

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi Rumah Sakit

Menurut peraturan Menteri Kesehatan RI.No.159b/MENKES/PER/II/1988-pasal 1 (1), rumah sakit didefinisikan sebagai sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian. Yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan dirumah sakit yaitu kegiatan pelayanan berupa pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap dan pelayanan gawat darurat yang mencakup layanan medik dan penunjang medik (pasal 1 ayat 2)

2.2 Fungsi Rumah Sakit

Menurut Depkes RI 2006 , fungsi RS adalah sebagai tempat penyelenggaraan pelayanan medis, penunjang medis, administrasi dan manajemen, dan juga dapat digunakan sebagai tempat pendidikan/pelatihan dan pengembangan.

2.3 Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah sakit dapat diklasifikasikan menjadi beberapa golongan berdasarkan jenis pelayanan, kepemilikan, jangka waktu pelayanan, kapasitas tempat tidur dan fasilitas pelayanan, dan afiliasi pendidikan. Berdasarkan jenis pelayanannya rumah sakit dapat digolongkan menjadi :

2.3.1 Rumah Sakit Umum

Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialisik dan subspecialistik. Rumah sakit umum memberi pelayanan kepada berbagai penderita dengan berbagai jenis penyakit, memberi pelayanan diagnosis dan terapi untuk berbagai kondisi medik, seperti penyakit dalam, bedah, pediatrik, psikiatrik, ibu hamil, dan sebagainya.

2.3.2 Rumah Sakit Khusus

Rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi primer, memberikan diagnosis dan pengobatan untuk penderita yang mempunyai kondisi medik khusus, baik bedah atau non bedah, misal : Rumah Sakit Ginjal, Rumah Sakit Kusta, Rumah Sakit Jantung, Rumah Sakit Bersalin dan Anak, dan lain-lain.

2.3.3 Berdasarkan Kepemilikan rumah sakit dibagi atas :

A. Rumah Sakit Umum Pemerintah

Rumah sakit umum pemerintah adalah rumah sakit umum milik pemerintah, baik pusat maupun daerah, Departemen Pertahanan dan Keamanan, maupun Badan Usaha Milik Negara. Rumah sakit umum pemerintah dapat dibedakan berdasarkan unsur pelayanan, ketenagaan, fisik dan peralatan menjadi empat kelas yaitu rumah sakit umum Kelas A, B, C, dan D.

B. Rumah Sakit Umum Swasta, terdiri atas :

1. Rumah Sakit Umum Swasta Pratama
2. Yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas D
3. Rumah Sakit Umum Swasta Madya
4. Yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum dan spesialisik dalam 4 cabang, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas C.
5. Rumah Sakit Umum Swasta Utama
6. Yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum, spesialisik dan subspecialistik, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas B.

C. Berdasarkan Fasilitas Pelayanan dan Kapasitas Tempat Tidur

1. Rumah Sakit Kelas A

Yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik dan subspecialistik luas, dengan kapasitas lebih dari 1000 tempat tidur.

2. Rumah Sakit Kelas B, dibagi menjadi :

a. Rumah Sakit B1

Yaitu RS yang melaksanakan pelayanan medik minimal 11 (sebelas) spesialisik dan belum memiliki sub spesialisik luas dengan kapasitas 300-500 tempat tidur.

b. Rumah Sakit B2

Yaitu RS yang melaksanakan pelayanan medik spesialisik dan sub spesialisik terbatas dengan kapasitas 500-1000 tempat tidur.

3. Rumah Sakit Kelas C

Yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik dasar, yaitu penyakit dalam, bedah, kebidanan atau kandungan, dan kesehatan, dengan kapasitas 100-500 tempat tidur.

4. Rumah Sakit Kelas D

Yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik dasar, dengan kapasitas tempat tidur kurang dari 100.

2.4 Pengertian Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat

Menurut UU No.23 Tahun 1992, JPKM atau Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat. JPKM itu sendiri adalah suatu konsep atau metode penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna (preventif, promotif, rehabilitatif, dan kuratif) yang dilaksanakan berdasarkan usaha bersama dan kekeluargaan yang berkesinambungan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra upaya atau Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK.) dibayar di muka/pra-upaya (pre-paid) oleh badan penyelenggara untuk memelihara kesehatan sejumlah peserta JPKM berdasarkan paket pemeliharaan kesehatan yang telah disepakati bersama. Selain itu Pra upaya juga dapat berarti bahwa peserta JPKM membayar di muka sejumlah iuran secara teratur kepada badan penyelenggara agar kebutuhan pemeliharaan kesehatannya terjamin. Landasan hukum yang dibuat oleh Pemerintah adalah UU No. 23 tahun 1992 pasal 66 ayat (1) yang menyatakan pemerintah mengembangkan, membina dan mendorong JPKM sebagai cara yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang pembiayaannya dilaksanakan secara pra-upaya, berazaskan usaha bersama dan kekeluargaan.

2.5 Klaim

Pengertian klaim menurut kamus besar bahasa Indonesia adalah sebuah tuntutan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak (memiliki atau mempunyai) atas sesuatu

Sedangkan menurut Ramli, (1999) klaim adalah suatu permintaan salah satu dari dua belah pihak yang mempunyai ikatan agar haknya dipenuhi

Menurut Ilyas, (2003) dalam bukunya yang berjudul mengenal asuransi kesehatan, tujuan dari prosesi klaim adalah untuk :

- A. Membayar semua klaim yang valid
- B. Mengedetifikasikan kemungkinan berbagai tindakan kecurangan baik yang disengaja (fraud) maupun yang tidak disengaja (abuse) dalam melakukan klaim
- C. Memenuhi peraturan Pemerintah
- D. Menghindari atau mencegah tuntutan hukum
- E. Mengkoordinasikan benefit
- F. Melakukan kontrol terhadap biaya klaim

2.6 Definisi Rawat Inap

Menurut Soeprapto dalam Jarwati, (2004) definisi rawat inap adalah kegiatan penderita berkunjung ke rumah sakit untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berlangsung selama kurang lebih 24 jam.

Sedangkan menurut Depkes RI 1987 mengatakan bahwa rawat inap adalah pelayanan terhadap pasien yang masuk ke rumah sakit yang menggunakan tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medik dan atau penunjang medik lainnya.

2.7 Syarat Pengajuan Klaim

Sebelum mengajukan klaim biasanya ada beberapa syarat-syarat yang senantiasa harus dilengkapi baik pada pelayanan rawat jalan maupun pelayanan rawat inap, pada umumnya syarat yang harus dilengkapi pada pengajuan klaim rawat inap adalah

- A. Fotocopy kartu peserta
- B. Kwitansi asli (disertakan materai sesuai ketentuan Pemerintah)
- C. Rincian biaya / billing rumah sakit
- D. Copy hasil pemeriksaan penunjang diagnostik, jenis obat-obatan dan diagnosa khusus
- E. Resume medik dari dokter yang merawat, yang menggambarkan riwayat penyakit selama dalam perawatan
- F. Surat jaminan yang dikeluarkan oleh perusahaan asuransi

2.8 Jenis-Jenis Klaim

Dilihat dari sudut pandang pihak yang mengajukan klaim penggantian biaya maka klaim dapat dibedakan menjadi dua jenis, yaitu :

2.8.1 Klaim perorangan

Klaim perorangan adalah suatu penggantian biaya yang terjadi pada asuransi indemnititas

2.8.2 Klaim provider

Klaim dari provider terjadi pada asuransi produk managed care, dimana ada ikatan kerjasama antara perusahaan asuransi atau Bapel JPK dengan provider yang dibayar secara praupaya. Klaim dapat dilakukan oleh : klinik, dokter spesialis, rumah sakit, apotik, dan optik.

2.9 Langkah-langkah Pengajuan Klaim

Secara umum langkah-langkah pengajuan klaim adalah sebagai berikut :

A. Penerimaan dan perampungan klaim

Dilakukan pengecekan ulang terhadap seluruh berkas yang akan diajukan, dan memeriksa apakah berkas-berkas tersebut sesuai dengan syarat-syarat yang diberlakukan dan disepakati oleh kedua belah pihak

B. Telaah dan verifikasi klaim

Klaim yang diterima oleh unit klaim sebelum diputuskan dibayar perlu ditelaah secara cermat terlebih dahulu. Berikut ini beberapa tahapan prosedur yang perlu dilakukan sebelum melakukan klaim:

1. Keabsahan pihak yang mengajukan klaim
2. Kelengkapan formulir klaim, termasuk didalamnya tanda tangan dokter yang memeriksa dan peserta
3. Kesesuaian klaim dengan kesepakatan kedua belah pihak atau polis, khususnya mengenai
 - a. Batasan pelayanan
 - b. Batasan biaya
 - c. Pengecualian tindakan
4. Batas waktu pengajuan klaim
5. Kewajaran klaim, yaitu kewajaran antara diagnosa, jenis obat yang diberikan dan tindakan yang dilakukan

2.10 Utilisasi Pelayanan

Utilisasi pelayanan adalah sebuah kegiatan pemanfaatan pelayanan oleh sekelompok orang maupun individu. Salah satu faktor yang mempengaruhi seseorang untuk menggunakan dan memanfaatkan tergantung dari pengetahuan masing-masing individu.

Terdapat berbagai macam model utilisasi kesehatan yang digunakan untuk menggambarkan perilaku pemanfaatan pelayanan, model-model tersebut adalah :

2.10.1 Model Andersen (1975)

Menurut Andersen dalam Ilyas, (2003) Model ini merupakan suatu model kepercayaan kesehatan yang disebut sebagai model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi adalah :

A. Karakteristik Presdisposisi

Karakter ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu memiliki kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda dilihat dari ciri demografi, struktur sosial dan kepercayaan.

B. Karakteristik Kemampuan

Karakteristik kemampuan merupakan suatu keadaan dan kondisi yang membuat seseorang mampu untuk melakukan sebuah tindakan untuk memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Berdasarkan sumbernya karakteristik kemampuan dapat dibedakan menjadi dua jenis yaitu sumber daya keluarga dan sumber daya masyarakat

C. Karakteristik Kebutuhan

Andersen menggunakan istilah kesakitan untuk mewakili kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Penilaian terhadap suatu penyakit merupakan bagian dari faktor kebutuhan, penilaian kebutuhan didapatkan dari 2 sumber yaitu penilaian individu dan penilaian klinik.

2.10.2 Model Zshock (1979)

Menurut Zshock dalam Ilyas, (2003) menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi seseorang dalam menggunakan pelayanan kesehatan, yaitu :

- A. Status kesehatan, pendapatan dan pendidikan
- B. Faktor konsumen dan pemberi pelayanan kesehatan (PPK)
- C. Kemampuan dan penerimaan pelayanan kesehatan
- D. Resiko sakit dan lingkungan

2.10.3 Model Andersen dan Anderson (1979)

Menurut Andersen dan Anderson dalam Ilyas, (2003) menggolongkan model utilisasi kesehatan kedalam tujuh kategori berdasarkan tipe dari variabel yang digunakan sebagai faktor yang menentukan utilisasi pelayanan kesehatan. Ketujuh faktor-faktor tersebut adalah :

A. Model Demografi

Pada model ini variabel yang digunakan berdasarkan umur, jenis kelamin, status perkawinan dan besarnya keluarga. Variabel tersebut digunakan sebagai indikator yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan.

B. Model Struktur Sosial

Pada model ini variabel yang digunakan adalah pendidikan , pekerjaan dan etnis. Variabel-variabel tersebut mencerminkan status sosial dari individu atau keluarga di dalam masyarakat dan dapat pula menggambarkan gaya hidup individu dan keluarga

C. Model Sosial Psikologis

Pada model ini variabel yang digunakan adalah, pengetahuan, sikap, dan keyakinan individu di dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Variabel tersebut mempengaruhi individu untuk mengambil keputusan dan bertindak di dalam menggunakan pelayanan kesehatan.

D. Model Sumber Daya Keluarga

Pada model ini variabel yang digunakan adalah pendapatan keluarga dan cakupan mengenai pelayanan kesehatan. Variabel tersebut dapat mengukur kesanggupan dari setiap individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan.

E. Model Sumber Daya Masyarakat

Pada model ini variabel yang digunakan adalah pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat

F. Model Organisasi

Pada model ini variabel yang digunakan adalah pencerminan perbedaan bentuk-bentuk pelayanan kesehatan. Pada umumnya variabel yang biasa digunakan adalah

1. Gaya praktek pengobatan sendiri (sendiri, rekanan, kelompok)
2. Sifat alamiah dari pelayanan tersebut (pembayaran secara langsung atau tidak)
3. Lokasi dari pelayanan kesehatan (pribadi, rumah sakit atau klinik)
4. Petugas kesehatan yang pertama kali dihubungi oleh pasien (dokter, perawat atau yang lainnya)

E. Model Sistem Kesehatan

Model ini mengintegrasikan ke enam model di atas kedalam suatu model yang lebih sempurna

2.10.4 Becker (1974)

Menurut Becker dalam Maman, (2002) Pada model ini digunakan model kepercayaan yang menjadi sebuah bentuk dari model sosio-psikologis yang menganggap bahwa perilaku kesehatan merupakan fungsi pengetahuan maupun sikap individu. Selain itu model kepercayaan kesehatan ini juga merupakan salah satu pengembangan dari teori lapangan dari Lewin 1954, dimana dalam konsep teori lapangan dijelaskan bahwa setiap individu dalam kehidupannya akan berada pada daerah antara daerah positif dan daerah negatif

Dalam model Becker ada 4 variabel kunci yang mempengaruhi perilaku seseorang dalam bertindak untuk mencegah atau mengobati suatu penyakit, yaitu :

A. Kerentanan yang dirasa

Tindakan individu dalam mencari pengobatan atau melakukan upaya pencegahan terhadap suatu penyakit

B. Keseriusan yang dirasakan

Tindakan individu dalam mencari pengobatan dan pencegahan penyakit yang didorong oleh keseriusan penyakit itu sendiri

C. Manfaat dan rintangan yang dirasakan

Tindakan yang dilakukan akibat kerentanan dari suatu penyakit tergantung dari manfaat yang dirasakan

D. Isyarat atau tanda-tanda

Untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan kegawatan dan keuntungan diperlukan isyarat berupa faktor-faktor dari luar yang berupa pesan-pesan media massa, nasihat dari teman atau anggota keluarga yang pernah mengalaminya

2.10.5 Model Green

Menurut Green dalam Notoadmodjo, (2003) menjelaskan bahwa tindakan seseorang dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu:

A. Faktor Predisposisi

Faktor-faktor ini mencakup mengenai pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi

B. Faktor Pemungkin (*enabling factors*)

Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat

C. Faktor Penguat

Faktor-faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan, termasuk juga disini undang-undang, peraturan-

peraturan baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan

Menurut Thabrany dalam Chalidyanto, (1998), menyebutkan bahwa ada 3 konsep untuk melihat utilisasi pelayanan kesehatan. Konsep tersebut antara lain :

- A. Model perilaku
- B. *Health belief model*
- C. Model ekonomi

Menurut Notoadmodjo dalam Chalidyanto, (1998), menyebutkan bahwa ada beberapa model penggunaan pelayanan kesehatan yaitu :

- A. Kependudukan
- B. Struktur sosial
- C. Psikologi sosial
- D. Sumber daya keluarga
- E. Sumber daya masyarakat
- F. Organisasi
- G. Model-model sistem kesehatan

Sedangkan menurut Feldstein dalam Santoso, (2004), faktor-faktor yang berhubungan dengan permintaan penderita terhadap pelayanan kesehatan adalah :

- A. Insiden penyakit yang menggambarkan kejadian penyakit
- B. Karakteristik sosio demografi yang meliputi umur, jenis kelamin status perkawinan, jumlah anggota keluarga, pendidikan dan sistem nilai budaya yang ada pada keluarga atau masyarakat. Namun tidak semua karakteristik sosio demografi dapat segera di intervensi
- C. Faktor ekonomi, antara lain pendapatan, harga pelayanan medis dan nilai waktu yang dipergunakan untuk mencari pengobatan

Menurut Pride dalam Santoso, (2004) disebutkan ada beberapa faktor-faktor yang dapat mempengaruhi individu dalam pengambilan keputusan untuk menggunakan suatu pelayanan. Faktor tersebut adalah :

A. Faktor Pribadi

1. Demografi : usia,, jenis kelamin, suku bangsa, siklus kehidupan keluarga dan pekerjaann
2. Situasional : keadaan eksternal yang mempengaruhi keputusan pembelian individu
3. Tingkat keterlibatan : banyak aspek dalam keputusan pembelian dipengaruhi oleh tingkat keterlibatan inividu tersebut termasuk besarnya minat individunya

B. Faktor Psikologis

1. persepsi merupakan proses pemilihan dan pengorganisasian dan penginterpretasian informasi yang diperolehnya untuk menghasilkan makna
2. motif merupakan kekuatan internal yang mengarahkan kegiatan seseorang kearah pemenuhan kebutuhannya
3. kemampuan dan pengetahuan merupakan konsekuensi dari keputusan menggunakan suatu jasa pelayanan kesehatan yang memuaskan adalah kecenderungan diulangi kembali
4. sikap adalah ketika pasien sebagai konsumen memiliki sikap yang negatif terhadap salah satu aspek dalam pelayanan di sebuah rumah sakit maka kemungkinan pasien tersebut berhenti untuk datang kembali
5. kepribadian umumnya produk yang digunakan seseorang kemungkinan mencerminkan satu atau beberapa dari arti kepribadian orang yang bersangkutan

C. Faktor Sosial

1. Peran dan pengaruh keluarga : peran keluarga berkaitan langsung dengan keputusan dalam penggunaan
2. Kelompok referensi : dapat berfungsi sebagai titik perbandingan dan sumber informasi bagi seorang individu

3. Kelas sosial : berpengaruh terhadap keputusan pembelian termasuk dalam penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan, pola pemeriksaan dan jenis rumah sakit yang dipilihnya
4. Budaya : mencakup nilai-nilai dan perilaku yang diterima di dalam masyarakat tertentu dan umumnya diteruskan dari satu generasi ke generasi berikutnya.

Menurut Dever dalam Santoso, (2004). Dever mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Faktor-faktor tersebut yaitu:

- A. Sosio budaya mencakup teknologi dan norma-norma yang berlaku
- B. Organisasi meliputi ada tidaknya fasilitas pelayanan kesehatan, kemudahan secara geografis, acceptability, affordability, struktur organisasi, dan proses pelayanan kesehatan
- C. Faktor yang berhubungan dengan konsumen, meliputi derajat sakit, mobilitas penderita, cacat yang dialami, sosio demografi (umur, jenis kelamin, status perkawinan), sosio psikologi (persepsi sakit, kepercayaan dsb), sosio ekonomi (pendidikan, pendapatan, pekerjaan, jarak tempat tinggal dengan pusat pelayanan kebutuhan)
- D. Faktor yang berhubungan dengan provider, meliputi kemampuan petugas dalam menciptakan kebutuhan masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, karakteristik provider (perilaku dokter, paramedis, jumlah dan jenis dokter, peralatan yang tersedia, serta penggunaan teknologi canggih).

2.11 Pemantauan Utilisasi

Pemantauan utilisasi adalah sebuah kegiatan yang bertujuan untuk memantau dan menilai penggunaan pemeliharaan kesehatan yang dilakukan dengan cara mengumpulkan data dari seluruh pelayanan kesehatan (Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat 2003).

Kegiatan pemantauan utilisasi ini bertujuan untuk dapat senantiasa meningkatkan pelayanan kesehatan dan mempertahankan pelayanan tersebut sehingga dapat memperkecil pelayanan-pelayanan kesehatan yang justru kurang diperlukan.

Pemantauan utilisasi pelayanan kesehatan ini dapat diselenggarakan di tingkat Badan Penyelenggara (BAPEL) maupun pada tingkat Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dalam hal ini rumah sakit ataupun puskesmas.

Dari pandangan pengguna jasa pelayanan kesehatan kegiatan pemantauan utilisasi ini dapat mengurangi keadaan-keadaan yang bersifat :

A. *Over Utilization*

Sebuah keadaan dimana kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemberi pelayanan kesehatan (PPK) kepada pasien yang sebenarnya tidak diperlukan dalam proses pengobatan.

B. *Under Utilization*

Suatu keadaan dimana suatu jenis pelayanan kesehatan tidak diberikan kepada pasien meskipun pelayanan tersebut sebenarnya sangat dibutuhkan dalam proses pengobatan

C. *Misuse*

Sebuah keadaan dimana suatu jenis pelayanan kesehatan tertentu diberikan secara tidak tepat atau dengan kualitas dibawah standar

(Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, 2003)

Menurut Ilyas, (2003) dalam Sutomo, (2005), pelaksanaan review utilisasi di ruang perawatan dapat dijalankan melalui tahapan berikut:

A. *Pencatatan data*

Pencatatan meliputi data dan tanggal kunjungan, nama peserta, diagnosa penyakit, lama hari rawat, penggunaan fasilitas perawatan

B. *Analisa data*

Data yang sudah terkumpul kemudian dilakukan pengolahan dengan melakukan analisa sehingga dihasilkan suatu bentuk laporan tentang kasus rawat inap, lama hari rawat, rata-rata biaya rawat.

Kunci keberhasilan review utilisasi menurut Ilyas, (2003) dalam Sutomo, (2005), terdapat beberapa hal yang mempengaruhi tingkat keberhasilan dari review utilisasi, yaitu :

- A. Adanya komitmen yang tinggi dari semua pihak baik dari tingkat manajemen sampai tingkat pelaksanaan di lapangan
- B. Dalam memasukan data harus tepat sehingga tidak terjadi kesalahan dalam analisis
- C. Diperlukan peralatan yang sesuai dan spesifik untuk suatu kebutuhan review
- D. Dalam tahap pelaksanaan kegiatan diperlukan suatu konsistensi dan tidak berubah-ubah
- E. Dalam memutuskan suatu keputusan, diperlukan suatu kepekaan dalam memanfaatkan data dan informasi yang ada sehingga tidak terjadi salah keputusan

Menurut Dewi, (2003) dalam review utilisasi, faktor-faktor yang perlu diperhatikan sebagai data dasar adalah usia, sex, diagnosa. Usia sangat diperhatikan karena akan mempengaruhi tingkat kesakitan sehingga mempengaruhi terhadap pelayanan kesehatan dan biaya.

Sex atau jenis kelamin merupakan hal penting yang harus mendapat perhatian karena adanya perbedaan resiko sakit antara pria dan wanita. Sementara diagnosa penyakit akan mempengaruhi utilisasi pemeriksaan penunjang medis dan length of stay pasien di rumah sakit sehingga akan mempengaruhi utilisasi dan biaya

2.12 Manfaat Review Utilisasi

Menurut Jarwati, (2004) ada beberapa manfaat yang dapat diperoleh jika kita melakukan review utilisasi, beberapa manfaat tersebut adalah :

- A. Review utilisasi dapat mengevaluasi kelayakan pelayanan kesehatan untuk membantu menghapuskan resiko potensial bagi pasien dengan menilai apakah pelayanan secara medis diperlukan dan apakah pelayanan diberikan secara layak
- B. Memberikan gambaran nyata tentang pola utilisasi pelayanan oleh pasien. Pola pemberian pelayanan oleh provider dan pola pembiayaan kesehatan

- C. Merupakan dasar yang penting untuk pengendalian provider serta untuk perencanaan dan evaluasi khususnya yang terkait dengan pemeliharaan kesehatan
- D. Mendeteksi adanya kecurangan pelayanan dan pembiayaan pelayanan kesehatan

Menurut Nas, (2000) Manfaat review utilisasi adalah :

- A. Mengetahui kelayakan pelayanan kesehatan untuk membantu menghapuskan resiko potensial bagi pasien dengan menilai apakah pelayanan secara medis diperlukan dan apakah pembayaran diberikan secara layak
- B. Memberikan gambaran nyata tentang pola utilisasi pelayanan oleh peserta, pola pemberian pelayanan oleh provider dan pola pembiayaan kesehatan
- C. Merupakan data dasar yang penting untuk pengendalian provider serta untuk perencanaan dan evaluasi, khususnya yang terkait dengan pemeliharaan kesehatan
- D. Mendeteksi adanya kecurangan dalam pelayanan dan pembayaran pelayanan kesehatan

Menurut Edvine, (2006). mengatakan bahwa dengan mengerti tentang utilisasi pelayanan kesehatan maka akan memungkinkan semakin akuratnya upaya peningkatan pelayanan kesehatan di masa depan. Ini berarti data dan informasi penggunaan pelayanan kesehatan merupakan dokumen yang sangat penting untuk merancang program pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan mampu menjangkau masyarakat.

2.13 Pengertian Wabah

Wabah atau epidemi merupakan suatu istilah yang biasa digunakan dalam menggambarkan suatu peningkatan kejadian penyakit yang melebihi kejadian dari biasanya. Beberapa batasan yang biasa digunakan untuk menjelaskan pengertian wabah antara lain :

- A. Wabah adalah peningkatan kejadian kesakitan atau kematian yang telah meluas secara cepat baik dalam jumlah kasusnya maupun daerah terjangkit (Departemen Kesehatan RI)

B. Wabah adalah keadaan berjangkitnya penyakit menular dalam masyarakat yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi keadaan yang lazim dari waktu dan daerah tertentu serta dapat menimbulkan malapetaka (UU No.4 tahun 1984, Wabah Penyakit Menular)

Dari pengertian-pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa wabah adalah suatu peningkatan jumlah kejadian pada tempat dan waktu tertentu yang menyebabkan banyaknya korban jiwa atau digambarkan dengan kejadian luar biasa (KLB) sesuai dengan UU No.4 tahun 1984 yang berisi

” Menteri Kesehatan menetapkan daerah tertentu dalam wilayah Indonesia yang terjangkit wabah sebagai daerah wabah. Peningkatan penderita wabah di daerah wabah diatas akan dinyatakan sebagai suatu letusan penyakit, kejadian tersebut terbatas dan ditanggulangi oleh pemerintah daerah. Apabila penanganannya membutuhkan bantuan pemerintah pusat maka kejadian tersebut dinyatakan sebagai suatu kejadian luar biasa (KLB).”

2.14 Pengertian DBD

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh virus *dengue* dan ditularkan melalui nyamuk aedes aegypti, yang ditandai dengan adanya gejala demam mendadak dua sampai tujuh hari tanpa penyebab yang jelas, lemah/lesu, gelisah, nyeri ulu hati, disertai tanda perdarahan di kulit berupa bintik-bintik merah, lebam, atau ruam, terkadang mimisan, muntah darah dan menurunnya kesadaran.

2.15 Diagnosis DBD

Diagnosis penyakit DBD dapat ditegakkan jika ditemukan adanya beberapa gejala sebagai berikut :

- A. Demam tinggi mendadak tanpa sebab yang jelas selama 2-7 hari berlangsung secara terus menerus
- B. Tanda perdarahan
- C. Pembesaran hati disertai dengan Trombositopeni (150.000mm^2 atau kurang)

- D. Hemokonsentrasi yang dapat dilihat dari meningkatnya hematokrit sebanyak 20% dibandingkan dengan nilai hematokrit selama dalam perawatan

2.16 Kriteria Wabah Demam Berdarah (DBD)

Kriteria wabah DBD menurut Departemen Kesehatan RI berdasarkan buku petunjuk pelaksanaan penanggulangan KLB DBD adalah :

- A. Adanya satu penderita atau lebih di wilayah Dati III yang sebelumnya tidak pernah ada DBD
- B. Adanya satu penderita atau lebih di satu kelurahan (atau daerah yang lebih luas) dua kali atau lebih dalam waktu satu bulan dibanding dengan bulan sebelumnya atau bulan yang sama pada tahun lalu dan penderita tersebar di sebagian RW di kelurahan tersebut. Adapun pejabat yang melakukan konfirmasi KLB adalah :
1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kodya
 2. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi
 3. Direktur Jendral PPM dan PL Departemen Kesehatan

BAB III

GAMBARAN RUMAH SAKIT

3.1 Gambaran Umum Rumah Sakit

3.1.1 Sejarah Rumah Sakit

RSUD Budhi Asih merupakan rumah sakit umum Daerah tipe B non pendidikan yang telah ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor :434/Menkes/SK/IV/2007 dan merupakan UPT Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta. Saat ini RSUD Budhi Asih memiliki 224 tempat tidur yang menyediakan berbagai jenis pelayanan medis spesialistik dan sub spesialistik.

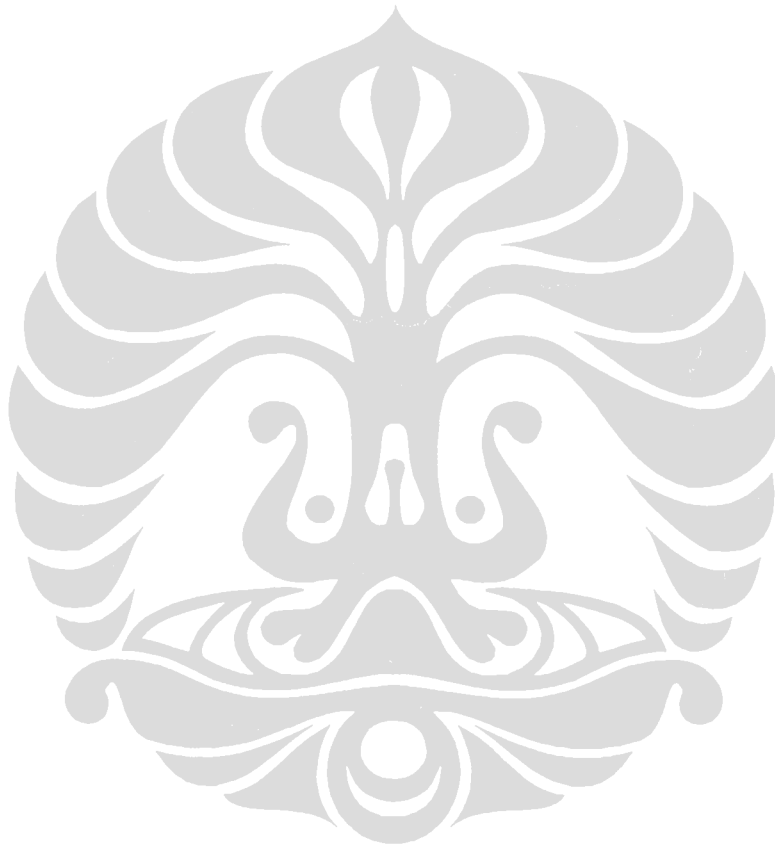
RSUD Budhi Asih pada mulanya merupakan sebuah poliklinik yang didirikan pada tahun 1946 yang melayani khusus untuk pasien panti dan statusnya berada dibawah Dinas Sosial. Kemudian berkembang menjadi rumah sakit dengan kapasitas 60 tempat tidur yang dinamakan Rumah Sakit Sosial Budhi Asih.

Tahun 1986 diserahkan kepada Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta dan pada tanggal 5 Januari 1989 berdasarkan SK Gubernur Propinsi DKI Jakarta No.44 Tahun 1989 diresmikan menjadi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Propinsi DKI Jakarta.

Pada tahun 1997 berdasarkan Peraturan Daerah Propinsi DKI Jakarta No.10 tahun 1997, RSUD Budhi Asih resmi menjadi rumah sakit swadana.

Dengan terbitnya UU No.1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (PBN) dan PP No. 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU), dan berdasarkan keputusan Gubernur Propinsi DKI Jakarta No. 2092/2006 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Budhi Asih sebagai unit kerja Dinas Kesehatan Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah secara penuh. Maka RSUD Budhi Asih telah berubah menjadi Rumah Sakit Pemerintah yang menerapkan PPK-BLUD.

RSUD Budhi Asih saat ini berlokasi di Jl. Dewi Sartika Cawang III No. 200 Jakarta Timur, dan menempati gedung baru 12 lantai dengan luas tanah 6.381 m² dan luas bangunan 21.977 m² dengan fasilitas telpon 6 lines hunting, listrik PLN 2.500 KVA dan Genset 1250 KVA.



3.1.2 Profil RSUD Budhi Asih

- a. Nama : Rumah Sakit Umum Daerah Budhi Asih
- b. Kelas Rumah Sakit : B Non Pendidikan
- c. Kedudukan : UPT Dinas Kesehatan DKI Jakarta
- d. Alamat : Jalan Dewi Sartika Cawang III/200
- e. Kecamatan : Cawang
- f. Kabupaten : Jakarta Timur
- g. Propinsi : DKI Jakarta
- h. Telepon : 8090282
- i. Fax : 8009157, 8007348
- j. E-mail : budhiasih@cbn.net.id
- k. Luas Tanah : 6.381 m²
- l. Luas Bangunan : 21.977,26 m² (12 lantai + helipet)
- m. Listrik : 1.250 KVA + Genset
- n. Air Bersih : Kapasitas 1.500 liter air panas
: Kapasitas 2.500 liter air dingin
- o. Pengolahan Limbah Cair : Kapasitas 1.000 liter air
- p. Telepon : 11 Hunting
- q. Ambulance : 4 unit
- r. Ambulance Jenazah : 1 unit
- s. Perpustakaan
- t. ATM
- u. Koperasi & Kantin

3.1.3 Logo RSUD Budhi Asih

Gambar 1
Logo RSUD Budhi Asih



3.1.4 Motto RSUD Budhi Asih

Motto Rumah Sakit Umum Daerah Budhi Asih adalah **"CARE For All"**, yaitu merupakan motto dari setiap individu yang bekerja di Rumah Sakit Umum daerah Budhi Asih baik dokter, perawat, tenaga administrasi, kemampuan tenaga lainnya dalam memberikan pelayanan dengan profesional tanpa membedakan kepada pengunjung dan lapisan masyarakat di seluruh etnis dan pribadi yang ada di kota metropolitan ini. Makna dari motto tersebut sangat mendalam yaitu setiap individu dalam memberikan pelayanan di RSUD Budhi Asih harus berkompeten (*Competencies*), tepat (*Accurate*), Dapat dipercaya/diandalkan dan mendengarkan (*Reliable and Responsive*), Empati (*Empaty*), dan untuk semua lapisan masyarakat (*For All*).

3.2 Visi, Misi, Tujuan, Falsafah, nilai dasar RSUD Budhi Asih

3.2.1 VISI :

Rumah Sakit yang berkualitas dan menyenangkan bagi semua

3.2.2 MISI :

- A. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan paripurna, responsive dan bermutu standar Internasional, didukung oleh sumber daya manusia yang memiliki kompetensi tinggi.
- B. Meningkatkan kompetensi SDM yang inspiratif.
- C. Menjadi *center of knowledge* dan pengembangan kesehatan di Jakarta.
- D. Memberikan Pelayanan yang didukung kemampuan *customer service* yang handal.

3.2.3 Tujuan RSUD Budhi Asih

- A. Menjadikan RSUD Budhi Asih sebagai rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas
- B. Menciptakan sistem remunerasi yang mendorong produktivitas kerja
- C. Menjadikan RSUD Budhi Asih sebagai tempat pendidikan dan pelatihan dibidang kesehatan

3.2.5 Nilai Dasar :

- A. Mengenal dan melayani pelanggan melampaui harapan mereka.
- B. Disiplin yang didukung tinggi dengan saling menghargai.
- C. Komitmen tinggi berlandaskan kebersamaan *ownership*.

3.3 Struktur Organisasi dan Personalia

1. Direktur

Mempunyai tugas dan wewenang antara lain :

- A. Memimpin pelaksanaan tugas dan fungsi.
- B. Melaksanakan koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan simplifikasi seluruh kegiatan staf dan perangkat RSUD Budhi Asih.
- C. Melakukan hubungan dengan supra sistem RS serta pihak-pihak Institusi lain dari luar RS.

2. Sub Bagian Tata Usaha

Mempunyai tugas dan wewenang antara lain :

- A. Melaksanakan ketatausahaan, pendidikan dan pelatihan formal,
- B. menyediakan peralatan dan perlengkapan kantor dan
- C. kerumahtanggaan, kepegawaian serta urusan umum;
- D. Sub Bagian Tata Usaha dipimpin oleh seorang Kepala Sub Bagian yang
- E. dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Direktur.
- F. Dalam melaksanakan tugasnya Ka. Sub Bagian Tata Usaha dibantu oleh 4(empat) urusan :
 1. Urusan Umum
 2. Urusan Kepegawaian
 3. Urusan Rumah Tangga
 4. Urusan Rekam Medis
- G. Tiap Urusan dipimpin oleh seorang Kepala urusan yang dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Kepala Sub Bagian Tata Usaha.
- H. Urusan Umum bertugas mempersiapkan, menyelenggarakan tugas ketatausahaan Rumah Sakit, Administrasi Pasien Pihak III, Hukum, Perpustakaan, Pengelolaan sarana dan prasarana rapat, transportasi operasional serta perencanaan dan penyusunan program.
- I. Urusan Kepegawaian mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan kepegawaian sejak perencanaan s/d pemberhentian.

- J. Urusan Rumah Tangga mempunyai tugas menyelenggarakan pengelolaan keamanan dan ketertiban di lingkungan RS, inventarisasi barang, perencanaan perlengkapan kantor dan alat rumah tangga habis pakai, serta kebersihan dan keindahan rumah sakit.
- K. Urusan Rekam Medis mempunyai tugas menyelenggarakan pengelolaan rekam medis pasien rawat inap dan rawat jalan serta pengumpulan, pengolahan dan pelaporan data Rumah Sakit.

3. Seksi Keuangan

Mempunyai tugas dan wewenang antara lain :

- A. Pengelolaan keuangan RS, termasuk Akunt. RS, Anggaran pembendaharaan dan Verifikasi.
- B. Seksi Keuangan dipimpin oleh seorang kepala seksi yang dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Direktur.
- C. Kepala Seksi Keuangan dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh 4 orang staf seksi keuangan.
- D. Pembendaharaan mempunyai tugas melakukan tata usaha
- E. Keuangan & pengelolaan perbendaharaan RS.
 - 1. Pengelolaan penerimaan dan pengeluaran RS sesuai dengan peraturan / perundangan.
 - 2. Pengelolaan resiko usaha untuk meningkatkan cost recovery :
 - 3. Dihindari Kerugian.
 - 4. Diminimalisasi kerugian / ketidakmampuan membayar.
 - 5. Dibiayai oleh asuransi.
 - 6. Dicadangkan.
 - 7. Pengelolaan perpajakan secara taat dan menguntungkan.
 - 8. Pengelolaan modal kerja yang sehat.
 - 9. Pengelolaan sumber pembelanjaan (financing) yang sehat
 - 10. Barang-barang dengan bagian akuntansi merancang, menerapkan, dan memantau kebijakan prosedur akuntansi keuangan dan keuangan RS.
 - 11. Pengelolaan investasi yang sehat (penetapan IRR dan payback period dan monitoring kerja)

12. Laporan studi dan analisis terhadap pelaksanaan kebijakan keuangan

4. Akuntansi

Mempunyai tugas dan wewenang antara lain :

- A. Laporan akuntansi keuangan periodik (neraca, R/L, cash flow, laporan sumber dan penggunaan dana).
- B. Laporan mutasi modal kerja (kas, bank, piutang dan utang periodik minimum 1 minggu)
- C. Laporan mutasi akuntansi pembantu antara lain :
- D. Laporan mutasi akun pembantu piutang
- E. Laporan mutasi akun pembantu persediaan
- F. Laporan mutasi akun utang
- G. Laporan mutasi aktiva tetap.
- H. Laporan akuntansi manajemen yang berupa :
- I. Laporan pendapatan & biaya perpusat pertanggung jawaban
- J. Laporan akuntansi biaya berbasis aktivitas

5. Anggaran

Mempunyai tugas dan wewenang antara lain :

- A. Melakukan berbagai perhitungan tarif yang diperlukan untuk penyusunan anggaran.
- B. Mengoperasikan perangkat lunak anggaran untuk membantu membuat usulan anggaran perunit.
- C. Melakukan akumulasi usulan anggaran & melakukan penyusunan master budget.
- D. Memfasilitas proses negosiasi anggaran antara penyusunan anggaran dengan komite anggaran.
- E. Melakukan proses penyusunan skenario revisi agar anggaran mutakhir.
- F. Membantu Direktorat Keuangan dan Dirut dalam negosiasi anggaran dengan pemerintah daerah.
- G. Menyiapkan seluruh dokumen pertanggung jawaban anggaran kpd pemerintah daerah.

H. Laporan Pajak

6. Verifikasi

Mempunyai tugas dan wewenang antara lain :

- A. Melaksanakan koordinasi surat pertanggungjawaban (SPJ) ke pemda DKI Jakarta.
- B. Melakukan verifikasi terhadap transaksi penerimaan retribusi RS.
- C. Menilai keabsahan dari bukti pertanggungjawaban sesuai dengan peraturan keuangan yang berlaku.
- D. Mengadakan koordinasi dengan P3U dlm rangka kelengkapan data penagihan pihak ke tiga
- E. Membuat laporan kepada kepala seksi keuangan tentang pelaksanaan kegiatan verifikasi setiap akhir bulan.

7. Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan

Mempunyai tugas dan wewenang antara lain :

- A. Menyelenggarakan kegiatan pelayanan baik medis maupun keperawatan bagi pasien rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, bedah sentral, perawatan intensif, keperawatan.
- B. Menyelenggarakan pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit;
- C. Menentukan prosedur tetap pelayanan medis dan keperawatan yang disesuaikan dengan standar yang telah ditetapkan.
- D. Mengkoordinasikan pelaksanaan tugas fungsional baik tenaga medik, paramedik dan non medis.
- E. Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Direktur.

Dalam melaksanakan tugasnya Kepala Seksi Pelayanan dan Keperawatan dibantu oleh 3(tiga) orang staf yang terbagi dalam :

- A. 2 (dua) orang staf Sub Seksi Pelayanan Medis
- B. 1 (satu) orang staf Seksi Keperawatan

Seksi pelayanan kesehatan terdiri atas unit-unit kerja sebagai berikut :

- A. Instalasi Gawat Darurat
- B. Instalasi Rawat Inap
- C. Instalasi Rawat Jalan
- D. Instalasi Perawatan Intensive
- E. Instalasi Bedah Sentral
- F. Kamar Bersalin
- G. Admisi
- H. Pemeliharaan Sarana dan Prasarana RS

Tiap unit mempunyai tugas :

- A. Melaksanakan kegiatan pelayanan medik, keperawatan dan non medik sesuai dengan unit kerjanya.
- B. Mengkoordinasi pelaksanaan tugas tenaga fungsional baik tenaga medis, paramedis dan non medis.
- C. Menyediakan kebutuhan logistik dan fasilitas lainnya untuk pelaksanaan pelayanannya.
- D. Mengembangkan pelayanan / kegiatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

8. Seksi Penunjang Medis

Mempunyai tugas dan wewenang antara lain :

- A. Menyelenggarakan kegiatan ke-Farmasian, Laboratorium, Radiologi, Gizi, Rehabilitasi Medik, Elektrodiagnostik dan Therapy Alternatif, Pengelolaan Jenazah serta Laundry Rumah Sakit..
- B. Menentukan prosedur tetap kegiatan penunjang medis yang disesuaikan dengan standar yang telah ditetapkan.
- C. Mengkoordinasikan pelaksanaan tugas tenaga fungsional baik tenaga medis paramedis dan nonmedis.
- D. Menyediakan kebutuhan logistik dan fasilitas lainnya untuk pelaksanaan pelayanannya.
- E. Mengembangkan pelayanan/ kegiatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

F. Seksi Penunjang Medis dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Direktur.

Dalam melaksanakan tugasnya Kepala Seksi Penunjang Medis dibantu oleh 3 (tiga) staf Seksi Penunjang Medis. Seksi Penunjang Medis terdiri dari Unit-Unit Kerja sebagai berikut :

- A. Unit Farmasi
- B. Unitt Gizi
- C. Unit Laboratorium
- D. Unit Radiologi
- E. Unit Rehabilitasi Medik
- F. Unit Gas Medik
- G. Unit EDTA
- H. Unit Laundry
- I. Unit Kamar Jenazah

3.4 Komposisi dan Jumlah Pegawai

Tenaga Kerja di Rumah Sakit Umum Daerah Budhi Asih yang tercatat pada data Unit Kepegawaian RSUD Bdhi Asih (per Februari 2009) adalah 575 orang yang terdiri dari 255 Orang PNS, 18 Orang CPNS, 24 Orang PTT, 168 Orang NON PNS, 10 Orang Non Organik, 37 Orang Kontrak 1 th ke 2, 13 Orang Kontrak 1 th, 5 Orang Kontrak 3 Bulan, 2 Orang Kontrak KLB, 26 Orang Kontrak Percobaan 3 Bulan. Pengangkatan tenaga kerja Non PNS dimungkinkan berdasarkan Perda No. 10 tahun 1997, direktur Rumah Sakit dapat mengangkat tenaga Non PNS sesuai kebutuhan Rumah Sakit.

Selain itu Direktur juga memiliki wewenang untuk melakukan pengangkatan pegawai menjadi tenaga PNS dimana pengangkatan itu disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit. Dalam Merekrut karyawannya baik PNS yang berasal dari instansi lain maupun NON PNS, RSUD Budhi Asih memiliki system sendiri. Hal ini dilakukan untuk memenuhi standar kualitas kepegawaian serta dapat bersama-sama mencapai visi, misi, dan tujuan awal rumah sakit.

Tabel 3.1
Jumlah Tenaga Medis
Februari 2009

NO	JENIS TENAGA	JUMLAH
1	Dokter Umum + MKes	0
2	Dokter Umum + MARS	2
3	Dokter Umum + MSc	0
4	Dokter Umum	16
5	Dokter Spes + Magister	3
6	Dokter Spes Gizi Klinik	1
7	Dokter Spes Patologi Klinis	1
8	Dokter Spes Kebidanan	3
9	Dokter Spes Bedah	3
10	Dokter Spes Penyakit Dalam	4
11	Dokter Spes Anak	5
12	Dokter Spes Mata	3
13	Dokter Spes THT	2
14	Dokter Spes Paru	2
15	Dokter Spes Kulit & Kelamin	2
16	Dokter Spes Jantung & Pembuluh	1
17	Dokter Spes Anestesi	3
18	Dokter Spes Syaraf	2
19	Dokter Spes Bedah Syaraf	1
20	Dokter Spes Bedah Orthopedi	1
21	Dokter Spes Radiologi	1
22	Dokter Spes Rehab Medik	1
23	Dokter Gigi + MARS	1
24	Dokter Gigi + MPH	0
25	Dokter Gigi + Mkes	1
26	Dokter Gigi + MARS	1
27	Dokter Gigi	0
28	Penem. Sementara (Sp Obgyn)	1
SUBTOTAL		61

Sumber: Unit Kepegawaian, februari 2009

Tabel 3.2
Jumlah Tenaga Non Medis
Februari 2009

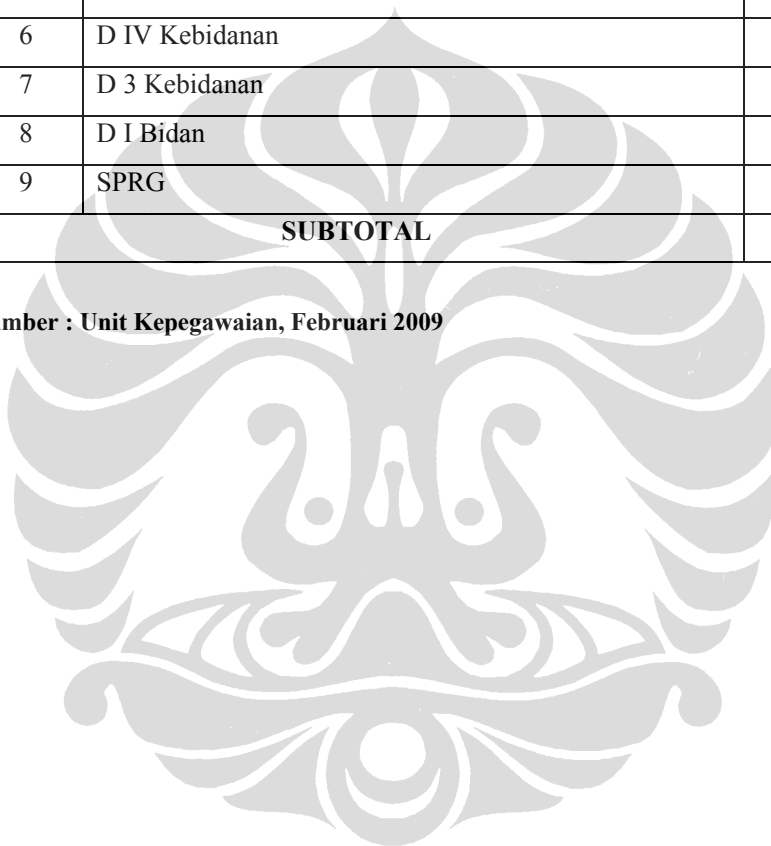
NO	JENIS TENAGA	JUMLAH
1	S2 SKM + MARS	1
2	S2 Kebijakan Publik	2
3	S1 Administrasi/Sosial	9
4	S1 Hukum Perdata	2
5	S1 Pendidikan	1
6	S1 Ekonomi Manajemen	5
7	S1 Manajemen Informatika	3
8	S1 Kebijakan Fiskal	1
9	S1 Akuntansi	2
10	D3 Akuntansi	8
11	D3 Keuangan & Perbankan	3
12	D3 Informatika/Teknik Komp	6
13	D3 Perumahsakitan	16
14	D3 Keselamatan & Kes. Kerja	1
15	D3 Adm Perkantoran & Sekretaris	2
16	D3 Perhotelan	2
17	D1 Komputer Akuntansi	1
18	D1 Sekretaris	0
19	D1 Perhotelan	2
20	D1 Manaj Informatika	2
21	D1 Adm RS	0
22	SMU + Pekarya Kesehatan	11
23	SMU	49
24	SMEA	5
25	STM	15
26	SMP	18
27	SD	10
28	Non Ijazah	4
SUBTOTAL		181

Sumber : Unit Kepegawaian, February 2009

TABEL 3.3
Jumlah Tenaga Paramedis Keperawatan

NO	JENIS TENAGA	JUMLAH
1	S1 Keperawatan	3
2	D IV Keperawatan	3
3	D 3 Keperawatan	180
4	SPK	8
5	D 3 Anestesi	4
6	D IV Kebidanan	1
7	D 3 Kebidanan	21
8	D I Bidan	2
9	SPRG	1
SUBTOTAL		223

Sumber : Unit Kepegawaian, Februari 2009



TABEL 3.4
Jumlah Tenaga Paramedis Non Keperawatan

NO	JENIS TENAGA	JUMLAH
1	S2 Farmasi Klinik	2
2	S1 Apoteker	2
3	S1 Kesehatan Masyarakat	6
4	S1 Sanitarian/Kesling	1
5	S1 Gizi	1
6	S1 Tehnik Kimia	1
7	D3 Rekam Medik	7
8	D3 Refraksionis	2
9	D3 Radiologi	7
10	D3 Analisis Kesehatan	14
11	D3 Fisioterapi	4
12	D3 Farmasi	6
13	D3 Tehnik Elektromedik	3
14	D3 Gizi	6
15	D3 Tehniker Gigi	1
16	D3 Kesehatan Gigi	1
17	SAA/SMF	26
18	SMAK	7
19	SPAG	2
20	SMK Boga/SMKK	11
SUBTOTAL		110

Sumber : Unit Kepegawaian, Februari 2009

Selain jumlah SDM diatas RSUD Budhi Asih masih mempunyai SDM yang berstatus sebagai bantuan/tenaga harian lepas sebanyak 17 orang yang direkrut dalam rangka untuk kelancaran pelayanan rumah sakit pada saat terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB) dan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan saat ini.

3.5 Fasilitas Rumah Sakit

TABEL 3.5
Fasilitas Pelayanan Medik

JENIS FASILITAS	KETERANGAN
1. Poliklinik Spesialis	a. Sp. Kebidanan/kandungan b. Sp. Jantung c. Sp. Bedah d. Sp. Syaraf e. Sp. Anak f. Sp. Rehab Medik g. Sp. P. Dalam h. Sp. Orthodonti/Gigi i. Sp. Mata j. Sp. Kulit & Kelamin k. Sp. THT l. Sp. Paru m. Gizi
2. Poliklinik Sub Spesialis	a. Bedah Urologi b. Bedah Syaraf c. Bedah Orthopedi
3. Pelayanan 24 jam	a. Unit Gawat Darurat b. Unit Farmasi c. Unit radiology d. Unit laboratorium e. Kamar Operasi f. Ambulance

TABEL 3.6
FASILITAS PERALATAN CANGGIH

NO	NAMA ALAT	PERUNTUKAN
1.	Ozon Therapy	Gangren Diabetes, Pasca Stroke, Awet Muda
2.	Laser Kulit	Kosmetik, Tanda Lahir, dll.
3.	C-Arm	Operasi Kepala / Craniotomy, Kasus-kasus kelainan otak (Stercotatik Neurosurgery) Diagnostik Urologi & Kepala
4.	Laser Urologi	Pemecah batu ginjal
5.	Phaco	Operasi mata microinvasif
6.	Double puncture Laparoscopy	- Diagnostik dan terapi tumor intra abdomen - Diagnostik dan terapi infertilitas
7.	Endoscopy Usus	Diagnostik kelainan lambung & Usus Halus
8.	Bronchoscopy	Diagnostik bronchus & ekstraksi benda asing
9.	USG berwarna / Fetal Doppler	Diagnostik kebidanan, kandungan, P.Dalam dan kelainan Jantung
10.	EMG	Diagnostik kelainan otot
11.	EKG	Diagnostik kelainan rekam jantung
12.	EEG	Diagnostik kelainan fungsi otak

Sumber, diklat 2009

TABEL 3.7
Fasilitas Bangunan

Lantai	Fasilitas
1	<ul style="list-style-type: none"> a. Bagian Informasi b. Instalasi Farmasi c. Kantin d. IGD e. Bagian Admisi f. Front Office g. Kasir Rawat Inap h. Pembayaran IGD i. Instalasi Radiologi j. Kamar Jenazah k. Ruang Observasi l. ATM
2	<ul style="list-style-type: none"> a. Poliklinik (bedah umum, anak, bedah orthopedi, kulit dan kelamin, gizi, gigi dan mulut, EEG, dan EMG) b. Ruang THT c. Ruang bedah urologi d. Ruang pos Pin-Polio e. Ruang rehabilitasi medik/fisioterapi f. Laboratorium neurologi
3	<ul style="list-style-type: none"> a. ICU b. Laboratorium c. Ruang Ka. Instalasi Laboratorium d. Ruang pengambilan darah e. Ruang mikrobiologi f. Instalasi kamar operasi

(sambungan)

Lantai	Fasilitas
4	<ul style="list-style-type: none"> a. Ruang medical check up b. Instalasi CSSD c. Unit hemodialisa d. Kamar bersalin, perinatalogi e. Ruang inhalasi f. Ruang ozon g. Ruang perinatologi h. Ruang EKG i. Ruang endoskopi j. Ruang USG k. Ruang radiologi l. Ruang cuci foto
5	<ul style="list-style-type: none"> a. Diklat b. Apotek c. Instalasi pihak ketiga d. Rawat inap bagian barat e. Rawat inap bagian timur
6	<ul style="list-style-type: none"> a. Rawat inap bagian barat b. Rawat inap bagian timur
7	<ul style="list-style-type: none"> a. Rawat inap bagian barat b. Aula
8	<ul style="list-style-type: none"> a. Rawat inap bagian barat b. Mushola
9	<ul style="list-style-type: none"> a. Rawat inap KLB
10	<ul style="list-style-type: none"> a. Ruang Direktur b. Ruang wakil direktur c. Ruang sekretariat d. Ruang auditorium e. Ruang rapat

(sambungan)

Lantai	Fasilitas
B1	<ul style="list-style-type: none"> a. Instalasi Gizi b. Instalasi laundry c. Gudang logistik d. Parkir
B2	<ul style="list-style-type: none"> a. Operator telepom b. Mushola c. Instalasi sarana dan prasarana d. Instalasi gas medik

Sumber, diklat 2009

TABEL 3.8
Jumlah Tempat Tidur Rawat Inap RSUD Budhi Asih
Berdasarkan Ruang Perawatan

Nama Ruang	Tempat Tidur		Jumlah
	Barat	Timur	
Lantai V	48	31	79
Lantai VI	48	27	75
Lantai VII	23		23
Lantai VIII	10		10
Lantai IX	16		16
Perinatologi			14
HCU/NICU			7
Total			224

Sumber, diklat, 2009

TABEL 3.9
Jumlah Tempat Tidur Rawat Inap RSUD Budhi Asih
Berdasarkan Kelas Perawatan
Februari 2008

Ruang Kelas	Tempat Tidur
VIP	4
I	6
II	23
III	170
(Perinatal dan HCU/NICU)	21
Total	224

3.6 Kinerja Rumah Sakit

Untuk mengetahui mutu pelayanan rumah sakit ada beberapa tolak ukur yang menjadi acuan untuk menilai kinerja sebuah rumah sakit. Indikator-indikator yang umum digunakan tersebut adalah :

A. *Bed Occupancy Rate (BOR)*

BOR adalah pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran mengenai tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan dari tempat tidur. Nilai parameter dari BOR ini idealnya antara 60-85%. Dari tahun 2003-2005 BOR RSUD FKUKI belum mencapai nilai parameter dari BOR yang ideal.

$$\text{BOR} = \frac{\text{Jumlah hari perawatan} \times 100\%}{\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{jumlah hari (365)}}$$

B. *Length Of Stay (LOS)*

LOS adalah lama hari rawat seseorang pasien. Secara umum nilai LOS yang ideal antara 6-9 hari. Indikator ini selain dapat memberikan nilai tingkat efisien juga memberikan gambaran nilai mutu pelayanan apabila diterapkan pada diagnosis tertentu yang dijadikan *tracer* (pengamatan lebih lanjut). Dari tahun 2003-2005 LOS RSUD FKUKI hampir mencapai nilai ideal dari LOS.

$$\text{LOS} = \frac{\text{Jumlah pasien (hidup + mati)}}{\text{Jumlah tempat tidur siap pakai}}$$

C. *Turn Over Interval (TOI)*

TOI adalah rata-rata hari, tempat tidur tidak ditempati dari saat kosong ke saat terisi pada waktu berikutnya. Idealnya tempat tidur kosong hanya dalam waktu 1-3 hari. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi dari pada penggunaan tempat tidur. Untuk TOI RSUD FKUKI tahun 2003-2005 nilainya terlalu tinggi dari nilai ideal TOI.

$$\text{TOI} = \frac{\text{Jumlah TT x hari} - \text{hari rawat RS}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}$$

D. *Bed Turn Over (BTO)*

BTO adalah frekuensi pemakaian tempat tidur, berapa kali dalam satu satuan waktu tertentu (biasanya 1 tahun) tempat tidur. Idealnya selama 1 tahun tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali. Indikatornya ini memberikan gambaran tingkat efisiensi dari pada pemakaian tempat tidur. Untuk BTO di RSUD FKUKI tahun 2003-2005 belum mencapai rata-rata nilai yang ideal dari BTO.

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

E. *Net Death Rate (NDR)*

NDR adalah angka kematian \geq 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar.

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

F. *Gross Death Rate (GDR)*

GDR adalah angka kematian umum untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar.

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

Berikut ini akan disajikan tabel kinerja RSUD Budhi Asih berdasarkan BOR, LOS, TOI, NDR, dan GDR periode tahun 2005-2007

TABEL 3.10
Kinerja RSUD Budhi Asih
Tahun 2005-2007

No.	Keterangan	Satuan	2005	2006	2007	2008
1.	BOR	%	73%	67.5%	71,3%	67.7%
2.	LOS	Hari	3,9	4.2	4.1	4.1
3.	BTO	Kali	63,4	52	54.6	54.7
4.	TOI	Hari	1,6	1,9	1.9	2.2
5	GDR	%		5	4.8	5.1
6	NDR	%	2,5	3,0	2.6	2.9

Sumber, rekam medik, 2009

3.7 Akreditasi Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum Daerah Budhi Asih telah lulus diakreditasi pada tahun 2000. Bagian-bagian yang telah lulus dan mendapat akreditasi yaitu:

- A. Unit Gawat Darurat (UGD)
- B. Unit Pelayanan Medik
- C. Unit Rekam Medik
- D. Unit Keperawatan
- E. Unit Manajemen

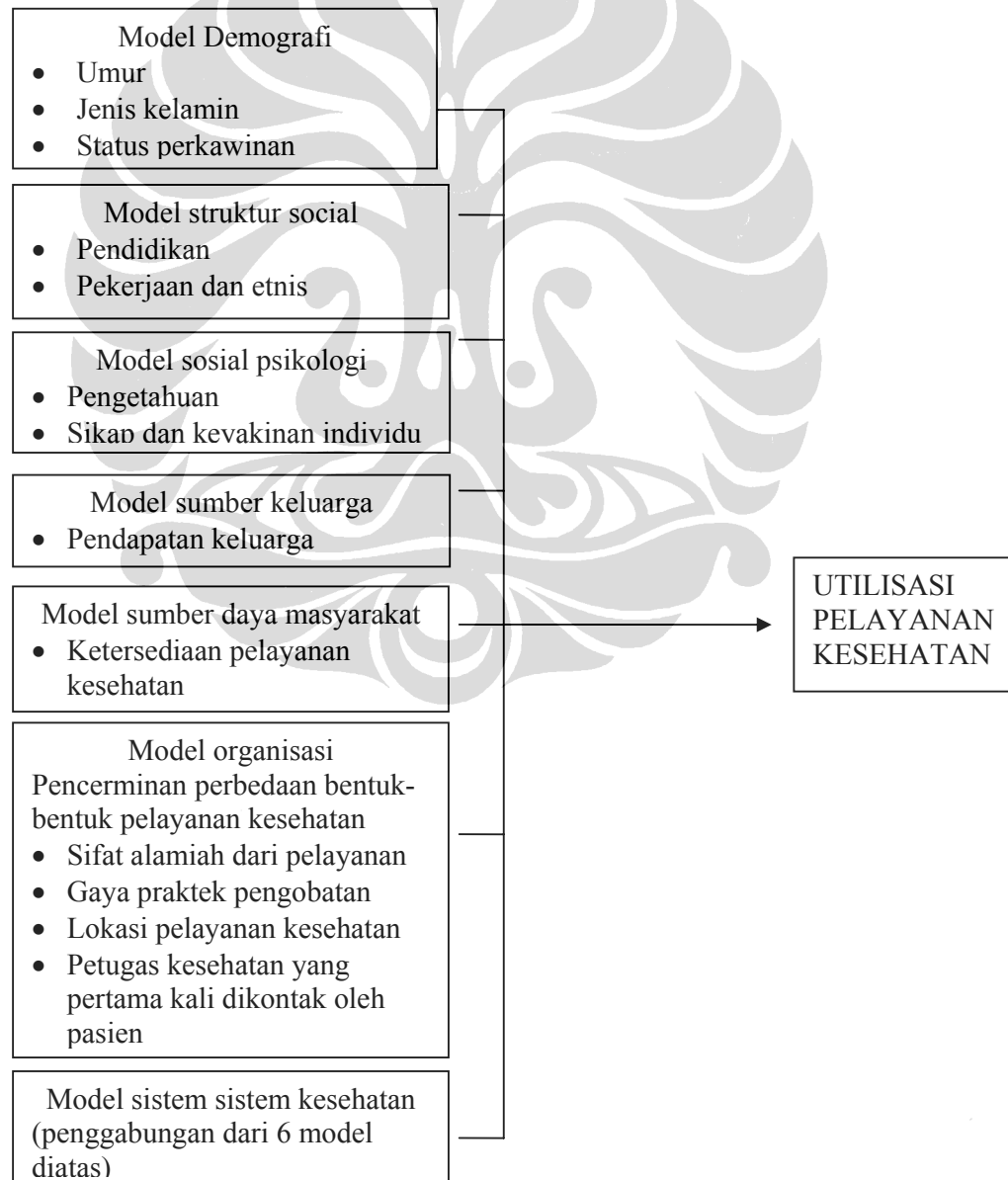
BAB IV

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

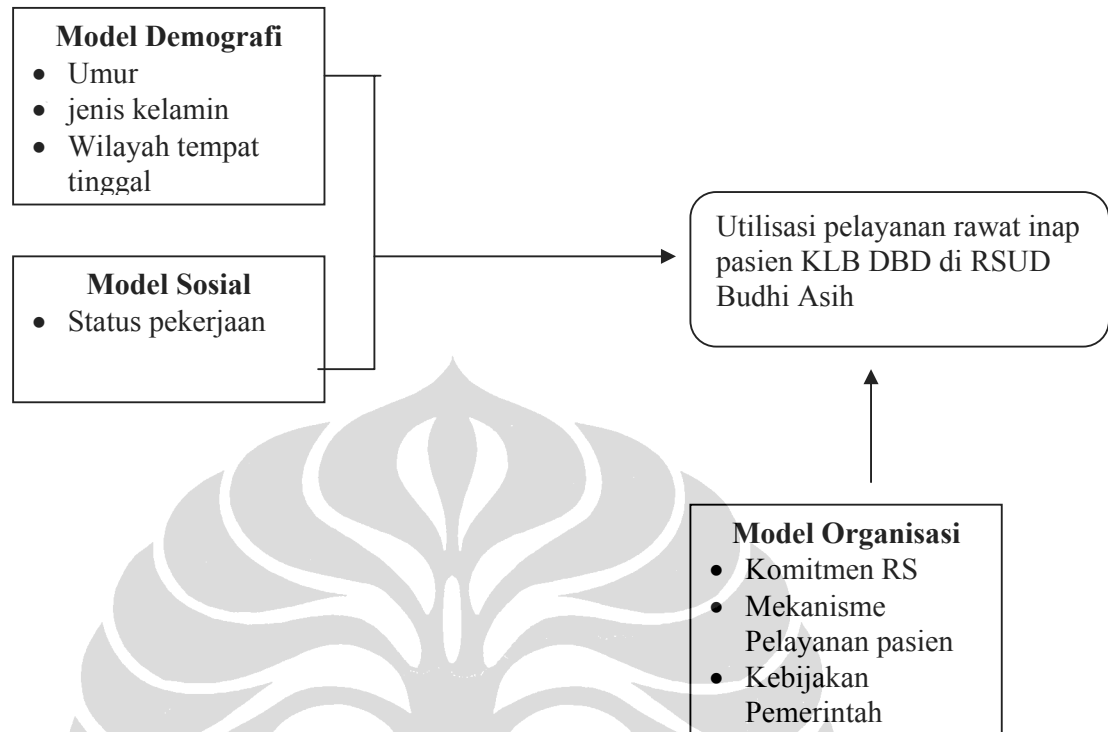
4.1 Kerangka Teori

Penelitian ini menggunakan kerangka teori yang diambil dari model Andersen dan Anderson (1979) yang dikutip dari Ilyas, (2003), yang membagi faktor-faktor yang mempengaruhi individu dalam menggunakan suatu pelayanan kesehatan

Gambar 1. Model Utilisasi Pelayanan Kesehatan Andersen dan Anderson 1979



4.2 Kerangka Konsep



Kerangka konsep penelitian ini bertujuan untuk melihat gambaran mengenai utilisasi pelayanan dan biaya rawat inap pasien KLB DBD di RSUD Budhi Asih berdasarkan dengan teori Andersen dan Anderson (1979), penelitian ini menggunakan dua jenis penelitian yaitu penelitian kuantitatif dan kemudian ditunjang dengan penelitian kualitatif. Pada penelitian kuantitatif variabel yang digunakan adalah model Demografi dan Model Sosial, pada model Demografi, variabel yang digunakan yaitu dilihat dari umur, Jenis Kelamin dan wilayah tempat tinggal pasien sedangkan pada model Sosial variabel yang digunakan adalah status Pekerjaan pasien. Namun tidak semua Variabel diteliti. Pada model pendapatan keluarga tidak digunakan karena KLB DBD dibebaskan dari biaya, sedangkan pada model sosial psikologis dan model sumber daya masyarakat tidak digunakan karena penelitian hanya dilakukan pada satu tempat saja dan tidak membandingkan dengan tempat lain, model sistem kesehatan tidak diteliti karena model sistem kesehatan adalah merupakan penggabungan dari variabel-variabel dari keseluruhan model Andersen dan Anderson.

Sedangkan untuk penelitian Kualitatif, penelitian ini ingin melihat gambaran model organisasi berdasarkan teori Andersen dan Anderson (1979) pada model organisasi fakto-faktor yang dilihat adalah komitmen rumah sakit, mekanisme pelayanan pasien dan kebijakan dari Pemerintah.

4.3 Definisi Operasional

VARIABEL Model Demografi	Def Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Umur	Jumlah hari yang telah dilalui pasien dari saat pasien lahir sampai dilakukannya penelitian ini	Melihat Data sekunder	Data sekunder	1= 0-9 tahun 2= 10-19 tahun 3= 20-29 tahun 4= 30-39 tahun 5= >40 tahun	Ratio
Jenis kelamin	Karakteristik jasmani yang membedakan antar pasien	Melihat data sekunder	Data sekunder	1= Laki laki 2= Perempuan	Nominal
Wilayah tempat tinggal	Tempat tinggal berdasarkan domisili dan tanda pengenal pasien	Melihat data sekunder	Data sekunder	1= Jakarta timur 2= Jakarta selatan 3= Jakarta barat 4= Jakarta utara 5= Jakarta pusat	Nominal
Variabel Model Sosial	Def Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Status Pekerjaan	Bentuk kegiatan yang menghasilkan sesuatu penghasilan tetap	Melihat data sekunder	Data sekunder	1= PNS 2= Wiraswasta 3= Pelajar 4= Karyawan 5= Lain-lain	Nominal

Variabel Model Organisasi	Def Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Komitmen RS	Perjanjian atau keterikatan untuk melaksanakan pengorganisasian pelayanan penanganan pasien KLB dan kesiapan rumah sakit dalam menangani pasien KLB DBD	wawancara	Pedoman wawancara	Informasi mengenai bentuk komitmen RS dalam melayani pasien KLB DBD dan kesiapan rumah sakit dalam menangani pasien KLB DBD	-
Mekanisme pelayanan pasien	Prosedur dan ketetapan pihak RS dalam memberikan pelayanan kepada pasien dan sistem pelaporan yang dilakukan pihak RS	wawancara	Pedoman wawancara	Informasi mengenai mekanisme prosedur RS dalam melayani pasien KLB DBD dan sistem pelaporan yang dilakukan pihak rumah sakit	-
Kebijakan Pemerintah	Konsep yang menjadi garis besar dan dasar rencana di dalam penerapan pelayanan penanganan Pasien KLB yang meliputi aspek pendanaan, pelayanan dan harapan dari pihak rumah sakit	wawancara	Pedoman wawancara	Informasi mengenai pedoman dalam penerapan pelayanan penanganan pasien KLB DBD yang meliputi aspek pendanaan, pelayanan dan harapan dari pihak rumah sakit	-