

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. HASIL PENELITIAN**

##### **1. Karakteristik Subjek dan Objek Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Yogyakarta**

Subjek dalam penelitian ini adalah perawat bagian pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), dokter spesialis kandungan, kepala perawat diruang operasi, bidan di poliklinik kandungan, dan kepala staf di bagian keuangan RSUD Kota Yogyakarta. Masing - masing subjek penelitian diberi kesempatan untuk mengemukakan pendapat.

Objek penelitian adalah rekam medis pasien yang melakukan tindakan *sectio caesarea* yang dikerjakan oleh dokter spesialis kandungan di rumah sakit umum daerah kota yogyakarta selama periode tahun 2015. Data yang diperoleh dari rekam medis pasien berupa identitas pasien, usia, pekerjaan, pendidikan, diagnosis, riwayat gestasional (kehamilan), persalinan dan abortus (keguguran), penyakit yang menyertai, kelas ruang perawatan, status operasi *sectio caesarea*, lama hari rawat, jaminan kesehatan yang digunakan dan frekuensi kunjungan rawat jalan pasien yang tampak pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.1 Karakteristik Pasien *Sectio Caesarea* yang mengalami IDO

<b>Karakteristik Pasien <i>Sectio Caesarea</i> (SC)</b>	<b>Ny. PR</b>	<b>Ny. RW</b>	<b>Ny. EW</b>
Diagnosis Pasien	ReSC dan Inseri IUD atas Indikasi Riwayat SC 13 Bulan Yang Lalu pada P1A0	ReSC dan Adenolisis atas Indikasi DKP, Postterm dan Riwayat SC 3 Tahun Yang Lalu pada P1A0	ReSC, Adenolisis dan Sterilisasi MOW atas Indikasi Anemia, KPD, DKP dan Riwayat SC 2x pada P2A0
Usia	23 tahun	26 tahun	33 tahun
Pekerjaan	Wiraswasta	IRT	IRT
Pendidikan	SLTA	SMP	SMP
Riwayat Gestasional, Persalinan, Abostus	G2P1A0	G2P1A0	G3P2A0
Riwayat SC	1x 13 bulan yang lalu	1x tahun 2012	2x 4 tahun yang lalu
Penyakit yang menyertai	-	-	Anemia
Kelas Ruang Perawatan	Kelas III	Kelas II	Kelas III
Status operasi SC	Elektif	Emergency	Emergency
Lama hari rawat	4 hari	5 hari	3 hari
Frekuensi Kunjungan Rawat Jalan <i>Post</i> SC	3 kali	3 kali	8 kali
Jaminan Kesehatan	Jamkesda	JKN	Jamkesda

Dari tabel 4.1 didapatkan 3 data ibu yang mengalami IDO *post* SC.

Ny. PR 23 tahun yang bekerja sebagai wiraswasta dan berpendidikan terakhir SLTA, di diagnosis *ReSC* atas indikasi riwayat SC 13 bulan sebelumnya dan langsung di pasang KB IUD. Ini merupakan kehamilan kedua Ny. PR. Status operasi Ny. PR adalah operasi elektif (bukan suatu kegawatan). Ny. PR dirawat di rumah sakit selama 4 hari dengan frekuensi kontrol rawat jalan 3 kali. Ny. PR menggunakan jaminan kesehatan daerah kota (Jamkesda).

Ny. RW 26 tahun bekerja sebagai ibu rumah tangga dan berpendidikan terakhir SMP, di diagnosis ReSC dan adenolisis (melepaskan perlengketan) atas indikasi disproporsi kepala panggul (DKP), *postterm* dan riwayat SC 3 tahun yang lalu. Ini merupakan kehamilan kedua Ny. RW. Status operasi Ny. RW adalah operasi *emergency* (kegawatan) karena sudah melewati batas usia melahirkan (*postterm*). Ny. RW di rawat dirumah sakit selama 5 hari dengan frekuensi kontrol rawat jalan 3 kali. Ny. RW menggunakan jaminan kesehatan BPJS.

Ny. EW 33 tahun bekerja sebagai ibu rumah tangga dan berpendidikan terakhir SMP, di diagnosis ReSC dan adenolisis (melepaskan perlengketan) atas indikasi anemia, ketuban pecah dini (KPD), disproporsi kepala panggul (DKP) dan riwayat SC 2 kali. Setelah operasi SC dilakukan sterilisasi metode operatif wanita (MOW) karena dirasa sudah cukup anak dan ini merupakan operasi SC ketiga kalinya. Ini merupakan kehamilan ketiga Ny. EW. Status operasi Ny. EW adalah operasi *emergency* (kegawatan) karena anemia dan ketuban pecah dini. Ny. EW di rawat dirumah sakit selama 3 hari dengan frekuensi kontrol rawat jalan 8 kali. Ny. EW menggunakan jaminan kesehatan daerah kota (Jamkesda).

Pasien yang mengalami IDO SC berada pada usia 20-35 tahun, bekerja sebagai wiraswasta dan ibu rumah tangga, dengan tingkat pendidikan SMP-SLTA. Semua indikasi dilakukannya operasi SC karena ada riwayat SC sebelumnya. Hanya ada 1 pasien yang terdapat penyakit

penyerta yaitu anemia. Lama rawat pasien pasien tersebut berkisar 3 sampai 5 hari dengan banyak frekuensi kontrol rawat jalan 3 sampai 8 kali kunjungan.

Tabel 4.2 Karakteristik Pasien *Sectio Caesarea* yang tidak mengalami IDO

<b>Karakteristik Pasien <i>Sectio Caesarea</i> (SC)</b>	<b>Ny. DR</b>	<b>Ny. Z</b>
Diagnosis Pasien	ReSC, Adenolisis dan Sterilisasi MOW atas Indikasi Anemia dan Riwayat SC 2 Kali pada P2A0	ReSC, Adenolisis dan Sterilisasi MOW atas indikasi Letak Lintang dan Riwayat SC 19 Bulan Yang Lalu pada P3A2
Usia	32 tahun	41 tahun
Pekerjaan	Swasta	IRT
Pendidikan	SLTA	PT
Riwayat Gestasional, Persalinan, Abostus	G3P2A0	G6P3A2
Riwayat SC	2x tahun 2012 dan 2013	1x 19 bulan yang lalu
Penyakit yang menyertai	Anemia	Letak lintang
Kelas Ruang Perawatan	Kelas III	Kelas II
Status operasi SC	Emergency	Elektif
Lama hari rawat	4 hari	6 hari
Frekuensi Kunjungan Rawat Jalan <i>Post</i> SC	1 hari	1 hari
Jaminan Kesehatan	JKN	JKN

Dari tabel 4.2 didapatkan 2 data ibu yang tidak mengalami IDO *post* SC. Ny. DR 32 tahun bekerja sebagai karyawan swasta dan berpendidikan terakhir SLTA, di diagnosis ReSC dan adenolisis (melepaskan perlengketan) atas indikasi anemia, dan riwayat SC 2 kali. Setelah operasi SC dilakukan sterilisasi metode operatif wanita (MOW) karena dirasa sudah cukup anak dan ini merupakan operasi SC ketiga

kalinya. Ini merupakan kehamilan ketiga Ny. DR. Status operasi Ny. DR adalah operasi *emergency* (kegawatan) karena anemia. Ny. DR di rawat dirumah sakit selama 4 hari dengan frekuensi kontrol rawat jalan 1 kali. Ny. DR menggunakan jaminan kesehatan BPJS mandiri.

Ny. Z 41 tahun bekerja sebagai ibu rumah tangga dan berpendidikan terakhir PT, di diagnosis ReSC dan adenolisis (melepaskan perlengketan) atas indikasi bayi letak lintang, dan riwayat SC 19 bulan yang lalu. Setelah operasi SC dilakukan sterilisasi metode operatif wanita (MOW) karena dirasa sudah cukup anak dan usia Ny. Z yang sudah memasuki usia rawan bila akan hamil lagi. Ini merupakan kehamilan keenam Ny. Z, sebelumnya Ny. Z sempat keguguran 2 kali. Status operasi Ny. Z adalah operasi elektif (bukan suatu kegawatan). Ny. Z dirawat dirumah sakit selama 6 hari dengan frekuensi kontrol rawat jalan 1 kali. Ny. Z menggunakan jaminan kesehatan BPJS mandiri.

Pasien yang tidak mengalami IDO SC berada pada usia 30-45 tahun, bekerja sebagai karyawan swasta dan ibu rumah tangga, dengan tingkat pendidikan SLTA-PT. Semua indikasi dilakukannya operasi SC karena ada riwayat SC sebelumnya dan langsung dilakukan teknik sterilisasi metode operatif wanita (MOW). Semua pasien memiliki masalah penyerta antara lain anemia dan bayi letak lintang. Lama rawat pasien-pasien tersebut berkisar 4 sampai 6 hari dengan banyak frekuensi kontrol rawat jalan 1 kali kunjungan.

## 2. Gambaran Pelaksanaan Program PPI dalam Mencegah dan Mengendalikan IDO di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Yogyakarta

Tabel 4.3 Hasil Wawancara dengan Responden di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Yogyakarta

No	Pertanyaan	Jawaban					Kata Kunci
		IBS	Bidan	Dokter Sp. OG	PPI	Keuangan	
1	Mohon dijelaskan peranan anda dalam pencegahan dan pengendalian infeksi khususnya yang berhubungan dengan Infeksi Daerah Operasi (IDO).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkoordinir petugas di ruang OK.</li> <li>• Petugas melakukan cuci tangan bedah, memakai APD, <i>skin</i> preparasi dengan alkohol 70 %, betadin 10 %.</li> <li>• Melakukan <i>drapping</i> dengan dug steril.</li> <li>• Sterilisasi prosedur dan alat operasi.</li> <li>• Pembersihan ruang operasi dengan disinfektan setiap hari, sebelum dan setelah operasi.</li> <li>• Mengatur sirkulasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merawat luka <i>post</i> SC</li> <li>• Edukasi pasien untuk menjaga kebersihan luka.</li> <li>• Merendam alat yang sudah dipakai dengan cairan enzimatik.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuci tangan.</li> <li>• Menggunakan APD.</li> <li>• Melakukan toilet daerah operasi.</li> <li>• Antibiotik pra operasi.</li> <li>• Perawatan luka <i>post</i> operasi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sebagai IPCN</li> <li>• Penerapan kewaspaan isolasi (cuci tangan, APD).</li> <li>• Melaksanakan <i>bundle</i> pencegahan infeksi operasi yang terdiri dari :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. <i>Cleaper</i> : pencukuran daerah operasi di lakukan dengan cleaper dan dilakukan di</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peranan keuangan secara tidak langsung yaitu <i>mensupport</i> dana untuk program PPI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkoordinir petugas di ruang OK.</li> <li>• Cuci tangan, APD, <i>skin</i> preparasi</li> <li>• Drapping</li> <li>• Sterilisasi prosedur dan alat operasi</li> <li>• Pembersihan ruangan sebelum dan setelah operasi</li> <li>• Mengkondisikan ruang operasi</li> <li>• Briefing petugas OK dan petugas CS</li> <li>• Memantau kegiatan di ruang operasi setiap hari.</li> </ul>

		<p>udara bertekanan positif, kelembapan udara 40-60, dan suhu 19-24 C. Pada kasus <i>airbone disease</i> akan dilakukan <i>fogging</i> pada ruangan operasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Breafiging</i> petugas sebelum masuk ruang operasi tentang SOP di kamar operasi.</li> <li>• <i>Breafiging</i> CS terkait pembersihan ruangan operasi dan bongkar besar setiap minggunya.</li> <li>• <i>Memfollow up</i> setiap kegiatan di ruang operasi setiap hari.</li> </ul>			<p>RS.</p> <p>b. Antibiotik pra operasi : pemberian antibiotik 30-60 menit sebelum insisi. Tapi belum ada evaluasi waktu pemberian antibiotik profilaksis.</p> <p>c. <i>Temperature</i> : stabilisasi temperatur</p> <p>d. <i>Sugar</i> : normalisasi kadar gula darah.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengajukan permohonan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merawat luka post SC.</li> <li>• Edukasi pasien menjaga kebersihan luka.</li> <li>• Merendam alat dengan larutan enzimatik.</li> <li>• Cuci tangan, memakai APD, toilet medan operasi, antibiotik pra operasi, perawatan luka pasca operasi</li> <li>• Sebagai IPCN</li> <li>• Pelaksanaan kewaspadaan isolasi</li> <li>• Melaksanakan <i>bundle</i> pencegahan infeksi operasi.</li> <li>• Mengajukan permohonan</li> <li>• Membiayai pendanaan.</li> </ul>
--	--	---	--	--	---	---

No	Pertanyaan	Jawaban					Kata Kunci
		IBS	Bidan	Dokter Sp.OG	PPI	Keuangan	
2	Apakah peranan anda dalam upaya pencegahan dan pengendalian IDO sudah berjalan dengan baik di RSUD Kota Yogyakarta.	Sudah berjalan namun belum sempurna. Tapi sebisa mungkin meminimalkan resiko terjadinya infeksi. Selain itu angka kejadian IDO baru diketahui di poliklinik rawat jalan setelah pasien selesai opname. Pada tahun 2015 ada banyak renovasi ruang OK sehingga kadar udaranya jelek, harusnya dibawah 10, tapi kemarin lebih dari 10.	Sudah lebih baik karena angka IDO SC menurun. Namun penanganan awal pasien <i>post</i> SC tergantung pada penanganan di OK dan bangsal tempat pasien dirawat.	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Belum sempurna.</li> <li>• Meminimalisasi IDO.</li> <li>• Angka kejadian IDO baru diketahui setelah pasien kontrol pada poliklinik rawat jalan.</li> <li>• Tahun 2015 ada renovasi sehingga kadar udara diruang operasi tidak begitu bagus.</li> <li>• Sudah lebih baik dari sebelumnya.</li> <li>• Pengananan awal pasien <i>post</i> SC di OK dan bangsal juga menentukan resiko terjadinya IDO.</li> </ul>



No	Pertanyaan	Jawaban					Kata Kunci
		IBS	Bidan	Dokter Sp. OG	PPI	Keuangan	
3	Mohon dijelaskan bagaimana penetapan kriteria diagnosis IDO di RSUD Kota Yogyakarta.	-	-	<p>Sesuai protap PPI. IDO terjadi pada luka operasi bersih/bersih tercemar/tercemar/kotor, dengan atau tanpa hasil kultur, dalam kurun waktu 30 hari pasca operasi dan 1 tahun pada kasus implan.</p> <p>Terdapat 3 jenis IDO dimana masing masing dapat memenuhi 1 kriteria berikut ini : <i>pus</i> yang keluar dari luka, dehisensi luka, demam 38C, biakan positif dari cairan luka, abses atau tanda infeksi pada preparat histologi dan dokter menyatakan bahwa itu adalah suatu infeksi.</p>	<p>Seharusnya <i>gold standart</i> penegakan kasus IDO dengan kultur, namun belum ada, sehingga penegakan diagnosis IDO berdasar kemenkes yaitu terdapatnya <i>dehisensi</i> atau <i>pus</i> pada luka <i>post</i> operasi bersih selama 30 hari setelah operasi.</p>	-	<p>Terjadinya infeksi pada luka operasi dalam kurun waktu 30 hari pasca operasi atau 1 tahun apabila pemasangan <i>implant</i>.</p> <p>IDO terjadi apabila memenuhi 1 dari kriteria berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Pus</i> dari luka</li> <li>• <i>Dehisensi</i></li> <li>• Demam 38C</li> <li>• Biakan positif dari cairan luka</li> <li>• Abses atau tanda infeksi pada preparat histologi</li> <li>• Dokter menyatakan ada infeksi.</li> </ul>

No	Pertanyaan	Jawaban					Kata Kunci
		IBS	Bidan	Dokter Sp. OG	PPI	Keuangan	
4	Mohon dijelaskan bagaimana standar pencegahan IDO pada saat pra operatif, intra operatif dan paska operatif.	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pra operasi : Antibiotik pra operasi</li> <li>• Intra operasi : menjaga kesterilisasi prosedur dan alat operasi</li> <li>• <i>Post</i> operasi : antibiotik post operasi, rawat luka post operasi dan observasi tanda tanda infeksi.</li> </ul>	-	-	Antibiotik pra operasi, menjaga sterilisasi prosedur dan alat selama operasi, rawat luka, pemberian antibiotik lanjutan dan observasi tanda-tanda infeksi pada perawatan luka pasca operasi.
5	Apakah standar pencegahan IDO pada saat pra operatif, intra operatif dan paska operatif sudah diterapkan di RSUD Kota Yogyakarta? Jika iya, apakah sudah berjalan dengan baik.	-	-	Sudah bagus.	-	-	Sudah bagus

No	Pertanyaan	Jawaban					Kata Kunci
		IBS	Bidan	Dokter Sp. OG	PPI	Keuangan	
6	Mohon dijelaskan sistem monitoring paska operatif untuk mencegah dan mengendalikan IDO.	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanda tanda infeksi (demam, cairan pada luka)</li> <li>• Tanda tanda vital.</li> <li>• Laboratorium</li> </ul>	-	-	Tanda-tanda infeksi, tanda-tanda vital dan laboratorium.
7	Mohon dijelaskan program PPI dalam mencegah dan mengendalikan IDO.	-	-	-	<p>Ada 5 pilar PPI antara lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kewaspadaan isolasi (berbasis standar dan transmisi).</li> <li>• Penerapan <i>bundle</i> pencegahan infeksi operasi.</li> <li>• Surveilans IDO.</li> <li>• Pelatihan diklat.</li> <li>• Pencegahan infeksi RS.</li> </ul>	-	5 pilar PPI
8	Mohon dijelaskan sejak kapan diterapkan program PPI dalam mencegah dan mengendalikan IDO.	-	-	-	Mulai Juni 2010 namun sempat vakum tahun 2011-2013 karena tidak adanya SDM yang menangani. Dan mulai berjalan lagi tahun 2014 sampai sekarang.	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPI mulai Juni 2010</li> <li>• Vakum 2011-2013</li> <li>• Aktif kembali tahun 2014 - sekarang</li> </ul>

No	Pertanyaan	Jawaban					Kata Kunci
		IBS	Bidan	Dokter Sp.OG	PPI	Keuangan	
9	Siapa sajakah yang terlibat dalam program PPI untuk mencegah dan mengendalikan IDO serta peran masing-masing individu.	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direktur : terlibat dalam menyetujui program PPI.</li> <li>• Ketua PPI : terlibat dalam menjalankan program PPI.</li> <li>• Perawat PPI : terlibat dalam menjalankan program PPI.</li> <li>• Kesling : menjamin lingkungan bersih.</li> <li>• Instalasi sterilisasi sentral : menjamin kesterilan alat operasi.</li> <li>• Dokter operator : menjaga kesterilisasi prosedur dan alat operasi.</li> <li>• Perawat operasi : menjaga kesterilan daerah meja operasi.</li> <li>• Perawat bangsal : edukasi tentang gizi dan perawatan luka, merawat luka dan kebersihan luka.</li> <li>• CS : bertanggung jawab dalam menjaga kebersihan ruangan operasi.</li> </ul>	-	Dari setiap lapisan RS memiliki peranan dalam program PPI baik secara langsung maupun tidak langsung.

No	Pertanyaan	Jawaban					Kata Kunci
		IBS	Bidan	Dokter Sp. OG	PPI	Keuangan	
10	Apakah pelaksanaan program PPI dalam mencegah dan mengendalikan IDO sudah berjalan dengan baik.	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sudah berjalan namun belum optimal.</li> <li>Bundle pencegahan infeksi operasi belum terpenuhi semua (<i>cleaper</i> dan evaluasi waktu pemberian antibiotik profilaksis).</li> </ul>	-	Sudah berjalan dengan baik namun belum maksimal karena bundle pencegahan IDO belum terpenuhi semua.
11	Mohon dijelaskan sistem monitoring, evaluasi dan pelaporan kasus IDO dan setiap berapa lama dilakukan hal tersebut.	-	-	-	Menggunakan sistem surveilans. Pendataan dilakukan setiap hari dan dilaporkan setiap bulan. Perekapan dilakukan setiap 3 bulan. IDO harus kurang dari 2% setiap tahunnya.	-	Pendataan dilakukan setiap hari, dilaporkan setiap bulan dan di rekap setiap 3 bulan.
12	Mohon dijelaskan jumlah kasus IDO di RSUD Kota Yogyakarta.	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tahun 2015 terdapat 5 kasus IDO (&lt;2%). Tahun 2016 terdapat 2 kasus IDO (&lt;2%).</li> </ul>	-	Jumlah kasus IDO tahun 2015 terdapat 5 kasus. Sedangkan pada tahun 2016 terdapat 2 kasus IDO.

No	Pertanyaan	Jawaban					Kata Kunci
		IBS	Bidan	Dokter Sp.OG	PPI	Keuangan	
13	Apakah terjadi peningkatan atau penurunan kasus IDO setiap tahunnya dan berapa jumlahnya.	-	-	-	Terjadi penurunan kasus IDO setiap tahunnya. Pada tahun 2015 terdapat 5 kasus IDO, sedangkan pada tahun 2016 terdapat 2 kasus IDO.	-	Terjadi penurunan kasus IDO dari 5 menjadi 2 selama 2 tahun.
14	Apakah kasus IDO tersebut sudah dispesifikan berdasarkan jenis operasi? Jika iya, berapa jumlah IDO pada masing-masing jenis operasi.	-	-	-	Perekapan kasus IDO sudah dilakukan sesuai kasus. Pada tahun 2015 terdapat 5 jenis kasus IDO yaitu 3 IDO SC, 1 IDO kasus post operasi BPH, dan 1 kasus IDO pada pemasangan <i>AV Shunt</i> . Pada tahun 2016 terdapat 2 kasus IDO, yaitu 1 kasus <i>sareoma R cruris post SSD</i> dan 1 kasus post operasi appendisitis akut dengan dehisensi	-	Perekapan sudah sesuai dengan jenis kasus.

No	Pertanyaan	Jawaban					Kata Kunci
		IBS	Bidan	Dokter Sp.OG	PPI	Keuangan	
15	Apakah rumah sakit mengalami kerugian dalam bentuk material sebagai dampak IDO? Jika iya, berapa jumlah kerugian tersebut.	-	-	-	-	Belum ada analisis apakah suatu kasus mengalami untung atau rugi. Selama ini RS fokus pada pelayanan pasien, tidak melihat jenis penyakitnya. Selain itu ada subsidi silang. Sudah ada tim pengendali mutu dan biaya namun belum efektif.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Belum ada analisis 1 kasus untung atau rugi.</li> <li>• RS Fokus pada pelayanan pasien</li> <li>• Adanya subsidi silang.</li> <li>• Tim pengendali mutu dan biaya belum efektif</li> </ul>
16	Mohon dijelaskan kerugian terbesar dari biaya apakah yang harus ditanggung rumah sakit sebagai dampak IDO.	-	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Belum ada perhitungan terperinci terkait kerugian rumah sakit pada kasus IDO.</li> <li>• Mayoritas pasien RS adalah pasien BPJS, sehingga untuk pembiayaan kebanyakan ditanggung oleh BPJS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Belum ada perhitungan terperinci terkait keuntungan dan kerugian kasus IDO</li> <li>• Semua pembiayaan pasien di klaim ke BPJS.</li> </ul>

No	Pertanyaan	Jawaban					Kata Kunci
		IBS	Bidan	Dokter Sp.OG	PPI	Keuangan	
17	Mohon dijelaskan kendala anda dalam mencegah kasus IDO di RSUD Kota Yogyakarta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SDM : Mengkondisikan perilaku tertib petugas terkait cuci tangan, buang sampah, menutup pintu ruang OK dan melepas sandal dari daerah steril ke semisteril.</li> <li>• Perbandingannya 10 dokter : 3 dokter yang tidak tertib dan diantara 17 perawat : 5 perawat yang tidak tertib</li> <li>• Fasilitas : belum ada hepafilter untuk AC (sudah</li> </ul>	<p>Tingkat pengetahuan pasien. Ada beberapa pasien yang paham ketika di edukasi, namun ada juga yang tidak paham sehingga perawatan luka tidak optimal dan memicu terjadinya IDO. Edukasi terus diberikan baik kepada pasien maupun keluarga, dan pasien sudah dibawakan sepaket obat dan</p>	Tidak ada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sarana prasarana : belum adanya sabun mandi klorhexidin 2% untuk pasien pra operasi. Belum adanya <i>cleaper</i> untuk mencukur daerah yang akan di operasi. Kondisi ruang operasi belum sepenuhnya bertekanan positif.</li> <li>• SDM : kurangnya perawat PPI di RS.</li> </ul>	<p>Anggaran terbatas, SDM juga terbatas sehingga setiap program yang di adakan akan di ACC bertahap. Alat yang dibeli sesuai dengan yang ada di <i>e-catalog</i>. Apabila RS kekurangan dana akan mengajukan ke pemkot namun tidak selalu di ACC oleh pemkot sehingga harus melakukan advokasi ke</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SDM : penertiban perilaku petugas OK.</li> <li>• Perbandingan dokter 10:3 dan perawat 17:5</li> <li>• Fasilitas : belum adanya hepafilter AC dan air RO untuk mencuci alat.</li> <li>• Memberi peringatan kepada petugas yang tidak tertib.</li> <li>• Perbedaan tingkat pemahaman pasien.</li> <li>• Edukasi kepada pasien dan keluarga</li> </ul>



		<p>ada 1 tapi belum berfungsi secara maksimal), <i>hepafilter mobile</i> tetapi di pinjam oleh bangsal isolasi TBC dan belum adanya air RO untuk mencuci alat operasi (sudah di ajukan baru ACC tahun 2017).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Petugas juga selalu diperingatkan apabila melanggar protab</li> </ul>	<p>alat untuk perawatan luka (cairan infus, kassa, plester). Kalau dari petugas medis sudah tertib.</p>			<p>DPRD dulu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Petugas medis sudah tertib.</li> <li>• Tidak ada</li> <li>• Sarana dan prasarana yang belum lengkap.</li> <li>• Kondisi ruang operasi yang belum sepenuhnya bertekanan positif.</li> <li>• Kurangnya perawat PPI.</li> <li>• Kurangnya SDM dan dana.</li> <li>• Alat berdasarkan <i>e-catalog</i></li> <li>• Tidak mudah mengajukan dana ke pemkot.</li> </ul>
--	--	---	---	--	--	---

No	Pertanyaan	Jawaban					Kata Kunci
		IBS	Bidan	Dokter Sp. OG	PPI	Keuangan	
18	Mohon dijelaskan harapan anda dalam mencegah dan mengendalikan infeksi di RSUD Kota Yogyakarta khususnya yang berhubungan dengan IDO.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terbentuknya perilaku tertib petugas agar inos terkendali</li> <li>• Terpasangnya hepafilter AC dan air Ro. Sudah ada 1 hepafilter namun fungsinya belum optimal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peningkatan pencegahan terkait IDO.</li> <li>• Menurunnya angka kejadian IDO.</li> <li>• Edukasi menggunakan media seperti brosur agar mudah di ingat oleh pasien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudah bagus</li> <li>• Banyak faktor yang berpengaruh pada IDO</li> <li>• Harapannya angka IDO bisa 0, tapi tidak mudah.</li> <li>• Edukasi sudah dilakukan terkait pola makan, perawatan luka, tertib antibiotik, awasi tanda-tanda infeksi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemenuhan sarana dan prasana.</li> <li>• Penambahan SDM per ruang agar tidak terjadi <i>loss</i> info kasus IDO.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menurunnya angka kejadian IDO di RS.</li> <li>• RS bisa melakukan pelayanan dengan lebih baik terkait kasus IDO.</li> <li>• Tim pengendalian mutu biaya dapat menjalankan tugasnya dengan optimal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terbentuknya perilaku tertib petugas.</li> <li>• Terpasangnya hepafilter AC dan air Ro.</li> <li>• Peningkatan pencegahan IDO</li> <li>• Menurunnya angka kejadian IDO</li> <li>• Adanya media promosi lain (brosur) untuk memudahkan edukasi pasien</li> <li>• Sudah bagus</li> <li>• Angka kejadian IDO bisa 0</li> <li>• Edukasi pasien terkait pola makan,</li> </ul>

							<p>perawatan luka, tertib antibiotik dan pengawasan tanda infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pemenuhan sarana dan prasarana</li><li>• Penambahan SDM setiap ruangan</li><li>• Menurunnya angka IDO.</li><li>• Pelayanan menjadi lebih baik.</li><li>• Tim pengendalian mutu biaya bisa berkerja optimal.</li></ul>
--	--	--	--	--	--	--	---

Berdasarkan hasil wawancara, bagian Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) RSUD Kota Yogyakarta ada sejak Juni 2010. Namun sempat vakum pada tahun 2011 hingga 2013 karena tidak adanya SDM yang handle program tersebut. PPI kembali aktif pada tahun 2014 hingga sekarang. Sampai saat ini program dari PPI sudah berjalan dengan baik namun belum maksimal. Peran para anggota PPI adalah sebagai penggerak, pelaksana dan pengawas jalannya program tersebut.

Peranan tersebut mulai dari mengkoordinir para petugas, melakukan *briefing* petugas dan CS, cuci tangan, pemakaian APD, *skin* preparasi dengan alkohol dan betadin, pemberian antibiotik profilaksis, menjaga sterilisasi prosedur serta alat operasi, perawatan luka pasca operasi, edukasi pasien, menjamin kondisi dan kebersihan ruang operasi, melaksanakan *bundle* pencegahan infeksi (*cleaper*, antibiotik profilaksis, temperatur dan gula darah), mengajukan sarana prasarana yang belum tersedia, hingga mendanai program PPI yang telah disetujui.

*Gold Standart* kriteria penegakan IDO seharusnya dengan melakukan kultur dari cairan luka, namun cara tersebut belum dapat dilakukan sehingga kriteria yang diterapkan di RSUD Kota Yogyakarta menggunakan acuan kriteria dari Kemenkes. Diagnosis IDO ditegakkan bila terjadi tanda infeksi dalam kurun waktu 30 hari pasca operasi atau 1 tahun pada kasus *implant*. Tanda infeksi tersebut antara lain keluarnya *pus* pada luka, terjadinya *dehisensi* luka spontan maupun di sengaja oleh dokter, adanya biakan positif dari cairan luka, demam 38C, adanya abses

atau tanda infeksi secara histopatologi dan apabila dokter menyatakan adanya infeksi. Apabila ditemukan 1 dari tanda tersebut maka diagnosis IDO dapat ditegakkan.

Rumah sakit memiliki standar pencegahan infeksi sebelum, selama dan sesudah operasi. Sebelum operasi pasien diberikan antibiotik. Pemberian antibiotik ini diberikan seharusnya 30-60 menit sebelum insisi. Namun belum ada pemantauan ataupun evaluasi terkait dengan waktu pemberian antibiotik profilaksis. Selama operasi berlangsung pencegahan infeksi dapat dilakukan dengan tetap menjaga kesterilisasi prosedur dan alat-alat operasi. Pencegahan infeksi setelah operasi dapat dilakukan dengan melanjutkan pemberian antibiotik, rawat luka dan mengawasi tanda-tanda terjadinya infeksi. Selain itu terdapat sistem *monitoring* yang akan dilakukan pada pasien setelah menjalankan operasi. *Monitoring* tersebut terdiri dari pengawasan tanda-tanda vital, hasil laboratorium dan ada atau tidaknya tanda-tanda infeksi seperti demam atau keluarnya cairan pada luka operasi. Standar pencegahan infeksi dan *monitoring* pasca operasi ini dirasa sudah berjalan dengan baik di rumah sakit.

PPI sendiri memiliki program dalam mencegah terjadinya infeksi. Dalam hal ini PPI membagi menjadi 5 pilar yang terdiri dari kewaspadaan isolasi (berbasis standar dan transmisi), *bundle* pencegahan infeksi operasi (*cleaper*, antibiotik pra operasi, temperatur dan gula darah), surveilans IDO, pelatihan diklat dan pencegahan infeksi RS. Dalam menjalankan program PPI tersebut, seluruh lapisan rumah sakit ikut terlibat baik secara

langsung maupun tidak langsung. Direktur RS terlibat dalam proses menyetujui program PPI. Ketua dan perawat PPI terlibat dalam pelaksanaan program PPI. Petugas kesling bertugas menjamin kebersihan ruang operasi maupun bangsal. Petugas instalasi sterilisasi sentral bertanggung jawab pada kesterilisasi alat-alat operasi. Dokter bertugas menjaga kesterilisasi prosedur dan alat operasi. Perawat ruang operasi bertugas menjaga kesterilan daerah medan operasi. Perawat bangsal bertugas dalam mengedukasi tentang gizi dan cara perawatan luka, selain itu juga merawat dan menjaga kebersihan luka operasi. CS bertanggung jawab dalam menjaga kebersihan ruangan. Semua program PPI tersebut sudah berjalan dengan baik namun belum maksimal, hal ini dikarenakan belum tercukupinya beberapa sarana dan prasarana yang menunjang program tersebut. Seperti halnya belum tersedianya *cleaper* sebagai alat cukur pasien yang akan melakukan operasi. Tidak adanya evaluasi waktu pemberian antibiotik profilaksis juga menjadi penyebab *bundle* pencegahan infeksi belum berjalan dengan optimal.

Pendataan angka kejadian IDO sendiri menggunakan metode surveilans yang dilakukan setiap hari, dan di laporkan setiap bulan. Perekapan data ini akan dilakukan setiap 3 bulan dan akan ada laporan setiap tahunnya. Kasus IDO harus <2% setiap tahunnya. Tahun 2015 terdapat 5 kasus IDO (<2%) dan pada tahun 2016 terdapat 2 kasus IDO (<2%). Hasil ini menunjukkan adanya penurunan kasus IDO pada tahun 2015 ke tahun 2016. Pendataan kasus IDO sudah berdasarkan dengan jenis

kasus masing-masing. Hal ini akan memudahkan bagi petugas menganalisis jenis jumlah kasus IDO yang terjadi di rumah sakit. Angka kejadian IDO pada tahun 2015 terdapat 5 kasus IDO yang terdiri dari 3 kasus IDO SC dan 2 kasus IDO bedah (operasi BPH dan pemasangan AV shunt). Pada tahun 2016 terdapat 2 kasus IDO yaitu kasus IDO bedah dan bedah tulang (appenditomi dan fraktur cruris). Hasil ini menunjukkan adanya penurunan angka kejadian IDO di RSUD Kota Yogyakarta dari tahun 2015 ke tahun 2016. Angka kejadian IDO di RSUD Kota Yogyakarta tahun 2015 dan tahun 2016 masih dibawah standar yaitu <1,5%. Standar batas angka kejadian yang ditetapkan oleh kemenkes adalah 2%.

Kerugian yang diperoleh oleh rumah sakit terkait dengan kejadian IDO belum dapat diketahui. Hal ini terjadi karena belum adanya analisis lanjut apakah suatu kasus mengalami keuntungan atau kerugian. Belum optimalnya tugas tim kendali mutu dan biaya dianggap sebagai kendala dalam proses analisis ini. Rumah sakit selama ini fokus pada pelayanan pasien. Selain itu adanya subsidi silang antar pasien, sehingga yang rugi disubsidi yang untung, begitu juga sebaliknya. Banyaknya pasien yang menggunakan jaminan kesehatan, membuat rumah sakit tidak begitu mengkhawatirkan tentang biaya, karena semua biaya yang dikeluarkan pasien akan di klaimkan ke jaminan kesehatan terkait.

Ada beberapa hal yang menjadi kendala bagi para responden dalam menerapkan program PPI terkait dengan kasus IDO. Kendala tersebut

terbagi menjadi kendala SDM, dana dan sarana prasarana. Kendala SDM terdiri dari sulitnya mengkondisikan perilaku tertib petugas ruang operasi terkait dengan protab yang sudah ada diruang operasi, selain itu kurangnya perawat bagian PPI di setiap ruangan menyebabkan kemungkinan ada *loss* informasi kejadian IDO. Dari segi dana, rumah sakit memiliki anggaran dana yang terbatas, sehingga program PPI bisa di setujui secara bertahap. Pada kasus terkait infeksi maupun *patient safety* dapat menghabiskan sebagian besar dana rumah sakit. Dari segi sarana prasarana belum adanya beberapa peralatan penunjang di ruang operasi dan peralatan penunjang bagi pasien yang akan melakukan operasi. Sarana prasana ini antara lain adalah *cleaper* untuk mencukur rambut didaerah yang akan di operasi dan sabun antiseptik yang mengandung klorheksidin 2% untuk pasien yang akan melakukan operasi. Selain itu belum adanya hepafilter dan air Ro diruang operasi menyebabkan ruang operasi belum sepenuhnya bertekanan positif. Rumah sakit sudah memiliki 1 alat hepafilter namun dirasa belum optimal fungsinya. Selain itu hepafilter *mobile* yang dimiliki ruang operasi sedang digunakan di bangsal khusus penyakit TBC. Alat-alat yang akan dibeli oleh rumah sakit adalah alat alat yang sesuai dengan *e-catalog*, karena harganya jelas dan lebih terjangkau. Apabila tidak terdapat *e-catalog*, pihak rumah sakit akan mengajukan kepada pemerintah kota. Advokasi ke DPRD juga diperlukan apabila pemerintah kota belum menyetujui pembelian alat tersebut. Bagi sebagian responden lain mengeluhkan sulitnya memberi edukasi kepada pasien karena perbedaan



tingkat pengetahuan masing-masing pasien, sehingga responden membutuhkan bantuan media edukasi seperti *leaflet* atau poster dalam mengedukasi pasien. Responden mngharapkan kedepannya apa yang menjadi kendala bagi mereka akan segera diatasi, sehingga dapat menurunkan angka kejadian IDO dan meningkatkan kualitas pelayanan di RSUD Kota Yogyakarta.

Berdasarkan laporan populasi jumlah pasien yang dirawat di RSUD Kota Yogyakarta selama tahun 2015 adalah 27.497 pasien pada bulan April-Desember 2015. Data hasil surveilans IDO di RSUD Kota Yogyakarta dibandingkan dengan beberapa RSUD terdekat lainnya menunjukkan hasil sebagai berikut :

Tabel 4.4 Perbandingan Angka Infeksi RSUD Kota YK Tahun 2015  
(Sumber. Data PPI RSUD Kota Yogyakarta, 2015)

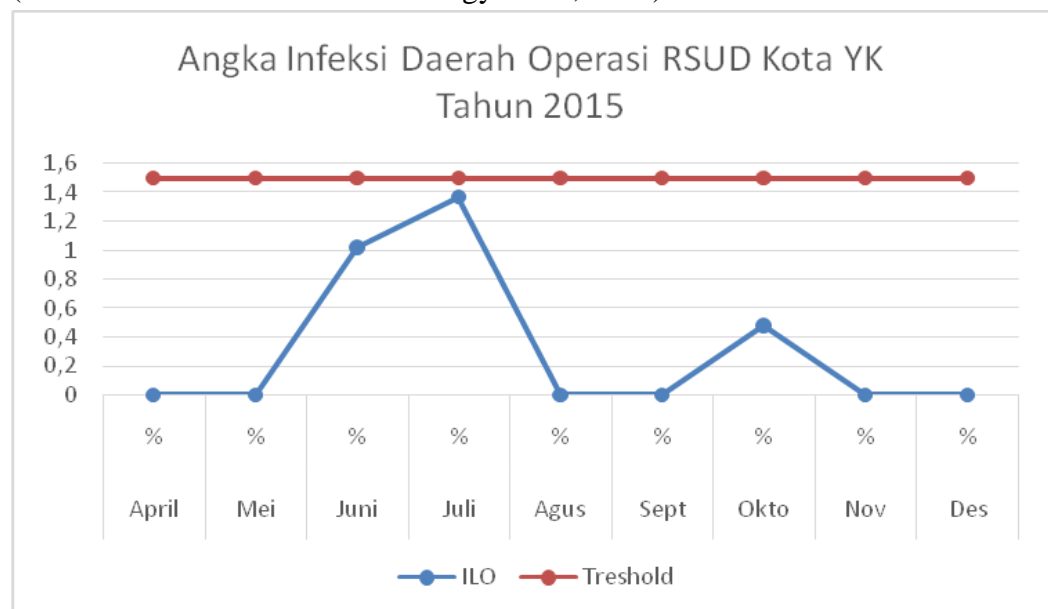
Kasus Infeksi RS	Standar SPM	Standar RSUD Kota Yogyakarta	Angka Kejadian di RSUD Kota Yogyakarta	Angka Kejadian di RSUD Bantul TW III	Angka Kejadian di RSUD Sleman TW III
IDO	<1,5%	≤ 1,5%	0,28%	2,7%	1,64%

Berdasarkan tabel 4.4, angka kejadian IDO di RSUD Kota Yogyakarta berada dibawah RSUD Bantul dan RSUD Sleman. RSUD Kota Yogyakarta memiliki angka kejadian IDO <1,5%. Hal ini berarti angka kejadian IDO di RSUD Kota Yogyakarta dibawah standar SPM dan dibawah standar RSUD Kota Yogyakarta.

Tabel 4.5 Presentasi Kejadian IDO Bulanan di RSUD Kota Yogyakarta Tahun 2015 (Sumber. Data PPI RSUD Kota Yogyakarta, 2015)

Bulan	April	Mei	Juni	Juli	Agus	Sept	Okto	Nov	Des
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
ILO	0	0	1,02	1,37	0	0	0,48	0	0
	(0/200)	(0/179)	(2/196)	(2/146)	(0/256)	(0/182)	(1/210)	(0/220)	(0/203)
			Ralan (2)	Ralan (1) Ranap (1)			Ralan (1)		
Treshold	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5

Grafik 4.1 Angka Infeksi Daerah Operasi RSUD Kota YK Tahun 2015 (Sumber. Data PPI RSUD Kota Yogyakarta, 2015)



Berdasarkan grafik 4.1 dan tabel 4.5, terdapat 5 kejadian IDO yang terjadi masing-masing terjadi pada bulan Juni, Juli dan Oktober. Pada bulan Juni terjadi 2 kasus IDO (1,02%) yang berasal dari poliklinik rawat jalan dengan perbandingan 2 dari 196 pasien. Pada bulan Juli terdapat 2 kasus IDO (1,37%) yang berasal dari poliklinik rawat jalan dan rawat inap dengan perbandingan 2 dari 146 pasien. Sedangkan pada bulan Oktober terdapat 1 kasus IDO (0,48%) yang berasal dari poliklinik rawat jalan

dengan perbandingan 1 dari 210 pasien. Angka kejadian IDO di RSUD Kota Yogyakarta menunjukkan angka dibawah treshold (dibawah standar).

### 3. Biaya Perawatan Rawat Inap Pasien *Sectio Caesarea* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Yogyakarta

Tabel 4.6 Rincian Biaya Rawat Inap Pasien Yang Mengalami IDO

No	Nama	PR	RW	EW
1	Akomodasi	120.000 (4 hari)	420.000 (5 hari)	80.000 (3 hari)
2	Kartu tunggu	3.000	9.000	3.000
3	Visite dokter	120.000	130.000	60.000
4	Laboratorium	135.500	142.500	142.500
5	Gizi	82.500	205.000	60.000
6	Farmasi	1.254.976	863.731	909.031
7	Uji Silang Serasi	0	80.000	80.000
8	Transfusi PRC	0	0	350.000
9	<b>Tindakan Keperawatan</b>			
	Maximal/Moderate/Minimum Care	84.000	198.000	132.000
	Pemasangan Infus Dewasa	10.000	10.000	0
	Pemasangan Catheter	20.000	20.000	20.000
	Sceren	0	10.500	10.500
	Lavement	16.000	0	0
	Tindakan Injeksi	28.000	0	28.000
	Pengambilan Sampel Darah	7.000	108.000	14.000
	Monitor pasien per 24	100.000	400.000	100.000
	Vulva Hygiene	0	71.000	0
	Rawat Luka Ringan/Sedang/Berat	36.000	0	18.000
	Asuhan Keperawatan	28.800	28.800	28.800
	ECG / EKG	0	0	0
10	Visit Diluar Jam Kerja	0	25.000	0
11	Konsultasi via telepon	0	30.000	37.500
12	SC dengan Penyulit (Cito/Elektif)	3.000.000	3.600.000	3.600.000
13	Inseri IUD	60.000	0	0

Tabel 4.6 Rincian Biaya Rawat Inap Pasien Yang Mengalami IDO (lanjutan)

No	Nama	PR	RW	EW
14	Sterilisasi MOW	0	0	0
15	Tumor jinak ovarium/Kista ovarium	0	0	0
16	Histopatologi 1 Lokasi	0	0	0
17	Poliklinik/UGD Sebelum Ranap	25.000	187.000	144.500
	<b>Total Biaya Riil</b>	<b>5.130.776</b>	<b>6.538.531</b>	<b>5.817.831</b>
	<b>Total Jaminan Kesehatan</b>	5.351.000	5.309.200	5.031.000
	<b>Total Selisih</b>	220.224	-1.229.331	-786.831

Berdasarkan tabel 4.6 didapatkan hasil biaya rawat inap pasien yang mengalami IDO di RSUD Kota Yogyakarta. Ny. PR dirawat selama 4 hari, memiliki total biaya rawat inap Rp 5.130.776 dan mendapat jaminan kesehatan sebesar Rp 5.351.000, sehingga rumah sakit memiliki keuntungan Rp 220.224. Berdasar rincian biaya rawat inap Ny. PR biaya terbesar berasal dari biaya operasi *sectio caesarea* sebesar Rp 3.000.000 dan biaya obat sebesar Rp 1.254.976. Ny. PR menggunakan jaminan kesehatan Jamkesda dan dirawat di kelas III.

Ny. RW dirawat selama 5 hari, memiliki total biaya rawat inap sebesar Rp 6.538.531 dan mendapat jaminan kesehatan sebesar Rp 5.309.200, sehingga rumah sakit mengalami kerugian sebesar Rp -1.229.331. Hal ini terjadi karena biaya yang dihabiskan Ny. RW melebihi jumlah total jaminan kesehatan yang diberikan. Berdasar rincian biaya rawat inap Ny. RW biaya terbesar berasal dari biaya operasi *sectio*

*caesarea* sebesar Rp 3.600.000 dan biaya obat sebesar Rp 863.731. Ny. RW menggunakan jaminan kesehatan BPJS dan dirawat di kelas II.

Ny. EW dirawat selama 3 hari, memiliki total biaya rawat inap sebesar Rp 5.817.831 dan mendapat jaminan kesehatan sebesar Rp 5.031.000, sehingga rumah sakit mengalami kerugian sebesar Rp - 786.831. Hal ini terjadi karena biaya yang dihabiskan Ny. EW melebihi jumlah total jaminan kesehatan yang diberikan. Berdasar rincian biaya rawat inap Ny. EW biaya terbesar berasal dari operasi *sectio caesarea* sebesar Rp 3.600.000 dan biaya obat sebesar Rp 909.031. Ny. EW menggunakan jaminan kesehatan Jamkesda dan dirawat di kelas III.

Berdasarkan tabel diatas didapatkan rincian biaya terbesar yang dihabiskan selama rawat inap adalah biaya operasi *sectio caesarea* dan biaya obat. Namun pada Ny. RW memiliki biaya akomodasi dan biaya *monitoring* pasien yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan Ny. PR dan Ny. EW.

Tabel 4.7 Rincian Biaya Rawat Inap Pasien Yang Tidak Mengalami IDO

No	Nama	DR	Z
1	Akomodasi	120.000 (4 hari)	200.000 (6 hari)
2	Kartu tunggu	3.000	3.000
3	Visite dokter	120.000	90.000
4	Laboratorium	227.500	201.500
5	Gizi	77.000	111.000
6	Farmasi	1.074.407	1.147.901
7	Uji Silang Serasi	160.000	0
8	Transfusi PRC	0	0
9	Tindakan Keperawatan		

Tabel 4.7 Rincian Biaya Rawat Inap Pasien Yang Tidak Mengalami IDO (lanjutan)

No	Nama	DR	Z
	<b>Maximal/Moderate/Minimum Care</b>	162.000	195.000
	<b>Pemasangan Infus Dewasa</b>	0	10.000
	<b>Pemasangan Catheter</b>	0	20.000
	<b>Sceren</b>	0	0
	<b>Lavement</b>	0	16.000
	<b>Tindakan Injeksi</b>	42.000	42.000
	<b>Pengambilan Sampel Darah</b>	7.000	14.000
	<b>Monitor pasien per 24</b>	100.000	100.000
	<b>Vulva Hygiene</b>	0	0
	<b>Rawat Luka Ringan/Sedang/Berat</b>	18.000	18.000
	<b>Asuhan Keperawatan</b>	0	0
	<b>ECG / EKG</b>	0	0
<b>10</b>	<b>Visit Diluar Jam Kerja</b>	0	0
<b>11</b>	<b>Konsultasi via telepon</b>	0	0
<b>12</b>	<b>SC dengan Penyulit (Cito/Elektif)</b>	3.600.000	3.000.000
<b>13</b>	<b>Inseri IUD</b>	0	0
<b>14</b>	<b>Sterilisasi MOW</b>	1.324.500	1.050.000
<b>15</b>	<b>Tumor jinak ovarium/Kista ovarium</b>	0	0
<b>16</b>	<b>Histopatologi 1 Lokasi</b>	0	0
<b>17</b>	<b>Poliklinik/UGD Sebelum Ranap</b>	264.500	164.500
	<b>Total Biaya Riil</b>	<b>7.299.907</b>	<b>6.382.901</b>
	<b>Total Jaminan Kesehatan</b>	4.882.200	4.424.300
	<b>Total Selisih</b>	-2.417.707	-1.958.601

Berdasarkan tabel 4.7 didapatkan hasil biaya rawat inap pasien yang tidak mengalami IDO di RSUD Kota Yogyakarta. Ny. DR dirawat selama 4 hari, memiliki total biaya rawat inap Rp 7.299.907 dan mendapat jaminan kesehatan sebesar Rp 4.882.200, sehingga rumah sakit memiliki beban biaya Rp -2.417.707. Berdasar rincian biaya rawat inap Ny. DR

biaya terbesar berasal dari biaya operasi *sectio caesarea* sebesar Rp 3.600.000, biaya sterilisasi MOW sebesar Rp 1.324.500 dan biaya obat sebesar Rp 1.074.407. Ny. DR menggunakan jaminan kesehatan BPJS dan dirawat di kelas III.

Ny. Z dirawat selama 6 hari, memiliki total biaya rawat inap Rp 6.382.901 dan mendapat jaminan kesehatan sebesar Rp 4.424.300, sehingga rumah sakit memiliki beban biaya Rp -1.958.601. Berdasar rincian biaya rawat inap Ny. Z biaya terbesar berasal dari biaya operasi *sectio caesarea* sebesar Rp 3.000.000, biaya sterilisasi MOW sebesar Rp 1.050.000 dan biaya obat sebesar Rp 1.147.901. Ny. Z menggunakan jaminan kesehatan BPJS dan dirawat di kelas II.

Berdasarkan tabel diatas total biaya terbesar yang dikeluarkan pasien selama rawat inap berasal dari biaya operasi *sectio caesarea*, operasi sterilisasi MOW dan biaya obat. Total pengeluaran pasien yang mengalami IDO adalah sebesar Rp 17.487.138 dan pasien yang tidak mengalami IDO sebesar Rp. 13.682.808. Pasien yang mengalami IDO memiliki peningkatan biaya rawat inap sebesar 1,28% bila dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami IDO.

#### 4. Biaya Perawatan Rawat Jalan Pasien *Sectio Caesarea* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Yogyakarta

Tabel 4.8 Rincian Biaya Rawat Jalan Pasien Yang Mengalami IDO

PASIEN IDO										
Nama	Ke	Periksa Dokter	Tindakan		Obat	Biaya Riil	Jenis Jaminan	Klaim Periksa + Obat	Klaim Tindakan	Selisih Biaya
			Ganti Balut	Rawat Luka						
PR	1	25.000	35.500			60500	Jamkesda Kota	25000	20.000	-15500
	2	25.000		84.000	72.004	181004		97.004	20.000	-64.000
	3	30.000	35.500			65500		30000	20.000	-15500
<b>TOTAL</b>		<b>80.000</b>	<b>71.000</b>	<b>84.000</b>	<b>72.004</b>	<b>307004</b>		<b>152004</b>	<b>60.000</b>	<b>-95000</b>
RW	1	25.000		84.000	13.380	122.380	BPJS	189.600,00 Perawatan Luka		67.220
	2	25.000		84.000	117.822	226822		189.600,00 Perawatan Luka		-37.222
	3	25.000	35.500			60500		165.400,00 Peny. Kronis Kecil		104.900
<b>TOTAL</b>		<b>75.000</b>	<b>35.500</b>	<b>168.000</b>	<b>131.202</b>	<b>409.702</b>		<b>544.600</b>		<b>134.898</b>
EW	1	25.000		84.000	17.065	126065	Jamkesda Kota	42.065	20.000	-64000
	2	25.000		84.000	92.684	201684		117.684	20.000	-64000
	3	25.000		84.000	110.046	219046		135.046	20.000	-64000
	4	30.000		84.000	3.660	117660		33.660	20.000	-64000
	5	25.000		84.000	72.930	181930		97.930	20.000	-64000
	6	30.000		84.000	70.891	184891		100.891	20.000	-64000



	7	30.000		84.000	37.680	151680		67.680	20.000	-64000
	8	25.000		84.000	75.670	184670		100.670	20.000	-64000
	<b>TOTAL</b>	<b>215.000</b>		<b>672.000</b>	<b>480.626</b>	<b>1.367.626</b>		<b>695.626</b>	<b>160.000</b>	<b>-512.000</b>

Tabel 4.8 menunjukkan rincian biaya pasien rawat jalan yang mengalami IDO. Pasien-pasien tersebut menggunakan jaminan kesehatan antara lain BPJS dan Jamkesda kota. Hal ini berpengaruh pada besarnya jumlah jaminan yang akan di bayarkan oleh pemerintah baik BPJS maupun Jamkesda kota. Pada pasien BPJS, jumlah jaminan yang akan di jamin berdasarkan grup kasus (INA CBG's), sehingga untuk biaya pemeriksaan dokter, tindakan dan obat dapat dijamin seluruhnya oleh BPJS apabila total biayanya tidak melebihi jumlah jaminan. Sedangkan pada pasien jamkesda untuk biaya pemeriksaan dokter dan obat akan di jamin maksimal Rp 150.000, namun apabila total biaya kurang dari Rp 150.000 maka jamkesda akan membayar sesuai dengan total biaya yang di habiskan pasien tersebut. Untuk tindakan jamkesda akan menjamin sesuai dengan jenis tindakan. Tindakan ganti balut dan rawat luka masing-masing akan di jamin Rp 20.000 sehingga apabila tarif tindakan tersebut melebihi jumlah klaim jaminan, maka pasien harus membayarkan iur atau selisih biaya tersebut.

Pasien yang mengalami IDO memiliki rincian biaya rawat jalan sebagai berikut. Ny. PR memiliki total kunjungan poliklinik rawat jalan 3 kali dengan total rincian biaya periksa dokter Rp 80.000, biaya perawatan luka Rp 84.000, biaya ganti perban Rp 71.000 dan biaya obat Rp. 72.004. Total biaya yang dikeluarkan Ny. PR adalah Rp 307.004. Ny. PR menggunakan jaminan kesehatan Jamkesda kota, sehingga Jamkesda hanya menjamin sebagian biaya yang dikeluarkan Ny. PR. Seluruh biaya

periksa dokter dan biaya obat Ny. PR di jamin sepenuhnya oleh jamkesda kota, karena total biaya tersebut tidak lebih dari Rp 150.000. Sedangkan untuk biaya tindakan, masing-masing tindakan jamkesda hanya menjamin Rp 20.000 sehingga Ny. PR harus membayar selisihnya. Total selisih beban biaya yang harus dibayarkan Ny. PR selama 3 kali kunjungan ke poliklinik rawat jalan adalah Rp 95.000.

Ny.RW juga memiliki total kunjungan poliklinik rawat jalan 3 kali dengan total rincian biaya periksa dokter Rp 75.000, biaya perawatan luka Rp 168.000, biaya ganti perban Rp 35.500 dan biaya obat Rp. 131.202. Total biaya yang dikeluarkan Ny.RW adalah Rp 409.702. Ny. RW menggunakan jaminan kesehatan BPJS, sehingga BPJS menjamin biaya Ny. RW sebesar Rp 189.600 (untuk kasus perawatan luka) setiap kali kunjungan. Namun pada kunjungan kedua Ny. RW menghabiskan biaya lebih dari yang dijamin BPJS sehingga Ny. RW harus membayar selisihnya sebesar Rp 37.222. Pada kedua kunjungan lainnya, total biaya yang di habiskan Ny. RW tidak melebihi batas biaya terjamin BPJS sehingga Ny. RW memiliki selisih keuntungan biaya sebesar Rp 172.120 yang akan menjadi keuntungan rumah sakit.

Ny. EW memiliki total kunjungan poliklinik rawat jalan 8 kali dengan total rincian biaya periksa dokter Rp 215.000, biaya perawatan luka Rp 672.000 dan biaya obat sebesar Rp. 480.626. Total biaya yang dikeluarkan Ny. EW adalah Rp 1.367.626. Ny. EW menggunakan jaminan kesehatan Jamkesda kota, sehingga Jamkesda hanya menjamin sebagian

biaya yang dikeluarkan Ny. EW. Seluruh biaya periksa dokter dan biaya obat Ny. EW di jamin sepenuhnya oleh jamkesda kota, karena total biaya tersebut tidak lebih dari Rp 150.000. Sedangkan untuk biaya tindakan, masing-masing tindakan jamkesda hanya menjamin Rp 20.000 sehingga Ny. EW harus membayar selisihnya. Total selisih beban biaya yang harus dibayarkan Ny. EW selama 8 kali kunjungan ke poliklinik rawat jalan adalah Rp 512.000.

Tabel 4.9 Rincian Biaya Rawat Jalan Pasien Yang Tidak Mengalami IDO

PASIEN NON IDO								
Nama	Ke	Periksa Dokter	Tindakan		Obat	Biaya Riil	Klaim Periksa Dokter, Obat dan Tindakan (BPJS)	Selisih Biaya
			Ganti Balut	Rawat Luka				
DR	1	25.000		84.000	44.295	153.295	189.600 Perawatan Luka	36.305
<b>TOTAL</b>		<b>25.000</b>		<b>84.000</b>	<b>44.295</b>	<b>153.295</b>	<b>189.600</b>	<b>36.305</b>
Z	1	25.000		84.000	27.855	136.855	189.600 Perawatan Luka	52.745
<b>TOTAL</b>		<b>25.000</b>		<b>84.000</b>	<b>27.855</b>	<b>136.855</b>	<b>189.600</b>	<b>52.745</b>

Berdasar tabel 4.9 pasien yang tidak mengalami IDO didapatkan hasil sebagai berikut. Ny.DR memiliki total kunjungan poliklinik rawat jalan 1 kali dengan rincian biaya periksa dokter Rp 25.000, biaya perawatan luka Rp 84.000 dan biaya obat Rp. 44.295. Total biaya yang dikeluarkan Ny.DR adalah Rp 153.295. Ny. DR menggunakan jaminan kesehatan BPJS, sehingga BPJS menjamin biaya Ny. DR sebesar Rp 189.600 (untuk kasus perawatan luka). Ny. DR memiliki total selisih keuntungan biaya sebesar Rp 36.305 yang akan menjadi keuntungan rumah sakit.

Ny.Z juga memiliki total kunjungan poliklinik rawat jalan 1 kali dengan rincian biaya periksa dokter Rp 25.000, biaya perawatan luka Rp 84.000 dan biaya obat Rp. 27.855. Total biaya yang dikeluarkan Ny.Z adalah Rp 136.855. Ny. Z menggunakan jaminan kesehatan BPJS, sehingga BPJS menjamin biaya Ny. Z sebesar Rp 189.600 (untuk kasus perawatan luka). Ny. Z memiliki total selisih keuntungan biaya sebesar Rp 52.745 yang akan menjadi keuntungan rumah sakit.

Tabel 4.10 Total Biaya Rawat Jalan Pasien Yang Mengalami IDO dan Tidak Mengalami IDO

Nama	IDO			Non IDO	
	PR	RW	EW	DR	Z
Jumlah kunjungan	3	3	8	1	1
Pemeriksaan Dokter	80.000	75.000	215.000	25.000	25.000
Ganti Balut	71.000	35.500	0	0	0
Perawatan Luka	84.000	168.000	672.000	84.000	84000
Obat	72.004	131.202	480.626	44.295	27.855
Biaya Rill	307.004	409.702	1.367.626	153.295	136.855
Klaim Periksa Dokter dan Obat	152.004	544.600	695.626	189.600	189.600
Klaim Tindakan	60.000		160.000		
Selisih	-95.000	134.898	-512.000	36.305	52.745

Berdasar hasil tabel 4.10 didapatkan jumlah total biaya pasien rawat jalan selama beberapa kunjungan yang terdiri dari pasien yang mengalami IDO dan tidak mengalami IDO. Pada pasien yang mengalami IDO memiliki rata-rata jumlah kunjungan poliklinik rawat jalan sebanyak 4,4%. Pasien yang tidak mengalami IDO memiliki rata-rata jumlah kunjungan poliklinik rawat jalan sebesar 1%. Dari hasil tersebut didapatkan peningkatan 3,4% jumlah kunjungan poliklinik rawat jalan

pada pasien IDO. Hal ini berdampak pada tingginya total biaya riil selama beberapa kali kunjungan pasien yang mengalami IDO. Total biaya rawat jalan pasien yang mengalami IDO adalah Rp 2.084.332 dan pasien yang tidak mengalami IDO adalah Rp 290.150. Pasien yang tidak mengalami IDO memiliki jumlah rata-rata biaya riil sebesar Rp 145.075.

Ny. PR memiliki peningkatan 2,2% bila dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami IDO. Ny. RW memiliki peningkatan 2,8% bila dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami IDO. Sedangkan Ny. EW memiliki peningkatan 9,4% bila dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami IDO.

## A. PEMBAHASAN

### 1. Karakteristik Pasien yang Mengalami Infeksi Daerah Operasi

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien didiagnosis IDO pada saat melakukan kunjungan rawat jalan *post* operasi *section caesarea* ditandai dengan adanya luka masih basah atau adanya dehisensi luka operasi pada catatan dokter spesialis kandungan. Selain itu, karakteristik pasien dengan IDO dalam penelitian ini berkisar usia 23 sampai 33 tahun, dengan jenis operasi SC elektif dan *emergency*. Pasien menggunakan jaminan kesehatan BPJS dan Jamkesda Kota, dan di rawat diruang perawatan kelas II dan III. Salah 1 pasien yang mengalami IDO memiliki penyakit penyerta berupa anemia.

Faktor faktor yang meningkatkan resiko IDO pada pasien *post sectio caesarea* diantaranya adalah usia muda, obesitas, hipertensi atau

preeklamsi, diabetes mellitus, korioamnionitis, infeksi sebelum operasi, nulipara atau belum pernah melahirkan, kontrol kehamilan kurang dari 7 kali, ketuban pecah dini, operasi *emergency*, operasi di rumah sakit pendidikan, tidak menggunakan antibiotik profilaksis, durasi operasi yang lebih lama, dan hamil kembar (Olsen *et al.*, 2008).

Berdasarkan kategori usia, kejadian ILO ditemukan sama pada kelompok usia reproduksi berisiko dan kelompok usia reproduksi sehat. Namun, usia pasien tidak berhubungan signifikan dengan kejadian ILO. Di Inggris, tidak ditemukan perbedaan yang bermakna antara usia kelompok pasien ILO dan kelompok kontrol (Johnson *et al.*, 2006). Penelitian di Rumah Sakit Mardi Waluyo Metro Lampung pada periode Januari 2005 - Mei 2007 didapatkan 252 pasien yang menjalani apendektomi. IDO terjadi di 82 pasien (32.5%). Faktor risiko kejadian IDO paska appendektomi yang ditemukan adalah waktu pemberian antibiotika profilaksi >60 menit, perawatan di kelas 3 dan lama pembedahan >60 menit. IDO paska apendektomi meningkatkan lama hari rawat rata-rata 2-7 hari (Suwardiman, 2007).

Pada penelitian lain menunjukkan hasil analisis multivariat diperoleh bahwa tiga faktor yang mempunyai hubungan yang signifikan terhadap kejadian ILO yaitu waktu pemberian antibiotik profilaksis, lama rawat prabedah dan lama rawat pascabedah. Di Iran dan Inggris, waktu pemberian antibiotik profilaksis, lama rawat prabedah dan lama rawat pascabedah merupakan faktor risiko infeksi luka operasi. Antibiotik yang

diberikan meliputi jenis antibiotik yang diberikan dan waktu pemberian yang ideal. *Center for Medicare and Medicaid Services* mengungkapkan bahwa pemberian antibiotik tersebut dilakukan pada satu jam sebelum pelaksanaan pembedahan (Razavi *et al.*, 2005).

Lama rawat prabedah berpengaruh terhadap kejadian ILO pada pasien paskabedah sesar. Penelitian di Iran, menemukan hubungan yang signifikan antara kejadian ILO dengan lama rawat prabedah. Upaya untuk mempersingkat lama rawat prabedah menurunkan angka insiden ILO pada pasien bedah sesar. Lama rawat prabedah di rumah sakit berkaitan dengan tertular infeksi yang lebih tinggi karena proses kolonisasi mikroorganisme resisten antimikroba dengan pasien sehingga berpengaruh terhadap kerentanan pasien terkena infeksi secara langsung, dengan menurunkan resistensi tubuh pasien atau memberikan kesempatan peningkatan kolonisasi bakteri utama (Razavi *et al.*, 2005).

Lama rawat paskabedah berpengaruh terhadap kejadian ILO (OR = 1,209 ; 95% CI = 1,044-1,399). Hasil ini sesuai dengan penelitian di rumah sakit Inggris, waktu rawat paskabedah yang lebih lama meningkatkan insiden ILO karena paparan mikroorganisme di lingkungan rumah sakit (Constantine *et al.*, 2008). Penelitian di Australia, lama rawat sejak awal masuk rumah sakit sampai masa pemulihan setelah operasi memengaruhi kejadian ILO sehingga perlu diminimalisasi untuk menurunkan angka kejadian ILO (Johnson *et al.*, 2006).



Penelitian yang membandingkan bedah sesar terencana dengan persalinan normal terencana, menemukan angka median *Length of Stay* (LOS) pada kelompok bedah sesar terencana adalah empat hari. Sementara untuk kelompok persalinan normal terencana LOS adalah 2,8 hari (Institute for Health and Clinical Excellence, 2011). Infeksi daerah operasi lebih banyak terjadi pada pasien yang melakukan operasi SC *emergency* (7%) dari pada operasi SC elektif (5%) (Ansar, 2013).

Berbeda dengan penelitian lain, sekitar 91,6% pasien menjalani operasi darurat, terdapat 10 kasus ILO dari 12 kasus. Namun, uji multivariat menemukan jenis operasi belum ditemukan sebagai faktor risiko ILO. Penelitian sebelumnya, prosedur pembedahan emergensi tidak berhubungan signifikan dengan kejadian ILO pada pasien paskabedah sesar (Jenks *et al.*, 2014). Selain itu, ruang perawatan merupakan salah satu faktor resiko terjadinya IDO, dimana ruang perawatan kelas III memiliki persentase tertinggi untuk terjadinya infeksi luka operasi. Infeksi daerah operasi akan meningkatkan lama hari rawat dan menaikkan jumlah kunjungan rawat jalan pasien *post* operasi apendiktomi (Suwardiman, 2007).

Pasien yang mengalami IDO di rawat di rumah sakit selama 3 sampai 6 hari. Lama rawat ini relatif sama bila dibandingkan dengan lama rawat pasien yang tidak mengalami IDO yaitu sekitar 4 sampai 6 hari. Hal ini didukung dengan adanya penelitian terdahulu bahwa pasien *post sectio caesarea* membutuhkan perawatan inap sekitar 3–5 hari. Penutupan luka

insisi *sectio caesarea* terjadi pada hari ke-5 pasca bedah, luka pada kulit akan sembuh dengan baik dalam waktu 2–3 minggu, luka fascia abdomen akan merapat dalam waktu 6 minggu, tapi tetap terus berkembang makin erat selama 6 bulan, tendon atau ligamentum membutuhkan waktu sekurang– kurangnya 3 bulan untuk peyembuhan awal dan terus makin kuat dalam waktu lebih dari 1 tahun (Nugraheni *et al.*, 2015).

Sistem pembiayaan yang dipergunakan dalam program BPJS pada saat ini adalah sistem pembiayaan INA-CBG's. Sistem ini diterapkan selain bertujuan untuk kendali mutu juga bertujuan untuk kendali biaya (Kusumaningtyas., *et al* 2013). Hal ini dapat mempengaruhi lama rawat pasien *post SC* karena lama hari hari tersebut ditentukan oleh BPJS sebagai bentuk dari kendali mutu. Sebagai contoh pada kasus operasi SC lama hari rawat yang ditentukan adalah 4 hari, maka rumah sakit harus berusaha semaksimal mungkin agar pasien tidak di rawat lebih dari 4 hari, dengan tetap mengutamakan keselamatan pasien.

Berbeda dengan frekuensi kunjungan rawat jalan, pasien yang mengalami IDO memiliki rata rata frekuensi rawat jalan 3 sampai 8 kali atau sekitar 4,4%. Pasien yang tidak mengalami IDO memiliki rata-rata frekuensi kunjungan poliklinik rawat jalan 1 hari atau sekitar 1%. Dari hasil tersebut didapatkan peningkatan 3,4% jumlah kunjungan poliklinik rawat jalan pada pasien IDO. Hal ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa pasien yang mengalami IDO dua kali lebih banyak melakukan kunjungan rawat jalan dibandingkan dengan pasien

tanpa IDO. Pasien dengan IDO juga lebih sering melakukan kunjungan IGD, pelayanan radiologi, dan dirawat kembali dibandingkan dengan pasien tanpa IDO (Perencevich *et al.*, 2003).

## **2. Pelaksanaan Program PPI dalam Mencegah dan Mengendalikan IDO di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Yogyakarta**

Angka kejadian infeksi daerah operasi di RSUD Kota Yogyakarta cukup rendah. Pada tahun 2015 sejak bulan April-Desember ditemukan 5 kasus IDO, sedangkan pada tahun 2016 hanya ditemukan 2 kasus IDO dari keseluruhan operasi bersih dan bersih tercemar yang dilakukan di RSUD Kota Yogyakarta. Keseluruhan kasus tersebut berasal dari bagian kebidanan dan kandungan, *orthopaedic* dan bedah. Berdasarkan data dari RSUD Kota Yogyakarta, pelaporan kasus IDO sudah dilakukan dengan baik oleh para dokter, sehingga meminimalkan angka kejadian IDO yang tidak di laporkan.

Berdasarkan penelitian terdahulu, survei oleh WHO menunjukkan 5%-34% dari total infeksi nosokomial adalah IDO (Haryanti *et al.*, 2013). Kejadian infeksi daerah operasi menempati posisi ke-3, dengan angka kejadian mencapai 14-16% dari infeksi nosokomial keseluruhan. Kejadian infeksi luka operasi di Amerika Serikat sekitar 2-5% dari pasien yang menjalani operasi, setiap tahun ada 15 juta prosedur operasi yang dilakukan, dengan demikian terdapat sekitar 300,000-500,000 kejadian infeksi luka operasi setiap tahun (Anderson *et al.*, 2008). Angka kejadian IDO di Korea berkisar antara 2 – 9,7 % (Lee *et al.*, 2011). Di Vietnam

dilaporkan insiden IDO sebesar 10,9% dari 697 pasien. Bedah abdomen terbukti berisiko 4,46 kali mengalami IDO dibanding jenis tindakan bedah lainnya (Haryanti *et al.*, 2013).

Survei yang dilakukan WHO menunjukkan prevalensi infeksi nosokomial bervariasi antara 3 – 21 %, dengan infeksi daerah operasi berkisar antara 5 - 34 % dari total infeksi nosokomial tersebut (Bagnall *et al.*, 2009). Selain itu, penelitian yang dilakukan di Indonesia yaitu di Rumah Sakit Mardi Waluyo, Metro, Lampung dengan sampel 252 pasien yang menjalani apendektomi sepanjang periode Jan 2005 - Mei 2007, didapatkan hasil IDO terjadi di 82 pasien (32.5%) (Suwardiman, 2007). Penelitian di RSUPN Cipto Mangunkusumo (RSCM) menunjukkan Infeksi daerah operasi di Bangsal Kebidanan dan Kandungan pada Agustus–Oktober 2011 dilaporkan 4,4% (Tjoa & Eustachius, 2014).

Program PPI dalam mencegah dan mengendalikan IDO di RSUD Kota Yogyakarta sudah dilaksanakan namun belum berjalan dengan baik. Dari penelitian ini didapatkan beberapa kendala dalam pencegahan dan pengendalian IDO yaitu masih kurangnya SDM untuk pelaporan kasus IDO serta SDM yang akan melakukan analisis keuangan tentang keuntungan dan kerugian RS terkait kejadian IDO. Banyaknya SDM yang kurang tertib dalam mematuhi peraturan di ruang operasi juga menjadi kendala dalam bidang SDM. Selain kekurangan SDM, kendala yang dihadapi oleh rumah sakit lainnya adalah kurangnya sarana prasarana. Sarana prasarana ini terbagi menjadi beberapa bagian yaitu sarana

prasarana untuk pasien dan kelengkapan ruangan. Sarana prasarana untuk pasien adalah belum adanya *cleaper* untuk mencukur rambut di daerah yang akan dioperasi, serta belum adanya sabun mandi antiseptik yang mengandung klorheksidin 2% bagi pasien pasien yang akan melakukan operasi. Sarana prasana lain yang dirasa kurang adalah belum adanya hepafilter, air Ro di ruang operasi, hal ini menyebabkan ruang operasi belum sepenuhnya bertekanan positif, serta belum adanya media promosi seperti brosur atau poster untuk membantu mengedukasi cara perawatan luka pada pasien. Belum adanya evaluasi terkait dengan waktu pemberian antibiotik profilaksis juga dirasa sebagai kendala program PPI dalam mencegah IDO. Kendala dalam hal dana juga memberikan dampak, karena beberapa program PPI harus dilaksanakan bertahap sehingga mempengaruhi kinerja PPI. Kendala tersebut harus diatasi untuk menekan angka kejadian IDO di rumah sakit.

Dalam mencegah infeksi nosokomial di rumah sakit memerlukan rencana yang terintegrasi dan *monitoring* program pencegahan, seperti membatasi transmisi organisme antara pasien dengan mencuci tangan, sarung tangan, tindakan septik dan aseptik, sterilisasi dan disinfektan; mengontrol resiko penularan dari lingkungan; melindungi pasien dengan nutrisi cukup dan vaksinasi; membatasi resiko infeksi endogen dengan meminimalkan prosedur *invasive*; pengawasan infeksi, identifikasi penyakit dan mengontrol penyebarannya (Khiyaroh, 2014).

Program pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan suatu standar mutu pelayanan dan penting bagi pasien, petugas kesehatan maupun pengunjung rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Pengendalian infeksi harus dilaksanakan oleh semua rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk melindungi pasien, petugas kesehatan dan pengunjung dari kejadian infeksi dengan memperhatikan *cost effectiveness* (Depkes RI, 2008).

RSUD Kota Yogyakarta sendiri memiliki standar operasional prosedur dalam pencegahan dan pengendalian kasus IDO. SOP tersebut terdiri dari 3 bagian yaitu pencegahan pra operasi, intra operasi dan paska operasi. Pada standar pencegahan IDO pra operasi terdiri dari menentukan masa rawat inap sesingkat mungkin serta kecukupan waktu dalam persiapan operasi, menyembuhkan terlebih dahulu apabila terdapat infeksi sebelum operasi, tidak mencukur rambut kecuali mengganggu jalannya operasi, pencukuran rambut dilakukan oleh petugas menggunakan alat cukur maksimal 3 jam sebelum operasi, mengontrol gula darah pasien, edukasi berhenti merokok 30 hari sebelum operasi dan memandikan pasien dengan cairan antiseptik yang mengandung klorheksidin 2%. Berdasarkan dengan SOP pra operasi, sebagian standar sudah dilaksanakan oleh pihak rumah sakit. Adapun beberapa hal yang belum dilaksanakan adalah pencukuran dengan *cleaper* dan memandikan pasien dengan larutan antiseptik klorheksidin 2%. Hal ini terjadi karena belum adanya sarana prasarana tersebut.

Standar pencegahan IDO intra operasi di RSUD Kota Yogyakarta terbagi menjadi beberapa bagian yaitu bagian peralatan bedah, petugas bedah, lingkungan bedah serta pasien bedah. Peralatan bedah sendiri terdiri dari sterilisasi alat-alat bedah sebelum digunakan sesuai dengan pedoman yang telah direkomendasikan. Petugas harus menggunakan APD yang terdiri dari masker, topi, baju operasi kedap air. Sebelum mengenakan APD petugas bedah wajib melakukan cuci tangan steril. Petugas dilarang menggunakan baju operasi diluar kamar operasi, dan apabila baju operasi telah terkontaminasi dengan darah atau cairan tubuh infeksius maka petugas harus segera mengganti baju tersebut. Lingkungan bedah sendiri memiliki standar yaitu ventilasi udara tekanan positif minimal 0,10 mmbar, kelembapan 45-60%, suhu 19-24 C, pertukaran udara 15-30 x/jam, koloni kuman udara maksimal 6-10 CFU/m<sup>3</sup>, koloni kuman lantai dan dinding 0-5 CFU/cm<sup>2</sup>, bebas kuman patogen dan gas gangrene, membatasi keluar masuk melalui pintu kamar operasi dengan toleransi maksimal 10 kali dan membatasi personel di dalam kamar operasi maksimal 10 orang. Pada pasien yang akan melakukan operasi harus dilakukan pengajian terhadap alergi yang dimiliki, diberikan antibiotik profilaksis 1 jam sebelum insisi, mengontrol gula darah, mempertahankan suhu dan melakukan preparasi kulit sebelum operasi dimulai.

Rumah sakit telah melaksanakan beberapa SOP intra operasi dalam pencegahan IDO. Adapun beberapa hal yang belum dilakukan rumah sakit

adalah pengawasan dalam penggunaan antibiotik. Belum adanya evaluasi apakah pemberian antibiotik tersebut dilakukan 1 jam sebelum insisi atau tidak. Terkait dengan sarana prasarana lingkungan bedah, belum adanya hepafilter dan air Ro merupakan kendala dalam memaksimalkan program pencegahan IDO. Hal ini menyebabkan ruang operasi belum sepenuhnya bertekanan positif. Selain itu menurut wawancara dengan responden pada tahun 2015 ruang operasi sedang di renovasi sehingga fasilitas pendukung untuk mencegah infeksi belum berjalan dengan baik.

Pengaruh waktu pemberian antibiotik profilaksis sebelum insisi dianggap menjadi salah satu faktor terjadinya IDO. Hal ini didukung oleh penelitian terdahulu yang dilakukan di RSUP Dr. Sardjito. Pada penelitian tersebut, semua pasien bedah sesar terlebih dahulu diberikan antibiotik profilaksis secara intravena sebelum operasi. *Standard operating* prosedur (SOP) pemberian antibiotik profilaksis untuk bedah sesar di RSUP Dr. Sardjito adalah diberikan 30 menit sebelum operasi. Sekitar 78,6% pemberian antibiotik profilaksis tersebut diberikan kurang dari 30 menit sebelum operasi bahkan ada yang mendekati insisi. Analisis multivariat menemukan perbedaan yang bermakna antara waktu pemberian antibiotik profilaksis dengan kejadian ILO. Waktu pemberian antibiotik profilaksis merupakan faktor risiko kejadian ILO. Hasil ini sesuai dengan penelitian sebelumnya, waktu pemberian antibiotik profilaksis berpengaruh terhadap kejadian ILO paskabedah sesar, pemberian antibiotik pre operatif, intra



operatif, dan *post* operatif dapat mengurangi angka insiden ILO (Smaill *et al.*, 2010).

Antibiotik yang diberikan meliputi jenis antibiotik yang diberikan dan waktu pemberian yang ideal. *Center for Medicare and Medicaid Services* mengungkapkan bahwa pemberian antibiotik tersebut dilakukan pada satu jam sebelum pelaksanaan pembedahan (Razavi *et al.*, 2005). Prosedur tersebut menurunkan angka morbiditas infeksi pada ibu dan tidak menimbulkan infeksi pada bayi dari ibu tersebut (Constantine *et al.*, 2008). Penelitian lain, risiko kejadian ILO menurun hingga lima kali pada pemberian antibiotik profilaksis sebelum penjepitan plasenta bila dibandingkan dengan setelah penjepitan plasenta. Pada dasarnya, pemberian antibiotik profilaksis direkomendasikan pada wanita yang menjalani bedah sesar jenis elektif dan darurat, untuk tujuan preventif akibat insisi yang dilakukan sehingga daerah luka insisi tidak berisiko infeksi meskipun mengalami kontaminasi berbagai agen mikroba. (Brown *et al.*, 2013).

Sedangkan standar pencegahan IDO paska operasi di RSUD Kota Yogyakarta terdiri dari penggunaan APD bagi petugas dan membersihkan luka dengan cairan salin. Hal ini sudah dilakukan dengan baik oleh petugas. Hanya saja perawatan luka yang dilakukan oleh pasien di rumah dirasa kurang maksimal. Hal ini terjadi karena perbedaan tingkat pengetahuan pasien dalam memahami edukasi yang diberikan oleh

petugas, sehingga petugas memerlukan media promosi lain seperti poster atau brosur dalam membantu mengedukasi perawatan luka pada pasien.

Infeksi Daerah Operasi (IDO) menjadi masalah yang tidak dapat dihindari sehingga dibutuhkan data dasar infeksi untuk menurunkan angka kejadian yang terjadi. Untuk itu, perlunya melakukan *surveilans* dengan metode yang aktif, terus-menerus, dan tepat sasaran (Zuhrotul, 2013). Mekanisme pelaksanaan *surveilans* yaitu dengan mengisi dan mengumpulkan formulir *surveilans* setiap pasien berisiko di unit rawat masing-masing setiap hari. Pada awal bulan berikutnya, paling lambat tanggal 5 formulir *surveilans* diserahkan ke Tim PPI dengan diketahui dan ditanda tangani Kepala Ruangan. Apabila ada kecurigaan terjadi infeksi, IPCLN segera melaporkan ke IPCN untuk di tindak lanjuti (investigasi) (Kemenkes, 2010). *Monitoring* dalam program pencegahan dan pengendalian infeksi dilakukan oleh IPCN dan IPCLN. Pengumpulan data menggunakan *check list* dilakukan setiap hari dan ada formulir bantu *surveilans*. Evaluasi dilakukan oleh Tim PPIRS dengan frekuensi minimal setiap bulan dan evaluasi oleh Komite PPI minimal setiap 3 bulan. Pelaporan tertulis kepada direktur dibuat setiap bulan sedangkan laporan rutin dibuat harian, mingguan, bulanan, 3 bulan, 6 bulan dan tahunan, baik untuk kejadian insidental atau KLB (Depkes RI, 2008).

RSUD Kota Yogyakarta sudah melakukan kegiatan *surveilans* secara berkala untuk mengurangi angka kejadian infeksi. Kegiatan tersebut berupa *monitoring* yang dilakukan setiap hari, selanjutnya data tersebut

dikumpulkan atau dilaporkan ke bagian PPI setiap bulan, dan akan di rekap setiap 3 bulan. Apabila ditemukan kasus IDO, PPI segera menganalisis dan mengevaluasi kejadian tersebut. Jadi, pelaksanaan *surveilans* atau pengumpulan data di RSUD Kota Yogyakarta sudah sesuai dengan pedoman Kementerian Kesehatan RI tahun 2010 dan pedoman Departemen Kesehatan RI tahun 2008.

### **3. Biaya Perawatan Rawat Inap Pasien *Sectio Caesarea* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Yogyakarta**

Sistem pembiayaan yang dipergunakan dalam program BPJS pada saat ini adalah sistem pembiayaan INA-DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) yang kemudian berubah menjadi INA-CBG's. Sistem ini diterapkan selain bertujuan untuk kendali mutu juga bertujuan untuk kendali biaya, yaitu mengendalikan pembiayaan kesehatan yang berlebihan guna memperoleh keuntungan (*moral hazard*) baik oleh pengguna jaminan atau pemberi pelayanan kesehatan. Dalam pembayaran menggunakan sistem INA-CBG'S, baik Rumah Sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis keluar pasien dan kode DRG (*Disease Related Group*). Besarnya penggantian biaya untuk diagnosis tersebut telah disepakati bersama antara provider/asuransi atau ditetapkan oleh pemerintah sebelumnya (Kusumaningtyas et al., 2013).

Rumah sakit sebagai provider pelayanan kesehatan banyak yang merasa bahwa biaya penggantian klaim INA CBGs lebih rendah dari tarif yang berlaku di rumah sakit, sehingga rumah sakit merasakan rugi dengan pola klaim berdasarkan INA-CBGs karena selisih biaya tersebut akan menjadi tanggung jawab rumah sakit (Budiarto, 2013). Biaya perawatan yang melebihi rata-rata harus mendapat perhatian dari manajemen rumah sakit dengan cara melakukan evaluasi dan perbaikan metode pelayanan yang lebih efisien dengan tetap memperhatikan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dengan cara penerapan *Clinical Pathways*. Jika tidak maka akan terus dijumpai dan dapat merugikan keuangan rumah sakit meskipun dikenal dengan prinsip subsidi silang dalam pemberlakuan *system casemix* (Kusumaningtyas, 2013).

Analisis biaya pada penelitian ini menunjukkan biaya riil rawat inap pada pasien pasien yang mengalami IDO bervariasi bila dibandingkan dengan tarif INA CBG's. Hal ini juga terjadi pada pasien pasien yang tidak mengalami IDO, mereka memiliki biaya riil yang bervariasi bila dibandingkan dengan tarif INA CBG's. Biaya biaya tersebut ada yang lebih tinggi dan ada yang lebih rendah dari tarif INA CBG's. Pada pasien yang mengalami IDO terdapat 1 pasien yang memiliki biaya riil di bawah tarif INA CBG's. Sedangkan masing-masing 2 pasien lainnya memiliki biaya riil di atas tarif INA CBG's. Hal ini menyebabkan rumah sakit mengalami kerugian sebesar Rp 6.392.470 pada biaya rawat inap pasien *post SC* dengan IDO maupun tanpa IDO. Biaya yang paling besar pada

rincian biaya rawat inap pasien *post SC* dengan IDO maupun tanpa IDO adalah biaya operasi *section caesarea*, selanjutnya biaya yang paling besar ke kedua adalah biaya operasi sterilisasi MOW dan yang ketiga berasal dari biaya obat.

IDO terjadi pada 2 - 5 persen dari semua pasien yang menjalani prosedur bedah invasif di Amerika Serikat. Sekitar 500.000 infeksi daerah operasi terjadi setiap tahun dan dikaitkan dengan penambahan sekitar 7-10 hari rawat inap *post-operasi*. Biaya yang berkaitan dengan IDO bervariasi, tergantung pada jenis serta prosedur operasi dan patogen yang menginfeksi. Namun diperkirakan biaya yang dikeluarkan akibat IDO mencapai \$ 10 miliar per tahun (Anderson *et al.*, 2008). Angka kejadian IDO di Korea meningkatkan biaya rumah sakit sebesar 2,000,000 Won. Sebagian besar dari peningkatan biaya tersebut berasal dari biaya kamar rumah sakit dan kebutuhan obat tambahan (Lee *et al.*, 2011).

Pada penelitian lain menunjukkan penambahan hari rawat inap 7 – 8 hari dan kenaikan biaya \$ 690 - \$ 2734 akibat IDO. Kenaikan biaya tersebut diakibatkan karena penambahan hari rawat inap, penggunaan antibiotik, ICU, pemeriksaan laboratorium dan mikrobiologi, pemeriksaan radiologi, penambahan obat lain, dan penambahan prosedur operasi. Kenaikan biaya diluar rumah sakit juga menjadi konsekuensi sosio-ekonomi terbesar akibat IDO (Yalcin, 2003). Infeksi daerah operasi di United Kingdom berkisar antara 10% dengan biaya untuk menanganinya mencapai 1 juta *pound* per tahun dan lama rawat inap meningkat 7 - 10

hari (Yuwono, 2013). Penelitian di Rumah Sakit Mardi Waluyo Metro Lampung pada periode Januari 2005 - Mei 2007 didapatkan 252 pasien yang menjalani apendiktomi. IDO terjadi di 82 pasien (32.5%). IDO paska apendiktomi meningkatkan lama hari rawat rata-rata 2-7 hari. Penambahan biaya langsung rawat inap klas 2 sebesar Rp 1,3 juta dan untuk kelas 3 sebesar Rp 548.000 (Suwardiman, 2007).

Pada penelitian ini, total riil biaya pasien yang mengalami IDO lebih tinggi bila dibandingkan dengan total biaya pasien yang tidak mengalami IDO. Total pengeluaran seluruh pasien yang mengalami IDO adalah sebesar Rp 17.487.138 dan pasien yang tidak mengalami IDO sebesar Rp. 13.682.808. Selisih antara biaya riil pasien yang mengalami IDO dan tidak mengalami IDO sebesar Rp 3.804.330. Dalam hal ini tidak ada biaya khusus untuk tindakan terkait IDO, karena IDO terjadi setelah pasien meninggalkan rumah sakit, sehingga tidak ada peningkatan biaya rawat inap. Perbedaan biaya dalam kasus ini terjadi karena bervariasinya tindakan dan fasilitas tambahan rawat inap namun tidak berhubungan dengan kejadian IDO.

Penelitian ini didukung oleh penelitian terdahulu, pada kejadian ISPA memiliki hubungan dalam peningkatan lama rawat inap sebesar 2,58 hari dan penambahan biaya sebesar AU\$24 (sekitar US\$17). Infeksi nosokomial lainnya meningkatkan lama rawat inap sebesar 2,61 hari tanpa penambahan biaya. ISK tidak menambah lama rawat inap maupun biaya perawatan Graves *et al.* (2007).

#### **4. Biaya Perawatan Rawat Jalan Pasien *Sectio Caesarea* di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Yogyakarta**

Pasien yang mengalami IDO memiliki peningkatan 2 kali pada kunjungan rawat jalan dan lebih banyak melakukan kunjungan rawat jalan, kunjungan IGD, pelayanan radiologi serta dirawat kembali dibandingkan dengan pasien tanpa SSI. Total biaya yang dikeluarkan rata-rata selama 8 minggu setelah keluar dari rumah sakit sebesar US \$ 5.155 untuk pasien dengan SSI dan \$ 1773 untuk kontrol. (Perencevich *et al.*, 2003). Jumlah kunjungan rawat jalan pasien dengan IDO lebih tinggi 1,5 kali dibandingkan pasien tanpa IDO. Total selisih biaya rawat jalan sebesar Rp 203.000 untuk pasien yang mengalami infeksi (Suwardiman, 2007). Peningkatan biaya juga terjadi pada 56 pasien yang mengalami IDO dari 1499 wanita yang menjalani *Cesarean Section*. Studi tersebut menyatakan bahwa penambahan biaya akibat infeksi adalah \$398,7 per pasien dan diperkirakan biaya yang dikeluarkan dari semua IDO adalah \$17.542,8 (Aly *et al.*, 2007).

Total biaya riil rawat jalan pasien *post sectio caesarea* yang mengalami IDO dalam penelitian ini sebesar Rp 2.084.332 dan total biaya rawat jalan pasien *post SC* yang tidak mengalami IDO Rp 290.150. Pasien yang mengalami IDO memiliki biaya riil yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami IDO. Total selisih biaya pasien yang mengalami IDO dan tidak mengalami IDO sebesar Rp 1.794.182. Biaya rawat jalan dipengaruhi oleh frekuensi kunjungan kontrol ke poliklinik. Pasien yang mengalami IDO memiliki rata rata kunjungan

rawat jalan 3-8 kali, sedangkan pasien yang tidak mengalami IDO memiliki frekuensi kunjungan rawat jalan 1 kali. Peningkatan frekuensi rawat jalan ini menyebabkan peningkatan biaya riil rawat jalan pada pasien yang mengalami IDO. Pasien yang mengalami IDO memiliki frekuensi kunjungan poliklinik rawat jalan sebesar 4,4% dan pasien yang tidak mengalami IDO sebesar 1%. Pasien yang mengalami IDO memiliki peningkatan 3,4% kunjungan poliklinik rawat jalan.

Berdasarkan rincian biaya rawat jalan pasien *post* SC baik yang mengalami IDO maupun yang tidak mengalami IDO, 95 % tarif INA CBG'S berdasarkan tindakan pada setiap kali kunjungan rawat jalan pasien lebih tinggi dari pada biaya riil, sehingga selisih biaya tersebut merupakan keuntungan rumah sakit. Total biaya riil rawat jalan baik pasien BPJS yang mengalami IDO maupun tidak mengalami IDO adalah sebesar Rp 699.852. Besarnya total biaya INA CBG's yang di jamin selama rawat jalan sebesar 923.800. Karena biaya riil rawat jalan yang habiskan pasien BPJS lebih rendah dari jumlah tarif klaim INA CBG's maka selisih biaya tersebut menjadi keuntungan rumah sakit. Rumah sakit memiliki keuntungan sebesar Rp 223.948.

Namun hal ini berbeda bila dibandingkan dengan pasien-pasien yang menggunakan jaminan kesehatan jamkesda kota. Jamkesda kota menjamin biaya pemeriksaan dokter dan obat maksimal sebesar Rp 150.000, dan akan di bayarkan sesuai dengan total biaya yang di habiskan. Sedangkan untuk tarif tindakan tidak semua tindakan di jamin seluruhnya



oleh jamkesda kota. Pada kasus ini tindakan yang digunakan adalah tindakan ganti balut dan rawat luka, dimana masing-masing tindakan tersebut dijamin sebesar Rp 20.000 oleh jamkesda kota. Tarif ganti balut di RSUD Kota Yogyakarta sebesar Rp 35.000 dan tarif perawatan luka sebesar Rp 84.000. Tarif ini melebihi dari tarif yang dijamin oleh jamkesda kota, sehingga pasien harus membayarkan iuran kekurangannya kepada pihak jamkesda kota, yang berarti hal ini akan menyebabkan kerugian bagi pasien. Total beban biaya pasien yang mengalami IDO selama rawat jalan sebesar Rp - 607.000.

Pada penelitian ini pasien-pasien yang menggunakan jaminan kesehatan jamkesda kota adalah pasien yang mengalami IDO, sedangkan seluruh pasien yang tidak mengalami IDO menggunakan jaminan kesehatan BPJS. Terdapat 1 pasien yang mengalami IDO menggunakan jaminan kesehatan BPJS. Perbedaan dalam penggunaan jaminan kesehatan menyebabkan adanya kerugian biaya. Sistem penjaminan dari jamkesda kota yang tidak menjamin keseluruhan biaya rawat jalan dari pasien. Namun kerugian ini akan ditanggung sendiri oleh pasien, sehingga rumah sakit tidak mengalami kerugian. Berbeda dengan pasien-pasien yang menggunakan jaminan kesehatan BPJS dimana keseluruhan biaya rawat jalan dapat ditanggung seluruhnya oleh BPJS melalui tarif INA CBG's, sehingga apabila terjadi selisih antara biaya riil rawat jalan dan tarif INA CBG's akan menjadi tanggung jawab oleh rumah sakit.

## 5. Asumsi Biaya *Indirect Outside Healthcare*, Biaya Makan Dan Biaya Transportasi Pada Pasien dengan IDO dan Pasangan Hidup Pasien

*Indirect Outside Healthcare* adalah biaya yang muncul di luar sistem pelayanan kesehatan atau rumah sakit dan secara tidak langsung berhubungan dengan penyakit pasien. Biaya ini umumnya terbatas pada biaya produktivitas (Krol, 2012). Biaya *Indirect Outside Healthcare* diantaranya adalah *productivity cost*, *special education*, *juridical cost*, *morbidity cost*, *mortality cost* dan sebagainya (Suwardiman, 2007). Metode yang digunakan untuk menghitung biaya yang dihasilkan dari hilangnya produktivitas salah satunya adalah *The Human Capital Approach*. Metode ini menilai hilangnya produktivitas dengan mengkalikan waktu pasien tidak masuk kerja dengan pendapatan pasien (*Guidelines For Pharmacoeconomic Research*, 2006).

*Indirect cost* merupakan hal yang paling penting dari beban ekonomi akibat infeksi daerah operasi karena ketidakmampuan bekerja untuk sementara waktu ataupun selamanya, hilangnya produktivitas, mortalitas, dan morbiditas. Biaya ini memiliki dampak yang sangat besar dari total biaya yang berkaitan dengan IDO. Dampak *indirect cost* terhadap beban ekonomi lebih besar dibandingkan dengan *direct cost* yaitu delapan kali lebih tinggi. Dampak yang besar tersebut lebih banyak terjadi pada pasien yang lebih muda yaitu dibawah 40 tahun karena hilangnya produktivitas (Dohmen, 2013)

Asumsi biaya *Indirect Outside Healthcare*, biaya makan dan biaya transportasi sebagai dampak infeksi daerah operasi pada pasien dan

pasangan hidup pasien perlu dihitung. Pasien diasumsikan selalu ditemani pasangan hidupnya mengingat kondisi pasien mengalami infeksi dan tidak memungkinkan untuk kontrol ke rumah sakit sendiri. Dalam penelitian ini pasien dengan IDO didiagnosis mengalami infeksi pada saat kontrol *post* operasi *sectio caesarean* di instalasi rawat jalan, sehingga IDO akan meningkatkan kunjungan rawat jalan dan berdampak pada biaya *indirect outside healthcare*, biaya makan dan biaya transportasi. Biaya *indirect outside healthcare* dihitung dengan mengalikan waktu tidak masuk kerja dengan pendapatan. Pasien-pasien yang mengalami IDO bekerja sebagai wiraswasta dan ibu rumah tangga. Pasien pasien ini beralamat di kota Yogyakarta.

Berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 252/KEP/2014 tentang Upah Minimum Kabupaten/Kota Tahun 2015 di Daerah Istimewa Yogyakarta, untuk kota Yogyakarta Upah Minimum Kabupaten/ Kota (UMK) adalah sebesar Rp 1.302.500. Sehingga diasumsikan upah/ gaji pasien pasien yang mengalami IDO perhari adalah:

$$\frac{1.302.500}{26} \quad \blacksquare \quad \text{Rp } 50.097 \text{ atau dibulatkan menjadi Rp } 50.100$$

Pada penelitian ini, pasien diasumsikan selalu ditemani oleh pasangan hidupnya pada saat rawat inap maupun kontrol *post* operasi di instalasi rawat jalan, sehingga biaya *indirect outside healthcare* karena

hilangnya produktivitas juga dapat kita hitung pada pasangan hidup pasien, dan diasumsikan pasangan hidup pasien juga bekerja.

Ibu PR bekerja sebagai wiraswata. Lama ibu PR tidak masuk kerja adalah lamanya ibu PR dirawat dirumah sakit yaitu selama 4 hari ditambah jumlah hari (kunjungan) rawat jalan ibu PR *post section caesarea* di poli kandungan yaitu 3 hari, sehingga lama ibu PR tidak masuk kerja yaitu  $4 + 3 = 7$  hari. Asumsi biaya *indirect outside healthcare* ibu PR adalah sebesar  $7 \times \text{Rp } 50.100 = \text{Rp } 350.700$ . Karena pasangan hidup ibu PR juga selalu menemani selama rawat inap dan rawat jalan, maka asumsi biaya *indirect outside healthcare* pada pasien dengan infeksi daerah operasi dan pasangan hidupnya adalah  $2 \times \text{Rp } 350.700 = \text{Rp } 701.400$ .

Ibu RW bekerja sebagai ibu rumah tangga. Lama ibu RW tidak masuk kerja adalah lamanya ibu RW dirawat dirumah sakit yaitu selama 5 hari ditambah jumlah hari (kunjungan) rawat jalan ibu RW *post section caesarea* di poli kandungan yaitu 3 hari, sehingga lama ibu RW tidak masuk kerja yaitu  $5 + 3 = 8$  hari. Sehingga asumsi biaya *indirect outside healthcare* hanya berasal dari pasangan hidup ibu RW yaitu sebesar  $8 \times \text{Rp } 50.100 = \text{Rp } 400.800$ .

Ibu EW bekerja sebagai ibu rumah tangga. Lama ibu EW tidak masuk kerja adalah lamanya ibu EW dirawat dirumah sakit yaitu selama 3 hari ditambah jumlah hari (kunjungan) rawat jalan ibu EW *post section caesarea* di poli kandungan yaitu 8 hari, sehingga lama ibu EW tidak masuk kerja yaitu  $3 + 8 = 11$  hari. Sehingga asumsi biaya *indirect outside*

*healthcare* hanya berasal dari pasangan hidup ibu EW yaitu sebesar  $11 \times \text{Rp } 50.100 = \text{Rp } 551.100$ .

Selain itu, asumsi biaya lain yang dapat kita hitung pada penelitian ini adalah asumsi biaya transportasi dan asumsi biaya makan sebagai dampak infeksi daerah operasi. Asumsi biaya makan adalah biaya yang dikeluarkan pasien dan pasangan hidup pasien pada saat menunggu antrian untuk melakukan pemeriksaan di poli kandungan dan kebidanan. Berdasarkan observasi pada pasien yang menunggu antrian untuk melakukan pemeriksaan di instalasi rawat jalan, waktu yang dibutuhkan untuk menunggu dimulai dari mendaftar atau registrasi, antri di loket BPJS sampai dilakukan pemeriksaan di instalasi rawat jalan bisa memakan waktu lebih kurang 4 jam (07.00-11.00) mengingat RSUD Kota Yogyakarta merupakan salah satu rumah sakit rujukan daerah dengan jumlah pasien yang selalu banyak setiap harinya.

Selama menunggu, pasien diasumsikan membutuhkan konsumsi atau makan. Dalam hal ini, pasien diasumsikan bersama pasangan hidupnya mengingat kondisi pasien yang mengalami infeksi daerah operasi dan tidak memungkinkan untuk kontrol ke rumah sakit sendiri. Biaya makan perorang diasumsikan Rp 20.000 dan bila pasien ditemani oleh pasangan hidupnya untuk kontrol di instalasi rawat jalan, asumsi biaya makan pasien dan pasangan hidupnya untuk satu kali kunjungan rawat jalan adalah  $2 \times \text{Rp } 20.000 = \text{Rp } 40.000$ .

Ibu PR dan ibu RW melakukan kunjungan rawat jalan sebanyak 3 kali. Sehingga asumsi biaya makan selama melakukan kunjungan rawat jalan pada pasien dengan IDO dan pasangan hidupnya masing masing adalah  $3 \times \text{Rp } 40.000 = \text{Rp } 120.000$ . Sedangkan ibu EW melakukan kunjungan rawat jalan sebanyak 8 kali. Sehingga asumsi biaya makan selama melakukan kunjungan rawat jalan pada pasien dengan IDO dan pasangan hidupnya masing masing adalah  $8 \times \text{Rp } 40.000 = \text{Rp } 320.000$ .

Asumsi biaya transportasi adalah biaya yang dikeluarkan pasien untuk perjalanan dari rumah ke rumah sakit dan sebaliknya. Di asumsikan pasien melakukan perjalanan dengan sepeda motor dan untuk tarif bahan bakar satu kali pulang pergi rumah ke rumah sakit dan sebaliknya diasumsikan adalah 1 liter. Berdasarkan Peraturan Menteri ESDM Nomor 39 tahun 2014 Tentang Perhitungan Harga Jual Eceran Bahan Bakar Minyak (BBM) yang telah diubah dengan Peraturan Menteri ESDM Nomor 4 tahun 2015, harga 1 liter bahan bakar premium adalah Rp 7.300 per Maret 2015.

Ny. PR dan Ny. RW melakukan kunjungan rawat jalan sebanyak 3 kali dan 1 kali pulang pergi pada saat dirawat di RS. Sehingga asumsi biaya transportasi pasien dengan IDO adalah  $4 \times 7.300 = \text{Rp } 29.200$ . Ny. EW melakukan kunjungan rawat jalan sebanyak 8 kali dan 1 kali pulang pergi pada saat dirawat di RS. Sehingga asumsi biaya transportasi pasien dengan IDO adalah  $9 \times 7.300 = \text{Rp } 65.700$ .

Tabel 4.11 Asumsi Biaya *Indirect Outside Healthcare*, Biaya Makan dan Biaya Transportasi Pada Pasien dengan IDO dan Pasangan Hidup Pasien

No	Asumsi Biaya	Ny. PR	Ny. RW	Ny. EW	Total
1	<i>Indirect outside healthcare</i>	Rp 701.400	Rp 400.800	Rp 551.100	<b>Rp 1.653.300</b>
2	Makan	Rp 120.000	Rp 120.000	Rp 320.000	<b>Rp 560.000</b>
3	Transportasi	Rp 29.200	Rp 29.200	Rp 65.700	<b>Rp 124.100</b>
<b>Total</b>		<b>Rp 850.600</b>	<b>Rp 550.000</b>	<b>Rp 936.800</b>	<b>Rp 2.337.400</b>

Berdasarkan table 4.11 didapatkan hasil masing-masing asumsi biaya *indirect outside healthcare*, biaya makan dan biaya transportasi pada pasien dengan IDO dan pasangan hidup pasien. Asumsi biaya tersebut adalah asumsi kerugian yang di alami pasien dan pasangan hidupnya selama rawat inap dan kunjungan rawat jalan *post SC*. Infeksi menyebabkan meningkatnya kunjungan pasien selama rawat jalan, hal ini menyebabkan adanya peningkatan jumlah kerugian bagi pasien.

## 6. Beban Biaya Yang Harus Dibayarkan Oleh Pasien

Tabel 4.12 Beban Biaya Yang Harus Dibayar Oleh Pasien

Nama	IDO			NON IDO	
	Ny. PR	Ny.RW	Ny. EW	Ny. DR	Ny. Z
Rawat Inap	-	-	Rp 786.831	-	-
Rawat Jalan	Rp 95.000	-	Rp 512.000	-	-
<i>Indirect Cost Healthcare</i>	Rp 701.400	Rp 400.800	Rp 551.100	Rp 501.000	Rp 350.700
Makan	Rp 120.000	Rp 120.000	Rp 320.000	Rp 40.000	Rp 40.000
Transposrtasi	Rp 29.200	Rp 29.200	Rp 65.700	Rp 14.600	Rp 14.600
<b>Total</b>	<b>Rp 945.600</b>	<b>Rp 550.000</b>	<b>Rp 2.235.631</b>	<b>Rp 555.600</b>	<b>Rp 405.300</b>

Berdasarkan tabel 4.12 didapatkan beban biaya yang harus dibayarkan oleh masing - masing pasien yang mengalami IDO maupun yang tidak mengalami IDO. Ny. PR tidak memiliki beban biaya rawat inap, karena total biaya yang dikeluarkan Ny. PR tidak melebihi jumlah klaim dari Jamkesda Kota. Ny. PR memiliki beban biaya rawat jalan sebesar Rp 95.000, biaya *indirect outside healthcare* sebesar Rp 701.400, biaya makan sebesar Rp 120.000 dan biaya transportasi sebesar Rp 29.200. Total beban biaya yang harus dibayarkan oleh Ny. PR adalah sebesar Rp 945.600.

Ny. RW tidak memiliki beban biaya rawat inap maupun rawat jalan, karena total biaya yang dikeluarkan Ny. RW tidak melebihi jumlah klaim dari BPJS. Ny. RW memiliki beban biaya *indirect outside healthcare* sebesar Rp 400.800, biaya makan sebesar Rp 120.000 dan biaya transportasi sebesar Rp 29.200. Total beban biaya yang harus dibayarkan oleh Ny. RW adalah sebesar Rp 550.000.

Ny. EW memiliki beban biaya rawat inap sebesar Rp 786.831, biaya rawat jalan sebesar Rp 512.000, biaya *indirect outside healthcare* sebesar Rp 551.100, biaya makan sebesar Rp 320.000 dan biaya transportasi sebesar Rp 65.700. Total beban biaya yang harus dibayarkan oleh Ny. EW adalah sebesar Rp 2.235.631.

Ny. DR tidak memiliki beban biaya rawat inap maupun rawat jalan, karena total biaya yang dikeluarkan Ny. DR tidak melebihi jumlah klaim dari BPJS. Ny. DR memiliki beban biaya *indirect outside*



*healthcare* sebesar Rp 501.000, biaya makan sebesar Rp 40.000 dan biaya transportasi sebesar Rp 14.600. Total beban biaya yang harus dibayarkan oleh Ny. DR adalah sebesar Rp 555.600.

Ny. Z tidak memiliki beban biaya rawat inap maupun rawat jalan, karena total biaya yang dikeluarkan Ny. Z tidak melebihi jumlah klaim dari BPJS. Ny. Z memiliki beban biaya *indirect outside healthcare* sebesar Rp 350.700, biaya makan sebesar Rp 40.000 dan biaya transportasi sebesar Rp 14.600. Total beban biaya yang harus dibayarkan oleh Ny. Z adalah sebesar Rp 405.300.