



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS LAMA HARI RAWAT  
PASIEN YANG MENJALANI PEMBEDAHAN  
DI RUANG RAWAT INAP BEDAH KELAS III  
RSUP SANGLAH DENPASAR TAHUN 2011**

**TESIS**

**I WAYAN WARTAWAN  
NPM: 1006799716**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK  
JULI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS LAMA HARI RAWAT  
PASIEN YANG MENJALANI PEMBEDAHAN  
DI RUANG RAWAT INAP BEDAH KELAS III  
RSUP SANGLAH DENPASAR TAHUN 2011**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Administrasi Rumah Sakit**

**I WAYAN WARTAWAN  
NPM: 1006799716**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK  
JULI 2012**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar**

**Nama : I Wayan Wartawan**

**NPM : 1006799716**

**Tanda Tangan :** 

**Tanggal : 2 Juli 2012**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya :

Nama : I Wayan Wartawan  
NPM : 1006799716  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Peminatan :

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

**Analisis Lama Hari Rawat Pasien Yang Menjalani Pembedahan Di Ruang Rawat Inap Bedah Kelas III RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2011**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian Surat Pernyataan ini saya buat dengan sebenar benarnya.

Depok, 2 Juli 2012



(I Wayan Wartawan)

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

N a m a : I Wayan Wartawan  
NPM : 1006799716  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Judul Tesis : Analisis Lama Hari Rawat Pasien Yang Menjalani  
Pembedahan di Ruang Rawat Inap Bedah Kelas III RSUP  
Sanglah Denpasar Tahun 2011

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr. Mieke Savitri, M.Kes (.....)

Penguji Dalam : Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, PhD (.....)

Penguji Dalam : Dr. Ede Surya Darmawan, SKM, MDM (.....)

Penguji Luar : Dr. Budi Hartono, SE, MARS (.....)

Penguji Luar : dr. Erwin Hermawan, MARS (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 2 juli 2012

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Jurusan Kajian Administrasi Rumah Sakit Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terimakasih kepada;

1. Dr. Mieke Savitri, MKes selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
2. Pihak Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
3. Istri saya, Putu Ekawati dan anak-anak papa tercinta; Yan Bayu Bramantya, Ade Tsarina Indira dan Tri Krisnanda Pramarta yang telah amat sangat sabar dan mendukung langkah papa untuk menyelesaikan perkuliahan ini;
4. Para sahabat (Kawiana, Eka Kusmawan, Anom, Anindya dkk) yang telah banyak membantu saya dari sejak perkuliahan sampai dengan penyelesaian tesis ini, tidak terkecuali seluruh teman angkatan kelas E-learning Bali-Lombok.

Akhir kata saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat

Depok, 2 Juli 2012  
Penulis

(I Wayan Wartawan)

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

N a m a : I Wayan Wartawan  
NPM : 1006799716  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Departemen :  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Tesis

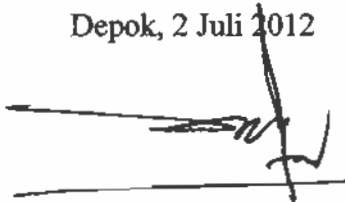
Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**Analisis Lama Hari Rawat Pasien Yang Menjalani Pembedahan Di Ruang Rawat Inap Bedah Kelas III RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2011**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, Mengalih media formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Depok, 2 Juli 2012



(I Wayan Wartawan)

## ABSTRAK

Nama : I Wayan Wartawan  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Judul : Analisis Lama Hari Rawat Pasien Yang Menjalani Pembedahan Di Ruang Rawat Inap Bedah Kelas III RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2011

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan beberapa faktor internal dan eksternal rumah sakit terhadap lama hari rawat pasien bedah di RSUP Sanglah Denpasar. Penelitian ini menggunakan rancangan studi retrospektif yang mencatat data pasien bedah yang dirawat di ruang rawat inap bedah kelas III RSUP Sanglah selama tahun 2011. Dari 11 variabel independen yang dinilai, didapatkan 5 faktor yang memiliki hubungan bermakna terhadap lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan. Kelima faktor tersebut berturut turut dari yang terkuat hubungannya adalah; diagnosa penyakit, komplikasi operasi, jenis operasi, teknik operasi dan pelaksana operasi. Hasil penelitian ini juga dapat dijadikan formula untuk memprediksi lama hari rawat pasien bedah yang baru masuk rumah sakit.

Kata kunci; Lama Hari Rawat, komplikasi operasi.



## ABSTRACT

Name : I Wayan Wartawan  
Study Program : Hospital Administration Program  
Title : Length of Stay Day Analysis of The Patient Who Undergo Surgery at Surgical Ward Sanglah General Hospital in 2011

This study aimed to determine the relationship of internal and external factors of hospital to length of stay in surgical patients at Sanglah Public General Hospital. This study used a retrospective study design that records data surgical patients treated in the surgical ward Sanglah General Hospital during 2011. Of the 11 independent variables considered, it was found five factors that have significant ties to length of stay for patients who undergo surgery. Consecutive five factors of the strongest relationships were; diagnosis of disease, complications of surgery, type of surgery, operative techniques, and operator of surgery. The results of this study can also be used as a formula to predict the length of stay day of a new ambulatory surgical patients who admitted to hospital.

Key words: Length of Stay, complications of surgery.

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
SURAT PERNYATAAN .....	iii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vi
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACK .....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Perumusan Masalah .....	7
1.3. Pertanyaan .....	7
1.4. Tujuan Penelitian .....	9
1.4.1. Tujuan Umum .....	9
1.4.2. Tujuan Khusus .....	9
1.5 Manfaat Penelitian .....	10
1.5.1 Bagi Rumah Sakit.....	10
1.5.2 Bagi Peneliti.....	10
1.5.3 Bagi Institusi.....	11
1.6 Ruang Lingkup Peneliti.....	11
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	12
2.1. Rawat Inap Bagian dari Pelayanan di Rumah Sakit.....	12

2.1.1. Pengertian Rawat Inap .....	13
2.1.2. Kualitas Layanan Rawat Inap ..	14
2.2. Managemen Pengelolaan Rawat Inap .....	15
2.2.1. Metode Penugasan Keperawatan .....	16
2.2.2. SOP Penerimaan dan Pemulangan Pasien .....	18
2.2.3. Standar Pelayanan Operasional Tindakan Medis.....	19
2.3. Lama Hari Rawat Sebagai Indikator Pelayanan Medis RS.....	20
2.3.1. Istilah dan Pengertian berkaitan Lama Hari Rawat.....	22
2.3.2. Faktor yang Berpengaruh Terhadap LOS .....	24
BAB 3 GAMBARAN UMUM RSUP SANGLAH DENPASAR.....	29
3.1. Sejarah.....	29
3.2 Visi, Misi dan Moto .....	29
3.3 Keadaan Umum RSUP Sanglah.....	30
3.4 Fasilitas Pelayanan Kesehatan .....	31
3.5 Sumber Daya Manusia .....	33
3.6 Struktur Organisasi .....	33
BAB 4 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL .....	37
4.1 Kerangka Konsep.....	40
4.2 Variabel.....	42
4.3 Definisi Operasional.....	42
BAB 5 METODE PENELITIAN .....	46
5.1 Desain dan Tujuan Penelitian.....	46
5.2 Lokasi Penelitian.....	46
5.3 Populasi Dan Sampel Penelitian .....	46
5.4 Pengumpulan Data .....	46
5.5 Alat Pengumpul Data .....	46

5.6 Pengolahan Data.....	47
5.7 Tehnik Analisa Data.....	47
5.8 Judul Penelitian.....	48
5.9 Lokasi & Waktu.....	48
BAB 6 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	49
6.1 Komplikasi Operasi.....	52
6.2 Jenis Operasi.....	53
6.3 Diagnosa Penyakit.....	54
6.4 Teknik Operasi.....	55
6.5 Pelaksana Operasi.....	56
6.6 Hari Masuk Rumah Sakit.....	58
6.7 Hari Keluar Rumah Sakit.....	59
6.8 Umur Pasien.....	59
6.9 Pekerjaan Pasien.....	60
6.10 Penanggung Biaya.....	61
6.11 Status Pulang.....	61
6.12 Analisa Regresi.....	62
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	66
7.1 Kesimpulan.....	66
7.2 Saran.....	67

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Alur Prosedur Pelayanan Rawat Inap.....	19
Gambar 4.1. Bagan Kerangka Pikir Penelitian .....	39
Gambar 4.2. Bagan Kerangka Konsep Penelitian.....	41
Gambar 6.1. Grafik Proporsi Katagori Dari Masing-Masing Variabel.....	51
Gambar 6.2. Proporsi Pencapaian Standar LOS pd beberapa Variabel .....	63



## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Nilai pencapaian LOS di RSUP Sanglah .....	5
Tabel 1.2 Kinerja RSUP Sanglah.....	5
Tabel 3.1 Fasilitas Rawat Inap RSUP Sanglah .....	32
Tabel 3.5 Sumber Daya Manusia RSUP Sanglah .....	33
Tabel 3.6 Instalasi RSUP Sanglah .....	34
Tabel 6.1. Data distribusi Variabel sesuai Hari Rawat .....	50
Tabel 6.2. Hubungan Komplikasi Operasi dengan Lama Hari Rawat.....	52
Tabel 6.3. Hubungan Jenis Operasi dengan Lama Hari Rawat.....	53
Tabel 6.4. Hubungan Diagnose Penyakit dengan Lama Hari Rawat.....	54
Tabel 6.5. Hubungan Teknik Operasi dengan Lama Hari Rawat .....	55
Tabel 6.6. Hubungan Pelaksana Operasi dengan Lama Hari Rawat.....	57
Tabel 6.7. Hubungan Hari Masuk RS dengan Lama Hari Rawat .....	58
Tabel 6.8. Hubungan Hari Keluar RS dengan Lama Hari Rawat.....	58
Tabel 6.9. Hubungan Umur Pasien dengan Lama Hari Rawat .....	60
Tabel 6.10. Hubungan Pekerjaan Pasien dengan Lama Hari Rawat.....	60
Tabel 6.11. Hubungan Penanggung Biaya dengan Lama Hari Rawat.....	61
Tabel 6.12. Hubungan Status Pulang dengan Lama Hari Rawat .....	62
Tabel 6.13. Hasil Analisa Regresi dengan SPSS .....	64

## LAMPIRAN

1. Cheklist Penelitian
2. Struktur Organisasi RSUP Sanglah
3. Data Sampel
4. Analisa Data SPSS



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan lembaga yang menjalankan fungsi kesehatan, yang memberikan pelayanan dasar, upaya kesehatan rujukan atau upaya kesehatan penunjang yang dalam penyelenggaraannya harus memperhatikan fungsi sosial. Salah satu dari upaya kesehatan adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu semakin kuat, tetapi tuntutan tersebut belum mendapat tanggapan yang layak dan tepat dari layanan kesehatan yang tersedia. Situasi yang demikian menimbulkan ketidakpuasan kepada sekelompok pasien juga masyarakat yang pada akhirnya menimbulkan tuduhan terjadinya malpraktek (Imbalo S., 2007).

Sebagian besar rumah sakit menunjukkan pelayanan yang tidak efisien sebagai salah satu sumber peningkatan biaya, sementara kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit menjadi sebuah hak yang sama untuk seluruh pasien. Untuk menghadapi penghematan biaya dan sumber yang lebih sedikit, maka kualitas pelayanan keperawatan tidak dapat ditawar lagi. Ditempat-tempat perawatan akut, perhatian utama berfokus pada bagaimana cara untuk memulangkan pasien secepat mungkin dengan waktu rawat yang dipersingkat (Iezzoni dan Lisa, 2012).

Mutu pelayanan kesehatan telah menjadi tuntutan semua pihak yang terkait, misalnya rumah sakit sendiri, asuransi kesehatan dan masyarakat luas. Posisi masyarakat yang membutuhkan suatu pelayanan masih disalahartikan oleh sebagian pengelola pelayanan publik. Pengelola pelayanan publik cenderung menganggap masyarakat sebagai orang yang harus 'melayani', padahal seharusnya masyarakat yang harus 'dilayani' sesuai prosedur dan peraturan yang berlaku. Disisi lain masih lemahnya kontrol dari pemerintah atas tindakan-tindakan pelayanan yang menyimpang menyebabkan para pegawai negeri sipil di rumah sakit cenderung berperilaku tidak terpuji yang merugikan masyarakat.



Kebijakan pelayanan publik yang berorientasi kepada kebutuhan masyarakat sebagai pengguna layanan publik, hal ini mengingat fungsi utama adalah melayani masyarakat, maka rumah sakit perlu terus berupaya meningkatkan kualitas pelayanannya. Dalam hal pelayanan publik ini telah diatur dalam Undang Undang Republik Indonesia nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik sebagai upaya lebih lanjut terhadap perbaikan pelayanan publik, yang memuat tentang asas-asas pelayanan sebagai transparansi, akuntabilitas, partisipatif, kesamaan hak serta keseimbangan hak dan kewajiban dan juga prinsip-prinsip penyelenggaraan, seperti kesederhanaan, kejelasan, kepastian waktu, akurasi, keamanan, tanggung jawab, kelengkapan sarana dan prasarana, kemudahan akses, kedisiplinan, kesopanan, dan keramahan dan kenyamanan.

Mutu pelayanan kesehatan adalah tingkat kesempurnaan pelayanan (*performance*) dari pelayanan kesehatan, dalam program menjaga mutu (*quality assurance*), penampilan pelayanan kesehatan disebut dengan nama *output/ outcome* atau keluaran, baik atau tidaknya keluaran ini dipengaruhi oleh masukan (*input*), proses (*process*) dan lingkungan (*environment*), maka mudah dipahami bahwa baik atau tidaknya mutu pelayanan kesehatan akan sangat dipengaruhi oleh ketiga faktor tersebut (Jacobalis, 2000; Fema Solekhah, 2009).

Struktur atau input adalah sarana fisik, perlengkapan/ peralatan, organisasi, manajemen, sumber daya manusia (SDM), dan sumber daya lain dari Rumah sakit. Proses adalah semua kegiatan dari tenaga dokter dan profesi lain dalam interaksi profesional terhadap pasien, termasuk didalamnya penegakan diagnosis pasien, rencana pengobatan, indikasi tindakan, prosedur tindakan. Lingkungan adalah kebijakan organisasi dan manajemen, dikatakan bahwa apabila hal tersebut tidak sesuai dengan standar maka sulitlah diharapkan baiknya mutu pelayanan kesehatan (Imbalo S., 2007).

Penilaian mutu pelayanan rumah sakit pada dasarnya adalah penilaian semua kegiatan Rumah sakit, baik medis, penunjang medis, kegiatan keuangan, administrasi pasien, rekam medis dan penilaian kepuasan pasien (Adriani, 2008). Chriswardani 2006 mengatakan penilaian terhadap mutu pelayanan kesehatan meliputi tiga penilaian yaitu, efektifitas medis (menilai indikator-indikator kesehatan), persepsi sosial (kepuasan pasien, opini masyarakat), dan efisiensi

**Universitas Indonesia**

ekonomi (penilaian terhadap lama hari rawat, sarana dan utilisasi alat yang tersedia). Mutu pelayanan yang kurang baik akan menyebabkan pemborosan waktu dan sumber daya, meningkatkan kesalahan-kesalahan dalam pelaksanaan pelayanan dan meningkatkan resiko terjadinya kesulitan lain.

Barbara J. dan Brahm Pendit menilai mutu dari efisiensi rumah sakit berdasarkan empat parameter yaitu *Bed Occupancy Rate* (BOR), *Turn Over Interval* (TOI), *Bed Turn Over* (BTO), dan *Length Of Stay* (LOS). Efektifitas dan efisiensi pengelolaan rumah sakit pemerintah merupakan salah satu tujuan yang ingin dicapai oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Salah satu parameter yang digunakan untuk menilai efisiensi rumah sakit adalah Lama Hari Rawat. Lama hari rawat selain menunjukkan tingkat efisiensi pengelolaan rumah sakit, juga menunjukkan efektivitas rumah sakit dari aspek mutu asuhan (*quality of care*) yang dilakukan oleh tenaga profesional yang bekerja di rumah sakit. Saat menghadapi pembedahan, pasien akan mengalami berbagai stressor. Oleh karena itu sangat membutuhkan informasi sebelum dan sesudah operasi agar pasien dan keluarga dapat berpartisipasi secara aktif sehingga dapat meminimalkan terjadinya komplikasi (Junger A. & Klasem J., 2008).

Lama hari rawat merupakan salah satu unsur atau aspek asuhan pelayanan di rumah sakit yang dapat dinilai dan diukur. Lama hari rawat yang memanjang dapat disebabkan oleh kondisi medis pasien atau adanya infeksi nosokomial yang memperpanjang lama hari rawat-nya bisa mencapai 5-20 hari (Depkes, 2005). Richard Johnson dan Jennifer Simpson (2009) menyebutkan bahwa lama hari rawat dapat bertambah karena adanya infeksi nosokomial menjadi 13,3 hari, lebih lama 2 kali lipat dibandingkan daripada normalnya. Selain karena kondisi medis, lama hari rawat juga dapat disebabkan oleh kondisi non-medis, seperti kelambatan administrasi (*administration delay*) di rumah sakit, kurang baiknya perencanaan dalam memberikan pelayanan kepada pasien (*patient scheduling*) atau kebijakan di bidang medis (*medical policy*).

Lama hari rawat pasien pasca operasi adalah hari rawat pasien sejak menjalani operasi sampai pada saat pasien pasca operasi perlu mendapat perhatian yang besar karena beberapa komplikasi dapat terjadi setelah operasi apabila tidak ditangani dengan baik, sehingga lama hari rawat pasien menjadi

**Universitas Indonesia**

panjang yang akhirnya dapat menyebabkan dampak biaya perawatan menjadi meningkat baik terhadap pasien maupun terhadap pihak rumah sakit (Schimer B. & Sabiston Jr., 2005).

Lama hari rawat yang terlalu panjang akan menimbulkan kerugian, antara lain:

1. Menambah beban biaya perawatan pasien atau keluarga pasien.
2. Mengurangi cakupan pelayanan kesehatan rumah sakit.
  - BOR menjadi meningkat
  - BTO menjadi rendah
  - TOI menjadi besar
3. Merupakan pemborosan bagi rumah sakit (biaya operasional dari rumah sakit akan lebih besar). Di USA, tambahan biaya tersebut mencapai satu juta dollar per tahun dengan kapasitas 250 tempat tidur (Depkes, 2005). Terlebih lagi bila terjadi di rumah sakit pemerintah, karena tarif perawatan pasien kelas tiga adalah dibawah biaya sebenarnya.

Pada kasus yang mengalami tindakan bedah, lama hari rawat dibagi menjadi dua bagian, yaitu lama hari rawat pra bedah dan lama hari rawat pascabedah, sehingga perpanjangan salah satu bagian akan mempengaruhi lama hari rawat secara keseluruhan. Lama hari rawat prabedah berhubungan dengan mutu pelayanan dari bagian administrasi pasien, bagian penunjang medik, ketepatan diagnosis dan manajemen kamar bedah, sedangkan lama hari rawat pasca bedah berhubungan dengan mutu pelayanan perawatan, karakteristik pasien serta prosedur pemulangan pasien.

RSUP Sanglah Denpasar adalah Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Departemen Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan dan dipimpin oleh seorang kepala yang disebut Direktur Utama (Permen no 167 /Menkes/ Per /XII 2005).

Data yang berkaitan dengan lama hari rawat RSUP Sanglah Tahun 2011 secara umum antara lain :

**Tabel 1.1. Rata-rata LOS pasien di RSUP Sanglah**

Tahun	Seluruh Pasien RS	Seluruh Pasien Bedah	Seluruh Pasien Kls III	Pasien Bedah Kls III
2009	7,55	8,36	9,43	9,16
2010	7,25	8,19	10,98	10,49
2011	7,49	7,53	10,04	13,50

**Tabel 1.2. Kinerja RSUP Sanglah Tahun 2011**

Keterangan	Nilai Pencapaian
<i>Bed Occupancy Ratio</i> (BOR)	78,36
<i>Average Length of Stay</i> (ALOS)	7,49
<i>Turn Over Interval</i> (TOI)	1,53
<i>Bed Turn Over</i> (BTO)	47,07
<i>Gross Death Rate</i> (GDR)	7,10
<i>Nett Death Rate</i> (NDR)	5,25

Namun secara khusus untuk pasien kelas III yang menjalani pembedahan didapatkan lama hari rawat (LOS) 13,5 hari (standar 6-9 hari). Mengapa terjadi perbedaan LOS secara umum dengan LOS khususnya pasien yang menjalani pembedahan di ruang perawatan kelas III. Ini tentu banyak faktor yang berpengaruh, sehingga peneliti ingin meneliti lebih jauh faktor-faktor apa yang berpengaruh sehingga terjadi kesenjangan seperti tersebut diatas.

Dengan visi Menjadi RS Indonesia Kelas Dunia untuk “Mewujudkan Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan” RSUP Sanglah menerapkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang paripurna, bermutu dan berkeadilan untuk seluruh lapisan masyarakat, menyelenggarakan pendidikan tenaga kesehatan yang profesional dan nasionalis serta menyelenggarakan penelitian dalam bidang kesehatan.

Meningkatnya bidang perumahsakitkan pada saat sekarang ini yang juga diikuti dengan peningkatan dari "*demand*" masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bermutu, maka diperlukan pengelolaan suatu rumah sakit yang efisien dan bermutu. Namun kenyataannya RSUP Sanglah mengalami banyak kendala antara lain :

1. Sistem pelayanan yang berjenjang karena RSUP Sanglah merupakan Rumah sakit Pendidikan
2. Alat penunjang diagnostik kurang (tidak punya dan rusak)
3. Kualitas SDM yang kurang, penempatan SDM tidak sesuai dengan kompetensinya
4. Sistem Informasi dan administrasi tidak *online*

Menanggapi himbauan Direktur Pelayanan Medik RSUP Sanglah untuk meningkatkan mutu pelayanan khususnya melalui perbaikan lama hari rawat atau LOS, peneliti mencoba mencari penyebab terjadinya perpanjangan LOS ini terutama pada pasien yang menjalani pembedahan di ruang rawat inap kelas III. Nampak dari data 3 tahun terakhir di Ruang Rawat Inap Bedah kelas III terjadi peningkatan LOS dan masih di atas standar yang telah ditetapkan Depkes RI. Pada tahun 2009 tercatat rata-rata LOS di ruang rawat inap Bedah kelas III sebesar 9,16 hari, tahun 2010 rata-rata LOS selama 10,49 hari dan tahun 2011 selama 13,50 hari. Tercatat pula bahwa perawatan pasien bedah selalu memiliki nilai LOS lebih tinggi dari nilai rata-rata LOS rumah sakit.

Dengan adanya perpanjangan lama hari rawat mengakibatkan pelayan rumah sakit menjadi tidak efisien karena lama hari rawat yang memanjang sehingga menyebabkan *turn over interval* dan *bed turn occupancy* akan memanjang juga. Pembiayaan rumah sakit akan meningkat akibat dari perpanjangan waktu rawat tersebut, dan diperberat oleh adanya selisih tarif antara tarif Jamkesmas atau Jamkesda dengan tarif INA DRG Rumah sakit.

## 1.2. Perumusan Masalah

Pada pasien yang mendapat tindakan pembedahan, maka indikator hasil pelayanan mengacu pada mutu adalah pasien sembuh dan pulang dalam keadaan hidup, tidak ada cacat akibat pembedahan, pasien merasa puas dan lama hari rawat sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

Di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah secara khusus untuk pasien kelas III yang menjalani pembedahan didapatkan lama hari rawat (LOS) 13,5 hari. sedangkan menurut Departemen Kesehatan (informasi rumah sakit, 2004; Depkes RI, 2005) lama hari rawat yang baik adalah 6 - 9 hari. Adapun faktor-faktor yang menjadi penyebab memanjangnya lama hari rawat khususnya pasien bedah yang menjalani operasi masih belum diketahui dengan pasti. Namun demikian berdasarkan kepustakaan, perpanjangan lama hari rawat dapat terjadi oleh karena beberapa faktor, yaitu; medis, administrasi dan kondisi non medis pasien. Sehubungan dengan hal tersebut peneliti ingin mengidentifikasi dan mengetahui mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan lama hari rawat pada pasien yang menjalani operasi dan dirawat di ruang perawatan Bedah kelas III Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar.

## 1.3. Pertanyaan

1. Bagaimana gambaran lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011?
2. Apakah ada hubungan antara komplikasi operasi dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011?
3. Apakah ada hubungan antara jenis operasi dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011?
4. Apakah ada hubungan antara diagnosa penyakit dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011?

5. Apakah ada hubungan antara teknik operasi dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011?
6. Apakah ada hubungan antara pelaksana operasi dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011?
7. Apakah ada hubungan antara hari masuk rumah sakit dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011?
8. Apakah ada hubungan antara hari pulang rumah sakit dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011?
9. Apakah ada hubungan antara umur pasien dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011?
10. Apakah ada hubungan antara pekerjaan pasien dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011?
11. Apakah ada hubungan antara penanggung jawab biaya dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011?
12. Apakah ada hubungan antara alasan pulang dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011?
13. Faktor apa yang paling dominan dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011?

## **1.4. Tujuan Penelitian**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Diketuainya faktor-faktor yang berhubungan dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah

### **1.4.2 Tujuan Khusus**

- 1) Diketuainya gambaran hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah.
- 2) Diketuainya hubungan antara komplikasi operasi dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011.
- 3) Diketuainya hubungan antara jenis operasi dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011.
- 4) Diketuainya hubungan antara diagnosa penyakit dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011.
- 5) Diketuainya hubungan antara teknik operasi dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011.
- 6) Diketuainya hubungan antara pelaksana operasi dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011.
- 7) Diketuainya hubungan antara hari masuk rumah sakit dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011.
- 8) Diketuainya hubungan antara hari pulang rumah sakit dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011.
- 9) Diketuainya hubungan antara umur pasien dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011.



- 10) Diketuainya hubungan antara pekerjaan pasien dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011.
- 11) Diketuainya hubungan antara penanggung jawab biaya dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011.
- 12) Diketuainya hubungan antara alasan pulang dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011.
- 13) Diketuainya faktor yang paling dominan berhubungan dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III RSUP Sanglah tahun 2011.

## **1.5. Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Bagi Rumah sakit**

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan acuan dalam merumuskan kebijakan pelayanan keperawatan bedah dan sebagai bahan informasi terkait dengan lama perawatan yang efisien pada pasien pasca operasi.

Diketuainya faktor- faktor yang berhubungan dengan hari rawat inap pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah ruang kelas III, sehingga dapat digunakan sebagai masukan untuk mengantisi pasi perpanjangan lama hari rawt inap yang terjadi dan bias mencari jalan keluar sehingga bias memperpendek hari rawat sesuai dengan standar yang ditentukan.

### **1.5.2 Bagi Peneliti**

Dari hasil penelitian diharapkan dapat menjadi pengalaman berharga bagi penulis dan dapat meningkatkan wawasan dalam bidang penelitian serta dapat menambah pengetahuan dalam hal pengelolaan pada pasien pasca operasi.

Memperoleh pengalaman belajar di bidang penelitian khususnya mengenai pengelolaan rumah sakit yang bermutu. Hal ini penting karena sesuai dengan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bermutu dan efisien, maka diperlukan pengelolaan suatu rumah sakit yang efisien dan bermutu pula.

**Universitas Indonesia**

### **1.5.3 Bagi Institusi**

Untuk bahan evaluasi mahasiswa sejauh mana pengetahuan yang diperoleh dan di terapkan sesuai dengan kepustakaan dan bahan rujukan yang terkait dengan penelitian yang dilakukan.

### **1.6. Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian dilakukan terhadap pasien yang mendapat tindakan operasi di bagian bedah yang dirawat di ruang perawatan kelas III RSUP Sanglah Denpasar. Data yang diambil adalah data yang berasal dari catatan data operasi di Bagian Bedah di ruang perawatan kelas III mulai bulan Januari s/d bulan Desember 2011. Lingkup penelitian dibatasi pada faktor-faktor yang diduga berhubungan dengan lama hari rawat pasien yang menjalani operasi di bagian bedah yaitu faktor internal yang terdiri dari faktor medis (infeksi luka operasi, sifat operasi, jenis penyakit, jenis tindakan operasi, dan kualitas tenaga medis) dan faktor administrasi (hari masuk rumah sakit dan hari pulang rumah sakit) dan faktor eksternal (umur, pekerjaan, penanggung jawab biaya dan alasan pulang).

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Sesuai dengan kamus Bahasa Indonesia, rumah sakit didefinisikan sebagai tempat atau bangunan untuk merawat orang sakit. Pengertian ini memberi makna bahwa di dalam rumah sakit terdapat ruangan yang difungsikan untuk merawat para pasien. Begitu pula dari sejarahnya, bangunan rumah sakit bermula dikenal sebagai kumpulan ruangan tempat menginap pasien yang masih dalam perawatan. Perawatan rawat inap mulai dikenal sejak tahun 230 Masehi di India dimana Asoka yang Agung mendirikan 18 bangunan untuk menginap orang yang sedang sakit. Bangsa Romawi juga mengadopsi konsep rawat inap dengan membangun sebuah kuil khusus untuk pasien yang sakit pada tahun 291 setelah masehi di pulau Tiber. Di benua Amerika untuk pertama kali ruang rawat inap atau rumah sakit didirikan oleh bangsa Spanyol di Republik Dominika pada tahun 1502. Kemudian Rumah Sakit de Jesús Nazareno di Mexico City didirikan pada tahun 1524 yang menyediakan juga perawatan inap. Sampai saat ini pun masih dipakai patokan bahwa ukuran besarnya rumah sakit bisa diidentikkan dengan kapasitas ruang rawat inap atau banyaknya tempat tidur pasien yang dimiliki oleh rumah sakit tersebut (Sarguna, 2004. Barbara J., 2006).

#### **2.1. Rawat Inap Bagian dari Pelayanan di Rumah Sakit**

Definisi struktural rumah sakit adalah suatu fasilitas yang memberikan perawatan rawat inap dan pelayanan untuk melakukan observasi, menegakkan diagnosa dan pengobatan aktif untuk individu yang dalam keadaan fisik serta mental memerlukan pengarahannya dan pengawasan oleh seorang dokter setiap hari. Sedangkan definisi fungsional rumah sakit adalah suatu institusi dengan tujuan untuk menyelenggarakan perawatan kesehatan pribadi dengan memanfaatkan sumber yang dimiliki secara efektif untuk kepentingan masyarakat. Menurut WHO, rumah sakit adalah institusi yang merupakan bagian integral dari organisasi kesehatan dan organisasi sosial, berfungsi menyediakan pelayanan

kesehatan yang lengkap, baik kuratif maupun preventif bagi pasien rawat jalan dan rawat inap, kegiatan pelayanan medis serta perawatan. Institusi pelayanan ini juga merupakan tempat pelatihan personil dan riset kesehatan (Barbara J., 2006 ; Chriswardani, 2006).

Menurut Undang Undang Republik Indonesia no. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, dijelaskan bahwa rumah sakit mempunyai fungsi :

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

Seperti yang telah ditetapkan melalui Undang Undang tersebut pada Bab V pasal 10 dinyatakan pula bahwa persyaratan utama rumah sakit haruslah memiliki ruang rawat inap.

Pelayanan rawat inap merupakan pelayanan medis yang utama di rumah sakit dan merupakan tempat untuk interaksi antara pasien dan rumah sakit yang berlangsung dalam waktu yang lama. Pelayanan rawat inap melibatkan pasien, dokter dan perawat dalam hubungan yang sensitif yang menyangkut kepuasan pasien, mutu pelayanan dan citra rumah sakit. Semua itu sangat membutuhkan perhatian pihak manajemen rumah sakit. Berbagai kegiatan yang terkait dengan pelayanan rawat inap di rumah sakit, yakni; penerimaan pasien, pelayanan medik oleh dokter, pelayanan perawatan oleh perawat, pelayanan penunjang medik, pelayanan obat, pelayanan makanan, administrasi dan keuangan.

### 2.1.1. Pengertian Rawat Inap

Pelayanan rawat inap adalah suatu kelompok pelayanan kesehatan yang terdapat di rumah sakit yang merupakan gabungan dari beberapa fungsi pelayanan. Kategori pasien yang masuk rawat inap adalah pasien yang perlu perawatan intensif atau observasi ketat karena penyakitnya. Menurut Revans (2004) bahwa pasien yang masuk pada pelayanan rawat inap mengalami tingkat proses transformasi, yaitu :

- a. Tahap *Admission*, yaitu pasien dengan penuh kesabaran dan kenyakinan dirawat tinggal dirumah sakit.
- b. Tahap *Diagnosis*, yaitu pasien diperiksa dan ditegakkan diagnosisnya.
- c. Tahap *treatment*, yaitu berdasarkan diagnosis pasien dimasukkan dalam program perawatan dan terapi
- d. Tahap *Inspection*, yaitu secara terus menerus diobservasi dan dibandingkan pengaruh serta respon pasien atas pengobatan.
- e. Tahap *Control*, yaitu setelah dianalisa kondisinya, pasien dipulangkan. Pengobatan diubah atau diteruskan, namun dapat juga kembali ke proses untuk didiagnosa ulang.

### 2.1.2. Kualitas Layanan Rawat Inap

Jacobalis (2000) menyampaikan bahwa kualitas pelayanan kesehatan di ruang rawat inap rumah sakit dapat diuraikan dari beberapa aspek, diantaranya adalah:

- a. Penampilan keprofesian atau aspek klinis  
Aspek ini menyangkut pengetahuan, sikap dan perilaku dokter dan perawat dan tenaga profesi lainnya
- b. Efisiensi dan efektivitas  
Aspek ini menyangkut pemanfaatan semua sumber daya di rumah sakit agar dapat berdaya guna dan berhasil guna
- c. Keselamatan pasien  
Aspek ini menyangkut keselamatan dan keamanan pasien

d. Kepuasan pasien

Aspek ini menyangkut kepuasan fisik, mental dan sosial pasien terhadap lingkungan rumah sakit, kebersihan, kenyamanan, kecepatan pelayanan, keramahan, perhatian, biaya yang diperlukan dan sebagainya

Menurut Imbalo S. (2007), mutu asuhan pelayanan rawat inap dikatakan baik, apabila :

- Memberikan rasa tenang kepada pasiennya yang biasanya orang sakit.
- Menyediakan pelayanan yang benar-benar profesional dari setiap strata pengelola rumah sakit. Pelayanan bermula sejak masuknya pasien ke rumah sakit sampai pulang pasien.

Dari kedua aspek ini dapat diartikan sebagai berikut :

- a. Petugas menerima pasien dalam melakukan pelayanan terhadap pasien harus mampu melayani dengan cepat karena mungkin pasien memerlukan penanganan segera
- b. Penanganan pertama dari perawat harus mampu membuat menumbuhkan kepercayaan pasien bahwa pengobatan yang diterima dimulai secara benar
- c. Penanganan oleh para dokter dan perawat yang profesional akan menimbulkan kepercayaan pasien bahwa mereka tidak salah memilih rumah sakit
- d. Ruangan yang bersih dan nyaman, memberikan nilai tambah kepada rumah sakit
- e. Peralatan yang memadai dengan operator yang profesional
- f. Lingkungan rumah sakit yang nyaman.

## 2.2. Manajemen Pengelolaan Rawat Inap

Sebagaimana dijelaskan sebelumnya bahwa perawatan di ruang rawat inap lebih banyak didominasi oleh interaksi antara pasien dan perawat. Ada berbagai cara pengelolaan pasien di ruang rawat inap tersebut yang melibatkan banyak

pasien dengan kasus yang relatif tidak sama, menghadapi berbagai jenis karakter pasien yang berbeda dan dirawat dalam waktu 24 jam sehari.

Di Ruang rawat Inap kegiatan layanan kesehatan terutama dilakukan oleh perawat. Tujuan utamanya adalah untuk kesembuhan pasien. Dalam menjalankan tugas ini, seorang perawat berkolaborasi dengan dokter untuk menjalankan intruksi dokter, baik dalam memberikan obat, menunjang fisiotherapi pasien, merawat luka dan tindakan invasif lainnya

Disamping itu secara team perawat ruangan juga menjalankan pemeriksaan rutin terhadap kondisi pasien, utamanya terhadap vital sign penderita. Perawat juga membantu pasien untuk menjalani aktifitas rutin mereka sehari-hari, misal mandi, bergerak semasih belum bisa terlepas dari tempat tidur, bila perlu makan dan sebagainya.

Dalam hal pemberian obat, petugas kesehatan bekerja sama dengan petugas farmasi untuk memberikan dosis dan waktu yang tepat kepada pasien. Selain petugas farmasi, petugas gizi akan memberikan arahan terhadap jenis makanan yang dikonsumsi pasien. Fisiotherapies membantu pasien melakukan gerakan gerakan fisik yang menunjang penyembuhan. Pencatatan medis secara rutin harus dikerjakan perawat di lembaran catatan yang terdapat dalam rekam medis tiap penderita. Sedangkan pencatatan yang berkaitan dengan pelaporan dan urusan non medis lainnya, dikerjakan oleh tenaga administrasi ruangan. (Sarguna, Listiani, 2004).

### **2.2.1. Metode Penugasan Keperawatan**

Untuk mengatur kerja team, perawat di Ruang Rawat Inap memiliki beberapa metode penugasan. Prinsip yang menjadi pegangan dalam pemilihan metode penugasan antara lain jumlah tenaga, kualifikasi staf dan klasifikasi pasien. Adapun jenis-jenis metode penugasan yang berkembang saat ini adalah sebagai berikut (Barbara J., 2006):

#### **a. Metode Fungsional**

Metode fungsional dikenal sejak lama dan menjadi pegangan bagi perawat dalam pengelolaan asuhan keperawatan sebagai pilihan utama pada saat

**Universitas Indonesia**

perang dunia kedua. Pada saat itu karena masih terbatasnya jumlah dan kemampuan perawat maka setiap perawat hanya melakukan satu sampai dua jenis intervensi, misalnya merawat luka kepada semua pasien di bangsal. Kelebihan cara ini terbukti lebih efisien, pembagian tugas yang jelas dan pengawasan bisa dilakukan dengan lebih baik. Kelemahan cara ini tidak memberikan kepuasan baik bagi pasien maupun perawat sendiri. Cenderung perawatan di ruang inap tersebut hanya menekankan pada ketrampilan semata. Cara ini juga membuat pembagian tugas yang terpisah pisah.

b. Metode Perawatan Tim

Metode pemberian asuhan keperawatan dalam ruang rawat inap ini memfokuskan kepada seorang perawat profesional yang memimpin beberapa tenaga keperawatan lainnya berdasarkan konsep kooperatif dan kolaboratif. Cara ini menjamin pelayanan keperawatan yang lebih komprehensif, pelayanan yang sesuai standar dan dapat menyatukan kemampuan anggota tim yang berbeda beda. Metode ini memerlukan ketua tim yang profesional, penghargaan anggota kepada ketua tim dan terbangunnya komunikasi yang efektif. Kelebihan cara ini memungkinkan pelayanan di ruang rawat inap yang merata dan menyeluruh, penanganan perawat kepada pasien sesuai standar dan kekompakan tim lebih terjaga karena komunikasi yang dapat mengatasi konflik yang mungkin terjadi antar anggota tim. Perlunya waktu untuk berkumpul menyelenggarakan konferensi tim merupakan kelemahan metode ini. Disamping itu kekurangan cara ini adalah kaburnya tanggung jawab tim akibat pembagian tugas yang tidak jelas dan tidak berkembangnya para perawat yang cenderung malas, karena mereka masih bisa berlindung diantara temannya yang lebih baik yang ada dalam satu tim.

c. Metode Primer

Metode penugasan di ruang rawat inap dimana satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari masuk sampai keluar rumah sakit. Metode ini mendorong praktek kemandirian perawat, ada kejelasan antara pembuat

**Universitas Indonesia**



perencana asuhan dan pelaksana. Metode primer ini ditandai dengan adanya keterkaitan kuat dan terus menerus antara pasien dengan perawat yang ditugaskan untuk merencanakan, melakukan dan koordinasi asuhan keperawatan selama pasien dirawat. Konsep dasar metode primer adalah adanya tanggungjawab dan tanggungugat, memiliki otonomi bagi penyelenggaranya dan melibatkan pasien beserta keluarga. Metode ini sudah menjamin profesionalisme layanan keperawatan di ruangan. Terbinanya ikatan emosional yang lebih kuat dengan pasien dan keluarga lebih mengenal siapa yang merawat pasien yang bersangkutan di ruang rawat inap tertentu. Sayangnya metode ini membutuhkan tenaga perawat yang benar-benar memiliki pengetahuan dan pengalaman yang memadai. Diperlukan juga kemampuan tenaga medis untuk mengambil keputusan yang tepat dan bisa berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dari berbagai disiplin yang berbeda.

d. Metode Kasus

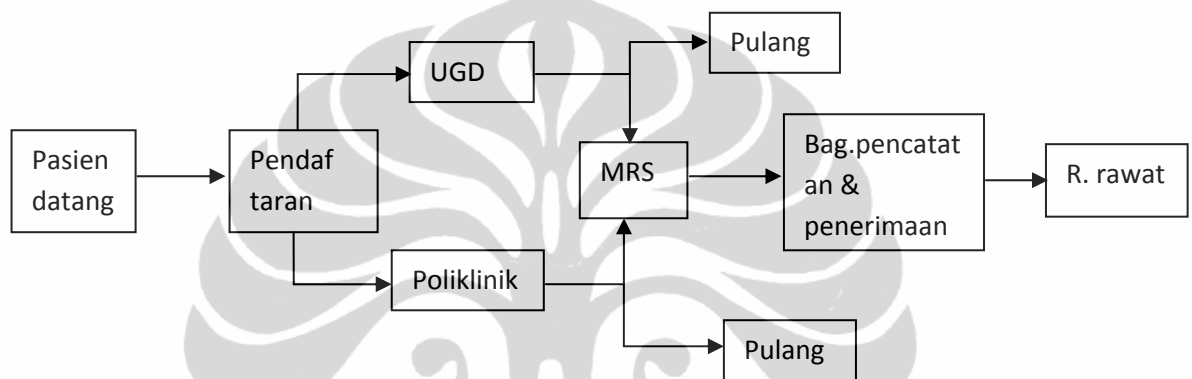
Setiap pasien ditugaskan kepada semua perawat yang melayani seluruh kebutuhannya pada saat ia dinas. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap shift dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh orang yang sama pada hari berikutnya. Metode penugasan kasus ini biasa diterapkan pada keadaan satu pasien untuk satu perawat, umumnya dilaksanakan untuk perawat privat atau untuk perawatan khusus seperti : isolasi, ruang intensif dan lain-lain. Kelebihan metode ini adalah bahwa perawat lebih memahami kasus per kasus dan sistem evaluasi dari manajerial menjadi lebih mudah. Sedangkan kelemahannya adalah belum dapatnya diidentifikasi perawat penanggungjawab dan metode penugasan cara ini memerlukan tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang relatif sama.

### **2.2.2. Standar Operasional Prosedur Penerimaan dan Pemulangan Pasien**

Pertama-tama pasien datang ke rumah sakit diterima oleh bagian penerimaan pasien, setelah pasien didaftar oleh petugas kemudian pasien dikirim

ke bagian pemeriksaan baik untuk pasien biasa maupun yang tergolong gawat darurat, guna mendapat pemeriksaan dan penegakan diagnosa, kemudian sesuai dengan indikasinya pasien dapat berobat jalan atau dikirim ke ruang perawatan untuk dirawat (rawat inap).

**Gambar 2.1**  
**Alur Prosedur Pelayanan Rawat Inap**



Demikian pula ketika pasien telah diperbolehkan pulang dari rumah sakit maka akan melewati beberapa prosedur administrasi, entah melalui layanan administrasi di UGD maupun administrasi di instalasi rawat inap.

### 2.2.3. Standar Operasional Prosedur Tindakan Medis

Pasien yang datang ke rumah sakit setelah menjalani pemeriksaan yang dibutuhkan sesuai dengan penyakitnya, akan diputuskan oleh dokter yang memeriksanya apakah ada indikasi untuk menjalani tindakan medis/ operasi atau tidak. Hal ini dilakukan semata-mata sebagai upaya terbaik untuk penyembuhan dari pasien yang bersangkutan. Khusus untuk pasien yang akan menjalani tindakan medis atau operasi ada syarat-syarat lain yang harus dipenuhi guna kelancaran dari jalannya tindakan medis / operasi tersebut, dan apabila syarat-syarat tersebut telah terpenuhi maka pasien barulah diperbolehkan menjalani tindakan medis / operasi di kamar operasi.

Dalam pelaksanaan tindakan medis / operasi ini ada selang waktu dari saat pasien masuk rumah sakit sampai pasien menjalani tindakan medis tersebut, dimana pada saat itu dilakukan persiapan-persiapan yang dibutuhkan agar tindakan medis dapat dilaksanakan dengan tepat (*accurate*), aman (*safe*), wajar (*appropriate*), cukup (*adequate*) dan bermutu (*quality*), lebih-lebih pada kasus yang bersifat elektif. Dan acuan dari kegiatan persiapan tindakan medis tersebut adalah standar pelayanan medis yang ada. Adapun persiapan yang dilakukan tersebut mencakup dua unsur yaitu pada pihak rumah sakit dan pihak pasiennya sendiri (SOP Tindakan Medik RSUP Sanglah, 2010).

Dengan adanya selang waktu yang dibutuhkan ini akan berpengaruh terhadap lama hari rawat dari penderita yang bersangkutan, dan apabila selang waktu ini makin lama maka akan memperpanjang lama hari rawatnya.

### **2.3. Lama Hari Rawat Sebagai Indikator Pelayanan Medis RS**

Rumah sakit termasuk “*organization of non profit making corporation*”, yang artinya suatu kegiatan usaha yang bertujuan bukan untuk mencari keuntungan belaka. Dilain pihak guna mempertahankan kelangsungan kegiatan dan pengembangannya diperlukan suatu kegiatan untuk memperoleh pendapatan dengan menerapkan prinsip-prinsip ekonomi. Sehingga dengan demikian rumah sakit menjadi suatu unit yang bersifat sosioekonomi yang berarti bahwa rumah sakit disamping menerapkan fungsi sosial juga menerapkan fungsi ekonomi didalam penyelenggaraan kegiatannya. Sehubungan dengan hal tersebut diatas ditambah dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki oleh rumah sakit, maka mengharuskan pihak rumah sakit untuk bekerja secara efektif dan efisien (Fema Solekhah, 2009). WHO *Expert Committee on Health*, menetapkan pengertian efektifitas dan efisiensi sebagai berikut :

1. Efisiensi adalah pencapaian usaha dalam bentuk hasil akhir dibandingkan dengan penggunaan uang, waktu dan sumber daya yang lain.

2. Efektifitas adalah pencapaian usaha dalam bentuk hasil akhir, manfaat, keuntungan dan hasil-hasil lain dibandingkan dengan hasil-hasil yang ingin dicapai sebagaimana yang telah ditetapkan dalam tujuan yang direncanakan sebelumnya.

Jadi berdasarkan pengertian tersebut diatas efisiensi pengelolaan rumah sakit secara garis besar dapat dilihat dapat dilihat dari dua segi, yaitu :

- a. Segi medis, yaitu dengan meninjau efisiensi mutu pelayanan
- b. Segi ekonomi, yaitu dengan meninjau efisiensi dari sudut pemanfaatan sumber daya yang ada.

Sedangkan indikator yang sering digunakan untuk menilai efisiensi pengelolaan rumah sakit ditunjukkan dengan grafik yang terdiri dari empat parameter (Barbara J., 2006; Chriswardani, 2006) yaitu:

1. Lamanya rata-rata pasien dirawat, atau rata-rata lama hari rawat (*Average Length of Stay*) yang disingkat ALOS.
2. Lamanya rata-rata tempat tidur tidak terisi (*Turn Over Interval*) yang disingkat TOI
3. Persentase tempat tidur yang terisi atau persentase tingkat hunian tempat tidur (*Bed Occupancy Rate*) yang disingkat BOR.
4. Pasien yang dirawat keluar (*discharge*) dalam keadaan hidup dan mati per tempat tidur yang tersedia dalam periode tertentu (*Bed Turn Over*) yang disingkat BTO

Dalam penilaian terhadap efisiensi rumah sakit ke empat parameter tersebut tidak dapat berdiri sendiri tetapi harus merupakan interpretasi dari keseluruhannya. Adapun dari grafik Barber Johnson tersebut ada beberapa kelemahan yaitu sebagai berikut :

1. Tidak diperhitungkan pasien rawat jalan dalam menentukan efisiensi rumah sakit yang bersangkutan
2. Penggunaan angka rata-rata untuk variabel variabel yang dipakai dalam rumus Barber Johnson tersebut tanpa mempertimbangkan standar deviasi.

Lama hari rawat merupakan salah satu indikator mutu pelayanan medis yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien (*quality of patient care*). Sedangkan cara perhitungan rata-rata lama hari rawat menurut Departemen Kesehatan RI (2005), adalah sebagai berikut :

$$\text{Rata-rata lama hari rawat (Average Length of Stay) = X : Y}$$

Dimana :

- X : Jumlah hari perawatan pasien rawat inap (hidup dan mati) di rumah sakit pada suatu periode tertentu
- Y : jumlah pasien rawat inap yang keluar (hidup dan mati) di rumah sakit pada periode waktu yang sama

Untuk menghitung jumlah pasien rawat inap yang keluar rumah sakit (hidup atau mati) dalam periode tertentu diperlukan catatan setiap hari pasien yang keluar rumah sakit (hidup atau mati) dari tiap-tiap ruang rawat inap dan jumlah lama perawatan dari pasien-pasien tersebut. Sehingga diperoleh catatan perhitungan jumlah pasien rawat inap yang keluar dari rumah sakit (hidup atau mati) dan jumlah total hari rawatnya.

### 2.3.1. Istilah dan Pengertian berkaitan Lama Hari Rawat

LOS (*Length of Stay* =Lama Hari Rawat) adalah menunjukkan berapa hari lamanya seorang pasien dirawat inap pada satu periode perawatan. Satuan untuk lama rawat adalah hari, sedangkan cara menghitung lama rawat adalah dengan menghitung selisish antara tanggal pulang (keluar dari rumah sakit, baik hidup ataupun meninggal) dengan tanggal masuk rumah sakit. Umumnya data tersebut tercantum dalam formulir ringkasan masuk dan keluar di Rekam Medik.

Lama hari rawat merupakan salah satu unsur atau aspek asuhan dan pelayanan di rumah sakit yang dapat dinilai atau diukur. Bila seseorang dirawat di rumah sakit, maka yang diharapkan tentunya ada perubahan akan derajat kesehatannya. Bila yang diharapkan baik oleh tenaga medis maupun oleh

**Universitas Indonesia**

penderita itu sudah tercapai maka tentunya tidak ada seorang pun yang ingin berlama-lama di rumah sakit. Lama hari rawat secara signifikan berkurang sejak adanya pengetahuan tentang hal-hal yang berkaitan dengan diagnosa yang tepat. Untuk menentukan apakah penurunan lama hari rawat itu meningkatkan efisiensi atau perawatan yang tidak tepat, dibutuhkan pemeriksaan lebih lanjut berhubungan dengan keparahan atas penyakit dan hasil dari perawatan (Indradi, 2007).

Dalam penghitungan statistik pelayanan rawat inap di rumah sakit dikenal istilah yang lama dirawat (LD) yang memiliki karakteristik cara pencatatan, penghitungan, dan penggunaan yang berbeda. LD menunjukkan berapa hari lamanya seorang pasien dirawat inap pada satu episode perawatan. Satuan untuk LD adalah hari. Cara menghitung LD yaitu dengan menghitung selisih antara tanggal pulang (keluar dari rumah sakit, hidup maupun mati) dengan tanggal masuk rumah sakit. Dalam hal ini, untuk pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama – lama dirawatnya dihitung sebagai 1 hari dan Pasien yang belum pulang atau keluar belum bisa dihitung lama dirawatnya (Indradi, 2007; Fema S., 2009).

Fokus rumah sakit dalam pemberian pelayanan perawatan yang berkualitas bertujuan untuk memulangkan pasien lebih awal dengan aman kerumahnya. Hari rawat yang pendek akan memberi keuntungan antara lain penghematan biaya dan sumber yang lebih sedikit terhadap rumah sakit terutama bagi pasien sendiri (Imbalo S., 2007).

Beberapa istilah yang berkaitan dengan indikator LOS atau Lama Hari Rawat, antara lain;

1. Penerimaan Pasien ( *Inpatient admission* )

Adalah penerimaan secara resmi seorang penderita oleh pihak rumah sakit dimana yang bersangkutan diberi fasilitas berupa ruangan, tempat tidur, pelayanan perawatan yang terus menerus serta fasilitas lain di rumah sakit dimana penderita tersebut umumnya tinggal paling sedikit satu malam.

## 2. Pemulangan Pasien

Pelepasan secara resmi seorang penderita oleh pihak rumah sakit sebagai batas akhir waktu ia dirawat di rumah sakit.

## 3. Lama Hari Rawat Seorang Pasien (*Length of Stay for One Patient*)

Jumlah hari perawatan (sesuai dengan kalender) mulai saat penerimaan sampai saat pemulangan pasien yang bersangkutan.

## 4. Diagnosa

Adalah suatu istilah dalam dunia kedokteran yang lazim digunakan oleh tenaga medis untuk mengenal suatu penyakit yang diderita oleh pasien, atau kondisi yang menyebabkan pasien menginginkan , mencari atau menerima perawatan medis.

### 2.3.2. Faktor yang Berpengaruh Terhadap LOS

Beberapa faktor baik yang berhubungan dengan keadaan klinis pasien, tindakan medis, pengelolaan pasien di ruangan maupun masalah administrasi rumah sakit bisa mempengaruhi terjadinya penundaan pulang pasien. Ini akan mempengaruhi LOS. Terutama untuk pasien yang memerlukan tindakan medis atau pembedahan, faktor-faktor yang berpengaruh tersebut antara lain;

#### 1. Komplikasi atau infeksi luka operasi

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi luka operasi dan komplikasi pada umumnya, yaitu (Razi, Fakhrol, 2011):

- Waktu / lama operasi.

Makin lama waktu yang dibutuhkan untuk operasi maka akan mempengaruhi terhadap penyembuhan luka operasi dan juga akan meningkatkan terjadinya infeksi luka operasi, sehingga lama hari rawat akan lebih panjang.

- Tehnik operasi

Operasi yang menyebabkan kerusakan jaringan lebih luas akan mempunyai resiko terjadinya infeksi luka operasi yang lebih besar.

## 2. Jenis Operasi

Pada jenis operasi elektif pasien dipersiapkan secara optimal, sedangkan pada operasi yang berjenis cito persiapannya tidak sebaik seperti pada operasi yang bersifat elektif, oleh karena dengan ditundanya tindakan operasi akan membahayakan jiwa pasien. Sehingga dengan persiapan yang kurang optimal terutama pada operasi yang bersifat cito, resiko untuk terjadinya infeksi luka operasi menjadi lebih besar (Erbaydar, 2004).

## 3. Jenis kasus atau penyakit

Kasus yang akut dan kronis akan memerlukan lama hari rawat yang berbeda, dimana kasus yang kronis akan memerlukan lama hari rawat lebih lama dari pada kasus-kasus yang bersifat akut.

Demikian juga penyakit yang tunggal pada satu penderita akan mempunyai lama hari rawat lebih pendek dari pada penyakit ganda pada satu penderita (Barbara J., 2008 ; Krzysztof, 2011)

## 4. Tenaga Dokter Yang Menangani atau pelaksana operasi

Faktor tenaga dokter yang menangani pasien cukup berperan dalam menentukan memanjangnya lama hari rawat, dimana perbedaan ketrampilan antar dokter akan mempengaruhi kinerja dalam penanganan kasus, juga waktu memutuskan untuk melakukan tindakan (Lacy, Antonio M., 2008)

## 5. Hari masuk rumah sakit

Pasien yang masuk rumah sakit menjelang hari Sabtu dan Minggu akan memperpanjang lama hari rawat, hal ini disebabkan kesibukan menjelang hari libur dimana pemeriksaan oleh dokter dan pemeriksaan penunjang diundur sampai hari kerja biasa dimana semua pegawai rumah sakit sudah bekerja seperti biasa.

Perpanjangan lama hari rawat juga terjadi apabila pasien masuk diluar jam kerja rumah sakit atau saat terjadi pergantian jaga. Perpanjangan lama hari rawat terjadi karena adanya perpanjangan dari lama hari



rawat pra bedah, yang akan berdampak pada perpanjangan jumlah keseluruhan lama hari rawat (Barbara J., 2008)

#### 6. Hari Pulang dari rumah sakit

Pernyataan beberapa praktisi rumah sakit mengemukakan bahwa pasien yang pulang dari rumah sakit yang jatuh hari senin mempunyai lama hari rawat lebih panjang dari pada pasien yang pulang pada hari lain. Ini lantaran banyak dari pasien tersebut sebenarnya sudah bisa pulang di akhir pekan sebelumnya yang terhambat oleh urusan administrasi karena tidak pada hari kerja.

#### 7. Umur Penderita

Usia dalam kamus bahasa Indonesia adalah waktu hidup atau sejak dilahirkan. Menurut pertimbangan pembedahan pengelompokan umur dibagi menjadi :

- a. Usia anak-anak, adalah umur antara 0 sampai 12 tahun.
- b. Usia dewasa, umur antara 13 sampai 45 tahun.
- c. Usia tua adalah usia yang lebih dari 45 tahun.

Usia mempunyai hubungan dengan tingkat keterpaparan, besarnya resiko, serta sifat resistensi tertentu. Di samping itu, usia juga mempunyai hubungan yang erat dengan beragam sifat yang dimiliki oleh seseorang. Perbedaan penyakit menurut umur mempunyai pengaruh yang akan berhubungan dengan:

- i. Perbedaan tingkat keterpaparan dan kerentanan menurut umur.
- ii. Perbedaan dalam proses pathogenesis.
- iii. Perbedaan dalam hal pengalaman terhadap penyakit tertentu

Makin besar umur penderita maka akan memerlukan lama hari rawat lebih lama. Pada beberapa penelitian, faktor umur mempengaruhi panjang lama hari rawat pasien bedah. Pasien yang sudah lanjut usia (diatas 45 tahun) cenderung lebih panjang lama hari rawatnya dibandingkan dengan pasien usia muda. Afif & Ahmad (2008) menemukan bahwa pasien usia 65 tahun keatas berpotensi memiliki lama hari rawat yang lebih panjang.

Dengan bertambahnya usia maka kemampuan sistem kekebalan tubuh seseorang untuk menghancurkan bakteri dan jamur berkurang. Disfungsi sistem imun dapat diperkirakan menjadi faktor di dalam perkembangan penyakit kronis seperti kanker, diabetes, dan penyakit kardiovaskuler serta infeksi (Herman C., 2009).

#### 8. Pekerjaan

Pekerjaan tidak secara langsung mempengaruhi lama hari rawat pasien, namun mempengaruhi cara pasien dalam membayar biaya perawatan. Pekerjaan menentukan penghasilan serta ada atau tidaknya jaminan kesehatan untuk menanggung biaya selama perawatan di rumah sakit (Anggraini, 2008).

#### 9. Jenis Penanggung biaya

Dari hasil penelitian Adriani (2008) dan Anggraini (2008), disimpulkan bahwa penderita yang biaya perawatannya dibayar oleh perusahaan atau asuransi kesehatan akan mempunyai lama hari rawat lebih lama dari pada penderita yang biaya perawatannya dibayar sendiri.

Hal ini dikarenakan proses penyelesaian administrasi pembayaran dengan pihak penjamin akan memakan waktu terutama jika pasien belum melengkapi syarat-syarat administrasinya. Kondisi sosioekonomi yang rendah akan berdampak terhadap lama hari rawat. Di negara yang sedang berkembang dan bagi masyarakat yang kurang beruntung dan biasanya dengan jumlah anak yang cukup banyak, biaya untuk perawatan atau pengobatan anaknya yang sakit tentunya sangat memberatkan, sehingga mereka berusaha untuk mempercepat lama hari rawatnya.

#### 10. Alasan keluar dari rumah sakit

Secara legertis pasien akan pulang / keluar dari rumah sakit apabila telah mendapat persetujuan dari dokter yang merawatnya. Tetapi ada beberapa penderita walaupun telah dinyatakan sembuh dan boleh pulang, oleh karena masih harus menunggu pengurusan pembayaran oleh pihak penanggung biaya (perusahaan/ asuransi kesehatan) atau surat keterangan tidak mampu, Jamkesmas dari pihak yang berwenang

**Universitas Indonesia**

khususnya untuk pasien-pasien yang tidak mampu membayar, sehingga kepulangan pasien juga tertunda yang mengakibatkan lama hari rawat menjadi lebih lama. Sebaliknya ada beberapa pasien yang pulang atas permintaan sendiri/ keluarga (pulang paksa) hal ini akan memperpendek lama hari rawat.

11. Pemeriksaan Penunjang Medis

Banyak pemeriksaan penunjang diagnostik yang sebenarnya tidak dibutuhkan dalam menegakkan diagnose bagi penderita, pemeriksaan yang berlebihan inilah yang menyebabkan penderita berada di rumah sakit lebih lama sehingga berakibat juga pada perpanjangan lama hari rawat. Demikian juga ketidaklengkapan tenaga dan fasilitas di unit penunjang (laboratorium, radiologi dan lain-lain) juga berpengaruh terhadap lama hari rawat yang disebut *hospital bottle neck*.

12. Pemilikan, Kebijakan dan Kegiatan Administrasi Rumah sakit

Dengan *pre admission testing* yang dijalankan dengan baik di poliklinik rumah sakit untuk pasien yang operasinya termasuk kelompok yang elektif akan sangat bermanfaat dalam memperpendek lama hari rawat pra bedah, dimana cara ini harus menjadi kebijakan dalam penatalaksanaan masuknya pasien ke rumah sakit yang ditetapkan dalam manajemen rumah sakit (Chriswardani S., 2006)

13. Kelas Perawatan yang dipilih

Pasien yang dirawat pada kelas yang lebih tinggi akan mempunyai lama hari rawat lebih pendek dari pada pasien yang dirawat pada kelas yang lebih rendah. Kebanyakan mereka yang dirawat di kelas atau vip merupakan pasien dengan diagnosa yang lebih jelas, pasien sudah dapat memprediksi lama rawatnya dan kebetulan golongan pasien ini lebih berpendidikan (Adriani, 2008).

## BAB 3

### GAMBARAN UMUM RSUP SANGLAH DENPASAR

#### 3.1 Sejarah

RSUP Sanglah mulai dibangun pada tahun 1956 dan diresmikan pada tanggal 30 Desember 1959 dengan kapasitas 150 tempat tidur. Pada tahun 1962 bekerjasama dengan FK UNUD sebagai Rumah sakit Pendidikan. Tahun 1978 menjadi Rumah sakit Pendidikan tipe B dan sebagai Rumah sakit Rujukan untuk Bali, NTB, NTT, Timor Timur (SK MenKes RI No. 134/1978). Dalam perkembangannya RSUP Sanglah mengalami beberapa kali perubahan status , pada tahun 1993 menjadi RS Swadana (SK MenKes No. 1133/MenKes/SK/VI/1994).

Kemudian tahun 1997 menjadi RS PNBP (Pendapatan Negara Bukan Pajak). Pada tahun 2000 berubah status menjadi Perjan (Perusahaan Jawatan) sesuai peraturan pemerintah tahun 2000. Terakhir pada tahun 2005 berubah menjadi PPK BLU ( KepMenKes RI No.1243 tahun 2005 tanggal 11 Agustus 2005 ) dan ditetapkan sebagai RS Pendidikan Tipe A sesuai PerMenKes 1636 tahun 2005 tanggal 12 Desember 2005

#### 3.2 Visi, Misi Dan Motto

Seperti halnya organisasi lain, RSUP Sanglah Denpasar juga memiliki visi sebagai arah yang dituju, yaitu menjadi Rumah sakit Indonesia Kelas Dunia untuk mewujudkan masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan. Dalam mewujudkan visi tersebut RSUP Sanglah dalam memberikan pelayanan selalu berusaha dengan segala upaya agar pelayanannya prima sehingga dapat memuaskan masyarakat yang membutuhkan pelayanan. Apalagi RSUP Sanglah adalah RS Rujukan Utama untuk wilayah Bali, NTB, NTT.

Disamping itu RSUP Sanglah mengedepankan pemberdayaan sumber daya yang dimilikinya untuk bisa menghasilkan unggulan di bidang pendidikan dan penelitian kedokteran, kesehatan dan keperawatan.

Pada tahun 2010 RSUP Sanglah merupakan salah satu Rumah sakit vertikal yang ada di Indonesia yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI menjadi Rumah sakit kelas dunia, disamping tiga rumah sakit lainnya.

Atas dasar penetapan tersebut dan sejalan dengan visi Kementerian Kesehatan RI, maka visi, misi RSUP Sanglah mengalami perubahan yaitu :

**Visi :**

Menjadi rumah sakit Indonesia kelas dunia untuk mewujudkan masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan

**Misi :**

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang paripurna , bermutu, dan berkeadilan untuk seluruh lapisan masyarakat
2. Menyelenggarakan pendidikan tenaga kesehatan yang profesional dan nasionalis
3. Menyelenggara penelitian dalam bidang kesehatan

**Motto :**

Kepuasan Anda adalah Kebahagiaan Kami

### **3.3 Keadaan Umum RSUP Sanglah Denpasar**

RSUP Sanglah Denpasar memiliki luas tanah : 13,5 Ha, dengan luas bangunan :55,129 m2, luas fasilitas lain : 69,925 m2.

Dalam melaksanakan pelayanannya , RSUP Sanglah terdiri dari beberapa Instalasi yaitu :

1. Instalasi Rawat Jalan
2. Instalasi Rawat Darurat
3. Instalasi Inap A
4. Instalasi Inap B
5. Instalasi Inap C
6. Instalasi Inap D
7. Instalasi Rawat Intensif

8. Instalasi Bedah Sentral
9. Instalasi Rehabilitasi Medis
10. Instalasi Laboratorium Klinik
11. Instalasi Radiologi
12. Instalasi Farmasi
13. Instalasi Paviliun Amerta
14. Instalasi Geriatri
15. Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu
16. Instalasi Gizi
17. Instalasi Patologi Anatomi
18. Instalasi Mikrobiologi Klinik

### **3.4 Fasilitas Pelayanan Kesehatan**

Untuk melaksanakan program dan kegiatan di RSUP Sanglah Denpasar, maka fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia adalah sebagai berikut :

1. Fasilitas Pelayanan Medis
  - a. Rawat Jalan
  - b. IRD
  - c. Rawat Inap
  - d. Intensive Care Unit
  - e. Instalasi Bedah sentral
  - f. Hemodialisa
  - g. Cath Lab/ Cardiology Centre
  - h. Endoscopy
2. Fasilitas Penunjang Medis
3. Fasilitas Non Medis

## 4. Fasilitas Rawat Inap

Tabel 3.1 Fasilitas Rawat Inap RSUP Sanglah

No	Ruangan	Jumlah tempat tidur
1	Paviliun Amerta	28
2	Rawat Inap A: - Mahottama - Sanjiwani - Wijaya Kusuma - Flamboyan	25 16 15 28
3	Rawat Inap B : - Bakung Barat - Bakung Timur - Cempaka Timur - Cempaka Barat - Anggrek - Jempiring - Pudak	28 29 20 35 16 38 20
4	Rawat Inap C : - Angsoka I - Angsoka II - Angsoka III - Gadung - Kamboja	45 39 45 16 20
5	Rawat Inap D : - Lely - Mawar - Nusa Indah - Nagasari	28 26 34 10
6	Intensif Terpadu : - Luka Bakar - ICU - ICCU	15 10 7
7	IRD : - Ratna - MS - NICU - ICU	41 36 10 6
8	Gandasturi	10
Total Tempat Tidur		698

### 3.5 Sumber Daya Manusia

Tabel 3.5 Sumber Daya Manusia RSUP Sanglah

NO	JENIS TENAGA		STATUS TENAGA BLU		PTT	TOTAL
			BLU PNS	BLU NON PNS		
<b>I</b>	<b>MEDIS</b>		<b>211</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>218</b>
	1	DOKTER SPESIALIS	146	2		148
	2	DOKTER UMUM	56			56
	3	DOKTER GIGI	9			9
	4	DOKTER BSB			5	
	5	DOKTER RESIDEN				0
II	TENAGA KEPERAWATAN		774	244		1018
III	TENAGA NON KEPERAWATAN		220	70		290
	1	FARMASI/APOTEKER	39	37		76
	2	PSIKOLOGI	3			3
	3	KES.MASYARAKAT	9	3		12
	4	ANALIS	37	6		43
	5	GIZI	41	6		47
	6	RADIOLOGI	24	4		28
	7	SANITARIAN	18	4		22
	8	FISIOTERAPI	16	1		17
	9	TENAGA LAIN	33	9		42
IV	TENAGA NON MEDIS		628	343		971
	1	MANAJEMEN	41			41
	2	STAF ADMINISTRASI	336	218		554
	3	KEAMANAN	29	22		51
	4	PEKARYA	222	103		325
<b>JUMLAH</b>			<b>1833</b>	<b>659</b>	<b>5</b>	<b>2497</b>

### 3.6 Struktur Organisasi

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 167/ MenKes/Per/XII/2005 Tentang Organisasi dan Tata kerja Rumah sakit Umum Pusat , maka RSUP Sanglah Denpasar adalah Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan dan dipimpin oleh seorang kepala yang disebut Direktur Utama.

Susunan Organisasi RSUP Sanglah Denpasar terdiri dari :

**Universitas Indonesia**



1. Direktorat Medik dan Keperawatan
2. Direktorat Sumber Daya Manusia
3. Direktorat Keuangan
4. Direktorat Umum dan Operasional
5. Unit Unit Non Struktural

Struktur organisasi RSUP Sanglah adalah :

1. Direktorat Medik dan Keperawatandipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama yang terdiri dari :
  - a. Bidang Pelayanan Medik
    - Seksi Pelayanan Medik Rawat Jalan
    - Seksi Pelayanan Medik Rawat Inap
    - Seksi Pelayanan Medik Rawat khusus
  - b. Bidang Pelayanan Keperawatan
    - Seksi Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan
    - Seksi Pelayanan Keperawatan Rawat Inap
    - Seksi Pelayanan Keperawatan Rawat khusus
  - c. Bidang Pelayanan Penunjang
    - Seksi Pelayanan Penunjang Medik
    - Seksi Pelayanan Penunjang Non Medik
  - d. Unit unit Non Struktural

Tabel 3.6 Instalasi RSUP Sanglah

No	Instalasi	No	Instalasi
1	Rawat Jalan	10	Laboratorium Klinik
2	Rawat Darurat	11	Radiologi
3	Rawat Inap A	12	Farmasi
4	Rawat Inap B	13	Paviliun Amerta
5	Rawat Inap C	14	Geriatrici
6	Rawat Inap D	15	Pelayanan Jantung terpadu
7	Rawat Inap Intensif	16	Gizi
8	Bedah Sentral	17	Patologi Anatomi
9	Rehabilitasi Medik	18	Mikrobiologi Klinik

2. Direktorat Sumber Daya Manusia dan Pendidikan dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama terdiri dari:
  - a. Bagian Sumber Daya Manusia
    - Sub. Bagian Administrasi Kepegawaian
    - Sub. Bagian Pengembangan Sumber Daya Manusia
  - b. Bagian Pendidikan dan Penelitian
    - Sub. Bagian Pendidikan dan Penelitian Medik
    - Sub. Bagian Pendidikan dan Penelitian Keperawatan dan Non Medik
  - c. Unit-Unit Non Struktural
    - Instalasi Sterilisasi Sentral
    - Instalasi Binatu
3. Direktorat Keuangan dipimpin oleh seorang Direktur yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama terdiri dari :
  - a. Bagian Penyusunan dan evaluasi Anggaran
    - Sub. Bagian Penyusunan Anggaran
    - Sub. Bagian Evaluasi Anggaran
  - b. Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana
    - Sub. Bagian Perbendaharaan
    - Sub. Bagian Mobilisasi Dana
  - c. Bagian Akutansi dan Verifikasi
    - Sub. Bagian Akutansi Keuangan
    - Sub. Bagian Akutansi Manajemen dan Verifikasi
4. Direktorat Umum dan Operasional dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama terdiri dari :
  - a. Bagian Umum :
    - Sub. Bagian Tata Usaha
    - Sub. Bagian Perlengkapan dan Rumah Tangga
  - b. Bagian Perencanaan dan Evaluasi
    - Sub. Bagian Perencanaan
    - Sub. Bagian Evaluasi dan Pelaporan

- c. Bagian Hukum dan Hubungan Masyarakat
    - Sub. Bagian hukum
    - Sub. Bagian Hubungan Masyarakat
    - Sub. Bagian Pemasaran dan Pelayanan Pelanggan
  - d. Unit-Unit Non Struktural
    - Instalasi Kedokteran Forensik
    - Instalasi rekam Medik
    - Instalasi Pengamanan dan Penertiban Lingkungan
    - Instalasi Pemeliharaan Prasarana, Gedung dan sanitasi
    - Instalasi Sarana Medik, Non Medik dan Perbengkelan
    - Instalasi EDP
5. Unit-Unit Non Struktural terdiri dari:
- a. Dewan Pengawas
  - b. Komite :
    - Medik
    - Etik dan Hukum
  - c. Satuan Pemeriksa Intern
  - d. Staf Medik Fungsional

## BAB 4

### KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

#### 4.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan pustaka yang telah dibahas, pada bab ini akan diuraikan kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional dari variabel -variabel yang diteliti.

Uraian ini sepenuhnya mengacu pada tujuan penelitian untuk mendapatkan informasi mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan lama hari rawat pasien yang menjalani pembedahan di bagian bedah. Sebagaimana yang telah diuraikan di latar belakang masalah, setiap pasien rawat inap yang mendapat tindakan bedah akan mengalami beberapa proses pelayanan meliputi penerimaan pasien, administrasi, pemeriksaan fisik dan penunjang medik serta tindakan medis yang diperlukan sesuai dengan diagnosis penyakit yang dideritanya.

Pelayanan yang bermutu dari tindakan pembedahan adalah hasil akhir dari pembedahan itu sendiri, antara lain pasien sembuh, hasil pembedahan baik, diagnosa pasca operasi sama dengan diagnosa pre operasi dan lama hari rawat sesuai standar.

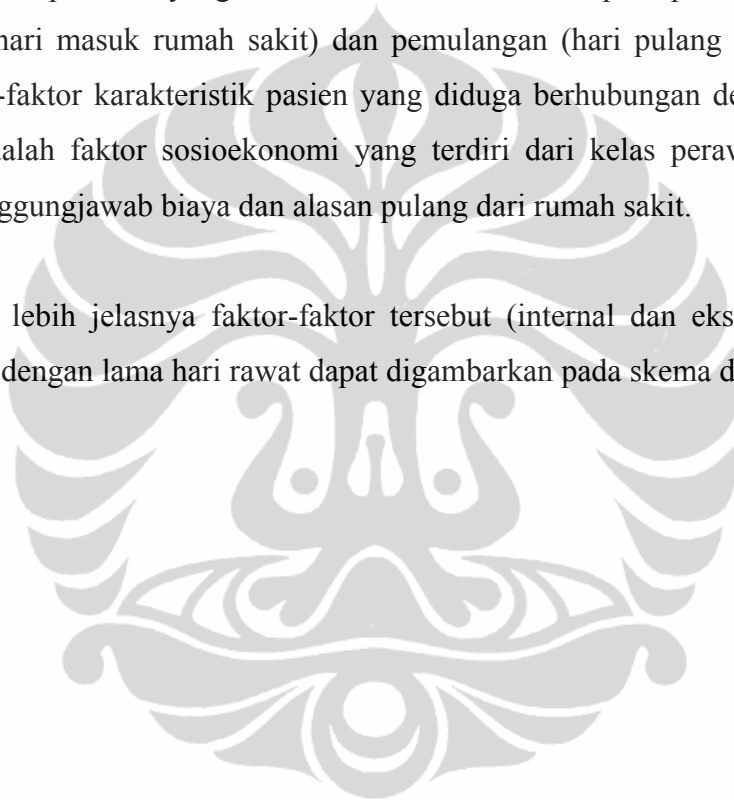
Faktor-faktor yang berhubungan dengan lama hari rawat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu :

1. Faktor internal ( faktor yang ada dalam rumah sakit) :
  - Medis
  - Non Medis
2. Faktor eksternal (faktor yang ada diluar rumah sakit/ faktor yang berhubungan dengan karakteristik pasien )

Faktor medis yang diduga berhubungan dengan lama hari rawat adalah faktor penyakit yang diderita oleh pasien yang berkaitan dengan keputusan tindakan yang akan dilakukan (sifat tindakan medis/ sifat operasi dan ada tidaknya infeksi yang menyertai operasi).

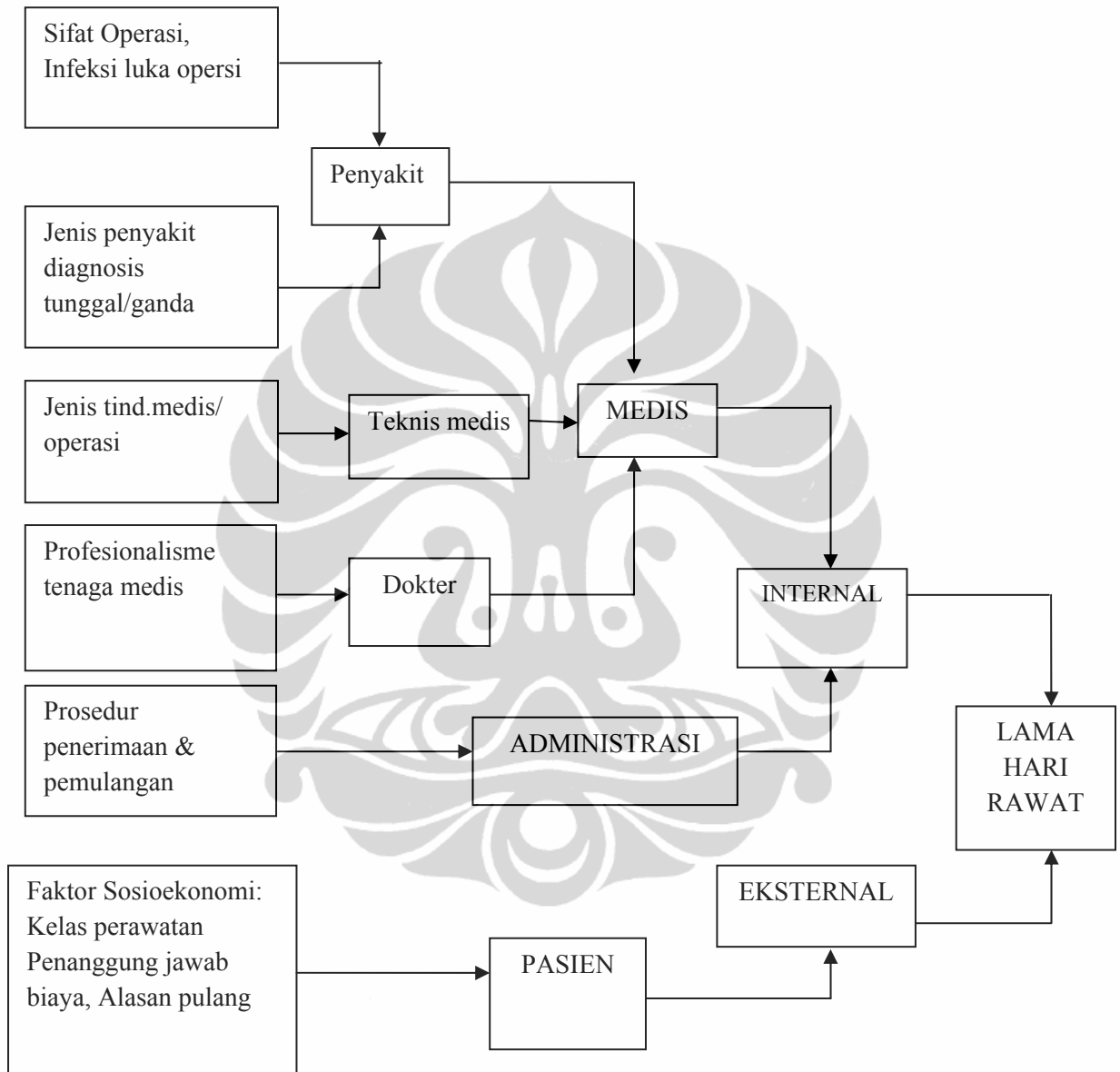
Sedangkan faktor administratif yang diduga berhubungan dengan lama hari rawat adalah prosedur yang diberlakukan rumah sakit kepada pasien pada saat penerimaan (hari masuk rumah sakit) dan pemulangan (hari pulang dari rumah sakit). Faktor-faktor karakteristik pasien yang diduga berhubungan dengan lama hari rawat adalah faktor sosioekonomi yang terdiri dari kelas perawatan yang dipilih, penanggungjawab biaya dan alasan pulang dari rumah sakit.

Untuk lebih jelasnya faktor-faktor tersebut (internal dan eksternal) dan hubungannya dengan lama hari rawat dapat digambarkan pada skema dibawah ini:



## KERANGKA TEORI

Gambar 4.1. Bagan Kerangka Pikir Penelitian



Lama rawat pasien bedah di rumah sakit secara garis besar ditentukan oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi kondisi medis pasien yang bersangkutan dan segala hal yang berhubungan dengan masalah administrasi, misalnya seperti prosedur penerimaan pasien, prosedur pemulangan pasien atau pun prosedur penjadwalan operasi. Sedangkan masalah medis pasien dibagi menjadi problem medis yang berkaitan dengan penyakit, berkaitan dengan tenaga medis atau dokter yang merawat serta masalah teknis medis yang diterapkan dalam menangani pasien tersebut.

Hal-hal yang berhubungan dengan penyakit meliputi jenis atau diagnosa penyakit, apakah penyakit dengan diagnosa tunggal atau diagnosa ganda dan sifat operasi yang akan dikerjakan untuk menangani pasien tersebut apakah merupakan operasi berencana atau operasi emergensi. Di sisi lain, prosedur atau tata cara dalam teknik pembedahan juga merupakan faktor spesifik yang menjadi bagian dari sisi medis yang dapat mempengaruhi pula lama rawat seorang pasien di rumah sakit. Tidak terlepas dari pengaruh di atas, pelaksana atau tenaga yang mengerjakan pembedahan perlu pula diperhitungkan sebagai faktor penentu lama rawat pasien bedah. Tenaga profesional ini bisa merupakan seorang dokter residen atau peserta didik program spesialis ataukah bahkan seorang dokter senior / konsultan.

Dari sisi administrasi rumah sakit, prosedur penerimaan serta pemulangan pasien diperkirakan bisa menjadi hambatan yang mengarah pada lambatnya kepulangan pasien dari rumah sakit. Begitu juga dengan prosedur penjadwalan operasi untuk pasien-pasien yang akan menjalani operasi berencana.

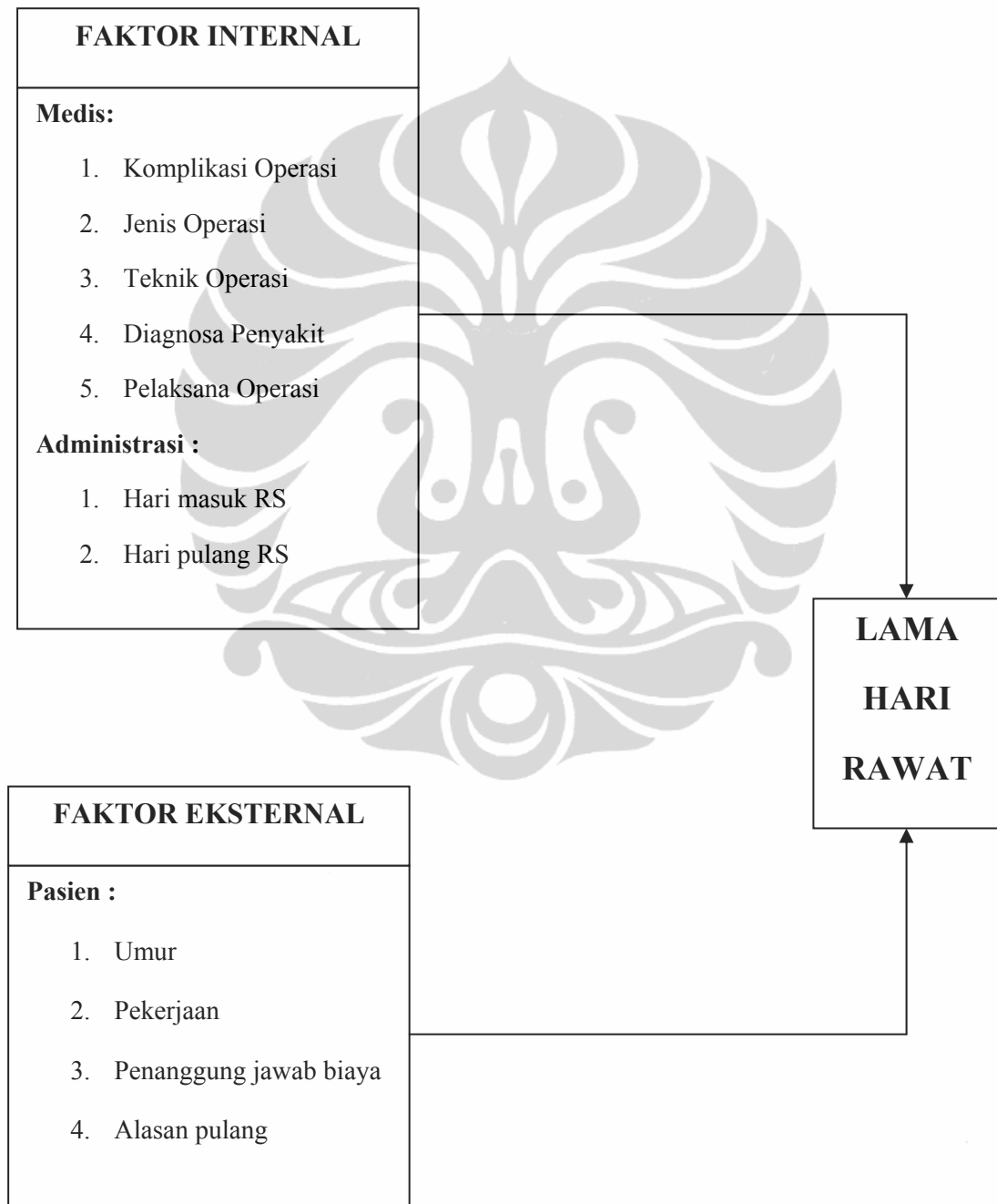
Di luar faktor internal di atas, terdapat beberapa faktor lain yang menyangkut kondisi pasien yang berkaitan dengan faktor sosioekonomi, seperti; kelas perawatan, penanggungjawab biaya dan status kepulangan pasien. Kesemua kondisi ini termasuk dalam faktor eksternal.

Penjabaran kerangka teori di atas dapat diringkas dalam kerangka konsep seperti di bawah ini;

## KERANGKA KONSEP

### Analisa Lama Hari Rawat Pasien Yang Menjalani Pembedahan Di Ruang Rawat Inap Bedah Kelas III RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2011

Gambar 4.2. Bagan Kerangka Konsep Penelitian





## 4.2 . Variabel

Dalam penelitian ini variabel yang diajukan adalah :

### 1. Variabel bebas terdiri dari :

#### a. Medis :

- Komplikasi operasi ( ada/ tidak ada )
- Jenis operasi ( cito/ elektif )
- Diagnosa penyakit ( diagnosa tunggal/ banyak )
- Teknik operasi ( sederhana / rumit )
- Pelaksana operasi ( residen/ spesialis )

#### b. Administrasi :

- Hari masuk rumah sakit
- Hari pulang dari rumah sakit

#### c. Pasien :

- Kelas perawatan
- Alasan pulang
- Penanggung jawab biaya

### 2. Variabel terikat : Lama Hari Rawat

## 4.3 . Definisi Operasional

### 1. Komplikasi Operasi

Adalah adanya komplikasi operasi baik berupa infeksi luka operasi, kesalahan prosedur operasi ataupun kondisi buruk lainnya pasca operasi akibat kelainan pada tubuh pasien.

Skala pengukuran adalah nominal

### 2. Jenis Operasi

Dibedakan atas dua macam yaitu operasi berencana (elektif) dan operasi emergensi (cito).

Operasi cito adalah tindakan pembedahan yang dilakukan tanpa perencanaan sebelumnya, karena dengan ditundanya operasi akan membahayakan jiwa pasien.

Operasi elektif adalah tindakan pembedahan yang dilakukan secara berencana yaitu dimana sebelumnya dilakukan persiapan yang adekuat. Skala pengukuran adalah nominal.

### 3. Diagnosa Penyakit

Diagnosa penyakit dapat dibedakan menjadi dua yaitu tunggal dan banyak. Diagnosa penyakit tunggal yaitu apabila satu pasien didiagnosa hanya satu penyakit saja, sedangkan diagnosa penyakit banyak yaitu apabila satu pasien didiagnosa lebih dari satu penyakit. Skala pengukurannya adalah nominal

### 4. Teknik operasi

Teknik operasi dibedakan menjadi 2 yaitu sederhana (simple) dan rumit (komplek).

Skala pengukurannya adalah nominal

### 5. Pelaksana Operasi

Pelaksana Operasi menyangkut kompetensi dokter yang menangani pembedahan. Karena RSUP Sanglah merupakan RS Pendidikan, maka pembedahan bisa ditangani oleh Dokter Residen yang sedang menjalani pendidikan di Bagian Bedah dan juga dapat ditangani oleh Dokter Spesialis sebagai Dokter Konsultan.

Skala pengukurannya adalah nominal

### 6. Hari masuk rumah sakit

Adalah hari saat masuknya pasien ke rumah sakit

Dibagi menjadi 2 katagori, yaitu :

- Sabtu dan Minggu
- Hari lainnya

Skala pengukurannya adalah nominal

### 7. Hari pulang dari rumah sakit

Adalah hari saat pulang nya pasien dari rumah sakit

Dibagi menjadi 2 katagori, yaitu :

- Senin
- Hari lainnya

Skala pengukurannya adalah nominal

#### 8. Umur

Adalah umur pasien saat menjalani perawatan dalam tahun.

Skala pengukurannya adalah nominal

- a. Umur di bawah 46 tahun
- b. Umur di atas 45 tahun

#### 9. Pekerjaan

Adalah pekerjaan pasien yang mengalami perawatan

Dibagi menjadi 2 kategori, yaitu:

- Bekerja
- Tidak bekerja

Skala pengukurannya adalah ordinal

#### 10. Penanggungjawab biaya

Adalah penanggung jawab biaya selama di rumah sakit, dibedakan menjadi 2 yaitu :

- Biaya sendiri
- Dibayar oleh pihak ketiga atau asuransi (Askes, Jamkesmas, JKBM , dan lain-lain)

Skala pengukurannya adalah ordinal

#### 11. Alasan pulang

Adalah hal menjadi dasar kepulangan pasien dari rumah sakit

Dibagi menjadi 2 katagori :

- Pulang atas ijin dokter yangt merawat
- Pulang atas permintaan sendiri/ keluarga (pulang paksa)

Skala pengukurannya adalah ordinal

## 12. Lama hari rawat (LOS = Length of Stay)

Adalah periode lama pasien dirawat di rumah sakit (dalam hari), dihitung mulai dari pasien masuk rumah sakit sampai pasien pulang dari rumah sakit. Standar lama hari rawat adalah 6 – 9 hari

Dalam hal ini lama hari rawat dibagi menjadi 2 yaitu :

- Sesuai dengan standar ( $LOS \leq 9$  hari)
- Lebih lama dari standar ( $LOS > 9$  hari)

Skala pengukurannya adalah ordinal



## BAB 5

### METODE PENELITIAN

#### 5.1. Desain Dan Tujuan Penelitian

Disain penelitian ini adalah *cross sectional* . Tujuan penelitian ini adalah untuk melakukan analisa deskriptif, sehingga mendapat gambaran tentang karakteristik lama hari rawat pasien di kelas III yang menjalani operasi di Bagian Bedah RSUP Sanglah Denpasar.

#### 5.2. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di RSUP Sanglah Denpasar, ruang rawat inap kelas III RSUP Sanglah merupakan RS Pemerintah Tipe A yang memiliki 698 tempat tidur dengan BOR 78,36 % dan rata-rata ALOS secara umum 7,49 % dan LOS khusus pasien pasca operasi di Bagian Bedah di ruang perawatan kelas III rata-rata 13,5 hari.

#### 5.3. Populasi Dan Sampel Penelitian

Populasi penelitian adalah semua pasien bedah yang dirawat di RSUP Sanglah. Sedangkan sampel penelitian ini adalah semua pasien bedah yang dirawat di kelas III RSUP Sanglah yang menjalani operasi selama satu tahun, dari Januari s/d Desember 2011.

#### 5.4. Pengumpulan Data

Data diambil dari data sekunder status/catatan medik pasien yang mengalami pembedahan dari bulan Januari-Desember 2011 dan buku register catatan pembedahan (operasi ) dari perawat di Ruang Angsoka I,II,III.

#### 5.5. Alat Pengumpul Data

Penelitian ini mempergunakan alat pengumpul data berupa check list yang telah dirancang sedemikian rupa berdasarkan penjabaran dari variabel variabel yang akan diteliti dengan asumsi data yang ada di catatan medik dapat dipercaya kebenarannya.

## 5.6. Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan kemudian dianalisa dan dilakukan pengujian secara statistik, setelah terlebih dahulu dilakukan editing/ pengkodean data kemudian dibuat tabel-tabel berdasarkan variabel-variabel bebas (independen) yang diteliti dengan satu variabel terikat (dependen) yaitu lama hari rawat.

## 5.7. Tehnik Analisi Data

### 1. Analisis Univariat

Analisis ini untuk mengetahui distribusi frekuensi dan proporsi dari variabel independen maupun variabel dependen. Disesuaikan dengan tujuan khusus penelitian yang hendak dicapai.

### 2. Analisis Bivariat

Analisis untuk melihat hubungan antara variabel independen dan dependen dengan menggunakan uji statistik chi Square ( $X^2$ ). Alasan digunakannya uji statistik Chi Square karena data independen dan dependen yang didapatkan adalah berupa data katagorik

$$X^2 = \sum \frac{[O - E]^2}{E}$$

#### Keterangan :

$X^2$  : Statistik Chi kuadrat

$O$  : Nilai observasi pada sel tabel

$E$  : Nilai ekspektasi  $[ E = \frac{\text{baris total} \times \text{kolom total}}{\text{Total tabel}} ]$

Total tabel

Bila nilai  $p < 0,05$  menyatakan ada hubungan bermakna antar variabel.

Bila nilai  $p > 0,05$  menyatakan tidak ada hubungan bermakna antar variabel.

Semua data di atas akan diolah dan dianalisa secara komputerisasi menggunakan program SPSS versi 13.0.

**5.8. Judul Penelitian**

Analisis Lama Hari Rawat Pasien Yang Menjalani Pembedahan Di Ruang Rawat Inap Bedah Kelas III RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2011

**5.9. Lokasi & Waktu** : Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar  
Bulan Pebruari sampai dengan Maret 2012



## BAB 6

### HASIL DAN PEMBAHASAN

RSUP Sanglah Denpasar termasuk salah satu rumah sakit pendidikan pemerintah yang bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. Di rumah sakit ini para calon dokter dan calon dokter spesialis melalui PPDS (Program Pendidikan Dokter Spesialis) memperoleh ilmu sambil mempraktekkan keilmuannya. Penelitian ini diadakan di Ruang Angsoka RSUP Sanglah Denpasar yang merupakan ruang bangsal perawatan pasien bedah setaraf kelas III. Di ruangan inilah para residen bedah diberi tanggung jawab untuk merawat pasien. Jadi pasien yang berada di kelas III merupakan pasien yang sebagian besar dirawat oleh dokter residen dengan tetap mendapat pengawasan dokter spesialis atau dokter konsultan di rumah sakit pendidikan ini.

Penelitian secara retrospektif ini telah berhasil mencatat data semua pasien yang menjalani pembedahan sepanjang tahun 2011 yang dirawat di ruang rawat inap kelas III Angsoka. Pencatatan terhadap lamanya seorang pasien menjalani perawatan di ruangan mencakup semenjak pasien tersebut masuk ke rumah sakit, baik melalui UGD (Unit Gawat Darurat) maupun poliklinik dan bisa berasal dari pindahan ruang lainnya, masuk atau pun keluar HCU (*High Care Unit*). Termasuk pula para pasien yang oleh karena suatu komplikasi atau perencanaan pembedahan mesti menjalani operasi lebih dari satu kali dalam satu kali masa perawatannya di rumah sakit. Namun catatan yang dikumpulkan dalam penelitian ini tidak termasuk para pasien yang kembali masuk ke rumah sakit untuk yang kedua kalinya dengan penyakit bedah yang sama. Begitu pula untuk pasien yang akhirnya meninggal selama perawatan di rumah sakit khususnya di bangsal Angsoka, dikeluarkan dari catatan penelitian ini.

Tercatat sebanyak 1586 pasien yang dirawat di bangsal Angsoka RSUP Sanglah selama periode tahun 2011 yang menjalani pembedahan. Dari semua pasien ini, berdasarkan data penelitian yang ada, tercakup 11 variabel yang diduga berhubungan atau berpengaruh terhadap lamanya pasien bedah dirawat di ruang Angsoka tersebut.

**Universitas Indonesia**



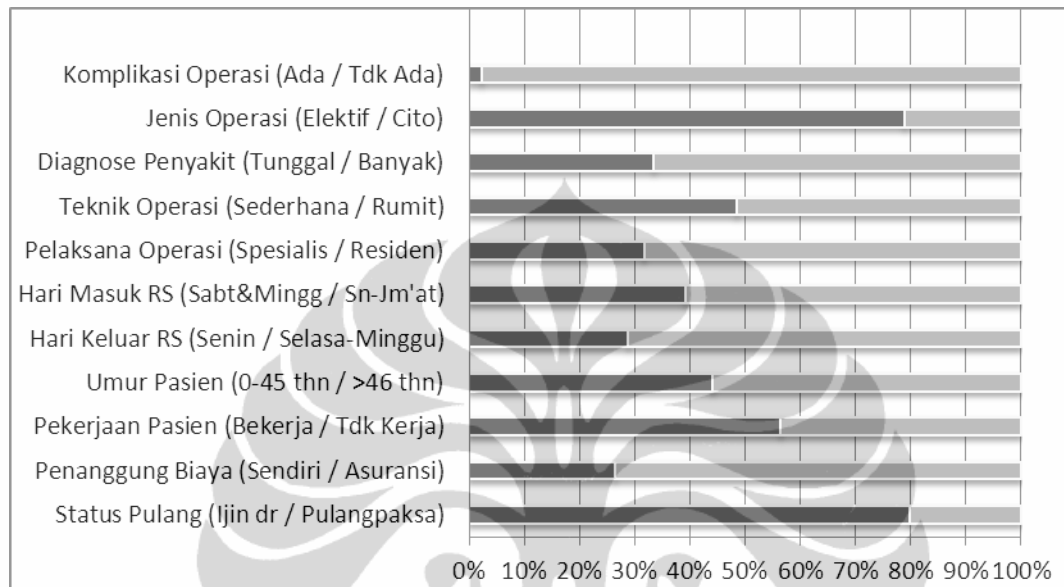
Berikut dipaparkan data deskriptif yang menggambarkan keadaan pasien bedah di Ruang Angsoka RSUP Sanglah yang berhubungan dengan Lama Hari Rawat (LOS = *Length of Stay*) dan karakteristik pasien.

Tabel 6.1. Data distribusi Variabel sesuai Hari Rawat

Variabel		Hari Rawat		Jumlah
		LOS $\leq$ 9 hr	LOS $>$ 9 hr	
Jenis kelamin	Laki-laki	455	463	57,9 %
	Perempuan	326	342	42,1 %
Umur Pasien	0-45 thn	338	363	44,2 %
	$>$ 46 thn	443	442	55,8 %
Pekerjaan Pasien	Bekerja	425	471	56,5 %
	Tidak bekerja	356	334	43,5 %
Hari masuk RS	Sabtu&Minggu	295	326	39,2 %
	Senin - Jumat	486	479	60,8 %
Diagnosa Penyakit	Tunggal	366	166	33,5 %
	Banyak	112	942	66,5 %
Teknik Operasi	Sederhana	359	410	48,5 %
	Rumit	422	395	51,5 %
Jenis Operasi	Berencana	593	658	78,9 %
	Emergensi	188	147	21,1 %
Pelaksana Operasi	Dokter Residen	557	526	68,3 %
	Dokter Spesialis	224	279	31,7 %
Komplikasi Operasi	Ada	11	26	2,3 %
	Tidak ada	770	779	97,7 %
Penanggung Biaya	Biaya Sendiri	202	218	26,5 %
	Asuransi	579	587	73,5 %
Hari Keluar RS	Selasa - Minggu	564	564	71,1 %
	Senin	217	241	28,9 %
Status Pulang	Ijin dokter	618	649	79,9 %
	Pulang paksa	163	156	20,1 %

Dari gambaran distribusi variabel di atas berikut gambaran proporsi dari masing-masing katagori dari tiap variabel :

Gambar 6.1. Grafik Proporsi Katagori Dari Masing Masing Variabel



Grafik di atas menggambarkan data deskriptif proporsi masing-masing katagori dalam tiap variabel. Dari 2 katagori pada tiap variabel tersebut tampak proporsi yang ekstrim setidaknya ada pada 3 variabel, yakni komplikasi operasi, jenis operasi dan status kepulangan pasien. Data yang mengalami komplikasi tercatat cuma 2,3% dibandingkan dengan yang tidak mengalami komplikasi pasca operasi sebesar 97,7% jumlah sampel. Pasien yang menjalani operasi secara ekektif tercatat sebanyak 78,9% sedangkan operasi cito dijalani oleh 21,1% pasien lainnya. Pulang atas seijin dokter dilalui sebesar 79,9% pasien, sisanya ada sebanyak 20,1% memaksakan diri pulang dari rumah sakit dengan belum mendapatkan ijin dokter yang merawatnya. Didapatkan pula proporsi yang relatif timpang pada variabel penanggung biaya operasi, dimana dari semua sampel penelitian didapatkan cuma 26,5% pasien kelas III ini yang perawatannya di rumah sakit menggunakan biaya sendiri, sedangkan sisanya menggunakan fasilitas asuransi berupa JKBM dan bentuk jaminan biaya sakit lainnya.

Selanjutnya hasil analisa masing-masing variabel terhadap Lama Rawat pasien bedah ini bisa digambarkan sebagai berikut;

### 6.1. Komplikasi Operasi

Komplikasi yang dimaksudkan dalam variabel ini adalah keadaan yang menghambat kesembuhan pasien pasca operasi sebagai akibat langsung maupun tidak langsung dari tindakan operasi itu sendiri. Komplikasi tersebut bisa berupa infeksi, kelalaian dalam teknik operasi, perawatan luka yang salah, akibat pemberian obat yang tidak semestinya dan lain-lain.

Dari data penelitian ini menemukan adanya 38 pasien yang bermasalah akibat komplikasi yang terjadi pasca operasi, dimana 27 orang pasien diantaranya mengalami penundaan pulang dari rumah sakit hingga sampai lebih dari 9 hari. Jika hal ini dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami komplikasi dan dianalisa dengan Chi Square didapatkanlah bahwa terjadi hubungan yang bermakna lamanya pasien dirawat di rumah sakit dengan adanya kejadian komplikasi pasca tindakan operasi. Perhitungan tersebut dijabarkan pada tabel di bawah ini.

Tabel 6.2. Hubungan Komplikasi Operasi dengan Lama Hari Rawat

	LOS $\leq$ 9 hari	LOS $>$ 9 hari	$\chi^2$	p
Ada Komplikasi	11 (0,7%)	27 (1,7%)	5,77	0,016
Tidak Ada Komplikasi	770 (48,5%)	779 (49,1%)		

Komplikasi pasca bedah tidak bisa dilepaskan pula dari pengaruh adanya nosokomial infeksi. Kejadian ini terutama mengenai pasien-pasien yang dirawat lama di ruang intensif, sebab diketahui justru dari ruang yang relatif terisolasi tersebutlah banyak ditemukan kuman-kuman patogen. Menurut Erbaydar dkk melalui penelitiannya di Turki menyatakan hampir 15% pasien bedah yang dirawat di rumah sakit terkena infeksi nosokomial dan rata-rata 10% dari jumlah

tersebut membutuhkan penundaan waktu pulang dari rumah sakit rata-rata hingga 10 hari.

## 6.2. Jenis Operasi

Jenis operasi dibedakan menjadi operasi emergensi atau cito dan operasi berencana atau elektif. Selama tahun 2011 didapatkan sebanyak 335 orang pasien dirawat di bangsal bedah pasca tindakan operasi emergensi. Dari kelompok pasien tersebut 188 orang diantaranya pulang dalam waktu yang sesuai standar Depkes, yakni kurang dari 10 hari. Pada kelompok lain didapatkan sebanyak 1251 (78,9%) pasien yang dirawat di bangsal tersebut menjalani operasi secara berencana.

Tabel 6.3. Hubungan Jenis Operasi dengan Lama Hari Rawat

	LOS $\leq$ 9 hari	LOS $>$ 9 hari	$\chi^2$	p
Berencana (Elektif)	593 (37,3%)	658 (41,5%)	8,03	0,005
Emergensi (Cito)	188 (11,9%)	147 (9,3%)		

Dari analisa bivariat tersebut di atas ternyata didapatkan hubungan bermakna antara sifat operasi dengan lamanya pasien dirawat di rumah sakit. Ini terbukti dari nilai sebesar 8,03 dan nilai P sama dengan 0,005 atau kurang dari 0,05.

Permasalahan yang tidak jarang terjadi pada pasien yang dirawat di kelas III atau dirawat oleh dokter residen adalah penjadwalan operasi. Ini terutama dialami oleh pasien-pasien yang akan menghadapi operasi berencana atau elektif. Ada kalanya bisa terjadi pasien yang telah mendapatkan jadwal operasi tiba-tiba harus mengalah untuk diundur penjadwalannya karena di hari yang sama terisi oleh jadwal pasien kelas atau pasien VIP yang memang langsung dirawat oleh dokter senior.

Di sisi lain beberapa pasien yang telah menjalani operasi karena kasus bedah emergensi yang dideritanya, pada perawatan lanjutan pasca operasi dipindahkan ke ruang bangsal. Sehingga beberapa pasien dari kelompok ini tidak memerlukan waktu yang panjang untuk menjalani perawatan di ruangan, karena

memang sudah selesai dioperasi dan tidak menimbulkan masalah pasca operasinya.

### 6.3. Diagnosa Penyakit

Penyakit yang digambarkan dari diagnosa saat pasien pertama kali masuk rumah sakit, pada penelitian ini dibedakan antara yang murni terdiagnosa sebagai suatu penyakit bedah dan para pasein yang memiliki diagnosa lebih dari satu penyakit, baik merupakan kombinasi diagnosa antar penyakit bedah maupun gabungan diagnosa antara penyakit bedah dan non bedah.

Dari semua pasien bedah yang dirawat di ruang kelas III RSUP Sanglah Denpasar selama tahun 2011 didapatkan bahwa yang tercatat memiliki diagnosa tunggal adalah sebanyak 532 pasien atau 33,5% terdiri dari 366 pasien yang pulang dari rumah sakit sesuai dengan standar perawatan atau kurang dari 10 hari dan 166 pasien yang dirawat di rumah sakit lebih dari 9 hari. Sedangkan para pasien dengan diagnosa lebih dari satu (multiple) tercatat sebanyak 1054. Sedangkan pasien yang memiliki diagnosa yang multipel, sebanyak 112 orang diperbolehkan pulang sebelum hari kesepuluh dan 942 orang pasien bisa pulang setelah hari kesembilan pasca perawatan.

Tabel 6.4. Hubungan Diagnose Penyakit dengan Lama Hari Rawat

	LOS $\leq$ 9 hari	LOS $>$ 9 hari	$\chi^2$	p
Diagnosa Tunggal	366 (23,1%)	166 (10,4%)	14,61	0,018
Banyak Diagnosa	112 (7,1%)	942 (59,4%)		

Dari analisa Chi Square pada tabel di atas menunjukkan bahwa nilai P kurang dari 0,05 atau mempunyai hubungan yang sangat bermakna.

Pada kenyataannya banyak pasien yang dirawat lama di bangsal bedah RSUP Sanglah memang sebagian besar karena penyakit yang dideritanya yang harus dirawat oleh lebih dari satu dokter dari bidang keilmuan yang berbeda. Ini membuktikan bahwa pasien ini mengidap lebih dari satu penyakit. Atau pada kasus bedah didapatkan bahwa pasien menderita lebih dari satu bidang subbedah. Pada contoh yang berbeda misalnya kasus multi trauma, yang ditangani oleh tidak

hanya dokter bedah orthopedi saja tapi juga dokter bedah saraf atau bedah digestif dan mungkin juga yang lainnya.

Keaadaan kardiovaskuler preoperatif seorang pasien akan sangat menentukan sekali lama rawat pasien tersebut setelah menjalani pembedahan elektif mayor di rumah sakit (Snowden, 2010). Bahkan menurut penelitian Herman C. dan kawan kawan terbukti bahwa penyakit lain yang menyertai pasien dengan kelainan jantung yang akan menjalani pembedahan akan berdampak pada kematian atau mortalitas hingga 14,4%.

#### 6.4. Teknik Operasi

Teknik operasi yang dimaksud dalam variabel ini adalah operasi atau tindakan yang melibatkan satu kasus bedah saja atau menjalani pembedahan lebih dari satu prosedur tindakan. Dari penelitian retrospektif ini didapatkan sebanyak 51,5% operasi yang ditangani merupakan jenis operasi dengan lebih dari satu prosedur tindakan. Sedangkan sisanya atau sebanyak 769 tindakan, dikerjakan untuk menangani pasien dengan kasus bedah tunggal.

Tabel 6.5. Hubungan Teknik Operasi dengan Lama Hari Rawat

	LOS $\leq$ 9 hari	LOS $>$ 9 hari	$\chi^2$	p
Prosedur Sederhana	359 (22,6%)	410 (25,9%)	3,91	0,048
Prosedur Rumit	422 (26,6%)	395 (24,9%)		

Dari analisa chi Square di atas ternyata didapatkan nilai P yang kurang dari 0,05 atau dengan kata lain didapatkan hubungan yang bermakna antara jenis operasi dengan lamanya perawatan pasien di ruangan bedah.

Seorang pasien dapat menjalani pembedahan untuk 2 prosedur tindakan atau lebih pada satu bidang bedah yang sama, misalnya operasi untuk patah tulang di kaki dan patah di tangan. Selain itu bisa pula seorang pasien menjalani pembedahan dari 2 bidang bedah yang berlainan, yang mesti ditangani oleh operator yang berbeda atau biasa dikenal dengan joint operasi. Misalnya operasi pengangkatan prostat dan sekaligus dalam sekali pembiusan dikerjakan juga

operasi untuk mengatasi hernia. Hal ini berkaitan pula dengan diagnosa preoperatif seorang pasien. Tentu para pasien yang menjalani lebih dari satu prosedur operasi ini telah bisa diprediksi sebelumnya akan memerlukan perawatan pasca operasi yang lebih lama dibandingkan dengan mereka yang hanya menjalani satu prosedur operasi saja.

Lamanya perawatan pasca operasi ternyata tidak saja berhubungan dengan single atau multiple nya kasus bedah yang ditangani, namun dipengaruhi juga dari proses yang terjadi selama berlangsungnya tindakan operasi tersebut. Jenis pembiusan, lamanya operasi dan manipulasi pembedahan akan memberi dampak juga terhadap waktu rawat pasca operasi. Ferreyra pada penelitiannya tahun 2009 mengungkapkan bahwa operasi besar dengan menggunakan pembiusan umum berpengaruh terhadap terjadinya komplikasi pada pernafasan yang akhirnya memperpanjang waktu rawat seorang pasien. Begitu pula kehilangan darah yang terjadi selama proses operasi berpengaruh juga terhadap lamanya pasien harus dirawat di rumah sakit (Junger A.,Klasem J., 2008)

### **6.5. Pelaksana Operasi**

Pelaksana operasi atau operator dimaksudkan dokter bedah yang menangani saat operasi berlangsung. Dibedakan menjadi 2, tindakan bedah yang ditangani oleh dokter spesialis atau dalam suatu sistem pendidikan disebut sebagai dokter konsultan dan dokter residen yang merupakan calon dokter bedah yang masih dalam status pendidikan, sebagai peserta didik.

Tercatat 1083 pasien atau sebesar 68,3% pasien di bangsal bedah, operasinya ditangani oleh dokter residen yang masih dalam tahap pendidikan. Sisanya sebanyak 503 ditangani oleh dokter konsultaan secara langsung. Dari yang ditangani residen 557 pasien yang akhirnya bisa pulang sesuai dengan standar waktu rawat, namun 526 pasien sisanya tidak diijinkan pulang sesuai dengan standar tersebut. Analisa Chi Square terhadap kedua hasil dari dua kelompok yang berbeda ini akhirnya mendapatkan nilai P sebesar 0,011 atau kurang dari 0,05. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa operator

berhubungan secara bermakna dengan lamanya pasien dirawat di bangsal RSUP Sanglah Denpasar, sebagai yang ditunjukkan pada tabel di bawah ini.

Tabel 6.6. Hubungan Pelaksana Operasi dengan Lama Hari Rawat

	LOS $\leq$ 9 hari	LOS $>$ 9 hari	$\chi^2$	p
Dokter Residen	557 (35,1%)	526 (33,2%)	6,54	0,011
Dokter Konsultan	224 (14,1%)	279 (17,6%)		

Jika dilihat dari angka-angka pada tabel di atas tampak sekilas bahwa operasi yang dikerjakan oleh dokter residen sebanyak 35,1% dari semua pasien berhasil pulang dari rumah sakit sesuai dengan standar. Prosentase yang besar ini tidak berarti bahwa pelaksana operasi dokter residen mendatangkan hasil yang lebih baik dibandingkan dengan dokter spesialis dalam hal lama hari rawat pasien pasca menjalani pembedahan. Perbandingan ini hendaknya dilihat pula dari proporsi pasien yang berhasil pulang sesuai standar dibandingkan dengan yang tidak sesuai standar dari keseluruhan pasien yang dikerjakan oleh masing-masing pelaksana operasi / operator.

Di rumah sakit pendidikan seperti juga di RSUP Sanglah Denpasar, pasien yang dirawat di kelas III atau bangsal dijadikan sebagai tempat dan subyek untuk menerapkan ilmu bagi peserta didik. Sebagai akibatnya pasien yang dirawat di bangsal tersebut menjadi tanggungjawab residen untuk menanganinya. Terkecuali untuk kasus yang sulit, belum pernah dipraktekkan sebelumnya atau pada penanganan yang memang menjadi porsi dokter konsultan seperti pembedahan minimal invasif.

Karena jelas hasil pekerjaan seorang dokter konsultan yang telah berpengalaman jauh lebih baik, maka akan memberi pengaruh juga bahwa pasien yang ditangani oleh dokter residen mengalami penyembuhan relatif lebih lama sehingga kepulangan pasien pun menjadi tertunda. Di samping itu untuk kasus yang sama, tindakan pembedahan secara minimal invasif memiliki keunggulan berupa perawatan pasca operasi yang lebih singkat dibandingkan dengan operasi

**Universitas Indonesia**



terbuka atau operasi konvensional. Seperti apa yang dinyatakan oleh Lacy dan Antonio M. melalui penelitian mereka yang membandingkan hari rawat pasca operasi antara operasi usus besar yang dilakukan secara terbuka dan secara minimal invasif.

### 6.6. Hari Masuk Rumah Sakit

Diduga hari masuknya pasien ke rumah sakit berhubungan pula dengan lamanya pasien dirawat di rumah sakit. Bagi pasien yang masuk rumah sakit pada hari pendek atau bahkan hari libur, maka bisa diduga bahwa penangannya pun menjadi relatif terlambat. Karena sebagai mana diketahui bahwa RSUP Sanglah merupakan rumah sakit pendidikan, yang sistem laporan dan konsultasi ke senior harus dijalankan. Sehingga bagi senior yang tidak ada di rumah sakit, seperti pada hari Sabtu dan Minggu itu agak sulit untuk dihubungi. Hal ini berakibat penundaan penanganan pasien. Disamping itu pula bagian administrasi rumah sakit tidak mengadakan pelayanan di luar jam kerja, sehingga beberapa pasien pun menjadi relatif terlantar dalam berurusan secara administratif di kantor rumah sakit. Hal ini mendatangkan dugaan adanya keterlambatan dibolehkan pulang dari rumah sakit.

Tabel 6.7. Hubungan Hari Masuk RS dengan Lama Hari Rawat

	LOS $\leq$ 9 hari	LOS $>$ 9 hari	$\chi^2$	p
Sabtu - Minggu	295 (18,6%)	326 (20,5%)	1,23	0,266
Senin - Jumat	486 (30,7%)	479 (30,2%)		

Dari analisa bivariat tersebut ternyata tidak ditemukan hubungan yang tidak bermakna antara hari masuk pasien ke rumah sakit dengan kejadian lambatnya pulang dari rumah sakit. Di dalam tabel 2 kali 2 di atas didapatkan nilai P yang lebihbesar dari 0,05.

### 6.7. Hari Keluar Rumah Sakit

Begitu juga dengan hari pulang, dari keseluruhan pasien bedah yang dirawat di bangsal kelas III didapatkan ada 71,1% pasien yang keluar dari rumah sakit pada hari selain hari Senin. Sebanyak 564 orang pasien diantaranya pulang dengan lama rawat tidak lebih dari 9 hari, sedangkan sisanya lagi lebih lama dari standar waktu mereka mengemasi barangnya untuk pulang dari rumah sakit.

Tabel 6.8. Hubungan Hari Keluar RS dengan Lama Hari Rawat

	LOS $\leq$ 9 hari	LOS $>$ 9 hari	$\chi^2$	p
Selasa – Minggu	564 (35,6%)	564 (35,6%)	0,89	0,344
Senin	217 (13,7%)	241 (15,1%)		

Tabel di atas membuktikan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara hari pulang pasien dengan kejadian lambatnya pasien pulang dari rumah sakit. Didapatkan kemaknaan atau nilai P sebesar 0,344 atau lebih besar dari 0,05.

### 6.8. Umur Pasien

Sebanyak 55,8% atau 885 orang pasien bedah yang dirawat sepanjang tahun 2011 di bangsal bedah kelas III adalah mereka yang berumur di atas 45 tahun. Dilihat dari lama rawat di rumah sakit, tercatat 443 orang pasien di atas 45 tahun tersebut pulang sebelum 10 hari dan 442 pasien lainnya baru diijinkan pulang setelah 9 hari masa perawatan. Sedangkan kelompok pasien di bawah umur 46 tahun, 443 pasien tercatat boleh pulang sebelum 10 hari dan 363 pasien baru dibolehkan pulang setelah dirawat di rumah sakit selama 9 hari.

Tabel 6.9. Hubungan Umur Pasien dengan Lama Hari Rawat

	LOS $\leq$ 9 hari	LOS $>$ 9 hari	$\chi^2$	p
0 – 45 tahun	338 (21,3%)	363 (22,9%)	0,53	0,467
46 tahun ke atas	443 (27,9%)	442 (27,9%)		

Dapat disimpulkan dari analisa di atas bahwa tidak ada hubungan bermakna antara umur pasien dengan lama rawat pasien tersebut di rumah sakit. Hal ini sesuai pula dengan penelitian Afif dan Ahmad di Surakarta yang mencatat tidak adanya hubungan komorbid, usia dan status gizi dengan lama rawat inap pasien Hernia Inguinalis Lateralis Reponibilis yang dioperasi tanpa menggunakan mesh.

### 6.9. Pekerjaan Pasien

Dari data deskriptif yang disajikan di atas, tercatat bahwa 56,5% pasien bedah yang dirawat di bangsal kelas III sudah memiliki pekerjaan tetap sedangkan sisasanya sebesar 690 berstatus masih belum atau tidak bekerja.

Tabel 6.10. Hubungan Pekerjaan Pasien dengan Lama Hari Rawat

	LOS $\leq$ 9 hari	LOS $>$ 9 hari	$\chi^2$	p
Bekerja	425 (26,8%)	471 (29,7%)	2,70	0,100
Tidak Bekerja	356 (22,4%)	334 (21,1%)		

Pada analisa tabel di atas membuktikan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status pekerjaan pasien dengan lama perawatan pasien di rumah sakit. Sekali pun ada asumsi bahwa para pasien yang masih produktif bekerja dan menjadi tulang punggung keluarga, memiliki kecenderungan untuk dapat sesegera mungkin bisa pulang dari rumah sakit. Pemikiran semacam ini terutama akan dirasakan bagi pasien yang pekerjaannya bergerak di bidang swasta.

### 6.10. Penanggung Biaya

Kebanyakan pasien bedah kelas III yang dirawat di RSUP Sanglah menggunakan fasilitas asuransi atau menggunakan entah Jamkesmas atau pun JKBM (Jaminan Kesehatan Bali Mandira). Kelompok pasien ini ada sebanyak 1166 orang atau sebesar 73,5%. Namun demikian ternyata tidak ada hubungan bermakna antara pertanggungansian pasien ini dengan lama rawat di rumah sakit. Pada kelompok pasien tersebut dijumpai sebesar 579 pasien yang pulang kurang dari 10 hari dan sisanya 587 orang pasien tercatat diijinkan pulang dari rumah sakit setelah melewati hari rawat ke sembilan.

Tabel 6.11. Hubungan Penanggung Biaya dengan Lama Hari Rawat

	LOS $\leq$ 9 hari	LOS $>$ 9 hari	$\chi^2$	p
Biaya Sendiri	202 (12,7%)	218 (13,7%)	0,30	0,583
Asuransi	579 (36,5%)	587 (37,1%)		

Sekalipun banyak pasien memanfaatkan fasilitas tanggungan asuransi bertaraf kelas III namun kepuasan pasien dipengaruhi oleh kinerja dan kualitas pelayanan yang diberikan oleh perawat selama pasien masih berada dalam masa perawatan di rumah sakit (Adriani dan Elvi Rhida, 2006).

Pelayanan yang buruk yang diberikan rumah sakit juga berpengaruh pada kepuasan pasien dan bisa saja ini berdampak langsung terhadap pasien untuk memperpendek masa perawatan agar bisa sesegera mungkin meninggalkan rumah sakit. Tingkat kepuasan pasien yang juga berpengaruh terhadap masa tinggal pasien di rumah sakit ternyata berkorelasi langsung dengan harga dan kualitas pelayanan oleh perawat di rumah sakit yang bersangkutan (Martin, 2010).

### 6.11. Status Pulang

Dari 1586 orang pasien di bangsal bedah dalam tahun 2011, didapatkan ada sebanyak 319 pasien atau sekitar 20,1% yang status pulangnyanya tercatat sebagai pulang paksa atau pulang atas kehendak sendiri dengan tanpa seijin

dokter. Dari yang pulang paksa tersebut sebanyak 156 orang atau 49% memang minta pulang setelah dirawat di rumah sakit lebih dari 9 hari.

Jika data ini dianalisa secara bivariat menggunakan Chi Square didapatkan gambaran sebagai berikut;

Tabel 6.12. Hubungan Status Pulang dengan Lama Hari Rawat

	LOS $\leq$ 9 hari	LOS $>$ 9 hari	$\chi^2$	p
Ijin Dokter	618 (39,0%)	649 (40,9%)	0,54	0,459
Pulang Paksa	163 (10,3%)	156 (9,8%)		

Secara komputasi menggunakan program SPSS didapatkan nilai  $t$  sebesar 0,54 dan nilai  $P$  sebesar 0,459. Nilai  $P$  ini ternyata melebihi standar kemaknaan 0,05, sehingga dapat disimpulkan bahwa status kepulangan pasien tidak memiliki hubungan bermakna dengan lamanya pasien dirawat di rumah sakit.

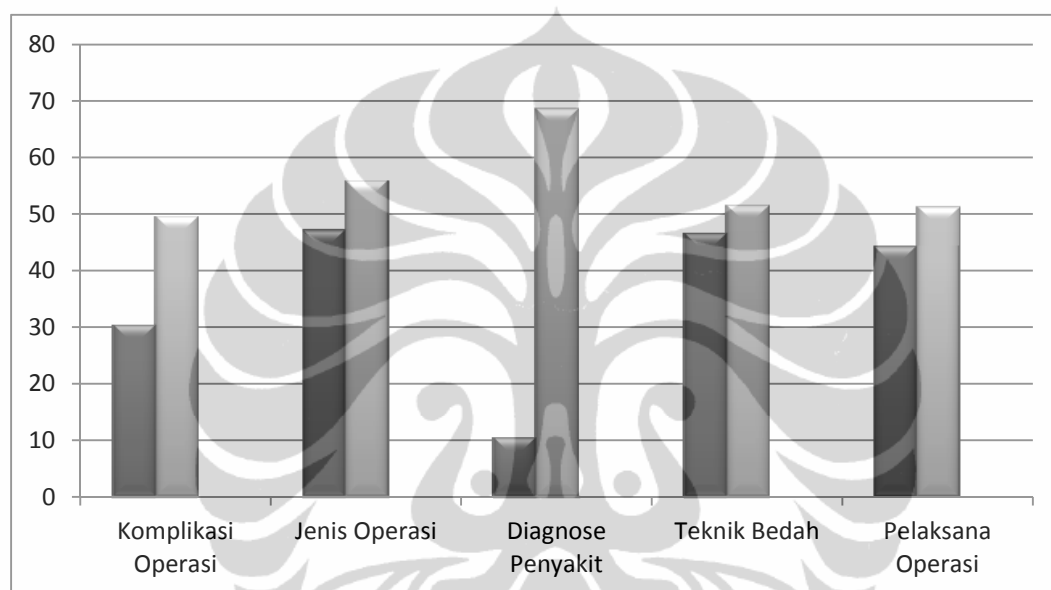
Proporsi pasien yang pulang paksa setelah dirawat 9 hari dibandingkan dengan yang kurang dari 10 hari dalam keadaan hampir seimbang yakni 51:49, sehingga tidak sesuai dengan asumsi bahwa pasien yang meminta pulang tanpa seijin dokter dikarenakan masa perawatan yang lama di rumah sakit. Bisa saja permintaan pulang ini karena penyebab lainnya seperti biaya, masalah keluarga, masalah psikologis dan lain-lain yang akhirnya memaksa pasien berkeinginan pulang di hari perawatan yang belum mencapai 10 hari.

### 6.12. Analisa Regresi

Dari pembahasan di atas ternyata tidak semua variabel yang pada awalnya diprediksi berpotensi mempengaruhi atau setidaknya memiliki hubungan bermakna secara statistik dengan lama pasien dirawat di rumah sakit. Didapatkan hanya 5 variabel independen saja yang berhubungan secara statistik dengan variabel dependen. Kelima variabel tersebut adalah; jenis operasi, teknik operasi, pelaksana operasi, komplikasi operasi dan diagnosa penyakit.

Jika dilihat dari pencapaian LOS yang sesuai standar Depkes (kurang dari 9 hari) oleh masing-masing katagori dari kelima variabel tersebut, maka tampak hampir berimbang kecuali pada variabel Diagnose Penyakit, dimana para pasien dengan diagnose ganda pencapaiannya hanya 10,5% dibanding yang berdiagnose tunggal sebesar 68,7%. Selanjutnya dapat dilihat pada gambar 6.2. di bawah ini.

Gambar 6.2. Proporsi Pencapaian Standar LOS pd beberapa Variabel



Untuk mengetahui variabel mana saja di antara kelima variabel di atas yang memiliki kekuatan hubungan dengan Lama Hari Rawat pasien di rumah sakit, perlu dianalisa kembali secara multivariat dengan pendekatan menggunakan statistik regresi logistik. Dari pendekatan ini diharapkan akan diketahui kekuatan masing-masing variabel terhadap variabel dependen. Dengan demikian bisa pula disusun semacam formula untuk menentukan kondisi pasien saat masuk rumah sakit yang bisa dijadikan prediktor seorang pasien memerlukan perawatan lama atau tidak.

Tabel 6.13. Hasil Analisa Regresi dengan SPSS

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Diagnose Penyakit	3.018	0.16	354.706	1	0	20.451	14.939	27.997
Teknik Operasi	0.295	0.123	5.81	1	0.016	1.344	1.057	1.708
Jenis Operasi	0.678	0.163	17.281	1	0	1.97	1.431	2.712
Pelaksana Operasi	-0.457	0.13	12.352	1	0	0.633	0.491	0.817
Komplikasi Operasi	1.21	0.441	7.522	1	0.006	3.353	1.412	7.961
Constant	-1.213	0.185	42.873	1	0	0.297		

Dengan memperhatikan tabel tersebut maka didapatkan kekuatan hubungan dilihat dari Exp(B), dari yang terbesar hingga yang terkecil adalah berturut-turut; Diagnosa Penyakit (20,451), Komplikasi Operasi (3,353), Jenis Operasi (1,970), Teknik Operasi (1,344) dan Pelaksana Operasi (0,6333).

Dari analisa tersebut didapat persamaan statistik;

$$Y = \text{konstanta} + a_1x_1 + a_2x_2 + \dots + a_nx_n$$

$$Y = -1,213 + 3,018 (\text{diagnose penyakit}) + 0,295 (\text{teknik operasi}) + 0,678 (\text{jenis operasi}) - 0,457 (\text{pelaksana operasi}) + 1,210 (\text{komplikasi operasi})$$

Aplikasi hasil penelitian di atas adalah bisa digunakan untuk memprediksi kemungkinan atau probabilitas seorang pasien bedah yang baru masuk rumah sakit sampai berapa lama pasien tersebut nantinya akan dirawat. Dimana untuk mengetahui hal ini digunakan rumus;

$$P = 1 / (1 + e^{-Y})$$

P = probabilitas untuk terjadinya hari rawat yang panjang

e = bilangan natural = 2,7

Y = sesuai rumus di atas

a = nilai koefisien tiap variabel

x = nilai variabel bebas

Dengan rumus di atas maka jika ada seorang pasien bedah ketika masuk rumah sakit untuk dirawat dan akan menjalani pembedahan dengan diagnosa yang lebih dari satu, akan dikerjakan operasi secara berencana, ditangani oleh residen serta memerlukan prosedur pembedahan yang tidak sederhana, sekali pun belum diketahui adanya komplikasi yang kemungkinan bisa terjadi, dicurigai kuat nantinya menjalani perawatan di rumah sakit akan melewati standar lama rawat. Dengan kata lain probabilitas pasien ini untuk dirawat di rumah sakit lebih dari 9 hari sebesar 75%.





## BAB 7

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1. Kesimpulan

Dari penjabaran hasil penelitian di atas, dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara Lama Hari Rawat pasien di rumah sakit dengan faktor-faktor sebagai berikut;
  - Hari masuk pasien ke rumah sakit
  - Hari keluar pasien dari rumah sakit
  - Umur pasien
  - Pekerjaan pasien
  - Penanggungjawab biaya perawatan
  - Status kepulangan pasien
- b. Didapatkan hubungan bermakna antara Lama Hari Rawat pasien di rumah sakit dengan faktor-faktor sebagai berikut;
  - Komplikasi operasi
  - Jenis operasi
  - Diagnosa penyakit
  - Teknik pembedahan
  - Pelaksana operasi
- c. Faktor-faktor yang memiliki hubungan berturutan dari yang terkuat hingga terlemah dengan Lama Hari Rawat adalah; diagnose penyakit, komplikasi operasi, jenis operasi, teknik operasi dan pelaksana operasi.
- d. Diagnosa penyakit, komplikasi operasi, jenis operasi, teknik operasi dan pelaksana operasi dapat dijadikan prediktor faktor terhadap penilaian awal seorang pasien bedah yang memerlukan perawatan di rumah sakit.

## 7.2. Saran

Dengan melihat kondisi yang ada di RSUP Sanglah Denpasar dan merujuk pada hasil penelitian ini, peneliti menyarankan beberapa hal untuk bisa dibenahi;

- a. Untuk mencegah komplikasi pasca operasi para tenaga medis diharapkan bekerja sesuai prosedur, menjalankan program *patient safety* secara konsisten dan meningkatkan terus upaya pencegahan infeksi nosokomial.
- b. Penjadwalan operasi untuk jenis pembedahan berencana (elektif) hendaknya lebih diperhatikan agar tidak terjadi penumpukan antrean, sementara pasien preoperatif masih tetap dirawat di ruangan. Lebih efektif upaya penjadwalan operasi ini dikoordinasikan dengan bagian poliklinik sehingga pasien yang akan masuk rumah sakit sudah mendapatkan jadwal pasti kapan akan dilakukan operasi.
- c. Agar tetap ditingkatkan komunikasi dan koordinasi antar bagian atau Satuan Medis Fungsional dalam merawat pasien bersama khususnya untuk pasien dengan diagnosa ganda, sehingga pasien tidak menjadi terlantar dan memperpanjang masa rawat pasien di rumah sakit.
- d. Perlu lebih banyak disediakan instrumen bedah minimal invasif agar operasi yang dikerjakan pada masa mendatang lebih mengarah pada teknik ini sehingga komplikasi dan lama hari rawat pasien dapat dikurangi.
- e. Pihak manajemen rumah sakit bisa menghimbau Unit Pelaksana Fungsional yang menyelenggarakan PPDS (Program Pendidikan Spesialis) terutama di bagian bedah agar proses bimbingan dan evaluasi oleh senior atau konsulen kepada peserta didik lebih ditingkatkan untuk mencegah terjadinya morbiditas terutama pada operasi yang dikerjakan oleh residen.

## DAFTAR PUSTAKA

Adriani, Elvi Rhida (2008). Pengaruh Persepsi Tentang Pelayanan Kesehatan Terhadap Kepuasan Pasien Peserta Askeskin Rawat Inap Di RSUD dr. Pirngadi Medan Tahun 2006.

Afif, Ahmad (2008). Hubungan Faktor Komorbid, Usia dan Status Gizi dengan Lama Rawat Inap pada Pasien Hernia Inguinalis Lateralis Reponibilis yang Dioperasi Herniorepair Tanpa Mesh di RS PKU Muhammadiyah Surakarta Periode 2005 – 2007.

Anggraini, Dian. (2008). Perbandingan Kepuasan Pasien Gakindan Pasien Umum di Unit Rawat Inap RSUD Budi Asih Tahun 2008. FKMUI

Barbara J, Billie F., Brahm Pendit (2006). Buku Ajar Perawatan Perioperatif. Volume 2. Praktik. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Cetakan I. Jakarta.

Chriswardani S. (2006). Penyusunan Indikator Kepuasan Pasien Rawat Inap Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan.

Daniel M. Keller, PhD (2010). *Comorbidities Increase Cost, Length of Stay for Spine Surgery Patients*. American Association of Neurological Surgeons (AANS) 2010 Annual Meeting.

Departemen Kesehatan RI (2005). Standar Pelayanan Minimal, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. Jakarta.

eHow Contributor (2012). *How to Determine Length of Stay in the Hospital After Open Heart Surgery*. [http://www.ehow.com/how\\_2034647\\_hospital-heart-surgery.html](http://www.ehow.com/how_2034647_hospital-heart-surgery.html) diakses April 2012

Erbaydar, Akgun, at all (2004). *Estimation of increased hospital stay due to nosocomial infections in surgical patients: comparison of matched groups*. Istanbul University Medical School, Çapa, Istanbul, Turkey.

Fema Solekhah B. (2009) Mutu Pelayanan Kesehatan, Perspektif Internasional. Penerbit Buku Kedokteran, EGC

Ferreyra, Long, Ranieri (2009) *Respiratory Complications After Major Surgery*. Lippincott Williams & Wilkins.

Herman C., Karolak W., at all (2009). *Predicting Prolonged Intensive Care Unit Length of Stay in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery Development of An Entirely Preoperative Scorecard*. Current Opinion in Critical Care.

Universitas Indonesia

Iezzoni, Lisa I, Michael DP (2012). *Patient's Perspective: Hard Lessons from a Long Hospital Stay*. American Journal of Nursing, volume 112, April 2012

Imbalo S Pohan (2007). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan. Dasar – Dasar Pengertian dan Penerapan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Cetakan I, Jakarta.

Indradi, Rano. (2007). *Antara Lama Rawat dan Hari Perawatan*. 23 April 2012 diunduh dari [www.ranocenter.net](http://www.ranocenter.net)

Jacobalis S (2000). *Beberapa Teknik dalam Manajemen Mutu. Manajemen rumah Sakit*. Gramedia Widiasarana Indonesia. Jakarta

Jorien M., Anton J., Nelissen (2012). *Haemoglobin predicts length of hospitalstay after hip fracture surgery in older patients. Department of Orthopaedics, Leiden University Medical Centre, Leiden, The Netherlands*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.03.016>. Available online 21 April 2012

Junger A., Klasem J. (2008). *Factors determining length of stay of surgical day-case patients*. European Journal of Anaesthesiology.

Krzysztof Siemionow (2011). *Predictors of length of hospital stay after spine surgery*. *Wisdom Teeth Surgery*.

Lacy, Antonio M., Delgado, att all (2008). *The Long-term Results of a Randomized Clinical Trial of Laparoscopy-assisted Versus Open Surgery for Colon Cancer*. Annal of Surgery, volume 248, July 2008

Lipsky, Tabak, Johannes I. (2010). *Skin and soft tissue infections in hospitalised patients with diabetes: culture isolates and risk factors associated with mortality, length of stay and cost*. Diabetologia (2010). Published online: 10 February 2010

Martin (2010). *Pengaruh Harga (Price) dan Kualitas Pelayanan (Service Quality) Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap di RSUD. Deli Medan*. URI: <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/16439>

Razi, Fakhrol (2011). *Pengaruh Faktor Internal dan Eksternal Perawat terhadap Pencegahan Terjadinya Infeksi Nosokomial di Ruang Rawat Bedah RSUD Kota Langsa Tahun 2011*.

Retno Sari, Dewi (2011). *Pengaruh Persepsi Pasien pada Pelayanan Keperawatan terhadap Loyalitas Pasien Rawat Inap Kelas III di RSUD DR. R. M. Djoelham Binjai*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatra Utara.

**Universitas Indonesia**

Revans Regenal (2004). *Research Into Hospital Management and Organization*. Health Services Research Study Section of the United States Public Health Service. New York.

Richard Johnson, Jennifer Simpson (2009). *Reducing Length of Stay for Colorectal Surgery Patients using Enhanced Recovery Techniques*. Cancer Inpatient Case Study. NHS Improvement.

Rochmanadji Widajat (2009). *Being A Great and Sustainable Hospital*. Beberapa *Pitfall* Manajemen yang Harus Diwaspadai. PT Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.

RSUP Sanglah Denpasar (2011). Laporan Kegiatan Tahun 2011 Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar.

RSUP Sanglah Denpasar (2011). Standar Prosedur Operasional (SPO) Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Tahun 2011.

Sarguna, Listiani (2004). Organisasi Manajemen Rumah Sakit. Konsorsium Rumah Sakit Islam Jawa Tengah dan Yogyakarta

Schirmer B., Sabiston Jr. Petrus A (2005). Persiapan Praoperasi Pasien Bedah dalam Buku Ajar Bedah. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.

Snowden, Chris P., Prentis, James M. At all (2010). *Submaximal Cardiopulmonary Exercise Testing Predicts Complications and Hospital Length of Stay in Patients Undergoing Major Elective Surgery*. *Annals of Surgery*: Volume 251, March 2010

Themistoklis K., Kourkoumpetis, G.C.Velmahos (2010). *The Effect of Cumulative Length of Hospital Stay on the Antifungal Resistance of Candida Strains Isolated from Critically Ill Surgical Patients*. *Mycopathologia*, 2011.

## CHEKLIST PENELITIAN

1. Nama Pasien :
2. No. Register pasien :
3. Umur pasien : - .....tahun  
- ..... bulan  
- .....hari
4. Pekerjaan : - pegawai negeri  
- Swasta  
- Lain-lain
5. Penanggung jawab : - biaya sendiri  
- Askes  
- Perusahaan  
- Jamkesmas  
- JKBM
6. Teknik operasi : - Sederhana (Simple)  
- Rumit (Komplek)
7. Hari masuk Rumah sakit : - Senin  
- Selasa  
- Rabu  
- Kamis  
- Jumat  
- Sabtu
8. Tanggal masuk Rumah sakit : ...../...../ 2011
9. Komplikasi operasi : - Ada  
- Tidak ada
10. Jenis operasi : - Cito  
- Elektif

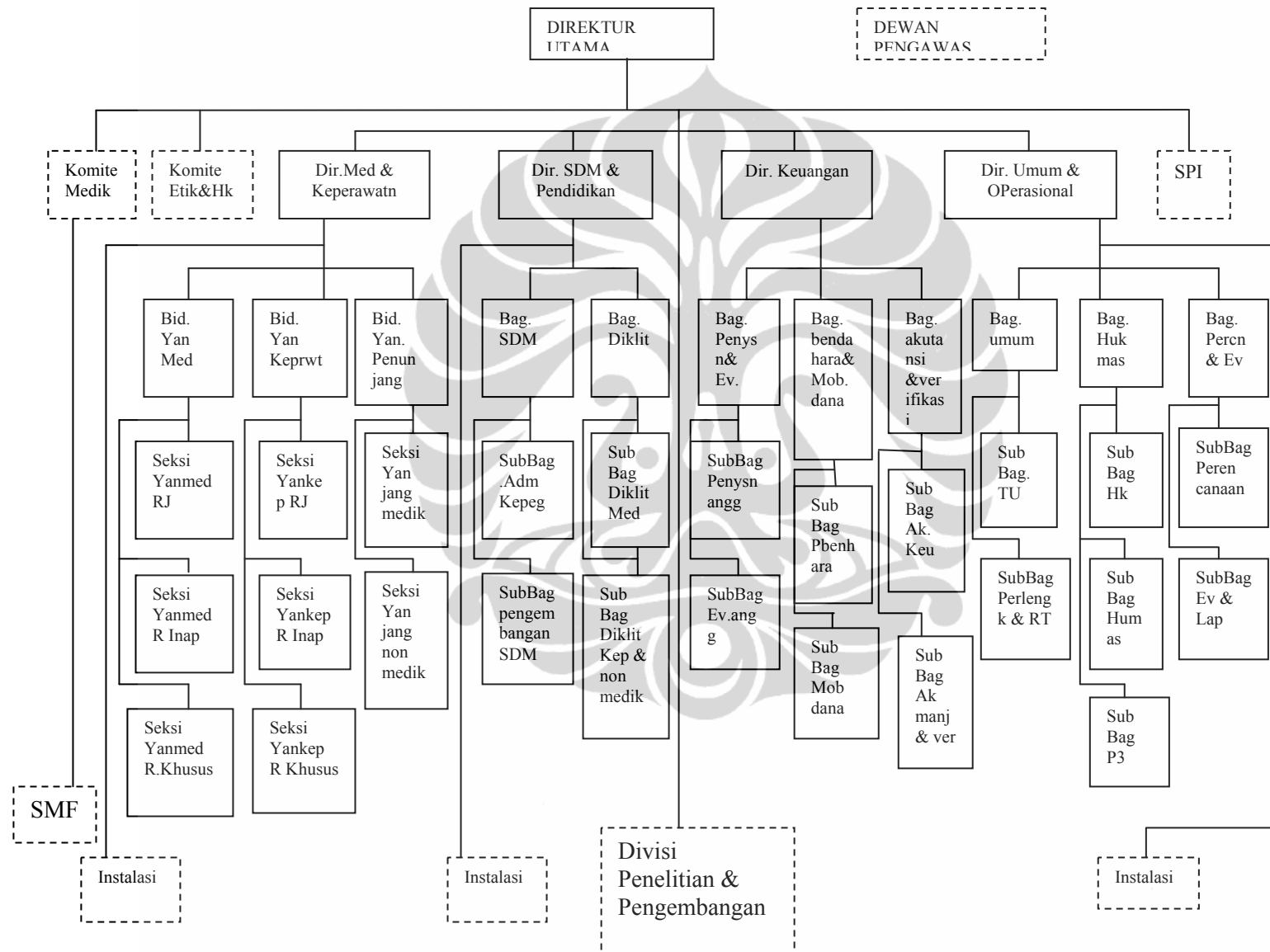
11. Diagnose penyakit : - Diagnose tunggal  
- Diagnose ganda
12. Pelaksana operasi : - Spesialis  
- Residen
13. Hari keluar Rumah sakit : - Senin  
- Selasa  
- Rabu  
- Kamis  
- Jumat  
- Sabtu
14. Tanggal keluar Rumah sakit : ...../...../ 2011
15. Alasan pulang : - Atas izin dokter/ sembuh  
- Pulang paksa



Denpasar, .....2012  
Pengumpul data

( )

## STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SANGLAH





.	No. Regtr	N a m a	Kelamin	Umur	pekerjaan	MRS	Diagnose	jenis op	optek	operator	Komplik	pen.jawab	KRS	Stt.pulang	HariRawat	LOS (hari)
1	1482867	MASNUN	1	55	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	6
2	1509104	MERI NI WAYAN	1	59	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	7
3	1485291	KASNA I KETUT	1	54	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	15
4	1485299	JAGRI I MADE	1	54	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	16
5	1483869	SRI AYU NI NYM	2	25	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	4
6	1529655	DARPI I WAYAN, SH	1	45	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	11
7	1526901	SUATA DEWA AYU PT	2	64	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	8
8	1471266	WIRA KUSUMA DUSAK MADE	1	54	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	8
9	1513987	PUTRI NI MADE	2	57	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	7
10	1193443	ARNAWA I MADE	1	58	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	14
11	1398387	SEBROG, NI NYM	2	64	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	7
12	1504732	MERTA I NYOMAN	1	61	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	21
13	1498630	PUTRIASIH,NENGAH	2	39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	13
14	1398388	SURNI, NI MADE	2	64	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	6
15	1504732	MERTA I NYOMAN	1	61	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	7
16	1514157	JUNIASIH NI WAYAN	2	18	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	6
17	1498630	PUTRIASIH,NENGAH	2	39	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	8
18	1480850	SRI BUDIASTUTI LUH KADE	2	25	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	10
19	1499041	SIULAN JERO MADE	2	59	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	7
20	1457699	SARDANA I NYOMAN	1	70	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	21
21	1159214	NARTHA I MADE	1	43	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	16
22	1481497	FIDELIS S. ATMAYEKSA TAA	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	15
23	1459469	ARIFIN	1	35	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	14
24	1497561	HJ MUHMINAH ISNAEDA	2	59	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	6
25	1499618	REPOT, MADE	2	26	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	7
26	1530095	DAYALIS	1	66	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	7
27	1493678	KUPIT NI MADE	2	58	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6
28	1528518	CAPER IWAYAN	1	48	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	14
29	1495805	JANTIN NI NYOMAN	2	61	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	9
30	1504676	BRATI NI NYOMAN	2	61	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	18
31	1454787	YADNYA I MADE	1	58	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	6
32	1481758	NEKA WINAYA I NYM	1	45	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	7

33	1455091	SUWASTIKA I NYM	1	60	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	6
34	1514814	LODRI,GST AYU KT	2	61	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	34
35	1509950	PASTIKA, GST PT	1	49	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	7
36	1518454	KEBROK HJ.	2	57	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	23
37	1441816	NADI LESTARI NI MADE	2	29	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	6
38	1485719	DANI NI NYOMAN	2	41	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	6
39	1478115	MURNIATI NI WAYAN	2	41	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	6
40	1516594	TETEP , NI MADE	2	46	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	8
41	1522010	SUARIYANA I KM	1	59	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	11
42	1450647	SARTA NI NENGAH	2	48	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	11
43	1464642	SUCI NI MD	2	48	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	6
44	962787	SUKAYA I MADE	1	56	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	7
45	1481748	GOPLONG I WY	1	81	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	7
46	1527658	MARIATUN,LALU ISMAIL	2	58	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	16
47	1468719	NURIJA I NYOMAN	1	53	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	5
48	1477318	TINGGAL I NYM	1	71	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	7
49	1467357	SUKANITI NI MADE	2	51	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	7
50	1528365	WINDRA, I NYM	1	61	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	8
51	1392454	DRAHIM NGH	1	73	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	10
52	1422878	PUTRINI KETUT	2	44	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	11
53	1483116	JANJI I MD	1	58	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	9
54	1470252	REMBUN LUH	2	63	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	9
55	1481970	ARI ANGGRENI NI KADEK	2	13	2	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	7
56	1468562	BALIK NI WAYAN	2	47	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	4
57	1471660	TELAGA NI NYM	2	55	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	14
58	1459039	SRIANI NI WAYAN	2	32	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	7
59	1500609	SUARTHA I WAYAN	1	48	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	10
60	1487602	RABUK NI MADE	2	66	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	9
61	1465023	NESIA NYM	1	45	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	9
62	1489794	ADA I NYM	1	56	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	8
63	1497249	MARLIANTINA NI KM	2	24	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	11
64	1499363	KERTI, NI MD	2	43	1	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	6
65	.....	.....														

561	.....	.....														
562	1458718	AGUS ADITYA	1	22	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	8
563	817191	ADI PRAJA WIBAWA GEDE	1	27	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	6
564	1468826	SENENG KETUT	1	51	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	17
565	1330538	ASTIKA KOMANG	1	21	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	7
566	1330537	MUSTIKA WAYAN	1	21	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	14
567	1385294	SUKRA , MD.	1	63	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	9
568	901442	SERIADA I KETUT	1	40	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	5
569	1456985	RIAN ARDIKA PUTU	1	22	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	11
570	1472063	AKMAL	1	39	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	7
571	1450851	RIBUT NI GST PT	2	81	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	14
572	1487623	PAN SUBARI	1	76	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	8
573	1477409	LEMUH KETUT	1	73	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	8
574	1491570	MUJIAH	2	36	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	12
575	1524191	LEMIK, NI MADE	2	61	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6
576	1527565	SITI RAHMAH	2	57	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	14
577	1526396	JEMBIN NI NYOMAN	2	47	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	9
578	1489722	AGUSTINUS AMTIRAN	1	55	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	9
579	1493953	KARDI NI MADE	2	67	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	18
580	1530991	ISMAIL EMBONG	1	44	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	8
581	1466397	WESNI NI WAYAN	2	54	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	8
582	1494095	KAYANA I MADE	1	52	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	8
583	1478201	RASNI NI MADE	2	58	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	6
584	1185945	SUPARTA I GST PUTU	1	32	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	5
585	1486352	ARTA,SI NYM	1	51	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	9
586	1489145	WARSIKI, NI WYN	2	57	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	18
587	1500732	RAI I GST MADE	1	44	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	11
588	1488699	SEDANA, IDA BGS	1	51	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	10
589	1494238	NANIK NURLELA	2	62	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1	6
590	1447703	SUJANA I GST PT	1	61	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	8
591	1087860	SARJI NI MADE	2	62	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	9
592	1479534	SUUD HANIFAH	2	57	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	12
593	.....	.....														

1023	.....	.....														
1024	1463646	PURA I NYM	1	44	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	11
1025	1498432	RUSMINI NI KOMANG	2	23	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	9
1026	1465086	AGUNG I GST AG NGR	1	37	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	8
1027	1498352	JAKCHA KRISA NAILASA	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	9
1028	1497045	M.CH.SRI WIJI UTAMI,BA,SH.	2	57	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	8
1029	1497045	M.CH.SRI WIJI UTAMI,BA,SH.	2	57	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	10
1030	1495108	OKA DEWA NGAKAN MADE	1	56	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	7
1031	1463368	I GST BAGUS PUTRA ADNYANA	1	25	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	8
1032	1466562	ARDIKA I WAYAN	1	18	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	13
1033	1522824	JOSEP NURENDRA	1	27	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	8
1034	1519380	YUSTINUS LA NONE	1	44	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	9
1035	1464166	YUDI	1	21	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	7
1036	1433316	RINDIM, NI WYN	2	57	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	12
1037	1506766	NUR ASIAH	2	34	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	9
1038	1501436	DIANA, I MD	1	27	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	8
1039	1429063	MERTA ADI PRADITYA, I KM	1	3	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	8
1040	1508286	RAKA NI GST AYU	2	86	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	7
1041	1477222	LATRI NI WAYAN	1	72	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	8
1042	1044832	YON SETIAWAN	1	51	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	9
1043	1488282	DWI ANUGRAH RUDYANTO	1	51	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	8
1044	1506358	MADYA, I MADE	1	50	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	7
1045	1498397	ENTEG NI KETUT	2	51	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	8
1046	1485970	SUTRIA I MADE	1	47	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	9
1047	1527717	ANDY PRAYOGI I PT GD	1	23	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	6
1048	1528376	DAPET I GD	1	41	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	13
1049	801503	RATIP NI MD	2	69	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	8
1050	1506003	GEMBLUNG NI KETUT	2	46	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	6
1051	1481995	SUKERMAN, WINTARI	1	51	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	6
1052	1505005	JATEN, I NYOMAN	1	43	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	8
1053	1516620	GINTEN, NI MD	2	63	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	5
1054	1514222	MULYONO GUNAWAN	1	61	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	11
1055	.....	.....														

1561	.....	.....														
1562	1237423	BRATI NI KETUT FREDY AGUS SURYADINATHA I KM	2	52	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	12
1563	1514381		1	3	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	5
1564	1477406	TAWA KADEK	1	16	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	7
1565	1529888	SUPARTA I MADE	1	12	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	7
1566	1461816	EKA YOGA PRAMANA	1	9	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1	8
1567	1473847	CHEN YU	1	23	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	8
1568	1449477	WAHYU TRIADIKA I MADE	1	5	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7
1569	1472052	SANGGING NYM	1	78	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	11
1570	1482238	ARYA DARMAJA I DW GD	1	54	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2	14
1571	1490568	CERANCAM I WAYAN	1	50	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	6
1572	1526979	SRINING DSK NYM	2	79	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	6
1573	1514697	SITI MALIHA	2	63	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	6
1574	1464884	EKO WIDODO	1	23	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	7
1575	1506478	KILA I MADE	1	65	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	12
1576	1512750	ANGGA, I GEDE	1	6	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	11
1577	1465656	SUTAMA I WAYAN	1	34	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	12
1578	1462083	DIASIN PUTU	2	55	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	7
1579	1486480	BUDA I MADE	1	34	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	13
1580	1498607	TIRTA UDIYANI, I A MD	2	38	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	6
1581	987221	YUDANA I NYOMAN GEEK MALINDA NOVIANA	1	51	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	8
1582	1512859	SUPRIADI	2	15	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	5
1583	1514157	JUNIASIH NI WAYAN	2	18	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	6
1584	1501703	WARYA, I NYM	1	58	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	7
1585	1457586	KARMINI WAYAN	2	34	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	16
1586	1479411	RUSDI	1	42	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	9

## Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis kelamin * hari rawat 2	1586	100.0%	0	.0%	1586	100.0%
Umur 2 * hari rawat 2	1586	100.0%	0	.0%	1586	100.0%
Pekerjaan * hari rawat 2	1586	100.0%	0	.0%	1586	100.0%
hari masuk 2 * hari rawat 2	1586	100.0%	0	.0%	1586	100.0%
jenis penyakit 2 * hari rawat 2	1586	100.0%	0	.0%	1586	100.0%
jenis operasi 2 * hari rawat 2	1586	100.0%	0	.0%	1586	100.0%
Sifat operasi * hari rawat 2	1586	100.0%	0	.0%	1586	100.0%
operator 2 * hari rawat 2	1586	100.0%	0	.0%	1586	100.0%
komplikasi 2 * hari rawat 2	1586	100.0%	0	.0%	1586	100.0%
penanggung jawab 2 * hari rawat 2	1586	100.0%	0	.0%	1586	100.0%
Hari keluar * hari rawat 2	1586	100.0%	0	.0%	1586	100.0%
Stt pulang * hari rawat 2	1586	100.0%	0	.0%	1586	100.0%

## Jenis Kelamin \* Hari Rawat 2

### Crosstab

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.090(b)	1	.764		
Continuity Correction(a)	.062	1	.804		
Likelihood Ratio	.090	1	.764		
Fisher's Exact Test				.799	.402
Linear-by-Linear Association	.090	1	.765		
N of Valid Cases	1586				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 328.95.

## Umur 2 \* Hari Rawat 2

### Crosstab Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.530(b)	1	.467		
Continuity Correction(a)	.459	1	.498		
Likelihood Ratio	.530	1	.467		
Fisher's Exact Test				.479	.249
Linear-by-Linear Association	.529	1	.467		
N of Valid Cases	1586				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 345.20.

## Pekerjaan \* Hari Rawat 2

### Crosstab Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.700(b)	1	.100		
Continuity Correction(a)	2.537	1	.111		
Likelihood Ratio	2.701	1	.100		
Fisher's Exact Test				.105	.056
Linear-by-Linear Association	2.699	1	.100		
N of Valid Cases	1586				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 339.78.

## Hari Masuk 2 \* Hari Rawat 2

Crosstab

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.235(b)	1	.266		
Continuity Correction(a)	1.124	1	.289		
Likelihood Ratio	1.236	1	.266		
Fisher's Exact Test				.280	.145
Linear-by-Linear Association	1.235	1	.267		
N of Valid Cases	1586				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 305.80.

## Jenis Penyakit 2 \* Hari Rawat 2

Crosstab

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	480.107(b)	1	.000		
Continuity Correction(a)	477.779	1	.000		
Likelihood Ratio	531.610	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	479.805	1	.000		
N of Valid Cases	1586				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 261.97.



## Jenis Operasi 2 \* Hari Rawat 2

Crosstab

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.912(b)	1	.048		
Continuity Correction(a)	3.716	1	.054		
Likelihood Ratio	3.914	1	.048		
Fisher's Exact Test				.050	.027
Linear-by-Linear Association	3.910	1	.048		
N of Valid Cases	1586				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 378.68.

## Sifat Operasi \* Hari Rawat 2

Crosstab

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.034(b)	1	.005		
Continuity Correction(a)	7.689	1	.006		
Likelihood Ratio	8.046	1	.005		
Fisher's Exact Test				.005	.003
Linear-by-Linear Association	8.029	1	.005		
N of Valid Cases	1586				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 164.97.

## Operator 2 \* Hari Rawat 2

### Crosstab

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.540(b)	1	.011		
Continuity Correction(a)	6.266	1	.012		
Likelihood Ratio	6.550	1	.010		
Fisher's Exact Test				.011	.006
Linear-by-Linear Association	6.535	1	.011		
N of Valid Cases	1586				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 247.69.

## Komplikasi 2 \* Hari Rawat 2

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.772(b)	1	.016		
Continuity Correction(a)	5.000	1	.025		
Likelihood Ratio	5.949	1	.015		
Fisher's Exact Test				.019	.012
Linear-by-Linear Association	5.768	1	.016		
N of Valid Cases	1586				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18.22.

## Penanggung Jawab 2 \* Hari Rawat 2

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.301(b)	1	.583		
Continuity Correction(a)	.242	1	.623		
Likelihood Ratio	.301	1	.583		
Fisher's Exact Test				.609	.311
Linear-by-Linear Association	.301	1	.583		
N of Valid Cases	1586				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 206.82.

## Hari Keluar \* Hari Rawat 2

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.895(b)	1	.344		
Continuity Correction(a)	.793	1	.373		
Likelihood Ratio	.895	1	.344		
Fisher's Exact Test				.347	.187
Linear-by-Linear Association	.894	1	.344		
N of Valid Cases	1586				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 225.53.

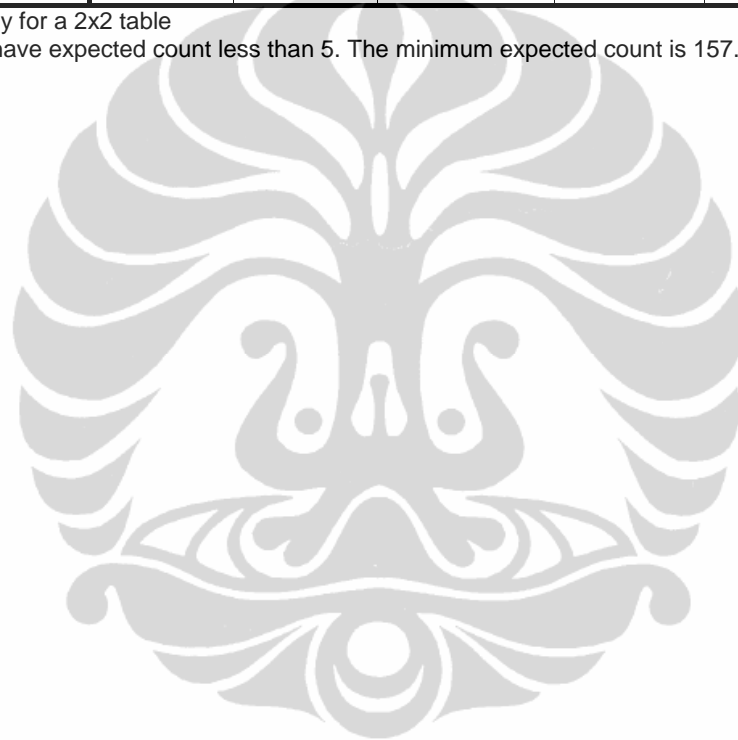
## Stt Pulang \* Hari Rawat 2

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.549(b)	1	.459		
Continuity Correction(a)	.460	1	.498		
Likelihood Ratio	.549	1	.459		
Fisher's Exact Test				.491	.249
Linear-by-Linear Association	.549	1	.459		
N of Valid Cases	1586				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 157.09.



# Logistic Regression

## Case Processing Summary

Unweighted Cases(a)		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	1586	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	1586	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		1586	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

## Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
0	0
1	1

## Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding (1)
komplikasi 2	1.00	37	1.000
	2.00	1549	.000
jenis operasi 2	1.00	769	1.000
	2.00	817	.000
Sifat operasi	elektif	1251	1.000
	cito	335	.000
operator 2	1.00	1083	1.000
	2.00	503	.000
jenis penyakit 2	1.00	532	1.000
	2.00	1054	.000

## Block 0: Beginning Block

Classification Table(a,b)

Classification Table(a,b)

			Observed		
			hari rawat 2		Percentage Correct
			0	1	
Step 0	hari rawat 2	0	0	781	.0
		1	0	805	100.0
Overall Percentage					50.8

a Constant is included in the model.

b The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	.030	.050	.363	1	.547	1.031

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	jenis_penyakit_2(1)	480.107	1	.000
		jenis_op_2(1)	3.912	1	.048
		sifat_op(1)	8.034	1	.005
		operator_2(1)	6.540	1	.011
		komplikasi_2(1)	5.772	1	.016
Overall Statistics			507.410	5	.000

## Block 1: Method = Backward Stepwise (Likelihood Ratio)

### Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	571.599	5	.000
	Block	571.599	5	.000
	Model	571.599	5	.000

### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	1626.700(a)	.303	.404

a Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

### Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	6.667	7	.464

### Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		hari rawat 2 = 0		hari rawat 2 = 1		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	141	139.458	31	32.542	172
	2	219	213.683	74	79.317	293
	3	25	21.434	5	8.566	30
	4	180	180.155	90	89.845	270
	5	85	87.590	54	51.410	139
	6	75	82.681	75	67.319	150
	7	27	32.148	205	199.852	232
	8	18	14.424	140	143.576	158
	9	11	9.428	131	132.572	142

**Classification Table(a)**

			Observed	Predicted		Percentage Correct
			hari rawat 2			
			0	1		
Step 1	hari rawat 2	0	723	58	92.6	
		1	324	481	59.8	
Overall Percentage						75.9

a The cut value is .500

**Variables in the Equation**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1(a)	jenis_penyakit_2(1)	3.018	.160	354.706	1	.000	20.451	14.939	27.997
	jenis_op_2(1)	.295	.123	5.810	1	.016	1.344	1.057	1.708
	sifat_op(1)	.678	.163	17.281	1	.000	1.970	1.431	2.712
	operator_2(1)	-.457	.130	12.352	1	.000	.633	.491	.817
	komplikasi_2(1)	1.210	.441	7.522	1	.006	3.353	1.412	7.961
	Constant	-1.213	.185	42.873	1	.000	.297		

a Variable(s) entered on step 1: jenis\_penyakit\_2, jenis\_op\_2, sifat\_op, operator\_2, komplikasi\_2.

**Model if Term Removed**

Variable	Model Log Likelihood	Change in -2 Log Likelihood	df	Sig. of the Change
Step 1 jenis_penyakit_2	-1084.720	542.741	1	.000
jenis_op_2	-816.267	5.834	1	.016
sifat_op	-822.392	18.085	1	.000
operator_2	-819.539	12.378	1	.000
komplikasi_2	-817.192	7.684	1	.006