

## **BAB 2**

### **KAJIAN PUSTAKA**

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

Rumah sakit dalam bahasa Inggris disebut *hospital*. Kata *hospital* berasal dari kata bahasa Latin *hospitium* yang berarti tamu. Secara lebih luas kata itu bermakna menjamu para tamu. Memang menurut sejarahnya, *hospital* atau rumah sakit adalah suatu lembaga yang bersifat kedermawanan untuk merawat pengungsi atau memberikan pendidikan bagi orang – orang yang kurang beruntung atau miskin, berusia lanjut, cacat, atau para pemuda ( Kemenkes RI, 2012 ).

Pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 tahun 2020, dijelaskan bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Sedangkan pengertian lainnya Rumah sakit menurut *World Health Organization* ( 1957) adalah suatu bagian dari organisasi medis dan sosial yang mempunyai fungsi untuk memberikan pelayanan kesehatan lengkap kepada masyarakat, baik kuratif maupun preventif pelayanan keluarnya menjangkau keluarga dan lingkungan rumah. Rumah sakit juga merupakan pusat untuk latihan tenaga kesehatan dan penelitian biologi, psikologi, sosial ekonomi dan budaya.

#### **2.2. Konsep Mutu**

Definisi mutu menurut beberapa pakar (Supriyanto .S, Wulandari R.D,2011) :

- a. Menurut Edwards Deming. 1940-an. Mutu ialah pelayanan yang dapat memuaskan kebutuhan pelanggan.

- b. Menurut Philip Crosby, mutu digambarkan sebagai barang yang berkualitas baik dan tanpa ada cacat.
- c. Menurut ISO, mutu adalah keseluruhan karakteristik barang atau jasa yang menunjukkan kemampuannya dalam memuaskan kebutuhan pelanggan, baik berupa kebutuhan yang dinyatakan maupun yang tersirat.
- d. Mutu adalah gambaran dan karakteristik menyeluruh dari barang atau jasa yang menunjukkan kemampuannya dalam memuaskan kebutuhan pelanggan baik berupa kebutuhan yang dinyatakan maupun kebutuhan yang tersirat.

Sejalan dengan perubahan yang terjadi dan perkembangan tuntutan masyarakat, konsep mutu terus mengalami perubahan. Hal ini pada akhirnya memunculkan pandangan baru tentang kualitas.

### **2.2.1 Mutu Pelayanan Kesehatan**

Mutu pelayanan kesehatan adalah tingkat pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan dan harapan pelanggan. Dalam layanan kesehatan mutu difokuskan pada dua kegiatan yaitu *doing the right thing* (Efektivitas) dan *doing the right* (Efisien) dan *making continous improvement* menurut Suprianto S ( 2005 ). Sedangkan Peningkatan mutu adalah suatu proses pengukuran pelayanan kesehatan dibandingkan dengan standar dan tindakan perbaikan yang terstruktur dan berkesinambungan, untuk mencapai mutu pelayanan yang prima, sesuai dengan standar ilmu pengetahuan dan teknologi, dan kemampuan sumber daya yang ada. Selain itu mutu layanan juga harus dijaga kualitasnya.

Menurut Supriyanto .S, Wulandari R.D (2011), proses penjagaan mutu layanan, mempertahankan dan memelihara kesempurnaan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan standar dan tindakan perbaikan yang sistematis, berkesinambungan, untuk mencapai mutu pelayanan kesehatan yang optimum, sesuai dengan standar dan sumber daya yang ada dapat dilakukan dengan melaksanakan *Quality assurance*.

Menurut Supriyanto S ( 2005 ) dimensi mutu pelayanan adalah pada RATER (*Reability, Assurance, Tangible, Emphaty, Responsiveness*) :

#### 1. *Reability*

*The ability to perform the desired service dependably, accyrately and consistently. Dependable* artinya produk atau jasa yang dapat disampaikan dapat diandalkan, dipercaya, dapat dipertanggung jawabkan. *Accyrately* artinya produk atau jasa yang disampaikan tepat sesuai dengan yang dijanjikan (ingat akan arti inti produk atau jasa). *Consistently* artinya secara terus menerus produk atau jasa yang disampaikan sesuai dengan janji yang pernah diberikan oleh pemberi pelayanan.

#### 2. *Assurance*

*Emplyee's knowledge, courtesy, and ability to convey trust and confidence. Courtesy* artinya dalam menyampaikan produk atau jasa disertai rasa hormat, sopan. Selain itu proses penyampaian dapat juga menimbulkan rasa percaya dan yakin akan jaminan sembuh.

Indikator: informasi tentang penyakit, informasi tindakan, dan prognose penyakit.

### 3. *Tangible*

*The physical facilities, equipment, appearance of persona. Tangible* adalah tampilan fisik fasilitas, alat dan tenaga. Tampilan fisik fasilitas antara lain adalah kebersihan, penerangan kebisingan. Tampilan tenaga dapat dimulai dari kerapian pakaian, keramahan.

### 4. *Emphaty*

*Caring individualized attention to customer.* Empati adalah kesediaan pemberi jasa untuk mendengarkan dan adanya perhatian akan keluhan, kebutuhan, keinginan, dan harapan pasien. Indikator : mendengarkan keluhan pasien dengan seksama, perhatian pada kondisi pasien, menyampaikan informasi, cara minum obat, memberi informasi untuk kunjungan ulang dll.

### 5. *Responsiveness*

*Willingness to provide prompt service and help customer.* Adalah kemauan untuk menyediakan pelayanan dengan tepat dan mau membantu pasien. Indikator: waktu tunggu di loket, waktu tunggu mendapatkan pelayanan medis, apotek, laboratorium dan kecepatan datang saat dibutuhkan.

Dalam penelitian ini teori yang digunakan untuk pembahasan adalah Teori dari Supriyanto ( 2005 ) tentang dimensi mutu pelayanan.

### 2.2.2 Penilaian Konsumen

Penilaian konsumen terhadap produk apapun dapat dibedakan menjadi penilaian kualitas teknis dan kualitas fungsional (Supriyanto S,2005) Kualitas teknis yang dinilai oleh pasien meliputi :

- a. *Search Quality* : konsumen dapat menilai kualitas sebelum membeli (cocok untuk produk fisik)
- b. *Experience Quality* : konsumen dapat menilai kualitas setelah menggunakan produk (kepuasan pelayanan jasa)
- c. *Credence Quality* : konsumen tetap sukar menilai kualitas produk atau jasa meskipun telah mempergunakan produk tersebut

Kualitas fungsional (aspek teknis medis/keperawatan, komunikasi interpersonal) meliputi :

- a. *Competency (Reliability)*, yang terdiri dari kemampuan pemberi layanan untuk memberikan pelayanan yang diharapkan secara akurat sesuai dengan yang dijanjikan (diiklankan, promosi leaflet yang dipasang di rumah sakit, PKMRS)
- b. *Responsiveness*, yaitu keinginan untuk membantu dan menyediakan pelayanan yang dibutuhkan dengan segera
- c. *Assurance*, kemampuan pemberi jasa untuk menimbulkan rasa percaya pelanggan terhadap jasa yang ditawarkan
- d. *Empathy*, yang berupa pemberian layanan secara individu dengan penuh perhatian dan sesuai kebutuhan/harapan konsumen

- e. *Communication*, yang berarti selalu memberikan informasi dan melakukan dengan sebaik-baiknya serta mendengarkan segala apa yang disampaikan oleh klien. Hal ini sangat berperan pada penderita penyakit kronis dan degeneratif
- f. *Caring* (pengasuhan), yaitu mudah dihubungi dan selalu memberikan perhatian kepada klien. Memperhatikan keluhan pasien sebagai makhluk individu dan sosial (keluarga dan masyarakat)
- g. *Tangible (physical environment)* penampakan fasilitas fisik, peralatan, personil dan bahan komunikasi yang menunjang jasa yang ditawarkan

### 2.2.3 Indikator Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan sebuah rumah sakit dapat dilihat dari efisiensi penggunaan tempat tidur di rumah sakit tersebut, dan dapat dijadikan ukuran baik tidaknya pelayanan suatu rumah sakit.

- a. BOR ( *Bed Occupancy Rate* )

Adalah presentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu, indikator ini memeberikan gambaran tinggi rendahnya pemanfaatan tempat tidur rumah sakit.

$$\text{BOR} = \frac{\text{Jumlah hari perawatan rumah sakit}}{\text{Jumlah Tempat Tidur} \times \text{Jumlah hari dalam 1 periode}} \times 100\%$$

Nilai parameter BOR ideal menurut Depkes ( 2005 ) adalah 60-85%

Manfaat perhitungan BOR adalah :

1. Untuk mengetahui tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit,

2. Menggambarkan sampai seberapa jauh tempat tidur yang tersedia di rumah sakit dimanfaatkan untuk penderita rawat inap.

Interpretasi dari perhitungan BOR adalah :

1. Angka BOR yang rendah menunjukkan kurangnya pemanfaatan fasilitas rumah sakit oleh masyarakat
  2. Umumnya nilai makin besar makin baik
  3. Angka BOR yang tinggi ( >85% ) menunjukkan tingkat pemanfaatan tempat tidur yang terlalu tinggi, sehingga perlu pengembangan rumah sakit atau penambahan tempat tidur
  4. Indikator ini dapat dipengaruhi oleh tingginya hari perawatan yang lama dan rendahnya angka kunjungan rawat inap
- b. ALOS ( *Average Length Of Stay* )

Adalah rata – rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan lebih lanjut. Berikut adalah rumus ALOS :

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

### 2.3. Teori Sistem

Menurut Azwar ( 2010 ) sistem adalah suatu kesatuan yang utuh dan terpadu dari berbagai elemen yang berhubungan serta saling mempengaruhi yang dengan sadar dipersiapkan untuk mencapai tujuan yang telah dicapai sedangkan sistem kesehatan adalah kumpulan dari berbagai faktor yang kompleks dan saling

berhubungan yang terdapat dalam suatu negara yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok, danmataupun masyarakat pada setiap saat dibutuhkan.

Pendekatan Sistem digunakan untuk 2 tujuan, adapun tujuannya adalah sebagai berikut :

1. Sistem sebagai upaya menghasilkan pelayanan kesehatan
  - a. Masukan : perangkat administrasi yaitu tenaga, dana, sarana, metode atau sumber, tata cara dan kesanggupan.
  - b. Proses : fungsi administrasi, yang terpenting adalah perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan penilaian
  - c. Keluaran:adalah pelayanan kesehatan yang akan dimanfaatkan oleh masyarakat.
2. Sistem sebagai upaya menyelesaikan Masalah Kesehatan
  - a. Masukan: setiap masalah kesehatan yang akan diselesaikan
  - b. Proses: perangkat administrasi yakni tenaga, dana, sarana dan metode atau sumber, tata cara dan kesanggupan.
  - c. Keluaran: selesainya masalah kesehatan yang dihadapi.

Sistem terbentuk dari bagian atau elemen yang saling berhubungan dan mempengaruhi, adapun unsur - unsur sistem menurut Azwar ( 2010 ) yaitu :

## 1. Masukan ( *Input* )

Masukan atau *input* adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk berfungsinya sistem tersebut. Ada beberapa variable yang terdapat dalam masukan atau input yang penting, yaitu :

### a. *Man*

*Man* menunjuk pada sumber daya manusia yang dimiliki oleh organisasi. Dalam manajemen faktor manusia adalah faktor yang sangat menentukan. Tanpa adanya manusia tak ada proses kerja, sebab pada dasarnya manusia adalah makhluk kerja. Oleh karena itu, manajemen timbul karena adanya orang - orang yang bekerja sama untuk mencapai tujuan.

### b. *Material*

*Material* merupakan sarana yang digunakan untuk mendukung kelancaran berjalannya suatu program. Bahan paket yang lengkap akan memperlancar jalannya suatu program, demikian sebaliknya jika bahan paket yang dibutuhkan tidak atau kurang memadai, akan menghambat berlangsungnya suatu program.

### c. *Money*

*Money* atau uang merupakan salah satu unsur yang tidak dapat diabaikan. Uang merupakan alat tukar dan alat pengukur nilai. Besar

kecilnya hasil kegiatan dapat diukur dari hasil uang yang beredar dalam organisasi.

d. *Method*

Merupakan kegiatan ilmiah yang berkaitan dengan suatu cara kerja untuk memahami suatu subjek atau objek penelitian, sebagai upaya untuk menemukan jawaban yang dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah dan termasuk keabsahannya.

e. *Market*

*Market* atau pasar adalah tempat di mana organisasi menyebarluaskan produknya. Memasarkan produk sangat penting, sebab bila produk tidak laku maka produksi akan berhenti. Dalam hal ini, market bisa diartikan sasaran dari program yang mendapatkan pelayanan secara langsung.

f. *Machine*

*Machine* atau alat adalah peralatan yang membantu manusia dalam menyelesaikan pekerjaan yang sebelumnya memakai tenaga manusia.

2. Proses

Proses adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan atau *input* menjadi keluaran atau *output* yang direncanakan.

3. Keluaran ( *Output* )

Adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.

#### 4. Umpan Balik ( *Feed Back* )

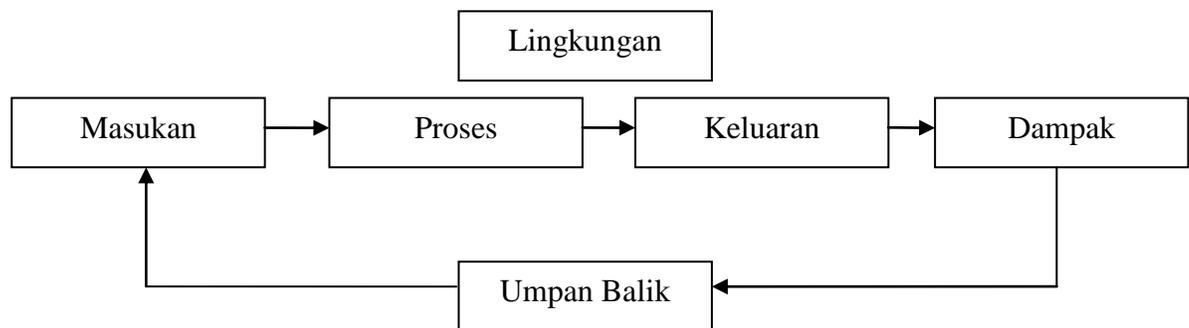
Adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran atau *output* dari sistem dan sekaligus sebagai masukan atau *input* bagi sistem tersebut.

#### 5. Dampak ( *Impact* )

Adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran atau *output* suatu sistem.

#### 6. Lingkungan ( *Environment* )

Adalah dunia di luar sistem yang tidak boleh dikelola oleh sistem tapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem.



Gambar 2.1 Hubungan unsur - unsur sistem ( Azwar, 2010 )

### 2.4. Pohon Masalah

Silverman dan Silverman (1994) menggunakan istilah tree diagram dan menyatakan diagram sistematik atau diagram pohon dirancang untuk mengurutkan hubungan sebab-akibat. Menurut manfaat Duffy, dkk ( 2012 ) dari penggunaan analisis pohon masalah adalah:

1. Membantu kelompok/tim kerja organisasi untuk merumuskan persoalan utama atau masalah prioritas organisasi.

2. Membantu kelompok/tim kerja organisasi menganalisis secara rinci dalam mengeksplorasi penyebab munculnya persoalan dengan menggunakan metode *five whys*. Metode *five whys* adalah suatu metode menggali penyebab persoalan dengan cara bertanya “mengapa” sampai lima level atau tingkat.
3. Membantu kelompok/tim kerja organisasi menganalisis pengaruh persoalan utama terhadap kinerja/hasil/dampak bagi organisasi atau stakeholder lainnya.
4. Membantu kelompok/tim kerja organisasi mengilustrasikan hubungan antara masalah utama, penyebab masalah, dan dampak dari masalah utama dalam suatu gambar atau grafik.
5. Membantu kelompok/tim kerja organisasi mencari solusi atas persoalan utama yang ada.

## **2.5. Skala Likert**

Menurut Sugiyono ( 2012 ) yang Menjelaskan bahwa Skala Likert merupakan metode pengukuran yang digunakan untuk mengukur sikap, pendapat dan persepsi seseorang atau kelompok orang tentang fenomena sosial. Skala Likert adalah teknik skala non - komparatif dan unidimensional (hanya mengukur sifat tunggal) secara alami. responden diminta untuk menunjukkan tingkat kesepakatan melalui pernyataan yang diberikan dengan cara skala ordinal.

## **2.6. Penelitian Terdahulu / Hasil Penelitian Relevan**

Berikut adalah penelitian terdahulu :

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

No	Judul Penelitian / Penulis	Tahun	Latar Belakang atau Permasalahan Penelitian	Kesimpulan
1.	Faktor Penyebab BOR ( <i>Bed Occupancy Rate</i> ) Rendah Di Rumah Sakit Mitra Paramedika Tahun 2016/Nofitasari, Program Studi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan ( D -3 ) Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jenderal Achmad Yani Yogyakarta 2017	2017	Hasil BOR di RS Mitra Paramedika dalam 3 tahun terakhir selalu meningkat tapi tidak sesuai standar, BOR 27% pada tahun 2014, BOR 30% pada tahun 2015, dan BOR 47,26% pada tahun 2016	Pengumpulan data sensus harian rawat inap rutin dilakukan oleh petugas rekam medis serta pembuatan sensus harian rawat inap oleh perawat bangsal, nilai BOR yang belum sesuai standar dapat diidentifikasi menggunakan faktor 5M, yaitu <i>Man, Matherial, Methode, Machine, Money</i> .
2.	Sumber Daya Terhadap Rendahnya Capaian <i>Bed Occupancy Rate</i> ( BOR ) Berdasarkan Penilaian Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Paru	2018	Indikator BOR RS Paru Jember pada tahun 2016 adalah 56,56%, tahun 2015 sebesar 60,18%, dan tahun 2014 sebesar 66,36%, capaian BOR RS Paru Jember belum mencapai	Hasil penelitian mengenai sumber daya RS Paru Jember terhadap rendahnya capaian BOR adalah sebagai berikut : a. Sarana umum sudah baik, kecuali tempat parkir tidak memiliki atap b. Sarana medis udah lengkap c. Sarana penunjang medis

No .	Judul Penelitian / Penulis	Tahun	Latar Belakang atau Permasalahan Penelitian	Kesimpulan
	Jember Tahun 2017 / Renny Indharwati, Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember		standar Depkes RI tahun 2015 ( 70% - 80% )	<p>sudah baik</p> <p>d. Tarif tidak mahal</p> <p>e. Petugas medis selalu ada ketika dibutuhkan</p> <p>f. Jumlah tenaga medis sudah cukup</p> <p>g. Waktu pelayanan dokter sudah tepat, sedang administrasi sangat lama</p> <p>h. Sikap dokter dan perawat sudah baik</p> <p>i. Sosial ekonomi pasien menengah ke bawah</p> <p>j. Jarak ditempuh pasien ke RS jauh dan kebanyakan menggunakan mobil</p> <p>k. Motivasi dan prioritas pasien sudah baik</p>
3.	Analisis Faktor Determinan Efisiensi Nilai <i>Bed Occupancy Ratio</i> : <i>Fishbone Analysis</i> / Tri Lestari, Isa Tri Wahyuni STIKes Mitra Husada	2019	Laporan Indikator pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Surakarta memiliki nilai BOR yang fluktuatif dari 10 tahun terakhir ( 2008	<p>Faktor – faktor yang mempengaruhi nilai BOR tidak efektif meliputi:</p> <p>a. <i>Method</i> (metode), jadwal visit dokter belum dipatuhi dan SOP terkait CP belum terimplementasi</p> <p>b. <i>Machine</i> (mesin),</p>

No .	Judul Penelitian / Penulis	Tahun	Latar Belakang atau Permasalahan Penelitian	Kesimpulan
	Karanganyar		– 2017 ). Tahun 2008 nilai BOR 34,7%, tahun 2009 nilai BOR 46,64%, tahun 2010 nilai BOR 48,23%, tahun 2011 nilai BOR 42,08%, tahun 2012 nilai BOR 37,91%, tahun 2013 nilai BOR 36,98%, tahun 2014 nilai BOR 56,38%, tahun 2015 nilai BOR 71,56%, tahun 2016 nilai BOR 69,81%, dan tahun 2017 nilai BOR 66, 14% sedangkan nilai ideal Barber Johnson ( 75 – 85% ).	<p>kekurangan ketersediaan TT, <i>system error</i>, dan forum rapat kurang efektif</p> <p>c. <i>Man</i> (sumber daya manusia), kurang dokter spesialis bedah syaraf, ketidakpastian dokter dalam melakukan kunjungan visit, dokter part time</p> <p>d. <i>Materials</i> (bahan), data rekapitulasi tidak tersedia item data LD, SHRI hanya berisi resume kegiatan 1 hari dalam bentuk angka</p> <p>e. <i>Money</i> (dana), Belum ada dana untuk pemberian <i>reward</i></p> <p>f. Lingkungan, akses jalan rusak dan lokasi kurang strategis</p>