

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

A. Gambaran Umum

1. Gambaran Umum RSUD Panembahan Senopati Bantul

a. Sejarah RSUD Panembahan Senopati Bantul

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Panembahan Senopati Bantul sudah berdiri sejak tahun 1953 dengan nama Rumah Sakit Hongeroedem (HO). Bergantinya tahun, rumah sakit tersebut mengganti nama menjadi Rumah Sakit Kabupaten pada tahun 1956 dengan 60 Tempat Tidur (TT), kemudian pada tahun 1967 menjadi 90 Tempat Tidur (TT). Pada tanggal 1 April 1982 diresmikan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia sebagai RSUD Kabupaten Bantul Type D. Kemudian pada tanggal 26 februari 1993 melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 202/Menkes/SK/11/1993 RSUD Kabupaten Bantul ditetapkan sebagai rumah sakit ber-type C. Pada bulan November 1995 RSUD Kabupaten Bantul lulus akreditasi penuh unuk 5 pokja. Tanggal 1 Januari 2013, rumah sakit ini berganti nama menjadi Rumah Sakit Swadana dengan Perda Nomor 8 tanggal 8 Juni 2002. Pada tanggal 29 Maret 2003 merubah namanya kembali menjadi RSD Panembahan Senopati Bantul. Sesuai dengan SK Menkes No. 142/Menkes/SK/I/2007 tanggal 31 Januari 2007 tentang Peningkatan Kelas RSUD Panembahan Senopati Bantul dari Type C menjadi Kelas B Non Pendidikan. Pada tanggal 14 April 2015 RSUD Panembahan Senopati Bantul telah mendapatkan Sertifikat Akreditasi dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dengan predikat “paripurna” bintang lima. Pada tanggal 22 Oktober 2018 meraih kembali tingkat paripurna bintang lima dalam re-akreditasi KARS versi 2018.

b. Visi dan Misi

1) Visi

Terwujudnya rumah sakit yang unggul dan menjadi kebanggaan seluruh masyarakat.

2) Misi

- a) Memberikan pelayanan prima pada pelanggan
- b) Meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia.
- c) Melaksanakan peningkatan mutu berkelanjutan dalam pelayanan kesehatan.
- d) Meningkatkan jalinan kerjasama dengan mitra terkait.
- e) Meningkatkan ketersediaan sarana prasarana yang berkualitas.
- f) Menyelenggarakan tata kelola keuangan yang sehat untuk mendukung pertumbuhan organisasi.

c. Struktur Organisasi RSUD Panembahan Senopati Bantul



Gambar 4. 1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul

d. Jenis-Jenis Pelayanan Kesehatan di RSUD Panembahan Senopati Bantul

Jenis-jenis pelayanan kesehatan di RSUD Panembahan Senopati Bantul diantaranya sebagai berikut:

1) Gawat Darurat

Khusus untuk menangani kasus-kasus *emergency*, buka 24 jam.

2) Pelayanan Rawat Jalan RSUD Panembahan Senopati Bantul diantaranya sebagai berikut:

- a) Klinik Bedah
 - b) Klinik Anak
 - c) Klinik Poli Dalam
 - d) Klinik Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB
 - e) Klinik Saraf
 - f) Klinik Orthopedi
 - g) Klinik Telinga, Hidung dan Tenggorokan
 - h) Klinik Jantung
 - i) Klinik Paru
 - j) Klinik Jiwa
 - k) Klinik Kulit dan Penyakit Kelamin
 - l) Klinik Urologi
 - m) Klinik Mata
 - n) Klinik Gigi, Orthodonsi, Bedah Mulut dan Konservasi Gigi dan Prosthodontisi
 - o) Klinik Umum
 - p) Klinik Psikologi
 - q) Rehabilitasi Medik
 - r) Hemodialisa
 - s) Kemoterapi
- 3) Pelayanan Rawat Inap RSUD Panembahan Senopati Bantul dengan fasilitas sebagai berikut:

- a) VVIP I
 - b) VVIP
 - c) VIP
 - d) Kelas I
 - e) Kelas II
 - f) Kelas III
 - g) ICU
 - h) Perinatal
 - i) HCU/PICU
- 4) Pelayanan penunjang RSUD Panembahan Senopati Bantul antara lain:
- a) Instalasi Gizi : Konsultasi/Pelayanan Gizi
 - b) Laundry
 - c) Instalasi Rehabilitasi Medis
 - d) Instalasi Laboratorium Patologi Klinis dan Patologi Anatomi (Automated Clinical Analyzer)
 - e) IPS RS dan IPAL
 - f) Instalasi Radiologi
 - g) Unit Elektromedik
 - h) Pelayanan Spirometri
 - i) Pelayanan Rohani
- 5) Pelayanan administrasi RSUD Panembahan Senopati Bantul antara lain:
- a) Informasi Penerimaan Pasien
 - b) Keuangan
 - c) Personalia
 - d) Keamanan
 - e) Sistem Informasi Rumah Sakit

2. Gambaran Umum Rekam Medis RSUD Panembahan Senopati Bantul

a. Sejarah Rekam Medis RSUD Panembahan Senopati Bantul

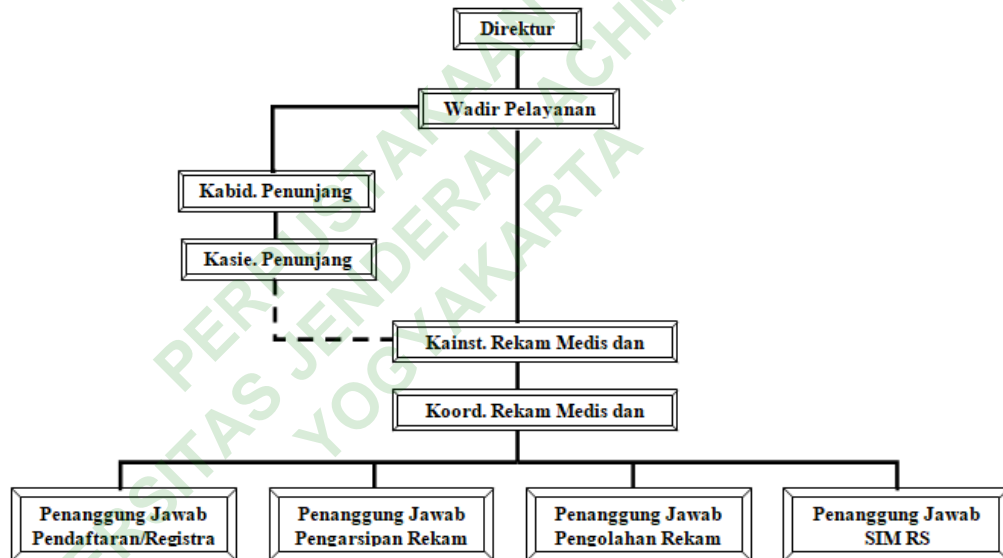
Pada tahun 1953 RSUD Panembahan Senopati Bantul yang semula bernama rumah sakit Hongoeddom (HO) sudah memiliki instalasi rekam medis yang masih terbatas pada kegiatan pendaftaran pasien dan penyimpanan rekam medis saja, adapun ruang pendaftaran pasien berada di luar ruang pemeriksaan dokter. Semua kegiatan pendaftaran dan penyimpanan belum dikerjakan oleh tenaga perekam medis. Kegiatan tersebut berjalan sampai awal tahun 1984. Mulai bulan April 1984 instalasi rekam medis mendapat tempat tersendiri. Hal tersebut terbukti dengan adanya ruang pendaftaran pasien rawat jalan, pasien instalasi gawat darurat, pasien rawat inap, dan pengolahan data. Ruang penyimpanan rekam medis (filing) baik aktif maupun inaktif masih menjadi satu dengan ruang tempat pendaftaran pasien. Sistem penyimpanan masih belum sentralisasi (masih desentralisasi) dan belum menggunakan sistem penomoran urut yang terdokumentasi dalam buku induk (buku register), disimpan menurut angka genap atau ganjil. Hal tersebut dilakukan sampai dengan tahun 2000.

Mulai awal tahun 2001 sistem pengolahan rekam medis di RSUD Panembahan Senopati Bantul sudah mulai lengkap dari tempat pendaftaran pasien rawat jalan, rawat inap/instalasi gawat darurat, distribusi, filing, assembling, coding dan pelaporan. Sistem penyimpanan sudah mulai sentralisasi dengan menggabungkan rawat jalan dan rawat inap kedalam satu folder rekam medis. Namun ilmu yang didapat hanya dari pelatihan dan belajar otodidak tentang rekam medis karena belum ada tenaga rekam medis dari D3 rekam medis.

Mulai tahun 2003 tenaga kerja rekam medis sudah mengalami kemajuan sudah terdapat tenaga rekam medis dari D3 rekam medis, yang sebelumnya rata-rata pendidikan dari SLTP dan SLTA. Jumlah tenaga rekam medis menjadi 56 orang, sedangkan sebelumnya hanya 14 orang. 56 orang tersebut terdiri dari 3 orang bagian pelaporan, 8

orang bagian filing, 4 orang assembling, satu orang bagian surat keterangan medis (SKM), 2 orang bagian retensi, 7 orang bagian *inacbgs*, 5 orang bagian simrs, 2 orang bagian administrasi, 9 orang tempat pendaftaran pasien rawat inap/instalas gawat darurat, 9 orang tempat pendaftaran pasien rawat jalan, 6 orang bagian distribusi, namun tidak semuanya berlatarbelakang D3 rekam medis. Pada struktur organisasi di RSUD Panembahan Senopati Bantul sudah berubah menjadi Instalasi Rekam Medis dan SIMRS sejak Maret 2014.

b. Struktur Organisasi Instalasi Rekam Medis dan SIMRS



Gambar 4. 2 Struktur Organisasi Instalasi Rekam Medis dan SIMRS RSUD Panembahan Senopati Bantul

B. Hasil Penelitian

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul didapatkan hasil penelitian sebagai berikut:

1. Faktor yang Mempengaruhi Pada Pasien *Cardiovaskuler*

Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Faktor yang Mempengaruhi Pasien *Cardiovaskuler*

Faktor	Jumlah	Persentase
	n	%
Karakteristik Pasien		
Jenis kelamin		
Laki-Laki	45	46,4
Perempuan	52	53,6
Usia		
0-25	1	1,0
26-50	12	12,4
51-75	61	62,9
>75	23	23,7
Pekerjaan		
Lainnya	30	30,9
Petani	13	13,4
Buruh	16	16,5
Swasta	13	13,4
PNS/TINI/POLRI	6	6,2
Pensiunan	19	19,6
Keadaan Klinis		
Pemeriksaan Penunjang		
1 pemeriksaan penunjang	1	1,0
2 pemeriksaan penunjang	3	3,1
3 pemeriksaan penunjang	17	17,5
4 pemeriksaan penunjang	76	78,4
Komplikasi		
Tidak Ada	3	3,1
1 komplikasi	21	21,6
2 komplikasi	38	39,2
3 komplikasi	25	25,8
4 komplikasi	7	7,2
5 komplikasi	3	3,1
Tindakan Medis		
1 tindakan medis	17	17,5
2 tindakan medis	6	6,2

Tindakan Medis		
3 tindakan medis	1	1,0
4 tindakan medis	1	1,0
Manajemen Rumah Sakit		
Cara Bayar		
Umum	10	10,3
BPJS Non PBI	32	33,0
BPJS PBI	55	56,7
Kelas Rawat Inap		
VVIP	8	8,2
VIP	5	5,2
Kelas I	9	9,3
Kelas II	16	16,5
Kelas III	59	60,8

Sumber: Berkas rekam medis rawat inap tahun 2017-2018 RSUD Panembahan Senopati Bantul

Hasil analisis pada Tabel 4. 1 menunjukkan bahwa dari 97 sampel, berdasarkan karakteristik pasien didapatkan pasien *cardiovaskuler* mayoritas berjenis kelamin perempuan (53,6%), dengan usia antara 51-75 (62,9%) serta pekerjaan lainnya (30,9%). Kemudian berdasarkan keadaan klinis mayoritas pasien dengan kasus *cardiovaskuler* melakukan 4 pemeriksaan penunjang (78,4%) dengan 2 jenis komplikasi (39,2%), persentase terendah keadaan klinis pada pasien *cardiovaskuler* melakukan 1 pemeriksaan penunjang (1,0%) dengan 1 jenis komplikasi dan 5 jenis komplikasi dengan persentase yang sama yaitu 3,1%. Selanjutnya berdasarkan tabel tersebut didapatkan bahwa mayoritas pasien dengan kasus *cardiovaskuler* tidak melakukan tindakan medis (74,2%). Adapun berdasarkan manajemen rumah sakit pasien *cardiovaskuler* mayoritas cara pembayarannya menggunakan BPJS PBI (56,7%) dengan kelas rawat inap di kelas III (60,8%).

2. Hubungan Antara Panjangnya *Length Of Stay* (LOS) Dengan Faktor Yang Mempengaruhi Pasien *Cardiovaskuler*

Tabel 4. 2 Distribusi hubungan Length Of Stay (LOS) dengan karakteristik pasien

Karakteristik Pasien	LOS <12		LOS >12		Total		p-value
	n	%	n	%	n	%	
Jenis Kelamin							
Laki-Laki	28	28,9%	17	17,5%	45	46,4%	0,020
Perempuan	20	20,6%	32	33,0%	52	53,6%	
Usia							
0-25	0	0,0%	1	1,0%	1	1	0,330
26-50	8	8,2%	4	4,1%	12	12,4%	
51-75	31	32,0%	30	30,9%	61	62,9%	
>75	9	9,3%	14	14,4%	23	23,7%	
Pekerjaan							
Lainnya	14	14,4%	16	16,5%	30	30,9%	0,695
Petani	5	5,2%	8	8,2%	13	13,4%	
Buruh	10	10,3%	6	6,2%	16	16,5%	
Swasta	7	7,2%	6	6,2%	13	13,4%	
PNS/TNI/POLRI	4	4,1%	2	2,1%	6	6,2%	
Pensiunan	8	8,2%	11	11,3%	19	19,6%	

Sumber: Hasil analisis bivariat dengan uji chi square pada program spss

Berdasarkan Tabel 4. 2 terlihat bahwa karakteristik pasien dengan kasus *cardiovaskuler* mayoritas kelompok pasien dengan Length Of Stay (LOS) (>12) berjenis kelamin perempuan (33,0%), usia antara 51-75 tahun (30,9%), dengan pekerjaan lainnya (16,5%). Pada tabel 4. 2 juga menjelaskan mengenai analisis bivariat yang dilakukan dengan uji chi square untuk hipotesis dua sisi pada tingkat kepercayaan 95% ($=0,05$ dengan kriteria kemaknaan $p\text{-value} \leq \alpha =0,05$) didapatkan bahwa faktor yang mempengaruhi panjangnya Length Of Stay (LOS) berdasarkan karakteristik pasien yang signifikan berhubungan dengan Length Of Stay (LOS) pasien *cardiovaskuler* adalah jenis kelamin ($p\text{-value} = 0,020$). Sedangkan untuk usia berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai $p\text{-value} = 0,330$ dan pekerjaan nilai $p\text{-value} =0,695$ sehingga H_0 diterima dan H_a ditolak dan dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara

karakteristik pasien berdasarkan faktor usia dan pekerjaan dengan panjangnya Length Of Stay (LOS).

Tabel 4. 3 Distribusi hubungan Length Of Stay (LOS) dengan keadaan klinis pasien *cardiovaskuler*

Keadaan Klinis	LOS <12		LOS >12		Total		p-value
	n	%	n	%	n	%	
Pemeriksaan Penunjang							
1 pemeriksaan penunjang	0	0,0%	1	1,0%	1	1,0%	0,197
2 pemeriksaan penunjang	1	1,0%	2	2,1%	3	3,1%	
3 pemeriksaan penunjang	12	12,4%	5	5,2%	17	17,5%	
4 pemeriksaan penunjang	35	36,1%	41	42,3%	76	78,4%	
Komplikasi							
Tidak Ada	2	2,1%	1	1,0%	3	3,1%	0,030
1 komplikasi	13	13,4%	8	8,2%	21	21,6%	
2 komplikasi	20	20,6%	18	18,6%	38	39,2%	
3 komplikasi	10	10,3%	15	15,5%	25	25,8%	
4 komplikasi	3	3,1%	4	4,1%	7	7,2%	
5 komplikasi	0	0,0%	3	3,1%	3	3,1%	

Sumber: Hasil analisis bivariat dengan uji chi square pada program spss

Berdasarkan Tabel 4. 2 terlihat bahwa keadaan klinis pasien *cardiovaskuler* mayoritas kelompok pasien dengan Length Of Stay (LOS) (>12) melakukan 4 pemeriksaan penunjang (42,3%) dan memiliki 2 komplikasi (18,6%). Pada tabel 4. 3 juga menjelaskan mengenai analisis bivariat yang dilakukan dengan uji chi square untuk hipotesis dua sisi pada tingkat kepercayaan 95% ($=0,05$ dengan kriteria kemaknaan $p\text{-value} \leq \alpha = 0,05$) didapatkan bahwa faktor yang mempengaruhi panjangnya Length Of Stay (LOS) berdasarkan keadaan klinis yang signifikan berhubungan dengan Length Of Stay (LOS) pasien *cardiovaskuler* adalah komplikasi ($p\text{-value} = 0,030$). Sedangkan untuk pemeriksaan penunjang berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai $p\text{-value} = 0,197$ sehingga H_0 diterima dan H_a ditolak dan dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara karakteristik pasien berdasarkan faktor pemeriksaan penunjang dengan panjangnya Length Of Stay (LOS).

Tabel 4. 4 Distribusi hubungan Length Of Stay (LOS) dengan tindakan medis pasien *cardiovaskuler*

Karakteristik Pasien	LOS <12		LOS >12		Total		p-value
	n	%	n	%	n	%	
Tidak Ada	43	44,3%	29	29,9%	72	74,2%	0,004
1 tindakan medis	4	4,1%	13	13,4%	17	17,5%	
2 tindakan medis	0	0,0%	6	6,2%	6	6,2%	
3 tindakan medis	1	1,0%	0	0,0%	1	1,0%	
4 tindakan medis	0	0,0%	1	1,0%	1	1,0%	

Sumber: Hasil analisis bivariat dengan uji chi square pada program spss

Berdasarkan Tabel 4. 3 terlihat bahwa tindakan medis pasien *cardiovaskuler* mayoritas kelompok pasien dengan Length Of Stay (LOS) (>12) tidak melakukan tindakan medis (29,9%) dan yang melakukan 1 tindakan medis sebanyak 12 pasien (13,4%). Pada tabel 4. 3 juga menjelaskan mengenai analisis bivariat yang dilakukan dengan uji chi square untuk hipotesis dua sisi pada tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$) dengan kriteria kemaknaan $p\text{-value} \leq \alpha = 0,05$) didapatkan bahwa tindakan medis secara signifikan berhubungan dengan panjangnya Length Of Stay (LOS) pasien *cardiovaskuler* ($p\text{-value} = 0,004$).

Tabel 4. 5 Distribusi hubungan Length Of Stay (LOS) dengan manajemen rumah sakit pasien *cardiovaskuler*

Manajemen Rumah Sakit	LOS <12		LOS >12		Total		p-value
	n	%	n	%	N	%	
Cara Bayar							
Umum	8	8,2%	2	2,1%	10	10,3%	0,119
BPJS Non PBI	14	14,4%	18	18,6%	32	33,0%	
BPJS PBI	26	26,8%	29	29,9%	55	56,7%	
Kelas Rawat Inap							
VVIP	4	4,1%	4	4,1%	8	8,2%	0,978
VIP	3	3,1%	2	2,1%	5	5,2%	
Kelas I	5	5,2%	4	4,1%	9	9,3%	
Kelas II	8	8,2%	8	8,2%	16	16,5%	
Kelas III	28	28,9%	31	32,0%	59	60,8%	

Sumber: Hasil analisis bivariat dengan uji chi square pada program spss

Berdasarkan Tabel 4. 4 terlihat bahwa pada manajemen rumah sakit pasien *cardiovaskuler* mayoritas kelompok pasien dengan Length Of Stay (LOS) (>12) melakukan cara pembayarannya menggunakan BPJS PBI (29,9%) dengan kelas rawat inap di kelas kelas III (32,0%). Pada tabel 4. 4 juga menjelaskan mengenai analisis bivariat yang dilakukan dengan uji chi square untuk hipotesis dua sisi pada tingkat kepercayaan 95% ($=0,05$ dengan kriteria kemaknaan $p\text{-value} \leq \alpha =0,05$) didapatkan bahwa faktor yang mempengaruhi panjangnya Length Of Stay (LOS) berdasarkan manajemen rumah sakit pada cara membayar didapatkan nilai $p\text{-value} = 0,119$ dan pada kelas rawat inap didapatkan nilai $p\text{-value} = 0,978$ sehingga pada manajemen rumah sakit H_0 diterima dan H_a ditolak dan dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara manajemen rumah sakit dengan panjangnya Length Of Stay (LOS).

3. Pengaruh Panjangnya *Length Of Stay (LOS)* terhadap Pasien *Cardiovaskuler*

Berdasarkan hasil analisis panjangnya Length Of Stay (LOS) yang melebihi standar ideal 12 hari sehingga Length Of Stay (LOS) yang melebihi standar tersebut akan mempengaruhi faktor finansial rumah sakit khususnya pasien dari peserta BPJS.

Tabel 4. 6 Distribusi Frekuensi Kesesuaian Length Of Stay (LOS) Pasien BPJS *Cardiovaskuler* berdasarkan INA CBG's

Kesesuaian LOS	Jumlah Persentase	
	n	%
LOS pasien yang \leq LOS INA CBG's	27	31,0
LOS pasien yang $>$ LOS INA CBG's	60	69,0
Total	87	100,0

Berdasarkan Tabel 4.6 dapat diketahui bahwa Length Of Stay (LOS) pasien *cardiovaskuler* peserta BPJS yang melebihi Length Of Stay (LOS) INA CBG's terdapat 69%.

C. Pembahasan

1. Faktor yang Mempengaruhi Pada Pasien *Cardiovaskuler*

Analisis univariat bertujuan untuk memperoleh gambaran distribusi atau besarnya proporsi variabel-variabel yang diteliti dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi. Analisis ini dilakukan dengan cara mendistribusikan frekuensi subjek penelitian ke dalam variabel-variabel yang diamati.

Distribusi frekuensi faktor yang mempengaruhi pasien *cardiovaskuler* pada karakteristik pasien diketahui mayoritas pasien *cardiovaskuler* berjenis kelamin perempuan (53,6%) dengan rentang usia antara 50-75 tahun (62,9%) serta pekerjaan lainnya (30,9%). Pekerjaan lainnya dalam hal ini diantaranya seperti ibu rumah tangga, pedagang, wiraswasta ataupun tidak bekerja. Keadaan klinis yang menjadi faktor yang mempengaruhi pada pasien *cardiovaskuler* mayoritas melakukan 4 pemeriksaan penunjang (78,4%) dan memiliki 2 jenis komplikasi (39,2%), persentase terendah keadaan klinis pada pasien *cardiovaskuler* ini melakukan 1 pemeriksaan penunjang (1,0%) dan memiliki 1 jenis komplikasi dan 5 jenis komplikasi dengan persentase yang sama yaitu 3,1%. Selanjutnya berdasarkan tabel tersebut didapatkan bahwa mayoritas pasien dengan kasus *cardiovaskuler* tidak melakukan tindakan medis (74,2%). Adapun berdasarkan manajemen rumah sakit pasien *cardiovaskuler* mayoritas cara pembayarannya menggunakan BPJS PBI (56,7%) dengan kelas rawat inap di kelas III (60,8%).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Novayellinda, et al., 2014) dimana berdasarkan hasil analisis yang didapatkan bahwa penyakit *cardiovaskuler* lebih banyak terjadi pada perempuan dengan persentase 56,7% dan berdasarkan hasil penelitian (Murti, 2019) membuktikan bahwa mayoritas pasien *cardiovaskuler* terjadi pada perempuan dengan rentang usia antara 46-65 tahun (68,9%). Kemudian faktor lainnya yaitu pekerjaan dimana pekerjaan ini memiliki peran yang sangat besar dalam memenuhi

kebutuhan hidup manusia, terutama kebutuhan ekonomis, sosial dan psikologis (Widagdo et al., 2014). Pekerjaan yang berat diketahui dapat menjadi beban dan menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan, terutama pada sistem kardiovaskuler (Yenni et al., 2014).

2. Hubungan Antara *Length Of Stay* (LOS) Dengan Faktor Yang Mempengaruhi Pasien *Cardiovaskuler*

Distribusi frekuensi hubungan antara length of stay (LOS) dengan faktor yang mempengaruhi pasien *cardiovaskuler* didapatkan dengan hasil penelitian bahwa pada karakteristik pasien mayoritas kelompok pasien dengan Length Of Stay (LOS) (>12) berjenis kelamin perempuan (33,0%), usia antara 51-75 tahun (30,9%), dengan pekerjaan lainnya (16,5%). Kemudian untuk keadaan klinis pasien *cardiovaskuler* mayoritas kelompok pasien dengan Length Of Stay (LOS) (>12) melakukan 4 pemeriksaan penunjang (42,3%) dan memiliki 2 komplikasi (18,6%) serta tindakan medis pasien *cardiovaskuler* mayoritas kelompok pasien dengan Length Of Stay (LOS) (>12) tidak melakukan tindakan medis (29,9%) dan yang melakukan 1 tindakan medis sebanyak 12 pasien (13,4%). Berdasarkan faktor manajemen rumah sakit pasien *cardiovaskuler* mayoritas kelompok pasien dengan Length Of Stay (LOS) (>12) melakukan cara pembayarannya menggunakan BPJS PBI (29,9%) dengan kelas rawat inap di kelas kelas III (32,0%).

Berdasarkan analisis bivariat yang dilakukan dengan uji chi square untuk hipotesis dua sisi pada tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$ dengan kriteria kemaknaan $p\text{-value} \leq \alpha = 0,05$) didapatkan bahwa faktor yang mempengaruhi panjangnya Length Of Stay (LOS) berdasarkan karakteristik pasien yang signifikan berhubungan dengan Length Of Stay (LOS) pasien *cardiovaskuler* adalah jenis kelamin ($p\text{-value} = 0,020$), komplikasi ($p\text{-value} = 0,030$), serta tindakan medis ($p\text{-value} = 0,004$).

Perempuan lebih banyak menderita *cardiovaskuler* disebabkan karena sebagian besar perempuan yang menjadi sampel dalam penelitian ini

memiliki usia yang umumnya sudah mengalami menopause, dimana pada saat itu kolestrol LDL meningkat menyebabkan perempuan lebih banyak menderita penyakit *cardiovaskuler* sehingga kasus *cardiovaskuler* pada perempuan cenderung memerlukan Length Of Stay (LOS) yang lebih lama (Vani, 2011). Menurut (Suheri, 2010) lama hari rawat merupakan salah satu unsur atau aspek asuhan pelayanan rumah sakit yang dapat dinilai atau diukur. Bila seseorang dirawat di rumah sakit, maka yang diharapkan baik oleh tenaga medis maupun oleh penderita itu sudah tercapai maka tentunya tidak ada seorangpun yang ingin berlama-lama di rumah sakit. (Widagdo et al., 2014) menunjukkan pada penelitiannya semakin tinggi tingkat keparahan atau kompleksitas maka semakin lama dirawat di rumah sakit dan semakin besar risiko terjadinya rawat inap ulang.

3. Pengaruh Panjangnya *Length Of Stay (LOS)* terhadap Pasien *Cardiovaskuler*

Salah satu standar yang diperlukan dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit dimana sebagai suatu sistem klasifikasi kombinasi beberapa jenis penyakit dan prosedur atau tindakan pelayanan di suatu rumah sakit dan pembiayaan dikaitkan dengan mutu dan efektifitas pelayanan terhadap pasien. INA CBG,s dibuat berdasarkan data-data atau variabel dari rumah sakit di Indonesia. Dalam menentukan Length Of Stay (LOS) didapatkan dengan melihat tingkat keparahannya yang disebut dengan level yang dibagi menjadi tiga level, yaitu level 1, 2, dan 3 dimana level 1 standar Length Of Stay (LOS) INA CBG's yaitu 5,5 atau 6 hari, level 2 6,5 atau 7 hari, sedangkan level 3 yaitu 7,8 atau 8 hari (Mahawati et al, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian, kesesuaian Length Of Stay (LOS) yang sudah diperbandingkan antara Length Of Stay (LOS) pasien dengan Lenth Of Stay (LOS) INA CBG's didapatkan bahwa yang paling banyak ditemukan adalah Length Of Stay (LOS) pasien yang melebihi Length Of Stay (LOS) INA CBG's dengan persentase sebanyak 69%. Dalam

membandingkan Length Of Stay (LOS) pasien dengan Length Of Stay (LOS) INA CBG's perlu mengetahui faktor apa saja yang menyebabkan hari lama dirawat tersebut bertambah hingga melebihi batas standar ideal. Jenis Kelamin yang merupakan faktor risiko, komplikasi serta tindakan yang didapatkan dari penelitian ini dapat mempengaruhi panjangnya Length Of Stay (LOS). Panjangnya Length Of Stay (LOS) yang melebihi standar ideal ini yang mengakibatkan banyaknya pasien *cardiovaskuler* peserta BPJS yang lama dirawatnya melebihi standar Length Of Stay (LOS) pada INA CBG's sehingga berdampak pada segi finansial rumah sakit yang harus mengganti kelebihan tagihan pembayaran dari pelayanan yang dilakukan.

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANUWIS
YOGYAKARTA