

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum RSUD Muhammadiyah Bantul

1. Sejarah RSUD Muhammadiyah Bantul

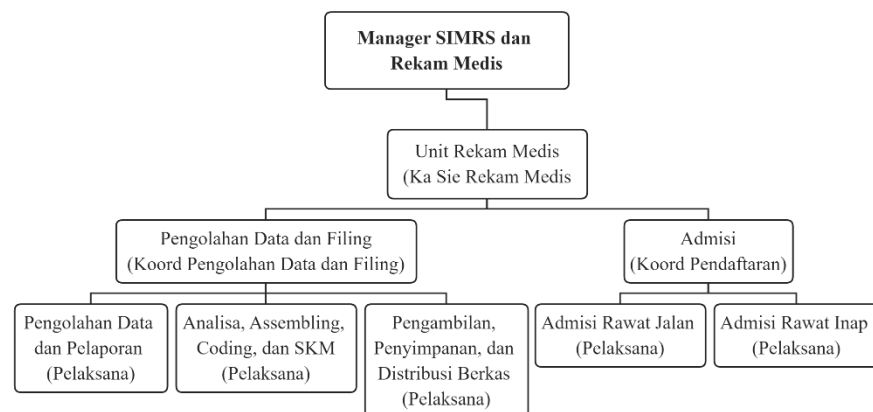
RSUD Muhammadiyah Bantul pada awalnya berupa Klinik Rumah Bersalin Khusus Ibu dan Anak (RB-KIA) yang pada saat itu diberi nama Rumah Sakit Bersalin RSUD Muhammadiyah Bantul yang didirikan pada tanggal 1 Maret 1966, sampai tahun 1995 meningkatkan menjadi Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak (RSKIA). Rumah bersalin ini mempunyai izin tetap pada tanggal 13 September 1976 berdasarkan Surat Keputusan Izin Kanwil Depkes Propinsi DIY (Tertadana dr. R. Soebroto, MPH) Nomor izin Tetap: 14/ldz/T/RB/76. Selanjutnya Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak berubah status menjadi Rumah Sakit Umum berdasarkan SK.Kepala Dinkes Kabupaten Bantul No. 445/4318 Tgl. 20 Oktober 2001.

2. Struktur Organisasi di RSUD Muhammadiyah Bantul

Pengorganisasian di RSUD Muhammadiyah Bantul ditetapkan dalam surat keputusan tentang struktur organisasi di RSUD Muhammadiyah Bantul yang menjelaskan tentang peraturan untuk para penanggungjawab dan para pelaksana untuk setiap kegiatan serta untuk setiap satuan wilayah kerja, dengan perkataan lain, dilakukan pembagian tugas seluruh program kerja dan seluruh wilayah kerja kepada seluruh

petugas rumah sakit dengan mempertimbangkan kemampuan yang dimiliki, penentuan para penanggung jawab ini dilakukan melalui penggalangan tim pada awal tahun kegiatan.

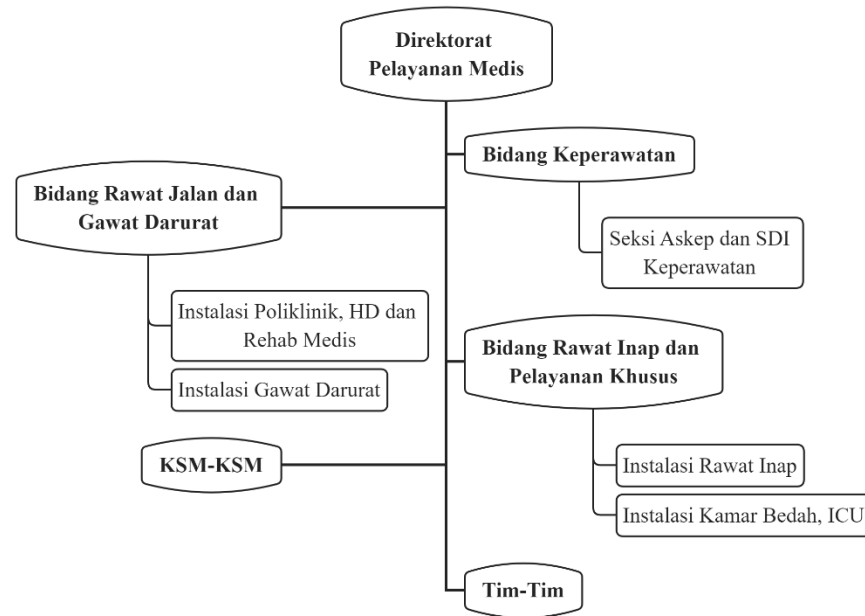
Maka diperlukan manajemen informasi kesehatan yang baik khususnya di bagian instalasi rekam medis di RSUD Muhammadiyah Bantul dalam bentuk organisasi, yang dipimpin oleh seorang *Manager SIMRS dan rekam medis*, kepala unit rekam medis (*Ka Sie rekam medis*), koordinator pengolahan data dan *filing*, dan koordinator pendaftaran. Berikut struktur organisasi instalasi rekam medis di RSUD Muhammadiyah Bantul:



Gambar 3. Struktur Organisasi Instalasi Rekam Medis

Di RSUD Muhammadiyah Bantul terdapat Direktorat Pelayanan Medis yang membawahi sub unit kerja bidang rawat inap dan pelayanan khusus yang ditunjuk oleh pimpinan rumah sakit serta memiliki tanggung jawab dalam mengelola statistik rumah sakit seperti efisiensi penggunaan

tempat tidur (BOR). Berikut struktur organisasi Direktorat Pelayanan Medis di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul:



Gambar 4. Struktur Organisasi Direktorat Pelayanan Medis

3. Visi, Misi, Motto, dan Tujuan RSUD PKU Muhammadiyah Bantul

a. Visi

Terwujudnya rumah sakit islami yang mempunyai keunggulan kompetitif global dan menjadi kebanggaan umat.

b. Misi

- 1) Berdakwah melalui pelayanan kesehatan
- 2) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berkualitas
- 3) Menerapkan tata kelola organisasi dan klinis yang baik
- 4) Memberikan pelayanan yang peduli pada kaum dhuafa
- 5) Menyelenggarakan pendidikan dan penelitian secara profesional

c. Motto

Layananku ibadahku

d. Tujuan

- 1) Menjadi media dakwah islam melalui pelayanan kesehatan untuk mencapai ridho Allah SWT
- 2) Meningkatnya produktivitas kerja melalui manajemen yang efektif dan efisien sehingga terwujud kesejahteraan bersama
- 3) Terwujudnya pelayanan yang bermutu
- 4) Terwujudnya profesionalisme dan komitmen karyawan
- 5) Terwujudnya rumah sakit sebagai wahana pendidikan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan
- 6) Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat termasuk kaum dhuafa

4. Pelayanan Kesehatan di RSUD Muhammadiyah Bantul

a. Pelayanan Rawat Jalan

- 1) Poliklinik Umum
- 2) Poliklinik Gigi
- 3) Rehabilitasi Medik
- 4) Poliklinik Psikiatri
- 5) Poliklinik Bedah (Bedah Umum, Bedah Orthopedi, Bedah Digestive, Bedah Mulut, Bedah Urologi)
- 6) Poliklinik *Obstetrik dan Ginekologi*
- 7) Poliklinik Anak

- 8) Poliklinik Mata
 - 9) Poliklinik Tumbuh Kembang Anak
 - 10) Poliklinik Dalam (Interna)
 - 11) Poliklinik THT
 - 12) Poliklinik Syaraf
 - 13) Poliklinik Kulit dan Kelamin
 - 14) Hemodialisa
- b. Pelayanan IGD
- Instalasi gawat darurat 24 jam layanan IGD meliputi ambulance dengan tenaga medis dan perawat yang siap membantu memberikan pelayanan untuk korban kecelakaan lalu lintas, kecelakaan kerja maupun bencana alam.
- c. Pelayanan Rawat Inap
- Pelayanan rawat inap meliputi bangsal rawat inap sebagai penyedia perawatan pasien rawat inap di RSUD Muhammadiyah Bantul. Berikut adalah nama bangsal rawat inap di RSUD Muhammadiyah Bantul pada 2024 menurut sumber “Data Laporan Tahunan RSUD Muhammadiyah Bantul 2022”:
- 1) Al Insan
 - 2) An Nur
 - 3) Al Ikhlas
 - 4) ICU Isolasi
 - 5) An Nisa

- 6) ICU Non Isolasi
- 7) Al A'Raf
- 8) Al Kautsar
- 9) Al Ashr

5. Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap 2023

Berikut dibawah ini merupakan daftar 10 besar penyakit pasien rawat inap tahun 2023 di RSUD Muhammadiyah Bantul:

Tabel 4. 10 Besar Penyakit Rawat Inap 2023

No	Diagnosa	Total
1.	<i>Bronchopneumonia</i>	1814
2.	<i>HT</i>	1356
3.	<i>Bacterial infection</i>	737
4.	<i>GEA</i>	661
5.	<i>ISK</i>	568
6.	<i>DM</i>	505
7.	<i>Anaemia</i>	463
8.	<i>Dyspepsia</i>	461
9.	<i>DM II, unspecified</i>	390
10.	<i>CHF</i>	383

Sumber: Laporan Cakupan Layanan

6. Karakteristik Informan

Responden pada penelitian ini terdiri dari kepala ruang dari setiap bangsal berjumlah 9 orang dan 1 orang bagian LO (*Liaison Officer*) serta kepala instalasi rawat inap sebagai triangulasi di RSUD Muhammadiyah Bantul. Tabel 5 berikut merupakan karakteristik dari informan.

Tabel 5. Karakteristik Informan

No	Nama	Jabatan	Umur (Tahun)	Lama Kerja (Tahun)	Kode
1.	DN	Kepala Ruang Bangsal Al Ikhlas	40	14	I1
2.	DEK	Kepala Ruang Bangsal Al Insan	-	20	I2

No	Nama	Jabatan	Umur (Tahun)	Lama Kerja (Tahun)	Kode
3.	SY	Kepala Ruang Bangsal Al Ashr	46	22	I3
4.	MD	Kepala Ruang Bangsal Al A'raf	-	11	I4
5.	FK	Kepala Ruang Bangsal Al Kautsar	-	23	I5
6.	AW	Kepala Ruang Bangsal ICU Non Isolasi	45	23	I6
7.	V	Kepala Ruang Bangsal An Nisa	29	6	I7
8.	DS	Kepala Ruang Bangsal An Nur	50	28	I8
9.	AW	Kepala Ruang Bangsal ICU Isolasi	45	23	I9
10.	EGP	<i>Staf Admisi/LO (Liaison Officer)</i>	25	2,5	I10
11.	SA	Kepala Instalasi Rawat Inap	-	-	Triangulasi

B. Hasil Penelitian

1. Tingkat penggunaan tempat tidur (BOR) setiap bangsal pada tahun 2023

Dalam penelitian ini, peneliti memperoleh data sekunder berupa data statistik penggunaan tempat tidur di RSU PKU Muhammadiyah Bantul. Berdasarkan hasil data statistik rumah sakit, berikut ini merupakan data perhitungan BOR di RSU PKU Muhammadiyah Bantul setiap bangsal pada tahun 2023.

Tabel 6. Tingkat penggunaan tempat tidur (BOR) setiap bangsal pada tahun 2023

No	Bangsal	Bulan (%)												Rata-rata (%)	Keterangan
		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sep	Okt	Nov	Des		
1	Al Ikhlas (Anak)	87	83	77	63	83	83	87	96	90	89	78	86	83,44	Ideal
2	Al Insan (Umum)	86	82	83	63	77	78	80	84	86	79	82	89	80,80	Ideal
3	Al Ashr (Umum)	83	77	77	67	77	83	77	86	86	88	78	86	80,47	Ideal
4	Al A'raf (Umum dan Kohorting)	84	68	76	57	70	63	66	80	80	79	78	86	73,82	Belum Ideal
5	Al Kautsar (Umum)	67	64	62	52	57	65	65	71	74	86	83	93	69,84	Belum Ideal
6	ICU Non Isolasi	47	52	44	52	47	53	42	52	59	68	68	65	54,00	Belum Ideal
7	An Nisa (Obsgyn dan Bayi Baru Lahir)	36	29	39	39	40	41	36	41	45,5	41	39	40	38,92	Belum Ideal
8	An Nur (Bayi)	39	34	46	39	33	33	38	26	18	23	33	41	33,48	Belum Ideal
9	ICU Isolasi	13	32	34	60	24	15	10	0	20	15	5	20	20,68	Belum Ideal

Sumber: Laporan Cakupan Layanan

Idealnya, standar nilai berdasarkan Barber-Johnson untuk BOR adalah 75% hingga 85%. Berdasarkan dari data diatas dapat diketahui bahwa, dari 9 bangsal yang tersedia hanya ada 3 bangsal yang nilai BOR nya sudah efisien dan masih terdapat 6 bangsal yang belum efisien yaitu ada bangsal Al A'raf (Kasus Umum dan Kohorting), Al Kautsar (Kasus Umum), ICU Non Isolasi, An Nisa (Kasus *Obsgyn* dan Bayi Baru Lahir), An Nur (Kasus Bayi), dan ICU Isolasi. Oleh karena itu, untuk mengetahui apakah faktor-faktor penyebab dan penyebab utama yang memengaruhi BOR di RSUD Muhammadiyah Bantul tersebut, Peneliti akan melakukan identifikasi masalah dan penentuan prioritas masalahnya.

2. Identifikasi faktor penyebab utama yang memengaruhi *Bed Occupancy Rate* (BOR) dengan metode *Urgency, Seriousness, Growth* (USG)
 - a. Identifikasi Masalah

Berdasarkan hasil wawancara dari 10 informan dengan 16 pertanyaan yang diajukan, diperoleh hasil identifikasi masalah sejumlah 22 *problem* seperti pada tabel 7 berikut.

Tabel 7. Identifikasi Masalah

No	Problem	Pernyataan
1.	Jumlah kunjungan pasien	<p>“...Pelayanan, terus jumlah pasien kan itu mempengaruhi dari pelayanan ke pasien...” (I1)</p> <p>“Kemudian jumlah pasien yang masuk itu kan juga nanti akan mempengaruhi, maksudnya jumlah pasien itu, jumlah pasien rawat jalan maupun IGD yang masukkan nanti juga mempengaruhi...” (I3)</p> <p>“...yang pertama adalah terkait dengan kunjungan pasien yang ada di bangsal Al A’raf...” (I4)</p> <p>“Kalau disini yang jelas itu yang pertama tingkat keluar masuk pasien...” (I5)</p>
2.	Lama rawat inap	<p>“... lama rawat, terlalu lama itu juga berpengaruh diefektif.” (I4)</p> <p>“... karena di tempat kita itu kan banyaknya kasus dalam, itu biasanya lama rawat inapnya itu agak lebih panjang dibandingkan dengan kasus yang bedah atau kasus seteruk itu juga membutuhkan rawat inap yang agak lama...” (I5)</p> <p>“... biasanya kalau kasus saraf atau kasus penyakit dalam itu lebih dari 5 hari ...” (I2)</p> <p>“Kita kendalanya kadang sulit cari kamarnya, jadi memperpanjang lama rawat inap yang harusnya sudah bisa pindah ke ruangan biasa, jadi tertahan di ICU 1 sampai 2 hari.” (I9)</p> <p>“... karena LOS-nya terlalu panjang, LOS maksudnya pasien lama dirawat, jadi agak lama kan pergantian kamar...” (I3)</p>
3.	Komunikasi antara petugas bangsal dengan LO	<p>“... kita harus menjaga hubungan baik dengan IGD maupun poliklinik ataupun LO yang dari rekam medis yang menyiapkan yang menginfokan kamar kosong kan mereka yang memasukkan pasien ... karena mau tidak mau kita mau sombong pun ya walaupun depan itu gak ngasih pasien ke kita, kita piye yo mbak.” (I2)</p> <p>“... informasi ke depan tentang jumlah kamar yang kosong, jumlah kamar yang isi, kaya begitu, kalau tidak diupdate itu juga akan mempengaruhi.” (I3)</p>
4.	Kebijakan internal rumah sakit	<p>“Jelas mempengaruhi. Dalam artian, ya itu tadi, belakangan ini kan fleksibel. Awalnya kan kebijakannya itu khusus TB. Kalau enggak TB, enggak masuk. Walaupun satu, mengosongkan 3 bed. Padahal pembaginya kita total bed dalam sebulan. Jadi itu mempengaruhi.” (I4)</p> <p>“Jadi gini dulu kalau disini ketika kita ngugemi, tapi ketika sudah ada pergantian direktur ada kebijakan baru akhirnya boleh, titipan itu boleh, kita kan bangsal dewasa, jadi jika bukan pasien dewasa pun, anak-anak asal memang standar dari BPJS kita penuhi, anak boleh nitip di tempat kita. Jadinya lebih fleksibel” (I5)</p> <p>“Kalau kebijakan mungkin mempengaruhi, Kita kan untuk masuk ICU kan punya kriteria sendiri, kalau memang itu tidak layak masuk ICU, kita tidak mau menerimanya.” (I6)</p>

No	Problem	Pernyataan
5.	Karakteristik masyarakat	<p>“... Itu juga ada kadang, kelas 2 dititip kelas 1 karena kelasnya penuh.” (I7)</p> <p>“Kalau selama ini itu misalnya nih pasiennya pengen di kelas 1, tapi nggak ada kelas 1, itu malah seringnya kadang dititipkan dulu, nah nanti dititipkan di kamar kelas bawahnya, nanti misalnya sore terus ada yang pulang itu nanti dipindah di kamar kelas 1. Jadi maksudnya kan kalau seperti itu di BOR kan terhitung masuk ya. Kalau misalnya kebijakan sendiri sih rumah sakit biasanya selalu kalau bisa pasien tetep dapet kamar gitu.” (I10)</p> <p>“... oh, itu bisa jadi kalau itu. Kalau itu bisa jadi karena ini juga, itu kan termasuk image masyarakatnya dia, itu bisa jadi.” (I4)</p> <p>“Ya nek itu bisa jadi, ... ya nek seperti itu kan bisa jadi umpamanya, kayak ada pasien yang kecewa dengan pelayanan PKU Bantul mungkin cerita-cerita sama tetangganya akhirnya tetangganya jadi gak mau di PKU Bantul, bisa saja hal itu terjadi.” (I2)</p> <p>“... dilihat dari misal ada rumah sakit baru, keinginan untuk mencoba, (oh rumah sakit ya, oh ada rumah sakit baru, nyobo ah), kayak gitu-gitu ya tetap ada juga Mbak, merasa ingin tahu pelayanan di sana seperti itu, itu nanti juga akan mempengaruhi juga itu Mbak” (I3)</p> <p>“Ya, bisa jadi. Karena kan otomatis akan memilih rumah sakit yang lebih dekat dengan tempat tinggal.” (I8)</p> <p>“Mungkin kalau disini terlambat periksa bisa sih, tapi bukan kalau gak periksa tapi. Misalnya disini misalnya jatuh dari hari lalu, terus baru diperiksa beberapa hari kemudian.” (I10)</p>
6.	Jam terbang kurang	“Rata-rata dari freshgraduate, tapi yang dari luar pernah kerja pun masih segelintir.” (I1)
7.	Sikap dan komunikasi petugas kurang baik	<p>“Ya mempengaruhi itu.” (I8)</p> <p>“Bisa jadi, mungkin itu berkaitan dengan kepuasan pasien....” (I10)</p>
8.	Forum rapat kurang efektif	<p>“Itu juga sih, kalau saya belum pernah ikut rapat sih.” (I10)</p> <p>“Kalau saya belum pernah ikut rapat evaluasi ... rapat internal juga gak ada.” (I6)</p>
9.	Pasien bayi rawat gabung dengan ibu	<p>“Kalau di kamar bayi itu, karena bayinya itu setelah diobservasi di kamar bayi baik, terus langsung diberi rawat gabung. Jadi disini dirawat Ibu dengan bayi jika tidak ada indikasi. Ini untuk di kamar bayi. Faktor lainnya karena itu tadi, bayi hanya 6 jam di sini, observasi 6 jam. Kalau bagus terus akhirnya rawat gabung sama Ibunya. Akhirnya kemudian pemakaiannya hanya 6 jam saja.” (I8)</p>
10.	Persaingan dengan RS lain	<p>“... ya karena memang UII itu memang jadi pesaing utama kita ya, yang jelas itu karena faktor ruangan, lebih banyak faktor ruangan. Disana kan karena gedungnya masih baru, fasilitasnya</p>

No	Problem	Pernyataan
		<p><i>masih bagus semua orang disuruh milih lah, katakanlah sama-sama di kelas 3 antara disini dan disana kan otomatis orang jadi akan milih ke sana ...” (I5)</i></p> <p><i>“... tetap ada imbasnya ya, dulu kita PKU sendiri ya, setelah itu ada UII, itu jelas ada imbasnya ...” (I2)</i></p> <p><i>“... persaingan dengan RS lain, Iya memengaruhi ...” (I7)</i></p>
11.	Ketidak konsistenan petugas dalam memberikan pelayanan sesuai SOP	<p><i>“Bisa jadi.” (I4)</i></p> <p><i>“Ya bisa jadi kalau seperti itu, misal petugas tidak sesuai SOP terus pasien nya tidak suka, tidak puas nanti lain waktu jadi tidak mau berobat ke situ.” (I8)</i></p>
12.	Penggunaan intensitas bed	<i>“... yang kedua terkait dengan penggunaan intensitas bed, apakah bed itu sering kosong atau enggananya berpengaruh ke efektivitas juga” (I4)</i>
13.	Jumlah SDM kurang	<p><i>“... ya pengaruh ... terkadang ini baru nerima, jadi harusnya terisi, tapi bisa delay ruangan itu.” (I4)</i></p> <p><i>“... itu dulu pas saya awal masuk, yang jaga itu kan pagi cuma 4, malam kadang 3 kadang 4, tapi ternyata ketika yang jaga malam itu cuma bertiga, itu kewalahan ...” (I5)</i></p>
14.	Beban kerja tinggi	<p><i>“Kalau menurut kami, ya, dalam artian memang pekerjaan kita bukan hanya sekedar tupoksi sesuai dengan bidang kita saja ... Jadi ya, cukup tinggi.” (I4)</i></p> <p><i>“Kalau dibilang cukup tinggi, ya cukup tinggi juga. Karena kita kita gak pernah istirahat, gak ada istirahatnya kita. Ini kan pasien full ya, ini aja gak bongkar pasang, kalau bongkar pasang nanti sampai pulang itu perawatnya ga istirahat. Paling keluar cuma buat sholat aja sudah masuk lagi.” (I5)</i></p> <p><i>“... kalau pas banyak sekali tindakan nek ibu itu ya mungkin ini teman-teman tuh jadi terlalu capek karena makan merekam gak sempat, karena terlalu lama sore operasi sampai akhirnya kan kerepotan mereka, karena kan operasi itu kan tergantung dokternya” (I2)</i></p>
15.	Kurangnya kebersihan kamar ranap	<i>“... mungkin di sela-sela, tikungan, kalau gak keset, dibawah bad itu juga masih kurang, kadang di jendela sela-sela yang susah dibersihkan itu juga masih ada.” (I4)</i>
16.	Menjadi bangsal transit	<i>“... terus kadang juga kita itu jadi bangsal transit. Jadi gini, pasien masuk nih ke bangsal kita, tapi dia memesan kelas di atasnya, seringnya itu yang kelas 1 mesti akan minta ke VIP. Jadi kadang dalam 1 hari itu ketika pasien baru masuk di hari yang sama dan tanggal yang sama, otomatis kan dia tidak dihitung disini ya, jadinya kelihatannya kita pasiennya banyak tapi BOR nya tidak signifikan ya, sering kejadian seperti itu.” (I5)</i>

No	Problem	Pernyataan
17.	Kurangnya pendidikan dan pelatihan bagi petugas	<p>“<i>Itu untuk khusus itu enggak, mungkin sudah bagian manager paling.</i>” (I4)</p> <p>“<i>Kalau saya sendiri terusterang belum pernah. Kalau yang kaitan dengan statistik rumah sakit itu kalau saya sendiri belum pernah terpapar ya, karena saya juga perawat ya.</i>” (I5)</p> <p>“<i>... kalau itu dijadikan pelatihan kok belum pernah ya mbak....</i>” (I2)</p> <p>“<i>Kok kayaknya belum ya mbak ... kepala ruang tidak tahu tentang masalah kayak gitu kan ada rumus-rumusnya sendiri, jadi kita kan gak tahu untuk manajemen gitu gak begitu tahu tentang cara penghitungannya kayak gitu.</i>” (I1)</p> <p>“<i>Kayaknya belum.</i>” (I7)</p>
18.	Kunjungan visit dokter tidak menentu	<p>“<i>Kalau bicara visit dokter jujur saja disini belum berjalan baik, maksudnya belum berjalan baik itu dokternya itu sering tidak on time.</i>” (I5)</p> <p>“<i>... kalau jamnya sih kalau di indikator mutu itu kan tidak lebih dari jam 2 siang. Ya tapi masih ada yang sore, ada yang pagi. Ya dokter enggak pasti sih mbak, kadang ada yang enggak visit ...</i>” (I7)</p> <p>“<i>... ada yang belum rutin/tepat waktu, karena kita memang sudah ada nota dinas, sudah ada aturan untuk visit, dari kemenkes maksimal jam 2.</i>” (I3)</p>
19.	Fasilitas pelayanan kurang lengkap	<p>“<i>... kita kan PCI belum ada, pasien-pasien di ICU nanti kita rujuk ke rumah sakit lain yang punya ...</i>” (I6)</p> <p>“<i>... mungkin dari SpO2 kita hanya punya satu seperti itu. Paling tidak kita minimal harusnya punya dua, sebenarnya punya dua, tapi satu rusak terus nggak diganti sampai sekarang.</i>” (I2)</p>
20.	Pasien dirujuk	<p>“<i>Minta dirujuk, ada. Mungkin merasa ya, merasa kok gak sembuh-sembuh, padahal gak tau konsisi nya mungkin, pasti ada perkembangan, menurut dokter itu memang perkembangannya kayak gini, tapi menurut persepsi pasien itu kan beda, makanya minta pindah RS lain.</i>” (I4)</p> <p>“<i>... jadi dia merasa dia pemegang BPJS kelas 1 kok ditaruh di kelas 3, saya gak mau mbak, saya maunya kelas 1, ya karena seperti itu karena kelas 1 kita full ya terpaksa kita rujuk seperti itu.</i>” (I2)</p> <p>“<i>Ada, sering. Karena permintaan dokternya karena mau tindakan PCI kita kan PCI belum ada pasien-pasien di ICU nanti kita dirujuk ke rumah sakit yang punya, yang bisa melakukan tindakan PCI.</i>” (I6)</p>
21.	Ketersediaan ruang rawat inap setelah ICU	<p>“<i>... terus sama ketersediaan ruang rawat inap setelah ICU, kita pasien yang sudah perbaikan kondisi kita pindah ke ruangan biasa. Kita kendalanya kadang sulit cari kamarnya, jadi memperpanjang lama rawat inap yang harusnya sudah bisa pindah ke ruangan biasa, jadi</i>”</p>

No	Problem	Pernyataan
		<i>tertahan di ICU 1 sampai 2 hari. Jadi kan memperpanjang rawat inapnya, harusnya cuma 3 hari jadi 5 hari, padahal yang 2 hari itu bukan kondisi yang memenuhi kriteria rawat di ICU.”</i> (I6)
22.	Pengetahuan petugas kurang	<i>“Mungkin yang terkait BOR ini karena belum ada pelatihan kalau saya.”</i> (I7)

Karena dari hasil tersebut bersifat objektif dan subjektif, maka peneliti melakukan *validasi data* pada hasil yang bersifat subjektif melalui triangulasi, seperti pada tabel 8 berikut.

Tabel 8. Identifikasi Masalah Melalui Triangulasi

No	Problem Subjektif	Pernyataan	
		Informan	Triangulasi
1.	Komunikasi antara petugas bangsal dengan LO	<i>“... kita harus menjaga hubungan baik dengan IGD maupun poliklinik ataupun LO yang dari rekam medis yang menyiapkan yang menginfokan kamar kosong kan mereka yang memasukkan pasien ... karena mau tidak mau kita mau sombong pun ya walaupun depan itu gak ngasih pasien ke kita, kita piye yo mbak.”</i> (I2) <i>“... informasi ke depan tentang jumlah kamar yang kosong, jumlah kamar yang isi, kaya begitu, kalau tidak diupdate itu juga akan mempengaruhi.”</i> (I3)	<i>“Ya, pernah memang. Jadi yang namanya komunikasi, nanti yang dititipin siapa nanti yang tanya siapa. Itu tapi tidak sering nggih, tapi pernah ada.”</i>
2.	Kebijakan internal rumah sakit	<i>“Jelas mempengaruhi. Dalam artian, ya itu tadi, belakangan ini kan fleksibel. Awalnya kan kebijakannya itu khusus TB. Kalau</i>	<i>“Ya itu fleksibilitas tadi, jadi itu kebijakan internal rumah sakit.”</i>

No	Problem Subjektif	Pernyataan	
		Informan	Triangulasi
		<p><i>enggak TB, enggak masuk. Walaupun satu, mengosongkan 3 bed. Padahal pembaginya kita total bed dalam sebulan. Jadi itu mempengaruhi.” (I4)</i></p> <p><i>“Jadi gini dulu kalau disini ketika kita ngugemi, tapi ketika sudah ada pergantian direktur ada kebijakan baru akhirnya boleh, titipan itu boleh, kita kan bangsal dewasa, jadi jika bukan pasien dewasa pun, anak-anak asal memang standar dari BPJS kita penuhi, anak boleh nitip di tempat kita. Jadinya lebih fleksibel” (I5)</i></p> <p><i>“Kalau kebijakan mungkin mempengaruhi, Kita kan untuk masuk ICU kan punya kriteria sendiri, kalau memang itu tidak layak masuk ICU, kita tidak mau menerimanya.” (I6)</i></p> <p><i>“... Itu juga ada kadang, kelas 2 dititip kelas 1 karena kelasnya penuh.” (I7)</i></p> <p><i>“Kalau selama ini itu misalnya nih pasiennya pengen di kelas 1, tapi nggak ada kelas 1, itu malah seringnya kadang dititipkan dulu, nah nanti dititipkan di kamar kelas bawahnya, nanti misalnya sore terus ada yang pulang itu nanti dipindah di kamar kelas 1. Jadi maksudnya kan kalau seperti itu di BOR kan terhitung masuk ya. Kalau misalnya kebijakan sendiri sih rumah sakit biasanya selalu kalau bisa pasien tetep dapat kamar gitu.” (I10)</i></p>	

No	Problem Subjektif	Pernyataan	
		Informan	Triangulasi
3.	Karakteristik masyarakat	<p>“... oh, itu bisa jadi kalau itu. Kalau itu bisa jadi karena ini juga, itu kan termasuk image masyarakatnya dia, itu bisa jadi.” (I4)</p> <p>“Ya nek itu bisa jadi, ... ya nek seperti itu kan bisa jadi umpamanya, kayak ada pasien yang kecewa dengan pelayanan PKU Bantul mungkin cerita-cerita sama tetangganya akhirnya tetangganya jadi gak mau di PKU Bantul, bisa saja hal itu terjadi.” (I2)</p> <p>“... dilihat dari misal ada rumah sakit baru, keinginan untuk mencoba, (oh rumah sakit ya, oh ada rumah sakit baru, nyobo ah), kayak gitu-gitu ya tetap ada juga Mbak, merasa ingin tahu pelayanan di sana seperti itu, itu nanti juga akan mempengaruhi juga itu Mbak” (I3)</p> <p>“Ya, bisa jadi. Karena kan otomatis akan memilih rumah sakit yang lebih dekat dengan tempat tinggal.” (I8)</p> <p>“Mungkin kalau disini terlambat periksa bisa sih, tapi bukan kalau gak periksa tapi. Misalnya disini misalnya jatuh dari hari lalu, terus baru diperiksa beberapa hari kemudian.” (I10)</p>	<p>“Kalau kita itu kebanyakan pasien menengah ke bawah, pasien kelas 2 kelas 3, tapi ada juga yang VIP, tapi yang dominan menengah kebawah. Kalau terkait pendidikan pasien, selama ini secara data kami belum punya. Tapi mungkin ada pasien itu selera...”</p>
4.	Jam terbang kurang	<p>“Rata-rata dari freshgraduate, tapi yang dari luar pernah kerja pun masih segelintir.” (I1)</p>	<p>“Ya kalau itu yang namanya jam terbang itu tidak bisa kita bohongin ya. Jadi dimanapun pasti seperti itu. Jam terbang itu guru yang nyata. Tapi dalam 1 shift itu tidak mungkin tidak ada senior nya. Jadi tetep ada leader, nah leader itu pasti senior...”</p>

No	Problem Subjektif	Pernyataan	
		Informan	Triangulasi
5.	Sikap dan komunikasi petugas kurang baik	<p>“Ya mempengaruhi itu.” (I8)</p> <p>“Bisa jadi, mungkin itu berkaitan dengan kepuasan pasien...” (I10)</p>	<p>“Jelas komunikasi nyang baik terus attitude yang baik itu jelas. Jika ada laporan itu langsung kita urus kita klarifikasi, selesai.”</p>
6.	Forum rapat kurang efektif	<p>“Itu juga sih, kalau saya belum pernah ikut rapat sih.” (I10)</p> <p>“Kalau saya belum pernah ikut rapat evaluasi ... rapat internal juga gak ada.” (I6)</p>	<p>“Eh kalau kita itu ada, ada itu kalau kita per enam bulan sekali. Itu yang membahas dari bagian data, dia analisa semua. Setiap pagi juga ada semua nya meeting morning, kalau yang di rawat inap itu ada meeting morning.”</p>
7.	Pasien bayi rawat gabung dengan ibu	<p>“Kalau di kamar bayi itu, karena bayinya itu setelah diobservasi di kamar bayi baik, terus langsung diberi rawat gabung. Jadi disini dirawat Ibu dengan bayi jika tidak ada indikasi. Ini untuk di kamar bayi. Faktor lainnya karena itu tadi, bayi hanya 6 jam di sini, observasi 6 jam. Kalau bagus terus akhirnya rawat gabung sama Ibunya. Akhirnya kemudian pemakaiannya hanya 6 jam saja.” (I8)</p>	<p>“Bayi rawat gabung itu dimasukkan kedalam hitungan BOR secara rumah sakit sedangkan BOR rawat gabung itu rendah. Untuk menjadi kesimpulan BOR RS dia kan akan ikut membagi, sehingga akan mempengaruhi hasil.”</p>
8.	Persaingan dengan RS lain	<p>“... ya karena memang UII itu memang jadi pesaing utama kita ya, yang jelas itu karena faktor ruangan, lebih banyak faktor ruangan. Disana kan karena gedungnya masih baru, fasilitasnya masih bagus semua orang disuruh milih lah, katakanlah sama-sama di kelas 3 antara disini dan disana kan otomatis orang jadi akan milih ke sana ...” (I5)</p> <p>“... tetap ada imbasnya ya, dulu kita PKU sendiri ya, setelah itu ada UII, itu jelas ada imbasnya ...” (I2)</p>	<p>“Intinya kita tidak boleh lengah, tetep harus perbaiki, itu wis alami. Itu menjadi kompetitor...”</p>

No	Problem Subjektif	Pernyataan	
		Informan	Triangulasi
		<p>“... persaingan dengan RS lain, Iya memengaruhi ...” (I7)</p>	
9.	Ketidak konsistenan petugas dalam memberikan pelayanan sesuai SOP	<p>“Bisa jadi.” (I4)</p> <p>“Ya bisa jadi kalau seperti itu, misal petugas tidak sesuai SOP terus pasien nya tidak suka, tidak puas nanti lain waktu jadi tidak mau berobat ke situ.” (I8)</p>	<p>“Ya kalau kita pakai nya SOP dalam melakukan tindakan. Kalau tidak memakai SOP kalau terjadi sesuatu kan yang dilacak SOP nya. Kalau masalah bukan kritikal itu termasuk inofasi, bukan hal kursial.”</p>
10.	Kurangnya pendidikan dan pelatihan bagi petugas	<p>“Itu untuk khusus itu enggak, mungkin sudah bagian manager paling.” (I4)</p> <p>“Kalau saya sendiri terusterang belum pernah. Kalau yang kaitan dengan statistik rumah sakit itu kalau saya sendiri belum pernah terpapar ya, karena saya juga perawat ya.” (I5)</p> <p>“... kalau itu dijadikan pelatihan kok belum pernah ya mbak....” (I2)</p> <p>“Kok kayaknya belum ya mbak ... kepala ruang tidak tahu tentang masalah kayak gitu kan ada rumus-rumus nya sendiri, jadi kita kan gak tahu untuk manajemen gitu gak begitu tahu tentang cara penghitungannya kayak gitu.” (I1)</p> <p>“Kayaknya belum.” (I7)</p>	<p>“Kita kan mengajukan pelatihan-pelatihan apa yang perlu kita butuhkan, kita butuh layanan apa gitu kita lakukan pelatihan. Kita kirim dokter atau perawat untuk latihan, Nah itu yang mewakilkan nanti melatih temen-temen di RS kayak gitu.”</p>

Berdasarkan hasil identifikasi masalah dari 10 informan dan *validasi* data melalui triangulasi maka diperoleh 8 *problem* yang merupakan faktor-faktor penyebab rendahnya BOR. Kemudian dari 8 *problem* tersebut akan dilakukan penilaian menggunakan metode USG untuk menentukan prioritas masalahnya. Berikut merupakan faktor-faktor yang memengaruhi efisiensi BOR rumah sakit antara lain :

- 1) Jumlah kunjungan pasien
- 2) Lama rawat inap
- 3) Komunikasi antara petugas bangsal dengan LO
- 4) Kebijakan internal rumah sakit
- 5) Karakteristik masyarakat
- 6) Menjadi bangsal transit
- 7) Pasien dirujuk ke RS lain
- 8) Ketersediaan ruang rawat inap setelah ICU

b. Penentuan Prioritas Masalah

Proses penentuan prioritas masalah dilakukan melalui wawancara dengan melakukan penilaian masalah. Wawancara dilakukan di RSU PKU Muhammadiyah Bantul yang melibatkan 10 informan dan triangulasi. Dari hasil skor yang diperoleh kemudian peneliti mengolah data tersebut. Sehingga dari hasil wawancara dan olah data tersebut diperoleh prioritas masalah yang harus diselesaikan terlebih dahulu yaitu sebagai berikut.

Tabel 9. Prioritas Masalah

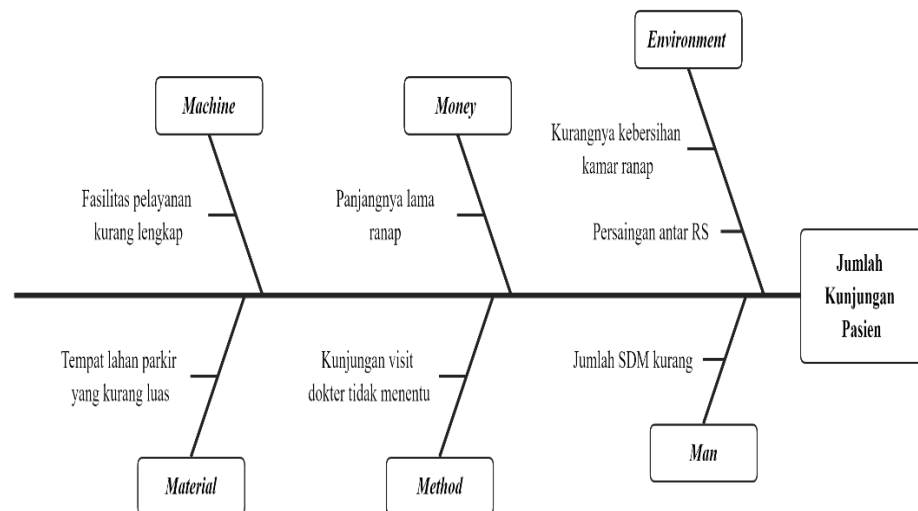
<i>Problem</i>	<i>Urgency</i>	<i>Seriousness</i>	<i>Growth</i>	<i>Final Score</i>	<i>Level Of Priority</i>
Jumlah kunjungan pasien	47	47	48	142	I
Lama rawat inap	47	46	45	138	II
Kebijakan internal rumah sakit	45	46	45	136	III
Komunikasi antara petugas bangsal dengan LO	46	45	44	135	IV
Pasien dirujuk ke RS lain	41	41	40	122	V
Ketersediaan ruang rawat inap setelah ICU	41	41	40	122	VI
Menjadi bangsal transit	35	36	36	107	VII
Karakteristik masyarakat	33	36	35	104	VIII

3. Identifikasi akar masalah dari penyebab utama yang memengaruhi *Bed Occupancy Rate* (BOR) melalui analisis *fishbone*

Berdasarkan hasil penilaian penentuan prioritas masalah didapatkan satu hal yang menjadi masalah utama tidak efisiennya nilai BOR rumah sakit yaitu Jumlah kunjungan pasien rawat inap yang rendah. Dengan *fishbone analysis* diuraikan penyebab masalahnya berdasarkan 6 aspek, yaitu aspek *Man* (Sumber Daya Manusia), *Machine* (Mesin), *Method* (Metode), *Material* (Bahan), *Money* (Dana), dan *Environment* (Lingkungan).

Pada kelompok pada kelompok *Environment* terdapat 2 penyebab, *Man* ada 1 penyebab, pada kelompok *Money* ada 1 penyebab, pada kelompok *Method* ada 1 penyebab, pada kelompok *Machine* ada 1

penyebab, dan pada kelompok *Material* ada 1 penyebab. Dari hasil tersebut dapat ditarik kesimpulan dengan *fishbone analysis* sebagai berikut:



Gambar 5. Diagram *Fishbone Analysis*

a. Faktor *Man* (Sumber Daya Manusia)

1) Jumlah SDM kurang

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden di RSUD Muhammadiyah Bantul masih kekurangan jumlah SDM perawat dan dokter tetap. Hal tersebut didukung hasil wawancara peneliti sebagai berikut:

“... ya pengaruh ... terkadang ini baru nerima, jadi harusnya terisi, tapi bisa delay ruangan itu.” (I4)

“... itu dulu pas saya awal masuk, yang jaga itu kan pagi cuma 4, malam kadang 3 kadang 4, tapi ternyata ketika yang jaga malam itu cuma bertiga, itu kewalahan ...” (I5)

“... visit dokter itu harusnya kurang dari jam 14.00 indikatornya. Karena memang dokter kita banyak yang nyabang, mungkin dari Sardjito dan lain sebagainya, bahkan dari Panembahan tentunya paginya di Panembahan ...” (I4)

“... karena kita banyak dokter tamu, seringnya visitnya sore atau kadang malam ada yang tengah malam juga banyak yang dari luar.” (I5)

“... dokter itu setiap harinya pasti ada, cuma jam-jam nya gak pasti. Kadang-kadang kan dokternya bukan dokter tetap sini to mbak, ada yang dari dokter luar juga.” (I1)

“... yang dokter tetap itu bisa pagi visit, cuman yang dokter tamu, dari Sardjito, memang pagi fokus di sana, jadi tidak bisa tepat waktu.” (I3)

b. Faktor *Machine* (Mesin)

1) Fasilitas pelayanan kurang lengkap

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden di RSUD Muhammadiyah Bantul, diketahui bahwa masih terdapat kendala dibagian ketersediaan alat medis di bangsal. Hal tersebut didukung hasil wawancara peneliti sebagai berikut:

“... kita kan PCI belum ada, pasien-pasien di ICU nanti kita rujuk ke rumah sakit lain yang punya ...” (I6)

“... mungkin dari SpO2 kita hanya punya satu seperti itu. Paling tidak kita minimal harusnya punya dua, sebenarnya punya dua, tapi satu rusak terus nggak diganti sampai sekarang.” (I2)

c. Faktor *Method* (Metode)

1) Kunjungan visit dokter tidak menentu

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden di RSUD Muhammadiyah Bantul, pelayanan kepada pasien dalam hal kunjungan visit dokter saat ini belum terkoordinasi dengan baik. Ditemukan bahwa jadwal visit dokter tidak menentu. Hal tersebut didukung hasil wawancara peneliti sebagai berikut:

“Kalau bicara visit dokter jujur saja disini belum berjalan baik, maksudnya belum berjalan baik itu dokternya itu sering tidak on time.” (I5)

“... kalau jamnya sih kalau di indikator mutu itu kan tidak lebih dari jam 2 siang. Ya tapi masih ada yang sore, ada yang pagi. Ya dokter enggak pasti sih mbak, kadang ada yang enggak visit ...” (I7)

“... ada yang belum rutin/tepat waktu, karena kita memang sudah ada nota dinas, sudah ada aturan untuk visit, dari kemenkes maksimal jam 2.” (I3)

d. Faktor *Material* (Bahan)

1) Tempat lahan parkir yang kurang luas

Tabel 10. Hasil *Checklist* Observasi Aspek *Material* (Bahan)

No	Komponen Observasi	Ada	Tidak Ada	Keterangan
1.	Lahan Parkir	✓		Tempat lahan parkir sudah ada namun belum luas
2.	Tempat Tidur Pasien	✓		Adanya tempat tidur pasien
3.	Toilet Pasien	✓		Adanya toilet pasien disetiap kamar pasien
4.	Komputer	✓		Adanya komputer disetiap bangsal
5.	Printer	✓		Adanya printer disetiap bangsal
6.	Kipas Angin/AC	✓		Adanya Kipas Angin/AC disetiap bangsal

Berdasarkan hasil *checklist* observasi saat di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul, dari aspek *Material* (Bahan) disebabkan karena sarana yang kurang memadai seperti tempat lahan parkir yang kurang luas untuk menampung kendaraan pasien.

e. Faktor *Money* (Dana)

1) Panjangnya lama ranap

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul, apabila ditinjau dari aspek *Money* (Dana), penyebab rendahnya BOR di rumah sakit dikarenakan Panjangnya lama rawat inap. Lama rawat inap yang berkepanjangan dapat mempengaruhi rendahnya BOR di rumah sakit. Hal tersebut didukung hasil wawancara peneliti sebagai berikut:

“... lama rawat, terlalu lama itu juga berpengaruh diefektif.” (I4)

“... karena di tempat kita itu kan banyaknya kasus dalam, itu biasanya lama rawat inapnya itu agak lebih panjang dibandingkan dengan kasus yang bedah atau kasus seteruk itu juga membutuhkan rawat inap yang agak lama...” (I5)

“... biasanya kalau kasus saraf atau kasus penyakit dalam itu lebih dari 5 hari ...” (I2)

“Kita kendalanya kadang sulit cari kamarnya, jadi memperpanjang lama rawat inap yang harusnya sudah bisa pindah ke ruangan biasa, jadi tertahan di ICU 1 sampai 2 hari.” (I9)

“... karena LOS-nya terlalu panjang, LOS maksudnya pasien lama dirawat, jadi agak lama kan pergantian kamar...” (I3)

f. Faktor *Environment* (Lingkungan)

1) Persaingan antar RS

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden di RSUD Muhammadiyah Bantul, apabila ditinjau dari aspek *Environment* (Lingkungan), penyebab rendahnya BOR di rumah sakit dikarenakan Persaingan antar RS dan Kurangnya kebersihan kamar ranap. Hal tersebut didukung dengan hasil wawancara dengan informan sebagai berikut:

“... ya karena memang UII itu memang jadi pesaing utama kita ya, yang jelas itu karena faktor ruangan, lebih banyak faktor ruangan. Disana kan karena gedungnya masih baru, fasilitasnya masih bagus semua orang disuruh milih lah, katakanlah sama-sama di kelas 3 antara disini dan disana kan otomatis orang jadi akan milih ke sana ...” (I5)

“... tetap ada imbasnya ya, dulu kita PKU sendiri ya, setelah itu ada UII, itu jelas ada imbasnya ...” (I2)

“... persaingan dengan RS lain, Iya memengaruhi ...” (I7)

2) Kurangnya kebersihan kamar ranap

Serta Kurangnya kebersihan kamar ranap, seperti yang diungkapkan dalam wawancara sebagai berikut:

“... mungkin di sela-sela, tikungan, kalau gak keset, dibawah bad itu juga masih kurang, kadang di jendela sela-sela yang susah dibersihkan itu juga masih ada.” (I4)

C. Pembahasan

1. Tingkat penggunaan tempat tidur (BOR) setiap bangsal pada tahun 2023

Statistik rumah sakit adalah statistik yang menggunakan dan mengelola sumber data pelayanan kesehatan di rumah sakit untuk menghasilkan informasi, fakta, dan pengetahuan tentang pelayanan kesehatan di rumah sakit. Statistik rumah sakit juga dianggap penting karena dapat digunakan untuk perencanaan, memantau kinerja medis, memantau pengeluaran dan pendapatan pasien, dan memantau kinerja *non* medis. Menghitung tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur (TT) adalah tugas rutin yang dilakukan dalam statistik rumah sakit untuk melacak kebiasaan penggunaan tempat tidur di ruang rawat inap (Hosizah dan Maryati, 2018).

Efisiensi manajemen rumah sakit secara umum dapat dilihat dari dua aspek, yaitu aspek medis yang melihat efisiensi dari segi kualitas pelayanan medik dan dari segi ekonomi yang melihat efisiensi dari segi pemanfaatan tenaga medis (Wirajaya dan Tunas, 2023). Mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit salah satunya dapat dilihat dari efisiensi penggunaan tempat tidur (Hosizah dan Maryati, 2018). Menurut Rustiyanto (2010) yang dikutip Zahro, salah satu indikator yang digunakan untuk memantau efisiensi penggunaan tempat tidur yaitu BOR (*Bed Occupancy Rate*) yaitu persentase pemakaian tempat tidur. Standar yang ditetapkan Barber-Johnson untuk indikator BOR yaitu 75%-85% (Zahro, 2023).

Berdasarkan hasil Laporan Cakupan Layanan RSUD PKU Muhammadiyah Bantul diketahui bahwa rata-rata penggunaan tempat tidur setiap bangsal pada tahun 2023 masih belum ideal yaitu di angka 20,68% - 73,82%. Masih terdapat 6 bangsal yang belum efisien yaitu ada bangsal bangsal Al A'raf (Kasus Umum dan Kohorting), Al Kautsar (Kasus Umum), ICU Non Isolasi, An Nisa (Kasus *Obstyn* dan Bayi Baru Lahir), An Nur (Kasus Bayi), dan ICU Isolasi. Mutu pelayanan yang ada di suatu rumah sakit memiliki pengaruh besar terhadap nilai BOR, semakin baik mutu pelayanannya maka makin banyak pasien yang akan melakukan pengobatan dikarenakan adanya kepuasan begitupun sebaliknya jika mutu pelayanannya kurang maksimal maka pasien yang melakukan pengobatan akan rendah dikarenakan kurang puasnya pasien (Ferdianti dan Rizaldy, 2023). Penggunaan tempat tidur yang tidak efisien memengaruhi penilaian kualitas pelayanan di rumah sakit dan secara tidak langsung memengaruhi pemasukan rumah sakit. Indikator BOR yang tidak memenuhi standar akan berdampak pada kepuasan pasien, kualitas pelayanan pasien, dan pemasukan rumah sakit (Zahro, 2023). Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh (Wirajaya dan Tunas, 2023) yang menemukan bahwa indikator BOR menunjukkan hasil yang efisien.

Namun disisi lain jika nilai BOR melebihi nilai ideal pada akhirnya peningkatan nilai BOR yang terlalu tinggi justru bisa menurunkan kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien dan kinerja tim medis yang kurang maksimal serta menurunkan kepuasan serta keselamatan terhadap

pasien dalam artian pergantian penggunaan tempat tidur pasien satu dengan pasien selanjutnya tidak ada jangka waktu dan dapat mengakibatkan terjadinya infeksi (Ferdianti dan Rizaldy, 2023). Menurut Sudra (2010) semakin tinggi nilai BOR berarti semakin tinggi pula penggunaan tempat tidur yang tersedia untuk perawatan pasien. Namun perlu di perhatikan pula bahwa semakin banyak pasien yang dilayani semakin sibuk dan semakin berat pula beban kerja petugas kesehatan di unit tersebut. Akibatnya, pasien kurang mendapatkan perhatian yang dibutuhkan dalam proses perawatan. Pada akhirnya, peningkatan BOR yang terlalu tinggi ini justru bisa menurunkan kualitas kerja tim medis dan menurunkan kepuasan serta keselamatan pasien.

2. Identifikasi faktor penyebab utama yang memengaruhi *Bed Occupancy Rate* (BOR) dengan metode *Urgency, Seriousness, Growth* (USG)

Masalah merupakan kesenjangan antara harapan dengan kenyataan, antara kebutuhan dengan yang tersedia, antara yang seharusnya dengan yang ada. Identifikasi masalah adalah langkah awal yang sangat penting dalam suatu proses penelitian. Cara untuk mengidentifikasi masalah adalah dengan melakukan wawancara (Hartono *et al.*, 2018). Dalam mengidentifikasi masalah terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan, seperti kemampuan sumber daya manusia, biaya, tenaga, teknologi dan lain-lain. Untuk itu dilakukan wawancara diskusi dengan informan agar diperoleh faktor-faktor yang memengaruhi efisiensi BOR rumah sakit

(Praditya, 2018). Dari hasil identifikasi masalah ditemukan 8 *problem* yang merupakan faktor-faktor penyebab rendahnya BOR, antara lain:

a. Jumlah kunjungan pasien

Ketika jumlah pasien yang datang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sedikit, otomatis tingkat keterisian tempat tidur juga menurun. Hal ini sejalan dengan penelitian Lumbantoruan (2018) bahwa rendahnya nilai BOR dipengaruhi oleh jumlah kunjungan pasien rawat inap, sehingga jumlah pasien tidak sesuai dengan tempat tidur yang relatif banyak (Lumbantoruan, 2018).

b. Lama rawat inap

Jika lama rawat inap terlalu singkat, tempat tidur akan sering kosong karena pasien cepat dipulangkan, sementara pasien baru belum ada. Di sisi lain, jika lama rawat inap terlalu lama, tempat tidur akan selalu terisi oleh pasien yang sebenarnya sudah bisa dipulangkan, sehingga mengurangi ketersediaan tempat tidur untuk pasien baru yang membutuhkan. Waktu lama rawat inap yang lebih panjang mengakibatkan pengobatan pasien semakin banyak yang diberikan dan semakin banyak juga pemeriksaan penunjang seperti laboratorium ataupun radiologi yang dilakukan untuk melihat perkembangan kondisi pasien sehingga biaya pada pengobatan pasien semakin tinggi (Giusman dan Nurwahyuni, 2022). Ketidakseimbangan ini dapat menyebabkan rendahnya BOR karena optimalisasi penggunaan tempat tidur tidak tercapai.

c. Komunikasi antara petugas bangsal dengan LO

Petugas bangsal bertanggung jawab untuk memastikan ketersediaan dan penggunaan tempat tidur yang optimal, sementara LO bertugas mengkoordinasikan dan memfasilitasi alur pasien antara unit-unit terkait. Jika komunikasi antara kedua pihak tidak berjalan dengan baik, informasi mengenai ketersediaan tempat tidur, jadwal pemulangan pasien, dan kebutuhan perawatan lanjutan bisa terhambat. Akibatnya, terjadi keterlambatan dalam pengosongan dan pengisian tempat tidur, yang berdampak pada penurunan BOR.

d. Kebijakan internal rumah sakit

Kebijakan internal rumah sakit yang terlalu fleksibel dapat menjadi faktor penyebab rendahnya BOR karena memungkinkan adanya ketidakkonsistenan dalam penerapan prosedur operasional standar (SOP). Fleksibilitas yang berlebihan dalam kebijakan dapat mengakibatkan pelaksanaan prosedur yang tidak sesuai dengan protokol yang telah ditetapkan, sehingga mengurangi efisiensi operasional dan kualitas pelayanan. Akibatnya, kapasitas tempat tidur tidak dimanfaatkan secara optimal, yang berdampak negatif pada BOR rumah sakit. Menurut Fitriani dkk (2022) Rumah Sakit perlu melakukan analisis penilaian standar pelayanan sesuai kebijakan rumah sakit, kebijakan ini haruslah merupakan langkah baik yang nantinya akan meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit karena hal

tersebut akan berpengaruh pada nilai indikator mutu rumah sakit (Fitriani, Utami dan Sari, 2022).

e. Karakteristik masyarakat

Tingkat kesadaran yang rendah terhadap pentingnya perawatan kesehatan dapat mempengaruhi frekuensi kunjungan mereka ke rumah sakit. (Yasmin, 2024) Banyak pasien mungkin menganggap gejala yang mereka alami sebagai hal yang sepele dan tidak menganggapnya cukup serius untuk mengunjungi profesional medis. Misalnya, di daerah dengan tingkat pendidikan dan pendapatan yang rendah, masyarakat mungkin kurang menyadari pentingnya perawatan medis preventif dan cenderung hanya mencari pengobatan saat kondisi sudah parah. Selain itu, kepercayaan pada pengobatan tradisional atau alternatif juga bisa menjadi penghalang bagi masyarakat untuk menggunakan layanan kesehatan modern. Semua faktor ini dapat berkontribusi pada rendahnya BOR di rumah sakit.

f. Menjadi bangsal transit

Menjadi bangsal transit dapat memengaruhi rendahnya BOR di rumah sakit karena bangsal ini digunakan sebagai tempat sementara bagi pasien yang menunggu kepastian tempat tidur di bangsal tujuan. Hal ini menyebabkan waktu rawat inap di bangsal transit cenderung singkat dan tidak optimal dalam hal pengisian tempat tidur, karena pasien segera dipindahkan begitu ada tempat tersedia di bangsal tujuan. Selain itu, bangsal transit sering kali tidak dihitung sebagai

bagian dari BOR secara keseluruhan, sehingga meskipun ada pasien yang menempati bangsal ini, jumlah tersebut tidak tercatat dalam statistik BOR rumah sakit. Akibatnya, keberadaan bangsal transit dapat menurunkan angka BOR karena tidak mencerminkan penggunaan tempat tidur secara penuh dan berkelanjutan.

g. Pasien dirujuk ke RS lain

Menurut penelitian (Rohman dkk., 2018) faktor yang menyebabkan tidak efisiensinya penggunaan tempat tidur di rumah sakit adalah disebabkan karena adanya pasien yang dirujuk. Hal ini dikarenakan belum lengkapnya fasilitas medis, sehingga harus dirujuk ke rumah sakit lain. Hal ini dapat menyebabkan penurunan BOR karena mengurangi jumlah pasien yang dirawat di RS tersebut.

h. Ketersediaan ruang rawat inap setelah ICU

Ketersediaan ruang rawat inap setelah ICU dapat menjadi faktor penyebab rendahnya Bed Occupancy Rate (BOR) di rumah sakit karena adanya keterbatasan tempat tidur. Jika ruang rawat inap setelah ICU tidak cukup, pasien yang seharusnya dipindahkan ke ruang rawat inap akan tetap tinggal di ICU, menyebabkan penumpukan pasien dan mengurangi ketersediaan tempat tidur untuk pasien baru. Hal ini dapat memengaruhi BOR karena pasien yang seharusnya mendapatkan perawatan di ruang rawat inap tidak dapat segera dipindahkan, sehingga menghambat aliran pasien baru ke rumah sakit.

Untuk dapat mengetahui faktor penyebab utama yang memengaruhi BOR di RSUD Muhammadiyah Bantul dalam penelitian ini telah dilakukan penilaian prioritas masalah dari yang paling mendesak hingga tidak terlalu mendesak menggunakan metode *Urgency, Seriousness, Growth* (USG). Metode USG merupakan salah satu metode untuk menentukan prioritas masalah. Penetapan prioritas masalah menjadi bagian penting dalam proses pemecahan masalah dikarenakan dua alasan. Pertama, karena terbatasnya sumber daya yang tersedia, dan karena itu tidak mungkin menyelesaikan semua masalah. Kedua, karena adanya hubungan antara satu masalah dengan masalah lainnya, dan karena itu tidak perlu semua masalah diselesaikan (Asria dan Wardhani, 2023).

Penyebab masalah yang teridentifikasi diprioritaskan sesuai kriteria *Urgency, Seriousness, and Growth* (USG) melalui wawancara. Metode USG adalah salah satu alat untuk menyusun urutan prioritas isu yang harus diselesaikan. Caranya dengan menentukan tingkat urgensi, keseriusan, dan perkembangan isu dengan menentukan skala nilai 1 sampai 5, suatu masalah dengan skor tertinggi merupakan prioritas dari masalah tersebut.

Setiap *problem* memiliki skor kontribusi dari masing-masing komponen (*Urgency, Seriousness, and Growth*). Setiap skor kontribusi dari masing-masing komponen akan berkisar antara 1 sampai 5. Untuk menghitung skor dari masing-masing komponen dari setiap *problem*, jumlahkan setiap skor dari I1 sampai I11 berdasarkan komponen dan *problem* nya. Berikut rumus perhitungan skor USG:

$$\begin{aligned} \text{Skor Komponen } U(1) = & U(1)I1 + U(1)I2 + U(1)I3 + U(1)I4 + \\ & U(1)I5 + U(1)I6 + U(1)I7 + U(1)I8 + \\ & U(1)I9 + U(1)I10 + U(1)I11 \end{aligned}$$

Ket:

$U(1) = \text{Urgency Problem 1}$

$U(1)I1 = \text{Nilai Komponen dari Urgency Problem 1 yang diisi oleh Informan 1}$

Rumus tersebut diterapkan juga untuk masing-masing komponen (*Urgency, Seriousness, and Growth*) dan masing-masing *problem*.

Adapun keterangan skala penilaian metode USG sebagai berikut:

Tabel 11. Skala Penilaian Metode USG

Skala	Penilaian
1	Sangat Tidak Urgen/Serius/Mendesak
2	Tidak Urgen/Serius/Mendesak
3	Netral
4	Urgen/Serius/Mendesak
5	Sangat Urgen/Serius/Mendesak

Penelitian dilakukan dengan menggunakan metode wawancara dan observasi. Wawancara bertujuan untuk menggali dan memperoleh informasi tentang berbagai hal yang sudah teridentifikasi sebagai penyebab BOR yang masih dibawah standar yang diharapkan. Wawancara dilakukan di RSUD Muhammadiyah Bantul yang melibatkan 10 informan dan triangulasi. Berdasarkan hasil wawancara tersebut diperoleh prioritas masalah yang harus diselesaikan terlebih dahulu yaitu Jumlah kunjungan pasien rawat inap yang rendah. Kunjungan Pasien adalah pemanfaatan penggunaan fasilitas kesehatan yang disediakan baik dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, kunjungan rumah oleh petugas kesehatan

maupun dalam bentuk kegiatan lain dari pemanfaatan pelayanan kesehatan tersebut (Pasaribu, 2012).

Jumlah kunjungan pasien yang sedikit dapat berdampak signifikan pada BOR rumah sakit. BOR dihitung sebagai persentase dari jumlah tempat tidur yang terisi dibandingkan dengan jumlah total tempat tidur yang tersedia dalam suatu periode waktu tertentu. Jika jumlah kunjungan pasien menurun, akan ada lebih banyak tempat tidur yang kosong, yang kemudian menyebabkan BOR menurun. Hal ini sejalan dengan penelitian Lumbantoruan (2018) bahwa rendahnya nilai BOR dipengaruhi oleh jumlah kunjungan pasien rawat inap, sehingga jumlah pasien tidak sesuai dengan tempat tidur yang relatif banyak (Lumbantoruan, 2018). Hal ini dapat berdampak pada keuangan rumah sakit karena penggunaan tempat tidur yang kurang optimal dapat mengurangi pendapatan dan efisiensi operasional, sementara biaya operasional tetap tinggi. Sama seperti penelitian Wirajaya (2023), Penurunan kunjungan pasien rawat inap akan berpengaruh terhadap ketercapaian indikator pelayanan rawat inap. Pelayanan rawat inap merupakan sumber pendapatan bagi rumah sakit. Jika terjadi penurunan pasien rawat inap maka akan terjadi penurunan pendapatan rumah sakit (Wirajaya dan Tunas, 2023).

3. Identifikasi akar masalah dari penyebab utama yang memengaruhi *Bed Occupancy Rate* (BOR) melalui analisis *fishbone*

Diagram *fishbone analysis* adalah metode untuk mengidentifikasi sebab akibat suatu masalah dan memisahkan akar penyebabnya, yang

dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas masalah. Analisis *fishbone* merupakan pendekatan terstruktur yang memungkinkan dilakukan suatu analisis lebih terperinci dalam menemukan penyebab-penyebab suatu masalah, ketidaksesuaian, dan kesenjangan yang ada. Setelah masalah dan akar penyebabnya diuraikan, akan lebih mudah untuk membuat rencana atau tindak lanjut untuk masalah tersebut. Langkah yang harus dilakukan dalam melakukan analisis *fishbone* yaitu:

- a. Menyepakati permasalahan utama yang terjadi dan diungkapkan bahwa masalah tersebut merupakan suatu pernyataan masalah (*problem statement*). Dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan metode USG. Berdasarkan hasil tersebut diperoleh prioritas masalah yang harus diselesaikan terlebih dahulu yaitu Jumlah kunjungan pasien rawat inap yang rendah.
- b. Mengidentifikasi Kategori-kategori (*based on theory*). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan 6 aspek, yaitu aspek *Man* (Sumber Daya Manusia), *Machine* (Mesin), *Method* (Metode), *Material* (Bahan), *Money* (Dana), dan *Environment* (Lingkungan).
- c. Menentukan sebab-sebab potensial yang mungkin. Identifikasi ini dilakukan dengan metode *brainstorming*. Dalam *brainstorming* peneliti menggunakan hasil wawancara sebelumnya dan juga *problem statement* dari referensi terkait, seperti jurnal.
- d. Mengkaji dan menyepakati sebab-sebab yang paling mungkin. Setelah menemukan penyebab potensial dari setiap penyebab yang

mungkin, kemudian dikaji kembali urutan penyebab hingga ditemukan akar penyebabnya. Setelah itu tempatkan akar penyebab masalah tersebut pada cabang yang sesuai dengan kategori utama sehingga membentuk seperti tulang-tulang kecil dari ikan. Selanjutnya adalah menginterpretasikan dan mengkaji kembali diagram sebab akibat tersebut mulai dari masalah awal hingga ditemukannya akar penyebab tersebut. Dalam penelitian ini peneliti melakukan diskusi dan bimbingan dengan dosen pembimbing.

Melalui diagram *fishbone analysis* dapat menggambarkan secara mudah tentang sebab akibat dari Nilai BOR tidak efisien, faktor yang semakin mendekati kepala ikan merupakan faktor penyebab yang paling besar untuk terjadinya masalah (Lestari dan Wahyuni, 2019). Berdasarkan hasil *brainstorming* terhadap 6 aspek, penyebab tidak efisien nilai BOR berdasarkan urutan penyebab terbesar dipengaruhi oleh faktor *Environment, Man, Money, Method, Machine, dan Material*. Dari hasil tersebut peneliti membahas satu persatu dari masing-masing faktor yaitu sebagai berikut:

a. Faktor *Man* (Sumber Daya Manusia)

Berdasarkan hasil penelitian apabila ditinjau dari aspek *Man*, penyebab rendahnya BOR di rumah sakit dikarenakan Jumlah SDM perawat dan dokter kurang. Kurangnya jumlah SDM dalam rumah sakit dapat mengakibatkan penundaan dalam pelayanan medis, seperti penundaan dalam pemeriksaan atau tindakan medis, yang dapat

membuat pasien tidak mendapatkan perawatan yang mereka butuhkan dengan cepat. Akibatnya, pasien mungkin memilih untuk mencari perawatan di tempat lain atau menunda perawatan mereka, yang juga dapat menyebabkan penurunan BOR.

Mengacu pada (*Permenkes RI Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*, 2020) pasal 11 ayat (6) bahwa jumlah dan kualifikasi sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan hasil analisis beban kerja, kebutuhan, dan kemampuan pelayanan Rumah Sakit. Menurut penelitian (Widiyanto dan Wijayanti, 2020) jumlah petugas yang belum memadai akan menyebabkan beban kerja yang lebih besar bagi petugas untuk menyelesaikan tugas mereka, yang juga dapat mengurangi kualitas pelayanan. Sementara itu, untuk perbandingan tenaga paramedis dan tempat tidur adalah 2:3 dengan kualifikasi tenaga tersebut sesuai dengan pelayanan di rumah sakit (Mardian, 2016).

Dokter *part time* juga merupakan salah satu penyebab nilai BOR tidak efisien. Seperti yang diungkapkan dalam wawancara, banyak dokter *part time* yang datang ke rumah sakit setelah menyelesaikan praktek di tempat lain, seperti Rumah Sakit Sardjito dan lainnya. Karena dokter tersebut bukan dokter tetap di RSUD Muhammadiyah Bantul, melainkan dari luar. Mereka seringkali datang pada sore atau malam hari, bahkan ada yang sampai tengah malam. Hal ini membuat mereka tiba di rumah sakit dalam keadaan lelah setelah

menangani pasien rawat jalan sehingga menyebabkan ketidakpastian dalam jadwal visit dokter.

Sejalan dengan penelitian (Elyana dkk., 2020), jadwal visit dokter belum optimal karena masih terdapat dokter *part time* yang sampai di rumah sakit masih harus menangani pasien rajal. Hal tersebut menyebabkan penurunan jumlah kunjungan pasien ranap, yang akhirnya berakibat pada penurunan BOR. Untuk itu perlu mengomunikasikan kembali kepada pihak komite medis terkait penambahan dokter *full time* agar nilai BOR dapat mencapai angka efisien sesuai standar yang telah ditetapkan (Lestari dan Wahyuni, 2019).

b. Faktor *Machine* (Mesin)

Berdasarkan hasil penelitian apabila ditinjau dari aspek *Machine*, penyebab rendahnya BOR di rumah sakit dikarenakan Fasilitas pelayanan kurang lengkap. Kurangnya fasilitas/sarana prasarana menyebabkan minat pasien untuk berkunjung ke rumah sakit rendah sehingga menyebabkan kunjungan pasien menurun. Selain itu, pasien yang membutuhkan pelayanan penunjang tetapi rumah sakit tidak memiliki pelayanan tersebut terpaksa harus merujuk pasien ke rumah sakit yang lebih lengkap (Widiyanto dan Wijayanti, 2020).

Berdasarkan Laporan Cakupan Layanan 10 Besar Penyakit, tidak terdapat kasus penyakit jantung. Kemungkinan hal tersebut karena penyakit jantung yang seharusnya dilakukan pemeriksaan dengan alat

tersebut tidak dapat dilakukan pelayanan, dikarenakan belum tersedianya alat PCI. Sehingga kasus penyakit jantung tidak masuk ke dalam 10 Besar Penyakit. Hal tersebut mengakibatkan pasien harus dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, sehingga berpengaruh terhadap tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur pasien rawat inap di bangsal ICU. Sejalan dengan penelitian (Mardian, 2016) yang menyatakan bahwa, kurangnya sarana dan prasarana yang memadai merupakan penyebab utama rendahnya angka kunjungan yang berakibat pada tingkat penggunaan tempat tidur yang tidak efisien.

Rumah sakit dituntut untuk menyediakan pelayanan yang lengkap untuk melaksanakan pelayanan kesehatan yang optimal sehingga menimbulkan kepuasan bagi pasien dan menguntungkan rumah sakit. Kepuasan pasien sendiri menjadi salah satu indikator yang menunjukkan tingkat keberhasilan suatu layanan kesehatan dalam meningkatkan mutu pelayanannya (Widiyanto dan Wijayanti, 2020).

c. Faktor *Method* (Metode)

Berdasarkan hasil penelitian apabila ditinjau dari aspek *Method*, penyebab rendahnya BOR di rumah sakit dikarenakan Kunjungan visit dokter tidak menentu. Jika kunjungan dokter tidak terkoordinasi dengan baik pasien mungkin dipindahkan keluar dari rawat inap lebih cepat atau lebih lama daripada yang seharusnya. Akibatnya, tempat tidur rawat inap tidak terisi secara optimal, yang mengakibatkan BOR rawat inap menjadi rendah. Berdasarkan (*Permenkes RI Nomor 4*

Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien, 2018) pasal 17 ayat (2) huruf e, salah satu hak pasien yaitu memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga Pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi. Karena kunjungan visit dokter yang tidak menentu maka dapat berdampak pada tidak terpenuhinya hak pasien tersebut. Hal tersebut juga dapat menghambat pelayanan lainnya khususnya pada pendaftaran pasien rawat inap terkait dengan proses pesan kamar. Menurut (Rohman dkk., 2018), Jasa pelayanan pengobatan dan perawatan yang kurang memenuhi harapan pasien merupakan contoh kejadian yang dapat menimbulkan ketidakpuasan pasien. Secara umum ketidaknyamanan pasien pada waktu proses perawatan di rumah sakit dapat menjadi faktor pemicu pasien memutuskan untuk PAPS (Pulang Atas Permintaan Sendiri).

d. Faktor *Material* (Bahan)

Berdasarkan hasil penelitian apabila ditinjau dari aspek *Material*, penyebab rendahnya BOR di rumah sakit dikarenakan Sarana yang Kurang Memadai seperti tempat lahan parkir yang kurang luas untuk menampung kendaraan pasien. Kendaraan pasien yang tidak dapat parkir dengan mudah dapat menyebabkan pasien dan keluarganya kesulitan untuk mengakses layanan kesehatan, mengurangi jumlah pasien yang datang ke rumah sakit. Selain itu, jika pasien kesulitan mencari tempat parkir yang aman dan nyaman, mereka mungkin memilih untuk mencari perawatan di rumah sakit lain yang memiliki

fasilitas parkir yang lebih baik. Hal ini sejalan dengan penelitian (Toriawaty, W dan T, 2022) yang menyatakan bahwa Faktor *Material* disebabkan karena sarana dan prasarana yang kurang memadai misalnya kurang luasnya lahan parkir, ketidaktersediaan pelayanan kegawatdaruratan, dan ketidaksediaan layanan bank darah. Berdasarkan penelitian (Widiyanto dan Wijayanti, 2020) juga menyatakan bahwa kurangnya fasilitas seperti tempat parkir pengunjung menyebabkan pelayanan di rumah sakit kurang berjalan dengan optimal.

Mengacu pada (*Permenkes RI Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien*, 2018) pasal 13 seharusnya rumah sakit dapat memenuhi kewajiban dalam menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak meliputi sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf i dilaksanakan sesuai dengan pedoman yang ditetapkan oleh Menteri.

e. Faktor *Money* (Dana)

Berdasarkan hasil penelitian apabila ditinjau dari aspek *Money*, penyebab rendahnya BOR di rumah sakit dikarenakan Panjangnya lama rawat inap. Lama rawat inap yang berkepanjangan dapat mempengaruhi rendahnya BOR di rumah sakit. Penelitian oleh (Qurrotu'aini dan Ardan, 2023) menunjukkan bahwa pasien yang

membutuhkan waktu perawatan yang lebih lama juga membutuhkan lebih banyak uang, seiring dengan temuan (Giusman dan Nurwahyuni, 2022) yang menunjukkan bahwa jumlah waktu perawatan yang lebih lama akan meningkatkan jumlah perawatan medis, obat, dan terapi yang diperlukan, sehingga meningkatkan biaya. Hal ini dapat menciptakan situasi di mana pasien yang seharusnya sudah selesai dirawat tapi masih menempati tempat tidur, menghambat ketersediaan tempat tidur untuk pasien baru yang membutuhkan perawatan.

f. Faktor *Environment* (Lingkungan)

Berdasarkan hasil penelitian apabila ditinjau dari aspek *Environment*, penyebab rendahnya BOR di rumah sakit dikarenakan Persaingan antar RS dan Kurangnya kebersihan kamar ranap. Letak RSU PKU Muhammadiyah Bantul sudah cukup strategis dengan akses jalan yang baik, yaitu berada di pusat Kota Bantul dan berada di pinggir jalan raya. Namun terdapat juga banyak rumah sakit lain yang berdekatan dengan RSU PKU Muhammadiyah Bantul dan pelayanannya juga tidak kalah bagus. Hal ini sama dengan penelitian (Nofitasari, 2017) Salah satu faktor penyebab turunnya BOR yaitu juga banyaknya rumah sakit kompetitor yang berdekatan. Widiyanto dan Wijayanti, (2020) Faktor yang mempengaruhi BOR sangatlah kompleks, tetapi pada dasarnya dikelompokkan menjadi dua yaitu faktor internal dan faktor eksternal dimana kedua faktor tersebut merupakan penjabaran dari faktor lingkungan. RSU PKU Muhammadiyah Bantul menyatakan

sudah melakukan kerjasama dengan fasyankes yang lain tapi masih belum dilakukan secara optimal. Kebijakan dari BPJS dan persaingan antar fasilitas pelayanan kesehatan yang lain juga berdampak terhadap pelayanan maupun kunjungan rumah sakit.

Namun menurut penelitian (Nofitasari, 2017) letak rumah sakit yang berdekatan tidak termasuk ke dalam Faktor *Environment*, tetapi masuk ke dalam Faktor *Money* karena dalam penelitian tersebut membandingkan dari segi biaya transportasi jarak rumah sakit dengan rumah pasien.

Kemudian Kurangnya kebersihan di kamar rawat inap juga memiliki dampak yang signifikan terhadap angka kunjungan pasien, yang dapat memengaruhi nilai BOR tidak memenuhi standar yang diinginkan. Hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan (Yanidrawati dkk., 2012), Persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan, berdasarkan beberapa indikator salah satunya kurangnya kebersihan kamar mandi. Hal ini menjadi tugas dari Manajemen Rumah Sakit dan tata ruang kedepannya untuk meningkatkan tentang kebersihan fasilitas yang ada di ruang rawat inap (Basri dan Leoganda, 2016).