kamar dengan tempat tidur ruang mawar mah sebenernya mah kurang dari standar kitunya soalnya untuk kelas II mah luas kamarnya tadina ieu kan ruang anak cuman karena ruang anak ini ditutup dialih fungsikan jadi orang dewasa jadi penginteun luas kamarnya asa kurang sesuai untuk ukuran kelas II mah tadinya untuk ruang anak kelas II jadinya untuk ruang dewasa. Ada yang 2 ada yang 3 bed yang terpisah cuma satu kamar iu, itumah ruang khusus... sekitar 1.5 sekitar 1 meter lumayan sempit” (IU 2)

“Belum ada (fasilitas umum seperti televisi di kelas I), karena kita juga sedang pembenahan mudah-mudahan 2022 kita bisa bersaing dengan yang lain. Ini juga lagi proses belum mulai.” (IU 10)

Hal tersebut juga dirasakan oleh pasien rawat inap yang dalam penelitian ini merupakan informan triangulasi, berikut ungkapan informan:

“Namun pada saat pembersihan ruang rawat inap yang kurang bersih, biasanya kan kalau dibersihkan jam 6 pagi tapi suka siang pembersihannya..... Cuma dari segi kebersihan kamar mandi kurang bersih” (IT 2)

*“...kebersihan na kirang bersih tuh itu ramat ge kedah na mah teu aya.”(IT 3)
 (“...kebersihannya kurang bersih itu ada jaring laba-laba harusnya kan tidak ada.”)*

*“...penunjang na panginteun sapertos ventilasi, teras kadang perlu hiburan kitu he he he televisi ge teu aya mung aya tempatna hungkul AC ge ngan aya AC na hungkul teu aya remotna mah, cai kadang susah kadang suka nyala kadang susah.” (IT 4)
 (“...kayanya penunjang seperti ventilasi, terus kadang suka perlu hiburan hehehe televisi juga tidak ada cuma ada tempatnya aja AC juga cuma ada Acnya aja remotnya tidak ada, air kadang susah kadang suda ada kadang sudah.”)*

*“Manawi teh pasien umum teh sae, perkawis AC wartoskeun butut tuh nyandak kipas dapur, tuh teh teu aya Tv aan” (IT 5)
 (“kirain pasien umum akan bagus, sampaikan kondisi AC rusak membawa kipas dapur, tidak ada televisi”)*

Dari kutipan wawancara di atas bahwa pasien mengeluhkan mengenai fasilitas mulai dari kebersihan ruang rawat inap, kamar mandi kenyamanan di ruang rawat inap. Berdasarkan pengamatan yang dilakukan diketahui bahwa pemenuhan sarana prasarana di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya masih adanya fasilitas atau sarana prasarana yang memang belum sesuai yaitu luas bangunan di ruang mawar dimana ruang tersebut merupakan ruang rawat inap kelas II yang diperuntukan untuk dewasa namun merupakan peralihan dari ruang rawat inap anak karena bangunannya merupakan bangunan lama dan belum menyesuaikan dengan standar yang ada sehingga masih ada beberapa kamar yang seharusnya bisa diisi maksimal 4 tempat tidur ini hanya mampu 2-3 tempat tidur per kamarnya. Begitu pula dengan pemerataan tempat tidur karena setiap tahunnya di kelas III selalu ada penambahan jumlah tempat tidur namun tidak dibarengi dengan peningkatan kunjungan pasien rawat inap, sedangkan kunjungan pasien rawat inap di kelas I dan kelas II sedang meningkat dan ketersediaan ruang rawat inap kurang.

Selain dari kondisi ruang rawat inap ada beberapa fasilitas penunjang untuk mendiagnosis penyakit dalam kondisi rusak, sehingga nantiya berpengaruh terhadap penggunaan tempat tidur (BOR) karena

terjadi rujukan ke fasilitas kesehatan yang ada karena tidak tepenuhinya fasilitas penunjang, atau pasien akan mendapatkan keterlambatan pelayanan akibat pemeriksaan yang belum dilakukan sehingga akan berpengaruh terhadap lama rawat (LOS). Berikut kutipan wawancaranya:

*“Rumah sakit pemerintah dengan rumah sakit swasta tentunya beda dalam hal penyediaan alat-alat mungkin bisa dianggap lebih lengkap kalau dipemerintahan, tapi lengkap bukan berarti harus sejalan dengan kualitas banyak alatnya cuman misalkan kondisi bagaimana sering rusak...disini banyak kaya CT-Scan, kaya MRI, kaya radiologi utamanya ada alatnya cuman nggak bisa dipakai karena rusak, karena mungkin tingkat perawatannya yang kurang, ataupun hal-hal yang lain yang berhubungan dengan faktor biaya perawatan dan sebagainya itu berpengaruh. Dalam artian bukan berarti tidak lengkap cuman lengkapnya bisa dipakai atau tidak....
Iya rujukan kalau nggak ada fasilitas yang tersedia di Rumah Sakit otomatis dia harus di rujuk ke rumah sakit yang punya fasilitas yang diharapkan.” (IU 3)*

*“Pemeriksaan Lab kali-kali kadang misalkan jenis pemeriksaanya yang dokter misalkan minta untuk elektrolit untuk kebutuhan cairan itu misalkan pasien itu gangguan dari elektoritnya kita disini misalakan ngga ada harus keluar tapi itu juga sekali-kali. Tergantung kebutuhan pasien sama Dokter yang seharusnya diperiksa nggak ada, itu juga bisa koordinasi kalau lab bisa dikordinasi dengan kimia farma kalau BPJS minta persyaratan BPJSnya. Cuman ribetnya kita harus manggil orang luar nggak bisa ambil darah kita yang ambil darah kita yang nggak ngambil darahnya. Kalau orang lab dari disinikan khusus orang lab juga yang ngambil ke pasien kita mah kan cuman merawat pasien di ruangan.
...terkecuali kalau ada CT-Scan, kan kebetulan alat CT-Scan disini rusak udah beberapa tahunlah. Soalnya kalau dibetulin mungkin biayanya gede banget, jadi kadang CT-Scan keluar kadang pasien harus bayar dulu sendiri. Kalau misalkan CT-Scan kan lumayan ya Rp.1 juta lebih Rp.800 kalau misalkan yang polos. Kadang kita harus pasien bayar dulu sendiri nanti diganti dari rumah sakit yang penting ada kwitansi” (IU 4)*

“Sebenarnya sih banyak pemeriksaan penunjang yang sekarang lagi kosong disini. Jadikan menghambat sih soalnya kadang-kadang kan pasien penjaminnya BPJSkan kalau keluar harus ngeluarin dulu

uang yaa kalau disinikan mereka udah masuk tarif disini gitu tarif rumah sakit.” (IU 5)

“Kalau fasilitas mah cukup memadai. Paling satu itu tuh penunjang mah kaya CT-Scan itu yang ngga ada. Heem harus lebih lengkap, dulu ada MRI terus CT-Scan juga ada sekarangkan ngga ada, nggak berfungsi rusak” (IU 6)

“Kalau fasilitas masih banyak yang harus diperbaiki dilengkapi jadi sarana prasarannya ya, jadi ada beberapa sarana penunjang ataupun pemeriksaan penunjang masih belum lengkap. Ada alatnya tapi nggak bisa dipakai jadikan perlu, mungkin lebih kearah manajemennya tapi memang perlu dilengkapi sih sarana prasarana ada tapi rusak kondisinya itu harus diperbaiki memang masih inilah ya perbaikan yaa... Kalau saya dibidang saya, saya merujuk pada pasien karena saya spesialisnya diparu merujuk pasien pasti dengan keganasan. Karena fasilitas disini untuk prodiagnostik penegakan diagnostik keganasan tidak ada. Kalau di bidang saya seperti bronkoskopi CT-Scan, jadi memang pasien-pasien yang kita curiga kearah keganasan akhirnya saya rujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap ke Bandung saya kemarin saya rujuk karena disini tidak tersedia sarana prasarana tidak tersedia.” (IU 7)

Berdasarkan kutipan wawancara di atas adanya fasilitas penunjang yang kurang maupun sedang dalam kondisi rusak ataupun tidak ada seperti MRI, CT-Scan, Bronkoskopi. Hal tersebut diakibatkan karena faktor perawatan yang disebabkan karena biaya, sehingga perbaikan mengalami keterlambatan. Begitu pula dengan hasil observasi fasilitas dan alat kesehatan yang harus ada di ruang rawat inap masih ada yang belum tersedia (Lampiran 4 lembar hasil observasi).

c. Promosi

Promosi rumah sakit merupakan salah satu upaya yang bisa dilakukan untuk menginformasikan RSDU dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya pada masyarakat sebagai fasilitas pelayanan kesehatan. Promosi yang dapat dilakukan secara lisan maupun secara tulisan

dilakukan sesuai ketentuan rumah sakit. Adapun indikator efisiensi pelayanan rawar inap dipengaruhi oleh promosi kesehatan adalah penggunaan tempat tidur (BOR) dan rendahnya permintaan atas tempat tidur (TOI) dimana hal dapat dipengaruhi oleh kurangnya pemasaran yang dilakukan rumah sakit. Berikut pernyataan informan yang membahas mengenai promosi rumah sakit:

“Euum promosi-promosinya belum terlalau optimal, makannya saya secara pribadi di bidang pelayanan meminta ke manajemen di 2022 harus ada marketing dan timnya saya minta seperti itu. Kalau ada ya marketingnya tidak terlalu apa ya namanya tidak terlalu apa namanya gugurusukan gitu. Kita kan layanan bisnis harusnya terbuka luas kita belum ke arah sana” (IU 10)

“Sistem informasinya itu yang harus kita inikan, nah sistem informasinya itu belum maksimal banget. Biasanya kalau dulu pas sebelum itu kita suka ikut acara yang acara dari pemerintah kota yang di dadaha itu tasik festival kaya gitu. Kadang via radio kadang suka ada panggil dokter yang ngasih materi terkait apa baru-baru Dokter Jiwa ngasih materi terkait ini itu narasumbernya jadi radio kaya gitu yaa.” (IU 9)

Berdasarkan dua kutipan wawancara di atas promosi yang dilakukan oleh pihak manajemen biasanya secara langsung pada saat acara festival yang diadakan oleh pemerintah kota Tasikmalaya. Namun dengan adanya pandemi kegiatan tersebut dihentikan, sehingga promosi yang dilakukan memang belum optimal, jadi promosi mengenai rumah sakit yang masih dilakukan via radio pada saat Dokter menjadi narasumber.

d. Sumber-Sumber Pendanaan

Pendanaan di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya dari APBN dan APBD dan Operasional rumah sakit dalam perencanaan memenuhi

dan melengkapi kebutuhan di rumah sakit, adapun pernyataan informan terkait pendanaan rumah sakit dalam menunjang pelayanan kesehatan di RSUD dr. Soekardjo adalah:

“Sumber pendanaan di Rumah Sakit itu kita itu euuu dari ada tiga ada yang dari BLUD Rumah Sakit pendapatan operasional dari pasien, kemudian kedua kita minta bantuan ke Pemerintah Pusat bisa dari APBN dan dari APBD bisa berupa dana bantuan alokasi khusus nah itu tiap tahun kita suka dapet. Dari APBD satu Provinsi Jawa Barat terus kita kadang suka dapet dari Pemerintah Kota juga.” (IU 9)

“Ada yang dari DAK dari Pusat, ada yang hubungannya dari APBD Jabar, APBD Kota dan operasional rumah sakit itu sendiri.” (IU 10)

Tentunya dari sumber-sumber pendanaan yang ada dalam pelaksanaannya masih menemui hambatan yang nantinya akan mempengaruhi dari pemenuhan kebutuhan rumah sakit begitu pula dengan pemeliharaan apalagi di rumah sakit ini ada fasilitas, sarana dan prasarana yang dalam keadaan rusak, berikut wawancara dengan informan:

“Kalau dari perbaikan itu tidak bisa mengusulkan ke Pusat, karena itu harus dibagi sama kita atau sama Pemerintah Kota untuk pemeliharaannya. Tapi untuk pengadaan si unitnya itu bisa mengajukan ke Pemerintah Pusat, karena harganya juga kan lumayan mahal kalau dari ini kan habis dong uangnya... Antara budget yang dikeluarkan untuk pemeliharaan dengan rencana pendapatan yang nantinya akan didapatkan belum bisa terukur gitu tah. Jadi belum tau apakah dengan pemeliharaan si alat itu teh kalau udah beres apakah bisa menghasilkan nya lebih banyak lagi atau bagaimana surplus ke kita, kalau emang budgetingnya besar terus nanti rencana nanti pendapatannya jadi ada gap lagi nanit. Terus keduanya lagi udah dianalisis ternyata budgetingnya besar gitu si untuk perbaikan alat itu teh. Makannya tahun ini, untuk yang MRI kita usulin pengadaan lagi udah ada, tinggal yang CT-Scan kita fokus. Kalau dipemeliharaan itu di budgetnya segini, nah kita tuh belum mengukur kalau ini diperbaiki fungsi baik lagi nggak atau nanti akan bakal nambah lagi kerusakan satu itu. Keduanya antara nanti pendapatan yang kita dapatkan dari si alat itu bekerja berapa gitu tah belum bisa keukur-keukur.” (IU 9)

“Hambatannya banyak, hambatannya dari operasional ya itu dari marketing itu sendiri. Kita kalau marketing jelek kita tidak menghasilkan uang operasional anggaran yang gede. Untuk hambatan APBD APBN itu ya tergantung ya kebijakan” (IU 10)

Berdasarkan dari dua kutipan informan bahwa untuk pemenuhan alat kesehatan di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya itu bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) baik dari Provinsi Jawa Barat maupun pemerintah Kota Tasikmalaya dan Dana Alokasi Khusus yang bersumber dari APBN. Namun untuk pemeliharaan bersumber dari dana operasional yang dalam hal ini karena penggunaan tempat tidur yang masih minim sehingga pendapatan yang diperoleh juga minim, sedangkan *spare part* (suku cadang) memerlukan biaya yang lumayan besar.

e. Sistem Rujukan

Sistem rujukan merupakan penyerahan tanggung jawab baik dari fasilitas pelayanan kesehatan pertama seperti Puskesmas, balai pengobatan dan klinik pengobatan dan rujukan selanjutnya adalah rumah sakit mulai dari tipe D dilanjut tipe C terus ke tipe B dan terakhir di tipe A. Berikut kutipan wawancara dengan informan mengenai sistem rujukan di rumah sakit:

“Jadi kita itu untuk rawat inap dari tahun 2019 apa 2020 ya ada ketentuan yang berjenjang Rumah Sakit rujukan berjenjang itu. Nah kita itu rumah sakit tipe B, ada ketentuan dari BPJS bahwa “setiap pasien yang akan ke rumah sakit rujukan itu harus melalui rumah sakit di bawahnya dulu”. Jadi berjenjang misalkan dari Puskesmas atau Faskes harus ke Rumah Sakit tipe C dulu, kalau tipe C tidak bisa

terngani baru bisa ke tipe B. Itulah masalahnya, disekitar Kota Tasikmalaya udah banyak Rumah Sakit tipe C. Nah jadi mungkin peluang secara ininya kita merupakan jadi acaman yaa terhadap kunjungan mungkin kita mengefektifitaskan dari segi pasien yang datang ke IGD aja karena kan rujukan jadi melayani pasien yang datang ke IGD. Kalaupun dari rawat jalan yang memerlukan rawat inap kan harus berjenjang dulu, jadi otomatis secara kunjungan udah mulai berkuranglah jadi makannya BOR juga turun kenapa karena salah satu masalahnya itu.

Dari segi fasilitas kita itu udah terpenuhi, cuma masalahnya di Rumah Sakit tipe C juga itu si fasilitasnya udah ada sama kaya kita. Cuma bedanya kaya dari segi ada barang-barang spesialistik kaya cathlab mereka nggak punya. Tapi secara standar si pasien itu kadang bisa ditangani sama mereka.” (IU 9)”

Berdasarkan kutipan wawancara di atas masalah yang dihadapi oleh rumah sakit yaitu persaingan dengan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada disekitar RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya karena rujukan berjenjang yang harus dilewati di bawah tipe B terlebih dahulu dengan keadaan rumah sakit pesaing yang fasilitas yang dimiliki hampir sama tentunya akan menghambat kepada penggunaan tempat tidur (BOR).

Selain dari hal itu, karena kurangnya fasilitas dalam memberikan pelayanan untuk mendiagnosa penyakit itu juga yang akan menyebabkan rujukan, berikut kutipan dari informan:

“Kalau saya dibidang saya, saya merujuk pada pasien karena saya spesialisnya diparu merujuk pasien pasti dengan keganasan. Karena fasilitas disini untuk prodiagnostik penegakan diagnostik keganasan tidak ada. Kalau di bidang saya seperti bronkoskopi CT-Scan, jadi memang pasien-pasien yang kita curiga kearah keganasan akhirnya saya rujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap” (IU 7)

“Iya rujukan kalau nggak ada fasilitas yang tersedia di Rumah Sakit otomatis dia harus di rujuk ke rumah sakit yang punya fasilitas yang diharapkan.” (IU 3)

Ditambah dengan rujukan berjenjang dan banyaknya Rumah Sakit kompetitor di sekitar RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya yang

mendapatkan rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan di bawahnya seperti ke Puskesmas ke rumah sakit tipe C terlebih dahulu, berikut pernyataan informan lainnya yang menyatakan hal sama terkait rujukan:

“Kunjungan jadi begini, jumlah kunjungan dengan adanya penyediaan tempat tidur itu belum balance, kedua dengan adanya kompetitor Rumah Sakit lain kan banyak sekarang bermunculan rumah sakit-rumah sakit swasta otomatis menyediakan tempat tidur sedangkan penambahan jumlah penduduk dengan penambahan tempat pelayanan kesehatan mungkin lebih progres jumlah tempat pelayanan karena jadi kompetisi di masalah service itu juga faktor variabel pengaruh terhadap tingkat keterisian tempat tidur” (IU 3)

“faktor Puskesmas juga sudah melayani sudah terfasilitasi, kan sekarang banyak yaa euu Puskesmas yang ada rawat inap jadi itu juga mempengaruhi. Terus dulu disini sempet full yaa 48 tuh tiap hari tuh 48, nah diakibatkan dari Rumah Sakit sebelumnya ada SMC, terus dengan BPJS yang berjenjang agak ada penurunan. Misalnya rumah sakit kita kan tipe B nah jadi jenjang BPJS itu kan harus ke tipe C dulu, sedangkan Rumah Sakit ini dikelilingi oleh berapa Rumah Sakit coba... TMC terus juga Jasa Kartini terus euu Permata Bunda Prasetya Bunda seperti itu selain Rumah Sakit Kabupaten kan belum ada jadi kan ke sini karena kan sudah lebih banyak di SMC sekarang dengan SCM kan tipe C.” (IU 6)

f. Cara Pembayaran

Cara pembayaran merupakan metode pembayaran yang dilakukan atas pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien berdasarkan aktivitas layanan yang diberikan. Model pembayaran kesehatan ini dengan sistem asuransi seperti BPJS, Asuransi Kesehatan dan lain sebagainya. Salah satu sistem pembayaran dari BPJS yaitu dengan INA-CBGs. Pembayaran INA-CBGs adalah pembayaran yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit. Pembayaran ini dikembangkan dari sistem bauran kasus dengan mengelompokkan

diagnosis dan prosedur dengan ciri klinis serta biaya yang sama atau mirip. RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya sudah mengaplikasikan sistem INA-CBGs. Berikut pernyataan informan tentang pengaruh BPJS terhadap kunjungan pasien yang hal ini tentunya berpengaruh pada nilai BOR. Adapun pernyataannya adalah sebagai berikut:

“Caranya ada dua, ada yang umum ada yang asuransi. Kalau yang umum transaksinya langsung kalau yang umum premi. Berpengaruhnya itu hubungannya dengan gini-gini ada kesenjangan ya kalau INA-CBGs kan paket dengan operasional. INA-CBGs itu orientasinya berarti ke administrasi kalau operasional orientasinya ke klinis. Dikala INA-CBGs misal dipaket sekian juta, klinis itu tidak bisa diprediksi karena hubungannya dengan kondisi pasien. Ngga ada yang double, dan kita juga menerapkan yang INA-CBGs itu tidak ada cost sharing. Karena misal haknya kelas III ternyata penuh kita naik ke kelas II, nah cost sharing itu tidak kita minta tidak kita bayar karena kesalahan kita tidak menyediakan tempat Jadi begini INA CBGs itu, artinya begini euu BOR, LOS, TOI adalah salah satu indikator nah artinya tata kelola klinis sinergis dengan INA-CBGs pasti efektif efisien. Akan tetapi, bahwa INA-CBGs berorientasi ke administrasi dan berioentasi ke klinis ini akan jadi sejang ini akan berpengaruh kepada BOR, LOS, TOI akan tetapi kalau tata kelolanya bagus berarti BOR, LOS, TOI nya juga bagus INA-CBGsnya akan sinkron dengan keadaanya.” (IU 10)

Bahwa sanya kebanyakan pasien rawat inap di RSUD dr. Soekardjo ini merupakan peserta BPJS yang tentunya penggunaan pembayaran tidak langsung, berikut kutipan dari informan:

“BPJS Kebanyakannya, umum juga ada” (IU 9)

Berdasarkan dua kutipan wawancara di atas, dapat kita ketahui sistem pembayaran di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya dilaksanakan dengan menggunakan secara langsung dan tidak langsung. Selain itu juga menerapkan sistem INA-CBGs yang dalam hal ini disesuaikan dengan pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan ciri

klinis serta biaya yang sama/ mirip. Namun apabila kondisi pasien yang memang harus mendapatkan prosedur klinis lebih dari yang sudah ditetapkan oleh INA-CBGs tentunya akan berpengaruh terhadap indikator pelayanan rawat inap (BOR, LOS, TOI dan BTO). Begitu pula dengan sistem *cost sharing* apabila pasien tidak mendapatkan hak sesuai dengan kelasnya dan mengharuskan naik ke kelas di atasnya maka pasien hanya dikenakan biaya sesuai kelasnya.

g. Sosial Kultural

Sosial 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, pemilihan Rumah Sakit menurut pasien yang dalam penelitian ini sebagai informan triangulasi kutipan wawancaranya sebagai berikut:

“Awalna mah tiasa lebeut ka dieu teh ti poli heula.mau dicabut selang, aya selang ditanem di ginjal waktunya kan pemasangannya 2 bulan katanya harus dibuka di dr. Soekardjo. Awalnya mah di TMC di pasangnyanya karena pasien BPJS jadi bisanya di Soekardjo minta rekomendasi dari poli dan arahakan untuk daftar di OK dan dirawat satu hari” (IT 2)

(“awalnya bisa dirawat disini dari poli dulu, karena mau cabut selang yang ditanam di ginjal waktu pemasangannya 2 bulan katanya harus di buka di dr. Soekardjo. Awalnya pasangnyanya di TMC karena pasien BPJS jadi bisannya di Soekardjo minta rekomendasi dari poli dan diarahkan untuk daftar di OK dan dirawat satu hari”)

“Kumargi didieuh mah aya transfusi darah aya PMI na fasilitas na tos memadai” (IT 5)

(“karena disini ada transfusi darah ada fasilitas PMI yang sudah memadai”)

“Didieu mah seeur nu ngadonor, kaleresan aya didieu PMI biasa. Saur puskesmas kedah dirawat, kedah di transfusi darah kan kirang HB. Sajaba ti kitu Rumah sakit ieu teh ringan nya neng.... nya ngaetaeunkeun biaya nya ringan” (IT 8)
(“disini banyak yang donor, kebetulan ada PMI disini sudah biasa. Kata Puskesmas harus di rawat, harus transfusi darah soalnya HB kurang. Selain itu biaya Rumah Sakit ringan ya neng... iya soalnya biayanya ringan”)

“Sateuacan na abi teh berobat di puskesmas teras dipiwarang kadieu. Nya abi mah nurut we” (IT 6)
(“sebelumnya saya berobat di puskesmas terus disuruh kesini, ya saya manut aja”)

“Pas saur Dokter kedah di rawat abi mah nurut we saur Bapak milih Rumah Sakit ieu” (IT 7)
(“pas kata dokter harus dirawat saya nurut aja kata Bapak milih Rumah Sakit ini”)

Dari kutipan wawancara di atas alasan dalam memilih RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya sebagai tempat rawat inap pertama karena pasien tidak bisa ditangani di fasilitas kesehatann yang di bawahnya yaitu rumah sakit tipe C sedangkan rumah sakit RSUD dr. Soekardjo merupakan tipe B, ke dua merupakan pasien rujukan berdasarkan rekomendasi dari fasilitas kesehatan atau puskesmas pasien masuk melalui Intalasi Gawat Darurat rumah sakit. Ketiga pasien memilih karena tersedianya pelayanan donor darah. Keempat pemilihan tempat rawat inap karena merupakan pilihan orang tuanya. Dan yang kelima pemilihan tempat rawat inap karena tarif pelayanan di rumah sakit ringan. Begitu pula dengan kunjungan rawat inap kebanyakan merupakan pasien peserta BPJS.

h. Angka Kesakitan

Dengan adanya wabah pandemi COVID-19 sehingga ruang rawat inap lebih banyak di ruang Isolasi pada saat terjadi puncak lonjakan kasus yaitu periode bulan Juli-Agustus sehingga ruang rawat inap biasa menurun penggunaan tempat tidur, dan pada saat kasus menurun ruang rawat inap berangsur kembali menaik. Pernyataan informan yang menunjukkan hal tersebut:

“Berpengaruh fokusnya selama Pandemi ya awal pandemi pasien umum berkurang pertengahan pandemi naik lagi pasien COVID kan turun kemarin puncak kasus naik lagi pasien umum berkurang lagi soalnya yang biasanya di rawat disini dengan kasus bedah, euu jantung, dalem semua kalau kena yang positif COVID jadi disini menurun. kalau ke sini eu pasien yang masuk ke sini harus dengan PCR negatif. Kalau misalnya Post COVID 2 kali PCR negatif boleh masuk sini kalau misalnya suspek COVID yang misalnya IgG nya positif IgM nya negatif atau IgG IgM nya positif tapi antigennya negatif nah itu kan suspek, Masuknya kalau misalnya di ruang isolasi penuh di kohorting dulu disini ada dua kapasitas tempat tidur di kamar 9 sama kamar 10 untuk yang ksusus suspek COVID.... dirawat disini (Ruang Wijayakusumah) tapi di kamar itu....kamar kohorting, kalau hasilnya positif kita pindahkan ke isolasi” (IU 1)

“Eu kalau di ruangan biasa mah kayanya kalau sekarang-sekarang mah di ruangan mah nggak pernah. Tapi kalau di ruangan isolasi atau COVID mah pernah overload Juli Agustus, tapi ruangan biasa mah justru mah menurun. Kalau dari ruangan biasa kondisi pandemi kemarin hampir semua ruangan biasa termasuk disini pasiennya menurun drastis, karena mungkin ketakutan masyarakat panginteunya karena kondisi pandemi kan waktu bulan Juli Agustuskan melonjak hampir yang di IGD hampir semua pasien hasil PCR nya positif jadi yang kesini teh (ruang rawat inap umum) euu menurun drastis” (IU 2)

“pada masa pademi tingkat keterisian indek BORnya turun drastis. Disini kalau dulu sebelum pandemi ini hampir 100% BORnya setelah pandemi ya mungkin disekitaran di bawah 50% lah 30% itu udah bagus udah lumayan kemarin bulan Juli cuman 13,5 kalau nggak salah, tapi cuman sekarang alhamdulillah naik lagi tingkat keterisiannya udah full sekitar mendekati 50% nan lah.” (IU 3)

“Adanya pandemi sangat berpengaruh karena ketika di IGD dilakukan screening COVID, ketika kondisi pandeminya masih dalam meningkat tajam ya.. euu pasien untuk rawat inap biasa itu jadi minimal sedikit gitu ya. Rata-rata walaupun dengan keluhan-keluhan yang lain juga tetap nanti ketika screeningnya COVIDnya positif tetap ke ruang COVID dulu, sampai bulan Juli kalau Agustus September sudah mulai melandai euu ruang rawat inap biasa sudah mulai terisi. Sekarangkan disini sudah mulai terisi sekarangkan disini sudah full terus.” (IU 4)

Berdasarkan kutipan wawancara di atas bahwa sanya adanya trend angka kesakitan yang mempengaruhi keterisian dari tempat tidur dimana pada saat pandemi COVID-19 kasusnya melonjak ruang rawat inap yang menjadi isolasi akan penuh dan ruang rawat inap biasa menurun. Namun apabila kasus COVID-19 menurun penggunaan tempat tidur di ruang rawat inap biasa menaik. Begitu pula dengan adanya sistem test PCR ataupun antigen kepada pasien itu juga akan berpengaruh terhadap penempatan pasien di rawat apabila pasien positif walaupun penyakitnya didiagnosis di ruang rawat inap biasa penempatannya akan ditempatkan di ruang isolasi.

Dan dengan periode bulan-bulan tertentu yang memang biasanya terjadi lonjakan kasus penyakit endemik seperti demam berdarah (DBD).

“Faktor hampir 90% itu masalah itu pandemi masalah itu tadi yang disebutkan, selain itu juga trend angka kesakitan kaya DBD biasanya ada kurva pertahunkan udah jelas tiap bulan apa pasti kurvanya naik angka-angka kesakitannya DBD misalkan bisa diprediksi misalkan kalau nggak salah di pertengahan tahun biasanya dia kurvanya naik trend grafiknya angka morbiditasnya nah mungkin emmm cuman selama masa pandemi kasusnya ini turun. “ (IU 3)

“Adanya pandemi sangat berpengaruh karena ketika di IGD dilakukan screening COVID, ketika kondisi pandeminya masih dalam meningkat tajam ya.. euu pasien untuk rawat inap biasa itu jadi minimal sedikit gitu ya. Rata-rata walaupun dengan keluhan-keluhan yang lain juga

tetep nanti ketika screeningnya COVIDnya positif tetep ke ruang COVID dulu, sampai bulan Juli kalau Agustus September sudah mulai melandai euu ruang rawat inap biasa sudah mulai terisi. Sekarangkan disini sudah mulai terisi sekarangkan disini sudah full terus.”

Selain itu juga rata-rata pengunjung pasien rawat inap merupakan pasien penyakit dalam seperti penyakit Diabetes Melitus dan penyakit Jantung, berikut kutipan wawancaranya:

“Dan yang paling banyak pasien Dalam, biasanya DM yang selanjutnya Jantung.” (IU 2)

Selain dari keterisian tempat tidur, lama rawat juga dipengaruhi dari komplikasi penyakit sehingga ada yang sampai lama rawat (LOS) hampir 2 minggu artinya kurang lebih 14 hari melebihi dari standar yang ditetapkan yaitu 3-12 hari untuk lama rawat ataupun masalah pasien yang memerlukan tindakan namun belum menandatangani lembar persetujuan tindakan. Berikut kutipan wawancaranya:

“Banyak ya misalkan pasien dengan komplikasi, pasien dengan penyakit penyerta apa gitu ya. Terus misalkan itu euu pasien yang istilahnya butuhkan pemeriksaan penunjang atau butuh tindakan tapi pasien yang belum acc belum persetujuan jadikan agak terhambat ya untuk intervensi selanjutnya. Terus juga banyaknya ini juga ada juga pasien yang udah lama banget dirawatnya udah hampir 2 minggu itu karena banyak penyertanya.” (IU 5)

Namun untuk pasien bedah lama rawatnya berada diangka normal yaitu lama rawatnya 3 hari atau kurang dari seminggu, berikut pernyataan dari informan:

“Euu gggak sih, soalnya kan hari rawatnya nggak lama, jadi disini cuman tiga hari apalagi kebanyakan pasien bedah ya jadi tiga hari keluar jadi kurang dari seminggulah hari rawatnya” (IU 1)