

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. TPPRI (Tempat Pendaftaran Rawat Inap)

a. Pengertian TPRRI

Rumah Sakit memberikan pelayanan rawat inap kepada pasien dengan kondisi tertentu. Dalam prosesnya terdapat salah satu fasilitas registrasi pasien agar bisa melanjutkan prosedur rawat inap, fasilitas tersebut adalah TPPRI. Salah satu bagian di rumah sakit yang kegiatannya mengatur penerimaan dan pendaftaran pasien yang akan dirawat inap yaitu tempat pendaftaran rawat inap. Semua pasien yang akan rawat inap harus mendaftar di TPPRI dimana petugas TPPRI sangat berperan dalam pelayanannya terhadap pasien dari kecepatan melayani dalam mendapatkan tempat tidur untuk pasien yang akan rawat inap serta menyediakan fasilitas yang dibutuhkan oleh pasien rawat inap. (Laras Wuriandari, 2015)

b. Prosedur Rawat Inap

Berdasarkan kutipan dari penelitian (Ongen, 2022) prosedur rawat inap dibagi menjadi 2, yaitu :

1) Pendaftaran Pasien Rawat Inap dari Gawat Darurat

Petugas Pendaftaran Pasien Rawat Inap:

- a) Terima pengantar rawat inap dari Instalasi Gawat darurat (IGD)
- b) Melakukan pemesanan tempat tidur pasien sesuai advise dari dokter (bangsal atau ruang intensive)
- c) Masukkan data pasien:
 - (1) Pilih menu admission pada SIMRS
 - (2) Pilih pendaftaran rawat inap.

- (3) Klik pasien dari Poli/IGD.
 - (4) Masukkan nomor rekam medis atau nomor transaksi.
 - (5) Masukkan unit dan nama ruangan, dokter penanggung jawab, diagnosa, jenis layanan, buatlah SEP secara manual untuk pasien BPJS.
 - (6) Klik simpan.
- d) Cetak 10 label dokumen pasien, 1 label gelang pasien, dan ringkasan keluar masuk
 - e) Kemudian masukan ringkasan keluar masuk, status KSM kedalam map hasil pemeriksaan.
 - f) Periksa ulang kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap, gelang identitas pasien, dan kelengkapan administrasi.
 - g) Serahkan kelengkapan kepada petugas pendaftaran IGD.

Petugas Pendaftaran Pasien Instalasi Gawat Darurat

- (1) Terima kelengkapan berkas dari petugas pendaftaran rawat inap,
 - (2) Minta keluarga pasien tanda tangan serta menulis nama terang pada berkas,
 - (3) Berikan kartu tunggu pasien kepada keluarga pasien,
 - (4) Minta keluarga pasien tanda tangan SEP pada Tablet untuk pasien BPJS,
 - (5) Lakukan serah terima berkas Rawat Inap dengan Perawat/PUK.
- 2) Pendaftaran Pasien Rawat Inap dari layanan Rawat Jalan
Petugas Pendaftaran Pasien Rawat Inap
 - a) Terima pengantar rawat inap layanan rawat jalan,

- b) Minta pasien mengisi formulir persetujuan umum, informasi hak dan kewajiban, dan persetujuan pembukaan informasi medis,
- c) Melakukan pemesanan tempat tidur pasien sesuai advise dari dokter (bangsal atau ruang intensive)
- d) Masukkan data pasien:
 - (1) Pilih menu admission pada SIMRS.
 - (2) Pilih pendaftaran rawat inap.
 - (3) Klik pasien dari Poli/IGD.
 - (4) Masukan nomor rekam medis atau nomor transaksi.
 - (5) Masukan unit dan nama ruangan, dokter penanggung jawab, diagnosa, jenis layanan dan kode diagnosa,
 - (6) Klik generate untuk pembuatan SEP rawat inap pasien BPJS secara otomatis.
 - (7) Klik simpan.
 - (8) Minta keluarga pasien tanda tangan SEP pada Tablet untuk pasien BPJS. Cetak 10 label dokumen pasien, 1 label gelang pasien, dan ringkasan keluar masuk.
- e) Masukan ringkasan keluar masuk, status KSM kedalam map,
- f) Periksa ulang kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap, gelang identitas pasien, dan kelengkapan administrasi,
- g) Minta keluarga pasien tanda tangan dan tulis nama terang pada kolom kartu tunggu,
- h) Minta keluarga pasien tanda tangan SEP pada Tablet untuk pasien BPJS,
- i) Berikan kartu tunggu pasien kepada keluarga pasien.

- j) Serahkan kelengkapan Rekam Medis kepada petugas pengantar pasien (PUK) untuk selanjutnya pasien diantar ke bangsal.

2. Statistik Rumah Sakit

a. Pengertian Statistik Rumah Sakit

Menurut (Hatta, 2013) dalam penelitian (Ningtyas, 2016) Statistik dapat diartikan dalam berbagai macam arti, salah satu arti telah disebutkan dan arti lainnya adalah sebagai “Angka“ yaitu gambaran suatu keadaan yang dituangkan dalam angka. Perolehan nilai angka dapat diambil dari laporan, penelitian atau sumber catatan medik. Statistik juga dapat diartikan sebagai hasil dari perhitungan seperti rata-rata, median, standar deviasi, dan lain-lain. Menurut (Prasetyorini, 2018) dalam penelitian (Versya, 2021) Statistik Rumah Sakit adalah ilmu yang mempelajari bagaimana caranya mengumpulkan data, mengolah data, menyajikan data, menganalisis data, membuat kesimpulan dari hasil analisis data dan mengambil keputusan berdasarkan hasil kesimpulan.

b. Jenis Statistik

Jenis Statistik dibedakan menjadi dua yaitu statistika deskriptif dan statistika inferensi.

- 1) Statistik deskriptif atau statistik de-duktif merupakan bagian dari statistik yang mempelajari bagaimana cara pengumpulan data dan penyajian data sehingga mudah dipahami. Statistik yang hanya berhubungan dengan hal menguraikan atau memberikan keterangan-keterangan mengenai suatu data atau keadaan atau fenomena disebut dengan statistik deskriptif. Dengan kata statistik deskriptif berfungsi menerangkan keadaan, gejala, atau persoalan. (Hasan, 2001)

2) Statistika Inferensi merupakan statistik yang digunakan untuk populasi dari asal sampel itu diambil. Statistika inferensial memberikan cara yang objektif guna mengumpulkan, mengolah, dan menganalisis data kuantitatif, serta menarik kesimpulan tentang ciri-ciri populasi tertentu berdasarkan hasil analisis sampel yang dipilih secara acak dari populasi bersangkutan. (Yeri Sutopo, 2017)

c. Manfaat Statistik Rumah Sakit

Menurut (Sudra, 2010) dalam penelitian (Ningtyas, 2016) manfaat Statistik Rumah Sakit adalah:

- 1) Mengetahui alasan pasien datang berobat,
- 2) Biaya yang dibutuhkan untuk pelayanan terhadap pasien,
- 3) Kualitas dari pelayanan yang diberikan,
- 4) Berbagai informasi yang dibutuhkan oleh pihak penentu akreditasi,
- 5) Berbagai informasi yang dibutuhkan oleh pihak penanggung biaya pelayanan,
- 6) Penentuan prioritas pelayanan,
- 7) Mengelola keberagaman layanan dokter spesialis.

d. Konsep Statistik Rumah Sakit

Menurut Sudra (2010:3) dalam penelitian (Sari & Herfiyanti, 2017) “Statistik yang menggunakan dan mengolah sumber data dari pelayanan kesehatan di rumah sakit untuk menghasilkan informasi, fakta dan pengetahuan berkaitan dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit yaitu Statistik Rumah Sakit.” Informasi dari statistik rumah sakit digunakan sebagai kepentingan, antara lain :

- 1) Perencanaan, pemantauan, pendapatan, dan pengeluaran dari pasien oleh pihak manajemen Rumah Sakit,

- 2) Pemantauan kinerja medis, dan
 - 3) Pemantauan kinerja non medis.
- e. Pemanfaatan Data Rekam Medis untuk Statistik Rumah Sakit

Pada buku ajar Statistik yang ditulis oleh (Nisak, 2020) Data rekam medis yang dihasilkan dari pelayanan kesehatan pada pasien dapat dimanfaatkan untuk bermacam-macam kegiatan di rumah sakit, salah satunya yaitu untuk penghitungan statistik rumah sakit. Data statistik rumah sakit dapat dihasilkan dari beberapa unit pelayanan di rumah sakit antara lain yaitu:

- 1) TPPRJ (Tempat Penerimaan Pasien Rawat Jalan)
- 2) TPPRI (Tempat Penerimaan Pasien Rawat Inap)
- 3) UGD
- 4) Poliklinik/URJ (Unit Rawat Jalan)
- 5) Bangsal rawat inap/URI (Unit Rawat inap)
- 6) Apotik
- 7) Keuangan
- 8) Instalasi Gizi
- 9) Laboratorium
- 10) RO/Radiologi
- 11) Bagian Alkes/peralatan kesehatan
- 12) Bagian Kesling (Kesehatan Lingkungan)
- 13) Kepegawaian
- 14) Kamar operasi
- 15) Dan lain-lain

Selanjutnya setelah sumber data rekam medis telah didapat, kemudian data rekam medis tersebut dapat diolah dan diproses untuk penghitungan statistik berdasarkan indikator-indikator pelayanan kesehatan rawat inap untuk menghasilkan suatu informasi kesehatan yang efektif dan akurat. Selanjutnya informasi tersebut dapat digunakan oleh pihak internal rumah

sakit dan pihak eksternal. Berikut pihak-pihak yang memanfaatkan data rekam medis antara lain ialah:

Pihak Internal Rumah Sakit:

- a) Direktur
- b) Wakil Direktur
- c) Kepala bagian / kepala bidang
- d) Kepala instalasi
- e) Ka subag/kasi
- f) Kaur
- g) Medis, paramedis
- h) Non medis Pihak Ekstern RS
- i) Depkes RI
- j) Dinkes Propinsi
- k) Dinkes Kab/kota
- l) Pelkes dasar dan rujukan
- m) Pemilik rumah sakit (bupati/walikota/yayasan)
- n) Pemasok obat & alkes

f. Sumber Data Statistik Rumah Sakit

Menurut (Rustiyanto, 2010b) dari data rekam medis yang ada di Unit Rekam Medis di rumah sakit. Dibawah ini sumber data yang dihasilkan dari unit rekam medis antara lain di:

- 1) Tempat Penerimaan Pasien Rawat Jalan /TPPRJ
 - a) Register pendaftaran rawat jalan
 - b) KIUP
- 2) Unit rawat jalan/URJ
 - a) Register pasien Rawat Jalan
 - b) Sensus Harian Rawat Jalan
 - c) Register/catatan tindakan pelayanan
 - d) Rekapitulasi bulanan rawat jalan
- 3) Unit gawat darurat/UGD

- a) Register pasien GD
- b) Sensus harian GD
- c) Register/catatan tindakan GD
- 4) Tempat penerimaan pasien rawat inap/TPPRI
 - a) Buku register pendaftaran Rawat Inap
 - b) Catatan penggunaan tempat tidur
 - c) Unit rawat inap URI
- 5) Sensus Harian Rawat Inap
 - a) Buku Register Pasien Rawat Inap
 - b) Buku Register Persalinan & Abortus
 - c) Buku Register Tindakan Medis
 - d) Rekapitulasi bulanan sensus Rawat inap
- 6) Instalasi pemeriksaan penunjang/IPP
 - a) Register penerimaan Spesimen
 - b) Register Pemeriksaan penunjang
 - c) Sensus Harian Pemeriksaan Penunjang
- 7) Assembling
- 8) Filling
 - a) Buku catatan peminjaman dokumen RM
 - b) Tracer
- 9) Koding/indeksing
 - a) Indeks Penyakit
 - b) Indeks Kematian
 - c) Indeks Operasi
 - d) Indeks Dokter
 - e) Indeks Bayi.
 - f) Indeks Kebidanan

Berdasarkan dari jenis data dan sumbernya, bahwa terdapat data rutin dan data ad hoc. Data rutin merupakan data yang dikumpulkan oleh Fasyankes dalam waktu yang berkala dan teratur. Data ad hoc merupakan data yang

pengumpulannya dilakukan saat dibutuhkan dan tidak menentu. Survey merupakan contoh pengumpulan data secara ad hoc atau pada waktu tertentu.

Data sekunder digunakan apabila data rutin maupun data ad hoc yang pengumpulan datanya diperoleh dari institusi lain. Sedangkan data primer merupakan data yang dikumpulkan murni dari seorang peneliti. Kesimpulannya ialah pembeda antara data sekunder dan data primer adalah sumber datanya. Data yang diperoleh melalui pengukuran pada satu subjek atau individu disebut sebagai data individu. Contohnya seperti pengukuran kadar hemoglobin, tinggi badan, biaya perawatan tiap pasien. Sementara itu data dapat pula diperoleh secara berkelompok atau yang dikenal sebagai data agregat, contoh data pasien infeksi nosokomial tiap bangsal perawatan, unitnya adalah bangsal perawatan yang terdiri dari berbagai pasien. Datapun dapat diperoleh dari pengukuran berulang (*repeated measures*) pada subjek yang sama, maka data yang diperoleh disebut sebagai data berpasangan atau *dependen (paired data)*.

3. Rawat Inap

a. Pengertian Rawat Inap

Pelayanan rawat inap merupakan pelayanan kepada pasien yang memerlukan observasi, diagnosa, terapi, atau rehabilitas yang perlu menginap dan menggunakan tempat tidur serta mendapatkan pelayanan perawatan terus menerus. (Rustiyanto, 2010b). Dan salah satu kegiatan pelayanan yang diberikan dalam rumah sakit ialah rawat inap. Unit rawat inap merupakan unit dari rumah sakit yang memiliki peran yang cukup penting dalam pelayanan untuk observasi, diagnosis, pengobatan, atau upaya pelayanan kesehatan lainnya dengan cara menginap di rumah sakit. Melihat cukup pentingnya peran instalasi rawat inap ini

memberikan kontribusi yang optimal. Ruang rawat inap rumah sakit dapat diuraikan dari beberapa aspek, penampilan keprofesian atau aspek klinis, aspek ini menyangkut pengetahuan sikap dan perilaku dokter, perawat dan tenaga profesi lainnya. Salah satu aspek yang menyangkut pemanfaatan semua sumber daya di rumah sakit agar dapat berdaya guna dan berhasil guna keselamatan pasien, aspek ini menyangkut keselamatan dan keamanan pasien disebut dengan efisiensi dan efektivitas. Sedangkan aspek yang menyangkut dengan kepuasan fisik, mental, dan sosial pasien terhadap lingkungan rumah sakit, kebersihan, kenyamanan, kecepatan pelayanan, keramahan, perhatian, biaya yang diperlukan dan sebagainya yaitu aspek kepuasan pasien.

b. Data Rawat Inap

Pelayanan rawat inap memiliki sebuah data statistik yang dipergunakan untuk memantau penyelenggaraan kegiatan yang berjalan di unit rawat inap dan output yang dapat dihasilkan adalah untuk menilai serta mengevaluasi kegiatan untuk perencanaan maupun laporan pada instansi. Data rawat inap diolah dan disesuaikan dengan kebutuhan data informasi oleh pihak manajemen maupun kebutuhan laporan ke instansi, misalnya data kunjungan pasien, tindakan pasien, rujukan pasien, dan pembayaran pasien. Pada data diatas diperoleh dari pencatatan dan pendokumentasian data di unit rawat inap menurut (Mardian, 2016) antara lain:

- 1) Sensus Harian Rawat Inap Sensus harian rawat inap adalah kegiatan perhitungan pasien rawat inap yang dilakukan setiap hari pada suatu ruangan rawat inap di rumah sakit. Berikut fungsi sensus harian rawat inap antara lain untuk:
 - a) Mengetahui tingkat penggunaan tempat tidur

- b) Mengetahui jumlah pasien masuk, pasien keluar rumah sakit
 - c) Mengetahui penyediaan sarana prasarana di fasilitas pelayanan kesehatan
- 2) Rekapitulasi Laporan (RL) Data laporan triwulan ini digunakan untuk mengetahui pelayanan di unit rawat inap sebagai bentuk pemantauan selama bulanan, triwulanan dan tahunan yang wajib diberikan kepada Kementerian Kesehatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit.
- c. Alur Rekam Medik Rawat Inap
- Menurut (RI, 2006) alur rekam medis rawat inap, yaitu:
- 1) Setiap pasien yang membawa surat permintaan rawat inap dari dokter Poliklinik, unit gawat darurat, menghubungi tempat penerimaan pasien rawat inap, sedangkan pasien rujukan dari pelayanan kesehatan lainnya terlebih dahulu diperiksa oleh dokter Rumah Sakit bersangkutan.
 - 2) Petugas menerima pasien, mencatat dalam buku register penerimaan pasien rawat inap, serta menyiapkan atau mengisi data identitas pasien pada lembaran masuk.
 - 3) Apabila diberlakukan sistem uang muka, khususnya pasien non Askes dan dianggap tidak mampu, pihak keluarga berhak diminta menghubungi bagian keuangan untuk membayar uang muka perawatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
 - 4) Petugas penerimaan pasien rawat inap mengirimkan rekam medis bersama-sama dengan pasiennya ke ruang rawat inap yang dimaksud.
 - 5) Pasien diterima oleh petugas di ruang rawat inap dan dicatat pada buku register pasien rawat inap.

- 6) Dokter yang bertugas merawat mencatat riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, terapi, tindakan yang diberikan kepada pasien, dan perawat atau bidan mencatat pengamatan mereka terhadap pasien dan pertolongan perawatan yang mereka berikan kepada pasien pada lembaran-lembaran rekam medis dan menandatangani, serta mengisi lembaran grafik tentang suhu, nadi, dan pernafasan seorang pasien. Selama di ruang rawat inap, perawat atau bidan menambah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan kebutuhan pelayanan yang diberikan kepada pasien.
 - 7) Perawat atau bidan berkewajiban membuat sensus harian yang memberikan gambaran mutasi pasien mulai jam 00.00 sampai dengan jam 24.00 WIB. Sensus harian dibuat rangkap 3 dan ditandatangani Kepala Ruangan Rawat Inap, dikirim ke Unit Rekam Medis, Tempat Penerimaan Pasien Rawat Inap (Sentral Opname) dan 1 lembar untuk arsip ruang rawat inap. Pengiriman sensus harian paling lambat jam 08.00 pagi hari berikutnya.
 - 8) Petugas ruangan memeriksa kelengkapan rekam medis pasien, sebelum diserahkan ke Unit Rekam Medis.
- d. Konsep Sensus Harian
- Menurut (RI, 2005) mengatakan bahwa “Sensus Harian adalah kegiatan pencacahan/ perhitungan pasien rawat inap yang dilakukan setiap hari pada suatu ruangan rawat inap.” Sensus harian menjadi dasar dalam pelaksanaan pembuatan pelaporan Rumah Sakit yang kegiatannya dihitung mulai jam 00.00 sampai dengan jam 24.00 setiap harinya.
- e. Tujuan Sensus Harian

Menurut (RI, 2005) mengatakan bahwa “Tujuan Sensus Harian adalah untuk memperoleh informasi semua pasien masuk dan keluar Rumah Sakit selama 24 jam.”

f. Kegunaan Sensus Harian

Menurut (RI, 2005) tentang Kegunaan Sensus Harian, yaitu:

- 1) Untuk mengetahui jumlah pasien masuk, pasien keluar dan pasien meninggal di Rumah Sakit.
- 2) Untuk mengetahui tingkat penggunaan tempat tidur.
- 3) Untuk menghitung penyediaan sarana atau fasilitas pelayanan kesehatan.

g. Tanggung Jawab Pelaksanaan Sensus Harian

Menurut (RI, 2005) yang bertanggung jawab dalam pengisian sensus harian adalah:

- 1) Kepala Perawat pada masing-masing Ruang Rawat Inap bertanggung jawab dalam pengisian sensus harian.
- 2) Perawat/ Bidan yang memutasikan pasien/petugas yang ditunjuk oleh Kepala Perawat Ruang Rawat Inap melaksanakan pengisian sensus harian sesuai petunjuk yang telah ditetapkan.
- 3) Formulir sensus harian disediakan oleh unit Pencatatan Medik Rumah Sakit.

h. Mekanisme Pengisian Sensus Harian

Menurut (RI, 2005) tentang mekanisme pengisian sensus harian adalah:

- 1) Sensus harian harus diisi segera setelah pasien masuk ruangan rawat, pindah intern Rumah Sakit dan keluar Rumah Sakit.
- 2) Sensus harian untuk satu hari ditutup pada jam 24.00.
- 3) Jika ada pasien masuk Rumah Sakit atau keluar atau meninggal setelah jam 24.00 maka harus diisi pada sensus harian berikutnya.

- i. Sensus harian dibagi 3 rangkap:
 - 1) 1 lembar untuk sub bagian catatan medik,
 - 2) 1 lembar untuk penerimaan pelayanan rawat inap.
 - 3) 1 lembar untuk arsip ruang rawat.
- j. Sensus dikirim pada pukul 08.00 setiap pagi

4. Efisiensi

Menurut (Hatta, 2008) dalam penelitian (Herawaty, 2021), efisiensi merupakan salah satu parameter/indikator kinerja yang secara teoritis mendasari seluruh kinerja suatu organisasi dalam hal ini adalah rumah sakit. Tanpa pengawasan terhadap efisiensi, masalah dapat muncul dari sisi manajemen yang berujung pada tindakan-tindakan penyimpangan. Begitu pula efisiensi dapat digunakan untuk mengalokasikan sumber daya dengan lebih tepat sasaran sehingga sumber daya yang datang dari pemegang saham dapat dimanfaatkan secara optimal. Efisiensi mempengaruhi kesediaan masyarakat untuk membayar biaya perawatan rumah sakit. Jika masyarakat mempersepsi rumah sakit tidak efisien, masyarakat akan menghindari penggunaannya karena khawatir hal ini berpengaruh pada kualitas pelayanan kesehatan yang diperolehnya.

a. Efisiensi Pengelolaan Tempat Tidur

Menurut Sudra (2010 : 39) dalam penelitian (Sulistiyono & Kurniawan, 2018) bahwa efisiensi pengelolaan tempat tidur secara garis besar dapat dilihat dari dua segi, yaitu segi medis dan segi ekonomi. Dari aspek ekonomi tentu pihak manajemen menginginkan agar setiap tempat tidur yang telah disediakan selalu berisi dan digunakan oleh pasien. Jumlah tempat tidur yang kosong diharapkan sedikit mungkin. Semakin lama pasien menempati sebuah tempat tidur maka akan semakin banyak menghasilkan uang. Aspek medis terjadi arah penilaian yang bisa berlawanan. Tim medis akan lebih senang dan merasa berhasil

pekerjaannya jika seorang pasien bisa segera sembuh sehingga tidak perlu lama dirawat, jadi tidak menggunakan tempat tidur terlalu lama.

b. Faktor Penyebab Capaian Rawat Inap

Berdasarkan pendapat (Soejadi, 1996) yang dikutip dari penelitian (Herawaty, 2021), bahwa faktor penyebab capaian efisiensi rumah sakit dipengaruhi oleh ruangan yang terbatas dan penggunaan fasilitas yang berlebihan, nilai LOS dipengaruhi oleh banyaknya pasien kronis, kelemahan dalam pelayanan medis, dan sikap dokter yang menunda pelayanan, sedangkan nilai TOI dipengaruhi oleh rendahnya permintaan atas tempat tidur dan nilai BTO dipengaruhi oleh penggunaan tempat tidur yang terlalu lama.

5. Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

- 1) Menurut (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2008) Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
- 2) Menurut (Yanmed, 2006) Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.

b. Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan dirumah sakit. Oleh karena itu tanpa adanya pendukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan

benar, mustahil tertib administrasi rumah sakit akan berhasil sebagaimana yang diharapkan.

c. Aspek Rekam Medis

Kegunaan rekam medis menurut (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2008), untuk memudahkan mengingat, kalangan rekam medis memberikan singkatan dalam mneumonik ALFRED, yaitu:

- 1) *Administration*, rekam medis mempunyai arti administrasi karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggungjawab bagi tenaga Kesehatan.
- 2) *Legal*, rekam medis dapat dijadikan bahan pembuktian di pengadilan
- 3) *Financial*, rekam medis dapat dijadikan dasar untuk perincian biaya pelayanan kesehatan yang harus dibayar oleh pasien
- 4) *Research*, data rekam medis dapat dijadikan untuk penelitian dalam lapangan kedokteran, keperawatan dan kesehatan
- 5) *Education*, data-data dalam rekam medis dapat bahan pengajaran dan pendidikan mahasiswa kedokteran, keperawatan serta tenaga kesehatan lainnya
- 6) *Documentation*, rekam medis merupakan sarana untuk penyimpanan berbagai dokumen yang berkaitan dengan kesehatan pasien.

d. Kepemilikan Rekam Medis

Menurut Pasal 12 (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2008) menyatakan bahwa pada prinsipnya isi rekam medis adalah milik pasien, sedangkan berkas rekam medis (secara fisik) adalah milik sarana pelayanan kesehatan. Isi rekam medis tersebut dicatat dalam bentuk ringkasan rekam medis. Ringkasan rekam medis ini dapat diberikan, dicatat, atau di copy oleh pasien atau

orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu. Karena isi rekam medis merupakan milik pasien, maka pada prinsipnya tidak pada tempatnya jika dokter atau petugas medis menolak memberitahu tentang isi rekam medis kepada pasiennya, kecuali pada keadaan-keadaan tertentu yang memaksa dokter untuk tidak memberitahu kepada pasien. Sebaliknya, karena berkas rekam medis merupakan milik institusi, maka tidak pada tempatnya pula jika pasien meminjam rekam medis tersebut secara paksa, apalagi jika rumah sakit tersebut menolaknya.

6. Konsep Grafik Barber Johnson

a. Pengertian Grafik Barber Johnson

Menurut (Indradi, 2010) “Grafik Barber Johnson adalah parameter untuk memantau dan menilai tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur untuk bangsal perawatan pasien.” Pengertian Grafik Barber Johnson seperti diuraikan oleh (Soedjadi, 1985). Rumah Sakit dalam menjaga pengembangan dan kegiatan usahanya, maka diperlukan pengelolaan Rumah Sakit yang efisien. Secara garis besar efisiensi Rumah Sakit dapat ditinjau dari dua segi utama, yaitu segi medis yang dapat meninjau dari sudut mutu pelayanan medis dan segi ekonomi yang meninjau dari sudut pendayagunaan sarana yang ada. Pengelolaan Rumah Sakit yang baik dan efisien akan dapat terlihat dari pembuatan Grafik Barber Johnson oleh petugas Rekam Medis pada bagian pelaporan dan statistik. Menurut (Sudra, 2010) dalam penelitian (Khasanah, L., M. Maula, I., Karmanto, 2023) mengatakan bahwa grafik barber johnson berguna sebagai pengukuran efisiensi sebagai salah satu indikator, untuk melacak kemajuan menuju tujuan efisiensi penggunaan, dan untuk mengetahui efisiensi pemakaian tempat tidur di rumah sakit.

Grafik Barber Johnson ini pertama kali ditemukan pada Tahun 1973 oleh Barry Barber, M. A., Ph.D., Fins P., dan David Johnson, M.Sc. Mereka berhasil menciptakan suatu alat penyajian visual yang dapat menyajikan dengan jelas tingkat efisiensi pengelolaan Rumah Sakit dengan penyajian berupa grafik. Grafik Barber Johnson ini berusaha untuk mendayagunakan statistik Rumah Sakit dalam rangka memenuhi kebutuhan manajemen akan efisiensi pengelolaan dengan menggunakan indikator dan parameter tingkat efisiensi Rumah Sakit. Keempat parameter tersebut dibawah ini dapat digambarkan dalam satu grafik, diantaranya:

- 1) Lamanya rata-rata pasien dirawat atau *Length of Stay (LOS)* atau *Mean Duration of Stay*.
- 2) Lamanya rata-rata tempat tidur tidak terisi (kosong) atau *Turn Over Interval (TOI)*.
- 3) Presentase tempat tidur yang terisi atau *Bed Occupancy Rate (BOR)*.
- 4) Pasien dirawat yang keluar dalam keadaan hidup dan yang meninggal (discharges) per tempat tidur (yang siap pakai) selama setahun atau *Bed Turn Over Rate* atau *Throughput (BTO)*.

Perpaduan keempat parameter tersebut lalu diwujudkan dalam bentuk grafik yang akhirnya dikenal sebagai Grafik Barber Johnson. Ada 2 versi rumus perhitungan indikator untuk pelayanan rawat inap yang digunakan oleh pihak Rumah Sakit yaitu versi Departemen Kesehatan dan versi Barber Johnson.

b. Manfaat Grafik Barber Johnson

Menurut Sudra (2010 : 54) dalam penelitian (Sulistiyono & Kurniawan, 2018), Grafik Barber Johnson dapat dimanfaatkan untuk :

1. Membandingkan tingkat efisiensi penggunaan TT dari suatu unit (RS atau bangsal) dari waktu ke waktu dalam periode tertentu.
2. Melihat indikator perkembangan pencapaian target efisiensi penggunaan TT yang telah ditentukan dalam suatu periode tertentu.
3. Membandingkan tingkat efisiensi penggunaan TT antar unit dalam periode tertentu memantau dampak baru suatu penerapan kebijakan terhadap efisiensi penggunaan TT.
4. Mengecek kebenaran laporan hasil perhitungan empat parameter efisiensi penggunaan TT (BOR, LOS, TOI dan BTO).

Jika keempat garis bantuanya berpotongan di satu titik berarti laporan hasil perhitungan tersebut benar.

c. Indikator-indikator Pelayanan Rumah Sakit

Menurut (Permenkes, 2011), indikator-indikator pelayanan rumah sakit dapat untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Indikator-indikator tersebut bersumber dari sensus harian rawat inap. Menurut (Nisak, 2020) yang dikutip dari penelitian (Srimayarti et al., 2023), indikator-indikator pelayanan rumah sakit ialah sebagai berikut:

1. BOR adalah rata-rata penggunaan tempat tidur dalam waktu tertentu dan disajikan dalam persentase. Jangka waktu penghitungan BOR di setiap rumah sakit akan berbeda-beda tergantung kebijakan masing-masing rumah sakit. Rumus BOR dihitung dengan membandingkan jumlah TT yang digunakan dengan jumlah TT yang tersedia. Secara statistik, semakin tinggi nilai BOR maka semakin tinggi pula penggunaan tempat tidur yang ada untuk perawatan pasien. Namun perlu diperhatikan bahwa

semakin banyak pasien yang dilayani maka semakin sibuk kerja petugas, hal ini juga perlu diperhatikan oleh pihak rumah sakit, agar beban pekerjaan tenaga kesehatan tidak semakin berat di unit tersebut. Adapun contoh hasil perhitungan nilai indikator BOR yang belum efisien dalam penelitian (Novarinda & Dewi, 2017) sebagai berikut:

Nilai BOR di RS Sumber Waras pada tahun 2016 di bangsal Asoka pada Triwulan I tahun 2016 yaitu sebesar 70%, hal tersebut dapat dikatakan tidak efisien. Pada Triwulan II tahun 2016 yaitu sebesar 74% dan hal tersebut dapat dikatakan tidak efisien. Pada Triwulan III tahun 2016 yaitu sebesar 13% dan bahkan pada Triwulan III ini sangat rendah serta hal tersebut dapat dikatakan tidak efisien. Pada Triwulan IV tahun 2016 yaitu sebesar 57% dan hal tersebut dapat dikatakan tidak efisien. Sehingga dapat disimpulkan bahwa BOR pada Triwulan I-IV tidak efisien sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan oleh Barber Johnson. Rendahnya nilai BOR akan mengakibatkan pendapatan jasa pelayanan rendah atau kesulitan pada aspek pendapatan ekonomi bagi pihak rumah sakit, dan pemanfaatan tempat tidur pada bangsal Asoka di Rumah Sakit Sumber Waras menjadi tidak efisien.

2. AvLOS adalah rata-rata lama rawat inap seorang pasien. Lama rawat inap pasien dihitung sampai pasien dinyatakan keluar dari rumah sakit pada waktu tertentu. Dari aspek medis, semakin lama rawat inap maka kinerja kualitas medis semakin baik karena pasien harus dirawat lebih lama. Dari segi ekonomi, semakin lama rawat inap, semakin tinggi pula biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien (dan diterima oleh rumah sakit). Standar keseimbangan ideal atau standar efisiensi nilai LOS adalah 3 sampai 12 hari.

Jika nilai AvLOS berada pada kisaran ideal. Sebaiknya nilai AvLOS terus di pertahankan, jika semakin panjang nilai AvLOS maka bisa menunjukkan kinerja kualitas medis yang kurang baik, karena pasien harus dirawat lebih lama. Sedangkan dari aspek ekonomis, semakin panjang nilai AvLOS berarti semakin tinggi biaya yang nantinya harus dibayar oleh pasien. Jadi perlu adanya keseimbangan antara sudut pandang medis dan ekonomis. Adapun contoh hasil perhitungan nilai indikator AvLos yang sudah memenuhi standar ideal dalam penelitian (Srimayarti et al., 2023) sebagai berikut:

Rumah Sakit Ibu dan Anak Mutiara Bunda memiliki nilai AvLOS 2,69 hari, jika terpenuhi menjadi 3 hari. Artinya nilai AvLOS berada pada kisaran ideal. Sebaiknya nilai AvLOS terus di pertahankan, jika semakin panjang nilai AvLOS maka bisa menunjukkan kinerja kualitas medis yang kurang baik, karena pasien harus dirawat lebih lama. Sedangkan dari aspek ekonomis, semakin panjang nilai AvLOS berarti semakin tinggi biaya yang nantinya harus dibayar oleh pasien. Jadi perlu adanya keseimbangan antara sudut pandang medis dan ekonomis.

3. TOI yang merupakan hari rata-rata tempat tidur tidak ditempati dari waktu diisi sampai diisi berikutnya. Hitungan hari sejak pasien pulang tidak menempati tempat tidur sampai tempat tidur diisi oleh pasien baru. Indikator ini juga memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong hanya dalam 1- 3 hari. Jika nilai TOI sesuai dengan parameter ideal 1 atau 2 hari, maka semakin tinggi nilai TOI berarti semakin kecil nilai TOI, maka semakin pendek waktu tunggu pasien berikutnya, artinya rumah sakit tersebut sangat produktif.

Adapun contoh hasil perhitungan nilai indikator TOI yang belum memenuhi standar ideal dalam penelitian (Lorena Sitanggang & Yunengsih, 2022) sebagai berikut:

Nilai indikator TOI di RSAU Dr. M. Salamun pada tahun 2020 adalah 7,41 hari hasil tersebut tidak efisien karena sudah melebihi standar ideal. Idealnya tempat tidur kosong berdasarkan grafik Barber Johnson, hal ini terjadi karena kondisi COVID-19 beserta masih minimnya kegiatan promosi dari pihak manajemen, sejalan dengan penelitian (Dharmawan, 2006) yang dikutip dalam penelitian (Lorena Sitanggang & Yunengsih, 2022) mengatakan bahwa faktor yang menyebabkan tingginya nilai TOI dikarenakan manajemen organisasi yang berjalan kurang baik, serta kurangnya permintaan tempat tidur yang dilakukan oleh konsumen. Semakin besar angka TOI berarti semakin lama tempat tidur tersebut tidak digunakan oleh pasien, kondisi ini dapat merugikan pihak manajemen rumah sakit karena tidak menghasilkan pemasukan.

4. BTO merupakan frekuensi penggunaan setiap tempat tidur dalam periode tertentu. Angka BTO ini sangat membantu pihak rumah sakit untuk menilai tingkat penggunaan TT karena dalam dua periode dimungkinkan untuk mendapatkan angka BOR yang sama tetapi BTO-nya berbeda. Semakin tinggi angka BTO berarti setiap TT yang tersedia digunakan oleh pasien lebih banyak, pasien secara bergantian dirawat di rumah sakit tersebut. BTO yaitu frekuensi penggunaan tempat tidur dalam satu periode, berapa kali tempat tidur digunakan dalam satuan waktu tertentu. Idealnya dalam satu tahun, rata-rata tempat tidur digunakan 40-50 kali. Jika nilai BTO di atas rata-rata, hal itu tentunya menjadi kondisi yang menguntungkan bagi

pihak rumah sakit karena TT yang telah atau menggunakan tempat tidur secara produktif dan menjadi pendapatan bagi pihak rumah sakit. Namun nilai BTO ini juga harus di pertingkatkan kembali oleh pihak rumah sakit, karena hal ini memberikan dampak bagi beban kerja tim perawatan sangat tinggi, seperti tempat tidur tidak sempat dibersihkan, bisa meningkatkan kejadian infeksi nosokomial, dan menimbulkan ketidakpuasan pasien. Adapun contoh hasil perhitungan nilai indikator BTO yang sudah efisien dalam penelitian (Lorena Sitanggang & Yunengsih, 2022) sebagai berikut:

Nilai indikator di RSAU Dr. M. Salamun pada tahun 2020 adalah 30,92 kali, hasil ini menunjukkan bahwa nilai BTO sudah efisien karena sudah memenuhi standar ideal yang ditentukan oleh Barber Johnson yaitu minimal 30 kali.

d. Indikator Rawat Inap Menurut Depkes:

Tabel 2. 1 Indikator Rawat Inap menurut Departemen Kesehatan

Sumber: Statistika Rumah Sakit Untuk Pengambilan Keputusan Menurut (Rustiyanto, 2010b)

Indikator	Rumus	Keterangan	Data	Standar Efisien	Standar Efisien menurut Depkes
BOR	$\frac{HP \times 100\%}{T.t}$	HP: Hari Perawatan T: Jumlah tempat tidur t: Periode waktu	<ul style="list-style-type: none"> • Jumlah HP • Jumlah TT • Periode 	75%-85%	60%-85%
AVLOS	$\frac{LD}{D}$	LD: Lama dirawat D: Jumlah pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Jumlah Lama Dirawat 	3-12 hari	6-9 hari

Indikator	Rumus	Keterangan	Data	Standar Efisien	Standar Efisien menurut Depkes
		keluar hidup dan mati	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah Pasien Keluar Hidup dan Mati 		
TOI	$\frac{(T.t) - HP}{D}$	T: Jumlah tempat tidur t: Periode waktu HP: Hari Perawatan D: Jumlah pasien keluar hidup dan mati	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah TT Periode Jumlah Hari Perawatan Jumlah Pasien Keluar Hidup dan Mati 	1-3 hari	1-3 hari
BTO	$\frac{D}{T}$	D: Jumlah pasien keluar hidup dan mati T: Jumlah tempat tidur	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah Pasien Keluar Hidup dan Mati Jumlah TT 	>30 kali	40-50 kali

e. Indikator Rawat Inap Menurut Barber Johnson:

Tabel 2. 2 Indikator Rawat Inap Menurut Barber Johnson

Sumber: Statistika Rumah Sakit Untuk Pengambilan Keputusan Menurut (Rustiyanto, 2010b)

Indikator	Rumus	Standar Efisien	Keterangan
BOR	$\frac{O \times A}{100\%}$	75%-85%	O = Rata-rata Tempat Tidur
AVLOS	$\frac{O \times t}{D}$	3-12 hari	Terisi A = Rata-rata
TOI	$\frac{(A - O) \times t}{D}$	1-3 hari	Tempat Tidur Siap Pakai
BTO	$\frac{D}{A}$	>30 kali	D = Pasien Keluar (H+M) T = Waktu (Hari/Bulan/Tahun)

f. Format Grafik Barber Johnson

Menurut (Rustiyanto, 2010b), format Grafik Barber Johnson ialah sebagai berikut:

- 1) Terdapat judul yang secara jelas mencantumkan identitas Rumah Sakit serta periode laporannya;
- 2) Terdapat empat garis bantu yang dibentuk oleh empat parameter yaitu:
 - a) TOI pada umumnya menjadi sumbu Horizontal.
 - b) LOS pada umumnya menjadi sumbu Vertikal.
 - c) Garis bantu BOR merupakan garis yang ditarik dari pertemuan sumbu horisontal dan vertikal, yaitu titik 0,0 dan membentuk seperti kipas.
 - d) Garis bantu BTO merupakan garis yang ditarik dan menghubungkan posisi nilai LOS dan TOI yang sama, misalnya garis yang menghubungkan $LOS = 3$ dan $TOI = 3$ Terdapat area yang disebut dengan “daerah efisien”.

g. Makna Pada Grafik Barber Johnson

Menurut (Soedjadi, 1985), mengemukakan bahwa makna pada Grafik Barber Johnson ialah sebagai berikut:

- 1) X- Absis pada Grafik Barber Johnson menggambarkan *Turn Over Interval (TOI)* dan Y Ordinat menggambarkan *Length of Stay (LOS)*.
- 2) Makin dekat Grafik *Bed Occupancy Rate (BOR)* dengan sumbu Y- Ordinat maka nilai BOR makin tinggi.
- 3) Makin dekat Grafik *Bed Turn Over (BTO)* dengan titik sumbu maka BTO menunjukkan makin tinggi jumlahnya.
- 4) Jika rata-rata *Turn over interval (TOI)* tetap tetapi *Length of Stay (LOS)* berkurang, maka BOR akan menurun.

- 5) Bila *Turn Over Interval (TOI)* tinggi, kemungkinan disebabkan karena organisasi yang kurang baik, kurangnya permintaan (demand) akan tempat tidur atau kebutuhan tempat tidur darurat (the level and pattern of emergency bed requirements). *Turn Over Interval (TOI)* yang tinggi dapat diturunkan dengan mengadakan perbaikan organisasi tanpa mempengaruhi *Length of Stay (LOS)*.
 - 6) Bertambahnya *Length of Stay (LOS)* disebabkan karena kelambanan administrasi (administrative delay) di Rumah Sakit, kurang baiknya perencanaan dalam memberikan pelayanan kepada pasien (patient scheduling) atau kebijaksanaan di bidang medis (medical policy). Menurut Barber – Johnson grafik yang berada di luar daerah ini menunjukkan bahwa sistem yang sedang berjalan adalah kurang efisien.
- h. Analisis Grafik Barber Johnson
- Menurut (Soedjadi, 1985), mengemukakan tentang analisis Barber Johnson yaitu sebagai berikut:
- 1) Penyebab *Length of Stay (LOS)* tinggi.
 - a) Merawat pasien - pasien kronis dan yang tak dapat disembuhkan di Rumah Sakit yang diperuntukkan kasus akut.
 - b) Adanya kelemahan dalam pelayanan medis sehingga menyebabkan komplikasi-komplikasi dan tidak ada kemajuan hasil.
 - c) Adanya individu dokter yang suka menunda layanan.
 - 2) Upaya memperpendek *Length of Stay (LOS)* dengan *Turn Over Interval (TOI)* tetap.
 - a) Menyelenggarakan kunjungan (visite) gabungan yang terdiri dari berbagai disiplin, misalnya Dokter ahli Bedah, Dokter ahli Penyakit Dalam, Dokter ahli

Radiologi, Dokter/Kepala Laboratorium, Dokter ahli Patologi, dipimpin oleh Kepala Bidang Medis. Mereka mengunjungi pasien - pasien yang telah dirawat selama 10 hari atau lebih.

- b) Melakukan penelitian yang meliputi:
- (1) Riwayat sakit dan keadaan pasien.
 - (2) Penatalaksanaan / ketelitian pemeriksaan pasien, penyelenggaraan kunjungan (visite) (setiap hari dan teratur) dan permintaan pemeriksaan penunjang medis serta kecermatan dan kecepatan memperoleh hasilnya.
 - (3) Ketepatan beberapa yang diberikan.
 - (4) Kecermatan pelayanan perawatannya.
 - (5) Kecepatan pelayanan sarana penunjang lainnya, terutama yang menyangkut masalah logistik, perbaikan/ pemeliharaan dan transportasi.
- c) Upaya memperpendek *Turn Over Interval (TOI)* dengan menjaga *Length of Stay (LOS)* tetap.
- (1) Lakukan peningkatan untuk menyebarkan informasi tentang fasilitas dan kemampuan Rumah Sakit kepada semua fasilitas kesehatan dan masyarakat, agar permintaan (demand) meningkat.
 - (2) Meningkatkan pelayanan dengan jalan:
 - (a) Meningkatkan pengetahuan, keterampilan SDM.
 - (b) Menanamkan tingkah laku yang baik, memperhatikan karier dan kesejahteraan para petugasnya.

- (c) Perbaikan penatalaksanaan penerimaan dan penempatan pasien serta pencatatan laporan, seperti koordinasi dan kerjasama yang baik antara petugas bagian penerimaan pasien dengan bangsal, adanya papan informasi yang up to date tentang tempat tidur, No. Rekam Medis, jenis kelamin, diagnosis dan kelas sehingga diketahui tempat tidur yang kosong dan yang terisi, setiap terjadi mutasi / pasien keluar, petugas bangsal harus segera melaporkan secara tertulis ke bagian petugas penerimaan pasien.
- (d) Mengadakan relokasi tempat tidur / ruangan dan petugasnya.

i. Contoh Indikator dan Grafik Barber Johnson yang Belum Efisien di RS RMIK Harapan Medika Tahun 2023

1) Indikator Pelayanan Rawat Inap di RS RMIK Harapan Medika

No.	Indikator	Keterangan
1.	BOR	62,9%
2.	AvLOS	6 hari
3.	TOI	2 hari
4.	BTO	68 kali

Gambar 2. 1 Indikator Pelayanan Rawat Inap di RS RMIK Harapan Medika

2) Grafik Barber Johnson di RS RMIK Harapan Medika

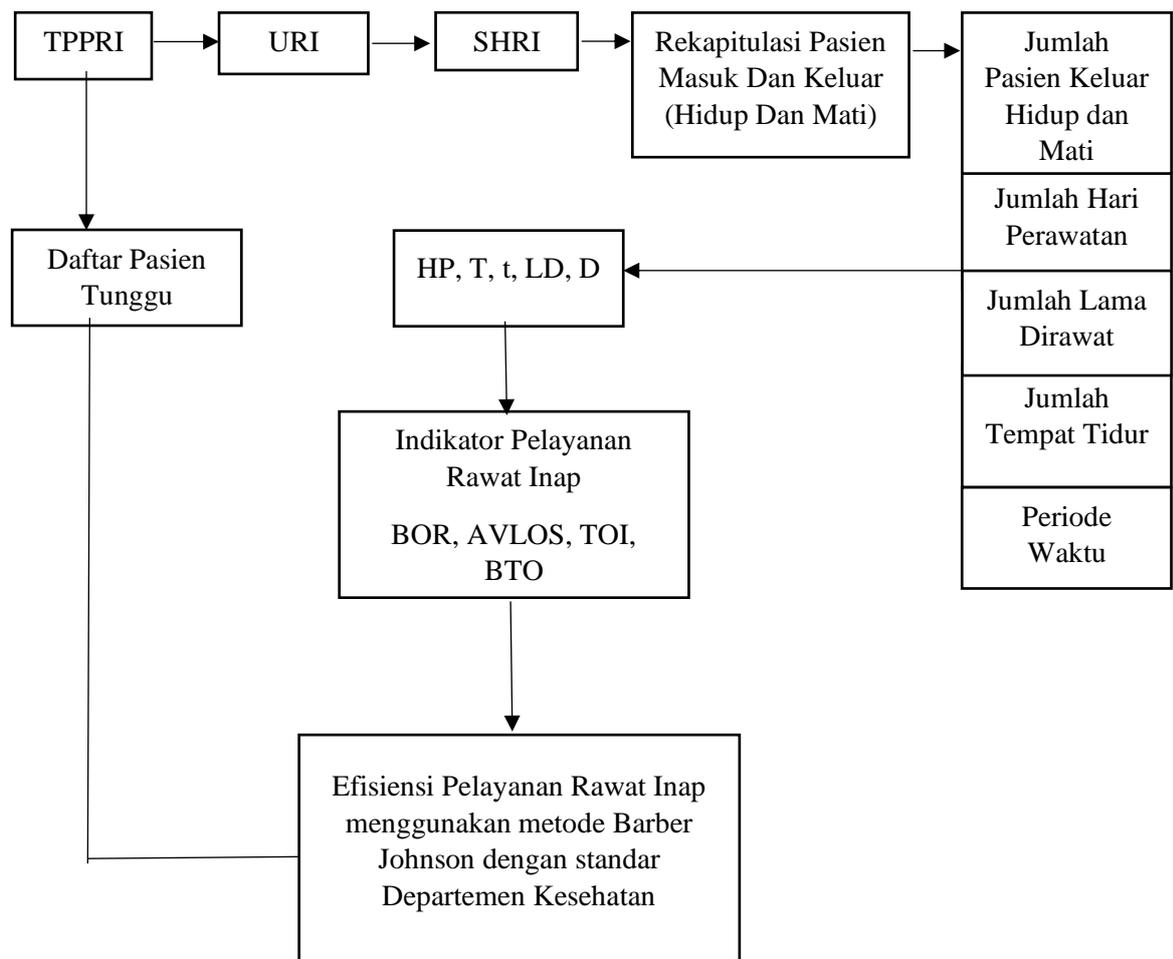


Gambar 2. 2 Grafik Barber Johnson di RS RMIK Harapan Medika

B. Kerangka Teori

Berdasarkan teori yang diuraikan, rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Dalam penyelenggaraan kegiatannya perlu ada pelaporan bagi rumah sakit terutama dalam pelayanan rawat inap, proses pelaporan harus memiliki sistem pengolahan data yang baik sehingga dapat menyajikan data yang akurat mengenai tingkat efisiensi rumah sakit. Tingkat efisiensi pelayanan tidak cukup hanya dengan data mentah, melainkan harus diolah terlebih dahulu ke dalam indikator pelayanan rumah sakit, dengan parameter indikator nilai adalah Bed Occupancy Rate (BOR), Average Length of Stay (LOS), Turn Over Interval (TOI), dan Bed Turn Over (BTO). Untuk melihat parameter tersebut dapat disajikan dalam bentuk grafik Barber-Johnson (BJ). Adapun kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 3 Kerangka Teori



C. Kerangka Konsep

Berdasarkan uraian diatas, rumah sakit memerlukan sebuah manajemen yang baik sehingga kegiatan pelayanan dapat berjalan dengan baik pula, maka unit rekam medis bagian *analising* dan *reporting* perlu melakukan indikator pelayanan rawat inap dengan memperoleh data dari sensus harian rawat inap diantaranya hari perawatan, lama dirawat, jumlah pasien masuk hidup dan mati, jumlah pasien keluar hidup dan mati, jumlah tempat tidur, dan periode waktu untuk menghitung indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR), *Average Length of Stay* (AvLos), *Turn Over Interval* (TOI), *Bed Turn Over* (BTO), kemudian dibuatkan grafik Barber Johnson sehingga dapat terlihat apakah pelayanan rawat inap di rumah sakit sudah efisien atau belum. Peneliti memfokuskan pengukuran indikator menurut teori Barber Johnson yaitu adanya sebuah grafik yang saling berkaitan antara keempat indikator penilaian (BOR, AvLOS, TOI, BTO) maka efisiensi dapat dilihat secara menyeluruh. Adapun kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 4 Kerangka Konsep

