

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan teori**

##### **2.1.1 Rumah sakit**

###### **2.1.1.1 Pengertian 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 (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Rumah sakit adalah sebuah institusi perawatan kesehatan profesional yang pelayanannya diselenggarakan oleh dokter, perawat, dan tenaga ahli lainnya. Pada rumah sakit terdapat banyak aktivitas dan kegiatan yang berlangsung secara berkaitan (Simanjuntak, 2019)

Rumah Sakit dapat berbentuk Rumah Sakit statis, Rumah Sakit bergerak, atau Rumah Sakit lapangan. Rumah Sakit statis sebagaimana merupakan Rumah Sakit yang didirikan di suatu lokasi dan bersifat permanen untuk jangka waktu lama dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan kegawat daruratan

###### **2.1.1.2 Tujuan rumah sakit**

Tujuan Rumah Sakit menurut Undang-Undang Republik Indonesia nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit adalah:

- 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 (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2009).

#### 2.1.1.3 Fungsi rumah sakit.

Menurut undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, fungsi rumah sakit adalah:

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 pelatihan sumber daya 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 (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2009).

#### 2.1.1.4 Jenis layanan rumah sakit

Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, Ada beberapa kategori Rumah Sakit:

##### 1. Rumah Sakit Umum

Rumah Sakit Umum memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.

##### 2. Rumah Sakit Khusus

Rumah Sakit Khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

Rumah Sakit Khusus terdiri atas Rumah Sakit Khusus:

- a. Ibu dan anak
- b. Mata
- c. Gigi dan mulut
- d. Ginjal
- e. Jiwa
- f. Infeksi
- g. THT, kepala, leher
- h. Paru
- i. Ketergantungan obat
- j. Bedah
- k. Otak

- l. Orthopedi
- m. Kanker
- n. Jantung dan pembuluh darah

Selain Rumah Sakit Khusus di atas, Menteri dapat menetapkan Rumah Sakit Khusus lainnya. Rumah Sakit Khusus lainnya dapat berupa penggabungan jenis kekhususan yang terkait keilmuannya atau jenis kekhususan baru. Penetapan Rumah Sakit Khusus lainnya dilakukan berdasarkan hasil kajian dan rekomendasi asosiasi perumhaskitan serta organisasi profesi terkait (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

## 2.1.2 Indikator efisiensi rumah sakit

### 2.1.2.1 Pengertian indikator efisiensi rumah sakit

Efisiensi merupakan salah satu parameter atau 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 (Alzen, 2019).

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*. Sebagai salah satu

indikator efisiensi penggunaan tempat tidur, memonitor perkembangan target efisiensi penggunaan tempat tidur dan membandingkan tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur antar unit (Elyana, 2020).

#### 2.1.2.2. Faktor-faktor yang mempengaruhi indikator efisiensi rumah sakit

Berdasarkan standar pengukuran jasa pelayanan kesehatan nasional (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2011). indikator-indikator pelayanan rumah sakit dapat dipakai untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Indikator-indikator berikut bersumber dari sensus harian rawat inap:

1. BOR (*Bed Occupancy Ratio*) menurut Depkes RI (2005), BOR adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60-85%.

Rumus :

$$\text{BOR} = \frac{\text{Jumlah hari perawatan rumah sakit}}{(\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{Jumlah hari dalam satu periode})} \times 100\%$$

#### **Gambar 2. 1 Rumus BOR**

2. AvLOS (*Average Length of Stay*) menurut Depkes RI (2005) adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih

lanjut. Secara umum nilai AvLOS yang ideal antara 6-9 hari (Depkes RI, 2011).

Rumus:

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

### Gambar 2. 2 Rumus AvLOS

3. TOI (*Turn Over Interval*): Tenggang perputaran TOI menurut Depkes RI (2005) 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. Idealnya tempat tidur kosong /tidak terisi pada kisaran 1-3 hari.

Rumus :

$$\text{TOI} = \frac{(\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{Periode}) - \text{Hari perawatan}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}$$

### Gambar 2. 3 Rumus TOI

4. BTO (*Bed Turn Over*): menurut Depkes RI (2005) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu. Idealnya dalam satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali.

Rumus :

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

### Gambar 2. 4 Rumus BTO

5. NDR (*Net Death Rate*): angka kematian bersih NDR menurut Depkes RI (2005) adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit. Idealnya angka NDR adalah < 25 %.

Rumus :

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

**Gambar 2. 5 Rumus NDR**

6. GDR (*Gross Death Rate*): angka kematian kotor GDR menurut Depkes RI (2005) adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar. Idealnya Angka GDR adalah < 45 %.

### 2.1.3 Kepuasan Pasien

#### 2.1.3.1 Pengertian kepuasan pasien

Kepuasan pasien merupakan salah satu indikator penting yang harus diperhatikan dalam pelayanan kesehatan. Kepuasan pasien adalah hasil penilaian dari pasien terhadap pelayanan kesehatan dengan membandingkan apa yang diharapkan sesuai dengan kenyataan pelayanan kesehatan yang diterima di suatu tatanan kesehatan rumah sakit (Wahyu, 2019). Dengan demikian kepuasan pasien di rumah sakit tergantung bagaimana pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit tersebut. Namun pelayanan yang diberikan masih ada yang belum sesuai dengan apa yang

diinginkan oleh pasien dan kepuasan pasien masih belum sesuai dengan standar.

#### 2.1.3.2 Faktor-faktor dan dimensi mutu mempengaruhi kepuasan pasien

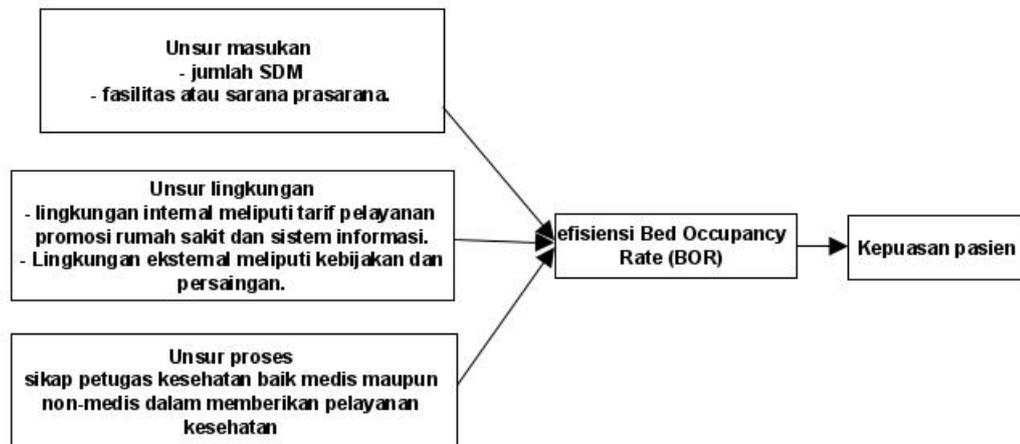
Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien meliputi dimensi kepuasan itu sendiri yang diantaranya adalah bukti fisik (*tangibles*), keandalan (*reliability*), ketanggapan (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), serta empati (*emphaty*) (Meliala, 2018).

- Bukti fisik (*tangibles*) adalah penampilan fasilitas fisik, peralatan, personel, dan sarana komunikasi. Pasien akan merasa puas terhadap pelayanan yang diberikan ketika fasilitas fisik yang tersedia di fasilitas kesehatan dapat memenuhi harapan mereka seperti tersedianya ruang tunggu yang nyaman. Ketika seorang tenaga kesehatan memberikan pelayanan, pengobatan, dan perawatan dengan cepat, tepat.
- Keandalan (*reliability*) pelayanan dijalankan sesuai jadwal, serta prosedur pelayanan yang tidak berbelit-belit tentu akan membuat pasien merasa mendapat pelayanan yang optimal sehingga nantinya akan menimbulkan perasaan puas pada pasien tersebut. 3 Selain itu, faktor lain yang mempengaruhi kepuasan adalah daya tanggap
- Ketanggapan (*responsiveness*). Seorang petugas kesehatan harus tanggap dalam menyelesaikan keluhan pasien, informasi yang jelas dan mudah dimengerti, serta tindakan yang dilakukan cepat dan tepat saat pasien membutuhkan karena dengan begitu pasien akan merasa puas terhadap pelayanan yang diberikan. Jaminan

- Jaminan (*assurance*) akan menimbulkan kepercayaan dan keyakinan pasien sehingga pasien tidak akan ragu untuk terus memeriksakan kondisinya di fasilitas kesehatan tersebut. Kepuasan pasien ini akan timbul karena pasien percaya dan yakin bahwa petugas kesehatan memberikan pelayanan yang optimal sesuai dengan pengetahuan dan kemampuan yang mereka miliki.
- Empati (*empahaty*). Kemudahan dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan memahami kebutuhan para pelanggan. Pasien akan merasa puas ketika petugas kesehatan dapat memberikan perhatian secara khusus kepada setiap pasien dan tanpa membedakan statusnya.

## **2.2 Kerangka teori**

Kerangka teori adalah uraian yang menegaskan tentang teori apa yang dijadikan landasan serta asumsi-asumsi teoritis yang dari teori tersebut akan digunakan untuk menjelaskan fenomena yang diteliti (Setiawati, 2020). Adapun kerangka teori pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

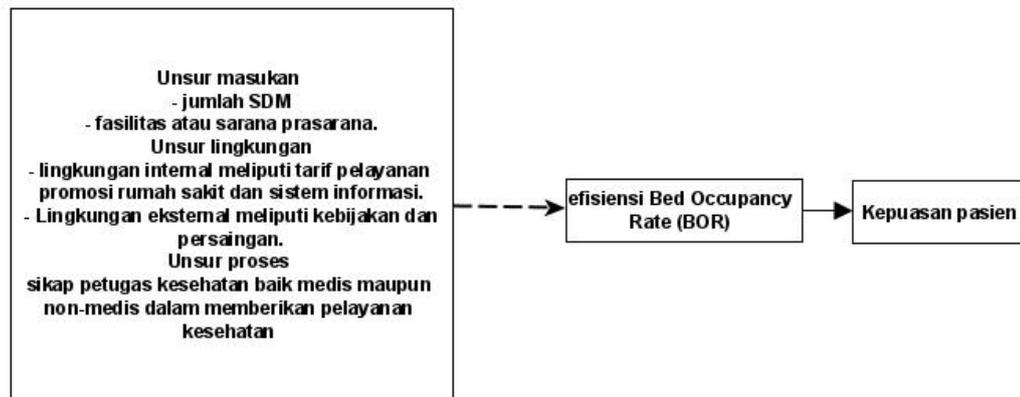


**Gambar 2. 6 Kerangka Teori**

Pada gambar ini diketahui yang menjadi unsur masukan untuk efisiensi adalah jumlah SDM dan fasilitas atau sarana prasarana, unsur lingkungan dibagi menjadi 2 internal dan eksternal, internal meliputi tarif pelayanan dan eksternal meliputi kebijakan dan persaingan, unsur proses adalah sikap petugas Kesehatan baik medis maupun non medis dalam memberikan pelayanan dan peneliti akan melakukan penelitian terkait hubungan Bed Occupancy Rate (BOR) dengan kepuasan pasien

### 2.3 Kerangka konsep

Kerangka konsep adalah abstraksi suatu realitas untuk dapat dikomunikasikan serta membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antar variabel (Nursalam, 2017). Adapun kerangka konsep pada penelitian ini dijabarkan sebagai berikut:



Keterangan: ----- > = Tidak diteliti

—————> = Diteliti

### Gambar 2. 7 Kerangka konsep

Pada gambar ini diketahui bahwa 3 unsur efisiensi *Bed Occupancy Rate* (BOR) mempengaruhi kepuasan pasien, pada penelitian ini variabel bebas yaitu Efisiensi *Bed Occupancy Rate* (BOR). Dan variabel terikat yaitu kepuasan pasien

#### 1.4 Hipotesis

H<sub>0</sub>: Tidak ada hubungan antara efisiensi *Bed Occupancy Rate* (BOR) dengan kepuasan pasien di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso

H<sub>a</sub>: Ada hubungan antara efisiensi *Bed Occupancy Rate* (BOR) dengan kepuasan pasien di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso