

TINJAUAN LAMA DIRAWAT PASIEN RI JAMKESMAS DENGAN KASUS *BENIGNA HYPERPLASIA OF PROSTATE* (BPH) BERDASARKAN SISTEM INA-DRG DI BANGSAL BEDAH A3 RSUP DR. KARIADI SEMARANG

Isninda Laily Diyastuti *) , Kriswiharsi Kun Saptorini **)

*) Alumni D3 RMIK UDINUS

***) Fakultas Kesehatan UDINUS

Email : harsj_kriswi@yahoo.co.id

ABSTRACT

Background. *The hospital is one of the health institution that provide health treatment by specialized staff and equipment. Many indicators that can be used to assess the hospital, the most frequently used is BOR (Bed Occupation Rate), AvLOS (Average Length Of Stay), BTO (Bed Turn Over), TOI (Turn Over Internal), NDR (Net Death Rate), GDR (Gross Death Rate). From the initial survey in 9 cases of BPH at RSUP Dr.Kariadi Semarang, prostatic hyperplasia or BPH disease classified in the list of 10 most disease in inpatient surgical ward. In terms of length of stay according to severity level, 66.67% had a length of stay that exceed standard of INA-DRG. The purpose of this study was knowing the length of stay of Jamkesmas patients cases of benign prostate hyperplasia in surgical ward of RSUP Dr. Kariadi Semarang in 2011.*

Method. *Type of research was a descriptive with cross sectional approach used a retrospective data that based on the patient's medical record documents. Data collected by surveys and observation. The research instrument used in this study was a check list. The data were analyzed descriptively.*

Result. *Jamkesmas patients in BPH cases at RSUP Dr Kariadi in 2011 mostly at age 65-74 years old (47,37%). Minimum LOS were 5 days and the maximum were 76 days. The highest percentage of LOS were 21-30 days (28,95%). Most patients were at the second severity level (50%). Mostly BPH patients (97,34%) received medical treatment. The percentage of LOS that does not suitable to DRG almost comparable on each severity level. Most severity level found in first level which was equal to the third level (84,62%), slightly higher than the second level (81,58%).*

Conclusion. *Further research to prove factors that affect the severity of BPH disease was needed. Quantitative and qualitative analysis aspects of Medical Record Documents were necessary to study of medical history of the patient.*

Assessment the quality of medical services about BPH disease needs to be evaluated.

Keywords : *Length of Stay (LOS), Benigna Prostat Hyperplasia (BPH),*

ABSTRAK

Latar Belakang. Rumah sakit merupakan salah satu lembaga kesehatan yang memberikan perawatan kesehatan didukung oleh tenaga dan peralatan yang khusus. Banyak indikator yang dapat digunakan untuk menilai rumah sakit, yang paling sering digunakan adalah BOR (Bed Occupation Rate) , AvLOS (Average Length of Stay) , BTO (Bed Turn Over) , TOI (Turn

Over internal), NDR (Net Death Rate), GDR (Gross Death Rate). Dari survey awal pada 9 kasus BPH di RSUP Dr.Kariadi Semarang, prostatic hyperplasia atau penyakit BPH diklasifikasikan dalam daftar 10 penyakit terbanyak di bangsal bedah rawat inap. Dalam hal lama dirawat/ LOS menurut tingkat keparahan, 66,67 % memiliki lama dirawat yang melebihi standar INA - DRG. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui lama dirawat pasien Jamkesmas kasus hiperplasia prostat jinak di bangsal bedah RSUP Dr Kariadi Semarang tahun 2011.

Metode. Jenis penelitian adalah deskriptif dengan pendekatan cross sectional menggunakan data retrospektif berdasarkan dokumen rekam medis pasien. Data dikumpulkan melalui metode survei dan observasi. Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah check list . Data dianalisis secara deskriptif.

Hasil. Sebagian besar pasien Jamkesmas dalam kasus BPH di RSUP Dr Kariadi pada tahun 2011 pada usia 65-74 tahun (47,37 %). LOS minimum adalah 5 hari dan maksimal adalah 76 hari. Persentase tertinggi LOS adalah 21-30 hari (28,95 %). Sebagian besar pasien adalah pada tingkat keparahan kedua (50 %) . Sebagian besar pasien BPH (97,34 %) menerima tindakan medis. Persentase LOS yang tidak sesuai dengan LOG DRG pada setiap tingkat keparahan hampir sebanding. Kebanyakan tingkat keparahan ditemukan di tingkat pertama yang persentasenya sebanding dengan tingkat ketiga (84,62 %), sedikit lebih tinggi dari tingkat kedua (81,58 %).

Simpulan. Perlu penelitian lebih lanjut untuk membuktikan faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat keparahan penyakit BPH. Aspek analisis kualitatif dan kuantitatif Dokumen Rekam Medis diperlukan untuk mempelajari riwayat medis pasien, penilaian kualitas pelayanan medis tentang penyakit BPH perlu dievaluasi.

Kata kunci : Lama Dirawat(LOS) , Benign Prostat Hiperplasia (BPH)

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan salah satu instansi kesehatan yang mengutamakan pelayanan kesehatan melalui pencegahan, penyembuhan, dan rehabilitasi terhadap gangguan kesehatan. Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan no.34/Birhub/1972 tentang perencanaan dan pemeliharaan disebutkan bahwa guna menunjang terselenggaranya rencana induk yang baik, maka setiap rumah sakit diwajibkan mempunyai dan merawat statistik yang *up to date* atau terkini dan terbaru dan membina *medical record* atau rekam medis berdasarkan ketentuan-ketentuan yang ditetapkan.

Banyak indikator yang bisa digunakan untuk menilai rumah sakit, yang paling sering digunakan adalah Banyak indikator yang bisa digunakan untuk menilai rumah sakit, yang

paling sering digunakan adalah BOR (*Bed Occupation Rate*), AvLOS (*Average Length Of Stay*), BTO (*Bed Turn Over*), TOI (*Turn Over Internal*), NDR (*Net Death Rate*), GDR (*Gross Death Rate*).^{1, 2}

Average Length of Stay (ALOS) adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut.² Angka lama dirawat dibutuhkan oleh pihak rumah sakit untuk menghitung tingkat penggunaan sarana (*utilization management*) dan untuk kepentingan financial (*financial reports*).³

Meningkatnya lama dirawat pasien dapat berpengaruh terhadap aspek keuangan RS. Pada pasien Jamkesmas, penetapan tarif klaim RS ditentukan menurut standard INA-

DRG. Komponen-komponen biaya dalam menyusun DRG's adalah lama hari rawat inap untuk masing-masing DRG's baik untuk perawatan rutin dan khusus, biaya perdiem baik untuk perawatan rutin maupun khusus, perkiraan biaya, pelayanan-pelayanan pendukung (laboratorium, radiologi, obat-obatan, alat habis pakai, anastesi, dan pelayanan lainnya per kasus). Data yang dipakai adalah diagnosa DRG's dibuat keadaan saat pasien keluar RS.⁴

Dalam menentukan DRG's langkah-langkah yang dilakukan adalah menegakandiagnosa utama (lihat *medical record*) dan tentukan MDC berdasarkan diagnosa utama oleh dokter atau bidan, berdasarkan ICD X ada saat pasien pulang, lihat tindakan yang dilakukan, dan evaluasi apakah dilakukan tindakan yang signifikan (operasi atau tindakan medis), umur pasien, Diagnosa sekunder (bila ada), Lama hari rawat, utilisasi (identifikasi kelas perawatan, tindakan medis, pemeriksaan penunjang, obat-obatan, alkes, dan jasa medis paramedik).⁴

Meningkatnya lama dirawat pasien menyebabkan meningkatnya besaran klaim. Namun apabila lama dirawat tidak sesuai dengan standard yang ditentukan dalam INA CBGs maka ada kemungkinan besar pembayaran klaim yang diterima RS tidak sesuai dengan sumber daya yang dikeluarkan untuk menangani pasien sehingga klaim tidak terbayar secara penuh dan hal tersebut menjadi tanggungan rumah sakit dan berdampak pada aspek keuangan rumah sakit.

Dari hasil survei awal yang dilakukan peneliti pada 9 kasus BPH di RSUP dr. Kariadi Semarang, penyakit prostat hiperplasia atau BPH tergolong dalam daftar 10 penyakit terbanyak rawat inap di bangsal bedah pria A3. Ditinjau dari lama rawatnya menurut tingkat keparahan atau *severity level*, sebesar 66,67 % mempunyai lama rawat

yang melebihi standar INA-DRG. Oleh karena itu perlu dideskripsikan lama perawatan dan faktor penyakit pasien Jamkesmas yang dirawat inap pada kasus penyakit BPH berdasarkan sistem INA-DRG pada tahun 2011 di bangsal bedah pria A3 RSUP dr. Kariadi Semarang.

METODE

Jenis penelitian yang dilakukan adalah deskriptif dengan pendekatan *cross sectional* menggunakan data retrospektif yaitu berdasarkan dokumen rekam medis pasien. Sasaran penelitian ini adalah dokumen rekam medis pasien jamkesmas kasus penyakit BPH yang dirawat pada tahun 2011 di bangsal bedah pria A3 RSUP dr. Kariadi Semarang sejumlah 38 pasien. Pengumpulan data menggunakan metode survei dan observasi. Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu berupa *check list* untuk mengambil dan mengumpulkan data yang didapat dari indeks penyakit BPH, dan mengamati faktor penyakit pasien yang didapat dari dokumen rekam medis formulir RM1. Analisis data dilakukan secara deskriptif dalam bentuk persentase.

HASIL

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa sebagian besar berusia 65-74 tahun (47,37 %). Hal tersebut sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa hanya ada 2 faktor yang mempengaruhi terjadinya BPH, yaitu testis dan usia lanjut.⁵ Pembesaran prostat jinak (BPH) merupakan penyakit yang biasa terjadi pada laki-laki usia lanjut. Dalam data distribusi umur menunjukkan Data prevalensi tentang BPH secara mikroskopi dan anatomi sebesar 40% dan 90 % terjadi pada rentang usia 50-60 tahun dan 80-90 tahun. Pada usia tua terjadi kelemahan umum termasuk kelemahan pada buli (otot detrusor) dan penurunan fungsi persarafan. Perubahan karena pengaruh usia tua menurunkan

kemampuan buli-buli dalam mempertahankan aliran urin pada proses adaptasi oleh adanya obstruksi karena pembesaran prostat, sehingga menimbulkan gejala.⁶

Mutu pelayanan kesehatan adalah hasil akhir atau *outcome* dari interaksi dan ketergantungan antara berbagai aspek, komponen, atau unsur organisasi pelayanan kesehatan sebagai suatu sistem. Semua kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan (misalnya dokter, perawat, dan tenaga profesi lain) dan interaksinya dengan pasien merupakan aspek proses untuk menilai mutu.⁷ Lama

dirawat adalah jumlah hari kalender dimana pasien mendapatkan perawatan rawat inap di rumah sakit sejak tercatat sebagai pasien rawat inap (admisi) hingga keluar dari rumah sakit (*discharge*).³ Penentuan standar lama hari perawatan penderita BPH dirawat dirumah sakit tergantung pada tingkat keparahannya. Apabila melebihi dari standar yang telah ditetapkan ada kemungkinan disertai dengan komplikasi atau penyakit lain (diagnosa sekunder). Dari hasil pengamatan, LOS minimal adalah 5 hari dan maksimal adalah 76 hari. Persentase LOS terbanyak yaitu dengan 21-30 hari sebesar 28,95 %. LOS pasien dapat berubah menjadi kurang

Tabel 1. Analisis univariat pasien RI kasus BPH

Variabel penelitian	Jumlah	Persentase
Kelompok umur		
45 – 54 tahun	2	5,26 %
55 – 64 tahun	6	15,79 %
65 – 74 tahun	18	47,37 %
>= 75 tahun	12	31,58 %
LOS riil pasien		
5-10 hari	4	10,52 %
11-20 hari	10	26,32 %
21-30 hari	11	28,95 %
31-40 hari	7	18,42 %
> 41 hari	6	15,79 %
Kesesuaian dengan LOS INA DRG		
Sesuai LOS DRG	27	28,95 %
Tidak sesuai LOS DRG	11	71,05 %
Tingkat keparahan		
I	13	34,21 %
II	19	50 %
III	6	15,79 %
Tindakan medis		
Ada tindakan medis	37	97,34 %
Tidak ada tindakan medis	1	2,66 %

Tabel 2. Tabulasi silang lama dirawat menurut tingkat keparahan

Tingkat keparahan	Sesuai LOS DRG		Tidak sesuai LOS DRG		Jumlah	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%
I	2	15,38 %	11	84,62 %	13	100,0 %
II	7	18,42 %	12	81,58 %	19	100,0 %
III	2	15,38 %	4	84,62 %	6	100,0 %

atau melebihi standar LOS INA DRG. Di RSUP dr. Kariadi persentase penderita BPH yang tidak sesuai dengan LOS INA DRG (71,05%) lebih besar daripada yang sesuai dengan standar LOS INA DRG (28,95%). Dari aspek medis, semakin panjang lama dirawat maka bias menunjukkan kinerja kualitas medis yang kurang baik karena pasien harus dirawat lebih lama (lama sembuhnya). Namun hal tersebut bias terjadi karena kondisi

sakit pasien yang lebih berat, terjadi koma, banyak komplikasi dan sebagainya sehingga mempengaruhi lama dirawat. Dari aspek ekonomis, semakin panjang lama dirawat berarti semakin tinggi biaya yang nantinya harus dibayar oleh pasien. Jadi diperlukan keseimbangan antara sudut pandang medis dan ekonomis untuk menentukan nilai aLOS yang ideal. ³

Tabel 3 Distribusi frekuensi diagnosa sekunder menurut tingkat keparahan I

Diagnosa sekunder	Σ	%
Non insulin dependent diabetes mellitus without complication (E11.9)	1	7,69 %
Inguinal hernia without gangrene/obstruction (K40.9)	1	7,69 %
Tidak ada diagnosa sekunder	11	84,62 %

Tabel 4. Distribusi frekuensi diagnosa sekunder menurut tingkat keparahan II

Diagnosa sekunder	Σ	%
Anaemia, unspecified (D64.9)	5	10,22%
Atrial fibrillation and flutter (I48)	1	2,04%
Calculus in bladder (N21.0)	1	2,04%
Calculus of kidney (N20.0)	2	4,08%
Congestive heart failure (I50.0)	1	2,04%
Cyst of kidney, acquired (N28.1)	1	2,04%
Cystitis , unspecified (N30.9)	1	2,04%
Diarrhoea (A09)	1	2,04%
Disorders of plasma-protein metabolism, NEC (E88.0)	3	6,12%
Diverticulum of bladder (N32.3)	1	2,04%
End stage renal disease (N18.0)	1	2,04%
Essential primary hypertension (I10)	3	6,12%
Hyperglycaemia , unspecified (R73.9)	2	4,08%
Hypoglycaemia, unspecified (E16.2)	1	2,04%
Hypokalaemia (E87.6)	1	2,04%
Hypo-osmolality and hyponatraemia (E87.1)	3	6,12%
Inflammatory disease of prostate, unspecified (N41.9)	1	2,04%
Inguinal hernia without gangrene or obstruction (K40.9)	3	6,12%
Klebsiella pneumoniae (B96.1)	1	2,04%
Disorders of electrolyte and fluid balance, NEC (E87.8)	1	2,04%
Specified abnormal finding of bloods chemistry (R79.8)	2	4,08%
Other specified disorders of urinary system (N39.8)	1	2,04%
Retention of urine (R33)	3	6,12%
Trombocytopenia, unspecified (D69.6)	1	2,04%
Unspecified DM without complication (E14.9)	1	2,04%
Unspecified renal failure (N19)	1	2,04%
Urinary tract infection, site not specified (N39.0)	6	12,26%

Standar LOS INA DRG ditentukan sesuai dengan tingkat keparahan atau *severity level*. Standar LOS INA DRG pada *severity I* adalah 10,5 hari atau 11 hari, *severity II* adalah 18,6 hari atau 19 hari, dan *severity III* adalah 34,2 hari atau 34 hari. Pada tingkat keparahan I tidak ada komplikasi, tingkat keparahan II komplikasi minor, artinya komplikasi sudah mempengaruhi diagnosa utama, dan tingkat keparahan III komplikasi mayor yang artinya komplikasinya lebih banyak dan sangat mempengaruhi diagnosa utama. Dari hasil pengamatan, penderita BPH paling banyak adalah pada tingkat keparahan II sebesar 50%, hal tersebut berarti pada tingkat keparahan II terdapat diagnosa komplikasi yang juga dapat mempengaruhi lama perawatan pasien.

Tindakan kedokteran adalah suatu tindakan medis berupa preventif, diagnostik, terapeutik atau rehabilitatif yang dilakukan oleh dokter terhadap pasien. Menurut Donabedian,

hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga kesehatan profesional terhadap pasien merupakan outcomes yang digunakan untuk menilai mutu.⁷ Berdasarkan pengamatan, menurut ada tidaknya tindakan medis yang dilakukan, sebagian besar penderita BPH (97,34%) mendapat tindakan medis. Hal tersebut menunjukkan, dengan adanya tindakan medis maka dapat mempengaruhi lama perawatan pasien tergantung tindakan yang diberikan.

Berdasarkan tabel 2, persentase pada LOS yang tidak sesuai LOS DRG hampir sebanding pada masing-masing tingkat keparahan. Paling besar dijumpai pada tingkat keparahan I yang nilainya sama dengan tingkat III (84,62%), sedikit lebih besar dibanding tingkat keparahan II (81,58%).

Ditinjau dari keberadaan diagnosa sekunder, dalam penelitian ini tidak semua pasien BPH mempunyai diagnosa sekunder. Pada tingkat keparahan I, hanya 15,38%

Tabel 5 Distribusi frekuensi diagnosa sekunder menurut tingkat keparahan III

Diagnosa sekunder	Σ	%
Agranulocytosis (D70)	1	3,57%
Anaemia, unspecified (D64.9)	3	10,70%
Bronchiectasis (J47)	1	3,57%
Bronchopneumonia, unspecified (J18.0)	1	3,57%
Calculus in bladder (N21.0)	1	3,57%
Calculus of kidney (N20.0)	1	3,57%
Cardiomegaly (I51.7)	1	3,57%
Cerebral infarction, unspecified (I63.9)	1	3,57%
Disorders of calcium metabolism (E83.5)	1	3,57%
Disorders of plasma-protein metabolism, NEC (E88.0)	2	7,15%
Essential primary hypertension (I10)	2	7,15%
Hypo-osmolality and hyponatraemia (E87.1)	1	3,57%
Inguinal hernia without gangrene/obstruction (K40.9)	2	7,15%
Internal haemorrhoid without complication (I84.2)	1	3,57%
Malignant neoplasm of bladder, unspecified (C67.9)	1	3,57%
Other and unspecified hydronephrosis (N13.3)	2	7,15%
Specified abnormal finding of bloods chemistry (R79.8)	1	3,57%
Other specified disorders of white blood cells (D72.8)	1	3,57%
Pleural effusion, NEC (J90)	1	3,57%
Unspecified renal failure (N19)	2	7,15%
Urinary tract infection, site not specified (N39.0)	1	3,57%

pasien yang mempunyai diagnosa sekunder. Pada tingkat keparahan II dan III, sebagian besar pasien mempunyai diagnosa sekunder dan biasanya jumlah diagnosa sekunder yang menyertai penyakit BPH terdapat lebih dari satu. Hal tersebut menunjukkan terdapat kemungkinan bahwa jumlah diagnosa sekunder yang makin banyak serta tingkat keparahan yang makin berat (level II dan III) dapat mengakibatkan meningkatnya lama dirawat pasien, namun hal tersebut perlu dibuktikan secara statistik dalam penelitian lain. Secara deskriptif, diagnosa sekunder yang menyertai untuk masing-masing tingkat keparahan dapat dilihat pada tabel 3, 4 dan 5.

Diagnosa sekunder merupakan diagnosa utama yang muncul atau sudah ada sebelum dan selama dirawat di rumah sakit. Diagnosa sekunder terdiri dari diagnosa penyerta (*comorbidity*) dan diagnosa penyulit (*complication*). Komplikasi adalah suatu kondisi yang muncul selama pasien dirawat di rumah sakit yang memperpanjang *length of stay* (LOS) pasien tersebut setidaknya satu hari rawat pada 75% kasus. Sedangkan komorbiditas adalah suatu kondisi yang sudah ada sebelumnya (*pre-existing*) yang, karena keberadaannya bersama *principal diagnosis* tertentu, akan mengakibatkan peningkatan LOS pasien setidaknya satu hari rawat inap pada 75% kasus.⁸

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Pasien Jamkesmas penderita BPH di RSUP dr. Kariadi tahun 2011 paling banyak diderita oleh pasien golongan umur 65 – 74 (47,37%)
2. LOS minimal adalah 5 hari dan maksimal adalah 76 hari. Persentase LOS terbanyak yaitu dengan 21-30 hari sebesar 28,95 %

3. Pasien Jamkesmas penderita BPH yang termasuk kategori tingkat keparahan I sebesar 34,21%, tingkat keparahan II sebesar 50%, dan tingkat keparahan III sebesar 15,79%.
4. Sebagian besar penderita BPH (97,34%) mendapat tindakan medis.
5. Persentase pada LOS yang tidak sesuai LOS DRG hampir sebanding pada masing-masing tingkat keparahan. Paling besar dijumpai pada tingkat keparahan I yang nilainya sama dengan tingkat III (84,62 %), sedikit lebih besar dibanding tingkat keparahan II (81,58 %).

SARAN

1. Perlu adanya penelitian lebih lanjut untuk membuktikan faktor – faktor yang mempengaruhi tingkat keparahan penyakit BPH.
2. Perlu dilakukan telaah dokumen riwayat perawatan dari aspek analisis kuantitatif dan kualitatif berkas Rekam Medis
3. Perlu dilakukan evaluasi untuk menilai mutu pelayanan medis penyakit BPH

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan. *Pengukuran Kinerja Rumah Sakit di Indonesia*. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta : 1993.
2. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. *Petunjuk Teknis Sistem Informasi Rumah Sakit 2011*. Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan. Jakarta. 2011
3. Sudra, RI. *Statistik Rumah Sakit*. Graha Ilmu. Yogyakarta : 2010.
4. Adisasmito, W. *Kebijakan Standar Pelayanan Medik dan Diagnosis Related Group (DRG), Kelayakan Penerapannya di Indonesia*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Jakarta : 2008

5. Hardjowidjoto, S. *Benigna Prostat Hiperplasia*. Airlangga University Press. Surabaya : 1999.
6. Nugroho, A. *Pengaruh Faktor Usia, Status Gizi Dan Pendidikan Terhadap International Prostate Symptom Score (IPSS) Pada Penderita Prostate Hiperplasia (PH)*. Bagian Ilmu Bedah Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Semarang : 2002.
7. Sabarguna, B.S. *Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit*. CV. Sagung Seto. Jakarta : 2009.
8. Kresnowati, L. *Modul KPT II*. Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro. Semarang