

**PENGEMBANGAN PELAYANAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
TUGUREJO-SEMARANG**

**TESIS**

Disusun Dalam Rangka Memenuhi Persyaratan  
Program Studi Magister Teknik Pembangunan Wilayah Dan Kota

Oleh :

**RAHARDJANTO PUDJIANTORO**  
L4B 099 119



**PROGRAM PASCASARJANA  
MAGISTER TEKNIK PEMBANGUNAN WILAYAH DAN KOTA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2008**

**PENGEMBANGAN PELAYANAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
TUGUREJO-SEMARANG**

Tesis diajukan kepada  
Program Studi Magister Teknik Pembangunan Wilayah Dan Kota  
Program Pascasarjana Universitas Diponegoro

Oleh :

**RAHARDJANTO PUDJIANTORO**  
L4B099119

Diajukan pada Sidang Ujian Tesis  
Tanggal 12 Juni 2008

Dinyatakan Lulus  
Sebagai Syarat Memperoleh Gelar Magister Teknik

Semarang, Juni 2008

Pembimbing Pendamping

Pembimbing Utama

Ir. Holi Bina Wijaya, MUM

Drs. PM. Broto Sunaryo, SE, MSP

Penguji II

Penguji I

Sri Rahayu, S.Si, M.Si

Ir. Retno Susanti, MT

Mengetahui  
Ketua Program Studi  
Magister Teknik Pembangunan Wilayah dan Kota  
Program Pascasarjana Universitas Diponegoro

Prof. Dr. Ir. Joesron Alie Syahbana, MSc

## **PERNYATAAN**

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam Tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi. Sepanjang pengetahuan saya, juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali tertulis diakui dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dalam Tesis saya ternyata ditemui duplikasi, jiplakan (pagiat) dari Tesis orang lain/Institusi lain maka bersedia menerima sanksi untuk dibatalkan kelulusan saya dan saya bersedia melepaskan gelar Magister Teknik dengan penuh rasa tanggung jawab

Semarang, Juni 2008

**RAHARDJANTO PUDJIANTORO**

NIM : L4B099119

**Tesis ini kupersembahkan untuk :**

- Universitas Diponegoro, almamaterku
- Istri dan Anaku, Fifiana Wisnaeni dan Rafieta Hyda Maharani
- Bapak H Soeparto Tjitrodihardjo dan Ibu Hj Siti Ismiyarti
- Almarhum Bapak Hardadi Soemoadmodjo dan Almarhumah Ibu Isnaningsih

## ABSTRAK

Berkembangnya suatu wilayah perkotaan, berakibat pula pada konsekuensi pengembangan fasilitas pelayanan umum bagi masyarakat kota tersebut. Pembangunan di segala bidang sangat diperlukan bagi suatu pengembangan perkotaan, salah satunya pembangunan bidang kesehatan. Untuk itu harus didukung dengan fasilitas yang memadai, termasuk fasilitas rumah sakit, baik yang disediakan oleh pihak pemerintah (termasuk pemerintah daerah) maupun swasta.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tugurejo-Semarang merupakan salah satu rumah sakit milik pemerintah, khususnya Pemerintah Provinsi Jawa Tengah, sebelumnya merupakan salah satu rumah sakit khusus kusta dan merupakan pusat rujukan di Provinsi Jawa Tengah. Keberadaan RSUD ini merupakan salah satu wujud upaya pemenuhan fasilitas umum, khususnya kesehatan bagi masyarakat, dan utamanya di wilayah kota Semarang bagian barat. Sebagai suatu fasilitas pelayanan umum, RSUD Tugurejo diharapkan dapat melayani masyarakat dalam wilayah pelayanannya dengan optimal, sesuai dengan standar pelayanan kesehatan yang berlaku, dengan mempertimbangkan perkembangan yang terjadi dalam masyarakat itu sendiri, mengingat wilayah layanan RSUD Tugurejo meliputi wilayah permukiman dan lingkungan industri yang cukup besar di Semarang bagian barat.

Berdasarkan hal diatas, maka pertanyaan penelitian yang dapat diangkat dalam penelitian ini adalah **"Bagaimana Pengembangan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang?"**

Analisa yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan teori wilayah pengaruh (influence area) dan teori titik henti (breaking point) sehingga dapat diprediksikan wilayah layanan ideal bagi RSUD Tugurejo dan perkembangan minat masyarakat terhadap keberadaan RSUD tersebut sebagai permintaan layanan kesehatan (*demand*), kemudian dibandingkan dengan standarisasi layanan kesehatan yang berlaku dan fasilitas yang tersedia (*supply*). Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan arahan pengembangan RSUD Tugurejo, yang selanjutnya dapat dijadikan sebagai pertimbangan dalam menentukan kebijakan pengembangan RSUD Tugurejo Semarang.

Dilihat dari sisi *demand* (permintaan pelayanan kesehatan) minat masyarakat terhadap layanan RSUD Tugurejo terus meningkat, *BOR (Bed Occupation Rate)* pada tahun 2006 telah mencapai 76,84%, pada 3 tahun terakhir, peningkatan BOR rata-rata naik 7,01 % pertahun, sedangkan BOR ideal 60-85%. Dari perbandingan fasilitas yang tersedia dengan jumlah penduduk di wilayah pelayanan, yang diperoleh dari analisis dengan menggunakan teori wilayah pengaruh dan titik henti, dibandingkan dengan standar kebutuhan SDM layanan minimal, maka dapat dilihat bahwa masih terdapat kekurangan tenaga medis/kesehatan di wilayah tersebut, dari kebutuhan tenaga layanan kesehatan ideal dibanding dengan tenaga yang tersedia masih terdapat kekurangan sebesar 466 orang. Demikian pula dengan fasilitas ruang, utamanya ruang untuk rawat inap masih terdapat kekurangan 437 ruang dengan luasan ideal 7.249, 5 m<sup>2</sup>.

Berdasarkan hal diatas maka permasalahan pengembangan di RSUD Tugurejo adalah kurangnya sumber daya manusia (tenaga medis dan non medis); kurangnya pelayanan poliklinik untuk melayani pasien dan kapasitas pelayanan yang masih kurang mencukupi untuk melayani pasien.

Konsep pengembangan pelayanan di RSUD Tugurejo dan sekitarnya mempertimbangkan permasalahan yang ada serta teori-teori tentang dasar-dasar pelayanan umum, yang secara umum meliputi kesederhanaan prosedur, kejelasan, kepastian, kemanan, keterbukaan, efisiensi, ekonomis, keadilan yang merata, dan ketepatan waktu. Dengan pertimbangan ini, maka konsep pengembangan mengoptimalkan potensi yang dimiliki dan memperhatikan pula potensi pasar (pasien) dan kecenderungan jangkauan pelayanan RSUD. Konsep yang dikembangkan meliputi 3 aspek, pertama di RSUD Tugurejo sendiri, kedua pengembangan pelayanan di luar RSUD, serta yang ketiga adalah pengembangan infrastruktur pendukung pelayanan kesehatan.

Arahan pengembangan pelayanan RSUD Tugurejo di masa depan adalah peningkatan sumber daya manusianya, baik medis maupun non medis dari segi kuantitas maupun kualitasnya; peningkatan serta menyempurnakan penyediaan prasarana dan sarana penunjang Rumah Sakit dalam rangka mencapai visi; peningkatan pelayanan kesehatan, melalui pengembangan poli-poli unggulan seperti poli kecantikan dan lain-lain; peningkatan manajemen pelayanan agar dapat memberikan pelayanan yang prima kepada masyarakat secara segera, efektif dan efisien; serta peningkatan kerjasama dengan tiap mata rantai kesehatan.

**Kata kunci: pengembangan, pelayanan, rumah sakit**

## ABSTRACT

City area rapid development will give straight impact for its utilities providers and also social facilities providers. The health facilities is among many other things that needed by city area development. Either it is build by Government or by private entities, good health facilities especially a hospital, is important for a city.

Tugurejo City Hospital Semarang, once known as leprosy hospital, is one of many hospitals owned by Central Java Province Government, It is also become a reputable reference hospital in Central Jawa Province.

This hospital worked as a public social facility for West Semarang area. As a public social facilities, Tugurejo City Hospital Semarang had to provides the society in its service area with utmost care under the service standard for healthcare, it is also important to put into consideration about what happened in this society, because Tugurejo City Hospital Semarang service area is covering vast industrial area and also residential areas in western part of Semarang.

Based of this facts, the problem this research is **“How Would Tugurejo City-Hospital Semarang Develop Its Services?”**

This research is using influence area theory and breaking point theory to analyzing data. The analysed data then used to predict the ideal service area for Tugurejo City Hospital and the society interest toward Tugurejo City Hospital, in order to find the demand and than compared it with the existed health service standard and the available facilities to find the supply. The output of his research will be used as discretion in determined Tugurejo City Hospital expansion policy.

From demand point of view (health service demand), society interest in Tugurejo City Hospital services is increasing, the BOR (Bed Occupation Rate) in 2006 is reaching 76,84%, in the past three years the average BOR increase 7,01 per year, the ideal BOR is 60-85%. By using influence theory and breaking point theory, the comparasion between the availability facilities with population within service area, the human resources availability is lacked 466 persons, the room availability is lacked 437 rooms within its ideal 7.249,5 m2 ranging areas

Based on above facts, the main problem in Tugurejo City Hospital expansion are lack of human resources (medical and non medical human resources); the lack of specialties clinic tho serve patiens and the lack of services facility capacities to serve patients.

The expansion plan for health services in Tugurejo City Hospital will consider the existence problem including the basic principles in general services those are modest procedure, preciseness, certainly, security, disclosure, efficiency, economically, fairness, and punctuality. Byusing those facts the expansion plan will optimizing the potential factors and put into consideration the potential market (patients) and service range inclination of the hospital. The expansion plqn covers three aspects, first the hospital it self, second the development of outside hospital services and third is the development of health service infrastructure support.

The Tugurejo City Hospital expansion in the future is headed toward its human resources development either in medical or non medical both quantity and quality point of view; the increased availability for means of health services in the hospital; the improvement of its health services by developing its specialty clinic such as the dermatology; the improvement of its services management in order to give the utmost service for the society (the promptness, the affectivity and the efficiency); the increased cooperation within its health operation chains.

**Keywords : expansion, service, hospital**

## KATA PENGANTAR

*Assalamu'alaikum Wr. Wb.*

Alhamdulillah, dengan segala doa kami panjatkan kepada Allah SWT atas limpahan karunia dan rahmat-Nya, sehingga karya ilmiah yang berjudul **“Pengembangan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo-Semarang”** telah dapat diselesaikan dengan baik menjadi sebuah Tesis pada Program Pasca Sarjana Magister Teknik Pembangunan Kota Universitas Diponegoro Semarang.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Tesis ini dapat diselesaikan dengan bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. dr. Susilo Wibowo, MS, MED, SpAn selaku Rektor Universitas Diponegoro Semarang;
2. Prof. Dr. Ir. Joesron Alie Syahbana, MSc selaku ketua Program Studi Magister Teknik Pembangunan Wilayah dan Kota Universitas Diponegoro;
3. Ir Jawoto SN Setyono, MPP selaku Sekretaris I Program Studi Magister Teknik Pembangunan Wilayah dan Kota Universitas Diponegoro;
4. Ir Rina Kurniati, MT selaku Sekretaris II Program Studi Magister Teknik Pembangunan Wilayah dan Kota Universitas Diponegoro;
5. Drs. PM. Broto Sunaryo, MSP selaku pembimbing I, atas waktu dan bimbingannya dalam penyusunan Tesis;
6. Ir. Holi Bina Wijaya, MUM selaku pembimbing II, atas masukan yang diberikan guna penyelesaian Tesis;
7. Ir. Wisnu Pradoto, MT selaku dosen penguji sidang Pra Tesis dan Pembahasan Tesis; atas waktu, kritikan dan saran yang selalu diberikan dalam setiap ujian sehingga berguna bagi pengembangan materi Tesis;
8. Ir. Retno Susanti, Mt selaku dosen penguji I pada sidang Ujian Tesis, atas masukan-masukannya;
9. Sri Rahayu, S.Si, M.Si, selaku dosen penguji II pada sidang Ujian Tesis, atas masukan-masukannya;
10. Para Pengajar pada Program Studi Magister Teknik Pembangunan Wilayah dan Kota Universitas Diponegoro;
11. H Mardiyanto, mantan Gubernur Jawa Tengah, yang telah memberikan kesempatan pada penulis mengikuti Program Studi Magister Teknik Pembangunan Wilayah dan Kota Universitas Diponegoro;
12. Drs Moh Suntoro, BSc MM Kepala Kantor Pengelolaan Barang Daerah Provinsi Jawa Tengah yang telah memberikan kesempatan, bimbingan dan dorongan kepada penulis;
13. dr Hestu Waluyo, Mkes, Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang atas perkenannya kepada penulis melaksanakan penelitian pada instansi yang dipimpinnya;

14. Dra. Retno Sudewi, Apt, Msi Kepala Bidang Perencanaan Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang, atas bantuannya kepada penulis dalam menyusun tesis ini;
15. Dan pihak-pihak lain yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Pada kesempatan ini penulis menghaturkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada Bapak dan Ibu Soeparto Tjitrodihardjo dan Almarhum dan Almarhumah Bapak dan Ibu Hardadi Soemoatmodjo, yang telah memberikan doa dan restunya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.

Khusus kepada istri dan anakku tercinta, Fifiana Wisnaeni dan Rafieta Hyda Maharani, penulis mengucapkan terimakasih atas kesabaran, perhatian, doa dan dorongan moralnya selama saya menyusun Tesis ini;

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penyusunan Tesis ini, sehingga kritik dan masukan masih diperlukan untuk sempurnanya karya ilmiah ini. Namun, saya berharap Tesis ini dapat bermanfaat bagi diri sendiri maupun pembaca lainnya.

*Wassalamu'alaikum Wr.Wb.*

Semarang, Juni 2008

Rahardjanto Pudjiantoro

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN .....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	iv
ABSTRAK .....	v
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR .....	xv

### **BAB I**

<b>PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.1.1 Pelayanan Rumah Sakit di Kota Semarang .....	3
1.1.2 Permasalahan Kesehatan.....	4
1.1.3 Perkembangan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tugurejo- Semarang.....	8
1.2 Rumusan Masalah.....	11
1.3 Tujuan dan Sasaran Penelitian.....	13
1.3.1 Tujuan Penelitian .....	13
1.3.2 Sasaran Penelitian .....	13
1.3.3 Manfaat Penelitian .....	13
1.4 Ruang Lingkup Penelitian.....	14
1.4.1 Ruang Lingkup Spasial .....	14
1.4.2 Ruang Lingkup Substansial .....	16
1.5 Posisi Penelitian dalam Bidang Pengembangan Wilayah.....	16
1.6 Pendekatan Dan Metode Penelitian .....	18
1.6.1 Pendekatan Penelitian .....	18
1.6.2 Metode Penelitian .....	19
1.6.3 Desain Kebutuhan Data .....	19

1.6.4 Teknik Pengumpulan data.....	23
1.6.5 Kompilasi Data .....	24
1.6.6 Teknik Pengolahan dan Penyajian Data .....	25
1.7 Teknik Analisis .....	25
1.7.1 Analisis Deskriptif Kualitatif.....	25
1.7.2 Analisis <i>Breaking Point</i> .....	27
1.8 Kerangka Pemikiran Penelitian.....	28
1.9 Sistematika Penulisan .....	32

## **BAB II PENGEMBANGAN PELAYANAN RUMAH SAKIT .....**

33

2.1 Pelayanan Umum/Publik .....	33
2.2 Optimalisasi Fasilitas Pelayanan.....	40
2.3 Ruang Kota dan Kesehatan.....	41
2.4 Fasilitas Kesehatan.....	43
2.4.1 Fasilitas Kesehatan dalam Lingkup Fasilitas Umum.....	43
2.4.2 Faktor Penentu Kebutuhan Fasilitas Umum .....	45
2.4.3 Pengertian Fasilitas Kesehatan .....	47
2.4.4 Jenis Fasilitas Kesehatan.....	48
2.4.5 Hirarki Tingkat Pelayanan Kesehatan .....	49
2.4.6 Tingkat Kebutuhan Fasilitas Kesehatan.....	50
2.4.7 Pertimbangan Distribusi Fasilitas Kesehatan.....	51
2.4.8 Penggunaan Fasilitas Kesehatan di Perkotaan .....	52
2.5 Pengertian Rumah Sakit.....	53
2.6 Klasifikasi Rumah Sakit .....	53
2.7 Sistem Operasional .....	55
2.8 Aspek Perencanaan Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B .....	55
2.8.1 Fungsi dan Tujuan.....	55
2.8.2 Pelaku dan Kelompok Aktivitas .....	56
2.8.3 Struktur Organisasi .....	62
2.8.4 Pelayanan dan Fasilitas .....	62

2.8.5 Kapasitas dan Besaran Ruang.....	64
2.8.6 Sistem Utilitas.....	66
2.9 Kriteria Umum Rumah Sakit Umum Tipe B.....	74
2.10 Teori Wilayah Pengaruh ( <i>Influence Area</i> ).....	75
2.10.1 Pengertian Influence Area.....	75
2.10.2 Teori Breaking Point ( <i>Titik Henti</i> ).....	76
2.11 Pengembangan Pelayanan Rumah Sakit Umum Tipe B.....	76

### **BAB III GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TUGUREJO**

<b>SEMARANG</b> .....	80
3.1 Kondisi Umum Pelayanan Rumah Sakit di Kota Semarang.....	80
3.1.1 Aspek Kebijakan Pemerintah.....	80
3.1.2 Kondisi Pelayanan Kesehatan di Kota Semarang.....	82
3.1.3 Kondisi Pelayanan Rumah Sakit di Kota Semarang.....	84
3.1.4 Wilayah Pelayanan dan Pesaing RSUD Tugurejo.....	85
3.2 Profil Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo .....	86
3.2.1 Letak dan Kondisi Lingkungan RSUD Tugurejo .....	86
3.2.2 Sejarah Singkat .....	97
3.2.3 Visi, Misi, Strategi, dan Tujuan .....	90
3.3 Kegiatan Pelayanan dan Fasilitas Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tugurejo.....	92
3.3.1 Sistem dan Kegiatan Layanan Utama.....	92
3.3.2 Fasilitas Pelaksanaan Kegiatan Layanan Utama.....	94
3.3.3 Fasilitas Pelaksanaan Kegiatan Layanan Penunjang .....	97
3.4 Perkembangan Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo.....	100
3.5 Program dan Kebijakan Pengembangan RSUD Tugurejo.....	103
3.6 Permasalahan Pengembangan RSUD Tugurejo Semarang.....	106

### **BAB IV ANALISIS PELAYANAN RSUD TUGUREJO** .....

4.1 Identifikasi Kapasitas Pelayanan RSUD Tugurejo.....	107
4.1.1 Lokasi dan Aksesibilitas RSUD Tugurejo.....	107

4.1.2	Kondisi Lingkungan RSUD Tugurejo .....	111
4.1.3	Kondisi Sarana dan Daya Tampung RSUD Tugurejo .....	114
4.1.4	Analisis Ketersediaan Sarana dan Prasarana .....	121
4.2	Tinjauan Kebijakan Pengembangan RSUD Tugurejo .....	134
4.3	Analisis Permintaan ( <i>Demand</i> ) .....	141
4.3.1	Minat Masyarakat Dalam Pelayanan Kesehatan RSUD Tugurejo .....	141
4.3.2	Potensi Pasar di Wilayah Pelayanan RSUD Tugurejo.....	145
4.4	Analisis Kinerja Pelayanan RSUD Tugurejo.....	155
4.4.1	Kinerja Sumberdaya Manusia .....	155
4.4.2	Kinerja Sarana dan Prasarana .....	157
4.5	Konsep Pengembangan Pelayanan Kesehatan.....	160
4.5.1	Konsep Pengembangan pada RSUD Tugurejo Semarang .....	170
4.5.2	Konsep Pengembangan pelayanan kesehatan di luar lingkungan RSUD Tugurejo Semarang.....	171
4.6	Arahan dan Strategi Pengembangan Pelayanan Rumah Sakit Tugurejo .....	175
4.6.1	Pengembangan Sumber Daya Manusia .....	175
4.6.2	Pengembangan Sarana dan Prasarana.....	176
4.6.3	Pengembangan Layanan .....	177
4.6.4	Pengembangan Manajemen .....	178
<b>BAB V</b>	<b>PENUTUP</b> .....	<b>180</b>
5.1	Kesimpulan .....	180
5.2	Rekomendasi.....	183
5.3	Kelemahan Studi.....	184
5.4	Usulan Studi Lanjut .....	185
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	.....	<b>186</b>
<b>LAMPIRAN</b>		

## DAFTAR TABEL

Tabel I.1 Jumlah Pasien Berdasarkan Asal Pengunjung.....	10
Tabel I.2 Desain Kebutuhan Data.....	21
Tabel II.1 Dasar Klasifikasi Fasilitas.....	44
Tabel II.2 Tingkat Hirarki Pelayanan Fasilitas Kesehatan Menurut Pemerintah .....	49
Tabel II.3 Kriteria Umum Rumah Sakit Tipe B .....	74
Tabel II.4 Sintesis Teori.....	77
Tabel III.1 Kapasitas Berbagai Rumah Sakit di Kota Semarang.....	84
Tabel III.2 Jumlah Tenaga Kesehatan di RSUD Tugurejo .....	100
Tabel III.3 Jumlah dan Jenis Kepegawaian RSUD Tugurejo .....	100
Tabel III.4 Jumlah Pasien Berdasarkan Pengunjung .....	102
Tabel III.5 Program dan Kebijakan Pengembangan RSUD Tugurejo.....	103
Tabel IV.1 Jumlah Tempat Tidur Rawat Inap Di RSUD Tugurejo.....	119
Tabel IV.2 Pelayanan Rumah Sakit Kelas B .....	121
Tabel IV.3 Tata Letak Ruang/ Unit .....	122
Tabel IV.4 Kelengkapan Instalasi Rawat Jalan .....	123
Tabel IV.5 Kelengkapan Unit Gawat Darurat .....	124
Tabel IV.6 Kelengkapan Unit Perawatan Intensif (ICU).....	124
Tabel IV.7 Kelengkapan Unit Rawat Inap (WARDS).....	124
Tabel IV.8 Kelengkapan Unit Kebidanan Dan Penyakit Kandungan.....	125
Tabel IV.9 Kelengkapan Unit Farmasi .....	126
Tabel IV.10 Kelengkapan Unit Pusat Steril (CSSD).....	126
Tabel IV.11 Kelengkapan Unit Radiologi .....	127

Tabel IV.12 Kelengkapan Unit Laboratorium .....	128
Tabel IV.13 Kelengkapan Unit Rehabilitasi Medik .....	128
Tabel IV.14 Kelengkapan Unit Administrasi & Catatan Medik.....	129
Tabel IV.15 Kelengkapan Kamar Mayat .....	130
Tabel IV.16 Kelengkapan Instalasi Gizi Dapur .....	130
Tabel IV.17 Kelengkapan Unit Cuci ( <i>laundry</i> ) .....	130
Tabel IV.18 Kelengkapan Unit Bengkel & Mekanikal Elektrikal.....	131
Tabel IV.19 Unit/Fungsi Ruang Yang Belum Lengksp di RSUD Tugurejo .....	132
Tabel IV.20 Program Dan Kebijakan Pengembangan RSUD Tugurejo.....	140
Tabel IV.21 Kunjungan Pasien Tugurejo Tahun 2000 sampai dengan 2006 .....	142
Tabel IV.22 Kapasitas Berbagai Rumah Sakit Di Kota Semarang .....	145
Tabel IV.23 Perhitungan Analisis Titik Henti ( <i>Breaking Point</i> ) .....	146
Tabel IV.24 Jumlah Penduduk Di Wilayah Pelayanan Tahun 2004 .....	152
Tabel IV.25 Jumlah Kebutuhan Sumberdaya Kesehatan Di Wilayah Pelayanan RSUD Tugurejo .....	153
Tabel IV.26 Jumlah Kebutuhan Sumberdaya Kesehaan di RSUD Tugurejo .....	154
Tabel IV.27 Kondisi Dan Kebutuhan SDM Pelayanan Kesehatan di RSUD Tugurejo .....	156
Tabel IV.28 Jumlah Kekurangan Sumberdaya Kesehaan di RSUD Tugurejo .....	157
Tabel IV.29 Kebutuhan Tempat Tidur dan Luas Ruang Pasien di RSUD Tugurejo...	158
Tabel IV.30 Perbandingan Tempat Tidur Pasien di RSUD Tugurejo Dengan Standar Kebutuhan Ideal.....	159
Tabel IV.31 Perbandingan Standar Pelayanan Dan Fasilitas Layanan Yang Tersedia Di Wilayah Kajian RSUD Tugurejo .....	169

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Grafik Kunjungan Pasien Rawat Jalan dan Inap.....	9
Gambar 1.2 Peta Lokasi RSUD Tugurejo Semarang.....	15
Gambar 1.3 Kerangka Pemikiran Pengembangan Pelayanan RSUD Tuguejo Semarang.....	32
Gambar 3.1 Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo.....	90
Gambar 3.2 Bangunan Instalansi Gawat Darurat .....	94
Gambar 3.3 Grafik Kunjungan Pasien Rawat Jalan Di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 1997 S/D September 2007 .....	101
Gambar 3.4 Grafik Kunjungan Pasien Rawat Inap Di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 1997 S/D September 2007 .....	102
Gambar 3.5 Denah Lokasi RSUD Tugurejo Semarang .....	105
Gambar 4.1 Letak RSUD Tugurejo Dalam Kota Semarang.....	108
Gambar 4.2 Lingkungan Kawasan Industri Dan Permukiman Di Sekitar RSUD Tugurejo.....	110
Gambar 4.3 Kondisi Lingkungan Sekitar RSUD Tugurejo.....	113
Gambar 4.4 Peta Hasil Breaking Point Wilayah Pelayanan RSUD Tugurejo.....	148
Gambar 4.5 Peta Identifikasi Wilayah Pelayanan RSUD Tugurejo Berdasarkan Analisis Breaking Point .....	150
Gambar 4.6 Peta Wilayah Pelayanan RSUD Tugurejo Berdasarkan Analisis Breaking Point .....	151
Gambar 4.7 Bagan Alur Konsep Pengembangan Pelayanan Kesehatan Di Wilayah RSUD Tugurejo Dan Sekitarnya .....	164
Gambar 4.8 Peta Konsep Pengembangan Pelayanan Kesehatan Di Wilayah Pelayanan RSUD Tugurejo.....	173
Gambar 4.9 Peta Konsep Pengembangan Pelayanan Kesehatan Di Wilayah RSUD Tugurejo Dan Sekitarnya .....	174

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Terbentuk dan tumbuh-kembangnya suatu ruang kota dapat dicirikan dengan adanya pertumbuhan penduduk dan perkembangan aktivitas kota. Banyak versi yang berbeda untuk mendefinisikan sebuah kota. Ditinjau dari geografi (Sutaatmadja, 1988: 34), kota dapat diartikan sebagai sistem jaringan kehidupan manusia yang ditandai dengan kepadatan yang tinggi dan diwarnai dengan strata ekonomi yang heterogen dan coraknya yang materialistis, atau dapat pula diartikan sebagai bentang budaya yang ditimbulkan oleh unsur-unsur alami dan non alami dengan gejala pemusatan penduduk yang cukup besar dengan corak kehidupan yang heterogen dan materialistis dibandingkan dengan daerah belakangnya.

Adanya pemusatan penduduk dan aktivitas ekonomi dan sosial yang beragam, maka kota akan menjadi berkembang. Adapun faktor-faktor yang menyebabkan perkembangan kota ada tiga hal (Sutaatmadja, 1988: 56), yaitu:

1. Faktor yang merupakan modal dasar kota
2. Faktor penunjang yang merupakan fungsi primer dan lebih dipengaruhi oleh faktor eksternal, yaitu kegiatan industri dan jasa komersial yang merupakan sumber tenaga bagi penduduk kota dan mendukung pemanfaatan sumber daya alam wilayah sekitarnya, serta faktor migrasi.
3. Faktor penunjang yang merupakan fungsi sekunder dan merupakan faktor pembentuk struktur internal kota.

Masing-masing faktor terdiri dari unsur-unsur prasarana kota, lingkungan perumahan, fasilitas pelayanan sosial dan tenaga kerja. Wujud perkembangan kota dapat terlihat dengan struktur internal kota yang terbentuk. Struktur internal kota berhubungan antara satu kota dengan kota yang lainnya.

Kota secara sosial terkait dengan tujuan awal terbentuknya, yaitu untuk meningkatkan produktivitas dan kualitas hidup penduduknya. Sedangkan secara ekonomi terkait dengan fungsi dasar kota untuk mendukung penduduk dan kelangsungan kota itu sendiri.

Perkembangan penduduk dan kegiatan perkotaan (ekonomi-sosial) akan berdampak pada perkembangan kota dengan peningkatan kebutuhan fasilitas baik fasilitas umum maupun fasilitas sosial. Biasanya kebutuhan penduduk kota meningkat seiring dengan peningkatan jumlah penduduk. Salah satunya adalah kebutuhan akan kesehatan yang merupakan faktor penting dalam menjaga kelangsungan hidup manusia. Dengan kesehatan orang berhak mendapatkan keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi karena kesehatan merupakan suatu hak yang fundamental bagi setiap orang tanpa membedakan ras, agama, politik, dan tingkat sosial ekonominya (Konstitusi Organisasi Kesehatan Sedunia Tahun 1948).

Paradigma kesehatan dipengaruhi oleh beberapa aspek, walaupun besarnya kepentingan relatif dari masing-masing aspek tersebut tidak sama, berturut-turut besarnya pengaruh tersebut, yang pertama adalah lingkungan, yang meliputi lingkungan fisik dan sosiokultural. Kemudian diikuti aspek perilaku, meliputi sikap, tingkah laku serta adat

istiadat. Terakhir adalah aspek pelayanan kesehatan yang meliputi pencegahan, pengobatan, perawatan dan rehabilitasi (Budihardjo, 1998 : 70-71).

### **1.1.1 Pelayanan Rumah Sakit di Kota Semarang**

Secara umum tersedianya fasilitas dan tenaga kesehatan yang memadai sangat berperan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat namun demikian kemudahan masyarakat dalam mengakses fasilitas dan tenaga kesehatan juga mempengaruhi. Salah satu bentuk pelayanan kesehatan adalah rumah sakit, baik yang diselenggarakan oleh pihak swasta ataupun pemerintah. Demikian pula dengan pelayanan di kota Semarang, beberapa rumah sakit didirikan dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Khususnya di sebelah barat kota Semarang terdapat Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tugurejo, yang memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di sekitarnya.

Mengingat lokasi RSUD Tugurejo, maka dalam memberikan pelayanan, pangsa pasar yang dituju akan lebih spesifik pada lingkungan di sekitar Kecamatan Semarang Barat, Kecamatan Ngaliyan, dan Kecamatan Tugu, dan Kecamatan Kaliwungu (Kendal). Berbagai perusahaan yang ada di kawasan industri di Kota Semarang wilayah bagian barat yang merupakan daerah jangkauan operasi Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo yang tergabung dalam *Kawasan Industri Candi*, *Kawasan Tugu Indah Industri*, serta *Kawasan Guna Mekar Industri* serta ditambah dengan potensi industri di daerah Kabupaten Kendal yang berbatasan dengan Kota Semarang bagian barat. Kawasan tersebut merupakan suatu potensi pasar tersendiri yang selama ini belum ditangani dengan serius terlebih dengan karakter perusahaan perindustrian yang sarat dengan berbagai masalah kesehatan dan keselamatan kerja para anggotanya yang memerlukan

suatu pemeriksaan dan perawatan kesehatan terus menerus. Namun demikian hal ini perlu diikuti dengan peningkatan sistem operasional rumah sakit yang mendukung dengan sumber daya manusia yang berkualifikasi standar.

Berdasarkan kondisi lapangan dapat diketahui bahwa pasar mempersepsikan Puskesmas Ngaliyan sebagai pesaing Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo, meskipun sebenarnya secara teknis Puskesmas Ngaliyan adalah salah satu mata rantai pelayanan kesehatan yang tergabung dalam sistem rujukan kesehatan milik pemerintah. Sedangkan bila ditinjau secara teknis pesaing langsung untuk Rumah Sakit Umum Tugurejo hingga saat ini di Kota Semarang wilayah bagian barat belum ada yang setara. Sedangkan untuk keseluruhan wilayah Kota Semarang, maka yang menjadi pesaing RSUD Tugurejo adalah Rumah Sakit Dr. Karyadi, Rumah Sakit Pantiwilo, dan Rumah Sakit Kendal.

### **1.1.2 Permasalahan Kesehatan**

Setiap pembangunan pasti terdapat permasalahan yang dihadapi, demikian pula dengan bidang kesehatan di Indonesia. Pada umumnya permasalahan kesehatan di Indonesia dapat dibagi menjadi empat pokok bahasan (Rachmat, 2004: 75-78), yaitu:

#### **1. Masalah Derajat Kesehatan dan Faktor Penentu Derajat Kesehatan**

Secara garis besar dapat dikatakan bahwa selama kurang lebih 30 tahun terakhir derajat kesehatan telah menunjukkan perbaikan yang cukup berarti walaupun masih terdapat disparitas yang tajam baik antar wilayah maupun antar kelompok penduduk dengan karakteristik tertentu. Proyeksi Umur Harapan Hidup (UHH) selama periode waktu 2000-2006 akan meningkat menjadi rata-rata 68,2 tahun.

#### **2. Masalah Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan**

Paradigma manajemen kesehatan yang tadinya bersifat sangat sentralistik sangat berbeda dengan terbitnya Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, dimana Undang-Undang ini secara praktis mencabut sebagian besar kewenangan eksklusif pemerintah pusat untuk merumuskan kebijakan kesehatan dan kebijakan sosial lainnya. Hal ini berarti terbukanya peluang yang sangat besar bagi setiap daerah untuk mengembangkan kebijakan kesehatan yang lebih mampu merespon kebutuhan yang khas di wilayahnya.

Desentralisasi juga memberi kesempatan bagi Kabupaten/ Kota untuk mengoreksi berbagai standar pelayanan kesehatan yang selama ini berlaku sama untuk Indonesia. Termasuk di dalam pengertian standar pelayanan kesehatan ini adalah standar tenaga kerja untuk setiap jenis fasilitas kesehatan yang ada dan standar paket pelayanan untuk masalah kesehatan tertentu. Pada saat yang bersamaan, melalui desentralisasi kewenangan dalam penentuan kebijakan dan perencanaan kesehatan ini diharapkan dapat terselenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat yang lebih rasional, efektif, dan efisien sehingga terjamin kesinambungan.

Isu pokok perumusan kebijakan dan manajemen pelayanan kesehatan adalah keberadaan, kapasitas, serta kesiapan institusi terkait di daerah. Institusi tersebut harus mampu membuat perencanaan operasional serta mengembangkan berbagai inisiatif baru yang selaras dengan visi segenap komponen bangsa mengenai Indonesia Sehat 2010. Keadaan di lapangan menunjukkan adanya variasi kemampuan, kemauan, dan kesiapan daerah di dalam perumusan kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan daerah. Selain itu, kevakuman peraturan pelaksanaan Otonomi Daerah

telah menghambat gerak langkah pihak terkait di daerah dalam perumusan dan manajemen pelayanan kesehatan.

### 3. Masalah Kemitraan dalam Pembangunan Kesehatan

Isu pokok pembangunan kesehatan di era otonomi daerah adalah bagaimana pemerintah daerah dapat memobilisasi sumberdaya potensial di wilayah kerjanya untuk membiayai, merencanakan, menyelenggarakan, dan menilai akuntabilitas pembangunan kesehatan masyarakat. Pembangunan kesehatan memerlukan peran aktif banyak pihak, termasuk di dalamnya Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, Pemerintah Daerah, Dinas Daerah, LSM, ikatan profesi, perguruan tinggi atau swasta, pengguna pelayanan kesehatan, serta masyarakat luas.

Kemitraan menjadi penting karena ruang lingkup pembangunan kesehatan merambah keluar *domain* Pemerintah Daerah. Banyak sekali faktor penentu yang bekerja secara tidak langsung namun saling berinteraksi mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Sebagai faktor resiko, berbagai faktor penentu itu dapat muncul pada berbagai jenjang sosial, baik di tingkat individu, rumah tangga, atau masyarakat.

Pembangunan kesehatan di suatu wilayah sebaiknya menerapkan strategi intervensi yang berbeda untuk setiap jenjang sosial. Pemerintah daerah memerlukan kemitraan dengan berbagai pihak dalam perumusan kebijakan dan perencanaan, pelaksanaan, pembiayaan, dan penilaian akuntabilitas pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Kemitraan ini diharapkan dapat lebih menjamin pemerataan, meningkatkan cakupan dan kualitas, meningkatkan efisiensi, meningkatkan akses, dan meningkatkan akuntabilitas pembangunan kesehatan.

#### 4. Masalah Advokasi, Mobilisasi Sumberdaya, Dukungan Sosial, Pelayanan, dan Pemberdayaan Masyarakat dalam Pembangunan Kesehatan

Faktor kemiskinan, kebodohan, ketersediaan sumberdaya alam, kualitas lingkungan hidup serta adat terbukti berperan sebagai penyebab mendasar dari seluruh peristiwa kematian yang diawali oleh buruknya kesehatan. Pemerintah daerah harus melakukan advokasi yang gencar ke berbagai pihak terkait di daerahnya untuk memobilisasi sumberdaya potensial, membangun dukungan sosial serta membangun kemampuan dalam upaya mengatasi berbagai penyebab buruknya kesehatan. Salah satu hal yang dapat mempengaruhi hal tersebut adalah kurangnya pelayanan oleh rumah sakit.

Seperti yang telah dijelaskan di atas bahwa perkembangan kota, baik dari penduduk maupun aktivitasnya akan berpengaruh pada peningkatan kebutuhan, yang salah satunya adalah kebutuhan akan kesehatan. Demikian halnya dengan Kota Semarang, yang dalam hal ini kebutuhan kesehatan penduduknya dilayani oleh keberadaan rumah sakit. Perkembangan rumah sakit dipengaruhi oleh pelayanan terhadap pasiennya. Pada umumnya, rumah sakit dengan kondisi peralatan dan pendanaan yang menunjang akan dapat memberikan pelayanan yang baik.

##### **1.1.3 Perkembangan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tugurejo Semarang**

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tugurejo-Semarang merupakan salah satu rumah sakit milik pemerintah, khususnya Pemerintah Provinsi Jawa Tengah, dimana sebelumnya merupakan salah satu rumah sakit khusus kusta dan merupakan pusat rujukan di Provinsi Jawa Tengah. Keberadaan RSUD ini merupakan salah satu wujud dari pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan untuk wilayah provinsi, yang berupa

Lembaga Teknis Daerah Provinsi. Letak dari RSUD ini sangat strategis yang dapat dilihat pada:

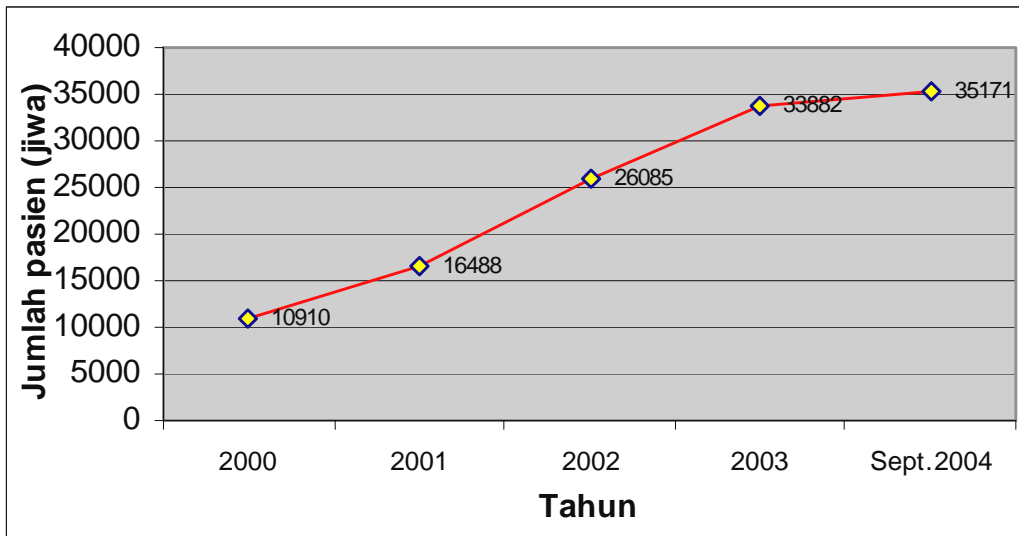
- Dekat pintu utama Jalan Tol Manyaran
- Dikelilingi lingkungan permukiman penduduk yang padat
- Dekat dengan lokasi pengembangan permukiman daerah Mijen dan Ngaliyan
- Dilingkupi oleh tiga daerah sentra industri, yaitu: Kawasan Industri Candi, Tugu Indah Industri, dan Kawasan Guna Mekar Industri.

Meskipun hingga saat ini kondisi persaingan di Kota Semarang dalam hal penyediaan pelayanan kesehatan cukup tinggi dengan banyaknya institusi penyedia pelayanan kesehatan baik yang dikelola pemerintah maupun swasta baik umum atau khusus, namun khusus untuk Kota Semarang di wilayah bagian barat yang merupakan suatu wilayah yang sedang berkembang baik untuk permukiman ataupun industri belum memiliki pesaing yang berarti. Hingga saat ini, institusi pelayanan kesehatan yang berupa rumah sakit pemerintah di Kota Semarang dan sekitarnya adalah Rumah Sakit Dr. Karyadi, Rumah Sakit Pantiwiloso, Rumah Sakit Kendal, dan lain sebagainya.

Hingga saat ini segmen pasar yang dilayani mayoritas masih memiliki kelas menengah ke bawah, dimana membawa efek *domino* pada tuntutan rendahnya tarif serta menimbulkan kemungkinan rendahnya mutu pelayanan jika tidak didukung penuh subsidi dari pemerintah selaku pemilik yang memiliki misi sosial besar dalam pemberian pelayanan kesehatan. Kekhawatiran lain yang timbul adalah adanya *gap* pelayanan dokter sebagai profesional utama di rumah sakit dan membuat suatu kondisi mobilisasi rujukan ke rumah sakit swasta.

RSUD Tugurejo ini memiliki bentuk yang sesuai dengan Struktur Organisasi Tata Laksana setara dengan rumah sakit Tipe B dengan pertimbangan usia yang masih baru.

Namun demikian, dengan melihat pada Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 mengenai desentralisasi yang di dalamnya terdapat otonomi bidang kesehatan maka untuk saat ini terdapat beberapa permasalahan yang timbul. Permasalahan yang dihadapi oleh RSUD milik pemerintah di Indonesia, pada umumnya hampir sama, yaitu rendahnya kualitas pelayanan. Padahal dengan memanfaatkan tarif yang relatif murah, maka RSUD tersebut dapat menyerap banyak jumlah pengunjung yang rata-rata mengalami kenaikan 35,7% tiap tahunnya dari golongan ekonomi menengah ke bawah. Hal ini dapat dilihat pada jumlah kunjungan pasien di RSUD Tugurejo yang selalu mengalami peningkatan tiap tahunnya yang dilihat pada gambar dan tabel berikut:



Sumber: Profil RSUD Tugurejo, 2004

**GAMBAR 1.1**  
**GRAFIK KUNJUNGAN PASIEN RAWAT JALAN DAN INAP**  
**RSUD TUGUREJO SEMARANG TAHUN 2000 S/D SEPTEMBER 2004**

**TABEL I.1**  
**JUMLAH PASIEN BERDASARKAN ASAL PENGUNJUNG**

Asal Pengunjung (Kecamatan)	Jumlah (Jiwa)			Vol. Kegiatan Rata-Rata/ Tahun	%	Trend
	2002	2003	2004			
Tugu	6169	16322	19382	1395	4	Naik
Ngaliyan	7113	18820	22384	16105	48	Naik
Mijen	704	1862	2211	1592	5	Naik
Smg. Barat	3098	8196	9733	7009	20	Naik
Smg. Tengah	343	909	1079	777	2	Naik

Smg. Timur	77	203	241	174	1	Naik
Smg. Selatan	915	2422	2876	2071	6	Naik
Smg. Utara	698	1846	2192	1579	5	Naik
Luar Kota Smg	1399	3703	4397	3166	9	Naik
<b>Total</b>	<b>20.156</b>	<b>54.283</b>	<b>64.495</b>	<b>33868</b>		

Sumber: *Business Plan RSUD Tugurejo, 2005*

Berdasarkan lokasi asal pengunjung, maka pengunjung terbanyak berasal dari daerah Ngaliyan, dan Kecamatan Semarang Barat. Hal ini berkaitan dengan lokasi RSUD ini yang berada di Kecamatan Ngaliyan, Semarang. Selain itu, juga dapat dilihat bahwa jumlah pengunjung yang berasal dari luar Kota Semarang (dari Kabupaten Kendal dan Batang). Hal ini berkaitan dengan fungsi RSUD ini sebagai pusat rujukan bagi Rumah Sakit Daerah lainnya. Untuk mewartakan *trend* peningkatan pengunjung tiap tahunnya, maka seharusnya diperlukan pelayanan yang memadai dari pihak RSUD Tugurejo. Tetapi pada kenyataannya bahwa dari segi pelayanan RSUD ini masih jauh dari yang diinginkan, padahal dilihat dari potensi jumlah pengunjung sangatlah tinggi. Secara umum dari sisi *demand* (permintaan pelayanan kesehatan) cukup tinggi yaitu rata-rata mengalami kenaikan 12,9% (Business Plan Tahun 2005-2009). Sedangkan di sisi *supply*, yaitu penyediaan pelayanan kesehatan dari RSUD ini kurang mampu mencukupinya, hal ini dapat dilihat dari tingkat kepuasan pelayanan RSUD Tugurejo yang masih kurang maksimal yaitu 50% untuk pelayanan teknis, 30% untuk pelayanan manajemen, dan 20% untuk mutu pelayanan (Business Plan Tahun 2005-2009). Hal ini memperlihatkan kapasitas pelayanan RSUD Tugurejo masih kurang optimal. Oleh karena itu, diperlukan arahan pengembangan dengan melihat kecenderungan jangkauan pelayanan RSUD Tugurejo.

## 1.2 Rumusan Masalah

Pada era Otonomi Daerah, Satuan Kerja Perangkat Daerah harus mampu memberikan pelayanan sesuai dengan fungsinya kepada masyarakat. RSUD Tugurejo yang merupakan salah satu Satuan Kerja Perangkat Daerah Provinsi Jawa Tengah juga harus mampu memberikan penyediaan pelayanan bagi masyarakat Kota Semarang dan Provinsi Jawa Tengah.

Kondisi ini harus berhadapan dengan dua faktor, yaitu yang pertama dalam pelayanan ini harus bersaing dengan keberadaan rumah sakit lainnya di Kota Semarang, baik swasta atau pemerintah. Selama ini berkembang persepsi di masyarakat bahwa kualitas pelayanan institusi pemerintah lebih buruk daripada yang swasta, demikian pula dengan rumah sakit yang ada di Semarang. Kondisi ini dipengaruhi oleh kondisi keuangan di masing-masing rumah sakit. Faktor yang kedua adalah mengenai segmentasi pasar dari RSUD, yaitu untuk kelas menengah ke bawah. Setiap institusi pemerintah harus melakukan kewajibannya dalam pelayanan publik (umum), dan di sisi lain harus juga memperhatikan pendapatan yang diterima oleh institusi tersebut. Dengan pemasukan dari subsidi yang tidak terlalu besar dan hasil dari pendapatan pelayanan kesehatan harus berhadapan dengan pengeluaran yang juga besar.

Keunggulan dari faktor yang kedua, yang berupa jumlah kunjungan dari golongan menengah ke bawah yang mengalami kenaikan sebesar 35,7% pada tahun 2004. Hal ini dikarenakan pelayanan dengan tarif yang relatif murah dibandingkan dengan rumah sakit lainnya. Dari kenyataan yang ada, maka potensi tersebut belum mampu dimanfaatkan dengan optimal oleh RSUD Tugurejo. Dengan pendapatan yang cukup tinggi dari pelayanan kesehatan kepada masyarakat ekonomi menengah ke bawah dan dukungan dari pihak pemerintah lewat dana APBD, maka seharusnya RSUD ini mampu memberikan

elayanan yang baik. Kondisi ini menggambarkan bahwa dari sisi *demand* (permintaan pelayanan kesehatan) cukup tinggi yaitu dari tahun 2002-2004, rata-rata mengalami kenaikan 12,9% dari berbagai pelayanan seperti rawat inap, rawat jalan, IGD, ICU, IBS, farmasi, radiologi, laboratorium, dan gizi (Business Plan Tahun 2005-2009). Sedangkan di sisi *supply*, yaitu penyediaan pelayanan kesehatan dari RSUD ini kurang mampu mencukupinya, hal ini dapat dilihat dari tingkat kepuasan pelayanan RSUD Tugurejo yang masih kurang maksimal yaitu 50% untuk pelayanan teknis, 30% untuk pelayanan manajemen, dan 20% untuk mutu pelayanan (Business Plan Tahun 2005-2009). Disamping itu, meskipun jumlah pasien meningkat, namun jumlah ini masih kalah dengan rumah sakit lainnya seperti Rumah Sakit Dr. Karyadi dan RS Pantiwiloso Citarum (Business Plan Tahun 2005-2009). Hal ini menunjukkan bahwa kepuasan pasien terhadap pelayanan RSUD Tugurejo masih rendah. Selain itu, rumah sakit ini juga beberapa kali menolak pasien yang datang karena sarana yang kurang mencukupi (wawancara, 2006). Hal ini memperlihatkan kapasitas pelayanan RSUD Tugurejo masih kurang optimal. Oleh karena itu, diperlukan arahan pengembangan pelayanan RSUD Tugurejo yang dapat mengoptimalkan potensi yang dimiliki. Arahan pengembangan ini, tentu saja harus memperhatikan potensi pasar (pasien) dan kecenderungan jangkauan pelayanan RSUD ini karena perkembangan rumah sakit tidak dapat dilepaskan dari jumlah pasien dan jangkauan pelayanannya. Berdasarkan hal diatas, maka pertanyaan penelitian yang dapat diangkat dalam penelitian ini adalah ***”Bagaimana Pengembangan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang?”***

### **1.3 Tujuan dan Sasaran Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Penelitian**

Sesuai dengan pokok pembahasan penelitian, maka tujuan yang akan dicapai adalah untuk menentukan pengembangan pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Daerah (RSUD) Tugurejo, sehingga potensi pelayanan yang dimiliki dapat dioptimalkan, baik secara fisik maupun manajemen rumah sakit.

### **1.3.2 Sasaran Penelitian**

Sedangkan sasaran penelitian untuk mencapai tujuan:

1. Identifikasi kapasitas pelayanan RSUD Tugurejo
2. Analisis *demand* pengembangan RSUD Tugurejo
3. Tinjauan kebijakan pengembangan RSUD Tugurejo
4. Analisis kinerja pelayanan RSUD Tugurejo
5. Identifikasi potensi pengembangan RSUD Tugurejo
6. Analisis pengembangan pelayanan RSUD Tugurejo
7. Merumuskan kesimpulan dan rekomendasi hasil penelitian.

### **1.3.3 Manfaat Penelitian**

Melalui penelitian yang akan dilakukan, maka didapatkan beberapa manfaat antara lain:

- Dapat mengetahui cara menentukan arahan pengembangan suatu rumah sakit (Tipe B) dengan mempertimbangkan aspek potensi pasar dan kapasitas pelayanan
- Dapat dijadikan sebagai masukan bagi pengembangan pelayanan kesehatan di wilayah Semarang bagian barat, melalui pengembangan RSUD Tugurejo. Kondisi ini

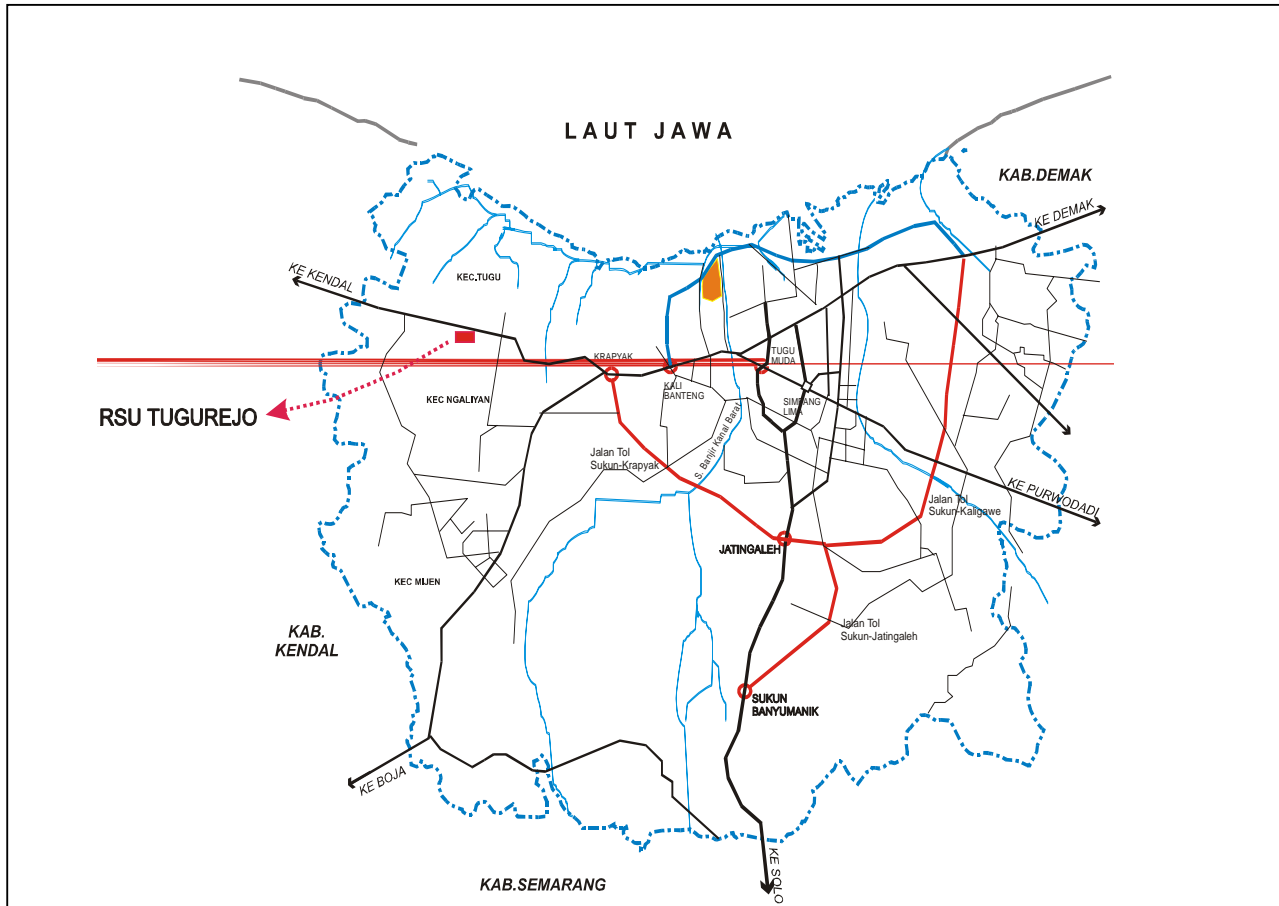
dapat meningkatkan pelayanan kesehatan untuk wilayah-wilayah di Semarang bagian barat (Kecamatan Ngaliyan, Tugu, dan Semarang Barat).

#### **1.4 Ruang Lingkup Penelitian**

Ruang lingkup penelitian, dibagi menjadi dua, yaitu: lingkup spasial dan substansial.

##### **1.4.1 Ruang Lingkup Spasial**

Lingkup spasial penelitian ini terbagi menjadi dua, yaitu makro dan mikro. Lingkup makro disesuaikan dengan tipe pelayanan RSUD Tugurejo sebagai Lembaga Teknis Daerah Tingkat Provinsi, yaitu mencakup seluruh Provinsi Jawa Tengah. Sedangkan lingkup mikronya, berdasarkan posisi dari RSUD Tugurejo yang berada di Kota Semarang lebih spesifik pada lingkungan di sekitar Kecamatan Semarang Barat, Kecamatan Ngaliyan, dan Kecamatan Tugu, Kecamatan Mijen dan Kecamatan Kaliwungu Kendal (Business Plan RSUD Tugurejo, 2005) Peta lokasi sebagaimana Gambar 1.2.



Sumber: Business Plan RSUD Tugurejo, 2005

**GAMBAR 1.2.**  
**PETA LOKASI RSUD TUGUREJO SEMARANG**

#### **1.4.2 Ruang Lingkup Substansial**

Lingkup ini terkait dengan materi yang akan dibahas dalam penelitian ini, meliputi:

- Materi tentang rumah sakit, meliputi: tipe, jenis pelayanan, sarana-prasarana, sumberdaya, klasifikasi dan lainnya
- Aspek perencanaan Rumah Sakit Umum (RSU) Tipe B, yang meliputi fungsi dan tujuan, pelaku dan kelompok aktivitas, struktur organisasi, pelayanan dan fasilitas, kapasitas dan besaran ruang, serta sistem utilitas.
- Kajian tentang analisis jangkauan pelayanan rumah sakit yang terdiri dari wilayah pelayanan dan peluang pasar.
- Arahan pengembangan rumah sakit, yang meliputi arahan pengembangan medis, arahan pengembangan kegiatan penunjang medis, dan arahan pengembangan fasilitas pelayanan.

#### **1.5 Posisi Penelitian dalam Bidang Pengembangan Wilayah**

Terbentuknya suatu ruang kota dapat dicirikan dengan adanya pertumbuhan penduduk dan perkembangan aktivitas kota. Banyak versi yang berbeda untuk mendefinisikan sebuah kota. Ditinjau dari geografi (Sutaatmadja, 1988: 34), kota dapat diartikan sebagai sistem jaringan kehidupan manusia yang ditandai dengan kepadatan yang tinggi dan diwarnai dengan strata ekonomi yang heterogen dan coraknya yang materialistis, atau dapat pula diartikan sebagai bentang budaya yang ditimbulkan oleh unsur-unsur alami dan non-alami dengan gejala pemusatan penduduk yang cukup besar dengan corak kehidupan yang heterogen dan materialistis dibandingkan dengan daerah belakangnya.

Perkembangan penduduk dan kegiatan perkotaan (ekonomi-sosial) akan berdampak pada perkembangan kota dengan peningkatan kebutuhan fasilitas baik fasilitas umum maupun fasilitas sosial. Biasanya kebutuhan penduduk kota meningkat seiring dengan peningkatan jumlah penduduk. Salah satunya adalah kebutuhan akan kesehatan yang merupakan faktor penting dalam menjaga kelangsungan hidup manusia. Dengan kesehatan orang berhak mendapatkan keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi karena kesehatan merupakan suatu hak yang fundamental bagi setiap orang tanpa membedakan ras, agama, politik, dan tingkat sosial ekonominya.

Penelitian yang dilakukan didasarkan pada fenomena tingkat permintaan penduduk terhadap pelayanan kesehatan di RSUD Tugurejo yang tidak seimbang dengan sarana prasarana yang tersedia. Tingkat permintaan pelayanan yang meningkat setiap tahunnya tidak diimbangi dengan ketersediaan sarana-prasarana RSUD Tugurejo yang tidak mencukupi. Oleh karena itu, diperlukan pengembangan RSUD dengan memperhatikan potensi pasar dan jangkauan pelayanan rumah sakit. Pengembangan rumah sakit yang merupakan salah satu bentuk dari pengembangan pelayanan publik (sektor kesehatan) merupakan bagian dari pengembangan suatu wilayah. Dalam konteks wilayah studi, pengembangan RSUD Tugurejo tersebut dapat meningkatkan pelayanan kesehatan di wilayah Semarang bagian barat, yaitu di Kecamatan Semarang Barat, Tugu, dan Ngaliyan.

## **1.6 Pendekatan Dan Metode Penelitian**

### **1.6.1 Pendekatan Penelitian**

Suatu penelitian atau studi dapat dilakukan dengan menggunakan dua model paradigma, yaitu pendekatan penelitian kuantitatif (positivistik) dengan pola pikir deduktif dan pendekatan (naturalistik) dengan pola pikir induktif. Penelitian kuantitatif atau positivistik merupakan penelitian yang dilakukan untuk mendapatkan jawaban dari permasalahan atau gambaran umum tentang suatu fenomena atau gejala yang dilandasi pada teori, asumsi atau andaian dalam hal ini dapat diartikan sebagai pola pikir yang menunjukkan hubungan antara variabel-variabel yang akan diteliti, sekaligus mencerminkan jenis dan jumlah rumusan masalah yang perlu dijawab melalui penelitian, teori yang digunakan adalah untuk merumuskan hipotesis, dan teknik analisis statistik yang hendak digunakan.

Pendekatan kualitatif (naturalistik) merupakan pendekatan penelitian yang memerlukan pemahaman yang mendalam dan menyeluruh berhubungan dengan obyek yang diteliti bagi menjawab permasalahan untuk mendapatkan data-data kemudian dianalisis untuk mendapatkan kesimpulan penelitian dalam situasi dan kondisi tertentu (Iskandar, 2008 : 17)

Titik berat pendekatan pada studi ini adalah pendekatan positivistik dengan pola deduktif, yang dilandaskan pada teori-teori yang berkaitan dengan pengembangan pelayanan umum kesehatan, mengkaitkan hubungan dari variabel-variabel yang diteliti, untuk merumuskan permasalahan yang ada dan konsep pengembangannya.

### **1.6.2 Metode Penelitian**

Dalam studi ini, metode yang dilakukan untuk mencapai tujuan adalah metode kualitatif dan pendekatan kuantitatif. Metode kualitatif digunakan untuk pengolahan data yang bersifat non-numerik. Adapun metode ini digunakan untuk menggambarkan pelayanan RSUD Tugurejo dimana perannya sebagai sarana kesehatan. Sedangkan metode kuantitatif yaitu metode yang berkaitan dengan pengolahan data dengan analisis yang menggunakan teknik analisis bersifat kuantitatif. Penggunaan metode ini untuk mengolah data-data yang sifatnya numerik. Data-data yang ada diperoleh dari survai sekunder kemudian diolah dengan analisis breaking point. Adapun metode kuantitatif ini digunakan untuk mengetahui seberapa besar tingkat dan jangkauan pelayanan RSUD Tugurejo. Hasil output dari analisis ini masih berupa angka, sehingga diperlukan deskripsi yang menggambarkan pelayanan RSUD Tugurejo.

### **1.6.3 Desain Kebutuhan Data**

Di dalam kegiatan perencanaan, dalam suatu proses analisis dibutuhkan data-data yang akurat, agar setiap analisis yang dilakukan diperoleh hasil yang maksimal dan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai. Begitu pula pada penelitian ini, juga diperlukan data-data yang mendukung dan valid dari berbagai aspek yang terkait dalam studi ini. Kevalidan data tersebut dapat menggambarkan faktualitas dan keakuratan kondisi lapangan yang sangat menentukan *output* analisis sebagai dasar dan pertimbangan dalam kegiatan selanjutnya. Oleh karena itu, dalam penelitian ini perlu disusun suatu desain kebutuhan data serta metode yang digunakan secara sistematis dan terstruktur untuk memudahkan proses

pengumpulan data, mencegah pemborosan dana serta sesuai dengan target yang telah ditetapkan.

Adapun tahapan-tahapan dalam metode pengumpulan data pada studi ini adalah:

i. Desain kebutuhan data

Merupakan identifikasi data/ penentuan data-data yang diperlukan dalam proses studi sebagai input dalam proses analisis.

ii. Teknik Pengumpulan Data

Merupakan cara yang digunakan dalam proses pengumpulan data yaitu dengan cara survai data sekunder.

iii. Kompilasi Data

Merupakan pengklasifikasian data yang diperoleh untuk mempermudah interpretasi dalam proses selanjutnya.

Pada studi ini desain kebutuhan data disesuaikan dengan kebutuhan analisis yang akan dilakukan, yaitu mengenai pengembangan RSUD Tugurejo Semarang sebagai sarana kesehatan publik. Adapun data-data yang diperlukan dapat dilihat pada tabel IV.1.

**TABEL I.2  
DESAIN KEBUTUHAN DATA**

No.	Sasaran	Kegunaan	Data	Indikator	Jenis Data	Bentuk Data	Teknik Survei	Manfaat	Sumber
1.	Identifikasi kapasitas pelayanan RSUD Tugurejo	Untuk mengetahui kondisi umum RSUD Tugurejo baik mengenai daya tampung maupun kondisi fisik serta sarana dan prasarana yang berada di lokasi studi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kondisi umum RSUD Tugurejo</li> <li>• Daya tampung</li> <li>• Kondisi fisik</li> <li>• Kemudahan mencapai</li> <li>• Sarana dan prasarana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jenis dan jumlah ruang pelayanan medis (unit)</li> <li>• Jenis dan jumlah ruang pelayanan penunjang pelayanan medis (unit)</li> <li>• Prasarana penunjang lainnya (unit)</li> <li>• Luas lahan 3,5 Ha</li> <li>• Daya tampung RSUD Tugurejo (jiwa)</li> <li>• Jumlah pasien per-tahun (jiwa)</li> </ul>	Primer dan sekunder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peta</li> <li>• Data statistik</li> <li>• Dokumen</li> <li>• Foto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observasi lapangan</li> <li>• Meminta langsung di instansi terkait</li> <li>• Wawancara</li> </ul>	Untuk mengetahui kondisi wilayah studi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lapangan</li> <li>• Instansi terkait</li> </ul>
2.	Tinjauan kebijakan pengembangan RSUD Tugurejo	Untuk mengetahui kebijakan-kebijakan pemerintah yang mempengaruhi pengembangan RSUD Tugurejo yang terkait dengan kapasitas, demand, dan kinerja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kebijakan pengembangan rumah sakit dari Pemerintah Provinsi Jateng sebagai pemilik RSUD Tugurejo</li> <li>• Kebijakan pengembangan rumah sakit Kota Semarang</li> <li>• Program-program pembangunan Rumah sakit</li> </ul>	-	sekunder	Dokumen	Meminta langsung di instansi terkait	Untuk mengetahui kebijakan pengembangan RSUD Tugurejo terhadap wilayah sekitarnya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instansi terkait</li> </ul>
3.	Analisis kinerja pelayanan RSUD Tugurejo	Untuk mengetahui pelaku dan aktivitas, sistem operasional, dan manajemen RSUD Tugurejo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelaku dan aktivitas (SDM)</li> <li>• Sistem operasional</li> <li>• Manajemen RSUD Tugurejo</li> <li>• Data RSUD Tugurejo</li> <li>• Data tenaga medis RSUD Tugurejo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jumlah pasien per-tahun (jiwa)</li> <li>• Angka kematian per-tahun</li> <li>• Angka kesembuhan per-tahun</li> <li>• Jumlah penduduk yang terlayani per-tahun (jiwa)</li> <li>• Jumlah tenaga medis per-tahun</li> <li>• Angka ketidakpuasan pasien</li> </ul>	Primer dan sekunder	Deskripsi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observasi lapangan</li> <li>• Meminta langsung di instansi terkait</li> <li>• Wawancara</li> </ul>	Untuk mengetahui pelayanan sarana dan prasarana RSUD Tugurejo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lapangan</li> <li>• Instansi terkait</li> </ul>
4.	Identifikasi potensi pengembangan RSUD Tugurejo	Untuk mengetahui seberapa jauh jangkauan dari pelayanan RSUD Tugurejo terhadap pasiennya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemudahan mencapai RSUD Tugurejo</li> <li>• Golongan ekonomi pasien</li> <li>• Tarif RSUD Tugurejo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jarak RSUD ke wilayah pelayanan (Km)</li> <li>• Klasifikasi pasien menurut golongan perekonomian</li> <li>• Tarif yang dapat dijangkau pasien (Rp)</li> </ul>	sekunder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data keruangan</li> <li>• Data statistik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wawancara</li> <li>• <i>Overlapping</i> peta</li> </ul>	Untuk mengetahui potensi pasar pengguna RSUD Tugurejo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lapangan</li> <li>• Dokumen peta</li> </ul>

No.	Sasaran	Kegunaan	Data	Indikator	Jenis Data	Bentuk Data	Teknik Survei	Manfaat	Sumber
5.	Analisis <i>demand</i> pengembangan RSUD Tugurejo	Digunakan sebagai pendukung dalam menentukan jumlah kebutuhan ( <i>demand</i> ) yang diperlukan bagi pengembangan RSUD Tugurejo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jumlah penduduk</li> <li>• Jumlah orang yang sakit</li> <li>• Sebaran pasien</li> <li>• Jenis penyakit</li> <li>• Kemampuan membayar pasien</li> <li>• Kultur penduduk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosentase penduduk yang memanfaatkan RSUD</li> <li>• Jumlah pasien per-tahun (jiwa)</li> <li>• Perilaku hidup dan budaya penduduk</li> <li>• Jenis penyakit yang dapat dilayani</li> <li>• Kemampuan membayar pasien (Rp)</li> </ul>	Primer dan sekunder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data statistik</li> <li>• Data budaya penduduk</li> <li>• Dokumen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observasi lapangan</li> <li>• Meminta langsung di instansi terkait</li> <li>• Wawancara</li> </ul>	Untuk mengetahui tingkat pemakaian penduduk terhadap pelayanan RSUD Tugurejo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lapangan</li> <li>• Instansi terkait</li> </ul>
6.	Analisis pengembangan pelayanan RSUD Tugurejo	Analisis ini merupakan analisis lanjutan dari analisis jangkauan pelayanan. Dengan mengetahui jangkauan pelayanan, maka dapat ditentukan kapasitas pengembangan RSUD Tugurejo seperti pengembangan peralatan rumah sakit, penambahan beberapa fasilitas, dan lain sebagainya.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Data dan jumlah pasien</li> <li>• Jumlah penduduk</li> <li>• Wilayah pelayanan</li> <li>• Jarak wilayah pelayanan</li> <li>• Jumlah permintaan pelayanan kesehatan RSUD Tugurejo</li> <li>• Kapasitas daya tampung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosentase penduduk yang memanfaatkan RSUD</li> <li>• Jumlah penduduk yang dapat dilayani (jiwa)</li> <li>• Jarak wilayah pelayanan (Km)</li> <li>• Jangkauan potensi pelayanan RSUD (Km)</li> <li>• Batas wilayah pelayanan RSUD Tugurejo dengan rumah sakit sekitarnya (Km).</li> </ul>	Primer dan sekunder	Deskripsi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observasi lapangan</li> <li>• Meminta langsung di instansi terkait</li> <li>• Wawancara</li> </ul>	Masukan untuk analisis gravitasi dan analisis <i>breaking point</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lapangan</li> <li>• Dokumen peta</li> </ul>

Sumber: hasil analisis, 2006

#### 1.6.4 Teknik Pengumpulan data

Dalam pelaksanaan kegiatan survai diperlukan rancangan metode pengumpulan data. Dengan metode pengumpulan data diharapkan agar tujuan untuk mengumpulkan informasi atau data berlangsung lebih mudah dan terorganisasi dengan baik dan menghindari adanya pengumpulan data yang sia-sia. Teknik survai yang digunakan dalam rangka pengumpulan informasi atau data berupa:

1. Survai data primer, merupakan kegiatan untuk mendapatkan data secara langsung mengenai kondisi wilayah eksisting.

Survai data primer meliputi:

- a. Observasi Lapangan

Kegiatan ini berupa pengamatan visual langsung ke lapangan dengan tujuan mengidentifikasi kondisi eksisting wilayah studi atau pencatatan secara sistematis tentang gejala-gejala yang ada di lapangan untuk memperoleh informasi tentang kondisi lapangan.

- b. Wawancara

Wawancara dilakukan kepada masyarakat dan instansi sebagai *stakeholder* yang terkait dalam studi ini. Dengan wawancara ini diharapkan dapat diperoleh informasi yang mendukung dalam studi ini terutama terkait dengan pengembangan RSUD Tugurejo. Dalam proses wawancara ini diharapkan dapat diperoleh temuan-temuan yang tidak dapat diidentifikasi dari data sekunder yang bersifat eksisting. Adapun wawancara yang dilakukan ini sifatnya sebagai pendukung untuk deskripsi

data-data yang berkait terhadap pengembangan RSUD Tugurejo. Adapun pertanyaan dalam wawancara terbatas pada pengembangan pelayanan rumah sakit umum Tugurejo Semarang.

c. Dokumentasi Lapangan (observasi visual foto)

Merupakan salah satu survai primer yang dilakukan dengan cara observasi ke lapangan dengan membawa alat bantu berupa kamera untuk mendapatkan gambaran kondisi eksisting wilayah studi secara visual. Kegiatan ini digunakan untuk mendokumentasikan keadaan eksisting, sehingga membantu dalam upaya pendeskripsian keadaan eksisting.

2. Survai data sekunder, merupakan survai yang dilakukan untuk mendapatkan informasi secara tidak langsung melalui instansi terkait yang sudah terstruktur yang berupa data, peta ataupun yang lainnya. Adapun instansi yang terkait adalah sebagai berikut:

- Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tugurejo Semarang
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah
- Badan Perencanaan Daerah (Bappeda) Kota Semarang
- Badan Pusat Statistik (BPS) Kota Semarang
- Instansi terkait lainnya.

#### **1.6.5 Kompilasi Data**

Kompilasi data ini dilakukan setelah seluruh data diperoleh. Dalam kompilasi, data dikumpulkan untuk dipilah mengenai data-data yang relevan dalam studi ini sebagai masukan dalam proses analisis.

### 1.6.6 Teknik Pengolahan dan Penyajian Data

Data yang telah dikumpulkan, kemudian diolah terlebih dahulu dan kemudian disajikan dalam bentuk tabel-tabel guna kepentingan analisis kegiatan pengolahan data yang meliputi:

- a. *Editing*, adalah data yang masuk kemudian diperiksa kembali apakah terdapat kekeliruan-kekeliruan dalam pengisiannya atau mungkin datanya tidak lengkap, palsu, tidak sesuai dan sebagainya. Dengan demikian, diharapkan akan diperoleh data yang valid dan reliabel dan dapat dipertanggungjawabkan.
- b. *Tabulating*, adalah pengelompokkan jawaban-jawaban yang serupa dengan teliti dan teratur, kemudian dihitung dan dijumlah berapa banyak peristiwa, gejala, *items* yang termasuk dalam satu kategori, kegiatan tersebut dilaksanakan sampai terwujud tabel/ grafik yang berguna.

## 1.7 Teknik Analisis

Sesuai dengan sasaran yang akan dicapai dan metode pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini, maka teknik analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

### 1.7.1. Analisis Deskriptif Kualitatif

Penggunaan teknik analisis ini disesuaikan dengan pendekatan kualitatif, yaitu pendekatan yang berkaitan dengan pengolahan data yang bersifat non-numerik. Pendekatan ini berupa deskripsi terhadap hasil dari analisis yang masih berbentuk numerik. Identifikasi ini merupakan penggambaran secara deskripsi terhadap data-data eksisting yang telah dikumpulkan, yaitu hasil dari *Direct*

*Observation*, survai instansional dan kuesioner. Dalam analisis ini digunakan untuk menggambarkan pelayanan RSUD Tugurejo baik sarana dan prasarana RSUD Tugurejo maupun kinerja dari RSUD Tugurejo

Adapun analisis ini dilakukan untuk menghasilkan gambaran kondisi pelayanan RSUD Tugurejo serta untuk mendukung deskripsi dari hasil wawancara dan dari hasil analisis gravitasi. Secara umum dalam analisis ini meliputi:

- Identifikasi kapasitas pelayanan RSUD Tugurejo

Dalam analisis kapasitas pelayanan ini digunakan untuk mengetahui kondisi umum RSUD Tugurejo baik mengenai daya tampung maupun kondisi fisik serta sarana dan prasarana yang berada di lokasi studi. Analisis ini diperoleh dengan melakukan pendeskripsian terhadap kondisi tersebut yang didukung pula dari data hasil wawancara dan tinjauan di lapangan. Selain itu analisis ini juga digunakan sebagai pendukung dalam menentukan jumlah kebutuhan (*demand*) yang diperlukan bagi pengembangan RSUD Tugurejo

- Analisis kinerja pelayanan RSUD Tugurejo

Dalam analisis kinerja pelayanan ini digunakan untuk mengetahui pelaku dan aktivitas, sistem operasional, dan manajemen RSUD Tugurejo. Metode yang digunakan dalam analisis ini juga dilakukan dengan pendeskripsian terhadap kondisi yang ada di lokasi RSUD Tugurejo. Dalam hal ini data spesifik tentang kondisi dan perkembangan RSUD Tugurejo sangat diperlukan untuk melakukan analisis tersebut, selain itu juga data dari hasil wawancara dan observasi lapangan. Analisis ini juga digunakan sebagai pendukung dalam

menentukan jumlah kebutuhan (*demand*) yang diperlukan bagi pengembangan RSUD Tugurejo

### 1.7.2. Analisis *Breaking Point*

Penggunaan teknik analisis ini disesuaikan dengan pendekatan kuantitatif, yaitu pendekatan yang berkaitan dengan pengolahan data dengan menggunakan teknik analisis bersifat kuantitatif. Penggunaan pendekatan ini untuk mengolah data-data numerik. Data-data tersebut diolah dengan menggunakan teknik analisis kuantitatif. Hasil dari pengolahan data tersebut akan memberikan seberapa jauh jangkauan wilayah pelayanan dari RSUD Tugurejo. Hasil dari analisis di atas masih berupa angka-angka, sehingga diperlukan deskripsi terhadap hasil analisis tersebut.

Pada analisis ini menggunakan teknik analisis kuantitatif, yaitu analisis *Breaking Point*. Adapun data yang diolah berasal dari data jumlah penduduk dan jarak wilayah pelayanan yang diambil dari data pasien yang ada. Dalam model Reilly ini dikenal apa yang disebut sebagai "*breaking point*" yaitu suatu lokasi antar kota X dan Y yang merupakan keseimbangan antara daya tarik dari kota X dan kota Y terjadi. Dalam hal ini  $R_x = R_y$ , jadi 50% penduduk akan tertarik ke X dan 50% ke kota Y.

$$D = \frac{d_{xy}}{1 + (p_x / p_y)}$$

D = daya tarik antara X dan Y

$d_{xy}$  = jarak antara X dan Y

$P_x$  = jumlah penduduk X

$P_y$  = jumlah penduduk Y

Secara umum dalam analisis gravitasi ini meliputi:

- Analisis jangkauan pelayanan RSUD Tugurejo

Kegunaan dari analisis ini adalah untuk mengetahui seberapa jauh jangkauan dari pelayanan RSUD Tugurejo terhadap pasiennya. Untuk mengetahui jangkauan tersebut, maka digunakan alat analisis gravitasi dengan menggunakan data-data, yaitu: data jumlah penduduk, data sebaran pasien, dan data jarak wilayah. Data-data yang dibutuhkan adalah data sekunder yang didapatkan dari beberapa instansi yang terkait, seperti BPS maupun RSUD Tugurejo.

- Analisis kapasitas pengembangan RSUD Tugurejo

Analisis ini lebih bersifat sebagai lanjutan dari hasil analisis yang sebelumnya, yaitu analisis jangkauan pelayanan. Dengan mengetahui jangkauan pelayanan, maka dapat ditentukan kapasitas pengembangan RSUD Tugurejo, misalnya mengenai pengembangan peralatan rumah sakit, penambahan beberapa fasilitas, dan lain sebagainya.

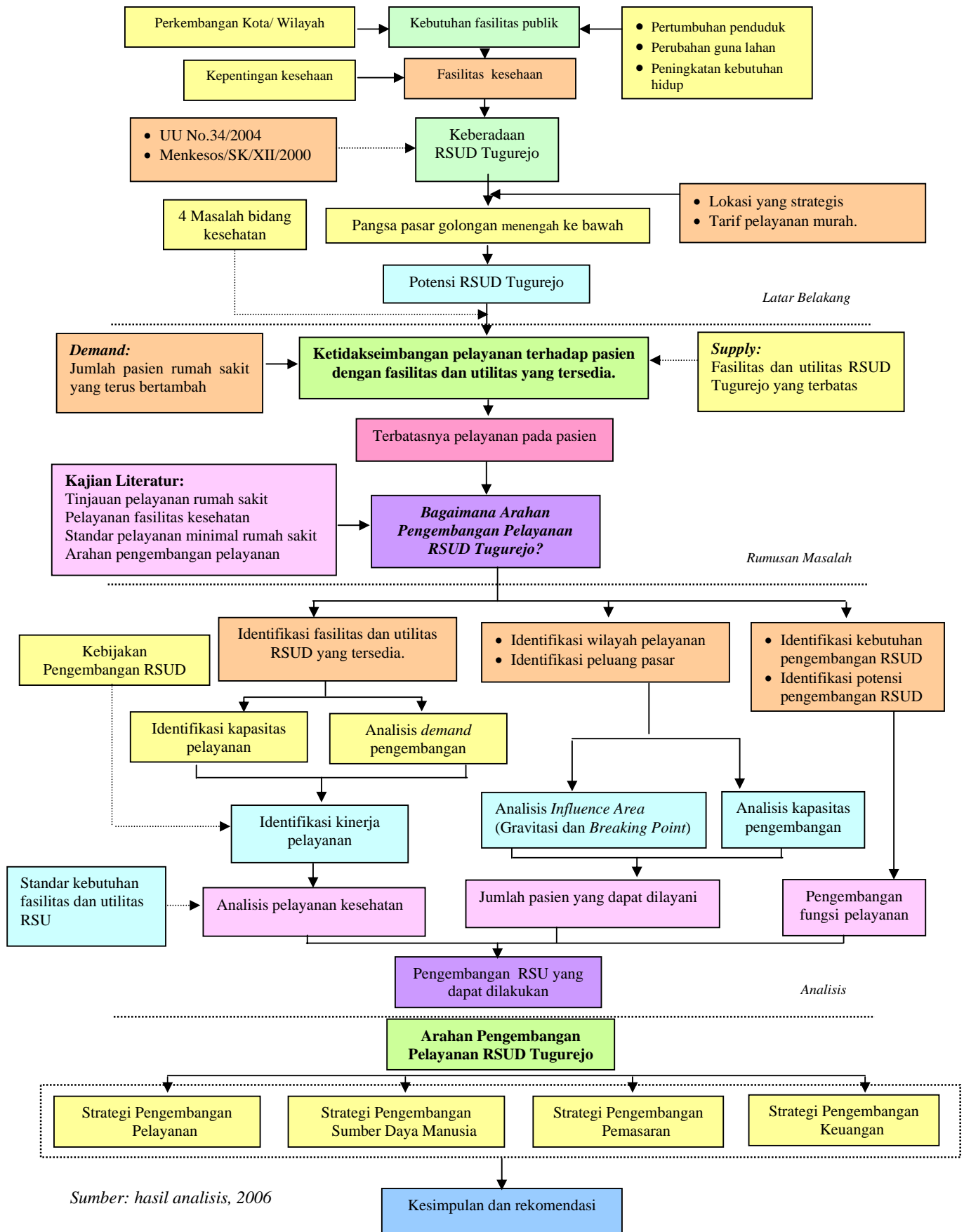
## **1.8 Kerangka Pemikiran Penelitian**

Perkembangan suatu kota atau wilayah sangat ditandai oleh beberapa hal diantaranya adalah pertumbuhan penduduk, perubahan guna lahan, dan kebutuhan hidup lainnya. Peningkatan kebutuhan hidup manusia juga akan berpengaruh terhadap peningkatan kebutuhan fasilitas umum yang kompleks dan heterogen. Diantara fasilitas publik yang dibutuhkan, salah satunya adalah fasilitas kesehatan

yang merupakan aktivitas atau materi yang berfungsi melayani kebutuhan baik individu atau kelompok individu dalam bidang pelayanan pada suatu lingkungan kehidupan. Pentingnya kesehatan sangat diperlukan bagi manusia mengingat manusia sebagai stakeholder baik obyek maupun subyek pembangunan yang sangat berpengaruh terhadap perkembangan suatu kota atau wilayah. Dengan adanya Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, dan Surat Keputusan (SK) Menteri Kesehatan Nomor: 1660/ MENKES/ SK/ XI/ 2003 tentang penetapan Rumah Sakit Tugurejo sebagai rumah sakit tipe B. Lokasi dari rumah sakit ini sangat strategis di wilayah Kecamatan Ngaliyan, Kota Semarang, yang merupakan wilayah permukiman yang sedang berkembang di bagian barat Kota Semarang. Masyarakat yang memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan rumah sakit ini, didominasi oleh golongan ekonomi menengah ke bawah yang sekaligus merupakan potensi bagi RSUD Tugurejo. Tetapi pada kenyataannya, potensi ini belum dimanfaatkan dengan optimal yang dalam hal ini dapat dilihat pada pelayanannya yang masih kurang. Sehingga dalam hal ini sisi *supply* berupa pelayanan rumah sakit tidak seimbang dengan terus bertambahnya jumlah pasien (baik rawat inap ataupun rawat jalan), yang dalam hal ini merupakan sisi *demand*. Oleh karena itu, diperlukan arahan pengembangan RSUD ini dengan memperhatikan pada kedua sisi tersebut.

Untuk dapat menghasilkan arahan pengembangan RSUD Tugurejo, maka dilakukan dengan melakukan beberapa tahapan, yaitu: identifikasi terhadap kapasitas pelayanan, tinjauan kebijakan pengembangan RSUD Tugurejo, identifikasi kinerja pelayanan, dan analisis kapasitas pengembangan. Sehingga dari analisis-analisis tersebut dapat ditentukan analisis pengembangan pelayanan

RSUD Tugurejo Hasil dari analisis tersebut dijadikan sebagai bahan pertimbangan dalam arahan pengembangan RSUD Tugurejo, yang disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit ini. Dengan diketahuinya arahan pengembangan, maka didapatkan kesimpulan dan rekomendasi yang digunakan dalam pengembangan RSUD Tugurejo.



**GAMBAR 1.3**  
**KERANGKA PEMIKIRAN PENGEMBANGAN PELAYANAN**  
**RSUD TUGUREJO-SEMARANG**

## **1.9 Sistematika Penulisan**

Penelitian ini memiliki sistematika penulisan sebagai berikut:

### **BAB I PENDAHULUAN**

Pada bab ini berisi mengenai latar belakang, rumusan masalah, tujuan dan sasaran penelitian, ruang lingkup substansi dan spasial, posisi penelitian dalam bidang pengembangan wilayah, kerangka pemikiran, serta sistematika penulisan.

### **BAB II PENGEMBANGAN PELAYANAN RUMAH SAKIT**

Pada bab ini berisi mengenai mengenai teori-teori yang berkaitan dengan pengembangan rumah sakit.

### **BAB III GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TUGUREJO SEMARANG**

Pada bab ini berisi mengenai gambaran keadaan baik fisik maupun non-fisik dari RSUD Tugurejo.

### **BAB IV ANALISIS PELAYANAN RSUD TUGUREJO**

Pada bab ini berisi mengenai analisis pelayanan RSUD Tugurejo baik kapasitas pelayanan, *demand* pengembangan, kebijakan, kinerja, potensi pengembangan dan arahan pengembangan pelayanan serta zonasi pengembangan RSUD Tugurejo Semarang.

### **BAB V PENUTUP**

Pada bab ini berisi mengenai kesimpulan dari keseluruhan studi yang dilakukan dan beberapa rekomendasi bagi pengembangan pelayanan RSUD Tugurejo Semarang

## **BAB II**

### **PENGEMBANGAN PELAYANAN RUMAH SAKIT**

#### **2.1 Pelayanan Umum/Publik**

Pelayanan umum/publik adalah kegiatan yang dilakukan oleh seorang atau sekelompok orang (lembaga) dengan landasan faktor materiil melalui sistem, prosedur dan metode tertentu dalam usaha memenuhi kepentingan orang lain sesuai dengan haknya. Pelayanan umum merupakan hak bagi masyarakat, dan berlaku universal terhadap siapa saja yang berkepentingan terhadap layanan tersebut yang diselenggarakan oleh organisasi/lembaga pemberi layanan umum/publik.

Pelaksanaan pelayanan dapat diukur, oleh karena itu dapat ditetapkan standar baik dalam hal waktu yang diperlukan maupun hasilnya. Dengan adanya standar manajemen dapat merencanakan, melaksanakan, mengawasi, dan mengevaluasi kegiatan pelayanan agar supaya hasil akhir memuaskan pihak-pihak yang mendapatkan pelayanan.

Pelayanan publik atau pelayanan umum dapat didefinisikan sebagai segala bentuk jasa pelayanan, baik dalam bentuk barang publik maupun [jasa publik](#) yang pada prinsipnya menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan oleh [instansi pemerintah](#), di lingkungan [Badan Usaha Milik Negara](#) atau [Badan Usaha Milik Daerah](#) serta swasta sebagai organisasi pelayanan umum/publik, dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam lingkungan dan situasi yang cenderung terus berubah, organisasi pelayanan publik harus tetap relevan, memiliki kinerja yang tinggi, efisien dan mampu menjawab beragam tantangan baru yang terus menggelinding. Dengan mempertimbangkan ini, dan kita bawa dalam konteks pelayanan publik, maka kata kuncinya ialah kemampuan pemerintah mengatur penyediaan beragam pelayanan publik yang responsif, kompetitif dan berkualitas kepada rakyatnya (Abdul Wahab, 2002 : 3).

Menelusuri arti pelayanan umum tidak terlepas dari masalah kepentingan umum, yang menjadi asal usul timbulnya pelayanan umum, dengan kata lain kepentingan umum ada korelasi dengan pelayanan umum. Meskipun dalam perkembangannya lebih lanjut pelayanan umum dapat juga timbul karena kewajiban sebagai suatu proses penyelenggaraan kegiatan organisasi. (Moenir, 1995 : 6)

Kepentingan umum merupakan suatu bentuk himpunan kepentingan pribadi yang telah disublimasikan, dan tidak bertentangan dengan norma masyarakat serta aturan yang berlaku. Landasan kepentingan umum adalah hak asasi dan cara yang ditempuh untuk mendapatkannya harus melalui cara-cara yang dibenarkan oleh hukum yang berlaku.

Berdasarkan kepentingan umum yang ada, penerima layanan berharap mendapatkan pelayanan dengan kriteria, antara lain :

1. Kemudahan layanan, baik administrasi, persyaratan/dokumentasi dan akses layanan;

2. Pelayanan yang wajar, sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan tidak berbelit-belit;
3. Perlakuan yang sama/adil dan tidak memihak kepada setiap penerima layanan;
4. Pelayanan yang jujur, informasi tentang pelayanan yang jelas dan transparan.

Produk layanan, merupakan keluaran/output yang diberikan kepada masyarakat penerima layanan oleh penyelenggara layanan umum/publik yang dirasakan atau diterima dengan berbagai tingkatan kepuasan, yang dapat berbentuk :

1. Barang, misalnya jaminan kualitas barang yang dijual, kemudahan mendapatkan suku cadang, jaminan pemeliharaan barang, jaminan layanan teknis di tempat-tempat tertentu, pelatihan operasionalisasi dan lain-lain.
2. Jasa, suatu hasil yang tidak harus dalam bentuk fisik tak berdimensi, tetapi dapat dinikmati oleh panca indera atau perasaan di samping ada yang dalam bentuk fisik. Kedua hal tersebut kadang menyatu atau terpisah.

Bentuk layanan jasa yang dikenal, antara lain :

- Jasa transportasi;
- Jasa perdagangan dalam/luar negeri;

- Jasa perjalanan (travel agency);
- Jasa pariwisata;
- Jasa perbankan;
- Jasa konsultasi teknik;
- Jasa perhotelan;
- Jasa pendidikan;
- Jasa perbengkelan;
- Jasa perawatan kesehatan dan lain-lain.

3. Surat berharga, pada umumnya merupakan hasil dari kegiatan atau pekerjaan administrasi perkantoran.

Pelayanan adalah suatu proses yang kita berikan pada pihak lain, sekalipun pihak lain tersebut tidak menerima apa yang mereka inginkan. Dalam buku Manajemen Pelayanan Prima 2002 disebutkan bahwa sejak Kabinet Pembangun VI masa orde baru, pemerintah berupaya untuk meningkatkan kemampuan aparatur negara dalam melayani, mengayomi, dan menumbuhkan prakarsa dan peran aktif masyarakat dalam pembangunan, sasaran pendayagunaan aparatur negara terutama dikaitkan dengan kualitas, efisiensi pelayanan dan pengayoman kepada masyarakat serta kemampuan profesional aparatur negara.

Upaya pemerintah tersebut dituangkan dalam Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (MENPAN) Nomor 81 Tahun 1993 Tentang Pedoman Tata Laksana Pelayanan Umum. Pelayanan umum yang dimaksud

dalam Keputusan Menpan tersebut adalah segala bentuk kegiatan pelayanan umum yang dilaksanakan di pusat dan daerah, dan di lingkungan BUMN, BUMD dalam bentuk barang dan jasa, baik dalam rangka pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan peraturan perundang-undangan pelayanan umum yang diatur harus mengandung suatu tata laksana yang mengandung delapan unsur yang selanjutnya disebut delapan unsur kualitas pelayanan.

Delapan unsur pelayanan prima tersebut adalah:

1. Kesederhanaan, dalam arti prosedur tata-cara pelayanan diselenggarakan secara mudah, lancar, cepat, tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan.
2. Kejelasan dan kepastian, dalam arti ada kepastian dan kejelasan pelayanan, khususnya mengenai:
  - a. Prosedur/tata cara pelayanan, persyaratan pelayanan umum baik teknis maupun administratif.
  - b. Persyaratan pelayanan umum, baik teknis maupun administratif.
  - c. Unit kerja atau pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan.
  - d. Rincian biaya/tarif pelayanan dan tata cara pembayaran.
  - e. Jadwal waktu penyelesaian pelayanan.
  - f. Hak dan kewajiban bagi pemberi maupun penerima pelayanan berdasarkan bukti-bukti penerima pelayanan

- g. Pejabat yang menerima keluhan masyarakat.
3. Keamanan, dalam arti proses serta hasil pelayanan dapat memberikan keamanan dan kenyamanan serta dapat memberikan kepastian hukum.
  4. Keterbukaan, dalam arti prosedur/tata cara persyaratan satuan kerja/pejabat penanggung jawab pemberi pelayanan, waktu penyelesaian dan rincian biaya/tarif dan lain lain yang berhubungan proses pelayanan wajib diinformasikan secara terbuka agar mudah diketahui dan dipahami oleh masyarakat baik diminta maupun tidak diminta.
  5. Efisiensi, dalam arti persyaratan pelayanan hanya dibatasi pada hal-hal yang berkaitan langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dengan produk pelayanan yang diberikan. Dicegah adanya pengulangan pemenuhan persyaratan dalam hal proses pelayanannya mempersyaratkan kelengkapan persyaratan dari satuan kerja/instansi pemerintah yang terkait.
  6. Ekonomis, dalam arti pengenaan biaya pelayanan harus ditetapkan secara wajar dengan memperhatikan: nilai barang dan jasa pelayanan dan tidak menuntut biaya yang tinggi di luar kewajaran. Kondisi dan kemampuan masyarakat untuk membayar secara umum.
  7. Keadilan yang merata, dalam arti cakupan/jangkauan pelayanan harus diusahakan seluas mungkin dengan distribusi yang merata dan diperlakukan secara adil.
  8. Ketepatan waktu, dalam arti pelayanan dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan.

Berdasarkan organisasi yang menyelenggarakan pelayanan umum, pelayanan publik atau pelayanan umum dapat dibedakan menjadi dua bentuk layanan, yaitu:

1. Pelayanan publik atau pelayanan umum yang diselenggarakan oleh organisasi privat, adalah semua penyediaan barang atau jasa publik yang diselenggarakan oleh [swasta](#), seperti misalnya [rumah sakit](#) swasta, Perguruan Tinggi Swasta, perusahaan-perusahaan pengangkutan milik swasta.
2. Pelayanan publik atau pelayanan umum yang diselenggarakan oleh organisasi publik. Organisasi pelayanan ini masih dapat dibedakan lagi menjadi :
  - a. Yang bersifat primer, adalah semua penyediaan jasa layanan umum/publik yang diselenggarakan oleh pemerintah yang di dalamnya pemerintah merupakan satu-satunya penyelenggara dan pengguna/klien mau tidak mau harus memanfaatkannya. Misalnya adalah pelayanan di kantor [imigrasi](#), pelayanan [penjara](#) dan pelayanan perizinan.
  - b. Yang bersifat sekunder, adalah segala bentuk penyediaan pelayanan umum/publik yang diselenggarakan oleh pemerintah, tetapi yang pengguna/klien tidak harus mempergunakannya karena adanya beberapa penyelenggara pelayanan.

Ada lima [karakteristik](#) yang dapat dipakai untuk membedakan ketiga jenis penyelenggaraan pelayanan publik tersebut, yaitu:

1. Adaptabilitas layanan, ini berarti derajat perubahan layanan sesuai dengan tuntutan perubahan yang diminta oleh pengguna.
2. Posisi tawar pengguna/klien, semakin tinggi posisi tawar pengguna/klien, maka akan semakin tinggi pula peluang pengguna untuk meminta pelayanan yang lebih baik.
3. Tipe pasar, karakteristik ini menggambarkan jumlah penyelenggara pelayanan yang ada, dan hubungannya dengan pengguna/klien.
4. *Locus* kontrol, karakteristik ini menjelaskan siapa yang memegang kontrol atas transaksi, apakah pengguna ataukah penyelenggara pelayanan.
5. Sifat pelayanan, hal ini menunjukkan kepentingan pengguna atau penyelenggara pelayanan yang lebih dominan

## **2.2 Optimalisasi Fasilitas Pelayanan**

Masalah utama yang berkembang dari suatu kota adalah semakin membesarnya kebutuhan dan fasilitas umum di satu pihak, sedang di lain pihak kota pada umumnya memperlihatkan kemampuan penurunan dalam pengadaannya. Pada kota-kota di Indonesia terdapat proses penurunan tingkat pelayanan fasilitas dan utilitas, hal ini juga terdapat di kota-kota pada negara yang sedang berkembang.

Pengadaan fasilitas umum pada dasarnya merupakan tanggung jawab pemerintah, bukan saja dalam pengadaan, pemerintah juga berkewajiban dalam masalah efisiensi dan pemerataan pelayanan bagi warganya. Efisiensi dan pemerataan pelayanan berarti menyediakan fasilitas pelayanan yang dapat

dinikmati oleh semua warganya, namun demikian terbatasnya dana mengakibatkan terbatasnya dalam pengadaan fasilitas pelayanan tersebut.

Anggaran pemerintah tidak akan cukup untuk membangun fasilitas pelayanan yang dibutuhkan, hal ini karena disamping terbatasnya dana, fasilitas pelayanan juga memerlukan biaya operasional dalam menjalankan fungsinya, akibatnya penambahan fasilitas pelayanan masih sering di bawah standar kebutuhan yang sebenarnya sehingga pemerataan pelayanan bagi warga kota akan sulit dicapai.

Permasalahan efisiensi dan pemerataan pelayanan akan berkembang menjadi masalah tersendiri bagi pihak yang menyediakan fasilitas tersebut, yaitu mencari lokasi terbaik bagi fasilitas. Dalam penentuan fasilitas umum, terdapat beberapa pertimbangan yang mempengaruhi termasuk didalamnya pertimbangan politis, biaya penetapan suatu tempat dan lain sebagainya (Helly, 1975: 140), juga sering dijumpai perbedaan pandangan dari kelompok-kelompok pemakai tentang lokasi terbaik fasilitas tersebut sehingga dalam penentuan lokasinya haruslah diusahakan adanya kesepakatan diantara kelompok-kelompok pemakai tentang dimana sebaiknya menempatkan fasilitas-fasilitas tersebut (Rushton, 1979: 17). Dalam hal ini, bagi fasilitas yang sudah menempati suatu lokasi, untuk dapat memberikan pelayanan secara efektif terhadap pemakai, maka perlu dilakukan peningkatan pelayanan tersebut baik secara keruangan maupun kelembagaannya.

### **2.3 Ruang Kota dan Kesehatan**

Terbentuknya suatu ruang kota dapat dicirikan dengan adanya pertumbuhan penduduk dan perkembangan aktivitas kota. Banyak versi yang

berbeda untuk mendefinisikan sebuah kota. Ditinjau dari geografi (Sutaatmadja, 1988: 34), kota dapat diartikan sebagai sistem jaringan kehidupan manusia yang ditandai dengan kepadatan yang tinggi dan diwarnai dengan strata ekonomi yang heterogen dan coraknya yang materialistis, atau dapat pula diartikan sebagai bentang budaya yang ditimbulkan oleh unsur-unsur alami dan non alami dengan gejala pemusatan penduduk yang cukup besar dengan corak kehidupan yang heterogen dan materialistis dibandingkan dengan daerah belakangnya.

Adanya pemusatan penduduk dan aktivitas ekonomi dan sosial yang beragam, maka kota akan menjadi berkembang. Adapun faktor-faktor yang menyebabkan perkembangan kota ada tiga hal (Sutaatmadja, 1988: 56), yaitu:

4. Faktor yang merupakan modal dasar kota
5. Faktor penunjang yang merupakan fungsi primer dan lebih dipengaruhi oleh faktor eksternal, yaitu kegiatan industri dan jasa komersial yang merupakan sumber tenaga bagi penduduk kota dan mendukung pemanfaatan sumber daya alam wilayah sekitarnya, serta faktor migrasi
6. Faktor penunjang yang merupakan fungsi sekunder dan merupakan faktor pembentuk struktur internal kota.

Masing-masing faktor terdiri dari unsur-unsur prasarana kota, lingkungan perumahan, fasilitas pelayanan sosial dan tenaga kerja. Wujud perkembangan kota dapat terlihat dengan struktur internal kota yang terbentuk. Struktur internal kota berhubungan antara satu kota dengan kota yang lainnya.

Kota secara sosial terkait dengan tujuan awal terbentuknya, yaitu untuk meningkatkan produktivitas dan kualitas hidup penduduknya. Sedangkan secara

ekonomi terkait dengan fungsi dasar kota untuk mendukung penduduk dan kelangsungan kota itu sendiri.

Perkembangan penduduk dan kegiatan perkotaan (ekonomi-sosial) akan berdampak pada perkembangan kota dengan peningkatan kebutuhan fasilitas baik fasilitas umum maupun fasilitas sosial. Biasanya kebutuhan penduduk kota meningkat seiring dengan peningkatan jumlah penduduk. Salah satunya adalah kebutuhan akan kesehatan yang merupakan faktor penting dalam menjaga kelangsungan hidup manusia. Setiap orang berhak mendapatkan keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi karena kesehatan merupakan suatu hak yang fundamental bagi setiap orang tanpa membedakan ras, agama, politik, dan tingkat sosial ekonominya (Konstitusi Organisasi Kesehatan Sedunia Tahun 1948).

## **2.4 Fasilitas Kesehatan**

### **2.4.1. Fasilitas Kesehatan dalam Lingkup Fasilitas Umum**

Fasilitas dan pelayanan umum adalah berbagai bangunan fisik dan program terstruktur yang berperan dalam meningkatkan kenyamanan suatu lingkungan hunian. Fasilitas adalah bangunan atau ruang terbuka; istilah umum yang dipakai untuk menunjukkan kepada suatu unsur penting dalam aset pemerintah atau pemberian jasa layanan pada umumnya; jaringan dan atau bangunan-bangunan yang memberikan pelayanan dengan fungsi tertentu kepada masyarakat maupun perorangan berupa kemudahan kehidupan masyarakat dan pemerintah; menunjang kebutuhan masyarakat, umumnya ketersediannya di kota

lebih rumit dan di luar kota lebih langka (DPU, 1987). Dalam bukunya *Hand Book on Urban Planning*, Claire (1973) mendefinisikan fasilitas umum adalah:

- Berbagai bangunan atau gedung-gedung untuk kegiatan administrasi, pendidikan, peribadatan, budaya, kesehatan, keamanan, rekreasi, dan pelayanan kebutuhan hidup lainnya.
- Utilitas dan pelayanan umum yang menyediakan air, energi, pengontrol suhu, penerangan, komunikasi, *treatment* air limbah, pengendalian banjir, pengelolaan sampah dan transportasi
- Lahan-lahan publik untuk menampung berbagai bangunan dan fasilitas pelayanan umum serta untuk penyediaan ruang terbuka seperti taman, *playground, mall*, penghijauan dan keindahan (Claire, 1973: 175).

Sedangkan Massam (1980: 7), menggolongkan (dasar) fasilitas umum dalam "bentuk dan linier":

**TABEL II.1**  
**DASAR KLASIFIKASI FASILITAS**

Klasifikasi	Jenis Fasilitas	Contoh Fasilitas
Bentuk	Pelayanan Gawat Darurat Pelayanan Sosial Industri Rekreasi (hiburan)	Pemadam kebakaran, kantor polisi, dan mobil <i>ambulance</i> Rumah sakit, klinik, pusat sosial, dan sekolah Pabrik, industri kerajinan, pertambangan, dan kawasan industri Taman, dan taman bermain
Linier	Bawah Tanah Pemukaan Tanah Pengangkutan	Kereta bawah tanah; serta jaringan, listrik gas dan air Jalan raya, saluran pipa, dan koridor utilitas Lift

Sumber: Massam, 1980: 7

Dari berbagai pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud fasilitas umum adalah suatu sarana yang berupa bangunan atau ruang terbuka

yang berfungsi untuk melayani kegiatan atau aktivitas dari masyarakat dalam usaha memenuhi kebutuhan hidupnya.

#### **2.4.2. Faktor Penentu Kebutuhan Fasilitas Umum**

Fasilitas umum, direncanakan dibangun dan dikelola oleh pemerintah atau organisasi swasta dibawah aturan pemerintah (Claire, 1979: 175). Kegiatan perencanaan fasilitas merupakan salah satu dari kegiatan perencanaan tata ruang perkotaan, oleh karena itu perlu direncanakan secara tepat. Menurut Petunjuk Perencanaan Kawasan Perumahan Kota DPU (SKBL 2.3.51.1987), perencanaan tata ruang memerlukan tiga kelompok informasi, yaitu informasi kependudukan yang meliputi jumlah, kondisi, dan sifat-sifatnya; informasi kondisi fisik meliputi fisik alam dan bangunan-bangunan; dan informasi sosial ekonomi dan budaya meliputi pola hidup dan kegiatan-kegiatan yang dilakukan masyarakat.

Sedangkan menurut Chapin (1995: 229), ada dua alasan yang menyebabkan perencanaan fasilitas umum menjadi penting dilakukan, yaitu dilihat dari perspektif penggunaan sosial dan perspektif pasar. Dilihat dari perspektif penggunaan sosial fasilitas umum direncanakan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat sebagai pelengkap kegiatan atau aktivitas masyarakat (tanpa mempertimbangkan segi keuntungan yang diperoleh) sedangkan perspektif pasar, fasilitas umum direncanakan untuk meningkatkan kualitas area atau kawasan. Hal ini didasari oleh pendapat bahwa tanpa adanya penyediaan fasilitas umum pada suatu kawasan, maka mengakibatkan kawasan tersebut mempunyai nilai lahan yang rendah sehingga tidak menarik pada investasi untuk menggunakan kawasan tersebut bagi kegiatan usahanya, begitu pula sebaliknya.

Chapin juga berpendapat bahwa standar ukuran kebutuhan fasilitas umum pada tiap wilayah tergantung pada prioritas dan sumberdayanya (Chapin, 1995: 229). Sehingga kegiatan yang menjadi prioritas perencanaan pembangunan penyediaan fasilitas umumnya akan didahulukan, dapat berdasarkan pada kebutuhan penduduknya ataupun tanpa memperhatikan segi kebutuhan penduduk tetapi lebih mempertimbangkan aspek politis. Oleh karena itu, sasaran dari tujuan dari hukum politik, prioritas dan penyediaan fasilitas umum selain untuk dapat memberikan kepuasan, kemampuan memproduksi fasilitas umum berdasarkan pada biaya, hukum, ruang, dan pertimbangan politis harus ditampilkan secara hati-hati pada masyarakat agar tepat dalam penyediaannya (Claire, 1979: 178).

Selain faktor-faktor tersebut diatas, hal lain yang perlu diperhatikan sehubungan dengan penyediaan fasilitas umum adalah dengan melihat sifat dari fasilitas umum itu sendiri. Beberapa hal yang perlu diperhatikan sehubungan dengan fasilitas umum adalah (Chapin, 1995: 369), yaitu:

1. Fasilitas umum mempunyai dua tujuan dalam perencanaan penggunaan lokasi, yaitu untuk menyediakan pelayanan dan sebagai pedoman (wilayah atau kawasan). Dari segi penyediaan pelayanan, perencanaan mendesain tipe, lokasi dan ukuran fasilitas umum untuk kebutuhan pelayanan masa yang akan datang. Dari segi pedoman perkembangan, perencana mempertimbangkan bagaimana lokasi, ukuran, waktu, area, pelayanan dan penentuan biaya fasilitas apakah menarik atau tidak.
2. Keterkaitan antara penggunaan lahan dan fasilitas umum. Efisiensi pengoperasian fasilitas umum mempertimbangkan kepadatan dan pola spasial guna lahan

3. Variasi dalam ukuran masyarakat dan area pelayanan
4. Mempertimbangkan populasi penggunaan yang selektif
5. Ketidakseimbangan distribusi dampak eksternal dari fasilitas. Peletakan fasilitas umum harus mempertimbangkan dari tiap komunitas yang mempunyai nilai kepentingan yang berbeda-beda.
6. Potensial konflik yang dapat terjadi karena penyediaan fasilitas umum dilakukan oleh penentu kebijakan (pemerintah)
7. Disamping respon dari masyarakat, perencanaan fasilitas umum dilakukan dengan mempertimbangkan kesesuaian perencanaan penggunaan lahan dengan pertimbangan manajemen penggunaan lahan.

Dari sekian faktor yang mempengaruhi kebutuhan fasilitas umum, tetapi kebutuhan nyata dari fasilitas umum harus dibentuk melalui keinginan dari orang-orang yang dilayani. Dengan memperhatikan karakteristik kelompok masyarakat pengguna maka dapat diperkirakan jangkauan pelayanan suatu fasilitas umum (Claire, 1973: 77).

#### **2.4.3. Pengertian Fasilitas Kesehatan**

Kesehatan adalah kesehatan badan, rohani, mental, dan sosial dari manusia bukan hanya keadaan yang terbebas dari penyakit dan kelemahan, keadaan sejahtera badan, jiwa, dan sosial memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi (Undang - Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan). Sedangkan fasilitas adalah suatu aktivitas ataupun materi yang berfungsi melayani kebutuhan individu atau kelompok dalam suatu lingkungan kehidupan. Dari hal diatas, maka dapat diartikan fasilitas kesehatan adalah suatu

bagian dari fasilitas umum yang merupakan aktivitas atau materi yang berfungsi melayani kebutuhan baik individu atau kelompok individu dalam bidang pelayanan pada suatu lingkungan kehidupan.

Menurut George Argon dengan Margarete Moor dalam *Health Care Facilities* (1975: 199), fasilitas kesehatan suatu organisasi yang mengkhususkan pada pemberian pelayanan kesehatan meliputi pemeriksaan (diagnosis), perawatan dan pengobatan dalam suatu program atau kurun waktu yang telah ditentukan.

#### **2.4.4. Jenis Fasilitas Kesehatan**

Berdasarkan Pasal 56 Undang - Undang Nomor 23 tahun 1992 Tentang Kesehatan, fasilitas kesehatan meliputi balai pengobatan, pusat kesehatan masyarakat, RSUD, RS Khusus, praktek dokter gigi, praktek dokter spesialis, praktek dokter gigi spesialis, praktek bidan, toko obat, apotek, pedagang besar farmasi, pabrik obat dan bahan obat, laboratorium, sekolah dan akademi kesehatan, balai pelatihan kesehatan, balai kesehatan mata masyarakat, balai pengobatan penyakit paru-paru, pusat atau balai atau sistem penelitian kesehatan, rumah sakit atau balai kesehatan ibu dan anak.

Sedangkan menurut Pedoman Perencanaan Lingkungan Permukiman Kota DPU 1987 fasilitas kesehatan meliputi balai pengobatan atau klinik, balai kesehatan masyarakat, puskesmas, rumah sakit wilayah, dokter praktek. Jenis pelayanan fasilitas kesehatan dapat dibedakan dalam pelayanan medik swasta dan pemerintah. Pelayanan kesehatan swasta baik secara individu maupun kelompok biasanya mempertimbangkan perolehan keuntungan (*profit oriented*), sedangkan fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah meliputi fasilitas pelayanan yang penyediaannya dilakukan pemerintah biasanya merupakan fasilitas dengan

keuntungan minimal (*non-profit oriented*). Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 523/KEPMENKES/PER/XI/1982 tentang Upaya Pelayanan Medik. Fasilitas kesehatan swasta meliputi RSU, RS Khusus, klinik spesialis, rumah bersalin, klinik bersalin, rumah sakit bersalin, praktek berkelompok, balai pengobatan/ poliklinik. Sedangkan menurut Pedoman Kerja Puskesmas Jilid I. 1990/1991 fasilitas kesehatan pemerintah meliputi RSU, puskesmas perawatan, puskesmas pembantu, dan puskesmas keliling.

#### 2.4.5. Hirarki Tingkat Pelayanan Kesehatan

Fasilitas kesehatan juga mempunyai hirarki pelayanan. Menurut Pedoman Kerja Puskesmas Jilid I. 1990/1991, mengelompokkan jenjang/ hirarki pelayanan kesehatan meliputi jenjang tingkat rumah tangga, tingkat masyarakat, fasilitas pelayanan kesehatan pertama, rujukan pertama dan rujukan yang lebih tinggi.

**TABEL II.2**  
**TINGKAT HIRARKI PELAYANAN FASILITAS KESEHATAN**  
**MENURUT PEMERINTAH**

No	Jenjang	Komponen/ Unsur Pelayanan Kesehatan
1	Tingkat rumah tangga	Pelayanan kesehatan oleh individu
2	Tingkat masyarakat	Kegiatan swadaya masyarakat dalam menolong mereka sendiri oleh kelompok paguyuban PKK, saka bhakti husada, anggota RW, RT, dan masyarakat
3	Fasilitas pelayanan kesehatan pertama	Puskesmas, puskesmas pembantu, puskesmas keliling, praktek dokter swasta, poliklinik swasta, dan lainnya.
4	Rujukan pertama	RS Kabupaten, RS Swasta, laboratorium, klinik swasta, dan lainnya.
5	Rujukan yang lebih tinggi	RS kelas B dan A serta lembaga spesialisik swasta, laboratorium dan kesehatan daerah, laboratorium klinik swasta, dan lainnya.

Sumber: Pedoman Kerja Puskesmas Jilid I. 1990/ 1991

#### **2.4.6. Tingkat Kebutuhan Fasilitas Kesehatan**

Dalam perencanaan kebutuhan fasilitas kesehatan, selain jumlah maka harus diperhatikan distribusi umur dan jenis kelamin, tipe dan lokasi praktek. Estimasi permintaan dan kebutuhan fasilitas kesehatan rumah sakit tergantung pada beberapa hal, yaitu:

1. Populasi (Jumlah Penduduk)
2. Tingkat perekonomian daerah tempat dibangun
3. Tersedianya dana dari pemerintah selaku pemilik Rumah Sakit
4. Jangkauan pelayanan kesehatan untuk membantu menentukan permintaan yang efektif
5. Pola usaha konsumen rumah sakit

Sedangkan menurut Reinke (1994), perencanaan fasilitas kesehatan juga harus memperhatikan:

1. Status ekonomi
2. Perkiraan kemampuan pencegahan penyakit
3. Pola-pola perilaku berobat.

Selain faktor di atas, ada faktor lain yang dapat menghambat penerimaan pelayanan kesehatan yaitu faktor fisik, faktor ekonomi dan sosial budaya. Jika faktor tersebut tidak diperhatikan dalam perencanaan fasilitas kesehatan, maka dapat menghambat keterjangkauan dan penerimaan pelayanan (Reinke, 1994: 265). Faktor fisik meliputi ketersediaan lahan, aksesibilitas dan penggunaan lahan (Sujarto dalam Lastri, 1997: 90); faktor ekonomi meliputi kemampuan membayar keputusan tentang ukuran dan karakter fasilitas kesehatan seringkali ditentukan oleh keinginan masyarakat yang berdasarkan operasional. Lokasi yang dapat

diberikan oleh pelayanan dan peningkatan kualitas distribusi tidak berdasar pada efisiensi pelayanan (Yeates, 1980: 390); faktor sosial budaya berupa segmen populasi berbeda dalam hal jenis dan besarnya kebutuhan kesehatan juga dalam pendayagunaan pelayanan kesehatan (Reinke, 1994: 62)

#### **2.4.7. Pertimbangan Distribusi Fasilitas Kesehatan**

Faktor yang harus diperhatikan dalam perencanaan fasilitas kesehatan, meliputi (Sujarto dalam Lastri, 1997: 24) :

1. Distribusi kepadatan penduduk, melayani kebutuhan seluruh penduduk daerah-daerah padat penduduk
2. Aksesibilitas, mudah diakses sehingga kondisi transportasi sangat penting
3. Ketersediaan lahan, lokasi lahan untuk rumah sakit yang dibangun atau pengembangan
4. Lingkungan, pertimbangan lingkungan sekitar (misalnya ketenangan, udara, kebersihan)

Dalam perencanaan kesehatan yang paling penting adalah pemenuhan pelayanan kepada masyarakat, maka perlu penyesuaian antar fungsi-fungsi yang ada pada fasilitas kesehatan dengan kebutuhan yang diinginkan masyarakat. Pendekatan-pendekatan yang digunakan dalam penentuan lokasi fasilitas kesehatan:

1. Tingkat sosial budaya masyarakat, yaitu untuk menentukan suatu lokasi fasilitas perlu dipertimbangkan apakah dapat menyerap penduduk disekitarnya

2. Pertimbangan administrasi daerah pelayanan dan pembinaan fasilitas kesehatan yaitu dimaksudkan untuk mengukur daerah pelayanan dan pembinaan dari fasilitas kesehatan. Keuntungan bila memperhatikan masalah administrasi, adalah:
  - a. Memiliki kejelasan tentang daerah pelayanan atau pembinaan
  - b. Beban tugas kesehatan sama
  - c. Koordinasi kerja akan dapat dicapai dengan efektif dan efisien
  - d. Pembinaan kesehatan terhadap masyarakat dapat secara rutin.
3. Pertimbangan tingkat aksesibilitas fasilitas kesehatan, yaitu kemudahan mencapai suatu aktivitas.

#### **2.4.8. Penggunaan Fasilitas Kesehatan di Perkotaan**

Fasilitas kesehatan adalah suatu bagian dari fasilitas umum yang merupakan aktivitas atau materi yang berfungsi melayani kebutuhan masyarakat (perorangan atau kelompok) dalam bidang kesehatan. Menurut jenis pelayanan, dibagi menjadi swasta dan pemerintah, sedangkan berdasarkan hirarki pelayanan dibagi menjadi tingkat rumah tangga, tingkat masyarakat, fasilitas pelayanan kesehatan pertama, rujukan pertama, dan rujukan yang lebih tinggi.

Setiap area atau wilayah memiliki karakteristik tersendiri yang menentukan kebutuhan khusus untuk fasilitas kesehatan dan status sosial serta kondisi sosial merupakan hal yang dapat membedakan tingkatan kebutuhan pelayanan kesehatan (Bourney, 1982: 51). Dalam perencanaan kebutuhan fasilitas kesehatan selain jumlah, perencana juga perlu memperhatikan distribusi umur dan jenis kelamin, tipe, dan lokasi praktek.

Estimasi permintaan dan kebutuhan fasilitas kesehatan rumah sakit tergantung pada populasi, tingkat perekonomian daerah tempat dibangun, tersedianya dana, jangkauan pelayanan kesehatan untuk membantu menentukan permintaan yang efektif, pola usaha konsumen rumah sakit, tingkat penggunaan di masa lalu, dan tingkat kecenderungan.

## **2.5. Pengertian Rumah Sakit**

Rumah sakit mempunyai arti yang cukup luas. Secara umum rumah sakit merupakan tempat penyelenggaraan kegiatan di bidang kesehatan, termasuk pelayanan pemeriksaan dan pengobatan. Beberapa acuan menyebutkan bahwa rumah sakit merupakan:

- Sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat berfungsi sebagai tempat pendidikan tentang kesehatan dan penelitian (Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 986/ MENKES/ PER/ XI/ 1992 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit).
- Kamus Besar Bahasa Indonesia, rumah sakit merupakan rumah tempat merawat orang sakit, tempat menyediakan, dan memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi berbagai masalah kesehatan.

## **2.6. Klasifikasi Rumah Sakit**

Berdasarkan sistem pengelolaannya, rumah sakit dibagi atas:

- Rumah Sakit Pemerintah yaitu rumah sakit yang sistem organisasi dan operasionalnya diselenggarakan oleh pemerintah.

- Rumah Sakit Swasta yaitu rumah sakit yang sistem organisasi dan operasionalnya diselenggarakan oleh swasta yang berbadan hukum yang bertujuan membantu pemerintah di bidang penyediaan fasilitas medis.

Berdasarkan jenis pelayanan dan medis dan tujuan pengadaannya, rumah sakit dibagi menjadi:

- Rumah sakit umum, yaitu rumah sakit yang memberi pelayanan medis terhadap segala macam penyakit, termasuk pelayanan bersalin.
- Rumah sakit pendidikan, yaitu rumah sakit yang dihubungkan dengan pendidikan yang lengkap spesialisasinya dan digunakan secara menyeluruh oleh satu fakultas kedokteran bagi pendidikan dan riset di bidang kedokteran tanpa mengganggu kepentingan penderita.
- Rumah sakit khusus, yaitu tempat pelayanan yang menyelenggarakan pelayanan medik spesialisasi tertentu, pelayanan penunjang medik, pelayanan perawatan secara rawat jalan, dan rawat inap.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 159b/ Menkes/ PER/ II/ 1988 mengenai klasifikasi rumah sakit umum pemerintah, dapat digolongkan sebagai berikut:

- Kelas A mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik luas dan sub spesialisik luas
- Kelas B II mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik luas dan sub spesialisik terbatas
- Kelas B I mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik sekurang kurangnya 11 jenis spesialisik

- Kelas C mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik sekurang kurangnya 4 jenis spesialisik
- Kelas D mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang kurangnya pelayanan medik dasar

## **2.7. Sistem Operasional**

Guna meningkatkan upaya pelayanan kesehatan yang merata, Departemen Kesehatan RI menetapkan sistem operasional melalui rujukan yang mencakup dua pokok kegiatan rujukan, yaitu:

### **1. Kegiatan Rujukan Kesehatan**

Ada dua macam kegiatan rujukan kesehatan, yang bersifat vertikal terutama pencegahan dan bersifat horizontal, yaitu antar departemen.

### **2. Sistem Operasional Manajemen Administratif**

Yaitu dengan pengelolaan yang swadana, karena rumah sakit umum daerah merupakan rumah sakit dengan otonomi penuh.

## **2.8. Aspek Perencanaan Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B**

### **2.8.1. Fungsi dan Tujuan**

Menurut PERMENKES RI Nomor 159b/MENKES/PER/II/1988 tentang Fungsi dari Rumah Sakit adalah:

- a. Menyediakan dan menyelenggarakan:
  - Pelayanan medik
  - Pelayanan penunjang medik
  - Pelayanan perawatan

- Pelayanan rehabilitasi
- Pencegahan dan peningkatan kesehatan
- b. Sebagai tempat pendidikan dan atau latihan tenaga medik dan paramedik.
- c. Sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan.

### **2.8.2. Pelaku dan Kelompok Aktivitas**

#### **A Pelaku Kegiatan**

Pelaku yang melakukan kegiatan di rumah sakit umum daerah adalah:

##### **1. Pasien**

Pasien yang berkunjung ke rumah sakit terdiri dari:

- ✓ Pasien Rawat Jalan, dibedakan menjadi 2 bagian, yaitu:
  - Poliklinik; pada bagian ini pasien dapat berupa pasien baru, pasien yang berasal dari rujukan, maupun pasien yang datang untuk perawatan lanjutan.
  - Unit Gawat Darurat; pasien pada bagian ini sebagian besar pasien baru dengan kondisi gawat.
- ✓ Pasien Rawat Inap, dibedakan atas 2 bagian, yaitu:
  - Pasien rawat inap biasa; pasien dianggap perlu untuk menjalani perawatan di rumah sakit, sehingga perlu perawatan yang diawasi oleh perawat.
  - Pasien rawat inap intensif; pasien dalam kondisi yang sangat perlu untuk mendapatkan perawatan ekstra, misalnya pasien pasca

operasi maupun pasien yang memerlukan alat bantu seperti infus, serta peralatan lainnya, yang tidak disediakan pada perawatan inap biasa.

## 2. Pengelola

Pengelola yang dimaksud adalah keseluruhan petugas rumah sakit, termasuk dokter, yang terdiri dari:

- ✓ Tenaga medis, yang mempunyai tugas untuk melakukan pemeriksaan dan pengobatan terhadap pasien.
- ✓ Tenaga medis keperawatan, yang mempunyai tugas melakukan perawatan terhadap penderita
- ✓ Tenaga medis non-keperawatan, mempunyai tugas untuk memberikan informasi dan melakukan penelitian.
- ✓ Tenaga non-medis, mempunyai tugas untuk mengelola secara administratif dan melakukan perawatan fisik.

## 3. Tamu

Tamu yang dimaksud merupakan tamu yang berkunjung sebagai pengantar pasien rawat inap maupun rawat jalan, tamu kantor, serta tamu rawat jenazah.

## B Kelompok Aktivitas

Berdasarkan kelompok kegiatan utama, maka rumah sakit umum dapat dibagi tiga unit, yaitu:

### 1. Kelompok Kegiatan Administrasi

Merupakan bagian induk untuk mengatur seluruh kegiatan pada unit rehabilitasi medis. Semua kegiatan pencatatan, perencanaan program,

rapat, penerimaan tamu dilakukan disini. Ruang-ruang pada bagian ini terdiri dari: ruang direktur, ruang tata usaha, ruang arsip, ruang rapat, ruang dokter, ruang informasi, dan lain-lain.

## 2. Kelompok Kegiatan Medis

### a. Kelompok kegiatan pemeriksaan medis

#### 1. Ruang-ruang poliklinik/ pemeriksaan

Mempunyai fungsi sebagai ruang pemeriksaan awal terhadap pasien baru dan pasien lanjutan dalam melaksanakan berobat jalan. Poliklinik ini merupakan bagian terdepan dari bagian medis karena itu harus mudah dicapai dari luar. Terdiri dari: ruang tunggu, ruang dokter dan ruang periksa, ruang perawat, ruang balut, ruang obat, ruang administrasi, *lavatory* dan lain-lain.

#### 2. Ruang operasi/ bedah

Ruang bedah ini merupakan bagian tersendiri dan steril, sehingga perletakannya tidak boleh berdekatan dengan bagian yang merupakan sumber kotor, tetapi pencapaiannya mudah dari ruang perawatan. Instalasi bedah ini terdiri dari ruang; Ruang Diskusi Dokter, Ruang Administarsi, *Pantry*, WC, Ruang Locker, Ruang Perawat, Ruang Persiapan, Ruang Operasi, Ruang Cuci, *Spoelhock*, Ruang *Stertcher*, dan lain-lain.

### b. Kelompok kegiatan penunjang medis

#### 1. Radiologi

Instalasi radiologi merupakan instalasi yang merupakan kegiatan yang berhubungan dengan sinar radioaktif, sehingga ruang-ruang

yang digunakan adalah ruang-ruang dengan desain khusus, karena merupakan tempat beradiasi tinggi. Ruangan ini sebaiknya diletakkan antara poliklinik dan bangsal perawatan agar mudah dicapai oleh penderita rawat inap maupun penderita rawat jalan. Terdiri dari: ruang tunggu, ruang administrasi, ruang dokter, ruang *rontgen*, ruang *radiographer*, ruang gelap, ruang arsip film, dan lain-lain.

Sebaiknya instalasi beradiasi tinggi, maka dalam perancangan ruang ini, harus mengikuti beberapa kriteria, antara lain: Pintu masuk pasien dan staf sebaiknya terpisah, dinding pintu mengikuti persyaratan khusus (mengatasi gangguan radiasi), ruang x-ray harus memakai AC, memiliki tempat limbah *radiology* tersendiri.

## 2. Patologi

Kegiatan pelayanan patologi klinik, diselenggarakan pada laboratorium, dengan ruang-ruang yang diperlukan adalah sebagai berikut: Ruang Kepala Instansi Patologi, laboratorium, Ruang Spesimen, Gudang Obat, dan lain-lain.

## 3. Farmasi

Instalasi ini memiliki tiga fungsi pokok, yaitu: penyediaan obat dan peracikan, pembuatan obat, serta distribusi obat. Disamping itu perlu juga ruang untuk mengadakan konsultasi perihal obat.

Biasanya bagian tersendiri dan tempat menyediakan semua kebutuhan medis untuk keperluan perawatan. Terdiri dari ruang

apotik, ruang administrasi, ruang pusat sterilisasi, gudang bahan kimia/ obat, gudang peralatan medis, dan lain-lain.

#### 4. Gizi

Instalasi gizi bertugas menyediakan makanan (gizi) bagi pasien yang melakukan rawat inap, ruang-ruang yang diperlukan untuk instalasi gizi ini adalah ruang kepala instalasi gizi dan ruang *quality control*. Ruang instalasi gizi ini seharusnya diletakkan berdekatan dengan dapur utama agar memudahkan dalam melakukan *quality control*.

#### 5. Terapi/ latihan fisik

Selama dalam penyembuhan, baik sebelum maupun setelah operasi diperlukan latihan gerak otot-otot dalam rangka pemulihan gerak penderita yang disebut terapi.

#### 6. Kelompok kegiatan rawat inap

Merupakan tempat perawatan intensif yang baru selesai menjalani operasi. Setelah operasi kondisi pasien masih dalam keadaan belum stabil benar sehingga memerlukan pengamatan hemodinamik secara ketat terutama 24 jam pertama. Setelah kondisi pasien dinyatakan sudah stabil, maka pasien akan segera dipindahkan ke ruang rawat inap biasa.

Jumlah tempat tidur tiap-tiap ruang harus mengingat pada tujuan akhir perawatan, yaitu resosialisasi dan aspek psikologisnya.

Terdiri dari: ruang perawat dan administrasi, ruang *pantry*, ruang linen kotor, ruang linen bersih, ruang kereta/ kursi roda, ruang

isolasi, ruang makan bagi penderita yang sudah agak ringan, ruang dokter jaga.

c. Kelompok Kegiatan Pelayanan

1. Dapur

Merupakan bagian yang terpenting dalam hal penyediaan makanan bagi penderita rawat inap dan staf rumah sakit. Cara pelayanannya makanan dimasak dalam dapur umum (pusat) yang kemudian didistribusikan ke *pantry* yang terdapat pada tiap bagian/ unit perawatan. Untuk selanjutnya dipanaskan apabila tiba saatnya penderita akan makan.

Ruang yang dibutuhkan terdiri dari: ruang penerimaan barang, gudang basah, gudang kering, ruang cuci, tempat masak, ruang cuci alat-alat masak, dan lain-lain.

2. Binatu/ *laundry*

Pada bagian ini terjadi proses penerimaan barang, pengerjaan, penyimpanan dan pembagian. Binatu ini terbagi menjadi: daerah basah dan daerah kering. Terdiri dari: ruang *supply* barang bersih, ruang cuci, ruang pengeringan, ruang setrika, ruang jahit, ruang penyimpanan, dan lain-lain. Letaknya harus dapat dijangkau oleh ruang perawatan.

3. Ruang Jenazah

Ruang jenazah harus mempunyai pintu keluar tersendiri dan tidak terlihat dari bangsal perawatan. Walaupun tertutup, ruang ini harus cukup mendapatkan penerangan, ventilasi, serta kebersihan yang selalu terjamin dan terkontrol. Terdiri dari: ruang penyimpanan

mayat (perlu ruangan pendingin, ruang penyimpanan jenazah, dan ruang persemayaman), ruang tunggu, dan lain-lain.

#### 4. Tempat Ibadah

Kegiatan ibadah ini dapat berupa masjid atau musholla yang diletakkan dekat dengan bangunan rawat jalan dan rawat inap. PMRS merupakan kegiatan dimana pelayanan pemeliharaan sarana dan prasarana bangunan rumah sakit dilaksanakan.

### **2.8.3. Struktur Organisasi**

Untuk menjalankan tugas dan fungsinya, diperlukan adanya penorganisasian pada rumah sakit. Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI No. 191/MENKES-KESOS/SK/II/2001 mengatur bahwa organisasi rumah sakit terdiri dari unsur pimpinan, pembantu pimpinan, pelaksanaan tugas pokok dan unsur penunjang pelaksana tugas pokok. Rumah sakit dipimpin oleh seorang direktur dan dibantu beberapa wakil direktur. Selain itu rumah sakit juga mempunyai dewan penyantun dan tim medik. Dewan penyantun bertugas memberi saran dan nasehat kepada direktur mengenai perencanaan, perumusan, pembimbingan, dan pengawasan pelayanan medik. Tim medik bertugas memberi nasehat kepada direktur mengenai etika, mutu, dan pengembangan pelayanan medik.

### **2.8.4. Pelayanan dan Fasilitas**

#### A Pelayanan

Berdasarkan fungsi pelayanannya rumah sakit umum terbagi atas tiga pokok kegiatan pelayanan, yaitu:

1. Pelayanan medis

Kegiatan pelayanan medis, meliputi kegiatan pemeriksaan, pengobatan dan tindakan medis seperti operasi/ pembedahan termasuk kegiatan rawat darurat dan rawat inap.

2. Pelayanan penunjang medis

Kegiatan pelayanan penunjang medis merupakan pelayanan yang fungsinya sebagai penunjang dari kegiatan medis, seperti instalasi farmasi, instalasi patologi/ laboratorium, instalasi gizi, instalasi *radiology*, instalasi fisioterapi, dan perawatan jenazah.

3. Pelayanan administrasi

Kegiatan pelayanan administrasi rumah sakit adalah kegiatan pengelolaan baik secara administratif kepegawaian, rumah tangga, rekam medik, pengadaan dan perawatan peralatan serta kegiatan pendidikan, dan latihan termasuk pula kegiatan sosial kemasyarakatan.

## B Fasilitas

1. Fasilitas ruang

Penyediaan fasilitas ruang adalah berdasarkan pada kegiatan yang terjadi dalam rumah sakit umum, yaitu proses pengobatan kemoterapi, rehabilitasi medis, rehabilitasi mental, dan kegiatan-kegiatan pelayanannya.

2. Fasilitas parkir

Kebutuhan tempat parkir untuk rumah sakit meliputi:

- Daerah parkir untuk pasien poliklinik/ rawat jalan
- Daerah parkir untuk pengunjung rawat inap
- Daerah parkir untuk staf rumah sakit
- Daerah parkir untuk mobil *ambulance* baik dari UGD maupun parkir biasa
- Daerah parkir servis untuk kegiatan bongkar muat barang dan mobil jenazah.

Seluruh kegiatan parkir ini tidak hanya harus cukup secara kuantitas, tetapi juga secara kualitas, maksudnya meliputi kenyamanan di dalam memarkir kendaraannya dan kenyamanan lingkungan yang sebaiknya tidak mengganggu karena kebisingan dan polusi yang ditimbulkan.

Tempat parkir untuk dokter dan staf dipisahkan dari tempat parkir dari pengunjung dan pasien. Tempat parkir di *basement* yang sebaiknya diperuntukkan bagi dokter dan staf dan tertutup bagi pasien dan pengunjung. Jika parkir hanya terletak di atas tanah, prioritas tempat yang terdekat dengan *entrance* diperuntukkan bagi pasien rumah sakit, dan perlu disediakan tempat parkir terdekat untuk situasi tertentu (seperti untuk seseorang yang membawa pasien dalam keadaan gawat di kendaraannya).

#### **2.8.5. Kapasitas dan Besaran Ruang**

Menurut Dirjen Pelayanan Medik Depkes RI (1986:5) Rumah Sakit Umum Kelas B mampu memberikan pelayanan medik spesialistik minimal untuk bidang penyakit dalam, bedah, kesehatan ibu dan anak, obstetridan ginekologi,

dan penyakit gigi dan mulut serta pelayanan spesialistik lainnya sekurang-kurangnya 11 pelayanan medik spesialistik dan bila diperlukan ditambah pelayanan subspecialistik terbatas di unit rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat dan unit rawat intensif yang semuanya dilaksanakan oleh 5 orang dokter penuh waktu, dokter gigi penuh waktu, dokter spesialis minimal untuk pelayanan medik spesialistik 4 dasar dan 11 pelayanan spesialistik serta subspecialistik terbatas. Selain itu juga harus ada 11 dokter spesialistik penuh waktu dan dokter jaga khusus UGD selama 24 jam yang sudah mendapat sertifikasi di bidang gawat darurat.

Berdasarkan standar yang berlaku (standarisasi tipe RSU, 1972) ruang-ruang perawatan dibagi menjadi beberapa kelas, yaitu:

- Kelas VIP : 15 %
- Kelas I : 5-15 %
- Kelas II : 10-30 %
- Kelas III : 20-40 %

Sesuai dengan Permenkes RI No. 262/Menkes/VII/1979, penentuan tenaga kerja RSU Kelas B dihitung berdasarkan rasio jumlah tempat tidur dibanding jumlah tenaga kerja

- Jumlah tempat tidur : jumlah tenaga medis = 9 : 1
- Jumlah tempat tidur : jumlah tenaga medis keperawatan = 1 : 1
- Jumlah tempat tidur : jumlah tenaga medis non keperawatan = 5 : 1
- Jumlah tempat tidur : jumlah tenaga non medis = 4 : 3

Dari sini dapat ditentukan jumlah tenaga kerja dengan mengetahui terlebih dahulu jumlah tempat tidur.

## 2.8.6. Sistem Utilitas

### A. Pengudaraan

Ventilasi dalam ruangan ditujukan untuk mengganti udara kotor dalam ruangan dengan udara baru yang lebih bersih dan segar. Ventilasi yang baik dalam rumah sakit merupakan hal yang penting untuk menciptakan kenyamanan dan menjaga kesehatan pasien, serta mencegah terjadinya penularan penyakit terhadap pengunjung atau staf rumah sakit.

Secara umum, prinsip ventilasi adalah memanfaatkan perbedaan suhu antar ruangan, yang berarti terjadi perbedaan tekanan udara, sehingga udara akan mengalir dari daerah dengan tekanan tinggi ke tekanan rendah. Sistem pengudaraan rumah sakit terbagi menjadi tiga, yaitu:

1. Sistem pengudaraan alami

Digunakan pada area umum atau pelayanan.

2. Sistem pengudaraan buatan

Sangat diperlukan untuk bangunan rumah sakit yang terletak di daerah yang cukup padat. Sistem ini diperlukan untuk mengatur suhu, kelembaban, serta komposisi udara murni, dan digunakan pada area pemeriksaan dan perawatan pasien, poliklinik, serta ruang-ruang untuk fasilitas staf (*Hospital and Health Care Facilities*, 1990).

3. Sistem pengudaraan steril

Digunakan pada ruang operasi, ruang isolasi dan sekitarnya, untuk menghindari infeksi bakteri dan partikel debu pada saat operasi.

Untuk sistem pengudaraan buatan dan steril dapat menggunakan sistem pengudaraan yang sama, karena dapat terjadi pertukaran kuman penyakit antar ruang. Selain itu, ruang-ruang yang menghasilkan udara kotor harus dilengkapi dengan *exhaust fan* dengan muara pembuangan ke arah ruang terbuka.

#### B. Penerangan

Sistem pencahayaan di rumah sakit memerlukan intensitas cahaya yang cukup bervariasi. Untuk menghasilkan cahaya yang terang tetapi tidak memboroskan energi, sebaiknya menggunakan lampu *fluorescent* (lampu TL). Bagian-bagian dari rumah sakit yang memerlukan perhatian khusus pada masalah penerangan ini, meliputi:

1. Kamar pasien

Pada waktu siang hari ruang-ruang pasien menggunakan terang alami, pada waktu malam hari diperlukan penerangan kamar dengan *indirect lighting* agar tidak terlalu silau, dan penerangan untuk membaca yang memungkinkan setiap pasien membaca tanpa mengganggu pasien sekamar yang lain.

2. Ruang-ruang pemeriksaan

Diperlukan cahaya penerangan yang lebih terang, yang diarahkan ke pasien dengan intensitas sebesar 1.100 lux (*The Health Environment*, 1982: 149)

3. Ruang operasi

Diperlukan cahaya penerangan sebesar 2200 lux di dalam ruang operasi. Pada setiap radius dua meter di meja operasi diperlukan cahaya penerangan 10.000-20.000 lux. Cahaya penerangan sebaiknya tidak terhalang oleh bayangan apapun. Dapat menggunakan lampu operasi mutakhir yang memiliki lampu satelit. Untuk ruang selebihnya intensitas cahaya sebesar 300 lux.

#### 4. Daerah pelayanan medis lainnya

Misalnya pada laboratorium, intensitas cahaya sebesar 300 lux di dalam ruangan dianggap cukup memadai.

### C. Pengendalian Kebisingan

Kebisingan yang akan timbul dari luar rumah sakit maupun dari kegiatan yang berlangsung di dalam ruang rumah sakit. Prinsipnya, segala sumber bising harus dipisahkan sejauh mungkin dari daerah pasien.

Untuk mengatasi masalah kebisingan dari luar bangunan, usaha penyelesaian dapat dilakukan dengan 3 cara, yaitu:

#### 1. Peletakan bangunan

Untuk daerah yang memerlukan ketenangan lebih banyak dibandingkan daerah lain, sebaiknya diletakkan pada daerah yang cukup jauh dari sumber kebisingan yang ditimbulkan dari luar rumah sakit.

#### 2. Penyelesaian bangunan

Hal ini dapat dilakukan dengan menggunakan bahan bangunan yang dapat mengurangi intensitas bising yang akan masuk ke dalam

bangunan. Selain itu, mencoba mendesain arah bukaan yang sesuai, yang tidak menghadap langsung ke arah sumber kebisingan.

### 3. Pengolahan lingkungan

Pengolahan lingkungan ini dimaksudkan untuk menciptakan *buffer* dengan sumber bising dari luar rumah sakit, agar dapat ditahan atau dikurangi sebelum sampai ke bangunan. Hal ini dapat dilakukan dengan menanam pepohonan dan mengatur jarak bangunan dengan sumber kebisingan.

## D. Penanggulangan Bahaya Kebakaran

Rumah sakit mempunyai beberapa prinsip di dalam mengatasi bahaya kebakaran, yaitu:

### 1. Sistem kompartemen sebagai suatu alternatif, yaitu:

Rumah sakit dibagi menjadi beberapa kompartemen luas maksimal 200 m<sup>2</sup>, sehingga bila terdapat api dapat "dikurung" agar tidak merambat ke bagian lain.

### 2. Hubungan yang baik antar departemen

Ada tiga daerah yang harus diperhatikan:

- Daerah *high fire load*, yaitu tempat penyimpanan bahan-bahan yang dapat meledak, misalnya laboratorium, dan gudang farmasi
- Daerah *high life risk*, meliputi ruang perawatan pasien, karena pasien akan mengalami kesulitan untuk menyelamatkan diri tanpa bantuan orang lain.

- Daerah *high fire risk*, yaitu daerah beresiko tinggi terjadi kebakaran, misalnya dapur, atau *laundry*.

### 3. Rute penyelamatan bahaya kebakaran

Rute penyelamatan ini sebaiknya memiliki beberapa alternatif, sehingga selalu ditemui rute yang menjauhi api dan memenuhi syarat, seperti jarak tempuh maksimal dan sebagainya. Selain itu, dilengkapi dengan tanda atau simbol pemandu yang cukup jelas, karena pada umumnya pasien dan pengunjung tidak terlalu mengenali denah rumah sakit.

### 4. Pencapaian.

Tersedianya pencapaian yang cukup mudah bagi petugas pemadam kebakaran ke seluruh bagian bangunan, dengan sistem peletakan *hydrant* dan sebagainya.

Sistem penanggulangan kebakaran sendiri terdiri dari dua sistem, yaitu:

1. Sistem penanggulangan kebakaran di dalam bangunan, dilakukan dengan dua cara, yaitu:
  - a. pendeteksian kebakaran dengan menggunakan *smoke detector*, serta pemadam api secara otomatis, dengan menggunakan *spinkler* yang memakai sumber air dari *roof tank*.
  - b. Pemadam api secara manual dengan menggunakan *hydrant box* dan *portable fire extinguisher*.
2. Sistem penanggulangan kebakaran di luar bangunan dengan menggunakan *siamese connection* di sekitar bangunan.

Untuk evakuasi terhadap pasien pada saat terjadi kebakaran, menggunakan lift yang secara otomatis digerakan oleh genset setelah sumber dari PLN putus. Selain itu, evakuasi dapat dilakukan dengan menggunakan *ramp* pasien dan tangga darurat bagi yang mampu berjalan.

#### E. Kebutuhan Khusus Pasien

Dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan pada masyarakat, sebaiknya padat setiap ruang rawat inap saat ini dilengkapi dengan beberapa kebutuhan khusus pasien. Hal ini dimaksudkan agar pada saat kebutuhan tersebut diperlukan, paramedis dan perawat tidak lagi repot menyediakan kebutuhan tersebut.

Kebutuhan-kebutuhan khusus itu, antara lain:

- Tabung oksigen
- *Stetoskop* dan alat pengukur tekanan darah
- Termometer pada setiap kamar pasien
- Beberapa *stop contact* untuk keperluan pasien yang membutuhkan listrik
- Alat komunikasi bagi pasien untuk memanggil dengan segera perawat.

#### F. Pembuangan

Pembuangan limbah rumah sakit dilakukan dengan baik dan tidak mengganggu lingkungan karena limbah rumah sakit ini sangat potensial dalam menularkan penyakit. Secara garis besar, penanganan limbah medis terbagi menjadi empat proses, yaitu:

1. Proses mekanis

Proses mekanis ini digunakan untuk mengubah bentuk fisik atau karakteristik dari limbah untuk kemudian diproses lebih lanjut. Proses ini secara umum, dibagi menjadi dua yaitu pengempaan dan penghancuran. Proses ini tidak berlaku untuk limbah yang beracun atau mengandung penyakit, kecuali jika sebelum proses limbah tersebut disterilkan.

## 2. Proses termal

Proses ini mengandalkan temperatur untuk membunuh mikroorganisme yang pada umumnya dapat dibasmi pada suhu 212<sup>0</sup> F. Proses ini sendiri terdiri dari delapan jenis proses yang akan diterangkan dari proses yang paling umum digunakan hingga yang masih berupa konsep.

### a. *Autoclaving*

Proses ini menggunakan uap yang akan membunuh bakteri patogen sehingga proses dikontainasi dan sterilisasi dapat dilakukan.

### b. *Incineration*

Sistem ini menggunakan pembakaran dengan suhu tinggi untuk memusnahkan limbah medis. Secara umum, proses insinerasi terdiri dari dua tahap. Untuk insinerasi yang paling konvensional pertama dilakukan sekitar 1100-1400<sup>0</sup> F. Setelah proses pembakaran, abu yang dihasilkan diendapkan terlebih dahulu untuk kemudian dibuang. Pada umumnya, proses ini dilakukan untuk pembuangan sisa daging dari ruang operasi.

### c. *Microwaving*

Penanganan limbah medis dengan cara ini dilakukan dengan menghancurkan terlebih dahulu, untuk selanjutnya dipanaskan dengan menggunakan proses termal dari gelombang mikro. Proses ini dapat berlangsung selama 30 menit pada temperatur 250<sup>0</sup> F.

d. *Electro-Thermal Radiaton*

e. *Infered Heating*

f. *Pyrolysis System*

g. *Laser Threatment*

### 3. Proses kimiawi

Proses ini dapat disebut juga sebagai proses *desinfectan* yang menggunakan proses kimiawi dalam membasmi bakteri patogen dan bahaya kimia yang berbahaya.

### 4. Proses irradiasi

Proses ini disebut juga sebagai proses radiasi elektromagnet atau radiasi ionisasi. Ada dua jenis radiasi yang digunakan, yaitu: radiasi *gamma*, dan radiasi sinar elektron.

Selain limbah medis ini, pembuangan hasil proses perawatan dengan menggunakan bahan radioaktif juga harus diolah terlebih dahulu sebelum dibuang. Pengolahan ini dilakukan dengan menimbun bahan beradioaktif ini di tangki penampungan hingga waktu paruhnya terlampui.

Untuk limbah cair, terlebih dahulu ditampung di dalam STP untuk diendapkan dan diberi bahan kimia untuk mematikan bakteri yang

berbahaya hingga cukup layak untuk dibuang ke riol kota. Sedangkan untuk pembuangan sampah dapur dan administrasi dilakukan sebagaimana mestinya, dengan menampung terlebih dahulu di bak penampungan sampah

## 2.9. Kriteria Umum Rumah Sakit Umum Tipe B

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor. 159b/Menkes /PERMENKES/II/1988 Rumah sakit Tipe B harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialistik sekurang kurangnya 11 jenis spesialistik.

Secara umum rumah sakit tipe memiliki beberapa kriteria umum yang harus dimiliki dalam melayani kesehatan bagi pasien (Direktorat Instalasi Medik Dirjen Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan RI), diantaranya adalah sebagai berikut:

**TABEL II.3**  
**KRITERIA UMUM RUMAH SAKIT TIPE B**

No	Standar Rumah Sakit Umum Tipe B
<b>A</b>	<b>Sarana</b>
1	Secara geografis RS harus mempunyai lokasi yang mudah dijangkau oleh masyarakat dengan mudah
2	Tersedia infrastruktur dan fasilitas dengan mudah
3	Tidak mengakibatkan pencemaran lingkungan
4	RS tidak tercemar oleh lingkungan luar rumah sakit
5	Luas lahan ± 3,5 Ha, sehingga cukup untuk perkembangan
6	Memenuhi persyaratan peraturan daerah setempat
7	Tata letak Unit Pelayanan harus mempunyai hubungan fungsional antar unit yang efisien
8	UGD medis harus mudah dicapai dari luar, mudah diketahui dan Unit Rawat Jalan harus mudah dicapai dari luar dan dapat langsung berhubungan secara efisien dengan unit-unit lain terkait
9	Unit Rawat Inap harus berlokasi di daerah yang tenang
10	Ada pemisahan antara pasien rawat jalan dengan pasien rawat inap secara jelas
11	Pelayanan penunjang medis dapat langsung berhubungan dengan Unit Rawat Jalan, Unit Rawat Inap, Unit Gawat Darurat dan ICU
12	Pelayanan Penunjang non-Medis, dapur, <i>laundry</i> , <i>workshop</i> harus mempunyai pintu sendiri
13	Unit atau instalasi yang sering digunakan dan berhubungan sangat erat diletakkan

No	Standar Rumah Sakit Umum Tipe B
	pada tempat yang berdekatan, misalnya ICU, Laboratorium, Radiologi, IGD. Dengan demikian ada efisiensi <i>flow of patient</i> .
<b>B</b>	<b>Prasarana</b>
	a. Listrik
1	RSU Kelas B mempunyai gardu listrik tersendiri (termasuk instalasi listrik yang memadai)
2	Kapasitas harus cukup
3	Kualitas arus, tegangan dan frekuensi sesuai dengan ketentuan yang berlaku
4	Kehandalan penyaluran daya harus tinggi
5	Harus tersedia generator set berkapasitas minimal 40% dari daya kebutuhan
6	Harus tersedia lampu <i>emergency</i> untuk ruang-ruang yang penting
7	Keamanan dan pengamanan jaringan instalasi listrik tetap terjamin
	b. Prasarana Air
1	Harus tersedia air bersih yang cukup dan memenuhi syarat kesehatan, atau dapat mengadakan pengolahan sesuai dengan ketentuan yang berlaku
2	Tersedia reservoir bawah atau atas dengan saluran distribusi sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
3	Jaringan masing-masing harus baik dan cukup
	c. Gas Medis
1	Mempunyai persediaan gas medis yang cukup
2	Sistem jaringan distribusi ke masing-masing ruang yang membutuhkan, dengan sistem sentralisasi

Sumber: Direktorat Instalasi Medik Dirjen Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan RI

## 2.10. Teori Wilayah Pengaruh (*Influence Area*)

### 2.10.1. Pengertian *Influence Area*

Dalam pembahasan ini, sebelumnya akan diulas mengenai *market area* (wilayah pemasaran) dan *hinterland* (wilayah belakang). Pada dasarnya konsep *market area* memiliki kesamaan arti dengan wilayah *hinterland*. Wilayah pemasaran merupakan wilayah yang dijangkau dari suatu produk penjualan. Ukuran wilayah pemasaran ini tergantung dari banyaknya produk yang dipasarkan pada suatu wilayah. Sedangkan daerah *hinterland* merupakan suatu wilayah yang memiliki satu pusat kota. Biasanya berdekatan dengan suatu kota dan masih tergantung oleh pelayanan serta perkembangannya dipengaruhi oleh kota tersebut. Sedangkan dalam kamus tata ruang *hinterland* merupakan daerah yang tidak mengenal batas administratif suatu daerah atau suatu wilayah yang tergantung

oleh ada tidaknya daerah yang berdekatan dengan wilayah tersebut. Dalam hal ini, wilayah yang perkembangannya dipengaruhi oleh suatu pusat kota disebut *influence area* (wilayah pengaruh), baik yang dikenai oleh suatu produk pemasaran maupun yang dikenai oleh pelayanan suatu kota .

### 2.10.2. Teori *Breaking Point* (Titik Henti)

Teori *Breaking Point* (titik henti) merupakan suatu jenis analisis yang mengukur besarnya daya tarik (gravitasi) antarkota untuk selanjutnya ditentukan titik batas (*breaking point*) gravitasi antarkota ada suatu wilayah, sehingga dapat diketahui wilayah pengaruh suatu kota terhadap wilayah yang ada di sekitarnya.

Dalam model Reilly ini dikenal apa yang disebut sebagai “*breaking point*” yaitu suatu lokasi antarkota X dan Y yang merupakan keseimbangan antara daya tarik dari kota X dan kota Y terjadi. Dalam hal ini  $R_x = R_y$ , jadi 50% penduduk akan tertarik ke X dan 50% ke kota Y.

$$D = \frac{d_{xy}}{1 + (P_x / P_y)}$$

D = daya tarik antara X dan Y

$d_{xy}$  = jarak antara X dan Y

$P_x$  = jumlah penduduk X

$P_y$  = jumlah penduduk Y

### 2.11. Pengembangan Pelayanan Rumah Sakit Umum Tipe B

Untuk memanfaatkan potensi pelayanan RSUD Tugurejo yang masih kurang optimal, maka diperlukan arahan pengembangan pelayanan RSUD

Tugurejo. Arahannya pengembangan ini, tentu saja harus memperhatikan potensi pasar (pasien) dan kecenderungan jangkauan pelayanan RSUD karena perkembangan rumah sakit tidak dapat dilepaskan dari jumlah pasien dan jangkauan pelayanannya. Untuk melakukan pengembangan rumah sakit, maka perlu diperhatikan standar pelayanan untuk Rumah Sakit Tipe B. Berikut ini adalah sintesis teori yang digunakan dalam pengembangan RSUD Tugurejo Semarang.

**TABEL II.4  
SINTESIS TEORI**

<b>NO.</b>	<b>ASPEK KAJIAN</b>	<b>PELAYANAN</b>	<b>STANDAR PELAYANAN RSU TIPE B</b>	<b>KETERANGAN</b>
1.	Pelayanan administrasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruang informasi</li> <li>• Pelayanan jam kunjung</li> <li>• Ruang pembayaran</li> <li>• Penerimaan tamu</li> </ul>	Terdapat ruang informasi, pelayanan jam kunjung, ruang pembayaran, dan ruang penerimaan tamu.	Merupakan bagian induk dari pelayanan rumah sakit untuk mengatur seluruh kegiatan pada unit rehabilitasi medis seperti kegiatan pencatatan, perencanaan program, rapat, penerimaan tamu, penerimaan pasien, informasi kesehatan sampai administrasi pembayaran.
2.	Tenaga medis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenaga medis</li> <li>• Tenaga medis keperawatan</li> <li>• Tenaga medis non keperawatan</li> <li>• Tenaga non medis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenaga medis</li> <li>• Tenaga medis keperawatan</li> <li>• Tenaga medis non keperawatan</li> <li>• Tenaga non medis</li> </ul>	Merupakan bagian yang memiliki pelayanan kesehatan mulai dari pemeriksaan awal terhadap pasien baru dan pasien lanjutan dalam melaksanakan berobat jalan maupun rawat inap.
3.	Pelayanan medis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruang-ruang poliklinik/pemeriksaan</li> <li>• Ruang operasi/bedah</li> </ul>	Terdapat ruang rawat jalan (terdiri: ruang umum, penyakit anak, bedah, kebidanan dan kandungan, rehabilitasi medik, mata, THT, gigi dan mulut, kulit dan kelamin, syaraf, jiwa, ruang khusus), ruang gawat darurat, dan ruang inap.	Pada bagian ini merupakan pelayanan pemeriksaan terhadap pasien baik pasien baru, pasien yang berasal dari rujukan, maupun pasien yang datang untuk perawatan lanjutan serta pasien dalam keadaan gawat yang memerlukan suatu operasi (bedah).

NO.	ASPEK KAJIAN	PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN RSU TIPE B	KETERANGAN
4.	Kegiatan penunjang medis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiologi</li> <li>• Patologi</li> <li>• Farmasi</li> <li>• Gizi</li> <li>• Terapi / latihan fisik</li> <li>• Kelompok kegiatan rawat inap</li> </ul>	Terdapat ruang radiologi, farmasi, anestesi, dan laboratorium	Merupakan kegiatan pendukung dalam melayani pasien yang terkait dengan kesehatan tubuh serta pelayanan dalam perawatan pasien. Disamping itu meliputi pelayanan dalam penyediaan obat dan peracikan, pembuatan obat, serta distribusi obat. Pada bagian ini juga berfungsi juga sebagai tempat untuk menyediakan semua kebutuhan medis untuk keperluan perawatan. Terdiri dari ruang apotik, ruang administrasi, ruang pusat sterilisasi, dll
5.	Fasilitas pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dapur</li> <li>• Binatu / laundry</li> <li>• Ruang Jenazah</li> <li>• Tempat Ibadah</li> </ul>	Terdapat ruang radiologi, farmasi, anestesi, dan laboratorium	Merupakan bagian yang terpenting dalam hal penyediaan pelayanan bagi pasien seperti makanan bagi penderita rawat inap dan staff rumah sakit serta pelayanan penerimaan barang, pengerjaan, penyimpanan dan pembagian (binatu). Disamping itu juga pelayanan terhadap jenazah dari pasien yang sudah meninggal.
6.	Sarana dan prasarana lainnya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kondisi / jumlah kamar tidur</li> <li>• Toilet</li> <li>• Tempat parkir</li> <li>• Kendaraan ambulance</li> <li>• Kantin</li> <li>• Listrik</li> <li>• Air bersih</li> <li>• Sampah</li> <li>• Drainase</li> <li>• Telepon</li> <li>• Sanitasi</li> </ul>	<p>Sarana :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lokasi mudah dijangkau masyarakat</li> <li>• Tersedia infrastruktur yang mudah</li> <li>• Tidak menimbulkan pencemaran</li> <li>• RS tidak tercemar dari luar</li> <li>• Luas lahan ± 3,5 Ha</li> <li>• Memenuhi peraturan daerah setempat</li> <li>• UGD mudah dicapai</li> <li>• Ruang rawat inap di lokasi tenang</li> <li>• Tata letak yang efisien</li> <li>• Pemisahan antara rawat jalan dan inap</li> <li>• Pelayanan penunjang yang mendukung pelayanan medis</li> <li>• Pelayanan non-medis harus mempunyai</li> </ul>	Merupakan pelayanan dalam mendukung seluruh kegiatan rumah sakit selain kegiatan medis seperti penerangan, pembuangan, pembersihan, dan lain-lain.

NO.	ASPEK KAJIAN	PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN RSU TIPE B	KETERANGAN
			pintu sendiri • Unit atau instalasi yang sering digunakan dan berhubungan sangat erat diletakkan pada tempat yang berdekatan Prasarana : Mempunyai jaringan listrik, jaringan air bersih, gas medis, penanggulangan kebakaran, komunikasi, saluran limbah, dan lainnya.	

Sumber: hasil analisis, 2007

### **BAB III**

## **GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TUGUREJO SEMARANG**

### **3.1 Kondisi Umum Pelayanan Rumah Sakit di Kota Semarang**

#### **3.1.1 Aspek Kebijakan Pemerintah**

Pemerintah berupaya untuk meningkatkan kemampuan aparatur negara dalam melayani, mengayomi, dan menumbuhkan prakarsa dan peran aktif masyarakat dalam pembangunan, sasaran pendayagunaan aparatur negara terutama dikaitkan dengan kualitas, efisiensi pelayanan dan pengayoman kepada masyarakat serta kemampuan profesional aparatur negara. Kebijakan Pemerintah khususnya di bidang kesehatan dituangkan dalam renana strategis (renstra) Departemen Kesehatan, yang terakhir renstra tahun 2004-2009. Visi di bidang kesehatan adalah "Indonesia Sehat 2010", artinya pembangunan kesehatan diarahkan mencapai kondisi bangsa Indonesia yang sehat pada tahun 2010. Dari visi ini Departemen Kesehatan menetapkan visi dari Departemen Kesehatan adalah "Masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat", suatu kondisi dimana masyarakat Indonesia menyadari, mau dan mampu untuk mengenali, mencegah dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi, sehingga dapat bebas dari gangguan kesehatan.

Di tingkat provinsi Jawa Tengah pembangunan kesehatan di arahkan melalui visi menjadi motor penggerak utama dan pendorong terwujudnya Jawa Tengah Sehat yang mandiri dan bertumpu pada potensi daerah. Visi ini ditindaklanjuti dengan misi :

1. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan, meningkatkan kualitas lingkungan, mendorong kemandirian dan keberdayaan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.
2. Menggerakkan dan mendorong peningkatan pelayanan kesehatan perorangan secara merata, terjangkau, bermutu dan berkesinambungan bagi seluruh masyarakat
3. Memantapkan kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan dan ketersediaan sumber daya kesehatan baik kuantitas maupun kualitas

Melalui visi dan misi yang telah disusun, Pemerintah baik pusat dan daerah menetapkan program pengembangan yang intinya adalah dalam rangka upaya mewujudkan masyarakat yang sehat, yang didukung dengan lingkungan yang sehat, baik fisik maupun sosial, perilaku dan budaya yang sehat serta didukung dengan fasilitas dan sumberdaya pelayanan yang memadai. Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat juga dikembangkan guna memberikan pelayanan umum kesehatan secara adil dan merata. Demikian pula dengan semakin berkembangnya penyakit berbahaya, maka fasilitas untuk mengatasi dan menanggulangi terus ditingkatkan.

RSUD Tugurejo sebagai satuan kerja perangkat daerah Provinsi Jawa Tengah, disamping mempunyai misi sebagai sumber pendapatan bagi daerah, namun yang lebih penting adalah memberikan pelayanan kesehatan secara umum yang memadai bagi masyarakat, dengan kekhususan pelayanan penyakit kusta.

Secara keseluruhan kajian organisasi dan manajemen Rumah Sakit Daerah sangat berhubungan dengan perkembangan desentralisasi di sektor kesehatan Indonesia. Kekuatan kendali yang dikonsentrasikan di daerah

merupakan kemudahan bagi direktur untuk mengelola Rumah Sakit Umum Daerah secara lebih fleksibel dengan mempertimbangkan segala potensi yang ada serta faktor lain baik positif maupun negatif yang mempengaruhi. Kebijakan pemerintah sampai saat ini masih mendukung bagi pengembangan rumah sakit.

Berkaitan erat dengan masalah kebijakan pemerintah yang dapat ikut mempengaruhi kondisi usaha suatu organisasi adalah kebijakan mengenai arah pengembangan wilayah, terutama pada daerah bersangkutan yang langsung mempengaruhi perubahan kondisi pasar, dalam hal ini Kota Semarang khususnya bagian barat. Dalam Rencana Tata Ruang Wilayah (RTRW) Kota Semarang diketahui bahwa konsentrasi penggunaan tanah untuk perumahan pada tahun 2005 akan ditingkatkan dengan konsentrasi untuk Semarang wilayah bagian barat adalah di Ngaliyan, Tambak Aji, dan Tugurejo. Untuk pengembangan industri di wilayah Semarang bagian barat akan banyak dikonsentrasikan ke Mangkang Wetan, Randugarut, Karanganyar, dan Tugurejo. Sedangkan peningkatan utilitas jalan dikonsentrasikan di Ngaliyan, Podorejo, dan Tugurejo. Untuk kepadatan penduduk diperkirakan peningkatan pesat terjadi di Ngaliyan, Kalipancur, Tambak Aji, Wonosari, dan Podorejo.

### **3.1.2 Kondisi Pelayanan Kesehatan di Kota Semarang**

Kota Semarang merupakan salah satu kota yang terletak di jalur utama Pantai Utara Pulau Jawa yang berada pada posisi tengah Pantai Utara Pulau Jawa terletak antara garis  $6^{\circ} 50'$  –  $7^{\circ} 4'$  Lintang Selatan dan garis  $109^{\circ} 35'$  –  $110^{\circ} 50'$  Bujur Timur dengan garis pantai sepanjang 13,6 kilometer.

Secara administratif Kota Semarang berbatasan dengan wilayah sebagai berikut:

- Sebelah Utara adalah Laut Jawa
- Sebelah Barat adalah Kabupaten Kendal
- Sebelah Timur adalah Kabupaten Demak
- Sebelah Selatan adalah Kabupaten Semarang.

Dalam perkembangan selanjutnya Kota Semarang banyak dipengaruhi keadaan alam yang berupa pantai dan perbukitan. Kota Semarang juga memiliki posisi yang strategis karena terletak pada jalur lalu lintas darat dan laut sehingga berpotensi menjadi kota dagang, industri, dan kota transit. Dengan luas wilayah 373,70 km<sup>2</sup> kota Semarang terbagi menjadi 3 wilayah pembantu walikota, 16 kecamatan, dan 177 kelurahan.

Secara umum di Kota Semarang terjadi pergeseran masyarakat ke arah industri yang terus bergerak ke produk tersier yang berarti hal ini mengisyaratkan mulai tumbuhnya kesadaran dalam hal mutu pelayanan termasuk pelayanan kesehatan. Selain itu terdapat pergeseran kelompok berpenghasilan tertinggi yang semakin meningkat dan kelompok berpenghasilan terendah menurun, namun demikian kondisi yang menguntungkan tersebut diikuti semakin meningkatnya ketidakmerataan penghasilan.

Dari segi aspek budaya masih banyak dijumpai di kalangan masyarakat Kota Semarang adanya preferensi dalam memilih tempat pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh kepercayaan terhadap penyedia layanan dan tarif sehingga masih cukup banyak pula masyarakat yang melakukan penyembuhan penyakitnya pada paranormal dan terapi alternatif yang tidak jarang bersifat non-medis. Banyak pula di antara masyarakat menggunakan obat tradisional atau obat yang dijual bebas jika mereka merasa penyakitnya masih ringan.

### **3.1.3 Kondisi Pelayanan Rumah Sakit di Kota Semarang**

Secara umum tersedianya fasilitas dan tenaga kesehatan yang memadai sangat berperan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat namun demikian kemudahan masyarakat dalam mengakses fasilitas dan tenaga kesehatan juga mempengaruhi. Dalam tabel berikut tampak besaran fasilitas dan tenaga kesehatan untuk Kota Semarang dimana terjadi peningkatan jumlah rata-rata 0,299% per tahun. Dari keseluruhan kapasitas rumah sakit di Kota Semarang yang tercatat, dari data terakhir nampak bahwa kapasitas Rumah Sakit Umum Tugurejo sebesar 3% seperti terlihat dalam tabel berikut:

**TABEL III.1**  
**KAPASITAS BERBAGAI RUMAH SAKIT DI KOTA SEMARANG**  
**TAHUN 2006**

No.	Jenis	Nama	Kepemilikan	Status	Kelas	Kapasitas
1.	RSU	Dr. Kariadi	Dep Kes RI	Pemerintah	B+	1,007
2.	RSU	Kodya Semarang	Pemkot Semarang	Pemerintah	C	125
3.	RS	Akabri Polisi Semarang	Mabes Polri	ABRI	C	51
4.	RSS	St. Elisabeth Semarang	Yay Elisabeth Semarang	Swasta	B+	457
5.	RSS	William Booth	Yay Bala Keselamatan	Swasta	C	100
6.	RSS	Telogorejo	Yay RS Telogorejo	Swasta	B+	247
7.	RSS	Sultan Agung Semarang	Yy badan Wakaf Sultan Agung	Swasta	C	108
8.	RSU	Roemani	Yy Muhammadiyah	Swasta	C	154
9.	RSU	Panti Wilasa I "Citarum"	Yakkum	Swasta	C	150
10.	RSS	Panti Wilasa II "Dr. Cipto"	Yakkum	Swasta	C madya	100
11.	RSS	Dr. Harsdhanudibroto	Yy Romo Ibu	Swasta		50
12.	RSJ	Jiwa Pusat Semarang	Dep Kes RI	Pemerintah	A	270
13.	RSS	Jiwa Puri Asih	Yy Puri Asih	Swasta		30
14.	RSB	Anugerah	Yy Anugerah	Swasta		30
15.	RSB	Bunda Semarang	Yy Retnadi Semarang	Swasta		41
16.	RSB	Gunung Sawo I	Yy Mardi Mulya	Swasta		50
17.	RSB	Kusuma	Yy Warenda	Swasta		25
18.	RS	Tugurejo	Pemda Prop Jawa Tengah	Pemerintah	B	247
19.	RSK	THT Wira Husada	Yy Wira Husada	Swasta		25
20.	RSK	THT Dharma Usadha	Yy Dharma Usadha	Swasta		25
21.	RSIA	Bahagia Semarang	Yy Amal Sholeh	Swasta		50
	<b>Jumlah</b>					<b>3,491</b>

Sumber: Statistik RSUD Tugurejo, 2007

#### **3.1.4 Wilayah Pelayanan dan Pesaing RSUD Tugurejo**

Secara makro dilihat melalui berbagai pola dan kecenderungan yang terjadi di Kota Semarang sebagai gambaran kondisi ekonomi yang paling mendekati pasar dan lingkungan dimana RSUD Tugurejo memberikan pelayanan, meskipun disini sebenarnya pangsa pasar yang dituju akan lebih spesifik pada lingkungan di sekitar Kecamatan Semarang Barat, Kecamatan Ngaliyan, dan Kecamatan Tugu, Kecamatan Mijen dan Kecamatan Kaliwungu Kendal.

Berbagai perusahaan yang ada di kawasan industri di Kota Semarang wilayah bagian barat yang merupakan daerah jangkauan operasi Rumah Sakit Umum Tugurejo yang tergabung dalam *Kawasan Industri Candi*, *Kawasan Tugu Indah Industri*, serta *Kawasan Guna Mekar Industri* serta ditambah dengan potensi industri di daerah Kabupaten Kendal yang berbatasan dengan Kota Semarang bagian barat. Wilayah tersebut merupakan suatu potensi pasar tersendiri yang selama ini belum ditangani dengan serius terlebih dengan karakter perusahaan perindustrian yang sarat dengan berbagai masalah kesehatan dan keselamatan kerja para anggotanya memerlukan suatu pemeriksaan dan perawatan kesehatan terus menerus. Namun demikian hal ini perlu diikuti dengan peningkatan sistem operasional rumah sakit yang mendukung dengan sumber daya manusia yang berkualifikasi standar. Terlebih jika pihak manajemen rumah sakit ingin memainkan peran dalam mengambil porsi atas pangsa pasar eksekutif pada berbagai perusahaan tersebut perlu dipertimbangkan adanya pelayanan yang benar-benar bermutu dan eksklusif disamping sistem operasional yang mendukung.

Mengenai sumber daya manusia yang tersedia dalam mendukung pemberian pelayanan kesehatan secara nasional khususnya di Kota Semarang perlu juga mendapat perhatian mengingat unsur ini merupakan unsur penting dalam pemberian pelayanan

Berdasarkan kondisi lapangan dapat diketahui bahwa pasar mempersepsikan Puskesmas Ngaliyan sebagai pesaing Rumah Sakit Umum Tugurejo, meskipun sebenarnya secara teknis Puskesmas Ngaliyan adalah salah satu mata rantai pelayanan kesehatan yang tergabung dalam sistem rujukan kesehatan milik pemerintah. Sedangkan bila ditinjau secara teknis pesaing langsung untuk Rumah Sakit Umum Tugurejo hingga saat ini di Kota Semarang wilayah bagian barat belum ada yang setara. Sedangkan untuk keseluruhan wilayah Kota Semarang, maka yang menjadi pesaing RSUD Tugurejo adalah Rumah Sakit Dr. Karyadi, Rumah Sakit Pantiwiloso, dan Rumah Sakit Kendal.

### **3.2 Profil Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo**

#### **3.2.1 Letak dan Kondisi Lingkungan RSUD Tugurejo**

Rumah sakit Daerah Tugurejo terletak di bagian barat Kota Semarang dan berada di tepi jalur jalan utama pulau Jawa (Pantura). Dengan letaknya pada jalur regional yang menghubungkan kota-kota utama di Pulau Jawa, menjadikan posisi ini sangat strategis dalam penyediaan pelayanan penanganan kecelakaan yang terjadi di jalur tersebut. Potensi ini menjadi landasan utama dalam rencana kebijaksanaan pengembangan Rumah Sakit daerah Tugurejo untuk meningkatkan pelayanan gawat darurat bagi para korban kecelakaan dalam bentuk “*trauma center*”.

Dalam konstelasi kota, letak Rumah Sakit Daerah Tugurejo berada dalam zona industri dan permukiman yang padat. Ini merupakan potensi pengembangan yang sangat penting untuk dapat meningkatkan pelayanan bagi para pekerja dan manager perusahaan yang berada di sekitarnya.

Kondisi lingkungan lingkungan Rumah Sakit Tugurejo adalah:

- Sisi utara bangunan dibatasi Jalan Raya Tugurejo sebagai jalan arteri primer yang merupakan jalur utara pulau Jawa.
- Sisi timur dibatasi oleh bangunan pabrik/industri.
- Sisi selatan terdapat pemukiman penduduk.
- Sisi Barat dibatasi beberapa perumahan. Pada sisi barat inilah terdapat potensi kapling untuk perluasan rumah sakit.

### **3.2.2 Sejarah Singkat**

Rumah Sakit Khusus Kusta Semarang di Tugurejo dibangun pada tahun 1952 oleh Dinas Pemberantasan Penyakit Kusta di Propinsi Jawa Tengah yang menempati lahan seluas 2.115 m<sup>2</sup>. Bangunan awal yang digunakan adalah bekas perusahaan dengan tanah *Eigendom Verponding* No.30 dan No.312 yang dibeli Dinas dengan Surat Keputusan DPD Daerah Swatantra Tingkat I Jawa Tengah tertanggal 26 Juni 1959 No. K12/6.13 dengan nominal sebesar Rp 105.000,00. Dimana pelaksanaan pembelian diserahkan pada DPU Daerah Swatantra Tingkat I Jawa Tengah Daerah Semarang. Awal mula pendirian rumah sakit ini adalah untuk merawat penderita penyakit kusta dari daerah-daerah di Jawa Tengah.

- S/d September 1993  
Merupakan Rumah Sakit Kusta (Khusus) milik Pemerintah Daerah Tingkat I Propinsi Jawa Tengah dengan Eselon IV A.
- Oktober 1993 – 1995  
Perintisan kenaikan eselon rumah sakit melalui Proyek Studi Kelayakan dari Direktorat Rumah Sakit Khusus dan Swasta Departemen Kesehatan.
- 15 Oktober 1995  
Surat Usulan Penetapan Kelas Rumah sakit Kusta dari Menteri Kesehatan kepada Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara.
- 30 Mei 1996  
Persetujuan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor : B 672/I/1996 tentang Penetapan Kelas C Rumah Sakit Kusta Tugurejo Semarang.
- 5 Juli 1996  
Terbit Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 743/Menkes/Sk/VII/1996 tentang Penetapan kelas Rumah Sakit Kusta Tugurejo Semarang menjadi setara dengan Rumah Sakit Kusta Tugurejo Semarang.
- 14 Januari 1998  
Adanya keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor : 17 tahun 1998 tentang Pedoman dan tata Kerja Rumah Sakit Kusta pada Dinas Kesehatan Daerah Tingkat I
- 13 Januari 1999  
Peraturan Daerah Nomor : 1 tahun 1999 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Kusta Propinsi Jawa Tengah.

- 11 Februari 1999  
Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 5 Tahun 1999 tentang Jabatan Struktural Eselon Dua Ke Bawah di Lingkungan Departemen Dalam Negeri dan Pemerintah Daerah Menjadi Eselon III a.
- 26 Desember 2000  
Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Nomor 1810/Menkes-Kesos/SK/XII/2000 tentang Perubahan Status Rumah Sakit Khusus menjadi Rumah Sakit Umum.
- 22 Desember 2003  
Dimulainya operasional RSUD Tugurejo kelas B dengan 200 Tempat Tidur.
- 19 November 2003  
Surat Keputusan (SK) Menteri Kesehatan Nomor: 1660/ MENKES/ SK/ XI/ 2003 tentang penetapan Rumah Sakit Tugurejo sebagai rumah sakit tipe B.
- 18 Juli 2005  
Surat Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah Nomor :005/13340/3 tentang pertemuan perencanaan program Set Up DIU Kota Semarang dan Pembentukan Klinik VCTdi 3 (tiga) Rumah Sakit di Kota Semarang.

Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo saat ini merupakan salah satu rumah sakit Kelas B di Kota Semarang, khususnya Semarang bagian barat. Rumah sakit ini terletak di ruas jalan utama yang merupakan rangkaian jalur Pantai Utara Jawa yang menghubungkan Kota Semarang dan Kota Kendal. dikelilingi oleh permukiman penduduk yang cukup padat serta dilingkupi tiga sentra industri, yaitu: Kawasan Industri Candi, Kawasan Tugu Indah Industri, dan Kawasan Guna Mekar Industri.



Sumber: dokumentasi, 2006

**GAMBAR 3.1**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TUGUREJO**

### 3.2.3 Visi, Misi, Strategi, dan Tujuan

Visi Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo adalah *”memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang paripurna dan prima.”*

Untuk mencapai visi tersebut, maka misi Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo, antara lain:

- Meningkatkan kualitas dan kuantitas sumberdaya manusia melalui Program Pengembangan Mutu
- Meningkatkan sarana dan prasarana sehingga memberikan kenyamanan kepada pasien, keluarga, dan karyawan
- Meningkatkan citra rumah sakit serta menghilangkan stigma terhadap penyakit kusta
- Menjadi pusat rujukan pelayanan kesehatan
- Menjadi pusat rujukan dan pendidikan penyakit kusta.

Strategi RSUD Tugurejo, antara lain:

- Mengusahakan peningkatan sarana dan prasarana melalui dana APBD, dan APBN terutama untuk pengembangan gedung dan peralatan kesehatan

- Mengusahakan penambahan tenaga profesi dan struktural ke institusi terkait serta meningkatkan kualitas sumberdaya manusia
- Menyusun SOT agar rumah sakit menjadi lembaga yang kondusif bagi pengembangan pelayanan prima
- Mengusahakan adanya dukungan instansi terkait, DPRD, Depkes dan lembaga lainnya
- Meningkatkan komunikasi dan informasi di seluruh jajaran rumah sakit
- Meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dengan meningkatkan mutu pelayanan yang sudah ada maupun menambah pelayanan yang belum ada sesuai dengan kebutuhan masyarakat
- Menerapkan prinsip *Total Quality Management* di seluruh jajaran rumah sakit secara terus-menerus
- Menjalin kerjasama dengan industri, Astek, dan Jamsostek
- Menyusun pola tarif berdasarkan *Unit Cost*.

Tujuan utama dari Rumah Sakit Umum Daerah Daerah Tugurejo adalah memberikan pelayanan yang prima dan biaya terjangkau. Sedangkan tujuan khususnya, adalah:

- Pusat rujukan serta pendidikan penyakit kusta se-Jawa Tengah
- Pusat rujukan pelayanan kesehatan spesialis di Semarang Barat dan sekitarnya
- Rumah sakit kebanggaan karyawan, pemerintah, dan masyarakat Jawa Tengah
- Meningkatkan kinerja keuangan, sehingga makin lama *cost recovery* makin tinggi.

### **3.3 Kegiatan Pelayanan dan Fasilitas Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tugurejo**

Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo mempunyai berbagai macam produk layanan yang terbagi dalam berbagai instalasi. Seluruh pasien pada poliklinik yang buka efektif mulai jam 08.00 WIB dan direncanakan pada tahun 2002 dapat melayani selama 12 jam dengan poliklinik yang lengkap untuk Tipe B.

#### **3.3.1 Sistem dan Kegiatan Layanan Utama**

Sistem kegiatan layanan utama dari Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo meliputi:

- Pelayanan umum
- Pelayanan kesehatan kulit dan kelamin
- Pelayanan kesehatan anak
- Pelayanan bedah
- Pelayanan kesehatan penyakit dalam
- Pelayanan kesehatan telinga, hidung, dan tenggorok
- Pelayanan kesehatan syaraf
- Pelayanan kesehatan tumbuh kembang
- Pelayanan bedah orthopedi
- Pelayanan anestesi
- Pelayanan kesehatan kandungan dan kebidanan
- Pelayanan kesehatan mata
- Pelayanan kesehatan gigi

- Pelayanan terhadap penyakit kusta
- Pelayanan fisiotherapi.
- Pelayanan psikologi.

Seluruh sistem kegiatan pelayanan tersebut didukung sepenuhnya dengan fasilitas dari 17 instalasi yang terintegrasi dalam suatu sistem organisasi dalam bentuk layanan lintas fungsi:

- Instalasi rawat jalan
- Instalasi rawat inap
- Instalasi rawat intensif
- Instalasi gawat darurat
- Instalasi rekam medik
- Instalasi bedah sentral
- Instalasi radiologi
- Instalasi laboratorium
- Instalasi farmasi
- Instalasi gizi
- Instalasi rehabilitasi medik
- Instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit.
- Instalasi pengolah data elektronik
- Instalasi higiene dan sanitasi
- Instalasi pemulasaran jenazah
- Instalasi pusat sterilisasi
- Instalasi *laundry*.



*Sumber: dokumentasi, 2006*

### **GAMBAR 3.2 BANGUNAN INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD)**

#### **3.3.2 Fasilitas Pelaksanaan Kegiatan Layanan Utama**

Pelaksanaan dari berbagai layanan utama tersebut memiliki sistem penyelenggaraan sebagai berikut:

##### **1. Fasilitas Medis Rawat Jalan**

Produksi jasa pelayanan medis secara poliklinis diselenggarakan di instalasi rawat jalan yang terdiri dari berbagai jenis layanan, meliputi:

- Poliklinik umum
- Poliklinik anak
- Poliklinik kulit dan kelamin
- Poliklinik bedah
- Poliklinik penyakit dalam
- Poliklinik telinga, hidung, dan tenggorok
- Poliklinik syaraf
- Poliklinik tumbuh kembang
- Poliklinik bedah orthopedi
- Poliklinik kandungan dan kebidanan
- Poliklinik kesehatan mata

- Poliklinik kesehatan gigi
  - Poliklinik kusta
  - Poliklinik rehabilitasi medis.
  - Poliklinik gizi
  - Poliklinik psikologi
2. Fasilitas Pelayanan Medis Rawat Inap

Untuk layanan bagi pasien yang harus menginap di rumah sakit telah disediakan layanan rawat inap yang tergabung dalam lima bangsal, yaitu: Mawar, Melati, Anggrek, Bougenville, Kenanga dan Wijaya Kusuma, dimana kelas yang dilayani dari kelas III sampai kelas I dan utama (VIP).
  3. Instalasi Pelayanan Gawat Darurat Medis

Menyediakan produk layanan penanganan medis yang memiliki aspek kedaruratan medis. Pelayanan ini dapat diberikan selama 24 jam dan dilaksanakan di instalasi rawat darurat. Disamping pelayanan tindakan penanganan kedaruratan medis yang bersifat rawat jalan juga diselenggarakan kegiatan rawat inap sementara.
  4. Instalasi Pelayanan Rawat Intensif

Pelayanan intensif dilaksanakan dengan menggunakan fasilitas Instalasi Rawat Intensif (IRI) dan saat ini telah memiliki bangsal intensif sendiri.
  5. Instalasi Pelayanan Kebidanan dan Kandungan

Menyediakan pelayanan kesehatan kandungan dan kebidanan termasuk Keluarga Berencana baik rawat inap maupun rawat jalan.
  6. Instalasi Pelayanan bedah

Menyediakan layanan bedah umum dan ortopedi bagi pasien rawat jalan maupun rawat inap.

7. Instalasi Pelayanan Kesehatan Telinga, Hidung, dan Tenggorok

Menyediakan pelayanan kesehatan telinga, hidung dan tenggorok baik rawat inap maupun rawat jalan.

8. Instalasi Pelayanan Kesehatan Mata

Menyediakan pelayanan kesehatan mata, baik rawat inap maupun rawat jalan.

9. Instalasi Pelayanan Kesehatan Syaraf

Menyediakan pelayanan kesehatan syaraf, baik rawat inap maupun rawat jalan.

10. Instalasi Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Menyediakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut, baik rawat inap maupun rawat jalan.

11. Instalasi Pelayanan Kesehatan Kulit dan Kelamin

Menyediakan pelayanan kesehatan kulit dan kelamin, baik rawat inap maupun rawat jalan.

12. Instalasi Pelayanan Kesehatan Anak

Menyediakan pelayanan kesehatan anak, baik rawat inap maupun rawat jalan.

13. Instalasi Pelayanan Psikologi

Menyediakan pelayanan konsultasi psikologi, tes psikologi dan lain-lain layanan psikologi klinik bagi karyawan dan umum.

14. Instalasi Pelayanan Kesehatan Tumbuh Kembang

Menyediakan pelayanan kesehatan anak, khususnya usia dini berkaitan dengan masalah pertumbuhan dan perkembangan anak.

15. Instalasi Pelayanan Pengobatan Penyakit Dalam

Menyediakan pelayanan kesehatan penyakit dalam, baik rawat inap maupun rawat jalan.

16. Instalasi Pelayanan Unit Khusus Penyakit Kusta

Menyediakan pelayanan kesehatan kusta, baik rawat inap atau rawat jalan

### **3.3.3 Fasilitas Pelaksanaan Kegiatan Layanan Penunjang**

Disamping produk jasa layanan di atas, rumah sakit ini juga memiliki produk layanan yang bersifat penunjang medis yang sepenuhnya diselenggarakan di berbagai instalasi penunjang, yaitu:

1. Instalasi Pelayanan Pemeriksaan Laboratorium Klinis

Menyediakan produk layanan penunjang berupa jasa pemeriksaan laboratorium klinis, baik bagi konsumen internal maupun eksternal.

2. Instalasi Pelayanan Pemeriksaan Patologi Anatomi

Menyediakan produk layanan penunjang berupa jasa pemeriksaan patologi anatomi, baik bagi konsumen internal maupun eksternal.

3. Instalasi Pelayanan Farmasi

Menyediakan produk layanan penunjang berupa farmasi dan pelayanan farmasi klinis.

4. Instalasi Pelayanan Radiologi

Menyediakan produk layanan penunjang berupa jasa radiodiagnostik baik, bagi konsumen internal maupun eksternal.

#### 5. Instalasi Pelayanan Rehabilitasi Medis

Menyediakan produk layanan penunjang berupa jasa rehabilitasi medis meski masih terbatas pada fisioterapi dan protese, baik bagi konsumen internal maupun eksternal.

#### 6. Instalasi Pelayanan Bedah Terpadu

Menyediakan produk layanan penunjang berupa jasa operasi, mulai dari yang sederhana hingga pelayanan kompleks terbatas baik umum maupun spasio ortopedi, baik bagi konsumen internal maupun eksternal.

#### 7. Instalasi Pelayanan Anestesi

Menyediakan produk layanan penunjang berupa jasa anestesi, baik bagi konsumen internal maupun eksternal.

#### 8. Instalasi Pelayanan Elektromedik

Menyediakan produk layanan penunjang diagnostik berupa jasa pemeriksaan endoskopi, ERCP, Ekokardiografi, Tesmill, EMG, EEG, yang diberikan oleh dokter spesialis penyakit dalam, maupun dokter spesialis penyakit bedah.

#### 9. Instalasi Pelayanan Kedokteran Forensik

Menyediakan produk layanan penunjang berupa jasa kedokteran forensik baik bagi konsumen internal maupun eksternal terutama perawata jenazah klinis.

#### 10. Instalasi Pelayanan Gizi

Menyediakan produk layanan penunjang berupa jasa asuhan gizi, baik bagi konsumen internal maupun dikembangkan ke arah konsumen eksternal.

Selain fasilitas pelayanan di atas RSUD ini juga memiliki layanan khusus guna menunjang aktivitas RSUD Tugurejo Semarang, yaitu:

1. Layanan kecantikan
2. Layanan penunjang diagnostik
3. Layanan *trauma center*
4. Layanan sub spesialis bedah
5. Layanan sub spesialis penyakit dalam
6. Layanan sub spesialis anak
7. Layanan bagi penanganan kekerasan terhadap perempuan dan anak
8. Layanan HIV/ penyakit infeksi lain
9. Layanan thalasemia
10. Layanan hemodialisa
11. Layanan bank darah
12. Layanan pengembangan DIKLIT.

Untuk pelayanan medis dan non-medis, rumah sakit ini juga didukung oleh beberapa tenaga medis dan non medis yang profesional. Berdasarkan data Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2007, RSUD Tugurejo memiliki jumlah tenaga medis dan non-medis sebanyak 474 orang. Adapun rinciannya adalah sebagai berikut:

**TABEL III.2**  
**JUMLAH TENAGA KESEHATAN RSUD TUGUREJO**

Sumber Daya Kesehatan	Jumlah (N)
Dokter	20
Dokter Spesialis	28
Dokter Gigi	5
Apoteker	2
Perawat/ Bidan	173
Ahli Gizi	11
Ahli Sanitasi	4
Ahli Kesehatan Masyarakat	17
Tenaga Non Medis/teknisi	138
<b>JUMLAH</b>	<b>474</b>

*Sumber: Profil Kesehatan Kota Semarang, 2007*

### 3.4 Perkembangan Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo

Perkembangan RSUD Tugurejo, dapat dilihat pada tiga indikator, yaitu: penambahan sumberdaya manusia, pendapatan rumah sakit, dan kunjungan pasien.

#### A. Sumberdaya Manusia

Yang termasuk sumberdaya disini adalah jenis kepegawaian di RSUD Tugurejo, dengan perkembangan yang dapat dilihat pada tabel III.7:

**TABEL III.3**  
**JENIS DAN JUMLAH KEPEGAWAIAN RSUD TUGUREJO**

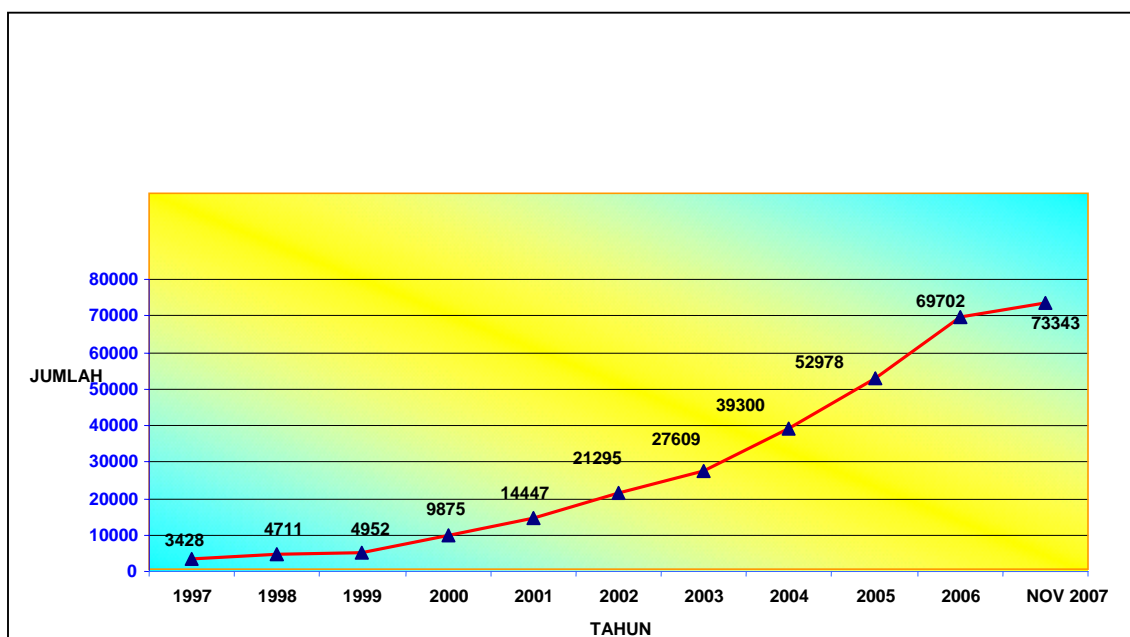
No	Jenis Kepegawaian	Tahun 2000	Tahun 2001	Tahun 2002	Tahun 2003	Tahun 2004	Tahun 2005	Tahun 2006	Tahun 2007 (OKT)
1	Dokter	12	18	26	37	48	53	53	53
	Dokter Umum	5	7	9	15	24	21	20	20
	Dokter Spesialis	6	10	14	19	20	26	28	30
	Dokter Gigi	1	1	3	3	4	5	5	5
2	Apoteker	1	2	2	2	2	2	2	3
3	Tenaga Keperawatan	34	47	73	130	162	167	173	200
4	Tenaga Kesehatan lainnya	4	6	15	41	74	56	95	90
5	Non Medis	67	77	88	99	153	167	138	160
	<b>Total Jumlah</b>	<b>118</b>	<b>150</b>	<b>204</b>	<b>309</b>	<b>439</b>	<b>445</b>	<b>461</b>	<b>506</b>

*Sumber : Profil RSUD Tugurejo 2007*

Dari tabel III.7, maka setiap tahunnya terdapat penambahan jumlah sumberdaya yang ada di RSUD Tugurejo, meskipun penambahannya tidak terlalu banyak.

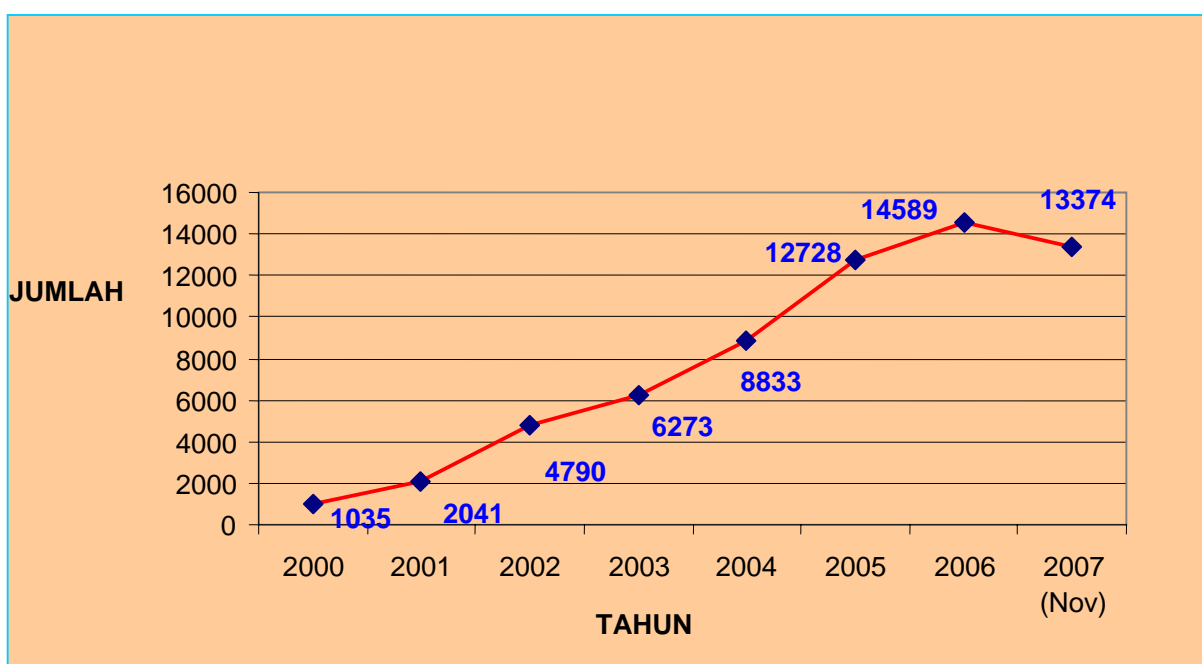
#### B. Kunjungan Pasien

Kunjungan dalam artian disini adalah kemauan dari masyarakat untuk memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan dari RSUD Tugurejo. Kunjungan pasien terbagi menjadi dua, yaitu pasien rawat jalan dan rawat inap.



Sumber: Profil RSUD Tugurejo, 2007

**GAMBAR 3.3**  
**GRAFIK KUNJUNGAN PASIEN RAWAT JALAN DI RSUD TUGUREJO**  
**SEMARANG TAHUN 1997 S/D NOVEMBER 2007**



Sumber: Profil RSUD Tugurejo, 2007

**GAMBAR 3.4**  
**GRAFIK KUNJUNGAN PASIEN RAWAT INAP DI RSUD TUGUREJO**  
**SEMARANGTAHUN 2000 S/D NOVEMBER 2007**

Dari kedua gambar di atas, maka dapat dilihat terjadi peningkatan kunjungan pasien yang dimulai dari tahun 2000. Hal ini dipengaruhi oleh perubahan status RSUD Tugurejo.

**TABEL III.4**  
**JUMLAH PASIEN BERDASARKAN ASAL PENGUNJUNG**

Asal Pengunjung	Jumlah			Vol.Kegiatan Rata-Rata/ Tahun	%	Trend
	2002	2003	2004			
Tugu	6169	16322	19382	1395	4	Naik
Ngaliyan	7113	18820	22384	16105	48	Naik
Mijen	704	1862	2211	1592	5	Naik
Smg. Barat	3098	8196	9733	7009	20	Naik
Smg. Tengah	343	909	1079	777	2	Naik
Smg. Timur	77	203	241	174	1	Naik
Smg. Selatan	915	2422	2876	2071	6	Naik
Smg. Utara	698	1846	2192	1579	5	Naik
Luar Kota Smg	1399	3703	4397	3166	9	Naik
<b>Total</b>	<b>20.516</b>	<b>54.283</b>	<b>64.495</b>	<b>33868</b>		

Sumber: Business Plan RSUD Tugurejo, 2005

Berdasarkan lokasi asal pengunjung, maka pengunjung terbanyak berasal dari daerah Ngaliyan, dan Kecamatan Semarang Barat. Hal ini berkaitan dengan lokasi RSUD ini yang berada di Kecamatan Semarang Ngaliyan. Selain itu, juga dapat dilihat bahwa jumlah pengunjung yang berasal dari luar Kota Semarang (dari Kabupaten Kendal dan Batang). Hal ini berkaitan dengan fungsi RSUD ini sebagai pusat rujukan bagi Rumah Sakit Daerah lainnya.

### 3.5 Program dan Kebijakan Pengembangan RSUD Tugurejo

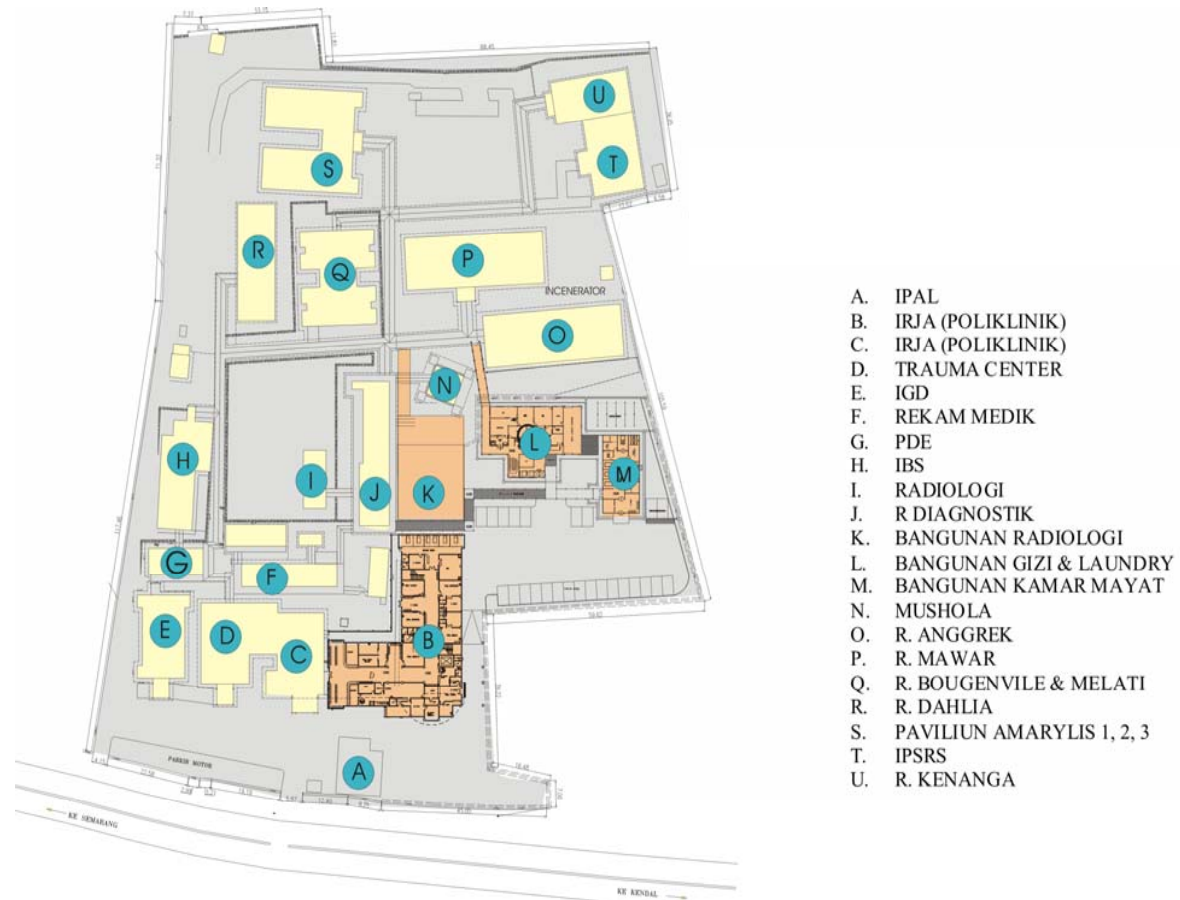
Secara umum program dan kebijakan RSUD Tugurejo masih cukup banyak. Hal ini membuktikan bahwa masih banyak terdapat kekurangan dari pelayanan RSUD Tugurejo. Berikut ini adalah program dan kebijakan yang akan dilaksanakan oleh RSUD Tugurejo.

**TABEL III.5**  
**PROGRAM DAN KEBIJAKAN PENGEMBANGAN RSUD TUGUREJO**

NO	PROGRAM	KEBIJAKAN
1.	Sertifikasi kompetensi atau pelatihan	Mengikutsertakan karyawan dalam berbagi pelatihan teknis/ manajemen dan fungsional
2	Peaksanaan training sesuai TNA	Melakukan TNA untuk mendesain In House Training di Rumah Sakit
3.	Survai kepuasan karyawan	Melakukan survai kepuasan setahun 2 X
4.	Penerapan budaya kerja	Melakukan pelatihan budaya kerja secara on the job training
5.	Pelaksanaan PSBH	Melakukan kegiatan PSBH
6.	Penerapan renumerisasi sistem insentif	Melakukan evaluasi sistem insentif yang telah berlaku
7.	Penerapan DP3/PA bagi karyawan, termasuk karyawan kontrak secara konsisten	Pelaksanaan DP3 bagi segenap PNS, dan PA bagi karyawan non PNS/kontrak
8.	Pembuatan SOT dan Job Disc yang jelas	Pengajuan SOT RS yang baru ke PEMDA Jateng
9.	Peningkatan jenis pelayanan medis subspecialistik, kecantikan dan diagnostik	Perencanaan jenis pelayanan baru
10.	Peningkatan kecepatan waktu tunggu kecepatan pelayanan	Survai waktu tunggu pelayanan
11.	Penggunaan SIM di semua bagian	Pelaksanaan SIM oleh semua petugas pelayanan

12.	Peningkatan kecepatan respon time pengadaan	Meningkatkan kecepatan respon time pengadaan
13.	Penerapan pelayanan prima	Pelaksanaan pelayanan prima
14.	Mengikuti akreditasi 16 pokja	Terakritisinya 16 pokja
15.	Mengikuti sertifikasi ISO 9001:2001	Tersertifikasinya ISO 9001:2001
16.	Pelaksanaan Mini Konvensi PSBH 1 Th/ 1x	Terlaksananya Mini Konvensi PSBH
17.	Pelaksanaan audit mutu medik (sesuai dengan indikator pelayanan medik) dan non-medik	Terlaksananya audit mutu medik dan non-medik RS
18.	Pemberdayaan komite medik, komite mutu, dan komite keperawatan	Pemberdayaan komite medik, komite mutu, dan komite keperawatan
19.	Pembentukan tim pemasaran	Terbentuknya tim pemasaran
20.	Peningkatan fungsi rujukan	Meningkatnya fungsi rujukan
21.	Pelaksanaan event sosial untuk pembentukan citra RS	Meningkatnya citra RS
22.	Indeks kepuasan pelanggan	Tersedianya indeks kepuasan pelanggan
23.	Penurunan jumlah <i>komplain</i>	Penurunan jumlah <i>komplain</i> 10%
24.	Jumlah pelanggan retensi	Meningkatnya jumlah pelanggan retensi
25.	Jumlah pelanggan baru	Meningkatnya jumlah pelanggan baru
26.	Peningkatan penerimaan operasional	Meningkatnya penerimaan operasional 10%
27.	Penerapan unit cost dalam tarif pelayanan	Penerapan unit cost dalam tarif pelayanan tahun 2005
28.	Penerapan sistem akuntansi yang baik	Penerapan sistem akuntansi yang baik tahun 2005
29.	Publikasi laporan keuangan	Publikasi laporan keuangan RS oleh akuntan publik
30.	Efisiensi dan efektivitas penggunaan dana operasional	Efisiensi dan efektivitas penggunaan dana operasional sampai 10%
31.	Mempertahankan biaya modal dari pemerintah daerah setempat	Menambah biaya modal dari pemerintah daerah setempat

Sumber: *Business Plan RSUD Tugurejo, 2005*



Sumber: Bussines Plan, 2005

**GAMBAR 3.5**  
**DENAH LOKASI RSUD TUGUREJO SEMARANG**

### **3.6 Permasalahan Pengembangan RSUD Tugurejo Semarang**

Berdasarkan hal diatas maka permasalahan pengembangan di RSUD Tugurejo terbagi menjadi dua, yaitu: permasalahan internal (di dalam lingkungan rumah sakit) dan permasalahan eksternal (di luar lingkungan rumah sakit). Berikut ini adalah permasalahan internal pengembangan RSUD Tugurejo:

- Kurangnya sumber daya manusia (tenaga medis dan non medis)
- Kurangnya pelayanan poliklinik untuk melayani pasien
- Kapasitas pelayanan yang masih kurang mencukupi untuk melayani pasien.

Sedangkan untuk permasalahan eksternal pengembangan RSUD Tugurejo, adalah:

- Adanya pesaing yang cukup potensial
- Anggapan buruk terhadap penyakit kusta yang berimbas pada opini mengenai rumah sakit
- Kondisi ekonomi masyarakat sekitar pada tingkat menengah dan di beberapa lokasi memiliki mayoritas kelas bawah
- Adanya anggapan bahwa pelayanan rumah sakit tersebut masih di bawah rumah sakit lainnya.

## **BAB IV**

### **ANALISIS PELAYANAN RSUD TUGUREJO**

Pada bab-bab terdahulu diketahui bahwa keberadaan RSUD Tugurejo diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di sekitarnya (Kota Semarang bagian barat). Sarana dan prasarana yang tersedia serta sumberdaya manusia dan manajemen harus dapat mengakomodir kebutuhan layanan kesehatan yang ada di wilayah tersebut, sehingga dapat memberikan pelayanan yang prima. Untuk mengetahui hal tersebut perlu adanya beberapa analisa tentang kapasitas, permintaan pasar, kebijakan pengembangan, kinerja pelayanan hingga arahan dan strategi yang tepat untuk mengembangkan layanan kesehatan tersebut.

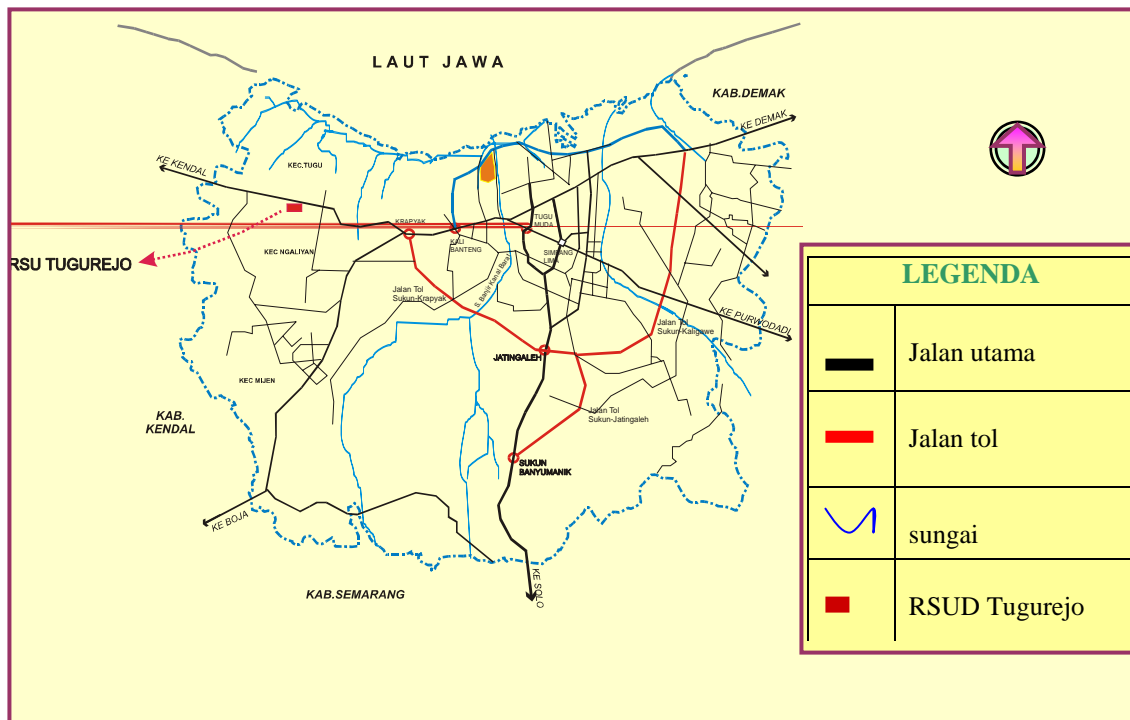
#### **4.1 Identifikasi Kapasitas Pelayanan RSUD Tugurejo (*Supply*)**

Analisis kapasitas pelayanan ini digunakan untuk mengetahui kondisi umum RSUD Tugurejo, baik mengenai daya tampung maupun kondisi fisik, serta sarana dan prasarana yang berada di lokasi studi. Analisis ini diperoleh dengan melakukan pendeskripsian terhadap kondisi tersebut yang didukung pula dari data hasil wawancara dan tinjauan di lapangan. Selain itu analisis ini juga digunakan sebagai pendukung dalam mengkaji penyediaan (*supply*) yang ada pada RSUD Tugurejo.

##### **4.1.1 Lokasi dan Aksesibilitas RSUD Tugurejo**

Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo (milik Pemerintah Provinsi Jawa Tengah) sebagai salah satu rumah sakit negeri di Kota Semarang, ikut berperan

dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan memberikan pelayanan kesehatan secara optimal yang dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat, dan mempunyai tugas penting dalam menjamin kelangsungan dan mutu pelayanan kesehatan, khususnya bagi seluruh warga wilayah Kota Semarang dan sekitarnya



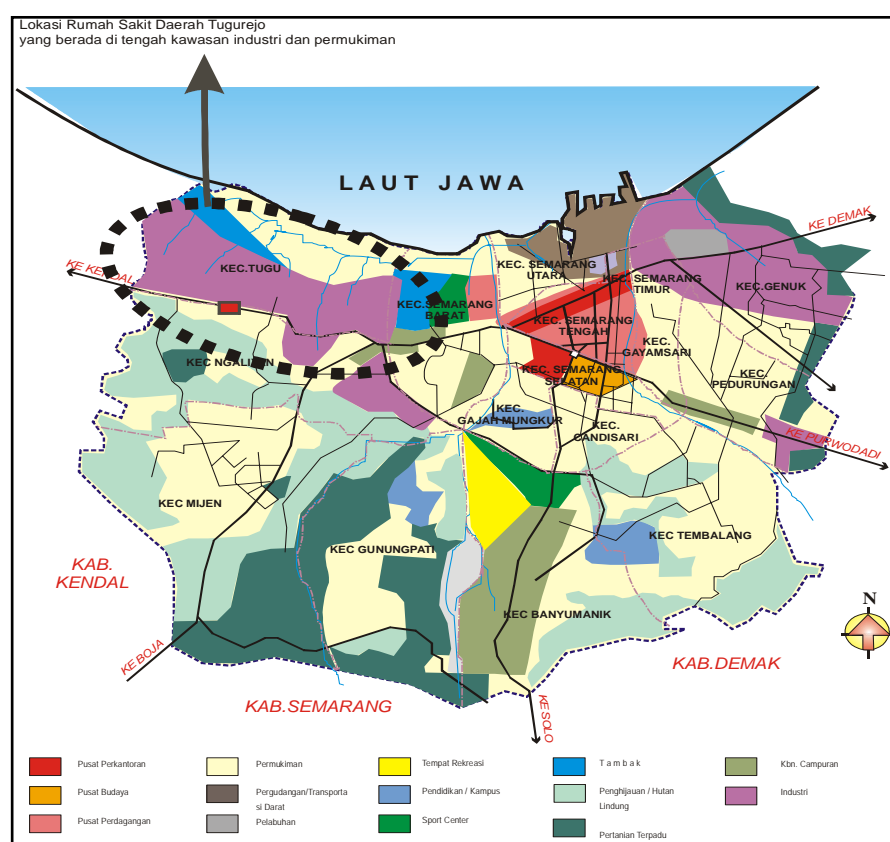
**GAMBAR 4.1**  
**LETAK RSUD TUGUREJO DALAM KOTA SEMARANG**

Lokasi RSUD Tugurejo merupakan wilayah yang cukup strategis, pada ketiga kecamatan yang ada (Kecamatan Semarang Barat, Ngaliyan, dan Tugu) terus mengalami perkembangan, salah satunya dengan keberadaan kawasan industri. Sehingga pelayanan kesehatan tidak hanya untuk penduduk di wilayah tersebut, tetapi juga untuk pekerja industri. Beberapa industri yang ada lokasinya berdekatan dengan RSUD Tugurejo, yaitu:

- PT. JAMSOSTEK
- PT. Sango Ceramics Indonesia
- PT. Askes PNS
- PT. Askes Sukarela
- PT. On Time Garmindo
- PT. Wira Petro Plastindo
- PT. Sandang Asia Maju Abadi
- PT. Golden Manyaran
- PT. Ramamuza Bhakti Husada
- PT. San Yu
- PT. Rimba Partikel Indonesia
- PT. Indofood Sukses Makmur
- PT. AST

Keberadaan kawasan industri tersebut, harus didukung dengan fasilitas umum, termasuk fasilitas kesehatan/rumah sakit, oleh karena Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo salah satu fasilitas kesehatan yang dekat dengan lokasi industri tersebut, dengan potensi dan kesempatan tersebut harus segera ditindaklanjuti dengan langkah-langkah nyata. Kebutuhan langkah nyata ini mencakup upaya penyediaan dan penyiapan segala sumberdaya serta memperbaiki proses pemberian pelayanan agar siap memberikan pelayanan yang prima kepada para pengguna layanan/pasien. Dengan demikian, diharapkan rumah sakit dapat lebih meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan pekerja kawasan pada khususnya serta masyarakat sekitar pada umumnya.

Letak RSUD Tugurejo yang berada di jalur pantura yang merupakan jalur utama antarkota, mengakibatkan rumah sakit ini mempunyai jalur pencapaian strategis dalam skala kota/provinsi. Dimensi pencapaian pada Jalan Raya Tugurejo sudah cukup besar, yaitu dapat dilalui oleh 4 buah kendaraan roda empat. Aspek kemudahan pencapaian menuju ke lokasi rumah sakit merupakan potensi utama untuk pengembangan selanjutnya. Fungsi arteri primer yang ada pada jalan utama memiliki persyaratan untuk tidak menimbulkan kelambatan/kemacetan jalur yang ada.



Sumber : Profil Rumah Sakit Umum Tugurejo SemarangTh 2007

**GAMBAR 4.2**  
**LINGKUNGAN KAWASAN INDUSTRI DAN PERMUKIMAN DI**  
**SEKITAR RSU TUGUREJO**

Ditinjau dari aspek pencapaian internal, rumah sakit ini mempunyai *Main Entrance* (ME) dari Jalan Raya Tugurejo yang merupakan jalur arteri primer/utama. Permasalahannya adalah pencapaian ke ME yang sangat berbahaya karena berada pada tikungan jalan, terutama pemakai yang datang dari arah barat serta yang akan keluar ke arah timur. Laju kendaraan yang sangat cepat serta intensitas yang sangat tinggi memerlukan penanganan jalur pencapaian yang tepat. Saat ini telah memiliki pintu samping, namun karena letaknya tepat di tikungan maka tidak dapat dimanfaatkan sampai saat ini.

#### **4.1.2 Kondisi Lingkungan RSUD Tugurejo**

Kondisi lingkungan di sekitar RSUD Tugurejo berkaitan dengan fungsi dan aktivitasnya. Kondisi lingkungan RSUD Tugurejo diuraikan sebagai berikut:

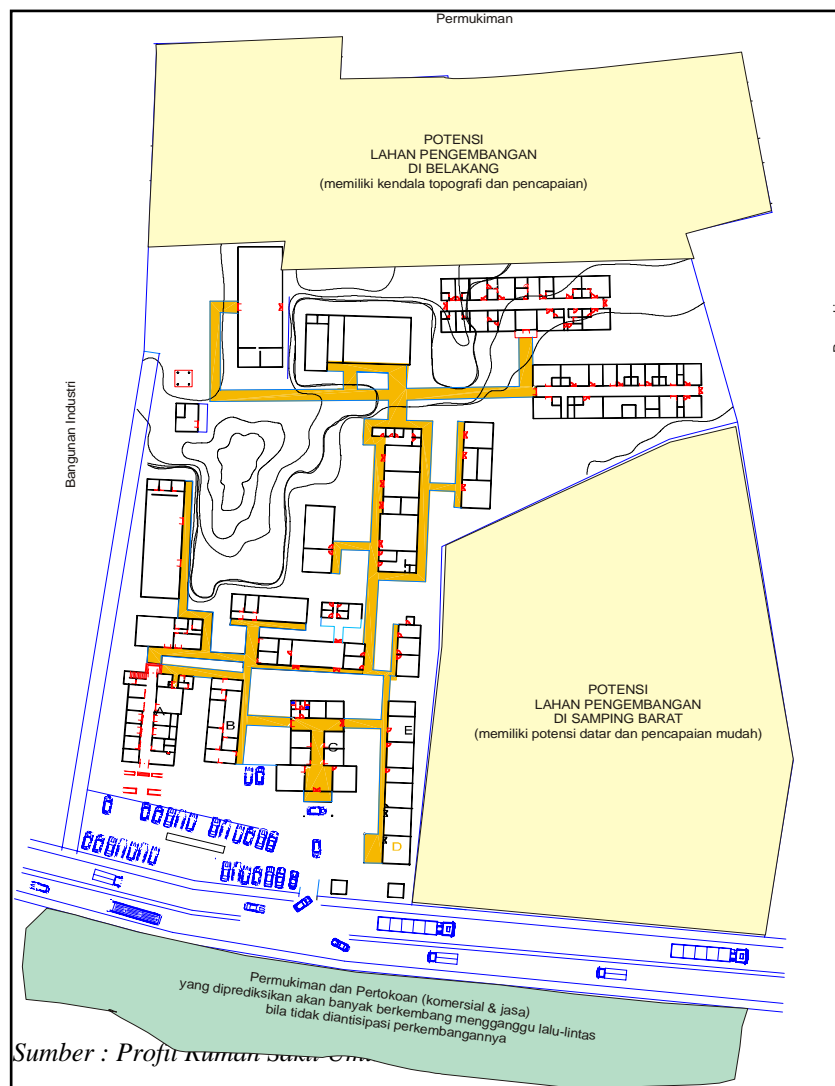
- Sisi utara bangunan dibatasi Jalan Raya Tugurejo sebagai jalan arteri primer yang merupakan jalur utara pulau Jawa.
- Sisi timur dibatasi oleh bangunan pabrik/ industri.
- Sisi selatan terdapat pemukiman penduduk.
- Sisi Barat dibatasi oleh lahan kosong dan terdapat beberapa perumahan. Pada sisi barat inilah terdapat potensi kapling untuk perluasan rumah sakit.

Pada bagian belakang bangunan atau sisi selatan masih terdapat lahan kosong yang cukup luas. Pada potensi lahan di belakang ini akan dapat dimanfaatkan untuk pengembangan zonasi perawatan dan zonasi pelayanan (*service*). Kondisinya yang berada di belakang merupakan potensi untuk perletakan zonasi pelayanan (*service*), sehingga tidak mengganggu aktivitas

utama. Pemanfaatan potensi ini juga harus mempertimbangkan pada kondisi topografi yang akan dianalisis pada bagian selanjutnya.

Pada sisi barat bangunan terdapat potensi area pengembangan dengan luas 9.200 m<sup>2</sup> yang saat ini masih dalam proses pembebasan. Maka untuk arah pengembangan selanjutnya (jangka panjang), pengembangan Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo diharapkan dapat mengupayakan pemanfaatan area pengembangan tersebut. Potensi lahan pengembangan yang memiliki potensi pencapaian dari jalan utama merupakan potensi sangat baik untuk penggunaan zonasi pelayanan umum seperti poliklinik dan pusat diagnostik. Dari aspek lingkungan, perluasan lahan ini memiliki arti yang sangat penting untuk rencana pengembangan jangka panjang, di mana keterbatasan lahan yang ada dapat dipenuhi dengan pemanfaatan lahan baru ini.

Kawasan lingkungan di sekitar rumah sakit merupakan kawasan permukiman dan perindustrian, yang tentunya merupakan potensi pasar yang besar untuk dikelola secara khusus. Dengan lokasi yang strategis bagi kawasan industri, maka rumah sakit ini merupakan satu-satunya rumah sakit terdekat yang merupakan daya saing tinggi bagi potensi pasar. Aspek ini telah menjadi kebijaksanaan pemerintah dan pengelola untuk memberikan pelayanan khusus bagi pekerja yang tentunya juga harus didukung dengan berbagai tambahan ruang dan bangunan. Gambaran lingkungan RSUD Tugurejo Semarang dapat dilihat pada Gambar 4.3. berikut :



**GAMBAR 4.3**  
**KONDISI LINGKUNGAN SEKITAR RSUD TUGUREJO**

Secara umum interaksi aktivitas terhadap lingkungan adalah tidak terlalu mengganggu mengingat letaknya berada di kawasan industri, namun keberadaan beberapa lingkungan permukiman di sekitarnya harus diantisipasi kemungkinan adanya gangguan kebisingan, pencemaran sumber daya alam, sosial dan lain-lain. Hal ini tentunya memerlukan peran aktif pengelola untuk memberikan sosialisasi dan pendekatan yang baik dengan lingkungannya. Keberadaan lingkungan permukiman di sisi utara (seberang jalan arteri) yang saat ini telah mulai banyak

tumbuh pertokoan dan usaha jasa lainnya merupakan aspek lingkungan sekitar yang sangat perlu diperhatikan. Dalam rencana pengembangan masa mendatang, eksistensi rumah sakit yang semakin besar sangat dimungkinkan tumbuhnya kawasan komersial di lokasi ini sebagai bentuk *activity support* (aktivitas pendukung). Bila kecenderungan perkembangan ini tidak diantisipasi, maka aktivitasnya akan sangat mengganggu jalur jalan utama terpenting di pantai utara Jawa. Hal ini perlu diantisipasi dengan pengalokasian berbagai sara penunjang rumah sakit yang berada di dalam kompleks rumah sakit seperti pertokoan, wartel, rumah makan, dan lain-lain.

#### **4.1.3 Kondisi Sarana dan Daya Tampung RSUD Tugurejo**

Sarana yang terdapat di RSUD Tugurejo terbagi menjadi beberapa kelompok aktivitas pelayanan, sebagai berikut:

##### **A. Kelompok Aktivitas Pelayanan Umum**

Sebagai kegiatan utama yang berhubungan langsung dengan pelayanan umum, maka aktivitas ini memiliki fungsi utama untuk pelayanan awal dari seluruh kegiatan di rumah sakit. Identifikasi berbagai aktivitas yang ada di dalamnya meliputi:

##### **1. Kegiatan Pelayanan Gawat Darurat**

Bagian gawat darurat disediakan untuk melayani pasien akibat kecelakaan dan keadaan medis darurat, dengan pelayanan 24 jam/hari. Instalasi Unit Gawat Darurat harus dapat memberikan pelayanan darurat kepada masyarakat yang

menderita penyakit akut dan yang mengalami kecelakaan sesuai dengan standart.

Terdapat fasilitas dan tujuan dalam pelayanan gawat darurat sebagai berikut :

- ◆ Mudah dijangkau dan terdapat transit mobil ambulance
- ◆ Pelayanan gawat darurat diselenggarakan selama 24 jam/hari.
- ◆ Tempat pelayanan pasien yang tidak darurat dipisahkan dengan yang darurat.
- ◆ Instalasi Gawat Darurat hanya membatasi diri pada pasien yang gawat dan darurat saja, aktivitas perawatan selanjutnya diatur di bagian lain.
- ◆ Ada sistem rujukan yang dapat melakukan tindak lanjut pelayanan gawat darurat di masyarakat.

Melihat pada fasilitas dan tujuan IGD, maka aktivitas pada bagian ini mencakup penerimaan pasien, pemeriksaan pasien, penanganan pasien dan perawatan awal. Aktivitas pendukung lainnya adalah pendaftaran dan aktivitas perawatan dan daftar jaga.

Pasien-pasien yang datang harus dengan segera mendapat pertolongan pertama, pemeriksaan (diagnosa) dan penanganan atau pengobatan. Untuk kasus-kasus yang belum bisa ditangani harus bisa langsung dikirim ke bagian atau rumah sakit lain yang menyediakan peralatan/tenaga ahli yang diperlukan.

## 2. Kegiatan Pelayanan Rawat Jalan

Kegiatan ini mencakup kegiatan pendaftaran pemeriksaan dan pengobatan. Poliklinik tersebut digunakan bagi pasien yang tidak menginap/rawat jalan.

Secara umum poliklinik ini terdiri dari poli kusta, poli umum, gigi dan mulut, poli KIA/KB, poli fisioterapi, poli penyakit dalam, poli kebidanan dan kandungan, poli anak, poli bedah, dan poli kulit dan kelamin, poli mata, poli THT, poli syarat dan poli paru-paru. Macam dan jumlah poli ini tergantung pada kemampuan pelayanan RS termasuk ketersediaan peralatan dan tenaga medisnya, dan akan terus dikembangkan.

4. Kegiatan pelayanan Pusat Diagnostik

Kegiatan ini khusus untuk pemeriksaan dini terhadap penyakit. Pada saat ini Pusat Diagnostik tersebut belum ada bangunan khusus, namun dalam kebijaksanaan pengembangan jangka panjang aktivitas ini akan menjadi kegiatan penting untuk pelayanan diagnostik, terutama bagi pemeriksaan kesehatan pekerja. Aktivitas utama merupakan kegiatan pelayanan General Check-up, test kesehatan dan lain-lain.

5. Pusat Pelayanan Krisis Perempuan dan Anak (P2KPA)

Merupakan aktivitas pelayanan khusus yang menangani korban kekerasan bagi para perempuan dan anak, di mana aktivitas ini seringkali memerlukan tingkat privasi dan keamanan yang berbeda dari ruang-ruang lainnya. Aktivitas dapat berupa ruang pemeriksaan dan tindakan yang dilengkapi dengan ruang interview/wawancara bagi pihak-pihak yang terkait.

6. Pelayanan *Trauma Center*

Memberikan pelayanan penanganan kecelakaan jalan raya maupun kerja.

## **B. Kelompok Aktivitas Penunjang Medis**

Aktivitas utama dalam kelompok ini adalah diagnosa (pemeriksaan) dan pengobatan. Kegiatan penunjang medis mencakup pelayanan laboratorium, radiologi, farmasi, operasi, rekam medis, bedah, dll. Secara umum aktivitas yang terjadi adalah sebagai berikut:

### **1. Kegiatan pelayanan Bedah Sentral**

Kegiatan ini diperuntukkan bagi pasien yang akan menjalankan operasi, dengan kapasitas 2 kamar operasi, yang melayani operasi bedah khusus (kusta), bedah umum, bedah tulang, bedah kebidanan/ kandungan, bedah mata, bedah THT.

### **2. Kegiatan pelayanan Farmasi/ Obat**

Kegiatan ini adalah penyediaan obat, penjualan dan penyimpanannya. Pasien rawat jalan setelah dari poli dapat membeli obat di apotik, sedangkan pasien rawat inap dapat memperoleh obat melalui perawat atau langsung ke apotik.

### **3. Kegiatan pelayanan Rekam Medis**

Merupakan kegiatan pencatatan data-data pasien mulai dari masuk rumah sakit, proses pemeriksaan dan pengobatan yang dilakukan serta data-data yang berkaitan dengan kondisi pasien. Sifat pencatatan ini adalah rahasia dan dapat diakses oleh pasien, keluarga pasien atau pihak-pihak yang berwenang.

### **4. Kegiatan pelayanan Radiologi**

Merupakan kegiatan pemeriksaan pasien dengan menggunakan peralatan radiologi seperti rontgen, CT-Scan dan lain-lain. Sistem pemeriksaan yang menggunakan bahan-bahan radiologi ini memiliki persyaratan ruang dan

bangunan khusus yang harus benar-benar diperhatikan sehingga efek radiologi bagi lingkungan dapat ditekan seminimal mungkin.

Kegiatan diawali dari pendaftaran, menunggu, persiapan pasien, pemeriksaan dengan alat radiologi, pencucian film, analisis hasil foto, pemberian hasil dan lain-lain.

#### 5. Kegiatan pelayanan Laboratorium

Merupakan kegiatan pelayanan pemeriksaan lanjutan melalui pemeriksaan darah, *urine*, *faces* dan lain-lain dengan menggunakan peralatan dan cara-cara yang khusus. Kegiatan diawali dari proses pendaftaran/administrasi, menunggu, pengambilan *sample*, pemeriksaan *sample*, dan pemberian hasil penelitian.

### **C. Kelompok Kegiatan Administrasi**

Aktivitas yang berlangsung dalam kelompok ini adalah aktivitas pengelolaan administrasi, keuangan, tata usaha dan rekam medis. Aktivitas administrasi merupakan kegiatan dalam pengelolaan surat menyurat, pelaporan dan lain-lain, aktivitas keuangan merupakan aktivitas pengelolaan *cash flow* keuangan rumah sakit secara keseluruhan, sedangkan aktivitas tata usaha merupakan kegiatan pengelolaan secara prasarana, tenaga medis, karyawan dan lain-lain.

### **D. Kelompok Kegiatan Pelayanan Perawatan**

Aktivitas utama pada kelompok perawatan adalah kegiatan perawatan inap bagi pasien-pasien yang harus dilakukan rawat tinggal di rumah sakit.

### 1. Kegiatan pelayanan Rawat Inap

Kegiatan ini melayani pasien yang menginap karena penyakit tertentu. Rawat inap tersebut mempunyai kapasitas 247 tempat tidur, yang terdiri dari bangsal khusus (kusta) dengan kapasitas 15 tempat tidur dan bangsal umum kelas III, kelas II, kelas I, Utama dan VIP dengan kapasitas 218 tempat tidur, serta 3 tempat tidur untuk ruang isolasi dan 5 tempat tidur untuk perinatologi (anak).

**TABEL IV.1**  
**JUMLAH TEMPAT TIDUR RAWAT INAP**  
**RSUD TUGUREJO**

NO	BANGSAL	TT	VIP	UTAMA	I	II	III	ISO LASI	PERINATOLOGI
1	Amarylis I	20			20				
2	Amarylis II	19		19					
3	Amarylis III	6	6						
4	Mawar	50				12	36	2	
5	Anggrek	36				12	23	1	
6	Kenanga Umum	12					12		
7	Kenanga Kusta	15				3	12		
8	ICU	6			6				
9	Melati	31				18	8		5
10	Bougenvil	23				10	13		
11	Dahlia	21				21			
12	Flamboyan	8				8			
	<b>TOTAL</b>	<b>247</b>	<b>6</b>	<b>19</b>	<b>26</b>	<b>84</b>	<b>104</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
	PROSENTASE	100	2,45	7,76	10,61	34,23	41,63	1,22	2,11

*Sumber : RSUD Tugurejo 2007*

### 2. Kegiatan pelayanan ICU

Kegiatan ini disediakan untuk melayani pasien dengan penyakit kronis, setelah pasien tersebut mendapatkan perawatan sementara di UGD. Kapasitas ICU pada saat ini memiliki 6 tempat tidur.

Aktivitas ini akan dikelompokkan secara fungsional sebagai berikut:

- Perawatan pasien umum, untuk pasien-pasien penyakit umum yang tidak memerlukan persyaratan-persyaratan khusus dalam aktivitas penanganannya.
- Perawatan bedah, untuk pasien-pasien yang dilakukan operasi pembedahan.
- Perawatan penyakit dalam, untuk pasien-pasien yang menderita penyakit dalam.
- Perawatan Anak, dengan berdasar pada sifat perilaku dan jenis penyakit yang sering derita anak, maka kelompok perawatan ini harus dipisahkan. Secara spesifik aktivitas perawatan anak harus dialokasikan untuk aktivitas bermain.
- Perawatan mata, untuk pasien-pasien yang menderita penyakit mata.
- Perawatan syaraf, untuk pasien-pasien yang menderita penyakit syaraf.
- Perawatan Ibu dan Bayi, dengan sifat pelayanan yang homogen untuk ibu-ibu melahirkan dan bayi, kelompok aktivitas ini juga perlu dipisahkan secara jelas.
- Perawatan Isolasi, untuk penyakit-penyakit khusus (seperti Kusta) yang mempunyai tingkat penularan tinggi atau memerlukan penanganan secara khusus, maka diperlukan pemeriksaan terhadap aktivitas-aktivitas lainnya.

Secara gender (jenis kelamin), terdapat rumah sakit yang melakukan perbedaan aktivitas dan kebutuhan ruang yang harus disediakan. Namun untuk rumah sakit dengan jumlah tempat tidur yang terbatas akan menjadi kurang efisien dan akan sangat mengurangi *Bed Occupation Rate* (BOR). Dengan dasar

pertimbangan ini, maka untuk RSUD Tugurejo sistem pengelompokan gender ini tidak akan dilakukan.

#### **E. Kelompok Kegiatan Pelayanan *Service***

Kelompok kegiatan ini berfungsi melakukan dukungan dan pelayanan terhadap aktivitas-aktivitas lain diseluruh rumah sakit. Kelompok aktivitas ini mencakup pelayanan makanan dan minuman bagi pasien dan tenaga rumah sakit, pelayanan pencucian dan kebersihan fasilitas rumah sakit, jaringan-jaringan utilitas, dll.

#### **4.1.4 Analisis Ketersediaan Sarana dan Prasarana**

Berdasarkan kondisi sarana dan prasarana yang tersedia di RSUD Tugurejo, maka dapat diketahui beberapa sarana/ prasarana yang belum ada didasarkan pada standar RSU Tipe B (Sumber: Direktorat Instalasi MedikDirjen Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan RI, 2000). Berikut adalah ketersediaan sarana dan prasarana di RSUD Tugurejo:

#### **1. KRITERIA UMUM**

**TABEL IV.2  
PELAYANAN RUMAH SAKIT KELAS B**

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Pelayanan Medik	
1	Rawat Jalan	
	Umum	Ada
	Penyakit dalam	Ada
	Kesehatan Anak	Ada
	Bedah	Ada
	Kebidanan dan Penyakit Kandungan	Ada
	Rehabilitasi Medik	Ada
	Mata	Ada
	THT	Ada
	Gigi dan Mulut	Ada
	Kulit dan Kelamin	Ada

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Syaraf	Tidak Ada
	Jiwa	Tidak Ada
	Khusus (Kusta)	Ada (unggulan)
2	Gawat Darurat	Ada
3	Rawat Inap	Ada
B	Pelayanan Penunjang Medik	
1	Radiologi	Ada
2	Farmasi	Ada
3	Anestesi	Ada
4	Laboratorium	Ada
C	Pelayanan Penunjang Non Medik	
1	Bengkel (Workshop)	Ada, walau kecil
2	Instalasi Gizi (Dapur)	Ada
3	Cuci ( Laundry)	Ada
4	CSSD ( Ruang Instalasi Sterilisasi Sentral)	Tidak ada
D	Pelayanan Administrasi	

Sumber : RSUD Tugurejo 2006

**TABEL IV.3  
TATA LETAK RUANG/ UNIT**

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Skema Hubungan Antar Unit	
	Pengelompokan Bangunan menurut sifat bangunan	
1	Bangunan yang bersifat publik	
	Gedung Administrasi	Ada
	Gedung Poliklinik	Ada
	Gedung Medical Record	Ada
	Gedung Emergency	Ada
	Gedung Apotik	Ada
	Gedung Mayat	Ada
2	Bangunan yang bersifat Semi Publik	
	Gedung Laboratorium	Ada
	Gedung Radiologi	Ada
	Gedung Rehabilitasi Medik	Ada
3	Bangunan yang bersifat Privacy	
	Gedung Operasi	Ada
	Gedung Melahirkan	Ada (ruangan)
	Gedung ICU	Ada
	Gedung Perawatan	Ada
4	Servis	
	Gedung Cuci	Ada
	Gedung Dapur	Ada
	Gedung Bengkel	Ada (kecil)
	Gedung CSSD	Tidak ada

Sumber : RSUD Tugurejo 2006

Dari kedua tabel di atas menunjukkan bahwa untuk empat pelayanan utama, yaitu pelayanan medik, penunjang medik, penunjang non-medik, dan admisnitasi sudah tersedia lengkap. Hal ini dapat memperlancar kinerja pelayanan RSUD Tugurejo.

## 2. KRITERIA KHUSUS (BANGUNAN)

**TABEL IV.4  
KELENGKAPAN INSTALASI RAWAT JALAN**

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Lingkup Kegiatan / Fungsi Ruang	
	Poli Umum	Ada
	Poli Spesialistik Dasar	
	Poli Penyakit Dalam	Ada
	Poli Anak	Ada
	Poli Bedah	Ada
	Poli Kebidanan dan Penyakit Kandungan	Ada
	Poli-Poli Tambahan / Pelengkap	
	Poli Mata	Ada (gabung THT)
	Poli Telinga, Hidung dan Tenggorokan (THT)	Ada (gabung Mata)
	Poli Gigi dan Mulut	Ada
	Poli Kulit dan Kelamin	Ada
	Poli Syaraf	Ada
	Poli Jiwa	Tidak Ada
	Poli Rehabilitasi Medik	Ada
	Pelayanan Non Medik	
	Loket Pendaftaran	Ada
	Ruang Pengendali Askes	Belum ada
	Lavatory (Kamar Mandi)	Ada
	Ruang Tunggu	Ada
	Syarat Khusus	
	Ruang tunggu dirancang untuk semua Poliklinik, usahakan pemisahan antara ruang tunggu penyakit infeksi dan non infeksi	Ada, tetapi masih kurang
	Sistem sirkulasi dilakukan dengan satu pintu (pintu masuk dan keluar sama)	Ada
	Poli yang ramai sebaiknya tidak saling berdekatan	Belum optimal distribusinya
	Koridor petugas dipisahkan dari koridor pasien	Masih menjadi satu

Sumber : RSUD Tugurejo 2006

**TABEL IV.5**

### KELENGKAPAN UNIT GAWAT DARURAT

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Lingkup Kegiatan / Fungsi Ruang	
	Menerima pasien selama 24 jam	Ya, Sesuai
	Syarat Khusus	
	Pemisahan antara ruang Bedah dan Non Bedah	Ya, Sesuai
	Pemisahan sirkulasi antara pasien dengan Perawat/Dokter	Ya, Sesuai
	Pengaturan sirkulasi Perawat/Dokter dan tempat alat-alat medik (bench) sehingga dimungkinkan penggunaan alat-alat secara bersama	Tidak
	Pembentukan ruang-ruang perawatan dimungkinkan sebagai ruang periksa, observasi dan ruang resusitasi	Ya, Sesuai
	Keseluruhan ruang dan alat dapat digunakan selama 24 jam	Ya, Sesuai
	Mempunyai pintu masuk khusus yang mudah dilalui kendaraan dan mudah dilihat	Jadi satu dengan pintu masuk utama

Sumber : RSUD Tugurejo 2006

**TABEL IV.6**  
**KELENGKAPAN UNIT PERAWATAN INTENSIF (ICU)**

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Lingkup Kegiatan / Fungsi Ruang	
	Untuk perawatan penderita dalam keadaan sakit berat sesudah operasi berat yang memerlukan pemantauan intensif dan tindakan segera, dengan tujuan untuk menurunkan angka kematian	Ya, Sesuai
	Syarat Khusus	
	Lokasi harus dekat dengan gedung Gawat Darurat, Laboratorium, Radiologi dan Bedah	Dengan IGD dekat, Lab, Radiologi, Bedah agak jauh
	Gedung harus terletak pada daerah yang tenang	Ya, Sesuai
	Temperatur ruangan harus terjaga	Ya, dengan AC
	Aliran listrik tidak boleh terputus	Ya, Sesuai
	Harus tersedia pengatur kelembaban udara	Ya, Sesuai
	Sirkulasi udara yang dikondisikan sebaiknya 100% udara segar	Ya, Sesuai

Sumber : RSUD Tugurejo 2006

**TABEL IV.7**  
**KELENGKAPAN UNIT RAWAT INAP (WARDS)**

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Lingkup Kegiatan / Fungsi Ruang	
	Ruang untuk perawatan pasien yang harus dirawat lebih dari 24 jam, dengan jumlah tempat tidur antara 100 – 400 buah	Ya, Sesuai
	Syarat Khusus	
	Konsep perawatan yang sebaiknya dianut adalah konsep perawatan terpadu (integrated care) untuk meningkatkan efisiensi pemanfaatan ruang	Ya, Sesuai
	Standar luas ruangan adalah sbb :	Tidak sesuai standar

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Luas Kamar VIP ± 21,5 m <sup>2</sup> / tempat tidur	
	Luas Kamar Kelas I ± 15 m <sup>2</sup> / tempat tidur	
	Luas Kamar Kelas II ± 10 m <sup>2</sup> / tempat tidur	
	Luas Kamar Kelas III ± 8 m <sup>2</sup> / tempat tidur	
	Pengelompokan ruang rawat inap sbb:	
	Ruang VIP terletak dalam satu blok, jendela berorientasi ke pandangan luar yang lapang/taman, dengan jumlah pasien VIP 1 orang dengan fasilitas KM/WC di dalam	Ya, Sesuai
	Ruang Kelas I dan II digabung dalam satu blok: Kelas I untuk 2 tempat tidur Kelas II untuk 4 tempat tidur	Ya, Sesuai
	Kelas IIIa dan IIIb boleh digabung dalam satu blok dan dapat pula dipisah Kelas IIIa untuk 6 tempat tidur Kelas IIIb untuk 8 tempat tidur	Ya, masih digabung
	Stasiun perawat (nurse station) maksimal melayani 40 tempat tidur, dan terletak di pusat blok yang dilayani untuk kemudahan pengawasan pasien secara efektif. Untuk setiap blok bangunan perawatan dibutuhkan 1 stasiun perawat	Ya, Sesuai
	Akses pencapaian ke setiap ruangan/blok harus dapat dicapai dengan mudah	Akses jalan naik turun sesuai kontur tanah
	Jumlah kebutuhan ruang harus disesuaikan dengan kebutuhan jumlah pasien yang akan ditampung	Ya, Sesuai
	Sinar matahari pagi sedapat mungkin masuk ruangan	Ya, penyaliran cukup
	Alur petugas dan pengunjung dipisah	Menjadi satu
	Masing-masing ruang rawat 4 ahli dasar mempunyai ruang Isolasi	Ya, Sesuai
	Ruang Rawat Anak disiapkan 1 ruangan neonatus	Ya, Sesuai

Sumber : RSUD Tugurejo 2006

**TABEL IV.8**  
**KELENGKAPAN UNIT KEBIDANAN DAN PENYAKIT KANDUNGAN**

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Lingkup Kegiatan/ Fungsi Ruang	
	Berfungsi sebagai tempat untuk kegiatan Persalinan	
	Syarat Khusus	
	Ruang bersalin harus mengelompokkan pasien sesuai dengan jenis persalinannya, yaitu: Persalinan normal Persalinan abnormal Sehingga membutuhkan ruang pasien sesuai dengan kondisinya	Ya, sudah dipisahkan
	Ruang bayi dan ruang pulih harus diusahakan berdekatan, agar dapat dengan mudah melihat keadaan bayinya	Ya, terpisah
	Perencanaan ruang steril, semi steril dan non steril harus diperhatikan sesuai kebutuhan dan letak yang menunjang kegiatan yang ada	Ya, Sesuai

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Standar ruang Persalinan : Normal 4 tempat tidur Abnormal 2 tempat tidur Ginekologi 1 tempat tidur	Ya, Sesuai
	Ruangan untuk penempatan ultra sonografi	Ya, Sesuai

Sumber : RSUD Tugurejo 2006

**TABEL IV.9  
KELENGKAPAN UNIT FARMASI**

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Lingkup Kegiatan / Fungsi Ruang	
	Tiga fungsi utama unit Farmasi adalah: penyediaan obat peracikan, pembuatan dan distribusi obat. Selain itu juga memberikan informasi serta konsultasi perihal obat dan melakukan pemeriksaan terhadap mutu obat jadi, bahan baku maupun yang dibuat.	Ada
	Unit Farmasi dilengkapi oleh sub unit Fasilitas Utama, yaitu:	
	• Ruang untuk meracik obat	Ada
	• Ruang untuk mengumpulkan obat jadi dan membuat obat	Ada
	• Ruang loket untuk penyaluran	Ada
	• Gudang obat	Ada
	• Perpustakaan	Tidak ada
	Fasilitas Pendukung yang diperlukan:	
	• Loket penerima resep	Ada
	• Loket pemberi obat dan pembayaran	Ada
	• Ruang Tunggu	Sangat kurang
	• Penerima bahan dari luar	Ada
	• Fasilitas WC untuk staf	Ada
	<b>Syarat Khusus</b>	
	Keramaian pasien rawat jalan di ruang tunggu adalah cukup besar dan perlu diatur termasuk administrasi agar tidak mengganggu pelayanan instalasi lainnya	Tidak ada
	Jalan masuk/sirkulasi staf instalasi Farmasi dan pasien rawat jalan perlu terpisah. Keluar masuk bahan baku/barang dan pembuangan sampah perlu mempunyai pintu tersendiri	Ada
	Meskipun CSSD akan terletak di luar, administrasi dan pengelolaan seluruhnya di bawah tanggung jawab instalasi Farmasi	Ada

**TABEL IV.10  
KELENGKAPAN UNIT PUSAT STERIL (CSSD)**

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Lingkup Kegiatan / Fungsi Ruang	
	Secara tradisional merupakan bagian dari Bedah Sentral (ruang bersebelahan dengan Bedah Sentral), tetapi di bawah tanggung jawab dan pengelolaan Instalasi Farmasi	Ada
	Untuk mendukung pelayanan CSSD diperlukan fasilitas:	
	• Loker penerima dan sortir (pemilihan)	Ada
	• Loker pengambilan	Ada
	• Bagian instrumen	Ada
	• Bagian sarung tangan	Ada
	• Bagian linen	Ada
	• Bagian kasa/kain pembalut	Ada
	• Gudang penerimaan dan penyimpanan bahan/ barang baru	Ada
	• Gudang penyimpanan bahan/barang steril/bersih	Ada
	• Ruang untuk pengambilan/distribusi bahan/barang steril	Ada
	Fasilitas pendukung lain:	
	• Kantor staf	Ada
	• Administrasi	Ada
	• Loker dan KM/WC staf	Ada
	Syarat Khusus	
	Bahan/barang kantor bau perlu diterima melalui ruang perantara bagitu juga bagi bahan/barang yang steril melalui ruang perantara steril dan lalu lintas staf diatur sedemikian rupa sehingga tidak mengganggu proses sterilisasi	Ada

Sumber : RSUD Tugurejo 2006

**TABEL IV.11  
KELENGKAPAN UNIT RADIOLOGI**

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Lingkup Kegiatan / Fungsi Ruang	
	Fasilitas untuk pelayanan pasien terdiri dari:	
	• Persiapan pasien	Tidak ada
	• Kegiatan rapat dan konsultasi	Tidak ada
	• Kamar gelap	Ada
	• Kegiatan baca film	Jadi satu administrasi
	Fasilitas untuk mendukung penerimaan pasien:	
	• Loker penerimaan	Tidak ada
	• Loker pembayaran	Tidak ada
	• Loker pengambilan hasil	Tidak ada
	• Kegiatan tunggu pasien	Di koridor
	• Arsip dan Tata Usaha	Ada
	• Gudang bersih dan kotor	Tidak ada
	• KM/WC pria dan wanita pasien dan pendamping	Tidak ada

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Fasilitas untuk persiapan pasien:	
	• Loker dan ruang ganti pakaian	Tidak ada
	• KM/WC	Tidak ada
	• Ruang stretcher	Tidak ada
	Fasilitas karyawan:	
	• Ruang Kepala Bagian Radiologi dan KM/WC	Tidak ada
	• Ruang Staf	Jadi satu administrasi
	• KM/WC	Tidak ada
	Syarat Khusus	
	Ruang tunggu dapat langsung dicapai dari suatu koridor umum dan dekat pada loket penerimaan dan pembayaran	Tidak ada
	Satu pintu masuk bagi pasien yang terpisah dari pintu masuk bagi staf dan jasa pelayanan rumah sakit umum	Tidak ada
	Pasien rawat inap diterima sesuai jadwal ditetapkan dan diproses serta dipersiapkan sebelumnya di ruang perawatan dan tidak perlu menunggu	Ya, Sesuai
	Ruang konsultasi dan pertemuan dengan fasilitas untuk membaca film	Belum ada
	Menuju ruang gelap dapat tidak menggunakan pintu terapi	Belum ada
	Dinding/pintu mengikuti persyaratan khusus sistem labyrinth proteksi radiasi	Pintu belum memenuhi syarat
	Ruangan gelap dilengkapi exhauster	Tidak ada
	Ruangan X-ray memakai AC	Tidak ada
	Septik tank/limbah radiologi tersendiri	

Sumber : RSUD Tugurejo 2006

**TABEL IV.12**  
**KELENGKAPAN UNIT LABORATORIUM**

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Lingkup Kegiatan / Fungsi Ruang	
	Laboratorium RSUD Kelas B direncanakan untuk mampu melayani kegiatan: Patologi Klinik (Hematologi, Analisa Urine dan Tinja, Kimia Klinik, Serologi/Immunologi, Mikrobiologi terbatas) Patologi Anatomi (pemeriksaan Histopatologi sampai pemeriksaan Sitologi : apusan vagina) Patologi Forensik (Peralatan dan bedah mayat) sampai batas tertentu dari pasien rawat inap, rawat jalan serta rujukan dari Rumah Sakit lain, Puskesmas atau Dokter Praktek Swasta	Tidak ada, belum terbangun
	Fasilitas Pelayanan Laboratorium sebagai berikut:	
	Blood sampling dan Bank darah	Ada
	Administrasi penerimaan spesimen	
	Gudang bahan kimia	
	Fasilitas pembuangan limbah	
	• Perpustakaan	Tidak ada

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Fasilitas Penunjang Laboratorium sebagai berikut:	
	• Ruang Tunggu	Ada
	• Loket pendaftaran, pembayaran dan administrasi	Ada
	• KM/WC	Ada
	Syarat Khusus	
	Tingkat sterilitas tinggi sehingga pasien terbatas pada ruang pendaftaran, ruang tunggu, ruang pengambilan spesimen serta darah dan pengambilan hasil pemeriksaan dengan tingkat sterilitas 4	Ya, Sesuai
	Staf dan pelayanan unit laboratorium masuk dari pintu terpisah dari pasien dengan tingkat sterilitas 3	Ya, terpisah
	Koridor petugas staf dan laboratorium pemeriksaan terpisah dari koridor pasien dan mempunyai tingkat sterilitas 2	Ya, terpisah
	Ruang pemeriksaan/penelitian mempunyai tingkat sterilitas 1	Ya, Sesuai
	Setiap ruangan laboratorium disediakan bahan dari bahan yang mudah dibersihkan dan tahan terhadap zat-zat kimia	Ya, Sesuai
	Setiap ruangan laboratorium mempunyai wastafel dan tempat cuci alat	Ya, Sesuai
	Disediakan septik tank khusus untuk limbah laboratorium	Ya, Sesuai

Sumber : RSUD Tugurejo 2006

**TABEL IV.13**  
**KELENGKAPAN UNIT REHABILITASI MEDIK**

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Lingkup Kegiatan / Fungsi Ruang	
	Pelayanan Rehabilitasi Medik bertujuan memberikan tingkat pengembalian fungsi tubuh setinggi mungkin kepada penderita sesudah kehilangan fungsi dan kemampuan yang meliputi: upaya pencegahan/penanggulangan, pengembalian fungsi dan mental pasien	Ada
	Upaya Rehabilitasi Medik mencakup :	
	• Pemberian obat-obatan	Ada
	• Pelayanan Spesialistik Rehabilitasi Medik	Ada
	• Pelayanan Fisiotherapy	Ada
	• Pelayanan Occupational Therapy	Ada
	• Pelayanan Speech Therapy	Ada
	• Pelayanan Psikologi	Ada
	• Pelayanan Sosial Medik	Ada
	• Pelayanan Alat bantu dan pengganti tubuh/ortotik	Ada
	• Pelayanan perawatan rehabilitasi	Ada
	Syarat Khusus	
	Ruang tunggu dapat dicapai dari koridor umum dan dekat pada loket pendaftaran, pembayaran dan administrasi	Belum ada loket tersendiri
	Pintu masuk untuk pasien terpisah dari pintu masuk untuk staf	Jadi satu
	Perlu diperhatikan penempatan "ramp", lebar dan arah bukaan pintu untuk para pemakai kursi roda	Ramp terlalu curam
	Untuk pasien disediakan toilet khusus untuk pemakai kursi roda	Tidak ada

Sumber : RSUD Tugurejo 2006

**TABEL IV.14**  
**KELENGKAPAN UNIT ADMINISTRASI & CATATAN MEDIK**

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Lingkup Kegiatan / Fungsi Ruang	
	<p><b>Unit yang merekam dan menyimpan berkas-berkas jati diri, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan dan pengobatan pasien.</b></p> <p>Sistem rekam medik yang diterapkan pada RSUD adalah Sentralisasi, sehingga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Setiap pasien hanya memiliki satu nomor</li> <li>• Penyimpanan berkas rekam medik pasien rawat jalan &amp; rawat inap menjadi satu</li> </ul>	Ya, Sesuai
	<b>Proses kegiatan pelayanan unit rekam medik terbagi menjadi 2 bagian, yaitu:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pasien Rawat Jalan :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Proses alur dokumen medik</li> <li>➢ Proses alur pasien</li> </ul> </li> </ul>	Ya, Sesuai
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pasien Rawat Inap :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Proses alur dokumen medik</li> <li>➢ Proses alur pasien</li> </ul> </li> </ul>	Ya, Sesuai
	Syarat Khusus	
	Ruang Direksi dipisahkan tersendiri dari ruang staf lain. Ruang Kepala Bagian dan staf dijadikan satu ruangan yang disekat dengan dinding partisi	Belum sesuai
	Pengelompokan divisi/bagian diarahkan sebagai berikut :	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bagian/Divisi Medik letaknya didekatkan dengan catatan medik</li> <li>• Bagian/Divisi Administrasi dan Keuangan</li> </ul>	Ya, Sesuai
	Penempatan administrasi sedapat mungkin mudah dicapai dan dapat berhubungan langsung dengan Poliklinik	Ya, Sesuai
	Ada ruangan Administrasi yang :	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langsung berhubungan dengan pasien</li> </ul>	Ya, Sesuai
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak berhubungan dengan pasien</li> </ul>	Ya, Sesuai

Sumber : RSUD Tugurejo 2006

**TABEL IV.15**  
**KELENGKAPAN KAMAR MAYAT**

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Lingkup Kegiatan / Fungsi Ruang	
	Tempat meletakkan/penyimpanan sementara jenazah sebelum diambil oleh keluarganya	Ya, Sesuai
	Tempat memandikan jenazah	Ya, Sesuai
	Tempat mengeringkan mayat setelah dimandikan, selain untuk keperluan otopsi mayat	Ya, Sesuai
	Tempat upacara	Belum memenuhi
	Syarat Khusus	
	Kamar mayat mempunyai hubungan yang kuat dengan beberapa unit lain:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unit Gawat Darurat</li> </ul>	Ya, Sesuai
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unit Kebidanan dan Penyakit Kandungan</li> </ul>	Tidak
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unit Perawatan</li> </ul>	Tidak
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unit Bedah</li> </ul>	Ya, Sesuai
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unit ICU</li> </ul>	Ya, Sesuai

Sumber : RSUD Tugurejo 2006

**TABEL IV.16**  
**KELENGKAPAN INSTALASI GIZI DAPUR**

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Lingkup Kegiatan / Fungsi Ruang	
	Sistem pelayanan Sentralisasi kecuali untuk pengolahan formula bayi	Pelayanan sentralisasi
	Memiliki fungsi untuk mengolah, mengatur makanan pasien setiap hari dan konsultasi gizi	Tidak ada konsultasi gizi
	Syarat Khusus	
	Konsep tata ruang Instalasi Gizi mempunyai hubungan yang kuat dengan :	
	Unit Perawatan	Dekat
	Unit Unit ICU	Agak jauh
	Unit Gawat Darurat	Agak jauh
	Unit Kandungan	Dekat
	Lokasi Instalasi Gizi pada daerah servis yang jauh dari pencapaian maupun penglihatan pengunjung serta mempunyai pintu masuk/keluar sendiri	Belum ada pintu masuk/keluar servis tersendiri

Sumber : RSUD Tugurejo 2006

**TABEL IV.17**  
**KELENGKAPAN UNIT CUCI (LAUNDRY)**

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Lingkup Kegiatan / Fungsi Ruang	
	Unit cuci melakukan pelayanan terhadap unit lain seperti:	
	• Rawat Inap	Ya
	• Rawat Jalan	Ya
	• Unit Bedah Sentral	Ya
	• Unit Gawat Darurat	Ya
	Kegiatan cuci terdiri dari:	
	• Penerimaan collecting dan sorting	Sortir infeksi dan non infeksi
	• Desinfeksi bila perlu, dengan cara chlorinasi	Belum ada
	• Cuci dan pemisahan	Ya
	• Pengeringan	Ya
	• Seterika	Ya
	• Perbaikan	Ya
	• Pemberian kode dan bungkus	Tidak ada
	• Penyimpanan	ada
	• Persiapan pengiriman	Tidak ada
	• Pengiriman	Tidak ada
	Fasilitas Unit Cuci terdiri dari:	
	• Sub unit Administrasi yang mencatat, menghitung bahan cucian kotor yang masuk serta melakukan pencatatan terhadap arus cucian bersih yang keluar	
	• Gudang obat cuci, desinfektan dan ruang jahit	Tidak ada
	• Fasilitas Staf termasuk kerja, KM/WC, loker dan ruang istirahat	Tidak ada

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Syarat Khusus	
	Konsep tata ruang didasarkan pada analisa beban kerja, ketenagaan, peralatan, kebutuhan ruang, hubungan fungsional dan alur kerja yang berlaku secara menyeluruh	Ya

Sumber : RSUD Tugurejo 2006

**TABEL IV.18**  
**KELENGKAPAN UNIT BENGKEL & MEKANIKAL ELEKTRIKAL**

	STANDAR RUMAH SAKIT UMUM KELAS B	RSUD TUGUREJO
	Lingkup Kegiatan / Fungsi Ruang	
	Pemeliharaan dan perbaikan ringan pada:	ada
	• Peralatan medik (optik, elektro medik, mekanis, dll)	ada
	• Peralatan penunjang medik	ada
	• Peralatan rumah tangga dari besi (termasuk tempat tidur)	ada
	• Peralatan rumah tangga dari kayu	ada
	• Saluran dan perpipaan	ada
	• Listrik dan elektronik	ada
	Syarat Khusus	
	Terletak jauh dari daerah perawatan dan gedung penunjang medik, sebaiknya diletakkan di daerah servis karena menimbulkan kebisingan	Ya
	Merupakan ruangan yang luas tanpa sekat, sebagai ruang tempat perbaikan alat	Sesuai kebutuhan RS

Sumber : RSUD Tugurejo 2006

Berdasarkan data pada tabel-tabel di atas (tabel IV.2 sampai dengan tabel IV.18), maka unit yang ada pada RSUD Tugurejo secara umum sudah tersedia dan sesuai dengan kebutuhan ideal RS, namun beberapa unit masih belum lengkap penyediaan prasarana pendukungnya, hal ini dapat dilihat pada tabel IV.19 berikut :

**TABEL IV.19**  
**UNIT/FUNGSI/RUANG YANG BELUM LENGKAP**  
**PADA RSUD TUGUREJO SEMARANG**

NO	UNIT	FUNGSI/RUANG	PERMASALAHAN	KETERANGAN
1	Pelayanan Medik	Syaraf	Tidak ada	
		Jiwa	Tidak ada	
2	Pelayanan penunjang non medik	Bengkel	Terlalu kecil	
		CSSD (Ruang Instalasi Sterilisasi Sentral)	Tidak ada	
3	Kelengkapan instalasi Rawat Jalan	Poli THT dan Mata	Jadi satu	Seharusnya tersendiri/ terpisah
		Ruang pengendali askes	Tidak ada	

NO	UNIT	FUNGSI/RUANG	PERMASALAHAN	KETERANGAN
		Koridor pasien dan petugas	Jadi satu	Seharusnya tersendiri/terpisah
4	Kelengkapan UGD	Pintu masuk khusus	Jadi satu pintu utama	
5	Kelengkapan ICU	Lokasi	Jauh dengan Unit Bedah	Seharusnya berdekatan
6	Kelengkapan Rawat Inap	Luas Ruangan Kamar VIP/Kelas I-III	Belum sesuai standar	
		Alur pengunjung dan petugas	Jadi satu	Seharusnya tersendiri/terpisah
7	Kelengkapan Unit Farmasi	Perpustakaan	Tidak ada	
		Pengaturan ruang tunggu pasien dan administrasi	Belum teratur	
8	Kelengkapan Unit Radiologi	Fasilitas pelayanan pasien	Persiapan pasien, kegiatan rapat dan konsultasi, dan baca film tidak ada	Yang tersedia hanya kamar gelap
		Fasilitas mendukung penerimaan pasien	Loket, penerimaan, pembayaran, pengambilan hasil, gudang bersih/kotor, dan toilet pasien/ penamping belum ada	Kegiatan ruang tunggu pasien di koridor
		Fasilitas untuk persiapan pasien	Loker dan ruang ganti, toilet, ruang stretcher tidak ada	
		Fasilitas karyawan	Ruang kepala radiologi. toilet tidak ada	Ruang staf jadi satu dengan administrasi
		Ruang tunggu yang dapat diakses langsung dan dekat loket	Tidak ada	
		Pintu masuk	Jadi satu	
		Dinding gunakan sistem labyrinth	Belum sesuai standar	
		Ruangan gelap dengan exhauster	Belum ada	
		Ruang X-ray dengan AC	Belum ada	
9	Kelegkapan Laboratorium	Mampu layani kegiatan patologi klinik, anatomi, dan forensic (pasien intern maupun rujukan dari RS lain/ Puskesmas)	Tidak ada	
		Perpustakaan untuk layanan fasilitas lab	Tidak ada	
10	Kelengkapan Unit Rehabilitasi medik	Loket pendaftaran, pembayaran dan	Belum terpisah	

NO	UNIT	FUNGSI/RUANG	PERMASALAHAN	KETERANGAN
		administrasi		
		Ramp yang cukup lebar untuk pemakai kursi roda	Terlalu curam	
11	Kelengkapan Unit Administrasi dan Catatan Medik	Ruang direksi terpisah dengan tuang lain	Belum sesuai	
12	Kelengkapan Kamar Mayat	Tempat upacara	Belum memenuhi	
13	Kelengkapan Instalasi Gizi Dapur	Fungsi mengolah, mengatur makanan dan konsultasi gizi	Tidak ada	
14	Kelengkapan Unit Cuci (laundry)	Gudang obat cuci, disinfektan dan ruang jahit	Tidak ada	
		Fasilitas staf, toilet, loker	Tidak ada	

*Hasil analisa 2008*

#### **4.2 Tinjauan Kebijakan Pengembangan RSUD Tugurejo**

Pembangunan yang dilaksanakan di wilayah Kota Semarang dan sekitarnya merupakan bagian dari pembangunan yang dilaksanakan di Jawa Tengah maupun Pembangunan Nasional. Oleh karena itu, pembangunannya diarahkan untuk menunjang program-program pembangunan daerah maupun program pembangunan nasional, dimana pelaksanaannya dilakukan secara terpadu, bertahap dan berkesinambungan.

Undang-undang Nomor 23 tahun 1999 tentang kesehatan menyatakan bahwa kesehatan adalah sejahtera diri badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Landasan ini sebagai dasar pembangunan kesehatan, dalam rangka mewujudkan tatanan masyarakat yang sehat baik fisik, mental maupun sosial.

Kondisi yang dihadapi dari aspek mutu dan keterjangkauan pelayanan kesehatan adalah persebaran sarana pelayanan kesehatan baik Puskesmas maupun Rumah Sakit termasuk sarana penunjang ke seluruh pelosok wilayah belum

diikuti sepenuhnya dengan peningkatan mutu pelayanan. Mutu pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh kualitas sarana fisik, jenis tenaga yang tersedia, obat, alat kesehatan dan sarana penunjang lain, proses pemberian pelayanan dan kompensasi serta faktor-faktor di atas merupakan prakondisi yang harus dipenuhi untuk meningkatkan derajat kesehatan.

Dengan berdasar kondisi di atas, maka Rumah Sakit Tugurejo-Semarang sebagai rumah sakit milik Pemerintah Provinsi Jawa Tengah juga berupaya untuk dapat meningkatkan sarana dan prasarana penunjang kesehatan bagi masyarakat Jawa Tengah.

Berkaitan dengan kebijaksanaan pada sektor kesehatan di Provinsi Jawa tengah, terdapat beberapa strategi kebijaksanaan pembangunan bidang kesehatan sebagai berikut:

- a. Peningkatan peran aktif masyarakat dan swasta. Dalam kaitan ini perilaku hidup masyarakat sejak usia dini perlu ditingkatkan melalui kemitraan swasta dalam pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan. Demikian pula peran organisasi masyarakat, terutama yang menyangkut penyusunan dan pemantauan standar dan kode etik profesi dan pelayanan kesehatan. Organisasi profesi didorong untuk berperan aktif mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.
- b. Penyelenggaraan upaya kesehatan, dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan, melalui upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan serta upaya khusus melalui pelayanan kemanusiaan dan darurat atau krisis. Peningkatan upaya kesehatan dilakukan dengan menggalang kemitraan sektor swasta dan potensi

masyarakat. Upaya kesehatan sektor pemerintah diutamakan pada pelayanan kesehatan yang berdampak luas terhadap masyarakat. Pelayanan kesehatan dasar melalui Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Bidan di desa dan upaya pelayanan kesehatan swasta ditingkatkan dan mutunya, begitu pula untuk pelayanan kesehatan rujukan yang diselenggarakan oleh Rumah Sakit milik pemerintah maupun swasta.

- c. Pengembangan tenaga kesehatan diarahkan untuk menciptakan tenaga kesehatan yang ahli dan terampil sesuai pengembangan ilmu dan teknologi, serta berpegang teguh pada pengabdian dan etika profesi. Dalam perencanaan tenaga kesehatan diutamakan penentuan kebutuhan tenaga di Kabupaten/Kota dan juga keperluan tenaga di berbagai negara di luar negeri dalam rangka globalisasi.
- d. Kesehatan lingkungan diselenggarakan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, yaitu keadaan lingkungan yang bebas dari resiko yang membahayakan kesehatan hidup manusia.
- e. Kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan dilakukan secara sinergis dengan kerjasama antara sektor kesehatan dan sektor lain yang terkait, dengan berbagai program. Manajemen kesehatan diselenggarakan secara sistematis untuk menjamin upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh, serta didukung oleh sistem informasi yang handal guna menghasilkan kebijakan yang sesuai dengan kondisi riil.

Adapun tujuan pembangunan kesehatan di Provinsi Jawa Tengah adalah untuk mencapai kondisi masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku hidup sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan

kesehatan yang berkualitas secara merata dan memiliki derajat kesehatan yang tinggi, yakni dalam rangka mendukung Jawa Tengah Sehat 2010. Sasaran yang akan dicapai adalah:

- a. Peningkatan perilaku hidup sehat masyarakat yang ditandai dengan meningkatnya jumlah ibu hamil yang memeriksakan diri dan melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan, jumlah bayi yang memperoleh ASI eksklusif, jumlah anak Balita yang ditimbang setiap bulan, jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) peserta Keluarga Berencana (KB), jumlah penduduk yang memperoleh air bersih, jumlah penduduk buang air besar di jamban, jumlah pemukiman bebas *vector* dan *rodent*, jumlah rumah yang memenuhi syarat kesehatan.
- b. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang ditandai dengan bertambahnya umur harapan hidup, menurunnya angka kematian bayi dan kematian ibu bersalin, menurunnya angka kesakitan dan beberapa penyakit penting, menurunnya angka kecacatan, angka fertilitas dan meningkatnya status gisi masyarakat.
- c. Peningkatan pelayanan kesehatan melalui peningkatan jumlah sarana kesehatan yang bermutu, jangkauan dan cakupan pelayanan kesehatan, penggunaan obat generik dalam pelayanan kesehatan, penggunaan obat secara rasional, pemanfaatan pelayanan promotif dan preventif, biaya kesehatan yang dikelola secara efisien, serta ketersediaan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan.
- d. Peningkatan kualitas manajemen pembangunan kesehatan melalui peningkatan sistem informasi pembangunan kesehatan, kemampuan daerah dalam

pelaksanaan desentralisasi pembangunan kesehatan, kepemimpinan dan manajemen kesehatan.

- e. Meningkatkan jumlah wilayah/ kawasan sehat, tempat-tempat umum sehat, tempat pariwisata sehat, tempat kerja sehat, rumah dan bangunan sehat, sarana sanitasi, sarana air minum, sarana pembangunan limbah, lingkungan sosial termasuk pergaulan dan keamanan lingkungan.

Bertolak dari beberapa kebijaksanaan umum di atas serta perannya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan memberikan pelayanan kesehatan secara optimal, maka Pemerintah Provinsi Jawa Tengah berupaya berperan serta dalam mengembangkan kesehatan masyarakat melalui peningkatan pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo.

RSUD Tugurejo sebagai salah satu rumah sakit negeri di Jawa Tengah, ikut berperan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan memberikan pelayanan kesehatan secara optimal yang dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat, dan mempunyai tugas penting dalam menjamin kelangsungan dan mutu pelayanan kesehatan, khususnya bagi seluruh warga wilayah Kota Semarang dan sekitarnya. Kebijakan internal untuk pengembangan RSUD Tugurejo adalah sebagai berikut:

1. Kondisi ruang dan bangunan dinilai sudah tidak sesuai dengan tuntutan dan perkembangan yang telah terjadi. Dilihat dari fungsi ruang yang ada, ternyata banyak terjadi perubahan, karena ada beberapa fungsi ruang pada master plan lama yang kini sudah beralih fungsinya atau sudah tidak berfungsi lagi.
2. Tuntutan penambahan kapasitas dan peningkatan ruang perawatan. Melihat kondisi pada saat ini ruang perawatan sudah tidak cukup untuk menampung

pasien. Kapasitas saat ini adalah 247 tempat tidur, dengan *Bed Occupacion Rate* (BOR) 80,53% pada tahun 2007, tahun sebelumnya 76,84% sedangkan pada tahun 2005 sebesar 68.03%. Dengan demikian ada kenaikan cukup signifikan yaitu sebesar 7.01% pertahun, sedangkan BOR ideal adalah sebesar 60% sampai dengan 85%.

3. Mengingat kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang terus meningkat di RS Tugurejo maka pada tanggal 19 November 2003 melalui Surat Keputusan (SK) Menteri Kesehatan Nomor: 1660/MENKES/SK/XI/2003 ditetapkan bahwa Rumah Sakit Tugurejo sebagai rumah sakit tipe B.
4. Adanya kebijaksanaan untuk dapat memanfaatkan dan mengoptimalkan berbagai sarana dan prasarana yang ada dengan adanya usaha untuk dapat mempertahankannya bila memungkinkan. Kebijaksanaan ini menyangkut adanya pentahapan dan efisiensi dalam penggunaan biaya.

Selain beberapa kebijaksanaan umum diatas, maka terdapat beberapa kebijaksanaan khusus dalam rencana pengembangan ruang sebagai berikut:

- Pengelompokan fungsi bangunan/ ruang yang belum terzona dengan jelas dan cenderung masih sangat berpecah, sehingga berbagai aktivitas yang seharusnya sangat berkaitan menjadi tidak efisien.
- Kapasitas ruang-ruang hampir semua bangunan penunjang medis yang sangat terbatas, seperti bedah central, radiologi, laboratorium, VK, instalasi farmasi dll.
- Ruang perawatan inap untuk penyakit kusta yang masih menyatu dengan ruang perawatan umum.
- Ruang-ruang poliklinik yang masih sangat berpecah dan belum memiliki ruang tunggu yang representatif.

- Pola sirkulasi yang masih bercampur antara pasien rawat jalan, pengunjung *bezuk*, *service* dan kegiatan di bagian penunjang medis.
- Kondisi koridor sirkulasi antar bangunan yang belum jelas, sehingga seringkali membingungkan bagi pengunjung.
- Kondisi topografi tapak yang sangat bervariasi dan terjal
- Kapasitas parkir kendaraan yang sangat terbatas dan belum terpisah antara pengunjung dan medis/pengelola.
- Lokasi bangunan-bangunan *service* seperti dapur dan binatu yang berada di tengah rumah sakit dan belum memiliki pintu *entrance* tersendiri.
- Jalur pencapaian utama yang berada di jalan arteri utama dengan tingkat rawan kecelakaan yang sangat tinggi
- Belum dimilikinya instalasi pengolahan air limbah (IPAL) dan *incenerator*
- Kebutuhan penambahan ruang poliklinik
- Kebutuhan untuk ruang Pusat Penanganan Krisis Perempuan dan Anak
- Kebutuhan untuk ruang Pusat Pelayanan Talasemi
- Kebutuhan untuk ruang pelayanan Trauma Center
- Kebutuhan untuk ruang pelayanan Diagnostik Center

Jika ditinjau mengenai program dan kebijakan yang ada, secara umum masih cukup banyak yang harus dilakukan, diantaranya adalah sebagai berikut ini:

**TABEL IV.20**  
**PROGRAM DAN KEBIJAKAN PENGEMBANGAN RSUD TUGUREJO**

No	Program	Kebijakan
1.	Sertifikasi kompetensi atau pelatihan	Mengikutsertakan karyawan dalam berbagai pelatihan teknis/ manajemen dan fungsional
2	Pelaksanaan training sesuai TNA	Melakukan TNA untuk mendesain In House Training di Rumah Sakit
3.	Survai kepuasan karyawan	Melakukan survai kepuasan setahun 2 X
4.	Penerapan budaya kerja	Melakukan pelatihan budaya kerja secara on the job training

No	Program	Kebijakan
5.	Pelaksanaan PSBH	Melakukan kegiatan PSBH
6.	Penerapan renumerisasi sistem insentif	Melakukan evaluasi sistem insentif yang telah berlaku
7.	Penerapan DP3/PA bagi karyawan, termasuk karyawan kontrak secara konsisten	Pelaksanaan DP3 bagi segenap PNS, dan PA bagi karyawan non PNS/kontrak
8.	Pembuatan SOT dan Job Disc yang jelas	Pengajuan SOT RS yang baru ke PEMDA Jateng
9.	Peningkatan jenis pelayanan medis subspecialistik, kecantikan dan diagnostik	Perencanaan jenis pelayanan baru
10.	Peningkatan kecepatan waktu tunggu kecepatan pelayanan	Survai waktu tunggu pelayanan
11.	Penggunaan SIM di semua bagian	Pelaksanaan SIM oleh semua petugas pelayanan
12.	Peningkatan kecepatan respon time pengadaan	Meningkatkan kecepatan respon time pengadaan
13.	Penerapan pelayanan prima	Pelaksanaan pelayanan prima
14.	Mengikuti akreditasi 16 pokja	Terakritisasinya 16 pokja
15.	Mengikuti sertifikasi ISO 9001:2001	Tersertifikasinya ISO 9001:2001
16.	Pelaksanaan Mini Konvensi PSBH 1 Th/ 1x	Terlaksananya Mini Konvensi PSBH
17.	Pelaksanaan audit mutu medik (sesuai dengan indikator pelayanan medik) dan non-medik	Terlaksananya audit mutu medik dan non-medik RS
18.	Pemberdayaan komite medik, komite mutu, dan komite keperawatan	Pemberdayaan komite medik, komite mutu, dan komite keperawatan
19.	Pembentukan tim pemasaran	Terbentuknya tim pemasaran
20.	Peningkatan fungsi rujukan	Meningkatnya fungsi rujukan
21.	Pelaksanaan event sosial untuk pembentukan citra RS	Meningkatnya citra RS
22.	Indeks kepuasan pelanggan	Tersedianya indeks kepuasan pelanggan
23.	Penurunan jumlah <i>komplain</i>	Penurunan jumlah <i>komplain</i> 10%
24.	Jumlah pelanggan retensi	Meningkatnya jumlah pelanggan retensi
25.	Jumlah pelanggan baru	Meningkatnya jumlah pelanggan baru
26.	Peningkatan penerimaan operasional	Meningkatnya penerimaan operasional 10%
27.	Penerapan unit cost dalam tarip pelayanan	Penerapan unit cost dalam tarip pelayanan
28.	Penerapan sistem akuntansi yang baik	Penerapan sistem akuntansi yang baik
29.	Publikasi laporan keuangan	Publikasi laporan keuangan RS oleh akuntan publik
30.	Efisiensi dan efektivitas penggunaan dana operasional	Efisiensi dan efektivitas penggunaan dana operasional sampai 10%
31.	Mempertahankan biaya modal dari pemerintah daerah setempat	Menambah biaya modal dari pemerintah daerah setempat

**Sumber: Business Plan RSUD Tugurejo, 2005**

Berdasarkan tabel program diatas, membuktikan bahwa masih banyak terdapat program yang belum tercapai oleh RSUD Tugurejo. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan RSUD Tugurejo masih kurang maksimal dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat sekitarnya.

### 4.3 Analisis Permintaan (*Demand*)

#### 4.3.1. Minat Masyarakat Dalam Pelayanan Kesehatan RSUD Tugurejo

Sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Semarang dan sekitarnya, khususnya di bagian barat, RSUD Tugurejo menjadi alternatif bagi masyarakat. Minat masyarakat terhadap pelayanan RSUD Tugurejo semakin bertambah, dengan harapan kualitas pelayanan semakin meningkat. Bertambahnya minat masyarakat ini menjadi salah satu kajian untuk pengembangan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh RSUD Tugurejo.

Minat masyarakat dapat dilihat dari semakin bertambahnya pengunjung/pasien, yang memanfaatkan jasa layanan rumah sakit. Dari hasil survey lapangan diketahui adanya peningkatan yang cukup besar dari minat masyarakat, hal tersebut dapat dilihat dari bab terdahulu. Dari kunjungan pasien selama 7 tahun terakhir (tahun 2000 sampai dengan 2006), terjadi peningkatan yang cukup besar, sebagaimana tabel di bawah ini :

**TABEL 4.21**  
**KUNJUNGAN PASIEN RSUD TUGUREJO**  
**TAHUN 2000 SAMPAI DENGAN 2006**

TAHUN	BOR (%)	RAWAT JALAN	RAWAT INAP	UGD	OPERASI	RADIOLOGI
2000	34,77	9.875	1.035	2.721	107	452
2001	55,41	14.447	2.041	5.644	545	1.189
2002	56,00	21.295	4.790	10.213	983	3.128
2003	68,41	27.609	6.373	11.639	1.224	4.572
2004	65,36	39.300	8.833	14.494	1.955	7.565
2005	68,03	52.978	12.728	17.996	2.152	9.715
2006	76,84	69.702	14.589	20.275	2.632	11.200
Rata-rata kenaikan per tahun (%) 2000-2006	7,01	38,68	60,38	43,95	101,06	80,24

*Sumber : Profil RSUD Tugurejo, 2007*

Kunjungan pasien untuk rawat jalan, rawat inap, UGD, operasi dan radiologi sejak tahun 2000 sampai dengan tahun 2006, cukup besar, rata-rata pertahun kenaikan adalah 38,68% untuk rawat jalan; 60,38 % untuk rawat inap; 43, 95% untuk Unit Gawat Darurat; 101,06% untuk pasien operasi dan 80,24% untuk unit radiologi. Hal ini menunjukkan bahwa RSUD Tugurejo semakin diharapkan oleh masyarakat sebagai tempat pelayanan yang handal.

*Bed Occupation Rate (BOR)*, merupakan angka prosentase penggunaan tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Ideal BOR adalah 60 – 85%, karena tempat tidur pasien pada rumah sakit tidak layak digunakan terus-menerus 100%, dibutuhkan waktu untuk sterilisasi dari virus atau wabah penyakit pasien sebelumnya. BOR RSUD Tugurejo terus meningkat setiap tahunnya, seiring dengan peningkatan kunjungan pasien, utamanya pasien rawat inap. Di beberapa tahun tertentu dari tahun 2001-2002 dan 2003-2004 prosentase kenaikan tidak tinggi bahkan menurun pada 2003-2004, dikarenakan adanya penambahan jumlah tempat tidur pada tahun-tahun tersebut. Namun tahun-tahun selanjutnya kenaikannya menjadi sangat signifikan yaitu menjadi sebesar 76,84% pada tahun 2006. Rata-rata kenaikan BOR sejak 2000-2006 sebesar 7,01%. Dengan demikian apabila terjadi kenaikan yang sama dalam 2 tahun saja, akan terjadi kekurangan fasilitas tempat tidur atau terjadi *dissterilisasi*, dan tidak layak untuk pelayanan kesehatan yang baik. Dis-strerilisasi adalah suatu kondisi dimana sarana kesehatan misalnya tempat tidur tidak sempat distrelisisasi (disucihamakan) terlebih dahulu dari pasien sebelumnya karena segera digunakan oleh pasien selanjutnya.

Dari hasil survei yang dilakukan terhadap pasien dan masyarakat sekitar, diperoleh informasi bahwa sampai saat ini pelayanan RSUD Tugurejo dirasa 'baik/puas'(65%), dan 'cukup baik/puas' (35%). Hal ini sebagian besar dipengaruhi oleh lokasi yang cukup terjangkau, pelayanan yang baik, akses jalan yang masih memadai serta biaya pengobatan yang dirasa tidak mahal atau cukup murah. Guna peningkatan pelayanan, masyarakat mengharapkan ada peningkatan pelayanan secara profesional dengan meningkatkan kebersihan, kenyamanan pasien/pengantar, keamanan serta penambahan fasilitas-fasilitas pelengkap.

#### **4.3.2. Potensi Pasar di Wilayah Pelayanan RSUD Tugurejo**

Dalam suatu wilayah pelayanan bagi masyarakat, fasilitas umum termasuk rumah sakit harus dapat memberikan pelayanan yang cukup memadai (ideal). Untuk mengetahui seberapa ideal suatu fasilitas layanan umum, maka harus diukur dari kemampuan fasilitas tersebut terhadap potensi pasar yang ada.

Analisis potensi pasar diperlukan untuk menentukan jangkauan pelayanan, sehingga dihasilkan cakupan daerah yang harus dilayani oleh RSUD Tugurejo yaitu sebagai wilayah pelayanan. Dengan demikian akan diketahui jumlah penduduk sebagai potensi pelayanan. Dari jumlah penduduk ini dapat diketahui jumlah layanan kesehatan yang ideal mengacu pada standar yang berlaku. Hal tersebut menunjukkan kebutuhan masyarakat (demand) atas pelayanan kesehatan di wilayah pelayanan. Dalam analisis ini digunakan analisis *Breaking Point*, yaitu suatu titik-henti dari kemampuan pelayanan antara rumah-sakit/fasilitas layanan kesehatan yang satu dengan yang lain. Adapun data yang diperoleh berdasarkan jarak antar rumah sakit/puskesmas, jumlah kapasitas (tempat tidur) dan jumlah penduduk.

Berikut ini adalah data jarak dan kapasitas Rumah Sakit Tugurejo terhadap rumah sakit/puskesmas di sekitarnya yang merupakan daya saing bagi RSUD Tugurejo yang diukur dari Peta Administrasi (PT. Karya Pembina Swajaya Surabaya Tahun 2000) serta data statistik Kota Semarang Dalam Angka Tahun 2006.

**TABEL IV.22**  
**KAPASITAS BERBAGAI RUMAH SAKIT DI KOTA SEMARANG**

No	Jenis	Nama	Kapasitas	Jarak terhadap RSUD Tugurejo (m)
1.	RS	Tugurejo	247	0
2.	RSU	Dr. Kariadi	1.007	5.125
3.	RSU	Kodya Semarang	125	1.1625
4.	RSS	Panti Wilasa II "Dr. Cipto"	100	7.750
5.	Puskesmas	Puskesmas Ngaliyan	84	375
6.	RS	RS Kendal	130	8.375

Sumber: Kota Semarang Dalam angka 2006

Berdasarkan data diatas maka dapat ditentukan wilayah pelayanan RSUD Tugurejo Semarang berdasarkan model Reilly yang disebut dengan “*breaking point*”. Dalam hal ini rumus yang ada dimodifikasi sesuai dengan pembahasan dalam studi ini yaitu sebagai berikut:

$$D = \frac{d_{xy}}{1 + (p_x / p_y)}$$

$d_{xy}$  : Jarak antar kedua wilayah

$P_x$  : Kapasitas Rumah Sakit X

$P_y$  : Kapasitas Rumah Sakit Y

Dari perhitungan diatas dapat diperoleh jangkauan wilayah pelayanan RSUD Tugurejo yaitu sebagai berikut (Tabel IV.23):

**TABEL IV.23**  
**PERHITUNGAN ANALISIS TITIK HENTI (BREAKING POINT)**

No.	Jenis	Nama Rumah Sakit	Kapasitas	Jarak terhadap RSUD Tugurejo (dxy)	$1+(P_x/P_y)$	$dxy/(1+(P_x/P_y))$
1.	RS	Tugurejo	247	0	-	-
2.	RSU	Dr. Kariadi	1.007	5.125	3,25	1.575,57
3.	RSU	Kodya Semarang	125	11.625	1,51	7.718,75
4.	RSS	Panti Wilasa II	100	7.750	1,40	5.516,57
5.	Puskesmas	Puskesmas Ngaliyan	84	375	1,34	279,83
6.	RS	RS Kendal	130	8.375	1,53	5.487,07

*Sumber: Analisis, 2007*

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui hal sebagai berikut:

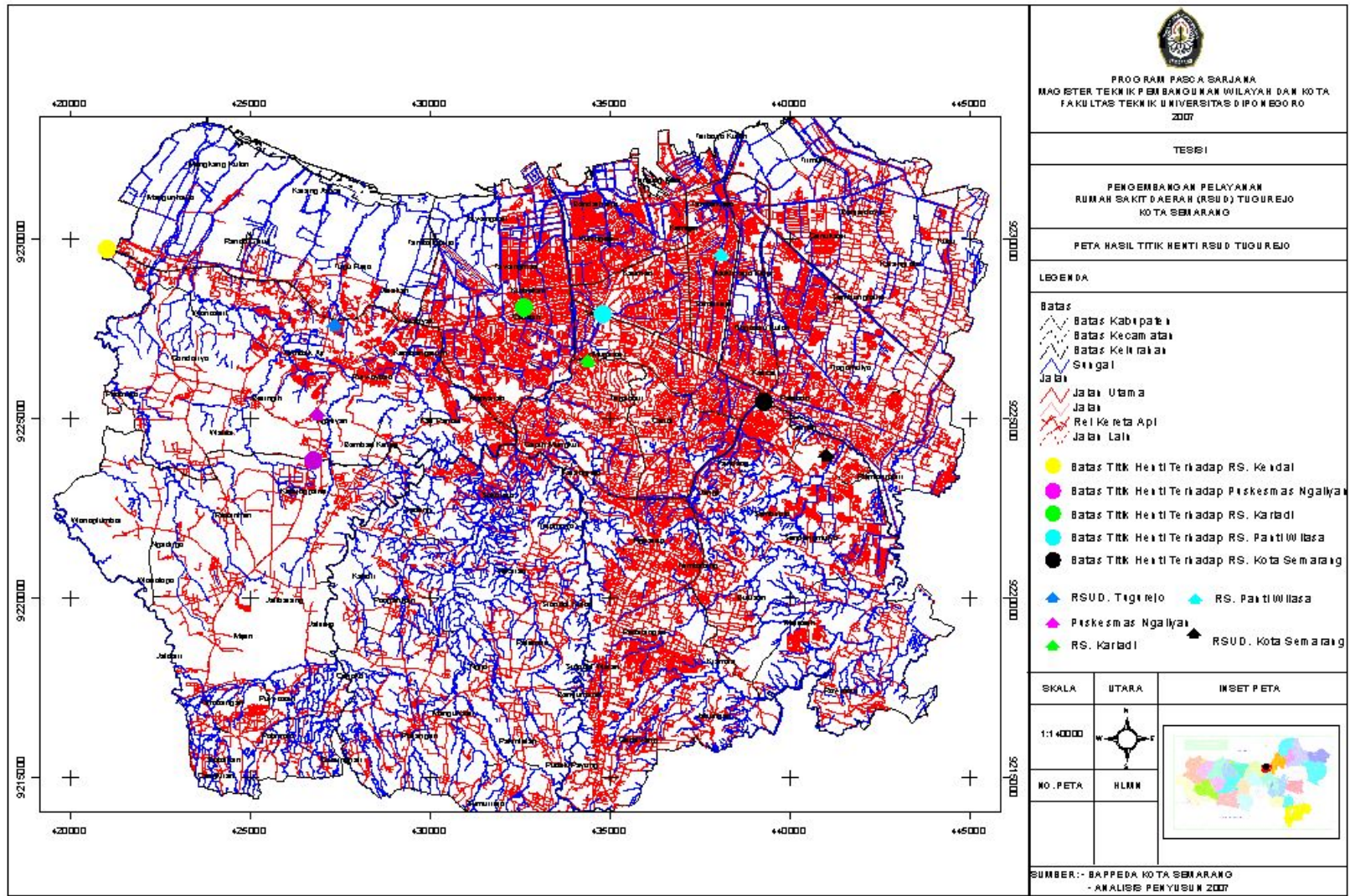
- Batas titik henti (jangkauan pelayanan) RSUD Tugurejo terhadap RS. Dr. Kariadi adalah 1.575,57 m
- Batas titik henti (jangkauan pelayanan) RSUD Tugurejo terhadap RS Kodya Semarang adalah 7.718,75 m
- Batas titik henti (jangkauan pelayanan) RSUD Tugurejo terhadap RS. Panti Wilasa adalah 5.516,57 m
- Batas titik henti (jangkauan pelayanan) RSUD Tugurejo terhadap Puskesmas Ngaliyan adalah 279,83 m
- Batas titik henti (jangkauan pelayanan) RSUD Tugurejo terhadap RS. Kendal adalah 5.487,07 m

Berdasarkan hal diatas maka dapat diketahui bahwa titik henti (*breaking point*) jangkauan pelayanan RSUD Tugurejo adalah sebagai berikut :

- Ke arah timur yang terdekat dengan RSUP dr Kariadi, yaitu sejauh 1.575,57 m dari RSUD Tugurejo, di wilayah Kelurahan Gisikdrono;

- Ke arah barat dengan RS Kendal sejauh 5.487 m dari RSUD Tugurejo, di wilayah Kelurahan Mangkang Kulon;
- Ke arah selatan, mengingat Puskesmas Ngaliyan bukan rumah sakit, maka seluruh wilayah Kecamatan Ngaliyan merupakan jangkauan pelayanan RSUD Tugurejo, di wilayah Kelurahan Ngaliyan;
- Ke arah utara, berbatasan dengan laut jawa.

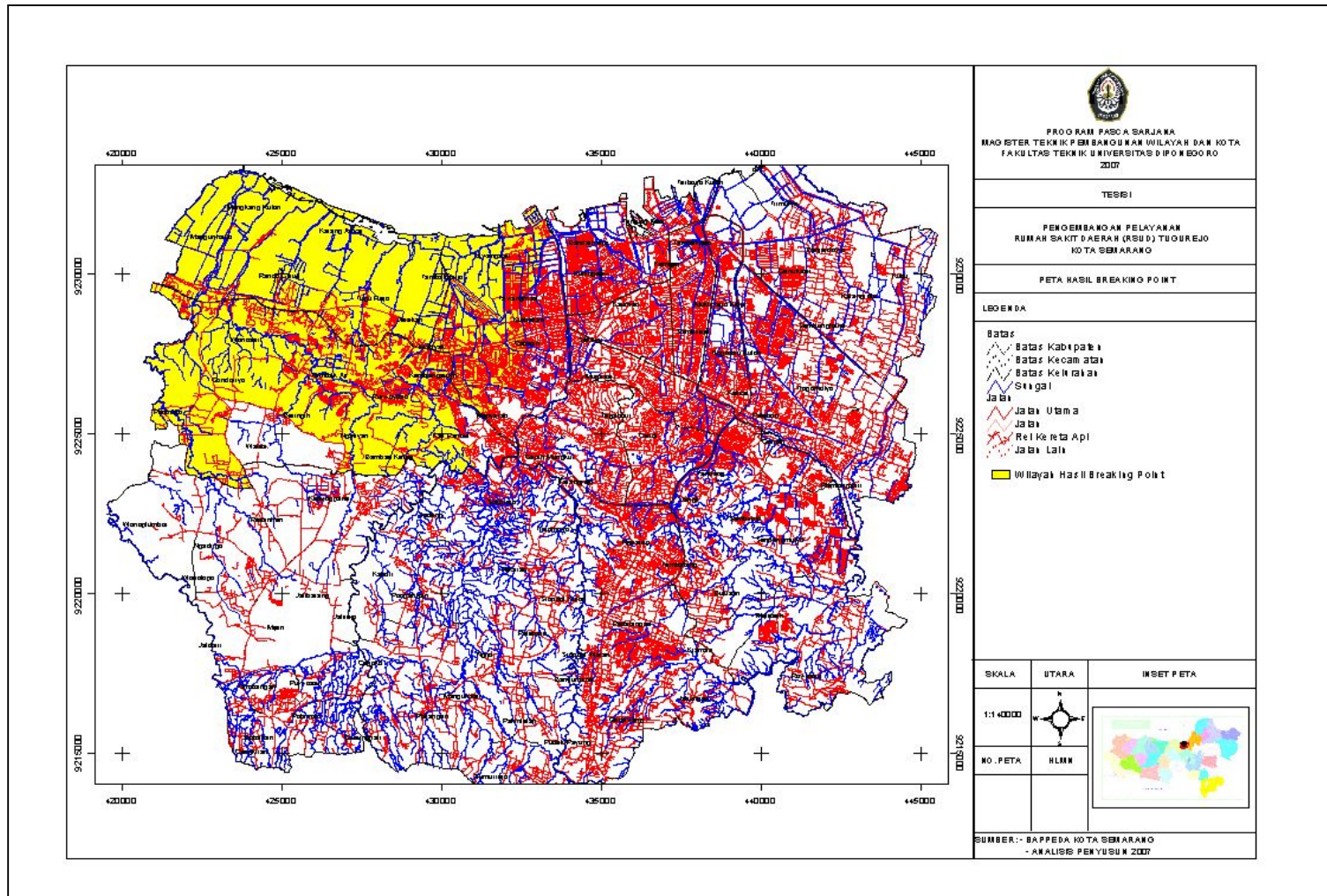
Peta hasil analisis *breaking point* jangkauan layanan RSUD Tugurejo dengan RS lain di kota Semarang, dapat dilihat sebagaimana gambar 4.4.

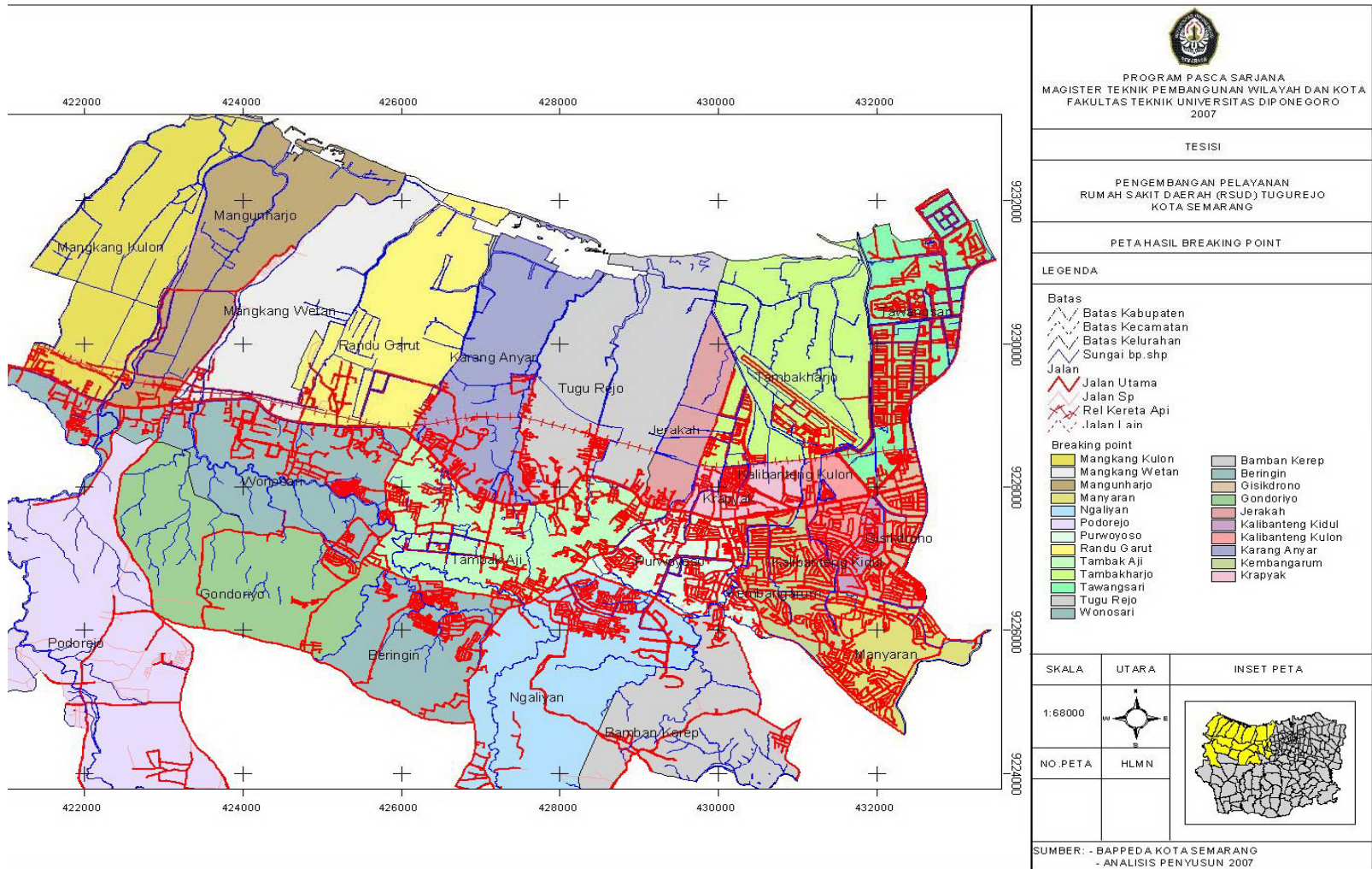


Berdasarkan perhitungan *breaking point* tersebut di atas, maka wilayah pelayanan RSUD Tugurejo meliputi beberapa kelurahan di Kecamatan Semarang Barat, Kecamatan Tugu dan Kecamatan Ngaliyan. Adapun rincian wilayah kelurahan sebagai wilayah pelayanan adalah sebagai berikut ini:

- Kecamatan Tugu meliputi Kelurahan Tugurejo, Jerakah, Karanganyar, Randugarut, Mangkang Wetan, Mangkang Kulon dan Mangunharjo;
- Kecamatan Semarang Barat meliputi Kelurahan Tambakharjo, Krapyak, Kembangarum, Gisikdrono, Kalibanteng Kidul, Kalibanteng Kulon, Manyaran dan Tawang Sari;
- Kecamatan Ngaliyan meliputi Kelurahan Tambak Aji, Beringin, Ngaliyan, Purwoyoso, Bambang Kerep, Podorejo, Gondoriyo dan Wonosari.

Peta wilayah jangkauan pelayanan RSUD Tugurejo, sebagaimana tersaji pada gambar 4.5 dan 4.6. berikut :





Dari hasil di atas maka dapat ditentukan jumlah penduduk yang harus dilayani oleh RSUD Tugurejo. Dalam hal ini jumlah penduduk diambil dari jumlah penduduk yang ada di masing-masing Kelurahan yang menjadi wilayah pelayanannya yaitu sebagaimana Tabel IV.24:

**TABEL IV.24**  
**JUMLAH PENDUDUK DI WILAYAH PELAYANAN**

<b>Kecamatan</b>	<b>Kelurahan</b>	<b>Jumlah Penduduk (P)</b>
<b>Tugu</b>	Tugurejo	5.649
	Jerakah	2.566
	Karanganyar	2.669
	Randugarut	1.484
	Mangkang Wetan	4.723
	Mangunharjo	5.169
	Mangkang Kulon	2.929
<b>Semarang Barat</b>	Tambakharjo	1.943
	Krapyak	7.444
	Kembangarum	15.052
	Gisikdrono	19.046
	Kalibanteng Kidul	6.371
	Kalibanteng Kulon	7.652
	Manyaran	13.927
	Tawang Sari	6.386
<b>Ngaliyan</b>	Tambakaji	17.436
	Beringin	9.473
	Ngaliyan	11.437
	Purwoyoso	15.400
	Bamban Kerep	3.901
	Podorejo	5.128
	Gondoriyo	2.536
	Wonosari	14.471
<b>JUMLAH</b>		<b>182.792</b>

*Sumber: Kota Semarang Dalam Angka, 2006*

Berdasarkan tabel IV.24 di atas maka jumlah penduduk pada jangkauan pelayanan RSUD Tugurejo Semarang sebesar 182.792 jiwa. Dari jumlah

penduduk tersebut maka dapat dihitung jumlah kebutuhan tenaga medis dan non medis berdasarkan standar pelayanan kesehatan yang mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan No. 1202/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat, sebagai berikut :

**TABEL IV.25**  
**JUMLAH KEBUTUHAN SUMBER DAYA KESEHATAN**  
**DI WILAYAH PELAYANAN RSUD TUGUREJO SEMARANG**  
**BERDASARKAN STANDAR KEBUTUHAN**

No	Sumber Daya	Standar SDM Kesehatan per 100.000 penduduk	Kebutuhan SDM di wil pelayanan (untuk 182.792 penduduk)	
	Kesehatan		jml penduduk x standar	Pembulatan
1	2	3	4	5
1	Dokter Umum	40	73.1168	73
2	Dokter Spesialis	6	10.96752	11
3	Dokter Gigi	11	20.10712	20
4	Apoteker	10	18.2792	18
5	Perawat/ Bidan	227	414.93784	415
6	Ahli Gizi	22	40.21424	40
7	Ahli Sanitasi	40	73.1168	73
8	Ahli Kesehatan Masyarakat	40	73.1168	73
9	Tenaga Kesehatan Lainnya	64	116.98688	117
10	Tenaga Non Medis/teknisi	15	27.4188	27
	<b>JUMLAH</b>	475		867

*Sumber: Analisis, 2007*

Berdasarkan standar di atas maka kebutuhan sumber daya kesehatan di wilayah pelayanan RSUD Tugurejo diketahui sebesar 867 orang untuk 182.792

penduduk, dengan proporsi 73 dokter umum, 11 dokter spesialis, 20 dokter gigi, 18 apoteker, 415 perawat atau bidan, 40 ahli gizi, 73 ahli sanitasi, 73 ahli perawatan, 117 tenaga tenaga medis, serta 27 tenaga non medis. Dari jumlah kebutuhan di wilayah pelayanan ini maka dapat prediksi tenaga layanan kesehatan yang dibutuhkan dan disediakan oleh RSUD Tugurejo, dengan membandingkan pemenuhan kebutuhan di wilayah tersebut di luar RSUD Tugurejo, sebagaimana table IV.26 berikut :

**TABEL IV.26**  
**JUMLAH KEBUTUHAN SUMBER DAYA KESEHATAN**  
**DI RSUD TUGUREJO SEMARANG**

No	Sumber Daya Kesehatan	Kebutuhan SDM Kesehatan di Wilayah Pelayanan	SDM Kesehatan di Puskesmas Ngaliyan	SDM Kesehatan di luar RS/ Puskesmas	Kebutuhan SDM yang belum dipenuhi
1	2	3	4	5	6
1	Dokter Umum	73	2	17	54
2	Dokter Spesialis	11		4	7
3	Dokter Gigi	20	1	4	15
4	Apoteker	18	2	2	14
5	Perawat/ Bidan	415	15	5	395
6	Ahli Gizi	40	1	1	38
7	Ahli Sanitasi	73	1	1	71
8	Ahli Kesehatan Masyarakat	73	0	1	72
9	Tenaga Kesehatan Lainnya	117	1	1	115
10	Tenaga Non Medis/teknisi	27		1	26
	<b>JUMLAH</b>	867	23	37	807

*Sumber: Analisis, 2007*

Dari tabel ini maka dapat diketahui bahwa sumberdaya manusia layanan kesehatan yang dapat dikembangkan di RSUD Tugurejo adalah sebesar 807

tenaga kesehatan, dengan runcian minimal seperti pada kolom 6 tabel IV.26 di atas.

#### **4.4. Analisis Kinerja Pelayanan RSUD Tugurejo**

Kinerja pelayanan kesehatan merupakan hasil maksimal yang dapat dicapai secara ideal, dalam pelayanan masyarakat/publik. Suatu sarana dapat dikatakan berkinerja baik jika dapat melayani dengan sempurna yang menjadi tanggungjawabnya. Rumah sakit yang berkinerja baik tentunya adalah rumah sakit yang dapat melayani dengan sarana yang cukup, sumberdaya pelayanan yang handal serta memberikan kepuasan bagi pasiennya. Kinerja rumah sakit dapat dilihat dari beberapa sisi, kelengkapan ruang dan sarananya; tenaga medis dan non medis, manajemen, kebersihan dan lain-lain. Demikian pula dengan RSUD Tugurejo harus dapat memberikan kinerja yang baik, dibawah ini analisis kinerja dari RSUD Tugurejo Semarang.

##### **4.4.1 Kinerja Sumberdaya Pelayanan Kesehatan.**

Untuk mengetahui kinerja pelayanan RSUD Tugurejo, maka akan dibandingkan sumberdaya yang ada dengan sumberdaya ideal yang dihitung berdasarkan standar yang berlaku. Pada uraian terdahulu diketahui bahwa sumber daya pelayanan kesehatan yang dibutuhkan di RSUD Tugurejo sebesar 807 tenaga kesehatan, dengan demikian jika dibandingkan tenaga kesehatan yang ada, maka dapat diketahui kekurangan tenaga pelayanan kesehatan sebagaimana Tabel IV.27 berikut :

**TABEL IV.27**  
**KONDISI DAN KEBUTUHAN SDM PELAYANAN KESEHATAN**  
**DI RSUD TUGUREJO SEMARANG**

No	Sumber Daya Kesehatan	Kebutuhan SDM di RSUD Tugurejo	Kondisi di RSUD Tugurejo	Kekurangan Tenaga Kesehatan
1	2	3	4	5
1	Dokter Umum	54	20	34
2	Dokter Spesialis	7	28	-21
3	Dokter Gigi	15	5	10
4	Apoteker	14	2	12
5	Perawat/ Bidan	395	173	222
6	Ahli Gizi	38	11	27
7	Ahli Sanitasi	71	4	67
8	Ahli Kesehatan Masyarakat	72	17	55
9	Tenaga Kesehatan Lainnya	115	76	39
10	Tenaga Non Medis/teknisi	26	138	-112
	<b>JUMLAH</b>	<b>807</b>	<b>474</b>	<b>333</b>

*Sumber: Analisis, 2007*

Dari tabel IV.27 di atas maka diketahui terdapat selisih kurang 333 tenaga medis (466 selisih kurang dibanding 133 selisih lebih) di wilayah layanan RSUD Tugurejo. Standar kebutuhan SDM layanan kesehatan merupakan standar minimal, artinya jika berlebih akan memberikan pelayanan lebih baik, namun jika kurang maka pelayanan menjadi tidak maksimal. Dengan alasan ini maka kekurangan tenaga kesehatan di RSUD Tugurejo adalah 466, dengan rincian sebagai berikut (Tabel IV.28):

**TABEL IV.28**  
**JUMLAH KEKURANGAN SUMBER DAYA KESEHATAN**  
**DI RSUD TUGUREJO SEMARANG**

No	Sumber Daya Kesehatan	Kebutuhan SDM di RSUD Tugurejo	Kondisi di RSUD Tugurejo	Kekurangan Tenaga Kesehatan
1	2	3	4	5
1	Dokter Umum	54	20	34
2	Dokter Spesialis	7	28	
3	Dokter Gigi	15	5	10
4	Apoteker	14	2	12
5	Perawat/ Bidan	395	173	222
6	Ahli Gizi	38	11	27
7	Ahli Sanitasi	71	4	67
8	Ahli Kesehatan Masyarakat	72	17	55
9	Tenaga Kesehatan Lainnya	115	76	39
10	Tenaga Non Medis/teknisi	26	138	
	<b>JUMLAH</b>	<b>807</b>	<b>474</b>	<b>466</b>

*Sumber: Analisis, 2007*

Kekurangan tenaga layanan kesehatan ini menunjukkan bahwa kinerja dari sektor ini belum maksimal, bahkan di masa yang akan datang sangat kekurangan, jumlah dokter spesialis memang sudah cukup, namun masih ada kekurangan dokter umum dan dokter gigi, di samping tenaga-tenaga lain baik medis maupun non medis yang mendukung tercapainya kinerja yang baik bagi RSUD Tugurejo.

#### **4.4.2 Kinerja Sarana dan Prasarana**

Sarana dan prasarana rumah sakit sangat kompleks, banyak ruangan yang diperlukan sesuai dengan spesifikasinya, demikian pula dengan peralatan kesehatan. Salah satu sarana yang dapat dipakai sebagai tolok ukur kapasitas adalah tempat tidur, khususnya untuk pasien rawat inap. Kebutuhan tempat tidur

pasien dihitung sesuai standar Permenkes RI No. 262/ menkes/ VII/ 1979, berdasarkan rasio jumlah tempat tidur dibanding jumlah tenaga kerja medis, yaitu 9 : 1; dengan tenaga medis perawatan 1 : 1; dengan tenaga medis non perawatan 5 : 1 dan dengan tenaga non medis 4 : 3. Namun dari beberapa ratio ini perbandingan tepat tidur dengan tenaga medis merupakan indikator yang paling baik.

Berdasar ratio ini maka dapat dihitung bahwa dari kebutuhan tenaga medis (dokter umum, spesialis dan gigi) sejumlah 76 dokter, berarti kekurangan jumlah tempat tidur yang ideal untuk pelayanan kesehatan tersebut berjumlah 864 tempat tidur (9 x 76). Dengan demikian dibandingkan dengan kapasitas/fasilitas yang tersedia sebanyak 247 tempat tidur, maka masih perlu pengembangan fasilitas layanan kesehatan yang cukup besar (437 tempat tidur).

Pelayanan rawat inap yang ideal dibagi menjadi 4 kelas, yaitu kelas VIP, I, II dan III. Berdasarkan standar RSUD tahun 1972, pembagian kelas rawat inap adalah : kelas VIP 15%, Kelas I 15%, kelas II 30% dan Kelas III 30%. Dengan demikian untuk layanan ideal dibandingkan dengan kebutuhan tempat tidur (864 buah) , maka proporsi kelas rawat inap sebagaimana tabel IV.29 berikut :

**TABEL IV.29**  
**KEBUTUHAN TEMPAT TIDUR DAN LUAS RUANG PASIEN**  
**DI RSUD TUGUREJO**

NO	KELAS	RATIO	JUMLAH TEMPAT TIDUR	LUAS RUANG PER TEMPAT TIDUR	KEBUTUHAN RUANG RAWAT INAP
1	Kelas VIP	15 %	130	21,5 m <sup>2</sup>	2.786 m <sup>2</sup>
2	Kelas I	15 %	130	15 m <sup>2</sup>	1.944 m <sup>2</sup>
3	Kelas II	30 %	258	10 m <sup>2</sup>	2.592 m <sup>2</sup>
4	Kelas III	40 %	346	8 m <sup>2</sup>	2.765 m <sup>2</sup>
	Jumlah	100 %	864		10.087 m <sup>2</sup>

*Sumber : Hasil analisa 2007*

Dari tabel ini dapat dilihat bahwa kebutuhan jumlah tempat tidur, luas ruang per kelas yang ideal. Di RSUD Tugurejo pembagian kelas pasien menjadi Kelas VIP, Utama, Kelas I, II, III di samping itu ada ruang isolasi dan perinatologi (anak). Kelas Utama disamakan dengan Kelas VIP, sedangkan ruang isolasi dan perinatologi merupakan ruangan tambahan, diluar standar. Maka jika dibandingkan dengan fasilitas yang tersedia di RSUD Tugurejo dengan kebutuhan tempat tidur dan luas ruang, dapat dilihat sebagaimana tabel IV.30.

**TABEL IV.30**  
**PERBANDINGAN TEMPAT TIDUR PASIEN**  
**DI RSUD TUGUREJO DENGAN STANDAR KEBUTUHAN IDEAL**

NO	KELAS	RATIO	JUM LAH TEMPAT TIDUR IDEAL	JUM LAH TEM PAT TIDUR TERSE DIA	KEKU RANG AN	LUAS RUANG IDEAL PER TT	PENAM BAHAN RUANG YANG DIPERLU KAN
1	Kelas VIP	15 %	130	6	105	21,5 m <sup>2</sup>	2.257,5 m <sup>2</sup>
	Kelas Utama			19			
2	Kelas I	15 %	130	26	104	15 m <sup>2</sup>	1.560 m <sup>2</sup>
3	Kelas II	30 %	258	84	174	10 m <sup>2</sup>	1.740 m <sup>2</sup>
4	Kelas III	40 %	346	104	234	8 m <sup>2</sup>	1.872 m <sup>2</sup>
	Isolasi			3			
	Perinatologi			5			
	Jumlah	100 %	864	247	437		7.429,5 m <sup>2</sup>

*Sumber : Hasil analisa 2007*

Dilihat dari perkembangan yang ada dan Berdasarkan dari hasil analisis yang telah dilakukan pada tahap sebelumnya, maka dapat diketahui bahwa kinerja pelayanan RSUD Tugurejo bagi daerah pelayanannya sampai saat ini masih dirasa cukup memadai, walaupun masih banyak fasilitas yang belum lengkap. Melihat perkembangan yang ada baik dari sisi intern (kunjungan pasien), potensi

pasar serta keterbatasan sarana dan layanan kesehatan yang ada, dalam waktu dekat perlu diadakan peningkatan pelayanan.

Seiring dengan perkembangan kota, khususnya kota Semarang bagian barat yang merupakan wilayah industri, sekaligus merupakan jalur pantura yang sangat padat, musibah atau kecelakaan kerja dan lalu lintas cukup tinggi. Hal ini berpengaruh juga pada fasilitas pelayanan RSUD Tugurejo yang memadai. Unit Gawat Darurat, Perawatan Intensif (ICU) harus mendapatkan perhatian secara khusus.

Dalam menyikapi masalah tingkat pelayanan RSUD Tugurejo bagi penduduk yang masuk dalam wilayah pelayanan, maka diperlukan suatu usaha peningkatan pelayanan kesehatan baik dari segi kuantitas maupun kualitasnya sehingga dapat memenuhi kebutuhan masyarakat khususnya bagi wilayah yang masuk dalam wilayah pelayanan.

### **Konsep Pengembangan Pelayanan Kesehatan**

Pelayanan umum, termasuk pelayanan kesehatan, diharapkan dapat memenuhi kualitas pelayanan dalam konsep pelayanan prima (Kepmenpan nomor 81 tahun 1993), dikenal delapan unsur kualitas pelayanan, yaitu :

1. Kesederhanaan, dalam arti prosedur tata-cara pelayanan di selenggarakan secara mudah, lancar, cepat, tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan.
2. Kejelasan dan kepastian, dalam arti ada kepastian dan kejelasan pelayanan, khususnya mengenai:

- a. Prosedur/tata cara pelayanan, persyaratan pelayanan umum baik teknis maupun administratif.
  - b. Persyaratan pelayanan umum, baik teknis maupun administratif.
  - c. Unit kerja atau pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan.
  - d. Rincian biaya/tarif pelayanan dan tata cara pembayaran.
  - e. Jadwal waktu penyelesaian pelayanan.
  - f. Hak dan kewajiban bagi pemberi maupun penerima pelayanan berdasarkan bukti-bukti penerima pelayanan
  - g. Pejabat yang menerima keluhan masyarakat.
3. Keamanan, dalam arti proses serta hasil pelayanan dapat memberikan keamanan dan kenyamanan serta dapat memberikan kepastian hukum.
  4. Keterbukaan, dalam arti prosedur/tata cara persyaratan satuan kerja/pejabat penanggung jawab pemberi pelayanan, waktu penyelesaian dan rincian biaya/tarif dan lain lain yang berhubungan proses pelayanan wajib diinformasikan secara terbuka agar mudah diketahui dan dipahami oleh masyarakat baik diminta maupun tidak diminta.
  5. Efisiensi, dalam arti persyaratan pelayanan hanya dibatasi pada hal hal yang berkaitan langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dengan produk pelayanan yang diberikan. Dicegah adanya pengulangan pemenuhan persyaratan dalam hal proses pelayanannya mempersyaratkan kelengkapan persyaratan dari satuan kerja/instansi pemerintah yang terkait.

6. Ekonomis, dalam arti pengenaan biaya pelayanan harus ditetapkan secara wajar dengan memperhatikan: nilai barang dan jasa pelayanan dan tidak menuntut biaya yang tinggi di luar kewajaran. Kondisi dan kemampuan masyarakat untuk membayar secara umum.
7. Keadilan yang merata, dalam arti cakupan/jangkauan pelayanan harus diusahakan seluas mungkin dengan distribusi yang merata dan diperlakukan secara adil.
8. Ketepatan waktu, dalam arti pelayanan dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan.

Berdasarkan tuntutan akan kualitas layanan ini, maka pengembangan fasilitas pelayanan kesehatan, harus pula memperhatikan beberapa hal yang meliputi:

5. Distribusi kepadatan penduduk, diharapkan dapat melayani kebutuhan seluruh penduduk daerah-daerah padat penduduk
6. Aksesibilitas, suatu fasilitas layanan kesehatan diharapkan mudah diakses oleh masyarakat sekitar, dengan demikian kondisi transportasi juga merupakan hal yang sangat penting
7. Ketersediaan lahan, baik lokasi lahan untuk rumah sakit yang akan dibangun/ dikembangkan atau pengembangan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya di wilayah pelayanan
8. Lingkungan, pertimbangan lingkungan di sekitar fasilitas pelayanan kesehatan yang akan dibangun misalnya ketenangan, udara, kebersihan (Sujarto dalam Lastri, 1997: 24)

Setiap wilayah memiliki karakteristik tersendiri yang menentukan kebutuhan khusus untuk fasilitas kesehatan dan status sosial serta kondisi sosial merupakan hal yang dapat membedakan tingkatan kebutuhan pelayanan kesehatan (Bourney, 1982: 51). Hal inipun menjadi pertimbangan dalam pengembangan pelayanan kesehatan yang merupakan upaya dalam rangka memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang terus mengalami perubahan dan peningkatan, tidak terkecuali di wilayah pelayanan yang menjadi obyek penelitian, yaitu wilayah pelayanan RSUD Tugurejo.

Konsep pengembangan pelayanan kesehatan di RSUD Tugurejo dan sekitarnya dipengaruhi oleh berbagai aspek, dari ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada serta faktor-faktor lain. Tuntutan kebutuhan layanan yang harus dipenuhi serta kondisi ideal pelayanan umum berpengaruh juga pada pola pengembangan layanan kesehatan yang direncanakan. Di sisi lain pengaruh juga dirasakan dari adanya aspek potensi pengembangan serta hambatan dan kendala yang ada. Bagan konsep pengembangan pelayanan kesehatan khususnya di RSUD Tugurejo dan sekitarnya dapat dilihat sebagaimana Gambar 4.7. sebagai berikut :



Sumber : Hasil Analisa 2008

Gambar 4.7.

#### BAGAN ALUR KONSEP PENGEMBANGAN PELAYANAN KESEHATAN DI WILAYAH RSUD TUGUREJO DAN SEKITARNYA

Pada uraian terdahulu diketahui bahwa fasilitas pelayanan kesehatan di RSUD Tugurejo secara umum dapat mendukung kebutuhan masyarakat yang ada, walaupun masih banyak terdapat ketidak sempurnaan yang disebabkan terbatasnya sarana dan prasarana yang ada, dukungan sumber daya manusia (medis dan non medis) serta manajemen pelayanan yang memadai. BOR yang semakin meningkat, mendekati angka ideal tertinggi dikhawatirkan akan melebihi kapasitas yang ada, di samping itu angka pasien rawat jalan pun terus bertambah.

Lokasi RSUD Tugurejo berada di lingkungan Kawasan Industri di bagian barat Kota Semarang sampai dengan perbatasan dengan Kabupaten Kendal, dengan demikian akan menjadi tumpuan pelayanan dan perawatan kesehatan dan penanganan kecelakaan kerja bagi pabrik atau sektor industri yang ada di wilayah tersebut.

Dari penghitungan dengan menggunakan analisa *breaking point* dan titik henti, serta mengacu pada standar pelayanan kesehatan yang berlaku, kebutuhan fasilitas layanan kesehatan di wilayah RSUD Tugurejo dan sekitarnya masih perlu pengembangan. Aspek yang perlu dikembangkan meliputi aspek administratif berkaitan dengan prosedur pelayanannya, aspek fisik rumah sakit, peralatan kesehatan dan kedokteran, penataan ruang perawatan, serta tata ruang kompleks rumah sakit secara keseluruhan.

Peningkatan pelayanan kesehatan merupakan bagian dari peningkatan pelayanan secara umum. Dasar-dasar pelayanan umum, merupakan unsur yang harus dipenuhi juga dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan ini. Dasar-dasar tersebut adalah pertama kesederhanaan, dalam arti prosedur tata-cara pelayanan diselenggarakan secara mudah, lancar, cepat, tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan. Kedua, kejelasan dan kepastian pelayanan, khususnya mengenai prosedur/tata cara pelayanan, persyaratan pelayanan umum baik teknis maupun administratif, unit kerja atau pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan, biaya/tarif pelayanan dan tata cara pembayaran, jadwal waktu penyelesaian pelayanan, serta hak dan kewajiban bagi pemberi maupun penerima pelayanan berdasarkan bukti-bukti penerima pelayanan.

Dasar yang ketiga adalah keamanan, dalam arti proses serta hasil pelayanan dapat memberikan keamanan dan kenyamanan serta dapat memberikan kepastian hukum, keempat adalah keterbukaan, dalam arti prosedur/tata cara persyaratan satuan kerja/pejabat penanggung jawab pemberi pelayanan, waktu penyelesaian dan rincian biaya/tarif dan lain lain yang berhubungan proses pelayanan wajib diinformasikan secara terbuka agar mudah diketahui dan difahami oleh masyarakat baik diminta maupun tidak diminta, Kelima, efisiensi, dalam arti persyaratan pelayanan hanya dibatasi pada hal hal yang berkaitan langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dengan produk pelayanan yang diberikan. Keenam, ekonomis, dalam arti pengenaan biaya pelayanan harus ditetapkan secara wajar dengan memperhatikan: nilai barang dan jasa pelayanan dan tidak menuntut biaya yang tinggi di luar kewajaran. Berikutnya adalah keadilan yang merata, dalam arti cakupan/jangkauan pelayanan harus diusahakan seluas mungkin dengan distribusi yang merata dan diperlakukan secara adil, serta yang terakhir adalah ketepatan waktu, dalam arti pelayanan dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan.

Pengembangan atau peningkatan fasilitas dapat dilaksanakan jika peluang atau potensi untuk pengembangan itu masih tersedia atau cukup mendukung, demikian pula dalam rangka pengembangan fasilitas layanan kesehatan di RSUD Tugurejo dan sekitarnya. Potensi dan peluang pengembangan yang ada dapat bersifat intern maupun ekstern, yaitu yang berasal atau terdapat di dalam maupun dari luar RSUD itu sendiri, baik fisik maupun potensi nonfisik. Secara fisik, potensi pengembangan yang ada antara lain, masih adanya beberapa lahan kosong

yang berada di sebelah timur dan barat rumah sakit yang dapat digunakan untuk perluasan lahan, lahan di sebelah timur dimaksudkan sebagai akses masuk ke rumah sakit, mengingat pintu masuk yang ada pada saat ini berada pada posisi setelah tikungan jalan, sehingga pandangan pengendara kendaraan yang berasal dari arah timur (dari kota Semarang menuju Kendal) kurang leluwasa, dan merupakan lokasi yang rawan kecelakaan. Di sebelah timur terdapat lahan kosong yang dapat digunakan untuk perluasan gedung maupun prasarana lainnya. Kendala yang ada pada saat ini adalah lahan-lahan tersebut belum dikuasai secara penuh oleh RSUD Tugurejo, sehingga perlu proses pengadaan lahan tersebut.

Potensi lain yang cukup penting adalah dukungan Pemerintah Provinsi Jawa Tengah, sebagai pemilik RSUD Tugurejo Semarang. Salah satu kebijakan Pemerintah, khususnya di bidang kesehatan, adalah mengembangkan Rumah Sakit Milik Daerah Provinsi Jawa Tengah, dalam upaya mendukung mewujudkan masyarakat yang sehat, pelayanan kesehatan yang memadai, terjangkau, cepat dan tepat. Di sisi lain RSUD Tugurejo juga sebagai sumber pendapatan bagi Pemerintah Provinsi Jawa Tengah.

Dalam Rencana Tata Ruang Wilayah (RTRW) Kota Semarang disebutkan bahwa konsentrasi penggunaan tanah untuk perumahan akan ditingkatkan dengan konsentrasi untuk Semarang wilayah bagian barat adalah di Ngaliyan, Tambak Aji, dan Tugurejo. Untuk pengembangan industri di wilayah Semarang bagian barat akan banyak dikonsentrasikan ke Mangkang Wetan, Randugarut, Karanganyar, dan Tugurejo. Sedangkan peningkatan utilitas jalan dikonsentrasikan di Ngaliyan, Podorejo, dan Tugurejo. Untuk kepadatan penduduk diperkirakan peningkatan pesat terjadi di Ngaliyan, Kalipancur,

Tambak Aji, Wonosari, dan Podorejo. Dengan demikian potensi di wilayah tersebut untuk dikembangkan fasilitas layanan kesehatan cukup besar.

Potensi pengembangan yang lain yang perlu diperhatikan adalah potensi pada fasilitas pelayanan kesehatan lain di luar RSUD Tugurejo, yaitu baik fasilitas yang sudah ada maupun yang perlu dibangun untuk penyebaran fasilitas layanan di masyarakat, dengan mempertimbangkan pertumbuhan permukiman yang ada di wilayah tersebut.

Dari perbandingan sarana dan prasarana yang ada dengan sarana dan prasarana ideal sesuai standar kebutuhan yang berlaku, masih banyak terdapat kekurangan kebutuhan. Berbagai aspek masih perlu dikembangkan, baik aspek fisik, administrasi, manajemen maupun sumber daya manusianya. Untuk kepentingan wilayah, khususnya wilayah kota Semarang bagian barat (Kecamatan Semarang Barat, Tugu dan Ngaliyan), maka kekurangan tersebut dapat dikembangkan dengan mengembangkan aset dan kelembagaan yang sudah ada, maupun pembangunan sarana dan prasarana di tempat yang baru dengan mempertimbangkan persebaran masyarakat sebagai penerima layanan kesehatan. Perbandingan standar pelayanan kesehatan ideal yang diharapkan masyarakat dengan yang tersedia di wilayah kajian RSUD Tugurejo Semarang, dapat dilihat sebagaimana tabel IV.31.\

TABEL IV.31

**PERBANDINGAN STANDAR PELAYANAN DAN FASILITAS LAYANAN  
YANG TERSEDIA DI WILAYAH KAJIAN RSUD TUGUREJO**

NO	ASPEK LAYANAN	STANDAR PELAYANAN	LAYANAN YANG TERSEDIA	PENGEMBANGAN
1	Administrasi	Pelayanan yang lancar, mudah, dan tidak berbelit-belit	Pelayanan kurang lancar karena masih adanya pelayanan administrasi yang menjadi satu dengan ruangan lain	Perlu adanya penataan administrasi secara baik dan terpisah, sehingga dapat memperlancar pelayanan kesehatan
2	Sumber Daya Manusia	Kebutuhan dokter, apoteker, perawat, bidan, ahli gizi an ahli lainnya serta tenaga non media sebanyak 807 personil	Sumber daya yang tersedia baik medis maupun non medis, sebanyak 466 personil	Perlu penambahan sumber daya manusia pelayanan kesehatan yang proporsional baik di lingkungan RSUD Tugurejo khususnya maupun di wilayah pelayanan pada umumnya
3	Sarana dan Prasarana	Tersedianya sarana dan prasarana pelayanan kesehatan, yang meliputi gedung, ruang pemeriksaan, poliklinik dan operasi serta rawat inap Kebutuhan ruang rawat inap dengan proporsi jenis kelas sesuai standar adalah 864 kapasitas tempat tidur.	Sarana dan prasarana pelayanan medis sudah terpenuhi walaupun belum semuanya sempurna. Fasilitas tempat tidur untuk rawat inap yang tersedia 247 tempat tidur	Perlu pengembangan sarana dan pasarana pelayanan, dengan pertimbangan kesempurnaan ruang, kekurangan ruang dan fasilitas serta pengembangan poli-poli baru sesuai dengan perkembangan permintaan masyarakat.
4	Manajemen rumah sakit/layanan kesehatan	Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat diharapkan dapat memberikan pelayanan secara cepat, tepat, tidak berbelit-belit dan transparan.	Sering terjadi kesulitan, khususnya pada penanganan cepat dan mendesak, mengingat RSUD Tugurejo adalah Unit Pemerintah Daerah yang manajemen keuangan dan perencanaannya harus melalui prosedur APBD	Perlu manajemen/ pengelolaan yang lebih sederhana, khususnya untuk pelayanan.

Sumber : Hasil Analisa 2008

Dengan pertimbangan-pertimbangan tersebut di atas, maka pengembangan pelayanan kesehatan dapat dibagi pengembangan yang dilakukan pada RSUD Tugurejo itu sendiri maupun di lokasi lain di wilayah tersebut dengan mempertimbangkan persebaran penduduk, akses transportasi, dan jenis penanganan kesehatan/penyakit. Konsep pengembangannya dapat dibagi sebagai berikut :

### **Konsep Pengembangan pada RSUD Tugurejo Semarang**

Salah satu upaya dalam rangka memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan yang ideal adalah mengembangkan RSUD Tugurejo. Untuk mendukung pengembangan pelayanan Rumah Sakit Tugurejo, maka diperlukan suatu konsep pengembangan pelayanan untuk tahun-tahun kedepannya yang dijabarkan lagi kedalam arahan dan strategi pengembangan pelayanan RSUD Tugurejo, agar sesuai dengan visi pengembangan rumah sakit yaitu sebagai rumah sakit rujukan.

Konsep pengembangan pelayanan RSUD Tugurejo adalah, sebagai berikut:

1. Peningkatan sumber daya manusianya, baik medis maupun non medis dari segi kuantitas maupun kualitasnya.
2. Peningkatan serta menyempurnakan penyediaan prasarana rumah sakit, dengan penambahan kapasitas ruang-ruang pelayanan yang ada maupun menambah ruang layanan baru sesuai dengan perkembangan kebutuhan.

3. Peningkatan dan pengembangan sarana penunjang Rumah Sakit dalam rangka mencapai visi, penambahan peralatan kedokteran, penggantian peralatan baru sesuai dengan perkembangan teknologi,
4. Meningkatkan pelayanan kesehatan, melalui pengembangan poli-poli unggulan seperti poli kecantikan dan lain-lain.
5. Meningkatkan manajemen pelayanan agar dapat memberikan pelayanan yang prima kepada masyarakat secara segera, efektif dan efisien.
6. Mempererat kerjasama dengan tiap mata rantai kesehatan di daerah pelayanan RSUD Tugurejo dari puskesmas, poliklinik hingga posyandu dalam rangka untuk mewujudkan fungsi sebagai Rumah Sakit Rujukan. Melalui jalinan kerja sama yang erat diharapkan setiap penduduk yang sakit dan membutuhkan perawatan di Rumah Sakit yang berada dalam daerah pelayanan akan langsung mendapat rujukan ke Rumah Sakit Tugurejo dan bukan Rumah Sakit yang lain. Di samping itu menjalin kerja sama pula dengan Rumah Sakit lain baik di dalam maupun di luar Kota Semarang. Melalui kerja sama tersebut diharapkan Rumah Sakit Tugurejo dapat mencontoh dari Rumah Sakit lain yang telah berhasil menjadi Rumah Sakit rujukan atau bahkan sebaliknya.

### **Konsep Pengembangan Pelayanan Kesehatan di Luar Lingkungan RSUD Tugurejo Semarang**

Pelayanan umum yang baik salah satunya adalah adanya kemudahan pelayanan, kecepatan pelayanan, adil dan jujur. Hal tersebut tentunya sesuai dengan harapan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan yang prima dari

pemerintah. Kedekatan pelayanan kesehatan yang memadai, khususnya untuk layanan kesehatan ringan atau rawat jalan, dapat dikembangkan untuk mencapai visi dan misi di bidang kesehatan di masyarakat. Dengan demikian kebutuhan akan pelayanan kesehatan di wilayah tersebut, tidak saja dapat dikembangkan pada RSUD Tugurejo, tetapi juga di lokasi lain, di wilayah layanan tersebut. Pengembangan sarana dan pelayanan kesehatan ini dapat dilaksanakan dengan :

- a. Pengembangan fasilitas kesehatan yang sudah ada, antara lain dengan mengembangkan puskesmas yang ada, antara lain Puskesmas Ngaliyan, mengembangkan Puskesmas Pembantu di Wilayah tersebut, pengembangan klinik-klinik pengobatan yang tersebar di wilayah tersebut.
- b. Pembangunan fasilitas pelayanan kesehatan baru, dengan pembangunan Rumah Sakit, atau unit pelayanan kesehatan baru, di lokasi yang mendekati masyarakat yang belum terjangkau, yang terkendala dengan akses jalan, transportasi dal lain-lain
- c. Persebaran layanan kesehatan kepada masyarakat, dengan mempertimbangkan perkembangan permukiman dan fungsi lahan di wilayah tersebut, serta pengembangan jaringan atau akses mobilitas bagi masyarakat.

Konsep pengembangan pelayanan kesehatan pada RSUD Tugurejo dan sekitarnya dapat dilihat pada gambar 4.8. dan 4.9.



PROGRAM PASCA SARJANA  
 MAGISTER TEKNIK PERENCANAAN WILAYAH DAN KOTA  
 FAKULTAS TEKNIK UNIVERSITAS DIPONEGORO  
 2007

TEKSI I

PENGEMBANGAN PELAYANAN  
 RUMAH SAKIT DAERAH (RSUD) TUGUREJO  
 KOTA SEMARANG

PETA HASIL BREAKING POINT

LEGENDA

- Batas**
- Batas Kota
  - Batas Kecamatan
  - Batas Kelurahan
  - Sungai
  - Jalan
  - Jalan Utama
  - Rel Kereta Api

- Breaking point**
- Mangkang Kidul
  - Mangkang Wetan
  - Mangkang Lor
  - Manyaran
  - Ngaliyan
  - Podorejo
  - Pramooyoro
  - Raidi Garut
  - Tambak Aji
  - Tambakarjo
  - Tawang Sari
  - Tugu Rejo
  - Wirosari
  - Bamban Kelep
  - Beringin
  - Gekidoro
  - Gondoroyo
  - Jejak
  - Kalibate Kidul
  - Kalibate Lor
  - Karang Anyar
  - Kembangrum
  - Krapyak

SKALA

1:20000

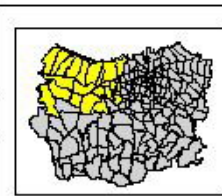
UTARA



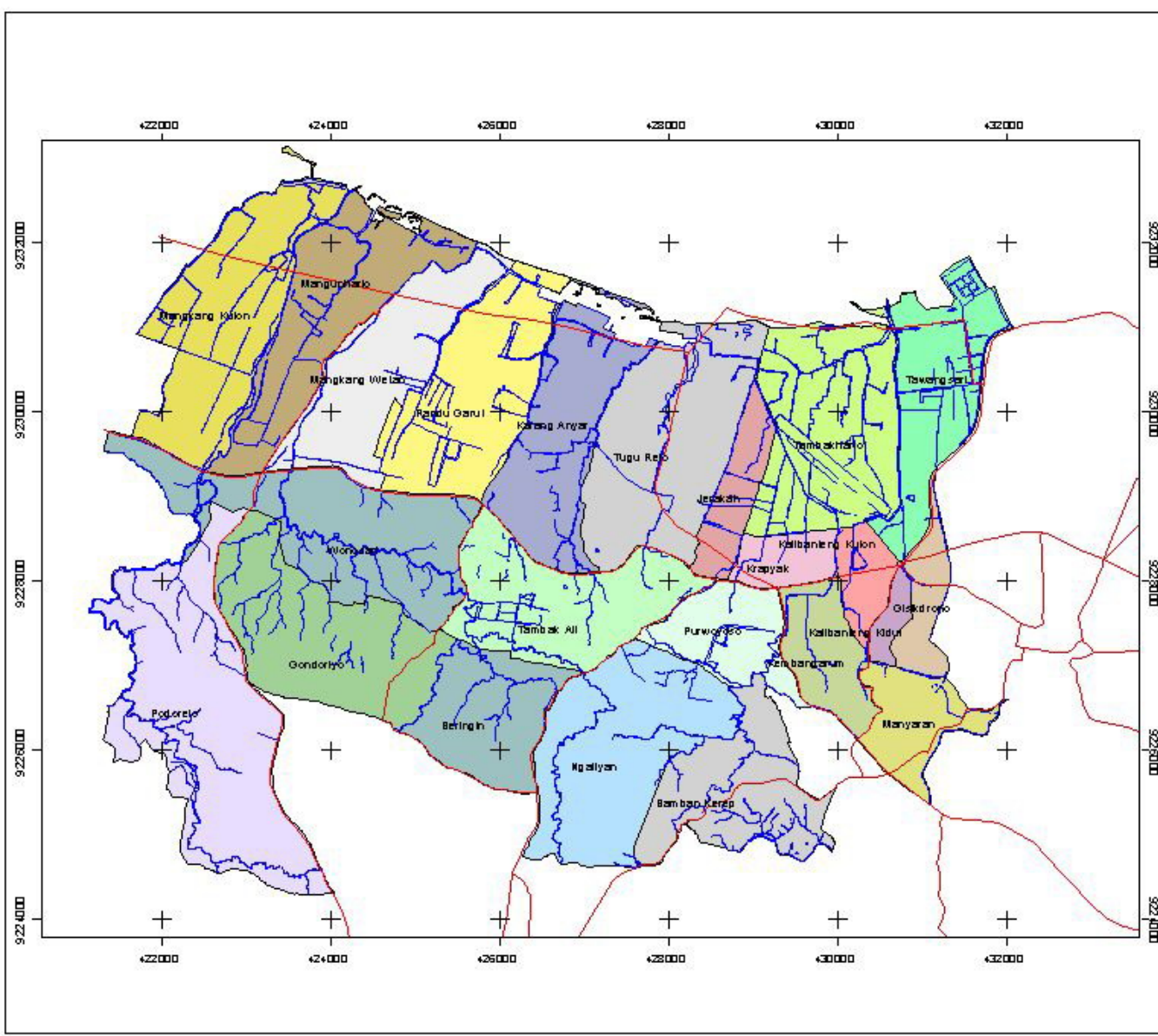
NO. PETA

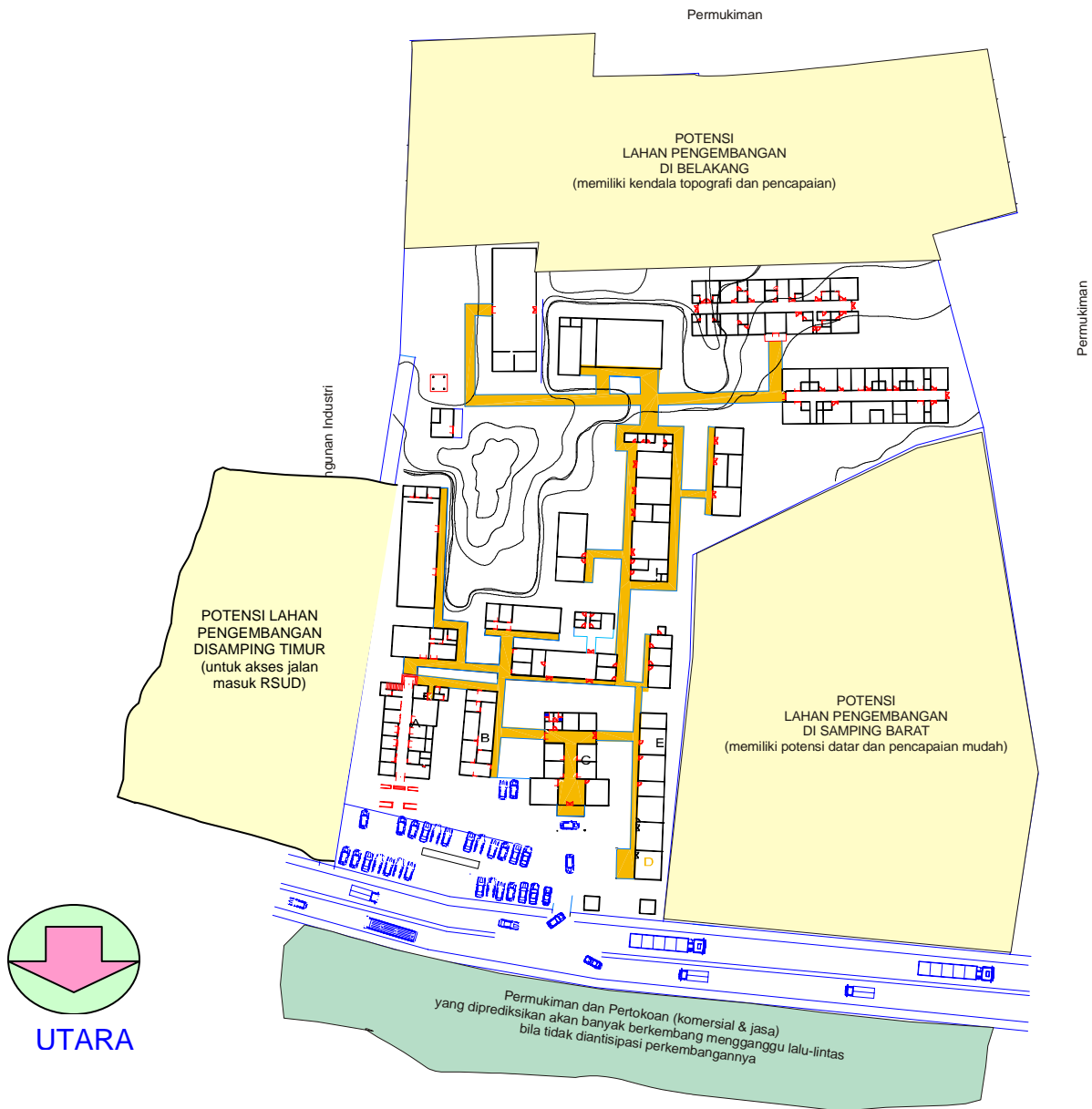
HLMM

INSET PETA



SUMBER:- BAPPEDA KOTA SEMARANG  
 - ANALISIS PENYUSUN 2007





Sumber : Hasil Analisis 2008

**GAMBAR 4.9.**

**KONSEP PENGEMBANGAN PELAYANAN KESEHATAN  
DI RSUD TUGUREJO DAN SEKITARNYA**

## **Arahan dan Strategi Pengembangan Pelayanan Kesehatan**

### **Pengembangan Sumber Daya Manusia**

Sumber daya manusia pelayanan kesehatan di wilayah pelayanan RSUD Tugurejo jika dibandingkan dengan kondisi yang ideal masih perlu peningkatan dan pengembangan baik kualitas maupun kuantitas, peningkatan ini meliputi peningkatan di RSUD Tugurejo sendiri maupun secara umum di wilayah pelayanan . Strategi yang perlu ditempuh adalah dengan :

- a. menambah jumlah tenaga medis (dokter, perawat) dan non medis.

Dari analisa yang telah dilakukan terdapat kekurangan tenaga medis di wilayah pelayanan sejumlah 466 tenaga, dengan rincian dokter umum 34 orang, dokter gigi 10 orang, apoteker 12 orang, perawat/bidan 222 orang, ahli gizi 27 orang, ahli sanitasi 67 orang ahli kesehatan masyarakat 55 orang, serta tenaga kesehatan lainnya 39 orang.

Tenaga kesehatan yang berkaitan dengan kerumahsakitannya hanya dapat ditambahkan pada unit rumah sakit atau puskesmas/klinik, sedangkan tenaga kesehatan medis dapat ditambah dari tenaga medis praktek yang dapat tersebar di wilayah tersebut.

- b. meningkatkan kualitas sumberdaya manusia pelayanan kesehatan dengan pelatihan-pelatihan;
- c. meningkatkan wawasan dengan mengikuti seminar-seminar, kerjasama bidang kesehatan;
- d. pemetaan pegawai berdasarkan tingkat kompetensi

- e. meningkatkan berbagai sosialisasi dan komunikasi dalam mendukung pembentukan dan pengembangan nilai-nilai budaya kerja organisasi sehingga tercipta kondisi yang kondusif bagi peningkatan kinerja pegawai.
- f.

#### **4.6.2. Pengembangan Sarana dan Prasarana**

Pengembangan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan dapat pula dilakukan baik pada fasilitas di RSUD Tugurejo, maupun di lokasi lain dengan mempertimbangkan kedekatan layanan. Pada RSUD Tugurejo dapat dilakukan upaya penataan kembali, penyempurnaan dan penambahan kapasitas sarana dan prasarana penunjang pelayanan kesehatan di RSUD Tugurejo yang belum sempurna maupun belum ada, antara lain :

- a. Pembangunan ruang instalasi strerilisasi sentral (CSSD);
- b. Pemisahan poli mata dan THT yang masih menyatu dan pemisahan koridor masuk petugas dan pasien pada instalasi rawat jalan;
- c. Pembangunan pintu masuk khusus UGD;
- d. Menambah ruang rawat inap sesuai standar secara bertahap, mengikuti perkembangan BOR;
- e. Kelengkapan Unit Farmasi;
- f. Kelengkapan Unit Radiologi, tempat konsultasi dan baca film, toilet dan loker pasien, ruang stretcher, keamanan petugas X-ray (pintu labyrinth);
- g. Kelengkapan laboratorium untuk forensik;
- h. Tempat Upacara di kamar mayat
- i. Ruang-ruang administrasi;

j. Kelengkapan dapur dan laundry.

RSUD Tugurejo pada saat ini menempati lahan seluas 21.150 m<sup>2</sup> beserta bangunan di atasnya seluas 5.280 m<sup>2</sup>, dengan potensi pengembangan bangunan 30 %, jika lahan-lahan potensial yang ada di sekitar rumah sakit dapat di kuasai. Dengan demikian, mempertimbangkan kekurangan kebutuhan ruang, khususnya rawat inap sejumlah 437 ruang dengan luas ruang keseluruhan 7.429,5 m<sup>2</sup>, maka tidak mungkin dapat dipenuhi oleh RSUD Tuguejo. Kekurangan yang tidak dapat dipenuhi tersebut harus di sediakan di luar RSUD Tugurejo, dengan menambah pada unit-unit pelayanan kesehatan yang sudah ada, maupun pembangunan sarana dan prasarana yang baru di wilayah tersebut.

#### **4.6.3. Pengembangan Layanan**

Dalam bidang pemasaran usaha diperlukan beberapa strategi yang pada dasarnya selain untuk mengembangkan pasar juga untuk meningkatkan nilai penggunaan dari berbagai layanan yang telah disediakan. Hal ini juga diharapkan dapat mendukung citra rumah sakit yang sampai saat ini cenderung masih kurang dikenal oleh pasar (masyarakat). Untuk itu diperlukan suatu strategi dalam mengembangkan pemasaran Rumah Sakit Tugurejo, adapun strategi yang diperlukan adalah sebagai berikut:

- a. Membentuk suatu tim atau bagian pemasaran tersendiri lengkap dengan susunan tugas dan tanggung jawab sehingga dapat menangkap potensi pasar yang ada. Hal ini juga sebagai salah satu cara pemberdayaan fungsi pemasaran rumah sakit dengan berbagai program yang lebih baik dan lebih terkoordinasi.

- b. Menjalankan berbagai program peningkatan kualitas pelayanan yang berorientasi pada pasar melalui berbagai pendekatan, seperti survey kepuasan konsumen, serta peningkatan kemampuan Sumber Daya Manusia dalam bidang pemasaran.
- c. Berdasarkan visi dari Rumah Sakit Tugurejo sebagai rumah sakit rujukan, maka diperlukan adanya peningkatan fungsi rujukan sebagai salah satu upaya dalam meningkatkan pangsa pasar rumah sakit.

#### **4.6.4. Pengembangan Manajemen**

Sebagaimana rumah sakit pemerintah lainnya, sumber dana yang diterima oleh Rumah Sakit Tugurejo berasal dari operasional pelayanan rumah sakit dan alokasi pemerintah sebagai pemilik rumah sakit. Sampai saat ini hal tersebut masih menjadi suatu masalah karena pendanaannya masih bergantung dari subsidi Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Tengah, sehingga tidak ada Fleksibilitas dalam Pengelolaan keuangan dan tidak dapat mengakomodir semua kebutuhan di rumah sakit.

Selain itu, masalah lain yang dihadapi berkaitan dengan tarif pelayanan yang masih mengikuti Peraturan Daerah (tidak sesuai *unit cost*) maka akan mengakibatkan *cost recovery* masih lebih besar daripada pendapatan. Berkaitan dengan permasalahan tersebut maka diperlukan suatu strategi pengembangan keuangan, antara lain:

- a. Pengusulan Peraturan Daerah mengenai penyesuaian tarif yang baru dengan dasar unit cost.
- b. Untuk mendapatkan fleksibilitas pengelolaan keuangan rumah sakit maka perlu adanya perubahan status rumah sakit menjadi Badan Layanan Umum (sistem pengelolaan keuangan secara mandiri yang dilakukan oleh rumah sakit).

## **BAB V PENUTUP**

### **5.1 Kesimpulan**

Berkembangnya suatu wilayah perkotaan, berakibat pula pada konsekuensi pengembangan fasilitas pelayanan umum bagi masyarakat kota tersebut. Pembangunan di segala bidang sangat diperlukan bagi suatu pengembangan perkotaan, salah satunya pembangunan bidang kesehatan. Pembangunan kesehatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pembangunan nasional, kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Demikian pula dengan pembangunan sarana prasarana kesehatan, termasuk Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tugurejo-Semarang yang merupakan salah satu rumah sakit milik pemerintah, khususnya Pemerintah Provinsi Jawa Tengah, sebelumnya merupakan salah satu rumah sakit khusus kusta dan merupakan pusat rujukan di Provinsi Jawa Tengah.

Dari permasalahan yang ada di banding dengan standar pelayanan kesehatan, hasil analisisnya adalah sebagai berikut:

1. Berdasarkan hasil analisis ketersediaan sarana dan prasarana didapat bahwa penyediaan pada tiap-tiap unit yang ada pada umumnya masih belum lengkap penyediaan prasarana pendukungnya, antara lain: unit ICU, unit rawat inap, unit radiologi, unit laboratorium, unit cuci, dan unit rehabilitasi medik. Sedangkan beberapa unit yang belum ada adalah unit kebidanan/ penyakit kandungan dan unit pusat steril.
2. Hasil analisis kinerja pelayananan didapat bahwa berdasarkan jumlah kapasitas RSUD Tugurejo, yaitu 247 uni <sup>180</sup> kat pelayanan tenaga kesehatan masih cukup baik, namun dengan BOR (*Bed Occupation Rate*) yang telah mencapai 80.63 % (dari

indeks ideal 60- 85%), sedangkan peningkatan pertahunnya 710%, maka fasilitas tersebut harus segera dikembangkan/ditambah.

3. Berdasarkan analisis jangkauan pelayanan RSUD Tugurejo dengan menggunakan alat analisis *breaking point* maka didapat:

Suatu wilayah kajian atau wilayah layanan kesehatan RSUD Tugurejo, yang meliputi Kecamatan Semarang Barat, Kecamatan Tugu dan Kecamatan Ngaliyan. Adapun rincian adalah sebagai berikut ini:

- Kecamatan Tugu meliputi Kelurahan Tugurejo, Jerakah, Karanganyar, Randugarut, Mangkang Wetan, Mangkang Kulon dan Mangunharjo;
  - Kecamatan Semarang Barat meliputi Kelurahan Tambakharjo, Krapyak, Kembangarum, Gisikdrono, Kalibanteng Kidul, Kalibanteng Kulon, Manyaran dan Tawang Sari;
  - Kecamatan Ngaliyan meliputi Kelurahan Tambak Aji, Beringin, Ngaliyan, Purwoyoso, Baman Kerep, Podorejo, Gondoriyo dan Wonosari.
4. Berdasarkan analisis demand pengembangan RSUD Tugurejo menunjukkan bahwa hirarki interaksi tertinggi terdapat di Kelurahan Tambakaji, Purwoyoso, dan Kembangarum. Jumlah penduduk dalam wilayah pelayanan RSUD Tugurejo Semarang tersebut adalah 182.792 jiwa. Berdasarkan jumlah penduduk tersebut, maka kebutuhan fasilitas pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut : tenaga kesehatan 867 personil, fasilitas tempat tidur untuk rawat inap 864 tempat tidur dengan luas lahan 10.087 m<sup>2</sup>.
  5. Dibandingkan dengan sarana dan prasarana yang tersedia maka kinerja RSUD Tugurejo, belum dapat memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan di Wilayah

Layanan yang ada. Jumlah tenaga tenaga medis dan non-medis Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang adalah 247 orang, maka dari hal tersebut jelas bahwa pelayanan RSUD Tugurejo masih kurang mencukupi dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi pasiennya yang akan berobat ditinjau dari jumlah pasien yang harus dilayani terhadap jumlah tenaga medis dan tenaga non medis yang dimiliki. Demikian pula ruangan yang tersedia masih perlu dikembangkan, dengan perhitungan melalui analisa di atas, masih perlu penambahan ruang rawat inap sebanyak 437 ruang dengan luasan ideal 7.7429,5 m<sup>2</sup>.

Melihat permasalahan yang ada dan dengan mempertimbangkan teori dasar-dasar pelayanan umum, maka konsep pengembangan pelayanan meliputi 3 hal, yaitu :

1. Konsep pengembangan pelayanan kesehatan yang ada pada lingkungan RSUD Tugurejo sendiri, meliputi pengembangan SDM, sarana dan prasarana dengan potensi yang ada, serta pengembangan manajemen;
2. Konsep pengembangan pelayanan kesehatan di luar lingkungan RSUD Tugurejo, baik yang sudah ada/tersedia, seperti puskesmas dan poliklinik maupun pembangunan fasilitas baru dengan mempertimbangkan persebaran penduduk. Pengembangan ini juga meliputi pengembangan SDM, sarana dan prasarana serta manajemen pelayanannya.
3. Konsep pengembangan infrastruktur pendukung pelayanan kesehatan, berupa jalan, air bersih maupun fasilitas komunikasi lainnya.

## **5.2 Rekomendasi**

Pelayanan umum yang diharapkan masyarakat adalah pelayanan yang mudah, terjangkau, adil, merata, serta transparan. Untuk mencapai keinginan masyarakat tersebut, maka pelayanan umum harus memenuhi parameter ideal yang diharapkan, sesuai standar pelayanan, dan memenuhi perkembangan jaman. Dari penelitian dan analisa yang telah dilakukan, maka disampaikan rekomendasi, yang dapat dijadikan sebagai bahan masukan untuk tindakan apa yang harus dilakukan dalam rangka meningkatkan tingkat pelayanan kesehatan. Beberapa hal yang dapat direkomendasikan melalui penelitian ini antara lain:

### **1. Bagi RSUD Tugurejo :**

- a. Mengoptimalkan faktor-faktor yang belum berperan dalam rangka untuk meningkatkan kualitas pelayanan RSUD Tugurejo.
- b. Meningkatkan kapasitas pelayanan yang ada saat ini maka diharapkan kepada pihak RSUD Tugurejo untuk dapat melaksanakan alternatif utama untuk peningkatan kapasitas pelayanan dengan Optimalisasi sistem pelayanan, dimana diharapkan dengan pelaksanaan tindakan ini akan berdampak kepada peningkatan kualitas pelayanan.
- c. Memprioritaskan penanganan pelaksanaan program berdasarkan kebutuhan, yaitu mendahulukan perbaikan sistem kelembagaan dan pengelolaan keuangan.
- d. Berkaitan dengan keterbatasan pembiayaan dari Pemerintah, harus dipikirkan suatu solusi yang tepat agar kedepannya tidak ada lagi masalah ketergantungan terhadap pemerintah mengenai pemberian dana.
- e. Untuk melakukan pengembangan pelayanan RSUD Tugurejo melalui perluasan jaringan pelayanan maka perlu dilakukan studi lanjutan untuk mengidentifikasi secara lebih rinci atas lokasi-lokasi potensial yang direkomendasikan sebagai alternatif prioritas pengembangan pelayanan.

### **2. Bagi pengembangan wilayah kajian.**

- a. Perlu peningkatan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan di lokasi lain di wilayah pelayanan yang menjadi wilayah kajian, dengan mempertimbangkan wilayah penyebaran, akses pelayanan dan transportasi, serta perkembangan kebutuhan pelayanan kesehatan.
- b. Peningkatan penyebaran tenaga kesehatan yang semakin berkualitas, untuk mendekatkan pelayanan kepada masyarakat.
- c. Meningkatkan kualitas layanan kesehatan pada unit-unit pelayanan yang sudah ada.

### **5.3 Kelemahan Studi**

Analisa dalam menentukan pasar (*demand*) dari RSUD Tugurejo seharusnya juga mempertimbangkan pangsa pasar, dilihat dari pendapatan rata-rata pasien atau pengguna layanan dan statistik penduduk berdasarkan pendapatan rata-rata per tahun di wilayah studi. Namun penyusun kesulitan mendapatkan statistik tersebut, baik dari BPS maupun dari instansi yang lain, sehingga penulis tidak menggunakan analisis pangsa pasar (*ability to pay*) untuk menentukan demand.

### **5.4 Usulan Studi Lanjut**

Guna penyempurnaan hasil studi ini, penulis mengusulkan agar pada studi lanjut mengenai pengembangan pelayanan RSUD Tugurejo ini dapat dilakukan dengan memperhatikan :

- a. Data/statistik pendapatan masyarakat, atau jumlah penduduk di wilayah pelayanan dirinci menurut kelompok mata pencaharian dan penghasilan per tahun/bulan

- b. Data perkembangan di lokasi kajian, dengan mempertimbangkan penyebaran masyarakat, fasilitas sosial yang ada terutama fasilitas pelayanan kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

Abdul Wahab, Solichin. 2002. *Globalisasi dan Pelayanan Publik Dalam perspektif teori Governance*. Download Internet.

Argon, George and Moor, Margarete, *Health Care Facilities*. 1975.

Arikunto, Suharsimi. 2002. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi Revisi V. Cetakan Keduabelas. Jakarta: PT Rineka Cipta.

Bourney, Larry S. 1982. *Internal Structure Of The City*. London: Oxford University Press

- Budihardjo, Eko. 1988. *Sejumlah Masalah Pemukiman Kota*. Bandung : PT Alumni
- Bussines Plan Tahun 2005-2009*. Badan Layanan Umum Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang, 2005-2009.
- Chapin, F. S Et al. 1995. *Urban Land Use Planning*. Chicago: University Of Illiois Press
- Claire, William H. 1973. *Hand Book On Urban Planning*. New York: Van Nostrand Reinhold
- Daldjoeni, Nathaniel. 1992. *Geografi Baru*. Bandung: Penerbit Alumni
- Helly, Walter. 1975. *Urban System Mode.*, New York : Academic. Press
- Iskandar. 2008. *Metodologi Penelitian Pendidikan dan Sosial, Kuantitatif dan Kualitatif*. Jakarta: Gaung Persada Press
- Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Departemen Pendidikan Dan Kebudayaan Republik Indonesia. Balai Pustaka : 1997
- Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI No. 191/ MENKES-KESOS/SK/ II/ 2001 tentang Organisasi Rumah Sakit*. Menteri Kesehatan RI, 2001.
- Keputusan Mentri Kesehatan RI No. 159b/ MENKES/ PER/ II/ 1988 tentang Klasifikasi Rumah Sakit Umum Pemerintah*. Menteri Kesehatan RI, 1998.
- Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (MENPAN) Nomor 81 Tahun 1993 Tentang Pedoman Tata Laksana Pelayanan Umum*. Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara RI, 1993
- Kota Semarang Dalam Angka 2006*, Beppeda Kota Semarang dengan Badan Pusat Statistik Kota Semarang 2006
- Lastri, Vitasurya. 1997. "Identifikasi Pola Distribusi Dan Pemanfaatan Fasilitas Perkotaan." Diktat Kuliah. Semarang: Fakultas Teknik UNDIP
- Manajemen Pelayanan Prima*. Lembaga Administrasi Negara Republik Indonesia, 2002
- Massam, Bryan H. 1996. *Pengantar Metodologi Riset Sosial*. Bandung: CV Mandar Maju
- Moenir HAS, 1995. *Manajemen pelayanan umum di Indonesia*, Jakarta: Bumi Aksara
- Pedoman Kerja Puskesmas Jilid I Tahun 1992*. Dinas Kesehatan Kota Semarang, 1992

- Business Plan RSUD Tugurejo Tahun 2005*. Pemerintah Provinsi Jawa Tengah Rumah Sakit Tugurejo Semarang, 2005.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 262/ MENKES/ VII/ Tahun 1979 Tentang Penentuan Tenaga Kerja RSUD Kelas B*. Menteri Kesehatan RI, 1979.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 986/ MENKES/ PER/ XI/ 1992 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit*. Menteri Kesehatan RI, 1986.
- Peraturan Pemerintah No. 523/ MENKES/ PER/ XI/ 1982 tentang Upaya Pelayanan Medik*. Dinas Kesehatan Kota Semarang, 1982.
- Petunjuk Perencanaan Kawasan Permukiman Kota Tahun 1987*. Dirjen Cipta Karya DPU Jakarta, 1987.
- Rachmat, R Hapsara Habib. 2004. *Pembangunan Kesehatan Di Indonesia*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2005
- Rencana Strategis Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2005-2009*, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2005
- Reinke, William A. 1994. *Perencanaan Perkotaan Untuk Meningkatkan Efektivitas Manajemen*. Yogyakarta. Gadjah Mada University Press
- Profil Kesehatan 2005*, Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Semarang, 2005
- Profil Rumah Sakit Tugurejo Tahun 2007*. Rumah Sakit Tugurejo Semarang, 2007.
- Rushton, G. 1979. *Optimal Location Of Facilities*. Went Worth: Compress. Inc
- Sugiyanti, 1999. *Strategi Pelayanan Prima*. Jakarta : Lembaga Administrasi Negara Republik Indonesia.
- Sumaatmadja, Nursid. 1988. *Studi Geografi*. Bandung: Alumni
- Undang-undang RI No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan*
- Yeates, Maurite. 1980. *North American City*. New York: Harper And Row
- \_\_\_\_\_. 2003. *The Analysis of The Relationship between The Decision Makers' Perceptions of Tugurejo Hospital at Semarang*.

## RIWAYAT HIDUP PENULIS



Penulis, Rahardjanto Pudjiantoro lahir di Kota Temanggung Jawa Tengah pada tanggal 11 Oktober 1961, dari ayah Drs H Soeparto Tjitrodihardjo dan ibu Hj Siti Ismiarti.

Alamat penulis di Perumahan Puri Anjasmoro Blok M6 Nomor 17 Semarang 50144

Latar belakang pendidikan penulis, lulus SD Wonodri I Semarang pada tahun 1974, SMP Negeri III Semarang pada tahun 1977, dan SMA Negeri Pati pada tahun 1981.

Penulis menyelesaikan studi strata 1 pada Fakultas Hukum Universitas Diponegoro, jurusan Perdata pada tahun 1989 serta studi strata 2 pada Program Pasca Sarjana Magister Teknik Pembangunan Wilayah Dan Kota Universitas Diponegoro pada tahun 2008.

Pengalaman pekerjaan penulis, pada tahun 1989 mulai bekerja sebagai staf pada Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Provinsi Jawa Tengah. Pada tahun 1992 promosi sebagai Sekretaris Wilayah Kecamatan Ungaran Kabupaten Semarang, kemudian promosi sebagai Kepala Bagian Administrasi Pemerintahan Desa pada Biro Pemerintahan Desa Sekretariat Daerah Provinsi Jawa Tengah pada tahun 1995.

Pada tahun 1996 penulis dimutasi sebagai Kepala Bagian Tata Pemerintahan pada Biro Pemerintahan Umum Sekretariat Daerah Provinsi Jawa Tengah dan tahun 1999 sebagai Kepala Bagian Analisa Kebutuhan pada Biro Perlengkapan Sekretariat Daerah Provinsi Jawa Tengah. Tahun 2001 penulis menjabat sebagai Kepala Seksi Pengadaan dan Inventarisasi Barang dan kemudian dimutasi sebagai Kepala Seksi Perencanaan Dan Perubahan Status Hukum pada Kantor Pengelolaan Provinsi Jawa Tengah.

Pada saat ini, sejak bulan Juni 2008 penulis manjabat sebagai Kepala Sub Bagian Analisa Kebutuhan dan Inventarisasi Barang pada Biro Umum Sekretariat Daerah Provinsi Jawa Tengah

Penulis menikah dengan Fifiana Wisnaeni, SH MHum pada tahun 1989 dan dikaruniai seorang anak perempuan Rafieta Hyda Maharani, yang lahir pada tahun 1997