



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS PENGEMBANGAN PELAYANAN RAWAT INAP  
RUANG RAWAT KELAS III  
PADA BLU RSD Dr. FAUZIAH BIREUEN  
TAHUN 2008**

**THESIS**

**OLEH :**

**AFDHAL ZIKRI  
NPM : 0606153853**

**PROGRAM PASCA SARJANA KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
Depok, 2008**

## **PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Tesis dengan judul

### **ANALISIS PENGEMBANGAN PELAYANAN RAWAT INAP RUANG RAWAT KELAS III PADA RSD Dr. FAUZIAH BIREUEN TAHUN 2008**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis  
Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan masyarakat Universitas Indonesia

Depok, 24 Desember 2008

Komisi Pembimbing

Ketua

**( Prof. dr. Amal C Sjaaf, SKM, DrPh )**

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS**

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 24 Desember 2008

Ketua

( Prof. dr. Amal C Sjaaf, SKM, DrPh )

Anggota

(Dr. Mieke Savitri, M.Kes)

(Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS)

( Ir. Soetanto, MM )

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Afdhal Zikri  
NPM : 0606153853  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Kekhususan : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Angkatan : 2006  
Jenjang : Magister

menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

**ANALISIS PENGEMBANGAN PELAYANAN RAWAT INAP RUANG RAWAT KELAS III PADA RSD Dr. FAUZIAH BIREUEN TAHUN 2008.**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 24 Desember 2008

( AFDHAL ZIKRI )

## ABSTRAK

PROGRAM PASCA SARJANA  
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS INDONESIA  
Tesis, Desember 2008

Afdhal Zikri

Analisis Pengembangan Pelayanan Rawat Inap Ruang Rawat Kelas III Pada RSD  
Dr.Fauziah Bireuen Tahun 2008

Ix + 112 halaman, 32 Tabel, 1 gambar, 10 lampiran

Penelitian ini dilatarbelakangi oleh kenyataan bahwa kecenderungan angka pemamfaatan tempat tidur pada RSD dr.Fauziah Bireuen terus meningkat setiap tahun, pada tahun 2007 BOR (bed occupancy rate) rumah sakit mencapai 84%, dan khusus untuk ruang rawat kelas III BOR mencapai 98%, sehingga diperlukan pengembangan jumlah tempat tidur kedepannya. Tujuan penelitian ini adalah ingin mendapatkan gambaran mengenai seberapa besar kebutuhan pengembangan ruang rawat inap kelas III pada RSD dr.Fauziah Bireuen, dan mendapatkan gambaran untuk perencanaan pengembangannya. Penelitian ini merupakan penelitian operasional (operasional reseach) dengan pendekatan kuantitatif dan didukung oleh pendekatan kualitatif, dengan menggunakan data sekunder 4 tahun terakhir untuk melihat trend analisis, dengan melakukan analisis faktor internal dan eksternal pada RSD dr.Fauziah Bireuen.

Dalam pengembangan rumah sakit diperlukan suatu pengkajian yang mendalam sehingga menghasilkan suatu perencanaan yang sesuai dengan kebutuhan dan dapat dipertanggung jawabkan. Secara umum aspek-aspek yang dikaji meliputi: aspek hukum, aspek sosio ekonomi, aspek pasar, aspek manajemen organisasi, aspek teknis, dan aspek sumber pendanaan.

RSD dr.Fauziah Bireuen adalah rumah sakit type C, merupakan satu-satunya rumah sakit milik pemerintah daerah kabupaten Bireuen, yang saat ini statusnya sebagai Unit Pelaksana Teknis Daerah.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kinerja RSD dr.Fauziah Bireuen dari tahun ketahun terus mengalami peningkatan baik untuk pelayanan rawat jalan maupun pelayanan rawat inap yang diukur dari tingginya angka kunjungan pasien dan angka pemamfaatan tempat tidur setiap tahunnya. Dari angka tersebut dapat diproyeksikan bahwa kedepan nya permintaan hari rawat di instalasi rawat inap akan terus meningkat, khususnya untuk ruang rawat kelas III. Untuk bisa menampung permintaan hari rawat pada ruang rawat kelas III tersebut maka pihak RSD dr.Fauziah Bireuen harus menambah kapasitas tempat tidur secara bertahap dan berkelanjutan, untuk perencanaan sampai dengan tahun 2012 direncanakan akan dilakukan penambahan 130 tempat tidur dengan perkiraan BOR pada akhir tahun tersebut sudah mencapai 80%. Selanjutnya di rencanakan kebutuhan SDM untuk mendukung pelayanan dari rencana pengembangan tersebut dengan menggunakan standar ketenagaan dari Depkes RI.

Dana investasi yang dibutuhkan untuk pengembangan pembangunan gedung di rancang berdasarkan petunjuk teknis dirjen yanmed Depkes RI, sedangkan untuk pedoman harga bangunan dan peralatan berdasarkan ketentuan standar harga yang ditetapkan oleh pemerintah daerah Kabupaten Bireuen, sehingga diperoleh kebutuhan dana investasi sebesar Rp. 4.349.500.000.- Sedangkan untuk kebutuhan biaya operasional dihitung atas dasar anggaran tahun 2007 yang terpakai oleh RSD dr.Fauziah Bireuen, selanjutnya diproyeksikan berdasarkan tingkat utilisasi hari rawat tiap tahunnya dengan ikut memperhitungkan pengaruh inflasi.

Analisis kelayakan diukur dari aspek ekonomis dengan menggunakan Payback Period didapatkan bahwa proyeksi net cash flow dapat menyamai investasi awal (intial invesment) pada tahun ketujuh (13 oktober 2015), proyeksi ini atas asumsi bahwa kelas III hanya diperuntukan bagi pasien askeskin, dan apabila ruangan kelas III tersebut juga diperuntukkan untuk pasien umum maka masa Payback Periodnya jatuh pada tahun keenam (2 juni 2014). Keadaan ini menunjukkan bahwa masa Payback Period lebih cepat dibandingkan dengan umur efektif investasi, sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa investasi layak untuk direalisasikan.

Selain dari aspek ekonomis kelayakan juga dapat dikaji dari aspek sosio politik, dimana pengembangan pelayanan ruang rawat kelas III yang pangsa pasarnya adalah penduduk miskin, merupakan tanggung jawab pemerintah, ini sesuai dengan amanat dari UUD negara yang menyatakan 'setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan' selanjutnya dinyatakan pula bahwa 'Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas kesehatan dan fasilitas umum yang layak.

Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat menjadi pedoman bagi pemerintah daerah Kabupaten Bireuen untuk segera mewujudkan rencana pengembangan ruang rawat kelas III pada RSD dr.Fauziah Bireuen, sehingga mamfaatnya berupa pelayanan yang layak bagi pasien miskin dapat segera terwujud.

Daftar Bacaan : 26 (1979 - 2008)

## ABSTRACT

POSTGRADUATE PROGRAM  
STUDY PROGRAM OF HOSPITAL ADMINISTRATION  
FACULTY OF PUBLIC HEALTH UNIVERSITY OF INDONESIA  
Thesis, December 2008

Afdhal Zikri

Development Analysis of In-patient Treatment at Caring Room of Third Class in Regional Hospital of Dr. Fauziah Bireuen Year 2008

ix + 112 pages, 32 tables, 1 figure, 11 appendices

Background of this study actually based on a number of bed utilization in Regional hospital tended to increase continually for every year, in 2007 hospital BOR (bed occupancy rate) got up to 84% and especially for third class caring room it's BOR was 98%, therefore it need to develop amount of bed for the future. This study aimed to get description about how much the need of development of third class caring room in Dr. Fauziah Bireuen Regional hospital, and to plan it's development planning. This study is an operational research using quantitative approach supported by qualitative approach, secondary data for the last four years in observing analysis trend, and make an analyzing of internal and external factor in Regional Hospital of Dr. Fauziah Bireuen.

Hospital development required an in-dept analysis in order to reach an appropriate planning relevant to it's need and amenable. Analyzing aspects generally included: legal, socioeconomic, market, organization management, technical, and foundation source aspect.

Regional Hospital of Dr. Fauziah Bireuen is type C hospital, and the only one hospital of regional government of Bireuen sub-province, it's status is Regional Technical Carrying Unit at this moment.

Result of this study showed performance of Dr. Fauziah Bireuen Regional Hospital had increased well year by year either in-patient or outpatient treatment measured from number of visited patient and bed utilization for every year. From these cases it could be projected that demand of caring day in in-patient installation will continue increasing, particularly caring room of third class. In order to supply for demand of it then Regional Hospital of Dr. Fauziah Bireuen side gradually and continually had to enhance amount of bed capacity, it had been planned to enhance 130 beds with BOR estimation at the end of year will have reached 80% for 2012. Planning for the need of Human Resources supporting this planning had to relevant to standardization of labor of Health Department of Republic of Indonesia.

Investment fund for construction building was considered based on technical instruction of directorate general of Yanmed of Health Department of Republic of Indonesia, and for equipment and building material cost based on provision of standard cost provided by regional government of Bireuen sub-province, overall investment fund was Rp. 4.349.500.000,-. Operational cost calculated based upon

budgeting on 2007 which had been spent by Dr. Fauziah Bireuen Regional Hospital, then it was projected based on utilization rate of caring day for each year and also estimated inflation effect.

Feasibility analyzing measured from economic aspect using Payback Period it derived that net cash flow projection would compare to initial investment on the seventh year (October 13, 2015), this projection based on assumption that third class was only for askeskin patient, and if it was permitted for general patient, Payback Period would occur on the sixth year (June 2, 2014). This condition showed Payback Period was faster than effective age of investment, the conclusion was that investment appropriate to be realized.

Besides an economic aspect, feasibility also could be studied from socio politic aspect due to market segment of caring room of third class is for poor resident, constituting the government responsibility, it related to mandate of country constitution which stated 'everyone has a right for health service' and also 'Country responsible in providing appropriate health and public facility'.

Study result was expected could be a guidance for regional government of Bireuen Sub-province to implement development planning of caring room of third class in Regional Hospital of Dr. Fauziah Bireuen, in order that it's function in giving an appropriate treatment for poor patient would be realized immediately.

References : 26 (1979-2008)



## RIWAYAT HIDUP

Nama : Afdhal Zikri  
Tempat/Tanggal Lahir : Tanjong Bridi, 18 Juni 1980  
Status Pernikahan : Belum Menikah  
Status Keluarga : Anak Pertama Dari Lima Bersaudara  
Alamat : Jl. Meunasah, Desa Geulanggang teungoh  
Kec.Kota Juang Kab.Bireuen NAD  
Alamat Instansi : Jl. Mayjen T Hamzah Bendahara No 13,  
Kota Bireuen Kode Pos 24221

### **Riwayat Pendidikan :**

1. SD Inpres Geulanggang Teungoh , lulus tahun 1992
2. MTs Negeri 1 Bireuen, lulus tahun 1995
3. SPK Muhammadiyah Bireuen, lulus tahun 1998
4. Fakultas Kesehatan Masyarakat UNMUHA Aceh, lulus tahun 2005

### **Riwayat Pekerjaan :**

1. Tahun 1998 – sekarang : Pegawai Negeri Sipil pada RSD dr.Fauziah Bireuen.

## KATA PENGANTAR



Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis ini dengan judul **“Analisis Pengembangan Pelayanan Rawat Inap Ruang Rawat Kelas III Pada RSD dr.Fauziah Bireuen Tahun 2008”**

Terima kasih penulis sampaikan dengan penuh rasa hormat kepada **Prof. Dr. Amal Chalik Sjaaf, SKM, DrPH** selaku pembimbing yang dengan segala kesibukannya masih meluangkan waktu kepada penulis dalam memberikan bimbingan, arahan, saran dan dukungan yang diperlukan penulis untuk perbaikan tesis ini, walaupun tesis ini masih jauh dari harapan beliau. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Dr. Mieke savitri, M.Kes selaku penguji hasil yang sangat banyak memberikan arahan dalam perbaikan tesis ini.
2. Ibu Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS selaku anggota komisi sidang yang telah berkenan menguji tesis ini.
3. Bapak Ir. Soetanto, MM selaku penguji yang telah bersedia meluangkan waktu untuk menguji tesis ini.
4. Bapak Dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc selaku Ketua Departemen AKK yang telah memberi kesempatan, pengarahan, bimbingan dan bantuan kepada penulis selama mengikuti pendidikan.
5. Badan Rehabilitasi dan Rekonstruksi NAD-Nias dan komite BRR sebagai penyandang dana selama penulis mengikuti pendidikan pasca sarjana di FKM UI.

6. Seluruh Pengajar Program Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat, yang telah memberikan tambahan ilmu pengetahuan kepada penulis sehingga memperkaya wawasan bagi penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
7. Seluruh teman-teman di RSD dr.Fauziah Bireuen yang telah banyak membantu penulis dalam pengumpulan data dan pengolahan data untuk penyajian hasil tesis ini.
8. Seluruh teman-teman mahasiswa Aceh terutama semester genap yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan tugas-tugas perkuliahan selama ini. Dan Semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan tesis ini yang tak mungkin disebutkan satu persatu.
9. Yang istimewa kepada Ibunda dan Ayahanda serta Adik-adikku tercinta yang telah senantiasa memberikan semangat dan doanya.

Akhir kata penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan oleh sebab itu segala kritik dan saran sangat penulis harapkan untuk kesempurnaan tesis ini sehingga tesis ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Depok, Desember 2008  
Penulis

Afdhal Zikri

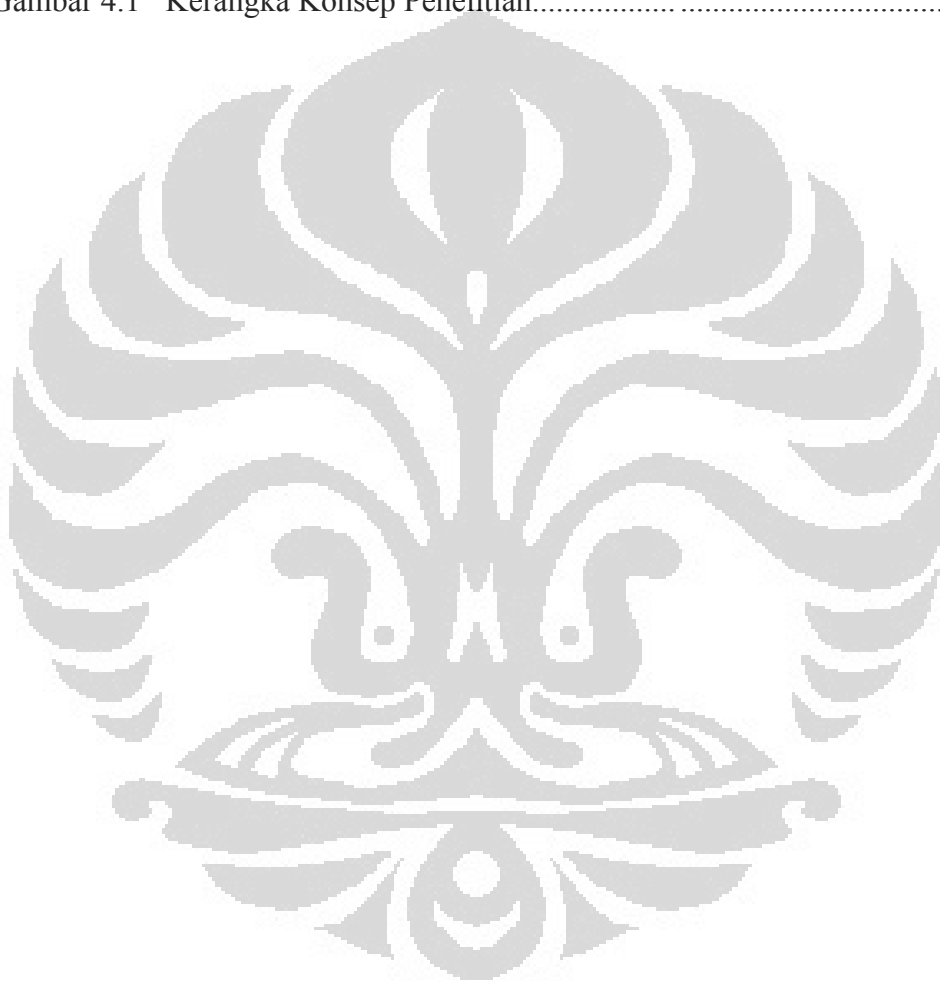
## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>ABSTRAK</b> .....	ii
<b>ABSTRACT</b> .....	iii
<b>PERNYATAAN PERSETUJUAN</b> .....	iv
<b>PANITIA SIDANG UJIAN MAGISTER</b> .....	v
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP</b> .....	vi
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	viii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	viii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	ix
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	x
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Masalah Penelitian .....	5
1.3. Tujuan Penelitian .....	6
1.4. Manfaat Penelitian .....	6
1.5. Ruang Lingkup Penelitian .....	7
<b>BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN</b>	
2.1. Konsep Rumah Sakit.....	9
2.2. Pengembangan Rumah Sakit.....	17
2.3. Studi Kelayakan Pengembangan Rumah Sakit.....	20
2.4. Investasi.....	28
2.5. Konsep Biaya .....	36
2.6. Pentarifan .....	42
<b>BAB III GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT</b>	
3.1. Sejarah Dan Proses Perkembangan Rumah Sakit.....	45
3.2. Visi, Misi dan Kebijakan Mutu Rumah Sakit .....	46
3.3. Struktur Organisasi Rumah Sakit.....	47
3.4. Sumber Daya Manusia.....	49
3.5. Sarana dan Prasarana.....	50

<b>BAB IV KERANGKA KONSEP</b>	
4.1. Kerangka Konsep .....	54
4.2. Definisi Operasional .....	55
<b>BAB V METODELOGI PENELITIAN</b>	
5.1. Desain Penelitian .....	60
5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	60
5.3. Pengumpulan Data .....	60
5.4. Pengolahan dan Analisa Data.....	62
<b>BAB VI HASIL PENELITIAN</b>	
6.1 Kerangka penyajian.....	63
6.2 Kualitas Data.....	63
6.3 Keterbatasan Penelitian .....	64
6.4 Analisa Faktor Internal.....	64
6.5 Analisa Faktor Eksternal.....	87
6.6 Proyeksi Kebutuhan Tempat Tidur dan SDM.....	95
6.7 Proyeksi Kebutuhan Dana.....	98
<b>BAB VII PEMBAHASAN</b>	
7.1 Kerangka Pembahasan .....	104
7.2 Analisa Permintaan Rawat Inap.....	104
7.3 Analisa Kebutuhan Pengembangan dan Sumber Dana.....	106
7.4 Analisa Investasi.....	108
7.5 Analisa Kelayakan .....	110
<b>BAB VIII KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
8.1 Kesimpulan .....	114
8.2 Saran.....	116
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

JUDUL	Halaman
Gambar 4.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	54



## DAFTAR LAMPIRAN

### JUDUL

- Lampiran 1. Daftar data yang diperlukan.
- Lampiran 2. Pedoman wawancara mendalam.
- Lampiran 3. Proyeksi biaya operasional ruang kelas III RSD dr.Fauziah Bireuen tahun 2009 s.d 2018.
- Lampiran 4. Proyeksi biaya operasional untuk pelayanan askeskin di ruang kelas III RSD dr.Fauziah Bireuen tahun 2009 s.d 2018.
- Lampiran 5. Skema proyeksi aliran kas masuk pada ruang rawat kelas III RSD dr.Fauziah Bireuen tahun 2009 s.d 2018.
- Lampiran 6. Skema proyeksi aliran kas masuk ruang kelas III bersumber pasien askeskin pada RSD dr.Fauziah Bireuen tahun 2009 s.d 2018.
- Lampiran 7. Skema payback period dari pasien askeskin dan umum
- Lampiran 8. Skema payback period dari pasien askin
- Lampiran 9. Master tabel pengembangan kelas III pada RSD dr.Fauziah Bireuen
- Lampiran 10. Matrix wawancara mendalam
- Lampiran 11. Struktur organisasi pada RSD dr.Fauziah Bireuen tahun 2008.

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu unsur hak azasi manusia yang harus di wujudkan oleh setiap negara. (*Declaration of Human Right*, 1948). Dalam Undang Undang Dasar 1945 pasal 28H ayat 1, dinyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Selanjutnya pada pasal 34 dinyatakan lagi bahwa negara bertanggung jawab terhadap masyarakat miskin dan anak terlantar, mengembangkan sistem jaminan sosial dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan, dan bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Tanggung jawab pemerintah terhadap masyarakat yang kurang mampu dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan telah dilaksanakan oleh hampir setiap negara didunia, bahkan negara maju seperti Amerika yang tidak mempunyai program asuransi nasional, juga memberikan jaminan kesehatan masyarakat untuk kelompok masyarakat tertentu yang kurang mampu, yaitu dengan program asuransi *medicare* dan *medicaid* untuk masyarakat yang telah lanjut usia, orang cacat dan masyarakat miskin. (McKenzie et all, 2002).

Undang-undang nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan menyatakan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang



optimal (pasal 4). Dalam pasal 7 dan penjelasannya dinyatakan bahwa pemerintah bertugas menyelenggarakan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat. Upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat adalah merata dalam arti tersedianya sarana pelayanan kesehatan diseluruh wilayah sampai daerah terpencil yang mudah dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat , termasuk fakir miskin, orang terlantar, dan kurang mampu.

Tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat 2010 adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan yang sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang optimal di seluruh wilayah republik Indonesia (Depkes RI,1999).

Salah satu bentuk tanggung jawab negara terhadap masyarakat yang kurang mampu di bidang kesehatan adalah dengan menjalankan program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) dan menyediakan fasilitas ruang rawat kelas III di Rumah Sakit sehingga dapat terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat.

Sejak berlakunya Undang-Undang nomor 22 tahun 1999 tentang pemerintahan daerah dan Undang-Undang no 25 tahun 2000 tentang perimbangan keuangan antara pemerintah pusat dan daerah, telah memberikan esensi kewenangan dan tanggung jawab yang besar bagi daerah untuk melaksanakan otonomisasi aneka bidang pemerintahan, termasuk desentralisasi dalam bidang kesehatan, sehingga tanggung jawab terhadap kesehatan masyarakat saat ini tidak hanya menjadi

tanggung jawab pemerintah pusat semata tetapi juga menjadi tanggung jawab pemerintah daerah.

Dalam melaksanakan amanat Undang-Undang untuk kesejahteraan masyarakat pemerintah dituntut harus efisien, efektif, transparan, akuntabel, tertib, adil, patut dan taat pada peraturan perundang-undangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 23, UU no 32 tahun 2004. Dengan demikian setiap belanja modal (investasi) di pemerintah (pusat atau daerah) harus melalui sebuah proses analisa yang mendalam, seperti halnya untuk pengembangan perluasan bangsal pada sebuah Rumah Sakit Umum Daerah maka haruslah dianalisa terlebih dahulu seberapa besar kebutuhannya dan seberapa besar menghasilkan mamfaat ekonomis dan mamfaat sosialnya. Sehingga penggunaan anggaran yang bersumber dari pajak rakyat dapat dipertanggung jawabkan oleh pemerintah terhadap rakyat.

Rumah Sakit Pemerintah selaku pengguna anggaran dari pemerintah haruslah mampu menyusun sebuah perencanaan pengembangan melalui sebuah analisa kebutuhan dan analisa investasi yang mendalam sehingga dapat menjadi suatu alat advokasi yang tangguh untuk menggoalkan proyek yang diusulkan. Dalam hal ini Trisnantoro (2005) mengatakan kemampuan advokasi, lobbying, dan negosiasi kepada pemerintah lokal dan legeslatif diperlukan untuk mencapai perencanaan dan penganggaran kesehatan yang tepat.

Untuk mencapai maksud diatas, Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) perlu segera meningkatkan kemampuan advocacy dan negosiasi untuk menggoalkan rencana kerja dan rencana investasinya. Langkah pertama dalam negosiasi anggaran adalah membawa jumlah yang realistis yang dihasilkan dari sebuah perencanaan yang tepat atau diterima dari hasil studi kelayakannya.

Menurut Suratman (2001), pengembangan Rumah Sakit memerlukan studi kelayakan, sederhana atau kompleksnya tergantung dari kemampuan biaya. Secara umum aspek-aspek yang akan dikaji dalam studi kelayakan meliputi: aspek hukum, sosial-ekonomi dan budaya, aspek pasar dan pemasaran, aspek teknis dan teknologi, aspek manajemen dan aspek keuangan.

Pelaksanaan studi kelayakan yang baik akan memberi arti penting kepada semua pihak yang berkaitan dengan pelaksanaan suatu gagasan di Rumah Sakit. Bagi pengelola Rumah Sakit studi kelayakan akan menjamin berhasilnya investasi yang akan dilaksanakan atau sebaliknya gagasan tidak jadi dilaksanakan karena studi kelayakan dinilai tidak layak sehingga pengelola terhindar dari kerugian. Bagi penyedia dana atau Bank akan dapat keyakinan untuk membiayai investasi yang akan dilaksanakan. Dan studi kelayakan akan meyakinkan pemerintah dan masyarakat mengenai dampak sampingan yang berkaitan dengan akan didirikannya Rumah Sakit, menyangkut *planologi* kota, pengaruh pada lingkungan serta kebutuhan masyarakat sendiri. (Riasari,2000)

Rumah Sakit Daerah (RSD) dr. Fauziah Bireuen adalah dan satu-satunya Rumah Sakit rujukan milik pemerintah di kabupaten Bireuen. Dalam satu dekade ini RSD dr. Fauziah Bireuen terus mengalami kemajuan baik dari segi fasilitas, sumber daya manusia maupun dari hasil kinerjanya. Saat ini RSD dr. Fauziah Bireuen telah memiliki 125 tempat tidur (TT), yang selama empat tahun terakhir angka pemamfaatannya terus meningkat. Pada tahun 2004 angka pemamfaatan TT (BOR) hanya 43%, kemudian pada tahun 2005 naik menjadi 62%. Pada tahun 2006 BOR terus meningkat menjadi 77%, dan begitu juga untuk tahun 2007 yang naik lagi menjadi 84%. Angka ini sudah melebihi dari standar yang ditetapkan oleh Depkes

yaitu sebesar 75%. Nilai BOR yang dicapai tersebut sebagian besar berasal dari ruang perawatan kelas III, yang mana pada tahun 2007 khusus untuk ruang rawat kelas III BOR nya mencapai 98%, dimana pada saat-saat tertentu angkanya melebihi kapasitas. (*Laporan Rekam Medis, 2004-2007*)

Angka pemamfaatan tempat tidur yang terus meningkat di RSD dr. Fauziah Bireuen di sebabkan jumlah kunjungan pasien yang juga terus mengalami peningkatan. Salah satu faktor yang mempengaruhinya karena angka pertumbuhan penduduk yang terus meningkat, ditambah lagi dengan mobilisasi penduduk dari Kabupaten lain di Aceh ke kabupaten Bireuen karena Bireuen salah satu kabupaten yang tidak terkena bencana tsunami. Disamping itu letak kota Bireuen yang sangat strategis yang menghubungkan tiga kabupaten lain, menjadikan Bireuen sebagai pusat transit dan perdagangan yang tumbuh pesat setelah terciptanya perjanjian damai di Aceh pada tahun 2005 lalu.

Untuk menjawab tantangan dan peluang diatas pihak manajemen RSD dr. Fauziah berencana melakukan pengembangan ruang perawatan kelas III untuk memberikan pelayanan kesehatan yang memuaskan dan terjangkau kepada seluruh lapisan masyarakat di Nanggroe Aceh Darussalam khususnya di Kabupaten Bireuen.

## **1.2. Masalah Penelitian**

Dengan adanya rencana pengembangan ruang perawatan kelas III pada BLU RSD dr.Fauziah Bireuen, diperkirakan membutuhkan dana untuk investasi yang cukup besar dan penambahan Sumber Daya Manusia (SDM), untuk itu perlu di kaji seberapa besar pengembangan yang dibutuhkan untuk direalisasikan, sehingga menghasilkan perencanaan yang tepat guna dan akuntabel.

## **1.3. Tujuan Penelitian**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Mendapatkan gambaran mengenai seberapa besar kebutuhan pengembangan ruang rawat inap kelas III pada BLU RSD dr. Fauziah Bireuen, dan mendapatkan gambaran untuk perencanaan pengembangannya.

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

- Mendapatkan gambaran umum mengenai kegiatan operasional, organisasi dan manajemen termasuk sumber daya manusianya, keuangan serta sarana dan prasarana yang dimiliki oleh BLU RSD dr. Fauziah Bireuen.
- Mendapatkan gambaran umum mengenai kebutuhan akan jumlah dan jenis sarana/fasilitas/peralatan, SDM, dan dana yang diperlukan untuk masa yang akan datang.
- Mendapatkan gambaran apakah penambahan tempat tidur ruang perawatan kelas III yang di rencanakan akan optimal terpakai oleh masyarakat khususnya yang tinggal di kabupaten Bireuen.

- Mendapatkan proyeksi secara umum kemampuan pembiayaan untuk pelaksanaan rencana pengembangan dengan melakukan penilaian kelayakan dari segi ekonomis dengan cara menghitung *Payback Period*.

#### **1.4. Manfaat Penelitian**

Manfaat dari penelitian ini diharapkan dapat berguna bagi:

##### 1.4.1. Bagi RSD dr.Fauziah Bireuen

Sebagai masukan yang membantu pihak manajemen Rumah Sakit dalam mengambil keputusan untuk membuat perencanaan pengembangan ruang rawat inap dan pengembangan fasilitas lainnya untuk masa yang akan datang.

##### 1.4.2. Bagi Pemerintah daerah

Sebagai masukan yang membantu dalam menentukan prioritas pembangunan daerah agar tepat sasaran, terarah dan efisien dalam penganggaran dana.

##### 1.4.3. Bagi peneliti

Memperoleh pengetahuan, wawasan dan pengalaman dalam bidang penelitian, khususnya mengenai analisa kelayakan yang nanti dapat diterapkan ditempat kerja.

##### 1.4.4. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai masukan bagi program studi untuk menilai dan mengevaluasi kemampuan mahasiswa dalam menerapkan ilmu yang didapatkan.

### 1.5. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSD dr. Fauziah Kabupaten Bireuen NAD, yang dilaksanakan pada bulan november 2008. Penelitian ini menganalisa faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi permintaan layanan rawat inap kelas III pada RSD dr.Fauziah Bireuen, kemudian memproyeksikan jumlah kebutuhan pelayanan/ tempat tidur (*bed*), dan memproyeksikan jumlah kebutuhan biaya untuk investasi dan operasional dalam perencanaan pengembangan ruang rawat kelas III pada RSD dr. Fauziah Bireuen. Selanjutnya rencana investasi tersebut akan di uji kelayakan dari segi ekonomi dengan alat analisa investasi.

Dari faktor internal dapat diperoleh informasi mengenai SDM, Sarana dan prasarana rumah sakit, keuangan dan kinerja pelayanan Rumah Sakit yang mencakup jumlah kunjungan rawat jalan, rawat inap, pola kunjungan, jenis pasien pada RSD dr.Fauziah Bireuen. Informasi ini diperoleh dari Direktur Rumah sakit, Kepala Bagian (Kabag), Staf Medis dan Paramedis. Dari faktor eksternal dengan menganalisa terhadap demografi penduduk, sosio ekonomi, data morbiditas serta fasilitas kesehatan dan suplay tempat tidur di Kabupaten Bireuen. Data tersebut didapat dari Badan Pusat Statistik (BPS), Dinas Kesehatan Kabupaten Bireuen, dan Rumah sakit swasta yang ada di wilayah Kabupaten Bireuen.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep Rumah Sakit**

##### 2.1.1. Defenisi Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah bagian integral dari keseluruhan sistem pelayanan kesehatan. Departemen Kesehatan RI telah menggariskan bahwa rumah sakit umum mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengupayakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan (Aditama, 2000).

Menurut Peraturan Menkes RI Nomor 1045/Menkes/Per/XI/2006 Rumah sakit didefinisikan sebagai suatu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan rawat inap dan rawat jalan yang memberikan pelayanan kesehatan jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri dari observasi, diagnostik, terapeutik dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, cedera, dan melahirkan. Definisi ini berbeda dengan definisi yang diusung oleh Kep Menkes Nomor 582/Menkes/SK/VI/1997 yang menyebutkan rumah sakit sebagai sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara merata dengan mengutamakan upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit dalam suatu tatanan rujukan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga dan penelitian.



Dalam Permenkes 1045 tahun 2006 disebutkan bahwa rumahsakit merupakan Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Departemen Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik.

Untuk Rumah sakit Daerah Keberadaannya tidak terlepas dari penyerahan sebagian urusan pemerintahan dalam bidang kesehatan kepada daerah yang diatur melalui PP No. 7 tahun 1987, khususnya pasal 3, “ kepada Daerah diserahkan urusan pelayanan kesehatan dasar dan upaya pelayanan kesehatan rujukan”. Sebagai konsekuensi dari urusan yang diserahkan tersebut maka Daerah mendirikan dan berkewajiban memelihara sarana kesehatan sebagai tempat penyelenggaraan urusan upaya kesehatan yang telah diserahkan. Termasuk di dalam sarana yang dimaksud adalah RSU Kelas B, C, dan D.

#### 2.1.2. Tugas dan fungsi Rumah Sakit

Rumah Sakit umum mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Menurut *Per Menkes 159b tahun 1988*, Rumahsakit bertugas untuk melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan kegiatan penyembuhan penderita dan pemulihan keadaan cacat badan dan jiwa yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya peningkatan (promotif) dan pencegahan (preventif) serta melaksanakan upaya rujukan. Tugas ini direvisi oleh Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 983/Menkes/SK/XI/1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum, dimana rumah sakit mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasilguna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan

pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

Dengan adanya Per Menkes 1045/Menkes/Per/XI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan, maka Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 983/Menkes/SK/XI/1992 tentang Pedoman Organisasi RS dinyatakan tidak berlaku.

Berdasarkan Peraturan Menkes 1045 tahun 2006 disebutkan bahwa RS mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan paripurna, pendidikan, dan pelatihan. Rumah sakit juga dapat bertugas untuk melaksanakan penelitian, pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan berdasarkan kemampuan pelayanan kesehatan dan kapasitas sumber daya organisasi yang dimiliki.

Sedangkan fungsi rumah sakit yaitu : (1) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan paripurna tingkat sekunder dan tersier. (2) Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan dalam rangka meningkatkan kemampuan sumber daya manusia dalam pemberian pelayanan kesehatan. (3) Pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan. (4) Pelaksanaan administrasi rumah sakit.

Rumah sakit juga mempunyai fungsi sosial yang mencerminkan upaya pelayanan medik dengan mempertimbangkan imbalan jasa yang dapat dijangkau oleh masyarakat dan menyediakan sebagian dari fasilitas pelayanan rawat nginap untuk orang yang kurang dan atau tidak mampu membayar sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (Permenkes RI Nomor 920/Men.Kes/Per/XII/86).

### 2.1.3. Status Pengelolaan Rumah Sakit Pemerintah

Berbagai status rumah sakit telah ditetapkan oleh Pemerintah agar mampu mengakomodir kebutuhan pengelolaan rumahsakit. Keragaman status tersebut antara lain rumah sakit sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Non Swadana, Swadana, Pengguna Pendapatan Negara Bukan Pajak (PNBP), Perusahaan Jawatan (Perjan), dan Badan Layanan Umum (BLU). Status ini ditetapkan pada Rumah Sakit Pemerintah yang kepemilikannya ada di tangan Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.

- **Badan Layanan Umum**

Menurut Peraturan pemerintah nomor 23 tahun 2005 Badan Layanan Umum adalah instansi di lingkungan pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/ atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktifitas.

Pola pengelolaan keuangan BLU adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.

Salah satu instansi pemerintah yang memberikan layanan berupa jasa kepada masyarakat adalah RS. Dengan keluarnya peraturan pemerintah seperti tersebut diatas beberapa RS di indonesia kini telah berubah status nya menjadi BLU. Rumah Sakit dengan status BLU lebih fleksibel dalam mengelola keuangannya sehingga lebih mudah untuk meningkatkan pelayanannya. Menurut Gani (2005), dengan merujuk pada PP tentang pengelolaan keuangan BLU maka Pihak manajemen RS

diperbolehkan untuk meminjam uang kepada pihak ketiga untuk menutup biaya operasioanalnya, selain itu dengan status BLU pihak rumah sakit diperbolehkan menggunakan uang sisa hasil usaha (SHU) untuk pengembangan sarana dan kualitas SDMnya ([www.gizi.net.com](http://www.gizi.net.com)).

Konsep BLU tidak jauh beda dengan konsep perusahaan pada umumnya.

Berikut ini beberapa karakteristik dari BLU :

- BLU adalah instansi pemerintah dalam memberikan pelayanan umum kepada masyarakat tanpa mengutamakan mencari keuntungan, memiliki otonomi/fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan (tanpa harus disetor ke kas negara).
- Pengelola BLU harus mencapai sebuah kinerja (mirip dengan PT) sesuai dengan kontrak kerja dengan pemerintah.
- Laporan keuangan harus diaudit, sebagaimana laporan keuangan PT.
- Besaran jasa layanan selain mempertimbangkan aspek keuangan dan kemampuan masyarakat, juga mempertimbangkan kompetisi yang sehat.
- BLU dapat menerima APBN/APBD, hibah terikat, dan hibah tidak terikat.
- BLU juga bisa berkerja sama dengan pihak lain dengan pendapatan dari kerja sama merupakan pendapatan BLU. Keuntungan investasi jangka panjang juga merupakan pendapatan BLU.
- Seluruh pendapatan BLU, baik dari pemerintah, jasa layanan, maupun kerja sama dapat dikelola langsung untuk membiayai belanja BLU.
- BLU harus membuat Rencana Kerja dan Anggaran (RBA), sebagai mana juga sebuah perusahaan.
- Pengelolaan BLU diawasi oleh Dewan Pengawas

- Pegawai BLU dapat terdiri dari pegawai negeri dan bukan pegawai negeri.

Karena sifatnya yang nirlaba, maka pemerintah (pusat maupun daerah) tidak menarik pajak atas penghasilan badan (Pph badan) dan tidak mengambil deviden. Deviden yang diterima pemerintah adalah dalam bentuk rakyat yang sehat dan produktif, yang pada akhirnya dapat bekerja dan menghasilkan uang. Dari hasil kerja inilah pemerintah mengambil pajak orang pribadi. (Thabrany, 2005)

#### **2.1.4. Klasifikasi rumah sakit Pemerintah**

Klasifikasi Rumahsakit Umum Pemerintah terdiri dari (Sjaaf, 2006):

1. Kelas A mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialistik luas dan sub-spesialistik luas.
2. Kelas BII mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialistik luas dan subspesialistik terbatas.
3. Kelas BI mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialistik sekurang-kurangnya 11 jenis spesialistik.
4. Kelas C mempunyai fasilitas dan kemampuan sekurang-kurangnya pelayanan medik spesialistik sekurang-kurangnya spesialistik 4 dasar lengkap.
5. Kelas D mempunyai fasilitas dan kemampuan sekurang-kurangnya pelayanan medik dasar.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 983/Menkes/SK/XI/1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum dan ditegaskan oleh Per Menkes 1045 tahun 2006, klasifikasi ini mengalami sedikit perubahan dimana Rumah Sakit Umum Pemerintah Pusat dan Daerah diklasifikasikan menjadi rumahsakit umum Kelas A, B, C, dan D, sebagai berikut :

1. RSU Kelas A adalah RSU yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik luas dan subspecialistik luas.
2. RSU Kelas B adalah RSU yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis sekurang-kurangnya 11 spesialisik dan subspecialistik terbatas.
3. RSU Kelas C adalah RSU yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik dasar.
4. RSU Kelas D adalah RSU yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis dasar.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159b tahun 1988, rumahsakit kelas A dan BII dapat berfungsi sebagai Rumahsakit Pendidikan. Kebijakan ini direvisi oleh Kep Menkes 983 tahun 1992 sejalan dengan adanya perubahan klasifikasi kelas rumahsakit, khususnya kelas B, sehingga rumahsakit kelas A dan B dapat berfungsi sebagai RS Pendidikan.

Per Menkes 1045 tahun 2006 juga membagi kelas RS Khusus menjadi 3 kelas, yakni RSK Kelas A, B, dan C. Hanya RSK Kelas A yang dapat menyelenggarakan dan/atau digunakan untuk pelayanan, pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang pendidikan profesi kedokteran dan pendidikan kedokteran berkelanjutan.

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 983/Menkes/SK/XI/1992 disebutkan bahwa pelayanan medis spesialisik dasar adalah pelayanan medis spesialisik penyakit dalam, kebidanan dan penyakit kandungan, bedah, dan kesehatan anak. Pelayanan medik spesialisik luas adalah pelayanan medis spesialisik dasar ditambah dengan pelayanan spesialisik telinga, hidung dan

tenggorokan, mata, syaraf, jiwa, kulit dan kelamin, jantung, paru, radiologi, anestesi, rehabilitasi medis, patologi klinis, patologi anatomi, dan pelayanan spesialisik lain sesuai dengan kebutuhan. Pelayanan medis subspecialistik luas adalah pelayanan subspecialistik di setiap spesialisasi yang ada.

Setiap rumahsakit harus menyediakan berbagai jenis dan bahan obat-obatan sekurang-kurangnya sama dengan yang ditentukan dalam Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN). Setiap rumahsakit juga harus mempunyai peralatan medik dan non medik sesuai dengan kemampuan pelayanan medik yang ada. Standarisasi pelayanan medik dan non medik ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Fungsi sosial rumahsakit dilaksanakan dengan menyediakan fasilitas untuk merawat penderita yang tidak/kurang mampu. Untuk Rumahsakit Pemerintah diharuskan untuk menyediakan sekurang-kurangnya 75 % dari kapasitas tempat tidur yang tersedia, dan bagi rumah sakit swasta sekurang-kurangnya 25 % dari kapasitas tempat tidur yang tersedia.

## **2.2. Pengembangan Rumah Sakit**

Sebelum dilakukan pengembangan hendaknya dilakukan suatu kajian yang cukup mendalam dan komprehensif untuk mengetahui apakah pengembangan ini layak atau tidak layak. Kajian semacam ini disebut studi kelayakan dan keputusan ada pada manajemen tingkat atas. ( Umar, 2001).

Rumah sakit perkembangannya akan dipengaruhi oleh perubahan-perubahan yang berasal dari luar (*eksternal factor*) maupun dari dalam Rumah sakit sendiri (*internal factor*).

2.2.1. Kebijakan pengembangan Rumah sakit dalam PJPT II, diantaranya adalah sebagai berikut : (Wasisto, 1993)

- a. Pembangunan Rumah sakit baru dan penambahan TT yang ada akan dijalankan terus sesuai dengan permintaan yang ada (mekanisme pasar).
- b. Setiap pembangunan rumah sakit harus berdasarkan studi kelayakan.
- c. Rumah sakit boleh didirikan oleh Badan Hukum (termasuk PMDN dan PMA) disamping yayasan dan pemerintah akan tetap memberikan bantuan dan perlindungan terhadap RS.
- d. Masyarakat dan swasta akan diberikan peran yang semakin besar dalam pelaksanaan pembangunan dan pengembangan RS.
- e. Rumah sakit harus dikelola secara efisien untuk menjamin meningkatnya mutu serta cakupan pelayanan dan untuk itu perlu diterapkan dan dijalankan standar pelayanan.
- f. Menjalankan fungsi sosial rumah sakit.
- g. Rumah sakit secara berangsur-angsur harus dikelola dengan memperhatikan prinsip-prinsip ekonomi layanan kesehatan, sebagai bentuk produk jasa untuk dapat ditingkatkan mutunya. Dalam perangkat ini Rumah sakit akan menyediakan perangkat organisasi yang lebih sesuai dengan perangkat organisasi sebagai institusi sosial ekonomi.
- h. Pemamfaatan teknologi kedokteran dan kesehatan dalam rangka peningkatan mutu pelayanan yang disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan dan kemampuan pembiayaan. Pemamfaatan ini harus juga dikaitkan dengan efisiensi kegiatan pelayanan di Rumah sakit.



2.2.2. Faktor Eksternal yang mempengaruhi pengembangan Rumah sakit yaitu :  
(Newman, et al, 1988).

- a. Demografi
- b. Epidemiologi
- c. Sosio Ekonomi
- d. Permintaan akan layanan
- e. Trend pelayanan kesehatan, dan perkembangan alat diagnostik
- f. Kemampuan pembiayaan

2.2.3. Faktor Internal yang mempengaruhi pengembangan Rumah sakit :

- a. Analisis mutu pelayanan medis dan perawatan
- b. Karakteristik tenaga medis dan perawatan
- c. Pola pasien yang masuk
- d. Keadaan keuangan
- e. Efisiensi biaya
- f. Organisasi
- g. Peningkatan produktifitas
- h. Penggunaan pelayanan dan fasilitas.

2.2.4. Faktor penting dalam kelancaran pengembangan

( Boediarso dalam Handajani, 2003) :

- a. Faktor kemampuan keuangan.

Anggaran pendapatan dan biaya, perhitungan biaya pokok dan peraturan perpajakan merupakan dasar penentuan strategi keuangan Rumah Sakit. Strategi

keuangan Rumah Sakit akan tertuang dalam bentuk penentuan tarif, penentuan biaya, pembuatan anggaran, pengaturan arus kas, perencanaan pajak yang akan dibayar, perencanaan penggunaan modal.

b. Faktor pengembangan manajemen

Proses manajemen akan memperlancar pengembangan Rumah sakit dengan membuat perencanaan yang baik mengenai fasilitas yang akan dikembangkan, luas area yang akan dilayani kesehatannya, studi kelayakan keuangan dan kerja sama yang baik dengan institusi diluar.

### **2.3. Study Kelayakan Pengembangan Rumah Sakit**

Studi kelayakan Rumah Sakit pada dasar adalah suatu kegiatan perencanaan Rumah Sakit secara fisik dan non fisik agar dapat berfungsi secara optimal pada kurun waktu tertentu. Studi kelayakan digunakan untuk memberikan penilaian berupa rekomendasi apakah sebaiknya proyek (pengembangan /pembangunan RS) layak dikerjakan ataukah sebaiknya ditunda dulu. Mengingat kondisi dimasa mendatang penuh ketidakpastian, maka studi yang dilakukan tentunya meliputi berbagai aspek dan membutuhkan pertimbangan-pertimbangan tertentu untuk memutuskannya.

Secara umum aspek-aspek yang akan dikaji dalam studi kelayakan meliputi :  
(Suratman, 2001).

- a. Aspek hukum berkaitan dengan keberadaan secara legal dimana proyek investasi akan dibangun yang akan dibangun yang meliputi ketentuan hukum yang berlaku termasuk perijinannya. Badan hukum yang diusulkan dan lain sebagainya.

- b. Aspek sosial ekonomi dan budaya mencakup pengaruh proyek terhadap pendapatan nasional, penambahan dan pemerataan kesempatan kerja, dampak pergeseran hidup masyarakat setempat dan lain sebagainya (kajian terhadap kebutuhan akan layanan RS).
- c. Aspek pasar dan pemasaran berkaitan dengan adanya potensi pasar dari produk yang akan dipasarkan, analisis kekuatan pesaing yang mencakup program pemasaran yang akan dilakukan, estimasi penjualan yang memungkinkan dapat diraih (market share).
- d. Aspek teknis dan teknologi berkaitan dengan pemilihan lokasi proyek, pemilihan jenis mesin atau peralatan lain sesuai dengan kapasitas produksi yang akan digunakan termasuk lay-outnya dan pemilihan teknologi yang sesuai (kajian terhadap kebutuhan sarana fisik/fasilitas dan peralatan medik/non medik, dana dan tenaga yang dibutuhkan untuk layanan yang akan diberikan).
- e. Aspek manajemen berkaitan dengan manajemen dalam pembangunan proyek dan manajemen dalam pembangunan operasionalnya.
- f. Aspek keuangan berkaitan dengan darimana sumberdaya yang akan diperoleh dan proyeksi pengembaliannya dengan tingkat biaya modal dari sumber dana yang bersangkutan (kajian terhadap kemampuan pembiayaan).

Tujuan utama dilakukan studi kelayakan adalah untuk menghindari keterlanjuran investasi yang memakan dana relatif besar yang justru tidak memberikan keuntungan secara ekonomi. Selain itu studi kelayakan berguna untuk :

- a. Untuk mendapatkan proyeksi kebutuhan (need) dan permintaan (demand) terhadap jumlah dan jenis layanan medik di Rumah sakit untuk jangka waktu tertentu.

- b. Untuk mendapatkan proyeksi kebutuhan akan jumlah dan jenis sarana/fasilitas dan peralatan, tenaga dan dana yang diperlukan untuk jangka waktu tertentu.
- c. Untuk mendapatkan proyeksi secara umum kemampuan pembiayaan yang ada untuk melaksanakan rencana.

Kegiatan penting yang perlu dimulai untuk studi kelayakan adalah mengadakan pendekatan terhadap analisis situasi dengan pendekatan secara sistem yaitu dengan pendekatan terhadap unsur masukan, proses dan output.

Kegiatan tersebut adalah kajian terhadap need dan demand dari masyarakat, dimana dilakukan kajian terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi need dan demand dari masyarakat terhadap layanan rumah sakit. Dalam kegiatan ini seluruh masukan yang dibutuhkan adalah dalam bentuk data dan informasi yang rinci dengan urutan seperti tersebut dibawah ini : (Depkes, 1999)

- a. Kajian kebutuhan dan permintaan
  - a) Demografi
    - Luas wilayah
    - Kepadatan penduduk
    - Jumlah penduduk dan karakteristik
      - Distribusi menurut jenis kelamin
      - Distribusi menurut kelompok umur
      - Distribusi menurut perkawinan
    - Dst, yang berkaitan dengan kependudukan
  - b) Sosio ekonomi
    - Tingkat pendidikan
      - Distribusi penduduk menurut tingkat pendidikan

- Pekerja dan pekerjaan
  - Distribusi penduduk yang bukan angkatan kerja
  - Distribusi penduduk yang termasuk angkatan kerja
  - Distribusi penduduk menurut lapangan pekerjaan utama
  - Distribusi penduduk menurut status pekerjaan
- Produk Domestik Regional Bruto (PDRB)
  - menurut harga konstan dan harga berlaku
- c) Morbiditas dan mortalitas
  - Angka kesakitan 10 penyakit utama rawat jalan di RS
  - Angka kesakitan 10 penyakit utama rawat inap di RS
  - Angka kesakitan 10 penyakit utama penderita rujukan
  - Angka Penderita Rujukan (APR)
 

$APR = \frac{\text{Jumlah penderita rujukan}}{\text{jumlah rawat jalan}} \times 100\%$
  - Angka kesakitan 10 penyakit utama Penderita Gawat Darurat
  - Angka Penderita Gawat Darurat (APGD)
 

$APGD = \frac{\text{Jumlah penderita gawat darurat}}{\text{jumlah dibagi jumlah Gawat Darurat}} \times 100\%$
  - Angka Infeksi Nosokomial
  - Angka Kematian Kotor
  - Angka kematian Bersih
- d) Sarana dan prasarana kesehatan
  - Jumlah, jenis dan kualifikasi RS
  - Jumlah dan jenis puskesmas serta pustu
  - Jumlah dan jenis pelayanan kesehatan lainnya

- Kinerja Rumah Sakit

- Jumlah kunjungan/ Penderita rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan penunjang medik.
- Data asal pasien
- BOR, LOS, GDR, NDR
- Jumlah dan klasifikasi operasi dan persalinan
- Angka Tindakan Operasi (ATO)  
ATO = Jumlah operasi dibagi jumlah penderita dirawat dikali 100%.
- Angka tindakan persalinan (ATP) : normal, induksi dan sectio.  
ATP = Jumlah persalinan dibagi jumlah penderita dirawat dikali 100%.

Hasil dari analisis situasi ini diperlukan dalam bentuk dan informasi yang rinci sebagai input, proses dan output.

a) Input

- Data tentang kebijakan dan peraturan yang terkait
  - Umum, kebijakan pengembangan wilayah
  - Pengembangan sektor non kesehatan
  - Khusus, bidang Rumah sakit
- Data tentang sumber dana
  - Kemampuan keuangan yang ada
  - Prioritas pembangunan wilayah pada jangka waktu tertentu
  - Data sosio politis

b) Proses

Diketahui ada sejumlah faktor yang mempengaruhi pilihan pelanggan dalam mencari pengobatan medis, sehingga analisis kebutuhan berguna dalam menentukan faktor-faktor mana yang paling berpengaruh bagi pasien untuk menentukan jenis pelayanan kesehatan yang bersedia dibelinya. Kebutuhan akan pelayanan kesehatan dapat dilihat dari aspek pasien maupun dokter.

Pemenuhan kebutuhan pasien terutama adalah tuntutan akan pengobatan/perawatan. Yang dalam hal ini dipengaruhi oleh kejadian penyakit dan tingkat kebutuhan akan pelayanan kesehatan, faktor kultural demografis dan faktor ekonomi. Walaupun kejadian penyakit dapat dikatakan terjadi secara acak tapi harus diperhatikan beberapa faktor umum seperti usia, sex, status marital, jumlah anggota keluarga dan pendidikan. Dari faktor ekonomi ditinjau dari tingkat pendapatan dan nilai waktu dari penderita, dimana lebih tinggi pendapatan maka lebih besar pengeluaran yang dikeluarkan untuk pemeliharaan kesehatan.

Mencakup segala kegiatan yang harus dilakukan untuk kajian kebutuhan, permintaan dan ketersediaan (need, demand dan suplay), dengan melakukan :

- Melakukan pengumpulan data dan informasi di atas, data yang dikumpulkan adalah data 4 tahun terakhir. Data disusun dalam bentuk tabel-tabel tertentu untuk dihitung kecenderungannya, sekurang-kurangnya 3 tahun terakhir.
- Melakukan analisis kecendrungan berdasarkan data 4 tahun terakhir dan menentukan rata-rata tingkat pertumbuhan selama 4 tahun yang didapat dari menjumlahkan seluruh angka pertumbuhan pertumbuhan pertahun dan dibagi tiga. Kemudian angka kecendrungan diproyeksikan kecenderungannya yang akan terjadi 5 tahun yang akan datang.

- Melakukan analisis silang. Kecenderungan yang terjadi berdasarkan angka-angka kesakitan, kematian dan pemamfaatan Rumah Sakit, dengan faktor-faktor di bawah ini :

- Faktor sosio ekonomi

Informasi yang terpenting dari aspek ini adalah pendapatan perkapita penduduk di wilayah RS yang akan dikembangkan dan kecenderungan pertumbuhannya untuk memperkirakan kemampuan pembiayaan kesehatan oleh masyarakat setempat.

- Faktor pendidikan dan pekerjaan

Untuk menambah jumlah dan jenis layanan yang diberikan sehubungan dengan adanya hasil kajian yang menunjukkan makin tinggi pendidikan maka makin meningkat pula kebutuhan akan jenis layanan kesehatan yang diinginkan.

- Faktor sumber dana

Untuk melihat kemampuan uang yang ada dan prioritas pembangunan yang ada di wilayah setempat.

- Faktor kebijakan dan peraturan yang terkait

Untuk menentukan kedudukan, fungsi, arah pengembangan Rumah sakit dalam wilayah kerja dikaitkan dengan kebijakan pembangunan wilayah.

c) Output

Langkah di atas akan memberikan kemungkinan dalam perhitungan jumlah dan jenis layanan yang dapat dikembangkan di Rumah Sakit, misalnya jumlah TT, jenis peralatan dan tenaga.



b. Karakteristik dan demand pelayanan kesehatan

Semakin tinggi pendapatan, semakin besar permintaan akan pelayanan kesehatan, khususnya dalam hal pelayanan kesehatan modern.

a) Harga berperan penting dalam menentukan demand pelayanan kesehatan.

Dengan meningkatnya harga, akan mengurangi demand dari kelompok yang berpendapatan rendah dibanding dengan yang berpenghasilan tinggi.

b) Jika pelayanan kesehatan sulit dicapai secara fisik, akan menurunkan demand.

c) Kemanjuran dan kualitas pelayanan kesehatan sangat berpengaruh dalam pengambilan keputusan untuk pelayanan kesehatan.

d) Pengembangan paket pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan medis yang tepat merupakan syarat mutlak bagi suatu program asuransi kesehatan.

c. Faktor yang mempengaruhi demand pelayanan kesehatan :

a) Nilai suatu pelayanan tertentu

b) Nilai daripada substitusi

c) Pendapatan

d) Asuransi kesehatan, bila ada

e) Cita rasa/ selera

f) Pilihan atau kesukaan seseorang (preference).

d. Perhitungan kebutuhan tempat tidur

Data yang terkumpul dari hasil analisis digunakan untuk menghitung kebutuhan jumlah TT di suatu wilayah berdasarkan rumus J.R. Griffith (1987) yaitu :

$$KT = \frac{R \times H \times P}{TH \times 365}$$

Keterangan :

KT = Kebutuhan TT

R = Jumlah penderita dirawat/ 1000 penduduk

H = Rata-rata lama hari rawat penderita (hari)/ ALOS

P = Jumlah penduduk

TH = Tingkat hunian TT pertahun (BOR)

Setelah jumlah kebutuhan TT yang dibutuhkan di dapat, maka langkah selanjutnya adalah rencana investasi apa yang perlu disiapkan untuk merealisasikan perencanaan pengembangan tersebut.

## 2.4. Investasi

### 2.4.1. Defenisi Investasi

Investasi adalah suatu kegiatan usaha dimana modal (berupa uang/ teknologi/ asset lainnya) ditanamkan dalam suatu proses produksi, dengan hasil berupa barang atau jasa yang memiliki nilai tambah. Nilai tambah ini kemudian ditanamkan kembali guna mencapai nilai tambah lebih lanjut. Begitulah seterusnya sehingga usaha semakin besar dan proses kemajuan berlangsung. (Kadarisman, 1999)

Menurut peraturan perundangan PP no.58 tahun 2005 dan Permendagri no.13 tahun 2006, investasi didefinisikan sebagai penggunaan aset untuk memperoleh mamfaat ekonomis seperti bunga, deviden, royalti, mamfaat sosial/ atau mamfaat lainnya sehingga dapat meningkatkan kemampuan pemerintah dalam rangka pelayanan kepada masyarakat. Dengan demikian, investasi dalam hal ini ditekankan pada penggunaan aset. Padahal suatu aset di pemerintah (pusat atau daerah), khususnya aset tetap, diperoleh melalui proses pengeluaran dana yang disebut Belanja Modal.

Dalam PP no.58 tahun disebutkan bahwa Belanja Modal adalah pengeluaran yang dilakukan dalam rangka pembelian/pengadaan aset tetap dan aset lainnya yang mempunyai masa mamfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan pemerintahan, seperti dalam bentuk tanah, peralatan dan mesin, gedung dan bangunan, jaringan, buku perpustakaan, dan hewan. Selanjutnya dalam Permendagri no.13 tahun 2006, Belanja Modal didefenisikan sebagai pengeluaran yang dilakukan dalam rangka pembelian/ pengadaan atau pembangunan aset tetap berwujud yang mempunyai nilai mamfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan pemerintahan, seperti dalam bentuk tanah, peralatan dan mesin, gedung dan bangunan, jalan, irigasi dan jaringan, dan aset tetap lainnya.

Dengan dua pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa setiap pengadaan/ pembelian aset yang bermamfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan pemerintahan yang bermamfaat baik secara ekonomis, sosial, dan atau mamfaat lainnya yang dapat meningkatkan kemampuan daerah dalam melayani masyarakat adalah merupakan suatu kegiatan investasi. Dengan

secara logis dapat diinterpretasikan bahwa belanja modal merupakan investasi, karena secara teoritis dapat dipastikan akan ada mamfaatnya.

Dalam dunia swasta investasi akan dianalisis untung ruginya, demikian juga di sektor publik juga akan dianalisis untung ruginya (cost benefit). Hal ini sejalan dengan peraturan perundangan yang ada bahwa pengelolaan keuangan daerah (APBD) harus efisien, efektif, transparan, akuntabel, tertib, adil, patut, dan taat pada peraturan perundangan. Dengan demikian setiap Belanja Modal (investasi) di pemerintah (pusat dan daerah) harus melalui sebuah proses analisis atas belanja modal tersebut. (Abdul Halim, 2008)

#### 2.4.2. Analisis Investasi Sektor Publik

Analisis investasi pada sektor publik tidak jauh berbeda dengan sektor privat yang menekankan analisis investasi khususnya pada aspek keuangan, aplikasi atas konsep 'present value' dari aliran kas suatu investasi (sering juga disebut proyek). Begitupun konsep yang belum mengaplikasikan konsep present value seperti 'payback periods'. Pada sektor publik, kondisi ideal analisis difokuskan pada evaluasi terhadap biaya-mamfaat suatu proyek/ investasi/ belanja modal.

Dalam analisis dan evaluasi biaya-mamfaat setiap investasi, syarat utamanya adalah penilaian atas besarnya biaya dan mamfaat, serta memperkirakan waktu atau umur investasi yang dimaksudkan. Bila kemudian ditentukan bahwa investasi itu dievaluasi dengan konsep present value, maka harus pula ditentukan tingkat 'discount' agar dapat diperbandingkan nilai sekarang dari biaya dan mamfaat suatu proyek. Persoalannya adalah, pada sektor publik pengkuantifikasian atas biaya dan

mamfaat tidaklah mudah. Biaya dan mamfaat tidak hanya aspek hasil komersial dari suatu investasi, tapi juga aspek sosial, budaya, keamanan, dan lain-lain.

Sejalan dengan perkembangan manajemen sektor publik, termasuk adanya perkembangan otonomi daerah di Indonesia saat ini, maka konsep-konsep pada sektor privat banyak diaplikasikan di sektor publik. Demikian juga halnya dengan analisis investasi, namun diakui bahwa dalam sektor publik ditambah kerumitan banyaknya aspek yang dipertimbangkan. Kerumitan tersebut menyangkut kuantifikasi aspek-aspek sosial, budaya, dan lain-lain. Oleh sebab itu untuk penyerdehanaan maka tidak salahnya jika analisis investasi di sektor publik (investment appraisal) termasuk Pemda dilakukan dengan pendekatan seperti di sektor privat, namun dilengkapi sebisa mungkin dengan hal-hal yang dianggap penting untuk dianalisis investasi dimaksud.

#### 2.4.3. Alat Analisis Investasi

Alat analisis investasi yang dapat digunakan untuk analisis investasi sektor publik adalah sebagaimana yang umum digunakan di sektor privat. Alat analisis dimaksud adalah Accounting rate return on capital employed, Payback Period, Net Present Value, Net Present Benefits, Cost Benefit Analysis, dan Cost Effectiveness Analysis.(Halim, 1998).

Metode analisis investasi secara umum dapat dikelompokkan kepada dua kelompok yaitu metode konvensional dan metode discounted cashflow. Yang tergolong kedalam metode konvensional yaitu : Total profit (keuntungan absolut), Marginal Efficiency of Capital (MEC), Accounting Rate Return (ARR), dan Payback Period (masa pulang pokok). Sedangkan yang termasuk dalam metode discounted

cashflow yaitu : Menghitung Net Cashflow, Net Present value (NPV), Internal Rate return (IRR), dan Profitability Index (indek tingkat laba). (Kuswadi, 2006)

Adapun metode penilaian tersebut adalah sebagai berikut : (Rangkuti, 2001)

#### a. Metode Payback Period

Metode Payback Period, sering juga disebut *pay-out time* atau masa pulang (kembali) modal, adalah jangka waktu yang diperlukan untuk mendapatkan kembali jumlah modal yang ditanam. Rumusnya adalah sebagai berikut :

$$\text{Payback Period} = \frac{\text{Innitial Investment}}{\text{Annual cash inflow}} \times 1 \text{ tahun}$$

Semakin pendek waktu yang diperlukan untuk pengembalian biaya investasi, rencana investasi tersebut semakin menguntungkan. Atau dengan kata lain, semakin kecil waktu payback period, proyek tersebut semakin baik.

Cara untuk mengambil keputusan dengan metode ini adalah membandingkan payback period investasi yang diusulkan dengan umur ekonomis aktiva, apabila payback period lebih pendek dari pada umur ekonomis aktiva maka rencana investasi dapat diterima, sedangkan apabila payback period lebih panjang dari pada umur ekonomis aktiva maka rencana investasi ditolak

Payback Period merupakan metoda penilaian investasi yang sangat mudah untuk dilakukan dan mudah dimengerti oleh semua orang, tetapi metode ini memiliki kelemahan yaitu : (1) Tidak memperhitungkan waktu dengan nilai uang (2) Mengabaikan mamfaat apapun yang terjadi setelah payback period, ia tidak mengukur total pendapatan.

Metode payback ini tidak memperhatikan aliran kas masuk setelah periode payback, sedangkan dengan NPV masih diperhatikannya aliran kas masuk sampai selesainya waktu periode proyek. Metode payback ini banyak digunakan untuk melengkapi metode lain. Metode payback period hendaknya digunakan sebagai pelengkap, karena itu kita perlu menggunakan metode analisis investasi lainnya, seperti NPV dan IRR.

#### b. Net Present Value

Metode ini merupakan metode penilaian investasi klasik yang sampai saat ini paling populer digunakan.

$$NPV = \sum_{t=1}^n \frac{CF_t}{(1+k)^t} - I_0$$

(Keown, 1996)

Dimana :

- CF<sub>t</sub> dimulai dari CF<sub>1</sub>, CF<sub>2</sub>,....., CF<sub>n</sub> dan merupakan net cash flow mulai dari tahun 1, 2 sampai tahun ke n.
- k adalah cost of capital
- I<sub>0</sub> adalah initial cost atau biaya investasi awal tahun 0 yang diperlukan
- n adalah umur perkiraan proyek
- t adalah tingkat suku bunga (discount rate)

Kriteria untuk menerima atau menolak rencana investasi dengan metode NPV adalah sebagai berikut :

- Terima jika NPV > 0
- Tolak jika NPV < 0

- Kemungkinan diterima jika  $NPV = 0$  (nilai perusahaan tetap walau usulan proyek diterima atau ditolak).

$NPV > 0$  berarti proyek tersebut dapat menciptakan cash inflow dengan prosentase lebih besar daripada opportunity cost modal yang ditanamkan. Apabila  $NPV = 0$ , proyek kemungkinan dapat diterima karena cash inflow yang akan diperoleh sama dengan opportunity cost dari modal yang ditanamkan. Jadi semakin besar nilai NPV, semakin baik bagi proyek tersebut untuk dilanjutkan.

#### c. Internal Rate of Return

Internal rate of return adalah suatu metode untuk mengukur tingkat investasi. Tingkat investasi adalah suatu tingkat bunga dimana seluruh net cash flow setelah dikalikan discount faktor atau telah di-present value-kan, nilainya sama dengan ininitial investment (biaya investasi).

$$r = \frac{CF}{I_0} - 1$$

Atau nilai IRR dapat dihitung dengan mencari tingkat bunga (discount rate) yang akan menghasilkan NPV sama dengan 0 :

$$0 = \sum_{t=1}^n \frac{CF_t}{(1+r)^t} - I_0 \quad (\text{Keown, 1996})$$

Dimana :

- $CF_t$  yang dimulai dari  $CF_1, CF_2, \dots, CF_n$  merupakan net cash flow mulai dari tahun 1, 2, sampai dengan tahun ke n.
- $I_0$  adalah ininitial cost atau biaya investasi awal yang diperlukan.



- n adalah perkiraan umur proyek
- r atau IRR adalah tingkat bunga yang dicari harganya.

Apabila kita membandingkan rumus IRR tersebut dengan rumus NPV, kita akan melihat sedikit perbedaan, yaitu pada metode NPV, rate of return (k) diasumsikan diketahui. Sedangkan pada metode IRR, nilai r harus diketahui dengan asumsi nilai NPV sama dengan nol.

Pada umumnya masalah yang sering kita hadapi dalam perhitungan IRR adalah menentukan berapa besar nilai r pada kondisi NPV sama dengan nol. Nilai r ini dapat diketahui dengan cara trial and error. Caranya adalah menentukan sembarang nilai r untuk dasar perhitungan discount rate, sehingga kita dapat menghitung nilai present value dari cash inflow. Apabila hasil perhitungan present value dari cash inflow tersebut lebih rendah dari present value cash outflow, maka tingkat bunga sebagai dasar perhitungan discount factor harus diturunkan.

Nilai IRR dikonversi dalam persen, bila hasil dari IRR lebih besar dari nilai bunga bank yang berlaku maka hasilnya dinilai layak.

$$IRR = i_1 + \frac{PV(i_2 - i_1)}{PV_{pos} + PV_{neg}}$$

Dimana :

- IRR adalah internal rate of return
- PV adalah present value positif dengan discount rate tertentu yang lebih rendah dari  $i_1$ .

- NV adalah present value negatif dengan discount rate tertentu yang lebih tinggi dari  $i_2$ .

Secara sederhana analisis NVP dan IRR dilakukan dengan membuat proyeksi uang keluar dan uang masuk kemudian melihat selisih diantara keduanya. Yang dimaksud biaya keluar disini mencakup biaya investasi dan operasional yang harus disediakan, sedangkan uang masuk adalah perkiraan penerimaan dari kegiatan yang akan dilakukan.

Selain NPV dan IRR perhitungan investasi dapat juga dilakukan dengan perhitungan ratio dari benefit dan cost, yang dapat menggambarkan ratio dari pendapatan dengan investasi yang disebut *Benefit Cost Ratio*.

Untuk mengetahui apakah ada keuntungan atau tidak perlu diketahui pendapatan dan biaya. Pendapatan diperoleh dari 'jumlah pemakaian dikali tarif'. Sedangkan biaya diperoleh dari 'jumlah pemakaian dikali variabel cost' dan jumlah overhead cost misalnya bunga bank yang harus dibayar, pegawai, maintenance, umum (PAM, listrik dan telepon) dll. Jumlah pemakaian tergantung dari jumlah TT disebut asumsi pemakaian, asumsi lain yang diperlukan adalah asumsi tarif dan asumsi variabel cost.

## **2.5. Konsep Biaya**

### **2.5.1. Pengertian Biaya**

Istilah biaya bisa diartikan bermacam-macam dan pengertiannya berubah-ubah tergantung bagaimana biaya tersebut digunakan. Biaya adalah suatu sumber daya yang dikorbankan untuk mencapai tujuan (Hongren, 1993).

Biaya sebagai suatu nilai tukar, prasyarat atau pengorbanan yang dilakukan guna memperoleh mamfaat (Matz, Usry and Hammer, 1995). Jadi biaya adalah semua pengorbanan yang dikeluarkan untk mencapai tujuan tertentu baik itu untuk memproduksi atau memperoleh suatu komoditi.

Menurut Mills (1990) biaya perlu dipelajari untuk mengetahui kebutuhan sumber daya untuk kegiatan sekarang dan masa yang akan datang, dan pematauan terhadap biaya sangat diperlukan agar penggunaannya lebih efisien.

#### 2.5.2. Jenis Biaya

Biaya dapat digolongkan kedalam beberapa jenis, yaitu berdasarkan sifat kegunaannya, berdasarkan hubungan dan volume produksi, berdasarkan fungsi dalam proses produksi, dan oportunity cost.

a. Berdasarkan sifat kegunaannya (Gani, 1996) :

- Biaya Investasi

Biaya investasi adalah biaya yang kegunaannya dapat berlangsung dalam waktu yang relatif lama atau lebih dari satu tahun, seperti biaya gedung, biaya peralatan medik dan non medik. Biaya investasi perlu dihitung nilainya untuk satu tahun agar bisa digabungkan dengan biaya operasional dan pemeliharaan utuk memperoleh nilai biaya total (TC) per tahun. Nilai biaya investasi setahun disebut nilai tahunan biaya investasi (*Annualized Investment Cost / AIC*). Besarnya dipengaruhi oleh nilai uang (inflasi), nilai waktu dan masa hidup barang invstasi, dengan rumus sebagai berikut :

$$AIC = \frac{IIC (1 + i)^t}{L}$$

Keterangan : AIC = Annualized Investment Cost

IIC = Ininitial Investment Cost

i = Laju Inflasi

t = Masa Pakai

L = Perkiraan Umur Ekonomis investasi tsb

Laju inflasi yang dipakai adalah laju inflasi rata-rata selama 5 tahun terakhir.

Nilai L (perkiraan umur ekonomis) dari investasi dapat dilihat dari spesifikasi pabrik atau gedung dengan berkonsultasi pada pakar bangunan.

- Biaya Operasional

Biaya operasional adalah biaya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan dalam suatu proses produksi. Dana tersebut memiliki sifat 'habis pakai' dalam kurun waktu relatif singkat atau kurang dari satu tahun, misalnya biaya personil (gaji), biaya obat dan bahan, biaya makan, biaya ATK, biaya umum ( listrik, telepon, air, perjalanan,dll ).

- Biaya Pemeliharaan

Biaya pemeliharaan adalah biaya yang dikeluarkan untuk mempertahankan nilai suatu barang investasi agar terus berfungsi, misalnya : pemeliharaan gedung, alat medik dan non medik.

b. Berdasarkan hubungan dengan volume (jumlah) produksi :

- Biaya Tetap

Biaya tetap adalah biaya yang besarnya relatif tidak dipengaruhi oleh jumlah output atau produksi yang dihasilkan. Termasuk dalam klasifikasi ini adalah barang-barang investasi yang disebutkan diatas.

- Biaya Tidak Tetap

Biaya tidak tetap adalah biaya yang besarnya dipengaruhi oleh banyaknya produksi, misalnya biaya obat dan bahan habis pakai.

- Biaya semivariabel

Biaya semivariabel adalah biaya yang sebetulnya untuk mengoperasikan barang investasi, akan tetapi besarnya relatif tidak terpengaruh oleh banyaknya produksi atau biaya yang mempunyai kedua sifat baik tetap maupun variabel, misalnya : biaya bahan bakar, pemeliharaan, biaya gaji pegawai tetap, asuransi jiwa karyawan, biaya pensiun, pajak atas gaji dan perjalanan/ hiburan (Matz, Usry & Hammer, 1995).

c. Berdasarkan fungsi / peranan dalam produksi

- Biaya Langsung

Biaya langsung adalah biaya yang secara jelas dapat ditelusuri penggunaannya dalam suatu unit kegiatan tertentu, atau biaya yang manfaatnya langsung merupakan bagian dari produk atau barang yang dihasilkan, seperti biaya obat, biaya reagen, honor dokter, dll, (Sjaaf, 1991).

- Biaya Tidak Langsung

Biaya tidak langsung adalah biaya yang tidak dapat ditelusuri secara jelas penggunaannya dalam suatu unit kegiatan tertentu, atau biaya yang manfaatnya tidak menjadi bagian langsung dalam produk, tetapi biaya yang diperlukan untuk menunjang unit produksi, seperti biaya administrasi, dll, (Sjaaf, 1991).

#### d. Opportunity Cost

Opportunity Cost (biaya kesempatan) adalah biaya yang terjadi dari suatu kesempatan yang hilang atau tidak digunakan untuk memperoleh sejumlah uang, misalnya sebuah Rumah sakit memutuskan untuk membeli alat medis, sebenarnya uang tersebut dapat didepositokan di bank. Kesempatan memperoleh bunga deposito tersebut hilang, inilah yang disebut opportunity cost dari pembelian alat medis Rumah Sakit tersebut. Perhitungan opportunity cost hanya dikenakan pada biaya investasi, dan bunga deposito yang dipakai adalah bunga deposito yang berlaku pada bank pemerintah. (Gani, 1997)

Perhitungan biaya (*costing*) merupakan elemen vital untuk perencanaan (*planing*) dan penganggaran (*budgetting*) intervensi kesehatan. Informasi biaya bermamfaat untuk 6 keperluan : (1) Menentukan besarnya sumber daya yang perlu dialokasikan pada suatu intrvensi kesehatan ; (2) Melakukan analisis biaya efektivitas (*cost-effectiveness analysis*) ; (3) Menentukan harga pelayanan kesehatan, mengalokasikan dana asuransi, maupun mengontrakkan program kesehatan kepada pihak luar ; (4) Menentukan prioritas intervensi kesehatan ; (5) Menilai dan memperbaiki kinerja sistem kesehatan ; (6) Membantu advokasi, negosiasi, untuk mendapatkan kepercayaan dari lembaga eksekutif maupun legeslatif agar membiayai usulan program kesehatan.

#### 2.5.3. Analisa Biaya

Analisis biaya adalah suatu proses yang lebih dinamis yang memberi informasi tentang biaya dan proses sekaligus dengan output yang dihasilkan. Informasi ini sangat diperlukan dalam keputusan-keputusan keuangan, pengendalian keuangan (*bugetary control*) dan penetapan tarif. Sehingga analisis biaya merupakan

salah satu pokok yang harus diketahui oleh para pimpinan rumah sakit dalam rangka efisiensi dan efektifitas layanan. Tujuan utama dari analisis biaya ini pada dasarnya adalah : (Sjaaf, 1991)

- a. Untuk mendapatkan informasi tentang biaya total rumah sakit dan sumber pembiayaan serta komponennya.
- b. Untuk mendapatkan informasi tentang biaya satuan layanan kesehatan rumah sakit.
- c. Untuk dapat menggunakan biaya satuan sebagai salah satu informasi dalam menentukan metode *cost recovery* dan metode penetapan tarif rumah sakit.

Mamfaat dari analisis biaya ini adalah :

a. *Pricing*

Analisis biaya sangat penting dalam penetapan tarif karena dengan diketahuinya biaya satuan dapat diketahui apakah tarif yang berlaku saat ini merugi, *break event* atau menguntungkan. Juga dapat dilihat berapa subsidi yang diberikan untuk layanan tersebut.

b. *Budgeting/ Planing*

Hasil analisi biaya dapat digunakan untuk perencanaan anggaran, karena dengan diketahuinya biaya satuan dan proyeksi utilisasi pelayanan tersebut maka dapat diperkirakan biaya yang diperlukan untuk masa yang akan datang.

c. *Bugeting Control*

Hasil analisi biaya juga dapat digunakan untuk memonitor dan mengendalikan kegiatan operasional rumah sakit.

d. *Evaluasi dan Pertanggung jawaban*

Analisis biaya juga berguna untuk menilai *performance* keuangan rumah sakit keseluruhan sekaligus sebagai pertanggung jawaban kepada pihak-pihak yang berkepentingan. Dengan melihat perbandingan antara *total revenue* dan total biaya akan menunjukkan tingkat *cost recovery rate* rumah sakit tersebut.

## 2.6. Pentarifan

Menurut Gani, tarif atau price adalah harga dalam nilai uang yang harus dibayar oleh konsumen untuk memperoleh atau mengkonsumsi suatu komoditi yaitu barang atau jasa.

### 2.6.1. Tujuan Penetapan tarif

Adapun tujuan penetapan tarif layanan di Rumah Sakit adalah : (Nadjib, 1997)

- a. Peningkatan *cost recovery rate* Rumah sakit
- b. Peningkatan peran serta masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan.
- c. Subsidi silang, dengan mengetahui biaya satuan dan kemampuan masyarakat maka rumah sakit dapat meningkatkan upaya pemerataan (*equity*) dengan melihat berapa besar subsidi dan siapa yang menikmati subsidi tersebut.
- d. Optimalisasi pelayanan. Dimana melalui tarif yang sesuai kemampuan masyarakat maka masyarakat pengguna akan lebih dapat akses ke rumah sakit, disamping rumah sakit sendiri akan memperoleh keuntungan dari peningkatan pelayanan tersebut.

### 2.6.2. Faktor-faktor yang mempengaruhi dalam penetapan tarif

#### a. Biaya Satuan

Informasi biaya satuan merupakan informasi pertama yang digunakan dalam penetapan tarif karena menggambarkan besarnya biaya pelayanan per pasien.



Menurut Gani, Biaya satuan adalah biaya yang dipergunakan untuk memproduksi satu unit produk (barang atau jasa). Biaya satuan dapat dihitung secara fragmented misalnya biaya satuan investasi, biaya satuan gaji, biaya satuan obat dan bahan, biaya satuan operasional, dll. Ada dua konsep pengertian biaya satuan, yaitu :

a) Biaya Satuan Aktual

Atau disebut juga biaya rata-rata adalah perhitungan biaya satuan yang didasarkan atas pengeluaran nyata terhadap produk/pelayanan.

$$UCa = TC / Q$$

Dimana : Uca = Unit cost aktual

TC = Biaya total di unit produksi bersangkutan

Q = Jumlah output

b) Biaya Satuan Normatif

Adalah besarnya biaya yang diperlukan untuk menghasilkan suatu jenis pelayanan kesehatan menurut standar baku, terlepas apakah pelayanan kesehatan tersebut digunakan atau tidak oleh pasien.

$$UCn = FC/C + VC/Q$$

Dimana : UCn = Unit cost normatif

FC = biaya tetap

C = kapasitas

VC = biaya variabel

Q = jumlah output

Pedoman perhitungan kapasitas :

$$\text{Kapabilitas} = \frac{\text{Jumlah jam kerja selama setahun}}{\text{Waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan satu pasien}}$$

b. Jenis Pelayanan, tingkat pemamfaatan dan subsidi silang yang diharapkan.

Merupakan salah satu faktor penting dalam penetapan tarif karena rumah sakit terdiri dari berbagai unit produksi unggulan yang berbeda dengan rumah sakit lain yang akan mempengaruhi tingkat kemampuan layanan serta tingkat pemamfaatan oleh konsmen.

c. Tingkat kemampuan masyarakat

Mempertimbangkan kemampuan masyarakat merupakan salah satu syarat dalam penetapan tarif yang diukur dengan cara melihat ATP (Ability to Pay) dan WTP (Willingness to Pay).

d. Elastisitas

Hukum ekonomi mengatakan bahwa perubahan tarif akan menyebabkan perubahan permintaan akan produk yang ditawarkan, angka tersebut dinyatakan dalam nilai  $e$  (elastisitas). Angka ini bermamfaat untuk memprediksi kemungkinan penurunan jumlah output rumah sakit bila dilakukan penyesuaian tarif.

$$E = \frac{\% \text{ Perubahan } Q \text{ (output)}}{\% \text{ Perubahan } P \text{ (tarif)}}$$

e. Tarif pelayanan pesaing yang setara

Perlu juga mempertimbangkan tarif pesaing yang setara untuk melihat apakah bisa bersaing dengan memiliki tarif serupa namun pelayanan berbeda. Karena faktor penting dalam pembandingan adalah kualitas pelayanan yang diberikan.

## **BAB III**

### **GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT**

#### **3.1. Sejarah dan Proses Perkembangan Rumah Sakit**

Rumah Sakit Umum Bireuen mulai dibangun sejak tahun 1929 (pada masa Kolonial Belanda) di Kewedanaan Bireuen. Pada tanggal 1 Desember 1971 sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI bahwa di setiap Kecamatan seluruh Indonesia harus memiliki 1 (satu) Puskesmas Induk, maka berubah status menjadi Puskesmas Jeumpa, yaitu pada masa kepemimpinan Dr. Ali Yazir Hasibuan.

Berkat terobosan-terobosan yang dilakukan baik oleh Bupati Aceh Utara (pada saat itu Bireuen masih dalam Wilayah Kabupaten Aceh Utara), maupun Kepala Puskesmas Jeumpa beserta Stafnya, maka status Puskesmas Jeumpa berubah menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Bireuen dengan status kelas D sesuai dengan Keputusan Bupati Aceh Utara Nomor 69 Tahun 1992 dan Persetujuan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Nomor 283 YANMED / RS.UMDIK / YANKES / II / 1992 tanggal 1 Maret 1992.

Kemudian status nya ditingkatkan menjadi kelas C setelah disempurnakan dengan Keputusan Bupati Aceh Utara Nomor II Tahun 1994, serta telah mendapat persetujuan Menteri Dalam Negeri RI dengan Teleknya Nomor 061 / 1575 / SJ / tanggal 4 Mei 1995, Persetujuan Menpan RI Nomor 310 / I / 1996, serta Surat Keputusan Menkes RI Nomor 541 / Menkes / SK / VI / 1996. Dan telah diperdakan dengan Nomor 12 Tahun 1996.

Sehubungan dengan UU Nomor 48 Tahun 1999 Tentang Pembentukan Kabupaten Bireuen dan Simeulu, maka RSUD Bireuen yang selama ini merupakan milik Pemda Aceh Utara menjadi milik Pemda Bireuen dan telah dikeluarkan Surat Keputusan Bupati Bireuen Nomor 44 Tahun 2000 tanggal 2 Mei 2000 tentang Pembentukan Susunan Organisasi dan Tata Kerja RSUD Bireuen.

Pada tanggal 11 Juni 2001 RSUD Bireuen diresmikan namanya menjadi RSUD dr. Fauziah Bireuen sesuai dengan Surat Keputusan Bupati Bireuen Nomor 017 Tahun 2001 tanggal 27 Januari 2001 Tentang Pemberian / Pengukuhan nama RSUD Bireuen menjadi RSUD dr. Fauziah Bireuen.

Dengan Qanun Kabupaten Bireuen Nomor 28 Tahun 2004 memberikan perubahan kepada RSUD dr. Fauziah Bireuen, dari sebuah organisasi UPT Dinas Kesehatan Kabupaten Bireuen menjadi sebuah organisasi berbentuk Badan dengan nama BLU RSD dr. Fauziah Bireuen.

### **3.2. Visi, Misi dan Kebijakan Mutu Rumah Sakit**

#### **3.2.1. Visi Rumah Sakit**

yaitu mewujudkan pelayanan kesehatan yang islami, berkualitas, terjangkau oleh masyarakat dengan memperhatikan kesejahteraan karyawan.

#### **3.2.2. Misi Rumah Sakit yaitu:**

- Mengupayakan peningkatan mutu pelayanan
- Menjadikan rumah sakit sebagai pusat rujukan, pendidikan dan pelatihan
- Menjadikan rumah sakit sebagai pusat pelayanan kesehatan kebanggaan masyarakat Bireuen

### 3.2.3. Kebijakan Mutu

”Kepuasan pelanggan adalah tujuan kami bekerja”. Hal tersebut akan tercapai dengan upaya:

- Bekerja dengan Motto ”BIREUEN” ( Bersih, Islami, Ramah Tamah, Efektif, Unggul, Efesien, Nyaman ).
- Keberanian belajar dan berinovasi
- Kerjasama Team
- Tulus ikhlas, kasih sayang, bersemangat integritas yang tinggi dan profesional dalam bekerja.

### 3.3. Struktur Organisasi Rumah Sakit

Struktur Organisasi RSUD Dr. Fauziah Bireuen sekarang sudah terbentuk lembaga tehnis daerah (badan) yaitu sesuai dengan Qanun Nomor 28 Tahun 2004 tentang pembentukan susunan organisasi dan tata kerja Badan Layanan Umum Rumah Sakit Daerah Dr. Fauziah Bireuen, yang terdiri dari :

#### 3.3.1 Kepala Badan

#### 3.3.2 Kepala Bagian Tata Usaha ;

- 1) Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Umum
- 2) Kepala Sub Bagian Perlengkapan dan Rekam Medis

#### 3.3.3 Kepala Bidang Pelayanan ;

- 1) Kepala Sub Bidang Pelayanan dan Penunjang Medis
- 2) Kepala Sub Bidang Upaya Rujukan

3.3.4. Kepala Bidang Keperawatan ;

- 1) Kepala Sub Bidang Diklat Tenaga Keperawatan
- 2) Kepala Sub Bidang Etika, Mutu Profesi dan Askep

3.3.5. Kepala Bidang Penyusunan Program ;

- 1) Kepala Sub Bidang Penyusunan Program dan Anggaran
- 2) Kepala Sub Bidang Mobilisasi Dana dan Akuntansi

3.3.6. Kelompok Fungsional ;

- 1) Komite Medis
- 2) Komite Keperawatan
- 3) Instalasi:
  - Instalasi Rawat Jalan ( IRJ )
  - Instalasi Rawat Inap ( IRI )
  - Instalasi Gawat Darurat ( IGD )
  - Instalasi Bedah Sentral ( OK )
  - Instalasi Rehabilitasi Medis ( Fisioterapi )
  - Instalasi Rawat Instensive ( ICU )
  - Instalasi Radiologi ( RO )
  - Instalasi Farmasi ( Apotik )
  - Instalasi Gizi ( Dapur )
  - Instalasi Patologi Anatomi ( Lab )
  - Instalasi Pemeliharaan Sarana RS ( IPS-RS )
  - Instalasi Pemulasaraan Jenazah ( Kamar Jenazah )

### 3.4. Sumber Daya Manusia

Jumlah tenaga pada RSD dr.Fauziah Bireuen sampai 31 desember 2007 adalah sebanyak 458 orang, yang mencakup tenaga medis, tenaga paramedis perawatan, tenaga paramedis nonperawatan, dan tenaga non medis. Jenis status kepegawaian terdiri dari pegawai negeri sipil, pegawai tidak tetap dan tenaga wiyata bakti (honor daerah).

Tabel 3.1  
Data Ketenagaan Pns / Ptt Dan Wiyata Bhakti Pada RSD dr.Fauziah Bireuen  
Tahun 2007

NO	JENIS TENAGA	PNS	PTT	BAKTI	TOTAL TENAGA
	<b>MEDIS</b>	<b>22</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>28</b>
1	Dr Spesialis Obgyne	2	-	-	2
2	Dr Spesialis Bedah	1	-	-	1
3	Dr Spesialis Dalam	2	-	-	2
4	Dokter Spesialis Anak	2	-	-	2
5	Dokter Spesialis Radiologi	1	-	-	1
6	Dokter Spesialis Saraf	1	1	-	2
7	Dokter Spesilais Paru	1	-	-	1
8	Dokter Spesialis THT	-	1	-	1
9	Dokter Umum	9	1	3	13
10	Dokter Gigi	3	-	-	3
	<b>PARAMEDIS PERAWATAN</b>	<b>106</b>	<b>0</b>	<b>127</b>	<b>233</b>
11	S1 keperawatan	4	-	-	4
12	Anestesi	2	-	-	2
13	Akper	39	-	86	125
14	AKG	2	-	-	2
15	SPR/SPK	14	-	36	50
16	SPRG	8	-	-	8
17	Akbid	28	-	5	33
18	PPB	7	-	-	7
29	Bidan c	2	-	-	2
	<b>PARAMEDIS NON PRWTN</b>	<b>63</b>	<b>0</b>	<b>43</b>	<b>106</b>
20	Apotheker	2	-	-	2
21	Sarjana psikologi	-	-	2	2
22	SKM	5	-	2	7
23	Akfar	1	-	1	2

24	SAA	2	-	-	2
25	SMF	8	-	1	9
26	Akafarma	1	-	1	2
27	ATRO	4	-	3	7
28	APRO	-	-	1	1
29	AAK	6	-	9	15
30	SMAK	4	-	-	4
31	APK	1	-	-	1
32	AKL	3	-	2	5
33	SPPH	1	-	-	1
34	ATEM	6	-	3	9
35	AKZI	5	-	2	7
36	SPAG	3	-	-	3
37	Akfis	6	-	14	20
38	Apikes	3	-	2	5
39	Pekarya Kes Lanjutan	2	-	-	2
	<b>NON MEDIS</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>80</b>	<b>92</b>
40	Sarjana hukum	1	-	-	1
41	SE/ SE Akt		-	1	
42	D III Ekonomi	1	-	-	1
43	AMIK	1	-	5	6
44	SLTA	8	-	42	51
45	SLTP	-	-	10	10
46	SD	1	-	4	5
47	Cleaning service	-	-	18	18
	<b>Jumlah</b>	<b>203</b>	<b>3</b>	<b>252</b>	<b>458</b>

### 3.5. Sarana dan Prasarana

#### 3.5.1. Instalasi Pelayanan medik

##### 1) Instalasi Rawat Jalan

- Poliklinik umum
- Poliklinik Anak
- Poliklinik Penyakit Dalam
- Poliklinik Bedah
- Poliklinik Gigi
- Poliklinik Kebidanan dan penyakit kandungan
- Poliklinik THT



- Poliklinik Neurologi (saraf)
- Rehabilitasi Medik
- 2) Instalasi Rawat Inap
  - Ruang rawat Kelas Utama
  - Ruang rawat VIP
  - Ruang rawat Wanita
  - Ruang rawat Pria
  - Ruang rawat Kebidanan dan Penyakit Kandungan
  - Ruang rawat Anak
  - Ruang rawat Perinatologi
  - Ruang Observasi
- 3) Pelayanan Intensive; Intensive Care Unit (ICU)
- 4) Pusat Pelayanan Terpadu bagi Anak dan Perempuan Korban Kekerasan
- 5) Pelayanan Penunjang Medik
  - Radio diagnostik
    - o X-Ray Biasa
    - o USG
  - Laboratorium Klinik
  - Farmasi
  - Gizi

### 3.5.2. Instalasi Penunjang

- 1) Instalasi Pemeliharaan Sarana RS
- 2) Kamar Jenazah
- 3) Dapur

## 4) Generator Listrik

## 3.5.3. Fasilitas Umum

## 1) Cafetaria

## 2) Musolla

## 3.5.4. Tanah dan Bangunan

1) Luas tanah lokasi pembangunan rumah sakit yaitu 21.610 m<sup>2</sup>.

## 2) Luas bangunan / Gedung tiap ruangan Seperti pada tabel berikut:

Tabel 3.2  
Jenis dan Luas Bangunan Gedung pada RSD dr.Fauziah Bireuen  
Tahun 2007

No	Bangunan	Luas
1	Gedung Unit Gawat Darurat ( UGD )	250 m <sup>2</sup>
2	Gedung Laboraterium	98 m <sup>2</sup>
3	Gedung Poliklinik	241 m <sup>2</sup>
4	Gedung Instalasi Bedah Sentral ( OK )	375 m <sup>2</sup>
5	Gedung VIP Rawat Inap (Kelas II)	406 m <sup>2</sup>
6	Gedung Bersalin	309 m <sup>2</sup>
7	Gedung ICU	194 m <sup>2</sup>
8	Selasar/Koridor	766 m <sup>2</sup>
9	Mushalla	54 m <sup>2</sup>
0	Gedung Kantor-Kantor Dinas Kesehatan	269 m <sup>2</sup>
11	Gedung Rawat Inap Anak	233 m <sup>2</sup>
12	Gedung Radiologi	151 m <sup>2</sup>
13	Gedung Rawat Inap (Kelas III)	172 m <sup>2</sup>
14	Gedung Poliklinik Rawat Jalan	400 m <sup>2</sup>
15	Gedung Perluasan Gedung Bersalin	147 m <sup>2</sup>
16	Gedung Taman	168 m <sup>2</sup>
17	Rencana Pengaspalan Halaman	-
18	Penambahan Selar/Koridor	59 m <sup>2</sup>

19	Pos Satpam	21 m <sup>2</sup>
20	Papan Nama BLU RSD Dr. Fauziah Bireuen	6 m <sup>2</sup>
21	Gedung Rawat Inap Kelas Utama (Kelas I)	250 m <sup>2</sup>
22	Rumah Dinas Dokter 2 Lantai Tahun Anggaran	654 m <sup>2</sup>
23	Rumah Genset	26 m <sup>2</sup>
24	Rencana Taman Air Mancur	-
25	Tempat Parkir Sepeda/Sepeda Motor	100 m <sup>2</sup>
26	Pembangunan Rumah Dinas Kepala Badan	150 m <sup>2</sup>

#### 3.5.5. Sarana Penunjang Lainnya

Sarana penunjang lainnya yang untuk mendukung kegiatan pelayanan di RSD dr.Fauziah Bireuen yaitu :

- Instalasi Listrik PLN
- Genset (kapasitas 100Kva)
- Gas Medik

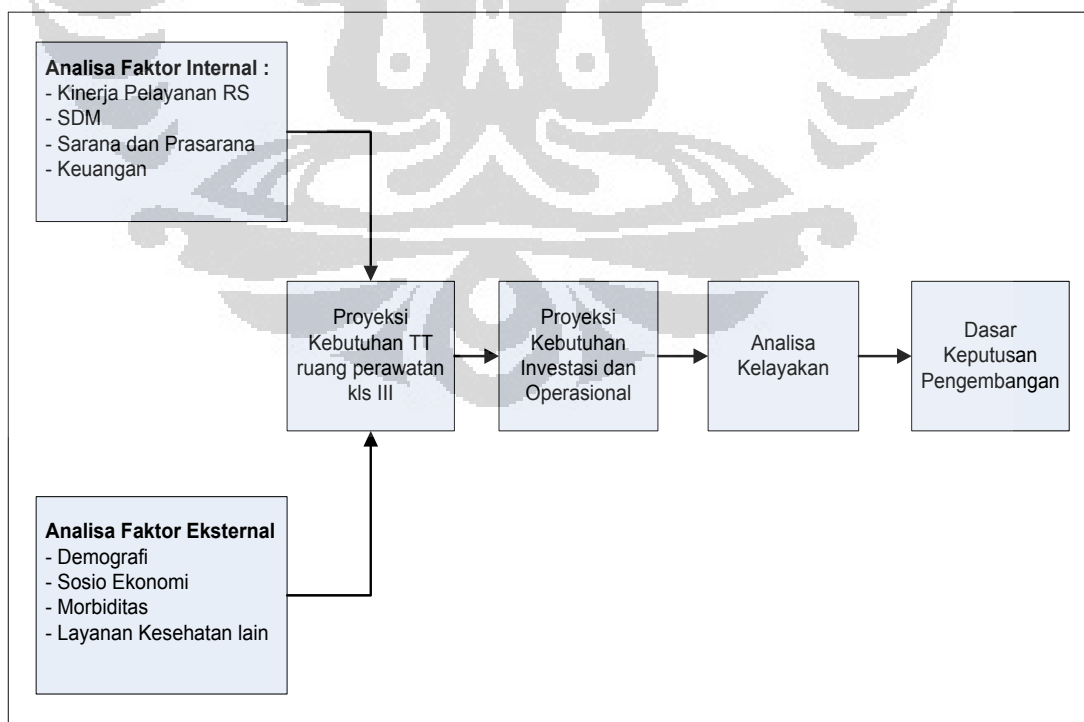
## BAB IV

### KERANGKA KONSEP

#### 4.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan teori-teori dan kebijakan pemerintah pada bab tinjauan pustaka yang membahas tentang perencanaan investasi untuk pengembangan sebuah rumah sakit, yang merupakan objek dari penelitian ini. Maka disusunlah sebuah kerangka konsep penelitian yang memudahkan peneliti dalam mencari jawaban dari permasalahan pada penelitian ini. Adapun kerangka konsep dari penelitian adalah sebagai berikut :

Gambar 4.1  
Kerangka Konsep Penelitian



## 4.2. Defenisi Operasional

1) Analisis Faktor Internal adalah analisis yang dilakukan terhadap faktor-faktor di dalam lingkungan internal BLU RSD dr. Fauziah Bireuen, yang mencakup:

a. Kinerja Pelayanan Rumah Sakit:

- Yaitu : Analisa terhadap penampilan hasil kegiatan di RSD dr.Fauziah Bireuen, berupa layanan rawat jalan maupun rawat inap selama kurun waktu yang telah berjalan.
- Cara ukur : Telaah dokumen
- Alat ukur : Laporan Rekam Medik
- Hasil ukur :
  - Data kunjungan pasien
  - Data pemanfaatan tempat tidur
  - Data mengenai trend dan pola kunjungan pasien
  - Data jenis pembayaran pasien

b. SDM

- Yaitu : Analisa menyangkut ketenaga kerjaan yang dimiliki oleh RSD dr.Fauziah Bireuen
- Cara ukur : Telaah dokumen
- Alat ukur : Data/ laporan Bagian Kepegawaian
- Hasil ukur : Data distribusi Ketenagaan pada RSD dr. Fauziah Bireuen

c. Sarana dan Prasarana

- Yaitu : Analisa terhadap fasilitas yang dimiliki oleh RSD dr.Fauziah Bireuen untuk mendukung terlaksananya kegiatan pelayanan.
- Cara ukur : Telaah dokumen dan Observasi
- Alat ukur : Data Profil RSD dr.Fauziah Bireuen
- Hasil ukur : Data sarana dan prasarana yang ada pada RSD dr.Fauziah Bireuen.

#### d. Keuangan

- Yaitu : Analisa yang menyangkut dengan biaya dan pendapatan RSD dr.Fauziah Bireuen
- Cara ukur : Telaah dokumen dan wawancara
- Alat ukur : Laporan keuangan RSD dr.Fauziah Bireuen
- Hasil ukur : Data mengenai tarif, arus kas, dan sumber pembiayaan.

2) Analisis Faktor Eksternal adalah analisis yang dilakukan terhadap faktor-faktor di luar lingkungan RS yang berhubungan dengan pelayanan rawat inap kelas III di BLU RSD dr. Fauziah Bireuen, Faktor tersebut mencakup:

#### a. Demografi:

- Yaitu : Analisa terhadap faktor-faktor kependudukan dan wilayah Kabupaten Bireuen
- Cara ukur : Telaah dokumen
- Alat ukur : Buku Profil Kabupaten Bireuen
- Hasil ukur : Jumlah dan pertumbuhan penduduk, Data mengenai distribusi penduduk.

#### b. Sosio Ekonomi

- Yaitu : Analisa mengenai pertumbuhan ekonomi, pendapatan perkapita, keadaan/ status kesejahteraan penduduk di wilayah Kabupaten Bireuen, yang dikaitkan dengan kemampuan untuk membeli (*ability to pay*) layanan kesehatan.
- Cara ukur : Telaah dokumen
- Alat ukur : Buku tinjauan PDRB Kabupaten Bireuen dan Buku Bireuen dalam angka.
- Hasil ukur :
  - Pertumbuhan ekonomi
  - Pendapatan perkapita
  - Data jumlah penduduk miskin dan Rumah tangga miskin

#### c. Morbiditas

- Yaitu : Analisa terhadap keadaan/ angka kesakitan masyarakat di wilayah Kabupaten Bireuen.
- Cara ukur : Telaah dokumen
- Alat ukur : Buku Profil Kesehatan Kabupaten Bireuen
- Hasil ukur : Jenis penyakit yang berkembang di wilayah Kabupaten Bireuen.

#### d. Layanan Kesehatan lain

- Yaitu : Analisa terhadap seluruh Rumah Sakit swasta dan puskesmas rawat inap dalam wilayah Kabupaten Bireuen untuk mengetahui suplay tempat tidur rawat inap kelas III.

- Cara ukur : Menghitung jumlah Tempat Tidur untuk ruang rawat inap kelas III di seluruh puskesmas dan RS swasta di Kabupaten Bireuen.
- Alat ukur : Observasi dan telaah dokumen.
- Hasil ukur : Jumlah Tempat Tidur dan angka pemanfaatan (BOR) rawat inap kelas III.

3) Proyeksi Kebutuhan tempat tidur ruang perawatan kelas III adalah menghitung jumlah kebutuhan TT kedepannya, untuk ruang perawatan kelas III pada BLU RSD dr.Fauziah Bireuen

- Cara ukur : Menghitung perbandingan perkalian jumlah penderita yang dirawat/1000 penduduk dengan rata-rata lama hari rawat dan jumlah penduduk, kemudian dibandingkan dengan BOR yang dikalikan dengan jumlah hari dalam setahun.
- Alat ukur : Rumus J.R Griffith
- Hasil ukur : Jumlah kebutuhan TT ruang perawatan kelas III pada BLU RSD dr.Fauziah Bireuen kedepannya

4) Proyeksi kebutuhan Investasi dan Operasional adalah menghitung jumlah kebutuhan biaya untuk pengembangan ruang perawatan, untuk pembangunan gedung, penyediaan peralatan medis, nonmedis, sarana pendukung, biaya gaji dan operasional pada BLU RSD dr.Fauziah Bireuen.

- Cara ukur : Menghitung biaya investasi dan operasioanl sesuai rencana pengembangan.



- Alat ukur : Menggunakan buku standar harga barang/ inventaris yang dikeluarkan pemda dan asumsi harga bangunan dari dinas kimpraswil setempat.
  - Hasil ukur : Jumlah total biaya investasi dan operasional untuk pengembangan ruang perawatan kelas III pada BLU RSD dr.Fauziah Bireuen.
- 5) Analisa kelayakan adalah suatu proses perhitungan analisis investasi untuk menilai apakah investasi / proyek yang akan dilaksanakan menguntungkan secara ekonomi dan sosial.
- Cara ukur : Dengan menghitung total nilai investasi yang ditanamkan, selanjutnya menetapkan sasaran pengguna, dan seberapa besar jumlah penggunaan.
  - Alat ukur : Standar dan petunjuk teknis pembangunan gedung pemerintah.
  - Hasil ukur : Layak atau tidak layak.
- 6) Dasar Keputusan pengembangan adalah Rujukan yang dapat dijadikan sebagai pedoman dalam mengambil keputusan akhir terhadap rencana proyek pengembangan ruang perawatan kelas III pada BLU RSD dr.Fauziah Bireuen setelah dilakukan berbagai analisa yang mendalam.
- Cara ukur : Melakukan analisa studi kelayakan
  - Alat ukur : Metode-metode analisis studi kelayakan
  - Hasil ukur : Rekomendasi kepada pihak manajemen RSD dr.Fauziah Bireuen untuk menindak-lanjuti atau tidak terhadap rencana pengembangan ruang perawatan kelas III pada BLU RSD dr. Fauziah Bireuen.

## **BAB V**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **5.1. Rancangan Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian operasional (operational research) berupa studi kasus untuk sebuah perencanaan pengembangan Rumah Sakit, dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Menggunakan data sekunder 4 tahun terakhir untuk melihat trend analysis, dan melakukan analisis faktor internal dan eksternal untuk mengetahui tingkat kebutuhannya, serta analisis pembiayaan untuk melihat aspek kelayakan ekonomis.

#### **5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di BLU Rumah Sakit Daerah dr.Fauziah Kabupaten Bireuen Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam. Waktu penelitian dilaksanakan dari tanggal 5 s.d 19 november 2008.

#### **5.3. Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dilakukan secara bertahap baik data kualitatif maupun kuantitatif yang dilakukan dengan cara :

- 1) Wawancara dengan beberapa pihak di RSD dr.Fauziah Bireuen untuk mengetahui kesiapan SDM dan sumber pembiayaan untuk pengembangan rumah sakit.
- 2) Menganalisis rencana pengembangan secara umum selama berada di RSD dr.Fauziah Bireuen.

- 3) Pengumpulan data sekunder yang dibutuhkan didapatkan dari data internal pada RSD dr.Fauziah Bireuen dan data eksternal di luar RS yaitu dari BPS, Dinkes, dan RS pesaing di Kabupaten Bireuen.

a. Data Internal

Pengumpulan data internal mencakup data indikator pelayanan RS empat tahun terakhir yaitu dari 2004 sampai dengan 2007, yang didapat dari laporan tahunan atau laporan pendukung lainnya pada bagian rekam medik dan bagian terkait lainnya. Selanjutnya mempelajari pola kunjungan pasien di RS, baik itu di rawat inap, poliklinik rawat jalan dan UGD.

Data mengenai SDM yang diambil dari Bagian Kepegawaian untuk menganalisa kecukupan SDM. Selanjutnya data keuangan didapatkan dari Bagian Keuangan RS, yaitu data mengenai pendapatan dan pengeluaran RS, kemudian tarif yang berlaku di RS, dan jenis pembayaran dari pasien (tunai atau jaminan). Data ini diperlukan sebagai dasar acuan untuk mengasumsikan proyeksi keuangan yang diperlukan untuk analisis kelayakan.

b. Data Eksternal

- a) Data dari Badan Pusat Statistik Kabupaten Bireuen, berupa data demografi mengenai jumlah dan pertumbuhan penduduk, data sosio ekonomi masyarakat di Kabupaten Bireuen. Data ini berguna untuk estimasi kebutuhan layanan kesehatan yang akan dikembangkan, yang dihubungkan dengan kemampuan dan kebutuhan masyarakat terhadap akses layanan kesehatan tersebut.
- b) Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bireuen, yaitu profil kesehatan Kabupaten Bireuen dari tahun 2004 sampai dengan 2007, untuk melihat

data morbiditas, fasilitas pelayanan kesehatan, dan suplay tempat tidur dari seluruh puskesmas di wilayah kabupaten Bireuen.

- c) Data dari rumah sakit lain yang ada dalam wilayah Kabupaten Bireuen untuk mengetahui berapa jumlah tempat tidur yang tersedia saat ini, khususnya pada ruang rawat kelas III.

#### **5.4. Pengolahan dan Analisa Data**

Pengolahan data dilakukan secara manual dan komputerisasi dengan menggunakan perangkat lunak microsoft office excel. Analisa data menggunakan analisis kecenderungan dengan menggunakan data 4 tahun terakhir untuk menentukan rata-rata tingkat pertumbuhan kedepan. Data tersebut dipakai sebagai dasar untuk menetapkan proyeksi kebutuhan untuk pengembangan ruang perawatan kelas III, dan berapa besar dana investasi. Selanjutnya dilakukan analisa kelayakan dengan memproyeksikan sasaran pengguna hasil investasi dan seberapa besar penggunaan hasil investasi yang akan direalisasikan.

## **BAB VI**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **6.1. Kerangka Penyajian**

Penyajian hasil penelitian pada bab ini dimulai dari ulasan mengenai kualitas data yang di pakai dalam penelitian ini, keterbatasan penelitian, dan selanjutnya analisa faktor internal dan eksternal yang merupakan substansi dari penelitian ini. Hasil analisis disajikan dalam bentuk tabel distribusi yang selanjutnya data-data tersebut dianalisis secara mendalam dengan melihat trend analisisnya untuk memproyeksikan keadaan di masa yang akan datang. Hasil analisis ini merupakan dasar penyusunan perumusan perencanaan pengembangan ruang rawat inap kelas III di RSD dr.Fauziah Bireuen kedepannya 5 hingga 15 tahun mendatang..

Pada analisa faktor internal disajikan informasi mengenai kinerja rumah sakit meliputi rawat jalan, rawat inap, kemudian diteruskan pada organisasi manajemen rumah sakit yang meliputi SDM dan keuangan. Pada analisa eksternal disajikan informasi mengenai demografi, sosio ekonomi, morbiditas dan informasi tentang fasilitas kesehatan lain di dalam wilayah Kabupaten Bireuen.

#### **6.2. Kualitas Data**

Data yang digunakan pada penelitian ini adalah data sekunder yang didapatkan selama 4 tahun terakhir yaitu dari tahun 2004 sampai dengan tahun 2007, namun beberapa data yang digunakan diantaranya tidak tersedia dari 4 tahun berturut-turut karena keterbatasan-keterbatasan yang dimiliki oleh RSD dr.Fauziah

Bireuen dalam penyimpanan dan pengelolaan data RS. Kendati demikian peneliti yakin bahwa data yang diperoleh dapat menjawab substansi dari penelitian ini.

Untuk data-data eksternal kualitas datanya lebih akurat karena diambil dari laporan tahunan BPS kabupaten Bireuen, begitu juga data yang berasal dari dinas kesehatan dan dinas kimpraswil. Sedangkan untuk data jumlah suplay tempat tidur di RS swasta dalam wilayah kabupaten Bireuen peneliti melakukan penelusuran langsung ke RS yang terkait.

### **6.3. Keterbatasan Penelitian**

Karena keterbatasan waktu penelitian dan kondisi RSD dr.Fauziah Bireuen yang baru saja terjadi mutasi kepemimpinan dalam struktur organisasinya maka pengumpulan data faktor internal dan eksternal yang berhubungan dengan penelitian diambil dari data sekunder. Penelitian ini dilakukan pada 3 november sampai dengan 15 november 2008 dengan analisis dokumen dan wawancara dengan beberapa pihak terkait.

### **6.4. Analisis Faktor Internal**

#### **6.4.1. Kinerja Pelayanan BLU RSD dr. Fauziah Bireuen**

##### **a. Rawat Jalan**

Rawat jalan merupakan produk utama dari setiap rumah sakit yang merupakan pintu masuk utama kepada setiap pasien untuk memperoleh pelayanan lebih lanjut lainnya. Di RSD dr. Fauziah Bireuen rawat jalan dilayani melalui poliklinik dan Unit Gawat Darurat (UGD). Poliklinik membuka pelayanannya dari

jam 8.00 s.d 16.00 WIB, untuk waktu diluar jam tersebut pasien bisa mendapatkan pelayanan melalui UGD yang dibuka selama 24 jam.

Dari hasil data yang di dapatkan pada kunjungan rawat jalan untuk periode 4 tahun terakhir (2004-2007) menunjukkan peningkatan kunjungan dari tahun ketahun dengan pertumbuhan kunjungan sebesar 5,7 persen untuk poliklinik, dan untuk UGD angka pertumbuhannya mencapai 32,8 persen. Lebih rinci terlihat pada tabel 6.1. dibawah ini.

Tabel 6.1.  
Jumlah Kunjungan Pasien Poliklinik dan UGD RSD dr.Fauziah Bireuen  
Tahun 2004 s.d 2007

No	Layanan	2004	2005	2006	2007	Rata-rata pertumbuhan pertahun (%)
1	Poliklinik	58.562	48.920	53.408	66.507	5,7%
2	IGD	4.358	6.951	7.726	9.874	32,8%

Sumber : Laporan Kegiatan Tahunan RSD dr.Fauziah Bireuen, diolah

Dari data diatas terlihat jelas kecendrungan peningkatan yang cukup signifikan khususnya untuk kunjungan UGD pada RSD dr.Fauziah Bireuen. Pada kunjungan poliklinik pertumbuhannya tidak terlalu signifikan dimana sempat terjadi penurunan dari tahun 2004 ke tahun 2005. ini mungkin disebabkan karena pada tahun 2005 dan 2006 poliklinik THT dan Mata tidak dibuka sepanjang tahun karena tidak tersedianya tenaga dokter spesialis, berhubung tenaga dokter spesialis yang selama ini bertugas pada poliklinik tersebut telah habis masa kontrak nya, dan RSD dr.Fauziah belum memiliki dokter spesialis yang permanen untuk poliklinik tersebut. Jadi penulis berasumsi bahwa angka pertumbuhan untuk kunjungan poliklinik sebenarnya bisa melebihi angka 5,7 persen. Untuk melihat rata kunjungan pasien perhari dapat dilihat pada tabel 6.2 berikut ini.

Tabel 6.2  
Rata-rata Jumlah Kunjungan Perhari Poliklinik dan UGD RSD dr.Fauziah Bireuen  
Tahun 2004 s.d 2007

No	Rawat Jalan	2004		2005		2006		2007	
		Kunjungan Perhari	Hari Aktif	Kunjungan Perhari	Hari Aktif	Kunjungan Perhari	Hari Aktif	Kunjungan Perhari	Hari Aktif
1	Poliklinik	198	296	178	275	185	289	265	251
2	UGD	12	366	19	365	21	365	27	365
	Total	210		197		206		292	

Sumber : Laporan Kegiatan Tahunan RSD dr.Fauziah Bireuen, diolah.

Dari tabel 6.2 diatas terlihat jelas peningkatan kunjungan rawat jalan dari tahun ketahun kecuali kunjungan poliklinik dari tahun 2004 ke tahun 2005 yang menurun seperti yang telah dijelaskan sebelumnya. Untuk hari aktif kunjungan tahun 2007 pada kunjungan poliklinik terlihat lebih sedikit dikarenakan pada tahun 2007 dikeluarkannya kebijakan 5 hari kerja seminggu oleh pemda NAD.

Dalam Tabel 6.3 berikut ini disajikan proporsi kunjungan perpoliklinik tiap tahunnya.

Tabel 6.3  
Jumlah Kunjungan Rawat Jalan Perpoliklinik RSD Bireuen  
Tahun 2006 / 2007

No	Poliklinik	2005		2006		2007		Rata-rata Pertahun (%)
		Kunjungan	%	Kunjungan	%	Kunjungan	%	
1	Dalam	12572	25,7	11055	20,7	19021	28,6	25,0
2	Bedah	3033	6,2	2617	4,9	5188	7,8	6,3
3	Anak	9148	18,7	11109	20,8	7050	10,6	16,7
4	Obgin	7729	15,8	11963	22,4	6385	9,6	15,9
5	Gigi	3180	6,5	3952	7,4	5188	7,8	7,2
6	THT	1027	2,1	3632	6,8	5454	8,2	5,7
7	Mata	0	0	214	0,4	0	0	0,1
8	Syaraf	4990	10,2	3952	7,4	6252	9,4	9,0
9	Paru	0	0	0	0	1663	2,5	0,8
10	Radiologi	4745	9,7	1816	3,4	7316	11	8,0
11	Rehab Medik	2495	5,1	3098	5,8	2993	4,5	5,1
		48920	100	53408	100	66507	100	100

Sumber : Laporan Kegiatan Tahunan RSD dr.Fauziah Bireuen, diolah.



Bila mengacu pada Tabel diatas, tampak bahwa pertumbuhan jumlah kunjungan untuk beberapa poliklinik menunjukkan kecenderungan yang dapat menjadi pilihan pelayanan unggulan bagi RSD dr.Fauziah Bireuen dalam pengembangannya dimasa yang akan datang.

Ditinjau dari peringkat tertinggi kunjungan pasien rawat jalan pada tahun 2005 s.d 2007 terlihat bahwa kasus penyakit dalam merupakan kasus yang paling banyak ditangani, disamping kasus anak dan kebidanan yang mendominasi setelahnya.

Berdasarkan data-data diatas maka dapatlah diproyeksikan kira-kira kunjungan rawat jalan 5 tahun kedepannya adalah sebagaimana tertulis pada Tabel 6.4 di bawah ini.

Tabel 6.4  
Proyeksi Kunjungan Pasien Poliklinik dan UGD RSD dr.Fauziah Bireuen  
Tahun 2008 s.d 2012

No	Layanan	2008	2009	2010	2011	2012
1	Poliklinik	70.298	74.305	78.540	83.017	87.749
2	IGD	13.113	17.414	23.125	30.710	40.783

Peningkatan kunjungan rawat jalan ini secara otomatis akan berpengaruh terhadap peningkatan pemanfaatan ruang rawat inap di RSD dr.Fauziah Bireuen, karena sebagian besar pasien yang berobat di unit rawat jalan harus diopname untuk mendapatkan pelayanan lebih lanjut. Pada Tabel 6.5 berikut terlihat gambaran proporsi pasien rawat inap yang berasal dari UGD RSD dr.Fauziah Bireuen.

Tabel 6.5  
Tindak Lanjut Pasien UGD pada RSD Dr.Fauziah Bireuen  
Tahun 2006 dan 2007

No	Tindak lanjut	2005		2006		2007		Rata-rata pertahun (%)
		Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	
1	Pasien dirawat	3.858	55,5	4.203	54,4	6.764	68,5	59,5
2	Pasien dipulangkan	2.899	41,7	3.276	42,4	2.923	29,6	37,9
3	Pasien dirujuk	90	1,3	108	1,4	89	0,9	1,2
4	Pasien mati	104	1,5	139	1,8	99	1	1,4
		6.951	100	7.726	100	9.874	100	

Sumber : Laporan Kegiatan Tahunan RSD dr.Fauziah Bireuen, diolah.

Jika kita melihat dari tabel diatas jelas terlihat bahwa lebih dari setengah kunjungan pasien UGD di RSD dr.Fauziah Bireuen dilanjutkan dengan rawat inap, dimana rata-rata tiap tahunnya pasien dirawat yang masuk melalui UGD mencapai 59,5 persen. Untuk pasien yang meninggal dunia di UGD angkanya masih tergolong tinggi yaitu 1,4 persen, angka ini melebihi angka yang ditetapkan oleh depkes dalam buku Standar Pelayanan Minimal Pelayanan RS di UGD, yang menetapkan batas kematian pasien di UGD yaitu dua perseribu pasien. Untuk mengetahui penyebab tingginya angka kematian tersebut maka perlu di telaah lebih lanjut.

Tabel 6.6  
Sepuluh Penyakit Terbanyak di Rawat Jalan RSD dr.Fauziah Bireuen  
Tahun 2005 s.d. 2007

No	Nama Penyakit	2005		2006		2007	
		Jumlah Kasus	%	Jumlah Kasus	%	Jumlah Kasus	%
1	ISPA	2380	15,6	4663	26,7	3108	16,8
2	Influenza	3160	20,8	4169	23,9	2721	14,7
3	Febris Berulang	2088	13,7	1786	10,2	-	-
4	Cedera pd badan	2076	13,6	-	-	-	-
5	Diare	1356	8,9	1928	11,0	2667	14,4
6	Pengawasan kehamilan	1350	8,9	-	-	-	-
7	Kulit Dan Jaringan Subkutan	911	6,0	-	-	-	-
8	Gastritis Dan Duodenitis	835	5,5	1091	6,3	-	-
9	Asma	539	3,5	-	-	-	-
10	Gusi & Jaringan Periodental	527	3,5	-	-	-	-
11	Typoid & Paratypoid	-	-	-	-	1611	8,7
12	Hipertensi	-	-	1412	8,1	-	-
13	Diabetes Melitus	-	-	1349	7,7	-	-
14	Bronchitis	-	-	692	4,0	1155	6,2
15	Pertusis	-	-	191	1,1	-	-
16	Varicella	-	-	169	1,0	-	-
17	Neoplasma Jinak Lainnya	-	-	-	-	1485	8,0
18	Migren	-	-	-	-	1473	8,0
19	ISK	-	-	-	-	1470	7,9
20	Radang Susunan Saraf	-	-	-	-	1458	7,9
21	Tonsilitis	-	-	-	-	1350	7,3
		15222		17450		18498	

Sumber : Laporan Kegiatan Tahunan RSD dr.Fauziah Bireuen, diolah.

Dari Tabel 6.6 diatas terlihat jelas bahwa penyakit ISPA dan Influenza menduduki peringkat teratas kasus terbanyak dalam tiga tahun berturut-turut. selanjutnya diikuti oleh kasus Febris Berulang dan Cedera Pada badan untuk tahun 2005. Sedangkan untuk tahun 2006 dan 2007 kasus diare masih mendominasi setelah kasus ISPA dan Influenza.

Seluruh pasien yang berobat di RSD dr.Fauziah Bireuen terdiri dari pasien umum yang membayar biaya pelayanan secara langsung oleh pasien, dan pasien yang menjadi tanggungan asuransi, yaitu pasien yang memiliki kartu askes dan kartu askin. Sampai saat ini RSD dr.Fauziah Bireuen belum memiliki ikatan kerjasama dengan perusahaan asuransi lainnya.

Tabel 6.7  
Distribusi Jenis Pasien Menurut Cara Pembayaran  
RSD Bireuen Tahun 2006/2007

No	Jenis Pasien	2006		2007		Tumbuh
		Jumlah	%	Jumlah	%	
1	Umum	20779	52,4	20358	45,6	-2%
2	Askes	13581	34,2	12081	27,1	-11%
3	Askin	5315	13,4	12218	27,4	129,90%
		39675		44657		

Sumber : Laporan Kegiatan Tahunan RSD dr.Fauziah Bireuen, diolah.

Dari tabel diatas terlihat perubahan pada jenis pasien menurut sistem pembayaran dimana pada tahun 2006 proporsi pasien umum lebih banyak dari pada pasien tanggungan asuransi yaitu 52,4 persen. Tetapi pada tahun 2005 pasien tanggungan asuransi lebih banyak dari pada pasien umum. Dan perubahan yang cukup signifikan terjadi pada pasien askin yang proporsinya pada tahun 2006 hanya 13,4 persen naik menjadi 27,4 persen pada tahun 2007. Keadaan ini mungkin terjadi akibat mudahnya mendapatkan kartu berobat gratis/askin di Kabupaten Bireuen, dimana pasien hanya memerlukan surat keterangan tidak mampu dari kepala desa untuk mendapatkan pelayanan kesehatan gratis di Rumah Sakit dr.Fauziah Bireuen.

### b. Rawat Inap

Rumah Sakit Daerah dr.Fauziah Bireuen saat ini memiliki 125 Tempat Tidur, yang di bagi dalam beberapa ruang perawatan yang terbagi kepada Ruang Rawat Anak, Ruang Perinatologi, Ruang Rawat Kebidanan, ICU, Ruang Rawat Kelas Utama, Ruang Rawat Kelas II Pria dan Wanita, Ruang Rawat Kelas III Pria dan Wanita. Proporsi jumlah Tempat Tidur per-ruangan dapat dilihat pada Tabel dibawah ini.

Tabel 6.8  
Proporsi Jumlah Tempat Tidur Per-ruangan Pada RSD dr.Fauziah Bireuen  
Tahun 2008

No	Nama Ruang	Kelas I	Kelas II	Kelas III	Non Kls	Jumlah
1	Kelas Utama	14	-	-	-	14
2	Kelas II Pria	-	14	-	-	14
3	Kelas II Wanita	-	12	-	-	12
4	Kelas III Pria & Wanita	-	-	34	-	34
5	Rawat Anak	4	6	8	-	18
6	Rawat Kebidanan	2	2	16	-	20
7	Perinatologi	-	-	-	5	5
8	ICU	-	-	-	8	8
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>34</b>	<b>58</b>	<b>13</b>	<b>125</b>

Sumber : Laporan Kegiatan Tahunan RSD dr.Fauziah Bireuen, diolah.

Dari tabel diatas terlihat bahwa cakupan jumlah Tempat Tidur untuk Kelas III hanya 58 Tempat Tidur atau 46,4 persen dari jumlah total seluruh Tempat Tidur yang tersedia. Jika kita merujuk kepada ketentuan yang di tetapkan oleh Permenkes yang mengharuskan RS pemerintah menyediakan 75 persen Tempat Tidurnya untuk Kelas III maka RSD dr.Fauziah Bireuen mengalokasikan 94 Tempat Tidur untuk Kelas III dari 125 Tempat Tidur yang tersedia saat ini.

Untuk angka pemamfaatan Tempat Tidur pada RSD dr.Fauziah Bireuen dari tahun-ketahun terus mengalami peningkatan, ini terjadi karena meningkatnya jumlah

pasien rawat inap yang dirawat tiap tahunnya. Untuk mengetahui angka pertumbuhan kunjungan rawat inap dari tahun 2004 s.d tahun 2007 disajikan dalam Tabel 6.9 dibawah ini.

Tabel 6.9  
Jumlah Pasien Rawat Inap di RSD dr.Fauziah Bireuen  
Tahun 2004 s.d 2007

	2004	2005	2006	2007	Rata-rata Pertumbuhan (%)
Jumlah Pasien	4486	7072	8783	9581	30,3
LOS	4	4	4	4	

Sumber : Laporan Kegiatan Tahunan RSD dr.Fauziah Bireuen, diolah.

Dari tabel diatas terlihat jelas bahwa angka kunjungan pasien rawat inap terus meningkat dari tahun ketahun. Peningkatan yang cukup signifikan terjadi pada tahun 2004 ke 2005 dimana pertumbuhannya mencapai 57,6 persen, sedangkan rata-rata pertumbuhan pertahun adalah sebesar 30,3 persen. Angka dari tabel diatas merupakan acuan dalam memproyeksikan kunjungan pasien rawat inap untuk kedepannya. Adapun proyeksi kunjungan rawat inap pada RSD dr.Fauziah Bireuen untuk tahun 2008 s.d tahun 2012 adalah seperti tersaji pada tabel 6.9 berikut ini.

Tabel 6.10  
Proyeksi Pasien Rawat Inap pada RSD dr.Fauziah Bireuen  
Tahun 2008 s.d 2012

Tahun	2008	2009	2010	2011	2012
Jumlah Pasien	12484	16267	21196	27618	35986

Sumber : Laporan Kegiatan Tahunan RSD dr.Fauziah Bireuen, diolah.

Dari tabel diatas terlihat bahwa angka kunjungan untuk rawat inap sampai tahun 2012 diproyeksikan mencapai 35.986 pasien, angka ini hampir sepertiga dari angka proyeksi kunjungan rawat jalan pada tahun 2012 yang mencapai 128.532

kunjungan, atau lebih tepatnya proporsi kunjungan rawat inap dengan rawat jalan pada tahun 2012 adalah 28 persen.

Proyeksi kunjungan rawat inap ini dapat pula dikaitkan dengan proyeksi kunjungan UGD pada tabel 6.4 di halaman sebelumnya. Pada proyeksi kunjungan UGD pada tahun 2012 yaitu mencapai 40.783 kunjungan, dan jika kita menggunakan angka rata-rata 59,5 persen sebagai indikator pasien di UGD selanjutnya harus dirawat, maka akan keluar hasil yaitu sebanyak 24.266 pasien di UGD dilanjutkan ke rawat inap. Dari analisa ini kita dapat berasumsi bahwa dari 35.986 pasien rawat inap yang diproyeksikan pada tahun 2012, sebanyak 24.266 berasal dari UGD dan selebihnya 11.720 pasien berasal dari poliklinik.

Dari proyeksi kunjungan pasien rawat inap diatas selanjutnya kita bisa memproyeksikan tingkat utilisasi Tempat Tidur pada RSD dr.Fauziah Bireuen kedepannya, tetapi sebelum itu kita akan melihat terlebih dahulu proporsi kunjungan pasien rawat inap dan angka pemanfaatan Tempat Tidur per-ruangan dari tahun 2005 s.d 2007 seperti pada tabel di bawah ini.

Tabel 6.11  
Angka Pemanfaatan Tempat Tidur Menurut Ruangan pada RSD dr.Fauziah Bireuen  
Tahun 2004 s.d 2007

No	Nama Ruang	2004		2005		2006		2007	
		Jlh Pasien	BOR	Jlh Pasien	BOR	Jlh Pasien	BOR	Jlh Pasien	BOR
1	Kelas Utama	499	37,0	788	61,6	940	74,6	1012	81,3
2	Kelas II Pria	408	30,9	644	50,4	763	61,7	922	78,2
3	Kelas II Wanita	372	31,9	587	53,5	655	61,8	845	79,2
4	Kls III Pria/ Wanita	1351	57,1	2134	68,8	2714	89,5	2986	98,3
5	Rawat Anak	739	42,9	1157	70,3	1278	78,8	1428	89,1
6	Rawat Kebidanan	607	31,2	957	52,4	1447	80,2	1473	82,8
7	Perinatologi	247	83,0	390	85,4	379	83,1	351	80,1
8	ICU	263	33,9	415	56,8	607	83,1	564	79,3
Rata-rata BOR/tahun			43		62		77		84

Sumber : Laporan Kegiatan Tahunan RSD dr.Fauziah Bireuen, diolah.

Dari Tabel 6.11 diatas terlihat jelas bahwa BOR Rumah Sakit secara umum tiap tahunnya terus meningkat, begitu juga untuk tiap ruangan, trendnya juga terus meningkat kecuali Ruang rawat ICU dan Perinatologi yang mana trendnya naik kemudian turun. Pada tahun 2006 dan 2007 angka BOR tertinggi yaitu pada ruang rawat Kelas III Pria/Wanita, dimana angkanya mencapai 98,3 persen. Dari hasil wawancara dengan beberapa Kepala Bagian RSD dr.Fauziah Bireuen diperoleh informasi bahwa untuk ruang kelas III pada tahun 2008 Tempat Tidurnya sering terisi penuh, dan untuk merawat pasien Askin yang baru masuk terkadang terpaksa dirawat kelas II. Berikut petikan wawancara dengan beberapa Kabag tersebut.

*“.....Kami kira tujuan utamanya adalah memberikan pelayanan yang terbaik kepada masyarakat...saat ini pasien yang dirawat dirumah sakit ini terus bertambah....(1)*

*“.....Karena saat ini daya tampung ruang rawat kelas III tidak mencukupi lagi...terkadang ada pasien miskin yang harus dirawat di kelas I atau bahkan di koridor karena diruang kelas III sudah penuh.....(2)*

*“.....Kami rasa sudah saatnya untuk menambah TT untuk ruang kelas III karena pasien terus membludak, tidak memungkinkan kita menolak tuk merawat pasien,apalagi pasien miskin, rusaklah nanti citra rumah sakit kita.....(3)*

Jika kita melihat keadaan ini maka pembangunan ruangan untuk penambahan Tempat Tidur ruang rawat Kelas III haruslah segera di realisasikan. Untuk melihat proporsi kunjungan rawat inap tiap-tiap ruangan pertahunnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 6.12  
Proporsi Jumlah Pasien Rawat Inap Per- Ruangan pada RSD dr.Fauziah Bireuen  
Tahun 2004 s.d 2007

No	Nama Ruang	2004		2005		2006		2007		Rata-rata BOR (%)
		$\Sigma$ Pasien	%	$\Sigma$ Pasien	%	$\Sigma$ Pasien	%	$\Sigma$ Pasien	%	
1	Kelas Utama	499	11,1	788	11,1	940	10,7	1012	10,6	10,9
2	Kelas II Pria	408	9,1	644	9,1	763	8,7	922	9,6	9,1
3	Kelas II Wanita	372	8,3	587	8,3	655	7,5	845	8,8	8,2
4	Kelas III Pria/Wanita	1351	30,1	2134	30,2	2714	30,9	2986	31,2	30,6



5	Rawat Anak	739	16,5	1157	16,4	1278	14,6	1428	14,9	15,6
6	Rawat Kebidanan	607	13,5	957	13,5	1447	16,5	1473	15,4	14,7
7	Perinatologi	247	5,5	390	5,5	379	4,3	351	3,7	4,7
8	ICU	263	5,9	415	5,9	607	6,9	564	5,9	6,1
Total		<b>4486</b>		<b>7072</b>		<b>8783</b>		<b>9581</b>		<b>100</b>

Sumber : Laporan Kegiatan Tahunan RSD dr.Fauziah Bireuen, diolah.

Dari tabel diatas terlihat jelas bahwa sebagian besar pasien rawat inap pada RSD dr.Fauziah Bireuen adalah berasal dari Kelas III, yaitu rata-rata 30,6 persen tiap tahunnya. setelahnya adalah ruang rawat anak dan Kebidanan. Kedepannya setelah pengembangan Kelas III pihak RS sudah bisa untuk fokus untuk pengembangan Ruang Rawat Anak mengingat besarnya proporsi jumlah pasien dan tingginya angka pemanfaatan tempat tidur yang mencapai 89,1 persen pada tahun 2007.

Berdasarkan data kunjungan Kelas III pada tabel diatas selanjutnya akan dilihat seberapa besar pertumbuhannya, yang nantinya bisa dijadikan acuan dalam memproyeksikan kunjungan pasien untuk tahun-tahun kedepan. Berikut disajikan jumlah kunjungan kelas III Pria/ Wanita dan angka pertumbuhannya.

Tabel 6.13  
Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Inap Kelas III pada RSD dr.Fauziah Bireuen  
Tahun 2004 s.d 2007

	2004	2005	2006	2007	Rata-rata Pertumbuhan (%)
Jumlah Pasien	1351	2134	2714	2986	31,72
BOR (%)	57,1	68,8	89,5	98,3	20,14

Sumber : Laporan Kegiatan Tahunan RSD dr.Fauziah Bireuen, diolah.

Dari tabel diatas terlihat jelas kecenderungan peningkatan kunjungan pasien Rawat Inap dan pemanfaatan Tempat Tidur di Rawat Inap Kelas III tiap tahunnya pada RSD dr.Fauziah Bireuen. Berdasarkan data-data diatas maka dapatlah diproyeksikan kira-kira jumlah kunjungan pasien Rawat Inap pada Kelas III RSD

dr.Fauziah Bireuen 5 tahun kedepan adalah sebagaimana tertulis pada Tabel 6.4 di bawah ini.

Tabel 6.14  
Proyeksi Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Inap Kelas III pada RSD dr.Fauziah Bireuen Tahun 2008 s.d 2012

Tahun	2008	2009	2010	2011	2012
Jumlah Pasien	3933	5181	6824	8988	11839

Sumber : Laporan Kegiatan Tahunan RSD dr.Fauziah Bireuen, diolah.

Dari tabel diatas terlihat bahwa kunjungan pasien rawat inap kelas III mencapai 11.839 pasien, angka ini sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan angka proporsi 30,7 persen pasien kelas III dari seluruh pasien rawat inap pada tahun 2012 yakni 11048 pasien. Untuk memproyeksikan tingkat utilisasi Tempat Tidur maka berpedoman kepada angka 11.839 pasien. Tingkat utilisasi ini diperoleh dari mengalikan hasil proyeksi jumlah pasien diatas dengan rata-rata lama hari rawat (LOS) yaitu 4 hari. Proyeksi tingkat utilisasi diuraikan seperti pada Tabel berikut ini.

Tabel 6.15  
Proyeksi Utilisasi Tempat Tidur/ Hari Rawat pada Ruang Rawat Kls III RSD dr.Fauziah Bireuen Tahun 2008 s.d 2012

Uraian	Hari Rawat				
	2008	2009	2010	2011	2012
Jumlah Pasien	3933	5181	6824	8988	11839
LOS (hari)	4	4	4	4	4
	<b>15732</b>	<b>20722</b>	<b>27295</b>	<b>35953</b>	<b>47358</b>

Dari tabel diatas terlihat bahwa permintaan hari rawat pada tahun 2012 khusus untuk ruang kelas III di RSD dr.Fauziah Bireuen mencapai 47358 hari. Untuk

bisa menampung proyeksi permintaan hari rawat tersebut maka pihak Rumah Sakit harus menyediakan 130 Tempat Tidur untuk Kelas III pada tahun 2012.

Tabel 6.16  
Sepuluh Penyakit Terbanyak di Rawat Inap RSD dr.Fauziah Bireuen  
Tahun 2005 s.d. 2007

No	Nama Penyakit	2005		2006		2007	
		∑ Kasus	%	∑ Kasus	%	∑ Kasus	%
1	Diare	580	8,2	752	8,6	618	6,5
2	Demam berulang	357	5,0	289	3,3	250	2,6
3	Persalinan Tunggal Spontan	260	3,7	-	-	-	-
4	Dyspepsia	171	2,4	-	-	294	3,1
5	Asma	166	2,3	-	-	112	1,2
6	Gastritis & Duodentis	165	2,3	281	3,2	181	1,9
7	Stroke	109	1,5	132	1,5	98	1,0
8	Hipertesi	96	1,4	123	1,4	-	-
9	aspiksia	84	1,2	-	-	-	-
10	Cedera pada badan	79	1,1	-	-	-	-
11	Typoid & Paratypoid	-	-	502	5,7	509	5,3
12	Tuberculosis	-	-	170	1,9	-	-
13	Diabetes Melitus	-	-	103	1,2	-	-
14	Malaria	-	-	61	0,7	-	-
15	Infark myocard acut	-	-	49	0,6	-	-
16	Tonsilitis	-	-	-	-	351	3,7
17	Sinusitis	-	-	-	-	99	1,0
18	Pneumonia	-	-	-	-	109	1,1
19	Lainnya	5007	70,8	6324	72	6956	72,6
	<b>Total</b>	<b>7072</b>	<b>100</b>	<b>8783</b>	<b>100</b>	<b>9581</b>	<b>100</b>

Sumber : Laporan Kegiatan Tahunan RSD dr.Fauziah Bireuen, diolah.

Dari Tabel diatas terlihat bahwa diare merupakat kasus yang terbanyak dirawat di RSD dr.Fauziah Bireuen selama tiga tahun terakhir. Selanjutnya typoid

dan demam berulang masih mendominasi diantara kasus-kasus yang lain. Dari distribusi penyakit ini terlihat bahwa penyakit infeksi merupakan penyakit yang paling banyak dirawat di unit rawat inap. Situasi tidak jauh berbeda dengan kondisi di ruang rawat inap Kelas III, seperti pada tabel berikut ini.

Tabel 6.17  
Sepuluh Penyakit terbanyak di Ruang Rawat Kelas III RSD dr.Fauziah Bireuen  
Tahun 2006 / 2007

No	Tahun 2006		Tahun 2007	
	Jenis Penyakit	%	Jenis penyakit	%
1	Diare	9,4	Diare	7,3
2	Demam berulang	8,2	Typoid/Paratypoid	6,9
3	Tuberkulosis	5,8	Asma	6,1
4	Typoid/Paratypoid	5,1	Dyspepsia	5,2
5	Pneumonia	4	Demam berulang	4,4
6	Gastritis dan doudenitis	3,5	Bronchitis	2,8
7	Cedera pada badan	2,6	Anemia lainnya	2,7
8	Malaria	0,7	Koch Pulmonum	2,3
9	Hepatitis	0,5	Gastritis dan doudenitis	0,7
10	Penyakit jaringan kulit lainnya	0,4	Cedera pada badan	0,5
11	Lainnya	59,8	Lainnya	61,1

Sumber : Laporan Kegiatan Tahunan RSD dr.Fauziah Bireuen, diolah.

Dari tabel diatas terlihat jelas bahwa sebagian besar penyakit yang dirawat dirawat inap Kelas III adalah penyakit infeksi, disamping kasus cedera pada badan akibat kecelakaan. Untuk itu perencanaan pengembangan pembangunan ruang Kelas III kedepannya harus mempertimbangkan faktor ini dalam mensetting bentuk ruangannya, untuk menghindari terjadi infeksi nosokomial.

Menurut cara pembayarannya, pasien yang dirawat di ruang rawat inap kelas III RSD dr.Fauziah Bireuen terbagi menjadi pasien umum, Askes dan Askeskin. Pada tabel berikut ini adalah distribusi pasien pada ruang rawat inap kelas III menurut cara pembayarannya.

Tabel 6.18  
Distribusi Pasien Rawat Inap Kelas III Menurut Jenis Pembayaran  
Pada RSD Bireuen Tahun 2006/2007

No	Jenis Pasien	2006		2007		Rata-rata (%)
		Jumlah	%	Jumlah	%	
1	Umum	258	10,3	532	19,0	15%
2	Askes	2	0,1	426	15,2	8%
3	Askin	2251	89,7	1843	65,8	77%
		2510		2801		100

Sumber : Laporan Kegiatan Tahunan RSD dr.Fauziah Bireuen, diolah.

Dari tabel diatas terlihat jelas bahwa pemanfaatan rawat inap kelas III di RSD dr.Fauziah Bireuen sebagian besar adalah untuk pasien Askin, dimana rata-rata selama tahun 2006 dan 2007 pasien askin yang dirawat mencapai 77 persen.

#### 6.4.2. Sumber Daya Manusia

Analisis ketenagaan merupakan salah satu faktor terpenting dalam perencanaan pengembangan Rumah Sakit karena yang dihasilkan oleh sebuah

Rumah Sakit adalah berupa produk jasa yang diberikan oleh petugas di Rumah Sakit. Dari sisi ketenagaan, seperti yang telah diuraikan pada Bab sebelumnya dalam Gambaran Umum, saat ini jumlah keseluruhan tenaga pada RSD dr.Fauziah Bireuen adalah mencapai 458, yang terdiri dari 202 berstatus sebagai PNS, 2 orang berstatus PTT dan selebihnya 254 adalah masih honorer. Sedangkan distribusi menurut jenis tenaga dan pertumbuhannya disajikan pada tabel 6.18 dibawah ini.

Tabel 6.19  
Distribusi Jumlah dan Jenis Tenaga Pada RSD dr.Fauziah Bireuen  
Tahun 2004 s.d 2007

No	Jenis Tenaga	2004	2005	2006	2007	Tumbuh (%)
1	Medis	17	21	25	28	18,2
2	Paramedis Prwt	212	222	226	233	3,2
3	Paramedis Nonprwt	66	76	98	104	16,7
4	Nonmedis	63	81	86	93	14,3
	<b>Total</b>	<b>358</b>	<b>400</b>	<b>435</b>	<b>458</b>	<b>8,6</b>

Sumber : Laporan Bagian Kepegawaian RSD dr.Fauziah Bireuen, diolah.

Dari tabel diatas terlihat bahwa dari tahun-ketahun jumlah tenaga pada RSD dr.Fauziah Bireuen terus bertambah, dimana untuk tenaga medis angka pertumbuhannya mencapai 18,2 persen. Sedangkan untuk tenaga Paramedis perawatan pertumbuhannya terlihat paling rendah, ini disebabkan karena pihak RS telah membatasi untuk merekrut tenaga tersebut karena dianggap telah mencukupi sehingga pihak RS tidak lagi menerima tenaga honorer (Wiyata Bhakti). Dari wawancara dengan Kabag Kepegawaian sebenarnya sudah ada sekitar seratusan permohonan/lamaran yang masuk untuk tenaga bhakti dari jenis tenaga paramedis tapi belum di proses, karena adanya surat edaran dari Bupati untuk tidak menerima tenaga honorer baru, karena ada kebijakan akan dilakukan pemutihan untuk seluruh tenaga honorer untuk diangkat menjadi PNS pada 2009. Berikut petikan wawancara

mendalam dengan Kasubag.Kepegawaian dan Kabag.Tata Usaha RSD dr.Fauziah Bireuen.

***“.....Kalo tenaga perawat saya rasa sudah lebih, bahkan masih ada yang antri untuk bisa honor di RS ini...”(1)***

***“.....Dari segi ketenagaan kita sudah mencukupi, kecuali mungkin dokter spesialis yang masih agak kurang....”(2)***

Ditinjau dari ratio Tempat Tidur tenaga pada RSD dr.Fauziah Bireuen telah mencukupi, secara keseluruhan rasionya mencapai 3,7 terhadap jumlah Tempat Tidur, dilihat dari ketersediaan tenaga medis, ratio tenaga medis terhadap Tempat Tidur mencapai 0,22. Sedangkan untuk tenaga Paramedik secara keseluruhan rasionya mencapai 2,7 yang didapat dari ratio tenaga Paramedik Perawatan 1,9 dan ratio tenaga Paramedik NonPerawatan 0,8. Dan ratio tenaga NonMedis mencapai 0,7. Jika merujuk pada Permenkes Nomor 262/ VII tahun 1979 tentang standarisasi ketenagaan di Rumah Sakit, maka dari sisi ketenagaan RSD dr.Fauziah Bireuen telah mencukupi. Lebih jelasnya di uraikan pada tabel 6.20 dibawah ini.

Tabel 6.20  
Ratio Jumlah Tempat Tidur Dengan Jumlah Ketenagaan  
Pada RSD dr.Fauziah Bireuen Tahun 2008

No	Jenis Tenaga	RSD Bireuen TT : Tenaga	Standar Depkes TT : Tenaga	Keterangan
1	Medis	9 : 2	9 : 1	Lebih
2	Paramedis Perawatan	1 : 2	1 : 1	Lebih
3	Paramedis Non Perawatan	6 : 5	5 : 1	Lebih
4	Non Medis	4 : 3	4 : 3	Cukup

Sumber : Laporan Bagian Kepegawaian RSD dr.Fauziah Bireuen tahun 2008, diolah.

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa jumlah ketenagaan pada RSD dr.Fauziah Bireuen saat ini sudah lebih daripada mencukupi, sehingga untuk dilakukan pengembangan ruang rawat dari aspek ketenagaan sudah cukup mendukung.

### 6.4.3. Sarana dan Prasarana

#### a. Gedung dan Luas Area

Luas area tanah RSD dr.Fauziah Bireuen adalah seluas 21.610 m<sup>2</sup>. jika ditinjau dari standar yang telah ditetapkan oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Depkes RI dalam Pokok-pokok Pedoman Arsitektur Medik Rumah Sakit Umum Kelas C maka secara umum luas area RSD dr.Fauziah Bireuen yang ada sekarang adalah masih kurang untuk sebuah RS type C, dimana standar luas lokasi untuk sebuah Rumah sakit Type C adalah 3,5 ha. Tetapi pengembangan kedepan dapat saja dilakukan asalkan ada dukungan dari berbagai pihak untuk upaya pembebasan tanah milik masyarakat disekitar RSD dr.Fauziah Bireuen, sedangkan untuk rencana pengembangan kelas III saat ini lokasi masih tersedia. Adapun luas bangunan seluruhnya saat ini adalah seperti pada tabel 6.21 berikut ini.

Tabel 6.21  
Jumlah dan Luas Bangunan Pada RSD dr.Fauziah Bireuen  
Tahun 2008

No	Nama Bangunan	Luas (m <sup>2</sup> )
1	Gedung Unit Gawat Darurat ( UGD )	250
2	Gedung Laboraterium	98
3	Gedung Poliklinik	241
4	Gedung Instalasi Bedah Sentral ( OK )	375
5	Gedung VIP Rawat Inap (Kelas II)	406
6	Gedung Bersalin	456
7	Gedung ICU	194
8	Selasar/Koridor	825
9	Mushalla	54
10	Gedung Rawat Inap Anak	233
11	Gedung Radiologi	151



12	Gedung Rawat Inap (Kelas III)	172
13	Gedung Poliklinik Rawat Jalan	400
14	Gedung Taman	168
15	Pos Satpam	21
16	Papan Nama	6
17	Gedung Rawat Inap Kelas Utama (Kelas I)	250
18	Rumah Dinas Dokter	654
19	Ruang Genset	26
20	Tempat Parkir Sepeda Motor	100
21	Rumah Dinas Direktur	150
<b>Total</b>		<b>5230</b>

Sumber : Profil RSD dr.Fauziah Bireuen tahun 2007, diolah

Dari tabel diatas dapat dianalisa lebih lanjut untuk melihat proporsi luas bangunan gedung dengan luas area (tanah) yang tersedia, dimana luas seluruh bangunan gedung adalah 5230 m<sup>2</sup> atau 24,2 persen dari seluruh areal tanah yang tersedia (21610 m<sup>2</sup>). Apabila dalam rencana pengembangan ruang kelas III nantinya memerlukan area 2000 m<sup>2</sup> lagi, maka masih tersisa lahan seluas 14380 meter untuk area parkir, zona hijau (taman) dan untuk pengembangan lainnya.

#### **b. Fasilitas Penunjang Medis**

RSD dr.Fauziah Bireuen saat ini telah menyediakan berbagai fasilitas pelayanan antara lain seperti UDG, laboratorium, Radiologi dan Apotik yang kesemuanya tersedia dalam 24 jam. Dari segi peralatan RSD dr.Fauziah Bireuen telah memiliki peralatan yang mencukupi dan terstandar, kecuali beberapa peralatan canggih seperti CT Scan dan Mamografi yang belum dimiliki oleh RS

#### **6.4.4. Keuangan**

Pada umumnya laporan keuangan menyajikan informasi keuangan yang sekaligus menggambarkan kegiatan operasional dalam konteks pengeluaran dan pendapatan. Dari perolehan data laporan keuangan RSD dr.Fauziah Bireuen yang ada, dalam mengemukakan informasi keuangan dan kegiatan operasionalnya, data yang ada kurang dapat mencerminkan penampilan manajemen maupun kegiatan operasionalnya. Hal ini mungkin dikarenakan sistem pencatatan yang digunakan masih kurang, mungkin ini dikarenakan belum adanya SDM yang berkompeten dibidang tersebut.

RSD dr.Fauziah Bireuen yang merupakan salah satu lembaga teknis daerah yang bertugas menyediakan pelayanan kesehatan masyarakat di Kabupaten Bireuen dalam pelaksanaan kegiatan operasionalnya bergantung kepada APBD dan APBN, atau bisa di istilahkan *cost center* dari APBD Kabupaten Bireuen, tetapi disamping itu juga merupakan *revenue center* dimana setiap tahunnya rumah sakit menyumbang PAD bagi pemda Bireuen. Jumlah PAD dari RSD dr.Fauziah Bireuen tiap tahunnya terus mengalami peningkatan, adapun rinciannya seperti terlihat pada tabel 6.22 berikut ini.

Tabel 6.22  
PAD Kabupaten Bireuen dari RSD dr.Fauziah Bireuen  
Tahun 2001 s.d 2006

Tahun	Jumlah	Tumbuh	%	Rata-rata Tumbuh
2001	379.639.960			46,91 %
		73.902.786	19,47	
2002	453.542.746			
		460.060.401	101,44	
2003	913.603.147			
		496.374.093	54,33	
2004	1.409.977.240			
		174.994.279	12,41	
2005	1.584.971.519			
		742.995.121	46,88	

2006	2.327.966.640		
------	---------------	--	--

Sumber : Bag. Keuangan RSD dr.Fauziah Bireuen, diolah

Dari tabel diatas terlihat bahwa PAD yang dihasilkan oleh RSD dr.Fauziah Bireuen trendnya terus meningkat tiap tahunnya. Kondisi ini menunjukkan bahwa peningkatan kinerja rumah sakit juga diikuti oleh peningkatan pendapatan. Sedangkan mengenai pos/ sumber penerimaan di RSD dr.Fauziah Bireuen dapat dilihat pada tabel 6.23 berikut.

Tabel 6.23  
Distribusi Penerimaan RSD dr.Fauziah Bireuen  
Tahun 2006 s.d Juni 2008

No	Penerimaan	2006		2007		Juni 2008	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	Rawat Inap	439,524,650	19.3	564,868,400	14.8	296,429,090	22.6
2	Poliklinik	143,749,600	6.3	268,455,950	7.1	71,119,300	5.4
3	Periksa Penunjang	272,187,650	12.0	359,798,600	9.5	187,563,580	14.3
4	PMI	18,870,000	0.8	27,139,000	0.7	17,010,000	1.3
5	Operasi	326,481,200	14.4	662,354,700	17.4	317,265,930	24.1
6	Visite Dokter	199,887,500	8.8	551,045,200	14.5	147,122,000	11.2
7	Asuhan Keperawatan	118,090,300	5.2	360,816,950	9.5	69,910,400	5.3
8	UGD	87,546,500	3.8	94,807,000	2.5	42,237,200	3.2
9	SKO	5,405,000	0.2	1,965,000	0.1	4,563,000	0.3
10	Buku status pasien	12,671,000	0.6	8,865,000	0.2	6,770,000	0.5
11	Oksigen	45,928,500	2.0	44,946,500	1.2	22,152,000	1.7
12	Ambulance	25,760,000	1.1	160,913,800	4.2	20,736,300	1.6
13	Kir Dokter	12,597,000	0.6		1.7		0.5

				64,544,100		6,864,600	
14	Parkir	510,000	0.0	7,058,600	0.2	-	0,0
15	Sewa Sarana	5,000,000	0.2	12,000,000	0.3	-	0,0
16	PHB/Askeskin/Askes	559,955,300	24.6	590,638,900	15.5	91,704,800	7,0
17	Pengurusan Izin	-	0	26,653,500	0.7	12,292,000	0,9
Total		2,274,164,200	100	3,806,871,200	100	1,313,740,200	100

Sumber : Laporan Tahunan Bag.Keuangan RSD dr.Fauziah Bireuen, diolah

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa penerimaan terbesar rumah sakit pada tahun 2006 berasal dari klaim Askes 24,6 persen, kemudian rawat inap 19,3 persen, operasi 14,4 persen dan pemeriksaan penunjang 12 persen. Pada tahun 2007 pos penerimaan terbanyak rumah sakit juga tidak jauh beda yaitu operasi 17,4 persen, kemudian dari Askes 15,5 persen dan selanjutnya rawat inap 14,8 persen. Dari informasi ini dapat diputuskan untuk kedepannya rumah sakit dapat lebih fokus untuk membenahi pos-pos penerimaan tersebut.

### 6.5. Analisis Faktor Eksternal

Dalam sejarah perkembangan rumah sakit terdapat interaksi antara lingkungan dengan keadaan dalam rumah sakit. Perubahan-perubahan yang terjadi dimasa lalu, masa sekarang, dan masa akan datang selalu merubah sistem manajemen rumah sakit dan pengambilan keputusan. Rumah sakit sebagai sebuah organisasi sangat tergantung pada lingkungan luar, karena itu dalam pengembangan sebuah rumah sakit haruslah dikaji berbagai aspek eksternal yang mempengaruhi kegiatan di rumah sakit.

Dari analisis faktor eksternal dengan melihat pola kecenderungan yang terjadi, diharapkan mampu menggambarkan suatu analisis permintaan (demand

analysis) terhadap pelayanan di rumah sakit, sehingga nantinya pihak rumah sakit lebih antisipatif terhadap berbagai peluang dan hambatan yang mungkin terjadi. Adapun analisa faktor eksternal yang dikaji terkait dengan rencana pengembangan RSD dr.Fauziah Bireuen adalah sebagai berikut.

#### 6.5.1. Demografi

##### a. Kondisi Geografi

Kabupaten Bireuen mulai terbentuk pada tahun 1999, sebelumnya Kabupaten Bireuen merupakan bagian dari Kabupaten Aceh Utara. Secara geografis terletak dipertengahan pantai utara Propinsi Nanggro Aceh Darussalam, dengan batas wilayahnya :

- Sebelah Utara : Selat Malaka
- Sebelah Selatan : Kabupaten Benar Meriah/Kabupaten Aceh Tengah
- Sebelah Timur : Kabupaten Aceh Utara
- Sebelah Barat : Kabupaten Pidie

Luas wilayah Kabupaten Bireuen adalah 1.901,21 Km<sup>2</sup>. secara administratif Kabupaten Bireuen terdiri dari 17 Kecamatan yang terbagi dalam 2 Kelurahan dan 70 Kemukiman, kemudian terbagi lagi menjadi 560 desa.

Ibukota Kabupaten Bireuen adalah kota Bireuen yang terletak dipertengahan dan Kabupaten dan merupakan pusat transit antar kabupaten Aceh Utara, aceh Tengah dan Pidie. Begitu pula halnya dengan RSD dr.Fauziah Bireuen terletak cukup strategis berada di pusat kota, dan akses menuju ke lokasi Rumah Sakit sangat mudah dijangkau oleh masyarakat.

##### b. Kependudukan

Migrasi dan mobilitas masyarakat yang tinggi, kepadatan penduduk serta perilaku masyarakat merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Jumlah penduduk Kabupaten Bireuen pada tahun 2007 mencapai 355.989 jiwa yang terdiri dari 174.860 laki-laki dan 181.129 wanita, dengan laju pertumbuhan penduduk 1,45 persen pertahun. Jumlah penduduk Kabupaten Bireuen merupakan urutan ke 3 terbanyak dari 21 Kabupaten Kota di Propinsi NAD. Dari angka diatas maka dapat diproyeksikan jumlah penduduk Bireuen sampai tahun 2012 adalah seperti pada tabel 6.24 dibawah ini.

Tabel 6.24  
Proyeksi Jumlah Penduduk Kabupaten Bireuen  
Tahun 2008 s.d 2012

Tahun	2008	2009	2010	2011	2012
Jumlah Penduduk	361,151	366,388	371,700	377,090	382,558

Sumber : BPS Kab. Bireuen, diolah

Laju pertumbuhan penduduk Kabupaten Bireuen mencapai 1,45 persen pertahun, angka ini melebihi dari angka pertumbuhan nasional yang hanya 1,35 persen. Sehingga diproyeksikan pada sampai tahun 2012 penduduk Bireuen mencapai 382.558 jiwa. Keadaan ini tentunya menjadi salah satu faktor meningkatnya permintaan terhadap layanan kesehatan.

Tabel 6.25  
Distribusi Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur di Kabupaten Bireuen  
Tahun 2007

No	Kelompok Umur (thn)	Laki-laki	Perempuan	Jumlah	%
1	0 sd 4	14,257	15,087	29,344	8.2
2	5 sd 9	22,994	19,500	42,494	11.9
3	10 sd 14	21,356	19,269	40,625	11.4
4	15 sd 19	22,723	19,023	41,746	11.7
5	20 sd 24	16,243	18,435	34,678	9.7
6	25 sd 29	12,503	15,086	27,589	7.7

7	30 sd 34	11,477	14,358	25,835	7.3
8	35 sd 39	13,800	13,021	26,821	7.5
9	40 sd 44	8,531	12,075	20,606	5.8
10	45 sd 49	7,178	10,074	17,252	4.8
11	50 sd 54	8,179	6,908	15,087	4.2
12	55 sd 59	5,791	5,284	11,075	3.1
13	60 sd 64	4,167	4,922	9,089	2.6
14	65 sd 69	2,609	2,986	5,595	1.6
15	70 sd 74	2,272	2,806	5,078	1.4
16	75+	780	2,295	3,075	0.9
	<b>Total</b>	<b>174,860</b>	<b>181,129</b>	<b>355,989</b>	<b>100</b>

Sumber : BPS Kab. Bireuen, diolah

Mengacu pada tabel diatas dengan mengamati lebih spesifik proporsi penduduk laki-laki dan perempuan, terlihat bahwa laju pertumbuhan penduduk perempuan lebih cepat dibandingkan dengan penduduk laki-laki. Dan diantara kelompok umur tersebut proporsi terbanyak berada pada umur 5 – 9 tahun yang selanjutnya diikuti oleh umur remaja, dari analisis ini dapat dijadikan asumsi bahwa prioritas permasalahan kesehatan kedepannya dapat difokuskan pada usia remaja, terutama anak-anak dan balita. Hal ini diperkuat dengan bukti dari analisa pada bagian sebelumnya dimana pada RSD dr.Fauziah bireuen ruang rawat anak mempunyai BOR tertinggi setelah ruang rawat kelas III, begitu juga pada kunjungan poliklinik dimana poliklinik anak urutan kedua terbanyak setelah poliklinik Penyakit Dalam.

#### 6.5.2. Sosio Ekonomi

Pertumbuhan ekonomi Kabupaten Bireuen dalam kurun waktu tahun 2000 sampai 2006 terus mengalami pertumbuhan ekonomi secara konstan pada setiap tahunnya. Pada tahun 2001 perekonomian Bireuen tumbuh 0,87 persen, tahun 2002 tumbuh 2,54 persen, tahun 2003 kembali meningkat sebesar 2,82 persen. Demikian

juga pada tahun 2004 laju pertumbuhan ekonomi kembali meningkat menjadi 3,48 persen. Namun pada tahun 2005 laju perekonomian Bireuen mengalami perlambatan yang relatif kecil yakni menjadi 3,39 persen, tetapi pada tahun 2006 mengalami kenaikan kembali sebesar 4,53 persen.

Dari seluruh sektor yang menjadi dasar perhitungan, sektor pertanian merupakan sektor yang paling besar memberikan kontribusi terhadap perekonomian Bireuen yang mencapai 46,11 persen, selanjutnya sektor perdagangan 27,91 persen, sektor pengangkutan dan komunikasi 8,46 persen. sedangkan sektor lain kontribusinya hanya dibawah 5 persen.

Pendapatan perkapita Kabupaten Bireuen tahun 2006 tercatat sebesar 7,66 juta rupiah. Angka ini mengalami lonjakan yang cukup besar yakni mencapai 9,19 persen dibanding tahun 2005 yang sebesar 7,01 juta rupiah.

Gambaran keadaan sosio ekonomi mengenai kemampuan masyarakat secara kasar menunjukkan masih didominasi oleh masyarakat menengah kebawah, hal ini ditandai dengan masih banyaknya keluarga atau Rumah Tangga Miskin di Kabupaten Bireuen. Lebih jelasnya tersaji pada tabel 6.26 berikut ini.

Tabel 6.26  
Distribusi Jumlah Rumah Tangga Miskin di Kabupaten Bireuen  
Tahun 2006

No	Kecamatan	Jumlah Penduduk	Jumlah Rumah Tangga	Jumlah Rumah Tangga Miskin	%
1	2	3	4	5	6
1	Samalanga	23,759	6,371	2,193	34.42
2	Sp. Mamplam	20,860	5,545	1,998	36.03
3	Pandrah	7,438	1,547	1,236	79.90
4	Jeunieb	18,566	5,078	2,504	49.31
5	Plimbang	9,235	2,617	1,198	



					45.78
6	Peudada	21,901	5,606	2,900	51.73
7	Jeumpa	28,068	6,399	3,464	54.13
8	Kota Juang	42,295	11,103	2,690	24.23
9	Kuala	14,944	3,589	1,495	41.66
10	Juli	25,133	6,293	3,535	56.17
11	Peusangan	43,309	9,895	3,524	35.61
12	Peusangan Selatan	11,846	3,295	1,998	60.64
13	Peusangan S.Krueng	9,225	2,478	1,435	57.91
14	Jangka	25,026	5,337	3,443	64.51
15	Kuta Blang	19,359	4,445	2,628	59.12
16	Makmur	13,154	3,127	2,148	68.69
17	Gandapura	20,645	4,778	2,204	46.13
<b>Total</b>		<b>354,763</b>	<b>87,503</b>	<b>40,593</b>	<b>46.39</b>

Sumber : BPS Kab.Bireuen, diolah

Dari tabel diatas terlihat jelas bahwa hampir setengah dari Rumah Tangga di Kabupaten Bireuen masih dalam keadaan miskin. Keadaan ini sangat berpengaruh terhadap permintaan ruang rawat kelas III. Oleh karena itu pengembangan ruang rawat inap kelas III pada RSD dr.Fauziah Bireuen adalah sebagai prioritas pertama.

### 6.5.3. Morbiditas

Pada analisis eksternal ini menunjukkan bahwa pola dan sebaran penyakit di Kabupaten Bireuen tidak jauh berbeda dengan penyakit-penyakit yang selama ini dirawat di RSD dr.Fauziah Bireuen, dimana penyakit-penyakit infeksi masih menjadi masalah utama yang dihadapi oleh masyarakat Bireuen. Dari data yang diperoleh dari Profil Dinas kesehatan Kabupaten Bireuen pada tahun 2007, dimana penyakit-

penyakit yang sering dijumpai dipuskesmas yaitu penyakit ISPA masih menduduki urutan pertama dengan 21.535 kasus, kemudian diikuti oleh Influenza dengan jumlah kasus 17920 kasus. selanjutnya penyakit pada sisitem jaringan ikat dan jaringan ikat dengan jumlah kasus 11892 kasus. Kemudian kasus diare sebanyak 8271 kasus, dan kasus-kasus lainnya yang masih menjadi program prioritas dinas kesehatan seperti malaria dan TB.

#### 6.5.4. Layanan Kesehatan Lain

Fasilitas dan Layanan Kesehatan di Kabupaten Bireuen selain milik pemerintah ada juga yang dikelola oleh swasta, saat ini di Kabupaten Bireuen sudah ada dua RS swasta yang lokasi tidak jauh dari RSD dr.Fauziah, tetapi pelayanan yang disediakan hanya rawat inap saja dan untuk pelayanan penunjang medik baru ada laboratorium sederhana, sedangkan untuk pemeriksaan yang lain seperti radiologi dan laboratorium lengkap masih menggunakan jasa dari RSD dr.Fauziah Bireuen, begitu juga dengan tenaga medis sebagian besar dari RSD dr.Fauziah. Fasilitas kesehatan pemerintah lainnya yaitu Puskesmas yang berada di tiap-tiap kecamatan, diantara puskesmas-puskesmas tersebut sebahagian kini juga telah melayani rawat inap. Untuk mengetahui suplay tempat tidur yang ada di Kabupaten Bireuen saat ini disajikan dalam tabel 6.27 dibawah ini.

Tabel 6.27  
Distribusi jumlah Tempat Tidur di RS Swasta dan Puskesmas  
di Kabupaten Bireuen Tahun 2008

No	Pusat Yankes	Jumlah Tempat Tidur			Ket
		Kelas I	Kelas II	Kelas III	
1	RS Malahayati	10	10	10	
2	RSI Ibnu sina	6	12	9	
3	Puskesmas Samalanga	-	-	12	

4	Puskesmas Sp. Mamplam	-	-	12	
5	Puskesmas Pandrah	-	-	-	Non Ranap
6	Puskesmas Jeunieb	-	-	12	
7	Puskesmas Plimbang	-	-	-	Non Ranap
8	Puskesmas Peudada	-	-	12	
9	Puskesmas Jeumpa	-	-	-	Non Ranap
10	Puskesmas Kota Juang	-	-	-	Non Ranap
11	Puskesmas Kuala	-	-	-	Non Ranap
12	Puskesmas Juli	-	-	-	Non Ranap
13	Puskesmas Peusangan	-	-	24	
14	Puskesmas P.Selatan	-	-	12	
15	Puskesmas Siblah Krueng	-	-	-	Non Ranap
16	Puskesmas Jangka	-	-	-	Non Ranap
17	Puskesmas Kuta Blang	-	-	12	
18	Puskesmas Makmur	-	-	-	Non Ranap
19	Puskesmas Gandapura	-	-	18	
	<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>22</b>	<b>133</b>	<b>171</b>

Sumber : BPS dan Dinkes Kab.Bireuen, diolah

Dari tabel diatas diketahui bahwa jumlah Tempat tidur yang setara dengan Kelas III di luar RSD dr.Fauziah Bireuen adalah 133, jumlah ini termasuk yang di kelola oleh pemerintah yaitu dari puskesmas, dan dua RS swasta yang ada dikabupaten Bireuen. Informasi ini selanjutnya dapat dipakai dalam melihat perbandingan secara keseluruhan antara jumlah penduduk dengan jumlah Tempat Tidur.

#### 6.6. Proyeksi Kebutuhan Tempat Tidur dan SDM

Dalam membuat perencanaan untuk pengembangan ruang rawat inap kelas III pada RSD dr.Fauziah Bireuen kedepannya, setelah semua faktor-faktor internal dan eksternal dianalisis, maka tahapan selanjutnya yaitu menentukan berapa jumlah kebutuhan Tempat Tidur untuk pengembangan dan berapa jumlah SDM yang

dibutuhkan untuk mendukung terlaksananya pelayanan pada ruang rawat yang akan di kembangkan.

#### 6.6.1. Rencana Penambahan Tempat Tidur

Sebagaimana proyeksi awal mengenai permintaan hari rawat pada bahasan analisa internal maka diperoleh jumlah Kebutuhan Tempat Tidur pada tahun 2012 yaitu sebesar 130 Tempat Tidur, jumlah ini berpatokan pada BOR 100 persen. Dari hasil kesepakatan pihak manajemen menargetkan pada tahun 2012 Tempat Tidur yang digunakan cukup 80 persen saja, ini untuk mengantisipasi terjadinya situasi diluar dugaan seperti KLB, maka jumlah Tempat Tidur yang harus disediakan adalah 163 Tempat Tidur. Saat ini Jumlah Tempat Tidur diruang Kelas III yang sudah tersedia 34 unit, berarti perlu penambahan 129 unit lagi. Untuk mempermudah perhitungan digenapkan menjadi 130 Tempat Tidur.

Analisa kebutuhan Tempat Tidur untuk Kabupaten Bireuen dengan menggunakan rumus JR.Griffith (1987). Dimana asumsi yang digunakan pada saat melakukan perhitungan adalah :

- Jumlah penderita yang dirawat di rumah sakit diseluruh Kabupaten Bireuen tahun 2007 dalam perseribu penduduk (R) = 27
- Rata-rata pasien dirawat/LOS (H) = 4
- Jumlah penduduk Kabupaten Bireuen Tahun 2007 (P) = 355989
- Angka BOR pada tahun 2007 (TH) = 84%

Dari hasil perhitungan didapatkan bahwa kebutuhan Tempat Tidur untuk Kabupaten Bireuen adalah 1254 Tempat Tidur. Dari angka tersebut apabila kita merujuk pada kebijakan depkes untuk menyediakan 75 persen untuk ruang rawat kelas III maka di Kabupaten Bireuen harus memiliki 940 Tempat Tidur untuk kelas III. Sedangkan

saat ini di seluruh Kabupaten Bireuen baru tersedia 133 Tempat Tidur ruang rawat inap kelas III. Ini berarti rencana penambahan Tempat Tidur sebanyak 130 bed di rawat inap kelas III sangat layak untuk dilaksanakan.

#### 6.6.2. Rencana Penambahan SDM

Penambahan SDM yang dikhususkan untuk ruang rawat kelas III, rencananya akan ditambah secara bertahap, dalam menentukan berapa jumlah ideal SDM yang dibutuhkan yang sesuai dengan kebutuhan maka diperlukan studi lebih lanjut yang berpedoman kepada beban kerja. Tetapi secara umum kita dapat menggunakan data-data proyeksi diatas sebagai acuan dalam menentukan kebutuhan SDM tiap tahunnya. Pada bagian ini perhitungan hanya dikhususkan untuk tenaga dokter umum dan tenaga perawat saja, karena tenaga ini adalah yang paling banyak dibutuhkan dalam pengembangan kedepannya nanti dan terlibat langsung dan terus menerus dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan di ruang rawat inap. Adapun dasar asumsi yang di gunakan perhitungan kebutuhan perawat dan dokter umum adalah berdasarkan proyeksi utilisasi tempat tidur tidur (BOR) tiap tahunnya, adapun proyeksi tersebut yaitu seperti pada tabel 6.28 berikut ini.

Tabel 6.28  
Proyeksi Utilisasi hari rawat dan BOR pada Ruang Rawat Kelas III RSD Dr.Fauziah  
Bireuen  
Tahun 2008 s.d 2012

Uraian	2008	2009	2010	2011	2012
Proyeksi Hari Rawat	15732	20722	27295	35953	47358
BOR yang akan dicapai (164 TT)	0.263	0.346	0.456	0.601	0.791
TT terpakai penuh	43	57	75	99	130

Dari tabel diatas dapat diketahui gambaran pemamfaatan tempat tidur pada ruang rawat kelas III RSD dr.Fauziah Bireuen, dimana setiap tahunnya pemamfaatannya terus meningkat. Dari tabel tersebut diperkirakan pada tahun 2012 jumlah tempat tidur yang terpakai mencapai 130 tempat tidur dari 164 tempat tidur yang tersedia, dengan angka BOR 80 persen. Dari jumlah tempat tidur yang terpakai ini selanjutnya dijadikan dasar dalam menentukan kebutuhan tenaga perawat dan dokter umum untuk pengembangan ruang rawat kelas III kedepannya nanti. Adapun perkiraan kebutuhan tersebut dapat dilihat pada tabel 6.29 berikut ini.

Tabel 6.29  
Proyeksi Kebutuhan Tenaga Perawat dan Dokter Umum pada Ruang Rawat Kelas III  
RSD Dr.Fauziah Bireuen  
Tahun 2008 s.d 2012

Kebutuhan SDM	2008	2009	2010	2011	2012
Perawat	43	57	75	99	130
Dokter Umum	5	6	8	11	14

Dari tabel diatas tergambarakan kebutuhan tenaga perawat untuk ruang rawat inap kelas III kedepannya nanti, dimana pada tahun 2008 dibutuhkan 43 orang perawat, dan sampai 2009 dibutuhkan 130 orang perawat. Perhitungan ini berdasarkan ratio Jumlah Paramedis dengan Tempat Tidur yang berpedoman pada PerMenKes Nomor 262/ VII tahun 1979 tentang standarisasi ketenagaan di Rumah Sakit.

## 6.7. Proyeksi Kebutuhan Dana

### 6.7.1. Kebutuhan Biaya Investasi

Dari rencana pengembangan 130 Tempat Tidur dalam penelitian ini maka lahan yang digunakan adalah 1607 m<sup>2</sup>, luas ini sedikit lebih besar dari persyaratan teknis yang dikeluarkan oleh Depkes. Adapun pembagian ruang dan luas lantai tiap ruang seperti tertera pada Tabel 6.30 dibawah ini.

Tabel 6.30  
Skema Kebutuhan Luas dan Biaya Bangunan untuk pengembangan Ruang rawat inap Kelas III RSD dr.Fauziah Bireuen Tahun 2008

No	Nama Ruang	jumlah	Standar (m <sup>2</sup> )	Luas (m <sup>2</sup> )
1	Kamar Pasien	16	72	1152
2	Kamar Isolasi	2	12.25	24.5
3	Nurse station	4	12.25	49
4	Kantor	2	12.25	24.5
5	Ruang Istirahat Petugas	2	12.25	24.5
6	Ruang Dokter	2	12.25	24.5
7	Kamar Mandi	36	3	108
8	Selasar	2	90	180
9	Gudang	2	10	20
	<b>Total (m<sup>2</sup>)</b>			<b>1607</b>
Harga permeter (Rp)			2,250,000	
<b>Total Biaya Bangunan (Rp)</b>				<b>3,615,750,000</b>

Dari tabel diatas dapat diketahui besar biaya yang dibutuhkan untuk bangunan gedung yaitu mencapai Rp. 3.615.750.000.-. Harga hitungan permeter pada tabel diatas didasarkan pada standar harga gedung pemerintahan golongan sederhana yang di keluarkan oleh Dinas Kimpraswil Kabupaten Bireuen. Bangunan ini direncanakan akan dipisahkan menjadi dua ruang rawat inap tetapi masih dalam satu atap, yaitu untuk ruang rawat Kelas III Pria dan Kelas III Wanita. Jumlah kamar pasien tiap-tiap ruang rawat ada 8 kamar, yang didalamnya berisi 8 Tempat Tidur, dan tempat tidur 2

Tempat Tidur disediakan untuk ruang Isolasi. Selanjutnya untuk kebutuhan peralatan dan jumlah biaya yang dibutuhkan dari rencana pengembangan disajikan dalam tabel 6.31 dibawah ini.

Tabel 6.31  
Skema Kebutuhan Biaya Inventaris untuk pengembangan  
Ruang rawat inap Kelas III RSD dr.Fauziah Bireuen Tahun 2008

No	Inventaris	Volume	Satuan	Unit Cost	Total Cost
1	Bed Biasa	90	unit	2,500,000	225,000,000
2	Paramount Bed	40	unit	8,500,000	340,000,000
3	Tiang infus	130	unit	175,000	22,750,000
4	Lemari Pasien	130	unit	400,000	52,000,000
5	Sampiran	32	set	700,000	22,400,000
6	AC 1/2 pk	4	unit	3,000,000	12,000,000
7	Kipas Angin Plafon	34	unit	900,000	30,600,000
8	Perabotan Kantor	2	set	4,500,000	9,000,000
9	Perabotan Kamar Petugas	4	set	5,000,000	20,000,000
	<b>Total</b>				<b>733,750,000</b>

Pada tabel skema biaya inventaris diatas dapat diketahui bahwa kebutuhan biaya untuk inventaris mencapai Rp. 733.750.000. Pada perhitungan diatas hanya dihitung peralatan non medis saja, sedangkan peralatan medis tidak dianalisa biaya karena semua peralatan medis yang mendukung kegiatan diruang rawat inap seperti Sterilisor, Suction, Film Viewer, Nebulizer dan peralatan lainnya sudah tersedia, yang berasal dari bantuan NGO luar negeri.

Total biaya investasi yaitu penjumlahan biaya yang dibutuhkan untuk membangun gedung dan biaya pengadaan inventaris pada ruangan. Sehingga total keseluruhan biaya investasi yang diperlukan untuk pengembangan ruang rawat inap pada RSD dr.Fauziah Bireuen adalah sebesar Rp. 4.349.500.000. (*empat milyar tiga ratus empat puluh sembilan juta lima ratus ribu rupiah*).



Dari wawancara dengan beberapa pengambil kebijakan di RSD dr.Fauziah Bireuen, rencananya sumber dana untuk investasi akan dibebankan pada APBD Kabupaten Bireuen. Berikut petikan wawancaranya.

*“.....Mungkin dari APBD....(1).....” Kalo tidak dari APBD ya dari APBN.....(2).....” Saya rasa ini tanggung jawab pemda jadi sumber dananya ya dari APBD.....(3)*

### 6.7.2. Kebutuhan Biaya operasional

Kebutuhan biaya operasional untuk pelaksanaan kegiatan pelayanan setelah pengembangan, pada tahun pertama diperkirakan mencapai Rp. 858.622.817. Perhitungan biaya ini didasarkan atas asumsi utiliasi dari proyeksi jumlah kunjungan rawat inap seperti yang telah dibahas pada analisa internal. Jumlah ini meliputi biaya jasa medis, biaya ATK, bahan habis pakai dan biaya listrik dan air. Sedangkan untuk gaji tidak dimasukkan karena untuk tahun 2009 tidak diperlukan rekrutmen tenaga baru, dan tenaga yang ada sekarang berstatus PNS, PTT dan Honda. Untuk perician lebih lanjut dapat dilihat pada tabel 6.32 berikut ini.

Tabel 6.32  
Proyeksi Kebutuhan Biaya Operasional Ruang Rawat Kelas III  
pada RSD dr.Fauziah Bireuen  
Tahun 2009

No	Uraian	UnitCost	Hari rawat	Total Cost
1	Jasa medis	6000	20,722	124,333,142

2	Jasa para medis	13500	20,722	279,749,570
3	Makan Pasien	15000	20,722	310,832,856
4	ATK	1000	20,722	20,722,190
5	Air dan Listrik	1500	20,722	31,083,286
6	BHP Medis	2000	20,722	41,444,381
7	BHP Nonmedis	1000	20,722	20,722,190
				<b>828,887,616</b>
Total setelah inflasi				<b>858,622,817</b>

Perhitungan biaya operasional diatas didasarkan pada qanun (perda), penggunaan anggaran tahun 2007 dan asumsi-asumsi. Untuk biaya jasa medis visite dokter umum berdasarkan qanun telah ditetapkan sebesar Rp.5000 pervisite dan dokter spesialis Rp.10000 pervisite. Visite biasanya dilakukan sekali dalam sehari, kecuali pada kasus-kasus gawat. Berdasarkan pengalaman sebelumnya diasumsikan visite dokter spesialis hanya 20 persen dan selebihnya oleh dokter umum maka pada tahun 2009 didapatlah rata-rata biaya Rp.6000 pervisite. Sedangkan untuk jasa paramedis bersifat tidak pasti tergantung jenis dan jumlah tindakan keperawatan yang dilakukan perhari. Pada tahun 2007 rata-rata jasa paramedis perpasien perhari (tiga shiff) adalah sebesar Rp.13500.

Untuk biaya makan pasien didapatkan dari pembagian seluruh anggaran untuk instalasi gizi pada tahun 2007 dengan total hari rawat pada tahun yang sama, maka didapatlah biaya makan pasien sebesar Rp.15000 perhari, begitu juga halnya dengan bahan habis pakai (BHP) medis dan listrik yang didasarkan pada pembayaran rekening PLN dan biaya pembelian solar untuk genset pada tahun 2007. Sedangkan untuk ATK dan BHP nonmedis hanya berdasarkan perkiraan seperti untuk buku status pasien, kertas resep dan alat kebersihan ruangan.

Biaya operasional ini tiap tahunnya diperkirakan terus meningkat sejalan meningkatnya jumlah hari rawat dan pengaruh inflasi pada harga barang. Angka

inflasi yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah 7 persen, angka ini sedikit lebih tinggi dari laju inflasi nasional tahun 2007 yaitu 6,59 persen. Angka ini nantinya akan dijadikan pedoman dalam memperkirakan biaya operasional untuk tahun-tahun selanjutnya. Selengkapnya dapat dilihat pada bagian lampiran.

#### 6.7.2.1. Rencana Penetapan Tarif

Saat ini tarif yang berlaku untuk pasien umum di ruang rawat kelas III RSD dr.Fauziah Bireuen adalah sebesar 25.000 rupiah, jumlah ini sudah mencakup seluruh biaya kecuali biaya obat dan pemeriksaan penunjang yang harus di keluarkan lagi oleh pasien. Penetapan tarif pada RSD dr.Fauziah Bireuen atas dasar keputusan yang ditetapkan oleh pemda Kabupaten Bireuen dalam bentuk qanun tentang distribusi rumah sakit.

Mengacu pada tabel di atas dapat diketahui total unit cost untuk setiap pasien perhari pada tahun 2007 adalah 40.000 rupiah, jumlah ini melebihi dari tarif yang di berlakukan saat ini yaitu sebesar 25.000 rupiah, atau dengan kata lain tarif dibawah cost. Ini berarti bahwa pemda memberi subsidi sebesar 15.000 rupiah untuk tarif pada ruang rawat kelas III RSD dr.Fauziah Bireuen. Pada tahun 2007 terdapat 532 pasien umum, dengan jumlah hari rawat 2128 hari. Jadi subsidi tarif yang diberikan pemda kepada pasien mampu pada tahun 2007 adalah sebesar 31.920.000 rupiah.

Tarif yang diberlakukan untuk pasien umum juga lebih kecil jika dibandingkan dengan klaim yang dibayarkan PT Askes untuk pasien askeskin. Saat ini jumlah klaim untuk pasien askeskin sebesar 75000 perpaket perhari, dimana di dalam sudah termasuk untuk pemeriksaan penunjang golongan A yaitu sebesar 22000 rupiah. Pada tahun 2007 rata-rata setiap pasien askin yang dirawat dilakukan dua kali pemeriksaan penunjang laboratorium yang termasuk dalam golongan A, jika

kita distribusikan biaya tersebut perhari dimana rata-rata LOS 4 hari maka perhari jumlah biaya pemeriksaan penunjang tersebut adalah sebesar 11000 rupiah perpasien perhari. Jadi biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk pasien miskin perhari adalah 51000 ( total unit cost + biaya pemeriksaan penunjang laboratorium). Sehingga masih ada selisih 24000 rupiah lagi dari klaim yang dibayarkan PT Askes sebesar 75000 perpaket perhari, selisih ini dapat digolongkan sebagai pendapatan ruang rawat kelas III yang bersumber dari pasien askin.

Untuk rencana penetapan tarif ruang kelas III nanti nya dapat berpedoman pada data-data di atas. Menurut penulis tarif yang sesuai yang diberlakukan untuk pasien umum adalah 64000 rupiah, angka ini atas dasar total unit cost sebesar 40000 ditambah sebagaimana selisih lebih pada pasien askin yaitu 24000 rupiah.

## **BAB VII**

### **PEMBAHASAN**

#### 7.1. Kerangka Pembahasan

Pada bab ini membahas pokok pikiran utama yang merupakan substansi dari penelitian ini, yang dibahas pada bab ini merupakan hasil penelitian yang terdiri dari hasil pengamatan, maupun hasil pengambilan data selama bulan November 2008 di RSD dr.Fauziah Bireuen.

Dalam pembahasan juga didapatkan keterbatasan-keterbatasan, dimana teori yang ambil sebagai daftar pustaka khususnya teori pengembangan rumah sakit sangat terbatas, sehingga peneliti hanya membahas Asumsi-asumsi yang didasarkan pada kecenderungan yang telah didapatkan pada analisa internal dan eksternal. Adapun topik yang dibahas pada bab ini meliputi: Analisa permintaan rawat inap kelas III, analisa Kebutuhan Pengembangan dan Sumber Dana, analisa investasi dan analisa kelayakan.

#### 7.2. Analisa Permintaan Rawat Inap Kelas III

Perkiraan permintaan rawat inap ini dapat dilihat dari faktor internal dan eksternal, pada faktor eksternal dimana tingginya angka pertumbuhan penduduk tiap tahunnya yang mencapai 1,45 persen tiap tahun, tentunya hal ini juga berpengaruh pada meningkatnya jumlah pasien, rata-rata pertumbuhan penduduk tiap tahunnya lebih dari lima ribu jiwa. Saat ini ratio jumlah seluruh tempat tidur baik di rumah sakit pmda, puskesmas dan rumah sakit swasta terhadap jumlah

penduduk yaitu 1 TT : 2112 jiwa. Angka ini masih sangat kurang jika dibandingkan dengan standar yang dianjurkan oleh WHO yaitu 1:1000, begitu juga dengan standar yang dianjurkan oleh depkes yaitu 1:1500. sehingga demikian rencana pengembangan untuk penambahan jumlah tempat tidur di RSD dr.Fauziah Bireuen sangat realistis.

Pada analisa faktor internal, dimana trend indikator kinerja RSD dr.Fauziah Bireuen dari tahun ketahun terus meningkat, yang diukur dari meningkatnya jumlah kunjungan rawat jalan maupun rawat inap, tetapi dari segi kualitas pelayanan yang disediakan, ini masih belum memenuhi standar yang diharapkan, seperti halnya untuk ruang rawat inap kelas III saat ini, dimana dengan ukuran bangunan  $172\text{m}^2$  menampung 34 ranjang tempat tidur. Sedangkan sesuai petunjuk teknis dari depkes ukuran ideal luas lantai untuk satu TT pada ruang kelas III adalah  $9\text{ m}^2$ .

Angka pemamfaatan tempat tidur (BOR) untuk ruang rawat kelas III mencapai 98,3 persen, jika kita melihat dari trendnya yang terus meningkat, berarti pada tahun 2008 tempat tidur di ruang rawat kelas III dapat dipastikan akan terisi penuh terus menerus. Sehingga diperlukannya pengembangan ruang untuk bisa menampung jumlah pasien kedepannya nanti.

Dilihat dari segi pemakai, lebih dari dua pertiga proporsi pasien yang dirawat adalah pasien kurang mampu, dimana dalam dua tahun terakhir tercatat 4094 pasien miskin yang dirawat, atau rata-rata mencapai 77 persen, sedangkan proporsi selebihnya yaitu pasien umum 15 persen dan pasien askes 8 persen.

Angka pertumbuhan pemamfaatan ruang kelas III tiap tahunnya terus meningkat, dengan rata-rata pertumbuhan tiap tahunnya mencapai 30,3 persen.

Sehingga dari angka ini bisa diproyeksikan jumlah kunjungan pasien kedepannya. Dari hasil proyeksi didapatkan perkiraan jumlah kunjungan pasien pada ruang kelas III tahun 2009 mencapai 5181 pasien, dan pada akhir 2012 diperkirakan mencapai 11839 pasien.

Perkiraan tingkat utilisasi ruang rawat inap kelas III pada RSD dr.Fauziah Bireuen didasarkan pada proyeksi jumlah kunjungan pasien dan rata-rata lama hari rawat (LOS), selama tiga tahun terakhir LOS di RSD dr.Fauziah dan diruang kelas III adalah 4 hari. Sehingga proyeksi tingkat utilisasi pada tahun 2009 diperkirakan mencapai 20722, dan pada akhir tahun 2012 utilisasi diperkirakan mencapai 47358 hari rawat inap.

### 7.3. Analisa Kebutuhan Pengembangan dan Sumber Dana

Berpedoman pada analisa diatas maka untuk menampung seluruh permintaan rawat inap maka harus dirumuskan perenanaan yang tepat agar penggunaan dana betul-betul efisien, mengingat dana yang dibutuhkan sangat besar. Dari hasil kesepakatan dengan pihak manajemen direncanakan utilisasi ruang rawat inap kelas III RSD dr.Fauziah Bireuen pada tahun 2012 adalah 80 persen dari seluruh daya tampung. Untuk itu pihak rumah sakit harus menyediakan 164 Tempat Tidur untuk ruang Kelas III, sedangkan saat ini Tempat Tidur yang tersedia sudah ada 34 Tempat Tidur, maka pihak rumah sakit harus menyiapkan 130 Tempat Tidut lagi untuk bisa menampung utilisasi seperti yang diperkirakan.

Dari hasil analisa kebutuhan Tempat Tidur dengan menggunakan rumus JR.Griffith (1987), didapatkan hasil kebutuhan Tempat Tidur untuk Kabupaten

Bireuen adalah 1254 Tempat Tidur. Sedangkan jumlah distribusi seluruh tempat tidur untuk wilayah kabupaten bireuen saat ini adalah 296 Tempat Tidur jadi rencana penambahan 130 diperkirakan akan terpakai seluruhnya oleh pasar.

Setting ruangan untuk rencana pengembangan didasarkan pada Petunjuk Teknis Dirjen Yanmed tentang Penggunaan DAK bidang Kesehatan tahun 2007. Dari pedoman ini maka didapatkan luas ruangan Kelas III untuk 130 Tempat Tidur adalah seluas 1607m<sup>2</sup>. Untuk pedoman harga permeter didasarkan pada ketentuan harga standar untuk bangunan milik pemerintah golongan sederhana yang ditetapkan oleh Dinas Kimpraswil Kab.Bireuen yaitu Rp. 2.250.000 (Dua juta dua ratus lima puluh ribu rupiah) permeter. Sehingga total harga bangunan adalah sebesar Rp. 3.615.750.000 (Tiga milyar enam ratus lima belas juta tujuh ratus lima puluh ribu rupiah).

Untuk perkiraan harga kebutuhan inventaris ruangan didasarkan pada buku pedoman daftar harga yang ditetapkan oleh Bag. Umum Sekda Kab.Bireuen. Dari semua inventaris yang dibutuhkan untuk pengembangan ruang kelas III keluarlah biaya sebesar Rp. 733.750.000 (Tujuh ratus tiga puluh tiga juta tujuh ratus lima puluh ribu rupiah) untuk biaya pengadaan inventaris. Biaya inventaris yang dihitung disini tidak termasuk peralatan medis, karena saat ini peralatan medis yang akan digunakan untuk pengembangan nanti sudah tersedia, yang berasal dari hibah / bantuan beberapa NGO luar negeri.

Jumlah total dana investasi yang diperlukan untuk pengembangan ruang kelas III pada RSD dr.Fauziah Bireuen adalah sebesar Rp. 4.349.500.000. (*empat milyar tiga ratus empat puluh sembilan juta lima ratus ribu rupiah*). Seluruh biaya ini rencananya akan dibebankan kepada APBD Kab.Bireuen.



Kebutuhan SDM yang diperlukan untuk pengembangan dihitung berdasarkan ratio jumlah Tempat Tidur sebagaimana standar Depkes, untuk tahun 2009 jumlah SDM masih mencukupi dimana apabila pengembangan ditindak lanjuti maka jumlah Tempat Tidur seluruhnya menjadi 255 Tempat Tidur, untuk tenaga medis rasionya 1: 9 TT, maka sampai tahun 2009 dibutuhkan 28 tenaga medis, dan saat ini sudah tersedia. Begitupun untuk tenaga paramedis non perawatan dan tenaga non medis, rasionya juga mencukupi, sedangkan untuk tenaga medis perawatan secara ratio masih sedikit kurang tetapi jika diukur dengan kapasitas beban kerja mungkin akan berlebih.

#### 7.4. Analisis Investasi

Dalam analisa investasi ini penulis tidak menggunakan analisa discounted cashflow sebagaimana yang sering digunakan pada studi kelayakan karena penulis berasumsi bahwa investasi yang ditanamkan untuk pengembangan ruang rawat kelas III tidak untuk mencari keuntungan tetapi hanya sebatas pada akuntabilitas terhadap dana publik. Pada penelitian ini penulis hanya menggunakan metode Payback Periode untuk menganalisa investasi, tetapi tujuan dari analisa ini bukan untuk mengetahui kapan masa balik modal sebagaimana halnya yang biasa diterapkan. Analisa disini bertujuan untuk mengetahui seberapa cepat anggaran publik terserap untuk kepentingan publik atau habis terpakai oleh yang berhak, dalam konteks ini adalah pasien miskin. Adapun ukuran yang digunakan untuk mengetahui masa payback period adalah dengan menggunakan dua skenario yaitu:

##### **Skenario pertama :**

Asumsi yang digunakan adalah Ruang Rawat Inap Kelas III yang akan dibangun nantinya digunakan hanya untuk merawat pasien miskin saja. Jika kita menggunakan proyeksi utilisasi khusus untuk pasien miskin di ruang kelas III seperti pada analisa internal, dimana 77 persen pasien dikelas III adalah pasien miskin, maka pada akhir tahun 2015 sudah melebihi masa payback period dengan utilitasnya sudah mencapai 260.258 hari rawat

Saat ini sistem pembayaran pasien miskin ditanggung oleh Askeskin, dimana pihak asuransi membayar klaim dari rumah sakit yaitu sebesar Rp. 75.000 perpasien perhari, paket ini sudah termasuk biaya jasa medis, bahan habis pakai, dan pemeriksaan penunjang golongan A dengan maksimal biaya pemeriksaan 22000 rupiah. Sebagaimana hasil analisa pada bab sebelumnya, dimana didapatkan selisih biaya lebih sebesar 24000 antara biaya yang dihabiskan sehari untuk merawat pasien askin dengan klaim yang dibayarkan oleh pihak PT Askes. Selisih tersebut (revenue) pada tahun pertama mencapai 360.042.599 rupiah, dan sampai tahun keenam jumlahnya sudah mencapai 860.310.913 rupiah. Pada tahun keenam untuk mencapai BEP masih kurang sebanyak 505.039.226 rupiah, dan rata-rata inflow perhari pada tahun ketujuh adalah 1.766.026 rupiah, maka diperlukan 286 hari lagi pada tahun ketujuh untuk mencapai BEP. Jadi payback periodnya yaitu Pada tahun 2014 ditambah 286 hari pada tahun 2015, atau tepatnya jatuh pada 13 oktober 2015. Ini artinya dana publik yang disediakan untuk masyarakat miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan terserap seluruhnya oleh pasien miskin pada tanggal tersebut. Keadaan ini menggambarkan bahwa investasi sangat layak untuk direalisasikan karena masa payback periodnya lebih cepat dari umur efektif investasi.

### **Skenario kedua**

Asumsi yang digunakan disini adalah ruang rawat kelas III yang akan dibangun diprioritaskan untuk merawat pasien miskin, tetapi apabila tidak terisi penuh selebihnya bisa digunakan untuk pasien umum. Jika menggunakan asumsi ini maka masa payback period akan menjadi lebih singkat lagi, dimana pada tahun pertama revenue sudah mencapai 467.597.369 rupiah. Pada akhir tahun kelima total revenue sudah mencapai 3.875.528.878 rupiah. Sampai tahun keenam untuk mencapai BEP harus tercapai 473.971.122 rupiah lagi pada tahun ketujuh. Rata-rata net cash flow perhari pada tahun ketujuh adalah sebesar 3.061.060 rupiah, jadi untuk mencapai BEP dibutuhkan 155 hari lagi pada tahun ketujuh, sehingga masa payback period jatuh tepatnya pada 2 juni 2014. Hal ini dapat diartikan bahwa dana publik yang disediakan untuk pelayanan kesehatan sudah habis terserap oleh oleh masyarakat pada 2 juni 2014. Keadaan ini juga memberi gambaran bahwa investasi sangat layak untuk direalisasikan karena masa payback periodnya lebih cepat dari umur efektif investasi.

#### **7.4. Analisis Kelayakan**

Usulan investasi yang akan dilaksanakan harus mempertimbangkan banyak aspek secara bersama-sama, seperti aspek teknis, aspek sosial budaya, aspek politik, aspek ekonomi financial dan aspek distribusi. Dalam analisis dan evaluasi biaya dan mamfaat setiap investasi, syarat utamanya adalah penilaian atas besarnya biaya dan mamfaat, serta memperkirakan waktu dan umur investasi yang dimaksudkan (Halim, 2008).

Kelayakan dari aspek teknis salah satunya yang dianalisis adalah lokasi, dari standar yang ditetapkan oleh Dirjen Yanmed Depkes, luas area (tanah) yang dimiliki oleh RSD dr.Fauziah Bireuen masih kurang dari standar untuk sebuah RS type C yaitu 3,5 ha. Tapi jika ditinjau dari area yang sudah terpakai saat ini, maka di lokasi sekarang masih memungkinkan untuk dilakukan pengembangan, karena proporsi luas bangunan yang sudah ada dengan luas area (tanah) seluruhnya baru 24,2 persen, atau 5230 m<sup>2</sup> bangunan dari luas area seluas 21610 m<sup>2</sup>. Dari rencana diatas pengembangan ruang rawat kelas III membutuhkan 1607 m<sup>2</sup>, sehingga masih tersisa lahan seluas 14773 meter untuk area parkir, zona hijau (taman) dan untuk pengembangan lainnya.

Untuk pengembangan jangka panjang pihak pemerintah daerah kabupaten bireuen sudah bisa membuat ancang-ancang dari saat ini apakah terus melakukan pengembangan pada lokasi saat ini atau mencari tempat / lokasi lain didalam kawasan daerah kabupaten bireuen dengan mempertimbangkan faktor distribusi penduduk dan kemudahan akses oleh masyarakat.

Dalam menganalisa kelayakan rencana pengembangan ruang rawat kelas III pada penelitian ini tidak hanya dilihat dari aspek teknis dan ekonomi saja tetapi juga mempertimbangkan aspek sosial dan politik. Seperti yang telah dibahas diatas jika kita memakai sudut pandang ekonomi dalam rencana pengembangan ruang rawat kelas III di RSD dr.Fauziah Bireuen, maka proyek tersebut layak untuk dilaksanakan.

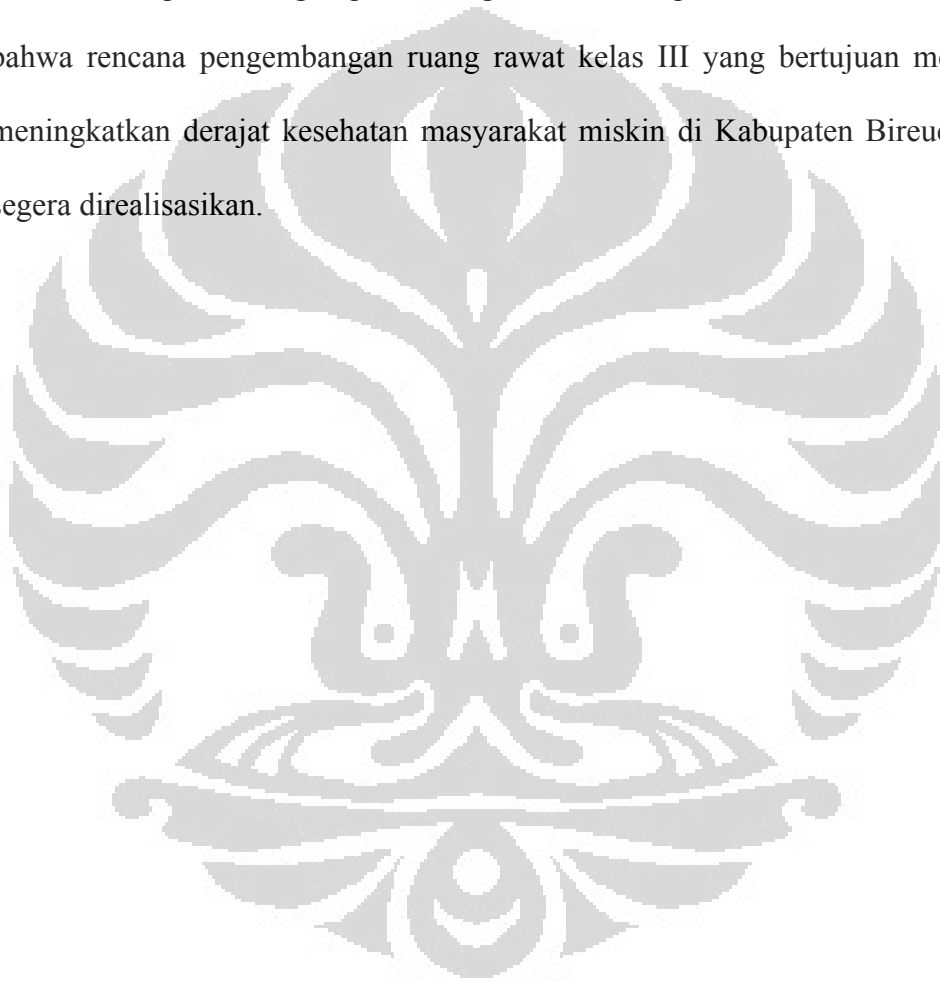
Mamfaat sosial yang dihasilkan dari pengembangan ruang rawat kelas III yang diprioritaskan untuk masyarakat miskin, diharapkan akan mampu meningkatkan kualitas pelayanan yang terima oleh masyarakat miskin. Kondisi

saat ini ruang perawatan kelas III RSD dr.fauziah Bireuen seperti yang telah dibahas diatas dari segi standarnya sudah sangat tidak layak dimana luas ruangan yang sempit dengan jumlah pasien yang hampir setiap saat penuh, sangat berpotensi untuk terjadinya penyebaran infeksi nosokomial, sehingga memperpanjang waktu penyembuhan pasien. Jika keadaan ini bisa dicegah maka akan memberi keuntungan dimana hari rawat pasien bisa menjadi lebih cepat, berarti kerugian ekonomi pasien akibat sakit juga bisa dikurangi.

Aspek politik yang dikaitkan dengan rencana pengembangan proyek diatas adalah menyangkut tanggung jawab negara/pemerintah terhadap rakyat/masyarakat. Salah satu bentuk perwujudan amanat Undang-undang Dasar yang harus dilaksanakan oleh pemerintah adalah kepedulian terhadap pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan, utamanya pelayanan kesehatan masyarakat miskin. Untuk itu pemerintah harus berupaya untuk mewujudkan rasa keadilan di bidang kesehatan dengan mengupayakan agar setiap penduduk terlayani kebutuhan kesehatannya tanpa membedakan status sosialnya, nilai-nilai ini dilandaskan pada pasal 28H UUD45 menyatakan bahwa 'setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan'. Visi ini kemudian dijabarkan dalam pasal 34 ayat 3 yang berbunyi 'Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas kesehatan dan fasilitas umum yang layak'. Dari sini jelaslah bahwa negara (pemerintah) mempunyai tugas dan tanggung jawab untuk memprioritaskan pembangunan fasilitas kesehatan. Pemerintah memiliki tanggung jawab yang penting dalam memastikan bahwa pelayanan kesehatan, pendidikan dan pelayanan sosial lainnya dapat terjangkau oleh semua orang dan sesuai dengan kebutuhan mereka.

Pengembangan ruang rawat inap kelas III pada RSD dr.Fauziah Bireuen dimana pangsa pasarnya adalah masyarakat miskin diwilayah Kabupaten Bireuen adalah merupakan tanggung jawab Pemerintah Daerah Kabupaten Bireuen, untuk itu baik pihak eksekutif dan legeslatif harus mempunyai komitmen untuk sama-sama mewujudkan rencana pengembangan tersebut.

Dari pertimbangan-pertimbangan diatas dapat ambil suatu keputusan bahwa rencana pengembangan ruang rawat kelas III yang bertujuan membantu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin di Kabupaten Bireuen harus segera direalisasikan.



## BAB VIII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 8.1. Kesimpulan

Dari hasil penelitian diketahui bahwa kinerja RSD dr.Fauziah Bireuen dari tahun ketahun terus meningkat, kondisi ini dilihat dari meningkatnya kunjungan rawat jalan maupun rawat inap, begitu pula dari output pendapatan rumah sakit dimana restribusi yang didapatkan oleh rumah sakit berupa PAD yang disetorkan ke kas pemda juga meningkat tiap tahunnya.

Unit yang memberikan kontribusi besar terhadap peningkatan kinerja rumah sakit khususnya rawat inap adalah ruangan rawat inap kelas III, dimana pada BORnya cenderung meningkat setiap tahun, dan pada tahun 2007 telah mencapai 98,3 persen.

Dari hasil analisa internal menghasilkan proyeksi tingkat utilisasi rawat inap untuk ruang rawat kelas III kedepannya pada tahun 2009 mencapai 20722, dan pada akhir tahun 2012 utilisasi diperkirakan mencapai 47358 hari rawat inap. Untuk menampung permintaan rawat inap tersebut ke depannya rumah sakit harus menambah kapasitas menambah 130 Tempat Tidur lagi, dan pada tahun 2012 angka pemamfaatannya diperkirakan sudah mencapai 80 persen.

Investasi yang dibutuhkan untuk pengembangan tersebut adalah sebesar Rp. 4,349,500,000 yang terdiri dari biaya bangunan gedung dan pengadaan inventaris ruangan. Dan biaya investasi tersebut rencananya akan di anggarkan pada APBD Kabupaten Bireuen.

SDM yang diperlukan untuk menunjang kegiatan pelayanan pada ruang rawat kelas III setelah dihitung berdasarkan ratio tenaga dengan Tempat Tidur dibutuhkan 6 tenaga medis dan 57 tenaga paramedis perawatan. Untuk tahun pertama diperkirakan jumlah tenaga yang dibutuhkan telah mencukupi.

Dari hasil analisa investasi dengan payback period didapatkan hasil bahwa masa pulang pokok lebih cepat dibandingkan dengan masa efektif investasi, yaitu pada 13 oktober 2015, jika ruangan hanya diperuntukan bagi pasien miskin. Dan akan payback period pada 2 Juni 2014 jika ruangan juga diperuntukan bagi pasien umum. Masa ini lebih cepat dari umur efektif investasi, jadi dapat di ambil kesimpulan bahwa proyek pengembangan ruang rawat kelas III ini layak untuk di realisasikan.

Dari sudut pandang sosio politik investasi ini memberikan mamfaat sosial yang sangat besar, karena di Kabupten Bireuen masih banyak rumah tangga miskin yang mana setiap saat pasti membutuhkan pelayanan kesehatan. Penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau adalah merupakan tanggung jawab pemerintah, hal ini sesuai dengan amanat UUD, begitu pula halnya dengan pemda Kabupaten Bireuen dimana dalam Qanun tentang kesehatan yang tengah dibahas juga mengamanatkan bahwa pemda harus memprioritaskan pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin



## 8.2. Saran

- Perlu adanya langkah konkrit dari para pengambil kebijakan di Pemerintahan Daerah Kabupaten Bireuen untuk mewujudkan rencana pengembangan ruang rawat inap kelas III di RSD dr.Fauziah Bireuen agar segera terlaksana.
- Pihak manajemen RSD dr.Fauziah Bireuen harus segera membuat kebijakan tentang penggunaan ruang rawat inap kelas III diperuntukkan khusus untuk pasien miskin saja, agar subsidi pada ruang kelas III tidak terpakai untuk pasien yang mampu.
- Pembangunan ruang rawat kelas III kedepannya harus di setting sedemikian rupa berpedoman pada penggolongan jenis penyakit, sehingga bisa mereduksi penyebaran infeksi nosokomial di rumah sakit.
- Pengembangan Rumah Sakit harus dilakukan secara terpadu dan terus-menerus mengingat trend permintaan masyarakat terhadap semua jenis pelayanan kesehatan di RSD dr.Fauziah Bireuen terus meningkat setiap tahunnya.
- Pengembangan Fisik Rumah Sakit harus dilakukan bersamaan dengan pengembangan Sumber Daya Manusianya agar pelayanan yang dihasilkan lebih berkualitas.
- Dalam perencanaan pengembangan rumah sakit untuk masa yang akan datang hendaknya juga berdasarkan analisa kebutuhan dan studi kelayakan, agar penggunaan dana publik tepat sasaran, dan efisien serta dapat dipertanggung jawabkan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, Tjandra Yoga (2000). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Penerbit Universitas Indonesia. UI Press. Jakarta.
- Biro Pusat Statistik, Bappeda (2007). *Bireuen Dalam Angka 2006*. Katalog BPS, Kabupaten Bireuen.
- Biro Pusat Statistik, Bappeda (2007). *Produk Domestik Regional Bruto Kabupaten Bireuen*. Katalog BPS, Kabupaten Bireuen.
- Departemen Kesehatan (2006). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1045/MENKES/PER/XI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit*. Jakarta
- Departemen Kesehatan (1999). *Rencana pembangunan kesehatan menuju indonesia sehat 2010*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan (1979). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 262/MENKES/PER/VII/1979 tentang Standarisasi Ketenagaan di Rumah Sakit*. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bireuen (2007), *Profil Kesehatan Kabupaten Bireuen Tahun 2004-2007*
- Dirjen Pelayanan Medik (2007). *Petunjuk teknis Penggunaan DAK Bidang Kesehatan Tahun 2008*. Depkes RI, Jakarta.
- Gani, Ascobat (1996). *Analisis Biaya Rumah Sakit. Modul Pelatihan Penyusunan Pola Tarif Rumah Sakit Pemerintah*. Jakarta.
- Gani, Ascobat (1997). *Mekanisme Cost and Pricing Pelayanan Rumah Sakit dalam Era Liberalisasi Pelayanan Kesehatan*. FKM UI, Jakarta.
- Griffith, John R (1987). *The Well Managed Community Hospital, Health Administration Press*. Ann Arbor, Michigan.
- Halim, Abdul (2008). *Analisis Investasi (Belanja Modal) Sektor Publik-Pemerintahan Daerah. Seri Bunga Rampai Manajemen Keuangan Daerah*. UPP STIKIM YKPN. Yogyakarta.
- Handajani, Sri (2003). *Analisis Pengembangan Ruang Rawat Inap VIP di Rumah Sakit Islam Asshobirin Tangerang*. Thesis KARS UI. Jakarta.
- Horngren and Harrison (1993). *Anggaran Fleksibel dan Biaya Standar*. Akuntansi Edisi kedua. Salemba Empat. Jakarta

- Kadarisman, Sugihono (1999). *Investasi di Bidang Usaha Jasa Pelayanan Kesehatan di Indonesia*. Seminar Nasional III dan Hospital Expo XI Maret 1999. Jakarta.
- Kuswadi (2006). *Analisis Keekonomian Proyek*. Penerbit Andi. Yogyakarta.
- McKenzie, James F, et all (2002). *An Introduction to Community health*. 4<sup>th</sup> Ed. Alih bahasa, EGC, Jakarta.
- Mills, Anne and Lucy Gilson (1990). *Ekonomi Kesehatan Untuk Negara-Negara Sedang Berkembang*. Penerbit Dian Rakyat. Jakarta.
- Nadjib, Mardiaty (1997). *Analisis Biaya dan Penetapan Tarif Rumah Sakit*. FKM UI. Jakarta.
- Pemerintah RI (2005). *Peraturan Pemerintah RI nomor 23. tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum*. Jakarta
- Rangkuti, Freddy (2001). *Teknik Membuat Perencanaan Bisnis dan Analisis Kasus*, Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Sjaaf, Amal C (1991). *Analisis Biaya Layanan Rumah Sakit*. Medika no.10, Oktober 1991. Jakarta.
- Trisantoro, Laksono (2005). *Aspek Strategis Manajemen Rumah Sakit Antara Misi Sosial dan Tekanan Pasar*. Penerbit Andi. Yogyakarta.
- Thabrany, Hasbullah (2005). *Rumah Sakit Publik Berbentuk BLU: Bentuk Paling Pas Dalam Koridor Hukum Saat ini*. *Jurnal Manajemen Administrasi RS Indonesia*. No.1 Vol VI tahun 2005. Program Studi KARS UI. Jakarta.
- Umar, Husein (2000). *Studi Kelayakan Bisnis. edisi keempat*, PT. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- AA. Sagung Mas Erwati, Stefanus suprijanto, Setya Haksama (2006). *Analisis Perilaku Pembelian Konsumen untuk Peningkatan Pemamfaatan Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bangli*. *Journal AKK*, Vol 4, No 1

## **Lampiran 1.**

Daftar data yang diperlukan:

### 1. BLU RSD dr.Fauziah Bireuen

#### a. Data laporan tahunan tahun 2002-2007

- Data Indikator cakupan layanan rawat inap 2002-2007 (BOR, LOS, TOI, BTO, GDR, NDR, Jumlah hari rawat)
- Data kunjungan rawat jalan tahun 2002-2007 (UGD dan Poliklinik)
- Data jumlah pelayanan penunjang medik (Radiologi dan Laboratorium)
- Data distribusi pasien berdasarkan demografi
- Data 10 penyakit terbanyak di Rumah Sakit
- Data tarif rawat inap

#### b. Data Ketenagaan Rumah Sakit

#### c. Profil Rumah Sakit

#### d. Struktur organisasi Rumah Sakit

#### e. Denah/ tata letak Rumah Sakit

#### f. Peta Lokasi

### 2. Dinas Kesehatan Kabupaten Bireuen

- Profil Kesehatan Kabupaten Bireuen

### 3. Badan Pusat Statistik Kabupaten Bireuen

- Peta Kabupaten Bireuen
- Bireuen dalam angka tahun 2002-2007

### 4. RS Islam Bireuen dan RS Malahayati Bireuen

- Data jumlah Tempat tidur kelas III

## Lampiran 2.

Pedoman Wawancara Mendalam:

1. Apa hal yang mendasari dan tujuan dari rencana pengembangan ruang rawat inap kelas III di BLU RSD dr.Fauziah Bireuen?
2. Sejak kapan pihak RSD sudah berencana mengembangkan ruang rawat inap kelas III?
3. Faktor apakah yang menyebabkan keinginan pihak RSD untuk mengembangkan RS belum terwujud?
4. Apakah struktur organisasi yang ada sudah mendukung apabila dilakukan perubahan dalam hal pengembangan ruang rawat kelas III?
5. Dalam pengembangan ruang rawat kelas III, langkah-langkah apa saja yang sudah dan akan dilakukan? (persiapan SDM dan Investasi/Mencari donatur atau Investor)
6. Apakah jumlah dan kualitas SDM yang ada (terutama perawat, dokter, dan dokter spesialis), dapat mencukupi kebutuhan apabila dilakukan pengembangan ruang rawat inap kelas III di RSD Bireuen?
7. Hal apakah yang paling dominan sehingga RSD Bireuen menginginkan dilakukannya pengembangan ruang perawatan kelas III?
8. Jika dilakukan pengembangan ruang rawat inap kelas III, dari mana sajakah sumber dananya?

## Lampiran 3.

Proyeksi Biaya Operasional Ruang Kelas III RSD dr.Fauziah Bireuen  
Tahun 2009 s.d 2018

Uraian	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Utilisasi	20,722	27,295	35,953	47,358	58,762	59,860	59,860	59,860	59,860	59,860
Jasa medis	124,332,000	163,771,615	215,719,972	340,975,616	423,087,266	430,992,000	517,190,400	517,190,400	517,190,400	620,628,480
Jasa para medis	279,749,570	368,486,134	485,369,936	767,195,135	951,946,348	969,732,000	1,163,678,400	1,163,678,400	1,163,678,400	1,396,414,080
<b>Total biaya jasa</b>	<b>404,081,570</b>	<b>532,257,749</b>	<b>701,089,907</b>	<b>1,108,170,751</b>	<b>1,375,033,614</b>	<b>1,400,724,000</b>	<b>1,680,868,800</b>	<b>1,680,868,800</b>	<b>1,680,868,800</b>	<b>2,017,042,560</b>
Makan Pasien	310,832,856	409,429,038	539,299,929	710,365,866	881,431,804	897,900,000	897,900,000	897,900,000	897,900,000	897,900,000
ATK	20,722,190	27,295,269	35,953,329	47,357,724	58,762,120	59,860,000	59,860,000	59,860,000	59,860,000	59,860,000
Air dan Listrik	31,083,286	40,942,904	53,929,993	71,036,587	88,143,180	89,790,000	89,790,000	89,790,000	89,790,000	89,790,000
BHP Medis	41,444,381	54,590,538	71,906,657	94,715,449	117,524,240	119,720,000	119,720,000	119,720,000	119,720,000	119,720,000
BHP Nonmedis	20,722,190	27,295,269	35,953,329	47,357,724	58,762,120	59,860,000	59,860,000	59,860,000	59,860,000	59,860,000
<b>Total biaya variabel</b>	<b>424,804,903</b>	<b>559,553,018</b>	<b>737,043,236</b>	<b>970,833,350</b>	<b>1,204,623,465</b>	<b>1,227,130,000</b>	<b>1,227,130,000</b>	<b>1,227,130,000</b>	<b>1,227,130,000</b>	<b>1,227,130,000</b>
<b>Total setelah inflasi</b>	<b>454,541,246</b>	<b>598,721,730</b>	<b>788,636,262</b>	<b>1,038,791,685</b>	<b>1,288,947,107</b>	<b>1,313,029,100</b>	<b>1,313,029,100</b>	<b>1,313,029,100</b>	<b>1,313,029,100</b>	<b>1,313,029,100</b>
<b>Biaya periksa lab ps askin</b>	<b>175,516,953</b>	<b>231,190,930</b>	<b>304,524,693</b>	<b>401,119,926</b>	<b>497,715,158</b>	<b>507,014,200</b>	<b>507,014,200</b>	<b>507,014,200</b>	<b>507,014,200</b>	<b>507,014,200</b>
<b>Total biaya operasional</b>	<b>1,034,139,770</b>	<b>1,362,170,409</b>	<b>1,794,250,863</b>	<b>2,548,082,362</b>	<b>3,161,695,879</b>	<b>3,220,767,300</b>	<b>3,500,912,100</b>	<b>3,500,912,100</b>	<b>3,500,912,100</b>	<b>3,837,085,860</b>

Asumsi :

Jasa medis dan Paramedis tiap 3 tahun naik

20%

Inflasi pertahun

7%

Lampiran 4.  
 Proyeksi Biaya Operasioanal Untuk Pelayanan Pasien Askeskin di Ruang Kelas III  
 RSD dr.Fauziah Bireuen Tahun 2009 s.d 2018

Uraian	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Utilisasi	20,722	27,295	35,953	47,358	58,762	59,860	59,860	59,860	59,860	59,860
Utilisasi ps askin	15,956	21,017	27,684	36,465	45,247	46,092	46,092	46,092	46,092	46,092
Jasa medis	95,736,520	126,104,144	166,104,378	262,551,224	325,777,195	331,863,840	398,236,608	398,236,608	398,236,608	477,883,930
Jasa para medis	215,407,169	283,734,323	373,734,851	590,740,254	732,998,688	746,693,640	896,032,368	896,032,368	896,032,368	1,075,238,842
<b>Total biaya jasa</b>	<b>311,143,689</b>	<b>409,838,467</b>	<b>539,839,229</b>	<b>853,291,478</b>	<b>1,058,775,882</b>	<b>1,078,557,480</b>	<b>1,294,268,976</b>	<b>1,294,268,976</b>	<b>1,294,268,976</b>	<b>1,553,122,771</b>
Makan Pasien	239,341,299	315,260,359	415,260,945	546,981,717	678,702,489	691,383,000	691,383,000	691,383,000	691,383,000	691,383,000
ATK	15,956,087	21,017,357	27,684,063	36,465,448	45,246,833	46,092,200	46,092,200	46,092,200	46,092,200	46,092,200
Air dan Listrik	23,934,130	31,526,036	41,526,095	54,698,172	67,870,249	69,138,300	69,138,300	69,138,300	69,138,300	69,138,300
BHP Medis	31,912,173	42,034,715	55,368,126	72,930,896	90,493,665	92,184,400	92,184,400	92,184,400	92,184,400	92,184,400
BHP Nonmedis	15,956,087	21,017,357	27,684,063	36,465,448	45,246,833	46,092,200	46,092,200	46,092,200	46,092,200	46,092,200
<b>Total biaya variabel</b>	<b>327,099,775</b>	<b>430,855,824</b>	<b>567,523,292</b>	<b>747,541,680</b>	<b>927,560,068</b>	<b>944,890,100</b>	<b>944,890,100</b>	<b>944,890,100</b>	<b>944,890,100</b>	<b>944,890,100</b>
<b>Total setelah inflasi</b>	<b>349,996,760</b>	<b>461,015,732</b>	<b>607,249,922</b>	<b>799,869,597</b>	<b>992,489,273</b>	<b>1,011,032,407</b>	<b>1,011,032,407</b>	<b>1,011,032,407</b>	<b>1,011,032,407</b>	<b>1,011,032,407</b>
<b>Biaya periksa lab ps askin</b>	<b>175,516,953</b>	<b>231,190,930</b>	<b>304,524,693</b>	<b>401,119,926</b>	<b>497,715,158</b>	<b>507,014,200</b>	<b>507,014,200</b>	<b>507,014,200</b>	<b>507,014,200</b>	<b>507,014,200</b>
<b>Total biaya operasional</b>	<b>836,657,401</b>	<b>1,102,045,129</b>	<b>1,451,613,844</b>	<b>2,054,281,002</b>	<b>2,548,980,314</b>	<b>2,596,604,087</b>	<b>2,812,315,583</b>	<b>2,812,315,583</b>	<b>2,812,315,583</b>	<b>3,071,169,378</b>

Asumsi :

Jasa medis dan paramedis naik tiap 3 tahun sebesar

20%

Inflasi pertahun

7%

Lampiran 5.

Skema Proyeksi Aliran Kas masuk pada Ruang rawat Kelas III  
RSD dr.Fauziah Bireuen Tahun 2009 s.d 2018

Uraian	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Utii pasien askin	15,956	21,017	27,684	36,465	45,247	46,092	46,092	46,092	46,092	46,092
Utii pasien umum	4,766	6,278	8,269	10,892	13,515	13,768	13,768	13,768	13,768	13,768
<b>Total Utilisasi</b>	<b>20,722</b>	<b>27,295</b>	<b>35,953</b>	<b>47,358</b>	<b>58,762</b>	<b>59,860</b>	<b>59,860</b>	<b>59,860</b>	<b>59,860</b>	<b>59,860</b>
Pendapatan ps askin	1,196,706,496	1,576,301,796	2,076,304,726	2,734,908,585	3,393,512,444	3,456,915,000	3,456,915,000	3,456,915,000	3,456,915,000	3,456,915,000
Pendapatan ps umum	305,030,643	401,786,363	529,232,997	697,105,703	864,978,410	881,139,200	881,139,200	881,139,200	881,139,200	881,139,200
<b>Total pendapatan</b>	<b>1,501,737,138</b>	<b>1,978,088,159</b>	<b>2,605,537,722</b>	<b>3,432,014,288</b>	<b>4,258,490,854</b>	<b>4,338,054,200</b>	<b>4,338,054,200</b>	<b>4,338,054,200</b>	<b>4,338,054,200</b>	<b>4,338,054,200</b>
<b>Biaya operasional</b>	<b>1,034,139,770</b>	<b>1,362,170,409</b>	<b>1,794,250,863</b>	<b>2,548,082,362</b>	<b>3,161,695,879</b>	<b>3,220,767,300</b>	<b>3,500,912,100</b>	<b>3,500,912,100</b>	<b>3,500,912,100</b>	<b>3,837,085,860</b>
<b>Pendapatan bersih</b>	<b>467,597,369</b>	<b>615,917,749</b>	<b>811,286,859</b>	<b>883,931,926</b>	<b>1,096,794,974</b>	<b>1,117,286,900</b>	<b>837,142,100</b>	<b>837,142,100</b>	<b>837,142,100</b>	<b>500,968,340</b>

Asumsi :

Utilisasi ps askin	=	77%
utilisasi ps umum	=	23%
Tarif Askin perpaket	=	75000
Tarif ps umum	=	64000



Lampiran 6.

Skema Proyeksi Aliran Kas masuk pada Ruang rawat Kelas III bersumber pasien Askeskin  
RSD dr.Fauziah Bireuen Tahun 2009 s.d 2018

Uraian	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Uti pasien askin</b>	<b>15,956</b>	<b>21,017</b>	<b>27,684</b>	<b>36,465</b>	<b>45,247</b>	<b>46,092</b>	<b>46,092</b>	<b>46,092</b>	<b>46,092</b>	<b>46,092</b>
Uti pasien umum	4,766	6,278	8,269	10,892	13,515	13,768	13,768	13,768	13,768	13,768
Total Utilisasi	20,722	27,295	35,953	47,358	58,762	59,860	59,860	59,860	59,860	59,860
Pendapatan ps askin	1,196,700,000	1,576,301,796	2,076,304,726	2,734,908,585	3,393,512,444	3,456,915,000	3,456,915,000	3,456,915,000	3,456,915,000	3,456,915,000
<b>Total pendapatan</b>	<b>1,196,700,000</b>	<b>1,576,301,796</b>	<b>2,076,304,726</b>	<b>2,734,908,585</b>	<b>3,393,512,444</b>	<b>3,456,915,000</b>	<b>3,456,915,000</b>	<b>3,456,915,000</b>	<b>3,456,915,000</b>	<b>3,456,915,000</b>
<b>Biaya operasional</b>	<b>836,657,401</b>	<b>1,102,045,129</b>	<b>1,451,613,844</b>	<b>2,054,281,002</b>	<b>2,548,980,314</b>	<b>2,596,604,087</b>	<b>2,812,315,583</b>	<b>2,812,315,583</b>	<b>2,812,315,583</b>	<b>3,071,169,378</b>
<b>Pendapatan bersih</b>	<b>360,042,599</b>	<b>474,256,667</b>	<b>624,690,882</b>	<b>680,627,583</b>	<b>844,532,130</b>	<b>860,310,913</b>	<b>644,599,417</b>	<b>644,599,417</b>	<b>644,599,417</b>	<b>385,745,622</b>

Asumsi :

Utilisasi ps askin

77%

utilisasi ps umum

23%

Tarif ps umum

64000

Tarif Askin perpaket

75000

Lampiran 7.

Skema Payback Period dari Pasien Askin dan Umum

Intial Invesment

4,349,500,000

Tahun		Hari Rawat	Kumulatif hari rwt	Net Cash Flow	Kumulatif NCF
1	2009	20,722	20,722	467,597,369	467,597,369
2	2010	27,295	48,017	615,917,749	1,083,515,118
3	2011	35,953	83,971	811,286,859	1,894,801,978
4	2012	47,358	131,329	883,931,926	2,778,733,904
5	2013	58,762	190,091	1,096,794,974	3,875,528,878
6	2 juni 2014	59,860	249,951	1,117,286,900	4,992,815,778
7	2015	59,860	309,811	837,142,100	5,829,957,878
8	2016	59,860	369,671	837,142,100	6,667,099,978
9	2017	59,860	429,531	837,142,100	7,504,242,078
10	2018	59,860	489,391	500,968,340	8,005,210,418

Lampiran 8.

Skema Payback Period dari Pasien Askin

Intial Invesment

4,349,500,000

	Tahun	Hari Rawat	Kumulatif hari rwt	Net Cash Flow	Kumulatif NCF
1	2009	15,956	15,956	360,042,599	360,042,599
2	2010	21,017	36,973	474,256,667	834,299,266
3	2011	27,684	64,657	624,690,882	1,458,990,148
4	2012	36,465	101,123	680,627,583	2,139,617,731
5	2013	45,247	146,370	844,532,130	2,984,149,861
6	2014	54,028	200,398	860,310,913	3,844,460,774
7	13 okt 2015	59,860	260,258	644,599,417	4,489,060,191
8	2016	59,860	320,118	644,599,417	5,133,659,608
9	2017	59,860	379,978	644,599,417	5,778,259,025
10	2018	59,860	439,838	385,745,622	6,164,004,647

## Lampiran 9

## Master Tabel Pengembangan Kelas III Pada RSD dr.Fauziah Bireuen

No	Uraian	Tempat	Satuan	Data				Proyeksi				
				2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1	Jumlah Ps Poliklinik	RS	Orang	58,562	48,920	53,408	66507	70298	74305	78540	83017	87749
2	Jumlah Ps IGD		Orang	4,358	6,951	7,726	9874	13113	17414	23125	30710	40783
3	Jumlah Ps Ranap		Orang	4,486	7,072	8,783	9581	12484	16267	21196	27618	35986
4	Jumlah tenaga		Orang	358	400	435	458	-	-	-	-	-
5	setoran sbg PAD		Rupiah	1,409,977,240	1,584,971,519	2,327,966,640	-	-	-	-	-	-
6	BOR	Ruang kelas 3	Persen	57,1	68,8	89,5	98,3	26,3	34,6	45,6	60,1	79,1
7	TT terpakai penuh		TT	-	-	-	-	43	57	75	99	130
8	Jumlah Ps Ranap		Orang	1,351	2,134	2,714	2986	3933	5181	6824	8988	11839
9	Utilisasi		Hari rawat	-	-	-	-	15732	20722	27295	35953	47358
10	Kebutuhan Tenaga Prwt		Orang	-	-	-	-	43	57	75	99	130
11	Kebutuhan Tenaga Dr.		Orang	-	-	-	-	5	6	8	11	14
12	Jumlah Penduduk	Kab.	Jiwa	-	-	-	355989	361151	366388	371700	377090	382558
13	Pertumbuhan Ekonomi	Bireuen	Persen	3,48	3,39	4,53	-	-	-	-	-	-

Lampiran 10  
Matrix wawancara mendalam

No	Topik	Pendapat Informan			Intisari Informasi
		Informan 1	Informan 2	Informan 3	
1	Apa hal yang mendasari dan tujuan dari rencana pengembangan ruang rawat inap kelas III di RSD dr.Fauziah Bireuen	Kami kira tujuan utamanya adalah memberikan pelayanan yang terbaik kepada masyarakat...saat ini pasien yang dirawat di rumah sakit ini terus bertambah	Karena saat ini daya tampung ruang rawat kelas III tidak mencukupi lagi...terkadang ada pasien miskin yang harus dirawat di kelas I atau bahkan di koridor karena di ruang kelas III sudah penuh	Kami rasa sudah saatnya untuk menambah TT untuk ruang kelas III karena pasien terus membludak, tidak mungkin kita menolak tuk merawat pasien, apalagi pasien miskin, rusaklah nanti citra rumah sakit kita	Pihak rumah sakit ingin memberikan pelayanan yang baik kepada pasien karena saat ini pasien yang dirawat di ruang kelas III selalu penuh sehingga pasien miskin terkadang tidak tertampung lagi
2	Sejak kapan pihak RSD sudah berencana mengembangkan ruang rawat inap kelas III	Sejak dua tahun terakhir ini	Semenjak setelah kejadian tsunami	Sepertinya wacana sudah lama sejak masih direktur yang dulu saya sudah pernah dengar	Sejak tahun 2005 sudah ada rencana untuk pengembangan pembangunan ruang rawat
3	Faktor apakah yang menyebabkan keinginan pihak RSD untuk mengembangkan RS belum terwujud	Mungkin faktor politik saya rasa juga ikut berpengaruh dimana dulu situasi keamanan di Bireuen tidak kondusif	Mungkin lobi kita kurang, sehingga pihak pemda beserta dewan belum memprioritaskan pengembangan di rumah sakit ini	Tidak ada yang konsen terhadap itu, mungkin seringkali terjadi mutasi pejabat menyebabkan perencanaan tidak berkesinambungan	Faktor politik yang kurang kondusif, tidak ada kesinambungan perencanaan dari para pejabat dan kurangnya advokasi dari pihak rumah sakit
4	Apakah struktur organisasi yang ada sudah mendukung apabila dilakukan perubahan dalam hal pengembangan ruang rawat kelas III	Kami rasa ada kendala dari hal tersebut	Sepertinya sudah mendukung	Saya rasa struktur, baik kabag, kasie, dan struktur fungsional organisasi di rumah sakit Fauziah Bireuen sudah lengkap dan sudah mencukupi	Struktur organisasi di rumah sakit sudah mendukung untuk pengembangan
5	.....				

5	Dalam pengembangan ruang rawat kelas III, langkah-langkah apa saja yang sudah dan akan dilakukan? (persiapan SDM dan Investasi/Mencari donatur atau Investor	Kalo tenaga perawat saya rasa sudah lebih, bahkan masih ada yang antri untuk bisa honor di RS ini...mengenai sumber investasi coba ditanyakan pada Pak Sayed	Mungkin kabid kepegawaian dan Kabag Tata Usaha yang lebih tahu masalah ini	Dari segi ketenagaan kita sudah mencukupi, kecuali mungkin dokter spesialis yang masih agak kurang....sedangkan untuk mencari investor kita tidak sampai kesitu, tapi untuk donatur telah ada beberapa NGO yang bersedia membantu	Tidak ada langkah-langkah khusus yang dipersiapkan untuk rencana pengembangan
6	Apakah jumlah dan kualitas SDM yang ada (terutama perawat, dokter, dan dokter spesialis), dapat mencukupi kebutuhan apabila dilakukan pengembangan ruang rawat inap kelas III di RSD Bireuen	Dari segi jumlah kami rasa sudah mencukupi, bahkan untuk tenaga perawat sudah berlebih, tapi kalo di tanya kualitas....saya belum bisa memastikan	Masalah ini dapat ditanyakan dengan kabid kepegawaian	Kabid kepegawaian bilang gimana,..... saya rasa juga demikian	Jumlah ketenagaan sudah mencukupi dari segi kuantitas,...kualitas SDM dirasakan masih kurang.
7	Hal apakah yang paling dominan sehingga RSD Bireuen menginginkan dilakukannya pengembangan ruang perawatan kelas III	Saya rasa karena keadaan seperti saat ini yang membuat kami ingin melakukan pengembangan....anda lihat sendiri kan bagaimana keadaan ruangan kelas III	Saya rasa karena faktor terus meningkatnya jumlah pasien sehingga kami haruslah mulai memikirkan langkah-langkah untuk pengembangan	Seperti yang sudah saya sampaikan bahwa saat ini ruangan kelas III yang ada tidak mencukupi lagi untuk menampung pasien, khususnya pasien miskin	Faktor tingginya jumlah pasien khususnya di kelas III adalah merupakan faktor utama muncul ide pengembangan
8	Jika dilakukan pengembangan ruang rawat inap kelas III, dari mana sajakah sumber dananya	Mungkin dari APBD	Kalo tidak dari APBD ya dari APBN	Saya rasa ini tanggung jawab pemda jadi sumber dananya ya dari APBD	APBD dan APBN

Lampiran  
 Gambar Struktur Organisasi RSD dr.Fauziah Bireuen

