

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1.5 LANDASAN TEORI

1.5.1 Rumah sakit

1.5.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Definisi rumah sakit menurut WHO (*World Health Organization*) yang termuat dalam *Technical Report Series* No. 122/1957 adalah bagian integral dari satu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan kesehatan paripurna, kuratif, dan preventif kepada masyarakat serta pelayanan rawat jalan yang diberikan dapat menjangkau keluarga di rumah. Rumah sakit juga merupakan pusat pendidikan dan latihan tenaga kesehatan serta pusat penelitian bio-medik.

Muninjaya (1999) mengatakan bahwa rumah sakit adalah salah satu sub sistem pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan dua jenis pelayanan untuk masyarakat yaitu pelayanan kesehatan dan pelayanan administrasi. Pelayanan kesehatan mencakup pelayanan medik, rehabilitasi medik, dan pelayanan perawatan. Pelayanan tersebut dilaksanakan melalui unit gawat darurat, unit rawat jalan, dan unit rawat inap.

Sedangkan menurut Wolper dan Pena (1987) mendefinisikan rumah sakit sebagai tempat orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta tempat pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat serta berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya diselenggarakan.

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 Republik Indonesia Nomor 340/Menkes/Per/III/2010).

1.5.1.2 Tujuan Rumah Sakit

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 2 berisi asas dan tujuan rumah sakit. Rumah Sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. (Siswanto, 2019)

Pengaturan penyelenggaraan rumah sakit bertujuan untuk :

- A. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan
- B. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit, dan sumber daya manusia di rumah sakit
- C. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit
- D. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan rumah sakit.

Rumah sakit menurut Bastian (2008) adalah tempat orang-orang yang sakit bisa mencari dan menerima perawatan serta dapat memberikan pendidikan klinis kepada para mahasiswa kedokteran, perawat, dan seluruh ahli kesehatan. Rumah sakit tersebut dapat memberikan pendidikan berkelanjutan untuk para dokter praktek secara bertahap menjalankan fungsi lembaga pembelajaran yang lebih tinggi bagi seluruh lingkungan, komunitas dan daerah. Selain peran pendidikannya, rumah sakit juga memimpin studi penyelidikan dan penelitian dalam ilmu pengetahuan kedokteran, baik tentang catatan klinis maupun para pasien, serta penelitian dasar dalam ilmu fisika dan ilmu kimia. Pembangunan rumah sakit diatur atau dipengaruhi oleh

Undang-Undang Negara, Peraturan Departemen Kesehatan, Peraturan Daerah, dan standar lainnya. Untuk setiap rumah sakit memiliki tujuan yang berbeda-beda sesuai dengan visi dan misi rumah sakit tersebut.

Kemajuan teknologi kedokteran dapat memfokuskan rumah sakit ke fasilitas yang sudah ada serta mendorong berkembangnya penunjang medis untuk pasien rawat inap maupun rawat jalan. Kebutuhan sistem yang sudah terintegrasi akan membuat rumah sakit mudah diakui. Secara umum, rumah sakit bertujuan meningkatkan status kesehatan masyarakat secara mandiri dan terpadu di lingkungan yang kondusif dan sehat.

1.5.1.3 Klasifikasi Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit Pasal 17 menjelaskan bahwa :

“Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, Rumah Sakit umum dan Rumah Sakit khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 diklasifikasikan berdasarkan kriteria bangunan dan prasarana, kemampuan pelayanan, sumber daya manusia, dan peralatan.”

Sedangkan Pasal 18 menyebutkan :

(1) Klasifikasi Rumah Sakit umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 terdiri atas :

- a. Rumah Sakit umum kelas A;
- b. Rumah Sakit umum kelas B;
- c. Rumah Sakit umum kelas C; dan
- d. Rumah Sakit umum kelas D.

(2) Rumah Sakit umum kelas D sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d terdiri atas :

- a. Rumah Sakit umum kelas D; dan
- b. Rumah Sakit umum kelas D pratama.

- (3) Rumah Sakit umum kelas A dan kelas B sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan huruf b memiliki kemampuan pelayanan medik spesialis dan subspecialis.
- (4) Rumah Sakit umum kelas C dan kelas D sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dan huruf d memiliki kemampuan pelayanan medik spesialis.
- (5) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dikecualikan bagi Rumah Sakit kelas D pratama.
- (6) Rumah Sakit umum kelas D pratama sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dan ayat (5) diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Tugas dan fungsi rumah sakit berhubungan dengan klasifikasi rumah sakit seperti rumah sakit umum dan khusus serta tipe rumah sakit A-D karena sebagai pelaksana teknis daerah. Perubahan klasifikasi rumah sakit dapat terjadi sehubungan dengan turunnya kinerja rumah sakit yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan Indonesia melalui keputusan Dirjen Yan Medik.

2.1.2 Pelayanan Rawat Inap

2.1.2.1 Pengertian Pelayanan Rawat Inap

Rawat inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medis dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit pemerintah atau swasta, serta puskesmas perawatan, dan rumah bersalin, penderita harus menginap karena penyakitnya. (Sjafii, 2004:9)

Pelayanan terhadap pasien yang masuk ke rumah sakit yang menggunakan tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medik, dan penunjang medik lainnya adalah pengertian rawat inap (Depkes RI, 1987).

Menurut *American Hospital Association* tahun 1978, rawat inap adalah suatu institusi yang fungsi utamanya adalah memberikan

pelayanan kepada pasien untuk diagnostik dan terapeutik serta berbagai penyakit dan masalah kesehatan, baik yang bersifat bedah maupun non bedah. (Suryadi, 2017)

Rawat inap adalah salah satu bentuk proses pengobatan atau rehabilitasi oleh tenaga pelayanan kesehatan profesional pada pasien yang menderita suatu penyakit tertentu, dengan cara di inapkan di ruang rawat inap tertentu sesuai dengan jenis penyakit yang dialaminya (Huffman 1994).

2.1.2.2 Kegiatan Pelayanan Rawat Inap

Berdasarkan Revans (Studi et al., 2009), klasifikasi pasien yang mendapatkan pelayanan rawat inap mengalami tingkat proses transformasi sebagai berikut :

- A. Tahap *admission* yaitu pasien dengan penuh kesabaran dan kenyamanan dirawat tinggal di rumah sakit
- B. Tahap diagnosis yaitu pasien diperiksa dan ditegakkan diagnosisnya
- C. Tahap *treatment* yaitu berdasarkan diagnosis pasien dimasukkan dalam program perawatan dan terapi
- D. Tahap *inspection* yaitu secara terus menerus diobservasi dan dibandingkan pengaruh serta respon pasien atas pengobatan
- E. Tahap kontrol yaitu setelah dianalisa kondisinya, pasien dipulangkan. Pengobatan diubah atau diteruskan, namun dapat juga kembali ke proses untuk didiagnosa ulang.

Setiap rumah sakit memiliki alur rawat inap yang hampir sama yaitu :

- A. Pasien rawat jalan, gawat darurat maupun yang dirujuk melakukan pendaftaran rawat inap
- B. Pasien mendapatkan kamar
- C. Pasien melalui pemeriksaan penunjang yaitu lab atau radiologi untuk diketahui diagnosanya
- D. Hasilnya diserahkan kepada dokter yang bertanggung jawab

- E. Pasien ke bagian farmasi untuk pengesahan obat
- F. Pasien melakukan administrasi ke bagian kasir atau verifikasi asuransi
- G. Pasien kembali ke farmasi untuk mengambil obat
- H. Pasien ke ruangan perawat untuk menyerahkan obat
- I. Pasien boleh pulang.

2.1.3 Kapasitas Tempat Tidur

Kapasitas tempat tidur berdasarkan klasifikasi rumah sakit berbeda. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/Menkes/Per/III/2010 tentang klasifikasi rumah sakit mengatakan bahwa tempat tidur masuk ke dalam sarana dan prasarana rumah sakit.

Tabel 2.1 Jumlah Tempat Tidur Berdasarkan Tipe Rumah Sakit

| Kriteria | Kelas A | Kelas B | Kelas C | Kelas D |
|--------------|---------|---------|---------|---------|
| Tempat tidur | ≤400 | ≤200 | ≤100 | ≤50 |

Tempat tidur rumah sakit adalah salah satu sumber daya rumah sakit yang paling penting dan langka. Pada kebanyakan kasus, tempat tidur diatur menurut spesialisasi rumah sakit untuk memberikan layanan yang lebih baik bagi pasien (Oliveira, 2014). Setiap biaya yang dikeluarkan untuk membeli dan menyediakan tempat tidur yang disiapkan oleh rumah sakit, akan dapat menghasilkan pemasukan dana dari pasien yang menggunakan tempat tidur tersebut (Mardian, 2016). Oleh karena itu, setiap aktivitas yang menggunakan tempat tidur harus didokumentasikan karena menjadi penyajian data statistik rumah sakit. Salah satu aktivitas yang rutin dilakukan dalam perhitungan statistik rumah sakit adalah melakukan sensus harian rawat inap dan menghitung tingkat efisiensi hunian tempat tidur. Hal ini dilakukan untuk memantau aktivitas penggunaan tempat tidur di unit perawatan rawat inap dan untuk merencanakan pengembangannya kedepan. (Dewi, 2016).

Kewajiban untuk menyediakan pelayanan kesehatan berupa rawat inap dapat diwujudkan dengan menyediakan sejumlah tempat tidur yang digunakan untuk merawat pasien rawat inap (Indriani, 2014). Tempat tidur

digunakan di lingkungan kesehatan harus mempunyai kemampuan yang memenuhi kebutuhan kesehatan atau kondisi medis pasien (Gitleman, 2014)

Jumlah tempat tidur di rumah sakit adalah tempat tidur tersedia, tempat tidur yang terpakai, dan perubahan tempat tidur yang tersedia. Tempat tidur tersedia adalah total jumlah tempat tidur yang digunakan maupun tidak di unit perawatan atau masing masing bangsal untuk pelayanan rawat inap. Kecuali tempat tidur di ruang pemulihan, ruang persalinan, ruang tindakan, gudang, bengkel, ruang gawat darurat, tempat tidur untuk bayi baru lahir, dan tempat tidur tambahan dalam keadaan darurat untuk wabah atau bencana. Sedangkan tempat tidur yang terpakai merupakan jumlah tempat tidur yang digunakan pasien dari awal pendaftaran. Untuk mengetahuinya dapat dilihat pada sensus harian. Pencatatan sensus harian akan dilakukan setiap ada perubahan jumlah tempat tidur yang tersedia untuk keperluan perhitungan parameter efisiensi penggunaan tempat tidur nantinya. Perubahan jumlah tempat tidur yang tersedia tersebut bersifat permanen. Jadi, perubahan yang hanya sementara waktu tidak dihitung sebagai perhitungan. (Sudra, 2010)

Terdapat 2 perbedaan dalam penggunaan tempat tidur yaitu dalam aspek ekonomi dan medis. Jika pasien memiliki hari perawatan yang lama maka rumah sakit juga memiliki pendapatan yang banyak. Namun, tidak dengan tenaga medis yang melakukan tindakan perawatan pada pasien tersebut karena tenaga medis akan senang jika pasien cepat sembuh. Perbedaan sudut pandang tersebut diperlukan cara yang lebih tepat untuk menggambarkan efisiensi penggunaan tempat tidur di rumah sakit (Sudra, 2010).

2.1.4 Konsep BOR (*Bed Occupancy Ratio*)

2.1.4.1 Pengertian BOR (*Bed Occupancy Ratio*)

Menurut Depkes RI, BOR (*Bed Occupancy Ratio*) adalah presentase tempat tidur dalam satuan waktu tertentu. BOR (*Bed Occupancy Ratio*) dapat memberikan gambaran tinggi rendahnya

tingkat penggunaan tempat tidur rumah sakit. Presentase BOR (*Bed Occupancy Ratio*) yang ideal adalah 60-85% (Kemenkes RI)

BOR (*Bed Occupancy Ratio*) dapat dihitung dengan rumus:

$$\text{BOR: } \frac{\text{Jumlah hari perawatan pada periode tertentu} \times 100 \%}{\text{Jumlah tempat tidur yang tersedia} \times \text{jumlah hari pada periode yang sama}}$$

2.1.4.2 Determinan BOR (*Bed Occupancy Ratio*) yang Rendah

Determinan atau faktor yang menyebabkan BOR (*Bed Occupancy Ratio*) rendah menggunakan 5M (*man, method, material, money, machine*) yaitu :

1. *Man* (sumber daya manusia)

Sebagai sumber daya utama yang mutlak. Jika tidak ada manusia maka manajemen di suatu fasilitas kesehatan tidak dapat berjalan. Sumber daya manusia dibedakan menjadi 2 yaitu yang dipimpin dan memimpin.

2. *Material* (bahan)

Material juga termasuk alat dan bahan yang dibutuhkan manusia untuk mencapai hasil yang dikehendaki. Tanpa manusia, materi tidak dapat diolah. Oleh karena itu, manusia dan materi adalah satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan.

3. *Method*

Metode adalah unsur yang penting karena dalam pelaksanaan berbagai kegiatan untuk mencapai tujuan, manusia dihadapkan dengan berbagai alternatif yang harus dipilih. Sebagai contoh memberikan berbagai pertimbangan-pertimbangan kepada sasaran, fasilitas-fasilitas yang tersedia dan penggunaan waktu, serta uang dan kegiatan usaha. Dengan pemilihan metode kegiatan yang baik dari berbagai alternatif yang ada, pelaksanaan manajemen dalam mencapai tujuan akan

berjalan secara tepat dan berhasil guna. Namun, perlu diingat meskipun metode baik, sedangkan orang yang melaksanakannya tidak mengerti atau tidak mempunyai pengalaman maka hasilnya tidak akan memuaskan. Dengan demikian, peranan utama dalam manajemen tetap manusianya sendiri.

4. *Machine* (mesin/alat)

Adanya mesin dalam manajemen berfungsi untuk memberi kemudahan, menghasilkan keuntungan yang besar serta menciptakan efisiensi kerja.

5. *Money* (keuangan)

Uang adalah salah satu unsur yang tidak dapat diabaikan. Besar-kecilnya hasil kegiatan dapat diukur dari jumlah uang yang beredar dalam perusahaan. Oleh karena itu, uang merupakan alat yang penting untuk mencapai tujuan karena segala sesuatu harus diperhitungkan secara rasional. Hal ini akan berhubungan dengan berapa uang yang harus disediakan untuk membiayai gaji tenaga kerja, alat-alat yang dibutuhkan dan harus dibeli serta berapa hasil yang akan dicapai dari suatu organisasi.

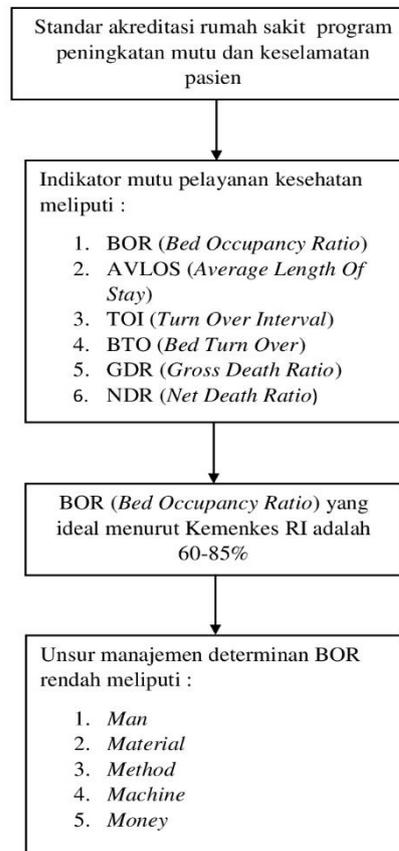
2.1.5 Unit Rekam Medis

Unit rekam medis adalah sub unit yang mempunyai peranan penting di setiap fasilitas pelayanan kesehatan. Keberhasilan pelayanan yang diberikan dan berkualitas dapat dilihat dari pengelolaan unit rekam medis dan informasi kesehatan oleh tenaga-tenaga profesional. Untuk mengelola unit rekam medis yang menghasilkan informasi kesehatan bermutu perlu didukung dengan sumber daya yang memadai, baik sumber daya manusia, sarana dan prasarannya. (Buku Bahan Ajar Manajemen Unit Kerja II Perencanaan SDM Unit Rekam Medis)

Bila dilihat dari pendekatan sistem, unit rekam medis dan informasi kesehatan terdiri dari beberapa sub sistem yang satu sama lain saling

terkait, bekerja sama dan saling mendukung untuk menghasilkan keluaran atau *output* yang berkualitas. Jika dilihat dari pendekatan organisasi, unit rekam medis dan informasi kesehatan merupakan kumpulan dua orang atau lebih yang saling bekerja sama dan saling mendukung untuk menghasilkan keluaran yang berkualitas. Oleh karena itu, sumber daya manusia, sarana dan prasarana unit rekam medis dan informasi kesehatan perlu dikelola dengan profesional. (Siswati 2018, n.d.)

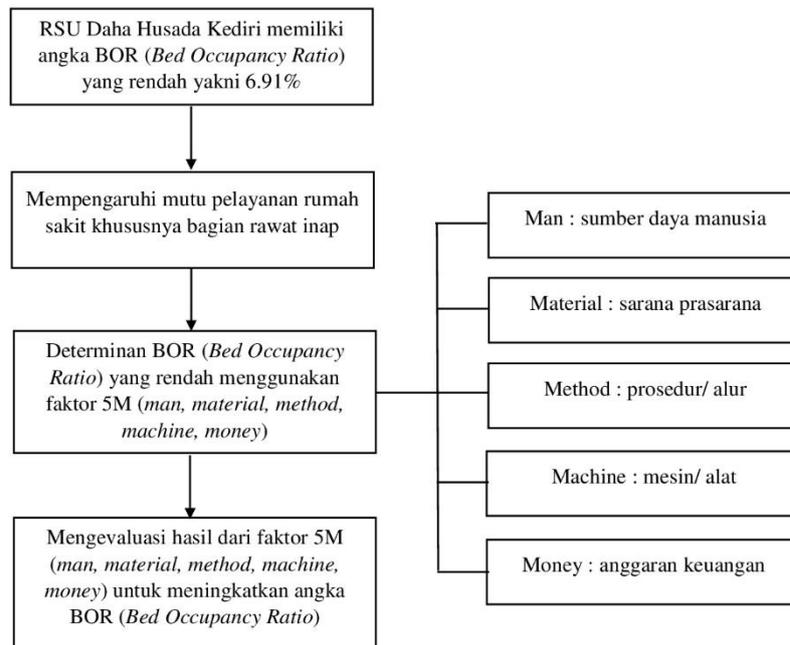
2.2 KERANGKA TEORI



Gambar 2.2 Kerangka Teori

Salah satu standar akreditasi rumah sakit adalah program peningkatan mutu dan keselamatan pasien menjadi fokus utama di rumah sakit. Indikator mutu pelayanan kesehatan meliputi BOR (*Bed Occupancy Ratio*), AVLOS (*Average Length Of Stay*), TOI (*Turn Over Interval*), BTO (*Bed Turn Over*), GDR (*Gross Death Ratio*), dan NDR (*Net Death Ratio*). Salah satu indikator yang penting ialah BOR (*Bed Occupancy Ratio*) karena menggambarkan presentase penggunaan tempat tidur. BOR (*Bed Occupancy Ratio*) yang ideal menurut Kemenkes RI adalah 60-85%. BOR (*Bed Occupancy Ratio*) yang rendah dapat diketahui dengan faktor 5M (*man, material, method, machine, money*).

2.3 KERANGKA KONSEP



Gambar 3.2 Kerangka Konsep

RSU Daha Husada Kediri memiliki angka BOR (*Bed Occupancy Ratio*) yang rendah yakni 6,91%. Angka ini jauh di bawah standar kemenkes RI yaitu 60-85%. Hal ini dapat mempengaruhi mutu pelayanan rumah sakit khususnya pada bagian rawat inap. Oleh karena itu, determinan BOR (*Bed Occupancy Ratio*) akan menggunakan faktor 5M (*man, material, method, machine, money*) akan terus di upayakan. Faktor 5M (*man, material, method, machine, money*) tersebut meliputi *man* atau sumber daya manusia, *material* merupakan sarana prasarana, *method* atau prosedur dan alur, *machine* atau mesin, dan *money* merupakan anggaran keuangan. Hasil dari faktor 5M (*man, material, method, machine, money*). ini akan terus dievaluasi untuk meningkatkan angka BOR (*Bed Occupancy Ratio*) sesuai standar Kemenkes RI.