

TESIS

**STUDI KELAYAKAN PENINGKATAN PUSKESMAS
RAWAT INAP HUTUMURI MENJADI RUMAH SAKIT
KELAS D PRATAMA DI KOTA AMBON**

***FEASIBILITY STUDY FOR IMPROVING HUTUMURI HEALTH
CENTER BECOME A CLASS D PRATAMA
HOSPITAL AMBON CITY***

BONY PATTIPAWAEY
K012182037



**PROGRAM PASCASARJANA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

TESIS

**STUDI KELAYAKAN PENINGKATAN PUSKESMAS RAWAT
INAP HUTUMURI MENJADI RUMAH SAKIT
KELAS D PRATAMA DI KOTA AMBON**

Disusun dan diajukan oleh :

BONY PATTIPAWAEY
Nomor Pokok K012182037

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada tanggal 27 November 2020
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

**MENYETUJUI
KOMISI PENASEHAT,**



Dr. H. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes
Ketua



Prof. Dr. Darmawansyah, SE, M.Si
Anggota



**Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat**

Dr. Masni, Apt., MSPH

**STUDI KELAYAKAN PENINGKATAN PUSKESMAS
RAWAT INAP HUTUMURI MENJADI RUMAH SAKIT
KELAS D PRATAMA DI KOTA AMBON**

Tesis

Sebagai salah satu syarat untuk mendapat gelar magister

Program Studi
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh:

**BONY PATTIPAWAEY
K012182037**

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Bony Pattipawaey

Nomor Mahasiswa : K012182014

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan ataupun pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, November 2020

Yang Menyatakan,



Bony Pattipawaey

PRAKATA

Segala syukur dan puji hanya bagi Tuhan yang Maha Kuasa, atas anugerah, kemurahan dan Kasih-Nya yang melimpah. Sungguh sebuah nikmat yang tak ternilai harganya dengan penulisan tesis yang berjudul **“Studi Kelayakan Peningkatan Puskesmas Rawat Inap Hutumuri Menjadi Rumah Sakit Kelas D Pratama Di Kota Ambon”** ini dapat terselesaikan dengan baik dan sekaligus menjadi syarat untuk menyelesaikan studi di Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin Makassar.

Hambatan dan tantangan yang dihadapi dalam menyelesaikan penulisan tesis ini, namun berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak yang akhirnya tesis ini dapat terselesaikan. Penghargaan dan terima kasih yang tidak terhingga saya persembahkan teruntuk kedua orang tua tercinta, Ayahanda dan Ibunda tercinta yang dengan tulus memberikan doa, serta Istri tercinta dan anak - anakku yang tak pernah lelah mendampingiku memberikan motivasi, dan senyuman penyemangat. Begitu juga kepada saudara - saudaraku beserta seluruh keluarga yang lainnya atas nasehat yang tiada henti dan pengorbanan tiada akhir sehingga penulis dapat menyelesaikan studi ini dengan baik.

Dengan segala kerendahan hati dan rasa hormat, penulis juga ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus dan sebesar-besarnya kepada bapak **Dr. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes** selaku ketua komisi pembimbing dan bapak **Prof. Dr. Darmawansyah, S.E., M.Si** selaku anggota komisi pembimbing atas bantuan dan bimbingannya yang telah diberikan kepada penulis sejak proses awal hingga akhir penyusunan tesis ini. Demikian pula kepada **Prof. Dr. H. Indar, SH, MPH, Dr. Lalu Muhammad Saleh, SKM., M.Kes** dan **Dr. Vonny Polopadang, SKM., M.Kes** selaku tim penguji yang secara aktif telah memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini, penulis ucapkan terimah kasih sedalam-dalamnya.

Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada:

1. Prof. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA, selaku rektor Unhas yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan program Pascasarjana Universitas Hasanuddin
2. Bapak Prof. Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed. selaku dekan FKM Unhas, beserta seluruh Tata Usaha, kemahasiswaan, akademik, dan semua petugas kebersihan FKM Unhas atas kerja sama dan bantuannya selama penulis mengikuti pendidikan di FKM Unhas.
3. Bapak Dr. H. Muh. Alwy Arifin, M.Kes selaku ketua Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

4. Kepada Dosen beserta staf jurusan bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM UNHAS yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga kepada penulis selama masa pendidikan.
5. Kepada seluruh *Stakeholder* Pemerintah Kota Ambon Selatan yang memberikan pikiran serta bantuan dan Izin selama penulis melakukan penelitian.
6. Kepala Puskesmas Hutumuri beserta staf yang telah memberikan izin dan bantuan kepada penulis serta memberikan kontribusi kepada penulis untuk melakukan penelitian di wilayah kerjanya.
7. Terima kasih kepada seluruh rekan-rekan mahasiswa S2 Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Kelas Ambon yang telah bersama-sama menempuh suka dan duka selama mengikuti pendidikan serta terima kasih atas segala bantuan tenaga dan pikirannya yang diberikan kepada penulis sampai tesis ini terselesaikan.
8. Serta semua pihak yang telah membantu penulis selama ini.

Penulis sadar bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan baik dari segi materi maupun sistematika penulisan. Oleh karena itu, besar harapan penulis kepada pembaca atas kontribusinya baik berupa saran dan kritik yang sifatnya membangun demi kesempurnaan tesis ini. Semoga Tuhan yang maha Kuasa memberikan balasan atas kebaikan bapak, ibu dan saudara sekalian yang turut membantu penyelesaian tesis

ini, dan semoga tesis ini dapat memberikan nilai positif bagi pembangunan kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan. Amin.

Makassar, Oktober 2020

Bony Pattipawaey

ABSTRAK

BONY PATTIPAWAEY. *Studi Kelayakan Peningkatan Puskesmas Rawat Inap Hutumuri Menjadi Rumah Sakit Kelas D Pratama Di Kota Ambon* (dibimbing oleh **Muhammad Alwy Arifin** dan **Darmawansyah**).

Menyikapi tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang optimal, Puskesmas Hutumuri berusaha melakukan peningkatan pelayanan kesehatan dengan pengembangan menjadi rumah sakit kelas D Pratama. Dalam pengembangan rumah sakit diperlukan suatu studi kelayakan. Tujuan penelitian ini adalah untuk melakukan studi kelayakan terhadap rencana peningkatan Puskesmas Hutumuri menjadi Rumah Sakit kelas D Pratama di Kota Ambon.

Jenis penelitian yang digunakan yaitu kuantitatif dengan pendekatan studi kasus. Subjek penelitian ini adalah data dan informasi tentang kondisi internal dalam peningkatan Puskesmas menjadi rumah sakit Kelas D Pratama berupa ketenagaan/SDM, sarana dan prasarana, jenis pelayanan kesehatan di Puskesmas Hutumuri. Sedangkan yang menjadi objek penelitian adalah Puskesmas Hutumuri terkait dengan indikator kelayakannya menjadi rumah sakit kelas D Pratama. Teknik pengumpulan data yaitu pengumpulan data melalui observasi langsung dan olah data sekunder (telaah dokumen)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kondisi faktor internal Puskesmas Hutumuri dari segi aspek Sumber Daya Manusia, sarana prasarana dan peralatan belum layak untuk dilanjutkan menjadi Rumah Sakit kelas D Pratama. Sementara aspek pelayanan kesehatan dan pola kunjungan pasien cukup layak untuk dilanjutkan menjadi Rumah Sakit kelas D Pratama. Kondisi faktor eksternal Puskesmas Hutumuri dari segi aspek geografi dan demografi cukup layak untuk dilanjutkan menjadi Rumah Sakit kelas D Pratama. Hasil analisis IFAS dan EFAS, posisi kelayakan Puskesmas Hutumuri menjadi Rumah Sakit Kelas D Pratama diagram SWOT menempati kuadran 1 (mendukung strategi agresif). Disarankan kepada segenap stakeholder yang ada di kota Ambon agar kiranya mendukung Puskesmas Hutumuri dalam upaya peningkatan menjadi rumah sakit kelas D Pratama

Kata Kunci: Studi Kelayakan, Puskesmas, Rawat Inap, Rumah Sakit



ABSTRACT

BONY PATTIPAWAEY. *Feasibility Study For Improving Hutumuri Health Center Become A Class D Pratama Hospital Ambon City.* (Supervisor by **Muhammad Alwy Arifin and Darmawansyah**)

Responding to community demands for optimal health services, Hutumuri Community Health Center is trying to improve health services by developing a Primary D class hospital. In developing a hospital, a feasibility study is needed. The purpose of this study was to conduct a feasibility study on the plan to increase the Hutumuri Health Center to become a Class D Primary Hospital in Ambon City.

The type of research used is quantitative with a case study approach. The subject of this research is data and information about internal conditions in the improvement of the Public Health Center to become a Class D Primary hospital in the form of personnel / human resources, facilities and infrastructure, types of health services at Hutumuri Public Health Center. Meanwhile, the object of research is the Hutumuri Health Center related to its eligibility indicators to become a Pratama D class hospital. Data collection techniques, namely data collection through direct observation and secondary data processing (document review)

The results showed that the conditions of internal factors at Hutumuri Public Health Center in terms of human resources, infrastructure and equipment were not yet feasible to be continued as a class D Pratama Hospital. Meanwhile, the health service aspects and patient visit patterns are quite feasible to be continued as a Class D Primary Hospital. The condition of the external factors of Hutumuri Health Center in terms of geography and demography is quite feasible to be continued as a Class D Primary Hospital. The results of the IFAS and EFAS analysis showed that the feasibility position of the Hutumuri Health Center to be a Class D Pratama Hospital with the SWOT diagram occupies quadrant 1 (supporting aggressive strategies). It is recommended to all stakeholders in Ambon city to support Hutumuri Community Health Center to upgrade it to a Primary D class hospital.

Keywords : Feasibility Study, Health Center, Inpatient, Hospital



DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---|---------|
| SAMPUL | i |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | ii |
| HALAMAN PENGAJUAN | iii |
| PERNYATAAN KEASLIAN TESIS | iv |
| PRAKATA | v |
| <i>ABSTRACT</i> | ix |
| ABSTRAK | x |
| DAFTAR ISI | xi |
| DAFTAR TABEL | xiii |
| DAFTAR GAMBAR | xiv |
| DAFTAR LAMPIRAN | xv |
| DAFTAR SINGKATAN..... | xvi |
| | |
| BAB I PANDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang..... | 1 |
| B. Rumusan Masalah..... | 8 |
| C. Tujuan Penelitian | 8 |
| D. Manfaat Penelitian | 9 |
| | |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Tinjauan Umum Tentang Studi Kelayakan..... | 10 |
| B. Tinjauan Umum Tentang Puskesmas..... | 14 |
| C. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit..... | 17 |
| D. Sintesa Penelitian | 31 |
| E. Kerangka Teori | 39 |
| F. Kerangka Konsep | 40 |
| G. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif | 40 |

| | | |
|---------|--------------------------------------|----|
| BAB III | METODE PENELITIAN | |
| | A. Jenis Penelitian | 43 |
| | B. Lokasi Dan Waktu Penelitian | 43 |
| | C. Subjek dan Objek Penelitian | 43 |
| | D. Teknik Pengumpulan Data..... | 44 |
| | E. Teknik Pengolahan Data..... | 44 |
| | F. Analisa Data | 45 |
| BAB IV | HASIL DAN PEMBAHASAN | |
| | A. Hasil Penelitian | 48 |
| | B. Pembahasan..... | 68 |
| BAB V | KESIMPULAN DAN SARAN | |
| | A. Kesimpulan | 81 |
| | B. Saran | 82 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|--|----------------|
| 1. Kondisi ASN PKM Hutumuri Tahun 2017 – 2018 | 4 |
| 2. Standar Minimal Ketenagaan RS Kelas D Pratama | 24 |
| 3. Tabel sintesa | 31 |
| 4. Kondisi Ketenagaan PKM Hutumuri | 49 |
| 5. Kondisi Sarana dan Prasarana PKM Hutumuri | 50 |
| 6. Kondisi Peralatan PKM Hutumuri | 51 |
| 7. Kondisi Pelayanan Kesehatan PKM Hutumuri | 52 |
| 8. Pola Kunjungan Pasien Di PKM Hutumuri | 53 |
| 9. Proyeksi Jumlah Kunjungan Pasien Di PKM Hutumuri | 53 |
| 10. Kondisi Geografi PKM Hutumuri | 54 |
| 11. Kondisi Demografi PKM Hutumuri | 55 |
| 12. Proyeksi Jumlah Penduduk Di Wilayah Kerja PKM Hutumuri | 55 |
| 13. Faktor Strategi Internal IFAS | 60 |
| 14. Faktor Strategi Eksternal EFAS | 61 |

DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|---|----------------|
| 1. Kerangka teori | 39 |
| 2. Kerangka konsep | 40 |
| 3. Diagram Analisis SWOT Rangkuti, 2008 | 46 |
| 4. Posisi Kelayakan PKM Hutumuri Menjadi RS Kelas D Pratama Dalam Kuadran SWOT | 63 |

DAFTAR LAMPIRAN

1. Panduan Wawancara
2. Lembar Observasi
3. Tabel Ceklist Data
4. Dokumentasi Penelitian
5. *Curriculum Vitae*

DAFTAR SINGKATAN

| Singkatan | Keterangan |
|-----------|--|
| Askes | Asuransi Kesehatan |
| AVLOS | <i>Average Length of Stay</i> |
| BKKBN | Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional |
| BOK | Bantuan Operasional Kesehatan |
| BOR | <i>Bed Occupancy Ratio</i> |
| BPJS | Badan Penyelenggara Jaminan Sosial |
| BTO | <i>Bed Turn Over</i> |
| Depkes | Departemen Kesehatan |
| Dinkes | Dinas Kesehatan |
| Dirjen | Direktorat Jendral |
| EFAS | <i>External Factors Analysis Summary</i> |
| IFAS | <i>Internal Factors Analysis Summary</i> |
| IGD | Instalasi Gawat Darurat |
| JKN | Jaminan Kesehatan Nasional |
| JPKM | Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat |
| Kemenkes | Kementerian Kesehatan |
| Perkesmas | Perawatan Kesehatan Masyarakat |
| Permenkes | Peraturan Menteri Kesehatan |
| PNS | Pegawai Negeri Sipil |
| PP | Peraturan Pemerintah |
| PT | Perseroan Terbatas |
| Puskesmas | Pusat Kesehatan Masyarakat |
| RS | Rumah Sakit |
| RSU | Rumah Sakit Umum |
| RSUD | Rumah Sakit Umum Daerah |
| SBU | <i>Strategic Business Unit</i> |

| | |
|--------|---|
| SDM | Sumber Daya Manusia |
| SOP | Standar Operasional Pelayanan |
| SP2TP | Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas |
| Subbag | Sub Bagian |
| SWOT | <i>Strength, Weakness, Opportunities, Threats</i> |
| TOI | <i>Turn Over Interval</i> |
| TU | Tata Usaha |
| UGD | Unit Gawat Darurat |
| UKM | Upaya Kesehatan Masyarakat |
| UKP | Upaya Kesehatan Perorangan |
| UU | Undang-Undang |
| VIP | <i>Very Important Person</i> |
| WHO | <i>World Health Organization</i> |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 adalah bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan. Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan Nasional yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemampuan dan kemauan untuk hidup sehat bagi setiap orang sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Bupala dan Mudra, 2015).

Pembangunan kesehatan yang telah diselenggarakan selama ini, telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan secara bermakna, meskipun belum dapat dinikmati secara merata oleh seluruh penduduk di Indonesia, khususnya masyarakat yang bermukim di lokasi-lokasi terpencil, termasuk di daerah pesisir, pulau-pulau kecil dan daerah pemekaran.

Di dalam undang-undang No 36 tahun 2009 tentang kesehatan secara tegas mengamanat kepada pemerintah untuk bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan

terjangkau oleh masyarakat. Penyelenggaraan upaya kesehatan saat ini lebih mengedepankan pemerataan dan keterjangkauan masyarakat mengakses pelayanan kesehatan khususnya pelayanan rujukan.

Kebutuhan dan tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang optimal cenderung terus meningkat. Fenomena ini menuntut pihak penyedia layanan kesehatan untuk terus mengembangkan kualitas pelayanan atau peningkatan kualitas pelayanan di antaranya melalui pengembangan sarana dan prasarana, sistem manajemen, sumber daya manusia, dan lain sebagainya.

Puskesmas sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Pengaruh dari pertumbuhan penduduk dan peningkatan ekonomi tentunya akan meningkatkan kebutuhan pelayanan yang bermutu dan menjangkau seluruh lapisan masyarakat.

Permasalahan keterbatasan akses dan pemerataan sarana pelayanan kesehatan saat ini tidak hanya di dominasi daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan tetapi juga ditemui juga pada daerah perkotaan dimana daya tampung rawatan puskesmas tidak sebanding dengan jumlah penduduk disekitarnya. Kondisi ini sering membuat persaingan tidak sehat pengguna jasa dalam mendapatkan kesempatan prioritas pelayanan, yang akhirnya masyarakat tidak

mampu menjadi pihak yang sulit mendapatkan pelayanan kesehatan dengan segala keterbatasannya.

Demikian pula dengan pelayanan kesehatan di Kota Ambon, beberapa Puskesmas didirikan dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Khususnya di Kecamatan Leitimur Selatan terdapat Puskesmas Rawat Inap Hutumuri yang didirikan guna memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di sekitarnya.

Puskesmas Hutumuri secara geografis terletak di desa Hutumuri, salah satu Negeri Adat di Kota Ambon yang berjarak \pm 26 Km dari pusat kota. Luas wilayah kerja Puskesmas Hutumuri adalah 165.500 Ha yang melingkupi tiga desa, yaitu desa Hutumuri, desa Rutong dan desa Leahari. Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Hutumuri tahun 2018 yang sebanyak 6017 jiwa, terdiri dari laki-laki sebanyak 2973 jiwa atau 49,7 % dan perempuan sebanyak 3044 jiwa atau 50,6%. Puskesmas Hutumuri adalah Puskesmas perawatan, Puskesmas pembantu 4 buah dan Poskesdes 7 buah dan didukung dengan sarana transportasi Puskesmas Keliling sebanyak 1 (satu) unit, Kendaraan Roda 2 (dua) unit, untuk melayani 6017 penduduk (Profil PKM Hutumuri, 2018).

Sumber daya manusia kesehatan di puskesmas dan jaringannya sejak beberapa tahun terakhir mengalami peningkatan baik dari segi kuantitas maupun kualitas. Jumlah tenaga kesehatan pada puskesmas dan jaringannya sebanyak 18 orang.

Tabel 1.1. Ketenagaan Puskesmas Hutumuri Tahun 2017 - 2018

| JenisTenaga | 2018 | 2017 |
|--------------------|-------------|-------------|
| Dokter | 2 | 1 |
| Perawat | 7 | 8 |
| Bidan | 4 | 4 |
| Farmasi | 1 | - |
| Gizi | 3 | 2 |
| Sanitasi | 1 | 1 |
| Total | 18 | 16 |

Bila diratiokan untuk SDM kesehatan tahun 2018 di Puskesmas Hutumuri, maka didapat rasio tenaga kesehatan terhadap 6017 penduduk sebagai berikut:

1. Ratio Dokter umum (2 orang) = 6017 penduduk
2. Ratio Perawat (8 orang) = 6017 Penduduk
3. Gizi (3 orang) = 6017 Penduduk
4. Farmasi (1 Orang) = 6017 Penduduk
5. Bidan (4 orang) = 6017 Penduduk
6. Sanitarian (1 orang) = 6017 Penduduk

Namun perhitungan kebutuhan tenaga tersebut bila dibandingkan dengan kebutuhan berdasarkan geografis maka jumlahnya akan meningkat, mengingat perhitungan berdasarkan ratio lebih khusus untuk daerah dengan penduduk yang padat (Profil PKM Hutumuri, 2018).

Jumlah kunjungan pasien rawat jalan di Puskesmas Hutumuri tahun 2017 sebanyak 10.003 orang yang terdiri dari 3.670 (36.69%) laki-laki dan 6.333 (63.31%) perempuan. Pada tahun 2018, jumlah pasien rawat jalan sebanyak 10.826 orang yang terdiri dari 4.197 (38.77%) laki-laki dan

6.629 (61.23%) perempuan. Untuk tahun 2019 sampai dengan periode November sebanyak 11.070 orang yang terdiri dari 4.181 (37.77%) pasien laki-laki dan 6.889 (62.23%) pasien perempuan. Sedangkan jumlah pasien rawat inap di Puskesmas Hutumuri tahun 2017 sebanyak 550 orang yang terdiri dari 204 (37.1%) laki-laki dan 346 (62.9%) perempuan. Untuk tahun 2018 sebanyak 313 pasien yang terdiri dari 233 (74.44%) laki-laki dan 80 (25.56%) perempuan. Pada periode November tahun 2019, jumlah pasien rawat inap mencapai 572 orang yang terdiri dari 240 (42%) laki-laki dan 332 (58%) perempuan (Profil PKM Hutumuri, 2019).

Jumlah rujukan rawat jalan di PKM Hutumuri pada tahun 2017 sebanyak 233, tahun 2018 sebanyak 194 dan tahun 2019 sebanyak 202. Sedangkan jumlah rujukan rawat inap pada tahun 2017 sebanyak 18, tahun 2018 sebanyak 15 dan tahun 2019 sebanyak 22. Adanya peningkatan jumlah rujukan khususnya pasien rawat inap selama periode 3 tahun terakhir memberi gambaran bahwa permintaan masyarakat akan pelayanan perawatan kesehatan tingkat lanjut yang lebih baik semakin tinggi.

Menyikapi tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang optimal, Puskesmas Hutumuri berusaha melakukan peningkatan pelayanan kesehatan dengan pengembangan menjadi rumah sakit kelas D Pratama. Dalam pengembangan rumah sakit diperlukan suatu studi kelayakan. Studi kelayakan pada dasarnya merupakan suatu penelitian yang akan mengkaji kebutuhan dan harapan masyarakat akan adanya

fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih baik khususnya rumah sakit. Studi kelayakan digunakan untuk memberikan penilaian berupa rekomendasi (dalam hal ini pengembangan/pembuatan rumah sakit) layak dikerjakan atau tidak (Ekel, 2014).

Dalam rangka meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang optimal di daerah tertinggal, perbatasan, kepulauan, daerah bermasalah kesehatan, daerah pemekaran baru dan daerah dengan tingkat kepadatan penduduk yang cukup tinggi, dimana belum tersedianya fasilitas kesehatan tersebut atau sarana pelayanan yang ada masih belum dapat memenuhi kebutuhan daerah tersebut, maka dilakukan kerjasama antara pemerintah dengan pemerintah daerah untuk menyediakan sarana pelayanan kesehatan yang bermutu dan melayani seluruh lapisan masyarakat. Rumah Sakit Pratama merupakan salah satu upaya Kementerian Kesehatan bekerjasama dengan Pemerintah Daerah untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan di daerah tersebut.

Pada tahun 2004 Kementerian Kesehatan telah melakukan terobosan dalam penyediaan sarana pelayanan kesehatan rujukan berupa Rumah Sakit Bergerak (sebelumnya bernama Rumah Sakit Lapangan). Pendirian Rumah Sakit Bergerak ini ditujukan terutama bagi daerah yang sulit dijangkau pelayanan kesehatan rujukan di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan dan kepulauan dengan kapasitas 10 tempat tidur. Pada daerah tertentu dengan jumlah penduduk yang lebih

banyak tentunya akan membutuhkan jumlah tempat tidur yang lebih pula. Untuk hal tersebut Kementerian Kesehatan mempertimbangkan untuk mendirikan Rumah Sakit Pratama dengan kapasitas rawat inap lebih besar.

Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007 tentang pembagian urusan pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota mengamanatkan bahwa urusan kesehatan merupakan salah satu urusan pemerintahan yang dibagi bersama antar tingkatan, yang penyelenggaraannya oleh Pemerintah dapat ditugaskan kepada Pemerintah Daerah berdasarkan asas tugas pembantuan, dan secara bertahap dapat diserahkan untuk menjadi urusan Pemerintah Daerah yang bersangkutan apabila Pemerintah Daerah telah menunjukkan kemampuan untuk memenuhi norma, standar, prosedur dan kriteria yang dipersyaratkan.

Pemerintah berkewajiban melakukan pembinaan kepada daerah untuk mendukung kemampuan Pemerintah Daerah dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangannya. Apabila pemerintah daerah ternyata belum juga mampu menyelenggarakan urusan pemerintahan setelah dilakukan pembinaan, maka untuk sementara penyelenggaraannya dilaksanakan oleh Pemerintah sampai menunggu Pemerintah Daerah mampu menyelenggarakannya sendiri.

Berangkat dari permasalahan diatas, pengembangan Puskesmas Hutumuri menjadi Rumah sakit Kelas D Pratama adalah rencana strategis yang tepat. Rumah Sakit Kelas D Pratama nantinya diharapkan akan turut serta mengisi pembangunan di Kota Ambon untuk mengantisipasi perkembangan globalisasi dan disiapkan untuk mengakomodasikan pemenuhan sebagian kebutuhan pengadaan dan peningkatan sarana kesehatan, peningkatan kualitas dan kemampuan tenaga kesehatan dan tenaga penunjang kesehatan, serta pemenuhan akan kebutuhan pelayanan kesehatan yang optimal.

Untuk memberikan gambaran tentang kelayakan peningkatan Puskesmas Hutumuri menjadi Rumah Sakit Kelas D Pratama, maka perlu disusun studi kelayakan (*feasibility study*). Untuk memenuhi standarisasi, maka Studi kelayakan ini disusun dengan mengacu pada Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Kelas D Pratama yang diterbitkan Dirjen Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Tahun 2012 dan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 24 Tahun 2014 tentang Rumah Sakit Kelas D Pratama.

B. Rumusan Masalah

Dari uraian latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan masalah dalam penelitian ini yaitu “Bagaimanakah kelayakan Puskesmas Hutumuri untuk ditingkatkan menjadi Rumah Sakit Kelas D Pratama di Kecamatan Leitimur Selatan Kota Ambon Provinsi Maluku tahun 2019?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Melakukan studi kelayakan terhadap rencana peningkatan Puskesmas Hutumuri menjadi Rumah Sakit kelas D Pratama di Kota Ambon tahun 2019.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui kondisi faktor internal (SDM, sarana prasarana, pelayanan kesehatan, peralatan, pola kunjungan pasien) kelayakan Puskesmas Hutumuri menjadi Rumah Sakit Kelas D Pratama di Kota Ambon tahun 2019.
- b. Untuk mengetahui kondisi faktor eksternal (geografi, demografi) kelayakan Puskesmas Hutumuri menjadi Rumah Sakit Kelas D Pratama di Kota Ambon tahun 2019.
- c. Untuk mengetahui posisi kelayakan Puskesmas Hutumuri menjadi Rumah Sakit Kelas D Pratama dalam kuadran SWOT.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Dapat dijadikan sebagai sumber informasi terbaru khususnya mengenai studi kelayakan Puskesmas menjadi Rumah Sakit Kelas D Pratama.

2. Manfaat Institusi

Dapat Memperkaya khasanah ilmu pengetahuan dan dijadikan bahan referensi bagi peneliti selanjutnya.

3. Manfaat Praktis

Dapat dijadikan bahan masukan bagi pemerintah daerah dan *Stakeholder* yang terkait dalam menentukan strategi, kebijakan dan perencanaan dalam pengembangan dan pembangunan fasilitas kesehatan, khususnya rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Studi Kelayakan

Menurut Husnan & Suwarsono (2000), studi kelayakan proyek merupakan penelitian tentang dapat atau tidaknya suatu proyek investasi dilaksanakan dengan berhasil. Pada umumnya suatu studi kelayakan menyangkut 3 aspek, yaitu:

1. Manfaat ekonomis proyek tersebut bagi proyek itu sendiri (sering juga disebut manfaat *financial*) yang berarti apakah proyek itu cukup menguntungkan atau tidak apabila dibandingkan dengan resiko proyek tersebut.
2. Manfaat proyek tersebut bagi negara tempat proyek itu dilaksanakan (sering disebut manfaat nasional). Yang menunjukkan manfaat proyek tersebut bagi ekonomi makro suatu negara.
3. Manfaat sosial proyek tersebut bagi masyarakat sekitar proyek tersebut. Banyak manfaat yang bisa diperoleh dari kegiatan investasi. Diantaranya adalah penyerapan tenaga kerja, peningkatan *output* yang dihasilkan, penghematan devisa ataupun penambahan devisa dan lain sebagainya. Jika kegiatan investasi meningkat maka kegiatan ekonomi pun ikut terpacu pula, dan disini kita menggunakan pengertian proyek investasi sebagai suatu rencana untuk

menginvestasikan macam-macam sumber daya yang bisa dinilai secara cukup.

Penentuan manfaat suatu proyek diklasifikasikan menjadi dua kategori (Kodoatie, 2005) yaitu:

1. Manfaat langsung (*tangible benefit*) : adalah manfaat yang langsung dapat diperoleh dari pembangunan proyek dan dapat diukur dalam bentuk nilai uang.
2. Manfaat Tidak langsung (*Intangible benefit*): adalah suatu manfaat yang secara tidak langsung bisa dinikmati oleh masyarakat, tetapi rupanya sulit untuk dinilai dalam bentuk uang. Contohnya: adanya perbaikan lingkungan, terciptanya distribusi pendapatan.

Studi kelayakan proyek merupakan suatu studi untuk menilai proyek yang akan dikerjakan di masa mendatang. Penilaian disini tidak lain adalah untuk memberikan rekomendasi apakah sebaiknya proyek yang bersangkutan layak dikerjakan atau sebaiknya ditunda dulu. Mengingat di masa mendatang penuh dengan ketidakpastian, maka studi yang dilakukan tentunya akan melibatkan berbagai aspek dan membutuhkan pertimbangan-pertimbangan tertentu untuk memutuskannya. Sedangkan tingkat keberhasilannya dipengaruhi oleh 2 faktor, yaitu:

1. Kemampuan sumber daya internal (kecakapan manajemen, kualitas pelayanan, produk yang dijual, kualitas karyawan).
2. Lingkungan eksternal yang tidak dapat dipastikan (pertumbuhan pasar, pesaing, pemasok, perubahan peraturan).

Feasibility Study atau Studi Kelayakan rumah sakit (RS) merupakan salah satu poin penting sebelum melaksanakan pembangunan rumah sakit merupakan studi yang mencakup bisnis review, strategis, dan posisi keuangan. Ulasan ini akan memberikan pasar yang paling potensial dalam jenis usaha, kapasitas tempat tidur, fase pengembangan dan investasi.

Sifat sebuah RS adalah investasi jangka panjang dengan struktur modal yang besar dan kompleksitas tersendiri, dalam hal ini perlu dipahami bahwa ada konsekuensi pergeseran bisnis inti ke arah *health service*. Hal pertama yang diperlukan adalah membuat Studi Kelayakan untuk melihat bagaimana prospek kedepan dari RS yang akan dibangun. Sebagai sebuah *Strategic Business Unit (SBU)*, tentu diharapkan RS menjadi salahsatu portofolio yang kuat untuk pengembangan dengan prospek keuangan yang baik.

Studi kelayakan proyek (dalam hal ini spesifikasi proyek adalah Rumah Sakit) menurut Umar (2005), merupakan penelitian tentang dapat tidaknya suatu proyek (biasanya merupakan proyek investasi) dilaksanakan dengan berhasil (menganalisis layak atau tidak layak bisnis dibangun),tetapi juga saat dioperasikan secara rutin dalam rangka pencapaian keuntungan yang maksimal untuk waktu yang tidak ditentukan.

Pengertian keberhasilan ini mungkin bisa ditafsirkan agak berbeda-beda. Ada yang menafsirkan dalam artian yang lebih terbatas, ada juga yang mengartikan dalam artian yang luas. Artinya yang lebih terbatas,

terutama dipergunakan oleh pihak swasta yang lebih berminat tentang manfaat ekonomis suatu investasi. Sedangkan dari pihak pemerintah, atau lembaga nonprofit, pengertian menguntungkan bisa dalam arti yang lebih relatif. Mungkin dipertimbangkan berbagai faktor seperti manfaat bagi masyarakat luas yang bisa berwujud penyerapan tenaga kerja, pemanfaatan sumber daya yang melimpah di tempat tersebut dan sebagainya. Bisa juga dikaitkan dengan, misalnya penghematan devisa atau pun penambahan devisa yang diperlukan oleh pemerintah.

Dalam proses melakukan *feasibility study*, paling tidak ada beberapa aspek yang harus diperhatikan yakni: aspek hukum, sosial-ekonomi dan budaya, aspek pasar dan pemasaran, aspek teknis dan teknologi, aspek manajemen, dan aspek keuangan. (Suratman, 2000).

Studi kelayakan pada hakikatnya adalah suatu metode peninjauan dari suatu gagasan usaha tentang kemungkinan layak atau tidaknya gagasan usaha tersebut dilaksanakan (Nitisemito dan Burhan, 2004).

Menurut Kunder (2004), untuk melakukan perubahan rumah sakit perlu dilakukan kajian perencanaan yang dapat membantu lembaga atau badan pengelolanya. Rencana Induk (jangka panjang) rumah sakit mencakup bidang studi/ analisis: (1) Kependudukan dari daerah yang dilayani; (2) Sosial ekonomi dan karakteristik perawatan kesehatan; (3) Studi kebutuhan akan perawatan kesehatan; (4) Kekuatan dan kelemahan organisasi dan kompetensi utamanya; (5) Rencana organisasional; (6)

Ukuran dan fasilitas fisik termasuk bangunan dan keterbatasan lahan; dan
(7) Kelayakan finansial.

B. Tinjauan Umum Tentang Puskesmas

1. Defenisi Puskesmas

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Puskesmas merupakan suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

2. Fungsi Puskesmas

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Puskesmas sesuai dengan fungsinya berkewajiban mengupayakan, menyediakan, dan menyelenggarakan pelayanan yang bermutu dalam memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Fungsi puskesmas antara lain:

- a. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya

Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat public (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain adalah promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa masyarakat serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya.

- b. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya.

Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap.

3. Organisasi Puskesmas

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 bahwa organisasi puskesmas disusun oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota berdasarkan kategori, upaya kesehatan dan beban kerja puskesmas. Pada umumnya struktur organisasi puskesmas terdiri dari:

- a. Kepala Puskesmas.

- b. Kepala sub bagian tata usaha
- c. Penanggung jawab UKM dan Keperawatan Kesehatan Masyarakat.
- d. Penanggung jawab UKP, kefarmasian dan Laboratorium.
- e. Penanggung jawab jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan.

4. Upaya Kesehatan

Puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan tingkat pertama dan upayakesehatan perseorangan tingkat pertama, dimana upaya kesehatan tingkat pertama (Permenkes, 75 tahun 2014, Tentang Puskesmas) meliputi:

- a. Upaya kesehatan Esensial: (a). Pelayanan promosi kesehatan (b). Pelayanan kesehatan lingkungan (c). Pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana (d). Pelayanan gizi (e). Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.
- b. Upaya kesehatan perorangan meliputi: (a). Rawat jalan (b). Pelayanan gawat darurat (c). Pelayanan satu hari (*oneday care*) (d). *Home care* (e). Rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan (f). Kesehatan.

5. Sumber Daya Manusia Puskesmas

Sumber daya manusia Puskesmas terdiri atas Tenaga Kesehatan dan nonkesehatan. Jenis dan jumlah Tenaga Kesehatan dan tenaga non kesehatan sebagaimana dimaksud dihitung

berdasarkan analisis beban kerja, dengan mempertimbangkan jumlah pelayanan yang diselenggarakan, jumlah penduduk dan persebarannya, karakteristik wilayah kerja, luas wilayah kerja, ketersediaanfasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya di wilayah kerja, dan pembagian waktu kerja.

Jenis Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada Permenkes, 75 tahun 2014 ayat (2) Tentang Puskesmas, paling sedikit terdiri atas: (a). dokter atau dokter layanan primer (b). dokter gigi (c). Perawat (d). Bidan (e). Tenaga kesehatan masyarakat (f). Tenaga kesehatan lingkungan (g). Ahli teknologi laboratorium medik (h). Tenaga gizi (i). Tenaga kefarmasian.

C. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit

1. Definisi Rumah Sakit

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif (peningkatan kesehatan), preventif (pencegahan penyakit), kuratif (penyembuhan penyakit), dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan).

Di Indonesia, rumah sakit merupakan rujukan pelayanan kesehatan untuk pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas), terutama untuk penyembuhan dan pemulihan, sebab rumah sakit

mempunyai fungsi utama untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan bagi penderita, yang berarti bahwa pelayanan rumah sakit untuk penderita rawat jalan dan rawat tinggal hanya bersifat spesialisik atau sub spesialisik, sedangkan pelayanan yang bersifat nonspesialistik atau pelayanan dasar harus dilakukan di Puskesmas (Siregar, 2003).

2. Visi dan Misi Rumah Sakit

Visi rumah sakit merupakan kekuatan dalam memandu rumah sakit untuk mencapai status masa depan rumah sakit, seperti lingkup dan posisi pasar, keuntungan, penerimaan masyarakat, reputasi, mutu pelayanan dan keterampilan tenaga kerja. Misi merupakan suatu pernyataan yang singkat dan jelas tentang alasan keberadaan rumah sakit, maksud, atau fungsi yang diinginkan untuk memenuhi harapan dan kepuasan pasien dan merupakan metode utama untuk mencapai visi. Maksud utama rumah sakit memiliki suatu pernyataan misi adalah memberi kejelasan fokus kepada seluruh personel rumah sakit dan memberikan pengertian bahwa apa yang dilakukan adalah terikat pada maksud yang lebih besar (Siregar, 2003).

3. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Adapun yang menjadi fungsi rumah sakit adalah sebagai berikut:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumberdaya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

4. Indikator Pelayanan Rumah Sakit

Indikator-indikator pelayanan rumah sakit dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Indikator-indikator berikut bersumber dari sensus harian rawat inap, yaitu:

- a. BOR (*Bed Occupancy Ratio* = Angka penggunaan tempat tidur)

BOR menurut Huffman (1994) adalah *the ratio of patient service days to inpatient bed count days in a period under consideration*. Sedangkan menurut Depkes RI (2005), BOR adalah persentase penggunaan tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya

tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60-85%.

- b. AVLOS (*Average Length of Stay* = Rata-rata lamanya pasien dirawat)

AVLOS menurut Huffman (1994) adalah *the average hospitalization stay of inpatient discharged during the period under consideration*. AVLOS menurut Depkes RI (2005) adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini di samping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut. Secara umum nilai AVLOS yang ideal antara 6-9 hari.

- c. TOI (*Turn Over Interval* = Tenggang perputaran)

TOI menurut Depkes RI (2005) adalah rata-rata hari di mana tempat tidur tidak ditempati dari waktu ketika tempat tidur telah terisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari.

- d. BTO (*Bed Turn Over* = Angka perputaran tempat tidur)

BTO menurut Huffman (1994) adalah *the net effect of changed in occupancy rate and length of stay*. BTO menurut

Depkes RI (2005) adalah frekuensi penggunaan tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur.

5. Rumah Sakit Tipe D Pratama

Rumah Sakit (RS) Kelas D Pratama adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan kesehatan tingkat pertama dan spesialis dasar yang hanya menyediakan pelayanan perawatan kelas 3 (tiga) yang memberikan pelayanan gawat darurat, pelayanan rawat jalan, dan rawat inap serta pelayanan penunjang lainnya untuk peningkatan akses bagi masyarakat dalam rangka menjamin upaya pelayanan kesehatan perorangan.

a. Persyaratan

1) Lokasi

Dalam menentukan lokasi/lahan untuk mendirikan RS Kelas D Pratama perlu dilakukan kajian masalah kesehatan, kebutuhan pelayanan kesehatan, dan skala prioritas daerah yang membutuhkan disesuaikan dengan rencana tata ruang wilayah, rencana tata bangunan dan lingkungan. Lokasi RS Kelas D Pratama harus bebas dari pencemaran, banjir, rawan longsor, dan tidak berdekatan dengan tempat bongkar muat barang, fasilitas umum, fasilitas pendidikan, daerah industri, dan areal limbah pabrik. Diperlukan studi kelayakan dalam penentuan lokasi pembangunan RS Kelas D Pratama.

Di samping persyaratan umum di atas, terdapat persyaratan lain yaitu:

a) Kriteria Daerah:

- Rumah sakit sulit dijangkau atau belum tersedia.
- Daerah terpencil.
- Daerah tertinggal.
- Daerah perbatasan.
- Daerah pulau-pulau kecil terluar.
- Daerah perkotaan dengan kepadatan penduduk yang cukup tinggi.

b) Lahan, Akses, Keamanan dan Fasilitas Penunjang.

2) Sarana dan Prasarana

a) Sarana:

- Massa bangunan dan *block plan*.
- Bentuk bangunan dan fasilitas bangunan.
- Zonasi.
- Program ruang dan persyaratan teknis ruang.

b) Prasarana:

- Sistem tata udara.
- Sistem kelistrikan.
- Sistem pencahayaan.
- Sistem proteksi kebakaran.
- Sistem komunikasi.

- Sistem gas medik dan vakum medik.
- Sistem sanitasi.
- Sistem pengendalian terhadap kebisingan.
- Jalur sirkulasi.
- Aksesibilitas penyandang cacat (*disable*).

c) Fasilitas:

RS Kelas D Pratama mempunyai kapasitas minimal 10 tempat tidur sesuai dengan kebutuhan pelayanan atau dapat mengacu pada standar WHO 1 TT/1.000 penduduk.

3) Sumber Daya Manusia

Penyediaan sumber daya manusia RS Kelas D Pratama diupayakan oleh penyelenggara pelayanan rumah sakit baik dari pemerintah, pemerintah daerah, maupun masyarakat. Kekurangan tenaga yang dibutuhkan dapat dikoordinasikan dengan kementerian kesehatan atau institusi pendidikan kesehatan. Penyelenggara RS Kelas D Pratama dapat melakukan kerjasama dengan Rumah Sakit Umum Pusat maupun Rumah Sakit Umum Daerah untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan yang dibutuhkan. Keterangan RS Kelas D Pratama paling sedikit terdiri dari tenaga medis, keperawatan, penunjang kesehatan, dan tenaga non-kesehatan. Dokter gigi yang bekerja di RS kelas D

Pratama di antaranya harus menjadi pimpinan rumah sakit. Kebutuhan minimal ketenagaan baik tenaga kesehatan maupun tenaga non kesehatan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan di RS Kelas D Pratama sebagai berikut:

Tabel 2.1
Standar Ketenagaan Rumah Sakit Kelas D Pratama

| No | Jenis Tenaga | Jumlah |
|----|---|--------|
| 1 | Tenaga Dokter/Dokter Kewenangan Tambahan* | 4 |
| 2 | Tenaga Dokter Gigi* | 1 |
| 3 | Tenaga Keperawatan | |
| | - Perawat anastesi* | 1 |
| | - Perawat | 8 |
| | - Bidan | 2 |
| 4 | Tenaga Kesehatan Non Keperawatan | |
| | - Asisten apoteker* | 1 |
| | - Radiografer* | 1 |
| | - Penata Labkes* | 1 |
| 5 | Tenaga penunjang | 10 |
| 6 | Manajerial/Administrasi | |
| | - Direktur | 1 |
| | - Seksi | 2 |
| | - Subbag TU | 1 |
| | - Tenaga administrasi | 2 |

Jumlah sumber daya manusia disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan dan ketersediaan sarana dan prasarana. Pelayanan medik spesialis dasar yang sekurang-kurangnya 2 (dua) dari 4 (empat) jenis pelayanan spesialis dasar meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, dan obstetri ginekologi. Pelayanan medik spesialis dasar dapat dilaksanakan oleh dokter dengan kewenangan tambahan sesuai dengan kompetensi yang dimiliki selama

tidak ada dokter spesialis dengan bidang kompetensi yang sama.

4) Peralatan

Peralatan kesehatan dan non-kesehatan dibutuhkan untuk mendukung kegiatan pelayanan RS Kelas D Pratama dengan minimal 10 tempat tidur. Peralatan ini dikuasai atau dimiliki dan dapat dibuktikan keberadaannya di ruang/tempat masing-masing di dalam dan/atau di lingkungan rumah sakit.

5) Manajemen

a) Perizinan:

- Izin mendirikan RS Kelas D Pratama diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota setelah mendapat rekomendasi dari pejabat yang berwenang di bidang kesehatan pada pemerintah daerah kabupaten/kota.
- Izin operasional RS Kelas D Pratama diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota atas rekomendasi dari dinas kesehatan kabupaten/kota.

b) Administrasi:

Rumah sakit yang didirikan oleh pemerintah dan pemerintah daerah harus berbentuk unit pelaksana teknis dari instansi yang bertugas di bidang kesehatan, instansi tertentu, atau lembaga teknis daerah dengan pengelolaan badan layanan umum atau badan layanan

umum daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit yang didirikan oleh masyarakat harus berbentuk badan hukum yang kegiatan usahanya hanya bergerak dibidang perumahsakit.

c) Organisasi :

Organisasi dan tata kerja RS Kelas D Pratama disusun berdasarkan prinsip hemat struktur dan kaya fungsi, menggambarkan kewenangan, tanggung jawab, dan tata hubungan kerja dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan administrasi manajemen sesuai kebutuhan. Struktur organisasi paling sedikit terdiri atas kepala rumah sakit atau direktur rumah sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan medis serta administrasi umum dan keuangan. Penetapan organisasi dan tata kerja rumah sakit menjadi wewenang pemilik rumah sakit dengan mengacu pada peraturan yang berlaku.

b. Penyelenggaraan

Pelayanan RS Kelas D Pratama sebagaimana rumah sakit, yang mencakup pelayanan dasar dan pelayanan spesialistik. Pelayanan ditujukan untuk kepentingan terbaik pasien dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berwenang sesuai SOP dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1) Lingkup Pelayanan

Lingkup pelayanan RS Kelas D Pratama terdiri atas:

- a) Pelayanan Medik Umum dan Spesialistik Dasar
- b) Pelayanan Gawat Darurat.
- c) Pelayanan Pemulihan Pascatindakan.
- d) Pelayanan Keperawatan.
- e) Pelayanan Laboratorium.
- f) Pelayanan Radiologi.
- g) Pelayanan Farmasi.
- h) Pelayanan Gizi.
- i) Pelayanan Sterilisasi.
- j) Pelayanan Kesehatan Tradisional Alternatif Komplementer.
- k) Pelayanan Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit.

2) Kerjasama Operasional

Untuk menjamin mutu dan ketersediaan pelayanan RS Kelas D Pratama, diperlukan kerjasama operasional dengan rumah sakit yang memiliki klasifikasi yang lebih tinggi. Kerjasama operasional yang dilaksanakan RS Kelas D Pratama diantaranya kerjasama dengan rumah sakit pemerintah atau swasta yang lokasinya terdekat sebagai rumah sakit pengampu. Pelaksanaan kerjasama RS Kelas D Pratama dengan rumah sakit pengampu harus dituangkan dalam

perjanjian kerjasama yang disetujui kepala dinas kesehatan kabupaten/kota di wilayah RS Kelas D Pratama berada. Kerjasama operasional yang diberikan rumah sakit pengampu dapat berupa penyediaan dokter spesialis dasar konsulen, pelatihan tenaga kesehatan, pelatihan manajemen rumah sakit, dan kerjasama lainnya. Kerjasama dapat dijalin dengan institusi lain seperti institusi pendidikan kedokteran, BKKBN, dan lembaga lainnya. Kerjasama pembiayaan pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan Jamkesmas, PT Askes dan lembaga pembiayaan kesehatan lainnya.

3) Klasifikasi

Pengelompokan kelas pelayanan RS Kelas D Pratama diklasifikasikan pada kelas D Pratama. Dalam proses pengembangan pelayanan rumah sakit, RS Kelas D Pratama dapat ditingkatkan menjadi rumah sakit umum kelas D atau kelas yang lebih tinggi.

4) Pembiayaan Operasional

Pembiayaan operasional RS Kelas D Pratama menjadi tanggung jawab pemilik rumah sakit.

5) Tarif

Pada tarif ditetapkan Menteri Kesehatan dan besaran tarif RS Kelas D Pratama ditetapkan oleh pemilik rumah sakit. Penentuan besaran tarif disesuaikan dengan tarif kelas III dan

harus memperhitungkan kemampuan perekonomian daerah setempat.

6) Peraturan Internal Rumah Sakit

Peraturan internal rumah sakit atau "*hospital bylaws*" merupakan konstitusi rumah sakit yang mengatur secara administratif peran, tugas dan wewenang pemilik rumah sakit, direktur rumah sakit, dan staf medis. Peraturan internal rumah sakit ditetapkan oleh pemilik rumah sakit atau perwakilannya.

7) Komite Medik

Seluruh dokter merangkap sebagai anggota komite medik dan salah satunya menjadi ketua komite. Ketua komite medik tidak boleh dijabat oleh direktur rumah sakit.

8) Penelitian dan Pengembangan dalam Bidang Kedokteran Komunitas dan Humaniora Kesehatan

RS Kelas D Pratama dapat merupakan bagian dari institusi yang mengembangkan penelitian dan pengembangan dalam bidang kedokteran komunitas dan humaniora kesehatan yang bekerjasama dengan institusi pendidikan, institusi/lembaga kesehatan masyarakat lainnya. Diprioritaskan kegiatan penelitian dan pengembangan kesehatan di wilayah kerja setempat.

9) Pendidikan Tenaga Kesehatan dan SDM Kesehatan Lainnya

Pendidikan tenaga kesehatan dan SDM kesehatan lainnya diupayakan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan medik yang dibutuhkan RS Kelas D Pratama. Pendidikan tenaga kesehatan dan SDM kesehatan lainnya merupakan bagian dari kerjasama operasional yang dilakukan RS Kelas D Pratama.

c. Pembinaan dan Pengendalian

Kementerian Kesehatan melalui Dirjen Bina Upaya Kesehatan melaksanakan pembinaan dan pengendalian penyelenggaraan RS Kelas D Pratama dalam bentuk penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria serta melakukan supervisi, konsultasi, evaluasi dan bimbingan teknis. Pembinaan dan pengendalian kegiatan pelayanan RS Kelas D Pratama dapat dilakukan oleh pemerintah daerah dan organisasi profesi serta asosiasi perumahsakitannya sesuai dengan fungsi masing-masing. RS Kelas D Pratama wajib melaporkan hasil penyelenggaraan pelayanan laporan kinerja setiap triwulan ditujukan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan tembusan kepada Dinas Kesehatan Provinsi.

Laporan sebagaimana dimaksud di atas mencakup antara lain kelahiran, morbiditas, dan kualitas hidup. Laporan mortalitas mencakup data tentang penyebab kematian.

D. Sintesa Penelitian

| No | Judul Penelitian & Peneliti | Tahun | Hasil |
|----|---|-------|--|
| 1 | Kelayakan Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Pusat Kesehatan Masyarakat (Studi di Puskesmas Rawat Inap Kedaton Bandar Lampung) Gusti Rakhma, Universitas Lampung | 2017 | Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Rawat Inap Kedaton telah dilaksanakan dengan cukup layak, karena memberikan akses pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat dalam Layanan kesehatan di Puskesmas Rawat Inap Kedaton telah tercapai karena secara geografis, karena lokasi Puskesmas yang strategis sehingga dapat dijangkau oleh masyarakat. Selain itu secara finansial masyarakat tidak mengeluarkan dana atau biaya untuk berobat dan memperoleh pelayanan rawat jalan tingkat pertama. Mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat dalam Layanan kesehatan di Puskesmas Rawat Inap Kedaton telah tercapai, karena melalui program ini masyarakat memperoleh layanan pemeriksaan kesehatan, obat-obatan serta fasilitas kesehatan dari Puskesmas. |
| 2 | Studi kelayakan Pengembangan RSUD Amurang Kabupaten Minahasa Selatan Revita Debora Mariane Ekel, Universitas Gajah Mada Yogyakarta | 2014 | Hasil kajian aspek pasar berdasarkan metode Chain Ratio, potensi pasar yang dihasilkan untuk rawat jalan adalah 84 orang per hari dan untuk rawat inap 27 orang per hari. Hal ini menunjukkan bahwa RSUD Amurang memiliki potensi pasar yang cukup baik. Hasil kajian aspek hukum menunjukkan bahwa pendirian RSUD Amurang sudah memenuhi kajian persyaratan pendirian sebuah rumah sakit. Dan untuk penyelenggarannya RSUD Amurang memiliki izin operasional sementara berdasarkan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan |

| | | | |
|---|---|------|---|
| | | | Propinsi Sulawesi Utara. Hasil kajian aspek sumber daya manusia berdasarkan standar SDM RSUD Kelas C. Hasil kajian aspek teknik dan teknologi didasarkan pada 5 (lima) kriteria utama, yaitu jenis pelayanan, sarana dan peralatan medis sesuai dengan standar RSUD Kelas C. Hasil kajian aspek finansial menunjukkan pengembangan RSUD Amurang membutuhkan investasi sebesar Rp 114,006,389,519. Hasil analisa kelayakan investasi dengan menggunakan asumsi arus kas bersih menghasilkan NPV -113,581,933,739 dan IRR -6315%. Sedangkan menggunakan asumsi pasar potensial menghasilkan NPV -100,952,176,853 dan IRR -201%. Untuk PP menunjukkan lebih dari 10 tahun waktu investasi. |
| 3 | Studi Kelayakan Teknis dan Ekonomi Rencana Pembangunan Rumah Sakit Tipe D Pratama di Kecamatan Seririt, Kabupaten Buleleng Bupala dan Mudra, Universitas Udayana | 2015 | Keluaran penelitian ini adalah berupa kelayakan teknis dan ekonomi terhadap rencana pembangunan Rumah Sakit Tipe D Pratama di Kecamatan Seririt, Kabupaten Buleleng, sehingga dapat dijadikan bahan rujukan dan pedoman bagi pemerintah dalam menyusun gambar/ dokumen perencanaan. |
| 4 | Peningkatan Status Rumah Sakit Bersalin Menjadi Rumah Sakit Ibu Dan Anak Putra DaLIMA | 2015 | Ditinjau dari keadaan dan masalah tentang kesehatan masyarakat dan kebutuhan akan rumah sakit, aspek tentang kesehatan masyarakat dan kebutuhan akan rumah sakit di Kota Tangerang Selatan, aspek kebutuhan dan permintaan dan aspek keuangan maka peningkatan status Rumah sakit tersebut layak dilaksanakan dan menguntungkan. |

| | | | |
|---|--|------|--|
| 5 | <p>Analisa Swot Pada Rumah Sakit Ibu dan Anak DHIA</p> <p>Danthi Megananda dan Hapzi Ali, Universitas Mercu Buana</p> | | <p>Dari analisis pembobotan, rating dan skor IFAS dan EFAS diperoleh jumlah skor pada faktor kekuatan (S) 1,8, faktor kelemahan (W) 0,85, faktor kesempatan (O) 1,65 dan faktor ancaman (T) yaitu 0,65. Selisih antara IFAS dan EFAS diperoleh posisi Rs. Ibu & Anak DHIA pada kuadran 1 yaitu posisi agresif.</p> |
| 6 | <p>Studi Kelayakan Pengembangan Rumah Sakit Sumber Hidup Gereja Protestan Maluku Di Kota Ambon</p> <p>Steven, Borolla dan Meiske</p> | 2019 | <ul style="list-style-type: none"> - Rumah Sakit Sumber Hidup GPM (RSSH GPM memiliki posisi yang strategis dalam menjalankan usahanya karena di pusat kota Ambon. - Berdasarkan capaian kinerja pelayanan jasa RSSH GPM, dapat dikemukakan bahwa rumah sakit ini mengalami capaian kinerja pelayanan yang semakin baik dari waktu ke waktu dan berpotensi untuk dikembangkan menjadi rumah sakit yang memiliki fasilitas pelayanan yang lebih memadai. - Hasil analisis kelayakan investasi menggunakan kriteris Pay Back Period Method, NPV, dan IRR menunjukkan bahwa pada kondisi moderat dan optimis usaha pengembangan RSSH GPM layak untuk dilaksanakan. Hanya pada kondisi pesimistis rencana pengembangan RSSH GPM tidak layak untuk dilaksanakan |
| 7 | <p>Studi Kelayakan Pendirian Intensive Care Unit (ICU) Ditinjau dari Aspek Manajemen SDM dan Aspek Pasar di Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak</p> <p>Nunuk Sri Lestari, Martha Irene</p> | | <p>Hasil penelitian bahwa dari aspek manajemen SDM, ICU di RSI NU Demak belum layak didirikan. Dari aspek pasar, ICU di RSI NU Demak layak didirikan</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | Kartasurya, Atik Mawarni Universitas Diponegoro Semarang | | |
| 8 | Studi Kelayakan Proyek Rumah Sakit Ibu dan Anak Healthy Adecya, Indah, M. Arif, SONDY | | <ul style="list-style-type: none"> - Segi Pasar, peluang untuk RSIA Healthy ini mampu menjalankan usaha kesehatannya dengan baik masih begitu besar. - Segi hukum, RSIA Healthy memiliki dasar hukum yang kuat dan diakui sebagai Perseroan Terbatas dan telah memenuhi seluruh prosedur perijinan pendirian dan penyelenggaraan Rumah Sakit. - Segi lokasi, lokasi tempat RSIA Healthy ini berdiri merupakan lokasi yang sangat strategis. - Segi manajemen SDM, memperkerjakan tenaga medis yang ahli dibidangnya. - Segi penawaran, tingkat permintaan masih lebih tinggi dibandingkan dengan tingkat penawaran yang ada, terutama di Jakarta Selatan. - Segi promosi dan service yang ditawarkan. RSIA Healthy menawarkan pelayanan kesehatan yang memuaskan dengan harga yang relatif terjangkau, desain interior yang membuat pasiennya tidak merasa berada di rumah sakit membuat tingkat kenyamanan semakin tinggi. - Segi keuangan, biaya-biaya, kewajiban dan harta yang digunakan sebanding dengan modal yang ada. Modal yang digunakan adalah modal sendiri (30%) dan modal pinjaman (70%). |

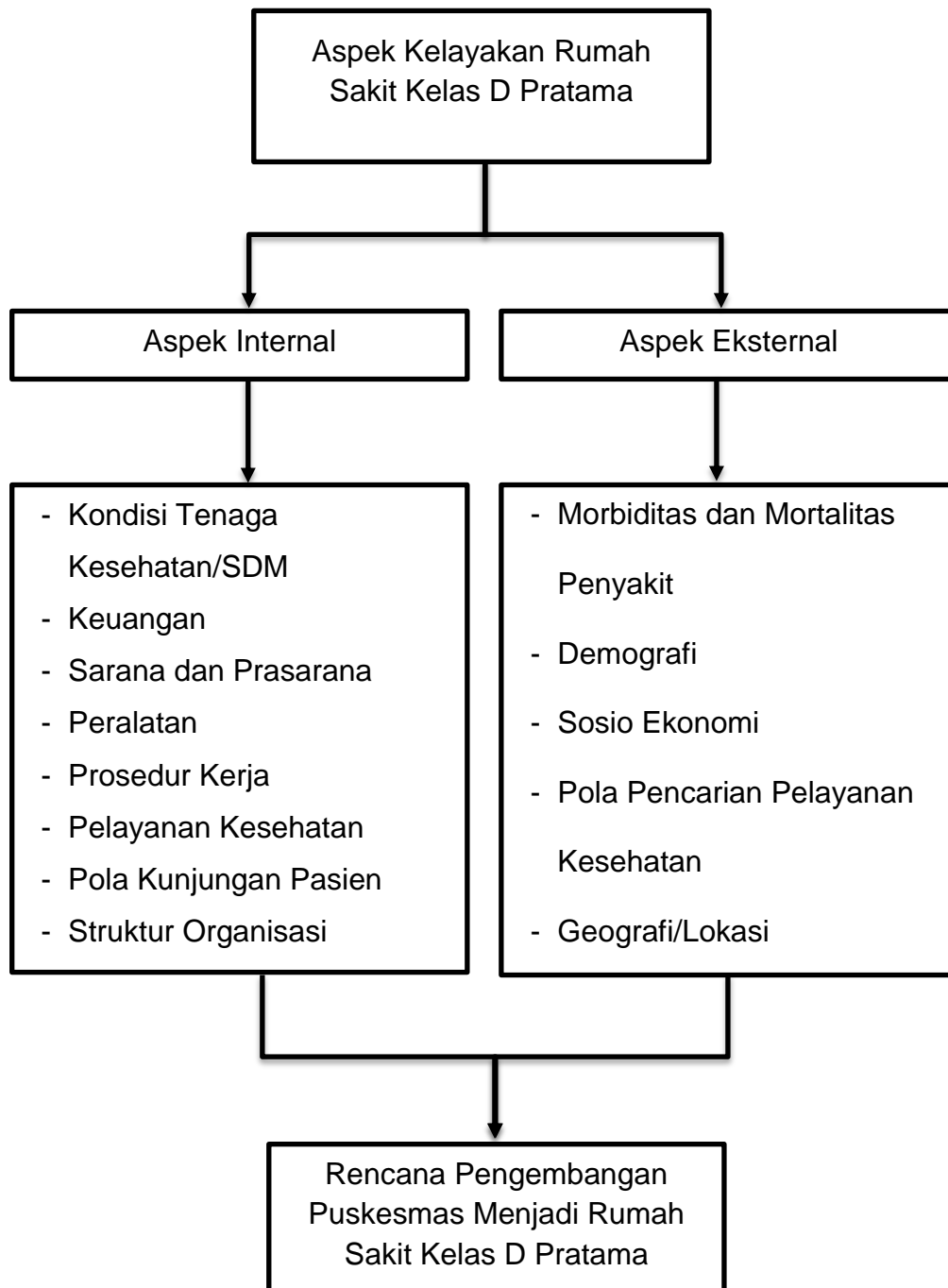
| | | | |
|----|--|------|--|
| | | | - Segi penilaian investasi, berdasarkan parameter penilaian investasi, RSIA Healthy memiliki tingkat pengembalian investasi yang cukup menguntungkan dan relatif aman dari analisa sensitivitas. |
| 9 | Analisis Kelayakan Pengembangan Ruang Rawat Inap VIP di RSUD Meuraxa Banda Aceh tahun 2007-2008 yang dilakukan oleh Cut Ana Martafari dari Universitas Sumatera Utara | 2009 | Hasil analisis SWOT menunjukkan dari faktor internal dan eksternal, secara keseluruhan mendukung untuk pengembangan ruang rawat inap VIP di RSUD Meuraxa Banda Aceh |
| 10 | Analisis Kelayakan Investasi Proyek Pembangunan RS Mojokerto Medical Center yang dilakukan oleh Rindahwati, S.Kep.,NS dari Univ. Katholik Widya Mandala Surabaya | 2012 | Berdasarkan hasil analisis IRR,NPV, dan PBP pembangunan RS Mojokerto Medical Center layak diteruskan |
| 11 | Studi Kelayakan Peningkatan Puskesmas Rawat Inap Oesao menjadi RSUD tipe D Kab. Kupang yang dilakukan oleh Charliene Louisa Magdalena & Dra. Ch Suparmi,SU dari Universitas Gajah Mada | 2003 | Berdasarkan hasil analisis sensitivitas peningkatan pembangunan puskesmas rawat inap Oesao menjadi RSUD tipe D layak diteruskan |

| | | | |
|----|---|------|---|
| | Yogyakarta | | |
| 12 | Studi Kelayakan Pengembangan Investasi pada RSGM FKG Univ Mahasaraswati yang dilakukan oleh Ni Ketut Adi Arwati dari Universitas Udayana | 2015 | Berdasarkan analisa Payback Period, NPV, IRR maka pembangunan UGD beserta peralatannya layak diteruskan |
| 13 | Analisis Strategi & Kelayakan Investasi Pembangunan Paviliun pada RSUD Banyumas yang dilakukan oleh Suliyanto, Agus Suroso, Ary Yunanto & Ratno Purnomo dari Univ. Jend. Soedirman Purwokerto | 2014 | Berdasarkan analisa PP, IRR, NPV, PI pembangunan paviliun di RSUD Banyumas layak dijalankan |
| 14 | Ketersediaan Dan Kelayakan Ruang Pelayanan Puskesmas Berdasarkan Topografi, Demografi Dan Geografi Di Indonesia Rukmini, Betty Rosihermatie dan Zainul Nantabah | | Di Indonesia ketersediaan ruangan pelayanan Puskesmas mayoritas adalah ruangan untuk upaya kesehatan perorangan, sedangkan ruangan pelayanan yang layak lebih banyak di daerah biasa dibandingkan daerah terpencil atau sangat terpencil, di daerah bukan kepulauan dibandingkan daerah kepulauan dan di daerah bukan perbatasan dibandingkan perbatasan, di daerah dengan penduduk ≥ 30.000 jiwa dibandingkan < 30.000 jiwa dan di perkotaan dibandingkan pedesaan. Kelayakan ruangan pelayanan Puskesmas berhubungan |

| | | | |
|----|---|------|---|
| | Litbang Kemenkes RI | | dengan topografi, demografi dan geografi . |
| 15 | <i>Feasibility Study On Market Aspect Development Of Mentari Bangsa Maternal And Child Hospital At Semarang City</i> <i>Ratna Kusumasari Purbani, Sutopo Patria Jati, Ayun Sriatmi</i> <i>Diponegoro University</i> | 2013 | <i>The results showed that the market of RSIA Mentari Bangsa reach some villages in the northern West and North of Semarang which not intersect with another hospital. Market segments that are formed based on economic factors that tend to the upper segment and lower segment. Competition by region is still not too tight and strategies that will be used is pick up the ball, especially for the middle to lower.</i> |
| 16 | Studi Kelayakan Puskesmas Bondongan Sebagai Syarat Menjadi Puskesmas Induk Dinkes Kota Bogor | 2017 | Puskesmas Pembantu Mulyaharja memiliki prospek yang baik ke depan, dengan memperhatikan wilayahnya yang mencakup dua kelurahan dengan lokasi cukup perifer dari Kota Bogor sehingga dapat ditingkatkan sebagai Puskesmas Rawat Inap, Puskesmas PONED hingga lebih dari itu. |
| 17 | Analisis Kebutuhan Pendirian Puskesmas Dan Pertimbangan Tata Ruang Daerah Dalam Pendirian Puskesmas | 2017 | Berdasarkan beberapa analisis diatas maka pendirian Puskesmas Juwiring dari tinjauan jumlah penduduk, letak geografis sudah memenuhi persyaratan. Berdasarkan analisis kondisi fisik bangunan sudah tidak memenuhi persyaratan. Untuk tinjauan kebutuhan tenaga juga masih kurang. |
| 18 | Analisis SWOT Pada RSUD Saras Husada Purworejo | 2015 | Hasil penelitian yaitu hasil analisis SWOT menyebutkan bahwa RSUD Saras Husada Purworejo sudah mampu bersaing dipasar persaingan |

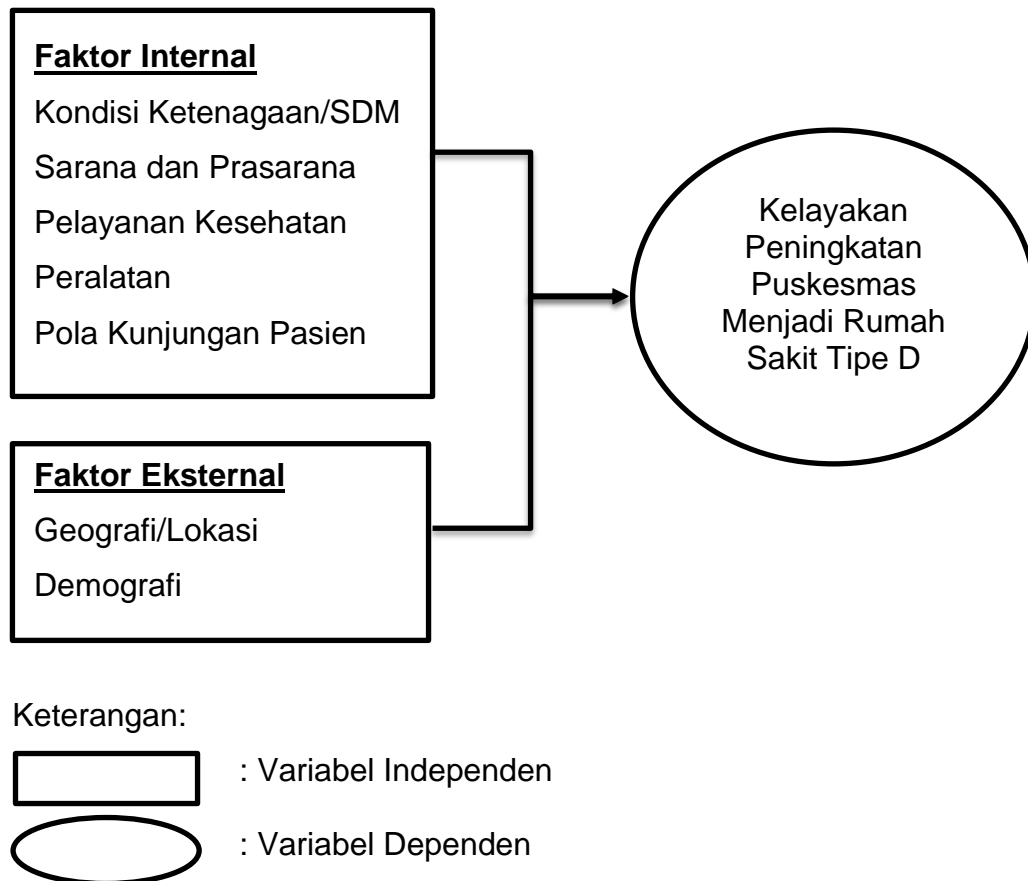
| | | | |
|----|--|------|--|
| | Moh. Amin Nugroho Universitas Negeri Yogyakarta | | yang kompetitif. Berdasar analisis SWOT, RSUD Saras Husada Purworejo dapat memanfaatkan kekuatan dan peluang yang ada, serta meminimalkan kelemahan dan ancaman. |
| 19 | <i>Implementation of web-based hospital specialist consultations to improve quality and expediency of general practitioners' care: a feasibility study</i> Thomas VD Velden, Bianca W. M. Schalk, Mirjam Harmsen, Adriaansens, Tjard R. Schermer & Marc A.T.Dam | 2016 | <i>Seventy eligible WBCs submitted by GPs were analyzed. Our data showed a 46% absolute reduction in in-person referrals in our study population. These findings confirmed the feasibility of using WBC. The median time spent to submit a WBC was five and 10 min for GPs and specialists respectively. On average, the WBC service saved €286 per WBC. The results of a questionnaire showed that GPs found WBC to be a user-friendly option which could help reduce the number of in-person referrals.</i> |
| 20 | <i>A feasibility study on an automated method to generate patient-specific dose distributions for radiotherapy using deep learning</i> Xinyuan Chen, Kuo Men, Yexiong Li, Junlin Yi, Jianrong Dai | 2018 | <i>The proposed model trained with the two different sets of input images and structures could both predict patient-specific dose distributions accurately. For the out-of-field dose distributions, the model obtained from the input with radiation geometry performed better (dose difference in %, 4.7 _ 6.1% vs 5.5 - 7.9%, P < 0.05). The mean Gamma pass rates of dose distributions predicted with both types of input were comparable for most OARs (P > 0.05), except for the bilateral optic nerves and the optic chiasm.</i> |

E. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori Aspek Kelayakan Rumah Sakit Kelas D Pratama Permenkes RI No.24 (2014), Bupala dan Mudra (2015)

F. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Bagan Kerangka Konsep

G. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Kelayakan Peningkatan Puskesmas Menjadi Rumah Sakit kelas D Pratama ditinjau sesuai Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Kelas D Pratama yang diterbitkan Dirjen Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Tahun 2012 dan Permenkes No. 24 tahun 2014.

1. Kondisi ketenagaan atau SDM adalah Kebutuhan minimal ketenagaan baik tenaga kesehatan maupun tenaga non kesehatan dalam rangka

penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit Kelas D Pratama berdasarkan Permenkes No. 24 tahun 2014.

2. Sarana dan Prasarana adalah fasilitas teknis dan tata ruang yang sesuai standar Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Kelas D Pratama yang diterbitkan Dirjen Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Tahun 2012 dan Permenkes No. 24 tahun 2014.
3. Pelayanan kesehatan adalah jenis pelayanan yang diselenggarakan oleh Rumah Sakit Kelas D Pratama, yang berdasarkan Permenkes No. 24 tahun 2014 minimal meliputi: Pelayanan medik umum; Pelayanan gawat darurat; Pelayanan keperawatan; Pelayanan laboratorium pratama; Pelayanan radiologi; dan Pelayanan farmasi.
4. Peralatan adalah standar jenis alat yang harus dimiliki Rumah Sakit Kelas D Pratama yang sesuai Permenkes No. 24 tahun 2014.
5. Pola kunjungan pasien adalah trend kunjungan pasien dalam rangka mendapatkan pelayanan kesehatan baik rawat jalan maupun rawat inap selama periode 2017 – 2019.
6. Geografi/Lokasi adalah letak atau lahan Rumah Sakit Kelas D Pratama yang sesuai dengan Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit Kelas D Pratama yang diterbitkan Dirjen Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Tahun 2012, yaitu harus bebas dari pencemaran, banjir, rawan longsor, dan tidak berdekatan dengan tempat bongkar muat barang, fasilitas umum, fasilitas pendidikan, daerah industri dan area limbah pabrik.

7. Demografi adalah data dan informasi mengenai rata- rata jumlah penduduk pertahun selama periode 2017 – 2019 di wilayah kerja PKM Hutumuri.