



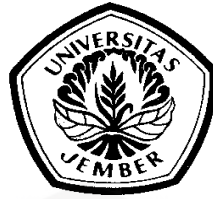
**SUMBER DAYA TERHADAP RENDAHNYA CAPAIAN *BED*
OCCUPANCY RATE (BOR) BERDASARKAN PENILAIAN PASIEN
RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PARU JEMBER TAHUN 2017
(Studi Kualitatif Pada Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember)**

SKRIPSI

Oleh

**Renny Indharwati
NIM. 152110101252**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
TAHUN 2018**



**SUMBER DAYA TERHADAP RENDAHNYA CAPAIAN *BED*
OCCUPANCY RATE (BOR) BERDASARKAN PENILAIAN PASIEN
RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PARU JEMBER TAHUN 2017
(Studi Kualitatif Pada Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember)**

SKRIPSI

Oleh

**Renny Indharwati
NIM. 152110101252**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
TAHUN 2018**

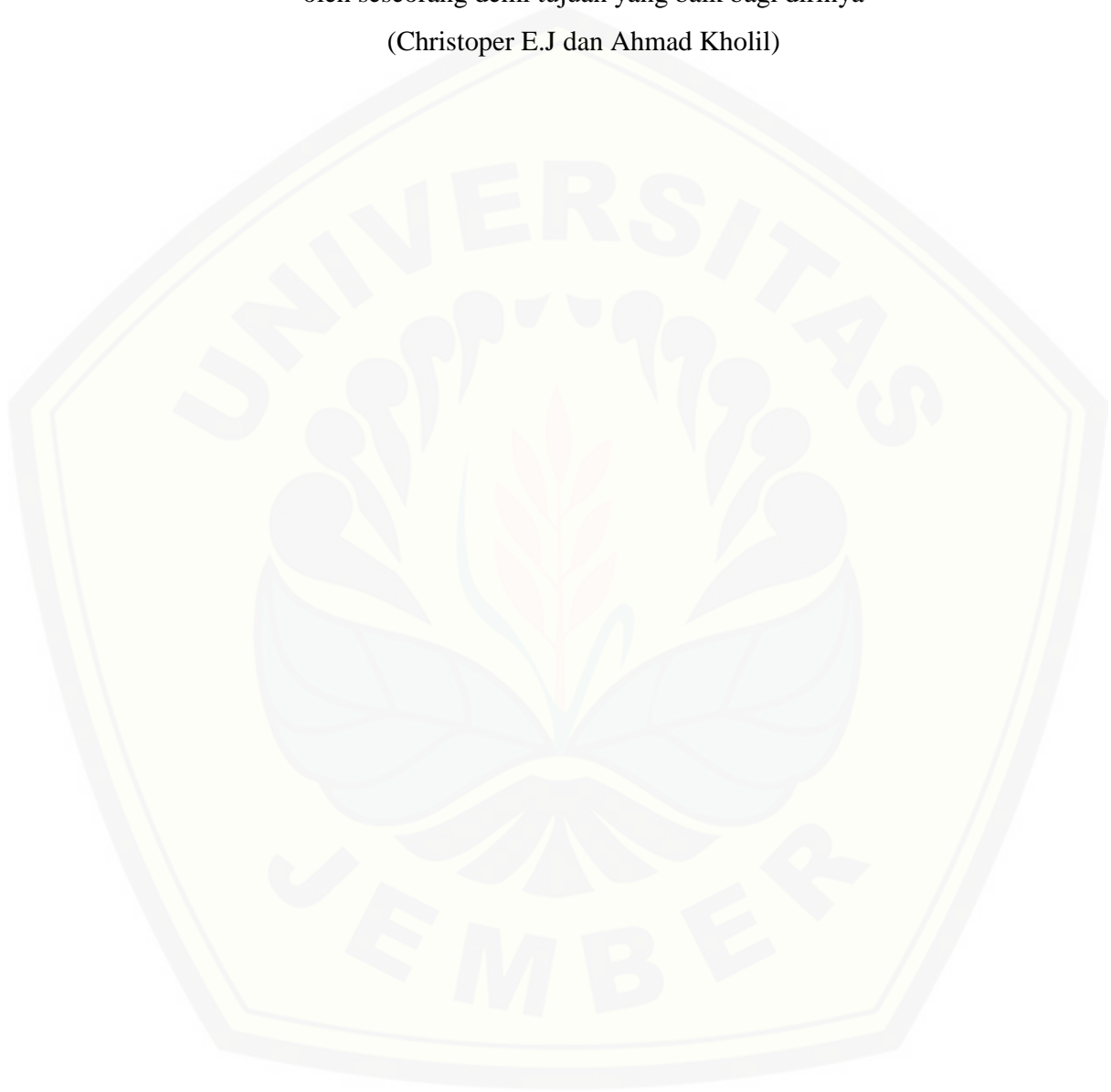
PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Kedua orang tua saya, Ayah Sutarno dan Ibu Unayati. Terimakasih untuk segala dukungan, semangat, harapan, dan doa selalu diberikan tiada hentinya demi kesuksesan saya.
2. Adik saya tersayang, Tanty Kurnia Basuki dan Tryan Kurnia Basuki yang selalu menjadi penyamangat dan teman berjuang bersama dalam perjalanan kehidupan saya.
3. Seluruh Bapak dan Ibu guru dari TK, SD, SMP, SMA dan Perguruan Tinggi yang telah menghantarkan saya sampai menjadi Sarjana Kesehatan Masyarakat.
4. Almamater Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang tercinta.
5. Agama, Nusa dan Bangsa.

MOTTO

Sejatinya cobaan atau masalah adalah ujian yang Tuhan kirim untuk dihadapi
oleh seseorang demi tujuan yang baik bagi dirinya
(Christoper E.J dan Ahmad Kholil)



*) Jayanata, Christopher E. dan Kholil, Ahmad. 2013. *Gaya Hidup Organik: Sehat Tanpa Mahal*. Bandung:Qanita

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Renny Indharwati

NIM : 152110101252

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Skripsi yang berjudul : Sumber Daya Terhadap Rendahnya Capaian *Bed Occupancy Rate* (BOR) Berdasarkan Penilaian Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Paru Jember Tahun 2017 adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Februari 2018
Yang Menyatakan,

Renny Indharwati
NIM. 152110101252

SKRIPSI

**SUMBER DAYA TERHADAP RENDAHNYA CAPAIAN *BED*
OCCUPANCY RATE (BOR) BERDASARKAN PENILAIAN PASIEN
RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PARU JEMBER TAHUN 2017
(Studi Kualitatif Pada Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember)**

Oleh

Renny Indharwati
NIM 152110101252

Pembimbing :

Dosen Pembimbing Utama : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes.
Dosen Pembimbing Anggota : Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes.

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Sumber Daya terhadap Rendahnya Capaian Bed Occupancy Rate (BOR) Berdasarkan Penilaian Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Paru Jember Tahun 2017* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Selasa
Tanggal : 6 Februari 2018
Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing	Tanda Tangan
DPU : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes. NIP. 198204162010122003	(.....)
DPA : Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes. NIP. 197810162009122001	(.....)
Penguji	
Ketua : dr. Pudjo Wahjudi, M.S NIP. 195403141980121001	(.....)
Sekretaris : Eri Witcahyo, S.KM., M. Kes. NIP. 198207232010121003	(.....)
Anggota : dr. Sigit Kusumajati, MM. NIP. 196703142006041008	(.....)

Mengesahkan

Dekan,

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.

NIP. 198005162003122002

RINGKASAN

Sumber Daya Terhadap Rendahnya Capaian (BOR) Berdasarkan Penilaian Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Paru Jember; Renny Indharwati; 152110101252; 2018; 96 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Salah satu pengukuran kinerja organisasi berdasarkan Undang-undang RI No.44 Tahun 2009 dilakukan dengan menggunakan indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR). BOR adalah persentase pemanfaatan tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Indikator BOR RS Paru Jember pada tahun 2016 adalah 56,56%, tahun 2015 sebesar 60,18%, dan tahun 2014 sebesar 66,36%, capaian BOR RS Paru Jember belum mencapai standar Depkes RI tahun 2015 (70-80%). Tujuan dari penelitian ini untuk menilai sumber daya RS oleh pasien rawat inap terhadap rendahnya capaian BOR di RS Paru Jember.

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian studi kasus dengan pendekatan kualitatif. Penentuan informan dalam penelitian ini adalah menggunakan *purposive sampling*. Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah panduan wawancara. Terdapat 8 informan dalam penelitian ini yaitu 5 informan utama, 1 informan kunci dan 2 informan tambahan. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini antara lain wawancara mendalam dan dokumentasi. Analisis data pada penelitian ini menggunakan metode *thematic content analysis*. Teknik keabsahan data dalam penelitian ini menggunakan triangulasi teknik, yaitu dilakukan melalui wawancara mendalam dan observasi non partisipatif.

Hasil penelitian ini untuk menilai sumber daya yang dilakukan oleh pasien rawat inap terhadap rendahnya capaian BOR di RS Paru Jember, mulai dari sarana umum, sarana medis, sarana penunjang medis, jumlah tenaga medis dan paramedis, waktu pelayanan yang diberikan oleh dokter/perawat, sikap

dokter/perawat, sosial ekonomi, jarak, dan motivasi serta prioritas pasien rawat inap, secara keseluruhan sumber daya di RS Paru Jember sudah baik, namun masih ada beberapa sumber daya yang masih belum baik, dari segi penilaian pasien rawat inap berdasarkan sarana umum masih ditemukannya WC yang berbau, kursi pengunjung yang kurang nyaman, jumlah kursi pengunjung yang kurang, kondisi tempat parkir yang kurang luas serta tidak memiliki atap, tempat parkir sering becek ketika musim hujan.

Berdasarkan sarana penunjang medis yang ada di RS Paru Jember permasalahan yang ditemukan adalah proses antrean yang panjang dan lama pada saat mengambil obat di apotek, lamanya waktu keluar hasil cek laboratorium pasien, proses antrean yang panjang dan lama pada saat pendaftaran, serta proses pendaftaran yang berbelit-belit, berdasarkan sikap tenaga medis dan paramedis di RS Paru Jember masih ditemukannya beberapa sikap tenaga medis/paramedis yang kurang ramah terhadap pasien.

Saran yang dapat diberikan untuk dinas kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah perlu memberikan saran dan masukan kepada RS yang capaian indikator kinerja BORnya masih rendah. Dinkes provinsi juga bisa memberikan riward kepada RS yang indikator kinerja sudah mencapai standar, hal ini untuk memotivasi RS agar meningkatkan mutu pelayanan sehingga nantinya indikator kinerja RS yang ada di Kab. Jember dapat mencapai standar salah satunya BOR. Bagi RS Paru Jember adalah perlu perbaikan sarana dan prasarana yang ada di RS Paru Jember seperti tempat parkir, kursi kunjung pasien, serta penambahan tenaga loket dan apotek agar proses mengantri tidak terlalu lama. Bagi petugas medis dan paramedis adalah meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan kepada pasien RS Paru Jember serta lebih meningkatkan keramahan terhadap pasien RS Paru Jember. Bagi Peneliti lain dapat dijadikan bahan pertimbangan penelitian selanjutnya mengenai kajian rendahnya capaian BOR berdasarkan standar pelayanan minimal (SPM) keputusan menteri kesehatan nomor 129 tahun 2008.

SUMMARY

The Resources on Low Performance (BOR) Based on Inpatient of Patient Assessment at Paru Hospital of Jember: Renny Indharwati; 152110101252; 2018; 96 pages; Administration and Health Department, Faculty of Public Health University of Jember.

One of the measurement of organizational performance based on RI Law No.44 Year 2009 is carried out using Bed Occupancy Rate (BOR) indicator. BOR is the percentage of bed utilization in a given time unit. This indicator give an overview of high and low level of hospital bed utilization. Indicators of BOR in Paru Hospital of Jember in 2016 is 56,56%, year 2015 equal to 60,18%, and year 2014 equal to 66,36%, the achievement of BOR in Paru Hospital of Jember has not yet reached standard of Depkes RI in 2015 (70-80%). The purpose of this study was to assess the hospital resources by inpatients against low achievement of BOR at Paru Hospital of Jember.

The type of this study is used case study research with qualitative approach. Determination of informants in this study use purposive sampling. The data collection instrument is used an interview guide. There are 8 informants in this study that are 5 main informants, 1 as a key informant and 2 as an additional informants. Data collection techniques is used in depth interviews and documentation in this study. Thematic content analysis method is used as data analysis in this study. Technique of data validity in this study is a technique triangulation technique, that is done through in depth interview and non-participative observation.

The results of this study is to assess the resources performed by inpatients on the low achievement of BOR in Paru Hospital of Jember, ranging from public facilities, medical facilities, medical support facilities, the number of medical personnel and paramedics, time of service provided by doctors/nurses, physician/nurse, socioeconomic, distance, and motivation and priority of inpatients. Based on the study, overall the resources in Paru Hospital of Jember

have been good, but there are still some resources that still not good, in terms of study based on public facilities, uncomfortable visitors seats, the number of seats visitors are lacking, parking conditions are less spacious and do not have a roof, parking lots are often muddy during the rainy season.

Based on the existing medical support facilities in Paru Hospital of Jember, the problems found are long and long queue process at the time of taking drugs in the pharmacy, the length of time out patient laboratory check results, long and long queue process at the time of registration, as well as the complicated registration process. Based on the attitude of medical personnels and paramedics at Paru Hospital Jember still found some attitude of medics/paramedis less friendly to patient.

The suggestion that can be given to Health Service of East Java Province to give suggestion and input to the hospitals which achievement of BOR performance indicator is still low. Provincial Health Service can also provide reward to hospitals which their performance indicator has reached standard, this matter to motivate the hospitals to improve their service quality so that later indicator of performance of hospital that exist in Jember Province can reach the standard of one them is BOR. Suggestion for Paru Hospital of Jember is necessary repair facilities and infrastructure that exist in Paru Hospital Jember such as parking, the chair of patient, and addition of counter clerk and also pharmacy so that the process of queuing is not too long. The suggestions for medical officers and paramedics is to improve the quality of service to the patients of Paru Hospital of Jember and further to improve the patients hospitality of Paru Hospital of Jember. For other researchers can be used as consideration of further study on the study of the low achievement of BOR based on minimum service standard (SPM) from the decision of health minister number 129 year 2008.

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul Sumber Daya Rumah Sakit Terhadap Rendahnya Capaian *Bed Occupancy Rate* (BOR) Berdasarkan Penilaian Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember Tahun 2017 (Studi Kualitatif di Kabupaten Jember), sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu Christyana Sandra, S.KM., M.Kes, selaku Dosen Pembimbing Utama (DPU) dan Ibu Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes, selaku Dosen Pembimbing Anggota (DPA) yang telah memberikan petunjuk, koreksi serta saran hingga terwujudnya skripsi ini.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat:

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
2. Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
3. Ibu Reny Indrayani, SKM., M.KKK, selaku Dosen Pembimbing Akademik.
4. Bapak dan Ibu Dosen Bagian Administrasi Kebijakan dan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
5. Seluruh Bapak dan Ibu Dosen atau Staff Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
6. Bapak dr. Pudjo Wahjudi, M.S, selaku ketua penguji, Bapak Eri Witcahyo, S.KM.,M.Kes, selaku sekretaris penguji dan Bapak dr. Sigit Kusumajati, MM., selaku anggota penguji. Terima kasih atas masukan, saran dan membantu penulis memperbaiki skripsi ini.
7. Seluruh staff RS Paru Jember yang telah membantu dalam proses penelitian.

8. Orang Tua Peneliti, Ayah Sutarno dan Ibu Unayati terima kasih untuk doa, pengorbanan, serta kesabaran yang telah diberikan.
9. Adek tercinta Tanty Kurnia Basuki dan Tryan Kurnia Basuki yang menjadi penyemangat dalam menyelesaikan skripsi ini
10. Semua guru SDN 001 Tualang, SMPN 03 Tualang dan SMAN 1 Tualang dan seluruh Dosen DIII Akademi Kebidanan Salma Siak yang memberikan pengetahuan untuk penulis, terima kasih semoga ilmu yang penulis dapatkan bermanfaat.
11. Teman-teman seperjuangan Alih Jenis angkatan 2015 dan kelompok PBL Desa Sumberanyar Kabupaten Lumajang.
12. Serta semua pihak yang membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Skripsi ini telah kami susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu kami dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, Februari 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN BIMBINGAN	vi
LEMBAR PENGESAHAN	vii
SUMMARY	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR TABEL	xix
DAFTAR SINGKATAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat untuk Penulis	7
1.4.2 Manfaat untuk Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.....	7
1.4.3 Manfaat Bagi tempat Penelitian.....	7
1.4.4 Manfaat Bagi Tenaga Kerja medis dan para-medis.....	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Rumah Sakit	8
2.1.1 Pengertian Rumah Sakit	8

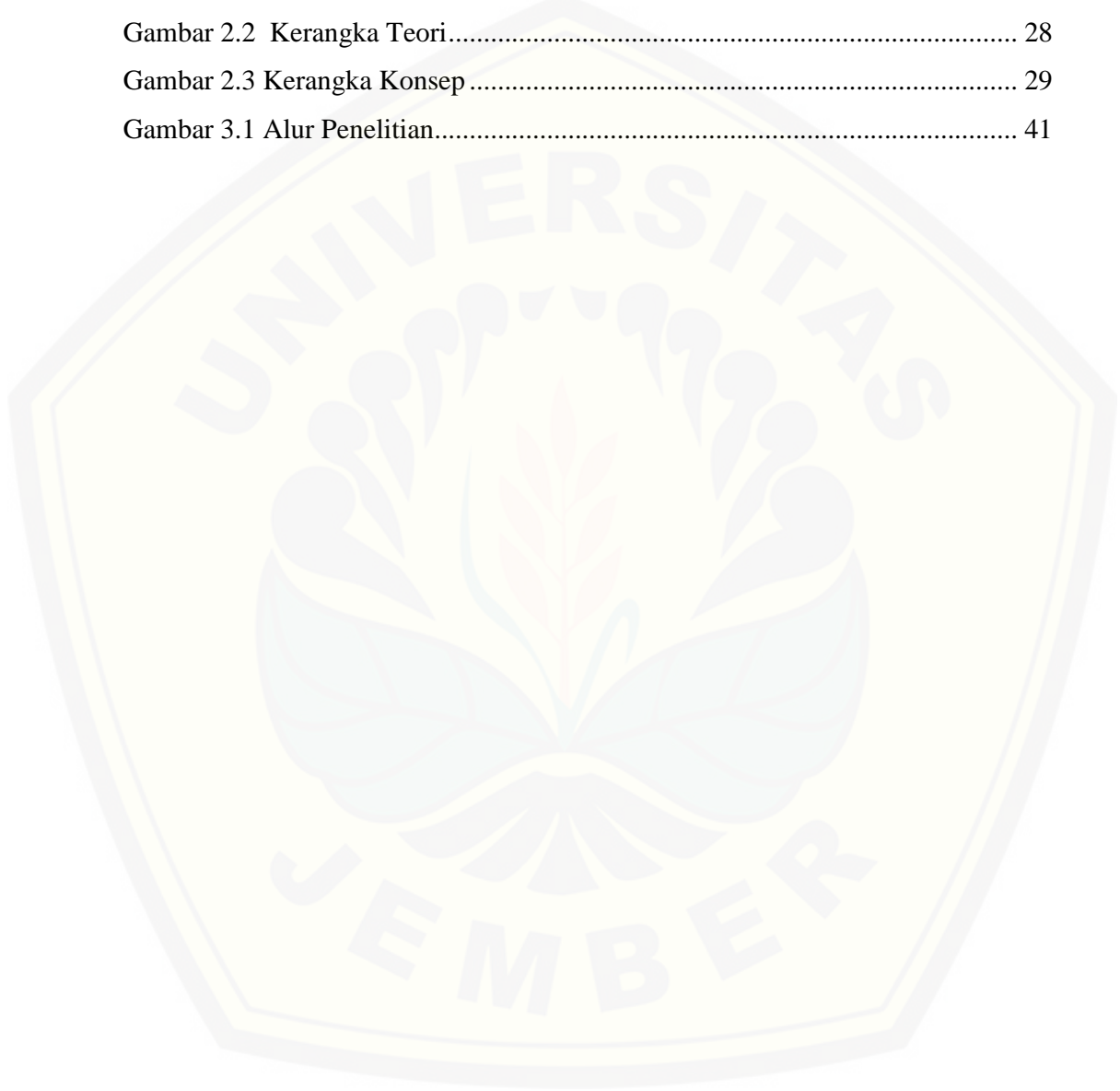
2.1.2	Tugas dan Fungsi Rumah Sakit.....	8
2.1.3	Klasifikasi Rumah Sakit.....	9
2.1.4	Rawat Inap.....	10
2.2	Pengukuran Kinerja.....	13
2.2.1	Konsep Kinerja.....	13
2.2.2	Pengertian Pengukuran Kinerja.....	14
2.2.3	Tujuan dan Manfaat Pengukuran Kinerja	15
2.2.4	Sistem Pengukuran Kinerja.....	16
2.2.5	Faktor yang Mempengaruhi Kinerja	17
2.2.6	Indikator Pengukuran Kinerja berdasarkan UU No. 44:2009 Tentang RS	17
2.3	Bed Occupancy Rate	20
2.3.1	Pengertian BOR.....	20
2.3.2	Faktor yang mempengaruhi capaian BOR di RS	20
2.5	Kerangka Teori.....	28
2.6	Kerangka Konsep.....	29
BAB 3.	METODE PENELITIAN.....	31
3.1	Jenis Penelitian.....	31
3.2	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	31
3.2.1	Lokasi penelitian	31
3.2.2	Waktu penelitian	31
3.3	Informan Penelitian	31
3.3.1	Sasaran Penelitian	31
3.3.2	Penentuan Informan Penelitian	32
3.4	Fokus Penelitian.....	33
3.5	Data dan Sumber Data	34
3.6	Teknik dan Instrument Pengumpulan Data.....	35
3.6.1	Teknik Pengumpulan Data.....	35
3.6.2	Instrumen Pengumpulan Data	38
3.7	Teknik Penyajian dan Analisis Data	38
3.7.1	Teknik Penyajian Data	38

3.7.2 Analisis Data	38
3.8 Validitas dan Reliabilitas	39
3.9 Alur Penelitian	41
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	42
4.1 Tahapan Hasil Pengerjaan Lapangan.....	42
4.1.1 Proses Pengerjaan Lapangan.....	42
4.1.2 Gambaran umum responden.....	43
4.2 Hasil dan Pembahasan	45
4.2.1 Penilaian sumber daya RS oleh pasien rawat inap terhadap rendahnya BOR berdasarkan sarana umum yang dimiliki RS Paru Jember	45
4.2.2 Penilaian sumber daya RS oleh pasien rawat inap terhadap rendahnya BOR berdasarkan sarana medis yang dimiliki RS Paru Jember	61
4.2.3 Penilaian sumber daya RS oleh pasien rawat inap terhadap rendahnya BOR berdasarkan sarana penunjang medis yang dimiliki RS Paru Jember.....	64
4.2.4 Penilaian sumber daya RS oleh pasien rawat inap terhadap rendahnya BOR berdasarkan tarif yang dimiliki RS Paru Jember.....	68
4.2.5 Penilaian sumber daya RS oleh pasien rawat inap terhadap rendahnya BOR berdasarkan ketersediaan pelayanan yang dimiliki RS Paru Jember.....	72
4.2.6 Penilaian sumber daya RS oleh pasien rawat inap terhadap rendahnya BOR berdasarkan jumlah tenaga medis yang dimiliki RS Paru Jember.....	73
4.2.7 Penilaian sumber daya RS oleh pasien rawat inap terhadap rendahnya capaian BOR berdasarkan waktu petugas memberikan pelayanan.....	75

4.2.8	Penilaian sumber daya RS oleh pasien rawat inap terhadap rendahnya capaian BOR berdasarkan sikap dokter dan perawat dalam memberikan Pelayanan	79
4.2.9	Penilaian sumber daya RS oleh pasien rawat inap terhadap rendahnya capaian BOR berdasarkan sosial ekonomi.	88
4.2.10	Penilaian sumber daya RS oleh pasien rawat inap terhadap rendahnya capaian BOR berdasarkan jarak ke RS dan transportasi yang digunakan.	89
4.2.11	Penilaian sumber daya RS oleh pasien rawat inap terhadap rendahnya capaian BOR berdasarkan motivasi dan prioritas terhadap RS.....	90
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN		94
5.1	Kesimpulan.....	94
5.2	Saran.....	95
DAFTAR PUSTAKA		97
LAMPIRAN		102

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Hubungan Unsur- unsur sistem (Azwar, 2010).....	27
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	28
Gambar 2.3 Kerangka Konsep.....	29
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	41



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2. 1 Standar Pelayanan Minimal	12
Tabel 3. 1 Fokus Penelitian.....	33



DAFTAR SINGKATAN

ALOS	: <i>Avarage Length of Stay</i>
BTO	: <i>Bed Turn Over</i>
BOR	: <i>Bed Occupancy Rate</i>
Depkes	: Departemen Kesehatan
GDR	: <i>Gross Death Rate</i>
NDR	: <i>Net Death Rate</i>
Menkes	: Menteri Kesehatan
RI	: Republik Indonesia
RS	: Rumah Sakit
UU	: Undang- undang
TOI	: <i>Turn Over Interval</i>

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan yang sangat kompleks, padat profesi, dan padat modal. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 340/MENKES/PER/III/2010 rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Pola pelayanan kesehatan yang diharapkan adalah pelayanan yang berkualitas, sehingga mampu mereduksi angka kesakitan dan kematian serta menciptakan masyarakat sehat dan sejahtera.

Dalam era persaingan yang kian kompetitif dewasa ini, diperlukan perhatian utama baik di lingkungan internal maupun eksternal rumah sakit, terutama dalam peningkatan jasa pelayanan rumah sakit. Banyaknya peningkatan jumlah rumah sakit yang ada di Indonesia menuntut internal rumah sakit untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien agar dapat bersaing dengan rumah sakit lain. Sesuai dengan pendapat Tjiptono (2008:15), pelayanan merupakan aspek vital dalam rangka bertahan dalam bisnis dan memenangkan persaingan.

Peningkatan kinerja merupakan suatu keharusan, hal ini sesuai dengan apa yang disampaikan oleh Mathis *et.al* (2008:13) yang menyatakan bahwa memaksimalkan kinerja adalah prioritas bagi kebanyakan organisasi sekarang ini. Oleh sebab itu, perlu adanya komitmen bersama untuk meningkatkan kinerja sehingga tujuan organisasi dapat tercapai sesuai dengan target yang diharapkan sehingga dapat meningkatkan mutu rumah sakit. Untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit diperlukan pelaksanaan program dan pengembangan di lingkup internal rumah sakit yang merupakan bagian akuntabilitas, guna mencapai akuntabilitas terhadap penyelenggaraan pelaksanaan program dan pengembangan dilingkup internal dan eksternal manajemen diperlukan kegiatan monitoring dan

evaluasi. Bentuk output monitoring dan evaluasi adalah laporan hasil kegiatan/program atau laporan pertanggung jawaban (Permenkes No.3 Tahun 2007).

Salah satu bentuk laporan pada rumah sakit adalah laporan terkait dengan kinerja rumah sakit. Menurut Moehariono (2010:60), kinerja atau *performance* merupakan gambaran mengenai tingkat pencapaian pelaksanaan suatu program kegiatan atau kebijakan dalam mewujudkan sasaran, tujuan, visi, dan misi organisasi yang dituangkan melalui perencanaan strategis suatu organisasi. Untuk menilai kinerja dalam suatu organisasi maka diperlukan pengukuran kinerja.

Pengukuran kinerja adalah tindakan pengukuran yang dilakukan terhadap berbagai aktivitas dalam rantai nilai yang ada pada perusahaan. Hasil pengukuran tersebut digunakan sebagai umpan balik yang memberikan informasi tentang pelaksanaan suatu rencana dan apa yang diperlukan perusahaan dalam pengendalian (Mangkunegara, 2009:42). Pengukuran kinerja dapat dilakukan pada karyawan maupun organisasi. Pengukuran kinerja pada karyawan dilakukan dengan menggunakan metode pengukuran kinerja berorientasi pada masa lalu dan berorientasi pada masa depan, sedangkan pengukuran kinerja pada organisasi berdasarkan Undang-undang RI No.44 Tahun 2009 tentang rumah sakit dilakukan dengan menggunakan *Balanced Scored*.

Salah satu pengukuran kinerja organisasi berdasarkan Undang- undang RI No.44 Tahun 2009 dilakukan dengan menggunakan indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR). BOR adalah persentase pemanfaatan tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. BOR Rumah Sakit dipergunakan untuk melihat berapa banyak tempat tidur di Rumah Sakit yang dipergunakan pasien dalam suatu masa, jika angka BOR masih rendah artinya penggunaan fasilitas perawatan Rumah Sakit masih rendah (Sudra, 2010:45). Salah satu rumah sakit yang menggunakan pengukuran kinerja berdasarkan organisasi berdasarkan Undang-undang RI No.44 Tahun 2009 dengan menggunakan indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR) adalah rumah sakit paru Jember.

Pada Tahun 2002 sesuai Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur No.37 Tahun 2000 Rumah Sakit Paru Jember ditetapkan sebagai salah satu Unit Pelaksana Tehnis (UPT) Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang berada diwilayah Jawa Timur bagian Timur tepatnya di Kota Jember yang pelayanannya meliputi Kabupaten Jember, Kabupaten Bondowoso, Kabupaten Banyuwangi, Kabupaten Situbondo dan Kabupaten Lumajang. Melalui lokakarya I tentang pengembangan RS Paru Jember di Plaza Hotel Surabaya tanggal 21 Januari 2004 dan lokakarya II di Hotel Garden Palace Tanggal 9 Desember 2010, para stakeholder tetap bertekad mengembangkan RS Paru menjadi pusat pelayanan kesehatan organ dada (*Chest Hospital*) meliputi sistem pernafasan dan sistem sirkulasi/pembuluh darah, termasuk bedah thorax dan *hyperbaric health*.

Rumah Sakit Paru Jember adalah rumah sakit khusus berkaitan dengan pemberantasan tuberkulosa yang tugasnya menyediakan pelayanan dan rujukan penyakit paru dan saluran pernafasan bagi Puskesmas dan rumah sakit umum Kabupaten/kota se eks-karesidenan Besuki. RS Paru Jember menjadi tempat pelayanan kesehatan rujukan dengan cakupan luas, pastinya harus mempertahankan dan menjaga mutu rumah sakit dengan baik. Berdasarkan Renstra Rumah Sakit Paru tahun 2016 diharapkan capaian BOR sebesar 70% namun pencapaian BOR Rumah Sakit Paru tahun 2016 hanya sebesar 56,56%. Sementara untuk indikator *Avarage Length of Stay (ALOS)*, *Turn Over Interval (TOI)*, *Bed Turn Over (BTO)*, *Net Death Rate (NDR)*, *Gross Death Rate (GDR)* tahun 2016 RS Paru sudah tercapai, adapun capaian ALOS rata-rata kunjungan 4,32 hari, capaian TOI rata-rata kunjungan 2,99 hari, capaian BTO sebesar 53,04 kali, capaian NDR sebesar 25,96% dan capaian GDR sebesar 49,45%. Permasalahan yang ada di rumah sakit Paru Jember adalah belum tercapainya nilai rata-rata BOR yang sesuai standar Depkes RI tahun 2005 (70-80%), sedangkan menurut Sudra (2010:45) nilai rata-rata BOR harus di atas 70-85%.

Berdasarkan data profil tahun 2016 rumah sakit Paru Jember didapatkan nilai BOR yang masih rendah pada beberapa ruangan rawat inap RS Paru yaitu sebagai berikut jumlah tempat tidur ruang VIP ada 7 dengan nilai BOR 42,19%, jumlah tempat tidur ruangan Anggrek berjumlah 12 dengan nilai BOR 63,58,

jumlah tempat tidur ruangan Mawar berjumlah 12 dengan nilai BOR 57,21%, jumlah tempat tidur ruangan Tulip berjumlah 15 dengan nilai BOR 14,08%, namun ada 2 ruangan rawat inap di RS Paru Jember yang nilai BOR sudah di atas standar yaitu jumlah tempat tidur ruangan Dahlia berjumlah 10 dengan nilai BOR 81,07% dan jumlah tempat tidur ruangan melati berjumlah 13 dengan nilai BOR 87,36%, Walaupun nilai BOR ruang Dahlia dan ruang Melati di atas standar jika ditotal keseluruhan nilai BOR dengan ruang rawat inap lainnya RS Paru Jember Tahun 2016 rata-rata nilai BOR hanya sebesar 56,56%.

Sementara itu target nilai BOR yang ingin dicapai Rumah Sakit Paru pada tahun 2016 sebesar 70%. Berdasarkan standar tersebut nilai BOR Rumah Sakit Paru Jember masih dibawah standar. Hal ini juga dapat dilihat dari data penilaian kinerja RS Paru Jember berdasarkan BOR dari tahun 2014-2016 rata-ratanya belum mencapai standar, BOR pada tahun 2014 sebesar 60,18%, BOR pada tahun 2015 mengalami peningkatan 66,36% namun terjadi penurunan pada tahun 2016 sebesar 56,56%.

Dengan melihat nilai BOR yang bervariasi dengan tidak menunjukkan kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun dan lebih banyak di bawah nilai ideal menurut Departemen Kesehatan, maka perlu diteliti faktor apa yang mempengaruhi BOR tersebut, agar rumah sakit tetap bisa bertahan, berkembang, bermanfaat dan menguntungkan bagi pemilik, tanpa meninggalkan tanggung jawab kepada lingkungan melalui implikasi peningkatan BOR. Semakin rendah nilai BOR maka semakin sedikit tempat tidur yang digunakan untuk merawat pasien dibandingkan tempat tidur yang telah disediakan.

Menurut Sudra (2010:43) jumlah pasien yang sedikit ini bisa menimbulkan kesulitan pendapatan ekonomi bagi pihak rumah sakit karena pendapatan terbesar rumah sakit didapatkan dari perawatan pasien. Selain itu BOR yang rendah dapat menyebabkan tingginya biaya pemeliharaan sarana prasarana yang dikeluarkan oleh pihak rumah sakit (Dwianto, 2012:24). Rendahnya tingkat BOR yang dicapai sebenarnya menggambarkan bahwa kualitas pelayanan di RS kurang baik. Jika BOR rendah maka berarti pelayanan RS buruk (Kuncoro, 2007:78).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Triwahyuni dalam Dewi (2013), terdapat hubungan yang signifikan antara BOR dengan mutu RS, artinya ketika nilai BOR belum mendekati standar mutu Rumah Sakit tersebut belum baik. Oleh karena itu untuk memperbaiki mutu rumah sakit yang dinilai dari segi efisiensi pemakaian jumlah tempat tidur oleh pasien atau BOR perlu dilakukan pengkajian terhadap faktor apa saja yang menyebabkan rendahnya BOR di Rumah Sakit Paru Jember tersebut. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi BOR menurut Austin C.j (dalam Dewantoro, 2010) dikelompokkan menjadi dua yaitu faktor internal dan faktor eksternal rumah sakit, yang termasuk faktor internal rumah sakit adalah budaya, sistem nilai, kepemimpinan, sistem manajemen, sistem informasi, sarana prasarana, sumber daya manusia, pemasaran, citra, dan lain-lain. Sedangkan yang termasuk Faktor eksternal adalah letak geografis, keadaan sosial ekonomi konsumen, budaya masyarakat, pemasok, pesaing, kebijakan pemerintah daerah, peraturan, dll.

Sedangkan menurut Harold Koenig *et al.*, (dalam Nababan, 2012) adapun faktor-faktor yang menyebabkan rendahnya BOR di RS berasal dari faktor input (sarana umum, sarana medis, sarana penunjang medis, tarif, ketersediaan pelayanan, jumlah tenaga medis dan pra medis) dan faktor proses pelayanan terdiri dari (sikap dokter dalam memberikan pelayanan, sikap perawat dalam memberikan pelayanan, dan kesinambungan pelayanan) serta kondisi pasien (sosial ekonomi, jarak dan transportasi, motivasi dan prioritas terhadap RS, perilaku terhadap kesehatan).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Hanna (2003) bahwa faktor input dan faktor pelayanan kesehatan merupakan faktor yang mempengaruhi rendahnya BOR di RS, sedangkan menurut penelitian yang dilakukan Dewantoro (2010) bahwa faktor yang mempengaruhi rendahnya BOR adalah fasilitas medis yang kurang memadai. Untuk itu peneliti tertarik melakukan penelitian yang berjudul sumber daya terhadap rendahnya capaian *Bed Occupancy Rate* (BOR) berdasarkan penilaian pasien rawat inap di rumah sakit Paru Kabupaten Jember Tahun 2017.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana penilaian sumber daya RS oleh pasien rawat inap terhadap rendahnya capaian *Bed Occupancy Rate* (BOR) di Rumah Sakit Paru Jember?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah menilai sumber daya RS oleh pasien rawat inap terhadap rendahnya capaian *Bed Occupancy Rate* (BOR) di Rumah Sakit Paru Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Mengidentifikasi sarana umum di RS Paru Jember
- b. Mengidentifikasi sarana medis di RS Paru Jember
- c. Mengidentifikasi sarana penunjang medis di RS Paru Jember
- d. Mengidentifikasi tarif pembayaran yang dikenakan kepada pasien rawat inap di RS Paru Jember.
- e. Mengidentifikasi ketersediaan pelayanan di RS Paru Jember.
- f. Mengidentifikasi jumlah tenaga medis dan para medis di RS Paru Jember.
- g. Mengidentifikasi sikap dokter dan sikap perawat dalam memberikan pelayanan di RS Paru
- h. Mengidentifikasi kesinambungan pelayanan di RS Paru Jember.
- i. Mengidentifikasi keadaan sosial ekonomi pasien di RS Paru Jember.
- j. Mengidentifikasi jarak dan transportasi (akses) pasien ke RS Paru Jember.
- k. Mengidentifikasi motivasi dan prioritas terhadap RS Paru Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan memiliki manfaat yang dapat diambil, baik manfaat teoritis maupun manfaat praktis yang timbul.

1.4.1 Manfaat untuk Penulis

Penelitian ini merupakan suatu pengalaman yang berharga dalam rangka pembangunan ilmu pengetahuan, selain itu untuk mengkaji randahnya capaian BOR di Rumah Sakit Paru Jember.

1.4.2 Manfaat untuk Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menambah perbendaharaan literatur di perpustakaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, dapat menjadi sumber inspirasi bagi pihak yang membutuhkan untuk melakukan penelitian khususnya tentang BOR di Rumah Sakit serta dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan bagi para pembacanya.

1.4.3 Manfaat Bagi tempat Penelitian

Sebagai masukan bagi RS Paru Kabupaten Jember lebih memperhatikan faktor-faktor apa yang menyebabkan penurunan capaian BOR sehingga nantinya dapat meningkatkan penggunaan tempat tidur di Rumah Sakit Paru Jember.

1.4.4 Manfaat Bagi Tenaga Kerja medis dan para-medis

Diharapkan hasil penelitian ini dapat lebih meningkatkan mutu pelayanan tenaga medis dan para-medis sehingga kepuasan pasien dapat tercapai.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit dalam bahasa Inggris disebut *hospital*. Kata *hospital* berasal dari kata bahasa latin *hospital* yang berarti tamu. Secara lebih luas kata itu bermakna menjamu para tamu. Memang menurut sejarahnya, *hospital* atau rumah sakit adalah suatu lembaga yang bersifat kedermawanan (*charitable*), untuk merawat pengungsi atau memberikan pendidikan bagi orang-orang yang kurang mampu atau miskin, berusia lanjut, cacat, atau para pemuda (Kemenkes RI, 2012). Rumah sakit adalah Menurut Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Rumah sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara merata dengan mengutamakan upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan, yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit dalam suatu tatanan rujukan, serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga dan penelitian. Rumah sakit juga merupakan institusi yang dapat memberi keteladanan dalam budaya hidup bersih dan sehat serta kebersihan lingkungan (Depkes RI, 2009).

2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Menurut Depkes RI (2009) rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugas 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.

2.1.3 Klasifikasi Rumah Sakit

Permenkes RI No.340 tahun 2010 tentang klasifikasi rumah sakit dibedakan berdasarkan : pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, sarana dan prasarana dan administrasi dan manajemen. Adapun klasifikasi rumah sakit umum adalah :

a. Rumah Sakit Umum Kelas A

Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar yaitu: pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, obstetri dan ginekologi. 5 (lima) spesialis penunjang medik yaitu: pelayanan anesthesiologi, radiologi, rehabilitasi medik, patologi klinik dan patologi anatomi. 12 (dua belas) spesialis lain yaitu: mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedi, urologi, bedah syaraf, bedah plastik dan kedokteran forensik dan 13 (tiga belas) subspecialis yaitu: bedah, penyakit dalam, kesehatan anak, obstetri dan ginekologi, mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, jiwa, paru, onthopedi dan gigi mulut.

b. Rumah Sakit Umum Kelas B

Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar yaitu: pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, obstetri dan ginekologi, 4 (empat) spesialis penunjang medik yaitu: pelayanan anesthesiologi, radiologi, rehabilitasi medik dan patologi klinik. Sekurang-kurangnya 8 (delapan) dari 13 (tiga belas) pelayanan spesialis lain yaitu: mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedi, urologi, bedah syaraf, bedah plastik dan

kedokteran forensik: mata, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, urologi dan kedokteran forensik. Pelayanan Medik Subspesialis 2 (dua) dari 4 (empat) subspesialis dasar yang meliputi: Bedah, Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Obstetri dan Ginekologi.

c. Rumah Sakit Umum Kelas C

Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar : pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, obstetri dan ginekologi dan 4 (empat) spesialis penunjang medik yaitu: pelayanan anesthesiologi, radiologi, rehabilitasi medik dan patologi klinik.

d. Rumah Sakit Umum Kelas D

Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) dari 4 (empat) spesialis dasar yaitu: pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, obstetri dan ginekologi.

2.1.4 Rawat Inap

Rawat inap adalah pelayanan terhadap pasien yang masuk ke rumah sakit yang menggunakan tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medik dan penunjang medik lainnya (Depkes RI, 2009). Pelayanan rawat inap adalah suatu kelompok pelayanan kesehatan yang terdapat di rumah sakit yang merupakan gabungan dari beberapa fungsi pelayanan. Katagori pasien yang masuk rawat inap adalah pasien yang perlu perawatan intensif atau observasi ketat karena penyakitnya (Syafharni, 2012:10). Ruangan rawat inap berupa bangsal yang dihuni oleh beberapa pasien sekaligus, namun pada beberapa rumah sakit juga menyediakan katagori kelas untuk ruangan rawat inap, semakin tinggi kelas tersebut maka ruangan rawat inap akan memiliki fasilitas dan pelayanan yang melebihi standar fasilitas dan pelayanan yang kelas biasa. Berdasarkan Profil Kesehatan (2008), pelayanan yang diberikan kepada pasien di ruang rawat inap adalah sebagai berikut :

a. Pelayanan Tenaga Medis

Tenaga medis adalah ahli kedokteran yang fungsi utamanya memberikan pelayanan medis kepada pasien dengan mutu sebaik-baiknya dengan menggunakan tata cara dan teknik berdasarkan ilmu kedokteran dan etik yang berlaku serta dapat dipertanggung jawabkan. Tenaga medis ini dapat sebagai dokter umum maupun dokter spesialis yang terlatih dan diharapkan memiliki rasa pengabdian yang tinggi dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

b. Pelayanan Tenaga Para Medis

Pekerjaan dari tenaga para medis adalah memberikan pelayanan kepada penderita dengan baik, yaitu memberikan pertolongan dengan keahlian kepada pasien-pasien yang mengalami gangguan fisik dan gangguan kejiwaan orang dalam masa penyembuhan dan orang-orang yang kurang sehat dan kuat.

c. Lingkungan Fisik Ruang Perawatan

Lokasi atau lingkungan rumah sakit harus tenang, nyaman, aman, terhindar dari pencemaran dan bersih. Ruangan rawat inap di Rumah Sakit terdiri dari lantai dan dinding yang bersih, penerangan yang cukup, tersedia tempat sampah, bebas bau yang tidak sedap, bebas dari gangguan serangga, tikus, dan binatang pengganggu lainnya. Selain itu, lubang ventilasi yang cukup agar penggantian udara dalam kamar baik. Atap langit-langit dan pintu sesuai syarat yang ditentukan.

d. Pelayanan Penunjang Medis

Umumnya pasien rawat inap merasa puas bila seluruh pemeriksaan dan pengobatan sudah disiapkan oleh Rumah Sakit. Demikian juga kebutuhan-kebutuhan mendadak seperti alat-alat sudah selalu sedia dan siap pakai.

e. Pelayanan Administrasi dan Keuangan

Digunakan pasien untuk membayar biaya seperti biaya pengobatan, biaya pemeriksaan dan perawatan selama pasien berada di Rumah Sakit.

2.1.5 Pelayanan Rawat Inap

Menurut SK Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tanggal 28 Oktober 2009 tentang Rumah Sakit, disebutkan bahwa rawat inap terdiri dari :

- a. Unit Ruang Perawatan Umum
- b. Unit Ruang Perawatan Penyakit Dalam
- c. Unit Ruang Perawatan Bedah
- d. Unit Ruang Perawatan Obstetri Ginekologi
- e. Unit Ruang Perawatan Bayi
- f. Unit Ruang Perawatan Pediatri

2.1.6 Standar Pelayanan Minimal Instalasi Rawat Inap

Standar adalah nilai ketentuan yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai sedangkan pelayanan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia dijelaskan sebagai usaha melayani kebutuhan orang lain. Berdasarkan Keputusan menteri kesehatan nomor 129 Tahun 2008 Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. SPM juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum. SPM untuk jenis layanan rawat inap berdasarkan ketentuan Depkes adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1 Standar Pelayanan Minimal

Pelayanan	Indikator	Standar
Rawat Inap		
	1. Pemberian pelayanan di Rawat Inap	1. a. Dr Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3
	2. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) rawat inap	2. 100%
	3. Ketersediaan pelayanan rawat inap	3. Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan, Bedah
	4. Jam visite Dokter Spesialis	4. 08.00 s/d 14.00 wib 5. ≤ 1,5 % setiap hari kerja
	5. Kejadian infeksi pasca operasi	
	6. Kejadian infeksi nosokomial	6. ≤ 1,5 %
	7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	7. 100 %
	8. Kematian pasien > 48 jam	8. ≤ 0.24 %
	9. Kejadian pulang paksa	9. ≤ 5 %
	10. Kepuasan pelanggan	10. ≥ 90 %

Sumber : Keputusan Menteri Kesehatan No. 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang SPM RS

2.2 Pengukuran Kinerja

2.2.1 Konsep Kinerja

Kinerja menurut Maier dalam Wijono (2010:77) adalah suatu keberhasilan dari suatu individu dalam suatu tugas dalam pekerjaannya. Kinerja menurut Mangkunegara dalam Wardani (2007) berasal dari *Job Performance* atau *actual performance* (prestasi kerja atau prestasi sesungguhnya yang dicapai oleh seseorang) yaitu hasil kerja yang dicapai oleh seseorang secara kualitatif dan kuantitatif yang dicapai oleh seorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya. Kinerja atau *performance* merupakan gambaran mengenai tingkat pencapaian pelaksanaan suatu program kegiatan atau kebijakan dalam mewujudkan sasaran, tujuan, visi, dan misi organisasi yang dituangkan melalui perencanaan strategis suatu organisasi (Moehariono, 2010:60).

Kinerja adalah prestasi kerja yang merupakan hasil dari implementasi rencana kerja yang dibuat oleh suatu institusi yang dilaksanakan oleh pimpinan dan karyawan (SDM) yang bekerja di institusi itu baik pemerintah maupun perusahaan (bisnis) untuk mencapai tujuan organisasi Abdullah (2014:4). Kinerja adalah gambaran mengenai tingkat pencapaian pelaksanaan suatu kegiatan/program/kebijakan dalam mewujudkan sarana, tujuan, misi dan visi organisasi yang tertuang dalam strategi *planning* suatu organisasi (Mahsun, 2012:95). Menurut Schuler dan Jackson (2007:22) bahwa ada 3 jenis dasar kriteria kinerja yaitu :

1. Kriteria berdasarkan sifat memusatkan diri pada karakteristik pribadi seseorang karyawan. Loyalitas, keandalan, kemampuan berkomunikasi, dan keterampilan memimpin merupakan sifat-sifat yang sering dinilai selama proses penilaian. Jenis kriteria ini memusatkan diri pada bagaimana seseorang, bukan apa yang dicapai atau tidak dicapai seseorang dalam pekerjaannya.
2. Kriteria berdasarkan perilaku terfokus pada bagaimana pekerjaan dilaksanakan. Kriteria semacam ini penting sekali bagi pekerjaan yang membutuhkan hubungan antar personal. Sebagai contoh apakah sumber daya manusianya ramah atau menyenangkan.

3. Kriteria berdasarkan hasil, kriteria ini semakin populer dengan makin ditekannya produktivitas dan daya saing internasional. Kriteria ini berfokus pada apa yang telah dicapai atau dihasilkan ketimbang bagaimana sesuatu dicapai atau dihasilkan.

Mangkunegara (2007) menyatakan bahwa pada umumnya kinerja dibedakan menjadi dua, yaitu kinerja individu dan kinerja organisasi. Kinerja individu adalah hasil kerja pegawai baik dari segi kualitas maupun kuantitas berdasarkan standar kerja yang telah ditentukan, sedangkan kinerja organisasi adalah gabungan dari kinerja individu dan kinerja kelompok.

2.2.2 Pengertian Pengukuran Kinerja

Pengukuran kinerja (*performance measurement*) adalah kegiatan pengumpulan data dan informasi yang relevan dengan sasaran-sasaran atau tujuan program evaluasi (Moeheriono, 2010:93). Menurut Whittaker dalam Moeheriono (2012:72), pengukuran kinerja merupakan suatu alat manajemen yang digunakan untuk meningkatkan kualitas pengambilan keputusan dan akuntabilitas, serta untuk menilai pencapaian tujuan dan sasaran (*goal sand objectives*). Sedangkan menurut Moeheriono (2012:96), pengukuran kinerja (*performance measurement*) mempunyai pengertian suatu proses penilaian tentang kemajuan pekerjaan terhadap tujuan dan sasaran dalam pengelolaan sumber daya manusia untuk menghasilkan barang dan jasa, termasuk informasi atas efisiensi serta efektivitas tindakan dalam mencapai tujuan organisasi.

Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa sistem pengukuran kinerja adalah suatu sistem yang bertujuan untuk membantu manajer perusahaan menilai pencapaian suatu strategi melalui alat ukur keuangan dan non keuangan. Hasil pengukuran tersebut kemudian digunakan sebagai umpan balik yang akan memberikan informasi tentang prestasi pelaksanaan suatu rencana dan titik dimana perusahaan memerlukan penyesuaian-penyesuaian atas aktivitas perencanaan dan pengendalian.

Pengukuran kinerja organisasi berdasarkan Depkes tahun 2005 dilakukan dengan menggunakan Indikator *Bed Occupancy Rate (BOR)*, *Avare Length of Stay*

(ALOS), *Bed Turn Over (BTO)*, *Turn Over Internal (TOI)*, *Net Death Rate (NDR)* dan *Gross Death Rate (GDR)*, jumlah pasien rawat jalan, jumlah pasien rawat Inap. Penilaian ini dapat dinilai dari operasional instalasi rawat inap yang berupa sensus harian pasien rawat inap, rekapitulasi harian rawat inap, rekapitulasi bulanan rawat inap, serta rekapitulasi triwulanan rawat inap. Hasil laporan ini bisa digunakan sebagai indikator untuk menilai kinerja rumah sakit (Undang-Undang NO. 44:2009).

2.2.3 Tujuan dan Manfaat Pengukuran Kinerja

Secara umum tujuan dilakukan pengukuran kinerja menurut Belarmino (2013:62) adalah :

1. Evaluasi antar individu dalam organisasi

Penilaian kinerja bertujuan untuk menilai kinerja setiap individu dalam organisasi dalam menentukan jumlah dan jenis kompensasi yang merupakan hak bagi setiap individu dalam organisasi.

2. Pengembangan diri setiap individu dalam organisasi

Penilaian kinerja pada tujuan ini bermanfaat untuk pengembangan karyawan yang memiliki kinerja rendah yang membutuhkan pengembangan baik melalui pendidikan formal maupun pelatihan.

3. Pemeliharaan sistem

Berbagai sistem yang ada dalam organisasi memiliki sub sistem yang saling berkaitan antara satu sub sistem dengan sub sistem lainnya. Oleh karena itu dipelihara dengan baik

4. Dokumentasi

Penilaian kinerja akan memberikan manfaat sebagai dasar tindak lanjut dalam posisi pekerjaan karyawan di masa akan datang. Hal ini berkaitan dengan pengambilan keputusan.

Sedangkan manfaat sistem pengukuran kinerja yang baik menurut Yuwono (2008:29) adalah:

1. Menelusuri kinerja terhadap harapan pelanggan sehingga akan membawa perusahaan lebih dekat pada pelanggannya dan membuat seluruh orang yang dalam organisasi terlibat dalam upaya memberikan kepuasan pelanggan.
2. Memotivasi pegawai untuk melakukan pelayanan sebagai mata rantai pelanggan dan pemasok internal.
3. Mengidentifikasi berbagai pemborosan sekaligus mendorong upaya-upaya pengurangan terhadap pemborosan tersebut (*reduction of waste*).
4. Membuat tujuan strategis yang biasanya masih kabur menjadi lebih konkret sehingga mempercepat proses pembelajaran organisasi.
5. Membangun konsensus untuk melakukan suatu perubahan dengan memberi “*reward*” atas perilaku yang diharapkan tersebut.

2.2.4 Sistem Pengukuran Kinerja

Menurut Cascio (2007:336), kriteria sistem pengukuran kinerja adalah sebagai berikut :

- a. Relevan (*relevance*). Relevan mempunyai makna terdapat kaitan yang erat antara standar untuk pekerjaan tertentu dengan tujuan organisasi, dan terdapat keterkaitan yang jelas antara elemen-elemen kritis suatu pekerjaan yang telah diidentifikasi melalui analisis jabatan dengan dimensi-dimensi yang akan dinilai dalam form penilaian.
- b. Sensitivitas (*sensitivity*). Sensitivitas berarti adanya kemampuan sistem penilaian kinerja dalam membedakan pegawai yang efektif dan pegawai yang tidak efektif.
- c. Reliabilitas (*reliability*). Reliabilitas dalam konteks ini berarti konsistensi penilaian. Dengan kata lain sekalipun instrumen tersebut digunakan oleh dua orang yang berbeda dalam menilai seorang pegawai, hasil penilaiannya akan cenderung sama.
- d. Akseptabilitas (*acceptability*). Akseptabilitas berarti bahwa pengukuran kinerja yang dirancang dapat diterima oleh pihak-pihak yang menggunakannya.

- e. *Praktis (practicality)*. Praktis berarti bahwa instrumen penilaian yang disepakati mudah dimenegerti oleh pihak-pihak yang terkait dalam proses penilaian tersebut.

2.2.5 Faktor yang Mempengaruhi Kinerja

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja. Adapun faktor-faktor tersebut menurut Moeheriono (2012:133) :

1. Kinerja Individu

Secara psikologis, individu yang normal adalah individu yang memiliki integritas yang tinggi antara fungsi psikis (rohani) dan fisiknya (jasmaniah). Adapun faktor- faktor yang mempengaruhi kinerja individu adalah *knowledge, skill*, motivasi, peran.

2. Kinerja Organisasi

Faktor lingkungan kerja organisasi sangat menunjang bagi individu dalam mencapai prestasi kerja. Adapun faktor- faktor yang mempengaruhi kinerja organisasi adalah lingkungan, kepemimpinan, struktur organisasi, pilihan strategi, teknologi, kultur organisasi, dan proses.

2.2.6 Indikator Pengukuran Kinerja berdasarkan UU No. 44:2009 Tentang RS

Menurut Armen *et al.*, (2013) indikator- indikator pelayanan rumah sakit dapat dipakai untuk mengetahui tingkat pemanfaatan mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit dinilai dari

a. BOR (*Bed Occupancy Rate*)

Yaitu presentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu, indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya pemanfaatan tempat tidur rumah sakit.

$$\text{BOR} = \frac{\sum \text{hari perawatan rumah sakit}}{\sum \text{TT} \times \sum \text{hari dalam 1 periode}} \times 100\%$$

Nilai parameter BOR yang ideal adalah 60-85%.

Manfaat perhitungan BOR adalah :

1. Untuk mengetahui tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit

2. Menggambarkan sampai seberapa jauh tempat tidur yang tersedia di rumah sakit dimanfaatkan untuk penderita rawat tinggal.

Interpretasi dari perhitungan BOR adalah :

1. Angka BOR yang rendah menunjukkan kurangnya pemanfaatan fasilitas rumah sakit oleh masyarakat.
2. Umumnya nilai makin besar makin baik
3. Angka BOR yang tinggi (>85%) menunjukkan tingkat pemanfaatan tempat tidur yang terlalu tinggi, sehingga perlu pengembangan rumah sakit atau penambahan tempat tidur
4. Indikator ini dapat dipengaruhi oleh tingginya hari perawatan yang lama dan rendahnya angka kunjungan rawat inap.

b. BTO (*Bed Turn Over Rate*)

Yaitu frekuensi pemakaian tempat tidur pada suatu periode. Berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu (biasanya dalam periode satu tahun). Indikator ini memberikan tingkat efisiensi pemakaian tempat tidur.

$$BTO = \frac{\sum \text{Pasien keluar (hidup+mati)}}{\sum \text{tempat tidur}}$$

Nilai rata-rata tempat tidur dipakai 40-50 kali dalam 1 tahun.

Manfaat dari perhitungan BTO adalah :

1. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi dari pemakaian tempat tidur
2. Bersama-sama indikator TOI dan ALOS dapat digunakan untuk mengetahui tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur rumah sakit.
3. Menggambarkan berapa banyak penderita yang memanfaatkan sebuah tempat tidur dalam jangka waktu tertentu.

Interpretasi dari perhitungan BTO adalah :

1. Umumnya nilai semakin besar semakin baik
2. Idealnya selama satu tahun, tempat tidur dipakai 40-50 kali

c. TOI (*Turn Over Interval*)

Yaitu rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini juga memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur.

$$\text{TOI} = \frac{(\sum \text{TT} \times \text{periode}) - \text{hari perawatan}}{\sum \text{pasien keluar (hidup + mati)}}$$

Idealnya tempat tidur kosong/tidak terisi ada pada kisaran 1-3 hari.

Manfaat dari perhitungan TOI adalah :

1. Menggambarkan efisiensi rumah sakit dalam mengatur pemasukan penderita rawat tinggal yang tidak akurat (*emergency*) selama satu periode tertentu.
2. Indikator ini juga memberikan tingkat efisiensi dari penggunaan tempat tidur
3. Bersama ALOS merupakan indikator tentang efisiensi penggunaan tempat tidur.

d. ALOS (*Average Length of Stay*)

Yaitu rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan lebih lanjut.

$$\text{ALOS} = \frac{\sum \text{lama dirawat}}{\sum \text{pasien keluar (hidup + mati)}}$$

e. GDR (*Gross Death Rate*)

Yaitu angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar rumah sakit.

$$\text{GDR} = \frac{\sum \text{pasien mati seluruhnya} \times 1000\%}{\sum \text{pasien keluar (hidup + mati)}}$$

Nilai GDR tidak melebihi 45 per 1000 penderita keluar.

f. NDR (*Net Death Rate*)

Yaitu angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini menggambarkan menggambarkan mutu pelayannya di rumah sakit.

$$\text{NDR} = \frac{\sum \text{pasien mati} > 48 \text{ jam dirawat}}{\sum \text{pasien keluar (hidup + mati)}} \times 1000\%$$

Nilai NDR yang dianggap masih dapat ditelorir adalah kurang dari 25 per 1000.

g. Rata-rata kunjungan poliklinik perhari

Indikator ini diperlukan untuk menilai tingkat pemanfaatan poli klinik rumah sakit. Angka rata-rata ini apabila dibandingkan dengan jumlah penduduk di wilayahnya akan memberikan gambaran cakupan pelayanan di rumah sakit.

2.3 *Bed Occupancy Rate*

2.3.1 Pengertian BOR

Menurut Muhammad *et al.*, (2013:217) *Bad Occupancy Rate* (BOR) adalah indikator yang menggambarkan tinggi rendahnya pemanfaatan tempat tidur dalam sebuah pelayanan kesehatan dan dapat digunakan sebagai indikator kinerja, sedangkan menurut Huffman (1994) dalam Nababan (2012 : 62) BOR adalah “*the ratio of patient service days to inpatient bed count days in a period under consideration*”.

Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa *Bed Occupancy rate* (BOR) adalah rata-rata penggunaan tempat tidur dalam waktu tertentu dalam satu tahun ataupun satu bulan dinyatakan dalam persentasi.

2.3.2 Faktor yang mempengaruhi capaian BOR di RS

Menurut Austin C.J dalam Dewantoro (2010) faktor yang mempengaruhi BOR sangat banyak dan kompleks, tetapi pada dasarnya dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal terdiri adalah budaya rumah sakit, sistem nilai, kepemimpinan, sistem manajemen,

sistem informasi, sarana prasarana, sumber daya manusia, pemasaran, citra dan lain-lain. Sedangkan yang termasuk faktor eksternal adalah letak geografis, keadaan sosial ekonomi konsumen, budaya masyarakat, pemasok, pesaing, kebijakan pemerintah daerah, peraturan, dll.

Menurut Harold Koenig *et al.*, (dalam Yayok, 2010) faktor-faktor yang mempengaruhi BOR meliputi faktor eksternal dan faktor internal rumah sakit. Namun, faktor yang berperan signifikan terhadap BOR adalah faktor internal rumah sakit yang meliputi faktor input dan faktor proses pelayanan. Sedangkan faktor eksternal rumah sakit yaitu kondisi pasien. Faktor input yang mempengaruhi BOR meliputi secara umum, sarana medis, sarana penunjang medis, tarif, ketersediaan pelayanan, tenaga medis, dan para medis perawatan. Faktor proses pelayanan yang mempengaruhi BOR meliputi sikap dokter dalam memberikan pelayanan, sikap perawat dalam memberikan pelayanan dan komunikasi pelayanan. Sikap perawat dalam memberikan pelayanan secara umum yaitu terdiri dari keramahan dalam memberikan pelayanan dan cara memberikan informasi juga komunikasi. Sedangkan dari faktor kondisi pasien terdiri dari sosial ekonomi, jarak dan transportasi, motivasi, dan prioritas terhadap rumah sakit dan perilaku kesehatan.

Menurut Harold Koenig *et al.*, (dalam Nababan, 2012) Faktor yang mempengaruhi rendahnya BOR :

1. Sarana Umum

Sarana adalah segala sesuatu yang dipakai sebagai alat untuk mencapai makna dan tujuan (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 2008). Sedangkan menurut Syahril (2007: 2) berpendapat bahwa Sarana merupakan unsur yang secara langsung menunjang atau digunakan dalam pelaksanaan suatu kegiatan.

Menurut Harold Koenig *et al.*, (dalam Nababan, 2012) Sarana umum RS adalah segala fasilitas yang digunakan dalam pelayanan kesehatan yang bersifat fisik dan lingkungan yang disediakan oleh rumah sakit, yang terdiri dari : sarana air bersih, kebersihan lantai, kamar mandi dan WC, fasilitas rawat inap seperti fasilitas tempat tidur, lemari, kursi, wastafel, kulkas,

penerangan dan ventilasi serta spreng, ketersediaan taman, mushalla, tempat tidur, dan halaman.

2. Sarana Medis

Pengertian alat medis menurut ketentuan Pasal 29 Undang-Undang No. 44 tahun 2009 ialah instrument, aparatus, mesin dan atau implant yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit, memulihkan kesehatan pada manusia, membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.

Kegunaan alat kesehatan berdasarkan tujuan penggunaannya diatur dalam Pasal 3 Peraturan Menteri Kesehatan No. 1191 Tahun 2010 tentang Penyaluran alat kesehatan yaitu:

- a) Diagnosis, pencegahan, pemantauan, perlakuan atau pengurangan penyakit.
- b) Diagnosis, pemantauan, perlakuan, pengurangan atau kompensasi kondisi sakit
- c) Penyelidikan, penggantian, pemodifikasian, mendukung anatomi atau proses fisiologis.
- d) Mendukung atau mempertahankan hidup.
- e) Menghalangi pembuahan.
- f) Desinfeksi alat kesehatan.
- g) Menyediakan informasi untuk tujuan medis atau diagnosis melalui pengujian *in vitro* terhadap spesimen dari tubuh manusia

Kegunaan dari alat kesehatan sebagai sarana dan prasarana pendukung pelayanan kesehatan di rumah sakit berguna untuk kepentingan penyembuhan dan pemeliharaan pasien di rumah sakit, alat kesehatan berdasarkan nilai dan tujuan penggunaannya dioperasikan berdasarkan kompetensi tenaga keahlian kesehatan sehingga tujuan dan kegunaan alat kesehatan dalam hal ini dapat dipergunakan untuk mengobati dan menanggulangi penyakit secara aman, bermutu, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai

dengan standar pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien.

Berdasarkan ketentuan Pasal 4 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan No. 1191 Tahun 2010 tentang Penyaluran Alat Kesehatan berbunyi, produk alat kesehatan yang beredar harus memenuhi standardan/atau persyaratan mutu, keamanan, dan kemanfaatan. Dengan demikian pengklasifikasian alat kesehatan di rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 1191 Tahun 2010 tentang Penyaluran Alat Kesehatan merupakan kebijakan yang dilaksanakan pemerintah yang bertujuan untuk memberikan pedoman terhadap rumah sakit agar program dan kegiatan pemeliharaan dan pengobatan terhadap pasien di rumah sakit terlaksana secara sistematis dan terencana dan memenuhi standar keamanan penggunaan alat kesehatan.

Menurut Harold Koenig *et al.*, (dalam Nababan, 2012) yang digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh peralat medis yang digunakan baik dalam proses diagnosa maupun terapi, seperti: tensimeter, stetoskop, thermometer, dll.

3. Sarana penunjang medis

Adalah sarana yang digunakan untuk membantu menegakkan diagnosa medis atau pelayanan medis yang berfungsi agar pengobatan dan perawatan yang diberikan lebih maksimal, seperti: apotik, dan instalasi gizi RS, rekam medis (Harold Koenig *et al.*, (dalam Nababan, 2012).

4. Tarif yang digunakan

Menurut Harold Koenig *et al.*, (dalam Nababan, 2012) tarif adalah biaya yang dikenakan oleh RS terhadap pasien rawat inap. Tarif adalah sebagian atau seluruh biaya penyelenggara pelayanan kesehatan di rumah sakit atau puskesmas yang dibebankan kepada pasien sebagai imbalan jasa atas pelayan yang diterima. Pengertian tarif tidaklah sama dengan harga. Sekalipun keduanya menunjuk pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan oleh konsumen, tetapi pengertian tarif ternyata lebih terkait pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh jasa pelayanan, sedangkan

penghargaan harga lebih terkait pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh barang (Thabrany, 2007).

5. Ketersediaan pelayanan

Menurut Harold Koenig *et al.*, (dalam Nababan, 2012) ketersediaan pelayanan adalah tersedianya pelayanan setiap saat dibutuhkan, seperti ketersediaan tenaga medis dan para medis setiap dibutuhkan dan ketersediaan jenis pelayanan.

6. Jumlah tenaga medis yang meliputi tenaga para medis dan medis.

Tenaga para medis yaitu perawat yang bertugas di RS untuk merawat pasien rawat inap sedangkan tenaga medis adalah dokter yang mengobati pasien rawat inap. Jumlah tenaga medis dan para medis di suatu RS sangat mempengaruhi kualitas pelayanan yang akan diberikan kepada pasien rawat inap (Harold Koenig *et al.*, (dalam Nababan, 2012)).

7. Waktu dalam melaksanakan pelayanan kepada pasien

Adalah jumlah waktu dalam menit yang digunakan pasien untuk pendaftaran, waktu mendapatkan pelayanan dan waktu pembayaran (Harold *et al.*, dalam Nababan (2012).

8. Faktor pelayanan kesehatan

Menurut Harold Koenig *et al.*, (dalam Nababan, 2012) faktor pelayanan kesehatan terdiri sikap dokter dan perawat dalam memberikan pelayanan dengan menilai sikap secara umum, keramahan dalam memberikan pelayanan dan cara memberikan informasi mengenai penyakit kepada pasien.

9. Sosial ekonomi

Menurut Harold Koenig *et al.*, (dalam Nababan, 2012) sosial ekonomi adalah kedudukan atau posisi seseorang dalam kelompok masyarakat yang ditentukan oleh jenis aktivitas ekonomi, pendidikan serta pendapatan. Ada beberapa faktor yang dapat menentukan tinggi rendahnya keadaan sosial ekonomi seseorang dalam masyarakat yaitu diketahui dari tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, tingkat pendapatan, Keadaan rumah tangga, tempat tinggal, kepemilikan kekayaan, jabatan dalam organisasi,

aktivitas ekonomi. Sosial ekonomi pasien rawat inap dilihat dari pendapatan kepala keluarga setiap bulannya.

10. Perilaku terhadap kesehatan

Menurut Harold Koenig *et al.*, (dalam Nababan, 2012) perilaku terhadap kesehatan adalah sikap maupun cara-cara pasien dalam menghadapi masalah kesehatan.

11. Motivasi dan Prioritas terhadap RS

Menurut Harold Koenig *et al.*, (dalam Nababan, 2012) motivasi dan prioritas terhadap RS pasien rawat inap ini diketahui melalui alasan pasien memilih RS, pendorong pasien masuk RS dan prioritas RS yang diinginkan sebagai tempat rawat inap.

2.4 Teori Sistem

Sistem adalah suatu kesatuan yang utuh dan terpadu dari berbagai elemen yang berhubungan serta saling memengaruhi yang dengan sadar dipersiapkan untuk mencapai tujuan yang telah dicapai sedangkan sistem kesehatan adalah kumpulan dari berbagai faktor yang kompleks dan saling berhubungan yang terdapat dalam suatu negara yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok, dan ataupun masyarakat pada setiap saat dibutuhkan (Azwar, 2010:24).

Sistem terbentuk dari bagian atau elemen yang saling berhubungan dan mempengaruhi, adapun unsur-unsur sistem (Azwar, 2010:28) yaitu :

1. Masukan

Masukan (input) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk berfungsinya sistem tersebut. Ada beberapa variabel yang terdapat dalam masukan (*input*) yang penting, yaitu :

a. *Man*

Man menunjuk pada sumber daya manusia yang dimiliki oleh organisasi. Dalam manajemen faktor manusia adalah faktor yang sangat menentukan. Tanpa adanya manusia tidak ada proses kerja, sebab pada dasarnya manusia

adalah makhluk kerja. Oleh karena itu, manajemen timbul karena adanya orang-orang yang bekerja sama untuk mencapai tujuan.

b. *Material*

Materials merupakan sarana yang digunakan untuk mendukung kelancaran berjalannya suatu program. Bahan paket yang lengkap akan memperlancar jalannya suatu program, demikian sebaliknya jika bahan paket yang dibutuhkan tidak atau kurang memadai, akan menghambat berlangsungnya suatu program (Danang, 2011:61).

c. *Money*

Money atau uang merupakan salah satu unsur yang tidak dapat diabaikan. Uang merupakan alat tukar dan alat pengukur nilai. Besar kecilnya hasil kegiatan dapat diukur dari hasil uang yang beredar dalam perusahaan (organisasi).

d. *Method*

Method atau metode merupakan kegiatan ilmiah yang berkaitan dengan suatu cara kerja (sistematic) untuk memahami suatu subjek atau objek penelitian, sebagai upaya untuk menemukan jawaban yang dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah dan termasuk keabsahannya (Ruslan, 2003 dalam Setiawan 2013).

e. *Market*

Market atau pasar adalah tempat dimana organisasi menyebarkan (memasarkan) produknya. Memasarkan produk sangat penting, sebab bila produk tidak laku maka produksi akan berhenti. Dalam hal ini, market bisa diartikan sasaran dari program yang mendapatkan pelayanan secara langsung.

f. *Time bound*

Time bound merupakan kegiatan atau program tersebut dapat dipastikan kapan dapat diwujudkan hasilnya (Santoso, 2006:98).

2. Proses

Proses (*process*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.

3. Keluaran

Keluaran (*output*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.

4. Umpan balik

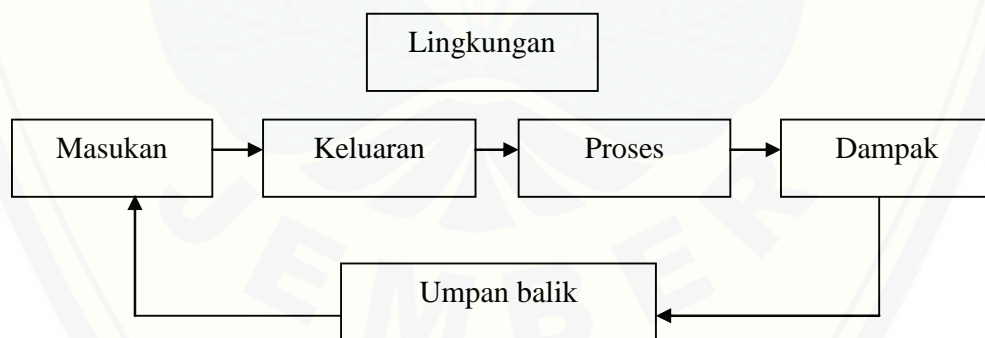
Umpan balik (*feed back*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut.

5. Dampak

Dampak (*impact*) adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem.

6. Lingkungan

Lingkungan (*environment*) adalah dunia di luar sistem yang tidak boleh dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem.



Gambar 2.1 Hubungan Unsur- unsur sistem (Azwar, 2010)

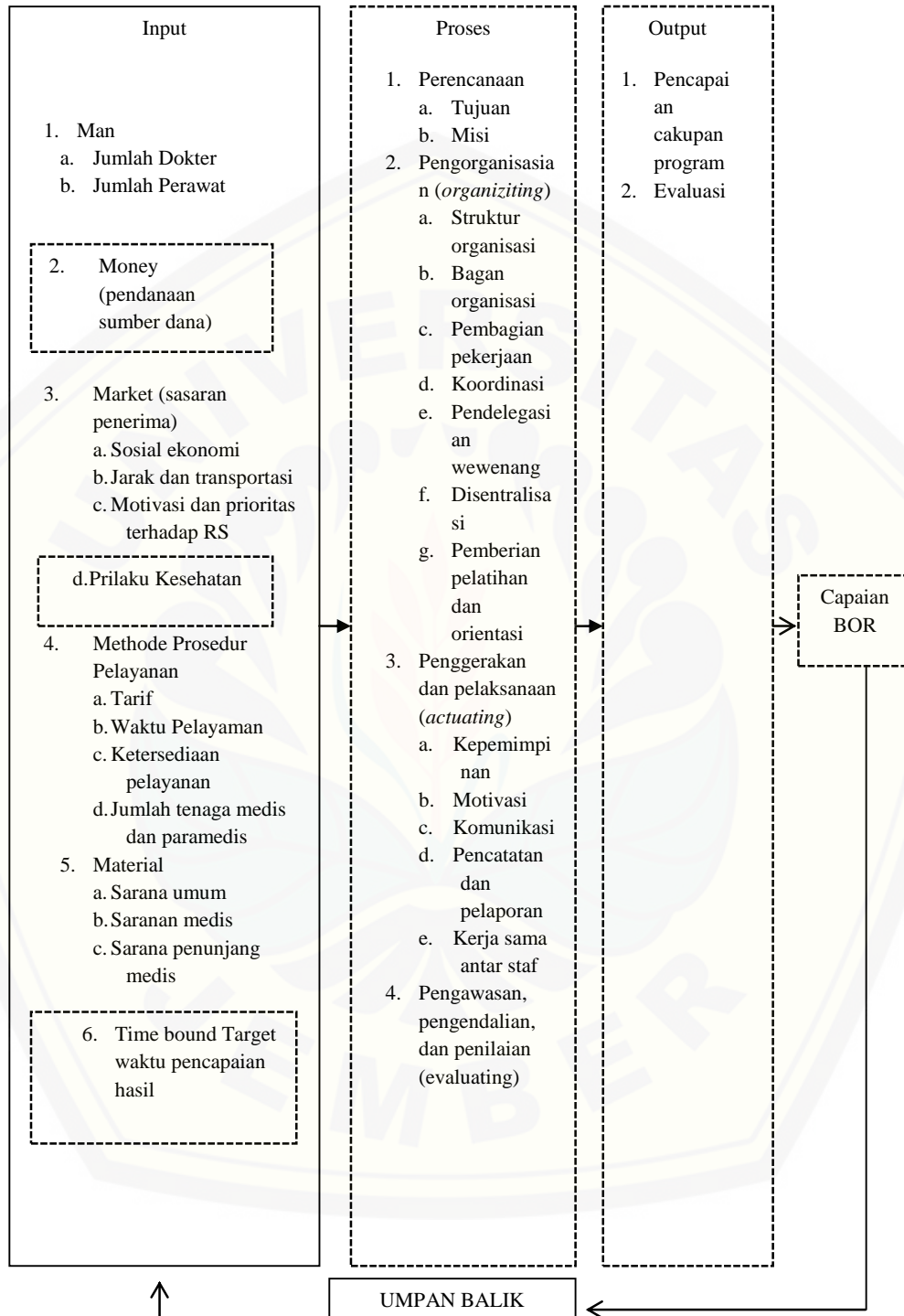
2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

Kerangka teori di atas adalah modifikasi dari teori pendekatan Azrur Azwar (2010:58), Austin C.j (dalam Dewantoro, 2010), Harold Koenig HFZ *et al.*, (dalam Nababan, 2012)

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

Keterangan:

————— : Diteliti

----- : Tidak diteliti

Penjelasan :

Peneliti ingin mengkaji capaian *Bed Occupancy rate* (BOR) di ruangan rawat inap RS Paru Jember tahun 2017, dimana capaian BOR dipengaruhi oleh faktor input (sarana umum, sarana medis, sarana penunjang medis, tarif, ketersediaan pelayanan, jumlah tenaga medis dan paramedis) dan faktor proses pelayanan terdiri dari (sikap dokter dalam memberikan pelayanan, sikap perawat dalam memberikan pelayanan, dan kesinambungan pelayanan) serta faktor pasien (sosial ekonomi, jarak dan transportasi, motivasi dan prioritas terhadap RS). Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Hanna (2003) mengatakan bahwa faktor input dan faktor pelayanan kesehatan berhubungan mempengaruhi rendahnya *Bed Occupancy Rate* , untuk itu peneliti tertarik untuk melakukan penilaian sumber daya oleh pasien rawat inap terhadap rendahnya capaian *Bed Occupancy rate* (BOR) di ruangan rawat inap RS Paru Jember tahun 2017.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan *case studies*. Muchtar (dalam Rokhmah *et al.*, 2014:7) mengungkapkan bahwa metode penelitian *case studies* sangat cocok digunakan saat seorang peneliti ingin mengungkapkan sesuatu dengan bertolak pada pertanyaan “*How*” atau “*Why*”. Penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang digunakan pada kondisi objek yang alamiah dimana peneliti sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data yang dilakukan secara triangulasi, analisis data bersifat induktif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna daripada generalisasi (Sugiyono, 2010:9).

Menurut Bogdan dan Taylor dalam Moloeng (2016: 4) yang menyatakan metodologi kualitatif sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati. Penelitian ini dilakukan untuk memperoleh informasi secara mendalam mengenai penilaian sumber daya oleh pasien rawat inap terhadap rendahnya capaian BOR di ruangan rawat inap RS Paru Jember.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di RS Paru Jember.

3.2.2 Waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan November 2017 sampai dengan bulan Desember 2017.

3.3 Informan Penelitian

3.3.1 Sasaran Penelitian

Sasaran penelitian menurut Notoatmodjo (2005:69) adalah sebagian atau seluruh anggota yang diambil dari seluruh objek yang diteliti dan dianggap

mewakili seluruh populasi. Sasaran yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien rawat inap RS Paru Jember. Sasaran dalam penelitian ini berdasarkan kriteria sebagai berikut:

- a. Pasien rawat inap dirawat > 3 hari
- b. Berusia > 17 tahun
- c. Mampu dan paham dalam berkomunikasi
- d. Bersedia untuk dijadikan sebagai informan penelitian

3.3.2 Penentuan Informan Penelitian

Informan penelitian merupakan subjek penelitian yang dapat memberikan informasi yang diperlukan selama proses penelitian. Informan adalah orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian (Moleong, 2010:63), penentuan informan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan teknik *purposive* yaitu teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu. Pertimbangan tertentu ini, misalnya orang tersebut yang dianggap paling tahu tentang apa yang kita harapkan, atau mungkin dia sebagai penguasa sehingga akan memudahkan peneliti menjelajahi obyek/situasi sosial yang diteliti (Sugiyono, 2012:53).

Menurut Suyanto (2005 :171), informan penelitian terbagi atas informan kunci, informan utama, dan informan tambahan. Oleh sebab itu, penelitian ini meliputi beberapa macam informan antara lain :

1. Informan kunci, yaitu orang-orang yang mengetahui dan memiliki berbagai informasi pokok yang diperlukan dalam penelitian. Informasi kunci pada penelitian ini adalah staff bagian rekam medis RS Paru Jember 1 orang.
2. Informan utama, yaitu orang-orang yang terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti. Informan utama dalam penelitian ini adalah pasien umum rawat inap RS Paru Jember.
3. Informan tambahan adalah orang-orang yang dapat memberikan informasi walaupun tidak langsung terlibat dalam interaksi sosial yang diteliti. Informan tambahan tidak selalu dibutuhkan dalam penelitian, tergantung pada data yang sudah didapatkan dari informan kunci dan informan utama, informan

tambahan dalam penelitian ini adalah keluarga dari pasien umum rawat inap RS Paru Jember.

3.4 Fokus Penelitian

Berikut fokus penelitian yang digunakan dalam penelitian ini:

Tabel 3.1 Fokus Penelitian

No	Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan instrumen pengumpulan data
1	BOR RS Paru Jember Rendah	Rendahnya pemanfaatan tempat tidur di RS Paru Jember.	Wawancara dengan informan kunci. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan wawancara C no 2
2	Sarana umum	Segala fasilitas yang digunakan dalam pelayanan kesehatan yang bersifat fisik dan lingkungan yang disediakan oleh RS Jember	Wawancara dengan informan utama. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan wawancara A no 1
3	Sarana medis	seluruh peralatan medis yang digunakan baik dalam proses diagnosa maupun terapi di RS Jember.	Wawancara dengan informan utama. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan wawancara A no 2
4	sarana penunjang medis	Sarana yang digunakan untuk membantu menegakkan diagnosa medis di RS Jember	Wawancara dengan informan utama. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan wawancara A no 3
5	Tarif	Biaya yang dikenakan oleh RS terhadap pasien rawat inap.	Wawancara dengan informan utama. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan wawancara A no 4
6	Ketersediaan Pelayanan	Tersedianya pelayanan setiap saat dibutuhkan, seperti ketersediaan tenaga setiap dibutuhkan oleh pasien rawat inap.	Wawancara dengan informan utama. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan wawancara A no 5
7	Jumlah Tenaga medis	Keseluruhan jumlah tenaga medis dan para medis yang ada di RS paru	Wawancara dengan informan utama. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan wawancara A no 6

No	Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan instrumen pengumpulan data
8	Sikap dokter dan perawat	Sikap dokter dan perawat dalam memberikan pelayanan dengan menilai sikap secara umum, keramahan dalam memberikan pelayanan dan cara memberikan informasi mengenai penyakit kepada pasien.	Wawancara dengan informan utama. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan wawancara A no 7
9	Waktu pelayanan	Jumlah waktu dalam menit yang digunakan pasien untuk pendaftaran, waktu mendapatkan pelayanan dan waktu pembayaran.	Wawancara dengan informan utama. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan wawancara A no 8
10	Sosial Ekonomi	Pendapatan perbulan yang diperoleh kepala keluarga pasien rawat inap RS Paru	Wawancara dengan informan utama. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan wawancara A no 9
11	Jarak dan transportasi ke pelayanan kesehatan	Jarak dan transportasi (akses) pasien rawat inap untuk menuju ke RS Paru Jember	Wawancara dengan informan utama. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan wawancara A no 10
12	Motivasi dan prioritas terhadap RS	Alasan pasien memilih RS Paru, pendorong pasien masuk RS Paru dan prioritas RS yang diinginkan sebagai tempat rawat inap.	Wawancara dengan informan utama. Pertanyaan terdapat pada lembar panduan wawancara A no 11

3.5 Data dan Sumber Data

Data adalah kumpulan huruf/kata kalimat atau angka yang dikumpulkan melalui proses pengumpulan data. Data tersebut merupakan sifat atau karakteristik dari sesuatu yang diteliti (Notoadmojo, 2003). Data yang didapatkan dari proses pengumpulan data tidak memiliki makna, sehingga perlu dilakukan analisis data tersebut memiliki makna, sehingga perlu dilakukan analisis data tersebut memiliki makna.

Sumber data dalam penelitian ini adalah subjek dari mana data dapat diperoleh, sumber data yang diperlukan dalam penelitian ini adalah data primer dan data skunder. Data primer adalah data yang dihimpun oleh peneliti yang

diperoleh secara langsung pada sumber data (informasi). Data skunder adalah data data yang dihimpun melalui tangan kedua (Arikunto, 2006:44). Ada beberapa sumber data yang dibutuhkan dalam penelitian yaitu :

a. Data Primer

Data primer dalam penelitian ini diperoleh secara langsung melalui observasi tak terstruktur dan wawancara mendalam dengan panduan wawancara yang dilakukan oleh peneliti pada Informan utama yaitu pasien rawat inap RS Paru Jember dan yang staff bagian rekam medis sebagai informan kunci. Tiap-tiap informan sebelumnya diberi *inform consent* sebagai persetujuan untuk menjadi informan dalam penelitian ini.

b. Data Skunder

Data sekunder diperoleh secara tidak langsung untuk mendukung penulisan pada penelitian ini. Data ini bisa juga didapatkan dari tulisan ataupun artikel. Artikel terkait dari media cetak maupun media elektronik. Data sekunder dalam penelitian ini didapatkan dari bagian informasi Rumah Sakit Paru Jember yaitu data pengukuran kinerja terkait BOR.

3.6 Teknik dan Instrument Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data. Tanpa mengetahui teknik pengumpulan data, maka peneliti tidak akan mendapatkan data yang memenuhi standar data yang ditetapkan (Sugiyono, 2013:58). Pengumpulan data merupakan langkah penting dalam penelitian. Pengumpulan data akan berpengaruh pada beberapa tahap berikutnya sampai pada tahap penarikan kesimpulan. Sesuai dengan sifat penelitian kualitatif yang terbuka, mendalam dan fleksibel, maka peneliti menggunakan metode wawancara dalam pengumpulan data (Moleong, 2010:71). Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini, antara lain :

a. Wawancara mendalam (*in-depth interview*)

Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu. Percakapan itu dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara (interviewer) yang mengajukan pertanyaan dan terwawancara (interviewee) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu (Moeleong, 2016:186). Dengan wawancara, maka peneliti akan mengetahui hal-hal yang lebih mendalam tentang partisipan dalam menginterpretasikan situasi dan fenomena yang terjadi (Stainback dalam Sugiyono, 2010: 232). Alat yang digunakan dalam teknik wawancara ini yaitu panduan wawancara, alat perekam suara dan catatan penelitian.

Jenis wawancara yang digunakan yaitu wawancara semi terstruktur yang termasuk dalam kategori *in-depth interview*. Pelaksanaan *in-depth interview* lebih bebas jika dibandingkan dengan wawancara terstruktur. *In-depth interview* bertujuan untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka serta pihak yang diwawancarai dimintai pendapat dan ide-idenya kemudian peneliti perlu mendengarkan secara teliti dan mencatat apa yang dikemukakan oleh informan (Sugiyono, 2010:233). Wawancara dalam penelitian ini dilakukan dengan Informan utama yaitu pasien rawat Inap RS Paru Jember berupa informasi penilaian sumber daya terhadap rendahnya capaian BOR yang terdiri dari sarana umum, sarana medis, sarana penunjang medis, tarif, ketersediaan pelayanan, jumlah tenaga medis, sikap dokter dan perawat, kesinambungan pelayanan, sosial ekonomi, jarak transportasi pelayanan kesehatan, dan Motivasi dan prioritas terhadap RS.

b. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan metode yang dilakukan untuk meningkatkan ketepatan pengamatan. Dokumentasi ini dilakukan untuk merekam pembicaraan dan juga dapat merekam suatu perbuatan yang dilakukan oleh responden pada saat wawancara (Moleong, 2010:72). Dokumentasi merupakan metode yang dilakukan untuk meningkatkan ketepatan pengamatan. Dokumen adalah catatan peristiwa yang sudah berlalu. Bisa dalam bentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang (Rokhmah *et al.*, 2014:31). Dokumentasi yang digunakan dalam penelitian ini

yaitu berupa rekaman hasil wawancara, rekaman suara setiap wawancara yang dilakukan dengan tujuan agar data yang dikumpulkan dapat terangkum dengan baik dan foto saat wawancara dengan informan. Dokumentasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa artikel-artikel atau referensi yang terkait tentang rendahnya capaian BOR, rekaman hasil wawancara, foto, dan transkrip hasil.

c. Observasi

Secara metodologis, penggunaan pengamatan adalah untuk mengoptimalkan kemampuan peneliti dari segi motif, kepercayaan, perhatian, perilaku tak sadar, kebiasaan dan sebagainya. Pengamatan memungkinkan peneliti merasakan apa yang dirasakan dan dihayati oleh subjek penelitian sehingga memungkinkan pula peneliti sebagai sumber data (Moloeng, 2016: 175).

Bentuk pengamatan dalam penelitian ini adalah observasi tidak terstruktur. Observasi tidak terstruktur adalah observasi yang tidak dipersiapkan secara sistematis tentang apa yang akan diobservasi. Fokus observasi akan berkembang selama kegiatan observasi berlangsung. Dalam melakukan pengamatan peneliti menggunakan instrumen (Sugiyono, 2010: 228). Pengamatan yang dilakukan peneliti untuk melihat kondisi sarana umum yang ada di RS Paru Jember dengan menggunakan lembar observasi.

d. Triangulasi

Dalam teknik pengumpulan data triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Dalam hal ini jika peneliti mengumpulkan data dengan menggunakan teknik ini maka sebenarnya peneliti mencoba untuk melakukan pengumpulan data sekaligus menguji kredibilitas data (Rokhmah *et al.*, 2014:31). Dalam penelitian ini peneliti melakukan triangulasi teknik yaitu peneliti melakukan pengumpulan data dengan menggunakan teknik yang berbeda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama. Peneliti akan melakukan pengecekan antara hasil temuan data hasil observasi dan data hasil wawancara.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Sugiyono (2013:68) menyatakan bahwa instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang digunakan sebagai sarana yang dapat diwujudkan dalam benda. Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah panduan wawancara mendalam. Panduan wawancara sangat memungkinkan berkembang sewaktu penelitian berlangsung sesuai dengan informasi yang ingin didapatkan oleh peneliti. Panduan wawancara ini digunakan untuk metode pengumpulan data melalui wawancara mendalam dengan bantuan alat perekam suara dan alat tulis. Alat perekam suara yang digunakan adalah *handphone* dengan *file Mp3*, sedangkan instrumen untuk pengamatan langsung peneliti menggunakan kamera digital agar lebih efisien dan efektif.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian kualitatif diungkapkan dalam bentuk kalimat serta uraian-uraian, bahkan dapat berupa cerita pendek (Bungin, 2008:55). Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dalam bentuk uraian kata-kata dan kutipan-kutipan langsung dari informan yang disesuaikan dengan bahasa dan pandangan informan. Penyajian data dilakukan dalam bentuk bahasa yang tidak formal, dalam susunan kalimat sehari-hari dan pilihan kata atau konsep asli informan. Berdasarkan ungkapan dan bahasa asli informan tersebut, dapat dikemukakan temuan peneliti yang akan dilakukan pembahasan atau dijelaskan dengan teori-teori yang telah ada.

3.7.2 Analisis Data

Menurut Bogdan dalam Sugiyono (2010:79), analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari wawancara, catatan lapangan, dan bahan-bahan lain, sehingga dapat mudah dipahami, dan temuannya dapat diinformasikan kepada orang lain. Analisis data dilakukan

dengan mengorganisasikan data, menjabarkannya dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan yang dapat diceritakan pada orang lain. Prastowo (2011:69) menyatakan bahwa analisis data dalam metode penelitian kualitatif dilakukan secara terus menerus dari awal hingga akhir penelitian.

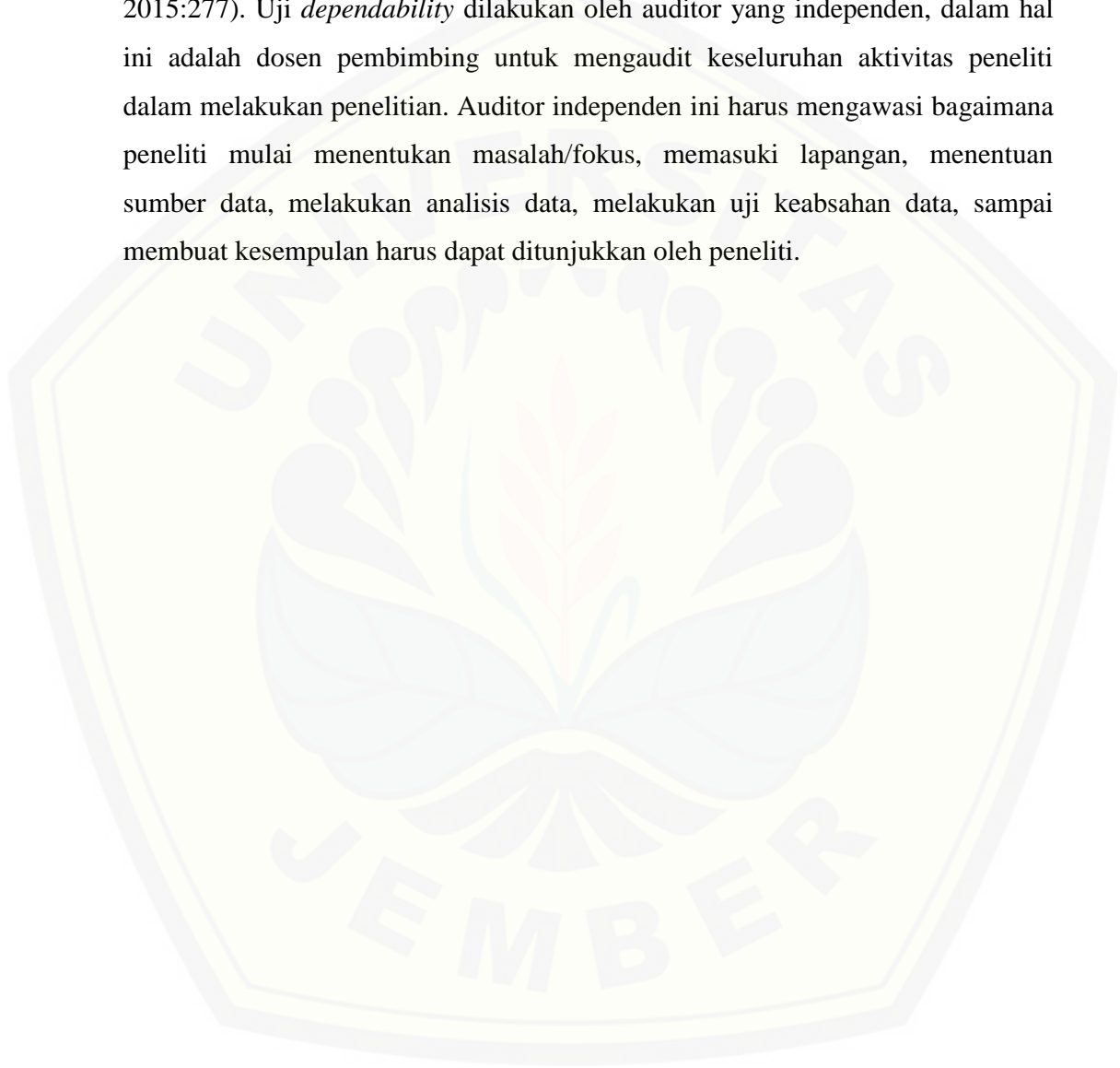
Teknik analisis data menggunakan metode *thematic content analysis* (analisis isi berdasarkan tema), yaitu metode yang berusaha mengidentifikasi, menganalisis dan melaporkan pola-pola yang ada berdasarkan data yang terkumpul. Proses analisis data dimulai dengan menelaah seluruh data yang didapatkan dari berbagai teknik pengumpulan data kepada informan terpilih yaitu wawancara mendalam, observasi non partisipatif, dokumen dan triangulasi. Data yang telah dipelajari, dibaca dan di telah kemudian dilakukan reduksi data yaitu memilih data yang diperoleh dari informan dan disesuaikan dengan tujuan penelitian. Pada tahap reduksi data, dilakukan pemilihan hal-hal yang penting dan membuang bagian yang tidak perlu atau tidak sesuai dengan tujuan penelitian. Setelah dilakukan reduksi data, kemudian dilakukan pengkategorian pada informasi yang diperoleh. Tahap akhir dari analisis data ini adalah mengadakan pemeriksaan keabsahan data (Moleong, 2010:247).

3.8 Validitas dan Reliabilitas

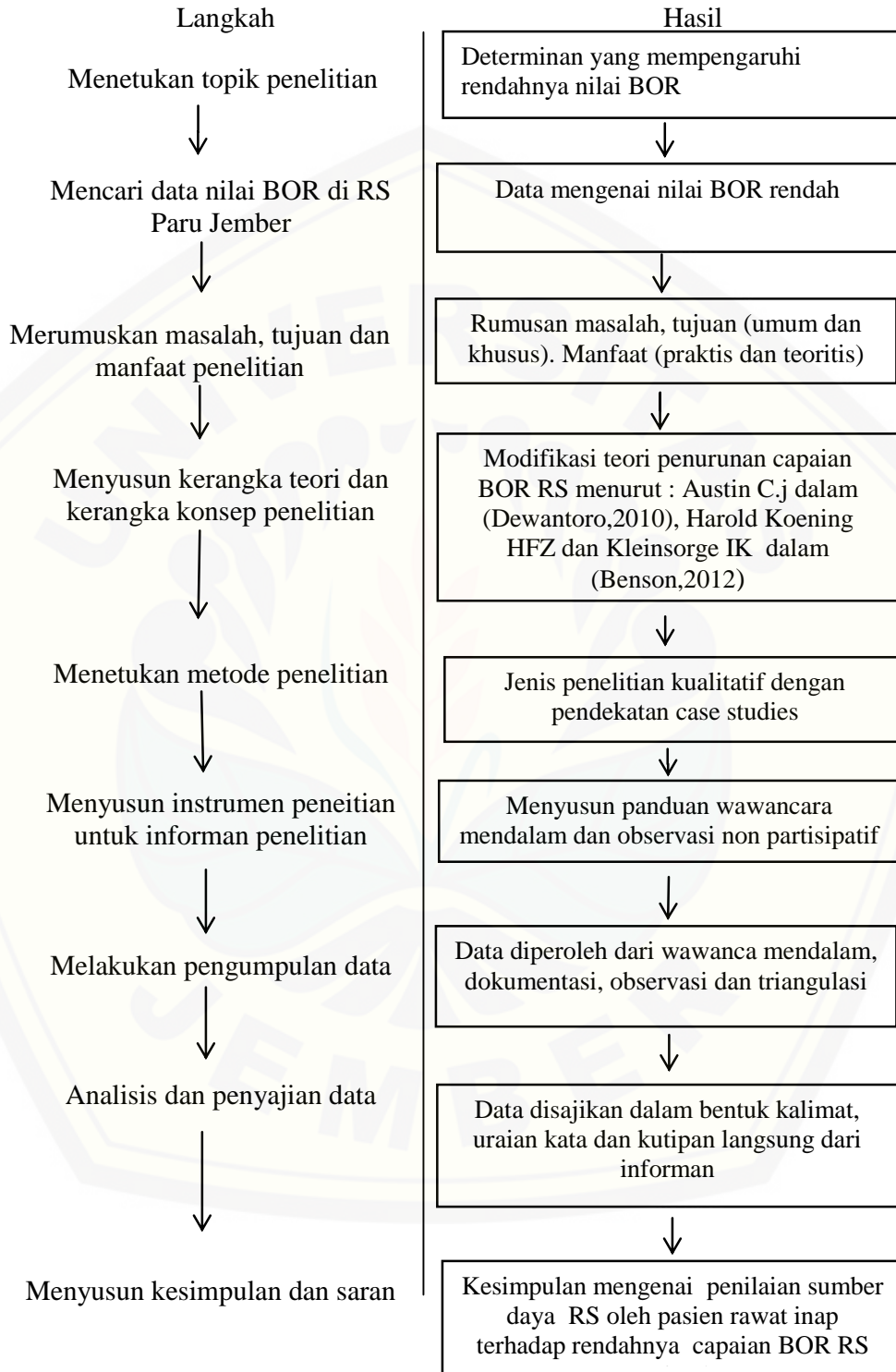
Validitas merupakan derajat ketepatan antara data yang terjadi pada objek penelitian dengan data yang di dapat dilaporkan oleh peneliti. Data yang valid adalah data yang tidak berbeda antara data yang dilaporkan oleh peneliti dengan data yang sesungguhnya terjadi pada objek penelitian (Sugiyono, 2015:267). Pengujian validitas dilakukan dengan proses triangulasi. Triangulasi dalam pengujian kredibilitas ini diartikan sebagai pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara, dan berbagai waktu (Sugiyono, 2015:273). Triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi teknik. Triangulasi teknik dilakukan melalui wawancara mendalam, dokumen dan observasi non partisipatif.

Reliabilitas merupakan derajat konsistensi dan stabilitas data atau temuan (Sugiyono, 2015:268). Temuan data dapat dinyatakan valid apabila tidak ada

perbedaan antara yang dilaporkan peneliti dengan apa yang sesungguhnya terjadi pada obyek yang diteliti. Reliabilitas data pada penelitian kualitatif dilakukan melalui *dependability*, dalam penelitian kualitatif, uji *dependability* dilakukan dengan melakukan audit terhadap keseluruhan proses penelitian (Sugiyono, 2015:277). Uji *dependability* dilakukan oleh auditor yang independen, dalam hal ini adalah dosen pembimbing untuk mengaudit keseluruhan aktivitas peneliti dalam melakukan penelitian. Auditor independen ini harus mengawasi bagaimana peneliti mulai menentukan masalah/fokus, memasuki lapangan, menentukan sumber data, melakukan analisis data, melakukan uji keabsahan data, sampai membuat kesimpulan harus dapat ditunjukkan oleh peneliti.



3.9 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Hasil penelitian mengenai sumber daya RS terhadap rendahnya capaian BOR berdasarkan penilaian pasien rawat inap di RS Paru Jember adalah sebagai berikut:

- a. Sarana umum yang ada di RS Paru Jember seperti ketersediaan air bersih, kamar mandi dan WC, serta tempat tidur sudah baik, namun kondisi WC masih sedikit berbau, kursi pengunjung yang terbuat dari kayu mengakibatkan pengunjung menjadi kurang nyaman, jumlah kursi pengunjung masih kurang, dan kondisi tempat parkir kendaraan bermotor yang kurang luas, tidak memiliki atap dan sering becek ketika musim hujan.
- b. Sarana medis khusus penyakit paru yang ada di RS Paru Jember sudah lengkap seperti *peak flow meter*, *mucus ekstraktor*, *sprirometer*, masker CPAP dan kondisi keseluruhan peralatan medis tersebut baik.
- c. Sarana penunjang medis yang ada di RS Paru Jember berdasarkan Proses pelayanan dan kebersihan di Apotek, laboratorium, dan instalasi gizi sudah baik, namun dibutuhkan waktu yang lama saat pasien mengantri di apotek RS Paru Jember dan keluarnya hasil cek laboratorium pasien di RS Paru Jember tidak begitu cepat atau lama.
- d. Tarif yang ada di RS Paru Jember tidak mahal dan sesuai dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien rawat inap umum, sementara untuk pasien yang menggunakan BPJS atau KIS tidak dikenakan tarif pelayanan karena tarif sudah ditanggung oleh pihak BPJS.
- e. Petugas medis selalu ada ketika dibutuhkan oleh pasien atau ketersediaan pelayanan yang ada di RS Paru sudah baik.
- f. Jumlah tenaga medis dan paramedis yang ada di RS Paru sudah cukup.
- g. Waktu pelayanan yang dilakukan oleh dokter dan perawat sudah pas, namun waktu yang digunakan pada saat proses administrasi sangat lama sehingga

sering menimbulkan antrian yang panjang dan proses administrasi tersebut masih berbelit- belit dan kurang dipahami oleh informan.

- h. Sikap dokter dan perawat dalam memberikan pelayanan sudah baik, hanya ditemukan beberapa saja tenaga medis yang kurang ramah
- i. Sosial ekonomi yang dilihat dari segi pendapat kepala keluarga dari pasien rawat inap RS Paru Jember rata- rata di atas 1 juta dan rata- rata pasien RS Paru Jember adalah pasien dari sosial ekonomi sedang kebawah.
- j. Jarak yang ditempuh pasien rawat inap RS Paru jauh, namun akses menuju ke RS sudah baik, rata- rata pasien rawat inap menggunakan mobil untuk berobat ke RS Paru Jember
- k. Motivasi dan prioritas pasien rawat inap yang ada di RS Paru Jember sudah baik.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil dan pembahasan yang telah diulas, maka dapat diberikan saran-saran dengan harapan dapat memberikan masukan yang membantu untuk meningkatkan Capaian BOR di RS Paru Jember diantaranya:

- a. Bagi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Perlu memberikan saran dan masukan kepada RS yang capaian indikator kinerja BORnya masih rendah. Dinkes juga bisa memberikan *reward* kepada RS yang indikator kinerja sudah mencapai standar, hal ini untuk memotivasi RS agar meningkatkan mutu pelayanan sehingga nantinya indikator kinerja RS yang ada di Provinsi Jawa Timur dapat mencapai standar salah satunya BOR.

- b. Bagi RS Paru Jember

- 1. Perlu perbaikan sarana dan prasarana yang ada di RS Paru Jember seperti tempat parkir diharapkan kepada pihak RS Paru Jember untuk melakukan perbaikan tempat parkir pengunjung seperti memberikan atap pada bagian tempat parkir, memperluas tempat parkir pengunjung, dan juga melakukan perbaikan tempat parkir pengunjung agar tidak becek.

2. Pihak RS Paru Jember juga perlu menambahkan kursi pengunjung pasien, mengganti kursi pengunjung dengan kursi yang lebih nyaman.
 3. Perlu diberikan pengharum ruangan pada WC di RS Paru Jember, memaksimalkan kinerja *cleaning service*, dan memasang slogan “jagalah kebersihan” di WC RS Paru Jember
 4. Pihak RS Paru Jember lebih meningkatkan pelayanan terutama dibagian laboratorium agar hasil cek labor pasien RS Paru Jember dapat dikeluarkan dengan cepat.
 5. Diperlukan SIM RS untuk lebih memudahkan proses administrasi RS, petugas dalam menjelaskan proses administrasi diharapkan menggunakan bahasa yang lebih dimengerti oleh pelanggan. Pihak RS perlu membuat banner yang berisi syarat-syarat administrasi/pendaftaran yang diperlukan bagi pasien rawat inap untuk lebih memudahkan pasien, serta penambahan tenaga loket dan apotek agar proses mengantri tidak terlalu lama, dan ditambahkan televisi agar pelanggan tidak bosan pada saat mengantri.
 6. Pihak RS Paru Jember memberikan sanksi apabila ditemukan petugas medis yang masih belum ramah kepada pasien, memberikan *reward* kepada petugas medis dan paramedis yang sudah memberikan pelayanan sesuai standar pelayanan, melakukan pemilihan petugas medis dan paramedis terbaik setiap 1 tahun sekali untuk memotivasi petugas yang ada di RS Paru Jember dalam memberikan pelayanan kepada pasien.
- c. Bagi petugas medis dan paramedis
- Meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan kepada pasien RS Paru Jember serta lebih meningkatkan keramahan terhadap pasien RS Paru Jember.
- d. Bagi Peneliti Lain
- Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan pertimbangan penelitian selanjutnya mengenai kajian rendahnya capaian BOR berdasarkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) keputusan menteri kesehatan nomor 129 tahun 2008.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian (Suatu Pendekatan Praktek)*. Yogyakarta: Rieneka Cipta
- Armen, F & Azwar, V. 2013. *Dasar-Dasar Manajemen Keuangan Rumah Sakit*. Yogyakarta : Gosyen Publishing
- Azwar, A. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara
- Bungin, B. 2008. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada
- Cascio, Wayne F. 2007. *Managing Human Resources*. Colorado: Mc Graw Hill
- Danang S, Wahyudi. 2011. *Manajemen Operasional*. Jakarta : PT Buku Seru
- Daryanto. 2014. *Konsumen dan Pelayanan Prima*. Yogyakarta : Penerbit Gava Media.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. [Serial Online] <http://www.depkes.go.id/resources/download/peraturan/UU%20No.%2044%20Th%202009%20ttg%20Rumah%20Sakit.PDF>
- Dewantoro, YW. 2010. Analisis penyebab rendahnya BOR berdasarkan penilaian dan harapan pasien dengan menggunakan matrik posisi (studi kasus diruang rawat inap bersalin RS Petrokimia Gresik). *Skripsi*. Surabaya : Universitas Airlangga. [Serial Online] <http://repository.unair.ac.id/22128/1/gdlhub-gdl-s1-2011-dewantoroy-18588-kkckkf-k.pdf>
- Dewi, A, Wijaya, S. 2013. Hubungan mutu, indikator kinerja kunci, dan kinerja pelayanan RS (Studi Kasus RS Aumakes). *Jurnal*. Yogyakarta : Universitas Muhamadiya. [Serialonline]<https://www.google.com/search?q=Triwahyuni+%282012%29+dalam+Dewi+hubungan+bor+dengan+mutu&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b>
- Dwianto & Lestari, T. 2012. Analisis Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Grafik Barber Jhonson Pada Bangsal Kelas III di RSUD Pandan Arang Boyolali Periode Triwulan Tahun 2012. *Jurnal*. Karang Anyar : Apikes Mitra Husada

- Hanna, H. 2003. Analisis faktor- faktor pelayanan yang mempengaruhi Bed Occupancy Rate (BOR) unit stroke Center RS Islam Jakarta. *Tesis*. Jakarta: Universitas Indonesia. [Serial online] <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp/id=77453&lokasi=lokal>.
- Hartono, B, 2010. *manajemen pemasaran untuk rumah sakit*, Jakarta. Rineka Cipta Cetakan Pertama.
- Hariyanti. 2011. Hubungan kepuasan dengan loyalitas pasien di unit rawat inap rumah sakit umum daerah arifin Nu'mang kab. Sidrab. *tesis*. Makasar :Universitas hasanudin. [Serial Online].<http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/10485/JELVI%20E.SITAYANI%20K11110622.pdf?sequence=1>
- Iswanto, A. 2013. Aplikasi Metode Taguchi Analysis & Failure Mode dan Effect Analysis (FMEA) untuk Perbaikan Kualitas Produk di PT. XYZ. *Jurnal*. Jakarta: E-Jurnal Teknik Industri
- Jalil, Mahben dan Gunistiyo. 2009. Pengaruh Pelayanan Dan Fasilitas Terhadap Kepuasan Konsumen Pada Perum Pegadaian Di Kabupaten Tegal (Kasus Perum Pegadaian Cabang Slawi, Banjarnegara Dan Talang Kabupaten Tegal). *Jurnal*. [Serial Online]. <http://id.portalgaruda.org/index.php?ref=browse&mod=viewarticle&article=116946>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. Profil Kesehatan Indonesia 2012.[Serial Online] <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2012.pdf>
- Kuncoro, M. 2000. *Ekonomi Pembangunan = Teori, Masalah & Kebijakan*. Jakarta: Upp Amp YKPN
- Mahsun, M. 2012. *Pengukuran Kinerja Sektor Publik*. Yogyakarta: PP AMPYKN
- Mangkunegara, A. 2007, *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Bandung: PT.Remaja Rosdakarya
- Mangkunegara, A. 2009, *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Bandung: PT.Remaja Rosdakarya
- Mathis, Robert L, & Jackson J. 2006. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Salemba Empat

- Moehariono. 2010. *Pengukuran Kinerja Berbasis Kompetensi*. Bogor: Penerbit Galia Indonesia.
- Moehariono. 2012. *Pengukuran Kinerja Berbasis Kompetensi*. Bogor: Penerbit Galia Indonesia.
- Moleong. 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Mubarak, Wahit Iqbal dan Nurul Chayatin. 2009. *Ilmu Kesehatan Masyarakat :Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Salemba Medika.
- Mulyadi. 2001. *Balanced Scorecard: Alat Manajemen Kontemporer untuk Pelipatgandaan Kinerja Keuangan Perusahaan*. Jakarta: Salemba Empat.
- Mulyadi, Dedi, dkk. 2013. *Analisis Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan pada Rumah Sakit Islam Karawang*. Jakarta : E- Jurnal
- Nababan, B. 2013. Analisis Hubungan Pelayanan Kesehatan Dengan Bed Occupancy Rate (BOR) di Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara Kalimantan Tengah. *Tesis*. Jakarta : Universitas Terbuka. [Serial online] <http://repository.ut.ac.id/1139/1/41302.pdf> (14-04-2014)
- Nafi, 2009. Pengaruh Kenyamanan Lingkungan Fisik Ruang Rawat Inap Kelas III Terhadapkepuasan Pasien Di Rsui Kustati Surakarta. Skripsi. Surakarta: Universitas sebelas Maret. [Serial Online]. <https://eprints.uns.ac.id/4481/1/142931208201001341.pdf>
- Notoadmojo, S. 2003. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rieneka Cipta
- Notoadmojo, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rieneka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2010. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta
- Novitasari, 2016. Faktor Penyebab BOR (Bed Occupancy Rate) rendah di RS Mitra Paramedika. *KTI*. Yogyakarta: Stikes Jendral Ahmad Yani. [serial online]. <http://repository.stikesayaniy.ac.id/2480/>
- Nursalam. 2003. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan, pedoman skripsi, tesis dan instrumen peneliti*. Salemba Medika : Jakarta.

- Parasuraman, A. 2008. *Serqual: A Multiple Item Scala For Measuring Consumer Perceptions Of Service Quality*. Jakarta : Journal of Retailing. Vol. 64 No. 1, pp. 14-40
- Poniman, B. 2010. Pengaruh Harga Pelayanan, Lingkungan Kualitas Produk, dan Promosi Terhadap Kepuasan Konsumen Pada Dealer Kusuma Motor Surakarta. *Jurnal*. [Serial Online]. <http://e-journal.stie-aub.ac.id/index.php/probank/article/view/94>
- Prastowo, A. 2011. *Metode Penelitian Kualitatif dalam Prespektif Rancangan Penelitian*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media
- Rastowo, A. 2011. *Metode Penelitian Kualitatif dalam Prespektif Rancangan Penelitian*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media
- Rokhmah, D. *et al.*, 2014. *Metode Penelitian Kualitatif*. Jember: Jember University Press.
- Rosemary & Mahon, M. 1999. *Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer*. Jakarta :EGC
- Sabarguna, Boy . S. 2008. *Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit Edisi Revisi*. Jakarta : CV Sagung Seto.
- Santosa Adi, 2007. Penghawaan Pada Interior Rumah Sakit: Studi Kasus Ruang Rawat Inap Utama Gedung Lukas, Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta . *Skripsi*. Surabaya: Universitas Kristen Petra. [serial online] [.http://dimensiinterior.petra.ac.id/index.php/int/article/view/16880](http://dimensiinterior.petra.ac.id/index.php/int/article/view/16880).
- Saputra, H. 2008. Pengaruh Strategi Bauran Pemasaran terhadap Keputusan Pembelian Teh Celup Sariwangi oleh Konsumen Rumah Tangga di Kota Medan. *Tesis*. Medan. Universitas Sumatra Utara. [Serial Online]. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/4302/08E00223.pdf?sequence=1>
- Schuler, R. dan Jackson, S. 2007. *Manajemen Sumber Daya Manusia; Menghadapi Abad Ke- 21 Edisi Ke-Enam*. Jakarta: Erlangga.
- Sitayani, J. 2012. Hubungan Kepuasan Dengan Loyalitas Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pangkep. *Jurnal*. Makasar. Universitas Hasanudin. [Serial Online]. <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/10485/JELVI%20E.SITAYANI%20K11110622.pdf?sequence=1>
- Sudra, RI. 2010. *Statistik Rumah Sakit (dari Sensus Pasien & Grafik Barber-Jhonson Hingga Statistik Kematian & Otopsi)*. Yogyakarta: Graha Ilmu

- Sugiyono. 2010. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Penerbit Alfabeta
- Sugiyono. 2012. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Penerbit Alfabeta
- Susanto, H. 2003. *Analisis Faktor- faktor yang mempengaruhi Bed Occupancy Rate (BOR) RS "Roemani" Semarang*. Tesis. Semarang : Universitas Diponegoro. [Serial Online]
<https://www.google.com/search?q=analisis+faktorfaktor+yang+mempengaruh+u+bor+rs+roemani+semarang&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b>
- Suyanto, B. (2005). *Metode Penelitian Sosial: Bergabai Alternatif Pendekatan*. Jakarta : Prenada Media
- Syahril. (2007), *Manajemen Sarana dan Prasarana*, Padang : UNP PRESS
Undang-Undang Sistem Pendidikan Nasional No. 02 tahun 1989
- Tjiptono, F. dan Chandra ,G. 2007. *Service Quality & Satisfaction*, Yogyakarta : Andi.
- Tjiptono, F. 2008. *Pemasaran Strategik*. Yogyakarta: Andi
- Wardani, A. 2007. Analisis Kinerja Pegawai di Sekretariat DPRD Provinsi Banten. *Tesis*. Banten : Universitas Agung Tirtayasa. [Serial online]
www.pasca.unhas.ac.id (13-05-2014)
- Wahyuningrum. 2010. Pengaruh fasilitas dan Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Pada Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ungaran. *Skripsi*. Semarang: Universitas Negeri Semarang.[Serial Online]
<http://lib.unnes.ac.id/8582/1/11025a.pdf>
- Wijono, S 2010. *Psikologi Industri dan organisasi*. Jakarta: Kencana Prenada Media Grub
- Yuwono, S.R., Sukarno, Ichsan, M. 2006. *Petunjuk Praktis Penyusunan Balanced Scorecard*. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama.

LAMPIRAN A. INFORMED CONSENT

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Telepon :

Bersedia melakukan wawancara dan bersedia untuk dijadikan informan dalam penelitian yang berjudul “**Sumber Daya Rumah Sakit Terhadap Rendahnya Capaian *Bed Occupancy Rate* (BOR) Berdasar Penilaian Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Paru Jember Tahun 2017 (Studi Kualitatif Pada Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Paru Jember)**”.

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun pada informan. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal-hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar serta kerahasiaan jawaban yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai subjek dalam penelitian ini.

Jember, 2017

Informan

(.....)

LAMPIRAN B. PANDUAN WAWANCARA A INFORMAN UTAMA**SUMBER DAYA RUMAH SAKIT TERHADAP RENDAHNYA CAPAIAN
BED OCCUPANCY RATE (BOR) BERDASARKAN PENILAIAN PASIEN
RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PARU JEMBER TAHUN 2017
(Studi Kualitatif Pada Pasien Rawat Inap RS Paru Jember)**

Nama :
Umur :
Jenis kelamin :
Pekerjaan :
Tingkat pendidikan :
Suku bangsa :
Agama :
Waktu :
Tempat wawancara :

1) SARANA UMUM

- a. Bagaimana warna, bau, dan rasa air yang dimiliki RS Paru Jember ?
- b. Bagaimana kebersihan dan kondisi lantai RS Paru Jember?
- c. Bagaimana kondisi dan kebersihan kamar mandi dan WC yang dimiliki RS Paru Jember?
- d. Bagaimana kebersihan dan kondisi tempat tidur RS Paru yang dimiliki Jember?
- e. Bagaimana ukuran dan kondisi Lemari yang dimiliki RS Paru Jember?
- f. Bagaimana Kondisi Kursi RS yang dimiliki RS Paru Jember dann apakah jumlah kursi tersebut sudah cukup untuk pengunjung?
- g. Bagaimana kebersihan dan kondisi Wastafel yang dimiliki RS Paru Jember?
- h. Bagaimana Kondisi TV yang dimiliki RS Paru Jember?
- i. Bagaimana Kebersihan dan kondisi kulkas yang dimiliki RS Paru Jember?
- j. Bagaimana Kondisi Penerangan dan Ventilasi yang dimiliki RS Paru Jember?

- k. Bagaimana kebersihan dan kondisi Taman, tempat ibadah, tempat parkir, dan halaman yang dimiliki RS Paru Jember?

2) SARANA MEDIS

- a. Menurut anda bagaimana kelengkapan sarana medis yang dimiliki oleh RS Paru Jember (Tensimeter, Stetoskop, Thermometer, dll)? Apakah pada saat anda diperiksa petugas medis pernah mengatakan bahwa ada peralatan medis yang belum ada di RS Paru untuk membantu pemeriksaan anda ? kalau iya, peralatan medis apakah itu? dan apakah anda harus dirujuk ke RS lain karena alasan ketidaklengkapan peralatan medis yang ada di RS Paru tersebut?
- b. Menurut anda, apakah pada saat petugas medis memeriksa pasien rawat inap, peralatan medis terlihat dalam kondisi baik?

3) SARANA PENUNJANG MEDIS

- a. Bagaimana proses pelayanan, kebersihan dan lamanya mengantri di Apotek RS Paru Jember? (proses pelayanan, kebersihan, waktu mengantri)
- b. Bagaimana proses pelayanan, kebersihan dan menu yang disediakan di Instalasi gizi yang RS Paru Jember? (proses pelayanan, kebersihan, menu yang disediakan untuk pasien rawat inap)
- c. Bagaimana proses pelayanan, dan lamanya hasil pemeriksaan Laboratorium RS Paru Jember? (proses pelayanan, lamanya hasil cek lab. pasien)

4) TARIF YANG DIGUNAKAN

- a. Bagaimana menurut anda biaya yang dikenakan oleh RS Paru terhadap anda (murah, standard, mahal)? jika mahal, apakah alasan anda?
- b. Menurut anda sebagai pasien RS Paru Jember , apakah tarif tersebut sesuai dengan pelayanan yang sudah diberikan?

5) KETERSEDIAAN PELAYANAN

- a. Apakah tenaga medis selalu ada setiap saat dibutuhkan oleh pasien umum rawat inap RS Paru Jember? Tolong jelaskan!

6) JUMLAH TENAGA MEDIS

- a. Apakah jumlah tenaga medis dan Para medis RS Paru Jember mencukupi untuk melayani pasien rawat inap RS Paru Jember? Tolong jelaskan!

7) WAKTU PELAYANAN

- a. Berapa lama waktu dokter dalam memberikan pelayanan (lama, sedang, sebentar)? Dan menurut anda apakah waktu tersebut cukup maksimal dalam memberikan pelayanan kepada anda?
- b. Berapa lama waktu perawat dalam memberikan pelayanan (lama, sedang, sebentar)? Dan menurut anda apakah waktu tersebut cukup maksimal dalam memberikan pelayanan kepada anda?
- c. Apakah proses pada saat melakukan pendaftaran dan pembayaran di RS Paru Jember (lama, sedang, sebentar)? jika lama, menurut anda kendala apa yang membuat proses tersebut menjadi lama?
- d. Apakah Prosedur administrasi (pembayaran, dsb) tidak berbelit-belit?

8) SIKAP DOKTER DAN PERAWAT DALAM MEMBERIKAN PELAYANAN

- a. Menurut anda apakah dokter dan perawat dalam memberikan pelayanan (baik/tidak) ?
- b. Bagaimana Keramahan dokter dan perawat kepada anda ? (Senyum, salam, sapa, sopan, santun kepada pasien)
- c. Menurut anda, Apakah Dokter/perawat, terambil dalam menjalankan tugasnya? (menyuntik, memasang infus, mengambil darah, dll).
- d. Bagaimana Pengetahuan dan kemampuan dokter dalam mendiagnosis penyakit dan apakah dalam memberikan terapi dapat diandalkan?

- e. Menurut anda, apakah Dokter dan perawat dapat memberikan informasi yang jelas?
- f. Menurut anda, apakah Dokter dan perawat bersedia mendengarkan dan memperhatikan keluhan pasien dan keluarganya?
- g. Menurut anda, Apakah Dokter dan perawat bersedia menerima saran dan masukan dari pasien dan keluarganya?

9) SOSIAL EKONOMI

- a. Berapa pendapatan kepala keluarga anda per bulan?

10) JARAK DAN TRANSPORTASI

- a. Menurut Anda jarak rumah anda ke pelayanan kesehatan itu jauh atau dekat?
- b. Menurut Anda apakah mudah untuk mengakses pelayanan kesehatan tersebut?
- c. Transportasi apa yang anda gunakan untuk sampai di RS Paru Jember?

11) MOTIVASI DAN PRIORITAS TERHADAP RS

- a. Kenapa anada memilih RS Paru Jember untuk berobat?
- b. Sebelum berobat ke RS Paru Jember anda memilih pengobatan apa?
- c. Kenapa anda memilih rawat inap di ruangan ini?

LAMPIRAN B. PANDUAN WAWANCARA B INFORMAN TAMBAHAN

**SUMBER DAYA RUMAH SAKIT OLEH PASIEN RAWAT INAP
TERHADAP RENDAHNYA CAPAIAN *BED OCCUPANCY RATE* (BOR)
BERDASARKAN PENILAIAN PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH
SAKIT PARU JEMBER TAHUN 2017
(Studi Kualitatif Pada Pasien Rawat Inap RS Paru Jember)**

Nama :
Umur :
Jenis kelamin :
Pekerjaan :
Tingkat pendidikan :
Suku bangsa :
Agama :
Waktu :
Tempat wawancara :

1) SARANA UMUM

- a. Bagaimana warna, bau, dan rasa air yang dimiliki RS Paru Jember?
- b. Bagaimana kebersihan dan kondisi lantai RS Paru Jember?
- c. Bagaimana kondisi dan kebersihan kamar mandi dan WC yang dimiliki RS Paru Jember?
- d. Bagaimana kebersihan dan kondisi tempat tidur RS Paru yang dimiliki Jember?
- e. Bagaimana ukuran dan kondisi Lemari yang dimiliki RS Paru Jember?
- f. Bagaimana Kondisi Kursi RS yang dimiliki RS Paru Jember dan apakah jumlah kursi tersebut sudah cukup untuk pengunjung?
- g. Bagaimana kebersihan dan kondisi Wastafel yang dimiliki RS Paru Jember?
- h. Bagaimana Kondisi TV yang dimiliki RS Paru Jember?
- i. Bagaimana Kebersihan dan kondisi kulkas yang dimiliki RS Paru Jember?

- j. Bagaimana Kondisi Penerangan dan Ventilasi yang dimiliki RS Paru Jember?
- k. Bagaimana kebersihan dan kondisi Taman, tempat ibadah, tempat parkir, dan halaman yang dimiliki RS Paru Jember?

2) SARANA MEDIS

- a. Menurut anda sarana medis yang dimiliki oleh RS Paru Jember sudah lengkap (Tensimeter, Stetoskop, Thermometer, dll)? Apakah pada saat keluarga anda diperiksa petugas medis pernah mengatakan bahwa ada peralatan medis yang belum ada di RS Paru untuk membantu pemeriksaan anda? kalau iya, peralatan medis apakah itu?
- b. Apakah pada saat petugas medis memeriksa keluarga anda peralatan medis terlihat dalam kondisi baik?

3) SARANA PENUNJANG MEDIS

- a. Bagaimana proses pelayanan, kebersihan dan lamanya mengantri di Apotek RS Paru? (proses pelayanan, kebersihan, waktu mengantri)
- b. Bagaimana proses pelayanan, kebersihan dan menu yang disediakan di Instalasi gizi yang RS Paru? (proses pelayanan, kebersihan, menu yang disediakan untuk pasien rawat inap)
- c. Bagaimana proses pelayanan, dan lamanya hasil pemeriksaan Laboratorium RS Paru? (proses pelayanan, lamanya hasil cek lab. pasien)

4) TARIF YANG DIGUNAKAN

- a. Menurut anda, apakah biaya perawatan dan pengobatan keluarga anda di RS Paru (murah, standard, mahal) ? jika mahal, apakah alasan anda?
- b. Apakah tarif tersebut sudah sesuai dengan pelayanan yang sudah untuk keluarga anda?

5) KETERSEDIAAN PELAYANAN

- a. Apakah tenaga medis selalu ada setiap saat dibutuhkan oleh keluarga anda di RS Paru Jember? Tolong jelaskan!

6) JUMLAH TENAGA MEDIS

- a. Apakah jumlah tenaga medis dan para medis RS Paru Jember mencukupi untuk melayani keluarga anda di RS Paru Jember? Tolong Jelaskan!

7) WAKTU PELAYANAN

- a. Berapa lama waktu dokter dalam memberikan pelayanan (lama, sedang, sebentar)? Dan menurut anda apakah waktu tersebut cukup maksimal dalam memberikan pelayanan kepada keluarga anda?
- b. Berapa lama waktu perawat dalam memberikan pelayanan (lama, sedang, sebentar)? Dan menurut anda apakah waktu tersebut cukup maksimal dalam memberikan pelayanan kepada keluarga anda?
- c. Apakah proses pada saat melakukan pendaftaran dan pembayaran di RS Paru Jember (lama, sedang, sebentar)? jika lama, menurut anda kendala apa yang membuat proses tersebut menjadi lama?
- d. Apakah prosedur administrasi (pembayaran, dsb) tidak berbelit-belit?

8) SIKAP DOKTER DAN PERAWAT DALAM MEMBERIKAN PELAYANAN

- a. Apakah menurut anda dokter dan perawat dalam memberikan pelayanan kepada keluarga anda (baik/tidak)?
- b. Bagaimana keramahan dokter dan perawat kepada keluarga anda? (senyum, salam, sapa, sopan, santun kepada pasien)
- c. Menurut anda apakah dokter/perawat, terambil dalam menjalankan tugasnya? (menyuntik, memasang infus, mengambil darah, dll).
- d. Bagaimana pengetahuan dan kemampuan dokter dalam mendiagnosis penyakit keluarga anda dan apakah dalam memberikan terapi dapat diandalkan?

- e. Apakah dokter dan perawat dapat memberikan informasi yang jelas?
- f. Apakah dokter dan perawat bersedia mendengarkan dan memperhatikan keluhan pasien dan keluarganya?
- g. Apakah dokter dan perawat bersedia menerima saran dan masukan dari pasien dan keluarganya?

9) MOTIVASI DAN PRIORITAS TERHADAP RS

- a. Menurut anda, Kenapa keluarga anda memilih RS Paru Jember untuk berobat keluarga anda?
- b. Sebelum berobat ke RS Paru Jember keluarga anda memilih pengobatan apa?
- c. Kenapa keluarga anda memilih rawat inap di ruangan ini?

LAMPIRAN C. PANDUAN WAWANCARA C INFORMAN KUNCI**SUMBER DAYA RUMAH SAKIT TERHADAP RENDAHNYA CAPAIAN
BED OCCUPANCY RATE (BOR) BERDASARKAN PENILAIAN PASIEN
RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PARU JEMBER TAHUN 2017
(Studi Kualitatif Pada Pasien Rawat Inap RS Paru Jember)**

Nama :
Umur :
Jenis kelamin :
Pekerjaan :
Tingkat pendidikan :
Suku bangsa :
Agama :
Waktu :
Tempat wawancara :

1. Bagaimana data kinerja RS TERKAIT BOR dari tahun 2014-2016?
2. Apakah BOR RS Paru sudah mencapai standar ideal Depkes (70-85%)?
3. Ada berapa kamar ruang rawat inap yang tersedia di RS Paru jember?
4. Berapa orang jumlah pasien rawat inap di RS Paru saat ini?
5. Berapa lama rata-rata pasien rawat inap di rawat di RS Paru?
6. Pasien usia berapa tahun yang paling sering dirawat inap di RS Paru?
7. Ruang rawat inap mana yang paling sering diminati oleh pasien? alasannya?
8. Ruang rawat inap mana yang kurang diminati pasien? alasannya?
9. Berapa orang pasien umum rawat inap pada saat ini?
10. Faktor apa yang menyebabkan capaian BOR rendah di RS Paru Jember?

LAMPIRAN D. LEMBAR OBSERVASI

LEMBAR OBSERVASI SARANA UMUM RS PARU JEMBER

No	Sarana dan Prasarana	Indikator Penilaian	Penilaian	
			Ya	Tidak
1	Air	Warna bening		
		Tidak berasa		
		Tidak berbau		
2	Lantai	Terbuat dari bahan yang kuat, kedap air, permukaan rata, tidak licin, warna terang dan mudah dibersihkan.		
		Lantai yang selalu kontak dengan air harus mempunyai kemiringan yang cukup ke arah saluran pembuangan air limbah.		
		Pertemuan lantai dengan dinding harus berbentuk konus/lengkung agar mudah dibersihkan.		
3	Kamar mandi dan WC	Bersih		
		Tidak ada kecoa, nyamuk, tikus, dll.		
		Lantai terbuat dari bahan yang kuat, kedap air, tidak licin, berwarna terang dan mudah dibersihkan.		
		Pada setiap unit ruangan harus tersedia toilet (jamban, peturasan dan tempat cuci tangan) tersendiri .		
		Pembuangan air limbah dan toilet dan kamar mandi dilengkapi dengan penahan bau (<i>water seal</i>)		

		Letak toilet dan kamar mandi tidak berhubungan langsung dengan dapur, kamar operasi, dan ruangan khusus lainnya.		
		Lubang penghawaan harus berhubungan langsung dengan udara luar		
		Toilet dan kamar mandi harus terpisah antara pria dan wanita, unit rawat inap dan karyawan, karyawan dan toilet pengunjung.		
		Toilet pengunjung harus terletak di tempat yang mudah dijangkau dan ada petunjuk arah, dan toilet untuk pengunjung dengan perbandingan 1 (satu) toilet untuk 1-20 pengunjung wanita, 1 (satu) toilet untuk 1-30 pengunjung pria.		
		Dilengkapi dengan slogan atau peringatan untuk memelihara kebersihan.		
		Tidak terdapat tempat penampungan atau genangan air yang dapat menjadi tempat perindukan nyamuk.		
4	Tempat Tidur	Kondisi baik, bersih dan nyaman digunakan		
5	Lemari	Kondisi baik		
6	Kursi	Kondisi baik, nyaman digunakan		
7	Watafel	Bersih dan terdapat sabun cuci tangan		
8	TV	TV dalam kondisi baik dan bisa digunakn		

9	Kulkas	Kulkas dalam kondisi baik dan bisa digunakan		
10	Ventilasi	Ventilasi alamiah harus dapat menjamin aliran udara di dalam kamar/ruang dengan baik		
		Luas ventilasi alamiah minimum 15% dari luas lantai.		
		Bila ventilasi alamiah tidak dapat menjamin adanya pergantian udara dengan baik, kamar atau ruang harus dilengkapi dengan penghawaan buatan/mechanis.		
		Penggunaan ventilasi buatan/mechanis harus disesuaikan dengan peruntukan ruangan.		
11	Taman, tempat ibadah, tempat parkir.	Bersih, mempunyai halaman yang luas, dan terdapat tong sampah serta tidak terdapat sampah.		
12	Dinding	Permukaan dinding harus kuat, rata, berwarna terang dan menggunakan cat yang mengandung logam berat.		
13	Atap	Atap harus, tidak bocor, dan tidak menjadi tempat perindukan serangga, tikus, dan binatang pengganggu lainnya		
		Atap yang lebih tinggi dari 10 meter harus dilengkapi penangkal petir		
14	Langit-langit	Langit-langit harus kuat, berwarna terang, dan mudah dibersihkan		

		Langit- langit tingginya minimal 2,70 meter dari lantai		
		Kerangka langit- langit harus kuat dan bila terbuat dari kayu harus anti rayap		
15	Pintu	Pintu harus kuat, cukup tinggi, cukup lebar, dan dapat mencegah masuknya serangga, tikus dan binatang pengganggu lainnya.		

LAMPIRAN E. GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT**Gambaran Umum Rumah Sakit Paru Jember**

a. Profil Rumah Sakit Paru Jember

Rumah Sakit Paru (RSP) Jember dibangun pada zaman Hindia Belanda, merupakan Sanatorium milik Yayasan *Stichting Centraal Vereneging Tuberculosis Besttriding* (SCVT) yang terletak di Desa Plalangan, Kecamatan Kalisat. Sebelumnya, rumah sakit mengalami kerusakan berat akibat perang, kemudian dibangun kembali diluar Kota Jember (Lokasi RSD Dr. Soebandi sekarang) dan ditambah unit rawat jalan (BP-4) di Stasiun Kota Jember. Rumah Sakit Paru Jember tercatat dibangun kembali pada Tahun 1956 oleh Dokares Besuki (dr. Koesnadi). Pada tahun 1962 karena kebutuhan pengembangan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD), maka dilakukan kesepakatan bersama berupa tukar menukar tanah, bangunan, sarana dan prasarana antara RS Paru dengan RSUD.

Sejak Tanggal 22 November 1962, RS Paru menempati lokasi sekarang dan dikenal dengan Rumah Sakit Kreongan (berlokasi di desa kreongan), melayani penyakit paru (terutama TBC) di wilayah eks-karesidenan Besuki. Sejak pembangunan kembali rumah sakit pada tahun 1956 sampai sekarang, tercatat sudah terjadi 6 kali pergantian kepemimpinan (direktur atau kepala) RS Paru. Pimpinan/Direktur RS Paru dan masa kepemimpinannya :

Tahun 1958 – 1963	Dipimpin oleh Dr. M. Kasan
Tahun 1963 – 1975	Dipimpin oleh Dr. Armand S.
Tahun 1975 – 1990	Dipimpin oleh Dr. Lukas P.
Tahun 1990 – 1998	Dipimpin oleh Dr. Wathoni T.
Tahun 1998 – 2002	Dipimpin oleh Dr. H. R.A. Barkah, MM
Tahun 2002 – sekarang	Dipimpin oleh Dr. IGN Arya Sidemen, SE., MPH

Pada tahun 2002 sesuai dengan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor: 37 Tahun 2000, RS Paru Jember ditetapkan sebagai salah satu Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang berada

diwilayah Jawa Timur bagian timur tepatnya di Kota Jember yang pelayanannya meliputi Kabupaten Jember, Kabupaten Lumajang, Kabupaten Bondowoso, Kabupaten Situbondo dan Kabupaten Banyuwangi.

Melalui Lokakarya I tentang Pengembangan Rumah Sakit Paru Jember di Plaza Hotel Surabaya tanggal 21 Januari 2004 dan lokakarya II di Hotel Garden Palace Tanggal 9 Desember 2010, para stakeholder tetap bertekad mengembangkan RS Paru menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Organ Dada (Chest Hospital) meliputi Sistem Pernafasan dan Sistem Sirkulasi/Pembuluh Darah, termasuk Bedah Thorax dan Hyperbaric Health.

Dalam upaya peningkatan pelayanan dan profesionalisme, akhir tahun 2007 RSP Jember telah terakreditasi 5 pelayanan tingkat dasar dan pada Oktober tahun 2011, dinilai kembali oleh KARS dan dinyatakan lulus 5 pelayanan tingkat dasar. RSP Jember mendapatkan sertifikasi ISO 9001:2008 dari Badan Sertifikasi Internasional UKAS tahun 2008, dan tahun 2011 seluruh instalasi telah memperoleh sertifikasi ISO 9001:2008. Selain itu, untuk lebih meningkatkan pelayanan pada masyarakat, RSP Jember berusaha menjadi PPK BLUD. Diterbitkannya Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 79 Tahun 2009 tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 29 Tahun 2009 tentang Pedoman Penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Provinsi Jawa Timur dan Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor: 188/529/KPTS/013/2009 tentang Penetapan 9 (sembilan) Unit Pelaksana Teknis Pada Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai Badan Layanan Umum Daerah Unit Kerja, RSP Jember ditetapkan menjadi PPK BLUD Unit Kerja dengan status BLUD Penuh.

b. Aspek Legal

Aspek legal Rumah Sakit Paru Jember adalah :

1. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 79 Tahun 2009 tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 29 Tahun 2009 tentang Pedoman Penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Provinsi Jawa Timur

2. Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 188/529/KPTS/013/2009 tentang Penetapan 9 (sembilan) Unit Pelaksana Teknis pada Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai Badan Layanan Umum Daerah Unit Kerja, Rumah Sakit Paru Jember ditetapkan menjadi PPK BLUD Unit Kerja dengan status BLUD Penuh.

c. Lokasi Rumah Sakit

Secara geografis Rumah Sakit Paru Jember terletak di Kabupaten Jember termasuk wilayah Provinsi Jawa Timur bagian timur, yang berbatasan langsung dengan:

- a. Sebelah Barat : Kabupaten Lumajang
- b. Sebelah Utara : Kabupaten Probolinggo dan Bondowoso
- c. Sebelah Timur: Kabupaten Banyuwangi
- d. Sebelah Selatan: Laut Pasifik

Kabupaten Jember merupakan salah satu Kabupaten di Provinsi Jawa Timur yang memiliki luas wilayah terbesar ketiga setelah Kabupaten Banyuwangi dan Malang yaitu sebesar 3.293,34 km² yang terdiri dari 31 kecamatan dan 248 daerah pedesaan/kelurahan.

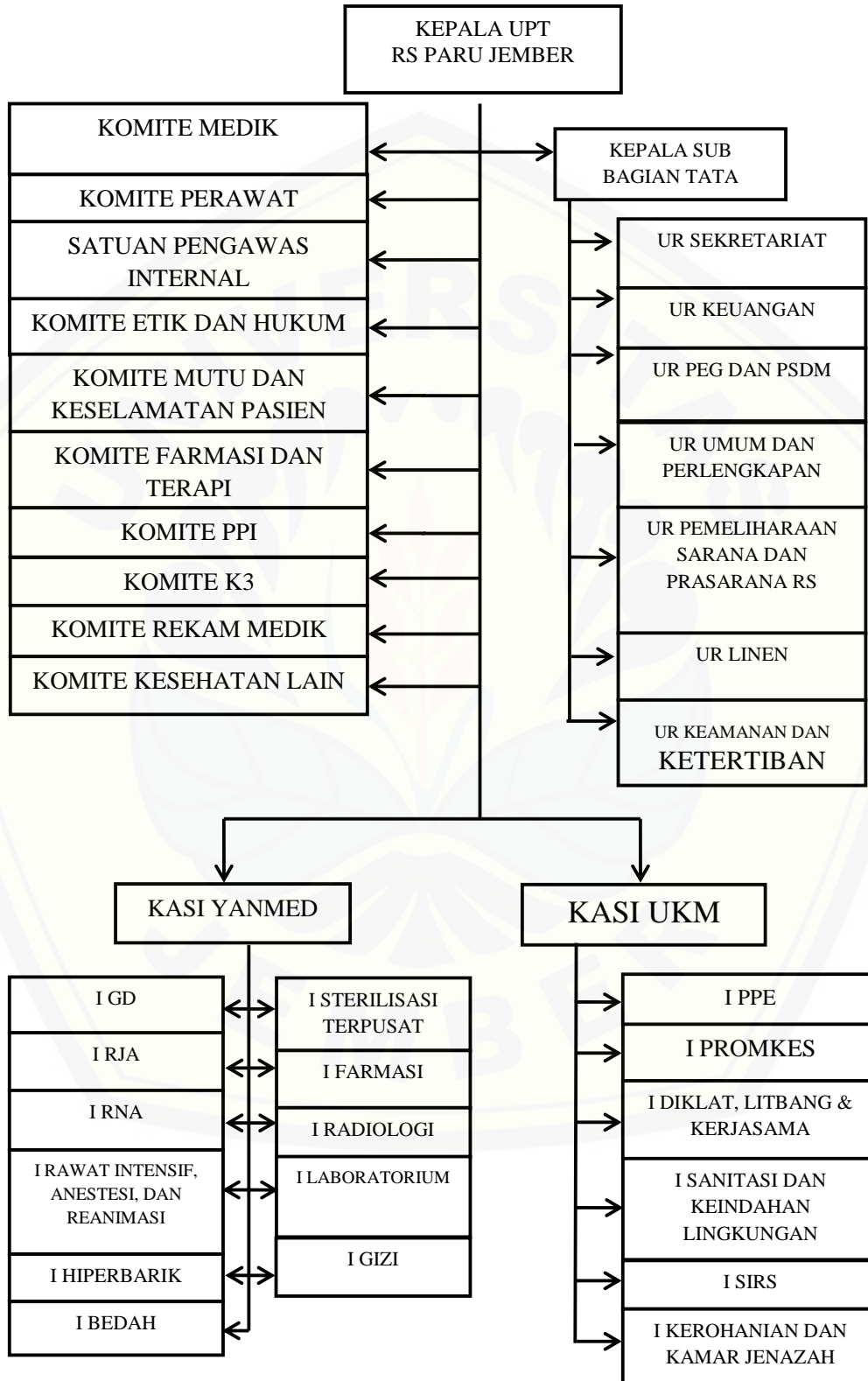
Kabupaten Jember memiliki jumlah penduduk terbesar kedua setelah Kota Surabaya. Sebagian wilayah Kabupaten Jember, khususnya di bagian selatan merupakan wilayah pesisir yang masyarakatnya menggantungkan hidup sebagai nelayan.

d. Struktur Organisasi dan Pengembangan Organisasi

Struktur organisasi rumah sakit berdasarkan dengan Surat Keputusan Direktur tahun 2016 tentang Struktur Organisasi Rumah Sakit Paru Jember, berikut susunan organisasi yang ada di RS Paru Jember meliputi :

- 1) Kepala UPT Rumah Sakit Paru Jember
- 2) Kepala Sub Bagian Tata Usaha
- 3) Kepala Seksi Pelayanan Medis
- 4) Kepala Seksi UKM dan Litbang

STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT PARU JEMBER



e. Gambaran Produk dan jasa

Adapun gambaran produk dan jasa Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember, meliputi:

1) Instalasi Rawat Jalan

Ruangan rawat jalan di RS Paru Jember terdiri atas :

- a) Poli Umum
- b) Poli Paru
- c) Poli TB (DOTS dan MDR)
- d) Poli Bedah (Umum, Urologi, Bedah Plastik, BTKV)
- e) Poli Onkologi Paru
- f) Poli Interna
- g) Poli Asma dan PPOK
- h) Polo Anak
- i) Poli Syaraf
- j) Poli Rehabilitasi Medis/Fisioterapi
- k) Pelayanan Luar Gedung

2) Pelayanan Instalasi Rwat Inap

Jumlah TT yang tersedia di RS Paru adalah 69 TT, dengan rincian sebagai berikut:

- a. Kelas VIP : 7 TT
- b. Kelas I : 12 TT
- c. Kelas II : 23 TT
- d. Kelas III : 27 TT

3) Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Pelayanan IGD menerapkan prinsip 3T, yaitu tanggap, tepat, terampil. Pelayanan yang ada di IGD meliputi:

- a) Pemeriksaan dokter 24 jam
- b) Pemeriksaan penunjang laboratorium dan konsultasi dokter spesialis 24 jam
- c) ODC (*One Day Care*)

- d) Pemasangan WSD
- e) Pemasangan punktie
- f) Perekaman jantung
- g) Nebulizer
- h) Pemeriksaan gula darah acak dengan stik
- i) Rawat dan jahit luka

Pemeriksaan yang ada di IGD meliputi:

- a) ECG monitor
- b) ECG
- c) *Nebulizer Ultrasonic* (kasus TB & non TB)
- d) WSD set
- e) *Suction continous*
- f) *Dc shock*
- g) *Emergency set*
- h) *Infuse pump*
- i) Gda stik
- j) Pemeriksaan penunjang: radiologi dan laboratorium 24 jam

4) Instalasi Laboratorium

Produk pelayanan di instalasi Laboratorium berupa pemeriksaan:

- a) Sederhana : LED, Widal, Urinalisa, golongan darah, Sputum BTA, DL Manual
- b) Sedang : Hb, Leukosit, BT, CT, dan Kimia Klinik (Renal Fungsi Test, Liver Fungsi Test, Cholestrol, Trigliserida, Gula Darah, Cholesterol HDL, LDL).
- c) Canggih : DNA, LgG, LgM, dan lain- lain.

5) Instalasi Radiologi

Pelayanan foto rontgen dilakukan 24 jam dengan jumlah tenaga Radiografer yang ada adalah 6 orang. Teknologi yang dilakukan merupakan teknologi canggih U-Arm dengan DR System U-Arm, foto rontgen konvensional juga USG dengan sistem integrasi terpusat PACS.

Instalasi Radiologi melayani Foto tanpa bahan polos, foto dengan bahan polos, USG, dan C-Arm.

6) Instalasi Invasif/Bedah (OK)

Pelayanan bedah di Rumah Sakit Paru Jember merupakan sarana terpadu yang meliputi tindakan operatif berencana maupun darurat. Produk layanan instalasi tindakan berupa: BTKV (bedah thoraks dan kardiovaskuler), bedah urologi, bedah plastik dan bedah jantung.

7) Instalasi Sterilisasi Terpusat (CSSD)

CSSD merupakan instalasi penunjang pelayanan yang mengurus suplai dan peralatan bersih atau steril. Kegiatan utama di CSSD adalah pembersihan, penyiapan, pemrosesan, sterilisasi, penyimpanan, dan distribusi ke pengguna barang steril. Pelayanan sterilisasi instrument dan peralatan medis untuk mencegah terjadinya infeksi, menurunkan angka infeksi dan mencegah infeksi nosokomial yang berorientasi pada pelayanan terhadap pasien dan menjamin kualitas hasil sterilisasi. Layanan unggulan CSSD antara lain:

- a. Dekontaminasi
- b. Sterilisasi
- c. Penyimpanan dengan sistem FIFO

8) Instalasi Rawat Intensif, Anestesi, dan Reanimasi (HCU dan ICU)

Pelayanan ruang HCU diperuntukkan bagi pasien dalam keadaan kritis, pasca operasi, serta membutuhkan pelayanan observasi tanda vital secara ketat. Sedangkan Ruang ICU memberikan perawatan khusus pada penderita yang memerlukan perawatan yang lebih intensif yang mengalami gangguan kesadaran, pernafasan, dan mengalami serangan penyakit akut. Unit perawatan intensif ini dilakukan secara terus menerus selama 24 jam

9) Instalasi Hiperbarik

Pelayanan Hiperbarik adalah pengobatan oksigenasi hiperbarik yang dilaksanakan di sarana pelayanan kesehatan dengan menggunakan Ruang Udara Bertekanan Tinggi (RUBT) dan pemberian pernapasan oksigen

murni pada tekanan lebih dari 1 atmosfer dalam jangka waktu tertentu.

Pelayanan Terapi Oksigen Hiperbarik (TOHB) memiliki manfaat yaitu :

- a. Meningkatkan kadar oksigen dalam seluruh jaringan tubuh
- b. Membantu pembentukan pembuluh darah baru (angiogenesis)
- c. Mengurangi reaksi radang dan pembengkakan
- d. Meningkatkan kemampuan sistem kekebalan melawan infeksi tertentu
- e. Mampu membunuh bakteri *anaerob* seperti *closteridium perfringens*
- f. Menurunkan waktu paruh karbonyhemoglobin dari 5 jam menjadi 20 menit saat keracunan gas CO
- g. Menahan proses penuaan dengan cara membentuk kolagen yang menjaga elastisitas kulit
- h. Badan menjadi lebih segar, tidak mudah lelah, tidur lebih enak dan pulas.

10) Instalasi Farmasi

Instalasi Farmasi melayani resep dari rawat inap, rawat jalan, IGD, dan OK. Pelayanan yang diberikan oleh instalasi farmasi antara lain:

- a. Pelayanan obat 24 jam dan ODD berbasis KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi).
- b. Pelayanan Farmasi klinik.
- c. Terdapat DEPO farmasi di ruang OK (bedah) sejak tahun 2016.

11) Loker Terpadu

Loker terpadu merupakan unit pelayanan pendaftaran dan pemulangan pasien serta perbendaharaan/kasir yang melayani pasien umum maupun pasien asuransi. Pelayanan dilakukan dengan menggunakan sistem *Billing*, dengan tetap mencetak kwitansi sebagai tanda bukti pembayaran.

12) Instalasi SIRS

Sistem registrasi pasien di tiap poli, pembayaran dan pelaporan sudah menggunakan sistem *billing* yang terkoneksi satu sama lain.

Pengembangan Billing Sistem serta Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) menggunakan teknologi informasi yang canggih.

13) Instalasi Promkes dan Litbang

- a. Pengembangan media (leaflet, poster, majalah dan website)
- b. Penelitian kesehatan terkait dengan pengembangan pelayanan kesehatan
- c. Pengembangan kerjasama dengan pihak-pihak eksternal (Askes, TQ, dll)
- d. Penyuluhan individu dan kelompok kepada pasien dengan rasa E-M-P-A-T-I (edukatif, mandiri, preventif dan promotif, actual, tepat sasaran, informatif)
- e. Program Kecamatan Merdeka TB (dilaksanakan di Kecamatan Pakusari)

14) Urusan Linen

Tempat pencucian linen pasien menggunakan penyimpanan sistem FIFO (*First In First Out*), yaitu produk pertama yang masuk adalah produk pertama yang didistribusikan sehingga sirkulasi kelembaban terjaga. Semua proses linen dilakukan melalui mesin cuci, disinfektan, mesin uap, dan setrika otomatis. Linen yang didistribusikan telah melalui uji lab di instalasi sanitasi dan lingkungan RS Paru Jember.

15) Instalasi Gizi

Pelayanan yang diberikan berupa:

- a. Penyediaan makanan dan pengadaan diet khusus bagi pasien rawat inap.
- b. Konsultasi dan penyuluhan gizi bagi pasien rawat inap dan rawat jalan beserta dengan keluarganya.
- c. Penyediaan paket makanan dan minuman untuk pasien rumah sakit.

16) Instalasi Sanitasi dan Keindahan Lingkungan

- a. Operasional laborat lingkungan untuk monitoring internal dan ditargetkan akreditasi KAN serta ISO 14.000
- b. Pengurusan atau kelengkapan perijinan lingkungan yang meliputi:

1. Ijin TPS B₃
 2. Ijin IPLC
 3. Ijin Incenerator
- c. Pengurusan kenaikan Standart dokumentasi lingkungan dan UKL-UPL ke AMDAL
- d. Penertiban operasional kebersihan indoor (CS internal dan bekerjasama dengan eksternal)
- e. Optimalisasi Program Recovery Pertamanan
- f. Peningkatan Program Sterilisasi Ruang dan Desinfeksi
- 17) Urusan Umum dan Perlengkapan
- Penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, mutasi dan penghapusan sarana prasarana, inventaris alat/bahan habis pakai.

LAMPIRAN F. DOKUMENTASI PENELITIAN

A. Surat Ijin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. Direktur Rumah Sakit Paru Jember
 di - TEMPAT

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/2618/314/2017

Tentang

PENGAMBILAN DATA

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 12 April 2017 Nomor : 1877/UN25.1.12/SP/2017 perihal Ijin Pengambilan Data

MEREKOMENDASIKAN

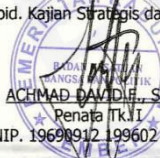
- Nama / NIM. : Renny Indharwati 152110101252
 Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan I/93 Kampus Bumi Tegal Boto Jember
 Keperluan : Mengadakan Pengambilan Data untuk penyusunan Skripsi tentang faktor-faktor rendahnya Bad Occupancy Rate (BOR) di Rumah Sakit Paru Kab. Jember dan data BOR tahun 2014, 2015 dan 2016.
 Lokasi : Rumah Sakit Paru Jember
 Waktu Kegiatan : April s/d Mei 2017

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 13-04-2017
 An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Kabid. Kajian Strategis dan Politik


 ACHMAD DAVID H. S. Sos
 Penata Itk.II
 NIP. 19690912 199602 1 001

- Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;
 2. Ybs.



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jalan Kalimatan 37 Kampus Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121
Telepon (0331) 337878, 322995, 322996, 331743 Faksimile (0331) 322995
Laman : www.fkm.unej.ac.id

Nomor : 7079 / UN25.1.12 / SP / 2017

20 NOV 2017

Lampiran : Satu bendel

Hal : Permohonan Ijin Penelitian

Yth. Direktur Rumah Sakit Paru
Kabupaten Jember
Jember

Dalam rangka menyelesaikan penyusunan skripsi mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, maka kami mohon dengan hormat ijin bagi mahasiswa yang namanya tersebut di bawah ini, untuk melaksanakan penelitian :

N a m a : Renny Indharwati
NIM : 152110101252
Judul penelitian : Kajian Sumber Daya Terhadap Rendahnya BOR Di RS Paru Jember
Tahun 2017
Tempat penelitian : Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember
Lama penelitian : November – Desember 2017

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan proposal penelitian.
Atas perhatian dan perkenannya kami sampaikan terima kasih.

Wakil Dekan
Bidang Akademik,

Dr. Fardha Wahyu Ningtyias, M.Kes.
NIP. 198010092005012002



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
UPT DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT PARU JEMBER
Jl. Nusa Indah No. 28 Telp/Fax (0331) 411781/421078



NOTA DINAS

Tanggal : 22 November 2017
Nomor : 036/ND/DLK/XII/2017
Lampiran :-
Perihal : Ijin Permohonan Penyebaran Kuesioner Penelitian
Kepada : Kasi Pelayanan Medis
Dari : Koordinator Instalasi Diklat, Litbang dan Kerjasama

Menindaklanjuti adanya Mahasiswa FKM Universitas Jember atas nama :

NO	NAMA	NIM	FAKULTAS
1.	Reny Indarwati	152110101252	Fkm Unej

yang akan melakukan permohonan penyebaran kuesioner, dengan judul penelitian : Kajian Sumber Daya terhadap Rendahnya Capaian BOR di Rumah Sakit Paru Jember Tahun 2017" dalam rangka penyusunan Skripsi sebagai syarat kelulusan S1 Keperawatan.

Demikian informasi disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Mengetahui,
Kasi UKM dan Litbang,

td

Dr. Sigit Kusumajati, MM
NIP. 19670314 200604 1 008

Jember, 22 November 2017
Koordinator Instalasi Litbang, Diklat dan KS

Andi Rachmad Hidayatullah
Andi Rachmad Hidayatullah, S.KM
NIPTT. 101.17-06101985-012011-0716

Tembusan kepada:

1. Koord. Instalasi Rawat Inap
2. Ka Ruang Dahlia
3. Ka. Ruang Melati+Tulip
4. Ka. Ruang Mawar
5. Arsip

Acc *[Signature]* 22/11/17

B. Foto Penelitian



Wawancara mendalam dengan informan kunci



Wawancara mendalam dengan informan utama



Wawancara mendalam dengan informan tambahan anggota

