

PENYEBAB *BED TURN OVER* (BTO) DI INSTALASI RAWAT INAP RSUD dr. M. SOEWANDHIE

DETERMINANT FACTORS OF *BED TURN OVER* IN HOSPITALIZATION RSUD dr. M. SOEWANDHIE

Novi Ria Lestari¹, Ratna Dwi Wulandari²

¹ Instalasi Rawat Inap RSUD dr. M. Soewandhie, Surabaya

² Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya

E-mail: novirial@yahoo.com

ABSTRACT

RSUD dr. M. Soewandhie had BTO by an average of 81 times from standard 40-50 times on 2011 until 2013. This research aimed to analyze the cause of *Bed Turn Over* (BTO) in RSUD dr. M. Soewandhie. This was analytical study with cross-sectional approach. Sample was taken by Stratified Random Sampling with 90 sample size. The study population was derived from the hospitalization inpatient. Data were collected through interviews using questionnaires to patients. The result of study are Inpatient's SOP variable and quality of Dabholkar's Dimension in general is good. Condition inpatients are predominantly patients type of acute illness, length of illness >7 days, Length of Stay <3 days and Recovery Discharge Status. Contingency coefficient test results indicate that there are three variables that have a relationship to Discharge Status. The variable are the type of diseases, length of illness and length of stay that has a significance value of 0.004; 0.015 and 0.005. Based on the research results of the suggestions is to provide guidance groove inpatient admission, make and run the SOP on patient waiting time, improve the quality of inpatient services related to the physical aspects and hospitalization policies.

Keywords: BTO, discharge status, quality of services

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan pelayanan kesehatan strata kedua yang banyak dikunjungi masyarakat. Berdasarkan Undang- Undang tentang Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Ketiga pelayanan tersebut patut diperhatikan perkembangan mutunya berdasarkan indikator mutu pelayanan rumah sakit. Mutu merupakan derajat kesempurnaan sebuah produk atau jasa yang ditawarkan (Besterfield, 2011).

Salah satu indikator mutu pelayanan rawat inap adalah angka *Bed Turn Over* (BTO) rumah sakit (Depkes RI, 2005). RSUD dr. M. Soewandhie memiliki BTO rata-rata sebesar 81 kali selama Tahun 2011- 2013. Hal tersebut masih belum memenuhi standard 40- 50 kali sehingga berpotensi

memberikan dampak kurang baik terhadap status kesehatan pasien. Upaya penurunan angka BTO dapat dilakukan dengan terlebih dahulu mengetahui penyebabnya.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penyebab tingginya angka BTO dilihat dari SOP alur masuk, lama sakit, jenis penyakit, mutu pelayanan menurut penilaian pasien berdasarkan Dimensi Dabholkar (*Physical Aspects, Reliability, Personal Interaction, Problem Solving, Policy*) dan lama perawatan dengan *Discharge Status* pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. M. Soewandhie. Manfaat penelitian adalah untuk mengevaluasi mutu pelayanan rawat inap sehingga dapat dijadikan referensi untuk menetapkan kebijakan selanjutnya di RSUD dr. M. Soewandhie.

PUSTAKA

Menurut Supriyanto dan Wulandari (2011) mutu merupakan gambaran dan karakteristik

menyeluruh dari barang atau jasa yang menunjukkan kemampuannya dalam memuaskan kebutuhan pelanggan baik berupa kebutuhan yang dinyatakan maupun kebutuhan yang tersirat. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 50 Tahun 2012 menyebutkan bahwa mutu pelayanan adalah kinerja yang menunjukan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata rata penduduk, serta dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan. Pelayanan kesehatan harus diberikan berdasarkan standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh pemerintah dengan mempertimbangkan masukan dari organisasi profesi (Depkes, 2009).

Depkes menentukan indikator pelayanan rawat inap rumah sakit yang dapat dipakai untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Indikator tersebut terbagi untuk setiap pelayanan. Indikator untuk Instalasi Rawat Inap (Depkes, 2005) antara lain :

BOR (*Bed Occupancy Ratio*) adalah presentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. ALOS (*Average Length of Stay*) adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. TOI (*Turn Over Interval*) adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. BTO (*Bed Turn Over*) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan. GDR (*Gross Death Rate*) adalah jumlah kematian kasar yang ada di

rumah sakit. NDR (*Net Death Rate*) adalah jumlah kematian >48 jam yang ada di rawat inap.

Indikator rawat inap terkait BTO penting diperhatikan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan. Tingginya BTO berpotensi mengganggu keseimbangan aspek klinis rumah sakit. Indikator mutu pelayanan rumah sakit dipengaruhi oleh 4 aspek yaitu, Aspek Klinis, Aspek Efisiensi dan Efektifitas, Aspek Keselamatan dan Aspek Kepuasan Pasien (Sabarguna, 2007). Salah satu dari indikator aspek klinis adalah infeksi nosokomial. BTO menggambarkan frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode. Pemakaian tempat tidur unit rawat inap dalam satu periode diketahui setiap tahun. Tingginya BTO memberikan hubungan yang cukup signifikan dengan mutu pelayanan (Syafharini, 2012).

Kondisi tempat tidur yang baik dapat meningkatkan kualitas hidup orang yang memakainya (HSE, 2011). Tempat tidur yang digunakan lebih dari 40- 50 kali maka memerlukan perawatan yang lebih baik. Jumlah pasien yang banyak dirawat dalam setiap tempat tidur berpotensi menimbulkan kuman penyakit. Infeksi penyerta bukan tidak mungkin dapat ditimbulkan oleh kondisi perawatan tempat tidur yang kurang baik.

Infeksi *methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA) secara signifikan berhubungan dengan TOI dan BTO (JB, Cunningham et al, 2006). Mutu pelayanan akan terganggu apabila ditemukan infeksi yang disebabkan oleh lingkungan. Tempat tidur merupakan salah satu lingkungan yang sangat berhubungan erat dengan pasien. BTO sebagai

salah satu indikator mutu pelayanan dan efisiensi pemanfaatan tempat tidur harus dijaga.

Dimensi mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan antar manusia berdasarkan standar *World Health Organization*. Mutu pelayanan menurut Dimensi Dabholkar dilihat dari 5 aspek berikut.

Aspek Fisik (*Physical Aspects*)

Penampilan rumah sakit secara inferior dan eksterior akan dinilai oleh pasien. Aspek fisik yang dapat dilihat pada lingkungan rumah sakit berpengaruh terhadap cerminan mutu pelayanan. Bangunan, kebersihan ruangan maupun perlengkapan yang digunakan secara visual memberikan kenyamanan tersendiri bagi pasien. Tata letak ruangan dan desain arsitek yang modern membuat penampilan rumah sakit menarik.

Kehandalan (*Reliability*)

Dimensi ini terdiri dari 2 hal, yakni memenuhi janji (*keeping promise*) dan memberikan layanan dengan tepat (*doing it right*). Rumah sakit memberikan pelayanan yang akurat mulai pertama kali pasien memanfaatkan layanan tersebut. Kemampuan memberikan pelayanan secara tepat waktu sesuai waktu kesepakatan akan sangat dihargai pasien.

Komunikasi Personal (*Personal Interaction*)

Berkaitan dengan kemampuan rumah sakit dalam berinteraksi dengan pasien. Hal ini terutama dapat memberikan rasa aman dan nyaman terhadap pasien. Komunikasi personal yang baik saat

menjawab pertanyaan yang diberikan merupakan hal positif bagi pasien. Tenaga kesehatan diharapkan mampu bersikap sopan dan ramah saat menghadapi ketidaktahuan pasien.

Pemecahan Masalah (*Problem Solving*)

Rumah sakit sebagai penyedia layanan jasa menangani masalah kesehatan individu. Kemampuan menanggapi keluhan pasien dinilai sebagai suatu hal yang patut diperhatikan. Kepekaan rumah sakit dalam menyelesaikan masalah pasien melibatkan pegawai rumah sakit secara umum. Pegawai selalu berinteraksi dengan pasien apabila ada hal yang harus dikemukakan.

Kebijakan (*Policy*)

Dimensi ini meliputi jam buka yang sesuai dengan kebutuhan pasien, fasilitas parkir yang luas, nyaman dan teduh serta dekat dengan fasilitas umum. Kebijakan yang dibuat oleh rumah sakit mencerminkan tingkat responsif terhadap mutu pelayanan yang diberikan. Hal tersebut secara langsung ataupun tidak berdampak pada persepsi pasien terhadap rumah sakit.

Indikator berhubungan dengan struktur (input), proses dan *outcome* pelayanan kesehatan. Ketiganya dapat berpengaruh terhadap kondisi pasien (Mainz, 2003). Derajat kesehatan pasien yang semakin baik merupakan indikator *outcome* yang ideal. Jan Mainz (2003) membedakan *Outcome* menjadi 5 dalam "The five Ds" yaitu *Death* (Kematian), *Disability* (Cacat), *Disease* (Penyakit), *Discomfort* (Ketidaknyamanan), dan *Dissatisfaction* (Ketidakpuasan). Hal tersebut dapat diketahui pada

dampak secara langsung saat pasien meninggalkan pelayanan kesehatan.

Faktor risiko yang mempengaruhi kondisi pasien keluar (*Discharge Status*) disebabkan oleh *multiple factor*. Faktor tersebut meliputi keadaan demografi pasien, karakteristik psikososial (umur, jenis kelamin dan status penyakit), status kesehatan, dan faktor pemicu kematian. Faktor tersebut merupakan hal esensi yang dibandingkan pada status pasien sebelum meninggalkan rumah sakit. Kondisi pasien keluar (*Discharge Status*) dibedakan menjadi meninggal, dirujuk dan sembuh (Nursalam, 2011).

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional yang bersifat analitik. Rancang bangun yang digunakan adalah desain penelitian *crossectional*. Pengambilan data menggunakan kuesioner dan wawancara mendalam. Sampel dalam

penelitian ini sebanyak 90 pasien rawat inap yang diambil secara *Stratified Random Sampling*. Penelitian dilakukan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. M. Soewandhie pada bulan Februari– April 2014.

Penyebab tingginya BTO rawat inap akan diketahui dengan menganalisis variabel usia, jenis kelamin, lama sakit, jenis penyakit, riwayat asal dan lama perawatan yang diambil dari rekam medis pasien. Variabel lainnya yakni SOP alur masuk, perawatan tempat tidur dan mutu pelayanan berdasarkan Dimensi *Dabholkar (Physical Aspects, Reliability, Personal Interaction, Problem Solving, Policy)*. Variabel tersebut akan dianalisis berdasarkan *Discharge Status* pasien rawat inap dengan menggunakan uji hubungan koefisien kontingensi pada *Chi Square* dengan $\alpha = 0,05$.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Berikut hasil penelitian yang didapatkan dari variabel tersebut terangkum dalam Tabel 1

Tabel 1. Variabel Usia, Jenis Kelamin, Lama Sakit, Jenis Penyakit, Riwayat Asal dan Lama Perawatan Berdasarkan *Discharge Status* di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. M. Soewandhie Tahun 2014.

Variabel Pasien Rawat Inap	<i>Discharge Status</i>													
	Meninggal >48 jam		Meninggal <48 jam		cacat		Belum Sembuh		Mulai Sembuh		Sembuh		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Usia														
0- 4	1	5	1	5	0	0	4	20	0	0	14	70	20	100
5- 11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100	4	100
12- 16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
17- 25	0	0	0	0	0	0	1	12,5	2	25	5	50	8	100
26- 35	0	0	0	0	0	0	1	6,7	8	53,3	6	40	15	100
36- 45	0	0	0	0	0	0	1	16,7	2	33,3	3	50	6	100
46- 55	1	7,1	0	0	1	7,1	2	14,3	4	28,6	6	42,9	14	100
56- 65	0	0	0	0	0	0	0	0	5	45,4	6	54,5	11	100
>65	0	0	1	9	0	0	1	9	4	36,4	5	45,6	11	100
Total	2	2,2	2	2,2	1	1,1	10	11,1	25	27,8	50	55,6	90	100
Jenis Kelamin														
Pria	0	0	1	3,3	0	0	5	16,7	9	30	15	50	30	100
Wanita	2	3,3	1	1,7	1	1,7	5	8,3	16	17,8	35	58,3	60	100
Total	2	2,2	2	2,2	1	1,1	10	1,1	25	27,8	50	55,6	90	100
Lama Sakit														
Darurat	1	4,2	0	0	0	0	1	4,2	4	16,6	18	75	24	100
1-3 hari	0	0	0	0	0	0	0	0	9	36	16	64	25	100

Variabel Pasien Rawat Inap	Discharge Status													
	Meninggal >48 jam		Meninggal <48 jam		cacat		Belum Sembuh		Mulai Sembuh		Sembuh		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
4-7 hari	0	0	0	0	0	0	1	8,3	2	16,7	9	75	12	100
>7 hari	1	3,4	2	6,9	1	3,4	8	27,6	10	34,5	7	24	29	100
Total	2	2,2	2	2,2	1	1,1	10	11,1	25	27,7	50	55,6	90	100
Jenis Penyakit														
Akut-Kronik	0	0	0	0	1	9	1	9	5	45,6	4	36,4	11	100
Kronik	1	3,6	1	3,6	0	0	5	17,9	13	46,4	8	28,6	28	100
Akut	1	2	1	2	0	0	4	7,8	7	13,7	38	74,5	51	100
Total	2	2,2	2	2,2	1	1,1	10	11,1	25	27,8	50	55,6	90	100
Riwayat Asal														
IGD (Datang Sendiri)	1	2,2	1	2,2	1	2,2	6	13	10	21,7	27	58,7	46	100
IGD (Rujukan)	0	0	0	0	0	0	1	14,3	3	42,9	3	42,8	7	100
Ruang lain dengan indikasi alih rawat	1	3,3	1	3,3	0	0	2	6,7	7	23,3	19	63,3	30	100
Instalasi Rawat Jalan	0	0	0	0	0	0	1	14,3	5	71,4	1	14,3	7	100
Total	2	2,2	2	2,2	1	1,1	10	11,1	25	27,7	50	55,6	90	100
Lama Perawatan														
< 3 hari	2	5,9	0	0	0	0	2	5,9	8	23,5	22	64,7	34	100
3-5 hari	0	0	1	5,3	0	0	2	10,5	5	26,3	11	57,9	19	100
6-9 hari	0	0	1	5,9	0	0	3	17,6	5	29,4	8	47,1	17	100
>9 hari	0	0	0	0	1	5	3	15	7	35	9	45	20	100
Total	2	2,2	2	2,2	1	1,1	10	11,1	25	27,7	50	55,6	90	100

Berdasarkan Tabel 1 dapat dilihat bahwa semakin muda usia pasien maka *Discharge Status* yang diperoleh untuk sembuh semakin besar. Jenis Kelamin wanita memiliki *Discharge Status* sembuh lebih tinggi dari pria yakni sebesar 38,9%.

Semakin lama pasien sakit di rumah sebelum dibawa ke rumah sakit maka semakin kecil presentase pasien dengan *Discharge Status* sembuh. Presentase *Discharge Status* meninggal <48 jam tertinggi 6,9% dan terjadi pada pasien yang sakit selama lebih dari 7 hari. Jenis Penyakit terbanyak (74,5%) pasien memiliki penyakit akut dengan *Discharge Status* sembuh. Riwayat Asal bahwa pasien yang meninggal >48 jam dan <48 jam dari IGD (Datang sendiri) memiliki presentase lebih rendah dibandingkan pasien dari ruang lain dengan

indikasi alih rawat. Presentase terbesar untuk sembuh ditemukan pada pasien yang berasal dari ruang lain dengan indikasi alih rawat yakni sebesar 63,3%. Pasien yang memiliki *Discharge Status* sembuh terbanyak menjalani perawatan selama kurang dari 3 hari. Semakin lama perawatan pasien di rumah sakit maka semakin kecil presentase pasien tersebut keluar rumah sakit dalam kondisi sembuh.

Hasil penelitian yang signifikan ditemukan pada variabel jenis penyakit, lama sakit dan lama perawatan. Pasien dengan penyakit akut memiliki presentase sembuh lebih banyak dari pasien dengan penyakit kronik maupun akut- kronik. Tidak ada responden dengan jenis penyakit akut- kronik yang memiliki *Discharge Status* meninggal >48 jam atau

<48 jam. Pasien dengan penyakit akut akan lebih banyak sembuh ketika keluar dari rumah sakit. Pasien yang menderita penyakit akut dan kronik mempunyai jumlah yang paling sedikit untuk sembuh. Penyakit akut dan kronik berhubungan dengan meninggalnya pasien ketika keluar dari rawat inap. Penelitian yang dilakukan Wisnumurti (2012) menunjukkan 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 telah 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 RSUD dr. M. Soewandhie. Berdasarkan data instalasi rawat inap tahun 2011- 2013 jumlah kunjungan pasien rawat inap selalu mengalami peningkatan. Pasien yang datang sendiri melalui IGD berbeda dengan pasien rujukan yang ditangani awal di IGD. Hal tersebut menunjukkan bahwa pasien rawat inap RSUD dr. M. Soewandhie lebih memilih mengunjungi pelayanan

kesehatan yang bersifat kuratif secara langsung ketika mengalami gejala sakit.

Peran pelayanan kesehatan tingkat pertama yakni puskesmas agaknya belum berjalan maksimal. Banyaknya jumlah pasien tiap tahun yang ditangani rumah sakit perlu menunjukkan kebutuhan pelayanan kuratif semakin besar. Puskesmas sebagai penyelenggara upaya kesehatan dasar perorangan dan masyarakat ternyata belum menjadi pilihan utama untuk mendapat layanan kesehatan (Pranaka, 2006). Asal pasien dari ruang lain dengan indikasi alih rawat memiliki jumlah terbesar kedua yakni 33,3%. Transfer pasien dari rawat inap ke rawat inap lain dalam satu rumah sakit sering terjadi. Pemandahan pasien terjadi dari ruang bersalin ke rawat inap nifas. Ruang bersalin juga dapat memindahkan pasien untuk dirawat di rawat inap Neonatal maupun NICU. Pasien yang berada di rawat inap ICU ataupun ICCU juga dapat menerima pasien dari rawat inap lain.

Pasien dengan perawatan lama atau pendek berhubungan dengan kondisi yang didapat ketika keluar rumah sakit. Penelitian yang dilakukan Wisnumurti (2012) menunjukkan hasil yang signifikan antara *Length of Stay* pasien dengan *outcome* yang didapatkan. Pasien yang dirawat kurang dari 1 hari dan sembuh berasal dari rawat inap nifas. Proses melahirkan yang normal maupun operasi membutuhkan waktu antara 1-3 hari untuk pulih dan dapat dipulangkan. Pasien tersebut keluar dari rumah sakit dengan kondisi sembuh. Pasien yang dirawat kurang dari 3 hari sebagian besar mempunyai *Discharge Status* Sembuh. Kondisi

pasien yang belum sembuh selama rentang waktu tersebut dapat disebabkan karena faktor lain seperti jenis penyakit yang diderita. Rata-rata lama perawatan pasien rawat inap (ALOS) berada pada rentang ideal 6-9 hari (Depkes, 2009). Dalam waktu tersebut diharapkan pasien dapat sembuh setelah mendapatkan penanganan yang optimal dari rawat inap. Pasien yang mengalami perawatan dalam waktu lama memiliki risiko lebih besar terkena infeksi, sehingga akan berhubungan dengan *Discharge Status* yang didapat. Semakin lama hari rawat inap yang merupakan faktor yang cukup

dominan yang mempengaruhi infeksi nosokomial di rumah sakit (Ahmad, 2002). Infeksi yang didapat pasien dapat memperparah kondisi kesehatannya. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Crockett, A.J, et.al (2000) menunjukkan hasil yang signifikan antara lama perawatan pasien dengan kesakitan yang dialami.

Hasil penelitian terkait SOP Alur Masuk diperoleh hasil bahwa semakin baik penilaian responden terhadap SOP alur masuk rawat inap maka presentase *Discharge Status* pasien sembuh semakin besar.

Tabel 2. Variabel Mutu Pelayanan Berdasarkan Dimensi Dabholkar (Aspek Fisik, Reliabilitas, Komunikasi Personal, Pemecahan Masalah dan Kebijakan) serta Lama Perawatan dengan *Discharge Status* Pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. M. Soewandhie Tahun 2014.

Variabel	Discharge Status										Total			
	Meninggal >48 jam		Meninggal <48 jam		cacat		Belum Sembuh		Mulai Sembuh		Sembuh			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Aspek Fisik														
Tidak Baik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kurang Baik	0	0	0	0	0	0	1	25	1	25	2	50	4	100
Baik	2	2,5	1	1,2	1	1,2	9	11,1	23	28,4	45	55,6	81	100
Sangat Baik	0	0	1	20	0	0	0	0	1	20	3	60	5	100
Total	2	2,2	2	2,2	1	1,1	10	11,1	25	27,7	50	55,6	90	100
Kehandalan														
Tidak Baik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kurang Baik	0	0	1	5	0	0	3	15	8	40	8	40	20	100
Baik	1	1,6	1	1,6	1	1,6	5	8,2	15	24,6	38	62,3	61	100
Sangat Baik	1	11,1	0	0	0	0	2	22,2	2	2,2	4	44,5	9	100
Total	2	2,2	2	2,2	1	1,1	10	11,1	25	27,7	50	55,6	90	100
Komunikasi Personal Perawat														
Tidak Baik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kurang Baik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Baik	1	1,6	2	3,2	1	1,6	5	8,1	14	22,6	39	62,9	62	100
Sangat Baik	1	3,5	0	0	0	0	5	17,9	11	39,3	11	39,3	28	100
Total	2	2,2	2	2,2	1	1,1	10	11,1	25	27,7	50	55,6	90	100
Pemecahan Masalah														
Tidak Baik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kurang Baik	0	0	0	0	0	0	2	66,7	0	0	1	33,3	3	100
Baik	1	1,8	1	1,8	1	1,8	4	7	17	29,7	33	57,9	57	100
Sangat Baik	1	3,3	1	3,3	0	0	4	13,3	8	26,7	16	53,4	30	100
Total	2	2,2	2	2,2	1	1,1	10	11,1	25	27,7	50	55,6	90	100
Kebijakan														
Tidak Baik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kurang Baik	1	5,9	1	5,9	1	5,9	1	5,9	6	35,3	7	41,2	17	100
Baik	1	1,1	1	1,1	0	0	9	10	18	20	41	45,6	70	100
Sangat Baik	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33,3	2	66,7	3	100

Variabel	Discharge Status										Total			
	Meninggal >48 jam		Meninggal <48 jam		cacat		Belum Sembuh		Mulai Sembuh		Sembuh		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Total	2	2,2	2	2,2	1	1,1	10	11,1	25	27,7	50	55,6	90	100

Berdasarkan Tabel 2 dapat dilihat bahwa semakin baik penilaian responden terhadap Aspek Fisik rawat inap maka presentase *Discharge Status* pasien sembuh semakin besar. Responden yang memberikan penilaian sangat baik terhadap aspek fisik rawat inap memiliki presentase meninggal <48 jam sebesar 20%. semakin baik penilaian responden terhadap kehandalan rawat inap maka semakin kecil presentase *Discharge Status* meninggal <48 jam. Semakin baik penilaian tersebut maka presentase *Discharge Status* pasien sembuh semakin besar (62,3%). Semakin baik penilaian responden terhadap Komunikasi Personal Perawat maka semakin besar presentase *Discharge Status* meninggal >48 jam. Sebaliknya, semakin baik penilaian tersebut maka presentase *Discharge Status* pasien sembuh semakin kecil (39,3%). Semakin baik penilaian responden terhadap Pemecahan Masalah rawat inap maka semakin kecil presentase *Discharge Status* meninggal >48 jam dan <48 jam. Semakin baik penilaian tersebut maka presentase *Discharge Status* pasien sembuh semakin besar. semakin baik penilaian responden terhadap Kebijakan rawat inap maka semakin kecil presentase *Discharge Status* pasien meninggal >48 jam dan <48 jam. Begitu pula dengan pasien yang keluar dengan kondisi sembuh.

Hasil uji korelasi menunjukkan hasil yang tidak signifikan antara mutu pelayanan berdasarkan Dimensi Dabholkar dengan *Discharge Status*. Pasien yang nyaman dengan kondisi fisik rawat inap akan

memberikan penilaian yang baik kepada rumah sakit. Pasien mayoritas berasal dari kelas III yang mendapatkan perawatan gratis di rawat inap RSUD dr. M. Soewandhie. Masyarakat tersebut umumnya mempunyai karakteristik yang kurang kritis terhadap pelayanan yang diberikan. Pasien akan sangat mudah memberikan penilaian baik terhadap mutu pelayanan rawat inap mengingat mereka tergolong pasien yang tidak ditanggung biaya perawatan. Aspek fisik yang dinilai tidak berhubungan secara langsung dengan tindakan penanganan medis terhadap penyakit pasien. Peralatan yang digunakan untuk penanganan medis termasuk dalam kelengkapan peralatan rumah sakit secara keseluruhan. Pertanyaan tersebut tidak dimasukkan dalam aspek fisik rumah sakit karena berhubungan dengan ruang lain. Ruang tindakan tidak menjadi bagian dari ruang rawat inap. Oleh karena itu, hubungan yang diberikan aspek fisik terlihat tidak signifikan terhadap *Discharge Status*.

Kepribadian perawat mendapat pujian dari responden. Perawat telah bekerja keras memberikan pelayanan terbaiknya. Beberapa hal terkait pertanyaan didalamnya perlu diperhatikan. Pertanyaan yang dimaksud berhubungan dengan jadwal penggantian linen di rawat inap. Lebih dari setengah jumlah responden memberikan penilaian yang kurang baik. Pertanyaan tersebut tidak bisa muncul dengan hasil uji hubungan karena terakumulasi dengan skor dari pertanyaan lain

dengan variabel yang sama. Mutu pelayanan yang terkesan baik tidak ada hubungannya dengan kondisi pasien sembuh tidaknya pasien. Penilaian yang kurang baik dan tidak baik pada setiap dimensi penting untuk diperhatikan pihak rumah sakit untuk terus melakukan upaya perbaikan. Mutu pelayanan baik secara teknis maupun fungsional menjadi kunci

suksesnya pelayanan organisasi ketika terpenuhi (Grönroos, 1984). Secara teknis, pelayanan kesehatan dinilai mutunya pada pelaksanaan kegiatan medis yang dilakukan oleh tenaga medis maupun tenaga kesehatan. Mutu pelayanan secara fungsional dilihat dari sikap, kepribadian dan ketrampilan petugas dalam melayani pasien.

Tabel 3. Variabel Perawatan Tempat Tidur Berdasarkan Discharge Status Pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. M. Soewandhie.

Perawatan Tempat Tidur Pasien	Discharge Status												Total	
	Meninggal >48 jam		Meninggal <48 jam		Cacat		Belum Sembuh		Mulai Sembuh		Sembuh			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Belum Memenuhi	1	2,3	1	2,3	0	0	8	18,6	12	27,9	21	48,9	43	100
Memenuhi	1	2,1	1	2,1	1	2,1	2	4,3	13	27,7	29	61,7	47	100
Total	2	2,2	2	2,2	1	1,1	10	11,1	25	27,7	50	55,6	90	100

Berdasarkan Tabel 3 dapat dilihat bahwa Semakin banyak pasien yang menempati tempat tidur dengan perawatan yang telah memenuhi, maka semakin besar presentase *Discharge Status* sembuh. Hasil uji korelasi diperoleh nilai signifikansi lebih besar dari $\alpha = 0,05$ yakni sebesar 0,331 maka tidak ada hubungan antara Perawatan Tempat Tidur rawat inap dengan *Discharge Status* pasien di RSUD dr. M. Soewandhie. Tempat tidur yang belum memenuhi maupun yang sudah memenuhi indikator keduanya memiliki *Discharge Status* pasien yang relatif sama. Pasien dengan *Discharge Status* meninggal keluar dari rawat inap terdapat pada kedua kategori perawatan tempat tidur. Begitu pula dengan *Discharge Status* pasien yang belum sembuh, mulai sembuh dan sembuh. Kedua kategori memiliki jumlah pasien yang tidak berbeda jauh pada setiap *Discharge Status*. Kondisi tempat tidur pasien merupakan lingkungan yang sangat dekat dengan pasien. Setiap hari pasien terbaring di tempat tidur

dengan berbagai jenis penyakit yang dialami. Bakteri akan lebih mudah berkembang biak pada lingkungan yang mendukung. Lingkungan yang berpotensi menjadi tempat perkembangbiakan bakteri dan kuman adalah linen. Linen yang dipakai pasien terdiri dari sprei, sarung bantal dan selimut. Akan tetapi perawatan tempat tidur memiliki resiko yang kecil untuk menimbulkan terjadinya infeksi yang dapat memperparah sakit yang diderita oleh pasien.

Penyediaan linen yang memenuhi standar adalah 3 par stock untuk setiap tempat tidur (Warasti, 1999). Hal tersebut mencegah terjadinya kekurangan linen di rawat inap. Pasien sakit memiliki kebutuhan yang berbeda dan kondisi yang berbeda terkait penyakitnya. Penyediaan linen dilakukan dengan perencanaan yang berdasarkan analisis di lapangan. Selama ini jadwal penggantian linen di rawat inap RSUD dr. M. Soewandhie masih banyak mendapat penilaian kurang baik dari responden.

SIMPULAN

Penyebab tingginya BTO adalah jenis penyakit, lama sakit dan lama perawatan pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. M. Soewandhie. Variabel lain yang diteliti tidak menunjukkan adanya hubungan yang signifikan, akan tetapi perlu beberapa rekomendasi untuk mendukung terselenggaranya mutu pelayanan yang lebih baik. Beberapa saran yang direkomendasikan terkait SOP alur masuk dengan menyediakan petunjuk alur masuk rawat inap berupa papan yang ditempel di dinding sebagai informasi bagi pasien dan keluarga, membuat dan menjalankan SOP yang mengatur tentang lama tunggu pasien untuk mendapatkan tempat tidur serta manajemen penahanan pasien apabila tempat tidur penuh.

Perawatan tempat tidur dapat dilakukan dengan optimalisasi fungsi koordinasi antar tenaga perawat dengan petugas instalasi CSSD dalam penyediaan stok linen agar tidak kehabisan linen bersih, melaksanakan standarisasi stok linen yang harus disediakan yakni 3 pak untuk setiap tempat tidur dan mengupayakan semua kasur di rawat inap dibungkus dengan pelak.

Meningkatkan mutu pelayanan rawat inap terkait Aspek fisik, yaitu dengan membuat kebijakan tentang jadwal membersihkan dinding rawat inap, penggunaan linen yang masih layak dan bersih secara fisik serta penyediaan fasilitas pengatur sirkulasi udara yang memadai. Fasilitas yang telah disediakan oleh rumah sakit dilakukan pemeriksaan dan pembersihan secara berkala. Rekomendasi terkait Kebijakan, yaitu dengan membuat kartu identitas untuk pendamping pasien sehingga

memudahkan untuk dikenali petugas keamanan. Harapannya akses keluar masuk keluarga tidak terhambat dan peraturan rumah sakit tetap bisa dipatuhi. Saran yang berkaitan dengan kebijakan rawat inap di RSUD dr. M. Soewandhie adalah terkait pengaturan jam kunjungan yang sesuai kebutuhan di lapangan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad. 2002. [Accessed 3 November 2013]. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/30922/5/Chapter%20I.pdf>
- Besterfiled, Dale H, 2011. *Total Quality Management*. India: India Binding House.
- Crockett, A.J., Cranston, J.M., Moss, J.R., Alpers, J.H, 2000. An Association between Length of Stay and Co- Morbidity in Chronic Airflow Limitation. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, Volume 12, Number 1, pp: 41- 46.
- JB, Cunningham., WG, Kernohan., T, Rush, 2006. Bed Occupancy, Turnover Interval and MRSA rates in Northern Ireland. *Br Journal Nurse* 12;15 (6):324-8.
- Depkes. R.I., 2005. *Indikator Mutu pelayanan*. Jakarta; Ditjen Yankes.
- Depkes. R.I., 2009. *SKN*. Jakarta; Ditjen Yankes.
- Grönroos, C., 1984. A Service Quality Model and Its Marketing Implication. *European Journal of Marketing* 18 (4), 36-44.
- HSE., 2011. *Electric Profiling Bed in Health Car*. The Health and Safety Executive (rev1) 04/11.
- Mainz, Jan, 2003. Defining and Classifying Clinical for Quality Improvement. *International Journal for Quality in Health Care* volume 15 numer 6 pp.523-530.
- Nursalam, 2011. *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Peraturan Walikota Surabaya Nomor 50 Tahun 2012 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Soewandhi Kota Surabaya.
- Pranaka, Kris, 2006. Penerapan Geriatrik Kedokteran menuju Usia Lanjut yang Sehat. *Universa Medika*, Vol. 25 No.4.
- Sabarguna, Boy S., 2007. *Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta: Sagung Seto.
- Supriyanto, Wulandari, 2011. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Health Adocracy
- Syafharini, A., 2012. Analisis Pelaksanaan Manajemen Mutu Pelayanan Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Islam Malahayati Medan. Disitasi dari <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/32843> [28 Januari 2014].
- Undang- Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Warasti, A., 1999. Analisis Manajemen Lini Berdasarkan Jenis Kegiatan di RSUD Banyumas. *Skripsi*.

WHO *Technical Report Serie*,. 1959. Role of Hospitals in Ambulatory and Domiciliary Medical Care. Second Report of the

Committee on Organization of Medical Care.176.

Wisnumurti, D.A., 2012. Performance of Neonatal Unit, Arifin Achmad Hospital, Pekanbaru. *Pediatrica Indonesia* Volume 52 Number 6.