GAMBARAN EFESIENSI PENGGUNAAN TEMPAT TIDUR PADA PASCA COVID-19 PERAWATAN MELATI DAN SERUNI RSUD H. ANDI SULTHAN DG RADJA BULUKUMBA TAHUN 2023

SKRIPSI

Oleh:

NIRWANA

NIM. A 16.08.039

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)

PANRITA HUSADA BULUKUMBA

2023

GAMBARAN EFESIENSI PENGGUNAAN TEMPAT TIDUR PADA PASCA COVID-19 PERAWATAN MELATI DAN SERUNIRSUD H. ANDI SULTHAN DG RADJA BULUKUMBA TAHUN 2023

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Persyaratan Mencapai Gelar Sarjana Keperawatan (S. Kep)
Pada Program Studi S1 KeperaStikes Panrita Husada Bulukumba

Oleh:

NIRWANA

NIM. A 16.08.039

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)

PANRITA HUSADA BULUKUMBA

2023

LEMBAR PERSETUJUAN

GAMBARAN EFESIENSI PENGGUNAAN TEMPAT TIDUR PADA PASCA COVID-19 PERAWATAN MELATI DAN SERUNIRSUD H. ANDI SULTHAN DG RADJA BULUKUMBA TAHUN 2023

SKRIPSI

Disusun Oleh :

NIRWANA

NIM. A.16.08.039

SkripsiIni Telah Disetujui
Tanggal 06 Desember 2023

Pembimbing utama	Pembimbing Pendamping
(Haryanti Haris, S.Kep, Ns, M.Kep)	(Dr, A.Suswani M, S.Kep, Ns, M.Kes)

LEMBAR PENGESAHAN

GAMBARAN EFESIENSI PENGGUNAAN TEMPAT TIDUR
PADA MASA PASCA COVID-19 DI PERAWATAN
MELATI DAN SERUNI RSUD BULUKUMBA
TAHUN 2023

Disusun Oleh :

NIRWANA

NIM. A.16. 08. 039

Telah dipertahankan didepan tim penguji
Pada tanggal
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Penguji 1

(Safaruddin S.Kep, Ns, M.Kes)

penguji II

(Dr. Haerani S.Kep. Ns, M.Kep)

Mengetahui,
Ketua Stikes Panrita Husada
Bulukumba

Dr. Muriyati., S. Kep, M. Kes

Mengetahui,
Ketua Program Studi S1Keperawatan

Dr. Haerani S.Kep, Ns, M.Kep

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nirwana

Nim : A.16.08.039

Program studi : S1 Keperawatan

Judul Skripsi : Gambara Efesiensi Penggunaan Tempat Tidur Pada Pasca Covid-19 Perawatan Melati dan Seruni Rsud H. Andi Sulthan Dg Radja Bulukumba Tahun 2023.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tugas akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri,bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa tugas akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bulukumba, 25 November 2023

Yang membuat pernyataan

Nirwana

NIM. A. 16. 08. 039

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan nikmat-Nyasehingga saya dapat menyelesaikan proposal penelitian dengan judul "Gambara Efesiensi Penggunaan Tempat Tidur Pada Pasca Covid-19 Perawatan Melati dan Seruni Rsud H. Andi Sulthan Dg Radja Bulukumba Tahun 2023.

". Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi ilmu Keperawatan Stikes Panrita Husada Bulukumba.

Bersamaan ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. H. Muh. Idris Aman., S.Sos selaku Ketua Yayasan Panrita Husada Bulukumba.
2. Dr.Muriyati, S.ST, M.Kes selaku Ketua Stikes Panrita Husada Bulukumba yang telah merekomendasikan pelaksanaan penelitian.
3. Dr. A. Suswani Makmur., SKM, S.Kep, NS, M.Kes selaku Wakil Ketua 1, yang telah merekomendasikan pelaksanaan penelitian.
4. Dr, Haerani, S.Kep, Ns, M.Kep selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan yang telah merekomendasikan pelaksanaan penelitian.
5. Haryanti Haris, S.Kep, Ns, M.Kep selaku pembimbing utama yang yang telah bersedia meluangkan waktunya dalam memberikan bimbingan sejak awal sampai akhir penyusunan proposal penelitian ini.

6. Dr, A.Suswani M, S.Kep, Ns, M.Kes selaku pembimbing pendamping yang yang telah bersedia meluangkan waktunya dalam memberikan bimbingan sejak awal sampai akhir penyusunan proposal penelitian ini.
7. Safaruddin S.Kep, Ns, M.Kes selaku penguji I yang telah bersedia memberikan bimbingan serta mengarahkan penulis dalam penyusunan proposal ini.
8. Adam S.Pd M.Kes selaku penguji II yang telah bersedia memberikan bimbingan serta mengarahkan penulis dalam penyusunan proposal ini.
9. Bapak/Ibu dosen dan seluruh staf Stikes Panrita Husada Bulukumba atas bekal keterampilan dan pengetahuan yang telah diberikan kepada penulis selama proses perkuliahan.
10. Khususnya kepada Ayahanda tercinta Tajuddin, Ibunda tercinta Nurhayati, serta saudara/I atas seluruh bantuan dan dorongan yang selalu diberikan baik secara moral, material maupun spiritual kepada penulis dalam menuntut ilmu.
11. Terimah kasih kepada teman-teman keperawatan angkatan 2016 kalian luar biasa. Terutama kepada sahabat terdekat saya Hasliah S.Kep,Ns, Ekawati S.Kep,Ns, Sri Indriyani Muin, Fira Yunita S.Kep, Hardianti S.Kep,Ns, Rahmat Hidayat Amd,kes, Muh. Adnan S.Kep,Ns,, Hardianto S.Kep,Ns,, Irfandi S.Kep,Ns, Miko Kurniawan telah memberikan dukungan serta bantuan sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Mudah-mudahan segala bantuan yang diberikan bernilai ibadah disisi Allah SWT.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis selama penelitian dan penyusunan proposal ini.

Penulis menyadari bahwa Skripsi ini masih jauh dari kata sempurna, serta banyak terdapat kesalahan maupun kekurangan.Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan proposal ini.

Penulis juga berharap semoga Skripsi ini dapat bermanfaat bagi para pembaca, dan bagi semua pihak khususnya bagi dunia pendidikan keperawatan di Indonesia.

Bulukumba, 16 November 2023

Penulis

ABSTRAK

HubunganefesiensipenggunaantempattiduRdenganmenggunakanBORpadapascacovid19 perawatanmelatidanserunidirsudH.Andisulthandgradjabulukumbatahun2023.Nirwana[1].Haryanti haris[2].Andi Suswani[3].

LatarBelagkang:menurutWHO (*WorldHealthOrganization,*rumahsakitdalahbagianintegraldarisuatu organisasisosialdankesehatandenganfungsimenyediakanpelayananparipurna(komprehensif), penyembuhanpenyakit(kuratif)danpencegahan penyakit(preventif)kepadamasyarakat.Rumah sakitjuga merupakatpusatpelatihanbagitenagakesehatandanpusatpenelitimedik.(Ginting, 2011)

TujuanPeneliti: GambaraEfesiensiPenggunaanTempatTidurPadaPascaCovid-19PerawatanMelatidan SeruniRsudH.AndiSulthanDgRadjaBulukumbaTahun2023.

HasilPenelitian: Berdasarkanhasilpenelitiandapatdiketahuipenggunaantempattidurdari47responden diatasdapatdiketahuibahwapenggunaantempattidurdari47respondenyangmenggunakantempattidur Efesiensebanyak25orang(53,2%),danyangmenggunakantempattidurTidakEfesiensebanyak22orang (46,8%).

KesimpulandanSaran: Diruanganperawatan melatiGedungC2lantai2merupakanruangperawatankelas I,II danIIIdenganpostop/orangdengantindakaninsisiyangterjadidari6kamar,dimana2kamarkelas1,2 kamaruntukkelas II dan 2 kamar untuk pasien kelas III. Jumlah tempat tidur pada ruangan perawatan melati 1 terdiri dari 24 tempat tidur yang dibagi menjadi 6 kamar 201 sampai 206.

Di ruang perawatn melati 2 gedung c2 lantai 2 merupakan ruang perawatan kelas I, II, dan III dengan op/ orang dengan tindaan insisi yang terjadi dari 6 kamar, dimana 2 kamar kelas 1,2 kamar untuk kelas II dan 2 kamar untuk pasien kelas III. Jumlah tempat tidur pada ruangan perawatan melati 2 terdiri dari 24 tempat tidur yang dibagi menjadi 6 kamar 207 sampai 212.

Hasil penelitian dapat menambah ilmu pengetahuan dan dapat dijadikan tambahan pustaka dalam bidang ilmu pengetahuan bagi institusi pendidikan Stikes Panrita Husada BulukumbaDisarankan kepada pihak pemerintah untuk meningkatkan penyuluhan tentang penggunaan tempat tidur

DAFTAR ISI

HALAMAN

HALAMAN JUDUL .....

LEMBAR PERSETUJUAN .....

LEMBAR PENGESAHAN .....

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAAN PENELITIAN .....

KATA PENGANTAR.....

ABSTRAK .....

DAFTAR ISI.....

DAFTAR TABEL .....

DAFTAR GAMBAR.....

DAFTAR LAMPIRAN .....

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....

B. Rumusan Masalah.....

C. Tujuan Penelitian.....

D. Manfaat Penelitian.....

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori .....

B. Kerangka Teori.....

BAB III KERANGKA KONSEP DAN VARIABEL PENELITIAN

A. Kerangka Konsep .....

B. Variabel Penelitian .....

C. Defenisi Konseptual .....

D. Defenisi Operasional .....

E. Hipotesis .....

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian .....

B. Waktu Dan Lokasi Penelitian .....

C. Populasi, Sampel, dan Tekhnik Pengambilan Sampel .....

D. Instrumen Penelitian .....

E. Tekhnik Pengumpulan Data .....

F. Alur Penelitian .....

G. Tekhnik Pengelolaan Data dan Analisa Data .....

H. Etika Penelitian .....

I. Jadwal Penelitian .....

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian .....

B. Pembahasan .....

C. Keterbatasan Peneliti .....

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan .....

B. Saran .....

Daftar Pustaka

Lampiran

Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.2 Kerangka Teori.....

Gambar 3.1 Kerangka Konsep .....

Gambar 4.1 Alur Penelitian.....

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

menurut WHO (*World Health Organization)*, rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat peneliti medik.(Ginting, 2011)

Menurut UU Nomor 44 Tahun 2009 Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.(Administrasi et al., 2016)

Rumah sakit merupakan institusi yang sangat kompleks, dinamis, kompetitif, serta dipengaruhi lingkungan yang selalu berubah.Namun tetap dituntut untuk menjalankan misinya sebagai institusi pelayanan sosial dengan mengutamakan pelayanan kepada masyarakat dan harus selalu memperhatikan prinsip-prinsip ekonomi. Rumah sakit harus mempunyai kemampuan pelayanan sekurang-kurangnya pelayanan model umum, gawat darurat, pelayanan keperawatan, rawat jalan, rawat inap, operasi/bedah pelayanan medik, pelayanan medik spesies dasar, penunjang medik, farmasi, gizi, sterilisasi, rekam medik, pelayanan administrasi dan manajemen, penyuluhan kesehatan masyarakat, pemulasaran jenazah, laundry, dan

ambulance, pemeliharaan sarana rumah sakit, serta pengelolaan limbah yang ada di dalam ruang lingkup rumah sakit (Administrasi et al., 2016).

Rumah sakit adalah salah satu sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan, yang berperan mendukung pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Rumah sakit berperan dalam upaya kuratif dan rehabilitatif, salah satu upaya kuratif dan rehabilitatif yang di lakukan oleh rumah sakit yaitu dengan diselenggarakannya Unit Rawat Inap, yang bertujuan merawat pasien sakit dan memulihkan kesehatannya (Ginting, 2011).

Rumah sakit mempunyai bagian-bagian tertentu termasuk di dalamnya rekam medis yang mempunyai sub unit koding dan indeksing bertugas dalam pembuatan indeks penyakit. Guna kebutuhan finansial rumah sakit membutuhkan data yang telah di olah menjadi informasi dari rekam medis salah satu diantaranya adalah hasil perhitungan lama rawat(Rinjani & Triyanti, 2016).

Menurut Donabedian, A, (1982), pengertian mutu pelayanan kesehatan dengan penekatan secara komprehensif mencakup Input, Process san Output. Input adalah karakteristik pelayanan yang relatif stabil yang dimiliki oleh penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan. Input meliputi perlengkapan, sumber daya, dan tatan organisasi serta fasilitas fisik dilingkungan kerja. Process pada dasarnya adalah berbagai aktifitas yang merupakan interaksi antara penyedia fasilitas pelayanan kesehatan (misal dokter) dengan pasien yang menerima pelayanan kesehatan. Output/keluaran merujuk pada berbagai

perubahan kondisi dan status kesehatan yang didapat oleh pasien setelah terakses dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan (Rinjani & Triyanti, 2016).

Salah satu permasalahan yang ada dalam rumah sakit adalah masih rendahnya tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur.Rumah sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan deimana salah satu aktifitas yang rutin dilakukan dalam statistik rumah sakit adalah menghitung tingkat efisiensi hunian tempat tidur (TT). Hal ini dilakukan untuk membantu aktivitass penggunaan tempat tidur di unit perawatan rawat inap dan untuk merencanakan pengembangannya(Ginting, 2011).

Efesiensi merupakan salah satu parameter/indikator kinerja yang secara teoritis mendasari seluruh kinerja suatu organisasi dalam hal ini adalah rumah sakit, tanpa pengawasan terhadap efesiensi, masalah dapat muncul dari sisi manajemen yang berujung pada tindakan-tindakan penyimpangan. Begitu pula efesiensi dapat digunakan untuk mengalokasikan sumber daya dengan lebih tepat dimanfaatkan secara optimal(S & Lestari, 2018).

Efesiensi pengolaan rumah sakit secara garis besar dapat dilihat dari dua segi, yaitu segi medis meninjau efesiensi dari sudut mutu pelayanan medis dan dari segi ekonomi meninjau efesiensi dari sudut pendayagunaan sarana yang ada(S & Lestari, 2018).

Penilaian efesiensi pelayanan berkaitan dengan pemanfaatan tempat tidur yang terdapat didalam rumah sakit, serta efesiensi pemanfaatan penunjang medik rumah sakit.Untuk menilai efesiensi rumah sakit, dapat

dipergunakan grafik *Barber Johnson.*Dalam grafik ini terdapat dua daerah yang disebut dengan daerah efesien. Grafik *Barber-Johnson* sebagai salah satu indikator efesiensi pengelolaan rumah sakit berguna untuk membandingkan tingkat efesiensi penggunaan tempat tidur(Administrasi et al., 2016).

Tingkat efesiensi pelayanan tidak cukup hanya dengan data mentah, melainkan harus diolah terlebih dahulu ke dalam indikator pelayanan rumah sakit, dengan parameter indikator nilai adalah *Bed Occupancy Rate (BOR), Averange Length Of Stay (LOS), Trun Over Interval (TOI)* (Ilmiah, 2013).

Kualitas pelayanan kesehatan di suatu rumah sakit dikatakan efesien apababila penggunaan angka BOR, ALOS, TOI telah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan menurut *Barber Johns.*Didalam grafik *Barber Joh*ns terdapat sebuah area yang biasa di sebuat daerah efesien.Daerah efesien ditentukan dengan niali-nilai standar dari ke-tiga parameter tersebut. Nilai-nilai standar ke-tiga parameter tersebut adalah BOR, ALOS dan TOI (Ilmiah, 2013).

Berdasarkan UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, setiap rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan rumah sakit dalam bentuk Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. Menurut Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis, dokumen rekam medis (DRM) adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan dan

pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasein pada sarana pelayanan kesehatan (Administrasi et al., 2016).

Tempat Tidur Pasien adalah salah satu sarana rehabilitasi alat kesehatan yang berfungsi sebagai tempat istirahat baik duduk maupun tidur bagi pasien.Konstruksi alat ini terdiri dari tujuh komponen utama yang diproduksi secara manual dan harus memenuhi variabel kebutuhan konsumen yaitu aman, nyaman dan mudah dioperasikan. Untuk mengetahui apakah fungsi ke tujuh komponen telah memenuhi variabel kebutuhan konsumen, maka diperlukan suatu analisa yang penulis terapkan dari teori Quality Function Deployment (QFD) yang bertujuan untuk mengembangkan produk guna memuaskan konsumen dengan menerjemahkan keinginan konsumen ke dalam karakteristik teknis yang disyaratkan (Anggraeni, 2014)

Untuk melakukan penghitungan statistik rumah sakit pelayanan rawat inap dapat dinilai melalui indikator pelayanan seperti Bed Occupancy Rate (BOR) yaitu untuk mengetahui tingkat pemanfaatan tempat tidur suatu rumah sakit standar efisiensi 75% - 85%.Length Of Stay (LOS) adalah jumlah hari kalender dimana pasien mendapatkan perawatan rawat inap dirumah sakit, sejak tercatat sebagai pasien rawat inap hingga keluar dari rumah sakit standar efisiensi 3-12 hari. Turn Over Interval (TOI) adalah rata-rata jumlah hari sebuah tempat tidur tidak terisi, yaitu waktu antara sebuah tempat tidur ditinggalkan pasien sampai dengan saat ditempati lagi oleh pasien berikutnya standar efisiensi 1-3 hari (S & Lestari, 2018).

Menurut penelitian Harold Koening HFZ dan Kleainsorge IK (1994) salah satu faktor yang mempengaruhi *Bed Occupancy Rate* meliputi faktir input, faktor proses pelayanan dan kondisi pasien (Wolfman, 2013).

Sejak tanggal 11 Maret 2020 WHO menetapkan corona virus disease 2019 (covid-19) sebagai pandemi berskala global, banyak negara di dunia yang menetapkan kebijakan social distancing dan bahkan physical distancing untuk menghambat penyebaran Covid-19. Hal ini sejalan dengan rekomendasi Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melalui International HealthRegulations (2005) Emergency Committee pada 30 Januari 2020 untuk melakukan social distancing dengan tujuan untuk melindungi mereka yang berisiko tinggi terhadap morbiditas dan penyakit terkait COVID-19(Kepimpinan & Trihastuti, 2015).

COVID-19 merupakan virus jenis baru yang ditemukan pada tahun 2019 dan belum pernah ditemukan menyerang manusia sebelumnya (WHO, 2020; Zulva, 2019).COVID-19 adalah penyakit menular yang disebabkan oleh Sindrom Pernafasan Akut Coronavirus 2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 atau SARSCoV02) (Setiawan, 2020).WHO menyatakan virus corona sebagai pandemi pada 11 Maret 2020, dan virus ini menyebar dengan sangat cepat (Moana, 2020). Status pandemi atau epidemi global menunjukkan bahwa penyebaran COVID-19 sangat cepat (Belakang, 2020).

Coronavirus (Covid-19) merupakan keluarga besar virus yang menyebabkan penyakit infeksi saluran pernapasan, mulai flu biasa hingga

penyakit yang serius seperti Middle East Respiratory Syndrome (MERS) dan Sindrom Pernapasan Akut Berat/ Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). Penyakit ini terutama menyebar di antara orang-orang melalui tetesan pernapasan dari batuk dan bersin. Virus ini dapat tetap bertahan hingga tiga hari dengan plastik dan stainless steel SARS CoV-2 dapat bertahan hingga tiga hari atau dalam aerosol selama tiga jam (Kemendagri, 2020:3). Sesuai hal tersebut, coronavirus hanya bisa berpindah melalui perantara dengan media tangan, baju ataupun lainnya yang terkena tetesan batuk dan bersin (Kartika, 2020).

Salah satu Provinsi yang memiliki jumlah pasien positif corona (Covid-19) terbesar yaitu Provinsi Jawa Timur. Pada tanggal 28 April 2020 jumlah pasien positif Covid-19 di Jawa Timur bertambah menjadi 61 orang, sehingga total kasus positif 857 orang (CNBC Indonesia, 2020)(Ridlo, 2018).

Pemerintah Indonesia melalui Keputusan Presiden republic Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 menetapkan bencana non alam penyebaran COVID-19 sebagai bencana nasional dikarenakan bencana ini berdampak meningkatnya jumlah korban jiwa, ekonomi dan luasnya wilayah yang terkena bencana ini (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Oleh sebab itu disejumlah negara termasuk pemerintah Indonesia melakukan pencegahan dan pengendalian infeksi COVID-19 dan yang menjadi perhatian utama adalah pada kelompok rentan yang potensi resiko lebih besar salah satu diantaranya adalah kelompok ibu hamil (Aritonang et al., 2020).

Jumlah tempat tidur di ruangan melati 01 itu ada 18 tempat tidur, jumlah tempat tidur di ruangan melati 02 itu ada 18 tempat tidur, dan di perawatan seruni ada 28 tempat tidur. Jumlah tempat tidur yang terisi di ruang perawatan melati 01 sebanyak 14 tempat tidur, jumlah tempat tidur yang terisi di perawatan melati 02 sebanyak 12 tempat tidur, jumlah tempat tidur yang terisi di perawatan seruni sebanyak 21 tempat tidur. Jumlah perawat di perawatan melati 01 dan melati 02 itu sebanyak 36 perawat di mana melati 01 ada 18 perawat dan melati 02 ada 18 perawat juga, dan jumlah perawat di perawatan seruni sebanyak 18.

Di ruangan perawatan melati 1 Gedung C2 lantai 2 merupakan ruang perawatan kelas I, II, dan III dengan post op/ orang dengan tindakan insisi yang terjadi dari 6 kamar, dimana 2 kamar kelas 1, 2 kamar untuk kelas II dan 2 kamar untuk pasien kelas III. Jumlah tempat tidur pada ruangan perawatan melati 1 terdiri dari 24 tempat tidur yang dibagi menjadi 6 kamar 201 sampai 206.

Saat ini tenaga kesehatan yang berada di ruang perawatan melati 1 berjumlah 15 orang yang terdiri dari 1 orang kepala ruangan, 1 orang administrasi, 4 orang katim dan 9 orang perawat penanggung jawab pemberi asuhan. Pembagian penugasan di ruangan in sesuai dengan dinas perawat, dimana perawat yang bertugas pada hhari tersebut.

Di ruangan perawatan melati 2 Gedung C2 lantai 2 merupakan ruang perawatan kelas I, II, dan III dengan post op/ orang dengan tindakan insisi yang terjadi dari 6 kamar, dimana 2 kamar kelas 1, 2 kamar untuk kelas II

dan 2 kamar untuk pasien kelas III. Jumlah tempat tidur pada ruangan perawatan melati 1 terdiri dari 24 tempat tidur yang dibagi menjadi 6 kamar 207 sampai 212.

B. Rumusan Masalah

berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan, adapun yang menjadi rumusan masalah adalah bagaimana Gambaran efisiensi penggunaan tempat tidur ruang melati dan seruni Rumah Sakit H. Andi Sulthan Dg Radja Bulukumba ?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

   Diketahui gambaran efesiensi penggunaan tempat tidur pada pasca covid 19 perawatan seruni dan melati di RSUD Hj. Andi sulthan dg radja bulukumba.

2. Tujuan Khusus

   a. Diketahu gambaran umum rumah sakit umum H. andi sulthan dg radja bulukumba.

   b. Diketahui berapa presentase tempat tidur yang terisi di ruangan melati dan seruni RSUD H, andi sulthan dg radja bulukumba.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

   a. Dapat menerapkan keilmuan manajemen pelayanan rumah sakit yang diperoleh di bangku kuliah.

b. Meningkatkan pengetahuan dan pengalaman tentang efesiensi penggunaan tempat tidur.

2. Manfaat Aplikatif

   a. Sebagai bahan masukan bagi Rumah sakit H. Andi sulthan dg radja bulukumba untuk meningkatkan pengelolaan dalam penyusunan perencanaan selanjutnya.

   b. Sebagai masukan kepada bagian rekam medis Rumah Sakit H. Andi Sulthan dg radja bulukumba dalam upaya memanfaatkan data pada rekam medis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori Tentang Rumah Sakit

1. Defenisi Rumah Sakit

Menurut WHO (World Health Organization), rumah sakit adalahbagianintegral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan denganfungsimenyediakan pelayanan paripurna (komprehensif),penyembuhanpenyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif). Kepadamasyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenagakesehatan dan pusat penelitian medik (Ilmiah, 2013).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 129/ Menkes/SK/II/2008 Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Salah satu upaya kuratif dan rehabilitatif rumah sakit adalah dengan diselenggarakannya pelayanan Rawat Inap(Rinjani & Triyanti, 2016).

pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Salah satu upaya kuratif dan rehabilitatif rumah sakit adalah dengan diselenggarakannya pelayanan Rawat Inap.Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyebabkan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat merupakan keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis

segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut. Rumah sakit sebagai suatu badan usaha, tentu mempunyai misi tersendeiri sama seperti bada usaha lainnya. Produk utama rumahsakit adalah pelayanan medis, pembedahan, dan pelayana perawatan orang sakit, sedangkan sasaran utamanya adalah perawatan dan pengobatan nyawa dan kesehatan pasien (Ilmiah, 2013).

Dalam Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tugas rumah sakit yaitu memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Rumah sakit juga memiliki fungsi diantaranya sebagai berikut(Ginting, 2011) :

Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit(Ginting, 2011).

a. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayana kesehatan yang par5ipurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
b. Penyelenggaraan pendidikan dan penelitian sumberdaya manusia dalam rangak peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
c. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Rumah sakit dapat dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya.Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah sakit khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya. Berdasarkan pengelolaannya, rumah sakit dapat dibagi menjadi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit privat (Nopriadi et al., 2012).

Rumah Sakit publik dapat dikelolah oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba.Rumah sakit publik yang dikelolah pemerintah dan pemerintah daerah diselenggarakan berdasarkkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.Rumah sakit publik yang dikelola Pemerintah dan Pemerintah Daerah tidak dapat dialihkan menjadi Rumah Sakit privat. Rumah sakit privat dikelolah oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero. Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umu dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit (Dharma, 2017).

Rumah sakit sebagai suatu badan usaha, tentu mempunyai misi tersendiri sama seperti badan usaha lainnya. Produk utama rumah sakit

adalah Pelayanan medis, Pembedahan, dan Pelayana perawatan orang sakit, sedangkan sasaran utamanya adalah perawatan dan pengobatan nyawa dan kesehatan para penderita penyakit.Namun perkembangan berikutnya bahwa rumah sakit harus mampu mendapatkan penghasilan (bukan keuntungan), untuk mempertahankan kelangsungan hidup dan perkembangannya. Hal inilah yang akhirnya memperluas kegiatan rumah sakit dalam memberikan pelayanan medis kepada pasien (Anggraeni, 2014).

Sebagai salah satu bagian dari rumah sakit, maka Unit Rawat inap rumah sakit juga perlu mempertahatikan penghasilan sebagai sasaran yang harus dcapai, disamping tetap menjalankan perawatn orang sakit sebagai fungsi utama.Hal ini mengakibatkan diperlukan manajemen yang baik sehingga setiap jasa maupun barang yang diberikan kepada pasien harus dapat memberikan penghasilan bagi rumah sakit pada umumnya.Jumlah pasien yang dilayani di rawat inap, tergantung dari jumlah tempat tidur sebagai tempat perawatannya. Oleh karena itu pelayanan yang diberikah harus berdasarkan pada optimalisasi sarana yang ada, maka penempatan tempat tidur disetiap bangsal harus diperhatikan sungguh-sungguh agar jangan terrlalu *over* ataupun tidak pernah dipakai.untuk alasan pertama hal tersebut akan mengakibatkan mutu pelayanan medis menjadi berkurang, dimana kondisi yang padat pasien dapat menurunkan mutu sanitasi ruangan. Sedangkan alsan kedua, terjadi pemborosan biaya bila tingkat utilitas tempat tidur yang disedakan

sangat rendah, apalagi tidak pernah digunakan. Kedua hal tersebut dapat menjadi ancaman efesiensi pelayanan medis karena ada biaya yang hilang tanpa mengahsilkan sesuatu (Jannah, 2016).

2. Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah sakit dapat diklasifikasikan menjadi beberapa golongan berdasarkan jenis pelayanan, kepemilikan, dan berdasarkan fasilitas pelayanan dan kapasitas tempat tidur(Lolita et al., 2017).

a. Klasifikasi rumah sakit berdasarkan pelayanan

Rumah sakit berdasarkan jenis pelayanan, terdiri dari Rumah Sakit Umum (RSU) yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan semua jenis pelayanan, dan Rumah Sakit Khusus (RSK), yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada suatu jenis penyakit tertentu berdasarkan ke khususannya.(Lolita et al., 2017)

Rumah sakit umum (RSU) adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialistik dan subspesialisik. Rumah sakit umum memberi pelayanan kepada berbagai penderita dengan berbagai jenis penyakit, memberi pelayanan diagnosis dan terapi untuk berbagai kondisi medis seperti penyakit dalam, bedah, pediatrik, ibu hamil, dan sebagainya (Lolita et al., 2017).

Rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi primer, memberi diagnosis dan pengobatan untuk penderita yang mempunyai kondisi medik khusus, baik bedah atau non bedah,

misal : Rumah Sakit Ginjal, Rumah Sakit Kusta, Rumah Sakit Jantung, Rumah Sakit Bersalin dan Anak(Lolita et al., 2017).

b. Berdasarkan Kepemilikan Rumah Sakit

Berdasarkan pengelolaannya rumah sakit dapat di bagi menjadi rumah sakit publik dan rumah akit privat (Kepimpinan & Trihastuti, 2015).

1) Rumah sakit publik dapat dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Rumah sakit publik yang dikelola pemerintah dan pemerintah daerah diselenggarakan berdasarkan pengelolaan badan layanan umum dan badan kayanan umum daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit publik yang dikelola pemerintah dan pemerintah daerah tidak dapat dialihkan menjadi rumah sakit privat.
2) Rumah sakit privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk perseroan terbatas dan persero.

c. Berdasarkan fasilitas pelayanan dan Kapasitas Tempat Tidur(Kepimpinan & Trihastuti, 2015)

1) Rumah sakit umum kelas A yaitu rumah sakit yang harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit ; 4 pelayanan medik spesialis dasar terdiri ari pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak. Bedah, obserti dan ginekologi ; 5 spesialis penunjang medik terdiri dari pelayanan Anastesiologi,

Radiologi, Rehabilitasi Medik, Patologi Klinik, dan Patologi Anatomi ; 12 pelayanan medik spesialis lain terdiri dari pelayanan mata, telinga, hidung, tenggorokan, syaraf, jantung dan pembulu darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedic, urologi, bedah syaraf, bedah plastik dan kedokteran forensik ; 13 pelayanan medik sub spesialis terdiri dari sub spesialis bedah, penyakit dalam, kesehatan anak, obserti dan ginekologi, mata, telinga, hisung, temggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, jiwa, paru, orthopedi dan gigi, mulut.

2) Rumah sakit umum kelas B yaitu rumah sakit yang harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paing sedikit 4 pelayanan medik spesialis dasar terdiri dari ginekologi ; 4 spesialis penunjang medik terdiri dari pelayanan anatesiologi, radiologi, rehabilitasi medik, patologi klinik ; 8 dari 13 pelayanan medik spesialis lain terdiri dari pelayanan mata, telinga, hidung, tenggorokan, syaraf, jantung, dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedia, urologi, beah syaraf, bedah plasitik dan kedokteran forensik ; dan 2 dari 4 pelayanan medik sub ginekologi.
3) Rumah sakit umum kelas C yaitu rumah sakit yamg harus mempunyai fasilitas dan kemapuan pelayanan medik paling sedikit 4 pelayanan medik spesialis dasar terdiri dari pelayanan

penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, obsertidan ginekologi, radiologi, rehabilitatisi medik, patologi klinik.

4) Rumah sakit umum kelas D yaitu rumah sakit yang harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 pelayanan medik spesialis dasar 4 jenis pelayanan spesialis dasar meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, obserti dan ginekologi (Kepimpinan & Trihastuti, 2015).

3. Tugas dan fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit umum meempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.Tugas rumah sakit umum adalah melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdayaguna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan. Dimana untuk menyelenggarakan fungsinya, maka rumah sakit umum menyelenggarakan kegiatan (Dharmawan, 20011) :

a. Pelayanan medis
b. Pelayanan dan asuhan keperawatan
c. Pelayanan penunjang medis dan non medis
d. Pelayanan kesehatan kemasyarakatan dan rujukan
e. Pendidikan, penelitian, dan pengembangan
f. Administrasi umum dan keuangan

Sedangkan menurut Undang-undangn No. 44 tahun 2020 tentang rumah sakit, fungsi rumah sakit adalah (Ginting, 2011) :

a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
b. Pemelihaan dan peningkatan kesehatan perorangan memlaui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
c. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi disang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

B. Tinjauan Teori Tenjatang Rawat Inap

1. Defenisi Rawat Inap

Rawat inap merupakan komponen dari pelayanan rumah akit.Kapasitas itu diukur dengan jumlah tempat tidur.Dalam dekade terakhir jumlah tempat tidur tetap digunakan sebagai ukuran tinbgkat hhunian, pelayanan yang membutuhkan rawat inap. Sebuah institusi dapay dikategorikan sebagai rumah sakit apabila emilik paling sedikit 6 tempat tidur untuk merawat orang akit dengan lama perawatan sekitar diatas 24 jam setiap kali admisi (Lestari, 2014).

Menurut Jacobalis (1990) yang dikutip dari Pahlevi (2009), kualitas pelayanan kesehatan ruang rawat inap rumah sakit dapat diuraikan dari beberapa aspek diantaranya (Lolita et al., 2017) :

a. Penampilan keprofesian atau aspek klinis

   Aspek ini menyangkut pengetahuan, sikap dan perilaku dokter dan perawat ataupun tenaga medis lainnya.

b. Efisiensi dan efektifitas

   Aspek ini menyangkut pemanfaatan semua sumber daya dirumah sakit agar dapat berdaya guna dan berhasil digunakan.

c. Keselamatan pasien

   Aspek ini menyangkut keselamatan pasien dan keamanan pasien.

d. Kepuasan pasien

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

Pelayanan rawat inap adalah pemeliharaan kesehatan rumah sakit dimana penderita tinggal sedikitnya satu hari berdasarkan rujukan dari pelaksanaan pelayanan kesehatan atau rumah sakit pelaksana pelayanan kesehatan lainnya.Rawat inap adalah pelayanan kesehatan yang meliputi observasi, diagnosis, pengobatan, keperawatan, rehabilitas medis, dengan menginap di ruang rawat inap pada saran kessehatan rumah sakit pemerintah dan swasta serta puskesmas perawatan dan rumah bersalin, yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap. Didalam ruang perawatan terdapat pelayanan sebagai :

a. Pelayanan tenaga medis

Pelayanan tenaga medis adalah ahli kedokteran yang fungsi utamanya memberikan pelayanan mesid kepada pasien dengan mutu sebaik-baiknya dengan menggunakan tata cara dan teknik berdasarkan ilmu kedokteran dan etik yang berlaku serta dapat dipertanggung jawabkan(Ilmiah, 2013)

b. Pelayanan tenaga para medis

Pekerjaan dari pelayanan perawatan adalah memberikan pelayanan kepada penderita dengan baik, yaitu memberikan pertolongan dengan dilandasi keahlian, kepada pasien-pasien yang mengalami gangguan fisikdan gangguan kejiwaan orang dalam masa penyembuhan dan orang-orang yang kurang sehat(Ilmiah, 2013).

c. Lingkungan fisik ruang perawatan

Lokasi atau lingkungan rumah sakit harus tenang, nyaman, aman, terhindari dari pencemaran, selalu dalam keadaan bersih. Ruangan yang terdiri dari lantai dan dinding bersih, penerangan yang cukup, terrsedia tempat sampah, bebas bau yang tidak sedap, bebas dari gangguan serangga, tikus, dan binatang-binatag pengganggu lainnya(Ilmiah, 2013).

d. Pelayanan penunjang medis

Umumnya pasien rawat inap merasa puas bila seluruh pemeriksaan dan pengobatan sudah disiapkan oleh rumah sakit. Demikian juga kebutuhan-kebutuhan mendadak seperti alat-alat selalu tersedia dan siap pakai(Ilmiah, 2013).

e. Pelayanan administrasi dan keuangan

Untuk pasien umum, dibagian ini dilakukan prosedur penerimaan uang muka peawatan, penagihan berkala dan penyelesaia rekening pada saat pasien akan keluar dari rumah sakit. Untuk penyelesaiannya rekening kuitansi harus dibuat rinci atas biaya pengobatan, pemeriksaan dan perawatan yang diperoleh pasien selama dirumah sakit (Ilmiah, 2013).

f. Indikator Statistik Unit Rawat Inap

Statistik rawat inap digunakan untuk memantau kegiatan yang ada diunit rawat inap, yang juga digunakan untuk menilai dan mengevaluasi kegiatan yang ada di unit rawat inapuntuk perencanaan maupun laporan pada instalasi vertikal. Data yang diolah dinunit rawat inap di sesuaikan dengan kebutuhan data dan informasi oleh manajemen maupun kebutuhan laporan ke instalasi diatasnya (Depkes), misalnya(Ilmiah, 2013) :

1) Data kunjungan pasien
2) Data rujukan
3) Data pembayaran
4) Data tindakan pasien

Data diatas dapat di peroleh dari pencatatan yang ada di unit rawat inap seperti pada(Mardian et al., 2016).

Sensus Harian Rawat Inap

Sensus harian rawat inap adalah kegiatan perhitungan pasien rawat inap yang dilakukan setiap hari pada suatu ruang rawat inap. Kegunaannya antara lain adalah :

1) Mengetahui jumlah pasien masuk, jumlah pasien keluar rumah sakit (hidup atau mati)
2) Mengetahui tingkat penggunaan tempat tidur
3) Menghitung penyediaan sarana atau fasilitas pelayanan kesehatan.

a. Rekapitulasi Sensus Harian Rawat Inap

Rekapitulasi sensus harian rawat inap adalah formulir yang digunakan untuk menghitung dan merekap pasien rawat inap setiap hari yang diterima dari masing-masing bangsal rawat inap. Kegunaannya antara lain adalah (Anggraini, 2013) :

1) Mengetahui jumlah pasien di rawat pada hari yang bersangkutan
2) Menetahui tingkat penggunaan tempat tidur
3) Merupakan data dasar mengetahui pasien dirawat pada hari yang bersangkutan yang harus dikirim kepala manajemen rumah sakit di bidang perawatan dan unit lain yang membutuhkan.

b. Rekapitulasi Bulanan Rawat Inap

Rekapitulasi bulanan rawat inap adalah formulir yang digunakan untuk menghitung dan merekap pasien rawat inap selama sebulan yang diterima dari masing-masing bangsal rawat inap. Kegunaannya antara lain adalah (Anggraini, 2013) :

1) Mengetahui jumlah pasien dirawat selama periode satu bulan dan satu triwulan.
2) Mengetahui tingkat penggunaan tempat tidur selama periode bulanan dan triwulanan.
3) Merupakan data dasar mengenai pasien rawat inap yang perlu dilaporkan.

c. Laporan Triwulan (RL)

Laporan Triwulan digunakan untuk mengetahui pelayanan unit rawat inap, maka data diatass diolah dalam bentuk pemantauan bulanan, triwulan, dan tahunan sesuai dengan kebutuhan manajemen rumah sakit maupun pelaporan kepada dinas kesehatan (Mardian et al., 2016).

Pengelolaan data statistic menggunakan indicator untuk memudahkan penilaian dan pengambilan kebijakan. Beberapa indicator yang digunakan di unit rawat inap antara lain BOR,ALOS, dan TOI (Mardian et al., 2016).

Untuk melakukan penghitungan statistik rumah sakit pelayanan rawat inap dapat dinilai melalui indikator pelayanan seperti Bed Occupancy Rate (BOR) yaitu untuk mengetahui tingkat pemanfaatan tempat tidur suatu rumah sakit standar efisiensi 75% - 85%.Length Of Stay (LOS) adalah jumlah hari kalender dimana pasien mendapatkan perawatan rawat inap dirumah sakit, sejak tercatat sebagai pasien rawat inap hingga keluar dari rumah sakit standar efisiensi 3-12 hari.

Turn Over Interval (TOI) adalah rata-rata jumlah hari sebuah tempat tidur tidak terisi, yaitu waktu antara sebuah tempat tidur ditinggalkan pasien sampai dengan saat ditempati lagi oleh pasien berikutnya standar efisiensi 1-3 hari (S & Lestari, 2018).

2. Efisiensi Pelayanan Rawat Inap

Unruk merumuskan dan memberikan batasan secara tepat tentang efisiensi, pengertian efisiensi yang diteropong dari emoat sudut seperti berikut (Johnson & Di, 2017)

a. Efisiensi dalam ilmu teknik adalah buah pikiran seseorang homo technicus, seseorang manusia teknik. Efisiensi adalah ratio (perbandingan) antara efek yang tercapai secara rill dan efek yang secara teoritis dapat dicapai.
b. Efisiensi dalam ilmu sosial adalah keseimbangan yang sebaik-baiknya antara tingkat rasa puas atau hasil dan derita-derita serta jerih payah (telah) harus dialami guna memperoleeh hasil tersebut.
c. Efisiensi pengelolaan rumah sakit secara garis besar dapat dilihat dari dua segi, yaitu segi medis meninjau efisiensi dari sudut mutu pelayanan medis dan dari segi ekonomi maninjau efisiensi dari sudut pendayagunaan saran yang ada.
d. Efisiensi dalam ilmu ekonomi adalah keseimbangan yang paling baik antara output dan input, antara hasil dan biaya (ongkos) dan sebagainya.

e. Efisiensi dalam ilmu administrasi adalah paduan dari pada pengertian efisiensi dalam ilmu teknik, sosial, dan ekonomi terssebut.

   Efieisnsi pelayanan rawat inap merupakan penilaian terhadap pemanfaatan tempat tidur yang disediakan agar sesuai dengan tujuan pemanfaatannya bedasarkan jumlah pasien dan jumlah tenaga medis yang bekerja diruang rawat inap.Penilaian efisiensi rawat inap dapat menggunakan beberapa metode yaitu metode Data Envelopment Analysis dan metode berdasarkan *Barber-Johnson.*Efisiensi pelayanan rawat inap menggunakan *Barber-Johnson* merupakan salah satu persyaratan oleh tim Akreditasi Rumah Sakit.

Kualitas pelayanan kesehatan di suatu rumah sakit dikatakan efesien apababila penggunaan angka BOR, ALOS, TOI telah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan menurut *Barber Johns.*Didalam grafik *Barber Joh*ns terdapat sebuah area yang biasa di sebuat daerah efesien.Daerah efesien ditentukan dengan niali-nilai standar dari ke-tiga parameter tersebut. Nilai-nilai standar ke-tiga parameter tersebut adalah BOR, ALOS dan TOI (Ilmiah, 2013).

Model metode analisis efisiensi DEA yang digunakan dalam penilaian efisiensi di rawat inap rumah sakit yaitu model DEA CRS primal. Model DEA CRS primal yaitu model DEA yang memiliki performasi secara tepat dari cabang terrbaik.Faktor yang mendapat nilai bobot yang kecil berarti memiliki pengaruh yang kecil pula terhadap produktivitas.Kemudian dibentuk peer Group untuk menentukan arah

perbaikan produktivitas bagi UPK (pelayanan rawat inap) yang tidak efisien dan sebagai salah satu teknik perbaikan original DEA. Setelah menentukan variabel lalu dianalisis korelassi faktor menggunakan software SPSS dengan metode Correlate Brivariate dengan parameter yang digunakan pearson Correlation, variabel yang digunakan dalam menggunakan metode ini yaitu (Ginting, 2011) :

a. Variabel input meliputi jumlah dokter, jumlah oerawat, jumlah paramedis, jumlah teknis, jumlah staf administrasi, jumlah staff lain, jumlah tempat tidur, jumlah alat, jumlah biaya operasional.
b. Variabel out[ut meliputi jumlah keseluruhan pasien rawat inap di rumah sakit per klinik/pelayanan medis.

Sedangangkan teori *Barber-Johnson* menyatakan bahwa efisiensi pengelolaan rumah sakit secara gratis dapat dilihat dari dua segi, yaitu segi medis meninjau efisiensi dari sudut mutu pelayanan medis dan dari segi ekonomi meninjau efisiensi dari sudut pendayagunaan sarana yang ada. Metode perhitungan efisiensi teori *Baber-Johnson*memiliki kelebihan dibandingkan dengan metode data Envelopment Analysis yaitu perrhitungan teori *Barber-Johnson*lebih mudah dilakukan karena hanya mengambil data-data yang berhubungan langsung dengan rawat inap dan pasien tanpa perlu menghitung analisis biaya satuan seperti yang digunakan dalam metode-metode data Envelopment Analysis. Disamping itu, metode teori *Barber-Johnson*tidak memerlukan unit pembanding dari rumah sakit lain seperti yang digunakan oleh metode-metode data

Envelopment Analysis yang memerlukan pembanding dari unit sejenis (pelayanan rawat inap) dari rumah sakit lain. Parameter yang umum digunakan untuk mengukur efisiensi rumah sakit adalah *Bed Occupancy Rate* (BOR), *Length Of Stay* (LOS), dan *Turn Over Interval* (TOI) (Ilmiah, 2013).

a. Penghitungan Tempat Tidur (BOR)(Nopriadi et al., 2012)

1) Pengertian *Bed Occupancy Ratio* (BOR)

Bed occupancy rate adalah presentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu, indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit.Standar nasional BOR dianggap baik adalah 80-90% sedangkan standar nasional penghitungan BOR.

2) Rumus BOR

BOR, dihitung dengan cara membandingkan jumlah TT yang terpakai (O) dan jumlah TT yang tersedia (A). Perbandingan ini ditunjukkan dalam bentuk presentase. Jadi, rumus unruk menghitung BOR yaitu :

$$\text{BOR} = \frac{\text{O}}{\text{A}} \text{ X } 100\%$$

Rerata jumlah TT terpakai dalam suatu periode (O) sama dengan jumlah HP dalam periode tersebut dibagi dengan jumlah hari dalam periode yang bersangkutan (t), yaitu :

$$\text{O} = \frac{\text{jumlah HP}}{\text{t}}$$

3) BOR dengan perubahan jumlah TT

Jika terjadi perubahan jumlah TT dalam periode yang akan dihitung BORnya, maka dapat digunakan rumus sebagai berikut :

$$\text{BOR} = \frac{\text{jumlah HP periode tersebut}}{(\text{jumlahTT1 X t1})+(\text{jumlah TT2 X t2})+(\text{jumlah TTz X tz})} \text{ X } 100\%$$

4) Nilai ideal BOR

Secara statistik dengan memperhatikan beberapa hal yang berhubungan dengan nilai BOR maka perlu adanya suatu nilai ideal. Nialai ideal untuk BOR yang disarankan adalah 75% - 85%

C. Tinjauan Teori Tentang Covid 19

1. Konsep TeoriCovid 19

COVID-19 merupakan virus jenis baru yang ditemukan pada tahun 2019 dan belum pernah ditemukan menyerang manusia sebelumnya (WHO, 2020; Zulva, 2019).COVID-19 adalah penyakit menular yang disebabkan oleh Sindrom Pernafasan Akut Coronavirus 2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 atau SARSCoV02) (Setiawan, 2020).WHO menyatakan virus corona sebagai pandemi pada 11 Maret 2020, dan virus ini menyebar dengan sangat cepat (Moana, 2020). Status pandemi atau epidemi global menunjukkan bahwa penyebaran COVID-19 sangat cepat (Belakang, 2020).

Sejak tanggal 11 Maret 2020 WHO menetapkan corona virus disease 2019 (covid-19) sebagai pandemi berskala global, banyak negara di dunia

yang menetapkan kebijakan social distancing dan bahkan physical distancing untuk menghambat penyebaran Covid-19. Hal ini sejalan dengan rekomendasi Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melalui International HealthRegulations (2005) Emergency Committee pada 30 Januari 2020 untuk melakukan social distancing dengan tujuan untuk melindungi mereka yang berisiko tinggi terhadap morbiditas dan penyakit terkait COVID-19(Kepimpinan & Trihastuti, 2015).

Berdasarkan bukti ilmiah, COVID-19 dapat menular dari manusia ke manusiamelalui percikan batuk/bersin (droplet), tidak melalui udara.Orang yang paling beresiko tertular penyakt ini adalah orang yang kontak erat dengan pasien COVID-19 termasuk yang merawat pasien COVID-19. Rekomendasi standar untuk mencegah penyebaran infeksi adalah melalui cuci tangan secara teratur menggunakan sabun dan air bersih, menerapkan etika batuk dan bersin, menghindari kontak secara langsung dengan ternak dan hewan liar serta menghindari kontak dekat dengan siapapun yang menunjukkan gejala penyakit pernapasan seperti batuk dan berrsin. Selain itu, menerapkan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) saat berada di fasilitas kesehatan terutama unit gawat darurat (Fitria & Ifdil, 2020).

2. Etiologi

Penyebab COVID-19 adalah virus yang tergolong dalam family *coronavirus*.Coronavirus merupakan virus RNA straining tinggi positif, berkapsul dan tidak bersegmen. Terdapat 4 struktur protein utama pada *Coronavirus* yaitu : protein N (nukleokapsid), glikoprotein M (membran),

glikoprotein spiker S (spiker), protein E (selubung). *Coronavirus* tergolong ordo Nidovirales, keluarga coronaviridae.*Coronavirus* ini dapat menyebabkan penyakit pada hewan atau manusia.Terdapat 4 genus yaitu *alphacoronavirus, betacoronavirus, gammacoronavirus,* dan *deltacoronavirus*. Sebelum adanya COVID-19 , ada 6 jenis coronavirus yang dapat menginfeksi manusia, yaitu HcoV-229E (*alphacoronavirus*), HcoV-OC43 (*betacoronavirus*), HcoV-NL63 (*alphacoronavirus*), HcoV-HKU1 (*betacoronavirus*), SARS-CoV (*betacoronavirus*), dan MERS-CoV (*betacoronavirus*) (Fitria & Ifdil, 2020).

Coronavirus yang menjadi etiologi COVID-19 termasuk dalam genus betacoronavirus, umumnya berbentuk bundar dengan beberapa pleomorfik, dan berdiameter 60-140 nm. Hasil analisis filogenetik menunjukkan bahwa virus ini masuk dalam subgenius yang sama dengan *coronavirus* yaitu Sarbecovirus. Atas dasar ini, *International Committe On Taxonomy Of Viruses* (ICTV) memberikan penyebab covid-19 sebagai SARS-CoV-2 (Kartika, 2020).

Belum dipastikan berapa lama virus penyebab COVID-19 bertahan di atas permukaan, tetapi perilaku virus ini menyerupai jenis-jenis *coronavirus* lainnya.Lamanya *coronavirus* bertahan mungkin dipengaruhi kondisi-kondisi yang berbeda (seperti jenis permukaan, suhu atau kelembapan lingkungan).Penelitian (Doremalen et al, 2020) menunjukkan bahwa SARS-CoV-2 dapat bertahan selama 72 jam pada tembaga dan kurang dari 24 jam pada kardus. Seperti virus corona lain, SARS-COV-2

sensitif terhadap sinar ultraviolet dan panas. Efektif dapat dinonaktifkan dengan pelarut lemak (*lipid solvents*) seperti eter, etanol 75%, ethanol, disinfektan yang mengandung klorin, asam peroksiasetat, dan khloroform kecuali khlorheksidi (Belakang, 2020).

3. Manifestasi Klinis

Gejala-gejala yang dialami biasanya bersifat ringan dan muncul secara bertahap.Beberapa orang yang terinfeksi tidak menunjukkan gejala apapun dan tetap merasa sehat.Gejala COVID-19 yang paling umum adalah demam, rasa lelah, dan batuk kering. Beberapa pasien mungkin mengalami rasa nyeri dan sakit, hidung tersumbat, pilek, nyeri kepala, konjungtivitis, sakit tenggorokan, diare, hilang penciuman dan pembauan atau ruam kulit (Kartika, 2020).

Menurut data dari negara-negara yang terkena dampak awal pandemi, 40% kasus akan akan mengalami penyakit ringan, 40% akan pandemi penyakit sedang termasuk pneumonia, 15% kasus akan mengalami penyakit parah, dan 5% kasus akan mengalami kondisi kritis. Pasien dengan gejala ringan dilaporkan sembuh setelah 1 minggu. Pada kasus berat akan mengalami *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS), sepsis dan syok septik, gagal multi-organ, termasuk gagal ginjal atau gagal jantung akut hingga berakibat kematian. Oang lanjut usia (lansia) dan orang dengan kondisi medis yang ada sebelumnya seperti tekanan darah tinggi, gangguan jantung dan paru, diaetes dan kanker berisiko lebih besar megalami keparahan (Covid-, 2021).

4. Patofisiologi covid

Virus dapat melewati membrane mukosa, terutama mukosa nasal dan laring, kemudian memasuki paru-paru melalui traktus respiratorius. Selanjutnya, virus akan menyerang organ target yang mengepresikan *Angiotensin Convertig Enzim 2* (ACE2), seperti paru-paru, jantung, system renal dan traktus gastrointensitinal (Gennaro dkk., 2020).

Protein S pada SARS-COVID-2 memfasilitasi masuknya virus corona ke dalam sel target. Masuknya virus bergantung pada kemampuan virus untuk berikatan dengan ACE2, yaitu resepptor membran ektraseluler yang diekspresikan ppada sel epitel, dan bergantung pada *priming* protein S ke protease seluler, yaitu TMPRSS2 (Handayani*dkkI*,.2020; Kumar dkk,.2020;lingeswaran dkk,.2020).

Protein Spada SARS-COVID-2 dan SARS-COV memiliki sruktur tiga dmensi yang hamoir identik pada *domain* reseptor-binding.Protein S pada SARS-COV memiliki afinitas ikatan yang kuat dengan ACE2 pada manusia.Pada analisis lebih lanjut, ditemukan bahwa SARS-COV-2 memiliki pengenalan yang lebih baik terhadap ACE2 pada manusia disbanding dengan SARS-COV. (Zhang dkk,.2020).

Periode inkubasi untuk COVID-19 antara 3-14 hari. Ditandai dengan kadar leukosit dan limfosit yang masih normal atau sedikit menurun, serta pasien belum merasakan gejala. Selanjutnya, virus mulai menyebar melalui aliran darah, terutama menuju keorgan yang mengepresikan ACE2 dan pasien mulai merasakan gejala ringan.Empat sampai tujuh hari dari

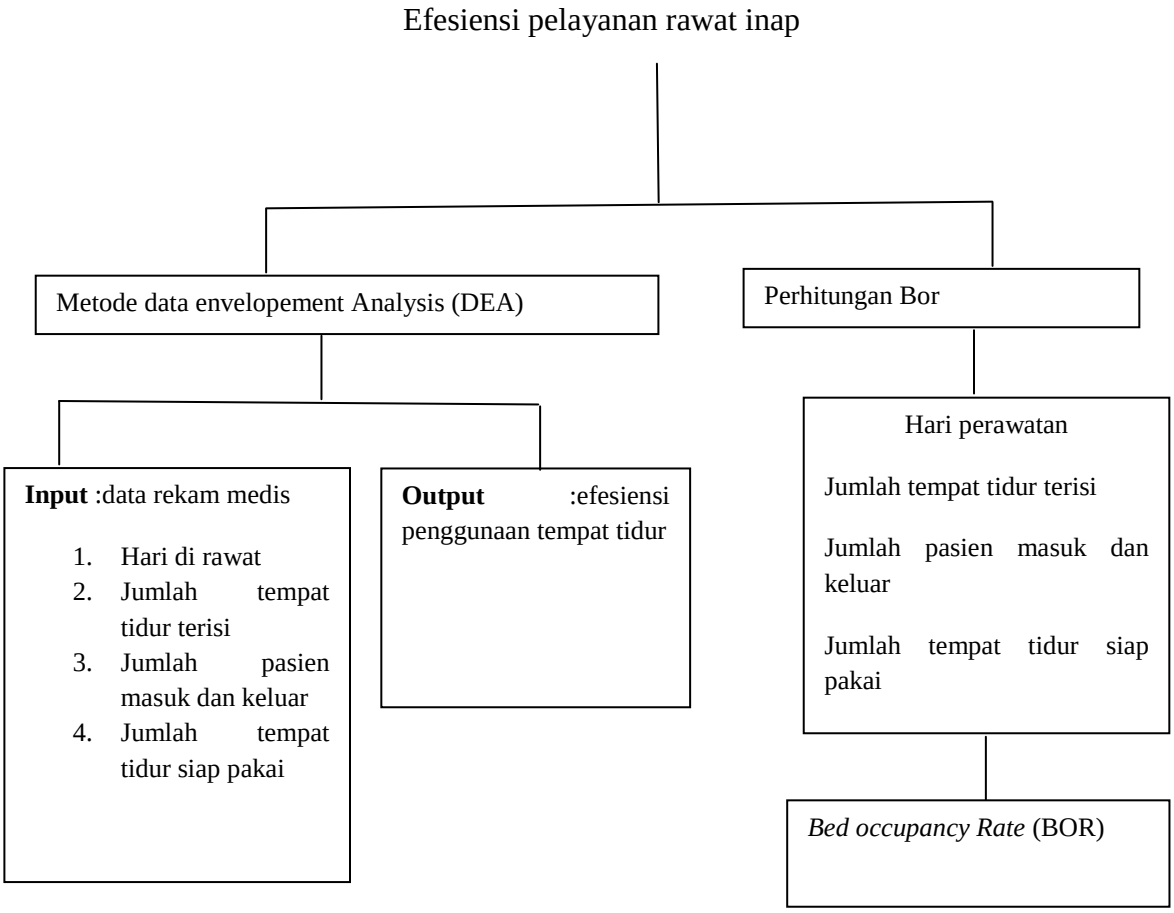
gejala awal, kondisi pasien mulai memburuk dengan ditandai oleh timbulnya sesak, menurunnya linfosit, dan perburukan lesi diparu. Jika fase ini tidak teratasi, dapat terjadi *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARSD), sepsis, dan komplikasi lain. Tingkat keparahan klinis berhubungan dengan usia (diatas 70 tahun), komorbiditas seperti diabetes, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), hipertensi, dan obesitas (Gennaro dkk.,2020; Susilo Dkk.,2020).

System imun *Innate*dapat mendetekdi RNA virus melalui *RIG-I-like receptors*, *NOD-like receptors*, dan *Toll-like receptors*. Hal ini selanjutnya akan menstimulasi produk interferon (IFN), serta memicu munculnya efektor anti viral seperti sel CD8+, sel *Natural Killer* (NK), dan makrofag. Infeksi dari *betacoronavirus* lain, yaitu SARS-COV dan MERS-COV, dicirikan dengan replikasi virus yang cepat dan produktif IFN yang terlambat, terutama oleh sel dendritic, makrofag, dan sel epitel respirasi yang selanjutnya diikuti oleh peningkatan kadar sitikon proinflamasi seiring dengan progress penyakit (Allegra dkk.,2020; Lingeswaran dkk.,2020).

Infeksi dari virus mampu memproduksi reaksi imun yang berlebihan pada inang.Pada beberapa kasus, terjadi reaksi yang secara keseluruhan disebut “badai sitokin”.Badai sitokin merupakan peristiwa reaksi inflamasi berlebihan dimana terjadi produksi sitokin yang cepat dan dalam jumlah yang banyaj sebagai respon dari suatu infeksi.Dalam kaitannya dengan Covid-19, ditemukan adanya penundaan sekresi sitokin dan kemokin oleh

sel imun *innate* dikarenakan biokade oleh protein non-stuktural virus. Selanjutnya, hal ini menyebabkan terjadinya lonjakan sitokin proinflamasi dan kemokin (il-6,TFN-a, IL-8, MCO-1, IL-1β, CCL2, CCL5, dan interferon) melalui aktivitas makrofag dan limfosit. Pelepasan sitokin ini memicu aktivasi sel imun adaptif seperti sel T, neutrophil, dan sel NK, bersamaan dengan terus terproduksinya sitokin proinflamasi.Lonjakan sitokin proinflamasi yang cepat ini memicu terjadinya infiltrasi inflamasi oleh jaringan paru pada bagian epitel dan endotel. Kerusakan ini dapat berakobat pada terjadinya ARDS dan kegagalan multi organ yang dapat menyebabkan kematian dalam waktu singkat (Gennaro dkk., 2020; Lingeswaran dkk., 2020).

D. Kerangka Teori



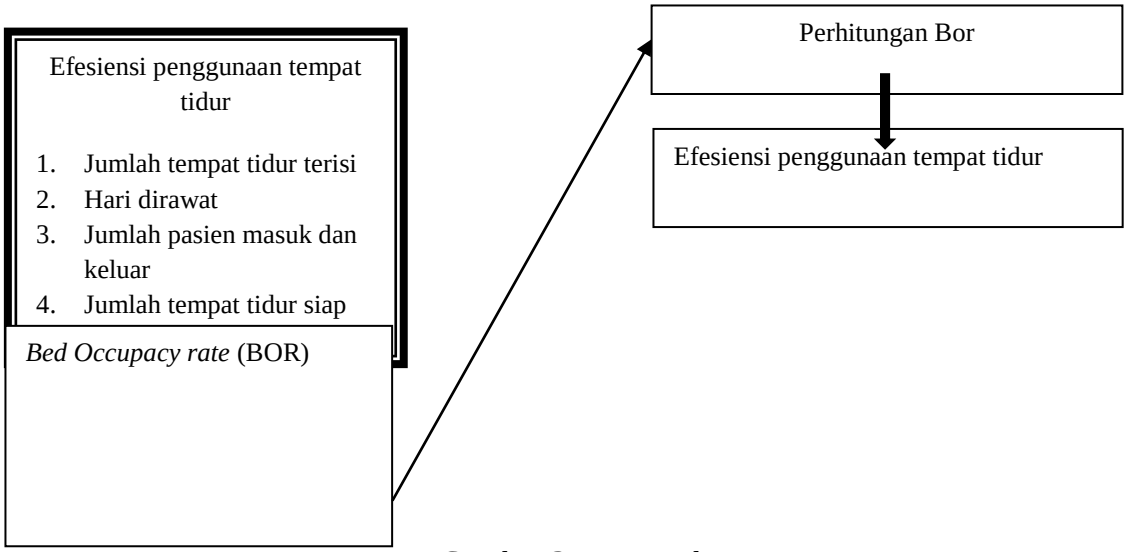
Gambar 2.1 Kerangka Teori

BAB III

KARANGKA KONSEP DAN VARIABEL PENELITIAN

A. Karangka konsep

Karangka konsep adalah suatu hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya dari masalah yang di teliti



Gambar 3.1 Karangka Konsep

Katerangan :

: Variabel independen

: Variabel dependen

B. Variabel penelitian

1. Variabel independen

Variabel bebas (independen variabel) disebut juga variabel sebab yaitu karakteristik dan subjek dengan keberadaannya menyebabkan perubahan pada variabel lainnya. Variabel dalam penelitian ini adalah efesiensi penggunaan tempat tidur (Dharma, 2017).

2. Variabel dependen

Variabel terikat (dependen variabel) adalah akibat atau variabel yang akan berubah akibat pengaruh atau perubahan yang terjadi pada variabel independen.(Dharma, 2017).

C. Defenisi Konseptual

Defenisi konseptual adalah unsur penelituan yang menjelaskan tentang karakteristik sesuatu masalah yang hendak diteliti. Berdasarkan landasan teori yang telah dipaparkan diatas, dapat ditemukan defenisi konseptual dari masing-masing variabel sebagai berikut (Setiadi, 2013).

1. Efesiensi Penggunaan Tempat Tidur

   Efesiensi Penggunaan Tempat Tidur adalah menilai pemanfaatan tempat tidur yang disediakan agar sesuai dengan tujuan pemanfaatannya berdasarkan jumlah pasien yang berada di Ruang Rawat Inap dan jumlah tenaga medis yang bekerja di seluruh ruang rawat inap RSUD, dengan menggunakan parameter yaitu :penggunaan tempat tidur.

2. Penggunaan Bor

   Bed occupancy rate adalah presentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu.

D. Defenisi Operasional

1. Variabel independen

   a. Efesiensi penggunaan tempat tidur

      Efesiensi penggunaan tempat tidur adalah suatu indkator kinerja dimana yang secara teoritis mendasari seluruh rumah sakit, pemanfaatan tempat tidur yang terdapat didalam rumah sakit.

   b. Alat ukur : Kuesioner

   c. Kriteria Objektif : Perawat pelaksana

   d. Skala ukur : Nominal

2. Variabel dependen

   a. Perhitungan tempat tidur

   b. Alat ukur : Kuesioner

   c. Skala ukur : Nominal

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban semetara terhadapa rumusan masalah penelitian dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan.Dikatan sementara karena jawaban yang diberikan baru didasarkan pada teori yang relapan belum didasarkan oleh Fakta-fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data.Jadi hipotesisi juga dapat dinyatakan juga sebagai jawaban teoritis terhadap rumusan masalah penelitiaan belum jawaban ynag empirit “Ada Gambaran Efesiensi Penggunaan Tempat Tidur pada pasca Covid-19 Di Perawatan Bangsal RSUD Bulukumba”.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Sesuai dengan masalah penelitian *deskriptif correlation* dengan pendekatan *Cross Sectional* dan tujuan penelitian ini guna menjelaskan penelitian dengan bermacam-macam hubungan(Sugiyono, 2017). Penelitian ini focus antara variabel dan analisa untuk menguji hipotesa. Karakteristik dari penelitian ini adalah penggambaran dengan mengumpulkan data dari efesiensi penggunaan tempat tidur pada pasca Covid-19. Dan hasil dari analisanya untuk mengetahui Gambarandari mereka(Sugiyono, 2017).

B. Waktu dan Lokasi Penelitian

1. Waktu Penelitian

   Penelitian ini akan dilakukan pada bulan September– November2023

2. Lokasi Penelitian

   Penelitian ini akan dilakukan di Rumah Sakit H. A. Sulthan Daeng Radja Kabupaten Bulukumba.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

   Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: objek/subyek yang mempunyai kualitas dan karatreristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya(Sugiyono, 2017). Populasi dalam penelitian ini adalah sekitar 47 perawat pelaksana yang berada di perawatan melati dan seruni RSUD Bulukumba.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Bila populasi besar, dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi, misalnya karena keterbatasan dana, tenaga dan waktu, maka peneliti dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi itu(Sugiyono, 2017). Sampel dalam Penelitian ini adalah semua penggunaan tempat tidur yang berada pada perawatan rawat inap di perawatan bangsal.

$$\text{n} = \left(\frac{Z\alpha + Z\beta}{0{,}5 \text{ l n } \frac{1+r}{1-r}} \right)^2 + 3$$

Keterangan : n = jumlah sampel

$Z\alpha$ = Nilai standarisasi dariα (1,96)

$Z\beta$ = Nilaistandarisasi dariβ (0,84)

r= Kekuatan hubungan (0,4)

l n = Natural logaritma

$$\text{n} = \left(\frac{1{,}96 + 0{,}84}{0{,}5 \text{ l n } \frac{1+0{,}4}{1-0{,}4}} \right)^2 + 3$$

$$= \left(\frac{2{,}8}{0{,}5 \text{ l n } \frac{1{,}4}{0{,}6}} \right)^2 + 3$$

$$= \left(\frac{2{,}8}{0{,}5 \text{ l n } 2{,}33} \right)^2 + 3$$

$$= \left(\frac{2,8}{0,5 \,.\, 0,84}\right)^2 + 3$$

$$= \left(\frac{2,8}{0,42}\right)^2 + 3$$

$$= (6,6)^2 + \ 3$$

$$= 44 + 3$$

$$= 47$$

Berdasarkan perhitungan didapatkan besar saampel sebanyak 47 responden.

3. Teknik Sampling

Teknik sampling adalah merupakan teknik pengambilan sampel. Untuk menentukan sampel yang akan digunakan dalam penellitian, terdapat berbagai teknik sampling yang digunakan(Sugiyono, 2017). Teknik sampling yang digunakan pada penelitian ini adalah *Simple Random Sampling* di lakukan dengan system mengundi anggota sampel (*lottery technique*).

4. Kriteria Inklusi Dan Eksklusi

a. Kriteria Inklusi

Adalah subyek yang memenuhi Kriteria sebagai responden. Kriterianya adalah sebagai berikut:

1) Perawat pelaksana yang bersedia jadi responden.
2) Bekerja diruangan perawatan

b. Kriteria Eksklusif

Menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang dianggap tidak memenuhi Kriteria Inklusif dari studi karena berbagi sebab. Kriterianya adalah sebagai berikut:

1) Perawat pelaksana yang tidak bersedia jadi responden.

D. Instrumen Penelitia

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan oleh peneliti untuk mengobservasi, mengukur atau menilai suatu fenomena. Data yang diperoleh dari suatu pengukuran kemudian dianalisis dan dijadikan sebagai bukti (evidence) dari suatu penelitian (Kelana Kusuma Dharma, 2011). Instrument dalam penelitian ini adalah kuesioner (*lembar cek list*) dan lembar observasi. Instrument penelitian untuk variabel efesiensi penggunaan tempat tidur, dan penggunaan Bor, Alos, dan Toi.

E. Tehnik Pengumpulan Data

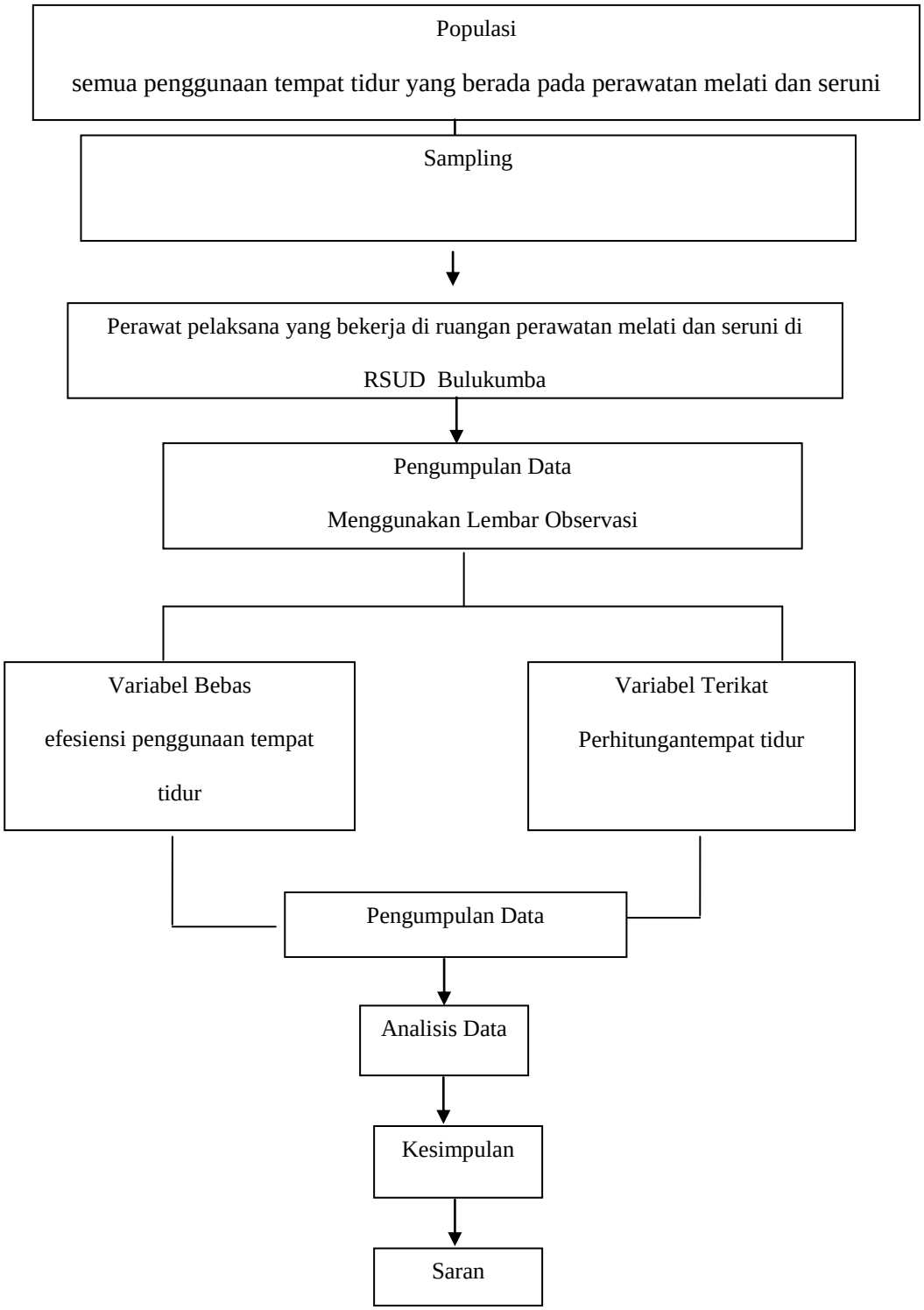
1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan langsung dilapangan oleh orang yang melakukan penelitian atau yang bersangkutan dan yang memerlukannya. Biasa juga disebut data asli atau data yang baru(Dharmawan, 20011). Data primer dalam penelitian ini diperoleh langsung dari responden dengan memberikan sejumlah pernyataan tertulis yang terdapat dalam lembar Kuisioner atau lembar Observasi.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain, tidak langsung didapatkan oleh peneliti dalam penelitiannya(Sugiyono, 2017). Data sekunder dalam penelitian ini adalah Penggunaan tempat tidur pada pasca covid 19.

F. Alur Penelitian



Gambar 4.1 Alur Penelitian

G. Pengolahan dan Analisa Data

1. Metode Pengolahan Data

Setelah data yang diperlukan terkumpul, maka selanjutnya data tersebut diolah dengan tahapan sebagai berikut:

a. *Editing*

Data yang terkumpul diperiksa dan di susun urutannya serta di lihat apakah ada kesamaan dalam pengisian dan bagaimana kosistensi jawabannya.

b. *Coding*

Melakukan pengkodean sesuai dengan *alternative* jawaban yang ada untuk memudahkan *entri* data.

c. *Scoring*

Skor untuk setiap pernyataan ada dalam kuesioner.

d. *Entri data*

Merupakan kegiatan memproses data yang didapatkan dari kuesioner kemudian dianalisis dengan cara memasukkan data tersebut ke-paket program SPSS for windows.

e. *Cleaning*

Merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di entry apakah ada kesalahan atau tidak atau kegiatan peneliti dalam memasukkan data-data hasil penelitian kedalam table-tabel sesuai kriteria yang telah ditentukan berdasarkan kuesioner yang telah ditentukan skornya.

2. Analisa Data

Setelah data terkumpul maka dilakukan analisa data dengan perhitungan statistik dengan cara:

a. Analisa Univariat

Analisa univariat adalah analisa yang dilakukan untuk menganalisis tiap variabel, baik itu variabel bebas dan variabel terikat(& Wolfman, 2013).

b. Analisa Bivariat

Analisa bivariat berfungsi untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen atau variabel independent. Untuk menguji kepastian sebaran data yang diperoleh. Peneliti akan menggunakan uji *Chi-Square* jika memenuhi syarat, jika tidak memenuhi syarat peneliti akan menggunakan alternatifnya yaitu *Fisher*.Uji ini bertujuan untuk melihat ada atau tidaknya perbedaan proporsi yang bermakna antara distribusi frekuensi yang diamati dengan di harapkan dengan derajat kemaknaan 0,05. Bila P-Value < 0,05 berarti ada perbedaan yang bermakna (Ho di tolak) sedangkan P-Value > 0,05 artinya tidak ada perbedaan yang bermakna (Ho diterima).

H. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian yang berjudul "Hubungan Efesiensi Penggunaan Tempat Tidur Dengan Jumlah Pasien Rawat Inap Di Perawatan Bangsal(& Wolfman, 2013) RSUD Bulukumba''. Peneliti memandang perlu adanya rekomendasi dari pihak institusi atas pihak lain dengan mengajukan

permohonan ijin kepada instansi tempat penelitian. Setelah mendapat persetujuan barulah dilakukan penelitian dengan memperhatikan masalah etika penelitian yang diuraikan berdasarkan prinsip KNEPK yang meliputi hal-hal sebagai berikut:

1. *Respect for person*

   Menghargai harkat martabat manusia, penelitian perlu mempertimbangkan hak-hak subjek untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penetitian.

2. *Benefiscience*

   Benefiscience artinya berbuat baik.Peneliti melaksanakan penelitiannya sesuai dengan prosedur, peneliti juga mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subjek penelitian dan dapat digeneralisasikan ditingkat populasi.

3. *Justice*

   Prinsip keadilan memiliki konotasi latar belakang dan keadaan untuk memenuhi prinsip keterbukaan.Penelitian dilakukan secara jujur, hati-hati, professional, ber-perikemanusiaan dan memperhatikan faktor-faktor ketepatan, keseksamaan, kecermatan, intinitas, psikologis serta perasaan religious subjek penelitian.

4. *Informed consend*

Merupakan pernyataan kesediaan dari subjek penelitian untuk diambil datanya dan diikutsertakan dalam penelitian. Dalam *informed consend* harus ada penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan baik mengenai tujuan penelitian, tata cara penelitian, manfaat yang akan diperoleh, risiko yang mungkin terjadi dan adanya pilihan bahwa subjek penelitian dapat menarik diri kapan saja.

.

I. Jadwal Penelitian

No	Uraian Kegiatan	Des	Jan	Fab	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agus
1.	Penetapan Penitia									
2.	Penyusunan buku panduan									
3.	Penetapan pembimbing									
4.	Pengajuan judul									
5.	Screening judul & Acc judul dari pembimbing									
6.	Pembimbingan proposal									
7.	Penetapan penguji									
8.	Ujian proposal									
9.	Perbaikan proposal									
10.	Pelaksanaan penelitian									
11.	Ujian hail									
12.	Perbaikang hail									
13.	Penyotoran Manuskrip									
14.	Yudisium									
15.	Wisuda									

Keterangan :

: Pelaksanaan Proposal

: Proses Penelitian

: Pelaksanaan Skripsi

Struktur Organsasi	:
Pembimbing Utama	:Haryanti Haris, S.Kep, Ns, M.Kep
Pembimbing Pendamping	:Dr, A. Suswani M.S.kep,Ns,M.kes
Peneliti	: Nirwana

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum RSUD H. Andi Sultang Daeng Radja Bulukumba

Rumah sakit umum RSUD H. Andi Sultang Daeng Radja Bulukumba berdiri sejak tahun 1929 yang berlokasi di jl. Serikaya No.17 di wilaya kecematan ujung bulu kabupaten bulukumba di atas lahan 5 ha, dengan luas bangunan 15.000 m2. Kemudian rumah sakit umum daerah berkembang pada tahun 1938 dengan fasilitas tempat tidur 7 buah, tenaga perawat 2 orang, selanjutnya pada tahun 1950, di kepalai oleh seorang wanita atau perawat dan di bantu oleh 4 orang juru kesehatan dengan fasilitas tempat tidur 10 buah, 20 tahun kemudian perkembangan di rumah sakit nampak pada tahun 1970, untuk pertama kalinya di jabat oleh Dokter yaitu Dr. H. Mudassir (1969-1983) yang di bantu oleh 10 para medis dengan fasilitas tempat tidur 10 buah, akan tetapi saat itu pelayanan masuh rendah, karena masih rendahnya tingkat pendidikan dan ekonomi masyarakat dan pada tahun 1974 melalui bantuan APBD TK II memberikan tambahan lokasi rumah sakit, kemudian pada tahun 1983 di bawah kepemimpinan Dokter Mk. Effendi. P (1982-1987), rumah sakit memperoleh bantuan tambahan gedung perawatan dari APBD TK I Sulawesi selatan yang berarti mendapatkan tambahan tempat tidur 24 buah dengan penambahan jumlah tenaga selurunya 20 orang

Perkembangan rumah sakit dalam memberikan pelayanan dari tahun ke tahun semakin meningkat. Inti di sebabkan bulukumba terletak sangat strategis dalam memberikan pelayanan kesehatan yang secara grografis di kelilingi oleh kabupaten bantaeng, sinjai dan selayar. Di samping itu kabupaten bulukumba sangat berpotensi dengan kedaan panati dan alam yang cukup baik, olehnya itu pemerintah memberikan bantuan melalui bank dunia untuk membayar rumah sakit umum bulukumba tipe “D” yang diresmikan oleh menteri kesehatan pada tanggal 18 Maret 1987.

Perkembangan rumah sakit umum daerah bulumba dari tahun ke tahun semakin meningkat. Penigkatan in tidak tentunya tidak terlepas dari kelengkapan sarana dan prasarana yang di barengi dengan kondisiplinan pegawai, pemasukan retribusi meningkat sehingga srana dan prasarana rumah skit umum daerah bulukumba dari tahun ketahun mengalami perunahan (peningkatan). Perjuangan yang gigih dari kerja keras yang optimal dari rumah sakit umum dareah bulukumba membuahkan hail yakni rumah sakit umum daerah meningkat menjadi rumah sakit umum daerah tipe “C”, Berdasarkan peraturan daerah No. 1 tahun 2007 tanggal 17 januari 2007 di resmikan oleh gubernur Sulawesi selatan yang saat itu di jabat oleh bapak H.M. Amin Syam.

Rumah sakit umum H. Andi Sultang Daeng Radja Bulukumba telah beberapa kali mengalami pergantian direktur yang di mulai dari

a. Tahun 1969 - 1983 : dr. H. Mudassir
b. Tahun 1983 -1987 : dr. Mk. Effendi Pulungan

c. Tahun 1987 - 1989 : dr. Haeruddin Panggara, Sp, A

d. Tahun 1989 - 1993 : dr. H. AH. Simadiah, MHA

e. Tahun 1993 - 1995 : dr. Hj. Nadia Hamid

f. Tahun 1995 -2006 : dr. H. Rusni Sufran, M.Kes

g. Tahun 2006 – 2011 : dr. Hj. Andi Diamarni, MARS

h. Tahun 2011 – 2013 : dr. H. Abd Gaffar, M. Epid

i. Tahun 2013 - 2017: dr. Hj. Wahyuni As, MARS

j. Tahun 2017 – sekarang : dr. H. Abdur Rajab H, MM

Rumah sakit umum H. Andi Sultang Daeng Radja Bulukumba memiliki visi yakni menjadi rumah sakit rujukan yang berkuallitas profesional. Misi Rumah sakit umum H. Andi Sultang Daeng Radja Bulukumba meliputi:

a. Memberikan pelayanan cepat, tepat, nyaman dan terjangkau oleh masyarakat sesuai standar pelayanan minimal (SPM)
b. Melayani sesuai denagn standar pelayanan yang dilandasi etika profesi
c. Meningkatkan program pembangunan mutu pelayanan rumah sakit secara berkesinambungan.
d. Meningkatkan kualitas sumber daya manusia (SDM) rumah sakit melalui pendidikan dan pelatihan
e. Mengemangkan sistem informasi berbasis infomasi telekomunikasi (IT)
f. Mewujudkan kesejahteraan kaeyawan yang lebih baik.

2. Gambaran usia perawat di RSUD H. Andi Sultang Daeng Radja Bulukumba

Analisis distribusi frekuensi Usia perawat di RSUD H. Andi Sultang Daeng Radja Bulukumba

Table 5.1
Distribusi Frekuensi Berdasarkan usia perawat di RSUD H. Andi Sultang Daeng Radja Bulukumba

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Umur		
Remaja (17 - 25)	7	14,9
Dewasa (26 – 45)	39	83,0
Lansia (46 - 65)	1	2,1
Jumlah	47	100,0

Berdasarkan tabel 5.1 di atas diketahui bahwa dari 47 responden dalam penelitan terdapat responden terbanyak pada usia perawat Dewasa yaitu sebanyak 39 responden (83,0%), sedangkan responden.

3. Gambaran jenis kelamin perawat di RSUD H. Andi Sultang Daeng Radja Bulukumba

Analisis distribusi frekuensi Jenis kelamin perawat di RSUD H. Andi Sultang Daeng Radja Bulukumba

Table 5.2
Distribusi Frekuensi Berdasarkan jenis kelamin perawat di RSUD H. Andi Sultang Daeng Radja Bulukumba

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Perempuan	25	53,2
Laki-laki	22	46,8
Jumlah	47	100,0

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui bahwa dari 47 responden dalam penelitian terdapat 25 orang (53,2%) berjenis kelamin perempuan dan 22 orang (46,8%) berjenis kelamin laki-laki.

4. Gambaran Masa Kerja perawat di RSUD H. Andi Sultang Daeng Radja Bulukumba

Analisis distribusi frekuens Masa Kerja perawat di RSUD H. Andi Sultang Daeng Radja Bulukumba

Tabel 5.3

Distribusi Frekuensi Berdasarkan lama kerja perawat di RSUD H. Andi Sultang Daeng Radja Bulukumba

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Masa Kerja		
Lama	34	72,3
Baru	13	27,7
Jumlah	47	100,0

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui bahwa dari 47 responden dalam penelitian terdapat 34 orang (72,3%) yang sudah lama bekerja dan 13 orang (27,7%) yang baru bekerja.

5. Gambaran Status Pernikahan perawat di RSUD H. Andi Sultang Daeng Radja Bulukumba

Analisis distribusi frekuensi Status Pernikahan perawat di RSUD H. Andi Sultang Daeng Radja Bulukumba

Tabel 5.4

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Status Pernikahan perawat di RSUD H. Andi Sultang Daeng Radja Bulukumba

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Status Pernikahan		
Belum	16	34,0
Sudah	31	66,0
Jumlah	47	100,0

Berdasarkan tabel 5.4 dapat diketahui bahwa dari 47 responden dalam penelitian terdapat 31 orang (66,0%) yang sudah menikah dan 16 orang (34,0%) yang belum menikah.

6. Gambaran penggunaan tempat tidur di RSUD H. Andi Sultang Daeng Radja Bulukumba

Analisis distribusi frekuensi penggunaan tempat tidur di RSUD H. Andi Sultang Daeng Radja Bulukumba

Tabel 5.5

Distribusi Frekuensi Berdasarkan penggunaan tempat tidur di RSUD H. Andi Sultang Daeng Radja Bulukumba

Penggunaan Tempat Tidur	**Frekuensi (f)**	**Persentase (%)**
Efesien	25	53,2
Tidak Efesien	22	46,8
Total	**47**	**100,0**

Berdasarkan tabel 5.5 dapat diketahui bahwa dari 47 responden dalam penelitian terdapat 25 orang (53,2%) yang menggnakan tempat tidur yang Efisien dan 22 orang (46,8%) yang menggunakan tempat tidur yang tidak Efesien.

B. Pembahasan

1. Gambaran Penggunaan tempat tidur

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui penggunaan tempat tidur dari 47 responden diatas dapat diketahui bahwa penggunaan tempat tidur dari 47 responden yang menggunakan tempat tidur Efesien sebanyak 25 orang (53,2%), dan yang menggunakan tempat tidur Tidak Efesien sebanyak 22 orang (46,8%).

Tempat Tidur Pasien adalah salah satu sarana rehabilitasi alat kesehatan yang berfungsi sebagai tempat istirahat baik duduk maupun tidur bagi pasien.Konstruksi alat ini terdiri dari tujuh komponen utama yang diproduksi secara manual dan harus memenuhi variabel kebutuhan konsumen yaitu aman, nyaman dan mudah dioperasikan.

Hasil penelitian ini valentine “efisinsi penggunaan tempat tidur dirunag rawat inap berdasarkan grafik baber Johnson di RSUD DR. Pirngadi Medan” menunjukan bahwa RSUD Dr. Pirngadi jumlah tempat tidur sebanyak 482 buah, jumlah hari perawatan sebanyak 65.961 hari, jumlah lama dirawat sebanyak 62,036 hari, jumlah pasien keluar (hidup+mati) sebanyak 11.562 pasien.

Menurut asumsi peneliti secara statistic semain tinggi nilai disetiap penggunaan tempat tidur yang tersedia digunakan oleh banyak pasien secara bergantian.hal ini dapat menguntungkan rumah sait karena tempat tidur yang tersedia dapat menghasil kan pemasukan.

Semain rendah nilai penggunaan tempat tidur yang tersedia maka akan semakin sedikit keuntungan yang piha rumah sait dapatkan jika nilai penempatan tempat tidur in berkurang.

C. Keterbatasan Peneliti

Peneliti masih banyak menemukan keterbatasn penelitian. Beberapa keterbatasan peneliti sebagau berikut:

1. Keterbatasan peneliti

   Peneliti merupakan peneliti pemula, sehingga banyak hal yang harus dipelajari bersamaan dengan jalannya penelitian.Adanya berbagai kendala yang ditemui waktu penelitian mulai dari peneliti secara langsung maupun tidak langsung mempengaruhi hasil penelitian.

2. Keterbatasan Desain dan Analisa Data

   Jenis penelitian ini masih merupakan penelitiankuantitatif dengan penelitian analitik dengan pendekatan *cross sectional design* untuk melihat hubungan pengetahuan tentang manajemen laktasi dengan perilaku ibu dalam pemberian ASI di puskesmas kajang kecematan kajang kabupaten bulukumba.

3. Keterbatasan Waktu

Tenaga dan materi sangat dirasakan, mulai dari pelaksanaan sehingga mempengaruhi hasil penelitian pengolaan data samapi penyusunan skripsi, sehingga mempengaruhi hasil penelitian, referensi yang banyak tentu akan memeperoleh hasil penelitian yang lebih baik.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Rumah sakit umum bulukumba didirikan pertama kali pada tahun 1969 yang terletak di jl. Dr. soetomo no. 1 bulukumba bergabung dengan kantor dinas kesehatan kabupaten bulukumba. Sesuai dengan tuntutan perkembangan kebutuhan RSU, kemudian dibangunlah rumah sakit umum baru yang beerlokasi di jl. Serikaya no. 17 diwilayah kecamatan ujung bulu kabupaten bulukumba di atas lahan seluas 5 ha, dengan luas bangunan 15.000 m2. Pada tanggal 18 maret 1987 seluruh pelayanan rawat inap dan rawat jalan dipindahkan di lokasi rumah sakit umum baru dan diresmikan penggunaannya oleh menteri kesehatan republic Indonesia yang saat itu dijabat oleh bapak Suwarjono Surjaningrat, dengan status rumah sakit tipe "D", pada tahun 1990, rumah sakit umum bulukumba ditingkatkan lagi kelasnya menjadi rumah sakit tipe "C" berdasarkan peraturan daerah no. 1 tahun 2007, tanggal 17 januari 2007 berganti nama menjadi RSUD H. ANDI Sulthan daeng Radja (pahlawan nasional kabupaten bulukumba) yang diresmikan oleh gubernur Sulawesi selatan yang saat ini di jabat oleh H.M. Amin Syam. Sejak rumah sakit umum daerah bulukumba berdiri mulai tahun 1969 dengan nama rumah sakit umum bulukumba hingga tahun 2012 dengan nama rumah sakit umum sulthan daeng radja

bulukumba telah beberapa kali mengalami pergantian direktur yang dimulai dari : tahun 1969-1983 (dr. H. mudassir), tahun 1983-1987 (dr. MK. Effendi Pulungan), tahun 1987- 1989 (dr. H. Haeruddin Panggara , Sp.A), tahun 1989-1993 (dr. H. AH.Simadiah,MHA), tahun 1993- 1995 (dr.Hj. Nadia Hamid), tahun 1995-2006 (dr. H. Rusni Sufran, M,Kes), tahun 2006-2011 (dr. Andi Diamarni Gandhis, MAES) , tahun 2011-2013 (H.Abd. Gaffar, M.Epid), tahun 2013-2017 (dr.H. Wahyuni AS,MARS), tahun 2017 (dr. H. Abdur Rajab H,MM) plt. Direktur.

2. Di ruangan perawatan melati 1 Gedung C2 lantai 2 merupakan ruang perawatan kelas I, II, dan III dengan post op/ orang dengan tindakan insisi yang terjadi dari 6 kamar, dimana 2 kamar kelas 1, 2 kamar untuk kelas II dan 2 kamar untuk pasien kelas III. Jumlah tempat tidur pada ruangan perawatan melati 1 terdiri dari 24 tempat tidur yang dibagi menjadi 6 kamar 201 sampai 206.
3. Di ruang perawatn melati 2 gedung c2 lantai 2 merupakan ruang perawatan kelas I, II, dan III dengan op/ orang dengan tindaan insisi yang terjadi dari 6 kamar, dimana 2 kamar kelas 1,2 kamar untuk kelas II dan 2 kamar untuk pasien kelas III. Jumlah tempat tidur pada ruangan perawatan melati 2 terdiri dari 24 tempat tidur yang dibagi menjadi 6 kamar 207 sampai 212.

B. Saran

1. Hasil penelitian dapat menambah ilmu pengetahuan dan dapat dijadikan tambahan pustaka dalam bidang ilmu pengetahuan bagi institusi pendidikan Stikes Panrita Husada Bulukumba

2. Disarankan kepada pihak pemerintah untuk meningkatkan penyuluhan tentang penggunaan tempat tidur

DAFTAR PUSTAKA

Wolfman, L. S. B. A. (2013). 済無No Title No Title. *Journal of Chemical Information and Modeling*, *53*(9), 1689–1699. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Administrasi, B., Kebijakan, D. A. N., Masyarakat, F. K., & Jember, U. (2016). *Digital Digital Repository Repository Universitas Universitas Jember Jember Digital Digital Repository Repository Universitas Universitas Jember*.

Aritonang, J., Nugraeny, L., & Siregar, R. N. (2020). *Peningkatan Pemahaman Kesehatan pada Ibu hamil dalam Upaya Pencegahan COVID-19*. *09*(2), 261–269.

Belakang, A. L. (2020). *No Title*.

Covid-, P. M. P. (2021). *No Title*. *3*(2020), 382–389.

Dharma, D. K. K. (2017). *Metodologi Penelitian Keperawatan (Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian)*. CV. Trans Info Media.

Dharmawan, Y. (20011). *TEMPAT TIDUR UNIT RAWAT INAP SEMARANG Untuk memenuhi persyaratan mencapai derajat Sarjana S2 Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat konsentrasi Sistem Informasi Manajemen Kesehatan NIM : E2A030027 PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS DIPONEGORO*.

Dr. Kelana Kusuma Dharma, S.kep., M. ke. (2011). *Metode Penelitian Keperawatan panduan Melaksanakan Dan Menerapkan Hasil Peneliti*. TIM.

Fitria, L., & Ifdil, I. (2020). *Kecemasan remaja pada masa pandemi Covid -19*. *6*(1), 1–4.

Ginting, M. (2011). Analisa permasalahan komponen tempat tidur pasien dengan metode qfd. *Jurnal AUSTENIT*, *3*(2), 1–11.

Ilmiah, K. T. (2013). *KELAS III RSUD KOTA SEMARANG BERDASARKAN PERHITUNGAN INDIKATOR BARBER JOHNSON TAHUN Oleh :*

Indonesia, U., & Anggraini, D. A. (2013). *141 Lampiran 1. Kuesioner Indentifikasi Variabel*

(Lanjutan). 141–147.

Jannah, A. (2016). Analisis Penilaian Efisiensi Penggunaan Tempat Tidur Ruang Rawat Inap RSUD Tipe B Di Kota Makassar tahun 2016. *Skripsi*, *2*, 82–91.

Johnson, B., & Di, T. (2017). *ANALISIS EFISIENSI RUMAH SAKIT BERDASARKAN GRAFIK*.

Kartika, R. (2020). *MAHASISWA AKIBAT PEMBELAJARAN JARAK JAUH DI MASA PANDEMI COVID-19*. 1–11.

Kepimpinan, P., & Trihastuti, E. (2015). *cross sectional*. 53–73.

Lestari, T. (2014). *DI RSUD PANDAN ARANG BOYOLALI PERIODE TRIWULAN TAHUN 2012*. *1*.

Lolita, S., Kusworini, D., Administrasi, B., Masyarakat, F. K., & Jember, U. (2017). Analisis Kebutuhan Tempat Tidur Tiap Kelas di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Djatiroto Kabupaten Lumajang. *Unej*, 1–7.

Mardian, A. H., Khoiri, A., & Sandra, C. (2016). *Analisis Efisensi Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Daerah Balung Tahun 2015 melalui Pendekatan Barber-Johnson (Analysis of Efficiency of Balung Inpatient Hospital Service in 2015 by Barber- Johnson Approach)*.

Nopriadi, E. S., Stikes, P., Tuah, H., Fakultas, P., & Unand, K. (2012). *Efisiensi Pendayagunaan Tempat Tidur dengan Metode Grafik Barber- Johnson di Rs Lancang Kuning Bed Utilization Efficiency With Graphic Of Barber-Johnson Method In Lancang Kuning Pekanbaru Hospital Year 2011*. *1*(4), 181–187.

Ridlo, I. A. (2018). *Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental Pandemi COVID-19 dan Tantangan Kebijakan Kesehatan Mental di Indonesia*. https://doi.org/10.20473/jpkm.v5i

Rinjani, V., & Triyanti, E. (2016). *JOHNSON DI RUMAH SAKIT SINGAPARNA MEDIKA*

CITRAUTAMA KABUPATEN TASIKMALAYA TRIWULAN 1 TAHUN 2016. *4*(2), 38–45.

S, M. S., & Lestari, T. (2018). *HUBUNGAN JUMLAH PASIEN RAWAT INAP DENGAN BOR (BED OCCUPANCY RATE) DI RSUD DR . MOEWARDI PERIODE TAHUN 2009-2011*. *1*, 58–68.

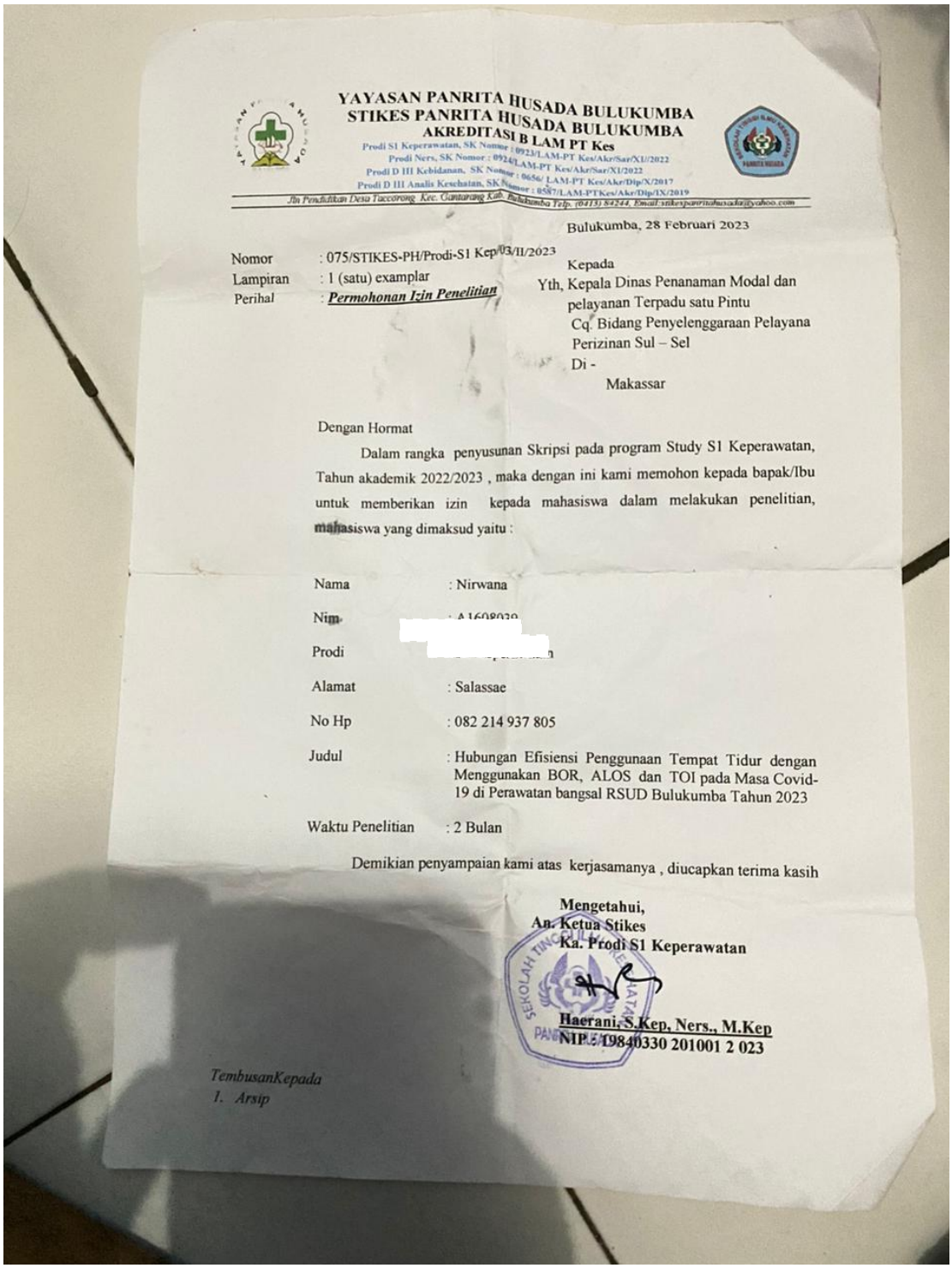
Setiadi. (2013). *Konsep dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan* (edisi ke d). Graha Ilmu.

Sugiyono, P. D. (2017). *Metedologi Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D* (26th ed.). ALFABETA, cv.

Tahun, D., & Anggraeni, M. M. (2014). *DEPKES TIAP BANGSAL RAWAT INAP RSUD KABUPATEN KUDUS BULAN JUNI*. *1*.

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1



YAYASAN PANRITA HUSADA BULUKUMBA
STIKES PANRITA HUSADA BULUKUMBA
AKREDITASI B LAM PT Kes
Prodi S1 Keperawatan, SK Nomor : 0923/LAM-PT Kes/Akr/Sar/XI/2022
Prodi Ners, SK Nomor : 0924/LAM-PT Kes/Akr/Sar/XI/2022
Prodi D III Kebidanan, SK Nomor : 0656/ LAM-PT Kes/Akr/Dip/X/2017
Prodi D III Analis Kesehatan, SK Nomor : 0587/LAM-PTKes/Akr/Dip/IX/2019
Jln Pendidikan Desa Taccorong Kec. Gantarang Kab. Bulukumba Telp. (0413) 84244, Email:stikespanritahusada@yahoo.com

Bulukumba, 28 Februari 2023

Nomor : 075/STIKES-PH/Prodi-S1 Kep/03/II/2023
Lampiran : 1 (satu) examplar
Perihal : ***Permohonan Izin Penelitian***

Kepada
Yth, Kepala Dinas Penanaman Modal dan pelayanan Terpadu satu Pintu
Cq. Bidang Penyelenggaraan Pelayana Perizinan Sul – Sel
Di -
Makassar

Dengan Hormat

Dalam rangka penyusunan Skripsi pada program Study S1 Keperawatan, Tahun akademik 2022/2023 , maka dengan ini kami memohon kepada bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada mahasiswa dalam melakukan penelitian, mahasiswa yang dimaksud yaitu :

Nama	: Nirwana
Nim	: A1608030
Prodi	: [redacted]
Alamat	: Salassae
No Hp	: 082 214 937 805
Judul	: Hubungan Efisiensi Penggunaan Tempat Tidur dengan Menggunakan BOR, ALOS dan TOI pada Masa Covid-19 di Perawatan bangsal RSUD Bulukumba Tahun 2023
Waktu Penelitian	: 2 Bulan

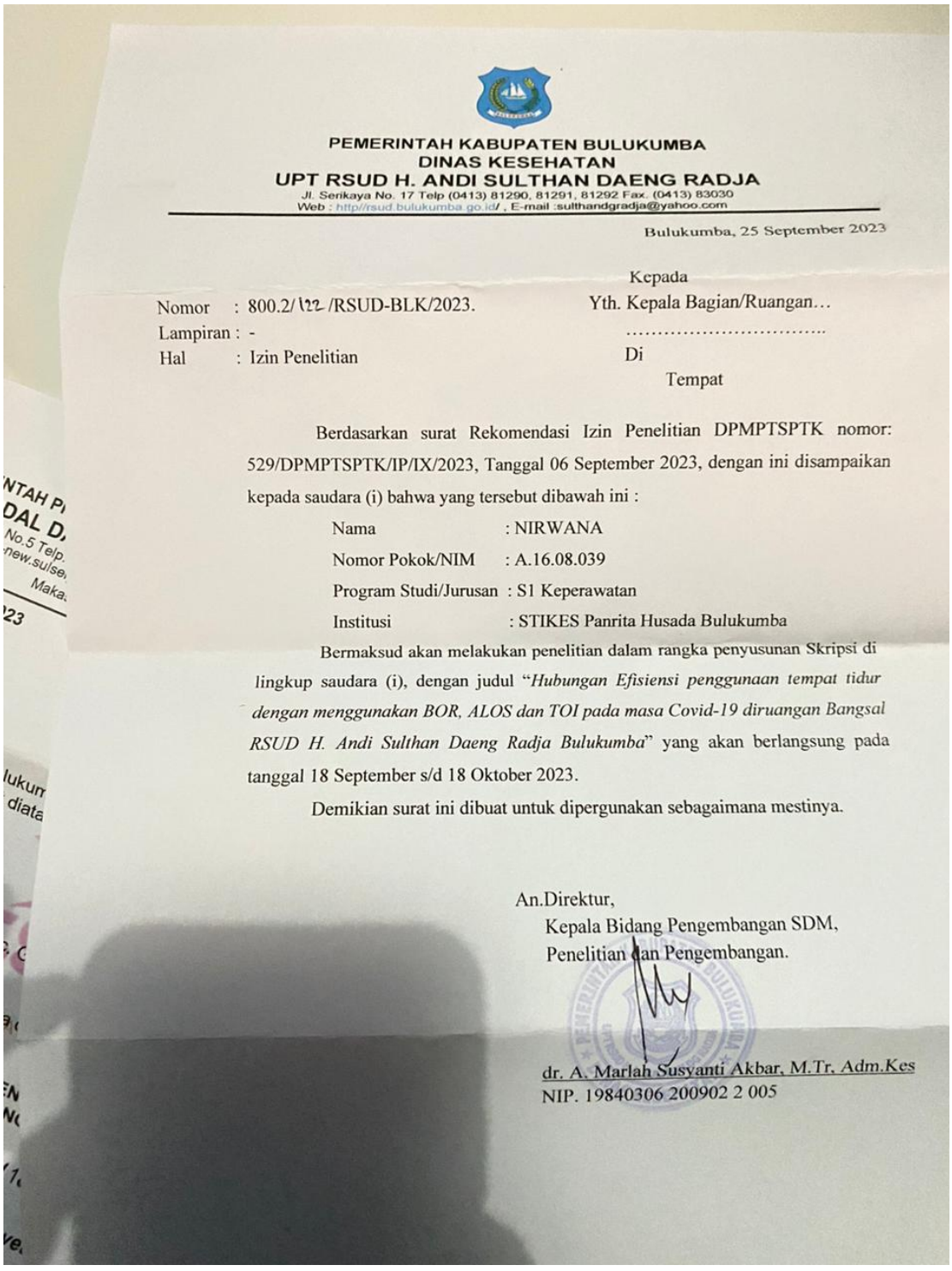
Demikian penyampaian kami atas kerjasamanya , diucapkan terima kasih

Mengetahui,
An. Ketua Stikes
Ka. Prodi S1 Keperawatan

Haerani, S.Kep, Ners., M.Kep
NIP. 19840330 201001 2 023

TembusanKepada
1. Arsip

Lampiran 2



PEMERINTAH KABUPATEN BULUKUMBA
DINAS KESEHATAN
UPT RSUD H. ANDI SULTHAN DAENG RADJA
Jl. Serikaya No. 17 Telp (0413) 81290, 81291, 81292 Fax. (0413) 83030
Web : http://rsud.bulukumba.go.id/ , E-mail :sulthandgradja@yahoo.com

Bulukumba, 25 September 2023

Nomor : 800.2/122 /RSUD-BLK/2023.
Lampiran : -
Hal : Izin Penelitian

Kepada
Yth. Kepala Bagian/Ruangan…
……..
Di
Tempat

Berdasarkan surat Rekomendasi Izin Penelitian DPMPTSPTK nomor: 529/DPMPTSPTK/IP/IX/2023, Tanggal 06 September 2023, dengan ini disampaikan kepada saudara (i) bahwa yang tersebut dibawah ini :

Nama : NIRWANA
Nomor Pokok/NIM : A.16.08.039
Program Studi/Jurusan : S1 Keperawatan
Institusi : STIKES Panrita Husada Bulukumba

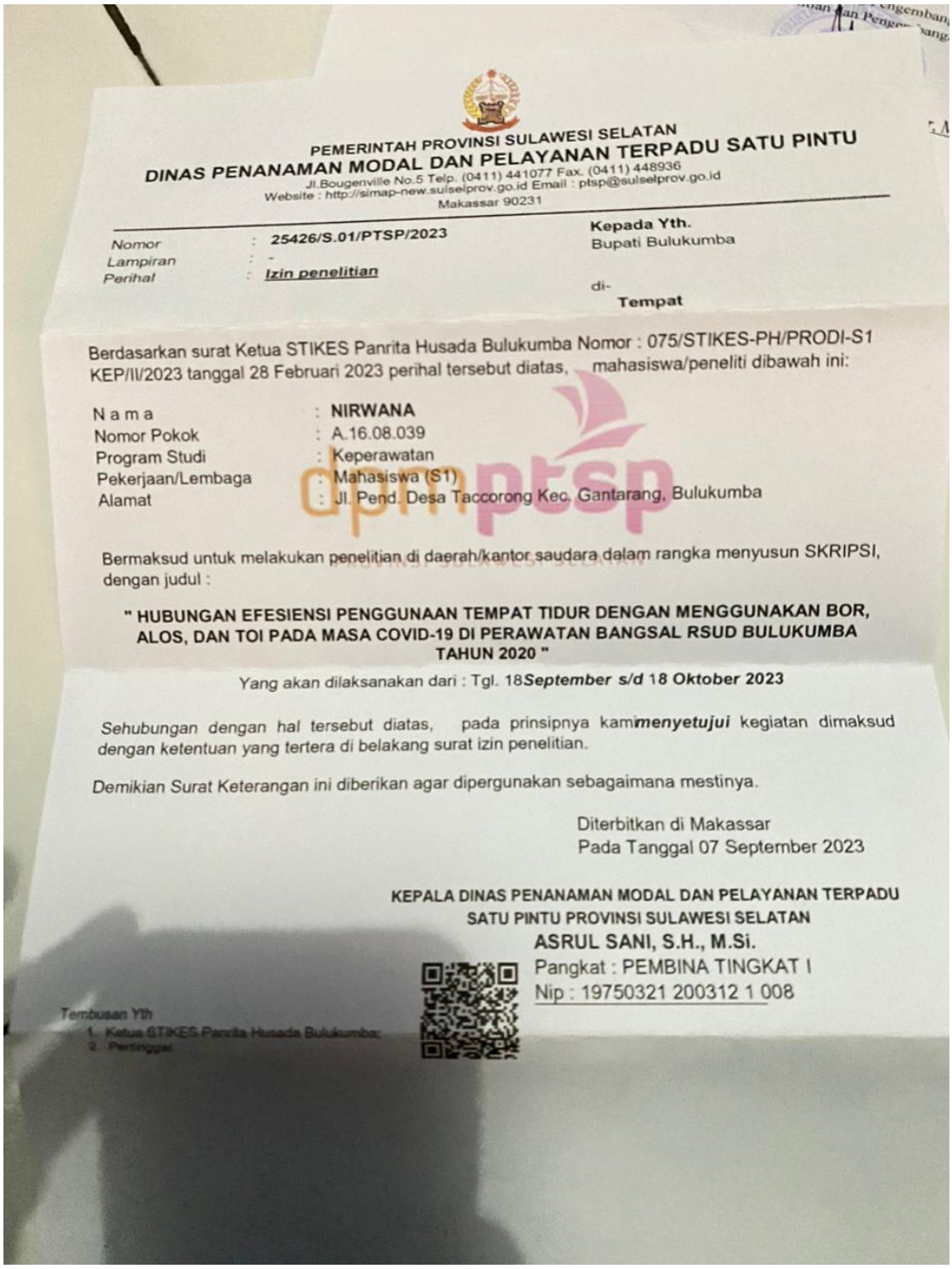
Bermaksud akan melakukan penelitian dalam rangka penyusunan Skripsi di lingkup saudara (i), dengan judul "*Hubungan Efisiensi penggunaan tempat tidur dengan menggunakan BOR, ALOS dan TOI pada masa Covid-19 diruangan Bangsal RSUD H. Andi Sulthan Daeng Radja Bulukumba*" yang akan berlangsung pada tanggal 18 September s/d 18 Oktober 2023.

Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

An.Direktur,
Kepala Bidang Pengembangan SDM,
Penelitian dan Pengembangan.

dr. A. Marlah Susyanti Akbar, M.Tr, Adm.Kes
NIP. 19840306 200902 2 005

Lampiran 3



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jl.Bougenville No.5 Telp. (0411) 441077 Fax. (0411) 448936
Website : http://simap-new.sulselprov.go.id Email : ptsp@sulselprov.go.id
Makassar 90231

Nomor : **25426/S.01/PTSP/2023**
Lampiran : -
Perihal : **Izin penelitian**

Kepada Yth.
Bupati Bulukumba
di-
Tempat

Berdasarkan surat Ketua STIKES Panrita Husada Bulukumba Nomor : 075/STIKES-PH/PRODI-S1 KEP/II/2023 tanggal 28 Februari 2023 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

N a m a	: **NIRWANA**
Nomor Pokok	: A.16.08.039
Program Studi	: Keperawatan
Pekerjaan/Lembaga	: Mahasiswa (S1)
Alamat	: Jl. Pend. Desa Taccorong Kec. Gantarang, Bulukumba

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka menyusun SKRIPSI, dengan judul :

" HUBUNGAN EFESIENSI PENGGUNAAN TEMPAT TIDUR DENGAN MENGGUNAKAN BOR, ALOS, DAN TOI PADA MASA COVID-19 DI PERAWATAN BANGSAL RSUD BULUKUMBA TAHUN 2020 "

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 18***September*** ***s/d*** 18 ***Oktober*** **2023**

*Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami**menyetujui** kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.*

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
Pada Tanggal 07 September 2023

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN

ASRUL SANI, S.H., M.Si.
Pangkat : PEMBINA TINGKAT I
Nip : 19750321 200312 1 008

Tembusan Yth
1. Ketua STIKES Panrita Husada Bulukumba;
2. Pertinggal.

LEMBAR PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Usia :

Alamat :

Menyatakan telah mendapatkan penjelasn dan bersedia untuk menjadi responseng dalam penelitain yang dilakukan oleh Hasliah dengan judul Hubungan Efesiensi penggunaan tempat tidur dengan menggunakan BOR pada pasca covid 19 perawatan seruni dan melati di RSUD H. ANDI SULTHAN DG RADJA bulukumba untuk memenuhi sebagian syarat memperoleh gelar Serjana Keperawatan (S.Kep)

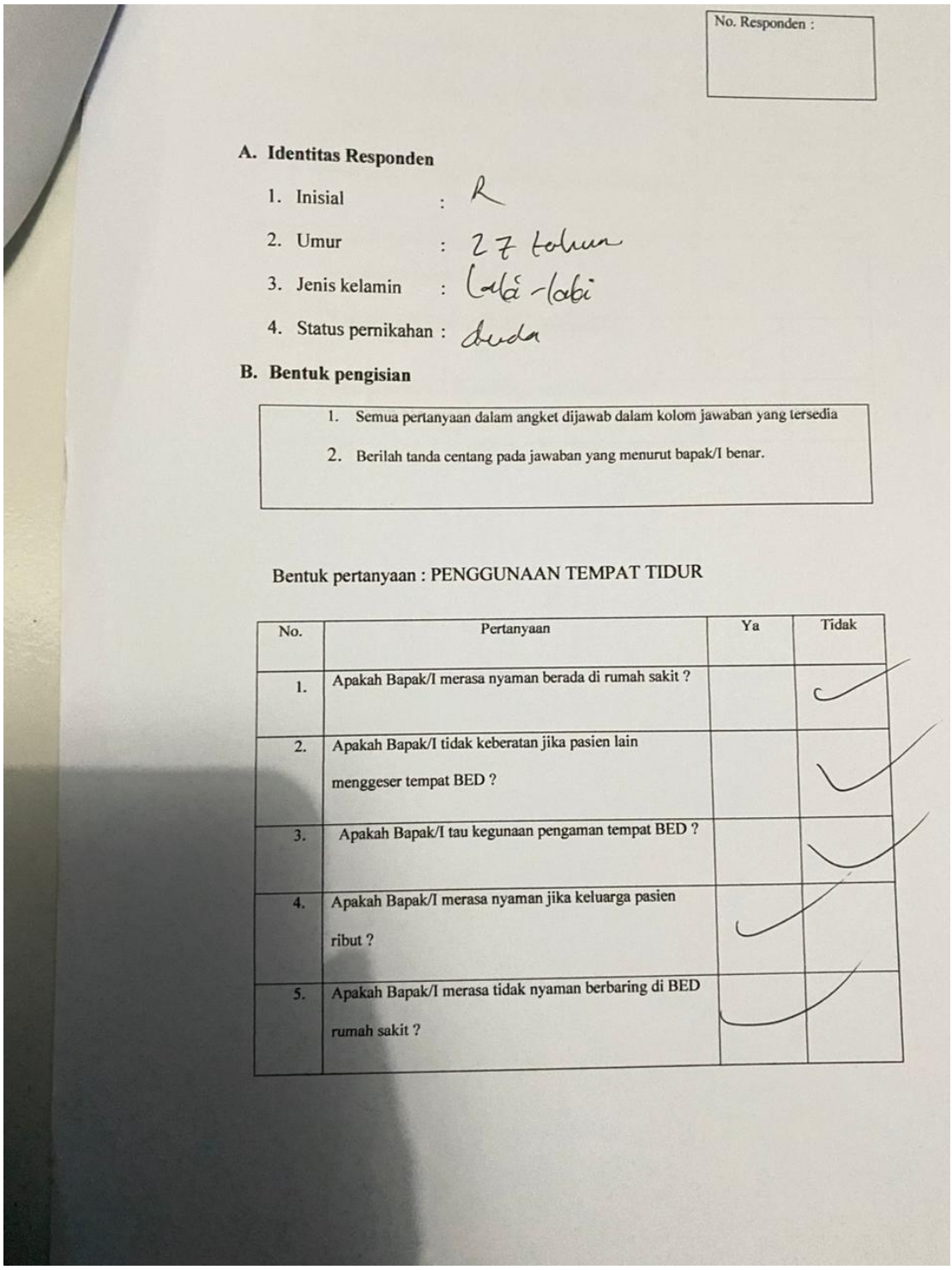
Demikian pernyataan ini dibuat tanpa ada paksaan dari pihak manapun dan diharapkan dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Bullukumba, 2023

Peneliti Responden

Nirwana (……)

Lampiran 4



No. Responden :

A. Identitas Responden

1. Inisial : R
2. Umur : 27 tahun
3. Jenis kelamin : Laki-laki
4. Status pernikahan : duda

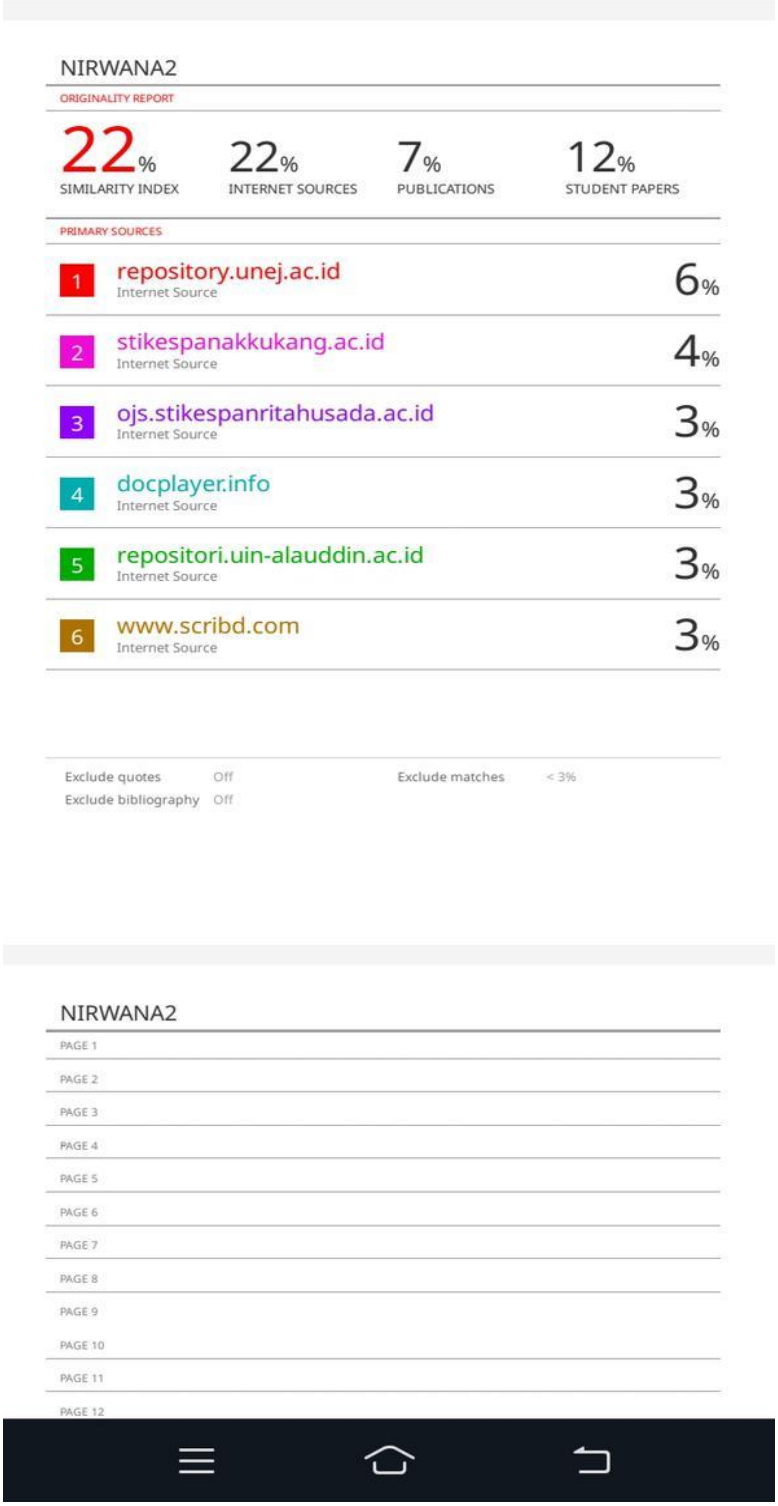
B. Bentuk pengisian

1. Semua pertanyaan dalam angket dijawab dalam kolom jawaban yang tersedia
2. Berilah tanda centang pada jawaban yang menurut bapak/I benar.

Bentuk pertanyaan : PENGGUNAAN TEMPAT TIDUR

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah Bapak/I merasa nyaman berada di rumah sakit ?		✓
2.	Apakah Bapak/I tidak keberatan jika pasien lain menggeser tempat BED ?		✓
3.	Apakah Bapak/I tau kegunaan pengaman tempat BED ?		✓
4.	Apakah Bapak/I merasa nyaman jika keluarga pasien ribut ?	✓	
5.	Apakah Bapak/I merasa tidak nyaman berbaring di BED rumah sakit ?	✓	

Lampiran 5



NIRWANA2

ORIGINALITY REPORT

22%	22%	7%	12%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.unej.ac.id Internet Source	6%
2	stikespanakkukang.ac.id Internet Source	4%
3	ojs.stikespanritahusada.ac.id Internet Source	3%
4	docplayer.info Internet Source	3%
5	repositori.uin-alauddin.ac.id Internet Source	3%
6	www.scribd.com Internet Source	3%

Exclude quotes Off
Exclude bibliography Off
Exclude matches < 3%

NIRWANA2

PAGE 1
PAGE 2
PAGE 3
PAGE 4
PAGE 5
PAGE 6
PAGE 7
PAGE 8
PAGE 9
PAGE 10
PAGE 11
PAGE 12

Lampiran 7

Lampiran 8

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama	: Nirwana
Nim	: A.16.08.039
Tempat/tanggal lahir	: Salassae, 06 januari 1997
Alamat	: Desa salassae dusun bolongnge
Institusi	: Stikes panrita Husada Bulukumba
Angkatan	: Angkatan ke 8
Biografi	: 2004-2009 (SD negeri 244 bulukumba)
	2010-2012 (SMP negeri 6 bulukumpa)
	2013-2015 (SMA negeri 14 bulukumba)

Pengalaman organisasi :

4. 2008-2009 organisasi pramuka sd negeri 244 Bulukumba
5. 2010-2011 organisasi pramuka SMP negeri 6 Bulukumpa
6. 2013-2015 organisasi OSIS SMA negeri 14 Bulukumba