



**ANALISIS EFISIENSI PELAYANAN RAWAT INAP RUMAH SAKIT  
DAERAH BALUNG TAHUN 2015 MELALUI  
PENDEKATAN *BARBER-JOHNSON***

**SKRIPSI**

Oleh

**Ahmad Halif Mardian**

**NIM 122110101175**

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

**2016**



**ANALISIS EFISIENSI PELAYANAN RAWAT INAP RUMAH SAKIT  
DAERAH BALUNG TAHUN 2015 MELALUI  
PENDEKATAN *BARBER-JOHNSON***

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Ahmad Halif Mardian**

**NIM 122110101175**

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

**2016**

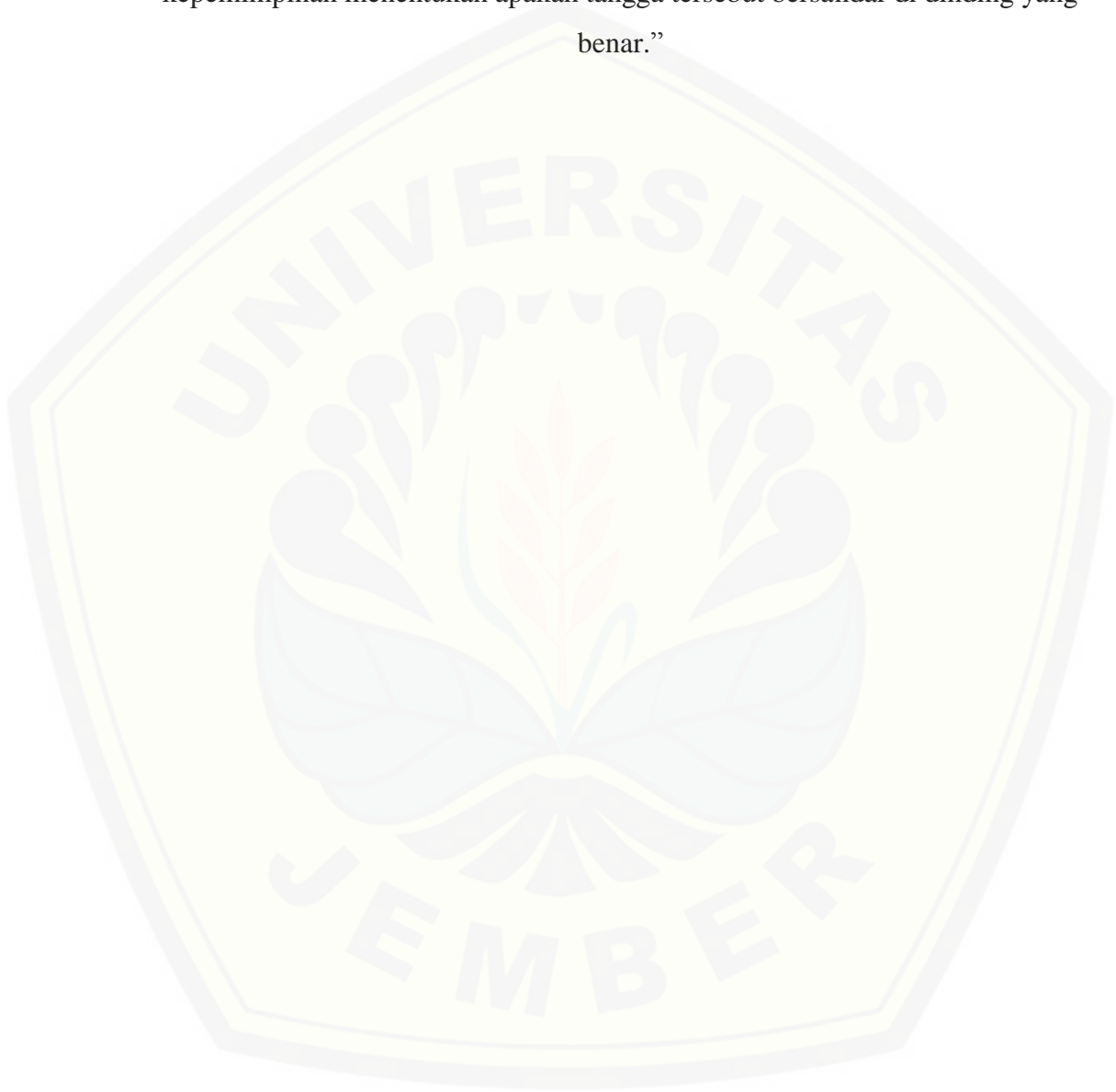
## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan dengan rasa hormat dan penghargaan setinggi-tingginya untuk:

1. Kedua orang tua saya, Bapak Hasanudin dan Ibu Maimuna yang selalu memberikan dukungan, cinta, kasih sayang dan doa sehingga saya bisa menjalani kehidupan dengan baik.
2. Saudara saya Ine Ramadani dan Safrina Hasanah yang selalu memberikan semangat dan dukungan kepada saya.
3. Guru-guru saya dari TK hingga perguruan tinggi dan seluruh guru non-akademik yang memberikan banyak ilmu yang tak ternilai harganya, memberikan bimbingan nasihat dan inspirasi untuk menghadapi masa depan nanti.
4. Agama, Negara, dan Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

**MOTTO**

“Manajemen adalah efisiensi dalam mendaki tangga kesuksesan;  
kepemimpinan menentukan apakah tangga tersebut bersandar di dinding yang  
benar.”



---

\*) Mangunharjana. 2006. *Kepemimpinan*. Yogyakarta: Kanisius

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ahmad Halif Mardian

NIM : 122110101175

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *Analisis Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Daerah Balung Tahun 2015 melalui Pendekatan Barber-Johnson* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan prinsip ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, 28 Juni 2016

Yang menyatakan,

Ahmad Halif Mardian

NIM 122110101175

**HALAMAN PEMBIMBINGAN**

**SKRIPSI**

**ANALISIS EFISIENSI PELAYANAN RAWAT INAP RUMAH SAKIT  
DAERAH BALUNG TAHUN 2015 MELALUI PENDEKATAN  
*BARBER-JOHNSON***

Oleh

Ahmad Halif Mardian

NIM 122110101175

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Abu Khoiri, S.KM., M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes

**PENGESAHAN**

Skripsi yang berjudul *Analisis Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Daerah Balung Tahun 2015 melalui Pendekatan Barber-Johnson* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Rabu

Tanggal : 10 Agustus 2016

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua

Sekretaris

Ni'mal Baroya, S.KM., M. PH  
NIP. 19770108 200501 2 004

Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes  
NIP. 19781016 200912 2 001

Anggota I

Sri Wahyuni, S.KM  
NIP. 19700801 199703 2 004

Mengesahkan  
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Jember

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes  
NIP. 19800516 200312 2 002

## RINGKASAN

**Analisis Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Daerah Balung Tahun 2015 Melalui Pendekatan *Barber-Johnson***; Ahmad Halif Mardian; 122110101175; 2016; 72 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Efisiensi merupakan salah satu parameter/indikator kinerja yang secara teoritis mendasari seluruh kinerja suatu organisasi dalam hal ini adalah rumah sakit. Penilaian efisiensi pelayanan berkaitan dengan pemanfaatan tempat tidur yang tersedia di rumah sakit, serta efisiensi pemanfaatan penunjang medik rumah sakit. Untuk menilai efisiensi rumah sakit, dapat dipergunakan grafik *Barber-Johnson*. Dalam grafik ini terdapat suatu daerah yang disebut dengan daerah efisiensi. Grafik *Barber-Johnson* sebagai salah satu indikator efisiensi pengelolaan rumah sakit berguna untuk membandingkan tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur, memonitor perkembangan target efisiensi penggunaan tempat tidur dan membandingkan tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur antar unit. Disamping itu grafik ini merupakan salah satu prasyarat penilaian oleh Tim Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dengan menggunakan empat parameter yaitu *Bed Occupancy Ratio* (BOR), *Length Of Stay* (LOS), *Turn Over Interval* (TOI) dan *Bed Turn Over* (BTO). Standar ideal menurut *Barry Barber* dan *David Johnson* untuk BOR adalah 70-85%, LOS adalah 3-12 hari, TOI adalah 1-3 hari, dan BTO minimal 30 kali. Grafik *Barber-Johnson* adalah suatu grafik, yang dapat dengan jelas menganalisa dan sekaligus menyajikan efisiensi penggunaan tempat tidur baik dari segi mutu medis maupun ekonomis, dengan menampilkan keempat indikator tersebut, yakni BOR, LOS, TOI dan BTO dalam satu titik yang terdapat dalam grafik dua dimensi, yaitu sebagai absis adalah TOI sedangkan ordinatnya adalah LOS. Kelebihan dalam menggunakan Grafik *Barber-Johnson* yaitu keempat parameter BOR, LOS, TOI dan BTO bisa bersatu dalam satu titik dan juga dapat mengecek apabila terjadi kesalahan apabila keempat parameter tidak bertemu dalam satu titik. Untuk mengukur apakah rumah sakit itu efisien atau tidak dengan melihat *Barber-Johnson*. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk



menganalisis efisiensi pelayanan rawat inap Rumah Sakit Daerah Balung Tahun 2015, melalui Pendekatan *Barber-Johnson*. Jenis penelitian yang dilakukan oleh adalah menggunakan penelitian gabungan (*mixed methods*) dengan jenis rancangan *sequential explanatory*. Pada tahap pertama dilakukan penelitian kuantitatif sementara pada tahap kedua dilakukan penelitian kualitatif. Sasaran dalam penelitian ini adalah seluruh ruangan rawat inap di RSD Balung yang terdiri dari sembilan ruangan. Metode pengumpulan data pada tahap pertama dilakukan dengan cara studi dokumentasi dan observasi kemudian dilanjutkan pada tahap kedua yakni wawancara mendalam, dokumentasi, dan triangulasi dengan fokus penelitian adalah jumlah tenaga medis dan paramedis, kasus pulang paksa, permintaan tempat tidur, dan kunjungan gabungan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada satupun ruang rawat inap di RSD Balung yang masuk dalam kategori efisien. Ini terbukti dari hasil grafik *Barber-Johnson* yang menunjukkan kombinasi empat indikator yakni BOR, LOS, TOI, dan BTO setiap ruang rawat inap tidak berada dalam daerah efisien. Dari hasil wawancara yang telah dilakukan, faktor yang penyebab capaian BOR di RSD Balung yakni jumlah dokter yang masih kurang, minimnya promosi di kalangan rumah sakit, alat kesehatan yang kurang mendukung, sarana dan prasarana yang kurang memadai, dan sedang berlangsungnya renovasi yang dilakukan pihak rumah sakit. Sementara itu, agar memperoleh nilai capaian LOS yang ideal sehingga menimbulkan efisiensi pelayanan dapat dilakukan melalui penetapan standar pelayanan yang disepakati oleh dokter-dokter yang bekerja di rumah sakit. Standar pelayanan ini mencakup indikasi perawatan rumah sakit, prosedur dan proses pelayanan yang selayaknya harus dilaksanakan, serta sistem pembiayaan yang diberlakukan dalam memberikan jasa pelayanan kesehatan. Untuk faktor penyebab nilai TOI di RSD Balung adalah alat kesehatan yang kurang memadai dan jumlah pasien yang masih sedikit dikarenakan promosi dari pihak manajemen yang masih minim. Dan faktor penyebab capaian BTO adalah jumlah pasien yang sedikit dan ada beberapa pasien dengan penyakit tertentu membutuhkan perawatan yang cukup lama.

## SUMMARY

**Analysis of Efficiency of Balung Inpatient Hospital Service in 2015 by Barber-Johnson Approach;** Ahmad Halif Mardian; 122110101175; 2016; 72 pages; Health policy and Administration Departement of the Faculty of public health University of Jember

Efficiency is one of the parameters / indicators of performance are theoretically underlies all of an organization's performance in this regard is the hospital. Ratings efficiency of services related to the utilization of beds available in hospitals, as well as the efficiency of utilization of hospital medical support . To assess the efficiency of the hospital, it can be used graph Barber Johnson. In this graph there is an area called the area of efficiency. Graph Barber Johnson as one indicator of the efficiency of hospital management is useful to compare the efficiency of use of the bed, to monitor developments in the use of bed efficiency targets and compared the efficiency of use of the bed between units. Beside that, this graph is one of the prerequisites assessment by Hospital Accreditation Team (KARS) using four parameters, namely Bed Occupancy Ratio (BOR), Lenght Of Stay (LOS), Turn Over the Interval (TOI) Bed and Turn Over (BTO). Ideal standard according to Barry Barber and David Johnson to DRILL is 70-85%, LOS was 3-12 days, TOI is 1-3 days, and the BTO at least 30 times. Graph Barber Johnson is a graph , which can be clearly analyzed and while serving the efficient use of beds in terms of both the quality of medical and economically , by showing these four indicators, namely BOR, LOS, TOI and BTO in one point contained in a two-dimensional graph , namely as abscissa is the TOI while ordinate is LOS. The advantages in using Graph Barber Johnson is fourth parameter BOR, LOS, TOI and BTO can be united in one point and also be able to check if an error occurs when the four parameters are not met within a point sat. To measure whether the hospital was efficient or not by looking at Barber Johnson. The purpose of this study was to analyze the efficiency of hospitalization services Balung Hospital Area through the year 2015 approaches with Barber-Johnson.

This type of research is done by using a combination of research (mixed methods) with the type of sequential explanatory design. In the first stage of quantitative research while at the second stage of qualitative research. The target in this research is the whole room in hospitalization at Balung Hospital Area consisting of ten rooms. Method of data collection in the first stage is done by means of observation and documentation studies followed at the second stage is in-depth interviews, documentation, and triangulation with the focus of the research is the number of medical and paramedical personnel, the cases of forced return home, demand for beds, and visits combined. The results showed that none of the hospitalization room at the Balung Hospital Area are included in the category of efficient. This is evident from the results of Barber - Johnson graph that shows a combination of four indicators, namely BOR, LOS , TOI , and BTO each patient room is not in the area efficiently. From the interviews that have been conducted , the factors that cause performance BOR in Balung Hospital Area is the number of doctors who are still lacking , the lack of promotion among hospitals , medical equipment that are less supportive , facilities and infrastructure are inadequate , and are ongoing renovations that made the hospital. Meanwhile, in order to obtain the ideal value of achievement LOS causing service efficiency can be done through the establishment of service standards agreed upon by doctors who work in hospitals. Standard services include hospital care indications, procedures and service processes that should be performed, as well as the financing system which applies gave the health service. For a causative factor in the value of TOI at Balung Hospital Area is inadequate medical equipment and the number of patients is still small due to the promotion of the management is still minimal. And the factors causing the performance of BTO is the small number of patients and some patients with certain diseases requiring long treatment.

## PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya berupa kemampuan berfikir dan analisis sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul *Analisis Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Daerah Balung Tahun 2015 melalui Pendekatan Barber-Johnson*. Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat dalam melengkapi penyusunan tugas akhir dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM).

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak. Terima kasih yang sangat dalam saya ucapkan kepada Bapak Abu Khoiri, S.KM., M.Kes dan Ibu Christyana Sandra, S.KM., M.Kes selaku dosen pembimbing yang senantiasa memberikan masukan, saran, dan koreksi dalam penyusunan skripsi ini. Terima kasih dan penghargaan saya sampaikan pula kepada:

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M. Kes, Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
2. Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes, Kepala Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
3. Ibu Ellyke, S.KM., M.KL selaku Dosen Pembimbing Akademik selama penulis menjadi mahasiswa di Fakultas Kesehatan Masyarakat.
4. Ibu Ni'mal Baroya, S.KM., M. PH selaku ketua penguji skripsi.
5. Ibu Yennike Tri Herawati, S.KM, M.Kes selaku sekretaris penguji skripsi.
6. Ibu Sri Wahyuni, S.KM selaku anggota penguji skripsi.
7. Seluruh dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan dan mengajarkan ilmunya kepada saya.
8. Seluruh staff dan karyawan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah membantu saya selama masa studi.
9. Kedua orang tua saya, kakak dan adik saya tercinta di Pamekasan yang selalu memberikan dukungan, do'a dan nasehatnya demi terselesaikannya skripsi ini.

10. Keluarga besar saya yang telah memberikan dukungan dan motivasi demi terselesaikannya skripsi ini.
11. Sahabat terbaik saya Lutfi Fajar Nuraidah, Fadilah Akbar Filayati, Yuyun Tri Narwati, Gita Parassofia, Qurratul Aini, M. Allamal Hakam, Agarahman Arif, Amalia Rofita, Atika Nurul Hidayah dan Leilya Irwanti terima kasih atas bantuan, semangat, motivasi, doa, pengalaman, kebersamaan, kebahagiaan, canda dan tawa yang telah kita bagi selama ini dan terima kasih atas hiburan yang kalian berikan pada waktu terberat saya.
12. Teman-teman UKM Arek Kesehatan Masyarakat (ARKESMA) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember terima kasih atas kerjasama, ilmu, pengalaman dan motivasi yang sudah diberikan selama dua tahun kepengurusan.
13. Teman-teman seperjuangan di Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dan angkatan 2012 yang telah menemani sekaligus berjuang bersama untuk menimba ilmu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Penulis juga meminta maaf atas segala kekurangan, semoga karya ini bisa bermanfaat. Aamiin.

Jember, 28 Juni 2016

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN</b>	
<b>PERSEMBAHAN.....</b>	<b>i</b>
<b>MOTTO .....</b>	<b>ii</b>
<b>PERNYATAAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>PENGESAHAN.....</b>	<b>v</b>
<b>RINGKASAN .....</b>	<b>vi</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>viii</b>
<b>PRAKATA.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xvii</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan .....	5
1.3.1 Tujuan Umum .....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat .....	6
1.4.1 Bagi Pengembang Keilmuan.....	6
1.4.2 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.....	6
1.4.3 Bagi Rumah Sakit Daerah Balung .....	6
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
2.1 Rumah Sakit.....	7
2.1.1 Definisi Rumah Sakit .....	7
2.1.2 Rawat Inap .....	9
2.2 Efisiensi Pelayanan Rawat Inap.....	13
2.3 Teori <i>Barber-Johnson</i> .....	16
2.3.1 Konsep <i>Barber-Johnson</i> .....	16

2.3.2 Makna Grafik <i>Barber-Johnson</i> .....	16
2.3.3 Guna grafik <i>Barber-Johnson</i> .....	17
2.4 Kerangka Teori.....	18
2.5 Kerangka Konsep .....	19
<b>BAB 3. METODE PENELITIAN.....</b>	<b>21</b>
3.1 Jenis Penelitian.....	21
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian .....	22
3.3 Penelitian Tahap I .....	22
3.3.1 Unit Analisis.....	22
3.3.2 Definisi Operasional.....	22
3.3.3 Data dan Sumber Data .....	24
3.3.4 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....	25
3.3.5 Teknik Penyajian Data .....	26
3.3.6 Teknik Analisis Data.....	26
3.4 Penelitian Tahap II .....	28
3.4.1 Penentuan Informan .....	28
3.4.2 Fokus Penelitian.....	28
3.4.3 Data dan Sumber Data .....	29
3.4.4 Teknik Pengumpulan Data.....	30
3.4.5 Validitas Data.....	31
3.4.6 Teknik Penyajian dan Analisis Data .....	31
3.5 Alur Penelitian .....	33
<b>BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>34</b>
4.1 Hasil .....	34
4.1.1 Proses Pengerjaan Lapangan .....	34
4.1.2 Gambaran Umum Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung.....	34
4.1.3 Gambaran Karakteristik Informan .....	39
4.1.4 Identifikasi BOR, LOS, TOI, dan BTO .....	42
4.2 Pembahasan.....	60
4.2.1 Faktor Penyebab Capaian BOR .....	60
4.2.2 Faktor Penyebab Capaian LOS .....	63
4.2.3 Faktor Penyebab Capaian TOI.....	66
4.2.4 Faktor Penyebab Capaian BTO.....	68
<b>BAB 5. PENUTUP.....</b>	<b>71</b>

5.1 Kesimpulan .....	71
5.2 Saran.....	72
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>74</b>





DAFTAR GAMBAR

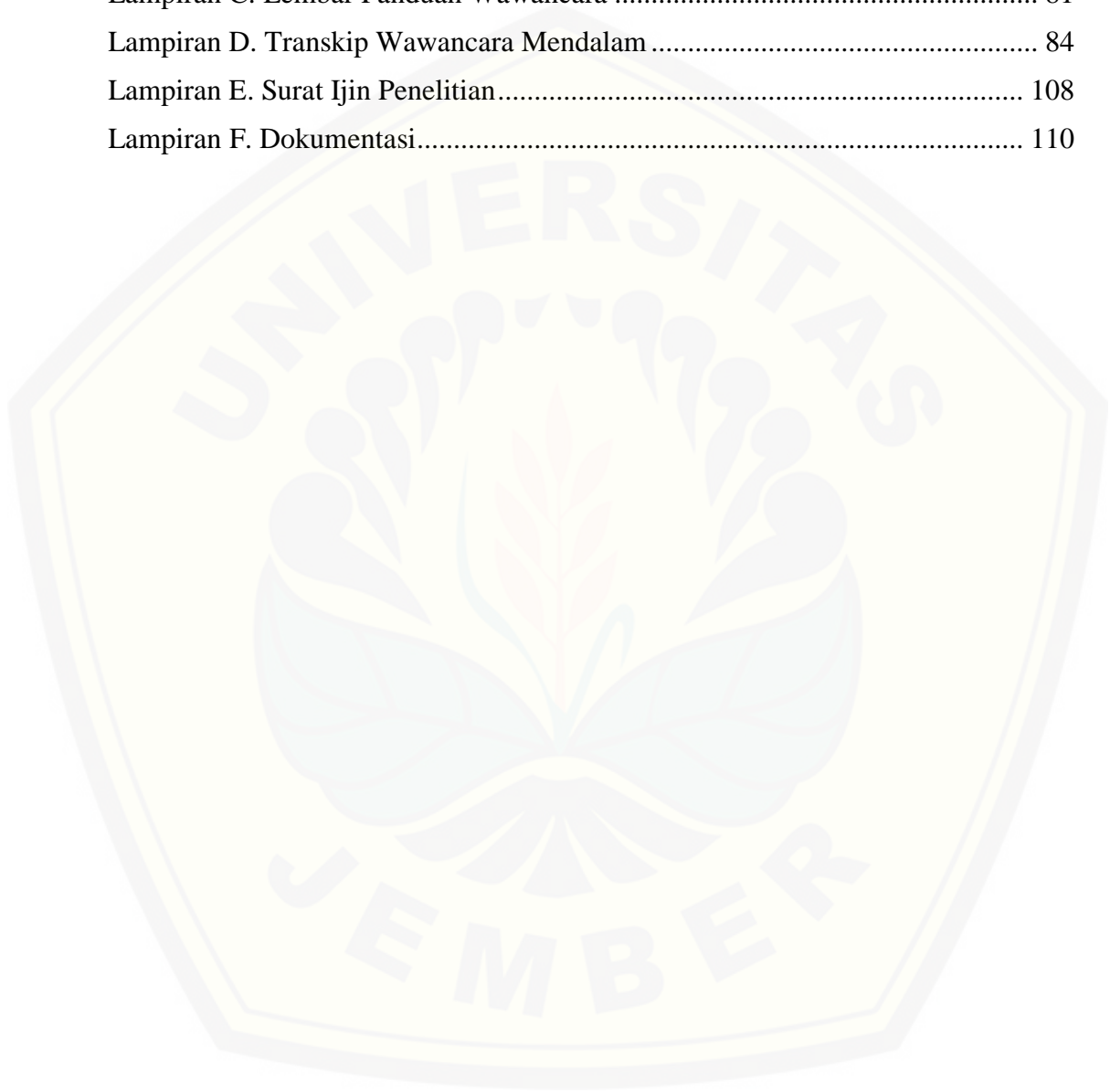
	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori Modifikasi Efisiensi Pelayanan Rawat Inap .....	18
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	33
Gambar 4.1 Struktur Organisasi RSD Balung .....	37
Gambar 4.2 Grafik <i>Barber-Johnson</i> Ruang Dahlia .....	44
Gambar 4.3 Grafik <i>Barber-Johnson</i> Ruang Perinatologi .....	46
Gambar 4.4 Grafik <i>Barber-Johnson</i> Ruang Nifas .....	48
Gambar 4.5 Grafik <i>Barber-Johnson</i> Ruang Obstetri& Ginekologi .....	50
Gambar 4.6 Grafik <i>Barber-Johnson</i> Ruang Anggrek .....	52
Gambar 4.7 Grafik <i>Barber-Johnson</i> Ruang Interna.....	54
Gambar 4.8 Grafik <i>Barber-Johnson</i> Ruang Bedah.....	56
Gambar 4.9 Grafik <i>Barber-Johnson</i> Ruang GMC .....	58
Gambar 4.10 Grafik <i>Barber-Johnson</i> Ruang ICU .....	60

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
Tabel 3.1 Definisi Operasional .....	23
Tabel 3.2 Fokus Penelitian.....	29
Tabel 4.1 Indikator Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Ruang Dahlia .....	43
Tabel 4.2 Indikator Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Ruang Perinatologi .....	45
Tabel 4.3 Indikator Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Ruang Nifas .....	47
Tabel 4.4 Indikator Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Ruang Obstetri & Ginekologi .....	49
Tabel 4.5 Indikator Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Ruang Anggrek.....	51
Tabel 4.6 Indikator Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Ruang Interna .....	53
Tabel 4.7 Indikator Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Ruang Bedah.....	55
Tabel 4.8 Indikator Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Ruang GMC.....	57
Tabel 4.9 Indikator Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Ruang ICU .....	59

**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
Lampiran A. Lembar Persetujuan .....	78
Lampiran B. Lembar Indikator Efisiensi Pelayanan Rawat Inap.....	79
Lampiran C. Lembar Panduan Wawancara .....	81
Lampiran D. Transkrip Wawancara Mendalam .....	84
Lampiran E. Surat Ijin Penelitian.....	108
Lampiran F. Dokumentasi.....	110



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Status kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh genetik, pelayanan kesehatan, perilaku sosial-budaya, dan lingkungan. Pelayanan kesehatan merupakan faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat karena keberadaan fasilitas kesehatan sangat menentukan dalam pelayanan pemulihan kesehatan, pencegahan terhadap penyakit, pengobatan dan keperawatan serta kelompok masyarakat yang memerlukan pelayanan kesehatan. Salah satu tujuan dari pembangunan kesehatan di Indonesia adalah upaya memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan dan sangatlah dibutuhkan. Pelayanan berkualitas ini harus dapat dilaksanakan di seluruh sarana pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta, sehingga diharapkan masyarakat akan lebih berminat untuk memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan mulai dari tingkat puskesmas, rumah sakit, dan sarana pelayanan kesehatan lainnya. Tidak sekedar berkualitas tetapi pelayanan kesehatan harus mampu efektif dan efisien.

Rumah sakit adalah instansi pelayanan kesehatan kepada masyarakat, dituntut untuk meningkatkan pengelolannya agar dapat bersaing dalam memberikan pelayanan. Terutama dalam era globalisasi dan era pasar bebas, dimana persaingan akan semakin ketat, menuntut semua bidang pembangunan mempersiapkan diri untuk menghadapi era tersebut. Rumah sakit dituntut untuk meningkatkan pengelolannya agar dapat bersaing dalam memberikan pelayanan. Rumah sakit merupakan bagian dari mata rantai rujukan pelayanan kesehatan yang memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat (Rustiyanto, 2010 : 53).

Rumah sakit merupakan institusi yang sangat kompleks, dinamis, kompetitif, padat modal, dan padat karya yang multi disiplin serta dipengaruhi lingkungan yang selalu berubah. Namun tetap dituntut untuk menjalankan misinya sebagai institusi pelayanan sosial dengan mengutamakan pelayanan kepada

masyarakat dan harus selalu memperhatikan prinsip-prinsip ekonomi. Rumah sakit harus mempunyai kemampuan pelayanan sekurang-kurangnya pelayanan medik umum, gawat darurat, pelayanan keperawatan, rawat jalan, rawat inap, operasi/bedah pelayanan medik spesialis dasar, penunjang medik, farmasi, gizi, sterilisasi, rekam medik, pelayanan administrasi dan manajemen, penyuluhan kesehatan masyarakat, pemulasaran jenazah, laundry, dan ambulance, pemeliharaan sarana rumah sakit, serta pengolahan limbah (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340 Tahun 2010).

Salah satu pelayanan yang diberikan dalam rumah sakit adalah rawat inap. Unit rawat inap merupakan unit dari rumah sakit yang memiliki peran cukup penting dalam pelayanan kesehatan untuk observasi, diagnosis, pengobatan atau upaya pelayanan kesehatan lainnya dengan cara menginap di rumah sakit. Melihat cukup pentingnya peran instalasi rawat inap ini dalam sebuah rumah sakit, maka diharapkan instalasi rawat inap ini memberikan kontribusi yang optimal. Ruang rawat inap rumah sakit dapat diuraikan dari beberapa aspek. Penampilan keprofesian atau aspek klinis, aspek ini menyangkut pengetahuan, sikap dan perilaku dokter dan perawat dan tenaga profesi lainnya. Efisiensi dan efektifitas, aspek ini menyangkut pemanfaatan semua sumber daya di rumah sakit agar dapat berdaya guna dan berhasil guna. Keselamatan pasien, aspek ini menyangkut keselamatan dan keamanan pasien. Kepuasan pasien, aspek ini menyangkut kepuasan fisik, mental, dan sosial pasien terhadap lingkungan rumah sakit, kebersihan, kenyamanan, kecepatan pelayanan, keramahan, perhatian, biaya yang diperlukan dan sebagainya (Sudra, 2010 : 44).

Efisiensi merupakan salah satu parameter/indikator kinerja yang secara teoritis mendasari seluruh kinerja suatu organisasi dalam hal ini adalah rumah sakit. Tanpa pengawasan terhadap efisiensi, masalah dapat muncul dari sisi manajemen yang berujung pada tindakan-tindakan penyimpangan. Begitu pula efisiensi dapat digunakan untuk mengalokasikan sumber daya dengan lebih tepat sasaran sehingga sumber daya yang datang dari pemegang saham dapat dimanfaatkan secara optimal (Hatta, 2008 : 46). Efisiensi mempengaruhi kesediaan masyarakat untuk membayar biaya perawatan rumah sakit. Jika masyarakat mempersepsi rumah sakit tidak efisien, masyarakat akan menghindari

penggunaannya karena khawatir hal ini berpengaruh pada kualitas pelayanan kesehatan yang diperolehnya.

Berdasarkan UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, setiap rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan rumah sakit dalam bentuk Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. Menurut Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis, dokumen rekam medis (DRM) adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan dan pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan. Manfaat data rekam medis untuk kepentingan internal manajerial rumah sakit misalnya laporan kunjungan pasien rawat jalan (baru/lama), laporan kunjungan pasien rawat inap (per jenis pelayanan, laporan statistik dasar rumah sakit (BOR, LOS, TOI, BTO, GDR, NDR, grafik *Barber-Johnson*), laporan kunjungan pasien IGD, dan laporan dari penunjang dapat memberikan informasi dan laporan bagi pihak rumah sakit untuk pengambilan keputusan, untuk perencanaan kebutuhan dan sarana pelayanan kesehatan, untuk evaluasi dan monitoring pelaksanaan dan kebijakan dan prosedur manajemen sumber data organisasi serta untuk pengembangan jenis pelayanan (Bere, 2014).

Penilaian efisiensi pelayanan berkaitan dengan pemanfaatan tempat tidur yang tersedia di rumah sakit, serta efisiensi pemanfaatan penunjang medik rumah sakit. Untuk menilai efisiensi rumah sakit, dapat dipergunakan grafik *Barber-Johnson*. Dalam grafik ini terdapat suatu daerah yang disebut dengan daerah efisiensi. Grafik *Barber-Johnson* sebagai salah satu indikator efisiensi pengelolaan rumah sakit berguna untuk membandingkan tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur, memonitor perkembangan target efisiensi penggunaan tempat tidur dan membandingkan tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur antar unit (Sudra, 2010 : 34). Disamping itu grafik ini merupakan salah satu prasyarat penilaian oleh Tim Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dengan menggunakan empat parameter yaitu *Bed Occupancy Ratio* (BOR), *Lenght Of Stay* (LOS), *Turn Over Interval* (TOI) dan *Bed Turn Over* (BTO). (Hatta, 2010 : 87).

BOR adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat

pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. LOS adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut. TOI adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Sementara BTO adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu.

Grafik *Barber-Johnson* adalah suatu grafik, yang dapat dengan jelas menganalisa dan sekaligus menyajikan efisiensi penggunaan tempat tidur baik dari segi mutu medis maupun ekonomis, dengan menampilkan keempat indikator tersebut, yakni BOR, LOS, TOI dan BTO dalam satu titik yang terdapat dalam grafik dua dimensi, yaitu sebagai absis adalah TOI sedangkan ordinatnya adalah LOS. Kelebihan dalam menggunakan Grafik *Barber-Johnson* yaitu keempat parameter BOR, LOS, TOI dan BTO bisa bersatu dalam satu titik dan juga dapat mengecek apabila terjadi kesalahan apabila keempat parameter tidak bertemu dalam satu titik. Untuk mengukur apakah rumah sakit itu efisien atau tidak dengan melihat *Barber-Johnson*. Apabila titiknya berada di daerah efisien maka rumah sakit tersebut sudah efisien, tetapi apabila titik – titiknya berada di luar daerah efisien maka rumah sakit tersebut dikatakan tidak efisien. Untuk dapat mencapai batas efisien yang diharapkan, maka rumah sakit perlu membenahi system pengelolaan rumah sakitnya (Soejadi, 1996 : 33).

Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung Kabupaten Jember merupakan salah satu dari tiga rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Jember yang terklasifikasi sebagai Rumah Sakit Kelas C. Visi RSD Balung Kabupaten Jember adalah “Terwujudnya Rumah Sakit Balung yang Prima, Profesional, dan Modern di Bidang Pelayanan Kesehatan”. Visi tersebut kemudian dijabarkan dalam misi RSD Balung Kabupaten Jember yang salah satunya adalah melaksanakan pendidikan dan penelitian secara terpadu untuk menunjang pelayanan yang prima (Data Sekunder Rumah Sakit Daerah Balung). Pelayanan prima bidang kesehatan dalam instruksi Menetri Kesehatan Republik Indonesia No. 828/MENKES/VII/1999 tentang Pelaksanaan Pelayanan Prima Bidang Kesehatan

dijelaskan berdasarkan aspek yang salah satunya adalah aspek efisiensi (Wijono, 1999 : 256). Sementara untuk efisiensi dapat diukur dengan empat indikator yang sudah dijelaskan.

Berdasarkan data sekunder RSD Balung pada tahun 2013-2015 angka BOR adalah 42,3%, 28,12%, 27,91%. Angka LOS adalah 3, 3, 4 (hari). Angka TOI adalah 4, 6, 7 (hari). Dan angka BTO adalah 59, 43, 32 (kali). Padahal standar ideal menurut *Barry Barber* dan *David Johnson* untuk BOR adalah 70-85%, LOS adalah 3-12 hari, TOI adalah 1-3 hari, dan BTO minimal 30 kali (Wijono, 1999 : 234). Pada kasus tersebut tahun 2015 dua satu indikator yang memenuhi standar yang telah ditetapkan, sisanya tidak sesuai harapan. Padahal semua indikator tersebut saling berhubungan dan berada dalam satu titik berdasarkan teori yang ada. Empat indikator tersebut merupakan hasil akumulasi dari seluruh (sembilan) ruangan rawat inap Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember. Maka dari itu perlu adanya penilaian daerah efisiensi setiap ruangan untuk mengetahui seberapa efisien, dikarenakan kemungkinan terjadi perbedaan efisiensi tiap ruangan sehingga perlu diadakan analisis berdasarkan *input* yang ada.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan, maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana analisis efisiensi pelayanan rawat inap Rumah Sakit Daerah Balung Tahun 2015 Melalui Pendekatan *Barber-Johnson*?

## 1.3 Tujuan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah menganalisis efisiensi pelayanan rawat inap Rumah Sakit Daerah Balung Tahun 2015 Melalui Pendekatan *Barber-Johnson*.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis *Bed Occupancy Rate* (BOR) di setiap ruang rawat inap yang ada di Rumah Sakit Daerah Balung Tahun 2015.



2. Menganalisis *Length Of Stay* (LOS) di setiap ruang rawat inap yang ada di Rumah Sakit Daerah Balung tahun 2015.
3. Menganalisis *Turn Over Interval* (TOI) di setiap ruang rawat inap yang ada di Rumah Sakit Daerah Balung tahun 2015.
4. Menganalisis *Bed Turn Over* (BTO) di setiap ruang rawat inap yang ada di Rumah Sakit Daerah Balung tahun 2015.
5. Menganalisis efisiensi pelayanan rawat inap setiap ruang rawat inap di Rumah Sakit Daerah Balung tahun 2015.
6. Menganalisis faktor penyebab capaian indikator-indikator efisiensi pelayanan rawat inap (BOR, LOS, TOI, dan BTO) Rumah Sakit Daerah Balung tahun 2015.

#### **1.4 Manfaat**

##### **1.4.1 Bagi Pengembang Keilmuan**

Manfaat penelitian ini diharapkan dapat menjelaskan penilaian pelayanan efisiensi rawat inap dengan pendekatan *Barber-Johnson* yang masih belum banyak diketahui.

##### **1.4.2 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat guna menambah referensi dalam pengembangan ilmu pengetahuan bidang administrasi dan kebijakan kesehatan, terutama mengenai efisiensi pelayanan rawat inap melalui pendekatan *Barber-Johnson*.

##### **1.4.3 Bagi Rumah Sakit Daerah Balung**

Hasil penelitian ini dapat menjadi landasan bagi pimpinan Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember untuk membuat perencanaan untuk meningkatkan pelayanan rawat inap yang lebih efisien dan diharapkan rumah sakit dapat meningkatkan mutu pelayanan medis dan pendayagunaan sarana yang ada.

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Rumah Sakit

#### 2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat yaitu keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan social ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009).

Dalam Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tugas rumah sakit yaitu memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Rumah sakit juga memiliki fungsi diantaranya sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan penelitian sumberdaya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Rumah sakit dapat dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya. Berdasarkan jenis pelayan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah sakit khusus memberikan pelayanan utama pada suatu bidang atay satu

jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya. Berdasarkan pengelolaannya Rumah Sakit dapat dibagi menjadi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit privat (Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009).

Rumah Sakit publik dapat dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Rumah Sakit publik yang dikelola Pemerintah dan Pemerintah Daerah diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah Sakit publik yang dikelola Pemerintah dan Pemerintah Daerah tidak dapat dialihkan menjadi Rumah Sakit privat. Rumah Sakit privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero. Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan Rumah Sakit. Klasifikasi Rumah Sakit umum terdiri atas Rumah Sakit umum kelas A, B, C, dan D. Sementara klasifikasi rumah sakit khusus terdiri dari rumah sakit khusus kelas A, B, dan C (Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009).

Rumah sakit juga memiliki fasilitas berupa rekam medis. Berdasarkan penelitian sebelumnya (Lestari, 2013) dalam jurnalnya menyebutkan bahwa rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien menurut Permenkes RI No. 269/ Menkes/ PER/ III/ 2008. Rekam Medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnese penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (Rustiyanto. E, 2010 : 77). Sedangkan menurut Huffman Ek (1992), rekam medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan yang memuat pengetahuan mengenai pasien dan pelayanan yang diperolehnya serta memuat informasi yang cukup untuk menemukan (mengidentifikasi) pasien, membenarkan diagnosis dan pengobatan serta merekam hasilnya.

Rumah sakit sebagai suatu badan usaha, tentu mempunyai misi tersendiri sama seperti badan usaha lainnya. Produk utama rumah sakit adalah (a) Pelayanan Medis, (b) Pembedahan, dan (c) Pelayanan perawatan orang sakit, sedangkan sasaran utamanya adalah perawatan dan pengobatan nyawa dan kesehatan para penderita sakit. Namun perkembangan berikutnya bahwa rumah sakit harus mampu mendapatkan penghasilan (bukan keuntungan), untuk mempertahankan kelangsungan hidup dan perkembangannya. Hal tersebutlah yang akhirnya memperluas kegiatan rumah sakit dalam memberikan pelayanan medis kepada pasien (Yudhy, 2006).

Sebagai salah satu bagian dari rumah sakit, maka Unit Rawat inap di rumah sakit juga perlu memperhatikan penghasilan sebagai sasaran yang harus dicapai, disamping tetap menjalankan perawatan orang sakit sebagai fungsi utama. Hal ini mengakibatkan diperlukan manajemen yang baik sehingga setiap jasa maupun barang yang diberikan kepada pasien harus dapat memberikan penghasilan bagi Rumah Sakit pada umumnya. Jumlah pasien yang dilayani di rawat inap, tergantung dari jumlah tempat tidur yang disediakan. Hal ini karena pasien rawat inap membutuhkan tempat tidur sebagai tempat perawatannya. Oleh karena pelayanan yang diberikan harus berdasarkan pada optimalisasi sarana yang ada, maka penempatan tempat tidur disetiap bangsal harus diperhatikan sungguh sungguh agar jangan terlalu *over loaded* ataupun tidak pernah dipakai. Untuk alasan yang pertama hal tersebut akan mengakibatkan mutu pelayanan medis menjadi berkurang, dimana dalam kondisi yang padat pasien dapat menurunkan mutu sanitasi ruangan. Sedangkan alasan kedua, terjadi pemborosan biaya bila tingkat utilitas tempat tidur yang disediakan sangat rendah, apalagi tidak pernah digunakan. Kedua hal tersebut dapat menjadi ancaman efisiensi pelayanan medis karena ada biaya yang hilang tanpa menghasilkan sesuatu (Yudhy, 2006).

### 2.1.2 Rawat Inap

Rawat inap adalah pemeliharaan kesehatan rumah sakit dimana penderita tinggal/mondok sedikitnya satu hari berdasarkan rujukan dari pelaksanaan pelayanan kesehatan atau rumah sakit pelaksana pelayanan kesehatan lain. Rawat inap adalah pelayan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medis, dengan menginap di ruang rawat

inap pada saran kesehatan rumah sakit pemerintah dan swasta serta puskesmas perawatan dan rumah bersalin, yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap. Di dalam ruang perawatan terdapat pelayanan sebagai berikut:

a. Pelayanan tenaga medis

Tenaga medis adalah ahli kedokteran yang fungsi utamanya memberikan pelayanan medis kepada pasien dengan mtu sebaik-baiknya dengan menggunakan tata cara dan teknik berdasarkan ilmu kedokteran dan etik yang berlaku serta dapat dipertanggungjawabkan (Profil Kesehatan Indonesia, 2008). Tenaga medis ini dapat sebagai dokter umum maupun dokter spesialis yang terlatih dan diharapkan memiliki rasa pengabdian yang tinggi dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

b. Pelayanan tenaga para medis

Pekerjaan dari pelayanan perawatan adalah memberikan pelayanan kepada penderita dengan baik, yaitu memberikan petolongan dengan dilandasi keahlian, kepada pasien-pasien yang mengalami gangguan fisik dan gangguan kejiwaan orang dlam masa penyembuhan dan orang-orang yang ynag kurang sehat dan kurang kuat. Dengan pertolongan tersebut mereka yang membutuhkan pertolongan mampu belajar sendiri untuk hidup dengan keterbatasan yang ada dalam lingkungannya.

c. Lingkungan fisik ruang perawatan

Lokasi atau lingkungan rumah sakit harus tenang, nyaman, aman, terhindari dari pencemaran, selalu dalam keadaan bersih. Ruangnya yang terdiri dari lantai dan dinding bersih, penerangan yang cukup, tersedia tempat sampah, bebas bau yang tidak sedap. Bebas dari gangguan serangga, tikus, dan binatang pengganggu lainnya. Lubang ventilasi yang cukup, menjamin pergantian udara dalam kamar dengan baik. Atap langit-langit dan pintu sesuai syarat yang telah ditentukan. Untuk menjaga dan memelihara kondisi ini, bukan hanya tugas pimpinan tapi menjadi tugas semua karyawan rumah sakit termasuk pasien dan pengunjung. Dengan demikian akan diperoleh suasana yang nyaman, asri, aman, tenteram, bebas dari segala gangguan sehingga dapat memberikan kepuasan pasien dalam membantu proses penyembuhan penyakitnya.

d. Pelayanan penunjang medis

Umumnya pasien rawat inap merasa puas bila seluruh pemeriksaan dan pengobatan sudah disiapkan oleh rumah sakit. Demikian juga kebutuhan-kebutuhan mendadak seperti alat-alat selau sudah tersedia dan siap pakai.

e. Pelayanan administrasi dan keuangan

Untuk pasien umum, dibagian ini dilakukan prosedur penerimaan uang muka perawatan, penagihan berkala dan penyelesaian rekening pada saat pasien akan keluar dari rumah sakit. Untuk penyelesaian rekening, kuitansi harus dibuat rinci atas biaya pengobatan, pemeriksaan dan perawatan yang diperoleh pasien selama di rumah sakit.

Pelayanan rawat inap memiliki sebuah statistic yang digunakan untuk memantau kegiatan yang ada di unit rawat inap, yang juga di gunakan untuk menilai dan mengevaluasi kegiatan yang ada di unit rawat inap untuk perencanaan maupun laporan pada instansi vertikal. Data yang di olah di unit rawat inap di sesuaikan dengan kebutuhan data dan informasi oleh manajemen maupun kebutuhan laporan ke instansi diatasnya (Depkes), misalnya:

1. Data kunjungan pasien
2. Data rujukan
3. Data pembayaran
4. Data tindakan pasien

Data diatas dapat di peroleh dari pencatatan yang ada di unit rawat inap seperti pada:

1. Sensus Harian Rawat Inap

Sensus Harian Rawat Inap adalah kegiatan perhitungan pasien rawat inap yang dilakukan setiap hari pada suatu ruang rawat inap. Kegunaannya antara lain adalah:

- a. Mengetahui jumlah pasien masuk, jumlah pasien keluarrumah sakit (hidup dan mati).
- b. Mengetahui tingkat penggunaan tempat tidur.
- c. Menghitung penyediaan sarana atau fasilitas pelayanan kesehatan.

## 2. Rekapitulasi Sensus Harian Rawat Inap

Rekapitulasi Sensus Harian Rawat Inap adalah formulir yang digunakan untuk menghitung dan merekap pasien rawat inap setiap hari yang diterima dari masing-masing bangsal rawat inap. Kegunaannya antara lain adalah:

- a. Mengetahui jumlah pasien di rawat pada hari yang bersangkutan.
- b. Mengetahui tingkat penggunaan tempat tidur.
- c. Merupakan data dasar mengetahui pasien dirawat pada hari yang bersangkutan yang harus di kirim kepada manajemen Rumah Sakit di bidang perawatan dan unit lain yang membutuhkan.

## 3. Rekapitulasi Bulanan Rawat Inap

Rekapitulasi Bulanan Rawat Inap adalah formulir yang digunakan untuk menghitung dan merekap pasien rawat inap selama sebulan yang diterima dari masing-masing bangsal rawat inap. Kegunaannya antara lain adalah:

- a. Mengetahui jumlah pasien dirawat selama periode satu bulan dan satu triwulan.
- b. Mengetahui tingkat penggunaan tempat tidur selama periode bulanan dan triwulanan.
- c. Merupakan data dasar mengenai pasien rawat inap yang perlu dilaporkan.

## 4. Laporan Triwulan (RL)

Laporan Triwulan di gunakan untuk mengetahui pelayanan unit rawat inap, maka data diatas diolah dalam bentuk pemantauan bulanan, triwulan, dan tahunan sesuai dengan kebutuhan manajemen Rumah Sakit maupun pelaporan kepada Dinas Kesehatan. Pengelolaan data statistik menggunakan indikator untuk memudahkan penilaian dan pengambilan kebijakan. Beberapa indikator yang digunakan di unit rawat inap antara lain BOR, LOS, TOI, BTO, NDR, dan GDR (Ajeng, 2013).

Pembagian ruang rawat inap berdasarkan pedoman teknis bangunan rumah sakit rawat inap kementerian kesehatan yaitu:

1. Untuk ruang perawatan VIP yaitu 18 m<sup>2</sup>/ tempat tidur;
2. Untuk ruang perawatan kelas I yaitu 12 m<sup>2</sup>/ tempat tidur;

3. Untuk ruang perawatan kelas II yaitu  $10 \text{ m}^2$ / tempat tidur;
4. Untuk ruang perawatan kelas III yaitu  $7,2 \text{ m}^2$ / tempat tidur (Direktorat Bina Pelayanan Penunjang Medik dan Sarana Kesehatan, 2012).

## 2.2 Efisiensi Pelayanan Rawat Inap

Untuk merumuskan dan memberi batasan secara tepat tentang efisiensi, pengertian efisiensi yang diteropong dari empat sudut seperti berikut:

1. Efisiensi dalam ilmu teknik adalah buah pikiran seorang homo technicus, seorang manusia teknika. Efisiensi adalah ratio (perbandingan) antara efek yang tercapai secara riil dan efek yang secara teoritis dapat dicapai.
2. Efisiensi dalam ilmu ekonomi adalah keseimbangan yang paling baik antara output dan input, antara hasil dan biaya (ongkos) dan sebagainya.
3. Efisiensi dalam ilmu sosial adalah keseimbangan yang sebaik-baiknya antara tingkat rasa puas atau hasil dan derita-derita serta jerih payah (telah) harus dialami guna memperoleh hasil tersebut.
4. Efisiensi dalam ilmu administrasi adalah paduan dari pada pengertian efisiensi dalam ilmu teknik, ekonomi, dan sosial tersebut diatas.
5. Efisiensi pengelolaan Rumah Sakit secara garis besar dapat dilihat dari dua segi, yaitu segi medis meninjau efisiensi dari sudut mutu pelayanan medis dan dari segi ekonomi meninjau efisiensi dari sudut pendayagunaan sarana yang ada (Soejadi, 1996 : 38).

Efisiensi pelayanan rawat inap merupakan penilaian terhadap pemanfaatan tempat tidur yang disediakan agar sesuai dengan tujuan pemanfaatannya berdasarkan jumlah pasien dan jumlah tenaga medis yang bekerja di ruang rawat inap. Penilaian efisiensi rawat inap dapat menggunakan beberapa metode yaitu metode Data Envelopment Analysis dan metode berdasarkan teori *Barber-Johnson*. Efisiensi pelayanan rawat inap menggunakan teori *Barber-Johnson* merupakan salah satu prasyarat oleh tim Akreditasi Rumah sakit (Gemala, 2010).

Efisiensi Metode DEA (*Data Envelopment Analysis*) pertama kali diperkenalkan oleh Charnes, Cooper dan Rhodes pada tahun 1978 dan 1979. Semenjak itu pendekatan dengan menggunakan DEA ini banyak digunakan di dalam penelitian-penelitian operasional dan ilmu manajemen. Pendekatan DEA



lebih menekankan pendekatan yang berorientasi kepada tugas dan lebih memfokuskan kepada tugas yang penting, yaitu mengevaluasi kinerja dari unit pembuat keputusan/UPK (*decision making units*). Analisis yang dilakukan berdasarkan kepada evaluasi terhadap efisiensi relatif dari UPK yang sebanding. Selanjutnya UPK-UPK yang efisien tersebut akan membentuk garis frontier. Jika UPK berada pada garis frontier, maka UPK tersebut dapat dikatakan efisien relatif dibandingkan dengan UPK yang lain dalam Peer Group-nya. Selain menghasilkan nilai efisiensi masing-masing UPK, DEA juga menunjukkan unit-unit yang menjadi referensi bagi unit-unit yang tidak efisien (Aidil, 2007).

Model metode analisis efisiensi DEA yang digunakan dalam penilaian efisiensi di rawat inap rumah sakit yaitu model DEA CRS primal. Model DEA CRS primal yaitu model DEA yang memiliki performansi secara tepat dari cabang terbaik. Faktor yang mendapat nilai bobot yang kecil berarti memiliki pengaruh yang kecil pula terhadap produktivitas. Kemudian dibentuk Peer Group untuk menentukan arahan perbaikan produktivitas bagi UPK (pelayanan rawat inap) yang tidak efisien dan sebagai salah satu teknik perbaikan origin DEA. Setelah menentukan variabel lalu dianalisis korelasi faktor menggunakan software SPSS dengan metode Correlate Bivariate dengan parameter yang digunakan Pearson Correlation. Variabel yang digunakan dalam menggunakan metode ini yaitu:

- a. Variabel Input meliputi jumlah dokter, jumlah perawat, jumlah paramedis, jumlah teknisi, jumlah staff administrasi, jumlah staff lain, jumlah tempat tidur, jumlah alat, jumlah biaya operasional.
- b. Variabel Output meliputi jumlah keseluruhan pasien rawat inap di rumah sakit per klinik/pelayanan (Aidil, 2007).

Sedangkan metode teori *Barber-Johnson* menyatakan bahwa Efisiensi pengelolaan rumah sakit secara garis besar dapat dilihat dari dua segi, yaitu segi medis meninjau efisiensi dari sudut mutu pelayanan medis dan dari segi ekonomi meninjau efisiensi dari sudut pendayagunaan sarana yang ada (Soejadi, 1996 : 34). Metode perhitungan efisiensi teori *Barber-Johnson* memiliki kelebihan dibandingkan dengan metode metode Data Envelopment Analysis yaitu perhitungan teori *Barber-Johnson* lebih mudah dilakukan karena hanya mengambil data-data yang berhubungan langsung dengan rawat inap dan pasien

tanpa perlu menghitung analisis biaya satuan seperti yang digunakan dalam metode Data Envelopment Analysis. Disamping itu, metode teori *Barber-Johnson* tidak memerlukan unit pembanding dari rumah sakit lain seperti yang digunakan oleh metode Data Envelopment Analysis yang memerlukan pembanding dari unit sejenis (pelayanan rawat inap) dari rumah sakit lain. Parameter yang umum digunakan untuk mengukur efisiensi rumah sakit adalah *Bed Occupancy Rate (BOR)*, *Length Of Stay (LOS)*, *Bed Turn Over (BTO)*, dan *Turn Over Interval (TOI)*.

a. Bed Occupancy Rate (BOR)

$$\text{BOR} = \frac{\text{HP}}{\text{TT} \times \text{Per}} \times 100\%$$

HP: Jumlah Hari Perawatan

TT: Jumlah Tempat Tidur

Per: Periode Tertentu (biasanya satu tahun)

Standar nilai BOR menurut *Barber-Johnson* adalah 75% - 85%

b. Length Of Stay (LOS)

$$\text{LOS} = \frac{\text{HP}}{\text{D}}$$

HP: Jumlah Hari Perawatan

D: Jumlah Pasien Keluar (hidup + mati)

Standar nilai LOS menurut *Barber-Johnson* adalah 3-12 hari

c. Bed Turn Over (BTO)

$$\text{BTO} = \frac{\text{D}}{\text{TT}}$$

D = Jumlah Pasien Keluar (hidup + mati)

TT: Jumlah Tempat Tidur

Standar nilai BTO menurut *Barber-Johnson* adalah minimal 30 kali.

d. Turn Over Interval (TOI)

$$\text{TOI} = \frac{(\text{A} - \text{O}) \times \text{Per}}{\text{D}}$$

A = Tempat Tidur Siap Pakai

O = Tempat Tidur Terisi

Per: Periode Tertentu (biasanya satu tahun)

D = Jumlah Pasien Keluar (hidup + mati)

Standar nilai TOI menurut *Barber-Johnson* adalah 1-3 hari

## 2.3 Teori *Barber-Johnson*

### 2.3.1 Konsep *Barber-Johnson*

*Barry Barber* dan *David Johnson* pada tahun 1973 berhasil menciptakan suatu metode yang digambarkan dalam sebuah grafik yang secara visual dapat menyajikan dengan jelas tingkat efisiensi pelayanan rawat inap rumah sakit. Konsep *Barber-Johnson* di negara-negara maju digunakan dalam manajemen rumah sakit untuk menilai efisiensi manajemen perawatan. Indikator-indikator yang digunakan meliputi angka hunian penderita rawat inap (*Bed Occupancy Rate* = BOR), lama rata-rata perawatan penderita di rumah sakit (*Length Of Stay* = LOS), frekuensi penggunaan tempat tidur rata-rata/tahun oleh berbagai penderita (*Bed Turn Over* = BTO), maupun rata-rata lama sebuah tempat tidur berada dalam Nilai kosong (*Turn Over Interval* = TOI) (Gemala, 2010). Konsep *Barber-Johnson* dapat digambarkan melalui suatu standar grafik dengan daerah penilaian efisiensi yang sudah ditetapkan oleh dua indikator (TOI dan LOS) secara korelatif menurut tingkat BOR dan BTO.

### 2.3.2 Makna Grafik *Barber-Johnson*

Penciptaan grafik *Barber-Johnson* merupakan suatu usaha untuk mendayagunakan statistic rumah sakit dalam rangka memenuhi kebutuhan pihak manajemen akan indikator efisiensi pengelolaan rumah sakit. Makna grafik *Barber-Johnson* yaitu:

1. Makin dekat grafik BOR dengan Y ordinat, maka BOR makin tinggi.
2. Makin dekat grafik BTO dengan titik sumbu, maka BTO makin tinggi jumlahnya.
3. Menurut Ery (2009 : 27), jika rata-rata *turn over interval* tetap, tetapi *length of stay* berkurang, maka *percentage bed occupancy* akan menurun.
4. Bilamana *turn over interval* tinggi, kemungkinan disebabkan karena organisasi yang kurang baik, kurang permintaan (*demand*) akan tempat tidur atau kebutuhan tempat tidur darurat (*the level and pattern of emergency bed requirements*). *Turn over interval* yang tinggi dapat

diturunkan dengan mengadakan perbaikan organisasi, tanpa mempengaruhi *length of stay*.

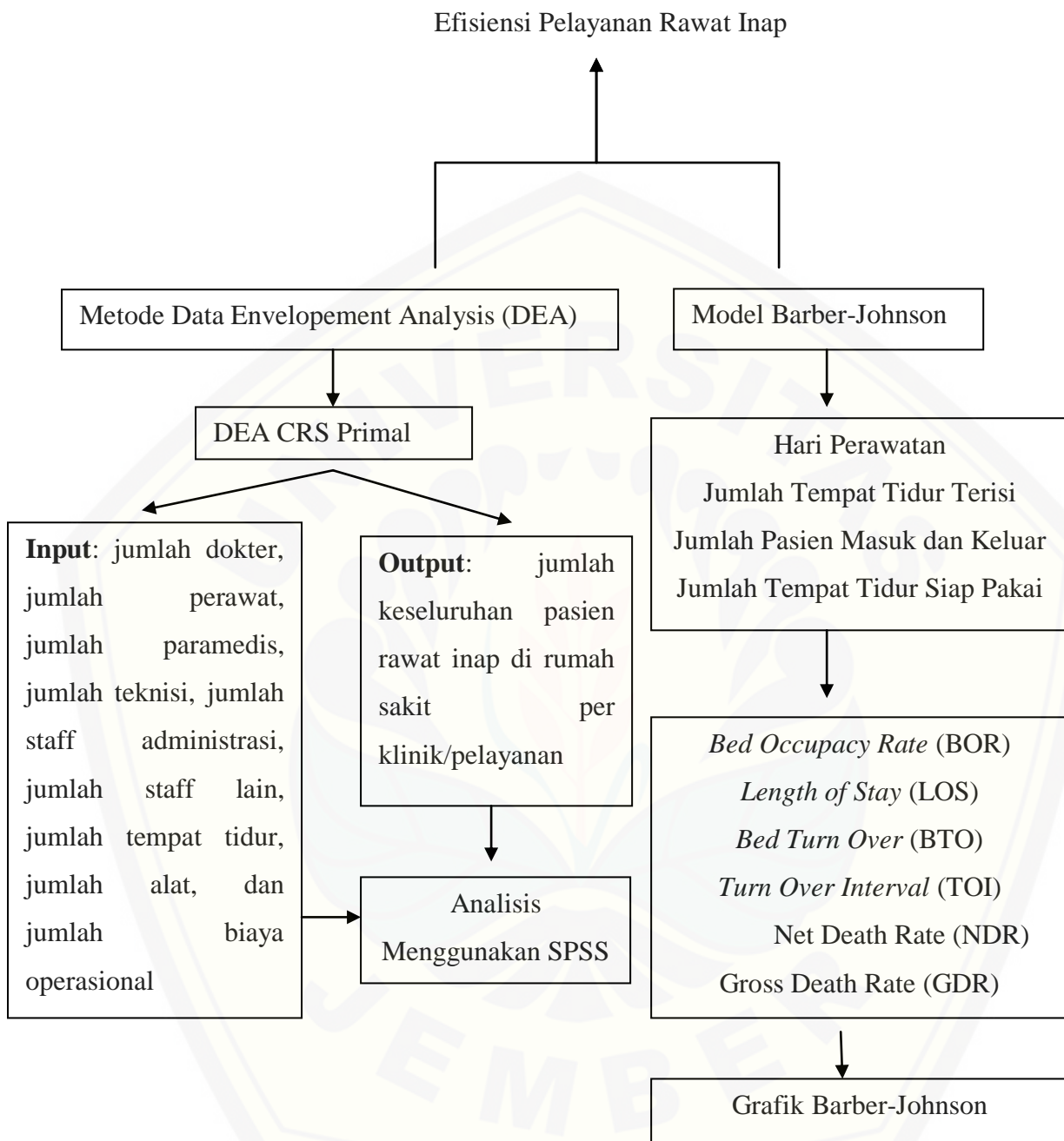
5. Bertambahnya *length of stay* disebabkan karena kelambanan administrasi (*administrasi delays*) di rumah sakit, kurang baiknya perencanaan dalam memberikan pelayanan kepada pasien (*patient scheduling*) atau kebijaksanaan di bidang medis (*medical policy*) (Soejadi, 1996 : 41).

### 2.3.3 Guna grafik *Barber-Johnson*

Grafik *Barber-Johnson* bermanfaat untuk mengadakan perbandingan atau dapat digunakan sebagai pembantu untuk menganalisa, menyajikan dan mengambil keputusan mengenai (Wijono, 1999 : 222) :

1. Membandingkan perkembangan pelayanan kesehatan rumah sakit dari tahun ke tahun yang dapat dilihat dari grafik LOS, TOI, BOR, dan bidang efisiensi.
2. Mengetahui dengan cepat efisiensi suatu fasilitas kesehatan dengan melihat posisinya terhadap bidang (daerah) efisien, yaitu BOR 75%, TOI minimal 1 hari dan maksimal 3 hari.
3. Membandingkan efisiensi suatu rumah sakit (fasilitas kesehatan) yang satu dengan yang lain.

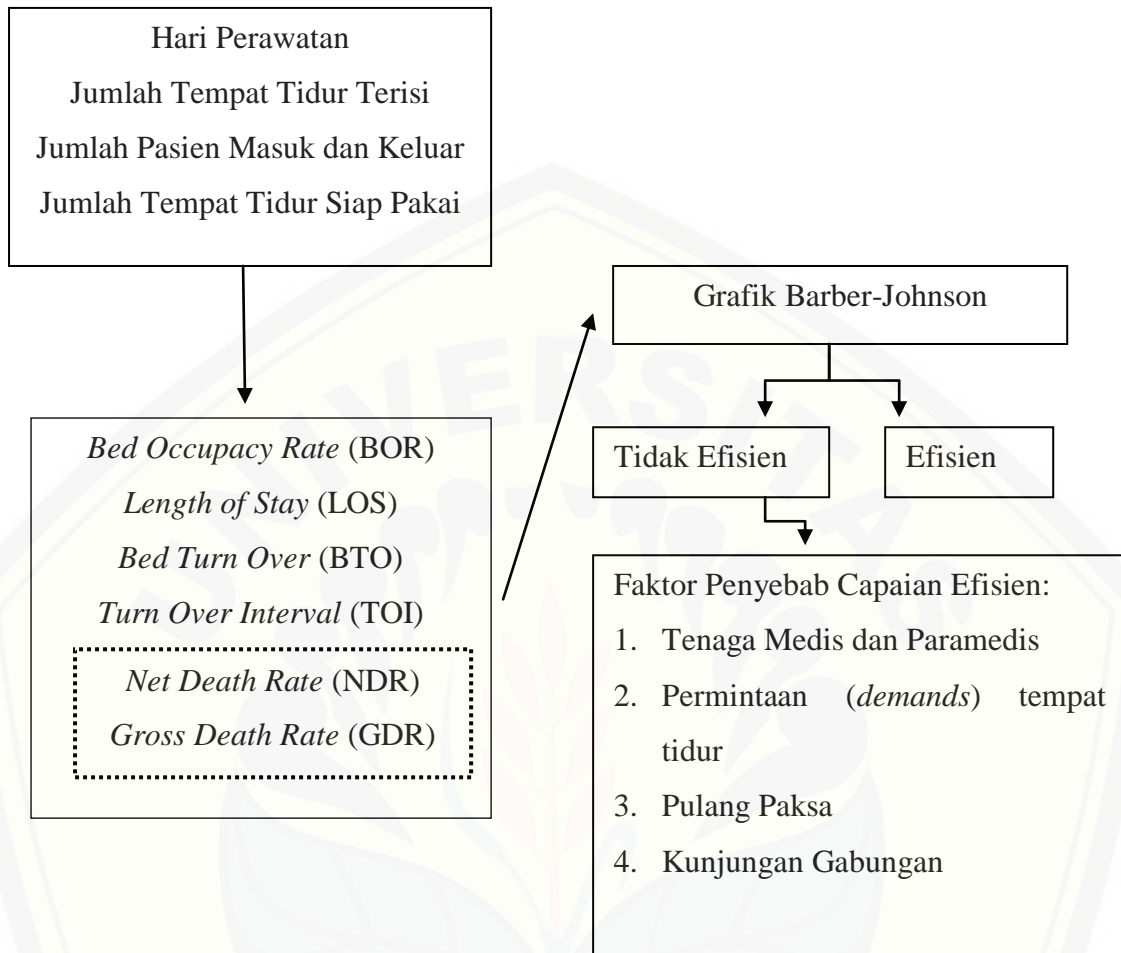
## 2.4 Kerangka Teori



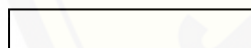
Gambar 2.1 Kerangka Teori Modifikasi Efisiensi Pelayanan Rawat Inap

Sumber: Barry Barber dan David Johnson (1973) dalam (Soejadi, 1996), (Chooper, 2002) dalam Ramadany (2009), dan (Wijono, 1999).

2.5 Kerangka Konsep



Keterangan:



: Diteliti



: Tidak Diteliti

Evaluasi pelayanan rawat inap dapat dilihat dari dimensi efisiensi, karena dimensi ini berkaitan dengan aspek pelayanan medis dan aspek ekonomi yang mudah diteliti dengan pengamatan dan perhitungan data di rumah sakit. Upaya mempermudah pemahaman dalam mengetahui efisiensi pelayanan rawat inap di RSD Balung, maka peneliti membuat kerangka konsep yang diambil dari teori Barber-Johnson. Peneliti memfokuskan pengukuran indikator menurut teori Barber-Johnson yaitu adanya sebuah grafik yang saling berkaitan antara keempat indikator penilaian sehingga penilaian efisiensi dapat dilihat secara menyeluruh.

Grafik *Barber-Johnson* dapat membantu manajemen rumah sakit dalam pengambilan suatu kebijakan mengenai pelayanan rawat inap. Berdasarkan hal tersebut peneliti membuat sebuah kerangka konsep dengan menggunakan teori *Barber-Johnson* yang menggunakan empat indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR), *Length of Stay* (LOS), *Bed Turn Over* (BTO), dan *Turn Over Interval* (TOI) sebagai indikator penilaian efisiensi pelayanan rawat inap. Metode teori *Barber-Johnson* sangat mudah untuk digunakan dalam penelitian dan tidak memerlukan waktu yang cukup lama untuk perhitungan efisiensi di pelayanan rawat inap. Salah satu keunggulan metode *Barber-Johnson* yaitu dipakai sebagai indikator dalam penilaian akreditasi oleh KARS (Komite Akreditasi Rumah Sakit).

### BAB 3. METODE PENELITIAN

#### 3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan oleh penulis adalah menggunakan penelitian gabungan (*mixed methods*). *Mixed method* menggunakan dua atau lebih metode yang diambil dari dua pendekatan yang berbeda untuk menghasilkan fakta yang lebih komprehensif dalam meneliti masalah penelitian, karena peneliti ini memiliki kebebasan untuk menggunakan semua alat pengumpul data sesuai dengan jenis data yang dibutuhkan. Sedangkan kuantitatif atau kualitatif hanya terbatas pada jenis alat pengumpul data tertentu saja. *Mixed Method* adalah metode yang memadukan pendekatan kualitatif dan kuantitatif dalam hal metodologi (seperti dalam tahap pengumpulan data), dan kajian model campuran memadukan dua pendekatan dalam semua tahapan proses penelitian (Sarwono, 2011).

*Mixed Method* juga disebut sebagai sebuah metodologi yang memberikan asumsi filosofis dalam menunjukkan arah atau memberi petunjuk cara pengumpulan data dan menganalisis data serta perpaduan pendekatan kuantitatif dan kualitatif melalui beberapa fase proses penelitian. Strategi metode campuran yang digunakan dalam penelitian ini adalah urutan analisis kuantitatif dan kualitatif, tujuan strategi ini adalah untuk mengidentifikasi komponen konsep (subkonsep) melalui analisis data kuantitatif dan kemudian mengumpulkan data kualitatif guna memperluas informasi yang tersedia. Intinya adalah untuk menyatukan data kuantitatif dan data kualitatif agar memperoleh analisis yang lebih lengkap (Arikunto, 2006 : 129).

Penelitian ini menggunakan jenis rancangan *sequential explanatory* yaitu rancangan penelitian yang dicirikan dengan pengumpulan data dan analisis data kuantitatif pada tahap pertama, dan diikuti dengan pengumpulan dan analisis data kualitatif pada tahap kedua, guna memperkuat hasil penelitian kuantitatif yang dilakukan pada tahap pertama. Penelitian ini digunakan untuk menganalisis efisiensi pelayanan rawat inap RSD Balung tahun 2015 melalui pendekatan *Barber-Johnson*. Pada penelitian tahap I dilakukan penelitian kuantitatif untuk



memberikan gambaran atau penjelasan tentang efisiensi pelayanan rawat inap di setiap ruangan dengan memanfaatkan data sekunder dari RSD Balung tahun 2015. Sementara untuk pendekatan kualitatif untuk menganalisis faktor apa saja yang dapat mempengaruhi efisiensi pelayanan rawat inap di setiap ruangan RSD Balung tahun 2015.

### **3.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di seluruh ruangan pelayanan rawat inap RSD Balung Kabupaten Jember yang dilakukan pada bulan April - Mei 2016.

### **3.3 Penelitian Tahap I**

Penelitian tahap I merupakan pendekatan penelitian kuantitatif dengan jenis deskriptif, berikut bagaian-bagian pada penelitian tahap I:

#### **3.3.1 Unit Analisis**

Unit analisis penelitian ini adalah seluruh ruangan rawat inap di RSD Balung Kabupaten Jember yang berjumlah sembilan ruangan. Sembilan ruangan tersebut terdiri dari ruang anak/dahlia, perinatologi, nifas, obstetri & ginekologi, kelas I/angrek, interna, bedah, GMC, dan ICU.

#### **3.3.2 Definisi Operasional**

Definisi operasional merupakan suatu definisi yang diberikan kepada variabel atau konstruk dengan cara memberikan arti atau mespesifikasi kegiatan ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur konstruk atau variabel tersebut (Nazir, 2009 : 193). Definisi operasional yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Skala Data	Cara Pengukuran dan Penilaian
1	Efisiensi pelayanan rawat inap menurut teori <i>Barber-Johnson</i>	Menilai pemanfaatan tempat tidur yang disediakan agar sesuai dengan tujuan pemanfaatannya berdasarkan jumlah pasien dan jumlah tenaga medis yang bekerja di seluruh ruang rawat inap RSD Balung dengan memadukan empat parameter yakni BOR, LOS, TOI, dan BTO dalam bentuk grafik.		Pembuatan grafik berdasarkan perhitungan <i>Barber-Johnson</i> dan ditentukan dalam daerah efisiensi.
2	<i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	Indikator yang memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat penggunaan tempat tidur rumah sakit atau persentase penggunaan tempat tidur pada waktu tertentu (biasanya 1 tahun) pada setiap ruang rawat inap RSD Balung. a. Hari perawatan dipengaruhi oleh jumlah tenaga medis dan paramedis yang ada. b. Jumlah tempat tidur dipengaruhi oleh permintaan dari konsumen.	Ratio	Cara Pengukuran: Studi Dokumentasi dan Observasi Penilaian: Menghitung dengan rumus BOR berdasarkan <i>Barber-Johnson</i> . $BOR = \frac{HP}{TT \times Per} \times 100\%$ HP: Jumlah Hari Perawatan TT: Jumlah Tempat Tidur Per: Periode Tertentu (biasanya satu tahun) Efisien apabila standar BOR berdasarkan <i>Barber-Johnson</i> yaitu 70-85%.
3	<i>Length Of Stay</i> (LOS)	Rata-rata lama pasien dirawat pada setiap ruang rawat inap berdasarkan hari perawatan rumah sakit. a. Hari perawatan dipengaruhi oleh jumlah tenaga medis dan paramedis yang ada. b. Jumlah pasien keluar dipengaruhi oleh kasus pulang paksa.	Ratio	Cara Pengukuran: Studi Dokumentasi Penilaian: Menghitung dengan rumus LOS berdasarkan <i>Barber-Johnson</i> . $LOS = \frac{HP}{D}$ HP: Jumlah Hari Perawatan D: Jumlah Pasien Keluar (hidup + mati) Efisien apabila standar LOS berdasarkan <i>Barber-Johnson</i> yaitu 3-12 hari.

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Skala Data	Cara Pengukuran dan Penilaian
4	<i>Turn Over Interval</i> (TOI)	Rata-rata tempat tidur tidak ditempati dari saat terisi berikutnya pada setiap ruangan rawat inap RSD Balung. a. Tempat tidur siap pakai dan terisi dipengaruhi oleh realokasi tempat tidur. b. Jumlah pasien keluar dipengaruhi oleh kasus pulang paksa.	Ratio	Cara Pengukuran: Studi Dokumentasi  Menghitung dengan rumus TOI berdasarkan <i>Barber-Johnson</i> . $TOI = \frac{(A-O) \times Per}{D}$ A: Tempat Tidur Siap Pakai O: Tempat Tidur Terisi Per: Periode Tertentu (biasanya satu tahun) D: Jumlah Pasien Keluar (hidup + mati)  Efisien apabila standar TOI berdasarkan <i>Barber-Johnson</i> yaitu 1-3 hari.
5	<i>Bed Turn Over</i> (BTO)	Frekuensi penggunaan tempat tidur yang berarti berapa kali dalam satuan waktu (biasanya 1 tahun) pada setiap ruangan rawat inap RSD Balung. a. Jumlah pasien keluar dipengaruhi oleh kasus pulang paksa. b. Jumlah tempat tidur dipengaruhi oleh permintaan dari konsumen.	Ratio	Cara Pengukuran: Studi Dokumentasi dan Observasi  Menghitung dengan rumus LOS berdasarkan <i>Barber-Johnson</i> . $BTO = \frac{D}{TT}$ D: Jumlah Pasien Keluar (hidup + mati) TT: Jumlah Tempat Tidur  Efisien apabila standar BTO berdasarkan <i>Barber-Johnson</i> yaitu minimal 30 kali.

### 3.3.3 Data dan Sumber Data

Penelitian tahap I ini menggunakan data primer dan juga data sekunder, yaitu sebagai berikut:

- Data primer merupakan data yang didapat dari sumber pertama. Data sumber pertama diperoleh dari individu atau perorangan dapat berupa hasil kumpulan wawancara atau hasil pengisian kuisioner (Suyanto, 2005 : 55). Data primer dalam penelitian diperoleh melalui observasi dengan lembar isian. Informasi

yang dibutuhkan adalah jumlah tempat tidur setiap ruangan rawat inap pada tahun 2015.

- b. Data sekunder adalah sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya melalui orang lain atau dokumen yang ada (Sugiyono, 2012 : 62). Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari telaah dokumen catatan rekam medis RSD Balung meliputi hari perawatan, jumlah tempat tidur terisi, jumlah pasien masuk dan keluar, jumlah tempat tidur siap pakai untuk menghitung indikator BOR, LOS, TOI, dan BTO pada tahun 2015.

### 3.3.4 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

#### a. Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data melalui studi dokumentasi dan observasi.

##### 1. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan metode mencari data untuk mengetahui hal-hal atau variabel penelitian. Data tersebut dapat berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen, rapat, agenda dan sebagainya (Arikunto, 2006 : 104). Data dalam penelitian ini diperoleh melalui bagian rekam medis berupa data BOR, LOS, TOI, dan BTO serta hari perawatan, jumlah tempat tidur terisi, jumlah pasien masuk dan keluar, jumlah tempat tidur siap pakai.

##### 2. Observasi

Observasi merupakan suatu metode dengan prosedur yang terencana yang antara lain meliputi melihat, mendengar, mencatat sejumlah aktivitas tertentu atau situasi tertentu yang berhubungan dengan masalah yang diteliti (Notoadmojo, 2010 : 131). Observasi dilakukan untuk mendapatkan data yang lebih valid terkait faktor-faktor yang berhubungan dengan semua indikator yang telah disebutkan di seluruh ruangan rawat inap.

#### b. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen adalah alat pada waktu peneliti menggunakan suatu metode atau teknik pengumpulan data (Arikunto, 2006 : 109). Pada penelitian ini, instrumen pengumpulan data penelitian yang digunakan berupa berupa lembar isian.

#### 3.3.5 Teknik Penyajian Data

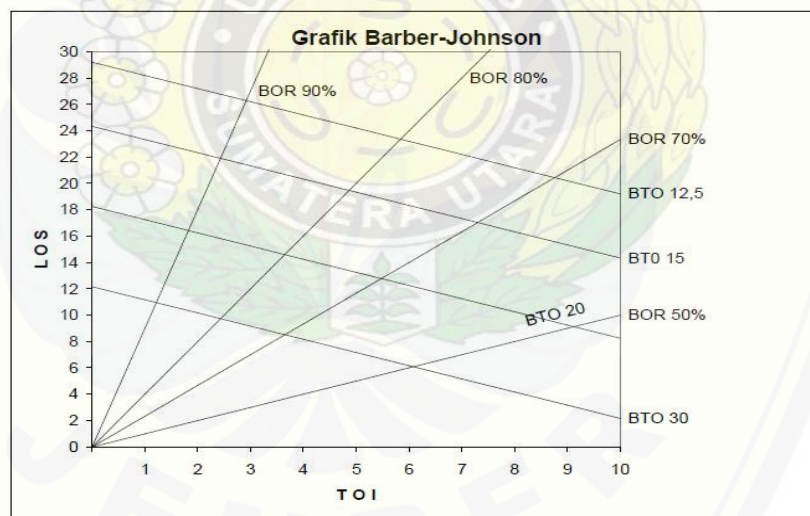
Setelah melakukan pengumpulan data maka selanjutnya akan dilakukan pemeriksaan data (*editing*). Proses editing merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan terkait data yang diperoleh, apakah jawaban lengkap, jelas, relevan, dan konsisten (Notoadmojo, 2010 : 105). Setelah itu mengelompokkan data yang telah diperoleh untuk memudahkan dalam perhitungan. Dari hasil pengumpulan data yang telah dikelompokkan kemudian data dimasukkan ke dalam bentuk tabel (tabulasi). Setelah data dimasukkan ke tabel dan dihitung kemudian hasil pengolahan data disajikan dalam bentuk grafik menurut *Barber-Johnson*.

#### 3.3.6 Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan suatu proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan dan bahan-bahan lain sehingga dapat mudah dipahami dan selanjutnya dapat dengan mudah diinformasikan ke orang lain. Kegiatan analisi data berupa pengorganisasian data, menjabarkan datanya ke unit-unit, memilih yang penting, dan membuat kesimpulan yang dapat diceritakan kepada orang lain (Sugiyono, 2012 : 66). Analisis data yang digunakan adalah analisis secara deskriptif. Analisis deskriptif adalah analisis yang digunakan untuk menganalisis data dengan cara menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat simpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi (Sugiyono, 2010 : 55). Grafik *Barber-Johnson* menggambarkan hubungan BOR, LOS, TOI, dan BTO. Berikut langkah-langkah pembuatan grafiknya:

1. Buatlah sumbu horizontal atau absis "x" sebagai sumbu TOI dan sumbu vertical atau ordinat sebagai sumbu LOS.
  2. Penggunaan rumus yang telah dikemukakan.
- Buat garis BOR = 50%, yaitu garis penghubung titik (x,0) (y,0) dan titik (x,1) (y,1).

3. Buat garis BOR = 70%, yaitu garis penghubung titik (x,0) (y,0) dan (x,3) (y,7).
4. Buat garis BOR = 80%, garis penghubung (x,0) (y,0) dan (x,1) (y,4).
5. Buat garis BOR = 90%, garis yang menghubungkan titik (x,0) (y,0) dan (x,1) (y,9).
6. Buat garis BTO 30 pasien, 20 pasien, 15 pasien, dan  $12\frac{1}{2}$  pasien.
  - a. Garis BTO 30 pasien adalah garis penghubung titik (x,  $12\frac{1}{6}$ ) (y,  $12\frac{1}{6}$ ).
  - b. Garis BTO 20 pasien adalah garis penghubung titik (x,  $18\frac{1}{4}$ ) (y,  $18\frac{1}{4}$ ).
  - c. Garis BTO 15 pasien adalah garis penghubung titik (x,  $23\frac{1}{3}$ ) (y,  $23\frac{1}{3}$ ).
  - d. Garis BTO 12,5 pasien adalah garis penghubung titik (x,  $29\frac{1}{5}$ ) (y,  $23\frac{1}{5}$ ).
7. Buat bidang yang dibatasi, TOI: 1 hari dan 3 hari, serta buat BOR 75%. Bidang ini adalah bidang efisiensi. Menurut grafik *Barber-Johnson*, grafik yang berada di luar bidang ini menggambarkan bahwa pelayanan rumah sakit adalah tidak efisien (Wijono, 1999 : 275).



Sumber: (Sari, 2009)

### 3.4 Penelitian Tahap II

Penelitian tahap II merupakan pendekatan penelitian kualitatif dengan jenis deskriptif, berikut bagaian-bagian pada penelitian tahap II:

#### 3.4.1 Penentuan Informan

Informan penelitian adalah subjek yang memahami informasi objek penelitian sebagai pelaku maupun orang lain yang memahami objek penelitian. Selain itu Informan penelitian juga sebagai subjek penelitian yang dapat memberikan informasi yang diperlukan selama proses penelitian (Bungin, 2009 : 108). Penelitian ini dipilih menggunakan *purposive sampling*. *Purposive sampling* merupakan metode penelitian responden berdasarkan pada pertimbangan subyektif dan praktis, bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab penelitian (Sastroasmoro, 2011 : 108). Informan penelitian meliputi informan utama, kunci, dan tambahan. Rancangan informan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari:

- a. Informan kunci, yaitu mereka yang mengetahui dan memiliki berbagai informasi pokok yang diperlukan dalam penelitian. Informan kunci dalam penelitian ini adalah kepala unit rekam medis.
- b. Informan utama adalah mereka yang terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti. Dalam penelitian ini yang menjadi informan utama adalah seluruh kepala ruang pelayanan rawat inap.
- c. Informan tambahan adalah mereka yang dapat memberikan informasi walaupun tidak langsung terlibat dalam interaksi sosial yang diteliti. Informan tambahan dalam penelitian ini adalah sub bagian kepegawaian & diklat dan seksi perencanaan & pengembangan program.

#### 3.4.2 Fokus Penelitian

Fokus penelitian mengandung penjelasan mengenai dimensi-dimensi apa yang menjadi pusat perhatian serta kelak dibahas secara mendalam dan tuntas (Bungin, 2013 : 41). Dalam hal ini fokus penelitian dapat berkembang atau berubah sesuai dengan perkembangan masalah penelitian di lapangan.

Tabel 3.2 Fokus Penelitian

No.	Fokus Penelitian	Pengertian
1.	Tenaga medis dan paramedis	Tenaga manusia yang memberikan tindakan medis dan rehabilitasi di setiap ruangan rawat inap.
2.	Permintaan ( <i>demands</i> ) tempat tidur	Tempat tidur yang perlu disediakan untuk memenuhi permintaan oleh konsumen yang tidak dan mendapatkan penanganan jasa pelayanan kesehatan pada setiap ruangan rawat inap berdasarkan pengalaman selama ini.
3.	Pulang paksa	Kasus pasien yang menolak perawatan yang diajukan pihak rumah sakit dengan berbagai alasan.
4.	Kunjungan gabungan	Kunjungan kepada pasien yang dilakukan oleh dokter dan perawat dan melakukan penelitian tentang riwayat sakit, keadaan pasien, dan penatalaksanaan pemeriksaan.

#### 3.4.3 Data dan Sumber Data

Setiap penelitian memerlukan data karena data merupakan sumber informasi yang memberikan gambaran utama tentang ada tidaknya masalah yang akan diteliti. Data merupakan bahan keterangan tentang suatu objek penelitian. Terdapat dua data dalam suatu penelitian, yaitu data primer dan data sekunder. Sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain (Bungin, 2013 : 45).

Data primer merupakan data yang didapat dari sumber utama, individu atau perseorangan. Biasanya data primer didapatkan melalui angket, wawancara, jajak pendapat, dan lain-lain. Data sekunder merupakan data yang diperoleh secara tidak langsung baik dari buku literatur, arsip-arsip dan dokumen-dokumen yang dimiliki oleh instansi bersangkutan atau media lain. Data sekunder digunakan untuk memberikan gambaran tambahan, pelengkap, atau diproses lebih lanjut (Nazir, 2013: 200).

Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari hasil wawancara dengan informan tentang kebijakan realokasi tempat tidur, pulang paksa, dan permintaan akan tempat tidur oleh pasien selama tahun 2015. Sementara untuk data sekunder diperoleh dari studi dokumentasi terkait dengan jumlah tenaga medis dan paramedis yang bekerja di RSD Balung tahun 2015.



#### 3.4.4 Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data kualitatif yang paling independen terhadap semua metode pengumpulan data dan teknik analisis data adalah metode wawancara mendalam, observasi partisipapasi, bahan dokumenter serta metode-metode baru seperti metode penelusuran bahan internet (Bungin, 2013 : 45). Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

##### 1. Wawancara

Wawancara adalah teknik pengumpulan data yang digunakan peneliti untuk mendapatkan keterangan lisan melalui bercakap-cakap dan bertatap muka dengan orang yang dapat memberikan keterangan guna menunjang penelitian (Arikunto, 2006 : 107). Data diperoleh dari wawancara tidak terstruktur. Penelitian ini menggunakan metode wawancara tidak terstruktur, yakni wawancara yang bebas dimana peneliti tidak menggunakan pedoman wawancara yang telah tersusun secara sistematis tetapi hanya berdasarkan analisis efisiensi pelayanan rawat inap. Hasil wawancara digunakan untuk mendukung dan memperkuat hasil perhitungan yang telah dihitung berdasarkan teori *Barber-Johnson*.

##### 2. Dokumentasi

Metode atau teknik dokumentasi adalah teknik pengumpulan data dan informasi melalui pencarian dan penemuan bukti-bukti. Metode dokumentasi ini merupakan metode pengumpulan data yang berasal dari nonmanusia. Salah satu bahan dokumentasi adalah foto. Foto dapat bermanfaat sebagai sumber informasi karena mampu membekukan dan menggamarkan peristiwa yang terjadi (Afifudin dan Saebani, 2009 : 131). Seperti halnya alat perekam yang digunakan untuk wawancara, foto dapat digunakan peneliti setelah mendapat ijin dari informan.

Menurut (Afifudin dan Saebani, 2009 : 141), dokumen-dokumen yang dikumpulkan akan membantu peneliti dalam memahami fenomena yang terjadi di lokasi penelitian dan membantu dalam membuat interpretasi data. Selain itu, dokumen dan data-data literer dapat membantu dalam penyusunan teori dan melakukan validasi data.

### 3.4.5 Validitas Data

#### 1. Triangulasi

Triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada (Sugiyono, 2012 : 67), dengan teknik triangulasi sebenarnya peneliti telah sekaligus melakukan pengujian kredibilitas data. Teknik triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber yaitu mendapatkan data dari sumber yang berbeda-beda dengan teknik yang sama. Sumber yang berbeda diantara dilakukannya wawancara kepada informan kunci, informan utama, dan informan tambahan untuk menghasilkan suatu kesimpulan yang valid.

### 3.4.6 Teknik Penyajian dan Analisis Data

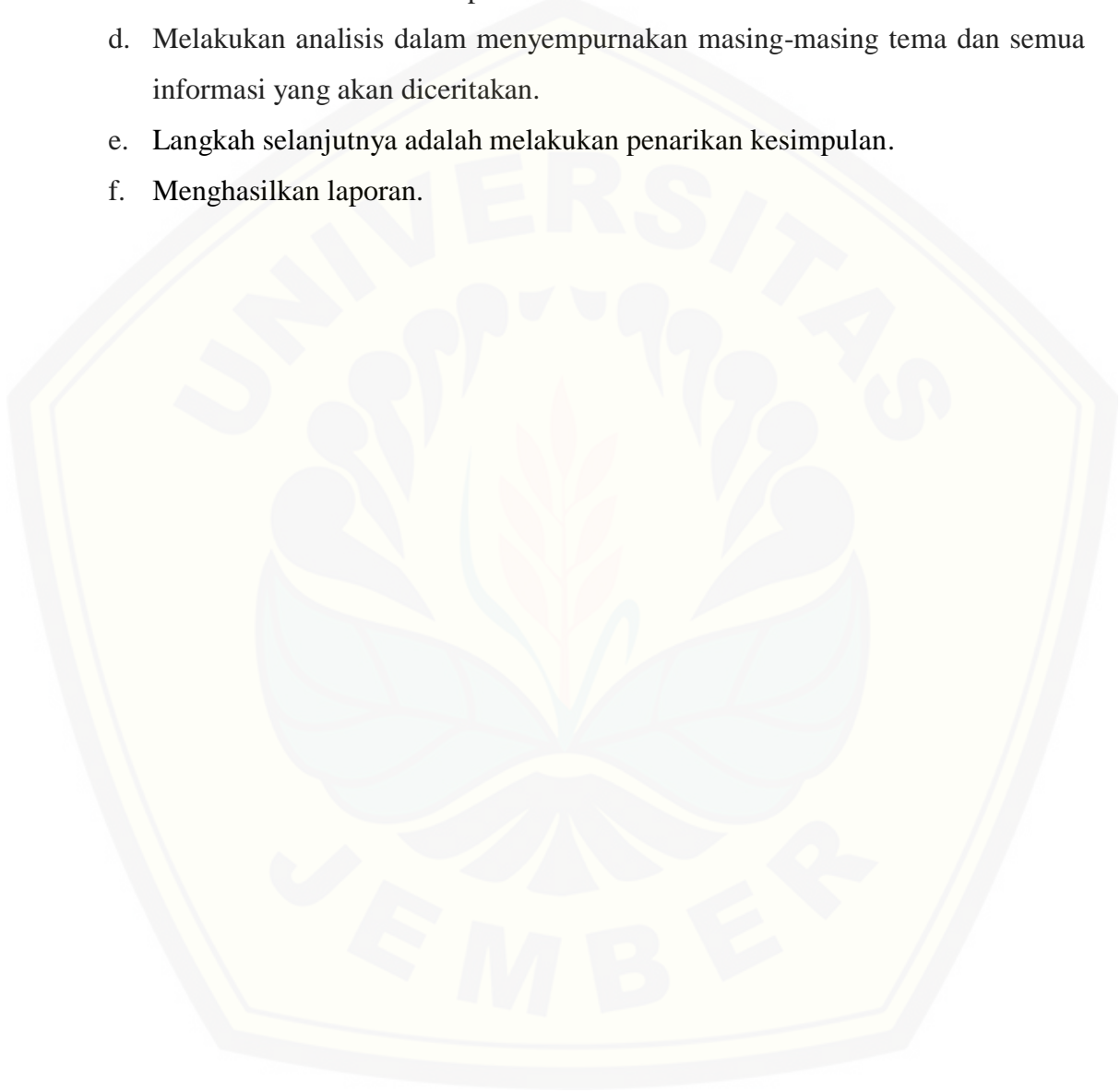
#### 1. Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang dilakukan agar dapat memahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan (Budiarto, 2002:41). Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dalam bentuk cerita detail sesuai dengan pandangan informan. Hasil wawancara yang didapatkan oleh peneliti dikumpulkan dan diupayakan untuk dideskripsikan berdasarkan ungkapan, Bahasa tidak formal, dalam susunan kalimat sehari-hari dan pilihan kata atau konsep asli (Hamidi, 2010).

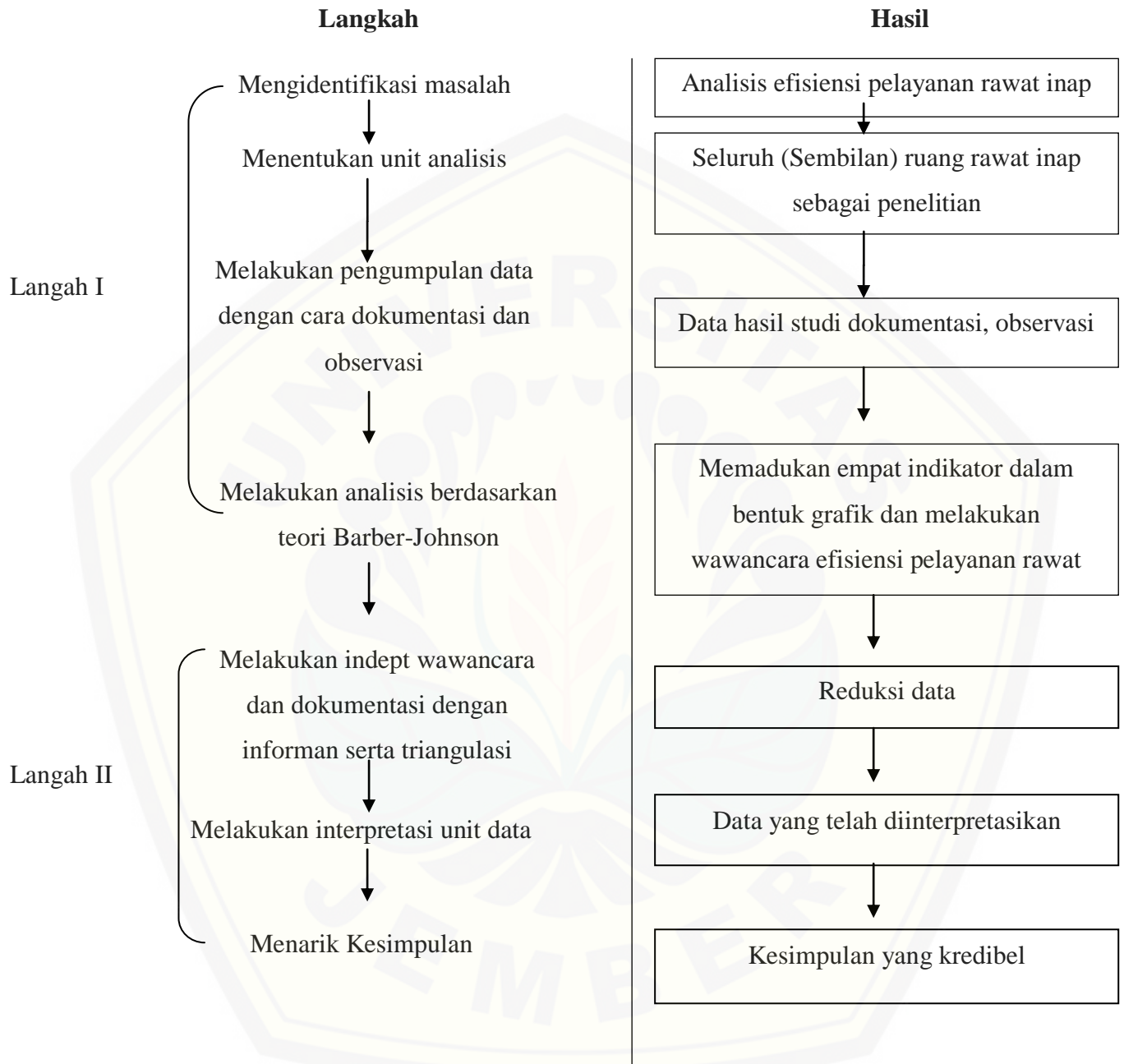
#### 2. Teknik Analisis Data

Analisis data adalah proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori, dan satuan uraian dasar, sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data. Data yang terkumpul dapat berupa catatan lapangan dan komentar peneliti, gambar, foto, dokumen, laporan, biografi, artikel, dan sebagainya. Analisis data dilakukan sejak pengumpulan data dan dikerjakan secara intensif, yaitu sesudah meninggalkan lapangan (Afifudin dan Saebani, 2009 : 145). Berikut beberapa tahap analisis data yang dilakukan pada penelitian ini:

- a. Mendalami data dengan menyalin data, membaca ulang dan mencatat ide-ide yang muncul.
- b. Mencari tema yang sesuai, membandingkan data terhadap tema-tema yang mungkin muncul, mengumpulkan data yang sesuai dengan masing-masing tema.
- c. Melakukan review terhadap tema-tema tersebut.
- d. Melakukan analisis dalam menyempurnakan masing-masing tema dan semua informasi yang akan diceritakan.
- e. Langkah selanjutnya adalah melakukan penarikan kesimpulan.
- f. Menghasilkan laporan.



### 3.5 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

## BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

### 4.1 Hasil

#### 4.1.1 Proses Pengerjaan Lapangan

Penelitian ini merupakan penelitian gabungan (*mixed methods*). Metode penelitian gabungan (*mixed methods*) adalah penelitian yang menggunakan dua atau lebih metode yang diambil dari dua pendekatan yang berbeda, yaitu pendekatan kuantitatif atau kualitatif (dapat sebaliknya) dalam riset yang sedang dijalankan untuk memperoleh data kuantitatif dan kualitatif yang digunakan sebagai bukti empiris dalam menjawab rumusan masalah penelitian karena periset berpendapat hasil temuannya akan menjadi lebih baik, lengkap, dan komprehensif (Sarwono, 2011).

Proses penelitian diawali dengan menggunakan data sekunder melalui hasil studi pendahuluan yaitu data yang diperoleh dari unit Rekam Medik RSD Balung yang meliputi *Bed Occupancy Rate* (BOR), *Length Of Stay* (LOS), *Turn Over Interval* (TOI), dan *Bed Turn Over* (BTO) secara keseluruhan dalam rumah sakit. Aspek tersebut merupakan indikator efisiensi pelayanan rawat inap menurut *Barber-Johnson*. Data primer yang digunakan dalam penelitian ini dengan melakukan wawancara mendalam dengan sumber informan yang telah ditetapkan oleh peneliti. Wawancara mendalam dilakukan untuk menggali informasi terkait dengan fokus penelitian. Hal ini juga dapat memberikan jawaban atas faktor-faktor yang mempengaruhi efisiensi pelayanan rawat inap di RSD Balung.

#### 4.1.2 Gambaran Umum Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung

##### a. Profil Rumah Sakit

Rumah Sakit Daerah Balung diresmikan sebagai Rumah Sakit Kelas C oleh Bupati Jember pada tanggal 2 Januari 2002. Berdiri di atas lahan seluas 2,19 Ha, 45% diantaranya berupa bangunan, baik medis, penunjang medis ataupun non medis. Saat ini melalui Pemerintah Kabupaten Jember sedang diupayakan penambahan lahan seluas 1,31 Ha sebagai upaya mengantisipasi Rencana Pengembangan sesuai Master Plan (Blok Plan) yang telah disusun.

Peresmian Puskesmas Balung menjadi RSD Balung ini melengkapi perjalanan sejarah institusi pelayanan kesehatan Balung yang didirikan pada

jaman kolonial Belanda tahun 1940 dengan nama ROEMAH SAKIT BALOENG dengan tenaga kesehatan mantri Mandagi tahun 1940-1960, kemudian dr. One dan dr. Vigiani tahun 1965-1966. Seiring dengan perubahan pemerintahan, yaitu jatuhnya Orde Lama yang digantikan dengan pemerintahan Orde Baru, status institusi ini kemudian berubah menjadi Puskesmas Pembina sekitar awal tahun 1970, dengan fungsi untuk melaksanakan pembinaan kesehatan masyarakat di desa sekaligus mendampingi berdirinya Puskesmas lain di Kabupaten Jember. Dokter yang bertugas saat itu dr. Tan Fik Tho / Tendean tahun 1966-1977, dr. Raharjo Sudarman tahun 1977 (selama 3 bulan) dan dr. Djoko Setiyarjo tahun 1977-1979.

Dengan berdirinya Puskesmas di kecamatan di seluruh wilayah kabupaten dalam kurun waktu 4 tahun, Puskesmas Pembina Balung ini berubah status menjadi Puskesmas Perawatan pada tahun 1979 dimana tenaga dokternya adalah dr. Gunawan tahun 1979-1986, dr. H. Yuni Ermita tahun 1986-1992, dr. H. Bambang Suwartono tahun 1992-1997 dan dr. H. Moch. Husnan tahun 1997-2001. Akhirnya Puskesmas Perawatan Balung berubah kembali menjadi Rumah Sakit Daerah Balung Kelas C pada awal tahun 2002. Keputusan meningkatkan status Puskesmas Balung menjadi Rumah Sakit Daerah Balung Kelas C tidak lepas dari peluang pengembangan wilayah dengan adanya otonomi daerah.

*Catchment* area RSD Balung Kabupaten Jember yang terdiri dari 15 Kecamatan, 120 desa mempunyai jumlah penduduk 1.249.472 jiwa, 7,44 % diantaranya merupakan keluarga miskin yang sangat memerlukan pelayanan kesehatan yang memadai dan murah (terjangkau). Selain itu, Kunjungan Pasien di RSD Balung Kabupaten Jember tidak hanya berasal dari *catchment* area-nya saja, namun juga terdapat pasien yang berasal dari kecamatan lain di wilayah Kabupaten Jember, bahkan ada pasien yang berasal dari kabupaten tetangga (Lumajang, Banyuwangi, Situbondo, Bondowoso dan Probolinggo) serta dari daerah lain.

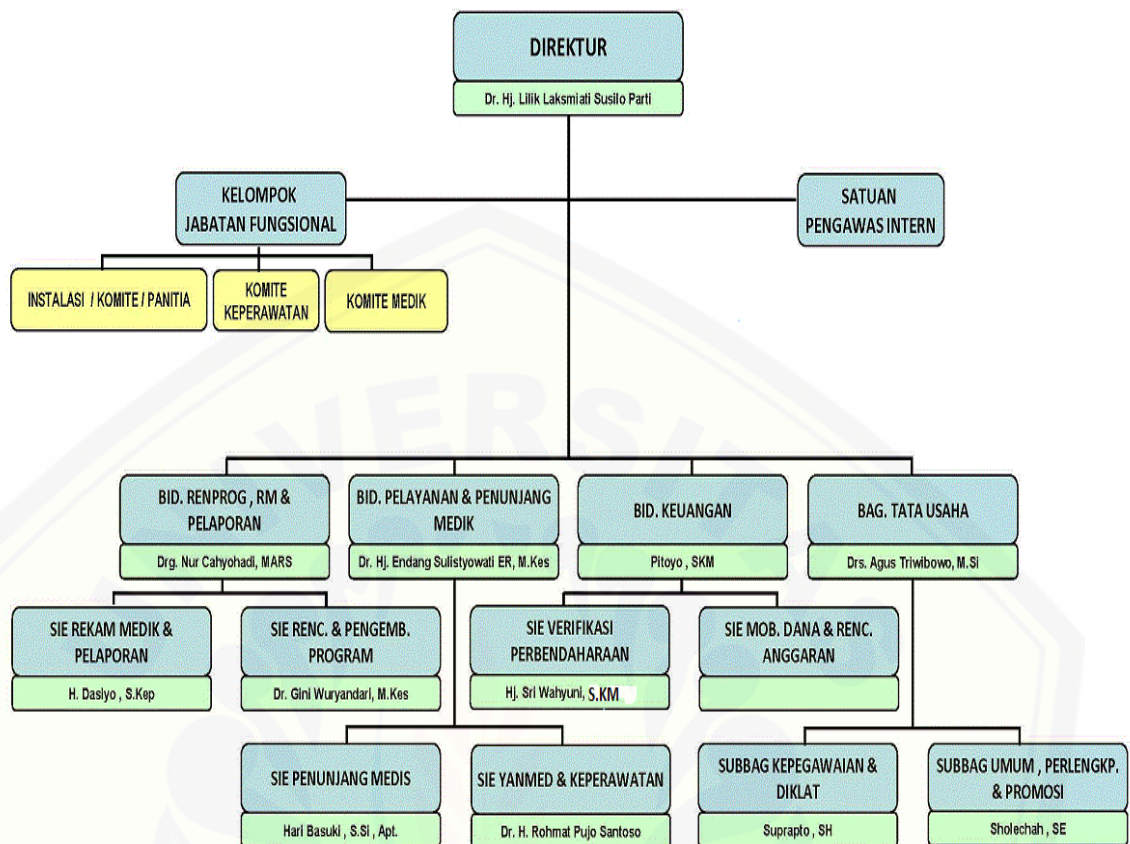
#### b. Aspek Legal

Aspek legal Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember adalah:

1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 931/Menkes/SK/VI/2003 tentang Rumah Sakit Daerah Balung;

2. Peraturan Daerah Kabupaten Jember Nomor 18 Tahun 2005 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSD Balung;
  3. Peraturan Bupati Jember Nomor 71 Tahun 2009 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Organisasi RSD Balung Kabupaten Jember Kabupaten Jember;
  4. Keputusan Bupati Jember Nomor 188.45/194/012/2013 tentang Rumah Sakit Daerah Balung sebagai Badan Layanan Umum dengan Status Penuh.
- c. Lokasi Rumah Sakit
- RSD Balung Kabupaten Jember terletak di Kecamatan Balung dengan jarak  $\pm 30$  kilometer dari pusat Kota Jember ke arah Barat-Selatan, tepatnya di Jalan Rambipuji Nomor 19 Kecamatan Balung, Kabupaten Jember.
- d. Struktur Organisasi dan Pengembangan Organisasi
- Keberhasilan dan kelancaran kegiatan pelayanan di rumah sakit tidak terlepas dari peran dan kemampuan pengorganisasian sehingga program dan kegiatan yang dilaksanakan dapat berjalan dengan baik. Berkenaan dengan hal tersebut perlu adanya struktur dan tata kerja organisasi rumah sakit sebagaimana Peraturan Daerah Kabupaten Jember Nomor 71 Tahun 2009 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah Balung.

**STRUKTUR ORGANISASI DAN TATA KERJA  
RUMAH SAKIT DAERAH BALUNG KABUPATEN JEMBER**



Gambar 4.1 Struktur Organisasi RSD Balung

Sumber: Data Sekunder Bidang Rencana Program, Rekam Medis & pelaporan  
RSD Balung 2016

e. **Gambaran Produk dan Jasa**

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

1) **Pelayanan Administrasi Terpadu**

Dikembangkan guna memberikan kenyamanan pelayanan bagi pasien melalui sistem pelayanan satu pintu dengan peranan sebagai unit pelayanan dalam hal pendaftaran (registrasi), penyelesaian administrasi/pembayaran, dan pusat informasi bagi pasien serta keluarga pasien (pasien rawat inap maupun rawat jalan)



## 2) Pelayanan Instalasi Rawat Jalan

Ruangan pelayanan rawat jalan yang bertempat di Gedung Medical Center, terdiri dari:

- a. Klinik Penyakit Dalam;
- b. Klinik Bedah;
- c. Klinik THT;
- d. Klinik Mata;
- e. Klinik Syaraf/Fisioterapi;
- f. Klinik Kebidanan dan Kandungan;
- g. Klinik Penyakit Anak;
- h. Klinik Penyakit Gigi dan Mulut;
- i. Klinik VCT (HIV/AIDS);
- j. Klinik Umum.

## 3) Pelayanan Instalasi Rawat Inap

Ruangan pelayanan rawat inap di RSD Balung Kabupaten Jember rencana per tahun 2015 akan menjadi 200 tempat tidur dengan rincian sebagai berikut :

- a. Kelas I, sejumlah 22 tempat tidur;
- b. Kelas II, sejumlah 52 tempat tidur;
- c. Kelas III, sejumlah 107 tempat tidur;
- d. GMC/VIP sejumlah 14 tempat tidur;
- e. ICU sejumlah 5 tempat tidur.

## 4) Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Dibuka selama 24 jam dengan layanan: Triase, Pendaftaran, Informasi, Kasir, Resusitasi, Tindakan Pelayanan Bedah dan Medik, Ruang Observasi Intensif, *Recovery Room*, Tindakan Pembedahan *Emergency*, VK Bersalin, Radio Medik, Ambulans, dan Depo Farmasi.

## 5) Pelayanan Instalasi Bedah Sentral (Kamar Operasi)

Melayani tindakan operasi di bidang bedah, kandungan, mata dan THT.

## 6) Pelayanan Penunjang

- a. Penunjang Medik

- a) Radiologi;
  - b) Laboratorium;
  - c) Farmasi/Apotek;
  - d) Anestesi;
  - e) Gizi.
- b. Penunjang Non Medik
- a) Instalasi Pemelihara Sarana Rumah Sakit;
  - b) *Laundry*;
  - c) Sterilisator 135 liter;
  - d) Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL);
  - e) Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.

#### 4.1.3 Gambaran Karakteristik Informan

Informan dalam penelitian ini terdiri dari 1 informan kunci, 10 informan utama, dan 2 informan tambahan. Informan kunci dalam penelitian ini adalah unit rekam medis yang mengetahui tentang indikator efisiensi pelayanan rawat inap di seluruh ruangan, sedangkan informan utama adalah kepala ruang pelayanan rawat inap di setiap ruangan RSD Balung. Penelitian ini juga menyertakan informan tambahan yakni seksi perencanaan dan pengembangan program serta sub bagian kepegawaian yang mengetahui tentang pengadaan alat kesehatan dan tempat tidur serta jumlah tenaga medis dan paramedis. Proses wawancara mendalam ini menggunakan Bahasa Indonesia. Gambaran lebih mendalam tentang karakteristik masing-masing informan adalah sebagai berikut:

a. IK

IK berjenis kelamin laki-laki. IK memiliki tinggi 165 cm berkulit sawo matang serat rambut yang lurus. Penampilan yang rapi dengan gaya bicara yang halus dan lembut ini menjadi salah satu ciri khas dari IK. Beliau adalah kepala unit rekam medis di RSD Balung Kabupaten Jember. Peneliti mulai mengenal IK sejak mencari data tentang indikator efisiensi pelayanan rawat inap. IK selalu membantu dengan senang hati dengan memberikan banyak sekali informasi yang diperlukan di tengah-tengah kesibukannya. IK pun tidak segan membantu peneliti untuk menjembatani peneliti dengan informan utama dan hal ini sangat membantu peneliti.

## b. IU1

IU 1 adalah kepala ruang dahlia yang kini berusia 42 tahun. IU1 memiliki kulit putih langsung dengan tinggi sekitar 155 cm. IU1 berpenampilan cukup sederhana dengan balutan jilbab dan senyum yang mempesona. IU1 sangat ramah dan terbuka ketika melakukan wawancara mendalam sebagai tahap penelitian. IU1 juga menggunakan kacamata hitam ketika sedang melakukan wawancara.

## c. IU2

IU2 berjenis kelamin perempuan yang berusia 36 tahun yang menjabat sebagai kepala ruang obstetri dan ginekologi. Penampilannya menarik dan sopan terbukti dengan pakaian yang digunakan tertutup sesuai dengan syariat islam. IU2 sangat terbuka dan sangat membantu peneliti dalam melakukan wawancara mendalam. Dan juga memberikan saran terhadap peneliti.

## d. IU3

Kepala ruang nifas adalah informan utama yang ketiga. Ibu ini berpenampilan dengan rambut pendek sebahu dan bergelombang. Informan ini bertempat tinggal di Rejoagung, Semboro kira-kira 30 menit perjalanan menuju RSD Balung. Kepala ruang ini selau tersenyum dan ceria ketika melakukan wawancara mendalam dan sekali melontarkan candaan. Ibu ini terlihat sibuk terbukti dengan pekerjaannya yang banyak tetapi menyempatkan diri untuk meluangkan waktunya untuk peneliti.

## e. IU4

IU4 berjenis kelamin perempuan menjabat sebagai ruang kepala ruang perinatologi. Ibu ini bertempat tinggal di Balung Kulon dengan usia 35 tahun. Dalam melakukan wawancara mendalam, ibu ini memberikan respon yang baik dengan menjawab pertanyaan peneliti dengan jelas. Ruang kepala ini dibantu dengan beberapa pegawai dengan ricinan perawat ada tujuh, dokter ada satu, dan bidan ada empat orang.

## f. IU5

IU5 merupakan kepala ruang GMC dengan usia 40 tahun. Alamat rumahnya di daerah Gumuk Mas. Ibu IU5 memiliki tubuh yang gemuk dan

berkacamata. Ibu ini sangat ramah dan memiliki tawa yang khas. IU5 rajin beribadah terbukti dengan ketika selesai wawancara mendalam, informan ini langsung menuju ke masjid di RSD Balung.

g. IU6

IU6 menjabat sebagai kepala ruang melati dengan usia 48 tahun. Ibu ini bertempat tinggal di daerah Panti sekitar 30 menit perjalanan menuju RSD Balung. Ibu ini sangat cakap dalam berbicara sehingga memudahkan peneliti dalam melakukan wawancara mendalam. IU5 mempunyai gelar sarjana keperawatan dan psikologi.

h. IU7

IU7 berjenis kelamin laki-laki dan berparas tampan serta ramah dan murah senyum. Berusia sekitar 35 tahun dengan tempat tinggal di daerah Ambulu dekat dengan Dira Park kolam renang. Bapak ini selalu melontarkan senyumnya kepada peneliti dan selalu menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diberikan dengan jelas dan gamblang.

i. IU8

Informan IU8 sudah bekerja sebelum intansi ini menjadi rumah sakit yang awalnya adalah puskesmas. Bapak ini menjabat sebagai kepala ruang angrek dengan usia 46 tahun. Alamat IU8 di daerah Gumuk Mas. Bapak ini mengetahui banyak informasi tentang RSD Balung ini sehingga memudahkan peneliti untuk mendapatkan informasi. Ciri khasnya adalah kumis yang tebal dari informan ini.

j. IU9

IU9 adalah kepala ruang *Intensive Care Unit* (ICU). Berjenis kelamin laki-laki dengan usia 35 tahun. Alamat rumahnya di perumahan Balung Permai Blok B No.7. bapak ini mempunyai rambut pendek dengan aksesoris jam tangan pada waktu melakukan wawancara mendalam. IU9 dalam melakukan wawancara mendalam ini terlihat santai dan sering melontarkan candaan sehingga mencairkan suasana.

k. IT1

IT1 adalah pegawai di sub bagian kepegawaian dan diklat yang berjenis kelamin perempuan dengan menggunakan hijab. Usia ibu ini adalah 32 tahun dan bertempat tinggal di daerah kebonsari dekat Armed. Ibu ini sangat membantu dalam penelitian ini dengan menunjukkan data-data yang dibutuhkan oleh peneliti.

l. IT2

IT2 berjenis kelamin laki-laki dengan menggunakan kacamata dan pernah menempuh pendidikan dokter gigi. Bapak ini sangat cakap dalam berbicara dan terstruktur menjawab pertanyaan dari peneliti sehingga jawaban yang diperoleh sangat jelas. IT2 menjabat sebagai kepala bidang rencana program, rekam medis, dan pelaporan.

#### 4.1.4 Identifikasi BOR, LOS, TOI, dan BTO

Menurut *Barber-Johnson* pelayanan rawat inap dapat dikatakan efisien apabila keempat indikator yakni BOR, LOS, TOI, dan BTO berada dalam daerah efisien dalam hal ini berwarna jingga. Apabila tidak berada dalam daerah tersebut maka pelayanan rawat inap belum efisien. Pada kasus RSD Balung pelayanan rawat inap di seluruh (sembilan) ruangan masih belum ada yang efisien. Hanya pelayanan rawat inap di ruang interna (melati) yang hampir mendekati daerah efisien dan pelayanan rawat inap di ruang obstetri yang jauh dari daerah efisien. Maka dari itu perlu dilakukan analisis tentang faktor-faktor apa saja yang menyebabkan pelayanan di seluruh ruang rawat inap tidak efisien.

a. Ruang Dahlia

Ruang Dahlia atau ruang anak mempunyai jasa pelayanan seperti jasa visite dokter spesialis, jasa pelayanan keperawatan, jasa pelayanan obat, jasa pelayanan gizi, dan akomodasi. Sementara untuk sarana yang diberikan berupa satu kamar dengan banyak tempat tidur, masing-masing tempat tidur dengan satu rak pakaian, kamar mandi di dalam ruang rawat inap, serta penunggu yang diijinkan hanya satu orang.

Dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan dapat menggunakan beberapa indikator pelayanan rawat inap yakni BOR, LOS, TOI dan BTO. Berikut

adalah hasil perhitungan indikator efisiensi pelayanan rawat inap ruang Dahlia RSD Balung:

Tabel 4.1 Indikator Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Ruang Dahlia

No.	Uraian	Tahun 2015
1.	BOR (%)	21,84
2.	LOS (Hari)	2,92
3.	TOI (Hari)	8,41
4.	BTO (Kali)	33,91

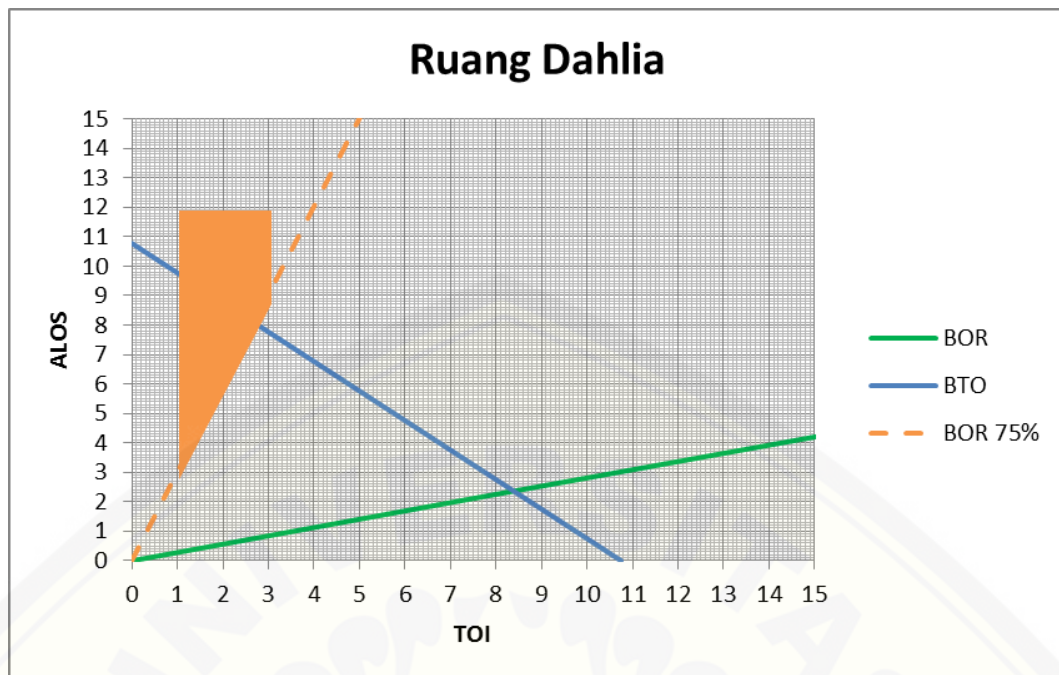
Sumber: Unit Rekam Medis RSD Balung, 2016

Berdasarkan uraian empat indikator tersebut jika dibandingkan dengan standar *Barber-Johnson* maka hanya hasil BTO saja yang sesuai dengan standar. Sedangkan untuk BOR nilainya masih dibawah standar yakni 70-85%, nilai LOS seharusnya berada diantara 3-12 hari, dan nilai TOI lebih dari standar, berarti semakin tinggi nilai TOI semakin tidak efisien pelayanan rumah sakit tersebut.

Keterangan:

Hari Perawatan	: 1754
Pasien Masuk dan Keluar	: 746
Lama Dirawat	: 2176
Tempat Tidur	: 22

Berdasarkan hasil perhitungan indikator BOR, LOS, TOI dan BTO di ruang Dahlia RSD Balung dapat digambarkan grafik *Barber-Johnson* sebagai berikut:



Gambar 4.2 Grafik *Barber-Johnson* Ruang Dahlia

Tidak efisiensinya ruang dahlia ini dikarenakan jumlah tenaga medis dalam hal ini adalah dokter jumlahnya terbatas dan dirasa belum memberikan pelayanan yang optimal. Disamping itu juga kebijakan promosi yang masih kurang untuk menarik pasien untuk berobat ke rumah sakit ini sehingga pasien disini jumlahnya rendah. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan:

*“Oh iya. Kalau menurut saya, kebijakan promosi di rumah sakit ini masih kurang, jumlah dokternya pun masih sedikit disini masih menggunakan dokter tamu, itu pun kurang disiplin dik. Kadang ya Cuma 2 jam ada disini habis itu menghilang hehehe.”* (IU1, 2016)

*“Saya pikir LOS rendah karena tenaga medis disini terutama dokter spesialis disini masih kurang dan promosi dari pihak manajemen yang masih kurang menurut saya.”* (IU1, 2016)

*“Ini kan berkaitan dengan interval, jika pasien sedikit otomatis intervalnya akan menjadi lama.”* (IU1, 2016)

b. Ruang Perinatologi

Ruang Perinatologi merupakan fasilitas rawat inap yang disediakan khusus untuk bayi baru lahir 1-12 bulan. Fasilitas yang disediakan dalam ruangan ini disesuaikan dengan kebutuhan perawatan bagi bayi, mulai dari bayi baru lahir dengan risiko tinggi, bayi dengan kelainan bawaan sampai dengan bayi sakit. Layanan medis diberikan oleh dokter-dokter spesialis anak dengan tenaga keperawatan yang terlatih. Tenaga bidan berjumlah empat orang dan perawat dengan jumlah tujuh orang di ruang perinatology RSD Balung dengan menerapkan *total care* yakni satu pasien dengan satu perawat.

Dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan dapat menggunakan beberapa indikator pelayanan rawat inap yakni BOR, LOS, TOI dan BTO. Berikut adalah hasil perhitungan indikator efisiensi pelayanan rawat inap ruang Perinatologi RSD Balung:

Tabel 4.2 Indikator Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Ruang Perinatologi

No.	Uraian	Tahun 2015
1.	BOR (%)	31,57
2.	LOS (Hari)	3,28
3.	TOI (Hari)	7,11
4.	BTO (Kali)	35,15

Sumber: Unit Rekam Medis RSD Balung, 2016

Nilai BOR dan TOI yang belum sesuai standar dimana masing-masing standar yang ditetapkan oleh *Barber-Johnson* adalah 70-85% dan 1-3 hari. Sedangkan untuk nilai LOS dan BTO telah mencapai standar.

Keterangan:

Hari Perawatan : 2605

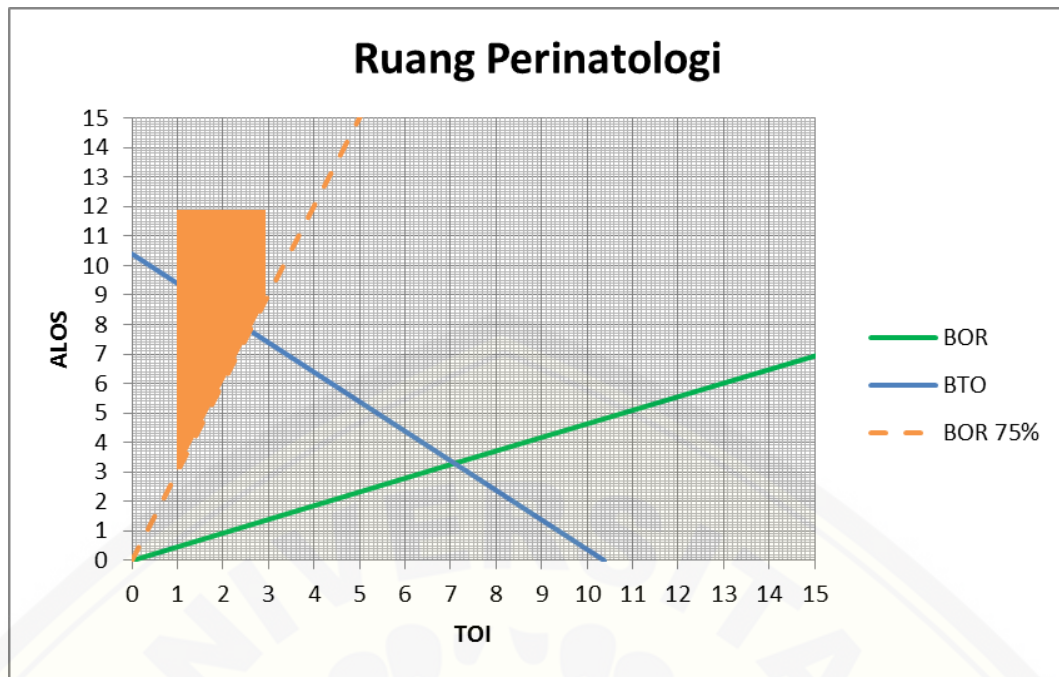
Pasien Masuk dan Keluar : 968

Lama Dirawat : 3209

Tempat Tidur : 10

Berdasarkan hasil perhitungan indikator BOR, LOS, TOI dan BTO di ruang Perinatologi RSD Balung dapat digambarkan grafik *Barber-Johnson* sebagai berikut:





Gambar 4.3 Grafik *Barber-Johnson* Ruang Perinatologi

Kurangnya jumlah tenaga dokter khususnya dokter spesialis menjadi kendala tidak efisiensinya pelayanan di ruangan ini. Ditambah dengan adanya renovasi yang sedang dilakukan oleh pihak rumah sakit. Hasil wawancara menunjukkan memang kurangnya tenaga dokter spesialis di ruangan ini, berikut kutipan wawancaranya:

*“Pasien biasanya langsung dirujuk ke Soebandi soalnya tidak ada alat kesehatan yang mendukung, kemudian tidak adanya dokter anak yang tetap disini.”* (IU4, 2016).

*“Ya sama dengan jawaban sebelumnya, soalnya ini kan saling berkaitan ya tidak jauh berbeda lah kalau masalah ini.”*(IU4, 2016).

c. Ruang Nifas

Terdapat sebelas bidan di ruang nifas RSD Balung Kabupaten Jember. Tugas bidan di ruangan nifas ini antara lain adalah menerima dan mengorientasikan pasien sesuai dengan prosedur; melakukan pencatatan dan pendokumentasian asuhan kebidanan; memberikan bimbingan menyusui dan melaksanakan perawatan payudara; dll. Ruang nifas juga melakukan perawatan selama masa nifas dimana perawatan terhadap wanita hamil yang telah selesai bersalin sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil.

Dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan dapat menggunakan beberapa indikator pelayanan rawat inap yakni BOR, LOS, TOI dan BTO. Berikut adalah hasil perhitungan indikator efisiensi pelayanan rawat inap ruang Nifas RSD Balung:

Tabel 4.3 Indikator Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Ruang Nifas

No.	Uraian	Tahun 2015
1.	BOR (%)	18,23
2.	LOS (Hari)	1,29
3.	TOI (Hari)	5,78
4.	BTO (Kali)	51,6

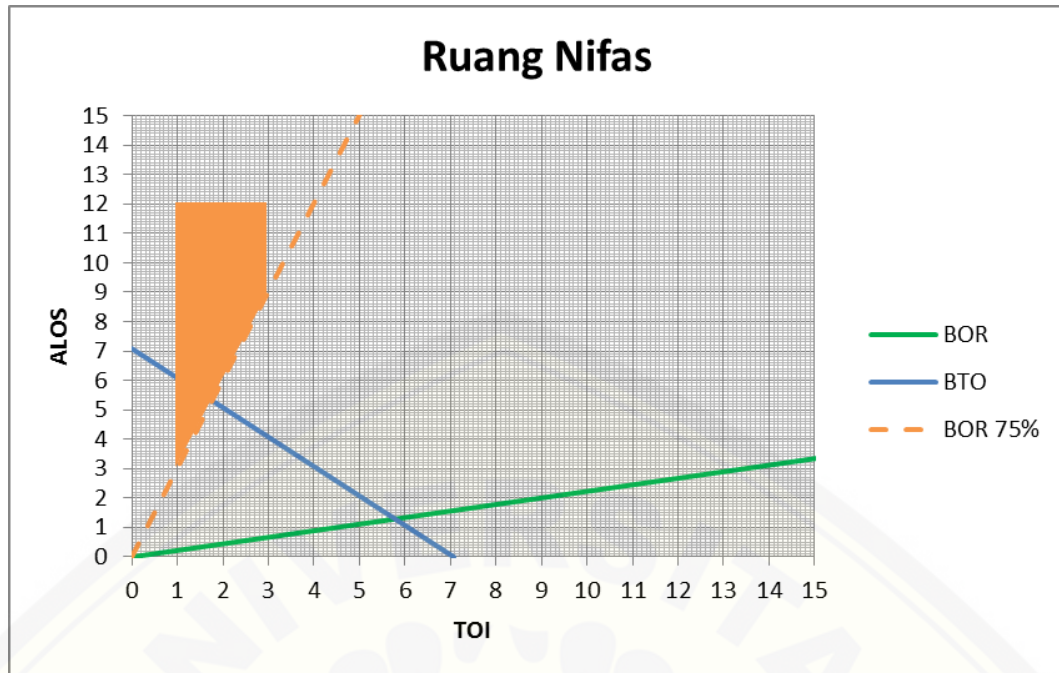
Sumber: Unit Rekam Medis RSD Balung, 2016

Ada tiga indikator yakni BOR, LOS, dan TOI yang tidak sesuai dengan standar *Barber-Johnson*. Nilai tiga indikator tersebut adalah BOR dan LOS yang masih dibawah standar yakni masing-masing 70-85% dan 3-12 hari sedangkan untuk TOI lebih dari standar yakni 1-3 hari.

Keterangan:

Hari Perawatan : 873  
Pasien Masuk dan Keluar : 812  
Lama Dirawat : 1626  
Tempat Tidur : 11

Berdasarkan hasil perhitungan indikator BOR, LOS, TOI dan BTO di ruang Nifas RSD Balung dapat digambarkan grafik *Barber-Johnson* sebagai berikut:



Gambar 4.4 Grafik Barber-Johnson Ruang Nifas

Ruang nifas di RSD Balung tidak bertugas sebagai ruang tindakan hanya melakukan ruang perawatan. Biasanya pasien di ruang nifas adalah pasien yang dirujuk untuk melakukan perawatan dari ruang obstetri. Pasien disini juga tidak akan lama untuk menginap di ruang ini itulah sebabnya pelayanan di ruang ini tidak efisien. Berikut hasil wawancara dengan informan:

*"Jumlah pasien sedikit dan disini bukan untuk orang sakit. Jadi setelah lahiran langsung pulang." (IU3, 2016).*

*"Kan kalau disini MRSnya paling lama 3-4 hari, rata-rata 1-2 hari saja bahkan ada yang 12 jam saja disini pasca melahirkan." (IU3, 2016).*

*"Karena pasiennya sedikit, rata-rata 3 hari disini mas." (IU3, 2016).*

d. Ruang Obstetri dan Ginekologi

Ruang Obstetri & Ginekologi adalah salah satu ruang rawat inap yang melayani tentang kehamilan, persalinan, nifas, dan pelayanan berkaitan dengan penyakit kandungan dan kelamin wanita. Ruang ini dirasa penting dikarenakan menyangkut tentang kematian ibu dan anak setiap hari, bulan, bahkan tahun. Tujuan dari Ruang Obstetri RSD Balung adalah membawa atau menyelamatkan

ibu dan anak (bayi) dengan selamat melalui masa-masa kehamilan, persalinan, dan nifas dengan kerusakan yang seminim-minimnya.

Dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan dapat menggunakan beberapa indikator pelayanan rawat inap yakni BOR, LOS, TOI dan BTO. Berikut adalah hasil perhitungan indikator efisiensi pelayanan rawat inap ruang Obstetri RSD Balung:

Tabel 4.4 Indikator Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Ruang Obstetri & Ginekologi

No.	Uraian	Tahun 2015
1.	BOR (%)	18,23
2.	LOS (Hari)	1,29
3.	TOI (Hari)	5,78
4.	BTO (Kali)	51,6

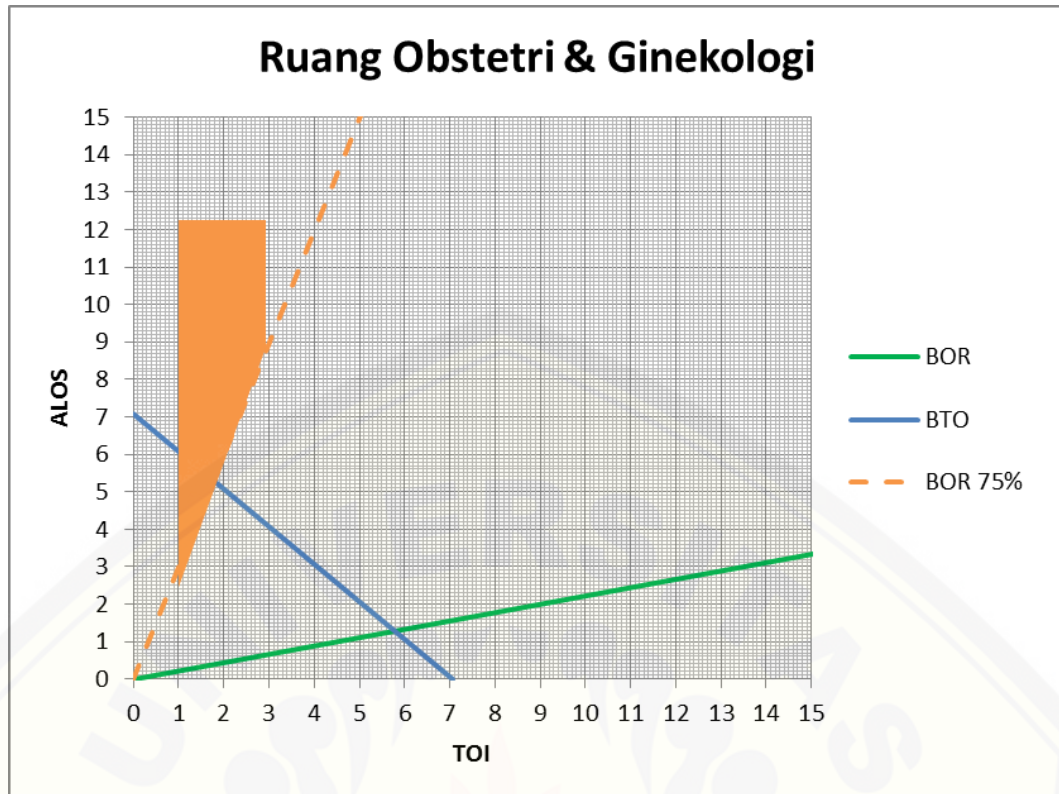
Sumber: Unit Rekam Medis RSD Balung, 2016

Sama seperti sebelumnya tiga indikator yakni BOR, LOS, dan TOI masih belum sesuai dengan standar dari *Barber-Johnson*. Sedangkan untuk nilai BTO telah sesuai dengan standar *Barber-Johnson*.

Keterangan:

Hari Perawatan	: 1573
Pasien Masuk dan Keluar	: 564
Lama Dirawat	: 1954
Tempat Tidur	: 8

Berdasarkan hasil perhitungan indikator BOR, LOS, TOI dan BTO di ruang Obstetri RSD Balung dapat digambarkan grafik *Barber-Johnson* sebagai berikut:



Gambar 4.5 Grafik *Barber-Johnson* Ruang Obstetri & Ginekologi

Adanya renovasi bangunan yang sedang dilakukan oleh RSD Balung menyebabkan tidak efisiennya pelayanan di ruang ini. Ditambah dengan pasien yang sedikit dan ruangan yang digabung antara obstetri dan ginekologi. Berikut hasil wawancara dengan informan di ruang obstetri dan ginekologi.

*“Oh kalau itu karena adanya renovasi yang masih berlangsung disini mas, keadaan ruangan ya seperti ini mas. Ya juga karena disini adalah ruangan tindakan mas hanya untuk menolong pasien.” (IU2, 2016).*

*“Ya tergantung dari kasus. Kalau kasus laten membutuhkan waktu yang lama mas, tapi rata-rata pasien disini angka LOSnya memang kecil. Juga ruangan yang tidak sesuai karena ruang obstetric seharusnya dibedakan dengan dengan gynecologi. Saya harap ada penambahan ruangan gitu mas.” (IU2, 2016).*

*“Kalau itu karena angka kunjungan pasien disini masih rendah. Pasien disini masih sedikit ntah apa penyebabnya.” (IU2, 2016).*

e. Ruang Anggrek

Ruang anggrek merupakan kelas I. Jasa pelayanan kesehatan yang diberikan berupa visite dokter spesialis, jasa pelayanan keperawatan, jasa pelayanan obat, jasa pelayanan gizi, dan akomodasi. Fasilitas yang diberikan berupa satu kamar dengan dua tempat tidur masing-masing tempat tidur dengan satu rak pakaian, kamar mandi di dalam ruangan, serta penunggu yang diijinkan hanya satu orang. Terdapat 12 orang perawat beserta kepala ruangnya di runag anggrek RSD Balung.

Dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan dapat menggunakan beberapa indikator pelayanan rawat inap yakni BOR, LOS, TOI dan BTO. Berikut adalah hasil perhitungan indikator efisiensi pelayanan rawat inap ruang Anggrek RSD Balung:

Tabel 4.5 Indikator Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Ruang Anggrek

No.	Uraian	Tahun 2015
1.	BOR (%)	31,8
2.	LOS (Hari)	2,79
3.	TOI (Hari)	5,99
4.	BTO (Kali)	41,58

Sumber: Unit Rekam Medis RSD Balung, 2016

Pada ruang anggrek nilai BOR masih dibawah 70-85%, nilai LOS masih dibawah 3-12 hari, nilai TOI melebihi standar yakni 1-3 hari yang menunjukkan kurang efisiennya pelayanan rawat inap di ruang ini, sedangkan untuk BTO telah sesuai dengan standar *Barber-Johnson* yakni minimal 30 kali.

Keterangan:

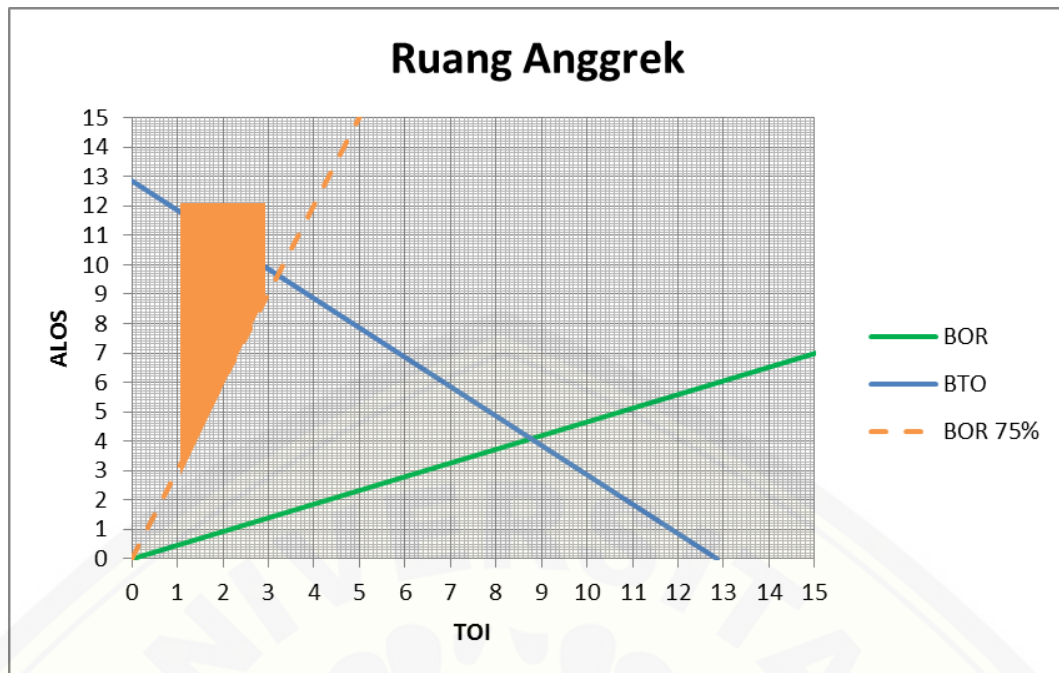
Hari Perawatan : 1861

Pasien Masuk dan Keluar : 572

Lama Dirawat : 2281

Tempat Tidur : 12

Berdasarkan hasil perhitungan indikator BOR, LOS, TOI dan BTO di ruang Anggrek RSD Balung dapat digambarkan grafik *Barber-Johnson* sebagai berikut:



Gambar 4.6 Grafik *Barber-Johnson* Ruang Anggrek

Sama halnya dengan ruangan lainnya di ruang anggrek juga membutuhkan tenaga dokter spesialis. Jika tenaga dokter spesialis ditambah, maka pelayanan disini akan efisien. Berikut kutipan wawancara dengan salah satu informan utama:

*“Dokter disini masih kurang dan tidak stand by di tempat serta tidak adanya poli.”* (IU8, 2016).

*“Saya rasa karena pasien yang sedikit, ya kembali lagi yang ditanyakan keberadaan dokter. Kalau dokternya tidak ada, mereka lebih memilih ke tempat lain.”* (IU8, 2016).

*“Interval pemakaian tempat tidur biasanya dalam sebulan sampai 6 hari, itu rata-rata loh ya. Kalau dipikir karena tidak ada pasiennya, ya pasiennya sedikit. Juga tergantung musim, kalau musim pancaroba biasanya pasien banyak, ya tapi biasanya memang sedikit.”* (IU8, 2016).

f. Ruang Interna

Ruang interna biasanya disebut dengan ruang melati di RSD Balung. Ruangan ini terdapat di lantai dua tepat diatas ruang mawar (ruang bedah). Terdapat dokter spesialis penyakit dalam dan syaraf dengan jumlah masing-masing adalah satu orang. Terdapat sejumlah sebelas perawat untuk membantu

pekerjaan dokter. Di dalam ruangan ini bertugas untuk menangani diagnosis dan penanganan organ dalam tanpa bedah pada pasien.

Dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan dapat menggunakan beberapa indikator pelayanan rawat inap yakni BOR, LOS, TOI dan BTO. Berikut adalah hasil perhitungan indikator efisiensi pelayanan rawat inap ruang Interna RSD Balung:

Tabel 4.6 Indikator Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Ruang Interna

No.	Uraian	Tahun 2015
1.	BOR (%)	51,18
2.	LOS (Hari)	2,77
3.	TOI (Hari)	2,65
4.	BTO (Kali)	67,32

Sumber: Unit Rekam Medis RSD Balung, 2016

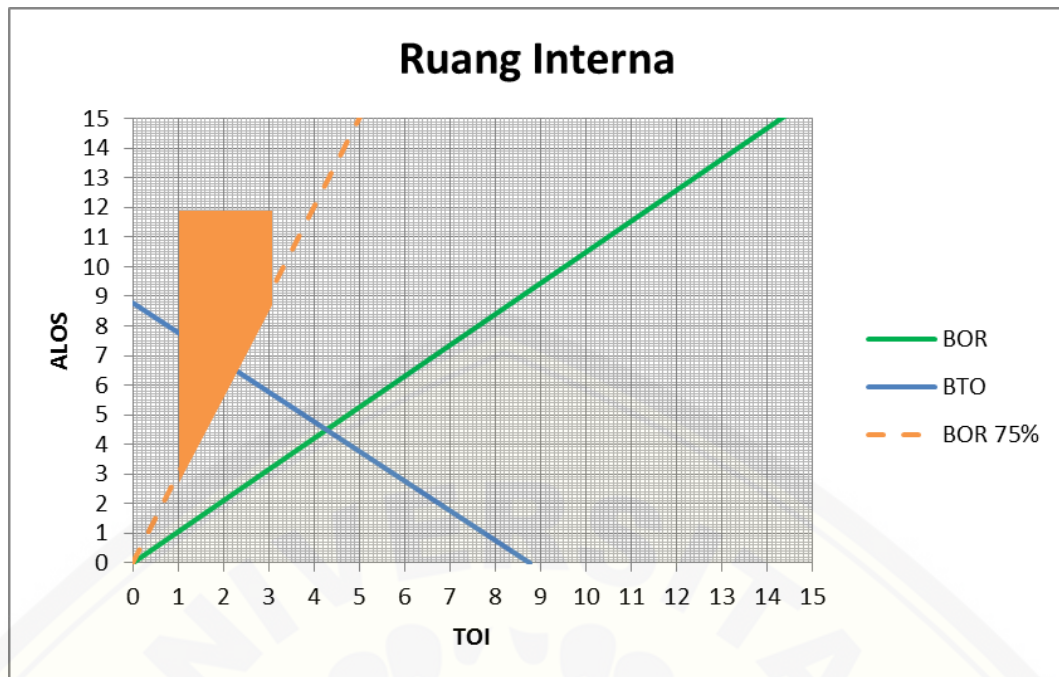
Nilai BOR di ruangan ini cukup tinggi tetapi masih dibawah standar *Barber-Johnson* yakni 70-85%, untuk LOS belum sesuai dengan standar yakni 3-12, nilai TOI telah sesuai dengan standar yakni 1-3 hari, dan nilai BTO telah sesuai standar.

Keterangan:

Hari Perawatan : 4158  
 Pasien Masuk dan Keluar : 1471  
 Lama Dirawat : 5037  
 Tempat Tidur : 19

Berdasarkan hasil perhitungan indikator BOR, LOS, TOI dan BTO di ruang Dahlia RSD Balung dapat digambarkan grafik *Barber-Johnson* sebagai berikut:





Gambar 4.7 Grafik Barber-Johnson Ruang Interna

Dokter spesialis merupakan faktor utama tidak efisiennya pelayanan di ruangan ini. Ditambah dengan kurangnya promosi dari pihak manajemen. Berikut hasil wawancara dengan informan:

*“Dokter spesialis disini masih kurang, kebanyakan pasien jika ingin rawat inap masih bertanya tentang keberadaan dokter tersebut. Jadi itu yang menyebabkan BOR disini masih belum mencapai standar. Juga karena jumlah tempat tidur yang banyak dibandingkan dengan ruangan yang lain. Serta kurangnya promosi dari pihak manajemen.”* (IU6, 2016).

*“Untuk lamanya hari perawatan, nah ini ditentukan oleh pihak BPJS tergantung dengan penyakit yang di derita oleh pasien.”* (IU6, 2016).

g. Ruang Bedah

Ruang bedah biasanya disebut dengan ruang mawar di RSD Balung. Sesuai dengan namanya ruangan ini digunakan untuk melakukan tindakan pembedahan yang membutuhkan keadaan steril. Ruang mawar terdiri dari kelas I, II, dan III. Tetapi pada faktanya kelas II dan III sering kosong dan kebanyakan pasien memilih untuk menginap di kelas I. Tetapi ruangan ini belum dilengkapi

dengan ruang kemoterapi dan tetanus sehingga pasien dirujuk ke rumah sakit terdekat dengan alat kesehatan yang mendukung.

Dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan dapat menggunakan beberapa indikator pelayanan rawat inap yakni BOR, LOS, TOI dan BTO. Berikut adalah hasil perhitungan indikator efisiensi pelayanan rawat inap ruang Bedah RSD Balung:

Tabel 4.7 Indikator Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Ruang Bedah

No.	Uraian	Tahun 2015
1.	BOR (%)	33,41
2.	LOS (Hari)	3,33
3.	TOI (Hari)	6,64
4.	BTO (Kali)	36,6

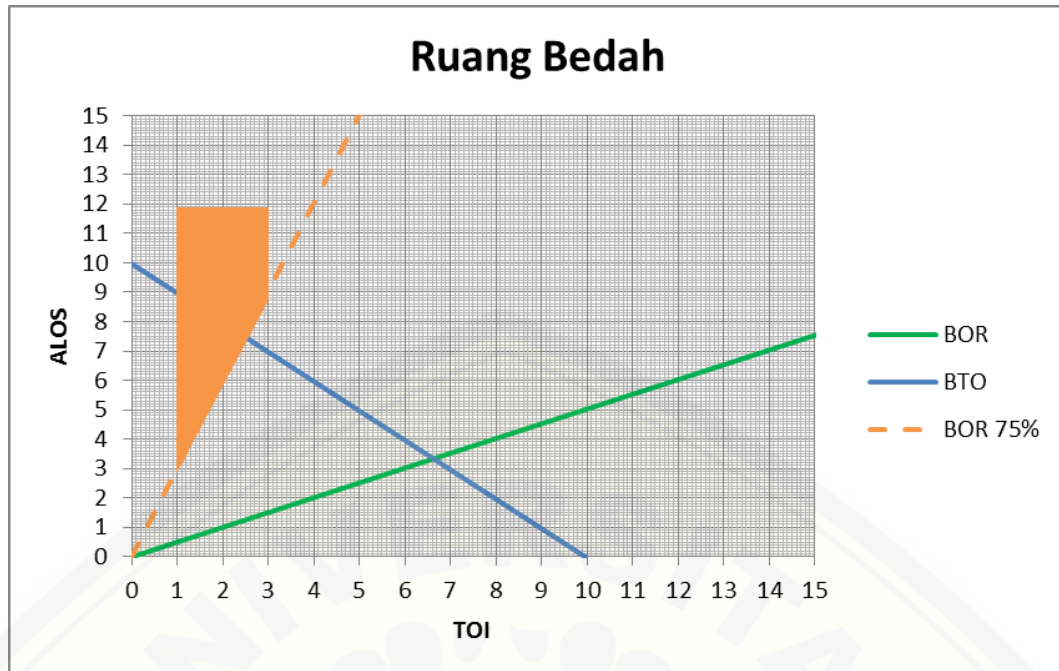
Sumber: Unit Rekam Medis RSD Balung, 2016

Angka BOR masih rendah dan tidak sesuai dengan standar *Barber-Johnson* yakni 70-85%. Sedangkan angka TOI melebihi standar yang telah ditetapkan yakni 1-3 hari sengan dua indikator lainnya telah sesuai dengan standar *Barber-Johnson*.

Keterangan:

Hari Perawatan	: 3848
Pasien Masuk dan Keluar	: 1214
Lama Dirawat	: 4607
Tempat Tidur	: 17

Berdasarkan hasil perhitungan indikator BOR, LOS, TOI dan BTO di ruang Bedah RSD Balung dapat digambarkan grafik *Barber-Johnson* sebagai berikut:



Gambar 4.8 Grafik Barber-Johnson Ruang Bedah

Kapasitas tempat tidur yang terlalu banyak dan ruang rawat inap kelas dua dan tiga yang sering kosong merupakan hal utama tidak efisiensinya pelayanan di ruang rawat inap ini. Berikut hasil wawancara dengan informan utama:

*“Kapasitas tempat tidur yang terlalu banyak yakni 34 buah dan kelas dua dan tiga yang sering kosong.” (IU7, 2016).*

*“Ya karena pasien yang sedikit jika dibandingkan dengan jumlah tempat tidur yang cukup banyak di ruang ini.” (IU7, 2016).*

#### h. Ruang GMC

GMC merupakan kepanjangan dari Graha Medical Care. Di RSD Balung sering disebut juga dengan ruang Flamboyan. Ruangan ini merupakan kelas VIP yang dimiliki oleh pihak rumah sakit. Ruangan ini dilengkapi dengan AC, TV 12 Channel, kamar mandi dalam, ruang parkir mobil sebelah kamar. Terdiri dari beberapa ruangan yakni ruang utama A, ruang utama B, VIP, eksekutif, dan klinik spesialis VIP.

Dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan dapat menggunakan beberapa indikator pelayanan rawat inap yakni BOR, LOS, TOI dan BTO. Berikut adalah hasil perhitungan indikator efisiensi pelayanan rawat inap ruang GMC RSD Balung:

Tabel 4.8 Indikator Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Ruang GMC

No.	Uraian	Tahun 2015
1.	BOR (%)	20,89
2.	LOS (Hari)	2,53
3.	TOI (Hari)	9,57
4.	BTO (Kali)	30,17

Sumber: Unit Rekam Medis RSD Balung, 2016

Ruang GMC memiliki nilai BOR yang belum sesuai dengan standar *Barber-Johnson* yakni 70-85%. Nilai LOS juga masih belum sesuai dengan standar *Barber-Johnson* yakni 3-12 hari. Dan nilai TOI melebihi standar *Barber-Johnson* yakni 1-3 hari, untuk BTO nilai tersebut telah sesuai dengan standar.

Keterangan:

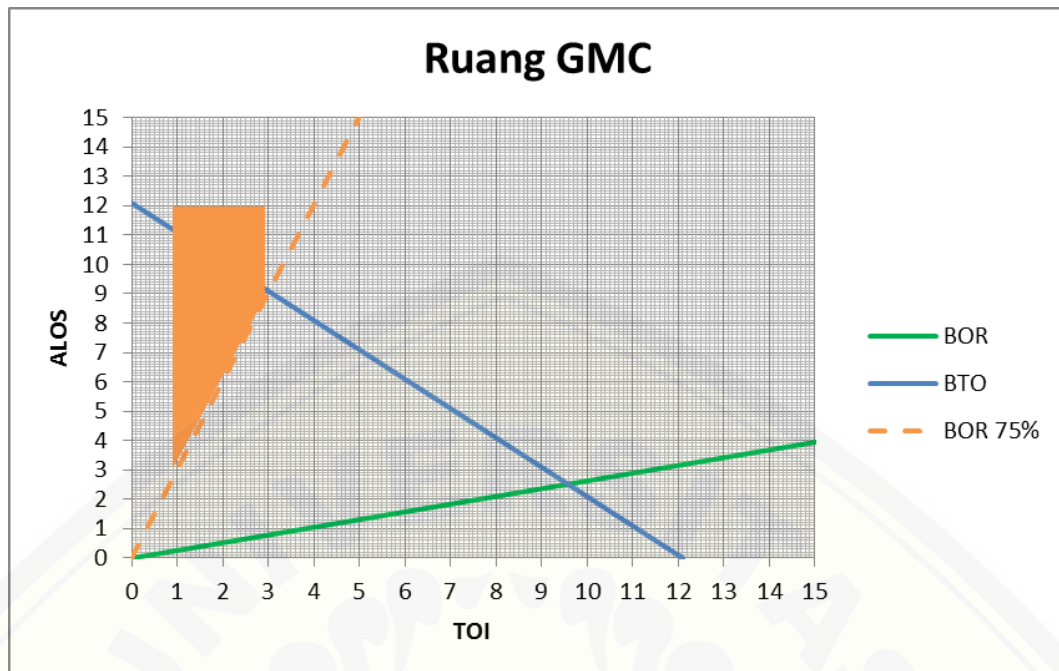
Hari Perawatan : 1028

Pasien Masuk dan Keluar : 418

Lama Dirawat : 1265

Tempat Tidur : 12

Berdasarkan hasil perhitungan indikator BOR, LOS, TOI dan BTO di ruang Dahlia RSD Balung dapat digambarkan grafik *Barber-Johnson* sebagai berikut:



Gambar 4.9 Grafik *Barber-Johnson* Ruang GMC

Di ruangan ini meskipun kelas VIP masih terkendala dengan jumlah dokter spesialis yang masih kurang. Akibatnya pelayanan disini masih belum efisien dan semua indikator seperti BOR, LOS, dan TOI tidak sesuai dengan standar. Hasil wawancara menunjukkan bahwa tenaga dokter memang dibutuhkan, berikut hasil wawancaranya:

*“Dokter terutama yang spesialis yang masih kurang, fasilitas juga seperti sarana dan prasarana.”* (IU5, 2016).

*“Lah kalau itu pasiennya keras kepala. Padahal belum sembuh total masih terasa lebih baik, langsung si pasien minta pulang.”* (IU5, 2016).

*“TOI disini lama, bisa diatas 4 hari soalnya pasiennya sedikit mas.”* (IU5, 2016).

#### i. Ruang ICU

*Intensive Care Unit* atau disingkat ICU adalah ruangan dengan staf dan perlengkapan khusus ditunjukkan untuk mengelola pasien dengan penyakit, trauma, atau komplikasi yang mengancam jiwa akibat kegagalan disfungsi satu organ atau lebih. Di RSD Balung ruang ini disebut sebagai unit ketergantungan tinggi (*high*

*dependency*). Dapat melakukan observasi ketat dengan EKG monitor dan resusitasi dengan cepat tetapi ventilator hanya diberikan kurang dari 24 jam.

Dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan dapat menggunakan beberapa indikator pelayanan rawat inap yakni BOR, LOS, TOI dan BTO. Berikut adalah hasil perhitungan indikator efisiensi pelayanan rawat inap ruang ICU RSD Balung:

Tabel 4.9 Indikator Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Ruang ICU

No.	Uraian	Tahun 2015
1.	BOR (%)	28,49
2.	LOS (Hari)	3,42
3.	TOI (Hari)	8,59
4.	BTO (Kali)	30,4

Sumber: Unit Rekam Medis RSD Balung, 2016

Terdapat dua indikator yang masih belum sesuai dengan standar *Barber-Johnson* yakni BOR dan TOI. Masing-masing standar dari indikator tersebut adalah 70-85% dan 1-3 hari. Sedangkan nilai LOS dan BTO telah mencapai standar yang telah ditetapkan yakni masing-masing adalah 3-12 hari dan minimal 30 kali.

Keterangan:

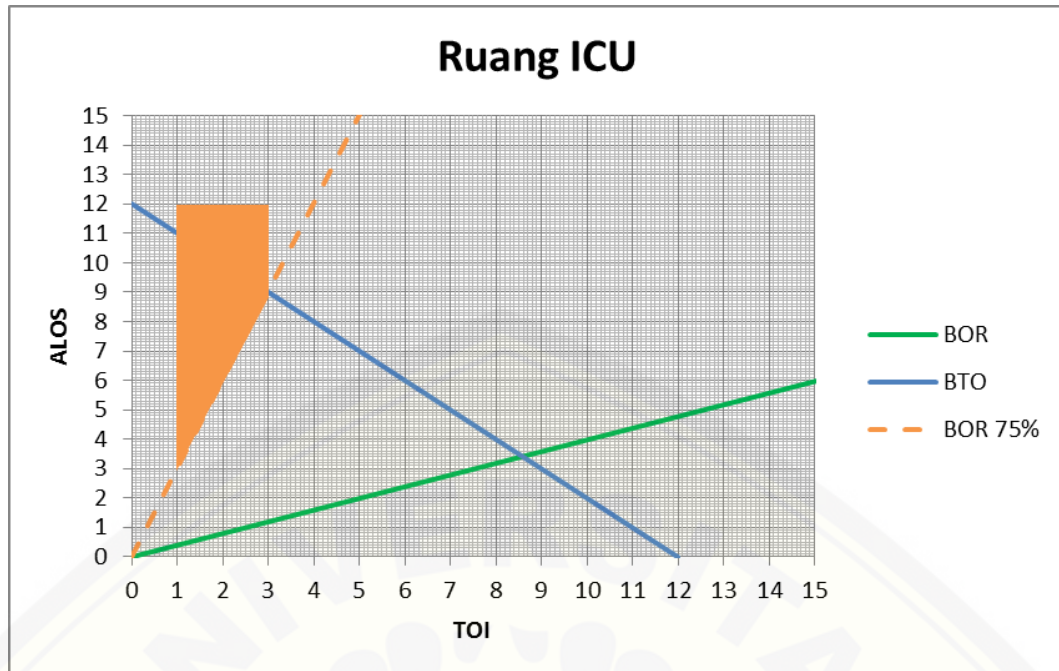
Hari Perawatan : 418

Pasien Masuk dan Keluar : 155

Lama Dirawat : 511

Tempat Tidur : 5

Berdasarkan hasil perhitungan indikator BOR, LOS, TOI dan BTO di ruang Dahlia RSD Balung dapat digambarkan grafik *Barber-Johnson* sebagai berikut:



Gambar 4.10 Grafik *Barber-Johnson* Ruang ICU

Jumlah dokter dan kurangnya promosi untuk menarik pasien adalah masalah utama di ruang ini sehingga pelayanan tidak dapat dilaksanakan dengan efisien. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan utama terbukti bahwa alat penunjang kesehatan untuk pelayanan berpengaruh terhadap efisiensi pelayanan rawat inap di ruang ini, berikut hasil wawancaranya:

*“Jumlah dokternya yang kurang, khususnya dokter spesialis. Itu saja sih mas.”* (IU9, 2016).

*“Promosi yang dianggap kurang dari pihak manajemen sehingga pasien yang datang juga sedikit nah itu yang menyebabkan nilai TOI tidak sesuai dengan standar.”* (IU9, 2016).

## 4.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, maka diperlukan pembahasan tentang faktor penyebab capaian indikator-indikator efisiensi pelayanan rawat inap yang berkaitan dengan BOR, LOS, TOI, dan BTO Rumah Sakit Daerah Balung.

### 4.2.1 Faktor Penyebab Capaian BOR

BOR adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan

tempat tidur rumah sakit. Pada umumnya BOR diambil dalam kurun waktu satu tahun sebagai target dari standar nilai depkes hal itu dikarenakan untuk mengantisipasi ketidakseimbangan faktor lingkungan yang berbeda setiap bulannya yang mempengaruhi banyaknya jumlah pasien yang dirawat per bulan, salah satu contoh faktor lingkungan seperti perubahan cuaca atau musim. Hasil penelitian yang dilakukan di RSD Balung terhadap nilai BOR di semua ruangan rawat inap menyatakan bahwa tidak ada satu pun ruangan yang mencapai standar *Barber-Johnson* yakni 70-85%. Hanya ruang Interna (Melati) yang memiliki nilai BOR paling tinggi. Beberapa faktor yang menyebabkan capaian BOR di RSD Balung yakni jumlah dokter yang masih kurang, minimnya promosi di kalangan rumah sakit, alat kesehatan yang kurang mendukung, sarana dan prasarana yang kurang memadai, dan sedang berlangsungnya renovasi yang dilakukan pihak rumah sakit.

Faktor tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nababan, 2012. Menurutny faktor penyebab capaian BOR sangatlah banyak dan kompleks, tetapi pada dasarnya dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu faktor internal dan faktor eksternal rumah sakit. Faktor internal capaian BOR adalah budaya rumah sakit, sistem nilai, kepemimpinan, sistem manajemen, sistem informasi, sarana prasarana, sumber daya manusia, pemasaran, citra, dan lain-lain. Sedangkan yang termasuk faktor eksternal adalah letak geografis, keadaan sosial ekonomi konsumen, budaya masyarakat, pemasok, pesaing, kebijakan pemerintah daerah, dan lain-lain. Penelitian Harold Koenig HFZ & Kleinsorge IK pada tahun 1994 yang dikutip oleh (Nababan, 2012) menyatakan bahwa faktor penyebab capaian BOR meliputi faktor eksternal dan internal rumah sakit. Namun, faktor yang berperan signifikan terhadap BOR adalah faktor internal rumah sakit yang meliputi faktor input dan faktor proses pelayanan. Sedangkan faktor eksternal rumah sakit yaitu kondisi pasien.

Faktor input yang menyebabkan capaian BOR meliputi sarana umum, sarana medis, sarana penunjang medis, tarif, ketersediaan pelayanan, tenaga medis, para medis perawatan. Faktor proses pelayanan yang menyebabkan capaian BOR meliputi sikap dokter dalam memberikan pelayanan, sikap perawat dalam memberikan pelayanan dan komunikasi pelayanan. Sikap perawat dalam



memberikan pelayanan secara umum yaitu terdiri dari keramahan dalam memberikan pelayanan dan cara memberikan informasi juga komunikasi. Sedangkan dari faktor kondisi pasien meliputi sosial ekonomi, jarak dan transportasi, motivasi dan prioritas terhadap rumah sakit dan perilaku terhadap kesehatan (Nababan, 2012).

Jika mengacu pada Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi Rumah Sakit pada pasal 43 menyebutkan bahwa pada poin kedua pelayanan medik dasar minimal harus ada sembilan orang dokter umum dan dua orang dokter gigi sebagai tenaga tetap. Kemudian pada poin ketiga Permenkes tersebut berbunyi bahwa pada pelayanan medik spesialis dasar harus ada masing-masing dua orang dokter spesialis setiap pelayanan. Sedangkan data dari sub bagian kepegawaian RSD Balung jumlah dokter umum hanya ada tujuh orang dan dokter gigi hanya ada satu orang. Kemudian jumlah dokter spesialis dasar (bedah, syaraf, radiologi, dan ortodonsia) hanya ada masing-masing satu orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap. Hal ini tidak sesuai dengan peraturan menteri kesehatan tersebut.

Sementara itu, untuk perbandingan tenaga paramedis dan tempat tidur adalah 2:3 dengan kualifikasi tenaga tersebut sesuai dengan pelayanan di Rumah Sakit. Jika menggunakan perbandingan tersebut, data dari sub bagian kepegawaian menunjukkan bahwa jumlah tenaga paramedis termasuk bidan di dalamnya berjumlah 154 orang dibandingkan dengan jumlah tempat tidur di ruang rawat inap dengan jumlah 131 tempat tidur, masih terjadi kekurangan sumber daya manusia dalam bidang paramedis kurang lebih 25 orang. Hal ini juga harus dibenahi agar sesuai dengan Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi Rumah Sakit.

Suatu pengelolaan rumah sakit dikatakan efektif jika rumah sakit mendapat keuntungan atau benefit sebesar-besarnya yang dapat juga diartikan semakin tinggi persentase BOR semakin tinggi juga keuntungan suatu rumah sakit. Tetapi nilai BOR mempunyai standar nilai yang dapat mengatakan efisiensi pengelolaan rumah sakit yaitu jika pengelolaan rumah sakit menggunakan sumber daya sekecil-kecilnya yaitu yang dimaksud dengan sumber daya disini dapat berupa jumlah tempat tidur maupun jumlah tenaga medis. Jadi suatu rumah sakit

yang efektif belum berarti rumah sakit tersebut sudah dikelola dengan efisien, dan begitu juga sebaliknya. Dan berarti yang dimaksud suatu rumah sakit sudah dikelola secara efektif dan efisien jika dengan sumber daya yang ada dipakai sekecil-kecilnya tetapi mendapat juga keuntungan yang besar.

#### 4.2.2 Faktor Penyebab Capaian LOS

LOS adalah rata-rata jumlah hari pasien rawat inap yang tinggal di rumah sakit, tidak termasuk bayi lahir, karena tempat tidur yang digunakan si bayi adalah nama ibunya. Standar efisiensi LOS 3-12 hari dan LOS dianjurkan serendah mungkin tanpa mempengaruhi kualitas pelayanan perawatan. Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Chariswanti pada tahun 2013 menyebutkan bahwa faktor yang menyebabkan capaian nilai LOS adalah jumlah hari pasien keluar (hidup dan mati) serta jumlah hari perawatan.

Agar memperoleh nilai capaian LOS yang ideal sehingga menimbulkan efisiensi pelayanan dapat dilakukan melalui penetapan standar pelayanan yang disepakati oleh dokter-dokter yang bekerja di rumah sakit. Standar pelayanan ini mencakup indikasi perawatan rumah sakit, prosedur dan proses pelayanan yang selayaknya harus dilaksanakan, serta sistem pembiayaan yang diberlakukan dalam memberikan jasa pelayanan kesehatan. Adanya indikasi perawatan rumah sakit yang jelas, akan mengurangi jumlah perawatan rumah sakit yang tidak perlu, sehingga memang pasien-pasien yang memerlukan perawatan rumah sakit sajalah yang akan di rawat di rumah sakit. Hal ini untuk mengurangi kecenderungan yang terjadi selama ini dimana sering ditemukan perawatan rumah sakit yang tidak perlu (*over utilization*) (Sulastomo, 2007).

Standar prosedur dan proses adalah sangat penting agar pasien memperoleh layanan sesuai dengan kebutuhan medik, sehingga mutu pelayanan dapat ditingkatkan. Di pihak lain, adanya standar prosedur dan proses yang jelas juga akan meningkatkan efisiensi sehingga biaya rumah sakit dapat ditekan. Sistem pembiayaan rumah sakit, ternyata juga dapat menyebabkan capaian LOS suatu rumah sakit. Apabila di rumah sakit sudah diterapkan sistem pembiayaan prospektif (*prospective payment system*), dimana pasien telah mengetahui terlebih dahulu berapa biaya yang harus dikeluarkan sebelum sebuah tindakan medik dilakukan, maka LOS di rumah sakit itu akan lebih rendah dibanding rumah sakit

yang masih menerapkan sistem pembiayaan *fee for service*, dimana pasien harus membayar setiap tindakan medik yang dikenakan kepadanya.

Dalam buku Sulastomo tahun 2007 menjelaskan bahwa efisiensi dari sistem pembiayaan prospektif tidak saja dari aspek medik, tetapi juga dari aspek nonmedik karena sistem pembiayaan prospektif juga lebih sederhana, sehingga mengurangi biaya administrasi ataupun IT (*Information Technology*) yang sederhana. Sistem pembiayaan prospektif mana yang dapat diterapkan, misalnya DRG's (*Diagnostic Related Groups*), *per diem package tariff* atau *capitation*, tergantung kemampuan rumah sakit. Yang kedua, adalah dengan memberlakukan standarisasi obat yang diberlakukan di sebuah rumah sakit. Hal ini adalah karena komponen obat, khususnya di Indonesia menempati porsi yang besar dari pembiayaan kesehatan. Sekitar 30-40% biaya kesehatan akan digunakan untuk belanja obat. Standarisasi obat menjadi sangat strategis di dalam upaya melakukan efisiensi pembiayaan kesehatan. Hal ini dapat dilakukan dengan penyusunan formularium rumah sakit.

Banyak hal yang dapat dilakukan dalam penyusunan formularium rumah sakit ini tanpa mengurangi mutu pelayanan medik yang selayaknya harus diberikan. Misalnya, dengan cara mengelompokkan obat sesuai dengan efek terapi, dan kemudian menetapkan obat berdasar harga terendah, menyusun daftar obat yang *cost effective*, menyepakati *profit margin* dengan apotek/distributor/pabrik obat dan lain sebagainya. Dengan besarnya belanja obat bagi pelayanan kesehatan, upaya seperti ini selayaknya menjadi upaya nasional sehingga efisiensi pelayanan obat dapat didekati secara nasional misalnya dengan menetapkan daftar obat yang layak beredar di suatu negara dan bahkan mengontrol harga obat, mengingat obat bukan sebuah komoditi yang biasa (Sulastomo, 2007).

Kedua upaya sebagaimana dikemukakan di atas memang memerlukan kepiawaian pihak manajemen rumah sakit. Standarisasi prosedur dan proses pelayanan hanya akan dapat berjalan seandainya di rumah sakit itu berfungsi misalnya apa yang dikenal dengan *peer's review*, dimana praktek kedokteran setiap dokter di rumah sakit itu dapat dinilai oleh dokter lainnya. Sehingga kemungkinan terjadinya malpraktek ataupun kesalahan tindakan medik dapat

ditekan serendah mungkin. Organisasi korps dokter dengan demikian sangat penting perannya. Demikian juga standarisasi obat hanya dapat berjalan kalau rumah sakit itu memiliki komite farmasi yang kuat, yang secara profesional mampu menilai obat-obat yang beredar di pasar, tidak saja hanya khasiat obat itu, tetapi juga harganya.

Penelitian yang dilakukan oleh (Mariana Safitiri dan Kun, 2012) menyatakan bahwa LOS merupakan indikator yang sering digunakan dan sekaligus dapat digunakan untuk evaluasi dan perencanaan sumber daya rumah sakit. Selain dihitung dalam tahunan, LOS juga dapat dihitung dalam bulanan dan dapat juga dinyatakan dengan masing-masing kelas perawatan. Semakin lama angka LOS menunjukkan adanya pelayanan rumah sakit yang semakin menurun atau terjadi inefisiensi dalam pemberian pelayanan kesehatan di rumah sakit, sebaliknya semakin pendek periode LOS berarti juga terjadi ketidaktepatan dalam pemberian layanan kesehatan. Dengan kata lain terjadi pula penurunan layanan kesehatan. Indikator ini di samping memberikan gambaran tingkat efisiensi juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan. Semakin efisien pelayanan rumah sakit, maka pasien semakin terpuaskan kebutuhannya akan jasa layanan kesehatan, tetapi angka LOS ini tidak dapat diterapkan pada diagnosis tertentu yang membutuhkan pengamatan lebih lanjut.

Pada keadaan di RSD Balung terdapat nilai LOS yang telah masuk dalam standar yakni 3-12 hari. Ruangan tersebut merupakan ruang perinatologi, ruang bedah, dan ruang ICU. Sementara ruangan lain masih berada dibawah standar yang telah ditetapkan. Umumnya nilai LOS yang semakin kecil makin baik dengan tetap memperhatikan kualitas pelayanan yang diberikan, tetapi bila harus membandingkan, harus dipikirkan faktor penyakit-penyakit yang berlainan (lamanya perawatan berlainan untuk penyakit yang berlainan) dan keadaan penderita waktu keluar (penderita yang mati atau pulang paksa dalam keadaan belum sembuh) (Triyane, 2005).

Penelitian yang dilakukan oleh Idris tahun 2012 menyatakan bahwa LOS yang berada dibawah standar menunjukkan bahwa hari perawatan pasien di ruangan rawat inap lebih singkat dan lebih cepat meninggalkan rumah sakit yang disebabkan karena kebanyakan dari pasien dirujuk ke rumah sakit yang lebih

lengkap fasilitas dan pelayanannya baik pelayanan dokter spesialis maupun penunjang medis lainnya. Oleh karena itu, pihak manajemen seharusnya lebih meningkatkan kualitas pelayanan terhadap pasien terutama pasien yang di rawat inap.

Sedangkan itu, menurut (Dharmawan, 2006) menjelaskan bahwa jika nilai capaian LOS tinggi, bahkan melebihi standar yang telah ditetapkan, membuktikan bahwa adanya kelambatan administrasi (*administrative delay*) di rumah sakit. Selain itu juga kurang baiknya perencanaan dalam memberikan pelayanan kepada pasien (*patient scheduling*). Disamping itu juga terdapatnya kebijakan di bidang medis (*medical policy*).

#### 4.2.3 Faktor Penyebab Capaian TOI

TOI digunakan untuk menentukan lamanya rata-rata tempat tidur kosong atau rata-rata tempat tidur tersedia pada periode tertentu yang tidak terisi antara pasien keluar atau mati dengan pasien masuk. Standar efisiensi TOI adalah 1-3 hari. Jika TOI lebih dari 3 hari perlu diperhatikan kualitas pelayanan perawatan. Turn Over Interval adalah rata-rata hari tempat tidur tidak ditempati dari saat terisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini juga memberikan gambaran tingkat efisiensi dari penggunaan tempat tidur (Chariswanti, 2013).

Pada kasus di RSD Balung hanya ruang interna (melati) yang sesuai dengan standar, sedangkan ruangan lain tidak sesuai atau melebihi standar yang telah ditetapkan. Faktor yang menyebabkan capaian TOI tidak sesuai dengan standar adalah alat kesehatan yang kurang memadai dan jumlah pasien yang masih sedikit dikarenakan promosi dari pihak manajemen yang masih minim. Umumnya semakin rendah nilai TOI berarti semakin baik.

Penelitian yang dilakukan oleh Dharmawan, 2006 menyebutkan bahwa faktor yang menyebabkan capaian nilai TOI tinggi adalah manajemen organisasi yang kurang baik, serta kurangnya permintaan tempat tidur yang dilakukan oleh konsumen. Dalam kata lain, jumlah pasien di rumah sakit bersangkutan masih sedikit. Hal ini salah satunya faktor promosi dari pihak manajemen yang masih kurang untuk menarik konsumen. Hal ini menunjukkan bahwa faktor-faktor penyebab capaian TOI di RSD Balung tidak sesuai dengan standar sesuai dengan

penelitian ini. Nilai TOI yang tinggi dapat diturunkan melalui perbaikan organisasi (Dharmawan, 2006).

Mengacu pada Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 tentang pedoman organisasi rumah sakit, pengaturan pedoman organisasi Rumah Sakit bertujuan untuk mewujudkan organisasi rumah sakit yang efektif, efisien, dan akuntabel dalam rangka mencapai visi dan misi rumah sakit sesuai tata kelola perusahaan yang baik (*Good Corporate Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*). Organisasi rumah sakit disesuaikan dengan besarnya kegiatan dan beban kerja rumah sakit. Struktur organisasi rumah sakit harus membagi habis seluruh tugas dan fungsi rumah sakit.

Organisasi rumah sakit paling sedikit terdiri atas:

- a. kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit;
- b. unsur pelayanan medis;
- c. unsur keperawatan;
- d. unsur penunjang medis;
- e. unsur administrasi umum dan keuangan;
- f. komite medis; dan
- g. satuan pemeriksaan internal.

Unsur organisasi Rumah Sakit selain kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit dapat berupa direktorat, departemen, divisi, instalasi, unit kerja, komite dan/atau satuan sesuai dengan kebutuhan dan beban kerja Rumah Sakit. Unsur organisasi Rumah Sakit dapat digabungkan sesuai kebutuhan, beban kerja, dan/atau klasifikasi Rumah Sakit.

Terkait dengan organisasi pada unsur pelayanan medis, unsur pelayanan medis merupakan unsur organisasi di bidang pelayanan medis yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala rumah sakit atau direktur rumah sakit. Unsur pelayanan medis dipimpin oleh direktur, wakil direktur, kepala bidang, atau manajer. Unsur pelayanan medis bertugas melaksanakan pelayanan medis. Dalam melaksanakan tugasnya, unsur pelayanan medis menyelenggarakan fungsi:

- a. penyusunan rencana pemberian pelayanan medis;
- b. koordinasi dan pelaksanaan pelayanan medis;

- c. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan medis; dan
- d. pemantauan dan evaluasi pelayanan medis.

Unsur pelayanan medis sebagaimana dimaksud meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat.

Disamping itu, masih minimnya promosi dari pihak manajemen RSD Balung menyebabkan permintaan jumlah tempat tidur oleh konsumen masih sedikit dan berujung pada minimnya jumlah pasien di rumah sakit ini. Hal ini juga menyebabkan capaian nilai TOI. Peraturan Bupati Jember Nomor 71 Tahun 2009 tentang Tugas Pokok dan Fungsi organisasi Rumah Sakit Balung Kabupaten Jember pada paragraf kedua pasal 3 menyatakan bahwa Sub bagian umum, promosi, dan perlengkapan mempunyai tugas melaksanakan kegiatan promosi, dan publikasi, kegiatan kerumahtanggan, perlengkapan kantor dan rumah sakit, mengkoordinasikan perumusan peraturan perundangan-undangan dan penelaahan hukum rumah sakit, ketatausahaan dan kearsipan, mengkoordinasikan kebersihan, ketertiban, keamanan, dan instalasi penunjang non medis dan mengelola limbah rumah sakit dan tugas lain yang diberikan oleh kepala bagian tata usaha.

Untuk melaksanakan tugas sub bagian umum, promosi, dan perlengkapan mempunyai fungsi meliputi:

- a. pelaksanaan kegiatan promosi dan publikasi;
- b. pelaksanaan kegiatan kerumahtanggan, perlengkapan kantor dan rumah sakit;
- c. pengkoordinasian perumusan peraturan perundang-undangan dan penelaahan hukum rumah sakit;
- d. pelaksanaan ketatausahaan dan kearsipan;
- e. pengkoordinasian kebersihan, ketertiban, keamanan dan instalasi non medis; dan
- f. pengelolaan limbah rumah sakit.

#### 4.2.4 Faktor Penyebab Capaian BTO

Bed Turn Over yaitu pemakaian tempat tidur, artinya berapa kali dalam satu satuan waktu tertentu (biasanya 1 tahun) tempat tidur rumah sakit dipakai. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi dari pada pemakaian tempat

tidur. Idealnya selama setahun, minimal 30 pasien. Umumnya nilai semakin besar semakin baik (Triyane, 2005).

Dari sembilan ruangan rawat inap di RSD Balung, tidak ada ruangan rawat inap yang mempunyai nilai capaian BTO di bawah 30. Penyebab capaian BTO yang rendah disebabkan karena jumlah pasien yang sedikit dan ada beberapa pasien dengan penyakit tertentu membutuhkan perawatan yang cukup lama. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Lestari & Wulandari tahun 2014 menyatakan bahwa penyebab capaian nilai BTO dikarenakan beberapa hal yakni, Standar Operasional Prosedur (SOP) alur masuk pasien, lama sakit, jenis penyakit, mutu pelayanan menurut penilaian pasien berdasarkan Dimensi Dabholkar (*Physical Aspects, Reliability, Personal Intrection, Problem Solving, Policy*) dan lama perawatan dengan *Discharge Status* pasien.

Peneliti juga merekomendasikan untuk SOP alur masuk dengan menyediakan petunjuk alur masuk rawat inap berupa papan yang ditempel di dinding sebagai informasi bagi pasien dan keluarga, membuat dan menjalankan SOP yang mengatur tentang lama tunggu pasien untuk mendapatkan tempat tidur serta manajemen penanganan pasien apabila tempat tidur penuh. Juga perawatan tempat tidur dengan optimalisasi antar tenaga perawat serta meningkatkan mutu pelayanan rawat inap terkait aspek fisik (Lestari & Wulandari, 2014).

Terkait dengan kasus jumlah pulang paksa atau pulang atas permintaan sendiri (PAPS) di beberapa ruang rawat inap RSD Balung masih banyak terjadi. Pasien yang pulang paksa dari perawatan rumah sakit tidak ditanggung oleh BPJS. Itu berarti pasien bayar sendiri biayanya walaupun dirawat di rumah sakit menggunakan BPJS. Pulang paksa itu, pasien yang dirawat dirumah sakit menggunakan BPJS sebenarnya belum diizinkan pulang oleh dokter di pihak rumah sakit, tetapi sang pasien sudah meminta pulang. Artinya apabila pasien itu kembali dirujuk ke rumah sakit tidak akan mendapatkan biaya gratis lagi dari BPJS. Berbeda jika pasien tersebut dirawat di rumah sakit menggunakan BPJS tetapi sudah dibolehkan pulang, namun kembali lagi ke rumah sakit tersebut apabila kondisinya memang harus dirawat lagi maka itu akan ditanggung kembali oleh BPJS. Karena pasien tersebut pulang telah ditandatangani oleh beberapa dokter, dan surat yang ditandatangani oleh dokter tersebutlah yang menjadi bukti



bahwa pasien akan mendapatkan BPJS apabila dirujuk kembali kerumah sakit. (Riau Pos, 2016).

Jika mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit pada lampiran pertama yakni SPM setiap jenis pelayanan, indikator dan standar pada rawat inap poin sembilan dapat diketahui bahwa jumlah pasien pulang paksa tidak boleh melebihi 5% dari jumlah pasien yang berkunjung di ruang rawat inap tersebut. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Risdiyanti pada tahun 2003 menyatakan bahwa pengetahuan tentang sakit dan penyakit dapat diatasi dengan mengefektifkan Promosi Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit (PKMRS) dan program kunjungan rumah di daerah yang sudah ada, meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terhadap pasien, guna menekan pasien pulang atas permintaan sendiri. Sehingga capaian nilai BTO sesuai dengan standar yang telah ditetapkan berdasarkan teori *Barber-Johnson* yakni minimal 30 kali.

## BAB 5. PENUTUP

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai analisis efisiensi pelayanan rawat inap Rumah Sakit Daerah Balung Tahun 2015 melalui pendekatan *Barber-Johnson* yang telah dilakukan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- a. Seluruh ruang rawat inap yang ada di RSD Balung masih belum bisa dikatakan efisien dalam hal pelayanan rawat inap.
- b. Berdasarkan hasil analisis yang telah dilakukan di RSD Balung, nilai BOR di semua ruangan rawat inap menyatakan bahwa tidak ada satu pun ruangan yang mencapai standar *Barber-Johnson*. Beberapa faktor yang menyebabkan nilai BOR di RSD Balung masih belum memenuhi capaian adalah jumlah dokter yang masih kurang, minimnya promosi di kalangan rumah sakit, alat kesehatan yang kurang mendukung, sarana dan prasarana yang kurang memadai, dan sedang berlangsungnya renovasi yang dilakukan pihak rumah sakit.
- c. Berdasarkan hasil analisis yang telah dilakukan di RSD Balung, terdapat beberapa ruangan yang sudah mencapai standar LOS yang telah ditentukan oleh *Barber-Johnson*. Ruangan tersebut adalah ruang perinatologi, ruang bedah, dan ruang ICU, sedangkan ruangan lain masih berada dibawah standar yang telah ditetapkan. Umumnya nilai LOS yang semakin kecil makin baik dengan memperhatikan kualitas pelayanan yang diberikan.
- d. Berdasarkan hasil analisis yang telah dilakukan di RSD Balung, hanya ruang Interna (Melati) yang nilai TOI-nya sudah sesuai dengan standar, sedangkan ruangan lain tidak sesuai atau melebihi standar yang telah ditetapkan. Faktor yang menyebabkan capaian TOI tidak sesuai dengan standar adalah alat kesehatan yang kurang memadai dan jumlah pasien yang masih sedikit dikarenakan promosi dari pihak manajemen yang masih minim.
- e. Berdasarkan hasil analisis yang telah dilakukan di RSD Balung, sembilan ruang rawat inap sudah memenuhi standar. Penyebab capaian nilai BTO yang rendah disebabkan karena jumlah pasien yang sedikit dan ada beberapa pasien dengan penyakit tertentu membutuhkan perawatan yang cukup lama

serta masih adanya kasus pulang paksa atau pulang atas permintaan sendiri yang dilakukan oleh pasien.

## 5.2 Saran

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, tindakan-tindakan yang mampu menekan permasalahan yang muncul dalam efisiensi pelayanan rawat inap RSD Balung adalah:

1. Untuk mengatasi masalah jumlah tenaga kesehatan perlu dilakukan penambahan berupa dokter dan perawat agar indikator BOR di RSD Balung bisa sesuai dengan standar serta untuk mencukupi jumlah tenaga medis dan paramedis sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi Rumah Sakit mengenai sumber daya Rumah Sakit Umum kelas C.
2. Untuk mencapai nilai LOS yang optimal diperlukan penetapan standar pelayanan yang disepakati oleh dokter-dokter yang bekerja di rumah sakit. Standar pelayanan ini mencakup indikasi perawatan rumah sakit, prosedur dan proses pelayanan yang selayaknya harus dilaksanakan, serta sistem pembiayaan yang diberlakukan dalam memberikan jasa pelayanan kesehatan.
3. Untuk mencapai nilai TOI yang optimal pihak rumah sakit perlu melakukan manajemen organisasi yang baik yakni dengan cara menyesuaikan besarnya kegiatan dan beban kerja rumah sakit serta membagi habis seluruh tugas dan fungsi rumah sakit dan melakukan promosi kepada masyarakat agar jumlah permintaan tempat tidur oleh konsumen atau pasien dapat ditingkatkan sehingga menimbulkan keuntungan bagi pihak rumah sakit.
4. Untuk mencapai nilai BTO di RSD Balung yang optimal RSD Balung perlu mengadakan SOP alur masuk dengan menyediakan petunjuk alur masuk rawat inap berupa papan yang ditempel di dinding sebagai informasi bagi pasien dan keluarga, membuat dan menjalankan SOP yang mengatur tentang lama tunggu pasien untuk mendapatkan tempat tidur serta manajemen penanganan pasien apabila tempat tidur penuh. Juga

meningkatkan pengetahuan tentang sakit dan penyakit dapat diatasi dengan mengefektifkan Promosi Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit (PKMRS) dan program kunjungan rumah di daerah yang sudah ada, meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terhadap pasien, guna menekan pasien pulang atas permintaan sendiri.



## DAFTAR PUSTAKA

- Afifudin dan Saebani. 2009. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Pustaka Setia.
- Aidil, J. (Tanpa Tahun). Analisa Tingkat Efisiensi untuk Meningkatkan Produktivitas Instalasi Rawat Inap (IRNA) dengan Menggunakan Metode Data Envelopment Analysis (DEA) (Studi Kasus di RSUD Wilayah Karesidenan Madiun). *Skripsi*. Surabaya: Teknik Industri FTI- UPN Veteran Jatim.
- Aniroen, S. 1991. *Kebijaksanaan Departemen Kesehatan Dalam Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit, Cerita Dunia Kedokteran Edisi Khusus (71)*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek Edisi Revisi IV*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bungin, B. 2013. *Analisis Data Penelitian Kualitatif, Pemahaman Filosofis, dan Metodologis ke Arah Penguasaan Model Aplikasi*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Chariswanti, A. 2013. Analisa Kebutuhan Tempat Tidur Pada Bangsal Kelas III RSUD Kota Semarang Berdasarkan Perhitungan Indikator Barber Johnson Tahun 2013. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Vol. 45 No. 22*. Semarang: Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang.
- Departemen Kesehatan RI. 2010. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit*. Departemen Kesehatan.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2008. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Bhakti Husada.
- Dharmawan, Y. 2006. Sistem Informasi Efisiensi Penggunaan Tempat Tidur Unit Rawat Inap dengan menggunakan Indikator Grafik Barber Jhonsons di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang. *Tesis*. Semarang: Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Sistem Informasi Manajemen Kesehatan Universitas Diponegoro.
- Donabedian, A. 2005. Evaluasi Kualitas Perawatan Medis. *Jurnal Manajemen Rumah Sakit Vol. 83, No. 4, 691-729*. The Milbank Quarterly.

- Dwianto, dan Tri Lestari. Oktober 2013. Analisis Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Grafik Barber Johnson Pada Bangsal Kelas III di RSUD Pandan Arang Boyololi Periode Triwulan Tahun 2012. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia Vol. 2 No.1*. APIKES Mitra Husada Karanganyar.
- Ery, R. 2009. *Statistik Rumah Sakit Untuk Pengambilan Keputusan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Fakultas Kesehatan Masyarakat. 2015. Pedoman Penulisan Skripsi. Jember: Universitas Jember.
- Hatta, G. 2008. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
- Hatta, G. 2010. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
- Idris, E. 2012. Hubungan Dimensi Mutu Pelayanan Dengan Tingkat Kepuasan Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Pariaman Tahun 2012. *Penelitian Manajemen Keperawatan*. Padang: Fakultas Keperawatan Universitas Andalas.
- Indriani, P. & Ida, S. 2014. Gambaran Effisiensi Penggunaan Tempat Tidur Ruang Perawatan Kelas III di Rumah Sakit Umum Daerah Tasikmalaya Tahun 2011 Dan 2012. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*. Tasikmalaya: Poltekkes Tasikmalaya.
- Iskandar, D. 2016. Pasien Yang Pulang Paksa Tidak Ditanggung BPJS. [serial online]. <http://riaupos.co/102992-berita--pasien-yang-pulang-paksa-tidak-ditanggung-bpjs.html#.V2f7OfI97IU> [19 Juni 2016].
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 tentang Satandar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- Lestari, T. 2013. Analisis Penggunaan Tempat Tidur Berdasarkan Grafik Barber Johnson Perbulan Tahun 2012 Untuk Memenuhi Standar Mutu Pelayanan Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Sukoharjo. *Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Vol. 3 No. 12*. APIKES Citra Medika Surakarta.
- Lestari, N. R. & Wulandari, R. D. 2014. Penyebab *Bed Turn Over* (BTO) Di Instalasi Rawat Inap Rsud Dr. M. Soewandhie. *Jurnal*. Surabaya: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

- Manajemen Informasi Kesehatan (*Health Information Management*). Grafik Barber Johnson. <http://www.kristianusrianto.com/barjohn.html>. [19 Februari 2016].
- Mariana Safitri, M. & Kun, K. 21012. Analisa Deskriptif Lama Perawatan (LOS) Pasien Ri Jamkesmas Pada Kasus Penyakit Kanker Payudara (Ca Mammae) Dengan Tindakan Mastektomi Yang Dirawat Di Rsi Sultan Agung Semarang Tahun 2012. *Jurnal*. Yogyakarta: Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro.
- Nababan, B. 2012. Analisis Hubungan Pelayanan Kesehatan Dengan Bed Occupancy Rate (BOR) Di Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara Kalimantan Tengah. *Tesis*. Jakarta: Program Pasca Sarjana Universitas Terbuka.
- Nazir, M. (2009). *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 tentang Organisasi Rumah Sakit.
- Peraturan Bupati Jember Nomor 71 Tahun 2009 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Organisasi Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember.
- Ramadany, R. dan Destry S. (Tanpa Tahun). Analisis Tingkat Efisiensi Pelayanan Kesehatan di Tiap Kabupaten/Kota Se-Jawa Timur dengan Metode Data Envelopment Analysis (DEA). *Jurnal Statistika Vol. 9 No. 2*. Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Institut Teknologi Sepuluh November.
- Respati, T. 2001. *Penerapan Metode Barber Johnson untuk Menilai Efisiensi Pelayanan Rumah Sakit di Indonesia*. Surabaya: Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan dan Teknologi Kesehatan.
- Rustiyanto, E. 2010. *Statistik Rumah Sakit Untuk Pengambilan Keputusan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sari, I. 2009. Gambaran Penilaian Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Grafik Barber Johnson di Rumah Sakit Haji Medan Tahun 2003-2007. *Skripsi*. Medan. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. 2011. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Soejadi. 1996. *Pedoman Penilaian Kinerja Rumah Sakit Umum*. Jakarta: KATIGA Bina.

- Soi Bere, V. 2014. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Laporan Cakupan Pelayanan Rumah Sakit Untuk Kepentingan Internal Manajerial Di Rumah Sakit Mardi Lestari Sragen Tahun 2014. *Jurnal* [online]. [http://eprints.dinus.ac.id/6726/1/jurnal\\_14233.pdf](http://eprints.dinus.ac.id/6726/1/jurnal_14233.pdf) [17 Maret 2016]
- Sudra, R. I. 2010. *Statistik Rumah Sakit*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Sulastomo. 2007. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Suyanto, B. 2005. *Metode Penelitian Sosial: Berbagai Alternatif Pendekatan*. Jakarta: Pustaka Media.
- Triyane, M. 2005. Manfaat Penerapan Sistem Pengendalian Manajemen Dalam Meningkatkan Kinerja Instalasi Rawat Inap. *Skripsi*. Bandung: Fakultas Ekonomi Universitas Widyatama.
- Undang-undang Republik Indonesia. 2009. *Tentang Rumah Sakit*. Jakarta: Republik Indonesia.
- Wijono, D. 1999. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Vol 1 & 2*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Yusuf, M. A. 2015. Gambaran Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Teori Barber-Johnson Di Ruang Anggrek RS Bakti Timah Pangkalpinang Triwulan I-IV Tahun 2014. *Skripsi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri (UIN) Syarif Hidayatullah Jakarta.



Lampiran A. Lembar Persetujuan



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jl. Kalimantan 37- Kampus Tegal Boto

Kotak Pos 0286 - Tlp. (0331) 337878 – Fax (0331) 322995 Jember 68121

Laman : [www.fkm.unej.ac.id](http://www.fkm.unej.ac.id)

---

***INFORMED CONCENT***

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

No. telp :

Menyatakan bersedia menjadi informan penelitian dari:

Nama : Ahmad Halif Mardian

NIM : 122110101175

Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Judul : Analisis Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Daerah  
Balung Tahun 2015 Melalui Pendekatan Barber-Johnson

Persetujuan ini saya buat secara sukarela dan tanpa paksaan dari pihak manapun. Saya telah diberikan penjelasan mengenai penelitian dan saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai hal – hal yang belum dimengerti dan telah mendapat jawaban yang jelas dan benar. Dengan ini saya menyatakan bahwa saya memberikan jawaban dengan sejujur-jujurnya.

Jember, 2016

Informan

( )

## Lampiran B. Lembar Indikator Efisiensi Pelayanan Rawat Inap



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jl. Kalimantan 37- Kampus Tegal Boto

Kotak Pos 0286 - Tlp. (0331) 337878 – Fax (0331) 322995 Jember 68121

Laman : [www.fkm.unej.ac.id](http://www.fkm.unej.ac.id)

**Lembar Isian**

- a. Pemanfaatan tempat tidur/*Bed Occupancy Rate* (BOR)

Unit Pelayanan:

No.	Item	Keterangan
1.	Jumlah Hari Perawatan	
2.	Jumlah Tempat Tidur	

$$\text{BOR} = \frac{\text{HP}}{\text{TT} \times \text{Per}} \times 100\%$$

HP: Jumlah Hari Perawatan

TT: Jumlah Tempat Tidur

Per: Periode Tertentu (biasanya satu tahun)

- b. Rata-rata lama rawatan seorang pasien/*Length Of Stay* (LOS)

Unit Pelayanan:

No.	Item	Keterangan
1.	Jumlah Hari Perawatan	
2.	Jumlah Pasien Keluar (hidup + mati)	

$$\text{LOS} = \frac{\text{HP}}{\text{D}}$$

HP: Jumlah Hari Perawatan

D: Jumlah Pasien Keluar (hidup + mati)

- c. Frekuensi pemakaian tempat tidur dalam satuan waktu tertentu (biasanya 1 tahun)/*Bed Turn Over* (BTO)

No.	Item	Keterangan
1.	Jumlah Pasien Keluar (hidup + mati)	
2.	Jumlah Tempat Tidur	

$$BTO = \frac{D}{TT}$$

D: Jumlah Pasien Keluar (hidup + mati)

TT: Jumlah Tempat Tidur

- d. Rata-rata tempat tidur tidak ditempati dari saat terisi ke saat terisi berikutnya/*Turn Over Interval* (TOI)

No.	Item	Keterangan
1.	Tempat Tidur Siap Pakai	
2.	Tempat Tidur Terisi	
3.	Jumlah Pasien Keluar (hidup + mati)	

$$TOI = \frac{(A-O) \times Per}{D}$$

A: Tempat Tidur Siap Pakai

O: Tempat Tidur Terisi

Per: Periode Tertentu (biasanya satu tahun)

D: Jumlah Pasien Keluar (hidup + mati)

## Lampiran C. Lembar Panduan Wawancara

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER****FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jl. Kalimantan 37- Kampus Tegal Boto

Kotak Pos 0286 - Tlp. (0331) 337878 – Fax (0331) 322995 Jember 68121

Laman : [www.fkm.unej.ac.id](http://www.fkm.unej.ac.id)

Judul : “Analisis Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Daerah Balung Tahun 2015 Melalui Pendekatan Barber-Johnson”

Tanggal Wawancara :

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
- b. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

**a. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Kunci**

1. Bagaimana peranan unit rekam medis terkait dengan indikator BOR, LOS, TOI, dan BTO?
2. Menurut Bapak/Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan BOR di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar?
3. Menurut Bapak/Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan LOS di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar?
4. Menurut Bapak/Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan TOI di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar?
5. Menurut Bapak/Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan BTO di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar?
6. Apa upaya unit rekam medis dalam menjaga nilai BOR, LOS, TOI, dan BTO agar sesuai standar?

**b. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Utama**

1. Menurut Bapak/Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan BOR di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar?

2. Menurut Bapak/Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan LOS di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar?
3. Menurut Bapak/Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan TOI di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar?
4. Menurut Bapak/Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan BTO di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar?
5. Apakah perlu pembuatan ruangan sejenis dengan memperhatikan jumlah tenaga medis sesuai dengan beban kerjanya untuk menjaga nilai Length Of Stay dan Bed Turn Over (BTO)?
6. Apakah ada kebijakan pengarahan oleh dokter dan perawat mengenai resiko dan dampak pengobatan yang tegas kepada pasien yang pulang belum saatnya agar tidak terjadi kasus pulang paksa yang akan mempengaruhi BOR, LOS, TOI, dan BTO?
7. Bagaimana penyelenggaraan kunjungan gabungan dan melakukan penelitian tentang riwayat sakit, keadaan pasien, penatalaksanaan pemeriksaan pasien?
8. Bagaimana pelayanan perawatan dan sarana penunjang lainnya?
9. Apakah ada pasien dengan penyakit tertentu yang memerlukan rawat inap yang sangat lama?
10. Menurut Bapak/Ibu, apakah jumlah tenaga medis dan paramedis di ruang pelayanan rawat inap ini sudah cukup?
11. Bagaimana tentang jumlah tempat tidur yang perlu disediakan untuk memenuhi permintaan oleh pasien berdasarkan pengalaman selama ini?
12. Apakah ada kasus pulang paksa/Atas Permintaan Sendiri (APS) di ruang pelayanan rawat inap ini?
13. Apakah ada kebijakan tentang pemindahan tempat tidur agar sesuai dengan kebutuhan?
14. Bagaimana pemanfaatan ruang VIP di rumah sakit ini?

**c. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Tambahan**

1. Berapa jumlah dokter spesialis, dokter umum, perawat, dan bidan di seluruh ruang pelayanan inap?

2. Menurut Bapak/Ibu, jumlah tenaga medis dan paramedis tersebut sudah cukup atau masih kurang?
3. Jika masih kurang, apa upaya untuk menyelesaikan masalah tersebut?
4. Bagaimana peranan bidang perencanaan terhadap pengadaan tempat tidur?
5. Bagaimana pendistribusian tempat tidur yang dilakukan selama ini di Rumah Saki Daerah Balung?
6. Apakah jumlah tempat tidur telah sesuai dengan ruangan?
7. Menurut Bapak/Ibu, apakah perlu diadakan jumlah tempat tidur yang sesuai?
8. Bagaimana peranan bidang perencanaan terhadap pengadaan alat kesehatan dan perawatannya?
9. Bagaimana tentang promosi khususnya tentang pelayanan rawat inap yang ada di Rumah Sakit Daerah Balung?
10. Menurut Bapak/Ibu, apakah promosi tersebut sudah dinilai optimal?

## Lampiran D. Transkrip Wawancara Mendalam

### 1. Informan Kunci

Nama : IK1

Hari, Tanggal : Sabtu, 21 Mei 2016 Pukul 11.00 WIB

Tempat : Unit Rekam Medis RSD Balung

P: Selamat siang Bapak, terima kasih sudah mau menjadi informan saya. Maaf sebelumnya kalau mengganggu waktu bapak. (1)

I: Iya mas, tidak apa-apa, sudah biasa kok. (2)

P: Saya ingin bertanya tentang indikator efisiensi pelayanan rawat inap di rumah sakit ini yakni BOR, LOS, TOI, dan BTO. (3)

I: Oh masalah itu, baik mas. (4)

P: Bagaimana peranan unit rekam medis terkait dengan indikator BOR, LOS, TOI, dan BTO? (5)

I: Rekam Medis mempunyai peran pelaksanaan pemenuhan kebutuhan kegiatan rekam medik dan pelaporan serta pengumpulan, pengolahan dan penganalisan data rekam medik. Dan pengolahan dan penyusunan pelaporan rumah sakit. Biasanya pelaporan tersebut diminta oleh pihak Dinas Kesehatan Jember setiap bulan, tiga bulan, atau setahun. Tergantung kebutuhan yang diminta oleh pihak terkait tapi biasanya dalam setahun sebagai bahan evaluasi dari pihak dinas untuk rumah sakit. (6)

P: Menurut Bapak, faktor apa saja yang menyebabkan BOR di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (7)

I: Saya rasa diakibatkan oleh pasien sedikit/kurang, dan sekarang kan rumah sakit ini sedang melakukan banyak pembangunan serta pengerjaan kontruksi. Itu saja sih menurut saya penyebab BOR di rumah sakit ini rendah. (8)

P: Kemudian faktor apa saja yang menyebabkan LOS di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (9)

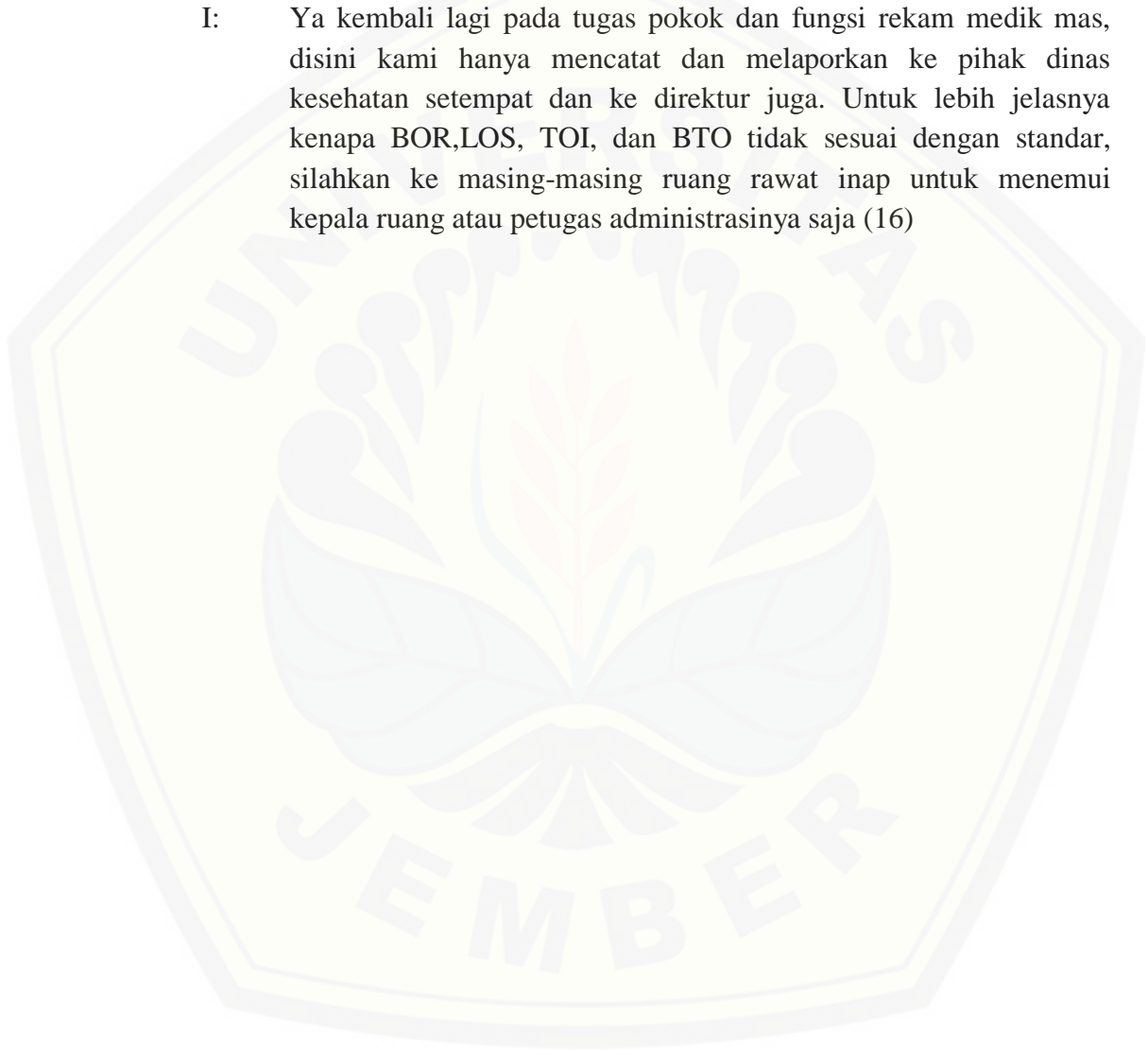
I: Menurut saya karena letak rumah sakit ini yang di desa, juga dengan penyakit kronis yang diderita oleh pasien sehingga membutuhkan jumlah hari rawat yang panjang. (10)

P: Lanjut pada faktor apa saja yang menyebabkan TOI di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (11)

I: Karena BOR rendah, maka TOI juga ikut rendah. Indikator ini kan saling berhubungan mas, ya jadi seperti itu. (12)

P: Indikator yang terakhir nih pak, faktor apa saja yang menyebabkan BTO di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (13)

- I: Ya sama halnya dengan TOI, dikarenakan BOR rendah ditambah dengan pasien yang masih sedikit. Saya rasa promosi rumah sakit ini masih kurang terhadap masyarakat. Oh iya mas, untuk lebih jelasnya untuk mengetahui faktor apa saja yang mempengaruhi BOR, LOS, TOI, dan BTO silahkan ke ruang rawat inap masing-masing untuk menemui kepala ruangnya atau bagian administrasi di ruangan tersebut. (14)
- P: Apa upaya unit rekam medis dalam menjaga nilai BOR, LOS, TOI, dan BTO agar sesuai standar? (15)
- I: Ya kembali lagi pada tugas pokok dan fungsi rekam medik mas, disini kami hanya mencatat dan melaporkan ke pihak dinas kesehatan setempat dan ke direktur juga. Untuk lebih jelasnya kenapa BOR, LOS, TOI, dan BTO tidak sesuai dengan standar, silahkan ke masing-masing ruang rawat inap untuk menemui kepala ruang atau petugas administrasinya saja (16)





## 2. Informan Utama 1

Nama : IU1

Hari, Tanggal : Rabu, 25 Mei 2016 Pukul 09.00 WIB

Tempat : Kepala Ruang Dahlia RSD Balung

P: Selamat siang ibu, saya akan melakukan wawancara dengan ibu untuk menyelesaikan tugas akhir saya. (1)

I: Oh iya dik, silahkan saja. (2)

P: Saya mulai ya bu. (3)

I: Iya dik, monggo. (4)

P: Saya mau tanya tentang BOR, LOS, TOI, dan BTO. Menurut Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan BOR di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (5)

I: Oh iya. Kalau menurut saya, kebijakan promosi di rumah sakit ini masih kurang, jumlah dokternya pun masih sedikit disini masih menggunakan dokter tamu, itu pun kurang disiplin dik. Kadang ya Cuma 2 jam ada disini habis itu menghilang hehehe. (6)

P: Menurut Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan LOS di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (7)

I: Saya pikir LOS rendah karena tenaga medis disini terutama dokter spesialis disini masih kurang dan promosi dari pihak manajemen yang masih kurang menurut saya. (8)

P: Terus bagaimana dengan TOInya bu? (9)

I: Ini kan berkaitan dengan interval, jika pasien sedikit otomatis intervalnya akan menjadi lama. (10)

P: Kemudian bagaimana tentang BTO ibu? (11)

I: Ya sama halnya dengan LOS itu tadi menurut saya. Jumlah dokter spesialis disini masih kurang, terbatas gitu loh dik dan promosi lagi. (12)

P: Apakah perlu pembuatan ruangan sejenis dengan memperhatikan jumlah tenaga medis sesuai dengan beban kerjanya untuk menjaga nilai Length Of Stay dan Bed Turn Over (BTO)? (13)

I: Saya rasa tidak perlu... (14)

P: Oh iya bu, apakah ada kebijakan pengarahan oleh dokter dan perawat mengenai resiko dan dampak pengobatan yang tegas kepada pasien yang pulang belum saatnya pulang agar tidak terjadi kasus pulang paksa yang akan mempengaruhi BOR, LOS, TOI, dan BTO? (15)

- I: Oh kalau itu ada dik, pasti ada. Dokter selalu mengarahkan dan memberikan arahan agar pasien tidak pulang sebelum saatnya. (16)
- P: Bagaimana pelayanan perawatan dan sarana penunjang lainnya? (17)
- I: Untuk pelayanan perawatan sudah sesuai dengan prosedur dan cukup baik, kalau sarana penunjang lainnya seperti alat kesehatan cukup memadai (18)
- P: Saya tanya lagi ya bu, Apakah ada pasien dengan penyakit tertentu yang memerlukan rawat inap yang sangat lama? (19)
- I: Kalau itu, ada mas. Seperti infeksi kulit, meningitis sampai membutuhkan hari perawatan 15 hari. (20)
- P: Lanjut ke pertanyaan berikutnya ya bu. Menurut Ibu, apakah jumlah tenaga medis dan paramedis di ruang pelayanan rawat inap ini sudah cukup? (21)
- I: Kalau tenaga medis dalam hal ini adalah dokter, menurut saya jumlahnya masih kurang. Sebenarnya kita juga punya dokter tamu tetapi hanya 3 bulan saja disini itupun jam kerjanya tidak tentu. Nah, kalau udah lebih dari 3 bulan, biasanya dokternya ganti lagi. Kalau udah ganti gitu, ada saran yang berbeda dari dokter. Itu juga yang menyebabkan pasien malas untuk datang ke rumah sakit ini. Kalau tenaga perawat disini masih cukup kok. (22)
- P: Baik ibu. Bagaimana tentang jumlah tempat tidur yang perlu disediakan untuk memenuhi permintaan oleh pasien berdasarkan pengalaman selama ini? (23)
- I: Tempat tidur disini saya rasa cukup, hanya saja pasiennya yang kurang. Ya kembali lagi, mungkin promosi dari pelayanan ini yang masih kurang. (24)
- P: Apakah ada kasus pulang paksa/Atas Permintaan Sendiri (APS) di ruang pelayanan rawat inap ini ibu? (25)
- I: Kalau kasus itu, disini jarang terjadi bahkan hampir tidak terjadi kasus tersebut. Gak tau kalau diruang lainnya ya dik. (26)
- P: Apakah ada kebijakan tentang pemindahan tempat tidur agar sesuai dengan kebutuhan? (27)
- I: Tempat tidur yang sesuai saya rasa cukup, jika ada pemindahan tempat tidur ke ruangan lain menurut saya terkendala dengan kapasitas ruangan. Jadi seperti itu dik. (28)
- P: Bagaimana penyelenggaraan kunjungan gabungan dan melakukan penelitian tentang riwayat sakit, keadaan pasien, dan penatalaksanaan pemeriksaan pasien? (29)
- I: Di ruangan ini secara rutin melakukan hal tersebut. 2-3 kali dalam sehari. (30)

### 3. Informan Utama 2

Nama : IU2

Hari, Tanggal : Rabu, 25 Mei 2016 Pukul 09.30 WIB

Tempat : Kepala Ruang Obstetri dan Gynekologi RSD Balung

P: Assalamualaikum wr.wb, maaf mengganggu waktunya ibu. Jadi disini saya akan melakukan wawancara dengan ibu sebagai informan. (1)

I: Waalaikumsalam wr.wb, oh iya silahkan duduk mas. Mau tanya tentang apa ya? (2)

P: Saya mau tanya tentang BOR, LOS, TOI, dan BTO di ruangan ini bu. (3)

I: Oh iya mas, saya jawab sepengetahuan saya saja ya. (4)

P: Saya mulai ya bu, menurut Bapak/Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan BOR di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (5)

I: Oh kalau itu karena adanya renovasi yang masih berlangsung disini mas, keadaan ruangan ya seperti ini mas. Ya juga karena disini adalah ruangan tindakan mas hanya untuk menolong pasien. (6)

P: Oh jadi begitu ya bu. Terus bagaimana dengan nilai LOS disini yang masih rendah bu? (7)

I: Ya tergantung dari kasus. Kalau kasus laten membutuhkan waktu yang lama mas, tapi rata-rata pasien disini angka LOSnya memang kecil. Juga ruangan yang tidak sesuai karena ruang obstetric seharusnya dibedakan dengan dengan gynekologi. Saya harap ada penambahan ruangan gitu mas. (8)

P: Bagaimana dengan angka TOI bu? (9)

I: Kalau itu karena angka kunjungan pasien disini masih rendah. Pasien disini masih sedikit ntah apa penyebabnya. (10)

P: Oh begitu ya bu? (11)

I: Iya mas, terus mau tanya apa lagi? (12)

P: Terus bagaimana dengan angka BTOnya? (13)

I: Kalau BTO karena jumlah pasien yang sedikit dalam satu tahun bahkan satu bulan jumlah pasien disini masih rendah. (14)

P: Apakah perlu pembuatan ruangan sejenis dengan memperhatikan jumlah tenaga medis sesuai dengan beban kerjanya untuk menjaga nilai *Length Of Stay* dan *Bed Turn Over* (BTO)? (15)

I: Ya seperti yang saya jelaskan tadi, kalau saya pribadi menginginkan ruangan yang sejenis. (16)

- P: Apakah ada kebijakan pengarahan oleh dokter dan perawat mengenai resiko dan dampak pengobatan yang tegas kepada pasien yang pulang belum saatnya agar tidak terjadi kasus pulang paksa yang akan mempengaruhi BOR, LOS, TOI, dan BTO? (18)
- I: Ya ada. Kalau memang benar sembuh total baru bias dipulangkan. (19)
- P: Terus bu, hmmm.. Bagaimana penyelenggaraan kunjungan gabungan dan melakukan penelitian tentang riwayat sakit, keadaan pasien, penatalaksanaan pemeriksaan pasien? (20)
- I: Kalau dalam sehari bias 1-2 kali mas, begitu. (21)
- P: Bagaimana pelayanan perawatan dan sarana penunjang lainnya? (22)
- I: Penunjang lainnya seperti alat kesehatannya masih belum memadai, kita masih menggunakan alat kesehatan yang lama. Tapi kita sudah mengajukan untuk pengadaan alat kesehatan yang baru untuk menunjang pelayanan perawatan disini (23)
- P: Kemudian, apakah ada pasien dengan penyakit tertentu yang memerlukan rawat inap yang sangat lama? (24)
- I: Kalau yang lama banget tidak ada mas, paling ya CA serviks yang membutuhkan perawatan yang lama sekitar 5-10 hari. Kalaupun tambah parah setelah itu, bisa dirujuk atau dipulangkan. (25)
- P: Menurut Bapak/Ibu, apakah jumlah tenaga medis dan paramedis di ruang pelayanan rawat inap ini sudah cukup? (26)
- I: Kalau dokter disini masih satu yaitu Sp. OG dan saya rasa cukup. Untuk Bidannya sudah mencukupi untuk melakukan tindakan mas. (27)
- P: Bagaimana tentang jumlah tempat tidur yang perlu disediakan untuk memenuhi permintaan oleh pasien berdasarkan pengalaman selama ini? (28)
- I: Tempat tidur disini masih cukup tapi perawatannya masih kurang. Contoh mor dan bautnya ada yang lepas seperti itu (29)
- P: Apakah ada kasus pulang paksa/Atas Permintaan Sendiri (APS) di ruang pelayanan rawat inap ini? (30)
- I: Jumlah kasus disini sekitar 2-3 kasus perbulan bisa dikatakan sedikit. (31)
- P: Apakah ada kebijakan tentang pemindahan tempat tidur agar sesuai dengan kebutuhan? (32)
- I: Kalau di ruangan ini tidak ada pemindahan tempat tidur, malah tempat tidur disini dipindahkan ke UGD. (33)

#### 4. Informan Utama 3

Nama : IU3

Hari, Tanggal : Rabu, 25 Mei 2016 Pukul 10.00 WIB

Tempat : Kepala Ruang Nifas RSD Balung

- P: Permissi ibu, saya Halif dari FKM Unej mau melakukan wawancara dengan ibu. (1)
- I: Oh iya silahkan langsung dimulai saja biar cepat selesai. (2)
- P: Baik bu. Menurut Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan BOR di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (3)
- I: Jumlah pasien sedikit dan disini bukan untuk orang sakit. Jadi setelah lahiran langsung pulang. (4)
- P: Menurut Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan LOS di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (5)
- I: Kan kalau disini MRSnya paling lama 3-4 hari, rata-rata 1-2 hari saja bahkan ada yang 12 jam saja disini pasca melahirkan. (6)
- P: Menurut Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan TOI di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (7)
- I: Karena pasiennya sedikit, rata-rata 3 hari disini mas. (8)
- P: Indikator yang terakhir bu, faktor apa saja yang menyebabkan BTO di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (9)
- I: Dari 7 tempat tidur, biasanya 60 pasien yang menggunakannya tiap bulan. Ya bias dibilang pasien sedikit. (10)
- P: Apakah perlu pembuatan ruangan sejenis dengan memperhatikan jumlah tenaga medis sesuai dengan beban kerjanya untuk menjaga nilai Length Of Stay dan Bed Turn Over (BTO)? (11)
- I: Ndak usah mas, cukup ruang ini saja. (12)
- P: Apakah ada kebijakan pengarahan oleh dokter dan perawat mengenai resiko dan dampak pengobatan yang tegas kepada pasien yang pulang belum saatnya agar tidak terjadi kasus pulang paksa yang akan mempengaruhi BOR, LOS, TOI, dan BTO? (13)
- I: Kalau itu pasti ada mas. Terutama disini dokter selalu mengarahkan yang baik-baik kepada pasien ya seperti hal tersebut. (14)
- P: Bagaimana penyelenggaraan kunjungan gabungan dan melakukan penelitian tentang riwayat sakit, keadaan pasien, penatalaksanaan pemeriksaan pasien? (15)

- I: Di ruang ini tidak pernah melakukan kunjungan gabungan, saya harap disini juga ada kunjungan gabungan seperti ruang lain. Jangan hanya Tanya kepada kami. (16)
- P: Bagaimana pelayanan perawatan dan sarana penunjang lainnya? (17)
- I: Dirasa masih cukup dan itupun baru. Sekitar tahun 2013 mas. (18)
- P: Apakah ada pasien dengan penyakit tertentu yang memerlukan rawat inap yang sangat lama? (19)
- I: Ada tapi sangat jarang bahkan hamper tidak ada. Biasanya ya kompilkasi jantung. (20)
- P: Menurut Ibu, apakah jumlah tenaga medis dan paramedis di ruang pelayanan rawat inap ini sudah cukup? (21)
- I: Jumlah dokter cukup, dan paramedisnya juga cukup. (22)
- P: Bagaimana tentang jumlah tempat tidur yang perlu disediakan untuk memenuhi permintaan oleh pasien berdasarkan pengalaman selama ini? (23)
- I: Jumlah permintaan tempat tidur masih cukup, karena pasiennya sedikit mas. (24)
- P: Apakah ada kasus pulang paksa/Atas Permintaan Sendiri (APS) di ruang pelayanan rawat inap ini? (25)
- I: Ada, tapi sangat sedikit sekali Cuma 5-10% tiap bulannya. (26)
- P: Apakah ada kebijakan tentang pemindahan tempat tidur agar sesuai dengan kebutuhan? (27)
- I: Tempat tidur saya rasa cukup dengan jumlah pasien yang tidak banyak. Jadi tidak perlu untuk realokasi tempat tidur. (28)

#### 5. Informan Utama 4

Nama : IU4

Hari, Tanggal : Rabu, 25 Mei 2016 Pukul 10.00 WIB

Tempat : Kepala Ruang Perinatologi RSD Balung

P: Permissi ibu, maaf mengganggu waktunya. Saya mau melakukan wawancara dengan ibu sebagai informannya. (1)

I: Iya mas. (2)

P: Apakah bisa dilakukan wawancara bu? (3)

I: Bisa mas, santai aja ya. Tapi bukan wawancara yang aneh-aneh kan? (4)

P: Oh tidak kok bu, saya disini dalam pengerjaan tugas akhir saya. (5)

I: Oke, langsung saja mas biar cepet selesai. (6)

P: Menurut Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan BOR di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (7)

I: Pasien biasanya langsung dirujuk ke Soebandi soalnya tidak ada alat kesehatan yang mendukung, kemudian tidak adanya dokter anak yang tetap disini. (8)

P: Menurut Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan LOS di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (9)

I: Ya, kurangnya pasien di rumah sakit ini mas. Ya itu adalah masalahnya, kenapa tiap tahunnya untuk pasien ya cuma segitu-segitu saja. Saya tidak tahu kenapa alasannya kok bisa begitu. (10)

P: Menurut Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan TOI di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (11)

I: Ya sama dengan jawaban sebelumnya, soalnya ini kan saling berkaitan ya tidak jauh berbeda lah kalau masalah ini. (12)

P: Kalau faktor apa saja yang menyebabkan BTO di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (13)

I: Bisa dilihat mas, BOR saja disini masih rendah. Otomatis penggunaan tempat tidur juga akan rendah, ya itulah yang menyebabkan angka penggunaan tempat tidur disini masih rendah. (14)

P: Apakah perlu pembuatan ruangan sejenis dengan memperhatikan jumlah tenaga medis sesuai dengan beban kerjanya untuk menjaga nilai Length Of Stay dan Bed Turn Over (BTO)? (15)

I: Menurut saya tidak perlu pembuatan ruangan yang sejenis, karena saya rasa ruangan ini cukup untuk melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan, hanya saja ruangan ini perlu direnovasi karena

ada beberapa titik yang bocor. Katanya sih memang agenda untuk direnovasi untuk ruangan ini ntah kapan tapi. (16)

P: Apakah ada kebijakan pengarahan oleh dokter dan perawat mengenai resiko dan dampak pengobatan yang tegas kepada pasien yang pulang belum saatnya agar tidak terjadi kasus pulang paksa yang akan mempengaruhi BOR, LOS, TOI, dan BTO? (17)

I: Tentu ada mas, biasanya perawat yang sering melakukan hal itu. (18)

P: Bagaimana penyelenggaraan kunjungan gabungan dan melakukan penelitian tentang riwayat sakit, keadaan pasien, penatalaksanaan pemeriksaan pasien? (19)

I: Ada mas, karena disini kebanyakan bayi, maka kunjungan gabungan tersebut kami lakukan 3 kali dalam sehari. Kami juga menerapkan *total care* yakni satu pasien dengan satu perawat. (20)

P: Bagaimana pelayanan perawatan dan sarana penunjang lainnya? (21)

I: Penunjang lainnya seperti apa ya mas? (22)

P: Seperti alat kesehatan bu. (23)

I: Oh kalau itu saya rasa masih kurang, kami menggunakan pertolongan dengan alat seadanya. (24)

P: Apakah ada pasien dengan penyakit tertentu yang memerlukan rawat inap yang sangat lama? (25)

I: Ada, seperti bayi prematur yang membutuhkan perawatan sampai 1-2 bulan, paling nggak ya minimal 2 minggu gitu mas. (26)

P: Berkaitan dengan sumber daya manusia disini bu, apakah jumlah tenaga medis dan paramedis di ruang pelayanan rawat inap ini sudah cukup? (27)

I: Dokternya saya rasa yang kurang mas, hanya satu. Untuk paramedisnya saya rasa cukup. (28)

P: Bagaimana tentang jumlah tempat tidur yang perlu disediakan untuk memenuhi permintaan oleh pasien berdasarkan pengalaman selama ini? (29)

I: Saya rasa jumlah tempat tidur untuk memenuhi permintaan pasien cukup dan tidak pernah ada pasien yang kami tolak karena alas an tempat tidur ini. (30)

P: Apakah ada kasus pulang paksa/Atas Permintaan Sendiri (APS) di ruang pelayanan rawat inap ini? (31)

I: Ada, tapi jumlahnya sekitar 10% tiap bulannya. Ya gitu tentang kasus pulang paksa. (32)

P: Apakah ada kebijakan tentang pemindahan tempat tidur agar sesuai dengan kebutuhan? (33)



- I: Saya rasa tiap ruangan apalagi disini tempat tidurnya sesuai, hanya saja jika ada penambahan tempat tidur mungkin kapasitasnya yang kurang di ruangan ini. (34)



## 6. Informan Utama 5

Nama : IU5

Hari, Tanggal : Rabu, 25 Mei 2016 Pukul 10.30 WIB

Tempat : Kepala Ruang GMC RSD Balung

P: Permissi ibu, maaf mengganggu waktunya ditengah kesibukan ibu. Niat saya disini untuk melakukan wawancara bu. Berkaitan dengan BOR, LOS, TOI, dan BTO. (1)

I: Iya silahkan duduk dulu mas. Oh baik mas, saya jawab dengan sepengetahuan saya ya. Maaf juga kalau tidak sesuai dengan harapan. (2)

P: Menurut Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan BOR di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (3)

I: Dokter terutama yang spesialis yang masih kurang, fasilitas juga seperti sarana dan prasarana. (4)

P: Faktor apa saja yang menyebabkan LOS di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (5)

I: Lah kalau itu pasiennya keras kepala. Padahal belum sembuh total masih terasa lebih baik, langsung si pasien minta pulang. (6)

P: Faktor apa saja yang menyebabkan TOI di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (7)

I: TOI disini lama, bias diatas 4 hari soalnya pasiennya sedikit mas. (8)

P: Menurut Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan BTO di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (9)

I: Ya itu tadi mas, pasiennya sedikit mungkin karena promosi di rumah sakit ini masih kurang. Banyak yang lari ke sebelah. (10)

P: Apakah ada kebijakan pengarahan oleh dokter dan perawat mengenai resiko dan dampak pengobatan yang tegas kepada pasien yang pulang belum saatnya agar tidak terjadi kasus pulang paksa yang akan mempengaruhi BOR, LOS, TOI, dan BTO? (11)

I: Ada mas, pengarahan oleh dokter dan perawat itu penting. (12)

P: Bagaimana penyelenggaraan kunjungan gabungan dan melakukan penelitian tentang riwayat sakit, keadaan pasien, penatalaksanaan pemeriksaan pasien? (13)

I: Itu ada mas, kami lakukan setiap hari sekali. (14)

P: Bagaimana pemanfaatan ruang VIP di rumah sakit ini? (15)

I: Pemanfaatan seperti apa mas? (16)

- P: Ya seperti bagaimana VIP berkontribusi dari segi pendapatan mungkin, mungkin dari segi lainnya mungkin ibu. (17)
- I: Pemanfaatannya masih kecil ya mas, ya itu tadi pasien masih sedikit. Mungkin juga karena ruang VIP ini kan lebih mahal dimana masyarakat Balung status ekonominya menengah kebawah seperti itu mas. (18)
- P: Bagaimana penyelenggaraan kunjungan gabungan dan melakukan penelitian tentang riwayat sakit, keadaan pasien, penatalaksanaan pemeriksaan pasien? (19)
- I: Dokter spesialis yang masih kurang mas, untuk perawatnya saya cukup bahkan lebih tapi untuk antisipasi juga kan. (20)
- P: Bagaimana pelayanan perawatan dan sarana penunjang lainnya? (21)
- I: Sarana yang kurang memadai mas seperti system pembuangan air limbah dan air kotor. (22)
- P: Kalau disini apakah ada pasien dengan penyakit tertentu yang memerlukan rawat inap yang sangat lama? (23)
- I: Jarang terjadi, biasanya stroke yang membutuhkan perawatan lama kurang lebih satu minggu. (24)
- P: Menurut Ibu, apakah jumlah tenaga medis dan paramedis di ruang pelayanan rawat inap ini sudah cukup? (25)
- I: Untuk tenaga medis saya rasa masih kurang di rumah sakit ini untuk kebutuhan, kalau perawat di setiap ruangan menurut saya sudah cukup termasuk disini juga. (26)
- P: Bagaimana tentang jumlah tempat tidur yang perlu disediakan untuk memenuhi permintaan oleh pasien berdasarkan pengalaman selama ini? (27)
- I: Sudah cukup kok. (28)
- P: Apakah ada kasus pulang paksa/Atas Permintaan Sendiri (APS) di ruang pelayanan rawat inap ini? (29)
- I: Disini kasus itu jarang terjadi mas. (30)
- P: Apakah ada kebijakan tentang pemindahan tempat tidur agar sesuai dengan kebutuhan? (31)
- I: Saya pikir, tempat tidurnya sudah cukup. Jadi tidak perlu penambahan atau pengurangan tempat tidur di ruangan ini. (32)

## 7. Informan Utama 6

Nama : IU6

Hari, Tanggal : Rabu, 25 Mei 2016 Pukul 12.00 WIB

Tempat : Kepala Ruang Interna (Melati) RSD Balung

- P: Assalamualaikum wr wb. Maaf mengganggu waktunya ibu. (1)
- I: Waalaikumsalam wr.wb. Iya mas, ada apa? (2)
- P: Jadi begini bu, tujuan saya kemari untuk melakukan wawancara dengan ibu masalah BOR, LOS, TOI, dan BTO. (3)
- I: Oh silahkan mas. (4)
- P: Perkenalkan nama saya Halif dari FKM Unej, wawancara ini bertujuan untuk menyelesaikan tugas akhir saya. (5)
- I: Oh iya, silahkan. Langsung dimulai saja. (6)
- P: Berkaitan dengan BOR, faktor apa saja yang menyebabkan BOR di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (7)
- I: Dokter spesialis disini masih kurang, kebanyakan pasien jika ingin rawat inap masih bertanya tentang keberadaan dokter tersebut. Jadi itu yang menyebabkan BOR disini masih belum mencapai standar. Juga karena jumlah tempat tidur yang banyak dibandingkan dengan ruangan yang lain. Serta kurangnya promosi dari pihak manajemen. (8)
- P: Menurut Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan LOS di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (9)
- I: Untuk lamanya hari perawatan, nah ini ditentukan oleh pihak BPJS tergantung dengan penyakit yang di derita oleh pasien. (10)
- P: Menurut Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan TOI di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (11)
- I: Ya itu tadi jumlah tempat tidur kita banyak, jadi interval penggunaan tempat tidur cukup lama. (12)
- P: Terus faktor apa saja yang menyebabkan BTO di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (13)
- I: Ya berhubungan dengan BOR tadi, jika BOR kecil BTOnya juga kecil kan saling berkaitan. (14)
- P: Apakah perlu pembuatan ruangan sejenis dengan memperhatikan jumlah tenaga medis sesuai dengan beban kerjanya untuk menjaga nilai Length Of Stay dan Bed Turn Over (BTO)? (15)
- I: Oh saya rasa tidak perlu dibuatkan ruangan yang sejenis, cukup ruangan ini saja. (16)

- P: Apakah ada kebijakan pengarahan oleh dokter dan perawat mengenai resiko dan dampak pengobatan yang tegas kepada pasien yang pulang belum saatnya agar tidak terjadi kasus pulang paksa yang akan mempengaruhi BOR, LOS, TOI, dan BTO? (17)
- I: Oh ada mas, biasanya dokter yang melakukan hal ini. Kadang juga perawat. (18)
- P: Bagaimana penyelenggaraan kunjungan gabungan dan melakukan penelitian tentang riwayat sakit, keadaan pasien, penatalaksanaan pemeriksaan pasien? (19)
- I: Ada, kami lakukan setiap hari. (20)
- P: Bagaimana pelayanan perawatan dan sarana penunjang lainnya? (21)
- I: Kalau penunjang lainnya seperti alat kesehatannya yang kurang, saya rasa itu saja sih. (22)
- P: Apakah ada pasien dengan penyakit tertentu yang memerlukan rawat inap yang sangat lama? (23)
- I: Ada mas, hanya pasien tertentu yang membutuhkan rawat inap yang cukup lama seperti jantung, tetanus. (24)
- P: Apakah jumlah tenaga medis dan paramedis di ruang pelayanan rawat inap ini sudah cukup? (25)
- I: Jumlah tenaga medis masih dinilai kurang, kalau perawat disini juga kurang. Ada 11 perawat disini, menurut saya pribadi harus ada 15 perawat yang ideal karena pasien kita juga cukup banyak. (26)
- P: Bagaimana tentang jumlah tempat tidur yang perlu disediakan untuk memenuhi permintaan oleh pasien berdasarkan pengalaman selama ini? (27)
- I: Sudah cukup sih mas, jika ruangan lain membutuhkan tempat tidur juga bias diminta dari ruangan melati. (28)
- P: Apakah ada kasus pulang paksa/Atas Permintaan Sendiri (APS) di ruang pelayanan rawat inap ini? (29)
- I: Pasien di rumah sakit ini ada tipe mas. Pertama pasien dengan Surat Pernyataan Miskin (SPM), pasien BPJS, dan umum. Biasanya yang banyak terjadi kasus tersebut adalah pasien yang umum. Untuk yang SPM dan BPJS juga ada, tapi jarang sekali. Setelah itu, biasanya ada konsultasi intern oleh dokter yang merawatnya tentang kemungkinan-kemungkinan yang terjadi jika pulang belum saatnya. (30)
- P: Apakah ada kebijakan tentang pemindahan tempat tidur agar sesuai dengan kebutuhan? (31)
- I: Tidak ada tuh, hanya saja ruang melati ini paling banyak kalau tempat tidurnya. (32)

## 8. Informan Utama 7

Nama : IU7

Hari, Tanggal : Rabu, 25 Mei 2016 Pukul 10.30 WIB

Tempat : Kepala Ruang Bedah (Mawar) RSD Balung

- P: Menurut Bapak/Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan BOR di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (1)
- I: Kapasitas tempat tidur yang terlalu banyak yakni 34 buah dan kelas dua dan tiga yang sering kosong. (2)
- P: Menurut Bapak/Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan LOS di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (3)
- I: Sekarang ada system dari BPJS, lamanya hari perawatan di rumah sakit sudah ditentukan oleh BPJS tergantung dari penyakit yang diderita oleh pasien. Ya kami hanya mengikuti saja. (4)
- P: Menurut Bapak/Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan TOI di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (5)
- I: Yak arena pasien yang sedikit jika dibandingkan dengan jumlah tempat tidur yang cukup banyak di ruang ini. (6)
- P: Menurut Bapak/Ibu, faktor apa saja yang menyebabkan BTO di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (7)
- I: Saya pikir promosi dari pihak manajemen yang kurang akan pelayanan-pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit Balung. (8)
- P: Apakah perlu pembuatan ruangan sejenis dengan memperhatikan jumlah tenaga medis sesuai dengan beban kerjanya untuk menjaga nilai Length Of Stay dan Bed Turn Over (BTO)? (9)
- I: Hmmm, tidak usah mas. Cukup ruangan ini saja. (10)
- P: Apakah ada kebijakan pengarahannya oleh dokter dan perawat mengenai resiko dan dampak pengobatan yang tegas kepada pasien yang pulang belum saatnya agar tidak terjadi kasus pulang paksa yang akan mempengaruhi BOR, LOS, TOI, dan BTO? (11)
- I: Dokter sih yang selalu mengarahkan pasiennya, karena dokter yang lebih tahu. (12)
- P: Bagaimana penyelenggaraan kunjungan gabungan dan melakukan penelitian tentang riwayat sakit, keadaan pasien, penatalaksanaan pemeriksaan pasien? (13)
- I: Disini selalu mengadakan kunjungan gabungan yang dilakukan sekali dalam sehari. (14)
- P: Bagaimana pelayanan perawatan dan sarana penunjang lainnya? (15)

- I: Untuk penunjang lainnya seperti alat kesehatan, alat kemoterapi dan tetanus yang masih kurang di ruangan ini. Jadi perlu penambahan menurut saya. (16)
- P: Apakah ada pasien dengan penyakit tertentu yang memerlukan rawat inap yang sangat lama? (17)
- I: Jarang, tapi kalau ada sih ada memang. Seperti kemarin memerlukan rawat inap sekitar 1-3 bulan ada disini. (18)
- P: Menurut Bapak, apakah jumlah tenaga medis dan paramedis di ruang pelayanan rawat inap ini sudah cukup? (19)
- I: Jumlah dokter disini masih kurang, perlu penambahan khususnya dokter spesialis. Kalau jumlah perawatnya dirasa cukup. (20)
- P: Bagaimana tentang jumlah tempat tidur yang perlu disediakan untuk memenuhi permintaan oleh pasien berdasarkan pengalaman selama ini? (21)
- I: Permintaan tempat tidur disini selalu kami terima untuk rawat inap. Bayangkan saja, BOR disini masih kecil, tempat tidur sering kosong. (22)
- P: Apakah ada kasus pulang paksa/Atas Permintaan Sendiri (APS) di ruang pelayanan rawat inap ini? (23)
- I: Sering mas, ada sekitar 4 orang setiap bulannya yang meminta pulang sebelum waktunya. Karena dengan alasan yang gak kerasan, dirumah ada yang ngopeni, dan seperti menjadi budaya masyarakat disini. Itu kalau di ruang sini mas. (24)
- P: Apakah ada kebijakan tentang pemindahan tempat tidur agar sesuai dengan kebutuhan? (25)
- I: Saya rasa tidak ada, tempat tidur disini ya gini-gini aja jumlahnya. (26)

## 9. Informan Utama 8

Nama : IU8

Hari, Tanggal : Kamis, 26 Mei 2016 Pukul 09.00 WIB

Tempat : Kepala Ruang Anggrek RSD Balung

P: Maaf mengganggu waktunya, saya Halif dari FKM Unej. Mau melakukan wawancara terkait dengan BOR, LOS, TOI, dan BTO di ruang rawat inap ini. (1)

I: Ya mas, silahkan. Saya akan jawab pertanyaan dari mas. (2)

P: Kalau saya lihat data dari rekam medis BOR di ruang ini tidak sesuai dengan standar Depkes RI. Menurut Bapak, faktor apa saja yang menyebabkan BOR di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (3)

I: Dokter disini masih kurang dan tidak stand by di tempat serta tidak adanya poli. (4)

P: Terus faktor apa saja yang menyebabkan LOS di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (5)

I: Saya rasa karena pasien yang sedikit, ya kembali lagi yang ditanyakan keberadaan dokter. Kalau dokternya tidak ada, mereka lebih memilih ke tempat lain. (6)

P: Menurut Bapak, faktor apa saja yang menyebabkan TOI di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (7)

I: Interval pemakaian tempat tidur biasanya dalam sebulan sampai 6 hari, itu rata-rata loh ya. Kalau dipikir karena tidak ada pasiennya, ya pasiennya sedikit. Juga tergantung musim, kalau musim pancaroba biasanya pasien banyak, ya tapi biasanya memang sedikit. (8)

P: Apakah perlu pembuatan ruangan sejenis dengan memperhatikan jumlah tenaga medis sesuai dengan beban kerjanya untuk menjaga nilai Length Of Stay dan Bed Turn Over (BTO)? (9)

I: Oh tidak perlu, butuh dana yang banyak kalau begitu. Mending dialokasikan ke hal yang lain. (10)

P: Apakah ada kebijakan pengarahan oleh dokter dan perawat mengenai resiko dan dampak pengobatan yang tegas kepada pasien yang pulang belum saatnya agar tidak terjadi kasus pulang paksa yang akan mempengaruhi BOR, LOS, TOI, dan BTO? (11)

I: Ada mas, pengarahan sperti itu agar tidak terjadi kasus pulang paksa itu dilakukan dengan konsultasi secara pribadi oleh dokter. (12)



- P: Bagaimana penyelenggaraan kunjungan gabungan dan melakukan penelitian tentang riwayat sakit, keadaan pasien, penatalaksanaan pemeriksaan pasien? (13)
- I: Sekali sehari, biasanya dalam bentuk konsultasi. (14)
- P: Bagaimana pelayanan perawatan dan sarana penunjang lainnya? (15)
- I: Maksudnya seperti apa? (16)
- P: Seperti alat kesehatan pak? (17)
- I: Oh, masih layak kalau alat kesehatan disini. (18)
- P: Apakah ada pasien dengan penyakit tertentu yang memerlukan rawat inap yang sangat lama? (19)
- I: Jarang, tapi ada. Kalau pasien dengan rawat inap yang lama nah kita ngasik saran pada dokter untuk menekan obat karena ada sistem dari pihak BPJS juga tentang hari perawatan disini. (20)
- P: Menurut Bapak, apakah jumlah tenaga medis dan paramedis di ruang pelayanan rawat inap ini sudah cukup? (21)
- I: Perawat cukup, nah kalau dokter ini yang kurang. Kalau dokter disini khususnya spesialis, ada dua orang tiap spesialis pasti pasien semua akan kesini. (22)
- P: Bagaimana tentang jumlah tempat tidur yang perlu disediakan untuk memenuhi permintaan oleh pasien berdasarkan pengalaman selama ini? (23)
- I: Kami selalu memenuhi permintaan pasien tentang tempat tidur. Bahkan tidak ada yang kami tolak, ya karena kami menyadari bahwa pasien disini masih kurang. (24)
- P: Apakah ada kasus pulang paksa/Atas Permintaan Sendiri (APS) di ruang pelayanan rawat inap ini? (25)
- I: Ada mas kalau itu. (26)
- P: Apakah ada kebijakan tentang pemindahan tempat tidur agar sesuai dengan kebutuhan? (27)
- I: Tempat tidur sesuai dengan kebutuhan, ya tapi perbaikan untuk jumlah tenaga dokternya saja menurut saya. (28)

**10. Informan Utama 9**

Nama : IU9

Hari, Tanggal : Kamis, 26 Mei 2016 Pukul 09.30 WIB

Tempat : Kepala Ruang ICU RSD Balung

- P: Permissi pak, saya ingin bertemu dengan kepala ruang. (1)
- I: Dengan saya sendiri, ada apa ya dik? (2)
- P: Perkenalkan saya Halif dari FKM Unej. Mau melakukan wawancara dengan bapak. (3)
- I: Baik. Silahkan masuk ke ruangan saya biar enak wawancaranya juga tidak emngganggu pasien disini. (4)
- P: Langsung saja ya pak. Menurut Bapak, faktor apa saja yang menyebabkan BOR di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (5)
- I: Jumlah dokternya yang kurang, khususnya dokter spesialis. Itu saja sih mas. (6)
- P: Menurut Bapak, faktor apa saja yang menyebabkan LOS di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (7)
- I: Pasien yang sedikit, dan kebanyakan pasien umum mas tidak memakai kartu SPM dan BPJS jadi menggunakan biaya sendiri. Ya yang digunakan adalah biaya sendiri padahal membutuhkan perawatan yang intensif. (8)
- P: Menurut Bapak, faktor apa saja yang menyebabkan TOI di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (9)
- I: Promosi yang dianggap kurang dari pihak manajemen sehingga pasien yang datang juga sedikit nah itu yang menyebabkan nilai TOI tidak sesuai dengan standar. (10)
- P: Menurut Bapak, faktor apa saja yang menyebabkan BTO di ruang rawat inap ini tidak sesuai dengan standar? (11)
- I: Ya ini berkaitan dengan BOR tadi, itu juga factor yang menyebabkannya. (12)
- P: Apakah perlu pembuatan ruangan sejenis dengan memperhatikan jumlah tenaga medis sesuai dengan beban kerjanya untuk menjaga nilai Length Of Stay dan Bed Turn Over (BTO)? (13)
- I: Tidak perlu, cukup ini saja tapi dioptimalkan sumberdaya yang ada dengan membenahi yang kurang-kurang. (14)
- P: Apakah ada kebijakan pengarahan oleh dokter dan perawat mengenai resiko dan dampak pengobatan yang tegas kepada pasien

- yang pulang belum saatnya agar tidak terjadi kasus pulang paksa yang akan mempengaruhi BOR, LOS, TOI, dan BTO? (15)
- I: Sudah ada sejak dulu mas kalau di ruangan ini. (16)
- P: Bagaimana penyelenggaraan kunjungan gabungan dan melakukan penelitian tentang riwayat sakit, keadaan pasien, penatalaksanaan pemeriksaan pasien? (17)
- I: Ada mas, dilaksanakan setiap hari. (18)
- P: Bagaimana pelayanan perawatan dan sarana penunjang lainnya? (19)
- I: Kalau disini kan ICU, membutuhkan sarana penunjang seperti alat kesehatan tambahan dibandingkan dengan ruangan lain. Seperti APD khusus penyakit AIDS. Kami juga mempertimbangkan penularan juga mas, terutama melalui udara. (20)
- P: Apakah ada pasien dengan penyakit tertentu yang memerlukan rawat inap yang sangat lama? (21)
- I: Ada mas, tapi ya itu tadi pasiennya kebanyakan yang umu jadi pulang sebelum waktunya. Kasus paksa tadi. (22)
- P: Menurut Bapak, apakah jumlah tenaga medis dan paramedis di ruang pelayanan rawat inap ini sudah cukup? (23)
- I: Cuma dokter spesialisnya yang kurang, kalau perawat disini cukup bahkan disini pernah dilakukan analisi tentang kebutuhan perawat untuk melakukan tindakan pelayanan dan hasilnya masih cukup. (24)
- P: Bagaimana tentang jumlah tempat tidur yang perlu disediakan untuk memenuhi permintaan oleh pasien berdasarkan pengalaman selama ini? (25)
- I: Jumlah tempat tidur disini ada 5, semuanya digunakan. Dan cukup untuk memenuhi permintaan pasien akan tempat tidur. Kalau disini juga penuh, biasanya dilarikan ke bagian IGD. (26)
- P: Apakah ada kasus pulang paksa/Atas Permintaan Sendiri (APS) di ruang pelayanan rawat inap ini? (27)
- I: Kasus itu biasanya terjadi 3-5 kali dalam sebulan. Ya dengan berbagai alasan daripasien tapi kami mempertimbangkan dengan pihak dojter juga. (28)
- P: Apakah ada kebijakan tentang pemindahan tempat tidur agar sesuai dengan kebutuhan? (29)
- I: Tidak ada pemindahan tempat tidur kok. (30)

**11. Informan Tambahan 1**

Nama : IT1

Hari, Tanggal : Senin, 30 Mei 2016 Pukul 09.00 WIB

Tempat : RSD Balung

P: Permissi pak, saya ingin melakukan wawancara dengan bapak sebagai informan. Apakah bisa buk? (1)

I: Oh iya mas, silahkan saja langsung dimulai. (2)

P: Berapa jumlah dokter spesialis, dokter umum, perawat, dan bidan di seluruh ruang pelayanan inap? (3)

I: Dokter spesialis ada empat (bedah, syaraf, radiologi, ortogenesisia) itu yang PNS kalau honorer ada 3 (penyakit dalam, mata, dan obgyn). Jumlah dokter umum yang PNS ada & dan honorer 1. Jumlah perawat yang PNS ada 57 orang dan yang honorer ada 62 orang sementara bidan ada 9 yang PNS dan 26 honorer. (4)

P: Menurut Ibu, jumlah tenaga medis dan paramedis tersebut sudah cukup atau masih kurang? (5)

I: Kalau saya rasa jumlah dokter cukup, yang tidak cukup dan perlu ada tambahan jumlah tenaga perawat. Biasanya karena perawat ada yang cuti, ikut pelatihan, ijin sakit, juga ada shift kerja, dll. (6)

P: Jika masih kurang, apa upaya untuk menyelesaikan masalah tersebut? (7)

I: Kami selalu mengadakan perekrutan mas, sesuai dengan kebutuhan dari setiap unit yang membutuhkan. (8)

## 12. Informan Tambahan 2

Nama : IT2

Hari, Tanggal : Senin, 30 Mei 2016 Pukul 09.30 WIB

Tempat : RSD Balung

P: Permissi pak, saya Halif dari FKM Unej ingin melakukan wawancara dalam penyusunan tugas akhir saya. Apakah bapak berkenan dijadikan sebagai informan? (1)

I: Oh iya mas. Silahkan saja. (2)

P: Saya Tanya ya pak. Bagaimana peranan bidang perencanaan terhadap pengadaan tempat tidur? (3)

I: Kalau itu kita harus melihat tugas pokok dan fungsi sesuai dengan Peraturan Bupati Jember Nomor 71 Tahun 2009. Disitu ada poin tentang koordinasi ya bidang perencanaan di RSD Balung. Kita tamping usulan dari berbagai bidang berkaitan dengan kebutuhan dan usulan masing-masing. Ya itu juga mempertimbangkan dana dan anggaran. (4)

P: Bagaimana pendistribusian tempat tidur yang dilakukan selama ini di Rumah Saki Daerah Balung? (5)

I: Ya sepeti yang sudah saya jelaskan tadi, sesuai dengan usulan dari bidang masing-masing. Jika untuk teknis pendistribusiannya bagian umum dan perlengkapan yang melakukan dekorasi untuk hal ini. (6)

P: Apakah jumlah tempat tidur telah sesuai dengan ruangan? (7)

I: Jika tiap bidang telah melakukan anlaisis kebutuhan biasanya didasarkan dengan lima penyakit terbanyak di RS ini, saya rasa tempat tidurnya pun telah sesuai. Juga berdasarkan jumlah permintaan oleh pasien di setiap ruangan. (8)

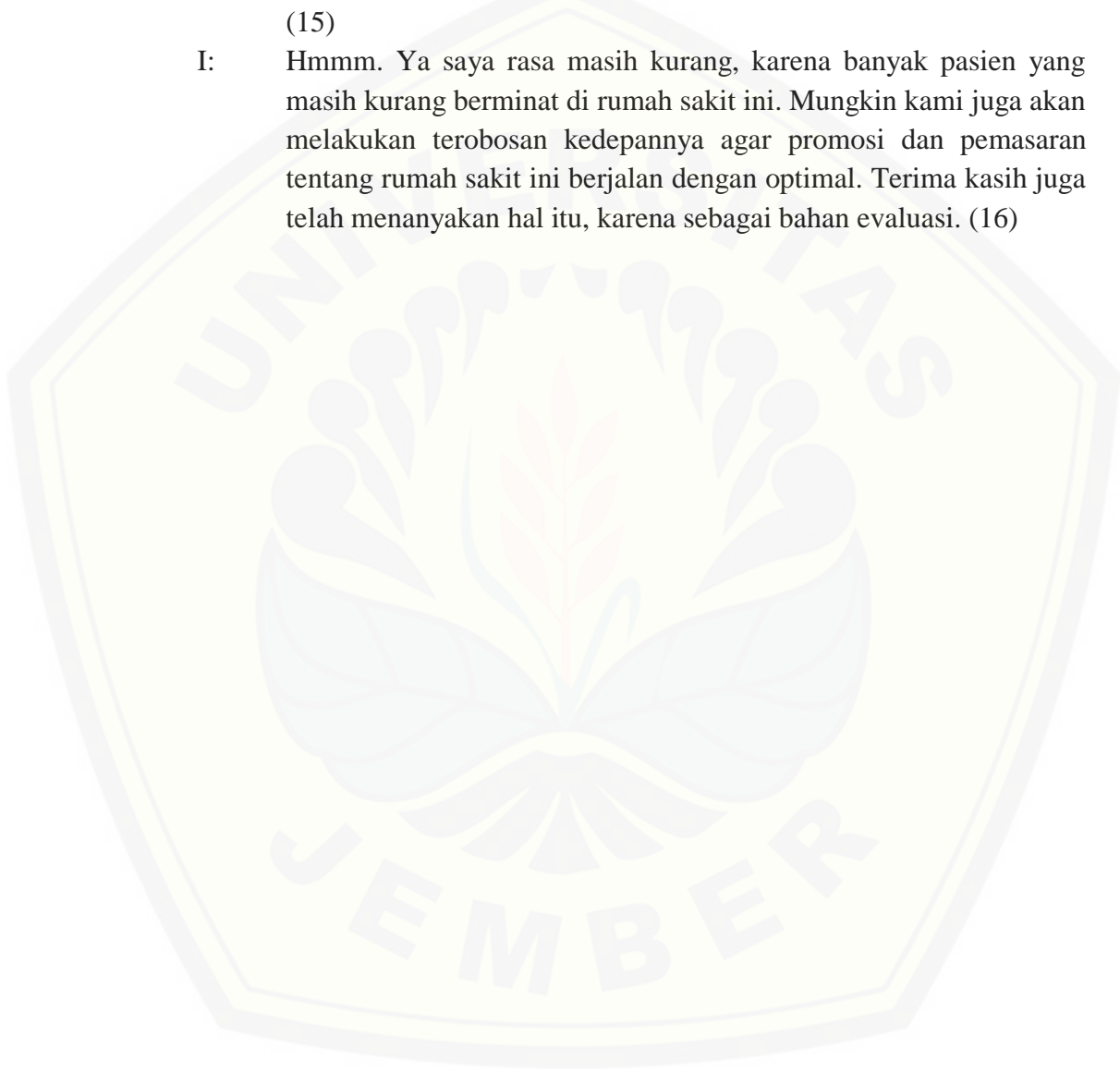
P: Menurut Bapak/Ibu, apakah perlu diadakan jumlah tempat tidur yang sesuai? (9)

I: Ya jelas, diperlukan lah. Untuk optimalisasi pelayanan medic juga kan. (10)

P: Bagaimana peranan bidang perencanaan terhadap pengadaan alat kesehatan dan perawatannya? (11)

I: Bidang perencanaan melakukan koordinasi dengan semua bidang mas, seperti yang sudah saya jelaskan sebelum-sebelumnya. Kemudian untuk perawatan terhadap alat kesehatan pasti ada biaya operasional untuk kalibrasi alat dan penggantian spare part. (12)

- P: Bagaimana tentang promosi khususnya tentang pelayanan rawat inap yang ada di Rumah Sakit Daerah Balung? (13)
- I: Ya kalau promosi disini melaksanakan promosi dan publikasi tentang kebersihan, ketertiban, dan keamanan. Tapi kami juga melakukan *cross selling* kepada seluruh pegawai RSD Balung untuk memberikan informasi apa saja yang dimiliki oleh pihak RS. Agar pasien juga mau berobat untuk di ruang rawat inap. (14)
- P: Menurut Bapak, apakah promosi tersebut sudah dinilai optimal? (15)
- I: Hmm. Ya saya rasa masih kurang, karena banyak pasien yang masih kurang berminat di rumah sakit ini. Mungkin kami juga akan melakukan terobosan kedepannya agar promosi dan pemasaran tentang rumah sakit ini berjalan dengan optimal. Terima kasih juga telah menanyakan hal itu, karena sebagai bahan evaluasi. (16)



## Lampiran E. Surat Ijin Penelitian



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

Kepada  
 Yth. Sdr. Direktur RSD, Balung Kab. Jember  
 di -  
 T E M P A T

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/799/314/2016

Tentang

**PENGAMBILAN DATA**

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember  
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 26 April 2016 Nomor : 1534/UN25.1.12/SP/2016 perihal Ijin Pengambilan Data

**MEREKOMENDASIKAN**

Nama / NIM. : Ahmad Halif Mardian 122110101175  
 Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
 Alamat : Jl. Kalimantan I/93 Kampus Bumi Tegal Boto Jember  
 Keperluan : Mengadakan Pengambilan Data untuk penyusunan Skripsi tentang data BOR, LOS, TOI dan BTO.  
 Lokasi : RSD, Balung Kabupaten Jember  
 Tanggal : 09-05-2016 s/d 09-06-2016

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

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

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember  
 Tanggal : 09-05-2016

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
 KABUPATEN JEMBER  
 Kabid Kajian Strategis & Politik

*[Signature]*  
 Drs. SLAMET WIDJOKO, M.Si.  
 Pembina  
 NIP. 19631212 198606 1004

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



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
RUMAH SAKIT DAERAH BALUNG**

Jl. RAMBIPUJI NO. 19 TELP. 0336 - 621017, 621595, 623789 FAX. 0336 - 623877  
Email : balung\_hospital@yahoo.com;balunghospital@gmail.com  
Website : http://redbalung.org,http://rsudbalung.6ts.net

**BALUNG - JEMBER**

Kode Pos 68161

Jember, 11 Mei 2016

Nomor : 045/ 661 /35.09.611/2016  
Sifat : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Pengambilan Data

Kepada :  
Yth. Sdr. AHMAD HALIF MARDIAN

Di-  
JEMBER

Menunjuk surat rekomendasi dari Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Nomor : 072/799/314/2016 tanggal, 09 Mei 2016 perihal melakukan Ijin Pengambilan Data Saudara:

Nama : AHMAD HALIF MARDIAN  
NIM : 122110101175  
Program Studi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Keperluan : Pengambilan Data tentang " Untuk Penyusunan Skripsi tentang Data BOR, LOS, TOI dan BTO"  
Tanggal : 09-05-2016 s/d 09-06-2016

Dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami menyetujui Pengambilan Data di RSD Balung dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Kegiatan Pengambilan Data yang dilakukan tidak mengganggu pelaksanaan tugas pelayanan di RSD Balung.
2. Dalam melakukan Pengambilan Data mematuhi ketentuan yang berlaku di RSD Balung.
3. Kegiatan Pengambilan Data yang dilakukan sesuai dengan kepentingan dan tujuan yang telah di tentukan.

Demikian untuk menjadikan maklum dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

DIREKTUR

  
dr. NILIK LAKSMATI SUSILO PARTI  
Pembina Tk. I

NIP. 19580520 198710 2 001

Tembusan Yth :

1. Dekan FKM Universitas Jember
2. Sdr. Yang Bersangkutan



Lampiran F. Dokumentasi



Gambar 1. Foto Peneliti dengan Informan



Gambar 2. Foto Peneliti dengan Informan



Gambar 3. Foto Peneliti dengan Informan



Gambar 4. Foto Peneliti dengan Informan



Gambar 5. Foto Peneliti dengan Informan



Gambar 6. Foto Peneliti dengan Informan