

**TINJAUAN EVALUATIF MUTU PENGGUNAAN LAYANAN  
KESEHATAN PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
Dr. SOEBANDI JEMBER**

**SKRIPSI**



UPT Perpustakaan  
UNIVERSITAS JEMBER

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh  
Gelar Sarjana Ekonomi pada Fakultas Ekonomi  
Universitas Jember

Asal	Radiah	Klas
Terima Dgl:	02 NOV 2002	362.110
No Induk:		WID t

Idaw C.1

Suryo Mudi Widlatmanto

NIM. 970810201131

**FAKULTAS EKONOMI  
UNIVERSITAS JEMBER**

**2002**

**JUDUL SKRIPSI**

Tinjauan Evaluatif Mutu Penggunaan Layanan Kesehatan Pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soebandi Jember

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :

N a m a : Suryo Mudi Widiatmanto

N. I. M. : 970810201131

J u r u s a n : Manajemen

telah dipertahankan di depan Panitia Penguji pada tanggal :

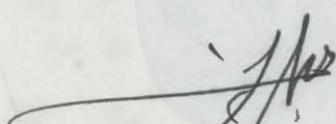
**28 September 2002**

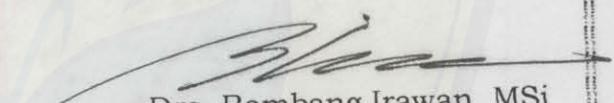
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima sebagai kelengkapan guna memperoleh gelar S a r j a n a dalam Ilmu Ekonomi pada Fakultas Ekonomi Universitas Jember.

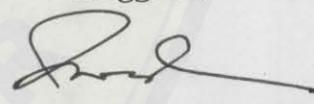
**Susunan Panitia Penguji**

Ketua,

Sekretaris,

  
Drs. Achmad Ichwan  
NIP. 131 781 340

  
Drs. Bambang Irawan, MSi  
NIP. 131 759 835  
Anggota,

  
Dewi Prihatini, SE, MM  
NIP. 132 056 181



Mengetahui/Menyetujui  
Universitas Jember  
Fakultas Ekonomi  
Dekan,

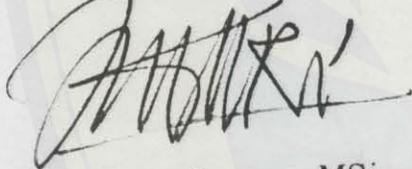


Drs. Makip, SU  
NIP. 130 531 976

**TANDA PERSETUJUAN**

Judul Skripsi : Tinjauan Evaluatif Mutu Penggunaan Layanan  
Kesehatan Pada Rumah Sakit Umum Daerah  
Dr. Soebandi Jember  
Nama Mahasiswa : Suryo Mudi Widiatmanto  
NIM : 970810201131  
Jurusan : Manajemen  
Konsentrasi : Manajemen Operasi

Pembimbing I



Drs. Imam Suroso, MSi  
NIP. 131 759 838

Pembimbing II



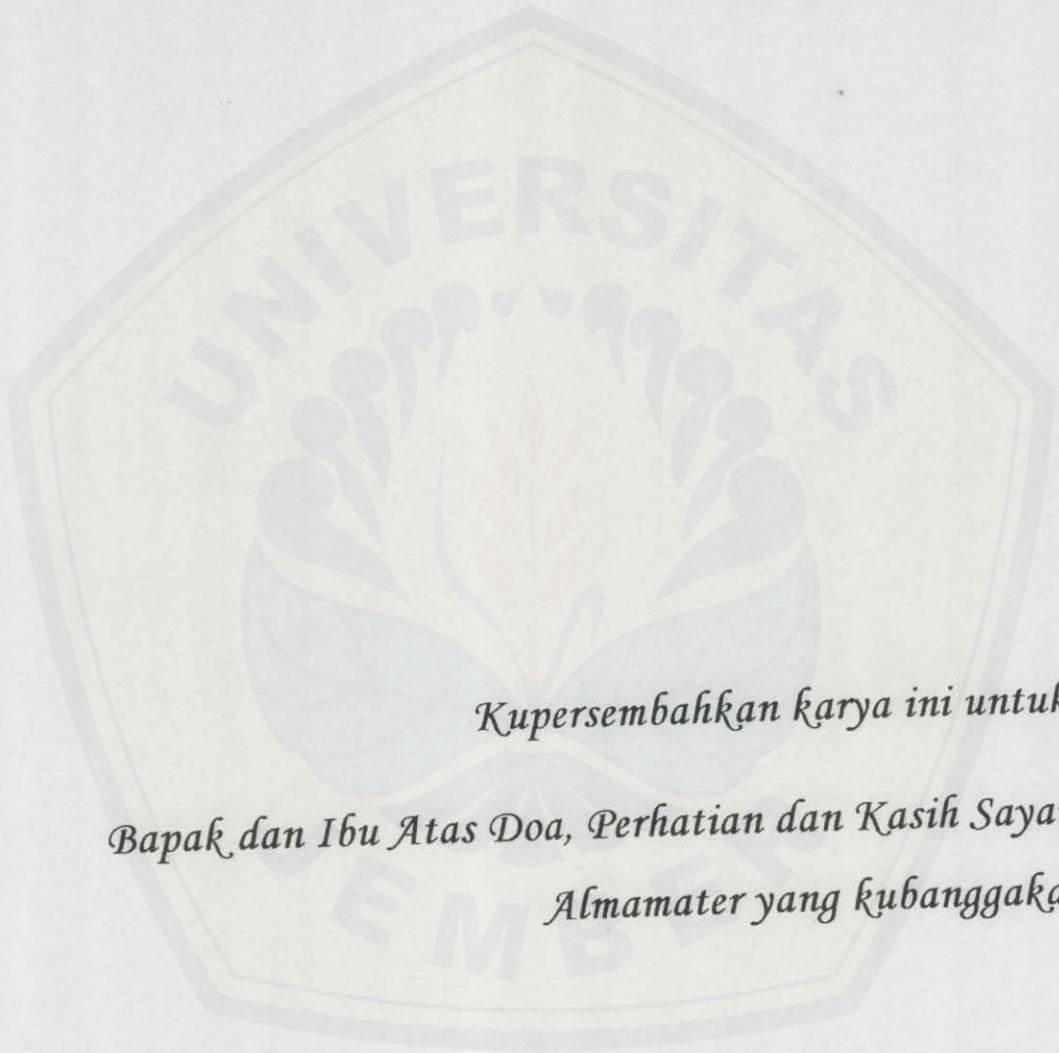
Dewi Prihatini SE, MM  
NIP. 132 056 181

Ketua Jurusan,



Drs. IKM. Dwipayana, MS.  
NIP. 130 781 341

**Tanggal Persetujuan : 25 Juni 2002**



*Kupersembahkan karya ini untuk:*

*Bapak dan Ibu Atas Doa, Perhatian dan Kasih Sayang*

*Almamater yang kubanggakan.*

## **MOTTO**

*“Gunakanlah kesempatan hidup ini semaksimal mungkin serta landasilah selalu dengan kesabaran dan kejujuran”.*

*(Pedoman Penulisan Karya ilmiah FE-UNEJ)*

*“Percayalah pada dirimu sendiri dalam mengerjakan sesuatu hal yang benar”.*

*(Anonim)*

## KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Skripsi ini disusun guna memenuhi syarat dalam menyelesaikan studi strata 1 (satu) pada Fakultas Ekonomi Universitas Jember.

Banyak pihak yang telah membantu dan memberikan dorongan mulai dari kegiatan penelitian serta penyusunan naskah sampai skripsi ini selesai, maka dari itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih kepada :

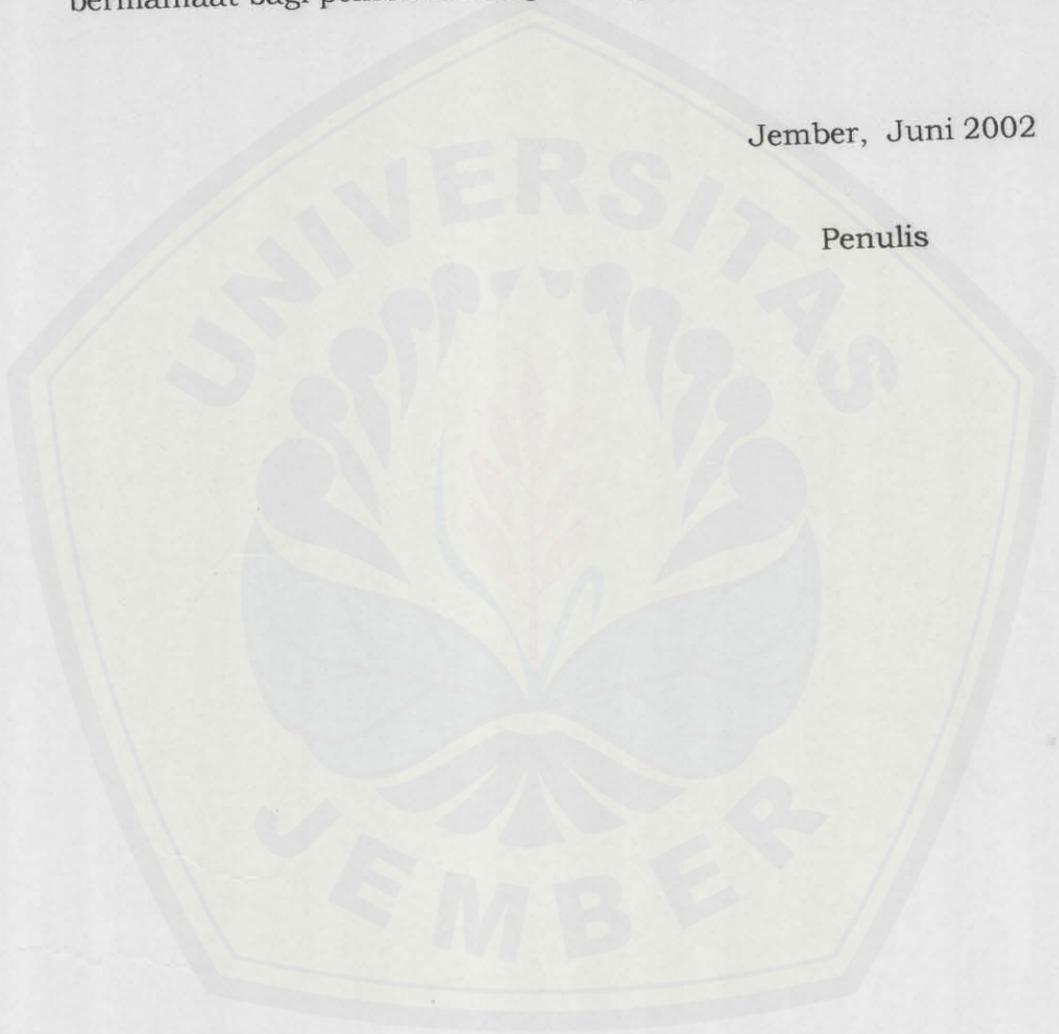
1. Bapak Drs.H.Liakip,SU selaku Dekan Fakultas Ekonomi Universitas Jember.
2. Bapak Drs. IKM Dwipayana, MS selaku Ketua Jurusan Manajemen Fakultas Ekonomi.
3. Bapak Drs. Imam Suroso, MSi selaku Dosen Pembimbing I dan Ibu Dewi Prihatini SE, MM selaku Dosen Pembimbing II atas segala waktu dan bimbingan yang telah diberikan.
4. Staf akademik Fakultas Ekonomi Universitas Jember.
5. Ibu Dr. Hj. Oemi Djauhari, MM selaku Direktur RSUD. Dr. Soebandi Jember atas izin yang diberikan untuk melakukan penelitian.
6. Ibu Endang (Instalasi Diklat) dan Ibu Diah (Bagian Rekam Medis Rumah Sakit) atas data dan informasi yang diberikan.
7. Bapak Achmad Fachruddin dan Bpk. Yasir atas rumah kontrakannya selama ini.
8. Teman-teman Semeru XVI/T-18 : Nungab, Silo, Sugeng, Rahmat, Kampes, John Lemon, Ember, Udit, Pungki, Bowo, Snorless, Kikik, Lala, Willy.

9. Rekan-rekan seperjuangan di MGT Ganjil 97.
10. ViDcOm Rent. Computer, Jl. Kalimantan 40 Jember.
11. Pihak-pihak lain yang mungkin belum tersebut.

Akhirnya besar harapan penulis semoga karya ini bermanfaat bagi pembaca maupun bagi penelitian selanjutnya.

Jember, Juni 2002

Penulis



DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI .....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	iv
HALAMAN MOTTO .....	v
ABSTRAKSI .....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
<b>I. PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Perumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
1.5 Batasan Masalah .....	5
<b>II. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Tinjauan Hasil Penelitian Sebelumnya .....	7
2.2 Landasan Teori .....	8
2.2.1 Sistem Kesehatan .....	8
2.2.2 Unsur Pokok Sistem Kesehatan .....	8
2.2.3 Sub Sistem Dalam Sistem Kesehatan .....	9
2.2.4 Sub Sistem Pelayanan Kesehatan .....	10
2.2.5 Konsep Mutu Dalam Pelayanan Kesehatan .....	11
2.2.6 Pelayanan Kedokteran .....	14
2.2.7 Rumah Sakit .....	16

2.2.8 Indikator Pelayanan Rumah Sakit .....	19
2.2.9 Dasar-dasar Evaluasi Pelayanan Kesehatan .....	21
2.2.10 Tujuan Evaluasi Pelayanan Kesehatan .....	22
2.2.11 Aspek-aspek Evaluasi dalam Pelayanan Kesehatan .....	23
<b>III. METODE PENELITIAN</b>	
3.1 Rancangan Penelitian .....	26
3.2 Prosedur Pengumpulan Data .....	26
3.3 Definisi Operasional Variabel dan Pengukurannya .....	26
3.4 Metode Analisis Data .....	28
3.5 Kerangka Pemecahan Masalah .....	31
<b>IV. HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1 Gambaran Umum Obyek Yang Diteliti.....	34
4.1.1 Sejarah Singkat Berdirinya RSUD Dr. Soebandi Jember. ....	34
4.1.2 Gambaran Situasi .....	35
4.1.3 Falsafah, Tujuan, Visi, Misi, Motto, Peran dan Fungsi RSUD Dr. Soebandi Jember .....	36
4.1.4 Sarana Dan Prasarana. ....	37
4.1.5 Tarif Pelayanan Rumah Sakit. ....	38
4.1.6 Perincian Tenaga RSUD Dr. Soebandi Jember .....	40
4.1.7 Struktur Organisasi.....	43
4.2 Analisis Data.....	48
4.2.1 Perhitungan Tingkat Efisiensi Pelayanan Rumah Sakit .....	49
4.2.2 Perhitungan Mutu Pelayanan Rumah Sakit.....	52
4.2.3 Tingkat Pemanfaatan Sarana Pelayanan Rumah Sakit .....	54
4.3 Pembahasan.....	57
4.3.1 Evaluasi Tingkat Efisiensi Pelayanan	

Rumah Sakit.....	57
4.3.2 Evaluasi Mutu Pelayanan Rumah Sakit.....	58
4.3.3 Evaluasi Tingkat Pemanfaatan Sarana Pelayanan Rumah Sakit.....	59
4.3.4 Rekapitulasi Evaluasi Penggunaan Layanan Rumah Sakit.....	59
<b>V. SIMPULAN DAN SARAN</b>	
5.1 Simpulan.....	61
5.2 Saran.....	61
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	
6. Gross Death Rate (GDR) RSUD Dr. Soebandi Jember Tahun 1997-2001.....	52
7. Bed Occupancy Rate (BOR) RSUD Dr. Soebandi Jember Tahun 1997-2001.....	55
8. Out Patient Rate (OPR) RSUD Dr. Soebandi Jember Tahun 1997-2001.....	56
9. Rekapitulasi Evaluasi Penggunaan Layanan RSUD Dr. Soebandi Jember Tahun 1997-2001.....	60

**DAFTAR GAMBAR**

1. Sistem Kesehatan.....	9
2. Struktur Organisasi RSUD Dr. Soebandi Jember .....	44



**DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 : Kegiatan Rawat Tinggal RSUD Dr. Soebandi Jember tahun 1997
- Lampiran 2 : Kegiatan Rawat Tinggal RSUD Dr. Soebandi Jember tahun 1998
- Lampiran 3 : Kegiatan Rawat Tinggal RSUD Dr. Soebandi Jember tahun 1999
- Lampiran 4 : Kegiatan Rawat Tinggal RSUD Dr. Soebandi Jember tahun 2000
- Lampiran 5 : Kegiatan Rawat Tinggal RSUD Dr. Soebandi Jember tahun 2001
- Lampiran 6 : Kegiatan Berobat Jalan RSUD Dr. Soebandi Jember tahun 1997
- Lampiran 7 : Kegiatan Berobat Jalan RSUD Dr. Soebandi Jember tahun 1998
- Lampiran 8 : Kegiatan Berobat Jalan RSUD Dr. Soebandi Jember tahun 1999
- Lampiran 9 : Kegiatan Berobat Jalan RSUD Dr. Soebandi Jember tahun 2000
- Lampiran 10 : Kegiatan Berobat Jalan RSUD Dr. Soebandi Jember tahun 2001
- Lampiran 11 : Perhitungan *Bed Turn Over (BTO)*
- Lampiran 12 : Perhitungan *Turn Over Interval (TOI)*
- Lampiran 13 : Perhitungan *Average Length of Stay (AvLOS)*
- Lampiran 14 : Perhitungan *Net Death Rate (NDR)*
- Lampiran 15 : Perhitungan *Gross Death Rate (GDR)*
- Lampiran 16 : Perhitungan *Bed Occupancy Rate (BOR)*
- Lampiran 17 : Perhitungan *Out Patient Rate (OPR)*
- Lampiran 18 : Angka-angka Indikator Mutu Pelayanan Menurut Departemen Kesehatan



## I. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang Masalah

Dalam era pasar bebas akan ditandai dengan persaingan ketat di bidang perdagangan dunia termasuk jasa pelayanan kesehatan. Perkembangan dan peningkatan jasa pelayanan kesehatan dari tahun ke tahun semakin menjadi perhatian masyarakat. Berdirinya sejumlah rumah sakit baru di negara kita belakangan ini menunjukkan adanya peningkatan kemampuan pelayanan. Menurut Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI pada akhir Pelita I sampai dengan Repelita V jumlah rumah sakit meningkat sekitar 47% dan jumlah tempat tidur meningkat sekitar 50 %. Perkembangan ini tentunya harus diikuti dengan peningkatan kemampuan manajerial untuk mengantisipasi pasar bebas tersebut.

Rumah sakit sebagai salah satu sub sistem pelayanan kesehatan mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan mencakup pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, rehabilitasi medik dan pelayanan keperawatan. Pelayanan tersebut dilaksanakan melalui unit gawat darurat, unit rawat jalan, dan unit rawat inap. Dalam perkembangannya, pelayanan rumah sakit tidak terlepas dari pembangunan ekonomi masyarakat. Perkembangan ini tercermin pada perubahan fungsi klasik rumah sakit yang pada awalnya hanya memberi pelayanan yang bersifat penyembuhan (kuratif) terhadap pasien rawat inap. Pelayanan rumah sakit kemudian bergeser karena kemajuan ilmu pengetahuan (teknologi kedokteran) dan peningkatan pendapatan

serta pendidikan masyarakat. Pelayanan kesehatan saat ini tidak saja bersifat penyembuhan tetapi juga bersifat pemulihan yang dilaksanakan secara terpadu melalui upaya promosi kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Sasaran pelayanan kesehatan rumah sakit bukan hanya untuk individu pasien, tetapi sudah berkembang mencakup keluarga dan masyarakat umum. Pelayanan kesehatan menurut Levey dan Lomba (dalam Azwar, 1996:35) adalah:

“setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat”.

Pelayanan kesehatan yang bermutu menurut Tabish (dalam Aditama, 1999:20) berarti memberikan suatu produk yang benar-benar memberi pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan individu dan masyarakat. Mutu pelayanan hanya dapat diketahui apabila sebelumnya telah dilakukan penilaian terlebih dahulu baik terhadap tingkat kesempurnaan, sifat totalitas dari wujud serta ciri dan terhadap kepatuhan para penyelenggara pelayanan terhadap standar yang telah ditetapkan.

Dalam praktek sehari-hari penilaian mutu pelayanan rumah sakit lebih sulit karena pasien tidak dalam posisi yang mampu menilai secara pasti mutu pelayanan klinik yang diterimanya (baik atau standar). Ditambah lagi kenyataan bahwa bila ada pelayanan yang tidak bermutu maka kesehatan pasien dan mungkin juga jiwanya menjadi taruhannya. Kendati banyak faktor yang harus dipertimbangkan, bagaimanapun juga harus ditentukan parameter untuk menilai sejauh mana keberhasilan dan mutu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.

Banyak aspek yang dapat dipakai untuk menilai mutu pelayanan kesehatan, misalnya dapat dinilai dari aspek "struktur" yaitu semua masukan untuk sistem pelayanan sebuah rumah sakit yang meliputi tenaga, sarana, dana dan lain-lain. Hal ini meliputi ruang lingkup pelayanan, tingkat pendidikan yang memberi pelayanan atau berbagai karakteristik lainnya. Ada sebuah asumsi bahwa jika struktur sistem rumah sakit tertata dengan rapi, akan menjamin mutu asuhannya. Baik tidaknya struktur rumah sakit diukur dari tingkat kewajaran, kuantitas, biaya (efisiensi) dari masing-masing komponen struktur.

Aspek "Proses" yaitu semua kegiatan dokter dan tenaga profesi lainnya yang mengadakan interaksi secara profesional dengan pasiennya. Interaksi diukur antara lain dalam bentuk penilaian tentang penyakit pasien, penegakan diagnosa, rencana tindakan pengobatan, indikasi tindakan, penanganan penyakit dan prosedur pengobatan. Dalam hal ini, juga dianut asumsi bahwa semakin patuh tenaga profesi menjalankan standar yang telah diterima dan diakui oleh masing-masing ikatan profesi akan semakin tinggi pula mutu asuhan terhadap pasien. Baik tidaknya pelaksanaan proses pelayanan di rumah sakit dapat diukur dari tiga aspek yaitu relevan tidaknya proses itu bagi pasien, efektivitas prosesnya dan kualitas interaksi asuhan terhadap pasien. Kegiatannya dapat meliputi pengamatan langsung pada pelayanan pada pasien di poliklinik dan ruang rawat, melihat data rekam medik, serta menilai kepatutan dan kelayakan pengobatan yang diberikan.

Aspek "hasil" (*outcome*) adalah hasil akhir kegiatan dokter dan tenaga profesi lainnya terhadap pasien. Kegiatan yang dilakukan adalah mengamati "hasil" pelayanan kesehatan yang diberikan seperti angka *mortalitas*, angka kegiatan pelayanan

medik, angka terjadinya infeksi *nosokomial* dan lain-lain.

### 1.2. Perumusan Masalah

RSUD. Dr. Soebandi Jember ditinjau dari kemampuan yang dimiliki termasuk dalam Rumah Sakit Kelas B yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis luas dan subspecialisasi terbatas. Sebagai rumah sakit rujukan bagi 4 (empat) Kabupaten lain dengan cakupan penduduk sekitar 8 (delapan) juta jiwa, maka peran dan fungsinya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara luas merupakan tanggung jawab yang diemban oleh RSUD. Dr. Soebandi Jember.

Untuk mencapai peran dan fungsinya tersebut, maka RSUD. Dr. Soebandi Jember dituntut mampu memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi masyarakat di dalam wilayah cakupannya. Tentunya suatu pelayanan kesehatan yang bermutu itu mempunyai ukuran atau standar sebagai syaratnya. Syarat suatu pelayanan kesehatan yang bermutu antara lain (Azwar, 1996,52):

- a. Memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan (pasien)
- b. Penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi

Untuk menilai tingkat keberhasilan atau memberikan gambaran tentang keadaan pelayanan di rumah sakit RSUD. Dr. Soebandi Jember, maka dilakukan evaluasi terhadap pelayanan kesehatan yang diselenggarakan rumah sakit dengan menggunakan indikator pelayanan kesehatan yang akan menunjukkan:

- a. Berapa tingkat efisiensi pelayanan rumah sakit ?
- b. Bagaimana mutu pelayanan rumah sakit ?
- c. Bagaimana tingkat pemanfaatan sarana pelayanan rumah sakit oleh masyarakat ?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Tujuan dalam penelitian ini adalah:

1. Untuk mengukur tingkat efisiensi pelayanan rumah sakit dilihat dari derajat pemakaian tempat tidur rumah sakit.
2. Untuk mengetahui mutu pelayanan rumah sakit dilihat jumlah angka kematian setelah mendapatkan perawatan.
3. Untuk mengetahui tingkat pemanfaatan sarana pelayanan rumah sakit.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

Manfaat yang bisa diperoleh dari penelitian ini adalah:

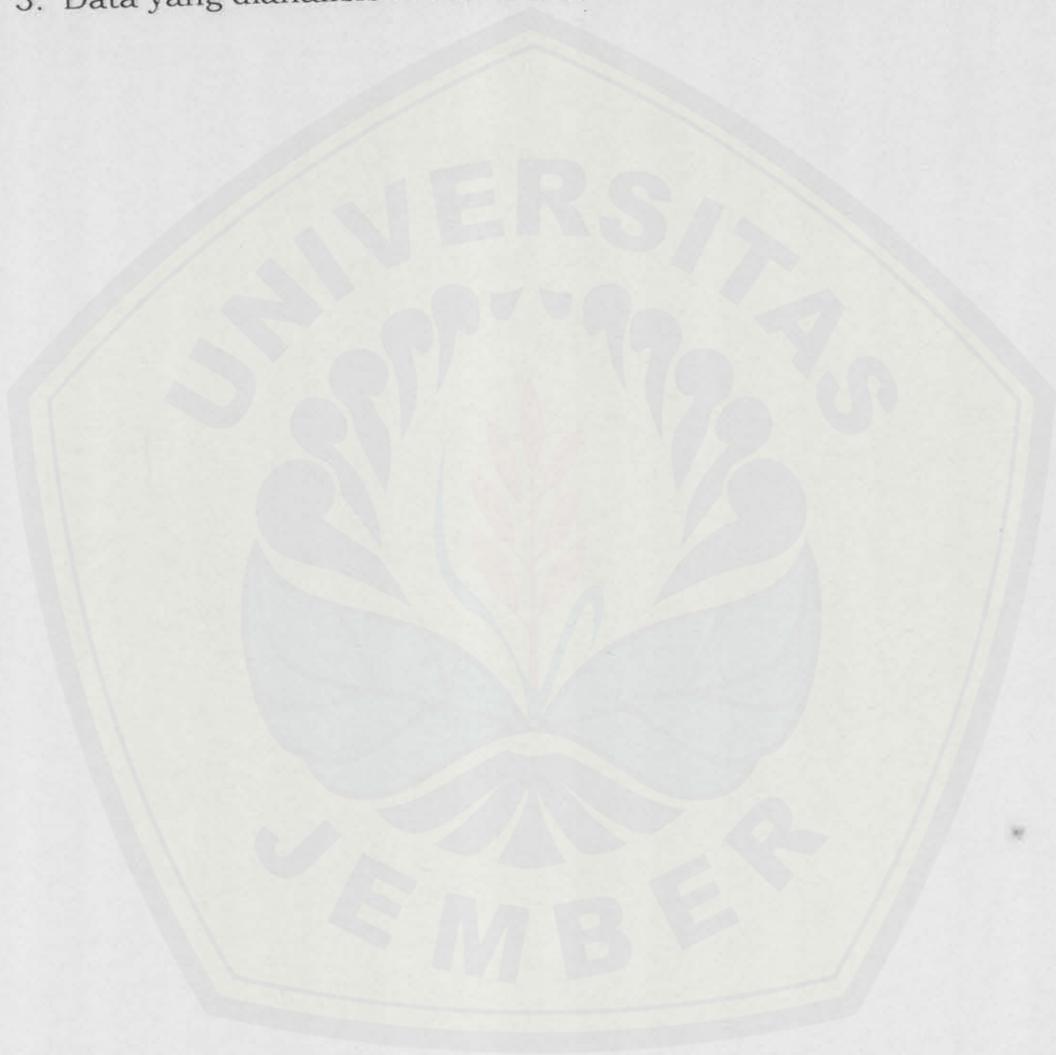
1. Sebagai bahan informasi/referensi untuk penelitian lainnya.
2. Memberikan sumbangan informasi guna perkembangan dan peningkatan mutu pelayanan rumah sakit.

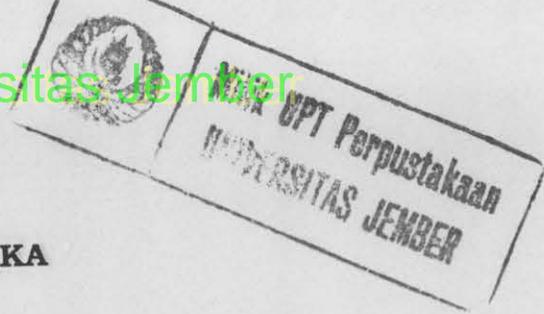
### **1.5 Batasan Masalah**

Ruang lingkup evaluasi pelayanan kesehatan sangat luas, maka dari itu dalam penelitian ini perlu untuk diberikan suatu batasan terhadap masalah yang akan dinilai antara lain:

1. Aspek yang dievaluasi dalam penelitian ini adalah aspek hasil (*outcome*) berupa angka-angka penggunaan layanan rawat jalan dan rawat inap rumah sakit.

2. Standar yang dipakai sebagai bahan perbandingan adalah standar nasional (jika tidak ada angka standar nasional maka data yang diolah dibandingkan hasilnya dengan tahun sebelumnya).
3. Data yang dianalisis mulai tahun 1997-2001.





## II. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Tinjauan Hasil Penelitian Sebelumnya

Hasil penelitian sebelumnya yang digunakan sebagai tambahan informasi adalah Analisis Pengawasan Kualitas Dan Pendapat Konsumen Tentang Mutu Pelayanan Dari Perusahaan Daerah Air Minum Jember yang dilakukan oleh Dian Diana NIM. 8508100126/M tahun 1992. Permasalahan yang menjadi perhatian dalam penelitian tersebut adalah besar penyimpangan kualitas air dari standar yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan. Tujuan dari penelitian tersebut adalah untuk mengetahui mutu air PDAM apakah sudah sesuai dengan standar Departemen Kesehatan dan mengetahui mutu pelayanan PDAM yang diberikan kepada masyarakat. Analisis data yang digunakan adalah metode statistik (*Control Chart*). Persamaan dengan penelitian ini adalah sama-sama bertujuan untuk mengetahui mutu pelayanan yang diberikan oleh perusahaan jasa kepada pelanggannya. Perbedaan dengan penelitian ini adalah:

- a. bidang dari perusahaan jasa itu bermacam-macam, maka dari itu penelitian ini mencoba meneliti permasalahan pada bidang jasa lainnya dalam hal ini rumah sakit.
- b. tidak ada uji hipotesis dan survey pendapat pelanggan (kuesioner) karena jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian evaluatif.

Permasalahan yang diangkat pada penelitian terdahulu tersebut perlu untuk dikembangkan pada jenis usaha jasa yang lain dalam hal ini rumah sakit dengan menggunakan metode analisis yang berbeda (statistik rumah sakit).

## 2.2 Landasan Teori

### 2.2.1 Sistem Kesehatan

Pengertian dari sistem kesehatan adalah gabungan pengertian sistem dengan pengertian kesehatan, salah satu diantaranya dikemukakan oleh *World Health Organization (WHO)* (dalam Azwar, 1996a:19):

“Kumpulan 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”.

Untuk Indonesia, pengertian tentang sistem kesehatan yang dikenal dengan nama Sistem Kesehatan Nasional (SKN) melalui SK. Menteri Kesehatan RI No. 99a/Menkes/SK/III/1992 (dalam Aditama, 1999:7) adalah suatu tatanan yang mencerminkan upaya bangsa Indonesia untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945.

### 2.2.2 Unsur Pokok Sistem Kesehatan

Suatu sistem kesehatan yang baik harus memenuhi tiga syarat pokok yakni (Azwar, 1996a:32-33):

#### a. Organisasi pelayanan

Suatu sistem pelayanan kesehatan yang baik harus memiliki kejelasan dalam pengorganisasian upaya kesehatan. Kejelasan yang dimaksud di sini menunjuk kepada jenis, bentuk, jumlah, penyebaran, jenjang serta hubungan antara satu upaya kesehatan dengan upaya kesehatan lainnya. Jika kejelasan yang seperti ini tidak dimiliki, maka sistem kesehatan tersebut tidaklah sempurna.

b. Organisasi Pembiayaan

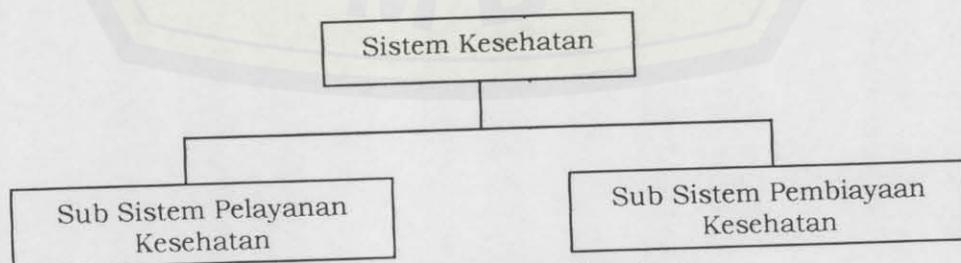
Suatu sistem kesehatan yang baik haruslah memiliki kejelasan dalam pengorganisasian pembiayaan kesehatannya. Kejelasan yang dimaksud disini menunjuk pada jumlah, penyebaran, pemanfaatan serta mekanisme pembiayaan upaya kesehatan yang berlaku. Sama halnya dengan organisasi pelayanan, maka jika organisasi pembiayaan tidak baik, maka sistem kesehatan tersebut termasuk dalam kategori tidak sempurna.

c. Mutu Pelayanan dan Pembiayaan

Syarat terakhir yang harus dipenuhi oleh suatu sistem pelayanan baik ialah terjaminnya mutu pelayanan dan pembiayaan kesehatan. Mutu yang dimaksud disini ialah di satu pihak, yang sesuai dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat terhadap kesehatan, dan di pihak lain yang sesuai dengan situasi dan kondisi sosial ekonomi masyarakat.

### 2.2.3 Sub Sistem Dalam Sistem Kesehatan

Dalam praktek sehari-hari sistem kesehatan sering dibedakan atas dua sub sistem yaitu sub sistem pelayanan kesehatan dan sub sistem pembiayaan kesehatan seperti dalam gambar. 1 dibawah ini:



Gambar. 1: Sistem Kesehatan

Sumber: Azwar (1996:34)

Keterangan:

- a. Sub sistem pelayanan kesehatan ialah menunjuk kepada kesatuan yang utuh dan terpadu berbagai upaya kesehatan yang diselenggarakan dalam satu negara.
- b. Sub sistem pembiayaan kesehatan ialah menunjuk kepada kesatuan yang utuh dan terpadu dari pembiayaan upaya kesehatan yang berlaku dalam suatu negara.

#### **2.2.4 Sub Sistem Pelayanan Kesehatan**

Sub sistem pelayanan kesehatan dibatasi hanya pada kegiatan-kegiatan yang berhubungan langsung dengan penerapan ilmu dan teknologi kedokteran saja. Sesuai dengan batasan tersebut, maka dapat dipahami bahwa bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang dapat ditemukan banyak macamnya. Karena kesemuanya ditentukan oleh (Azwar, 1996a:36):

- 1) Pengorganisasian pelayanan, apakah dilaksanakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi.
- 2) Ruang lingkup kegiatan, apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi daripadanya.
- 3) Sasaran pelayanan kesehatan, apakah perseorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat secara keseluruhan.

Suatu pelayanan kesehatan yang baik harus memiliki syarat-syarat pokok yang harus dipenuhi antara lain (Azwar, 1996a:38):

- 1) Tersedia dan berkesinambungan artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaanya dalam masyarakat adalah pada saat dibutuhkan

- 2) Dapat diterima dan wajar artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat.
- 3) Mudah dicapai artinya pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pengertian ketercapaian ini terutama dari sudut lokasi.
- 4) Mudah dijangkau artinya pelayanan kesehatan yang diselenggarakan diupayakan sesuai dengan kemampuan ekonomis masyarakat (dilihat dari sudut biaya).
- 5) Bermutu artinya tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang satu dipihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran kelima persyaratan pokok ini sering tidak terpenuhi. Perubahan dalam pelayanan kesehatan disatu pihak mendatangkan keuntungan seperti meningkatnya mutu pelayanan yang dapat dilihat dari makin menurunnya angka kesakitan, cacat dan kematian serta meningkatnya umur harapan hidup rata-rata. Tetapi dipihak lain perubahan juga mendatangkan banyak masalah sebagai berikut (Azwar, 1996a:39):

- 1) Terkotak-kotaknya pelayanan kesehatan yang menyulitkan masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan yang pada gilirannya akan menyebabkan tidak terpenuhinya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.
- 2) Berubahnya sifat pelayanan kesehatan yang menyebabkan perhatian penyelenggara pelayanan kesehatan tidak dapat lagi diberikan secara menyeluruh.

### 2.2.5 Konsep Mutu Dalam Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan selalu merupakan bahan kajian dan perhatian para ahli diberbagai negara. Untuk Indonesia, Garis-garis Besar Haluan Negara (GBHN) 1993 menyatakan bahwa dalam Pelita VI kebijaksanaan kesehatan, antara lain meliputi arah pembangunan kesehatan dan peningkatan perbaikan kesehatan masyarakat, serta mutu pelayanan kesehatan.

Definisi mutu pelayanan kesehatan banyak menjadi kajian para ahli. Tracendi dalam buku *Cost, Quality and Acces in Health Care* (dalam Aditama, 1999:146) mengemukakan bahwa salah satu isu paling kompleks dalam dunia pelayanan kesehatan adalah penilaian mutu pelayanan. Ruang lingkupnya sangat luas, mulai dari kemungkinan derajat kesempurnaan (*perfectability*) teknik intervensi klinik sampai pada peranannya dalam menurunkan angka *mortalitas*. Ada yang berpendapat bahwa mutu pelayanan kesehatan dapat dinilai dari mortalitas operasi misalnya. Ada pula yang masih berpegang pada derajat pemakaian tempat tidur dan jumlah kunjungan poliklinik.

Edlund dan Tracendi (dalam Aditama, 1999:146) menyatakan bahwa untuk mengerti tentang mutu pelayanan kesehatan harus diajukan beberapa pertanyaan seperti oleh siapa, untuk siapa dan untuk tujuan apa pelayanan kesehatan diberikan. Pengertian mutu pelayanan kesehatan menjadi lebih rumit karena pertimbangan ekonomis. Di satu pihak sama-sama disadari akan adanya hubungan antara biaya yang dikeluarkan dengan mutu yang dihasilkan. Tetapi di lain pihak, tidak ada batasan yang tegas tentang seberapa jauh derajat mutu perlu dicapai bila disesuaikan dengan pertimbangan anggaran yang ada.

Batasan tentang mutu pelayanan banyak macamnya. Beberapa diantaranya yang dipandang cukup penting adalah (Azwar, 1996b:22):

- a. Mutu adalah tingkat kesempurnaan dari penampilan sesuatu yang sedang diamati.
- b. Mutu adalah sifat yang dimiliki oleh suatu program.
- c. Mutu adalah totalitas dari wujud serta ciri suatu barang atau jasa yang dihasilkan yang didalamnya terkandung sekaligus pengertian akan adanya rasa aman dan terpenuhinya kebutuhan para pengguna barang atau jasa yang dihasilkan tersebut.
- d. Mutu adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan.

Manajemen mutu memang merupakan hal yang paling penting dapat perhatian dalam pelayanan kesehatan. Rumah sakit punya tanggung jawab moral serta hukum untuk memberikan mutu pelayanan yang sesuai dengan standar untuk pasien yang ditanganinya. Manajemen mutu harus meliputi kegiatan (Aditama, 1999:20):

- a. sistem untuk memberlakukan standar profesional, baik dari sudut tingkah laku, organisasi serta penilaian kegiatan sehari-hari.
- b. sistem pengamatan agar pelayanan selalu diberikan sesuai dengan standar dan deteksi bila terdapat penyimpangan.
- c. sistem untuk senantiasa menunjang berlakunya standar profesional.

Secara umum disebutkan makin sempurna penampilan pelayanan kesehatan makin baik pula mutunya. Baik tidaknya mutu pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh unsur-unsur antara lain (Azwar, 1996b:25):

- a. Unsur masukan: adalah tenaga, dana dan sarana, apabila tenaga, dana dan sarana (kuantitas dan kualitas) tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan maka sulit diharapkan sulitlah diharapkan baiknya mutu pelayanan.
- b. Unsur lingkungan: yang dimaksud dengan unsur lingkungan adalah kebijakan, organisasi dan manajemen.
- c. Unsur proses: meliputi tindakan medis dan non medis.

Pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan juga dapat dikatakan bermutu (Azwar, 1996b:30).

### **2.2.6 Pelayanan Kedokteran**

Secara umum pelayanan kedokteran (medical services) adalah bagian dari pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasaran utamanya perseorangan ataupun keluarga (Azwar, 1996:71). Saat ini pembagian tentang macam pelayanan kedokteran banyak ditemukan, beberapa diantaranya yang terpenting adalah:

- a. ditinjau dari jumlah tenaga pengelola

Ditinjau dari jumlah tenaga pengelola pelayanan kedokteran dapat dibedakan atas dua macam yaitu:

- 1). diselenggarakan oleh satu orang

Bentuk pelayanan kedokteran yang diselenggarakan oleh satu orang banyak ditemukan misalnya dokter ataupun bidan yang membuka praktek perseorangan.

- 2). diselenggarakan oleh kelompok

Bentuk pelayanan kedokteran berkelompok banyak macamnya misalnya praktek bersama dokter ahli kebidanan dengan dokter ahli kesehatan anak, rumah sakit, rumah sakit bersalin, rumah bersalin dan sebagainya.

b. ditinjau dari cara pelayanan yang diselenggarakan

pelayanan kedokteran ditinjau dari cara pelayanan yang diselenggarakan dibedakan atas dua macam yaitu:

1). pelayanan rawat jalan

contoh pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kedokteran yang diselenggarakan oleh poliklinik, balai pengobatan, Puskesmas ataupun praktek dokter perseorangan.

2). pelayanan rawat jalan dan rawat inap

Contoh pelayanan rawat jalan dan rawat inap adalah pelayanan kedokteran yang diselenggarakan oleh rumah sakit, rumah sakit bersalin ataupun rumah bersalin.

Sesuai dengan ketentuan sebagaimana tercantum dalam UU kesehatan No.23 tahun 1992 serta dalam Sistem Kesehatan Nasional terutama dalam uraian tentang Bentuk-bentuk pokok SKN Bab IV, maka pelayanan kedokteran di Indonesia dapat dibedakan atas dua macam. Pertama, yang diselenggarakan oleh pemerintah. Kedua, yang diselenggarakan oleh swasta.

Sarana pelayanan kedokteran yang diselenggarakan oleh pemerintah di Indonesia adalah Puskesmas, sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama serta Rumah Sakit dengan berbagai jenjangnya sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat kedua dan ketiga. Sedangkan pelayanan kedokteran yang diselenggarakan oleh swasta di Indonesia antara lain praktek bidan, praktek dokter gigi, dan praktek dokter umum, poliklinik, balai pengobatan dan lain-lain.

### 2.2.7 Rumah Sakit

SK Menteri Kesehatan RI No. 983/Menkes/SK/XI/1992 menyebutkan bahwa rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialisik, dan subspecialistik. Rumah sakit ini mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat.

Sesuai dengan perkembangan jaman, maka pada saat ini rumah sakit mengalami berbagai perkembangan yang dapat dibedakan menjadi tiga macam yaitu (Azwar, 1996a:83):

- a. Perkembangan pada fungsi yang dimilikinya. Jika dahulu rumah sakit hanya untuk menyembuhkan orang sakit, maka pada saat ini telah berkembang menjadi suatu pusat kesehatan misalnya fungsi rumah sakit telah mencakup pendidikan dan latihan.
- b. Perkembangan ruang lingkup kegiatan yang dilakukannya. Jika dahulu rumah sakit hanya merupakan tempat beristirahat para musafir, tempat mengasuh anak yatim, tempat tinggal orang jompo, maka pada saat ini telah berkembang menjadi suatu institusi kesehatan dengan munculnya diversifikasi dalam kehidupan masyarakat yang semula mencakup berbagai aspek sosial kemudian membatasi diri hanya pada aspek kesehatan saja.
- c. Perkembangan pada pemilikan rumah sakit. rumah sakit yang dahulu tidak pernah memikirkan untung rugi karena semata-mata didirikan untuk kepentingan sosial dan kemanusiaan pada saat ini telah berubah menjadi salah satu kegiatan ekonomi (dijadikan badan usaha yang mencari keuntungan).

Rumah sakit harus dibangun, dilengkapi dan dipelihara dengan baik untuk menjamin kesehatan dan keselamatan

pasiennya dan harus menyediakan fasilitas yang lapang tidak berdesak-desakan dan terjamin sanitasinya bagi kesembuhan pasien. Menurut Departemen Kesehatan RI telah menggariskan bahwa rumah sakit umum mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara terpadu, serasi dengan upaya peningkatan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Rumah sakit setidaknya ada lima fungsi (Aditama, 1999:87)

- a. Harus ada pelayanan rawat inap dengan fasilitas diagnostik dan terapeutik, jenis spesialisasi baik bedah maupun non bedah. Rawat inap meliputi: pelayanan keperawatan, gizi, farmasi, laboratorium, radiologi dan lain-lain.
- b. Rumah sakit harus memiliki pelayanan rawat jalan.
- c. Rumah sakit juga punya tugas pendidikan dan latihan.
- d. Rumah sakit perlu melakukan penelitian di bidang kedokteran dan kesehatan, karena keberadaan pasien di rumah sakit merupakan modal dasar untuk penelitian ini.
- e. Rumah sakit punya tanggung jawab untuk program pencegahan dan penyuluhan kesehatan bagi populasi di sekitarnya.

Tujuan utama kegiatan di rumah sakit adalah melayani pasien dan juga keluarganya dalam berbagai bentuk pelayanan. Tiga ciri khas rumah sakit yang membedakannya dengan industri lainnya Massie (dalam Aditama, 1999:144-145):

- a. Input atau bahan baku dalam industri jasa kesehatan adalah manusia, jadi unsur manusia perlu mendapat perhatian dan tanggung jawab pengelola rumah sakit.
- b. Pelanggan (pasien) tidak selalu menerima pelayanan artinya pasien tidak selalu memperoleh pelayanan/pengobatan di

rumah sakit saja serta jenis tindakan medis yang akan dilakukan tergantung dari dokter bukan dari kehendak pasien.

- c. Kenyataan menunjukkan bahwa profesional termasuk dokter, perawat dan tenaga ahli lain di rumah sakit cenderung untuk berdiri sendiri sehingga fungsi manajemen dianggap menjadi kurang penting.

Sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, rumah sakit di Indonesia dapat dibedakan menjadi beberapa macam antara lain (Adikoesoemo, 1994:27):

a. Ditinjau dari pemiliknya:

- 1) Rumah sakit pemerintah meliputi rumah sakit yang langsung dikelola oleh departemen kesehatan (pemerintah pusat) dan pemerintah daerah.
- 2) Rumah sakit swasta.

b. Ditinjau dari kemampuan yang dimiliki:

- 1) Rumah sakit kelas A yaitu rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan sub spesialis luas, yang oleh pemerintah ditetapkan sebagai tempat pelayanan rujukan tertinggi atau disebut rumah sakit pusat.
- 2) Rumah sakit kelas B yaitu rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis luas dan subspecialis terbatas.
- 3) Rumah sakit kelas C yaitu rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis terbatas.
- 4) Rumah sakit kelas D yaitu rumah sakit yang bersifat transisi karena pada suatu saat akan ditingkatkan menjadi rumah sakit kelas C.

- 5) Rumah sakit kelas E yaitu rumah sakit khusus yang menyelenggarakan hanya satu macam pelayanan kedokteran saja.

### 2.2.8 Indikator Pelayanan Rumah Sakit

Tujuan dan sasaran memiliki peran yang penting dalam implementasi kebijaksanaan kesehatan, program dan kegiatan. Indikator merupakan alat utama untuk pemantauan pencapaian tujuan dan sasaran tersebut.

Indikator adalah suatu ukuran untuk menunjukkan derajat atau besarnya suatu fenomena (Reinke, 1994:50). Melalui indikator dapat diketahui tingkat kemajuan suatu program dan arah yang harus ditempuh untuk selanjutnya. Indikator kesehatan adalah parameter atau ukuran yang dipilih dari sekelompok data kesehatan, karena mewakili kelompok data tersebut (DitjenYanMedik, 1997:59). Definisi yang lain dari indikator adalah ringkasan dari sekelompok data yang memberikan informasi tertentu.

Menurut WHO indikator adalah variabel untuk mengukur perubahan. Indikator sering digunakan terutama bila perubahan-perubahan tersebut tidak dapat diukur. Secara ideal indikator harus memiliki 5 (lima) kriteria (DitjenYanMedik, 1997:60)

- a. Sahih/*valid* : yaitu benar-benar dapat dipakai untuk mengukur aspek yang akan dinilai.
- b. Dapat dipercaya/*reliable* : yaitu mampu menunjukkan hasil yang sama pada pengukuran yang berulang kali, untuk waktu sekarang maupun waktu yang akan datang.
- c. Sensitif : yaitu cukup peka untuk mengukur perubahan tertentu saja.
- d. Spesifik: yaitu hanya dapat mengukur perubahan tertentu saja.

e. Operasional : yaitu dapat diukur, ada definisi dan standar acuan yang telah disusun dan diuji.

Dalam kenyataannya hanya ada sedikit indikator kesehatan yang memiliki semua kriteria tersebut diatas. Walaupun sebenarnya dibuat untuk mencoba menggambarkan kenyataan, indikator hanya merupakan ukuran tidak langsung dari suatu hal yang kompleks. Tetapi bila indikator dipakai secara periodik, maka dapat mengukur arah dan tingkat ketepatan terjadinya perubahan.

Penggunaan indikator dan standar yang terlalu banyak serta terlalu sulit perlu dicegah, karena hal tersebut akan mengakibatkan peningkatan biaya serta kurangnya partisipasi dari staf yang terlibat sehingga ketepatan dan tingkat kepercayaan indikator akan terganggu. Kekakuan dalam penggunaan indikator akan mengurangi kepekaan indikator terhadap perubahan yang selalu terjadi pada sektor pelayanan kesehatan. Indikator-indikator mutu pelayanan rumah sakit banyak macamnya. Berikut ini 2 (dua) contoh indikator pelayanan rumah sakit antara lain (Muninjaya, 1999:156)

a. Indikator yang mengacu pada aspek pelayanan medis:

- 1) Angka infeksi nosokomial
- 2) Angka kematian kasar (*Gross death rate*)
- 3) Kematian pasca bedah
- 4) Kematian ibu melahirkan
- 5) Kematian bayi baru lahir
- 6) *Net death rate*
- 7) *Anasthesia death rate*
- 8) *Post operation death rate*
- 9) *Post operative infection rate*

b. Indikator mutu pelayanan untuk mengukur tingkat efisiensi rumah sakit:

- 1) Unit cost untuk rawat jalan
- 2) *Bed occupancy rate*
- 3) *Bed turn over*
- 4) *Turn over interval*
- 5) *Average length of stay*
- 6) *Normal tissue removal rate*

Sebelum memutuskan untuk menggunakan indikator tertentu, perlu ditentukan terlebih dahulu makna indikator tersebut di dalam rangkaian input, proses, output, dan dampak dari suatu kebijaksanaan, program atau kegiatan sesuai dengan kondisi setempat dan maksud penggunaan indikator tersebut. Berdasarkan berbagai pertimbangan tersebut, maka indikator seharusnya berorientasi kepada intervensi dan mampu memberi gambaran tentang arah yang memungkinkan untuk ditempuh.

### **2.2.9 Dasar-Dasar Evaluasi Pelayanan Kesehatan**

Evaluasi adalah suatu cara yang sistematis dalam mengambil hikmah dari pengalaman masa lalu dan memanfaatkannya untuk meningkatkan pelaksanaan kegiatan pada masa kini serta memperbaiki perencanaan untuk masa depan (Reinke, 1994:45). Evaluasi dapat pula diartikan sebagai suatu usaha untuk mengukur pencapaian tujuan maupun keadaan tertentu dengan membandingkan dengan standar nilai yang sudah ditentukan sebelumnya (Kumala, 1995:376).

Evaluasi berbeda dengan penelitian dimana hasil yang diperoleh berlaku secara spesifik dan biasanya tidak dapat berlaku secara umum sebagaimana halnya dengan penelitian. Namun

penatalaksanaan evaluasi harus sedapat mungkin mendekati metodologi penelitian agar memperoleh predikat “ilmiah”.

### 2.2.10 Tujuan Evaluasi Pelayanan Kesehatan

Pada dasarnya tujuan evaluasi dibuat untuk kepentingan pihak yang membutuhkannya. Alasan-alasan utama evaluasi dilakukan antara lain (Kumala, 1995:42):

- a. Mengukur keberhasilan dan kemajuan sesuai dengan tujuan yang dicanangkan.
- b. Meningkatkan monitoring untuk perbaikan manajemen (pengumpulan informasi untuk perbaikan perencanaan dan manajemen).
- c. Menilai efektivitas dan manfaat biaya (*cost benefit*) suatu usaha.
- d. Perbaikan perencanaan agar lebih sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Evaluasi pada umumnya sulit untuk bidang apapun, khususnya untuk pelayanan kesehatan. Evaluasi pelayanan kesehatan sulit karena apa yang telah dicapai tidak mudah untuk dibandingkan dengan suatu standar. Hal ini disebabkan oleh berbagai interaksi antara sektor kesehatan dengan berbagai sektor lain terutama sektor ekonomi dan sosial. Perubahan dalam sektor kesehatan seringkali ditentukan pula oleh hal-hal di luar sektor kesehatan, sehingga evaluasinya menjadi lebih sulit. Oleh karena itu diperlukan indikator yang peka dan terpecaya untuk mengidentifikasi perubahan dalam status ataupun peningkatan pelayanan kesehatan.

### 2.2.11 Aspek-Aspek Evaluasi Dalam Pelayanan Kesehatan

Aspek yang akan dievaluasi tergantung dari pihak yang memerlukannya. Ada dua kelompok aspek untuk evaluasi (DitjenYanMedik, 1997:48-51) antara lain:

#### a. Aspek Umum

##### 1) Relevansi:

- a) merupakan respon terhadap kebutuhan masyarakat dan kebijaksanaan nasional.
- b) berkaitan dengan alasan untuk diadakannya kebijaksanaan, program, kegiatan atau institusi yang bersangkutan.

##### 2) Kesesuaian:

- a) menilai sejauh mana masalah kesehatan yang akan diatasi telah dijabarkan secara rinci dalam segi:
  1. besar/luasnya masalah kesehatan
  2. frekuensi, implikasi, tingkatan masalah kesehatan
- b) menilai apakah program/kegiatan untuk mengatasi masalah telah direncanakan sesuai dengan proporsi masalahnya sebagai berikut:

Tujuan dan sasaran program kegiatan telah dijabarkan dengan jelas, keluaran program kegiatan dapat diukur serta telah ditentukan dahulu aspek dan indikator yang akan dievaluasi.

##### 3) Kemajuan (*Progress*):

- a) menilai pencapaian program/kegiatan terhadap rencana dan jadwal yang telah ditentukan.
- b) berguna untuk identifikasi penyebab keberhasilan atau kegagalan serta alternatif penanggulangannya.

##### 4) Efisiensi:

Efisiensi ialah perbandingan antara hasil yang diperoleh dengan sumber daya yang telah dimanfaatkan. Ada dua jenis efisiensi:

a) efisiensi teknis/produksi

berkaitan dengan satuan biaya dari suatu kegiatan atau keluaran misalnya dalam segi: operasional, tenaga, sarana dan prasarana, manajerial. Lebih banyak berkaitan dengan ekonomi mikro dan administrasi

b) efisiensi biaya/manfaat berkaitan dengan satuan biaya dari suatu efek atau dampak.

5) Efektifitas:

a) pada dasarnya adalah perbandingan antara hasil yang dicapai dengan hasil yang diharapkan.

b) dapat pula berupa manfaat yang diperoleh dari pelayanan kesehatan yang diukur dengan perbaikan tingkat kesehatan.

c) menilai derajat pencapaian tujuan dan sasaran yang sudah ditentukan dari kebijaksanaan, program, kegiatan, institusi.

d) yang diukur adalah perubahan indikator pelayanan kesehatan tertentu antara populasi yang mendapatkan dan yang tidak mendapatkan pelayanan tersebut.

6) Dampak:

a) merupakan efek keseluruhan dari suatu kebijaksanaan, program, kegiatan atau institusi terhadap pembangunan nasional.

b) merupakan aspek yang paling sulit dievaluasi

c) walaupun sesuatu dinilai efektif tetapi belum tentu berdampak positif karena adanya interaksi antara sektor/program/unit yang lain.

d) berkaitan yang juga berpengaruh.

b. Aspek Khusus

1) Kestinambungan pasca proyek:

manfaat dalam segi kuantitas dan pemerataan bagi populasi sasaran.

2) Akses:

terjangkaunya pelayanan kesehatan bagi masyarakat umum secara geografis, ekonomi dan sosial.

3) Kemanusiawian/ kewajaran/dapat diterimanya pelayanan (*humanity/ appropriateness/ acceptability*):

a) sesuai dengan norma-norma yang berlaku dalam masyarakat umum.

b) penerimaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan secara sosial, psikologis dan etis.

4) Pemerataan:

Distribusi manfaat dan beban pelayanan kesehatan secara adil pada kelompok atau individu.

Untuk menentukan aspek yang akan di evaluasi dapat pula dilakukan dengan pendekatan sistem yang terdiri atas:

1) kriteria input: meliputi sarana/sumber daya dari suatu program dan kegiatan.

2) kriteria proses: meliputi transformasi dari suatu komponen sistem ke sistem komponen sistem yang lain.

3) kriteria keluaran: meliputi hasil performance dari suatu program/kegiatan.

4) kriteria dampak: meliputi perubahan-perubahan yang terjadi sebagai akibat langsung dari adanya hasil program dan kegiatan.

### III. METODE PENELITIAN



#### 3.1 Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian evaluatif. Penelitian evaluatif adalah penelitian yang digunakan untuk mengukur pelayanan dan menilai manfaat upaya pelayanan (Abramson, 1997:47).

#### 3.2 Prosedur Pengumpulan Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder berupa laporan tahunan penyelenggaraan rumah sakit dari tahun 1997-2001. Data sekunder tersebut diperoleh dan dikumpulkan dari bagian *medical record* (rekam medis) dengan cara studi literatur, sedangkan data pendukung lain diperoleh dari hasil wawancara dengan unit keperawatan rumah sakit serta unit-unit lain sehubungan dengan masalah yang diteliti.

#### 3.3 Definisi Variabel Operasional dan Pengukurannya

1. *Bed Turn Over (BTO)* adalah jumlah penderita yang menghuni sebuah tempat tidur selama satu periode (frekuensi pemakaian tempat tidur), menunjukkan berapa kali dalam satu satuan waktu tertentu (biasanya 1 tahun) tempat tidur rumah sakit dipakai. Manfaat dari *BTO* antara lain:
  - a. indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi dari pemakaian tempat tidur.
  - b. menggambarkan berapa banyak penderita yang memanfaatkan sebuah tempat tidur dalam jangka waktu tertentu.

2. *Turn Over Interval (TOI)* adalah lamanya waktu (dinyatakan dalam hari) dimana sebuah tempat tidur tidak dihuni/dipakai diantara dua perawatan penderita (antara penderita keluar dan penderita yang masuk berikutnya). Jadi merupakan rata-rata hari, tempat tidur tidak ditempati dari saat terisi ke saat terisi berikutnya. Manfaat dari *TOI* antara lain:
- menggambarkan efisiensi rumah sakit dalam mengatur pemasukan penderita rawat tinggal yang tidak akut emergency selama satu periode waktu.
  - indikator ini menggambarkan tingkat efisiensi dari penggunaan tempat tidur.
  - bersama dengan *Average Length Of Stay (AvLOS)* merupakan indikator tentang efisiensi penggunaan tempat tidur.
3. Rata-rata lamanya dirawat (*Average Length Of Stay*) adalah rata-rata lamanya (dinyatakan dalam hari) seorang penderita menghuni sebuah tempat tidur selama satu periode waktu. Manfaat dari *Average Length Of Stay* antara lain:
- untuk mengukur efisiensi pelayanan rumah sakit.
  - indikator disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi juga mendapatkan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu yang dijadikan "tracer" ( yang perlu pengamatan lebih lanjut)
4. Angka kematian netto/*Net Death Rate (NDR)* yaitu angka kematian  $\geq 48$  jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Manfaat dari *NDR* adalah untuk mengetahui mutu pelayanan/perawatan rumah sakit.

5. Angka kematian kasar/*Gross Death Rate (GDR)* yaitu angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar. Manfaat dari *Gross Death Rate (GDR)* adalah untuk mengetahui mutu pelayanan/perawatan rumah sakit.
6. *Bed Occupancy Rate (BOR)* adalah rata-rata persentase dari tempat tidur yang tersedia yang dihuni/dipakai oleh penderita selama satu periode waktu atau per hari. Manfaat *BOR*:
  - a. untuk mengetahui tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit.
  - b. menggambarkan sampai berapa jauh tempat tidur yang tersedia di rumah sakit dimanfaatkan untuk penderita rawat tinggal.
7. *Out Patient Rate (OPR)* adalah rasio tingkat pemanfaatan fasilitas rawat jalan (jumlah kunjungan pasien) rumah sakit dalam satu tahun per hari kerja. Manfaat *OPR* adalah untuk mengetahui beban kerja dan pemanfaatan rumah sakit (rawat jalan).

### 3.4 Metode Analisis Data

Untuk mengetahui/menilai tentang keadaan pelayanan sebuah Rumah Sakit, digunakan indikator yang sering dipakai di rumah sakit antara lain :

1. Indikator pelayanan untuk mengukur tingkat efisiensi pelayanan rumah sakit:
  - a. *Bed Turn Over (BTO)* yaitu frekuensi pemakaian tempat tidur dalam satuan waktu tertentu biasanya per tahun (Muninjaya, 1999:158).

Rumus:

$$BTO = \frac{\text{Jumlah Pasien Keluar (Hidup + Mati)}}{\text{Jumlah Tempat Tidur}} \times 100\%$$

- b. *Turn Over Interval (TOI)* yaitu rata-rata tempat tidur tidak ditempati dari saat ke saat sampai terisi berikutnya (Muninjaya, 1999:159).

Rumus:

$$TOI = \frac{(\text{JumlahTempatTidur} \times \text{JumlahHari}) - \text{HariPerawatan}}{\text{JumlahPasienKeluar}(\text{Hidup} + \text{Mati})} \times 100\%$$

- c. *Average Length of Stay (AvLOS)* yaitu rata-rata lamanya perawatan seorang pasien (Muninjaya, 1999:158).

Rumus:

$$AvLOS = \frac{\text{JumlahHariPerawatan DalamSelamaPeriode}}{\text{JumlahPasienYangKeluar}(\text{Hidup} + \text{Mati})\text{PadaPeriodeTersebut}} \times 100\%$$

2. Indikator pelayanan untuk mengetahui mutu pelayanan rumah sakit.

- a. *Net Death Rate (NDR)* yaitu yaitu angka kematian pasien </atau = 48 jam setelah dirawat untuk setiap 1000 pasien keluar (Ditjen YanMedik, 1997:78-79).

Rumus:

$$NDR = \frac{\text{JumlahPasienMati} > 48 \text{ jamDirawat}}{\text{JumlahPasien}(\text{Hidup} + \text{Mati})} \times 1000 \text{ Pasien}$$

- b. *Gross Death Rate (GDR)* yaitu yaitu angka kematian umum pasien setelah dirawat untuk setiap 1000 pasien keluar (Ditjen YanMedik, 1997:79).

Rumus:

$$GDR = \frac{\text{JumlahPasienMatiSeluruhnya}}{\text{JumlahPasienKeluar}(\text{Hidup} + \text{Mati})} \times 1000 \text{ Pasien}$$

3. Indikator pelayanan rumah sakit untuk mengukur tingkat pemanfaatan sarana pelayanan.

- a. *Bed Occupancy Rate (BOR)* yaitu persentase pemakaian tempat tidur rumah sakit pada satuan waktu tertentu (satu tahun) (Muninjaya, 1999:158).

Rumus:

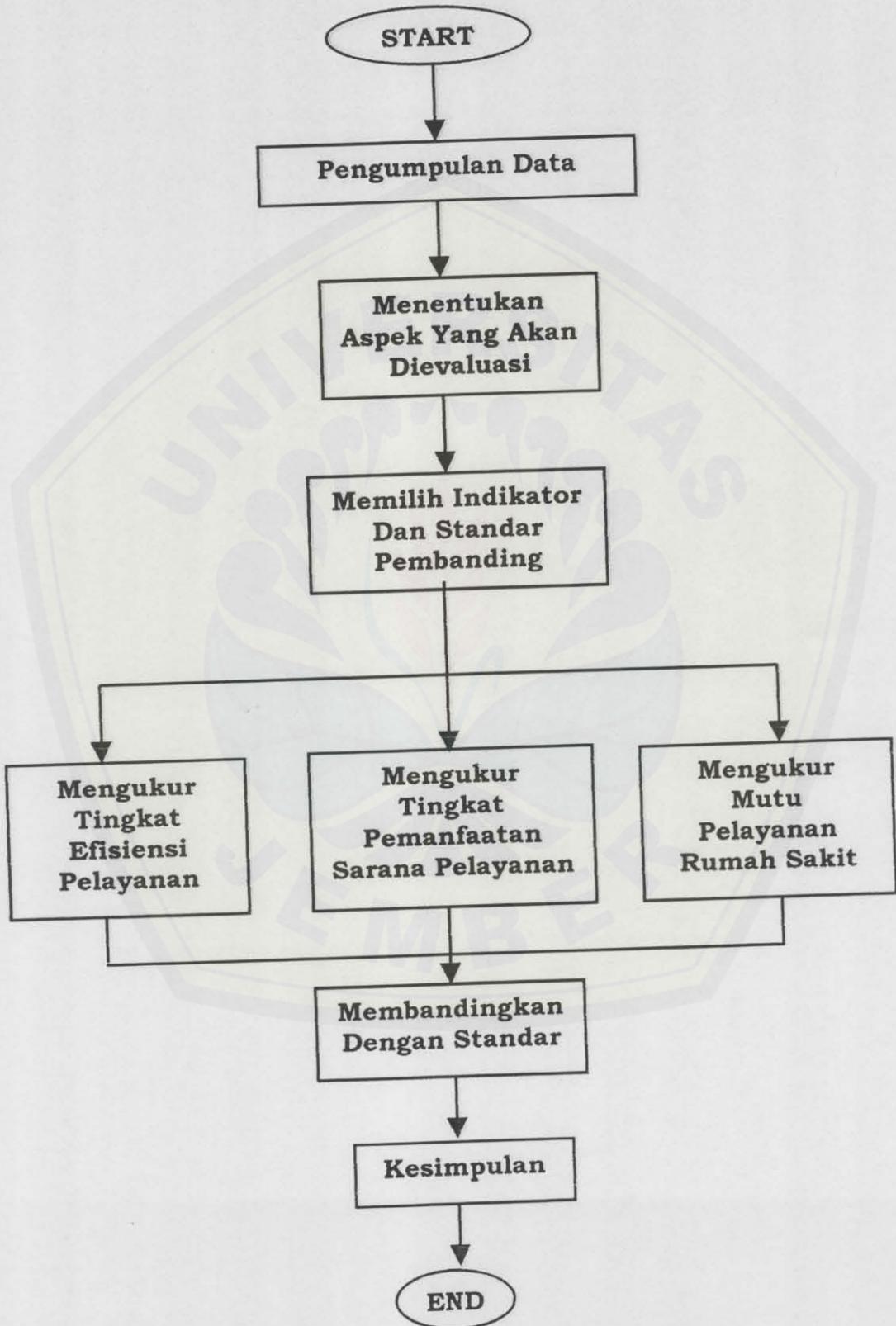
$$BOR = \frac{\text{JumlahHariPerawatan RSD dalam Waktu Tertentu}}{\text{JumlahTempatTidur} \times 365} \times 100\%$$

- b. *Out Patient Rate (OPR)* yaitu persentase pasien yang mengunjungi fasilitas pelayanan rawat jalan rumah sakit dalam 1 tahun (Muninjaya, 1999:160).

Rumus:

$$OPR = \frac{\text{JumlahKunjunganBaru} + \text{JumlahLamaDalamSatuPeriode}}{\text{JumlahHariKerja / BukaSetahun}} \times 100\%$$

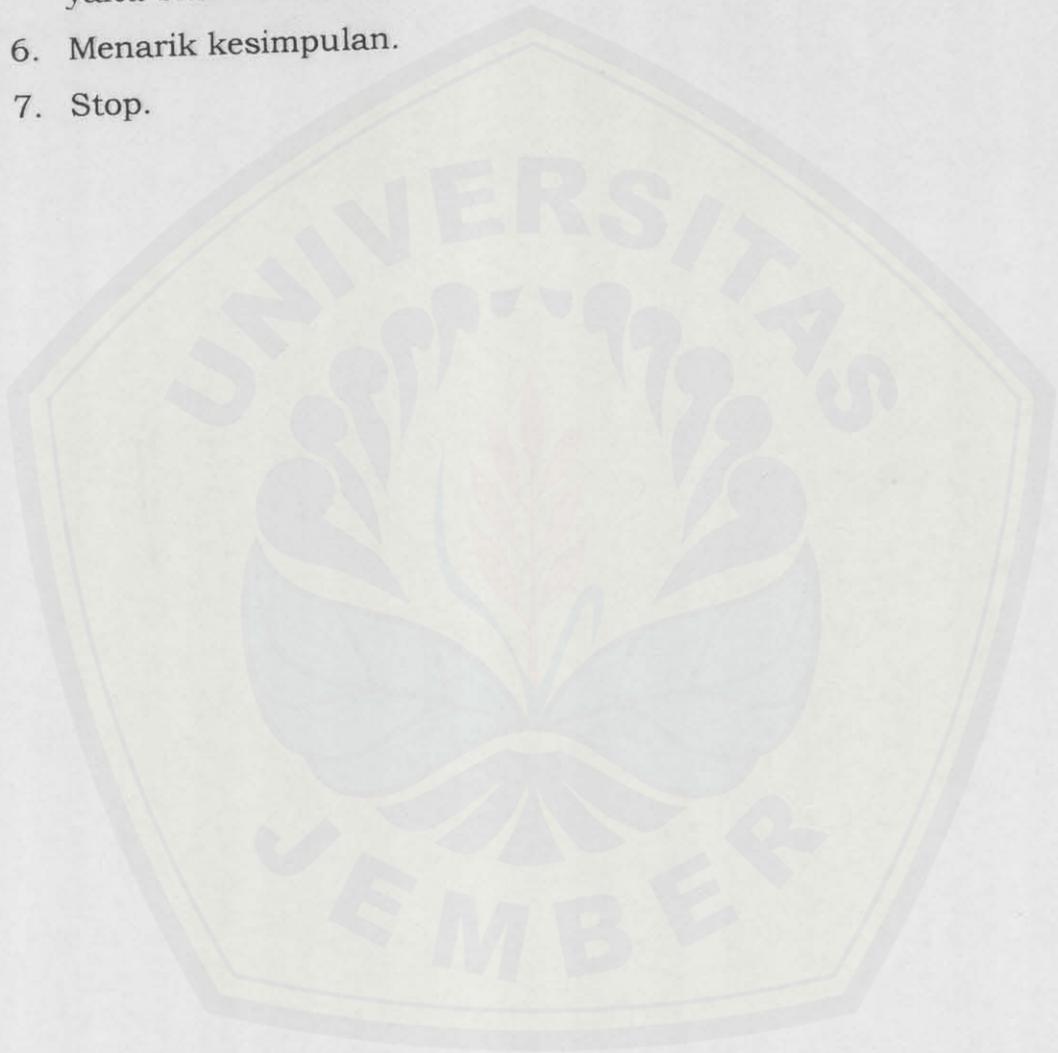
3.5 Kerangka Pemecahan Masalah

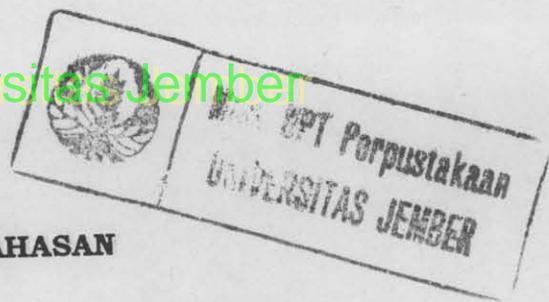


**Keterangan :**

1. Data dikumpulkan dan diperoleh dari hasil pencatatan mutu yang ada di rumah sakit.
2. Dari data yang ada kemudian dikelompokkan sesuai dengan aspek yang akan dinilai.
3. Memilih indikator pelayanan rumah sakit dan standar sebagai bahan perbandingan.
4. Dilakukan perhitungan terhadap :
  - a. Tingkat efisiensi pelayanan rumah sakit antara lain:
    - 1) *Bed Turn Over (BTO)* : indikator ini akan memberikan gambaran tentang tingkat pemakaian tempat tidur di sebuah RS.
    - 2) *Turn Over Internal (TOI)* : indikator ini memberikan gambaran tentang tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur.
    - 3) *Average Length Of Stay (ALOS)* : indikator ini menggambarkan tingkat efisiensi manajemen pasien di sebuah RS.
  - b. Mutu pelayanan rumah sakit:
    - 1) *Net Death Rate (NDR)* : indikator ini menunjukkan jumlah pasien yang dilayani oleh rumah sakit.
    - 2) *Gross Death Rate (GDR)* : Indikator ini menggambarkan angka utilisasi unit pelayanan rawat inap.
  - c. Tingkat pemanfaatan sarana pelayanan :
    - 1) *Bed Occupancy Rate (BOR)* : indikator ini memberikan gambaran tentang tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit.

- 2) *Out Patient Rate (OPR)* : Indikator ini menggambarkan angka penggunaan/utilisasi unit pelayanan rawat jalan oleh masyarakat.
5. Hasil pengukuran dibandingkan dengan standar yang dipilih yaitu standar nasional.
6. Menarik kesimpulan.
7. Stop.





#### IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

##### 4.1 Gambaran Umum Obyek Yang Diteliti

##### 4.1.1 Sejarah Singkat Berdirinya RSUD. Dr. Soebandi Jember

Sebenarnya tak banyak informasi mengenai berdirinya rumah sakit ini, belum ada Perda (Peraturan Daerah) yang menyebutkan kapan dan mengapa rumah sakit ini menggunakan nama Dr. Soebandi. Menurut salah satu sumber penggunaan nama Dr. Soebandi ini adalah untuk mengabadikan seorang dokter tentara yang gugur pada saat Agresi Belanda II yang dimakamkan di Taman Makam Pahlawan Jember.

Rumah sakit Dr. Soebandi dahulu merupakan rumah berobat yang hanya memiliki satu orang dokter saja. Rumah sakit ini dahulu sebenarnya berlokasi di Jl. Nusa Indah Jember (yang sekarang ini menjadi Rumah Sakit Paru-Paru), namun pada tahun 1962 berpindah lokasi untuk keperluan perluasan pengembangan fasilitas pelayanan pada masyarakat.

Sesuai dengan SK. Menkes. No 134/Menkes/IV/1978 bahwa rumah sakit umum mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dan penyembuhan penderita serta pemulihan keadaan cacat badan dan jiwa sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Untuk menyelenggarakan tugas tersebut, fungsi rumah sakit antara lain melaksanakan usaha perawatan, pendidikan dan latihan tenaga kesehatan. Sehubungan dengan hal tersebut, RSUD. Dr. Soebandi yang semula memiliki predikat type C (yakni kriteria yang melaksanakan pelayanan kesehatan paling sedikit 4 spesialis) sekarang ini berubah menjadi rumah sakit type B non pendidikan, sesuai dengan SK. Men.Kes. Nomor : 1162/Menkes/SK/XII/1993 milik pemerintah Kabupaten Jember.

Sejak tahun 1992, rumah sakit ini telah digunakan sebagai lahan praktek pendidikan dokter-dokter muda dari Fakultas Kedokteran Universitas Wijaya Kusuma Surabaya. Peningkatan status RSUD. Dr. Soebandi dari rumah sakit type B non pendidikan menjadi rumah sakit type B pendidikan sudah sangat mendesak, karena saat ini Universitas Jember telah mendirikan Program Studi Pendidikan Dokter. Mulai tahun 1998, rumah sakit ini telah menjadi rumah sakit unit swadana daerah dan sekarang ini sedang dalam proses mempersiapkan diri untuk pengusulan menjadi rumah sakit pendidikan.

#### 4.1.2 Gambaran Situasi

Kawasan Timur dari Jawa Timur merupakan kawasan yang rawan bencana alam misalnya: Gelombang tsunami, gunung berapi, serta jalur transportasi darat yang padat dari Surabaya sampai dengan Bali. Kabupaten Jember memiliki luas daerah 3.393.339 km yang terbagi dalam wilayah Pembantu Bupati dan 1 wilayah kota administratif, selanjutnya wilayah tersebut terbagi dalam 31 kecamatan, 244 desa/kelurahan, dengan jumlah penduduk 2.162.688 jiwa dan sebagian besar penduduknya petani (sumber: Laporan Tahunan Rumah Sakit Tahun 2001).

RSUD. Dr. Soebandi ditetapkan menjadi rumah sakit rujukan bagi rumah sakit lainnya di 4 (empat) Kabupaten sekitar Jember yaitu Banyuwangi, Bondowoso, Situbondo, Lumajang dengan cakupan penduduk sekitar 8 juta jiwa. Luas tanah rumah sakit seluruhnya 43.722.000 m<sup>2</sup>, sedangkan luas gedung/bangunan hanya menempati sepertiga lahan tersebut yaitu 14.776,67 m<sup>2</sup>. Sebagai rumah sakit rujukan letak RSUD. Dr. Soebandi yang berada di kota Jember cukup strategis karena berada pada titik sentral dari 4 (empat) Kabupaten tersebut diatas.

Demikian pula peranan rumah sakit ini cukup penting karena lokasinya yang cukup jauh 200 km dari pusat rujukan Jawa Timur yaitu RSUD Dr. Soetomo Surabaya. RSUD. Dr Soebandi telah lulus Akreditasi penuh pada tahun 2000 untuk 5 (lima) pelayanan :

- a. Pelayanan Manajemen
- b. Pelayanan Medis
- c. Pelayanan Keperawatan
- d. Pelayanan Gawat Darurat
- e. Pelayanan Medical Record.

#### **4.1.3 Falsafah, Tujuan, Visi, Misi, Motto, Peran dan Fungsi RSUD Dr. Soebandi Jember**

a. Falsafah:

Penyelenggaraan rumah sakit berazaskan Pancasila dan UUD 1945, mengutamakan Peri Kemanusiaan yang berlandaskan Ketuhanan Yang Maha Esa, manfaat, usaha bersama dan kekeluargaan, adil dan merata, peri kehidupan dalam keseimbangan serta kepercayaan akan kemampuan dan kekuatan diri sendiri dimana kepentingan masyarakat lebih daripada kepentingan individu.

b. Tujuan :

Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan mengutamakan upaya pelayanan pencegahan, penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu.

c. Visi :

- 1) Paling unggul dalam pelayanan setingkat kelasnya
- 2) Mampu melayani masyarakat sesuai sosial, ekonomi, budaya mandiri dan bersaing sejalan dengan kemajuan IPTEK kesehatan yang berkembang.

- 3) Mampu mendidik sumber daya manusia (SDM) kesehatan yang berkualitas.

d. Misi :

- 1) Pelayanan kesehatan secara paripurna sesuai dengan standar rumah sakit dalam suasana Terbina (tertib, bersih, indah dan aman).
- 2) Manajemen rumah sakit yang efisien, efektif, mandiri, memuaskan masyarakat dan pelaksana rumah sakit.
- 3) Sebagai rumah sakit pendidikan dan pusat rujukan Jawa Timur.

e. Motto :

- 1) Pelayanan yang cepat, tepat, bermutu, ramah dan manusiawi.
- 2) Peran dan Fungsi :
- 3) RSUD Dr. Soebandi sebagai rumah sakit rujukan dengan spesialisasi luas.
- 4) Tempat pendidikan, penelitian tenaga kesehatan.
- 5) Tempat pelayanan medis dan asuhan keperawatan serta pelayanan penunjang.
- 6) Pelaksana penelitian dan pengembangan kesehatan.

#### 4.1.4 Sarana Dan Prasarana

RSUD. Dr. Soebandi mempunyai tempat tidur (TT) sebanyak 275 buah terdiri dari dewasa 255 buah, neonatus 20 buah, Paviliun 33 buah, kelas I 11 buah, kelas II 20 buah, kelas III 191 buah. Berbagai jenis instalasi pelayanan yang diselenggarakan antara lain:

a. Instalasi Rawat Jalan (22 instalasi) yaitu:

Bedah umum, Kulit dan kelamin, Syaraf & jiwa, Gigi & Mulut, Mata, Asma & Paru, Penyakit Dalam, Jantung & Pemb. Darah,

Anak-anak, Obstetri & Ginekologi, T H T, Bed. Orthopedi, Patologi anatomi, Fisio terapi, Bedah mulut, K B, Laktasi, Hemodialisa, Geriatri, Kanker, Kardiologi.

b. Instalasi Rawat Inap (16 Instalasi) yaitu:

Penyakit dalam pria, penyakit dalam wanita, bedah khusus, bedah pria, bedah wanita, anak-anak, THT/mata, obstetrik & ginekologi, Perinatologi, ICU, paviliun anggrek, paviliun bougenville, paviliun mawar, paviliun melati, kelas I, kelas III B.

c. Instalasi penunjang (12 instalasi) yaitu:

Gawat darurat, pemeliharaan sarana, radiologi, laboratorium, anestesi & perawatan intensif, rehabilitasi medik, kamar mayat, gizi, bedah sentral, lab. Patologi anatomi, farmasi, pendidikan dan latihan.

#### 4.1.5 Tarif Pelayanan Rumah Sakit

Pola tarif pelayanan RSUD Dr. Soebandi Jember: No. 013. Tahun. 1993 Tgl. 21 Juni 1993:

a. Besarnya tarif rawat jalan di poliklinik untuk satu kali kunjungan dalam satu hari:

- 1) Poliklinik spesialis Rp. 2000,00
- 2) Jasa konsultasi medik Rp. 750,00 (tidak termasuk biaya pemeriksaan diagnostik, tindakan medik, dan terapi, rehabilitasi medik dan barang farmasi).

b. Besarnya tarif rawat inap masing-masing kelas perawatan per hari komponen akomodasi:

- |                  |                |
|------------------|----------------|
| 1) Paviliyun I   | Rp. 100.000,00 |
| 2) Paviliyun II  | Rp. 80.000,00  |
| 3) Paviliyun III | Rp. 60.000,00  |
| 4) Kelas I       | Rp. 36.000,00  |
| 5) Kelas II      | Rp. 18.000,00  |

- 6) Kelas III A Rp. 4.500,00
- 7) Kelas III B Rp. 1.500,00
- c. Tarip pemeriksaan laboratorium
  - 1) Besarnya tarip laboratorium dari Rp. 250,00 s/d Rp. 18.000,00
  - 2) Pemeriksaan patologi anatomi Rp. 4.250,00 s/d Rp. 30.600,00
- d. Tarip pemeriksaan diagnostik besarnya Rp. 3.750,00 s/d Rp. 127.450,00
- e. Diagnostik elektromedik Rp. 1.600,00 s/d Rp. 220.000,00
- f. Tarip Pelayanan Tindakan Medik dan Therapi Terencana dapat dilihat pada Tabel. 1 dibawah ini:

Tabel. 1 Tarip Pelayanan Tindakan Medik dan Therapi Terencana RSUD Dr. Soebandi Jember

Jenis Tindakan	Kelas Perawatan		
	Kelas III A	Kelas III B	Kelas Utama Kelas I dan II
Kecil	Rp. 250,00	Rp. 3.100,00	Rp. 17.000,00
Sedang	Rp. 92.500,00	Rp. 31.000,00	Rp. 172.000,00
Besar	Rp. 333.000,00	Rp. 110.000,00	Rp. 570.000,00
Khusus	Rp. 660.000,00	Rp. 220.000,00	Rp. 1.140.000,00

Sumber: Pola tarip pelayanan RSUD Dr. Soebandi Jember: No. 013. Tahun. 1993 Tgl. 21 Juni 1993

- g. Tarip tindakan medik dan therapy tidak terencana 25% + Medik terencana
- h. Therapy terencana gigi & mulut: Rp. 550.000,00 s/d Rp. 356.600,00
- i. Pelayanan rehabilitasi medik Rp. 350,00 s/d Rp. 550.000,00
- j. Perawatan jenazah Rp. 8000,00 s/d Rp. 55.000,00
- k. Perawatan incenerator untuk 1 kg sampah medis Rp. 2000,00
- l. Lain-lain Rp. 7.500,00 s/d Rp. 220.000,00
- m. Jasa konsultasi gizi Rp. 2000,00 s/d Rp. 2000,00
  - 1) Poliklinik/rawat jalan Rp. 500,00
  - 2) Rawat inap Rp. 500,00 s/d Rp. 2000,00

#### 4.1.6 Perincian Tenaga RSUD. Dr. Soebandi Jember

Kebutuhan tenaga rumah sakit sudah diatur secara umum melalui peraturan pemerintah No. 5 tahun 1976 yaitu tentang formasi kepegawaian (Pegawai Negeri Sipil). Yang dimaksud dengan tenaga di rumah sakit berdasarkan jenis pekerjaannya adalah tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga penunjang medis, dan staf administrasi. Jumlah tenaga yang dimiliki oleh RSUD. Dr. Soebandi Jember dibedakan menjadi 4 (empat) yaitu:

- a. Tenaga medis
- b. Tenaga Paramedis Keperawatan
- c. Tenaga Paramedis non perawatan
- d. Tenaga non medis

Perincian masing-masing tenaga rumah sakit sampai dengan tahun 2001 adalah:

##### 1) Tenaga Medis

a) Dokter Umum	14 orang
b) Dokter Ahli :	
(1) Ahli THT	2 orang
(2) Ahli Mata	2 orang
(3) Ahli Penyakit Dalam	2 orang
(4) Ahli Penyakit Anak	3 orang
(5) Ahli Bedah	3 orang
(6) Ahli Bedah Orthopaedi	2 orang
(7) Ahli Obsgyn	4 orang
(8) Ahli Radiologi	2 orang
(9) Ahli Kulit & Kelamin	2 orang
(10) Ahli Syaraf	2 orang
(11) Ahli Anesthesi	3 orang
(12) Ahli Jantung & Pembuluh Darah	2 orang
(13) Ahli Patologi Anatomi	1 orang

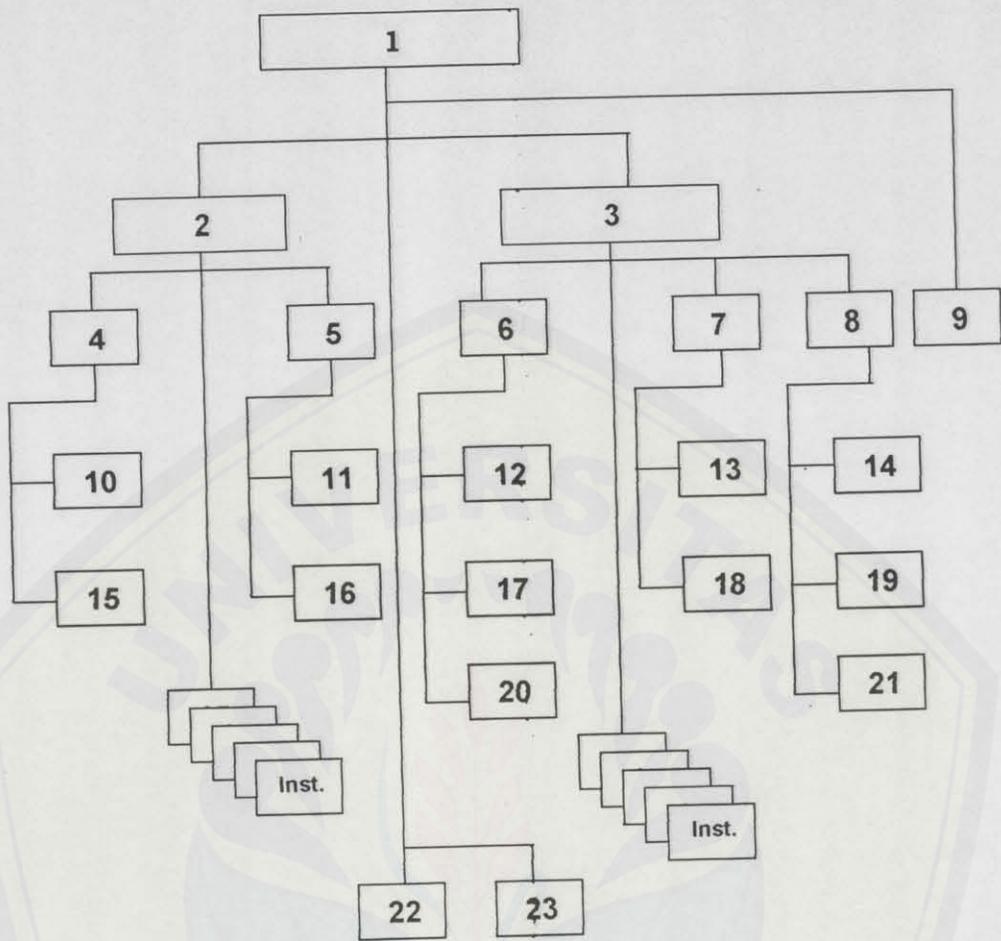
(14) Ahli Patologi Klinik	1 orang
(15) Ahli Orthodansia	1 orang
(16) Ahli Bedah Mulut	1 orang
(17) Ahli Paru	1 orang
(18) Ahli Bedah Urologi	1 orang
(19) Ahli Rehabilitasi Medik	1 orang
c) Dokter Gigi	4 orang
Jumlah total tenaga medis	54 orang
2) Tenaga Paramedis Keperawatan	
a) Penata Rawat (Akper)	84 orang
b) Penata Rawat Kesehatan Jiwa	1 orang
c) Perawat	38 orang
d) SPK (Perawat Kesehatan)	87 orang
e) Bidan/P2.B	26 orang
f) A.PK/U	3 orang
g) A/(PK/C)	5 orang
h) E.PK Tk. 1	9 orang
i) Juru Rawat A-1	-
j) Pembantu Perawat	1 orang
k) Juru Kesehatan	-
l) Pekarya Kesehatan Atas	3 orang
Jumlah	256 orang
3) Tenaga Non Medis	
a) Sarjana Ekonomi	9 orang
b) Sarjana Hukum	4 orang
c) Sarjana Ilmu Sosial	4 orang
d) Sarjana sastra Inggris	1 orang
e) Sarjana S.1 lainnya	2 orang
f) Sarjana Muda/D.3	5 orang

g) D.2 Perbankan	1 orang
h) D.1 Perhotelan	1 orang
i) S T M	20 orang
j) S M K K	15 orang
k) SMEA/SMK	52 orang
l) SMU/SLTA	124 orang
m) SMT Pertanian	2 orang
n) SpbMA	2 orang
o) Lulusan SLTP	66 orang
p) Lulusan SD	96 orang
q) Pra S D (Tidak Sekolah)	5 orang
Jumlah	409 orang
4) Tenaga Paramedis Non Perawatan	
a) Penata Analis (AAM/AAK)	8 orang
b) Analis (SMAK)	6 orang
c) Penata Rongent (Akreditasi)	2 orang
d) Penata Teknik Rongent	1 orang
e) D.3 Radiologi	3 orang
f) Penata Fisioterapi	3 orang
g) D.3 Fisioterapi	2 orang
h) Pengatur Fisioterapi	1 orang
i) Ahli gizi	2 orang
j) Penata Gizi	8 orang
k) Pengatur Gizi	1 orang
l) Pembantu ahli gizi	4 orang
m) D.3 Teknik Gizi	3 orang
n) D.1 Teknik Gizi	1 orang
o) Pengatur Rawat gigi	1 orang
p) Penilik kesehatan	2 orang
q) S P P H	2 orang

r) A T E M	2 orang
s) Penata refleksionis	2 orang
t) Penata Anastesi	1 orang
u) Apoteker	3 orang
v) Apoteker spesialis	1 orang
w) Asisten apoteker/SMF	18 orang
Jumlah	77 orang

#### 4.1.7 Struktur Organisasi

Pengorganisasian jelas merupakan sarana bagi suatu organisasi untuk mencapai tujuan tertentu. Organisasi merupakan sekumpulan orang yang bekerjasama dalam wujud pembagian kerja yang disusun berdasarkan perencanaan strategi yang baik agar tercapai apa yang dituju (Adikoesoemo, 1994:49). Dengan mengkaji struktur organisasi dan tugas-tugas pokok rumah sakit, maka dapat diketahui bahwa organisasi rumah sakit adalah sebuah organisasi yang sangat kompleks, manajemennya hampir sama dengan sebuah hotel hanya pengunjungnya yang berbeda. Struktur organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soebandi Jember dapat dilihat pada gambar. 2 dibawah ini:



Gambar. 2 Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soebandi Jember

Keterangan:

1. Direktur
2. Wakil Direktur Pelayanan Medik
3. Wakil Direktur Umum dan Keuangan
4. Bidang Pelayanan
5. Bidang Keperawatan
6. Bagian Umum
7. Bagian Perencanaan dan Rekam Medik
8. Bagian Keuangan

9. Satuan Pengawas Intern
10. Seksi Pelayanan Medik
11. Seksi Tenaga Keperawatan
12. Sub Bagian Tata Usaha
13. Sub Bagian Program
14. Sub Bagian Perencanaan Anggaran
15. Seksi Penunjang Medik
16. Seksi Penelitian Keperawatan
17. Sub Bagian Kepegawaian
18. Sub Bagian Rekam Medik
19. Sub Bagian Perbendaharaan
20. Sub Bagian Rumah Tangga
21. Sub Bagian Mobilitas Dana
22. Komite Medik
23. Staf Medis Fungsional
24. Instalasi

Tugas dan tanggung jawab:

- a. Direktur mempunyai tugas memimpin, menyusun kebijaksanaan pelaksanaan, membina pelaksanaan, mengkoordinasikan dan mengawasi pelaksanaan tugas rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- b. Wakil Direktur Pelayanan Medik diberikan tanggung jawab dan wewenang mengatur peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pelatihan dan penelitian pengembangan pelayanan medis. Wakil Direktur Pelayanan mempunyai tugas pengawasan, pengendalian, koordinasi kegiatan pelayanan medis dan penunjang medis serta asuhan keperawatan yang meliputi:

- 1) bidang pelayanan
- 2) bidang keperawatan
- 3) rawat inap
- 4) rawat jalan
- 5) rawat darurat
- 6) perawatan intensip
- 7) bedah sentral
- 8) rehabilitasi medik
- 9) Laboratorium Patologi
- 10) Lab. Anatomi

c. Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai tugas pengawasan, pengendalian dan koordinasi kegiatan umum, penyusunan program, anggaran dan pengelolaan keuangan, pelayanan Rekam Medik, Instalasi, Strelisasi Sentral, Instalasi gizi, Instalasi Pemeliharaan Sarana, Laboratorium Farmasi, Instalasi Lab. Radiologi, Instalasi Farmasi. Wakil Direktur Umum dan Keuangan membidangi :

- 1) bagian umum tugasnya melaksanakan ketatausahaan yang meliputi tata usaha kepegawaian, perlengkapan surat menyurat, kearsipan, dan urusan rumah tangga.
- 2) bagian keuangan tugasnya menyiapkan bahan untuk menyusun anggaran dan pengelolaan keuangan serta mobilisasi dana. Fungsinya penyusunan anggaran rumah sakit dan penyajian laporan akuntansi keuangan.
- 3) bagian Perencanaan dan Rekam Medik

Tugas bagian Perencanaan dan Rekam Medik rumah sakit adalah:

- (a) menyelenggarakan penyusunan program pelaporan, rekam medik, naskah peraturan perundangan, pelayanan

- informasi hubungan masyarakat dan pengelolaan perpustakaan.
- (b) fungsi pelaksanaan koordinasi dalam menyusun rencana dan program serta pelaporan dan naskah peraturan perundangan
  - (c) pengelolaan rekam medik
  - (d) penyelenggaraan perpustakaan, pelayanan informasi, dokumentasi dan hubungan masyarakat.
- d. Sub bagian Tata Usaha mempunyai tugas melaksanakan urusan surat menyurat, pengetikan dan penggandaan, tata kearsipan serta perjalanan dinas.
- e. Sub bagian Kepegawaian mempunyai tugas:
- 1) menyusun dan memelihara data perencanaan serta pengembangan pegawai.
  - 2) menyiapkan bahan dan memproses pengangkatan, kenaikan pangkat, penempatan dalam jabatan.
  - 3) menyiapkan bahan dan melakukan upaya peningkatan disiplin pegawai.
- f. Sub bagian Rumah Tangga mempunyai tugas menyusun rencana kebutuhan serta pemeliharaan perlengkapan/peralatan kantor termasuk kendaraan dinas dan barang inventaris.
- g. Bidang pelayanan mempunyai tugas mengkoordinasikan semua kebutuhan pelayanan medis dan penunjang medis, melaksanakan pemantauan dan pengawasan penggunaan fasilitas kegiatan pelayanan medis, penunjang medis, penerimaan dan pemulangan pasien.
- h. Seksi Pelayanan Medis mempunyai tugas menyiapkan bahan dan mengkoordinasikan kebutuhan pelayanan medis pada

- instalasi rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, rawat intensip, bedah sentral dan rehabilitasi medik.
- i. Satuan pengawas intern bertugas melakukan kegiatan pemeriksaan dalam organisasi sendiri guna memberikan informasi kepada manajemen berupa analisis, penilaian, komentar, rekomendasi penting mengenai kegiatan yang dilakukan oleh rumah sakit.
  - j. Komite medik mempunyai tugas menyusun standar pelayanan medis dan memberikan pertimbangan kepada direktur dalam hal:
    - 1) Pembinaan, pengawasan, dan penelitian mutu pelayanan medis, hak-hak klinis khusus kepada staf medik fungsional, program pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan.
    - 2) Pembinaan tenaga medis dan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan etika profesi.
  - k. Staf Medik Fungsional mempunyai tugas pokok menegakkan diagnosis, memberikan pengobatan, pencegahan penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pelatihan dan penelitian pengembangan pelayanan medis.
  - l. Instalasi merupakan fasilitas penyelenggaraan pelayanan medis dan keperawatan pelayanan penunjang medis, kegiatan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan.

## 4.2 Analisis Data

Untuk mengetahui gambaran tentang keadaan pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soebandi Jember, data dikumpulkan dan dikelompokkan sesuai dengan aspek yang akan dievaluasi.

### 4.2.1 Perhitungan Tingkat Efisiensi Pelayanan Rumah Sakit

Indikator pelayanan yang digunakan untuk mengukur tingkat efisiensi rumah sakit adalah *Bed Turn Over (BTO)*, *Turn Over Interval (TOI)*, *Average Length of Stay (AvLOS)*. Hasil perhitungan masing-masing indikator dapat dilihat pada tabel-tabel dibawah ini:

a. Nilai *Bed Turn Over (BTO)* pada tabel. 2 dihitung dari:

$$BTO = \frac{\text{Jumlah Pasien Keluar (Hidup + Mati)}(2)}{\text{Jumlah Tempat Tidur}(3)}$$

Tabel. 2: RSUD. Dr. Soebandi Jember  
*Bed Turn Over (BTO)*  
Tahun 1997-2001

No	Tahun	Jumlah Pasien Keluar (hidup + mati)	Jumlah Tempat Tidur	<i>BTO</i>
	(1)	(2)	(3)	(4)
1	1997	9284	275	33,76
2	1998	9865	275	35,87
3	1999	11841	275	43
4	2000	10677	275	38,82
5	2001	10838	275	39,41
Rata-rata <i>BTO</i>				38,17

Sumber: lampiran 1-5 diolah.

Perhitungan nilai *BTO*:

$$BTO = \frac{(2)}{(3)} \times 100\%$$

Tahun 1997 adalah:  $BTO = \frac{9284}{275} \times 100\% = 33,76$

Tahun 1998 adalah:  $BTO = \frac{9865}{275} \times 100\% = 35,87$

Tahun 1999 adalah:  $BTO = \frac{11.841}{275} \times 100\% = 43$

Tahun 2000 adalah:  $BTO = \frac{10.677}{275} \times 100\% = 38,82$

Tahun 2001 adalah:  $BTO = \frac{10.838}{275} \times 100\% = 39,41$

Tabel. 2 menunjukkan tingkat pemanfaatan tempat tidur yang ada di rumah sakit dari tahun 1997-2001. Nilai *BTO* menunjukkan berapa kali dalam setahun 1 (satu) tempat tidur rumah sakit ditempati oleh pasien. Dapat diketahui bahwa nilai *BTO* pada tahun 2001 yaitu 39,41, berarti pada tahun 2001 untuk 1 (satu) tempat tidur rumah sakit telah ditempati/digunakan sebanyak 39 pasien.

b. Nilai *TOI* pada tabel. 3 diperoleh dari:

$$TOI = \frac{(JumlahTempatTidur(2) \times 365Hari) - JumlahHariPerawatan(3)}{JumlahPasienKeluar(Hidup + Mati)(4)}$$

Tabel. 3: RSUD. Dr. Soebandi Jember  
Turn Over Interval (*TOI*)  
Tahun 1997-2001

No	Tahun	Jumlah Tempat Tidur	Hari Perawatan	Jumlah Pasien	<i>TOI</i>
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	1997	275	53.116	9284	5,09
2	1998	275	52.490	9865	4,81
3	1999	275	58.753	11841	3,52
4	2000	275	53811	10677	4,36
5	2001	275	52978	10838	4,37
Rata-rata <i>TOI</i>					4,43

Sumber: lampiran 1-5 diolah.

Perhitungan nilai *Turn Over Interval (TOI)*:

$$TOI = \frac{((2 \times 365) - 3)}{(4)}$$

$$\text{Tahun 1997 adalah: } TOI = \frac{(275 \times 365) - 53116}{9284} = 5,09$$

$$\text{Tahun 1998 adalah: } TOI = \frac{(275 \times 365) - 52.490}{9865} = 4,81$$

$$\text{Tahun 1999 adalah: } TOI = \frac{(275 \times 365) - 58.753}{11.841} = 3,52$$

$$\text{Tahun 2000 adalah: } TOI = \frac{(275 \times 365) - 53.811}{10.677} = 4,36$$

Tahun 2001 adalah:  $TOI = \frac{(275 \times 365) - 52.978}{10.838} = 4,37$

Nilai *TOI* pada Tabel. 3 menunjukkan jangka waktu (dalam hari) tempat tidur kosong atau tidak terpakai sampai dengan terisi kembali dalam setahun. Nilai *TOI* yang terkecil pada tahun 1999 yaitu 3,52 dan nilai *TOI* terbesar tahun 1997 yaitu 5,09, nilai tersebut berarti selama tahun 1997-2001 jangka waktu (*interval*) tempat tidur rumah sakit kosong sampai dengan terisi kembali (dipakai pasien) antara 3-5 hari dalam satu tahun.

c. Nilai *Average Length of Stay (AvLos)* pada tabel. 4 dihitung dari:

$$AvLOS = \frac{\text{JumlahHariPerawatan}(3)}{\text{JumlahPasienKeluar(Hidup + Mati)}(2)}$$

Tabel. 4: RSUD. Dr. Soebandi Jember  
*Average Length of Stay (AvLOS)*  
Tahun 1997-2001

No	Tahun	Jumlah pasien keluar (hidup + mati)	Jumlah Hari Perawatan	<i>AvLOS</i>
	(1)	(2)	(3)	(4)
1	1997	9284	53.116	5,72
2	1998	9865	52.490	5,32
3	1999	11841	58.753	4,96
4	2000	10677	53.811	5,04
5	2001	10838	52.978	4,89
Rata-rata <i>AvLOS</i>				5,19

Sumber: lampiran 1-5 diolah.

Perhitungan *AvLOS*

$$AvLOS = \frac{(3)}{(2)}$$

Tahun 1997 adalah:  $AvLOS = \frac{53116}{9284} = 5,72$

Tahun 1998 adalah:  $AvLOS = \frac{52.490}{9865} = 5,32$

Tahun 1999 adalah:  $AvLOS = \frac{58.753}{11.841} = 4,96$

$$\text{Tahun 2000 adalah: } AvLOS = \frac{53.811}{10.677} = 5,04$$

$$\text{Tahun 2001 adalah: } AvLOS = \frac{52.978}{10.838} = 4,89$$

Nilai *AvLOS* pada Tabel. 4 menunjukkan rata-rata lamanya seorang pasien mendapatkan perawatan di rumah sakit. Selama tahun 1997-2001, nilai *AvLOS* antara 4,89-5,72 (jika dibulatkan 5-6), nilai *AvLOS* tersebut berarti bahwa rata-rata lamanya seorang pasien menghuni sebuah tempat tidur (dirawat) pada RSUD. Dr. Soebandi Jember antara 5-6 hari.

#### 4.2.2 Perhitungan Mutu Pelayanan Rumah Sakit

Mutu pelayanan yang diselenggarakan oleh rumah sakit dilihat dari angka kematian (*mortalitas*), indikator yang digunakan adalah *Net Death Rate (NDR)* dan *Gross Death Rate (GDR)*. Hasil perhitungan dari kedua indikator tersebut tiap tahunnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

a. Nilai *Net Death Rate (NDR)* pada tabel.. 5 dihitung dari:

$$NDR = \frac{\text{Jumlah Pasien Mati} > 48 \text{ jam Dirawat}}{\text{Jumlah Pasien Keluar (Hidup + Mati)}} \times 1000 \text{ Pasien}$$

Tabel. 5: RSUD. Dr. Soebandi Jember  
*Net Death Rate (NDR)*  
Tahun 1997-2001

No	Tahun	Jumlah pasien keluar (hidup + mati)	Jumlah Pasien Mati >48 jam	<i>NDR</i>
	(1)	(2)	(3)	(4)
1	1997	9284	304	32,74
2	1998	9865	327	33,15
3	1999	11841	360	30,40
4	2000	10677	416	38,96
5	2001	10838	387	35,71
Rata-rata <i>NDR</i>				34,19

Sumber: lampiran 1-5 diolah.

Perhitungan *NDR*:

$$NDR = \frac{(3)}{(2)} \times 1000 \text{ Pasien}$$

$$\text{Tahun 1997: } NDR = \frac{304}{9284} \times 1000 \text{ Pasien} = 32,74$$

$$\text{Tahun 1998: } NDR = \frac{327}{9865} \times 1000 \text{ Pasien} = 33,15$$

$$\text{Tahun 1999: } NDR = \frac{360}{11.841} \times 1000 \text{ Pasien} = 30,40$$

$$\text{Tahun 2000: } NDR = \frac{416}{10.677} \times 1000 \text{ Pasien} = 38,96$$

$$\text{Tahun 2001: } NDR = \frac{387}{10.838} \times 1000 \text{ Pasien} = 35,71$$

Nilai *NDR* pada Tabel. 5 menunjukkan jumlah kematian pasien (tiap 1000 pasien) setelah dirawat > 48 jam. Selama tahun 1997-2001, nilai *NDR* tertinggi terjadi pada tahun 2000 yaitu 38,96 (pembulatan 39). Angka tersebut berarti bahwa pada tahun 2000, terdapat 39 pasien mati setelah dirawat selama >48 jam per 1000 pasien dirawat.

b. Nilai *Gross Death Rate (GDR)* pada tabel. 6 dihitung dari:

$$GDR = \frac{\text{Jumlah Pasien Mati Keseluruhan}}{\text{Jumlah Pasien Keluar (Hidup + Mati)}} \times 1000 \text{ Pasien}$$

Tabel. 6: RSUD. Dr. Soebandi Jember  
Gross Death Rate (*GDR*)  
Tahun 1997-2001

No	Tahun	Jumlah pasien keluar (hidup + mati)	Jumlah Pasien Mati seluruhnya	<i>GDR</i>
	(1)	(2)	(3)	(4)
1	1997	9284	663	71,41
2	1998	9865	740	75,01
3	1999	11841	754	63,68
4	2000	10677	825	77,27
5	2001	10838	830	76,58
Rata-rata <i>GDR</i>				72,79

Sumber: lampiran 1-5 diolah.

Perhitungan *GDR*

$$GDR = \frac{(3)}{(2)} \times 1000 \text{ Pasien}$$

$$\text{Tahun 1997: } GDR = \frac{663}{9284} \times 1000 \text{ Pasien} = 71,41$$

$$\text{Tahun 1998: } GDR = \frac{740}{9865} \times 1000 \text{ Pasien} = 75,01$$

$$\text{Tahun 1999: } GDR = \frac{754}{11.841} \times 1000 \text{ Pasien} = 63,68$$

$$\text{Tahun 2000: } GDR = \frac{825}{10.677} \times 1000 \text{ Pasien} = 77,27$$

$$\text{Tahun 2001: } GDR = \frac{830}{10.838} \times 1000 \text{ Pasien} = 76,58$$

Nilai-nilai *GDR* pada tabel. 6 menunjukkan angka kematian secara umum (keseluruhan) untuk tiap 1000 pasien setelah dirawat di rumah sakit dalam satu tahun. Angka *GDR* tertinggi terjadi pada tahun 2000 yaitu 77,27, angka tersebut berarti sebanyak 77 pasien mati dari tiap 1000 pasien keluar setelah dirawat pada RSUD. Dr. Soebandi Jember.

#### 4.2.3 Perhitungan Tingkat Pemanfaatan Sarana Pelayanan Rumah Sakit

Tingkat pemanfaatan sarana pelayanan rumah sakit dapat dilihat dari indikator *Bed Occupancy Rate (BOR)* dan *Out Patient Rate (OPR)*. Hasil perhitungan dari kedua indikator tersebut tiap tahunnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

a. Nilai *Bed Occupancy Rate (BOR)* pada tabel.7 dihitung dari:

$$BOR = \frac{\text{JumlahHariPerawatan}(2) \times 100\%}{\text{JumlahTempatTidur}(3) \times 365 \text{ hari}}$$

Tabel. 7: RSUD. Dr. Soebandi Jember  
*Bed Occupancy Rate (BOR)*  
 Tahun 1997-2001

No	Tahun	Hari Perawatan	Jumlah Tempat Tidur	BOR
	(1)	(2)	(3)	(4)
1	1997	53116	275	52,92
2	1998	52490	275	52,29
3	1999	58753	275	53,78
4	2000	53811	275	53,60
5	2001	52978	275	52,78
Rata-rata BOR				53,07

Sumber: lampiran 1-5 diolah.

Perhitungan BOR:

$$BOR = \frac{(2)}{((3) \times 365)} \times 100\%$$

$$\text{Tahun 1997 adalah: } BOR = \frac{53116}{(275 \times 365)} \times 100\% = 52,92$$

$$\text{Tahun 1998 adalah: } BOR = \frac{52.490}{(275 \times 365)} \times 100\% = 52,29$$

$$\text{Tahun 1999 adalah: } BOR = \frac{58.753}{(275 \times 365)} \times 100\% = 53,78$$

$$\text{Tahun 2000 adalah: } BOR = \frac{53.811}{(275 \times 365)} \times 100\% = 53,60$$

$$\text{Tahun 2001 adalah: } BOR = \frac{52.978}{(275 \times 365)} \times 100\% = 52,78$$

Nilai BOR pada tabel. 7 menunjukkan pemanfaatan tempat tidur yang tersedia di rumah sakit untuk penderita rawat tinggal selama tahun 1997-2001. Pada tahun 2001, nilai BOR RSUD. Dr. Soebandi Jember 52,78, angka tersebut berarti bahwa hanya 52,78% tempat tidur yang tersedia dimanfaatkan/ditempati pasien dari keseluruhan tempat tidur yang ada pada rumah sakit selama tahun 2001.

b. Nilai *Out Patient Rate (OPR)* pada tabel.8 dihitung dari:

$$OPR = \frac{\text{Jumlah Kunjungan Baru} + \text{Jumlah Lama Dalam Satu Periode}}{\text{Jumlah Hari Kerja / Buka Setahun}}$$

Tabel. 8: RSUD. Dr. Soebandi Jember  
*Out Patient Rate (OPR)*  
Tahun 1997-2001

No	Tahun	Jumlah Hari Kerja/Buka Setahun	Jumlah Kunjungan (Baru+Lama)	OPR
	(1)	(2)	(3)	(4)
1	1997	296	105.157	355
2	1998	303	119.688	395
3	1999	301	121.930	405
4	2000	309	120.609	390
5	2001	307	102.686	335
Rata-rata OPR				376

Sumber: lampiran 6-10 diolah.

Perhitungan *OPR*:

$$OPR = \frac{(3)}{(2)}$$

Tahun 1997 adalah:  $OPR = \frac{105.157}{296} = 355$

Tahun 1998 adalah:  $OPR = \frac{119.688}{303} = 395$

Tahun 1999 adalah:  $OPR = \frac{121.930}{301} = 405$

Tahun 2000 adalah:  $OPR = \frac{102.609}{309} = 309$

Tahun 2001 adalah:  $OPR = \frac{102.686}{335} = 335$

Nilai-nilai *OPR* pada tabel. 8 menunjukkan rata-rata kunjungan pasien pada unit rawat jalan per hari selama tahun 1997-2001. Untuk tahun 2001, jumlah kunjungan pasien pada unit rawat jalan sebanyak 335 pasien per hari.

### 4.3 Pembahasan

#### 4.3.1 Evaluasi Tingkat Efisiensi Pelayanan Rumah Sakit

##### a.. *Bed Turn Over*

Menurut standar nasional, idealnya selama satu tahun satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali. Umumnya nilai makin besar makin baik. Hasil perhitungan pada tabel. 2, menunjukkan bahwa selama tahun 1997-2001 RSUD. Dr. Soebandi mempunyai *BTO* berfluktuasi (naik-turun) yang masih dibawah standar nasional (tetapi sudah mendekati), artinya untuk setiap satu tempat tidur yang tersedia di rumah sakit dipakai kurang dari 40 orang pasien dalam satu tahun.

##### b. *Turn Over Interval*

Idealnya tempat tidur kosong hanya dalam waktu 1-3 hari (standar nasional), Umumnya nilai makin kecil makin baik. Hasil perhitungan pada tabel. 3 menunjukkan bahwa selama tahun 1997-2001 RSUD. Dr. Soebandi mempunyai *TOI* yang mendekati dengan standar nasional. Nilai *TOI* terbesar pada tahun 1997 yaitu 5,09, artinya jangka waktu (interval) tempat tidur yang tidak ditempati (kosong) sampai dengan diisi kembali tidak lebih dari 5 hari. Nilai *TOI* belum mencapai standar nasional berarti tempat tidur yang tersedia di rumah sakit masih banyak yang kosong atau belum dimanfaatkan sepenuhnya oleh pasien.

##### c. *Average Length Of Stay*

*AvLOS* menunjukkan lamanya seorang penderita dirawat oleh suatu rumah sakit dan secara tidak langsung menggambarkan efisiensi mutu perawatan rumah sakit tersebut. Secara umum *AvLOS* yang ideal antara 6-9 hari (standar nasional), umumnya nilai makin kecil makin baik, tetapi bila

membandingkan harus dipikirkan faktor penyakit yang berlainan (lamanya perawatan berlainan untuk penyakit yang berlainan) dan keadaan penderita waktu keluar (penderita yang keluar mati atau pulang paksa dalam keadaan belum sembuh tidak menggambarkan lamanya dirawat yang sebenarnya. Hasil perhitungan selama tahun 1997-2001 (tabel. 4) menunjukkan nilai *AvLOS* RSUD. Dr Soebandi telah memenuhi standar nasional.

#### **4.3.2 Evaluasi Mutu Pelayanan Rumah Sakit**

##### *a. Net Death Rate*

Nilai *NDR* yang dianggap masih bisa ditolerir (standar nasional) adalah  $< 25$  per 1000 pasien. Penggunaan indikator ini harus memperhatikan jumlah kasus rawat inap yang sebetulnya tidak perlu dirawat di rumah sakit. Hasil perhitungan pada tabel. 5 menunjukkan nilai *NDR* selama tahun 1997-2001 rumah sakit masih di bawah standar nasional, berarti angka kematian yang terjadi pada RSUD Dr. Soebandi masih tinggi. Faktor yang mempengaruhi tingginya jumlah kematian tersebut adalah kurangnya jumlah tenaga medis dan non medis yang dimiliki rumah sakit dibandingkan dengan jumlah pasien yang menggunakan layanan rumah sakit serta fasilitas pelayanan yang kurang memadai misalnya peralatan medis yang belum menunjang.

##### *b. Gross Death Rate*

Untuk nilai *GDR* seyogyanya tidak lebih dari 45 per 1000 pasien (standar nasional). Nilai *GDR* selama tahun 1997-2001 rumah sakit masih dibawah standar (dapat dilihat pada tabel. 6). Faktor-faktor yang berpengaruh kurang lebih hampir sama dengan *NDR*.

### 4.3.3 Evaluasi Tingkat Pemanfaatan Sarana Pelayanan Rumah Sakit

#### a. *Bed Occupancy Rate*

Menurut standar nasional nilai *BOR* antara 60-75 %, Umumnya nilai makin besar makin baik. Angka *BOR* yang terlalu tinggi (>85 %) menunjukkan tingkat pemanfaatan tempat tidur yang terlalu tinggi sehingga perlu pengembangan rumah sakit/penambahan tempat tidur. Hasil perhitungan selama tahun 1997-2001 (pada tabel. 7), RSUD Dr. Soebandi mempunyai *BOR* dibawah standar nasional. Untuk tahun 1997 misalnya *BOR*-nya = 52,92, Angka *BOR* tersebut menunjukkan bahwa hanya 52,72% tempat tidur yang tersedia di rumah sakit yang terpakai dari keseluruhan jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit.

#### b. *Out Patient Rate*

Hasil perhitungan dari tabel. 8. menunjukkan rata-rata kunjungan pasien pada unit rawat jalan rumah sakit selama tahun 1997-2001. Nilai rata-rata kunjungan pasien terkecil pada unit rawat jalan adalah 335 pasien (tahun 2001) sedangkan rata-rata kunjungan pasien terbesar adalah 405 pasien (tahun 1999).

Tidak terdapat standar nasional yang mensyaratkan berapa jumlah kunjungan minimal selama satu tahun untuk fasilitas tertentu, tetapi dengan semakin tingginya tingkat kunjungan pasien pada fasilitas pelayanan tertentu menunjukkan beban kerja poliklinik untuk melayani pasien tinggi pula.

#### 4.3.4 Rekapitulasi Evaluasi Penggunaan Layanan

Hasil perhitungan dan evaluasi terhadap tingkat efisiensi pelayanan, mutu pelayanan dan tingkat pemanfaatan sarana pelayanan rumah sakit Dr. Soebandi Jember jika dirangkum dalam bentuk rekapitulasi ditunjukkan pada tabel.9 berikut:

Tabel.9 Rekapitulasi Evaluasi Penggunaan Layanan RSUD. Dr. Soebandi Jember Tahun 1997-2001

Indikator	Nilai Rata-rata Penggunaan Layanan RSUD Dr. Soebandi Jember	Standar Nasional Departemen Kesehatan RI	Evaluasi
<b>Tingkat Efisiensi Pelayanan:</b>			
a. <i>BTO</i>	38,17	40-50 kali per satu TT/ tahun	In-efisien
b. <i>TOI</i>	4,43	1-3 hari TT kosong	In-efisien
c. <i>AvLOS</i>	5,19	7-10 hari	Efisien
<b>Mutu Pelayanan:</b>			
a. <i>NDR</i>	34,19	Pasien mati < 25	Di bawah standar
b. <i>GDR</i>	72,79	Pasien mati < 45	Di bawah standar
<b>Tingkat Pemanfaatan Sarana Pelayanan:</b>			
a. <i>BOR</i>	53,07	75-80 %	TT belum terpakai optimal
b. <i>OPR</i>	376	-	Semakin tinggi nilainya beban kerja poli tinggi

Sumber: Tabel 2-8, diolah

## V. SIMPULAN DAN SARAN

### 5.1 Simpulan

Dari hasil perhitungan dan pembahasan data maka dapat disimpulkan bahwa:

- a. nilai rata-rata tingkat efisiensi pelayanan RSUD Dr. Soebandi Jember tahun 1997-2001 masing-masing indikator yaitu,  $BTO=38,17$ ,  $TOI=4,43$  dan  $AvLOS=5,19$ . Untuk nilai  $BTO$  dan  $TOI$  masih belum memenuhi standar nasional (penggunaan tempat tidur rumah sakit in-efisien), sedangkan nilai  $AvLOS$  telah sesuai standar nasional.
- b. Nilai rata-rata  $NDR=34,19$  dan  $GDR=72,79$ , menunjukkan angka kematian pasien masih tinggi, berarti mutu pelayanan rumah sakit belum memenuhi standar nasional.
- c. Nilai rata-rata  $BOR=53,07$  menunjukkan tempat tidur belum terpakai secara penuh (di bawah standar), dan  $OPR=376$  menunjukkan rata-rata kunjungan pasien selama tahun 1997-2001.

### 5.2 Saran

Saran yang dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dalam upaya peningkatan mutu penggunaan layanan rumah sakit antara lain:

- a. Rumah sakit perlu untuk menerapkan kembali program menjaga mutu misalnya gugus kendali mutu yang saat ini tidak berjalan.



DAFTAR PUSTAKA

- Abramson, J.H. 1994. *Metode Survey dalam Kedokteran Komunitas: Pengantar Studi Epidemiologi dan Evaluatif*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Adikoesoemo, Suparto. 1994. *Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Azwar, Azrul. 1996a. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Edisi ketiga. Jakarta : Bina Rupa Aksara.
- ....., 1996b. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan: Aplikasi Prinsip Lingkaran Pemecahan Masalah*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan.
- Badan Penerbit Universitas Jember. 1998. *Pedoman Penulisan Karya Ilmiah..* Jember.
- Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI. *Pedoman Penerapan Standar Keperawatan di Rumah Sakit*. 1999.
- Kumala, Poppy dan Brahm. U. Pendit (ed). 1995. *Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Muninjaya, A.A. 1999. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Reinke, William A. 1994. *Perencanaan Kesehatan Untuk Meningkatkan Efektifitas Manajemen*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

Lampiran : 1

KEGIATAN RAWAT TINGGAL  
RSUD Dr. SOEBANDI JEMBER  
TAHUN 1997

NO	JENIS PELAYANAN RAWATAN	PASIE AWAL TAHUN	PASIE MASUK	PASIE KELUAR HIDUP	PASIE KELUAR MATI			TOTAL LAMA DIRAWAT	PASIE AKHIR TAHUN	TOTAL HARI RAWAT	PERINCIAN TOTAL HARI RAWAT				MAKSIMUM SENSUS HARIAN	KEF.			
					TOTAL	<48 JAM	>48 JAM				KELAS UTAMA	I	II	III			IIIB		
																		82	40
1	PENYAKIT DALAM	4	798	715	82	40	42	4648	5	4777									
2	BEDAH	33	2011	1895	119	59	60	12679	30	12627			283	12344					
3	KESEHATAN ANAK	10	759	669	86	56	30	2866	14	2935				2921	14				
4	OBSTETRI	17	1218	1210	18	15	3	3827	7	5013		65	156	5792					
5	GINEKOLOGI	9	251	251	3	2	1	1642	6	1569		14	116	1439					
6	BEDAH SARAF																		
7	SARAF	7	270	205	71	39	32	1208	1	1384				1384					
8	JIWA																		
9	THT	4	184	185	2		2	727	1	818				816	2				
10	MATA			179				687	2	769				769					
11	KULIT & KELAMIN									388									
12	GIGI & MULUT				12	10	2	360	4										
13	KARDIOLOGI	4	77	65															
14	RADIOTERAPI																		
15	BEDAH ORTHOPEDI																		
16	PARU-PARU			171		9	10	900	11	850				850					
17	KUSTA	31	1695	1622	66	24	42	13115	38	11329		1947	2711	1896	1271	3504	PAY. 614		
18	UMUM																		
19	UNIT DARURAT																		
20	REHABILITASI MEDIK	2	558	526	28	19	9	2702	6	2644									
21	ISOLASI MENULAR																		
22	LUKA BAKAR	3	75	32	43	24	19	524	3	1429				26	24	1023	353	3	
23	ICU			268				1692		941									
24	ICCU	124	8514	7961	549	297	252	47577	128	48473		1973	2826	4206	35892	3576			
	SUB TOTAL	12	781	660	114	62	52	4501	19	4643					4	3400	679	560	
	PERINATAL BAYI	136	9295	8621	663	359	304	52078	147	53116		1973	2830	7606	36571	4136			
	TOTAL																		

Sumber : Data sekunder, Laporan Penyelenggaraan Tahunan Rumah Sakit Tahun 1997

KEGIATAN RAWAT TINGGAL  
RSUD DR. SOEBANDI JEMBER

TAHUN 1998

NO	JENIS PELAYANAN RAWATAN	PASIE AWAL TAHUN	PASIE MASUK	PASIE KELUAR HIDUP	PASIE KELUAR MATI			TOTAL LAMA DIRAWAT	PASIE AKHIR TAHUN	TOTAL HARI RAWAT	PERINCIAN TOTAL HARI RAWAT				MAKSIMUM SENSUS HARIAN	KET
					TOTAL	<48 JAM	>48 JAM				KELAS UTAMA	I	II	III		
1	PENYAKIT DALAM	5	876	800	81	40	41	5007		5815	225	2175	3415		881	
2	BEDAH	36	1957	1741	166	101	65	11168	90	10993	36	1284	9673		1907	
3	KESEHATAN ANAK	14	770	663	104	73	31	2474	13	3119			3119		767	
4	OBSTETRI	7	1357	1331	8	8	1	5178	25	5380	166	803	3710	701	1339	
5	GINEKOLOGI	6	257	256	2	1	1	1481	5	1509	82	249	1104	74	258	
6	BEDAH SARAF															
7	SARAF	1	219	167	48	24	24	1080	5	1089			1089		215	
8	JIWA															
9	THT	1	143	142	1	1		503	1	508			508		143	
10	MATA	2	207	206				721	3	711			711		206	
11	KULIT & KELAMIN		5	5				16	16	14			14		5	
12	GIGI & MULUT		4	4				11	11	20			20		4	
13	KARDIOLOGI	4	97	83	18	9	9	516		582			582		101	
14	RADIOTERAPI		1	1				3							1	
15	BEDAH ORTHOPEDI															
16	PARU-PARU	11	170	157	16	10	6	714	8	373			373		173	
17	RAWAT GABUNG		184	184				889		506	7	112	382		184	
18	UMUM	38	2147	1998	123	65	58	15485	64	13939	4584	2379	147	6829	2121	
19	UNIT DARURAT															
20	REHABILITASI MEDIK															
21	ISOLASI MENULAR	6	488	453	34	20	14	2402	7	2244			2244		487	
22	LUKA BAKAR															
23	ICU	3	220	185	31	14	17	873	7	1527	8	1519			216	
24	ICCU		43	37	6	2	4	67		81	44		37		43	
	SUB TOTAL	134	9145	8413	638	368	270	48588	228	48410	4636	2895	6289	26981	7604	9051
	PERINATAL BAYI	19	824	712	102	45	57	4855	29	4080	95	56	2460	981	482	814
	TOTAL	153	9969	9125	740	413	327	53443	257	52490	4731	2951	8749	27962	8086	9865

Sumber : Data sekunder, Laporan Penyelenggaraan Tahunan Rumah Sakit Tahun 1998

KEGIATAN RAWAT TINGGAL  
RSUD Dr. SOEBANDI JEMBER  
TAHUN 1999

NO	JENIS PELAYANAN RAWATAN	PASIE AWAL TAHUN	PASIE MASUK	PASIE KELUAR HIDUP	PASIE KELUAR MATI			TOTAL LAMA DIRAWAT	PASIE AKHIR TAHUN	TOTAL HARI RAWAT	PERINCIAN TOTAL HARI RAWAT					MAKSIMUM SENSUS HARIAN	NET.	
					TOTAL		KELAS UTAMA				I	II	IIIA	IIIB				
					<48 JAM	>48 JAM												
1	PENYAKIT DALAM	90	774	727	41	17	24	3015	6	3023			525	2498		768		
2	BEDAH	13	1579	1528	119	69	50	10604	22	9700			345	9355		1647		
3	KESEHATAN ANAK	25	855	745	118	65	53	3896	5	3442			134	6513		1709		
4	OBSTETRI	5	1698	1697	12	8	4	5056	14	6647			165	1990		324		
5	GINEKOLOGI	5	332	322	2		2	1138	13	2155						276		
6	BEDAH SARAF	5	273	238	38	18	20	1165	2	1056								
7	SARAF	1	136	136				535	1	465						136		
8	JIWA	3	194	196				830	1	725						196		
9	THT																	
10	MATA																	
11	KULIT & KELAMIN																	
12	GIGI & MULUT																	
13	KARDIOLOGI		122	108	14	9	5	537		584						122		
14	RADIOTERAPI		196	182	13	8	5	1072	1	1395						195		
15	BEDAH ORTHOPEDI	8	170	157	18	9	9	675	3	599						175		
16	PARU-PARU	64	3433	3297	156	61	95	23751	44	20208			1380	1560	1104	15132	1032	3453
17	KUSTA																	
18	UMUM																	
19	UNIT DARURAT		328	288	40	15	25	1632		1522						328		
20	MENULAR	7	211	191	27	27		571		460						218		
21	RAWAT GABUNG																	
22	LUKA BAKAR	1	262	240	20	13	7	500	3	1372						260		
23	ICU	7	55	52	10	8	2	40		78						62		
24	ICCU	229	10618	10104	628	327	301	55017	115	53431			1380	1560	2282	47177	1032	10732
	SUB TOTAL	229	1096	983	126	67	59	6079	16	5322						532		1109
	PERINATAL BAYI	458	11714	11087	754	394	360	61096	131	58753			1380	1560	6043	48206	1564	11841
	TOTAL																	

KEGIATAN RAWAT TINGGAL  
RSUD Dr. SOEBANDI JEMBER

TAHUN 2000

NO	JENIS PELAYANAN RAWATAN	PASIE AWAL TAHUN	PASIE MASUK	PASIE KELUAR HIDUP	PASIE KELUAR MATI			TOTAL LAMA DIRAWAT	PASIE AKHIR TAHUN	TOTAL HARI RAWAT	PERINCIAN TOTAL HARI RAWAT				MAKSIMUM SENSUS HARIAN	K/T.	
					TOTAL	<48 JAM	>48 JAM				KELAS UTAMA	I	II	III			IIIB
1	PENYAKIT DALAM	55	796	780	59	17	42	4194	12	3840		1047	2793				
2	BEDAH	7	1344	1202	112	59	53	8323	37	7451		263	7188				
3	KESEHATAN ANAK	9	990	823	164	118	46	4647	12	4356			4355				
4	OBSTETRI	9	1497	1459	36	24	12	5369	11	5951	57	152	5441	301			
5	GINEKOLOGI	3	314	304				1133	13	1930	31	26	1844	29			
6	BEDAH SARAF																
7	SARAF	1	293	244	49	25	24	1600	1	1338		359	979				
8	JIWA																
9	THT		99	97	2		2	381		323			323				
10	MATA	1	146	146				625	1	503			503				
11	KULIT & KELAMIN																
12	GIGI & MULUT																
13	KARDIOLOGI	9	154	144	19	10	9	839		775			775				
14	RADIOTERAPI		525	494	23	9	14	3037	8	2832			2659				
15	BEDAH ORTHOPEDI		220	200	23	8	15	1231		1017			1017				
16	PARU-PARU	3															
17	KUSTA				164	46	118	18221	24	15947	7301	2662	379	5605			
18	UMUM	33	2837	2682													
19	UNIT DARURAT	2	197	199				561		566		16	139	333	78		
20	RAWAT GABUNG																
21	LUKA BAKAR	5	13	12	6	2	4	102		696							
22	ICU	4	24	11	17	7	10	26		168	24		144				
23	ICCU																
	SUB TOTAL	141	9449	8797	674	325	349	50289	119	47693	7325	2766	3061	28354	6013		
	PERINATAL BAYI	14	1202	1055	151	84	67	6775	10	6118	199	3393	793	1733			
	TOTAL	155	10651	9852	825	409	416	57064	129	53811	7524	2766	6454	29147	7746		

Sumber : Data sekunder, Laporan Penyelenggaraan Tahunan Rumah Sakit Tahun 2000

KEGIATAN RAWAT TINGGAL  
RSUD Dr. SOEBANDI JEMBER  
TAHUN 2001

NO	JENIS PELAYANAN RAWATAN	PASIE AWAL TAHUN	PASIE MASUK	PASIE KELUAR HIDUP	PASIE KELUAR MATI			TOTAL LAMA DIRAWAT	PASIE AKHIR TAHUN	TOTAL HARI RAWAT	PERINCIAN TOTAL HARI RAWAT				MAKSIMUM SENSUS HARIAN	REJ.	
					<48 JAM		>48 JAM				KELAS UTAMA	I	II	IIIA			IIIB
					TOTAL												
1	PENYAKIT DALAM	12	1159	1066	96	57	39	5549	9	4928			664				
2	BEDAH	25	1476	1367	104	44	60	8766	30	7468			354				
3	KESEHATAN ANAK	12	1168	1017	148	105	43	5413	15	4617							
4	OBSTETRI	17	1327	1328	10	5	5	5571	28	6690	101	175	4821	1593			
5	GINEKOLOGI	3	351	344	2	1	1	1537	8	1581	86	177	4166	152			
6	BEDAH SARAF																
7	SARAF	1	312	243	67	36	31	1500	3	1510			1510				
8	JIWA																
9	THT		127	124	3		3	426		427			395	32			
10	MATA	1	196	193				755	4	745			624	121			
11	KULIT & KELAMIN																
12	GIGI & MULUT																
13	KARDIOLOGI		179	153	23	17	6	826	3	759			759				
14	RADIOTERAPI		454	395	9	4	5	2566	58	2071	40	210	1793	28			
15	BEDAH ORTHOPEDI	8	248	221	23	15	8	1262	4	1110			1110				
16	PARU-PARU																
17	KUSTA	27	2645	2462	159	70	89	14453	51	13380	8372	2794		2214			
18	UMUM																
19	UNIT DARURAT		329	329				1608		1171			22	102	842	205	
20	RAWAT GABUNG																
21	LUKA BAKAR		49	25	38	25	13	149	2	1130			1130				
22	ICU		51	9	30	9	21	140		386				386			
23	ICCU																
	SUB TOTAL	106	10071	9276	712	388	324	50521	215	47973	8372	3043	2812	16406	4345		
	PERINATAL BAYI	22	853	732	118	55	63	4649	25	5005	100	14					
	TOTAL	128	10924	10008	830	443	387	55170	240	52978	8472	3057	2812	16406	4345		

Sumber : Data sekunder, Laporan Penyelenggaraan Tahunan Rumah Sakit Tahun 2001



Lampiran : 7

**KEGIATAN BEROBAT JALAN  
RSUD Dr. SOEBANDI JEMBER  
TAHUN 1998**

NO	POLIKLINIK	KUNJUNGAN BARU	KUNJUNGAN LAMA	HARI BUKA KLINIK SETAHUN
1	PENYAKIT DALAM	4066	4455	307
2	BEDAH UMUM	4024	3715	307
3	KESEHATAN ANAK	2658	1652	307
4	OBSTETRIK & GINEKOLOGI	2498	1638	307
5	KELUARGA BERENCANA	911	223	307
6	BEDAH MULUT			
7	SARAF	2354	3335	307
8	JIWA	48	101	307
9	T H T	6124	3007	307
10	MATA	6331	2064	307
11	KULIT & KELAMIN	5090	3225	307
12	GIGI & MULUT	3618	4000	307
13	KARDIOLOGI	2298	2181	307
14	RADIOLOGI	6518	368	307
15	BEDAH ORTHOPEDI	708	936	100
16	PARU-PARU	1680	2522	307
17	GERIATRI			
18	KHUSUS/UMUM	2395	3058	307
19	UNIT DARURAT	6850		365
20	REHABILITASI MEDIK	876	3141	307
21	AKUPUNGTUR MEDIK			
22	GIZI	1167	45	307
23	BEDAH MULUT	144	141	307
24	PATOLOGI ANATOMI	766		307
25	LABORATORIUM KLINIK	18757		365
	<b>TOTAL</b>	<b>79881</b>	<b>39807</b>	<b>6663</b>

Sumber : Laporan Tahunan Penyelenggaraan RSUD. Dr. Soebandi Tahun 1998





Lampiran : 10

**KEGIATAN BEROBAT JALAN  
RSUD Dr. SOEBANDI JEMBER  
TAHUN 2001**

NO	POLIKLINIK	KUNJUNGAN BARU	KUNJUNGAN LAMA	HARI BUKA KLINIK SETAHUN
1	PENYAKIT DALAM	2883	5539	307
2	BEDAH UMUM	2443	3612	307
3	KESEHATAN ANAK	2415	2950	307
4	OBSTETRIK & GINEKOLOGI	1998	2074	307
5	KELUARGA BERENCANA	439	196	307
6	BEDAH MULUT	99	344	307
7	SARAF	1550	3804	307
8	JIWA	106	299	307
9	T H T	4851	3463	307
10	MATA	5988	3424	307
11	KULIT & KELAMIN	4119	3392	307
12	GIGI & MULUT	3136	5664	307
13	KARDIOLOGI	868	5800	307
14	RADIOLOGI	5518	557	307
15	BEDAH ORTHOPEDI	915	1023	307
16	PARU-PARU	950	3024	307
17	GERIATRI	15	138	307
18	KHUSUS/UMUM	739	2512	307
19	I G D	8117		307
20	REHABILITASI MEDIK	163	3884	307
21	BEDAH UROLOGI	468	624	307
22	GIZI	5	1696	307
23	LAKTASI	1	319	307
24	HEMODIALISA	56	215	307
25	ONKOLOGI	34	26	307
26	PSIKOLOGI	14	11	307
27	BEDAH SYARAF	60	146	307
	<b>TOTAL</b>	<b>47950</b>	<b>54736</b>	<b>8289</b>

Sumber : Laporan Tahunan Penyelenggaraan RSUD. Dr. Soebandi Tahun 2001

**Lampiran. 11**

**Perhitungan *Bed Turn Over (BTO)***

No	Tahun	Jumlah Pasien Keluar Hidup	Jumlah Pasien Keluar Mati	Total Pasien Keluar	Jml. Tempat Tidur
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	1997	8.621	863	9.284	275
2	1998	9.125	740	9.865	275
3	1999	11.087	754	11.841	275
4	2000	9.852	825	10.677	275
5	2001	10.008	830	10.838	275

Sumber: lampiran 1-5 diolah.

Perhitungan nilai *BTO*:

$$BTO = \frac{(4)}{(3)} \times 100\%$$

Tahun 1997 adalah:  $BTO = \frac{9284}{275} \times 100\% = 33,76$

Tahun 1998 adalah:  $BTO = \frac{9865}{275} \times 100\% = 35,87$

Tahun 1999 adalah:  $BTO = \frac{11.841}{275} \times 100\% = 43$

Tahun 2000 adalah:  $BTO = \frac{10.677}{275} \times 100\% = 38,82$

Tahun 2001 adalah:  $BTO = \frac{10.838}{275} \times 100\% = 39,41$

Rata-rata *BTO* Tahun 1997-2001:

$$\frac{(33,76 + 35,87 + 43 + 38,82 + 39,41)}{5} = 38,17$$

**Lampiran. 12**

**Perhitungan Turn Over Interval (TOI)**

No	Tahun	Jumlah Tempat Tidur	Hari Perawatan	Jumlah Hari dalam Satu Tahun	Jumlah Pasien Keluar (Hidup+Mati)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	1997	275	53.116	365	9.284
2	1998	275	52.490	365	9.865
3	1999	275	58.753	365	11.841
4	2000	275	53.811	365	10.677
5	2001	275	52.978	365	10.838

Sumber: lampiran 1-5, diolah.

Perhitungan nilai *Turn Over Interval (TOI)*:

$$TOI = \frac{((2) \times (4)) - 3}{(5)}$$

$$\text{Tahun 1997 adalah: } TOI = \frac{(275 \times 365) - 53116}{9284} = 5,09$$

$$\text{Tahun 1998 adalah: } TOI = \frac{(275 \times 365) - 52.490}{9865} = 4,81$$

$$\text{Tahun 1999 adalah: } TOI = \frac{(275 \times 365) - 58.753}{11.841} = 3,52$$

$$\text{Tahun 2000 adalah: } TOI = \frac{(275 \times 365) - 53.811}{10.677} = 4,36$$

$$\text{Tahun 2001 adalah: } TOI = \frac{(275 \times 365) - 52.978}{10.838} = 4,37$$

Rata-rata *TOI* Tahun 1997-2001 adalah:

$$\frac{(5,09 + 4,81 + 3,52 + 4,36 + 4,37)}{5} = 4,43$$

**Lampiran. 13**

**Perhitungan *Average Length of Stay (AvLOS)***

No	Tahun	Jumlah pasien keluar (hidup + mati)	Jumlah Hari Perawatan
	(1)	(2)	(3)
1	1997	9.284	53.116
2	1998	9.865	52.490
3	1999	11.841	58.753
4	2000	10.677	53.811
5	2001	10.838	52.978

Sumber: lampiran 1-5, diolah.

Perhitungan *AvLOS*

$$AvLOS = \frac{(3)}{(2)}$$

Tahun 1997 adalah:  $AvLOS = \frac{53116}{9284} = 5,72$

Tahun 1998 adalah:  $AvLOS = \frac{52.490}{9865} = 5,32$

Tahun 1999 adalah:  $AvLOS = \frac{58.753}{11.841} = 4,96$

Tahun 2000 adalah:  $AvLOS = \frac{53.811}{10.677} = 5,04$

Tahun 2001 adalah:  $AvLOS = \frac{52.978}{10.838} = 4,89$

Rata-rata *AvLOS* Tahun 1997-2001 adalah:

$$\frac{(5,72 + 5,32 + 4,96 + 5,04 + 4,89)}{5} = 5,19$$

**Lampiran. 14**

**Perhitungan Net Death Rate (NDR)**

No	Tahun	Jumlah pasien keluar (hidup + mati)	Jumlah Pasien Mati >48 jam
	(1)	(2)	(3)
1	1997	9.284	304
2	1998	9.865	327
3	1999	11.841	360
4	2000	10.677	416
5	2001	10.838	387

Sumber: lampiran 1-5 diolah.

Perhitungan NDR

$$NDR = \frac{(3)}{(2)} \times 1000 \text{ Pasien}$$

$$\text{Tahun 1997: } NDR = \frac{304}{9284} \times 1000 \text{ Pasien} = 32,74$$

$$\text{Tahun 1998: } NDR = \frac{327}{9865} \times 1000 \text{ Pasien} = 33,15$$

$$\text{Tahun 1999: } NDR = \frac{360}{11.841} \times 1000 \text{ Pasien} = 30,40$$

$$\text{Tahun 2000: } NDR = \frac{416}{10.677} \times 1000 \text{ Pasien} = 38,96$$

$$\text{Tahun 2001: } NDR = \frac{387}{10.838} \times 1000 \text{ Pasien} = 35,71$$

Rata-rata NDR Tahun 1997-2001 adalah:

$$\frac{(32,74 + 33,15 + 30,40 + 38,96 + 35,71)}{5} = 34,19$$

**Lampiran. 15**

**Perhitungan Gross Death Rate (GDR)**

No	Tahun	Jumlah pasien keluar (hidup + mati)	Jumlah Pasien Mati seluruhnya
	(1)	(2)	(3)
1	1997	9.284	663
2	1998	9.865	740
3	1999	11.841	754
4	2000	10.677	825
5	2001	10.838	830

Sumber: lampiran 1-5, diolah.

Perhitungan GDR

$$GDR = \frac{(3)}{(2)} \times 1000 \text{ Pasien}$$

$$\text{Tahun 1997: } GDR = \frac{663}{9284} \times 1000 \text{ Pasien} = 71,41$$

$$\text{Tahun 1998: } GDR = \frac{740}{9865} \times 1000 \text{ Pasien} = 75,01$$

$$\text{Tahun 1999: } GDR = \frac{754}{11.841} \times 1000 \text{ Pasien} = 63,68$$

$$\text{Tahun 2000: } GDR = \frac{825}{10.677} \times 1000 \text{ Pasien} = 77,27$$

$$\text{Tahun 2001: } GDR = \frac{830}{10.838} \times 1000 \text{ Pasien} = 76,58$$

Rata-rata GDR Tahun 1997-2001 adalah:

$$\frac{(71,41 + 75,01 + 63,68 + 77,27 + 76,58)}{5} = 72,79$$

**Lampiran. 16**

**Perhitungan *Bed Occupancy Rate* (BOR)**

No	Tahun	Hari Perawatan	Jumlah Tempat Tidur
	(1)	(2)	(3)
1	1997	53.116	275
2	1998	52.490	275
3	1999	58.753	275
4	2000	53.811	275
5	2001	52.978	275

Sumber: lampiran 1-5 diolah.

Perhitungan *BOR*:

$$BOR = \frac{(2)}{((3) \times 365)} \times 100\%$$

$$\text{Tahun 1997 adalah: } BOR = \frac{53116}{(275 \times 365)} \times 100\% = 52,92$$

$$\text{Tahun 1998 adalah: } BOR = \frac{52.490}{(275 \times 365)} \times 100\% = 52,29$$

$$\text{Tahun 1999 adalah: } BOR = \frac{58.753}{(275 \times 365)} \times 100\% = 53,78$$

$$\text{Tahun 2000 adalah: } BOR = \frac{53.811}{(275 \times 365)} \times 100\% = 53,60$$

$$\text{Tahun 2001 adalah: } BOR = \frac{52.978}{(275 \times 365)} \times 100\% = 52,78$$

Rata-rata *BOR* Tahun 1997-2001 adalah:

$$\frac{(52,92 + 52,29 + 53,78 + 53,60 + 52,78)}{5} = 53,07$$

**Lampiran. 17**

**Perhitungan *Out Patient Rate (OPR)***

No	Tahun	Rata-rata Hari Kerja/Buka Setahun	Jumlah Kunjungan (Baru+Lama)
	(1)	(2)	(3)
1	1997	296	105.157
2	1998	303	119.688
3	1999	301	121.930
4	2000	309	120.609
5	2001	307	102.686

Sumber: lampiran 11-15 diolah.

Perhitungan *OPR*:

$$OPR = \frac{(3)}{(2)}$$

Tahun 1997 adalah:  $OPR = \frac{105.157}{296} = 355$

Tahun 1998 adalah:  $OPR = \frac{119.688}{303} = 395$

Tahun 1999 adalah:  $OPR = \frac{121.930}{301} = 405$

Tahun 2000 adalah:  $OPR = \frac{102.609}{309} = 309$

Tahun 2001 adalah:  $OPR = \frac{102.686}{307} = 335$

Rata-rata *OPR* Tahun 1997-2001 adalah:

$$\frac{(355 + 395 + 405 + 309 + 335)}{5} = 376$$

Lampiran. 18

**Angka-angka Indikator Mutu Pelayanan Menurut Standar Nasional Departemen Kesehatan (Muninjaya, 1999:161)**

a. Indikator yang mengacu pada aspek pelayanan medis:

- 1) Angka infeksi nosokomial: 1-2 %
- 2) Angka kematian kasar (*Gross death rate*): 3-4 %
- 3) Kematian pasca bedah: 1-2 %
- 4) Kematian ibu melahirkan: 1-2 %
- 5) Kematian bayi baru lahir: 20/1000
- 6) *Net death rate*: 2,5 %
- 7) *Anasthesia death rate*: max. 1/5000
- 8) *Post operation death rate*: 1 %
- 9) *Post operative infection rate*: 1 %

b. Indikator mutu pelayanan untuk mengukur tingkat efisiensi rumah sakit:

- 1) *Bed occupancy rate*: 75-80 %
- 2) *Bed turn over*: 5-45 hari atau 40-50 kali per satu TT/thn
- 3) *Turn over interval*: 1-3 hari TT yang kosong
- 4) *Average length of stay*: 7-10 hari
- 5) *Normal tissue removal rate*: <10 %

