

PENETAPAN MUTU RUMAH SAKIT BERDASARKAN INDIKATOR RAWAT INAP

Riska Rosita¹⁾, Amrita Ramadhani Tanastasya²⁾

^{1,2}Program Studi RMIK, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Duta Bangsa
riska_rosita@udb.ac.id

ABSTRAK

Indikator rawat inap merupakan salah satu penentu mutu rumah sakit baik secara aspek medis, ekonomi, dan manajemen. Dalam memberikan informasi tentang produktivitas pelayanan rawat inap dapat dilihat dari indikator nilai BOR, aLOS, TOI, BTO, GDR dan NDR. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui mutu pelayanan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta berdasarkan indikator rawat inap perbulan tahun 2018. Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif, dengan metode observasi dan wawancara, melalui pendekatan retrospektif. Sampel dalam penelitian ini sama halnya dengan populasi yaitu berupa rekapitulasi sensus harian rawat inap tahun 2018. Hasil Penelitian ini menunjukkan pada tahun 2018 nilai BOR tertinggi pada bulan Maret (80,70%) dan terendah pada bulan Juni (64,61%). Nilai aLOS tertinggi pada bulan April (3,88 hari) dan terendah pada bulan Desember (3,43 hari). Nilai TOI per tertinggi pada bulan Juni (1,56 hari) dan TOI terendah pada bulan Maret (0,70 hari). Nilai BTO tertinggi pada Maret (8,61 kali) dan BTO terendah terjadi pada bulan Juni (6,80 kali). Nilai GDR tertinggi pada bulan Juni (29,21%) dan terendah terjadi pada bulan September (16,44%). Nilai NDR tertinggi pada bulan Agustus 20,38%, dan terendah pada bulan Desember (12,29%). Kesimpulan dari penelitian ini yaitu masih terdapat nilai indikator aLOS dan TOI yang belum ideal. Maka penulis menyarankan supaya rumah sakit PKU Muhammadiyah Surakarta perlu adanya peningkatan fasilitas kesehatan, serta menerapkan perhitungan indikator rawat inap menggunakan standar Depkes RI sebagai bahan evaluasi dan perencanaan mutu pelayanan kesehatan.

Kata kunci: Indikator rawat inap, Statistik kesehatan, Manajemen mutu rumah sakit

ABSTRACT

Inpatient indicator is one of the determinants of hospital quality both in medical, economic and management aspects. In providing information about the productivity of inpatient services, it can be known from the value of BOR, AOS, TOI, BTO, GDR and NDR. The purpose of this study was to determine service quality at PKU Muhammadiyah Surakarta Hospital based on monthly inpatient indicators in 2018. The type of research used in this study is descriptive, with methods of observation and interviews, through a retrospective approach. The sample in this study is the same as the population, in the form of inpatient census daily recapitulation in 2018. The results of this study showed the highest BOR value in March (80.70%) and the lowest in June (64.61%). The highest ALOS value in April (3.88 days) and the lowest in December (3.43 days). The highest TOI value was in June (1.56 days) and the lowest TOI was in March (0.70 days). The highest BTO value in March (8.61times) and the lowest BTO in June (6.80 times). The highest GDR value was in June (29.21 %) and the lowest was in September (16.44 %). The highest NDR value in August was 20.38 %, and the lowest was in December (12.29 %). Conclusion of this study is that there are still value of aLOS and TOI that are not yet

ideal. So the authors suggest that PKU Muhammadiyah Surakarta Hospital need to improve health facilities, and apply the calculation of inpatient indicators using the DEPKES RI standard as an evaluation and quality planning for health services.

Keywords: *Inpatient Indicator, DEPKES RI Standard, Hospital quality management*

1. PENDAHULUAN

Statistik kesehatan merupakan salah satu indikator yang menunjang terselenggaranya professional mutu pelayanan dan informasi kesehatan di rumah sakit. Menurut Sudra (2010) statistik rumah sakit yaitu 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. Informasi dari statistik rumah sakit digunakan untuk berbagai kepentingan antara lain: (a) perencanaan, pemantauan, pedapatan dan pengeluaran dari pasien oleh pihak manajemen rumah sakit; (b) pemantauan kinerja medis, dan; dan (c) pemantauan kinerja non medis.

Jenis pelayanan kesehatan di rumah sakit meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Dalam memberikan informasi tentang produktivitas rawat inap dapat dilihat dari nilai indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR) merupakan presentase pemakaian tempat tidur pada periode tertentu, *Average Leng Of Stay* (aLOS) yaitu rata-rata jumlah hari pasien rawat inap yang tinggal di rumah sakit, tidak termasuk bayi baru lahir. *Turn Over Interval* (TOI) yaitu digunakan untuk menentukan lamanya rata-rata tempat tidur tersedia pada periode tertentu yang tidak terisi antara pasien keluar atau mati sampai dengan pasien masuk lagi. *Bed Turn Over* (BTO) adalah berapa kali tempat tidur tersedia dipakai oleh pasien dalam periode tertentu. *Gross Death Rate* (GDR) adalah angka kematian umum untuk

setiap 1000 penderita keluar. *Net Death Rate* (NDR) angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar (Rustiyanto, 2010).

Informasi mengenai nilai BOR, aLOS, TOI, BTO, GDR, dan NDR tiap periodenya dapat digunakan untuk memperkirakan target efisiensi yang harus dicapai oleh rumah sakit, dan apakah kebijakan yang sudah ada telah efektif atau belum. Perhitungan per bulan dapat membantu mengevaluasi nilai indikator setiap bulanya. Selain itu dapat digunakan untuk mengetahui nilai indikator rawat inap berdasarkan standar Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI, 2006).

Selama ini rumah sakit PKU Muhammadiyah Surakarta belum melakukan perhitungan BOR, aLOS, TOI, BTO, GDR dan NDR per bulan dengan menggunakan standar Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI, 2016). Melalui standar Depkes RI ini maka diharapkan menjadi pedoman bagi pimpinan rumah sakit, komite atau panitia rekam medis serta semua petugas yang kaitanya dengan rekam medis dalam tata cara pelaksanaan penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit. Karena dengan memenuhi standar tersebut maka penggunaan tempat tidur dan aturan standar manajemen di rumah sakit PKU Muhammadiyah Surakarta akan lebih efektif dan efisien.

Berdasarkan uraian di atas maka penelitian ini bertujuan untuk mengetahui mutu pelayanan rawat inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta

berdasarkan analisis indikator rawat inap perbulan tahun 2018.

2. PELAKSANAAN

a. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta pada bulan Februari-Mei 2019.

b. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini berupa rekapitulasi Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) per bulan di rumah sakit PKU Muhammadiyah Surakarta pada tahun 2018. Melalui teknik pengambilan sampel jenuh maka sampel yang digunakan sama halnya dengan populasi.

3. METODE PENELITIAN

Jenis rancangan penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi pada rekapitulasi sensus harian rawat inap per bulan 2018. Selain itu juga dengan wawancara bebas terpimpin dengan petugas pelaporan dan kepala rekam medis di PKU Muhammadiyah Surakarta.

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

- a. Jumlah hari perawatan (HP) per bulan pada tahun 2018
- b. Jumlah periode waktu (T) per bulan pada tahun 2018
- c. Jumlah tempat tidur tersedia (A) per bulan pada tahun 2018
- d. Jumlah pasien keluar hidup dan mati (D) per bulan pada tahun 2018
- e. Jumlah lama dirawat (LD) per bulan pada tahun 2018
- f. Jumlah pasien meninggal >48 jam per bulan pada tahun 2018
- g. Jumlah pasien meninggal <48 jam per bulan pada tahun 2018
- h. BOR (*Bed Occupancy Rate*) per bulan pada tahun 2018
- i. aLOS (*Average Length Of Stay*) per bulan pada tahun 2018
- j. TOI (*Turn Over Interval*) per bulan pada tahun 2018
- k. BTO (*Bed Turn Over*) per bulan pada tahun 2018
- l. NDR (*Net Dead Rate*) per bulan pada tahun 2018
- m. GDR (*Gross Dead Rate*) pada tahun 2018

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan proses perhitungan dalam penelitian ini maka diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 1. Data Pelayanan Rawat Inap Per Bulan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta Tahun 2018

No	Bulan	HP	T	A	D	LD	Pasien meninggal <48 jam	Pasien meninggal >48 jam
1	Januari	7060	31	305	2440	8952	24	32
2	Februari	6521	28	305	2343	8446	20	35
3	Maret	7605	31	304	2616	9899	22	36
4	April	7228	30	304	2430	9417	19	41
5	Mei	7030	31	302	2429	8854	25	35
6	Juni	5854	30	302	2054	7307	25	35
7	Juli	6759	31	321	2308	8859	10	40
8	Agustus	6757	31	321	2306	8755	10	47
9	September	6888	30	308	2311	8454	9	29
10	Oktober	6855	31	308	2452	8698	16	39
11	November	6712	30	308	2389	8660	21	37
12	Desember	6628	31	316	2604	8942	17	32

Berdasarkan data dari tabel 1. dapat dilihat bahwa jumlah pasien keluar hidup dan mati, jumlah hari perawatan, jumlah lama dirawat tertinggi terjadi pada bulan Maret. Hal ini disebabkan pada tpa awal tahun pihak manajemen rumah sakit harus menyusun RAB (Rencana Anggaran Bisnis) agar bisa mencapai target, sehingga bulan

Maret pihak manajemen sudah menemukan formulasi bagaimana cara untuk menggait pelanggan agar berobat ke rumah sakit. Oleh sebab itu trend pasien bulan Maret cukup tinggi. Sedangkan trend pasien pada bulan Juni paling rendah karena jumlah pasien yang sedikit, bertepatan dengan lebaran dan liburan sekolah.

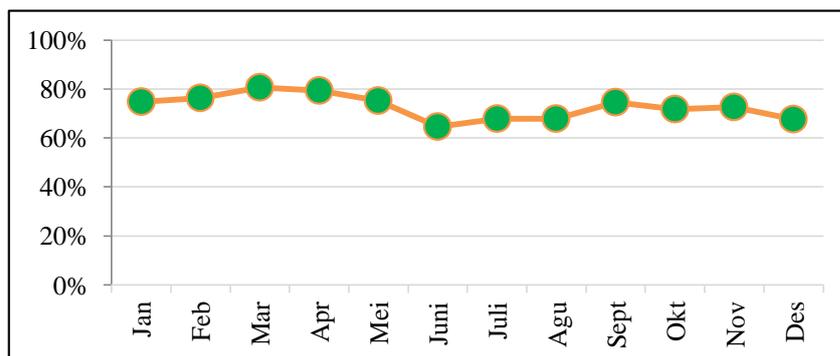
Tabel 2. Hasil Perhitungan BOR, aLOS, TOI, BTO, GDR, dan NDR perbulan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta

No	Bulan	BOR	Ket	aLOS	Ket	TOI	Ket	BTO	GDR	Ket	NDR	Ket
		60% - 85%		6-9 Hari		1-3 Hari		40-50 /tahun	≤ 45,00		≤ 25,00	
1	Jan	74,67	Ideal	3,67	Tidak Ideal	0,98	Tidak Ideal	8	22,95	Ideal	13,11	Ideal
2	Feb	76,36	Ideal	3,60	Tidak Ideal	0,86	Tidak Ideal	7,68	23,47	Ideal	14,94	Ideal
3	Mar	80,70	Ideal	3,78	Tidak Ideal	0,70	Tidak Ideal	8,61	22,17	Ideal	13,76	Ideal
4	April	79,25	Ideal	3,88	Tidak Ideal	0,78	Tidak Ideal	7,99	24,69	Ideal	16,87	Ideal
5	Mei	75,09	Ideal	3,65	Tidak Ideal	0,96	Tidak Ideal	8,04	24,70	Ideal	14,41	Ideal
6	Juni	64,61	Ideal	3,56	Tidak Ideal	1,56	Ideal	6,80	29,21	Ideal	17,04	Ideal
7	Juli	67,92	Ideal	3,84	Tidak Ideal	1,38	Ideal	7,19	21,66	Ideal	17,33	Ideal
8	Agus	67,90	Ideal	3,80	Tidak Ideal	1,39	Ideal	7,18	24,72	Ideal	20,38	Ideal
9	Sept	74,55	Ideal	3,66	Tidak Ideal	1,02	Ideal	7,50	16,44	Ideal	12,55	Ideal
10	Okt	71,80	Ideal	3,55	Tidak Ideal	1,10	Ideal	7,96	22,43	Ideal	15,91	Ideal
11	Nov	72,64	Ideal	3,62	Tidak Ideal	1,06	Ideal	7,76	24,28	Ideal	15,49	Ideal
12	Des	67,66	Ideal	3,43	Tidak Ideal	1,22	Ideal	8,24	18,82	Ideal	12,29	Ideal

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa nilai aLOS dan TOI belum ideal seperti yang diharapkan. Berikut adalah penjelasan untuk

masing-masing indikator rawat inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta.

Perhitungan BOR Per Bulan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta Tahun 2018



Gambar 1. *Bed Occupancy Rate (BOR) per Bulan tahun 2018*

Nilai BOR setiap bulannya pada tahun 2018 masih memasuki nilai efisien sesuai dengan Sudra (2010) yang menyatakan bahwa standar BOR dari Depkes RI mempunyai nilai ideal yaitu 60%-85%. Hal tersebut menandakan bahwa pendayagunaan tempat tidur sudah mencapai efisien dari segi ekonomi menghasilkan pemasukan bagi rumah sakit. Secara statistik semakin tinggi nilai BOR maka semakin tinggi pula penggunaan tempat tidur yang tersedia untuk perawatan pasien. Semakin rendah BOR berarti semakin sedikit tempat tidur yang digunakan untuk merawat pasien dibandingkan dengan tempat tidur yang telah disediakan. Dengan kata lain, jumlah pasien yang sedikit ini bisa menimbulkan kesulitan pendapatan ekonomi bagi pihak rumah sakit.

Tinggi rendahnya nilai BOR berhubungan langsung dengan program pembiayaan kesehatan gratis yaitu Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) dari Departemen Kesehatan (Arsyad, 2010).

Pernyataan tersebut diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh Rinjani dan Triyanti (2016) yang menyatakan bahwa faktor yang menyebabkan tingginya BOR antara

lain kunjungan yang tinggi tidak sebanding dengan tempat tidur tersedia. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Indriani dan Sugiarti (2014) yang menyatakan bahwa secara statistik tinggi nilai BOR berarti semakin tinggi pula penggunaan TT yang ada untuk perawatan pasien, namun semakin banyak pasien yang dilayani berarti semakin sibuk dan semakin berat pula beban kerja petugas kesehatan di ruang perawatan.

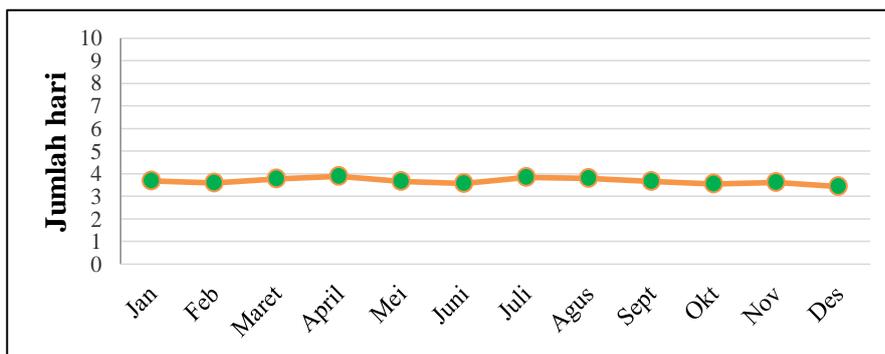
Menurut penelitian yang dilakukan oleh Mardian, dkk (2015) yang menyatakan bahwa perbedaan nilai BOR dikarenakan jumlah dokter yang kurang, promosi kesehatan yang minim disekitar lingkup rumah sakit, alat kesehatan yang mendukung rumah sakit, sarana prasarana yang kurang memadai dan sedang berlangsungnya renovasi di dalam rumah sakit. Nilai BOR yang rendah memicu rendahnya pendapatan.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Nababan (2012) tinggi rendahnya angka pencapaian BOR satu rumah sakit atau ruang rawat inap sangat dipengaruhi oleh banyak faktor baik dari internal maupun faktor eksternal. faktor-faktor yang mempengaruhi nilai BOR sangatlah banyak dan kompleks, tetapi

pada dasarnya dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu faktor internal dan faktor eksternal rumah sakit. Didalam faktor internal adalah : budaya rumah sakit, sistem nilai, kepemimpinan, sistem manajemen, sistem informasi, sarana prasarana, sumber daya manusia, pemasaran, citra, dan lain-lain. Sedangkan yang termasuk faktor eksternal adalah letak geografis, keadaan sosial ekonomi konsumen, budaya masyarakat, pemasok, pesaing, kebijakan pemerintah daerah, peraturan, dan lain-lain. Faktor-faktor yang mempengaruhi BOR meliputi faktor internal dan faktor eksternal rumah sakit. Namun, faktor yang berperan signifikan terhadap BOR adalah faktor internal rumah sakit yang meliputi faktor input dan faktor proses pelayanan, sedangkan faktor eksternal yaitu

kondisi pasien. Faktor input yang mempengaruhi BOR meliputi sarana umum, sarana medis, sarana penunjang medis, tarif, ketersediaan pelayanan, tenaga medis, para medis perawatan. Faktor proses pelayanan yang mempengaruhi BOR meliputi sikap dokter dalam memberikan pelayanan, sikap perawat dalam memberikan pelayanan dan komunikasi pelayanan. Sikap perawat yang memberikan pelayanan secara umum yaitu terdiri dari keramahan dalam memberikan pelayanan dan cara memberikan informasi juga komunikasi. Sedangkan dari faktor kondisi pasien meliputi sosial ekonomi, jarak dan transportasi, motivasi dan prioritas terhadap rumah sakit dan perilaku terhadap kesehatan.

Perhitungan aLOS Per Bulan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta Tahun 2018



Gambar 2. Average Length of stay (aLOS)

Berdasarkan Grafik diatas, nilai aLOS di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta mengalami peningkatan dan penurunan setiap bulannya. Nilai aLOS tertinggi terjadi pada bulan April yaitu mencapai angka 3,88 hari dan aLOS terendah terjadi pada bulan Desember yaitu mencapai angka 3,43 hari. Nilai aLOS pada bulan Januari sampai dengan bulan Desember tahun 2018 mengalami peningkatan dan penurunan namun dalam hasil perhitungan menunjukan nilai tidak ideal.

Nilai aLOS dikatakan efisien menurut Sudra (2010) menyatakan bahwa standar aLOS dari Depkes RI mempunyai nilai ideal yaitu 6-9 hari. Dari aspek medis, semakin panjang nilai aLOS maka bisa menunjukkan kinerja kualitas medis yang kurang baik, karena pasien harus dirawat lebih lama. Sedangkan dari aspek ekonomis, semakin panjang nilai aLOS berarti semakin tinggi biaya yang nantinya harus dibayar oleh pasien. Jadi perlu

adanya keseimbangan antara sudut pandang medis dan ekonomis.

Berdasarkan hasil wawancara ada kaitan erat antara nilai aLOS dan Nilai TOI, yaitu sebagai berikut :

“Bisa dihat nilai TOI nya pada setiap bulannya yang rata-rata nilai TOI nya hanya kurang lebih satu hari saja itu akan mempengaruhi nilai aLOS yang tidak ideal. Belum ada satu hari atau satu hari lebih sedikit kan tempat tidur sudah dipakai lagi. Biasanya rata-rata pasien pulang 4 hari sudah pulang langsung.”

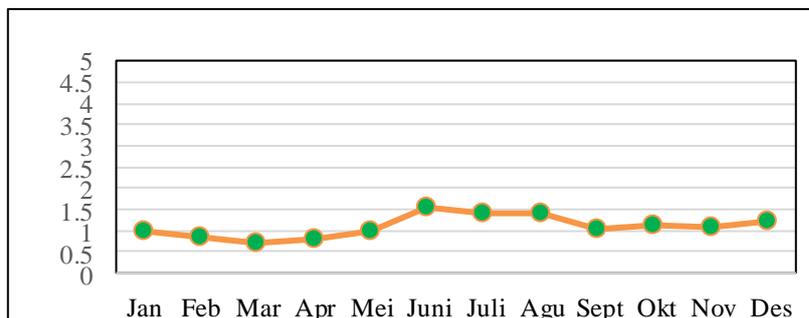
Hal ini diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh Rinjani dan Triyanti (2016) yang menyatakan bahwa rendahnya nilai aLOS dapat diakibatkan oleh kurang baiknya perencanaan dalam pemberian pelayanan kepada pasien atau kebijakan dibidang medis dan angka aLOS sangat dipengaruhi oleh jenis penyakit yang diderita oleh pasien.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Dewi, dkk (2009) membuktikan bahwa kecenderungan nilai aLOS mempengaruhi keuangan, kualitas dan efisiensi RS, diikuti kasus morbiditas, mortalitas, komplikasi serta pengobatan awal jika pasien terdiagnosa secara awal dari suatu penyakit. Terdapat hubungan yang signifikan antara mutu rumah sakit dengan nilai aLOS, hal ini bisa dikarenakan nilai aLOS tidak ada yang memenuhi standar Depkes 6-9 hari. Adapun kemungkinan penyebab aLOS yang kurang dari 6 hari disebabkan pendeteksian dini dari suatu penyakit, baik itu karena ketepatan diagnosa ataupun karena alat laboratorium yang memadai sehingga penatalaksanaan

sedini mungkin dan sembuh, atau pasien yang rawat inap terlalu banyak dan kurang tempat tidurnya sehingga pasien dipulangkan cepat. Hal ini berkaitan dengan mutu rumah sakit, jika mutu RS bagus maka aLOS juga mungkin akan mengecil, hanya saja belum ada penelitian yang mendukung hal tersebut, dan standar aLOS 6-9 hari. aLOS yang <6 hari bisa juga disebabkan jumlah pasien yang keluar karena meninggal akibat penyakit kronis, atau dirujuk tanpa pencatatan maupun pulang paksa.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Mardian, dkk (2015) menyatakan bahwa standar efisiensi dianjurkan serendah mungkin tanpa mempengaruhi kualitas pelayanan perawatan. Umumnya nilai aLOS yang semakin kecil makin baik dengan tetap memperhatikan kualitas pelayanan yang diberikan, agar memperoleh nilai capaian aLOS yang ideal sehingga menimbulkan efisiensi pelayanan dapat dilakukan melalui penetapan standar pelayanan yang disepakati oleh dokter-dokter yang bekerja di rumah sakit. Standar pelayanan ini mencakup indikasi perawatan rumah sakit, prosedur dan proses pelayanan yang selayaknya harus dilaksanakan, serta sistem pembiayaan yang diberlakukan dalam memberikan jasa pelayanan kesehatan. Adanya indikasi perawatan rumah sakit yang jelas, akan mengurangi jumlah perawatan rumah sakit yang tidak perlu, sehingga pasien-pasien yang memerlukan perawatan rumah sakit saja yang akan di rawat di rumah sakit. Hal ini untuk mengurangi kecenderungan yang terjadi selama ini dimana sering ditemukan perawatan rumah sakit yang tidak perlu (*over utilization*).

Perhitungan TOI Per Bulan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta Tahun 2018



Gambar 3. Turn Over Interval (TOI) per bulan tahun 2018

Di rumah sakit PKU Muhammadiyah Surakarta pada bulan Januari sampai Mei tahun 2018 memiliki nilai BOR yang tinggi namun masih dalam kategori tingkat efisien sesuai standar yang diperlukan, hal ini mempengaruhi nilai TOI yang ada di rumah sakit. Hal ini dibuktikan dengan hasil wawancara sebagai berikut:

“Bisa dilihat setiap bulanya BOR tinggi maka TOI pasti akan kecil begitu sebaliknya. Biasanya itu juga dipengaruhi adanya perubahan jumlah tempat tidur (TT).”

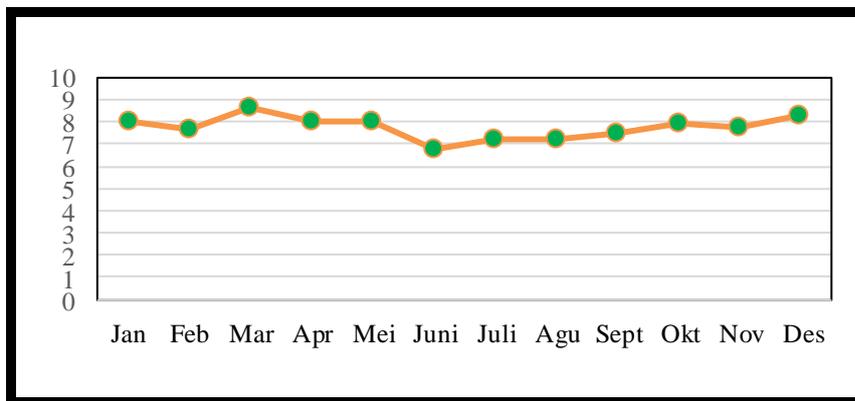
Hal tersebut diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh Nanang, dkk (2012) yang menyatakan bahwa nilai BOR yang memenuhi standar ideal berpengaruh pada TOI, karena semakin besar nilai BOR maka nilai TOI akan rendah. Indriani dan Sugiarti (2014), menyatakan bahwa idealnya nilai TOI ini juga dipengaruhi oleh penambahan fasilitas tempat tidur (TT).

Hasil penelitian Rinjani dan Triyanti (2016) membuktikan bahwa nilai TOI disebabkan oleh jumlah kunjungan yang tinggi tidak sebanding dengan tempat tidur tersedia. Nilai TOI dikatakan efisien menurut Sudra (2010) yang menyatakan bahwa standar TOI dari Depkes RI mempunyai nilai ideal yaitu 1-3 hari. Semakin besar nilai TOI berarti semakin lama hari dimana tempat tidur

kosong yakni tidak digunakan oleh pasien. Hal ini membuat tempat tidur semakin tidak produktif, kondisi ini tentu tidak menguntungkan dari segi ekonomi bagi pihak manajemen rumah sakit. Semakin kecil angka TOI, berarti semakin singkat saat tempat tidur akan digunakan pasien berikutnya. Hal ini menyebabkan tempat tidur sangat produktif, sehingga bisa menguntungkan dari segi ekonomi bagi pihak manajemen rumah sakit, akan tetapi bisa merugikan pasien dikarenakan tempat tidur belum disiapkan secara baik, serta meningkatkan infeksi nosokomial dan perlu diadakannya sanitasi lingkungan.

Menurut Mardian, dkk (2015) menyatakan bahwa terjadi perbedaan antara kenyataan dengan standar. Perbedaan tersebut dikarenakan alat kesehatan yang kurang memadai dan jumlah pasien yang masih sedikit dikarenakan promosi dari pihak manajemen yang masih minim. Melakukan manajemen organisasi yang baik yakni dengan cara menyesuaikan besarnya kegiatan dan beban kerja rumah sakit. Disamping itu, perlu membagi habis seluruh tugas dan fungsi rumah sakit dan melakukan promosi kepada masyarakat agar jumlah permintaan tempat tidur oleh konsumen dapat ditingkatkan. Hal ini akan menyebabkan keuntungan bagi pihak rumah sakit sehingga tercapainya nilai TOI yang optimal.

Perhitungan BTO Per Bulan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta Tahun 2018



Gambar 4. *Bed Turn Over* (BTO) Per Bulan Tahun 2018

Standar yang ditetapkan Depkes RI bahwa nilai ideal BTO yaitu 40-50/tahun. Nilai BTO tertinggi terjadi pada bulan Maret yaitu mencapai angka 8,61 kali dan BTO terendah terjadi pada bulan Juni yaitu mencapai angka 6,80 kali.

Hatta (2013) menyatakan bahwa indikator BTO berguna untuk melihat berapa kali tempat tidur rumah sakit digunakan. Beberapa formula menggunakan rate dan tidak ada persetujuan umum yang mengatakan bahwa indikator ini tepat untuk mengukur utilitas rumah sakit, tetapi bagaimanapun administrator rumah sakit masih menggunakan karena mereka ingin juga melihat keselarasan dari indikator lainnya yang terkait seperti *length of stay* dan *bed occupancy rate*. Ketika *bed occupancy rate* bertambah dan *length of stay* memendek maka akan tampak efek dari perubahan atau *bed turn over rate*.

Nilai BTO yang rendah dapat merugikan bagi pihak rumah sakit karena tidak sering digunakan dan akan menimbulkan ketidakpuasan bagi pasien. Secara logika, semakin tinggi angka BTO berarti semakin banyak pasien yang menggunakan tempat tidur yang tersedia secara bergantian. Hal ini tentu merupakan kondisi yang

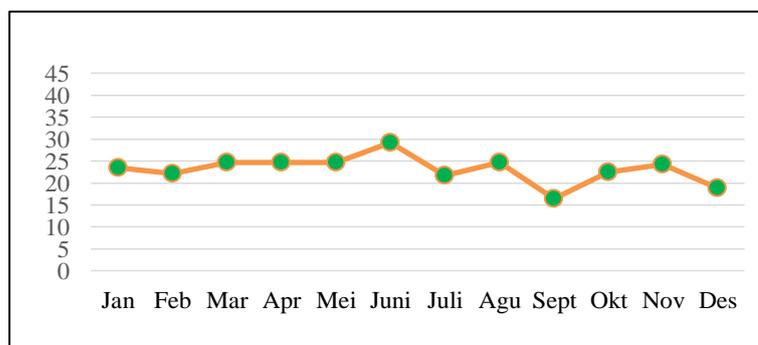
menguntungkan bagi pihak rumah sakit karena tempat tidur yang tersedia tidak “menganggur” dan menghasilkan pemasukan untuk pihak rumah sakit. Namun bisa dibayangkan bila dalam satu bulan tempat tidur digunakan oleh 15 pasien, berarti rata-rata setiap pasien menempati tempat tidur tersebut selama 2 hari dan tidak ada hari dimana tempat tidur tersebut kosong. Ini berarti beban kerja tim perawatan sangat tinggi dan tempat tidur tidak sempat dibersihkan karena terus digunakan pasien secara bergantian, kondisi ini mudah menimbulkan ketidakpuasan pasien, bisa mengancam keselamatan pasien, bisa menurunkan kinerja kualitas medis dan bisa meningkatkan kejadian infeksi nosokomial karena tempat tidur tidak sempat dibersihkan atau disterilkan. Jadi dibutuhkan angka BTO yang ideal dari aspek medis, pasien, dan manajemen rumah sakit.

Hasil penelitian Lestari dan Wulandari (2014) membuktikan bahwa penyebab tingginya BTO adalah jenis penyakit, lama sakit dan lama perawatan di instalasi rawat inap. Sebagai solusinya maka menurut Mardian, dkk (2015) perlu dilakukan peningkatan pengetahuan tentang sakit dan penyakit yang dapat diatasi dengan mengaktifkan Promosi Kesehatan

Masyarakat Rumah Sakit (PKMRS) dan program kunjungan rumah di daerah yang sudah ada, meningkatkan mutu

pelayanan kesehatan terhadap pasien, guna menekan pasien pulang atas permintaan sendiri.

Perhitungan GDR Per Bulan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta Tahun 2018



Gambar 5. Gross Death Rate (GDR) Per Bulan Tahun 2018

Berdasarkan Grafik diatas, nilai GDR tertinggi terjadi pada bulan Juni yaitu mencapai angka 29,21%, artinya dari 1000 pasien keluar 29 diantaranya pasien keluar dalam keadaan meninggal dan GDR terendah terjadi pada bulan September yaitu mencapai angka 16,44%, artinya dari 1000 pasien keluar 16 diantaranya pasien keluar dalam keadaan meninggal. Dapat disimpulkan bahwa setiap bulannya angka kematian kasar di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta sudah baik karena berada dalam standar ideal yaitu $\leq 45\%$.

Adapun faktor yang mempengaruhi nilai GDR menurut keterangan kepala rekam medis disebabkan oleh angka rujukan yang tidak terkontrol. Rujukan dari rumah sakit lain biasanya menelfon terlebih dahulu sebelum mengirim pasiennya. Namun juga ada rumah sakit yang mengirim tanpa konfirmasi dulu sedangkan keadaan pasien sudah sangat drop akhirnya meninggal.

Hal tersebut diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh Pratama dan Karunia (2017) penurunan dan peningkatan angka GDR dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah pelayanan klinis di unit gawat darurat,

seperti tersedianya tenaga medis dan sarana prasarana yang ada di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta.

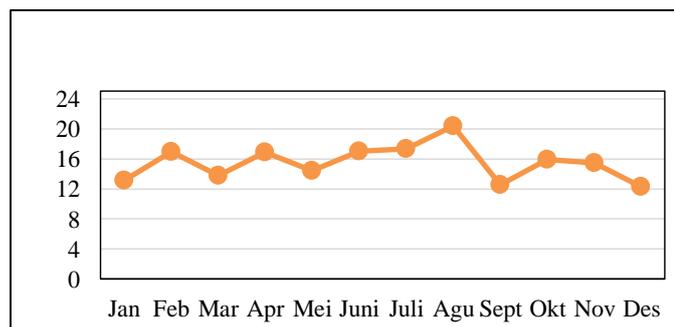
Angka GDR yang semakin menurun dan dibawah standar nasional GDR menggambarkan bahwa pelayanan yang diberikan kepada pasien selama rawat inap di rumah sakit sudah baik. Pasien meninggal sebelum mendapatkan perawatan 48 jam diasumsikan datang ke rumah sakit sudah dalam kondisi sakit berat sehingga sangat dimungkinkan meninggalnya pasien termasuk bukan karena kurangnya mutu pelayanan medis, tetapi karena kondisi pasien sudah sakit berat (Rustiyanto, 2010).

Tingkat potensi meninggal pasien sangat dipengaruhi oleh penyakit yang derita. Menurut Lestari dan Wulandari (2014) Pasien dengan penyakit akut memiliki presentase sembuh lebih banyak dari pasien dengan penyakit kronik maupun akut-kronik. Pasien dengan penyakit akut akan lebih banyak sembuh ketika keluar dari rumah sakit. Pasien yang menderita penyakit akut-kronik mempunyai jumlah yang paling sedikit untuk sembuh. Penyakit akut dan kronik berhubungan dengan meninggalnya pasien ketika keluar dari rawat inap. Adanya hasil yang signifikan

antara diagnosis pasien terhadap *outcome* yang didapatkan. Jenis penyakit pasien didapatkan dari diagnosis yang terdapat dalam rekam medis. Pasien dengan penyakit kronik dan akut-kronik berhubungan dengan *Discharge Status* yang cenderung jelek pada pasien. Pasien yang dibawa ke rumah sakit lebih cepat cenderung memiliki *Discharge Status* yang baik. Pasien yang sudah sakit lama di rumah

dan baru dibawa ke pelayanan kesehatan memiliki *Discharge Status* yang kurang baik. Orang sakit yang telat mendapatkan penanganan medis dapat memperparah penyakit yang diderita. Kemungkinan muncul keluhan lain dan mendapatkan komplikasi sangat ada. Pasien yang berasal dari IGD dengan datang sendiri merupakan asal pasien terbanyak sebelum masuk rawat inap.

Perhitungan NDR Per Bulan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta Tahun 2018



Gambar 6. Net Death Rate (NDR)

Berdasarkan Grafik diatas, nilai NDR di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta tertinggi terjadi pada bulan Agustus yaitu mencapai angka 20,38%, artinya dari 1000 pasien keluar 20 diantaranya pasien keluar dalam keadaan meninggal dan NDR terendah terjadi pada bulan Desember yaitu mencapai angka 12,29%, artinya dari 1000 pasien keluar 12 diantaranya pasien keluar dalam keadaan meninggal. Dapat disimpulkan bahwa setiap bulannya angka kematian bersih di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta sudah baik karena berada dalam standar ideal yaitu $\leq 25\%$.

Adapun faktor yang mempengaruhi nilai NDR menurut hasil wawancara akibat dari kondisi pasien dari rujukan rumah sakit lain sudah sangat drop dan akhirnya meninggal. Dengan demikian rumah sakit memperketat adanya

peraturan harus konfirmasi dahulu sebelum menerima pasien rujukan. Pada dasarnya semua pasien yang masuk IGD itu semua harus ditangani, setelah diobservasi membaik maka bisa dipersilahkan pulang, jika keadaan masih butuh perawatan namun kamar penuh bisa ditawarkan rujukan ke rumah sakit lain, keterangan dari kepala rekam medis.

Hal yang harus diperhatikan penyebab pasien meninggal selama masa perawatan adalah diagnosa penyakit terhadap pasien, menentukan tindakan atau pengobatan yang akan dilakukan, selain itu sarana dan prasarana terutama dalam hal medis sudah ditingkatkan untuk menunjang pelayanan, serta tenaga kesehatan yang trampil dan cekatan untuk menekankan angka kematian (Rustiyanto, 2010).

Pasien yang sembuh atau meninggal salah satunya dipengaruhi oleh penyakit

yang di derita. Lestari dan Wulandari (2014) menerangkan bahwa asien dengan penyakit akut memiliki presentase sembuh lebih banyak dari pasien dengan penyakit kronik maupun akut-kronik. Pasien dengan penyakit akut akan lebih banyak sembuh ketika keluar dari rumah sakit. Pasien yang menderita penyakit akut-kronik mempunyai jumlah yang paling sedikit untuk sembuh. Penyakit akut dan kronik berhubungan dengan meninggalnya pasien ketika keluar dari rawat inap. Adanya hasil yang signifikan antara diagnosis pasien terhadap *outcome* yang didapatkan. Jenis penyakit pasien didapatkan dari diagnosis yang terdapat dalam rekam medis. Pasien dengan penyakit kronik dan akut-kronik berhubungan dengan *Discharge Status* yang cenderung jelek pada pasien. Pasien yang dibawa ke rumah sakit lebih cepat cenderung memiliki *Discharge Status* yang baik. Pasien yang sudah sakit lama di rumah dan baru dibawa ke pelayanan kesehatan memiliki *Discharge Status* yang kurang baik. Orang sakit yang telat mendapatkan penanganan medis dapat memperparah penyakit yang diderita. Kemungkinan muncul keluhan lain dan mendapatkan komplikasi sangat ada. Pasien yang berasal dari IGD dengan datang sendiri merupakan asal pasien terbanyak sebelum masuk rawat inap.

5. KESIMPULAN

Pada tahun 2018 seluruh indikator rawat inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta sudah memenuhi standar ideal DEPKES RI, kecuali nilai indikator aLOS dan TOI. Akibatnya:

- a. Pada aspek manajemen mutu, nilai aLOS yang melebihi standar mengakibatkan pasien harus dirawat lebih lama. Hal ini menunjukkan beban kerja petugas medis meningkat namun

mutu kinerja menjadi kurang baik, serta adanya keterbatasan fasilitas.

- b. Pada aspek ekonomi, semakin tinggi nilai aLOS berarti semakin tinggi biaya yang nantinya harus dibayar oleh pasien. Hal ini menguntungkan rumah sakit namun merugikan pasien.
- c. Pada aspek medis, semakin kecil angka TOI maka semakin singkat saat tempat tidur akan digunakan pasien berikutnya. Hal ini bisa meningkatkan kejadian infeksi nosokomial.

6. SARAN

- a. Sebagai upaya agar nilai indikator aLOS mencapai angka ideal maka perlu dilakukan penetapan standar pelayanan yang mencakup indikasi perawatan rumah sakit, prosedur, proses pelayanan yang selanjutnya harus dilaksanakan, serta sistem pembiayaan yang diberlakukan dalam memberikan jasa pelayanan kesehatan. Dengan demikian akan mengurangi kecenderungan yang sering ditemukan tentang perawatan rumah sakit yang tidak perlu (*over utilization*).
- b. Nilai TOI yang kurang dari satu hari (belum ideal) maka sebaiknya pihak rumah sakit harus memaksimalkan sanitasi lingkungan ruang perawatan agar pasien berikutnya terhindar dari infeksi nosokomial.

REFERENSI

- Arsyad, ML. 2010. *Tingkat Pemanfaatan Tempat Tidur Pada Rumah Sakit Umum Daerah. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 13 (1), Desember 2010. Hal:220-226.*
- Depkes RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan Dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di*

- Indonesia. Jakarta: Departemen Kesehatan
- Dewi, dkk. *Hubungan Mutu, Indikator Kinerja Kunci, dan Kinerja Pelayanan Rumah Sakit (Studi Kasus Rumah Sakit Aumakes*. Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Hatta, G.R. 2014. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Indriani, P. dan Sugiarti, I. 2016. Gambaran Efisiensi Penggunaan Tempat Tidur Ruang Perawatan Kelas III di Rumah Sakit Umum Daerah Tasikmalaya 2011 dan 2012. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 2 (1), Maret 2014. Hal:68-73.
- Lestari, N.R, dan Wulandari, R.D. 2014. Penyebab Bed Turn Over (Bto) Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. M. Soewandhie. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 2 (3) Juli-September 2014. Hal:107-197.
- Mardian, dkk. 2015. *Analisis Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Daerah Balung Tahun 2015 Melalui Pendekatan Barber-Johnson*. Artikel Ilmiah Hasil penelitian mahasiswa. Jember: Universitas Jember
- Nababan. 2012. *Analisis Hubungan Pelayanan Kesehatan Dengan Bed Occupancy Red (BOR) di Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara Kalimantan Tengah*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Nanang, dkk. 2012. Analisis Efisiensi Penggunaan Tempat Tidur Di Unit Pelayanan Penyakit Dalam di Bangsal Cempaka 1 dan Cempaka 2 Berdasarkan Grafik Barber Johnson Di RSUD Kabupaten Sukoharjo Tahun 2012. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 8 (1), Maret 2012. Hal: 59-68
- Pratama, B.A. dan Karunia, T.L. 2017. Trend *Gross Death Rate* dan *Net Death Rate* Per Tahun di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Surakarta Tahun 2011–2015. *Indonesian Journal On Medical Science*, 2 (4). Hal:196-201.
- Rinjani, V. dan Triyanti, E. 2016. Analisis Efisiensi penggunaan Tempat Tidur Per Ruangan Berdasarkan Indikator Depkes Dan Barber Johnson di Rumah Sakit Singaparna Medika Citra Utama Kabupaten Tasikmalaya Triwulan I Tahun 2016. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 4 (2), Oktober 2016. 38-45.
- Rustiyanto, E. 2010. *Statistik Rumah Sakit Untuk Pengambilan Keputusan*. Cetakan Pertama. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sudra, R.I. 2010. *Statistik Rumah Sakit dari Sensus Pasien dan Grafik Barber Johnson Hingga Statistic Kematian dan Otopsi*. Yogyakarta: Graha Ilmu.