

STATISTIK PELAYANAN KESEHATAN

Penulis :

- Oktamianiza
- Afridon



ISBN 978-623-8051-20-5



9 786238 051205

STATISTIK PELAYANAN KESEHATAN

**Oktamianiza
Afridon**



GET PRESS INDONESIA

STATISTIK PELAYANAN KESEHATAN

Penulis :

Oktamianiza
Afridon

ISBN : 978-623-8051-20-5

Editor : Oktavianis, S.ST., M.Biomed
Ilda Melisa, Amd.Kep.

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes

Desain Sampul dan Tata Letak : Handri Maika Saputra, S.ST

Penerbit: GET PRESS INDONESIA
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi:

Jl. Palarik RT 01 RW 06, Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tengah, Padang, Sumatera Barat

website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, November 2022

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji Syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa. Atas rahmat dan hidayah-Nya, penulis dapat menyelesaikan Buku Hasil Kolaborasi bertema “Statistik Pelayanan Kesehatan” dengan tepat waktu.

Buku kolaborasi ini disusun atas kerjasama antar sesama penulis yang berasal dari berbagai latar belakang profesi dan lintas daerah di seluruh Indonesia. Selain itu, buku ini dapat menjadi wadah untuk menyatukan berbagai gagasan dan pemikiran dari seorang pakar atau ahli dari seluruh Indonesia dan menjadikan media silaturahmi akademik.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada teman-teman penulis dan penerbit. Ucapan terima kasih juga disampaikan pada keluarga yang telah mendukung dan semua pihak yang terlibat dalam membantu menyelesaikan buku ini.

Penulis, 2022

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
POKOK BAHASAN 1 PENGANTAR STATISTIK	
RUMAH SAKIT.....	1
1.1 Pengertian Statistik Rumah Sakit.....	2
1.2 Ruang Lingkup Statistik Pelayanan Kesehatan.....	3
1.3 Tujuan Mempelajari Stastistik Pelayanan Kesehatan.....	3
1.4 Soal-soal Latihan.....	4
POKOK BAHASAN 2 STATISTIK DATA	
PELAYANAN KESEHATAN	5
2.1 Sumber Data untuk Rumah Sakit	5
2.2 Jenis Data Administrasi	7
2.3 Jenis Data Klinis.....	9
2.4 Jenis Data Case Mix	12
2.4.1 Pengertian Case-mix.....	12
2.4.2 Tujuan <i>INA-CBGs</i>	17
2.4.3 Manfaat <i>INA-DRGs</i> dan <i>INA-CBGs</i>	18
2.5 Soal-soal Latihan.....	20
POKOK BAHASAN 3 SISTEM INFORMASI	
RUMAH SAKIT (SIRS)	21
3.1 Konsep Dasar Sisitem Informasi Rumah Sakit.....	21
3.2 Jenis Formulir Pelaporan Rumah Sakit.....	22
3.3 Soal-soal Latihan.....	61
POKOK BAHASAN 4 SISTEM INFORMASI	
PUSKESMAS (SIMPUS)	62
4.1 Konsep Dasar Sistem Informasi Puskesmas (SIMPUS)	62
4.2 Spesifikasi SIMPUS	65
4.3 Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu	

Puskesmas (SP2TP)	68
4.3.1 Konsep Dasar SP2TP	68
4.3.2 Tujuan SP2TP	72
4.3.3 Mekanisme Pelaporan SP2TP	73
4.3.4 Pengorganisasian Puskesmas	75
4.4 Soal-soal Latihan	79
POKOK BAHASAN 5 STATISTIK	
KEMATIAN (MORTALITAS)	80
5.1 Pengertian Statistik Mortalitas	80
5.2 Rumus dan Batasan dalam Menghitung Statistik	
Kematian	81
5.2.1 <i>Gross Death Rate</i> (GDR)	82
5.2.2 <i>Net Death Rate</i> (NDR)	83
5.2.3 <i>Postoperative Death Rate</i> (PDR)	85
5.2.4 <i>Anesthesia Death Rate</i> (ADR)	86
5.2.5 <i>Maternal Death Rate</i> (MDR)/ <i>Marternal</i>	
<i>Mortality Rate</i> (MMR)	86
5.2.6 <i>Fetal Death Rate</i> (FDR)	89
5.3 Soal Latihan	90
POKOK BAHASAN 6 SENSUS HARIAN	
PASIENT RAWAT INAP	92
6.1 Pengertian sensus pasien	92
6.2 Tujuan Dan Kegunaan Sensus	94
6.3 Komponen Data-data Sensus	95
6.3.1 Hari Perawatan	95
6.3.2 Pasien Transfer	97
6.3.3 Pasien Masuk dan Keluar Pada Hari yang	
sama	98
6.4 Tata Cara Pengisian Sensus	99
6.5 Penatalaksanaan Sensus Harian Rawat Inap	100
6.6 Evaluasi	101
POKOK BAHASAN 7 REKAPITULASI	

PASIEN RAWAT INAP103

7.1 Rerata Sensus Pasien..... 104

7.2 Rerata Sensus Pasien BBL 104

7.3 Formulir Rekapitulasi 106

7.4 Tata Cara Pengisian Rekapitulasi Pasien

 Rawat Inap..... 106

POKOK BAHASAN 8 GRAFIK BARBER JHONSON.....109

8.2 Pengertian Grafik BJ 109

8.2 Manfaat Grafik BJ 110

8.3 Hunian Tempat Tidur..... 110

8.3.1 Jumlah Tempat Tidur yang Tersedia (<i>Available beds/bed count/bed complement</i>) ...	111
8.3.2 Tempat Tidur yang Terpakai/Occupancy Bed.	112
8.3.3 Perubahan jumlah TT yang tersedia.....	113
8.4 Indikator Grafik Barber Jhonson (Effisien).....	113
8.4.1 <i>Bed Occupancy Ratio</i> (BOR).....	113
8.4.2 <i>Length of Stay</i> (AvLOS).....	116
8.4.3 <i>Turn Over Interval</i> (TOI)	121
8.4.4 <i>Bed Turn Over</i> (BTO)	123
8.5 Grafik Barber-Johnson	124
8.5.1 Format Grafik Barber Johnson	124
8.5.2 Cara Membuat Grafik Bj.....	125
BIODATA PENULIS	

POKOK BAHASAN 1

PENGANTAR STATISTIK RUMAH SAKIT

Deskripsi Mata Kuliah

Setelah mempelajari bagian ini, pembaca diharapkan mampu memahami pengertian, lingkup, tujuan, dan pemanfaatan statistik pada sarana pelayanan kesehatan (rumah sakit. Dan puskesmas)

Kompetensi

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Memahami pengertian statistik pelayanan kesehatan (yankes)
2. Memahami ruang lingkup statistik pelayanan kesehatan
3. Memahami tujuan statistik yankes/rumah sakit.
4. Memahami pemanfaatan statistik pada sarana pelayanan kesehatan

Pendahuluan

Statistik dalam perkembangannya mempunyai peranan yang sangat penting dalam pengelolaan data dan informasi diantaranya tentang masalah-masalah kesehatan pada sarana pelayanan kesehatan. Disamping itu statistik dapat dimanfaatkan untuk proses pengambilan keputusan dalam mengatasi berbagai masalah dengan memperhatikan segala aspek, sehingga tujuan yang diharapkan dapat tercapai.

Dalam pengambilan sebuah keputusan harus didasari pada hal yang ilmiah dan juga fakta (***Evidence Based***). Fakta adalah

fenomena alam yang diamati atau dipelajari. Didalam proses pengambilan keputusan sebenarnya dilakukan transformasi dari data yang telah diproses sehingga menghasilkan informasi. Transformasi data menjadi informasi tersebut dapat dikatakan *statistik*.

1.1 Pengertian Statistik Rumah Sakit

Kata statistik dapat diartikan dalam berbagai macam arti, salah satu arti telah disebutkan dan arti lainnya adalah sebagai **“Angka”** yaitu gambaran suatu keadaan yang dituangkan dalam angka.

Menurut sejarah, kata statistik diambil dari bahasa Latin yaitu *status* yang berarti negara. Untuk beberapa dekade, statistika semata-mata hanya dikaitkan dengan pengajian fakta-fakta dan angka-angka tentang situasi perekonomian, kependudukan dan politik yang terjadi di suatu negara.

Statistik adalah sekumpulan konsep dan metode yang digunakan untuk mengumpulkan dan menginterpretasikan data tentang bidang kegiatan tertentu dan mengambil kesimpulan dalam situasi dimana ada ketidakpastian dan variasi. (Luknis & Sutanto, 2010)

Statistik rumah sakit/yankes yaitu statistik yang menggunakan dan mengolah sumber data dari pelayanan kesehatan pada sarana pelayanan kesehatan untuk menghasilkan informasi; fakta; dan pengetahuan berkaitan dengan pelayanan kesehatan pada sarana pelayanan kesehatan (rumah sakit dan puskesmas). (Sudra, 2010)

Dalam pelayanan pasien di rumah sakit, data dikumpulkan setiap hari dari pasien rawat inap, rawat jalan, dan rawat darurat. Data tersebut berguna untuk memantau perawatan pasien setiap hari, minggu, bulan, dan lain lain.

Informasi dari statistik rumah sakit digunakan untuk berbagai kepentingan, antara lain:

1. Perencanaan, pemantauan pendapatan dan pengeluaran dari pasien oleh pihak manajemen rumah sakit
2. Pemantauan kinerja medis, dan
3. Pemantauan kinerja non medis .

1.2 Ruang Lingkup Statistik Pelayanan Kesehatan

Kegiatan statistik pelayanan kesehatan meliputi serangkaian kegiatan yang dimulai dari proses pengumpulan data, pengolahan data, penyajian sampai dengan interpretasi data pelayanan kesehatan pada sarana pelayanan kesehatan.

1.3 Tujuan Mempelajari Statistik Pelayanan Kesehatan

Dengan mempelajari dan menggunakan statistik rumah sakit, kita bisa mendapatkan berbagai informasi yang sangat berguna : (Sudra, 2010)

- Mengetahui alasan pasien datang berobat,
- Biaya yang dibutuhkan untuk pelayanan terhadap pasien,
- Kualitas dari pelayanan yang diberikan,
- Berbagai informasi yang dibutuhkan oleh pihak penentu akreditasi,
- Berbagai informasi yang dibutuhkan oleh pihak penanggung biaya pelayanan,
- Penentuan prioritas pelayanan,
- Mengolah keberagaman layanan dokter spesialis,

1.4 Soal-soal Latihan

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan statistik dan statistik pelayanan kesehatan?
2. Jelaskan cara memperoleh sebuah pengetahuan?
3. Jelaskan sumber data statistik pelayanan kesehatan?

POKOK BAHASAN 2

STATISTIK DATA PELAYANAN KESEHATAN

Deskripsi Mata Kuliah

Setelah mempelajari bagian ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami jenis data statistik pelayanan kesehatan.

Kompetensi

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Memahami Sumber data statistik pelayanan kesehatan
2. Memahami jenis data administrasi statistik pelayanan kesehatan
3. Memahami jenis data klinis statistik pelayanan kesehatan
4. Memahami jenis data casemix statistik pelayanan kesehatan

2.1 Sumber Data untuk Rumah Sakit

Data di rumah sakit atau puskesmas atau klinik yang dikumpulkan secara rutin disebut **data rutin**. Sementara data yang didapat dari pengumpulan data yang sifatnya temporer, atau sewaktu saja disebut data *ad hoc*. Suvai adalah sumber pengumpulan data yang sifatnya temporer atau sewaktu waktu. Apabila data baik rutin maupun *ad hoc* telah dikumpulkan oleh pihak institusi, kemudian ada pihak lain ingin menggunakannya, maka data yang dipakai adalah data sekunder. Hal ini berbeda bila seseorang penelitian misalnya menginginkan pengumpulan data yang memang belum terkumpul baik di pihak institusi atau fasilitas manapun dan dilakukan pengukuran sesuai dengan

kebutuhannya, maka dikatakan bahwa data yang dipakai adalah **data primer**. Jadi pembedaan data primer dan sekunder lebih diikatkan dengan sumber datanya. (Sudra, 2010)

Data *primer* adalah data yang diperoleh dari proses pengumpulan yang dilakukan sendiri langsung dari proses pengumpulan yang dilakukan sendiri langsung dari sumber datanya yaitu subjek yang diteliti.

Data *Isekunder* adalah data yang diperoleh dari institusi yang telah mengumpulkan datanya, jadi tidak langsung dikumpulkan dari sumber data yaitu sbejk yang diteliti.

Data yang diperoleh melalui pengukuran pada satu subjek atau individu disebut sebagai data individu. Contohnya seperti pengukuran kadar hemoglobin, tinggi badan, biaya perawatan tiap pasien. Sementara itu data dapat pula diperoleh secara berkelompok atau yang dikenal sebagai data agregat, contoh data pasien infeksi nosokomial tiap bangsal perawatan, unitnya adalah bangsal perawatan yang terdiri dari berbagai pasien. Datapun dapat diperoleh dari pengukuran berulang(*repeated measures*) pada subjek yang sama, maka data yang diperoleh disebut sebagai data berpasangan atau dependen (*paired data*). Sebagai contoh data tekanan darah pasien sebelum diberi obat dan sesudah diberi obat, pengetahuan pasien tentangn HIV sebelum dan sesudah penyuluhan.

Penyediaan informasi dengan pendekatan ilmiah diharapkan memiliki keputusan yang objektif, walaupun kadangkala pendekatanberdasarkan keahlian juga sering dilakukan. Mendapatkan informasi selalu diawali oleh proses yang berawal dari data dan kemudian data tersebut harus dilakukan analisis dan penyajian data yang pada akhirnya akan didapati suatu informasi untuk mengambil keputusan.

Pada penyediaan informasi bila dilakukan secara teratur (dengan angka), maka dikatakan melalui pendekatan kuantitatif. Adapun produser untuk melakukan hal tersebut dikenal sebagai

produser statistik, suatu produser yang dimulai dari pengumpulan data, pengolahan dan penyajian data, analisis serta penyimpulan. Di sisi lain ada pendekatan kualitatif, suatu pendekatan yang secara khusus memberikan teknik untuk memperoleh jawaban atau informasi mendalam tentang pendapat dan perasaan seseorang. Dengan penelitian kualitatif memungkinkan kita mendapat hal hal yang tersirat (*insight*) mengenai sikap, kepercayaan, motivasi dan perilaku target populasi (Kresno, Sudarti, dkk, 2000).

Beberapa hal yang dapat menjadi sumber data untuk penghitungan statistic rumah sakit, yaitu:

- A. Sumber data primer : Rekam medis
- B. Sumber data sekunder :
 - 1. Indeks penyakit, indeks operasi, indeks pasien, dan berbagai indeks lainnya.
 - 2. Hasil sensus pasien
 - 3. Aktifitas dalam unit kerja/unit pelayanan.

2.2 Jenis Data Administrasi

Data administratif termasuk data demografi, keuangan (*finansial*) dan informasi lain yang berhubungan dengan pasien, seperti bebagi ijin (*consent*), lembar hak kuasa, formulir otorisasi bagi kepentingan pelayanan kesehatan maupun dalam menangani informasi kerahasiaan pasien.

Data administratif demografi pada pelayanan kesehatan diperoleh dari tempat penerimaan pasien (TPP) dan menjadi informasi dasar identitas dir pasien.

Isi data demografi rekam kesehatan bersifat permanen dan setidaknya mencakup informasi pasien berupa:

- 1. Nama lengkap (nama pasien sendiri dan nama keluarga)
- 2. Nomor rekam medis (kesehatan)
- 3. Alamat lengkap
- 4. Tempat, tanggal, bulan dan tahun kelahiran

5. Jenis kelamin
6. Status pernikahan (sendiri atau lajang, janda,duda,cerai)
7. Nama dan alamat keluarga terdekat yang sewaktu-waktu dapat dihubungi
8. Tanggal dan waktu terdaftar ditempat penerimaan pasien baik rawat jalan/gawat darurat,rawat inap
9. Nama rumah sakit pengirim (tertera pada kop formulir: nama, alamat, telepon dan kota)

Tujuan dari pengumpulan data demografi ini adalah untuk memberikan data identitas pasien secara lengkap. Rumah sakit dan organisasi pelayanan kesehatan yang terkait juga menggunakan data demografi pasien sebagai basis data (*data base*) statistik, riset dan sumber perencanaan.

Data administratif lainnya adalah data keuangan. Data jenis ini biasanya terbatas pada informasi yang berkaitan dengan asuransi. Meskipun beberapa sarana pelayanan kesehatan akut ada yang mencantumkan biaya perawatan pasien pada lembar ringkasan masuk dan keluar, namun hal ini bukan hal lazim.

Data identifikasi, termasuk tentang informasi identifikasi pasien, digunakan bagi kepentingan regulasi, kegiatan operasional dan penggantian biaya pengobatan. Data administratif sebaiknya tidak dianggap sebagai rekam kesehatan legal contohnya:

- a. Sertifikat kelahiran dan kematian.
- b. Formulir pengesahan pelaksanaan pelayanan;
- c. Formulir untuk melepaskan informasi konfidensial pasien;
- d. Beberapa formulir pemberian ijin (consent);
- e. Formulir pembebasan sarana pelayanan kesehatan dari tuntutan kehilangan atau kerusakan barang pribadi pasien;
- f. Lembar hak kuasa (persetujuan dirawat disarana pelayanan kesehatan)
- g. Lembar pulang paksa
- h. Tanda pengenalan pasien seperti nomor rekam kesehatan

Meskipun data administratif tergolong konfidensial namun data administratif tidak menjadi bagian rekam kesehatan legal seperti bila menghadapi kasus permintaan pengadilan (*subpoena*) suatu rekam medis.

2.3 Jenis Data Klinis

Pada dasarnya data kelinis merupakan rekam kesehatan legal (legal health record) yang meliputi data hasil pemeriksaan, pengobatan, perawatan yang dilakukan oleh praktisi kesehatan penunjang medis terhadap pasien rawat inap maupun rawat jalan (termasuk darurat). Data /informasi klinis yang terakumulasi dalam rekam kesehatan merupakan basis data (*data base*) yang dibedakan dalam jenis data yang diinginkan dan fungsi kegunaannya sehingga menghasilkan beragam informasi.

Semua keluaran formulir pemeriksaan menghasilkan data klinis, kecuali data tentang pendaftaran dan izin, otorisasi (pemberian hak kuasa) dan pernyataan yang dikategorikan sebagai administratif. Data klinis meliputi:

1. Riwayat medis; kondisi esehatan lampau dan kini
2. Riwayat pemeriksaan fisik; riwayat tentang penyakit/pengobatan pasien yang direkam oleh dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya.
3. Instruksi dokter; merupakan instruksi dokter kepada pihak-pihak lain yang terlibat dalam perawatan pasien, termasuk intruksi medikasi, diagnostik dan prosedur terpetik.
4. Laporan dan hasil prosedur diagnostik dan terapetik; hasil rontgen, mammogram, ultrasound, scan, tes laboratorium dan lainnya.
5. Laporan konsultasi; hasil konsultasi tentang kondisi pasien oleh tenaga lain selain dokter yang merawat pasien.

6. Ringkasan riwayat pulang (resume); ringkasan masa perawatan pasien dirumah sakit.
7. Intruksi untuk pasien; intruksi tindak lanjut perawatan pasien yang harus dijalankan pihak yang merawat pasien disarana pelayanan kesehatan.

Menurut *American Society of Testing and Materials (ASTM) E1384 Content Guide for Computer-based Patient Record* seperti dikutip Abdelhak 2002, bahwa isi rekam medis terdiri dari seperti uraian berikut ini:

A	ADMINISTRATIVE AND DIAGNOSTIC SUMMARY
01	Date and time of encounter commencement or admission episode
02	Type of encounter or episode (e.g, visit, hospitalization, including facility name)
03	Codes and narrative description of principal diagnosis or primary diagnoses in outpatient visits (at discharge)
04	Coded and narrative description of additional diagnoses
05	Clinical resume or final progress note
B	HISTORY OF PRESENT ILLNESS
01	Chief complaint or reason for visit
02	Source of history (contact name)
03	Review of systems
C	PROGRESS NOTES AND CRITICAL COURSE
01	Date and time of clinical course
02	Physician;s progress notes
03	Summary of inpatient monitoring
04	Nursing and nonphysician notes
D	THERAPIS

01	Name of therapy or presentive service type
02	Date therapy commenced
03	Date therapy finished
04	Therapist's response assesment
05	Therapist's recommendations
E	PROCEDURES
01	Name and code of principal procedure
02	Narrative description of the principal procedure
03	Date and time of the principal procedure
04	Name and code of additional significant procedures
05	Narrative description of additional significant procedures
06	Dates of additional significant procedures
07	Findings (gross, microscopic, pathologic) of each procedure
08	Organ explored
09	Primary surgeon's name
10	Assistant surgeon's name
11	Preanesthesia assesment
12	Type of anesthetic agent used
13	Dosages of all anesthetic agents
14	Anesthesiologist's name
15	Current, regularly monitored vital signs
16	Intravenous fluids given
17	Specimens removed
18	Postanesthesia assesment
19	Complications (surgical misadventured, i.e, infections)
20	Postoperative diagnosis
F	DISPOSITION
01	Date and time of discharge or death
02	Type of discharge

03	Total lenght of stay
04	Disposition destination
05	Referral and discharge patient intructions
06	Autpsy or necropsy report (if authorized when dispotition is “death”)
G	CHARGES
01	Total charge

2.4 Jenis Data Case Mix

2.4.1 Pengertian Case-mix

Case-mix pertama kali dikembangkan di Amerika Serikat pada tahun 1980. Sebelum masuk ke Indonesia, sistem *Case-Mix* telah diterapkan di banyak negara, seperti Amerika Serikat, Jepang, Thailand, Australia, serta Malaysia.

Sistem casemix pertama kali dikembangkan di Indonesia pada Tahun 2006 dengan nama INA-DRG (Indonesia- Diagnosis Related Group). Implementasi pembayaran dengan INA-DRG dimulai pada 1 September 2008 di 15 rumah sakit milik Kementerian Kesehatan RI, dan pada 1 Januari 2009 diperluas untuk seluruh rumah sakit yang bekerja sama menjadi penyedia pelayanan kesehatan dalam program Jamkesmas. Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRGs (Indonesia Diagnosis Related Group) menjadi INA-CBG (Indonesia Case Based Group) seiring dengan perubahan grouper dari 3M Grouper ke UNU (United Nation University) Grouper. Kemudian, dengan implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dimulai 1 Januari 2014, sistem INA-CBG kembali digunakan sebagai metode pembayaran pelayanan baik rawat jalan maupun rawat inap kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL).

Case-Mix Indonesia merupakan adaptasi dari sistem serupa yang diterapkan di Malaysia. Dalam hal ini, Depkes RI menggandeng University Kebangsaan Malaysia (UKM), sebagai

partner untuk merumuskan sistem *Case-Mix* yang paling sesuai bagi Indonesia. Kerja sama ini berbentuk sebuah *Pilot Project Implementasi Case-Mix* di 15 rumah sakit di Indonesia, diantaranya RSU H. Adam Malik Medan, RSUP Dr. M. Djamil Padang, RSUP Dr. M. Hoesin Palembang, RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, RSUP Fatmawati Jakarta, RSUP Persahabatan Jakarta, RS Anak Bunda Harapan Kita Jakarta, RS Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita Jakarta, RS Kanker Dharmais Jakarta, RSUP Hasan Sadikin Bandung, RSUP Dr. Kariadi Semarang, RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, RSUP Sanglah Denpasar, RSUP Dr. Wahidin Sudirohusod Makassar, RSUP Dr. R. D. Kandou Manado.

Case-mix Merupakan suatu sistem pembiayaan pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan mutu, pemerataan dan keterjangkauan, yang merupakan unsur-unsur dalam mekanisme pembayaran biaya pelayanan kesehatan untuk pasien yang berbasis kasus campuran (Depkes, RI ; 2006).

Case-mix merupakan salah satu metode atau alat yang memungkinkan upaya menetapkan ekuiti, efisiensi dan kualitas suatu rumah sakit dengan melakukan identifikasi dari bauran dan jenis kasus / pasien yang dirawat dan identifikasi dari seluruh sumber daya yang digunakan. Sistem *casemix* mengklasifikasi penyakit yang digabung dengan biaya perawatan di rumah sakit berdasar pada pengelompokan diagnosis akhir penyakit sejenis dan kompleksitas pengelolaan kasus (penyakit). Sistem ini didasarkan pada keadaan yang menggambarkan berbagai tipe ("*mix*"), kondisi pasien atau penyakit ("*cases*") selama berobat/dirawat di rumah sakit.

Saat ini sistem *casemix* telah digunakan oleh lebih dan 50 negara di dunia. Sistem *casemix* yang paling banyak dikenal saat ini adalah *Diagnosis Related's Group* (DRG). Di Amerika, sistem *casemix* menggunakan istilah *International Refined DRG* (IR-DRG), di Australia dikenal dengan *Australian National-DRG* (ANDRG), di

United Kingdom dikenal dengan *Health Care Resource Groups* (HRG), di Malaysia dikenal dengan Malaysian-DRG. Sedangkan di Indonesia dikenal dengan nama *Indonesia Diagnosis Related Group* (INA-DRG). Sejarah *Diagnostic Related Group* (DRG).

DRG adalah suatu sistem pemberian imbalan jasa pelayanan kesehatan pada penyedia pelayanan kesehatan (PPK) yang ditetapkan berdasarkan pengelompokkan diagnosa penyakit. Diagnosis dalam DRG sesuai dengan ICD-9 CM (*International Classification Disease Ninth Edition Clinical Modification*) dan ICD-10. Data yang Harus Ada dalam *Diagnostic Related Group* (DRG) pada saat ini INA-DRG dikenal dengan INA-CBGs.

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Menurut Miller (2007) tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi tidak memberikan reward terhadap provider yang melakukan over treatment, under treatment maupun melakukan adverse event dan mendorong pelayanan tim.

Dengan sistem pembiayaan yang tepat diharapkan tujuan diatas bisa tercapai. Terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Metode pembayaran retrospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Contoh pola pembayaran retrospektif adalah Fee For Services (FFS). Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospektif adalah global budget, Perdiem, Kapitasi dan case based payment. Tidak ada satupun sistem pembiayaan yang sempurna, setiap sistem pembiayaan memiliki kelebihan dan kekurangan. Berikut

tabel perbandingan kelebihan sistem pembayaran prospektif dan retrospekt

Permenkes ini menggantikan permenkes No. 59 Tahun 2014 perihal yang sama, sesuai dengan regulasi bahwa tarif pelayanan ditinjau setiap dua tahun sekali. Selain nominal tarif yang berubah, terdapat beberapa perubahan yang terjadi dari permenkes sebelumnya. Perubahan tersebut diantaranya Regionalisasi. Jumlah regionalisasi masih tetap dengan 5 Regional, namun cakupan daerah dalam regional berubah khususnya regional 4 dan 5.

Syarat dalam keberhasilan implementasi INA-CGs tergantung pada 3 C (*coding, costing, dan clinical pathway*).

a. *Coding* :

Proses terbentuknya tarif DRG tidak terlepas dari adanya peran dari sistem informasi klinik rekam medis. Tujuan rekam medis untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tertib administrasi adalah salah satu faktor yang menentukan keberhasilan pelayanan kesehatan di rumah sakit, sehingga keberhasilan pelaksanaan *DRG* pun sangat tergantung dengan data pada rekam medis (Depkes RI, 2010)

b. *Costing*

Ada beberapa metode yang dapat digunakan dalam menentukan pembiayaan untuk DRG, yaitu :

1. *Top Down Costing*

Metode ini menggunakan informasi utama dari rekening atau data keuangan rumah sakit yang telah ada. Langkah pertama adalah mengidentifikasi pengeluaran-pengeluaran rumah sakit yang terkait dengan penyediaan layanan rawat inap. Langkah selanjutnya adalah mengklasifikasikan pengeluaran-pengeluaran tersebut ke masing masing *cost center* seperti bangsal

rawat inap (*wards*), gaji dan jasa medis tenaga medis dan paramedis (*medical salaries*), ruang operasi (*operating room*), bahan dan barang farmasi (*pharmacy*), radiologi (*radiology*), patologi (*pathology*), dan pekerja sosial serta unit-unit biaya lain yang terkait dengan penyediaan layanan kesehatan.

2. *Activity Based Costing* (ABC) ;

ABC adalah suatu metodologi pengukuran biaya dan kinerja atas aktivitas, sumber daya, dan objek biaya. ABC memiliki dua elemen utama, yaitu pengukuran biaya (*cost measures*) dan pengukuran kinerja (*performance measures*). Sumber daya-sumber daya ditentukan oleh aktivitas-aktivitas yang dilakukan, sedangkan aktivitas-aktivitas ditentukan berdasarkan kebutuhan yang digunakan oleh objek biaya. Konsep dasar ABC menyatakan bahwa aktivitas mengkonsumsi sumber daya untuk memproduksi sebuah keluaran (*output*), yaitu penyediaan layanan kesehatan. Melalui pemahaman konsep ABC tersebut di atas, keterkaitan antara *service lines*, tarif, sumber daya, dan biaya yang dikeluarkan penyedia sumber daya dalam kerangka interaksi antara pengguna layanan, rumah sakit, dan penyedia sumber daya.

c. *Clinical Pathway*

Clinical Pathway adalah dokumen perencanaan pelayanan kesehatan terpadu yang merangkum setiap langkah yang dilakukan pada pasien mulai masuk RS sampai keluar RS berdasarkan standar pelayanan medis, standar asuhan keperawatan, dan standar pelayanan tenaga kesehatan lainnya yang berbasis bukti dengan hasil yang dapat diukur. Tujuan *clinical pathway* antara lain memfasilitasi penerapan *clinical guide* dan audit klinik dalam praktik klinik, memperbaiki komunikasi dan perencanaan multidisiplin,

mencapai atau melampaui standar mutu yang ada, mengurangi variasi yang tidak diinginkan dalam praktik klinik, memperbaiki komunikasi antara klinisi dan pasien, meningkatkan kepuasan pasien, identifikasi masalah, riset dan pengembangan (Depkes RI, 2010).

Jenis Data dalam rekam medis sebagai sumber data dalam Casemix *INA-CBGs* terdiri dari 14 variabel, yaitu :

- 1) Identitas Pasien (*Identification*) (Nama pasien, Nomor Rekam Medis)
- 2) Tanggal masuk RS (*Admit Date*)
- 3) Tanggal keluar RS (*Discharge Date*)
- 4) Lama Hari Rawat (*LOS*)
- 5) Tanggal Lahir (*Birth Date*)
- 6) Umur (tahun) ketika masuk RS (*Admit Age In Year*)
- 7) Umur (hari) ketika masuk RS (*Admit Age In Days*)
- 8) Umur (hari) ketika keluar RS (*Discharge Age In Days*)
- 9) Jenis Kelamin (*Gender*)
- 10) Status Keluar RS (*Discharge Disposition*)
- 11) Berat Badan Baru Lahir (*Birth Weight in Grams*)
- 12) Diagnosis Utama (*Principal Diagnosis*)
- 13) Diagnosis Sekunder (*Secondary Diagnosis*) (komplikasi dan ko-morbiditi)
- 14) Prosedur / Pembedahan Utama (*Surgical Procedures*)

2.4.2 Tujuan *INA-CBGs*

Adapun tujuan dari DRGs adalah sebagai berikut :
(Firmanda, 2005)

a. Kontrol biaya.

Jika biaya ditetapkan secara *prospektif* dan dibayar dengan tanpa melihat lama tinggal pasien, rumah sakit didorong untuk menghindari biaya yang tidak penting, khususnya jika eksese dari angka pembayaran melebihi biaya aktual yang

optimal. Berdasarkan indeksasi, metode per diem yang ada dari pembayaran tetap kecuali bahwa biaya yang *reasonable* disesuaikan dengan jumlah kompleksitas *casemix*.

b. Jaminan mutu

Program jaminan mutu dijalankan terutama melalui pemanfaatan */utilization*. Melalui data DRG yang berguna untuk evaluasi perawatan medis. Data akan memungkinkan bagi komite yang sesuai untuk membuat perbandingan untuk pembiayaan, beban/ongkos (*charge*), dan lama tinggal, dan pelayanan individual menurut kelompok penyakit antar rumah sakit. Permasalahan yang dicurigai dapat diuji lebih lanjut dengan informasi yang dibutuhkan, yang diperoleh melalui diagnosis dalam DRG.

c. Perencanaan

Informasi berdasarkan DRG dapat berguna untuk berbagai macam keperluan / tujuan. Dalam beberapa hal, DRG dapat digunakan untuk mengantisipasi kebutuhan staf tenaga medik dalam kasus-kasus tertentu akibat dari perubahan volume bauran *casemix*. Data DRG juga bisa digunakan sebagai informasi bagi pihak ketiga sebagai *payer* untuk membandingkan *provider* mana yang menghasilkan pelayanan pada unit *cost* yang paling rendah.

2.4.3 Manfaat INA-DRGs dan INA-CBGs

Adapun keuntungan atau manfaaat dari *INA-CBGs* (Depkes RI 2007:4), sebagai berikut :

a. Bagi Rumah Sakit

1. Transparansi tarif biaya pelayanan rawat inap dan rawat jalan di rumah sakit.
2. Sebagai salah satu cara untuk meningkatkan standar mutu pelayanan kesehatan.

3. Secara obyektif memantau pelaksanaan program "*Quality Assurance*".
4. Memudahkan mendapatkan informasi mengenai variasi pelayanan.
5. Dapat mengevaluasi pelayanan.
6. Dapat memantau perencanaan pelayanan pasien yang lebih baik dan tepat.
7. Dapat mempelajari proses pelayanan kesehatan pasien.
8. Dapat dijadikan sebagai alat perencanaan anggaran rumah sakit.

b. Bagi Pasien

1. Memberikan informasi prioritas pelayanan kesehatan berdasarkan tingkat keparahan pasien.
2. Pasien menerima kualitas pelayanan yang lebih baik.
3. Mengurangi resiko yang akan dihadapi pasien.
4. Mempercepat pemulihan dan meminimalkan kecacatan.

c. Bagi Instusi Kesehatan

1. Dapat mengevaluasi dan membandingkan kerja rumah sakit.
2. Mengembangkan kerangka kerja klinis dan aturan pelayanan.
3. *Banchmarking*.
4. Menstandarisasikan proses pelayanan kesehatan di rumah sakit.

d. Sedangkan manfaat dari pada *INA-CBGs* secara umum adalah sebagai berikut :

1. Tarif terstandarisasi dan lebih transparan
2. Penghitungan tarif pelayanan lebih objektif dan berdasarkan kepada biaya yang sebenarnya
3. Rumah sakit mendapatkan pembiayaan berdasarkan kepada beban kerja sebenarnya.

4. Dapat meningkatkan mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit

2.5 Soal-soal Latihan

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan data dan sebutkan jenis-jenis data pelayanan kesehatan!
2. Jelaskan perbedaan data administrasi dengan data klinis!
3. Sebutkan komponen data minimal pada data administrasi dan data klinis!
4. Jelaskan apa yang dimaksud dengan case-mix INA-CBs!
5. Sebutkan komponen data case-mix INA-CBs!

POKOK BAHASAN 3

SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT (SIRS)

Deskripsi Mata Kuliah

Setelah mempelajari bagian ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami tentang system informasi rumah sakit.

Kompetensi

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Memahami Konsep Dasar Sistem Informasi Rumah Sakit
2. Memahami jenis pelaporan RS
3. Memahami Ketentuan dalam pengisian formulir pelaporan RS
4. Memahami cara pengisian formulir pelaporan RS

3.1 Konsep Dasar Sistem Informasi Rumah Sakit

Kebutuhan akan data dan informasi saat ini berkembang sangat pesat, dilihat dari segi kuantitas maupun kualitasnya. Dengan telah berlakunya Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik (KIP) maka tersedianya data dan informasi mutlak dibutuhkan terutama oleh badan layanan umum seperti rumah sakit. Data dan Informasi tersebut setiap tahunnya mengalami perubahan seiring dengan perkembangan zaman, sehingga revisi dalam Sistem Informasi Rumah Sakit yang sudah ada saat ini mutlak dibutuhkan.

Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) adalah suatu proses pengumpulan, pengolahan dan penyajian data rumah sakit se Indonesia. Sistem informasi ini mencakup semua Rumah Sakit

umum maupun khusus, baik yang dikelola secara publik maupun privat sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

SIRS ini merupakan penyempurnaan dari SIRS Revisi V yang disusun berdasarkan masukan dari tiap direktorat dan sekretariat di lingkungan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan. Hal ini diperlukan agar dapat menunjang pemanfaatan data yang optimal serta semakin meningkatnya kebutuhan data saat ini dan yang akan datang. Ketentuan tentang jenis pelaporan dan tata cara dalam pengisian pelaporan rumah sakit tersebut telah ditetapkan menurut PERMENKES RI Nomor 1171/Menkes/Per/VI/2011 tertanggal 15 Juni 2011.

3.2 Jenis Formulir Pelaporan Rumah Sakit

1. Formulir Pelaporan Data Dasar Rumah Sakit (RL1 A)

RL1 adalah formulir untuk data dasar rumah sakit. Formulir ini dilaporkan setiap 1 tahun sekali oleh rumah sakit, khusus untuk RL 1A di laporkan setiap waktu apabila ada perubahan.

A. Ketentuan dalam pengisian formulir

- 1) Untuk data tempat tidur, bagi rumah sakit yang tidak bisa mengelompokkan jumlah tempat tidur per pelayanan rawat inap, maka jumlah tempat tidur tersebut diletakkan pada jenis pelayanan umum;
- 2) Pelayanan rawat inap perinatologi adalah pelayanan rawat inap yang khusus disediakan bagi bayi baru lahir;
- 3) Setiap rumah sakit umum, minimal mempunyai ruang rawat inap umum, obstetri dan perinatologi dengan jumlah tempat tidur tersendiri, oleh karena itu setiap rumah sakit umum minimal mengisi jumlah

- tempat tidur untuk pelayanan rawat inap umum, obstetri dan perinatologi;
- 4) Kecuali bagi rumah sakit umum yang tidak mempunyai ruang rawat obstetri tersendiri (tempat tidur untuk pasien obstetri digabung pada ruang rawat inap umum) maka pada rumah sakit umum tersebut hanya mengisi alokasi tempat tidur pada umum dan perinatologi saja;
 - 5) Yang dimaksud dengan jumlah tempat tidur adalah jumlah tempat tidur yang tersedia pada ruang rawat inap. Jumlah tempat tidur ini bukanlah kapasitas tempat tidur;
 - 6) Jumlah tempat tidur tersebut tidak termasuk tempat tidur yang dipergunakan untuk bersalin, kamar pemulihan (RR), kamar tindakan, untuk pemeriksaan pada unit rawat jalan (umum, spesialisasi dan subspesialisasi serta unit rawat jalan gigi) dan klinik unit rawat darurat;
 - 7) Jumlah tempat tidur untuk jenis pelayanan ICU, ICCU dan NICU/PICU diisi jika Rumah Sakit tersebut sudah mempunyai ruang rawat inap tersendiri dengan tempat tidur dan peralatan khusus untuk pelayanan ICU, ICCU dan NICU/PICU tersebut;
 - 8) Untuk Rumah Sakit Khusus yang hanya melayani satu jenis pelayanan spesialisasi, jumlah tempat tidur dilaporkan pada masing-masing ruang rawat inap yang sesuai dengan spesialisasinya.

B. Tata Cara Pengisian Formulir

1. Formulir identitas rumah sakit, terdiri dari:
 - a. Nomor Kode Rumah Sakit, diisi sesuai dengan nomor kode rumah sakit yang bersangkutan.

- b. Nama Rumah Sakit, diisi sesuai dengan nama rumah sakit yang bersangkutan.
- c. Jenis Rumah Sakit, diisi sesuai dengan kode jenis rumah sakit;

Kode	Jenis Rumah Sakit	Uraian
A	R S U	Rumah Sakit Umum
B	RS Jiwa/RSKO	Rumah Sakit Jiwa/ Ketergantungan Obat
C	R S B	Rumah Sakit Bersalin
D	RS Mata	Rumah Sakit Mata
E	RS Kanker	Rumah Sakit Kanker
F	RSTP	Rumah Sakit Tuberkulosa Paru
G	RS Kusta	Rumah Sakit Kusta
H	RS Penyakit Infeksi	Rumah Sakit Penyakit Infeksi
I	RSOP	Rumah Sakit Orthopedi
J	RSK P. Dalam	Rumah Sakit Khusus Penyakit Dalam
K	RSK Bedah	Rumah Sakit Khusus Bedah
L	RS Jantung	Rumah Sakit Jantung
M	RSK THT	Rumah Sakit Khusus THT
N	RS Stroke	Rumah Sakit Stroke
O	RSAB	Rumah Sakit Anak dan Bunda
P	RSK Anak	Rumah Sakit Khusus Anak
Q	RSK Syaraf	Rumah Sakit Khusus Syaraf
R	RSK Ginjal	Rumah Sakit Khusus Ginjal
T	RSK GM	Rumah Sakit Khusus Gigi dan Mulut

d. Kelas rumah sakit :

Kepemilikan RS	Kelas
Depkes, Pemprov, Pemkab/Kota	A, B, C atau D
TNI/Polri	1, 2, 3 atau 4
Kementerian lain/BUMN, Swasta	Tanpa kelas (biarkan kosong)

- e. Nama Direktur Rumah Sakit, diisi dengan jelas dan lengkap nama direktur rumah sakit yang bersangkutan.
- f. Alamat Lokasi Rumah Sakit, diisi dengan nama jalan lokasi rumah sakit yang bersangkutan,serta dimasukkan nomor telepon, juga email resmi rumah sakit. Ditambahkan juga nomor telepon Bagian Umum atau Humas rumah sakit untuk kemudahan menghubungi rumah sakit, disertakan juga alamat website jika tersedia (kode pos rumah sakit).
- g. Luas rumah sakit, diisikan luas tanah yang dimiliki rumah sakit dan luas dari bangunan yang ada dalam satuan meter persegi.
- h. Surat Izin Adalah surat izin penyelenggaraan/operasional yang diterbitkan oleh instansi yang berwenang. NOMOR dan TANGGAL diisi sesuai dengan nomor dan tanggal surat izin atau surat penunjukan yang dikeluarkan untuk legalisasi rumah sakit. OLEH, diisi dengan jabatan dari kantor/instansi yang mengeluarkan surat izin rumah sakit. SIFAT, dipilih salah satu berdasarkan pilihan yang tersedia (Sementara, Tetap atau Perpanjangan). MASA BERLAKU diisi

dengan tahun masa berlakunya surat izin bagi rumah sakit yang sifatnya perpanjangan.

i. Penyelenggara Rumah Sakit

- Nama Diisi dengan lengkap dan jelas sesuai nama penyelenggara Rumah Sakit tersebut.
Contoh : - Kementerian Kesehatan - Pemda Provinsi Sumatera Utara - Pemda Kabupaten Deli Serdang - Jan Kes TNI AD - Kes Dam V/Jaya - PT/Yayasan
- Status Diisi sesuai dengan Kode Pengelompokan Penyelenggara Rumah Sakit yang terdiri dari 2 angka : Khusus Rumah Sakit Swasta, Pilihlah sesuai dengan pilihan yang tersedia.

j. Akreditasi Akreditasi adalah pengakuan terhadap rumah sakit yang telah memenuhi standar yang telah ditetapkan yang terdiri dari :

Pentahapan I : Akreditasi 5 (lima) pelayanan disebut akreditasi tingkat dasar.
Meliputi : administrasi manajemen, pelayanan medik, rawat darurat, keperawatan dan rekam medik.

Pentahapan II : Akreditasi (dua belas) pelayanan disebut akreditasi tingkat lanjut.
www.djpp.depkumham.go.id

Meliputi : administrasi manajemen, pelayanan medik, gawat darurat, keperawatan, rekam medik, kamar operasi, laboratorium, radiologi, farmasi, K-3, pengendalian infeksi, perinatal resiko tinggi.

Pentahapan III :Akreditasi lengkap meliputi 16 (enam belas) pelayanan tahap II ditambah dengan sisa kegiatan pelayanan, diantaranya terdapat kegiatan pelayanan rehabilitasi medik, anestesi dan lain-lain. Untuk menetapkan status akreditasi di rumah sakit, pilihlah sesuai dengan pilihan yang tersedia.

- Akreditasi Penuh, diberikan untuk jangka waktu tiga tahun kepada rumah sakit yang telah dapat memenuhi standar yang ditetapkan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit dan Sarana Kesehatan lainnya.
 - Akreditasi Bersyarat, status ini diberikan bila rumah sakit telah dapat memenuhi persyaratan minimal tetapi belum cukup untuk mendapatkan akreditasi penuh karena ada beberapa kriteria standar yang diberi rekomendasi khusus.
 - Gagal Terakreditasi, suatu rumah sakit tidak dapat memperoleh status akreditasi bila rumah sakit tersebut dianggap belum mampu memenuhi standar yang ditetapkan.
 - Belum Terakreditasi, status ini diberikan untuk rumah sakit yang belum mengajukan persyaratan akreditasi.
- k. Tanggal Akreditasi, diisi sesuai dengan tanggal, bulan, dan tahun kapan akreditasi dikeluarkan
- l. Indikator Pelayanan Rumah Sakit 3 (tiga) tahun terakhir, yang harus diisi adalah BOR, LOS, BTO,

TOI, NDR, GDR dan jumlah kunjungan perhari selama 3 (tiga) tahun terakhir

m. Fasilitas Tempat Tidur, tempat tidur menurut jenis pelayanan dan kelas perawatan.

2. Formulir Data Keadaan Ketenagaan Rumah Sakit (formulir RL2)

A. Penjelasan tentang formulir

1. Data rekapitulasi semua tenaga yang ditetapkan resmi bekerja di suatu rumah sakit berdasarkan jenis kelamin.
2. Data ketenagaan rumah sakit adalah semua jenis tenaga yang bekerja di rumah sakit baik tenaga kesehatan seperti: tenaga medis, kefarmasian, kesehatan masyarakat, gizi, keterampilan fisik, keteknisian medis maupun tenaga non kesehatan.
3. Kualifikasi pendidikan yang dilaporkan dalam pengelompokan jenis ketenagaan berdasarkan pada pendidikan tertinggi yang dicapai tenaga yang bersangkutan.
4. Tenaga dokter yang mengikuti Program Pendidikan Pasca Sarjana (PPDS) di suatu rumah sakit dicatat pada rumah sakit pendidikan yang menyelenggarakan PPDS tersebut, bukan oleh rumah sakit yang mengirim.
5. Dokter umum yang sedang mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis/Pasca Sarjana (brevet keahlian) pada rumah sakit pendidikan dikelompokkan dalam kategori dokter PPDS (nomor 1.2).
6. Bagi tenaga dokter, dokter gigi yang memperoleh pendidikan tambahan seperti MHA, MARS, M.Kes, dan sebagainya dikelompokkan dalam kategori Dokter/Dokter Gigi S2 (nomor 1.66) dan kategori

Dokter/Dokter Gigi S3 Kesehatan Masyarakat (nomor 1.77).

7. Dokter Spesialis yang menyelesaikan sub spesialisasinya (S3) dan menjadi tenaga pengajar/konsultan. (nomor 1.88)

B. Ketentuan dalam pengisian formulir

1. Isilah dengan lengkap dan jelas setiap pengisian nama rumah sakit, kode rumah sakit, periode pelaporan, tahun pelaporan serta penulisan angka-angka jumlah tenaga berdasarkan dengan jenis kelamin.
2. Isi jumlah tenaga tersebut berdasarkan kualifikasi pendidikan jenis dan kelamin. Apabila kategori tenaga tertentu tidak ada di rumah sakit maka kolom yang tersedia agar dibiarkan kosong.
3. Khusus bagi rumah sakit pendidikan, untuk bagian pertama (tenaga medis) termasuk tenaga medis yang mengikuti PPDS di rumah sakit tersebut.

3. Formulir Data Kegiatan Pelayanan Rumah Sakit(RL3)

A. Penjelasan tentang formulir

1. Jenis pelayanan rawat inap disuatu rumah sakit diisi sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan pada pasien.
2. Untuk rumah sakit yang mempunyai ruangan sesuai spesialisasinya, maka mengisi jenis pelayanan sesuai dengan ruangan tersebut, sedangkan untuk rumah sakit yang mempunyai satu ruangan dengan berbagai jenis pelayanan maka mengisikan data pada jenis pelayanan umum.

3. Untuk ruang perawatan obstetri (ibu melahirkan dan nifas) yang mempunyai rawat gabung akan melaporkan juga jenis pelayanan perinatologi.
4. Untuk rumah sakit khusus yang menampung hanya satu jenis pelayanan spesialisasi (rumah sakit jiwa, rumah sakit mata, rumah sakit kusta, rumah sakit tuberkulosa paru dan sebagainya), kegiatan rawat inap dilaporkan pada masing-masing ruang rawat inap yang sesuai dengan spesialisasinya.
5. Pelayanan rawat inap disuatu rumah sakit mempunyai tingkatan pelayanan yang diperinci menurut kelas perawatan. Kelas perawatan tersebut ditentukan oleh masing-masing rumah sakit dan untuk standardisasi berbagai kelas telah diadakan pengelompokan kelas perawatan.
6. Kelas perawatan rawat inap yang ada disuatu rumah sakit harus tercermin pada pengisian RL3 halaman 1 dan RL1 halaman 2. Pengisian kelas perawatan pada formulir RL3 harus sesuai dengan kelas perawatan yang dinyatakan pada RL1.
7. Untuk beberapa jenis pelayanan rawat jalan tertentu antara lain KB, jiwa, gigi dan mulut, radiologi, unit darurat, rehabilitasi medis harus tercermin pula perincian kegiatannya pada paragraf yang relevan dihalaman berikutnya dari formulir RL3 tersebut.

B. Tata Cara Pengisian Formulir

Mengisi identitas laporan dengan Nomor Kode Rumah sakit, Nama Rumah Sakit dan Periode Data.

A. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pasien Awal Tahun Isilah sesuai dengan jumlah pasien awal pada hari pertama Tahunan yang bersangkutan. Pasien awal tersebut merupakan pasien sisa hari terakhir Tahunan.
2. Pasien Masuk Isilah sesuai dengan jumlah pasien masuk selama satu tahun yang bersangkutan.
3. Pasien Keluar Hidup Isilah sesuai dengan jumlah pasien keluar hidup selama satu tahun yang bersangkutan.
4. Pasien Keluar Mati < 48 Jam Isilah sesuai dengan jumlah pasien mati kurang dari 48 jam selama satu tahun yang bersangkutan.
5. Pasien Keluar Mati dalam ≥ 48 jam Isilah sesuai dengan jumlah pasien mati dalam 48 jam dan lebih selama satu tahun yang bersangkutan.
6. Jumlah Pasien Keluar Mati Isilah sesuai dengan jumlah pasien keluar mati selama satu tahun yang bersangkutan. Pasien Keluar Mati sama dengan penjumlahan pasien mati < 48 jam dan pasien mati ≥ 48 jam (Kolom 8 = kolom 6 + kolom 7).
7. Jumlah Lama Dirawat Isilah sesuai dengan total lama dirawat dari pasien yang sudah keluar rumah sakit (hidup maupun mati).
8. Pasien Akhir Satu tahun Isilah sesuai dengan jumlah pasien yang masih dirawat pada hari terakhir satu tahun yang bersangkutan.
9. Jumlah Hari Perawatan Isilah sesuai dengan total hari rawat dari semua pasien yang dirawat selama satu tahun yang bersangkutan.
10. Jumlah Hari Perawatan VVIP Isilah sesuai dengan jumlah hari rawat pasien VVIP selama satu tahun yang bersangkutan.

11. Jumlah Hari Perawatan VVIP Isilah sesuai dengan jumlah hari rawat pasien VIP selama satu tahun yang bersangkutan.
12. Jumlah Hari Perawatan Kelas I Isilah sesuai dengan jumlah hari rawat pasien kelas I selama satu tahun yang bersangkutan.
13. Jumlah Hari Perawatan Kelas II Isilah sesuai dengan jumlah hari rawat pasien kelas II selama satu tahun yang bersangkutan
14. Jumlah Hari Perawatan Kelas III Isilah sesuai dengan jumlah hari rawat pasien kelas III selama satu tahun yang bersangkutan

B. PELAYANAN RAWAT DARURAT

1. Kasus-kasus Instalasi Rawat Darurat dibedakan antara kasus bedah, kasus non bedah dan kasus kebidanan, kasus psikiatri, kasus anak.
2. Total pasien untuk masing-masing kasus dibedakan, apakah pasien tersebut pasien rujukan atau non rujukan.
3. Pasien yang berkunjung ke Instalasi Rawat Darurat (setelah mendapat pertolongan dokter), tindak lanjut pelayanan sesuai dengan kondisi pasien, kemungkinan perlu untuk rawat inap, pulang dan dirujuk ke Rumah Sakit lain, atau kemungkinan mati di Instalasi rawat Darurat (mati sebelum dirawat) atau mati di dalam perjalanan (DOA).
4. Yang dimaksud “Rujukan” adalah jumlah banyaknya penderita yang datang ke Instalasi Rawat Darurat melalui Rujukan dari instansi kesehatan, petugas kesehatan, polisi dan hukum.
5. Yang dimaksud dengan “Non Rujukan” adalah orang yang datang ke Rumah Sakit atas kemauan sendiri (keluarga).

6. Yang dimaksud dengan "Dirawat" adalah jumlah banyaknya penderita yang setelah diperiksa memerlukan perawatan lebih lanjut pada satu tahun yang bersangkutan.
7. Yang dimaksud dengan "Dirujuk" adalah jumlah penderita yang setelah diperiksa perlu dirujuk ke rumah sakit yang lebih mampu pada satu tahun yang bersangkutan.
8. Yang dimaksud dengan "Pulang" adalah jumlah banyaknya penderita yang boleh pulang setelah diperiksa/diobati dalam satu tahun yang bersangkutan.
9. Yang dimaksud dengan "Mati di IRD" adalah jumlah penderita yang mati sewaktu masih dalam pengawasan atau pemeriksaan unit rawat darurat dalam satu tahun yang bersangkutan.
10. Yang dimaksud dengan "DOA (Death on Arrival)" adalah jumlah penderita yang mati sewaktu masih dalam perjalanan ke rumah sakit dalam satu tahun yang bersangkutan.
11. Total pasien (rujukan dan non rujukan) harus sama dengan Tindak Lanjut Pelayanan (Dirawat + Dirujuk + Pulang + Mati di IRD + DOA).
12. Setelah masing-masing kolom diisi dengan lengkap maka dijumlahkan kebawah untuk setiap kolom.

C. KEGIATAN KESEHATAN GIGI dan MULUT

1. Kegiatan kesehatan gigi dan mulut dilaporkan bagi rumah sakit yang telah melakukan kegiatan tersebut baik yang sudah mempunyai kursi gigi/unit gigi ataupun yang belum mempunyai peralatan tersebut.
2. Jika suatu rumah sakit mengisi perincian kesehatan gigi dan mulut (jenis kegiatan dan jenis kelainan) maka

kunjungan rawat jalan (3.14) gigi dan mulut butir nomor 14 wajib diisi karena perincian kunjungan baru dan kunjungan ulang dicatat pada pelayanan rawat jalan gigi.

3. Istilah-istilah yang dipakai/penjelasan untuk masingmasing kegiatan adalah sebagai berikut :
 - a. Jenis kegiatan Adalah setiap tindakan yang dikerjakan pada setiap kunjungan.
 - b. Tumpatan Semua tumpatan yang bersifat permanen baik amalgam maupun sintetik. Tumpatan gigi tetap, maksudnya tumpatan khusus pada gigi tetap. Tumpatan gigi sulung, maksudnya tumpatan khusus pada gigi sulung.
 - c. Pengobatan pulpa Semua tindakan yang dimaksudkan untuk pengobatan pulpa secara langsung termasuk : pemberian eugenol, pulp capping , prosedur dalam mummifikasi, exterpasi (semua tindakan dalam endodontik).
 - d. Pencabutan Semua tindakan pencabutan gigi secara biasa, bukan tindakan yang digolongkan tindakan operatif. www.djpp.depkumham.go.id Pencabutan gigi tetap, maksudnya pencabutan khusus pada gigi tetap. Pencabutan gigi sulung, maksudnya pencabutan khusus pada gigi sulung.
 - e. Pengobatan periodontal Semua tindakan/usaha yang ditujukan pada pengobatan periodontal baik dengan pengobatan secara topikal, suntikan, per oral, tanpa tindakan yang digolongkan tindakan operatif.
 - f. Pengobatan abses Semua tindakan/usaha yang ditujukan untuk mengobati abses baik dengan antibiotika, baik secara topikal, suntikan, per oral, tanpa tindakan yang digolongkan tindakan operatif.
 - g. Pembersihan karang gigi Semua kegiatan membersihkan karang gigi untuk RA maupun RB.

- h. Prostesis lengkap Termasuk dari bahan plastik maupun logam
- i. Prostesis sebagian Termasuk protesa sadel, prothesa sebagian, yang terbuat, dari bahan-bahan baik akrilik maupun logam, dengan menggunakan fasilitas unit teknik gigi.
- j. Prostesis cekat Termasuk inlay, makota, jembatan dengan memakai bahan akrilik maupun porselen, logam, dan lain-lain.
- k. Orthodonti
- l. Jacket/Bridge
- m. Bedah mulut

D. KEGIATAN KEBIDANAN

Untuk kegiatan kebidanan, asal pasien dibedakan menjadi rujukan dan non rujukan. Untuk rujukan dirinci menjadi Rujukan Medis yang terdiri dari (rujukan medis rumah sakit, bidan, puskesmas dan fasilitas kesehatan lainnya) dan rujukan non medis yang masing-masing dirinci menjadi jumlah pasien dan jumlah yang mati. Untuk pasien yang tidak bisa dilayani rumah sakit yang bersangkutan, jelaskan berapa pasien yang dirujuk keatas.

1. Persalinan Diisi sesuai dengan jumlah banyaknya orang yang melahirkan di rumah sakit selama satu tahun, Jumlah persalinan harus sama dengan jumlah persalinan normal ditambah dengan persalinan komplikasi ditambah dengan sectio cesarea.
 - a. Persalinan normal Diisi sesuai dengan jumlah banyaknya orang yang melahirkan normal di rumah sakit selama satu tahun baik spontan, forceps maupun vakum ekstraksi
 - b. Persalinan dengan komplikasi Diisi dengan jumlah banyaknya orang yang melahirkan dengan

komplikasi di rumah sakit selama satu tahun berjalan.

- c. Sectio Caesaria Diisi sesuai dengan jumlah banyaknya orang yang melahirkan dengan sectio caesaria di rumah sakit selama satu tahun.

2. Persalinan dengan komplikasi terdiri dari :

- a. Perdarahan sebelum persalinan Diisi sesuai dengan jumlah banyaknya orang yang melahirkan dengan perdarahan sebelum persalinan di rumah sakit selama satu tahun.
- b. Perdarahan sesudah persalinan Diisi sesuai dengan jumlah banyaknya orang yang melahirkan dengan perdarahan sesudah persalinan.
- c. Pre eclampsia Diisi sesuai dengan jumlah banyaknya orang yang melahirkan dengan komplikasi pre eclampsia.
- d. Eclampsia Diisi sesuai dengan jumlah banyaknya orang yang melahirkan dengan komplikasi eclampsia.
- e. Infeksi Diisi sesuai dengan jumlah banyaknya orang yang melahirkan dengan komplikasi infeksi.
- f. Lain-lain Diisi sesuai dengan jumlah banyaknya orang yang melahirkan dengan komplikasi lainnya.
- g. Jumlah persalinan dengan komplikasi harus sama dengan penjumlahan dari perdarahan sebelum persalinan sampai dengan lain-lain.

- 3. Abortus Diisi sesuai dengan jumlah banyaknya orang yang mengalami keguguran di rumah sakit selama 1 tahun.
- 4. Immunisasi terdiri dari TT1 dan TT2 Diisi sesuai dengan jumlah banyaknya kegiatan immunisasi yang dilakukan selama satu tahun yang dirinci menurut jenis imunisasi yaitu TT1 dan TT2 baik yang berasal dari rujukan maupun non rujukan.

E. KEGIATAN PERINATOLOGI

1. Bayi Lahir Hidup, diisi sesuai dengan jumlah banyaknya bayi lahir hidup di rumah sakit selama satu tahun dengan kelahiran bayi : a. < 2500 gr, diisi sesuai dengan jumlah banyaknya bayi lahir hidup dengan berat badan kurang dari 2500 gr yang berasal dari rujukan medis dan non medis, maupun non rujukan serta jumlah yang mati. b. ≥ 2500 gr, diisi sesuai dengan jumlah banyaknya bayi lahir hidup dengan berat badan sama atau lebih dari 2500 gr yang berasal dari rujukan medis dan non medis, maupun non rujukan serta jumlah yang mati.
2. Kematian Perinatal Diisi dengan jumlah banyaknya kematian perinatal di rumah sakit selama satu tahun yang terdiri dari : a. Kelahiran mati, diisi sesuai dengan jumlah banyaknya bayi lahir mati yang berasal dari rujukan maupun non rujukan b. Mati Neonatal < 7 hari, diisi sesuai dengan jumlah banyaknya bayi lahir mati neonatal < 7 hari yang berasal dari rujukan maupun non rujukan.
3. Sebab Kematian Perinatal Diisi sesuai dengan jumlah banyaknya kematian perinatal yang berasal dari rujukan maupun non rujukan dengan jumlah sebab kematian sebagai berikut :
 - a. Asfiksia
 - b. Trauma kelahiran
 - c. BBLR d. Tetanus neonatorum
 - e. Kelainan kongenital f. ISPA
 - g. Diare
 - h. Lain-lain

F. KEGIATAN PEMBEDAHAN (MENURUT GOLONGAN DAN SPESIALISASI)

1. Kegiatan yang dilaporkan meliputi tindakan operasi menurut golongan operasi dan spesialisasi.
2. Untuk golongan operasi dibedakan menjadi 4 kategori yaitu operasi khusus, operasi besar, operasi sedang dan operasi kecil
3. Spesialisasi yang dilaporkan diperinci sebagai berikut :
 - a. Bedah
 - b. Bedah Anak
 - c. Obstetrik dan Ginekologi
 - d. Kardiovaskuler
 - e. Bedah Saraf
 - f. Bedah Orthopedi
 - g. THT
 - h. Thorak
 - i. Mata
 - j. Digestive
 - k. Kulit dan Kelamin
 - l. Urologi
 - m. Gigi dan Mulut
 - n. Lain-lain

G. KEGIATAN RADIOLOGI

Yang dimaksud dengan Kegiatan Radiologi adalah semua kegiatan Radiodiagnostik, Radiotherapi, Kedokteran Nuklir dan Imaging/Pencitraan yang dilakukan oleh Rumah Sakit, tidak terbatas pada kegiatan yang dilakukan pada Bagian Radiologi saja tapi juga termasuk kegiatan seperti tersebut diatas yang dilakukan di bagian lain dilingkungan Rumah Sakit yang bersangkutan.

1. Untuk kegiatan Radiodiagnostik (A) isilah dengan jumlah kegiatan foto yang dilakukan menurut jenis foto selama satu tahun yang bersangkutan.

2. Untuk kegiatan Radioterapi (B) isilah dengan jumlah banyaknya pasien dengan kegiatan penyinaran yang dilakukan selama satu tahun yang bersangkutan.
3. Pada pemeriksaan Kedokteran Nuklir (C) isilah dengan jumlah banyaknya pasien dengan kegiatan pemeriksaan Kedokteran Nuklir yang dilakukan, selama satu tahun yang bersangkutan sesuai dengan jenis-jenis pemeriksaan yang dilakukan. Jenis pemeriksaan yang dilaporkan sesuai dengan rincian yang ada pada C.1 sampai dengan C.2.
4. Pada pemeriksaan Imaging/Pencitraan (D) isilah dengan jumlah banyaknya pasien dengan kegiatan pemeriksaan imaging/pencitraan yang dilakukan selama satu tahun yang bersangkutan, sesuai dengan jenis-jenis pemeriksaan yang dilakukan.

H. PEMERIKSAAN LABORATORIUM

H.1. Patologi Klinik

1. Kegiatan pemeriksaan patologi klinik terdiri dari:
 - a. Pemeriksaan hematologi (antara lain : sitologi sel darah, sitokimia darah, analisis Hb, bank darah, hemostasis dan kelompok pemeriksaan lain),
 - b. Pemeriksaan kimia klinik (antara lain : protein dan NPN, karbohidrat, lipid, lipoprotein, apoprotein, enzim, mikronutrient dan monitoring kadar terapi obat, elektrolit, fungsi organ, hormon dan fungsi endokrin serta kelompok pemeriksaan lain),
2. Untuk pemeriksaan laboratorium patologi klinik meliputi semua kegiatan pemeriksaan laboratorium patologi klinik di rumah sakit yang total kegiatannya akan terlihat pada lajur 99.

H.2. Mikrobiologi

1. Pemeriksaan mikrobiologi antara lain meliputi mikroskopi, isolasi dan identifikasi, hitung koloni, tes resistensi, parasit, jamur, dan virus.
2. Untuk pemeriksaan laboratorium mikrobiologi meliputi semua kegiatan pemeriksaan mikrobiologi di rumah sakit yang total kegiatannya akan terlihat pada lajur 99.

H.3. Immunologi

1. Pemeriksaan imunologi (antara lain : penilaian status imunitas, penilaian respon imun terhadap bakteri, mikoplasma, ricketsia, parasit, jamur dan kapang serta virus.
2. Untuk pemeriksaan laboratorium imunologi meliputi semua kegiatan pemeriksaan imunologi di rumah sakit yang total kegiatannya akan terlihat pada lajur 99.

H.4. Patologi Anatomi

1. Kegiatan pemeriksaan patologi anatomi antara lain : pemeriksaan histopatologi, sitopatologi, histokimia, imunopatologi, patologi molekuler, dan kelompok lain - lain.
2. Untuk pemeriksaan laboratorium patologi anatomi meliputi semua kegiatan pemeriksaan laboratorium patologi anatomi di rumah sakit yang total kegiatannya akan terlihat pada lajur 99.

H.5. Toksikologi

1. Kegiatan pemeriksaan toksikologi antara lain : pemeriksaan yang terdiri dari 13 item mulai dari Pemeriksaan Amphetamin sampai dengan MDMA (Methylen Dioxy Methyl Amphetamine).

2. Untuk pemeriksaan laboratorium toksikologi meliputi semua kegiatan pemeriksaan laboratorium toksikologi di rumah sakit yang total kegiatannya akan terlihat pada lajur 99.

I. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

1. Pelayanan rehabilitasi medik biasanya dilakukan pada rumah sakit umum, rumah sakit orthopedi dan prostesis serta rumah sakit jiwa dan rumah sakit kusta.
2. Untuk jenis tindakan medis (1) dari butir nomor 1.1 sampai dengan 1.10, tindakan fisioterapi (2) dari butir nomor 2.1. sampai dengan 2.6, tindakan okupasiterapi (3) dari butir No. 3.1 sampai dengan 3.9, tindakan terapi wicara (4) dari butir No. 4.1 sampai dengan 4.3, psikologi (5) dari butir nomor 5.1 sampai dengan 5.2, sosial medis (6) dari butir 6.1 sampai dengan 6.3, dan ortotik prostetik (7) merupakan penjumlahan dari butir No. 7.1 sampai dengan 7.3, isilah www.djpp.depkumham.go.id dengan jumlah kegiatan selama satu tahun untuk masing-masing jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit.
3. Untuk kegiatan pembuatan alat bantu nomor 7.1 dan pembuatan alat anggota tiruan nomor 7.2 isilah dengan jumlah alat-alat pembantu yang selesai dibuat dalam satu tahun yang bersangkutan.
4. Untuk kegiatan kunjungan rumah (8) isilah sesuai dengan jumlah kegiatan yang selesai pada satu tahun yang bersangkutan.

J. KEGIATAN PELAYANAN KHUSUS

1. Jika satu jenis kegiatan dilakukan di beberapa unit/bagian maka angka yang dilaporkan adalah penjumlahan angka-angka dari unit-unit/bagian yang melakukan kegiatan

tersebut. Contoh : untuk rumah sakit besar (rumah sakit kelas A dan B), maka alat untuk pemeriksaan Elektro Kardiografi (EKG) ada di poli jantung, poli penyakit dalam, poli kebidanan, unit rawat darurat dan sebagainya, maka Kegiatan yang dilaporkan merupakan penjumlahan dari beberapa poli tersebut.

2. Untuk kegiatan pelayanan khusus yang belum tercantum pada lajur-lajur yang telah ditetapkan maka tulislah kegiatan tersebut pada lajur 88 lain-lain.
- 3.11 KEGIATAN KESEHATAN JIWA 1. Kegiatan yang termasuk didalamnya adalah kegiatankegiatan yang dilakukan di poliklinik psikiatri rumah Sakit.
3. Data yang dilaporkan adalah jumlah kunjungan dari penderita-penderita yang datang ke poliklinik psikiatri tersebut untuk berbagai jenis terapi yaitu : . Psikotes, konsultasi, terapi medikamentosa, elektro medik, psikoterapi, playtherapy, rehabilitasi medik psikiatrik.
4. Jika penderita hanya menerima satu jenis terapi maka catatlah jumlah kunjungan tersebut pada salah satu jenis terapi yang dimaksud; tetapi jika penderita dalam satu kunjungan memperoleh terapi lebih dari satu macam, maka kunjungan tersebut dicatat pada terapi utama yang diterima penderita tersebut pada saat kunjungan tersebut.

K. KEGIATAN KELUARGA BERENCANA

1. Kegiatan keluarga berencana terdiri dari konseling, KB baru dengan cara masuk, KB baru dengan kondisi, kunjungan ulang dan keluhan efek samping.
2. Konseling antara lain dilaksanakan pada saat Ante Natal Care (ANC), selama persalinan, pasca persalinan.
3. KB baru dengan cara masuk : bukan rujukan, rujukan rawat inap dan rujukan rawat jalan berdasarkan metoda kontrasepsi yang dipakai. Catatan : Pengertian rujukan pada

kegiatan keluarga berencana, termasuk rujukan yang berasal dari rumah sakit itu sendiri (rawat inap maupun rujukan rawat jalan).

4. KB baru dengan kondisi Diisi jumlah peserta KB Baru dengan kondisi pasca persalinan, abortus dan lainnya berdasarkan metoda kontrasepsi yang dipakai.
5. Kunjungan Ulang Diisi jumlah kunjungan ulang berdasarkan metoda kontrasepsi yang dipakai.
6. Keluhan Efek Samping Diisi jumlah keluhan efek samping dan keluhan efek samping yang dirujuk keatas, berdasarkan metoda kontrasepsi yang dipakai.

L. KEGIATAN FARMASI RUMAH SAKIT

L-1. Pengadaan Obat Data

yang dilaporkan adalah jumlah item obat yang masuk dalam daftar formularium dan jumlah item obat yang tersedia di rumah sakit.

1. Golongan obat Dibagi menjadi 3 golongan yaitu obat generik, Obat Non Generik Formularium dan obat non generik.
2. Jumlah item obat Diisi dengan jumlah item obat sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
3. Jumlah item obat yang tersedia di rumah sakit Adalah jumlah item obat yang saat laporan ini dibuat masih menjadi stok rumah sakit
4. Jumlah item obat formularium tersedia di rumah sakit Adalah jumlah item obat formularium yang saat laporan ini dibuat masih menjadi stok rumah sakit.

L-2. Penulisan dan Pelayanan Resep

Data yang dilaporkan berdasarkan asal resep yang dirinci menjadi 3 yaitu : - Resep dari pasien rawat jalan - Resep dari IGD - Resep dari pasien rawat inap, untuk resep yang diberikan secara individual.

M. KEGIATAN RUJUKAN

1. Kegiatan rujukan untuk pengobatan/perawatan penderita akan tercermin dalam pola pengiriman penderita dari suatu unit kepada unit yang lebih mampu dan sebaliknya.
2. Untuk dapat memperoleh informasi tentang pola pengiriman penderita tersebut maka pada BAB ini dimintakan data tentang penderita rujukan dan penderita dirujuk.
3. Penderita rujukan artinya penderita yang diterima dari unit-unit yang kurang mampu untuk mendapat pelayanan yang lebih baik pada unit tersebut dan setelah selesai pengobatan dikirim kembali ke unit-unit yang mengirim.
4. Penderita dirujuk artinya penderita yang dikirim dari suatu unit kepada unit yang lebih mampu untuk mendapatkan pelayanan yang lebih sempurna dan setelah selesai pengobatan dikirim kembali kepada unit yang mengirim.

N. CARA PEMBAYARAN

Diisi sesuai dengan cara pembayaran pasien terdiri dari membayar, asuransi atau gratis.

4. Laporan Data Morbiditas dan Mortalitas (RL 4)

4.1. Data Keadaan Morbiditas Dan Mortalitas Pasien Rawat Inap Rumah Sakit (RL4a)

A. Penjelasan

1. Formulir RL4a adalah formulir untuk data keadaan morbiditas pasien rawat inap yang merupakan formulir rekapitulasi dari jumlah pasien keluar rumah sakit (hidup dan mati) untuk per semester.
2. Data dikumpulkan dari tanggal 1 Januari sampai dengan 30 Juni dan 1 Juli sampai dengan 31 Desember setiap tahunnya.
3. Untuk semua pasien keluar rumah sakit pada tanggal 1 Januari sampai dengan 30 Juni dan semester berikutnya, dibuatkan rekapitulasi dan dilaporkan dengan mengisi formulir RL4a.
4. Pengelompokan jenis penyakit yang terdapat pada formulir RL4a disusun menurut pengelompokan jenis penyakit sesuai dengan daftar tabulasi dasar KIP/10, dan penambahan kelompok DTD pada Gabungan Sebab Sakit. Terdapat penambahan 19 kelompok DTD dari 489 kelompok menjadi 508 kelompok.
5. Penambahan kelompok DTD pada golongan sebab luar morbiditas dan mortalitas. Tidak terdapat penambahan kelompok DTD, untuk penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja.
6. Data jumlah pasien keluar rumah sakit untuk setiap jenis penyakit diperinci menurut golongan umur, menurut seks dan jenis kelamin dari pasien keluar rumah sakit tersebut.

B. Cara Pengisian Formulir

1. Cara pengisian formulir RL4a untuk setiap jenis penyakit adalah SAMA yaitu diisi dengan jumlah banyaknya pasien

keluar hidup dan mati dari Rumah Sakit menurut golongan umur dan seks.

2. Jika tidak ada pasien keluar untuk sesuatu jenis penyakit, maka kolom yang tersedia biarkan kosong.
3. Kolom 5 sampai dengan kolom 22 untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya pasien keluar dari Rumah Sakit yang sesuai antara umur, jenis kelamin dengan penyakitnya. Misalkan :
 - a. Penyakit kongenital hanya bisa masuk di kolom 5
 - b. Penyakit kebidanan hanya diisikan di kolom perempuan
4. Kolom 5 sampai dengan Kolom 22 untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru yang sesuai antara umur, jenis kelamin dengan penyakitnya dirinci per jenis kelamin yaitu lakilaki (L) dan perempuan (P).
5. Kolom 5 dan 6 - Pasien Keluar umur 0 - < 6 hari Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya Pasien Keluar Rumah Sakit umur 0 - < 6 hari pada periode yang ditetapkan berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
6. Kolom 7 dan 8 - Pasien Keluar umur 7 - < 28 hari Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya Pasien Keluar Rumah Sakit umur 7 - < 28 hari pada periode yang ditetapkan berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
7. Kolom 9 dan 10 - Pasien Keluar umur 28 hari - < 1 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya Pasien Keluar Rumah Sakit yang berumur 28 hari - < 1 tahun pada periode yang ditetapkan berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
8. Kolom 11 dan 12 - Pasien Keluar umur 1-4 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya Pasien Keluar Rumah Sakit umur 1 - 4 tahun pada periode yang ditetapkan

berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P)

9. Kolom 13 dan 14 - Pasien Keluar umur 6 - 14 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya Pasien Keluar Rumah Sakit umur 5 - 14 tahun pada periode yang ditetapkan berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
10. Kolom 15 dan 16 - Pasien Keluar umur 15 - 24 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya Pasien Keluar Rumah Sakit umur 15 - 24 tahun pada periode yang ditetapkan berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
11. Kolom 17 dan 18 - Pasien Keluar umur 25 - 44 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya Pasien Keluar Rumah Sakit umur 25 - 44 tahun pada periode yang ditetapkan berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
12. Kolom 19 dan 20 - Pasien Keluar umur 45 - 64 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya Pasien Keluar Rumah Sakit umur 45 - 64 tahun pada periode yang ditetapkan berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
13. Kolom 21 dan 22 - Pasien Keluar umur 65 tahun keatas Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya Pasien Keluar Rumah Sakit umur 65 tahun keatas pada periode yang ditetapkan berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
14. Kolom 23 - Pasien Keluar, laki-laki Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya pasien lakilaki yang keluar rumah sakit pada periode yang ditetapkan

15. Kolom 24 - Pasien Keluar, perempuan Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya pasien perempuan yang keluar rumah sakit pada periode yang ditetapkan
16. Kolom 25 - Jumlah Pasien Keluar Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan jumlah banyaknya pasien keluar rumah sakit untuk periode yang ditetapkan (hidup dan mati).
17. Kolom 26 - Jumlah Pasien Keluar Mati Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya pasien keluar mati.
18. Beberapa penyakit gangguan mental (kode ICD-F) diisikan di kolom 13 sampai dengan 20
19. Untuk pengisian tiap kolom, kode penyakit harus sesuai dengan umur penderita
20. Untuk pengisian tiap kolom, kode penyakit harus sesuai dengan jenis kelamin
21. Untuk imunisasi pengisian di formulir RL4b saja
22. Untuk pasien melahirkan normal di formulir RL4a saja
23. Untuk pasien keluarga berencana (pemasangan spiral) diisi pada formulir RL4b saja

4.2. Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Jalan (RL4b)

A. Penjelasan

1. Formulir RL4b adalah formulir standar untuk data keadaan morbiditas pasien rawat jalan yang merupakan formulir rekapitulasi dari jumlah kasus baru dan jumlah kunjungan yang terdapat pada unit rawat jalan rumah sakit untuk periode triwulan.
2. Data dikumpulkan dari tanggal 1 Januari sampai dengan 30 Juni dan 1 Juli sampai dengan 31 Desember setiap tahunnya.
3. Untuk semua kasus baru yang ada pada tanggal 1 Januari sampai dengan 30 Juni, dan semester berikutnya dibuatkan rekapitulasinya dan dilaporkan dengan mengisi formulir RL4b.

4. Pengelompokan jenis penyakit yang terdapat pada formulir RL4b disusun menurut pengelompokan jenis penyakit sesuai dengan daftar tabulasi dasar KIP/10 dan penambahan kelompok DTD pada gabungan sebab sakit. Terdapat 19 kelompok DTD dari 489 kelompok menjadi 508 kelompok.
5. Penambahan kelompok DTD pada golongan sebab luar morbiditas dan mortalitas. tidak terdapat penambahan kelompok DTD, untuk penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja.
6. Data tentang jumlah kasus baru untuk setiap jenis penyakit diperoleh dari masing-masing unit rawat jalan kecuali dari radiologi, dan gizi.
7. Data jumlah kasus baru untuk setiap jenis penyakit diperinci menurut golongan umur dan jenis kelamin dari kasus baru tersebut.

B. Pengisian Formulir

1. Cara pengisian formulir RL4b untuk setiap jenis penyakit adalah SAMA yaitu diisi dengan jumlah banyaknya kasus baru (menurut golongan umur dan seks) serta jumlah kunjungan yang terdapat pada unit rawat jalan.
2. Jika tidak terdapat kasus baru atau kunjungan untuk sesuatu jenis penyakit, maka kolom yang tersedia biarkan kosong.
3. Kolom 5 sampai dengan kolom 22 untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru di Rumah Sakit yang sesuai antara umur, jenis kelamin dengan penyakitnya. Misalkan :
 - a. Penyakit kongenital hanya bisa masuk di kolom 5
 - b. Penyakit kebidanan hanya diisikan di kolom perempuan

4. Kolom 5 sampai dengan Kolom 22 untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru yang sesuai antara umur, jenis kelamin dengan penyakitnya dirinci per jenis kelamin yaitu lakilaki (L) dan perempuan (P).
5. Kolom 5 dan 6 - Pasien Baru umur 0 - < 6 hari. Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru yang berumur 0 - < 6 hari yang terdapat pada unit rawat jalan untuk periode yang ditetapkan dirinci per jenis kelamin yaitu lakilaki (L) dan perempuan (P).
6. Kolom 7 dan 8 - Pasien Keluar umur 7 - < 28 hari. Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru yang berumur 7 - < 28 hari yang terdapat pada unit rawat jalan www.djpp.depkes.go.id untuk periode yang ditetapkan dirinci per jenis kelamin yaitu lakilaki (L) dan perempuan (P).
7. Kolom 9 dan 10 - Kasus Baru umur 28 hari - £ 1 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru yang berumur 28 hari 1 -tahun yang terdapat pada unit rawat jalan untuk periode yang ditetapkan dirinci per jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
8. Kolom 11 dan 12 - Kasus Baru umur 1 - 4 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru umur 1 - 4 tahun yang terdapat pada unit rawat jalan untuk periode yang ditetapkan dirinci per jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
9. Kolom 13 dan 14 - Kasus Baru umur 5 - 14 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru umur 5 - 14 tahun yang terdapat pada unit rawat jalan untuk periode yang ditetapkan dirinci per jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
10. Kolom 15 dan 16 - Kasus Baru umur 15 - 24 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru umur 15 - 24 tahun yang terdapat pada unit rawat jalan

untuk periode yang ditetapkan dirinci per jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).

11. Kolom 17 dan 18 - Kasus Baru umur 25 - 44 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru umur 25 - 44 tahun yang terdapat pada unit rawat jalan untuk periode yang ditetapkan dirinci per jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
12. Kolom 19 dan 20 - Kasus Baru umur 45 - 64 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru umur 45 - 64 tahun yang terdapat pada unit rawat jalan untuk periode yang ditetapkan dirinci per jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
13. Kolom 21 dan 22 - Kasus Baru umur 65 tahun keatas Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru umur 65 tahun keatas yang terdapat pada unit rawat jalan untuk periode yang ditetapkan dirinci per jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
14. Kolom 23 - Kasus Baru, Laki-Laki Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru yang berjenis kelamin laki-laki yang terdapat pada unit rawat jalan untuk periode yang ditetapkan.
15. Kolom 24 - Kasus Baru, Perempuan Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru yang berjenis kelamin perempuan yang terdapat pada unit rawat jalan untuk periode yang ditetapkan.
16. Kolom 25 - Jumlah Kasus Baru Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya Jumlah Kasus Baru yang terdapat pada unit rawat jalan untuk periode yang ditetapkan.
17. Kolom 26 - Jumlah Kunjungan Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya Jumlah Kunjungan yang terdapat pada unit rawat jalan untuk periode yang ditetapkan.

18. Beberapa penyakit gangguan mental (kode ICD-F) diisikan di kolom 13 sampai dengan 20.
19. Untuk pengisian tiap kolom, kode penyakit harus sesuai dengan umur penderita.
20. Untuk pengisian tiap kolom, kode penyakit harus sesuai dengan jenis kelamin.
21. Untuk imunisasi pengisian di formulir RL4b saja.
22. Untuk pasien melahirkan normal di formulir RL4a saja.
23. Untuk pasien Keluarga Berencana (pemasangan spiral) diisi pada formulir RL4b saja.

5. Formulir Data Kegiatan Pelayanan Rumah Sakit (RL 5.1)

5.1. Cara Pengisian

1. Pengunjung Baru Pengunjung baru adalah pengunjung yang baru pertama kali datang yang diakses di rumah sakit dan dapat melakukan beberapa kunjungan di beberapa poliklinik sebagai kunjungan baru dengan kasus baru. Setiap pengunjung baru rumah sakit diberikan nomor rekam medik dengan menggunakan register penomoran dan dibuatkan folder rekam medik. Nomor rekam medik diberikan hanya 1 kali seumur hidup.
2. Pengunjung Lama Pengunjung lama adalah pengunjung yang datang untuk kedua dan seterusnya, yang datang ke poliklinik yang sama atau berbeda sebagai kunjungan lama atau kunjungan baru dengan kasus lama dan kasus baru. Tidak mendapat nomor rekam medik lagi,

5.2 Kunjungan Rawat Jalan

1. Kunjungan Baru Adalah pasien yang pertama kali datang ke salah satu jenis pelayanan rawat jalan, pada tahun yang sedang berjalan.
2. Kunjungan Lama Adalah kunjungan berikutnya dari suatu kunjungan baru, pada tahun yang berjalan.

3. Jika suatu rumah sakit umum hanya mempunyai satu poliklinik, maka poliklinik tersebut dikategorikan sebagai unit rawat jalan UMUM dan isilah dengan banyaknya kunjungan baru dan kunjungan ulang selama satu tahun yang bersangkutan pada UNIT RAWAT JALAN UMUM.
4. Jika suatu rumah sakit umum mempunyai unit rawat jalan UMUM dan satu atau lebih unit rawat jalan (poliklinik) tertentu lainnya maka isilah jumlah kunjungan baru dan jumlah kunjungan ulang masing-masing jenis unit rawat jalan yang ada.
5. Untuk rumah sakit khusus isilah jumlah kunjungan baru dan jumlah kunjungan ulang pada jenis unit rawat jalan yang cocok untuk jenis rumah sakitnya.
6. Jika suatu rumah sakit umum mempunyai pelayanan rawat jalan sub spesialisasi maka isilah sebagai berikut:
 - a. Jumlah kunjungan baru untuk setiap jenis pelayanan rawat jalan diisi dengan penjumlahan angka kunjungan baru dari pelayanan rawat jalan tersebut (spesialisasi atau umum) ditambah angka kunjungan baru dari berbagai sub spesialisasinya selama satu tahun yang bersangkutan, misalnya: Gastroenterologi diisi pada jenis pelayanan penyakit dalam.
 - b. Jumlah kunjungan ulang untuk setiap jenis pelayanan rawat jalan diisi dengan penjumlahan angka kunjungan ulang dari pelayanan rawat jalan tersebut (spesialisasi atau umum) ditambah angka kunjungan ulang dari berbagai sub spesialisasinya selama satu tahun yang bersangkutan.
7. Untuk pelayanan rawat jalan "DAY CARE" isilah sesuai dengan jumlah pasien rawat siang yang datang ke rumah sakit dalam satu tahun yang bersangkutan. untuk pasien yang berkunjung ini biasanya diberikan satu kali

makan siang akan tetapi bukan merupakan pasien rawat inap karena pasien tersebut datang pagi dan pulang di sore hari. **5.3 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Jalan**

A. Penjelasan

1. Formulir RL 5.3 adalah formulir untuk data keadaan morbiditas pasien rawat jalan yang merupakan formulir rekapitulasi dari jumlah pasien keluar rumah sakit (hidup dan mati) untuk satu tahun.
2. Data dikumpulkan dari tanggal 1 Januari sampai dengan 31 Desember setiap tahunnya.
3. Untuk semua pasien keluar rumah sakit pada tanggal 1 Januari sampai dengan 31 Desember berikutnya, dibuatkan rekapitulasi dan dilaporkan dengan mengisi formulir RL 5.3.
4. Pengelompokan jenis penyakit yang terdapat pada formulir RL 5.3 disusun menurut pengelompokan jenis penyakit sesuai dengan daftar tabulasi dasar KIP/10, dan penambahan kelompok DTD pada gabungan sebab sakit. Terdapat penambahan 19 kelompok DTD dari 489 kelompok menjadi 508 kelompok.
5. Penambahan kelompok DTD pada golongan sebab luar morbiditas dan mortalitas. Tidak terdapat penambahan kelompok DTD, untuk penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja.
6. Data jumlah pasien keluar rumah sakit untuk setiap jenis penyakit diperinci menurut golongan umur, menurut seks dan jenis kelamin dari pasien keluar rumah sakit tersebut.

B. Cara Pengisian Formulir

1. Cara pengisian formulir RL5.3 untuk setiap jenis penyakit adalah SAMA yaitu diisi dengan jumlah banyaknya pasien keluar hidup dan mati dari rumah sakit menurut golongan umur dan seks.

2. Jika tidak ada pasien keluar untuk sesuatu jenis penyakit, maka kolom yang tersedia biarkan kosong.
3. Kolom 5 sampai dengan kolom 22 untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya pasien keluar dari rumah sakit yang sesuai antara umur, jenis kelamin dengan penyakitnya. Misalkan : a. Penyakit kongenital hanya bisa masuk di kolom 5 b. Penyakit kebidanan hanya diisikan di kolom perempuan
4. Kolom 5 sampai dengan Kolom 22 untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru yang sesuai antara umur, jenis kelamin dengan penyakitnya dirinci per jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
5. Kolom 5 dan 6 - Pasien Keluar umur 0 - < 6 hari Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya pasien keluar rumah sakit umur 0 - < 6 hari pada periode yang ditetapkan berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
6. Kolom 7 dan 8 - Pasien Keluar umur 7 - < 28 hari Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya pasien keluar rumah sakit umur 7 - < 28 hari pada periode yang ditetapkan berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
7. Kolom 9 dan 10 - Pasien Keluar umur 28 hari - < 1 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya pasien keluar rumah sakit yang berumur 28 hari - < 1 tahun pada periode yang ditetapkan berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
8. Kolom 11 dan 12 - Pasien Keluar umur 1-4 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya pasien keluar rumah sakit umur 1 - 4 tahun pada periode yang ditetapkan berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P)

9. Kolom 13 dan 14 - Pasien Keluar umur 6 - 14 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya pasien keluar rumah sakit umur 5 - 14 tahun pada periode yang ditetapkan berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
10. Kolom 15 dan 16 - Pasien Keluar umur 15 - 24 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya pasien keluar rumah sakit umur 15 - 24 tahun pada periode yang ditetapkan berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
11. Kolom 17 dan 18 - Pasien Keluar umur 25 - 44 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya pasien keluar rumah sakit umur 25 - 44 tahun pada periode yang ditetapkan berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
12. Kolom 19 dan 20 - Pasien Keluar umur 45 - 64 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya pasien keluar rumah sakit umur 45 - 64 tahun pada periode yang ditetapkan berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
13. Kolom 21 dan 22 - Pasien Keluar umur 65 tahun keatas Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya Pasien Keluar rumah sakit umur 65 tahun keatas pada periode yang ditetapkan berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
14. Kolom 23 - Pasien Keluar, laki-laki Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya pasien laki-laki yang keluar rumah sakit pada periode yang ditetapkan
15. Kolom 24 - Pasien Keluar, perempuan Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya pasien perempuan yang keluar rumah sakit pada periode yang ditetapkan.

16. Kolom 25 - Jumlah Pasien Keluar Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan jumlah banyaknya pasien keluar rumah sakit untuk periode yang ditetapkan(hidup dan mati).
17. Kolom 26 - Jumlah Pasien Keluar Mati Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya Pasien Keluar Mati.
18. Beberapa penyakit gangguan mental (kode ICD-F) diisikan di kolom 13 sampai dengan 20
19. Untuk pengisian tiap kolom, kode penyakit harus sesuai dengan umur penderita
20. Untuk pengisian tiap kolom, kode penyakit harus sesuai dengan jenis kelamin
21. Untuk imunisasi pengisian di formulir RL4b saja
22. Untuk pasien melahirkan normal di formulir RL4a saja
23. Untuk pasien Keluarga Berencana (pemasangan spiral) diisi pada formulir RL5.3 saja

5.4 Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Jalan (RL 5.4)

A. Penjelasan

1. Formulir RL 5.4 adalah formulir standar untuk data keadaan morbiditas pasien rawat jalan yang merupakan formulir rekapitulasi dari jumlah kasus baru dan jumlah kunjungan yang terdapat pada unit rawat jalan rumah sakit untuk periode satu tahun.
2. Data dikumpulkan dari tanggal 1 Januari sampai dengan 31 Desember setiap tahunnya. 3. Untuk semua kasus baru yang ada pada tanggal 1 Januari sampai dengan 31 Desember, dan tahun berikutnya dibuatkan rekapitulasinya dan dilaporkan dengan mengisi formulir RL5.4.
3. Pengelompokan jenis penyakit yang terdapat pada formulir RL5.4 disusun menurut pengelompokan jenis penyakit sesuai dengan daftar tabulasi dasar KIP/10 dan penambahan kelompok DTD pada gabungan sebab sakit.

Terdapat 19 kelompok DTD dari 489 kelompok menjadi 508 kelompok.

4. Penambahan kelompok DTD pada golongan sebab luar morbiditas dan mortalitas. Tidak terdapat penambahan kelompok DTD, untuk penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja.
5. Data tentang jumlah kasus baru untuk setiap jenis penyakit diperoleh dari masing-masing unit rawat jalan kecuali dari radiologi, dan gizi.
6. Data jumlah kasus baru untuk setiap jenis penyakit diperinci menurut golongan umur dan jenis kelamin dari kasus baru tersebut.

B. Pengisian Formulir

1. Cara pengisian formulir RL5.4 untuk setiap jenis penyakit adalah SAMA yaitu diisi dengan jumlah banyaknya kasus baru (menurut golongan umur dan seks) serta jumlah kunjungan yang terdapat pada unit rawat jalan.
2. Jika tidak terdapat kasus baru atau kunjungan untuk sesuatu jenis penyakit, maka kolom yang tersedia biarkan kosong.
3. Kolom 5 sampai dengan kolom 22 untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru di Rumah Sakit yang sesuai antara umur, jenis kelamin dengan penyakitnya. Misalkan : a. Penyakit kongenital hanya bisa masuk di kolom 5 b. Penyakit kebidanan hanya diisikan di kolom perempuan
4. Kolom 5 sampai dengan Kolom 22 untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru yang sesuai antara umur, jenis kelamin dengan penyakitnya dirinci per jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
5. Kolom 5 dan 6 - Pasien Baru umur 0 - < 6 hari. Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru yang berumur 0 - < 6 hari yang terdapat pada unit rawat jalan

untuk periode yang ditetapkan dirinci per jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).

6. Kolom 7 dan 8 - Pasien Keluar umur 7 - < 28 hari. Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru yang berumur 7 - < 28 hari yang terdapat pada unit rawat jalan untuk periode yang ditetapkan dirinci per jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
7. Kolom 9 dan 10 - Kasus Baru umur 28 hari - £ 1 tahun www.djpp.depkumham.go.id Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru yang berumur 28 hari 1 - tahun yang terdapat pada unit rawat jalan untuk periode yang ditetapkan dirinci per jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
8. Kolom 11 dan 12 - Kasus Baru umur 1 - 4 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru umur 1 - 4 tahun yang terdapat pada unit rawat jalan untuk periode yang ditetapkan dirinci per jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
9. Kolom 13 dan 14 - Kasus Baru umur 5 - 14 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru umur 5 - 14 tahun yang terdapat pada unit rawat jalan untuk periode yang ditetapkan dirinci per jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
10. Kolom 15 dan 16 - Kasus Baru umur 15 - 24 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru umur 15 - 24 tahun yang terdapat pada unit rawat jalan untuk periode yang ditetapkan dirinci per jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
11. Kolom 17 dan 18 - Kasus Baru umur 25 - 44 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru umur 25 - 44 tahun yang terdapat pada unit rawat jalan

untuk periode yang ditetapkan dirinci per jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).

12. Kolom 19 dan 20 - Kasus Baru umur 45 - 64 tahun Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru umur 45 - 64 tahun yang terdapat pada unit rawat jalan untuk periode yang ditetapkan dirinci per jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
13. Kolom 21 dan 22 - Kasus Baru umur 65 tahun keatas Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru umur 65 tahun keatas yang terdapat pada unit rawat jalan untuk periode yang ditetapkan dirinci per jenis kelamin yaitu laki-laki (L) dan perempuan (P).
14. Kolom 23 - Kasus Baru, Laki-Laki Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru yang berjenis kelamin laki-laki yang terdapat pada unit rawat jalan untuk periode yang ditetapkan.
15. Kolom 24 - Kasus Baru, Perempuan
www.djpp.depkes.go.id Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya kasus baru yang berjenis kelamin perempuan yang terdapat pada unit rawat jalan untuk periode yang ditetapkan.
16. Kolom 25 - Jumlah Kasus Baru Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya jumlah kasus baru yang terdapat pada unit rawat jalan untuk periode yang ditetapkan.
17. Kolom 26 - Jumlah Kunjungan Untuk setiap jenis penyakit diisi dengan banyaknya jumlah kunjungan yang terdapat pada unit rawat jalan untuk periode yang ditetapkan.
18. Beberapa penyakit gangguan mental (kode ICD-F) diisi di kolom 13 sampai dengan 20
19. Untuk pengisian tiap kolom, kode penyakit harus sesuai dengan umur penderita
20. Untuk pengisian tiap kolom, kode penyakit harus sesuai dengan jenis kelamin

21. Untuk imunisasi pengisian di formulir RL5.4 saja
22. Untuk pasien melahirkan normal di formulir RL5.4 saja
23. Untuk pasien keluarga berencana (pemasangan spiral) diisi pada formulir RL5.4 saja

3.3 Soal-soal Latihan

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan system pelaporan rumah sakit serta sebutkan dasar hukum dalam pembuatan system informasi rumah sakit/pelaporan !
2. Sebutkan jenis-jenis laporan rumah sakit !
3. Jelaskan periode pelaporan rumah sakit !
4. Jelaskan mekanisme pelaporan rumah sakit !
5. Jelaskan tujuan dan kegunaan pelaporan rumah sakit !

POKOK BAHASAN 4

SISTEM INFORMASI PUSKESMAS

(SIMPUS)

Deskripsi Mata Kuliah

Setelah mempelajari bagian ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami tentang system informasi rumah sakit.

Kompetensi

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Memahami Konsep dasar Sistem Informasi Puskesmas
2. Memahami Jenis pelaporan puskesmas
3. Memahami tata cara pelaporan puskesmas

4.1 Konsep Dasar Sistem Informasi Puskesmas

(SIMPUS)

Menteri kesehatan telah membuat keputusan tentang Panduan praktik klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Menggantikan permeneks No. 5 Tahun 2014. KMK Merupakan panduan bagi dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama, yang selanjutnya disebut PPK Dokter merupakan pedoman bagi dokter dalam melaksanakan praktik kedokteran di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama baik milik Pemerintah maupun masyarakat yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya.

Keputusan menteri kesehatan in berisi 2 lampiran, lampiran 1 berisi Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama . Dalam melaksanakan praktik kedokteran sesuai dengan PPK Dokter diperlukan keterampilan

klinis sesuai dengan Panduan Keterampilan Klinis bagi dokter. Secara detail dijabarkan di Lampiran 2. Modifikasi terhadap pelaksanaan PPK Dokter dapat dilakukan oleh dokter di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama hanya berdasarkan keadaan tertentu untuk kepentingan pasien. Yang dimaksud dalam keadaan tertentu meliputi keadaan khusus pasien, kedaruratan, keterbatasan sumber daya, dan perkembangan ilmu kedokteran dan teknologi berbasis bukti (evidence based). Penatalaksanaan pasien peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) harus menggunakan obat yang tercantum dalam Formularium Nasional. Menteri Kesehatan, Gubernur, dan Bupati/Walikota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan PPK Dokter dengan melibatkan organisasi profesi.

Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (**SIMPUS**) adalah sebuah sistem Informasi yang terintegrasi dan didesain multi user yang disiapkan untuk menangani keseluruhan proses manajemen puskesmas. Dalam implementasinya, **Digital Sense** telah merilis dua versi sekaligus yaitu berbasis desktop (OS Windows) dan berbasis web (OS Open Source). **SIMPUS** ini terdiri atas berbagai modul yaitu: Admin Sistem (manajemen user), Loker, Poli BP/umum, Poli Gigi, Lab/Radiologi, Apotek, Poli KIA, UGD, Rawat Inap, Kegiatan Luar Gedung/UKM, Pojok Gizi, Pelayanan KB, Manajemen Aset, dan Kepegawaian. Memungkinkan koneksi online Dinas Kesehatan ke Puskesmas/Pustu secara real time. Ditunjang dengan berbagai macam fitur yang memudahkan penggunaan (user), antara lain:

- Tata tampilan tab view menarik
- Mudah digunakan (**User friendly**)
- Laporan lengkap (administrasi ke dinas)
- Output bisa **convert excel** dan pdf
- Fasilitas pencarian data pasien
- Fasilitas **auto backup** data

Indonesia bersama negara-negara sedunia telah menyepakati tujuan pembangunan milinium atau yang dikenal dengan **Millenium Development Goals** (MDGs). Sedikitnya ada lima goal dari delapan goal MDGs yang bersentuhan langsung dengan bidang kesehatan. Penanggulangan kelaparan dan gizi buruk, penurunan angka kematian anak, peningkatan kesehatan ibu, memerangi HIV/AIDS, Malaria dan penyakit menular lainnya dan menjaga kesehatan lingkungan. Dengan demikian bidang kesehatan secara luas menjadi tumpuan dari pencapaian MDGs.

Di Indonesia, penguatan peran bidang kesehatan menjadi andalan program pembangunan di samping bidang pendidikan. Dalam hal ini penguatan peran **Puskesmas** sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan masyarakat menjadi fokus utama program-program kesehatan pemerintah.

Dengan semakin pesatnya pertumbuhan penduduk, kompleksitas masalah kesehatan masyarakat, dan tuntutan akan pencapaian MDGs maka diperlukan sebuah upaya yang sistematis di bidang kesehatan, salah satunya dengan menjamin ketersediaan data kesehatan masyarakat guna melakukan pengukuran kinerja dan perumusan kebijakan. Dalam konteks ini maka pemanfaatan teknologi informasi guna menunjang pelayanan kesehatan menjadi tidak dapat dihindarkan. Dalam era digital seperti sekarang, pemanfaatan teknologi informasi tidak lagi menjadi **added value** namun sudah menjadi **standart value**. Maka implementasi SIMPUS menjadi solusi tepat untuk mendukung peningkatan pelayanan kesehatan.

4.2 Spesifikasi SIMPUS

1. Simpus Versi Destop

Spesifikasi teknis:

- Platform Under Windows
- OS Windows
- Pemrograman Visual Basic untuk interface
- Database MySQL

2. Simpus versi Web (Web Base)

Spesifikasi teknis:

- Platform *Open Source*
- OS (Linux/Windows)
- Pemrograman PHP untuk interface
- Database MySQL

Salah satu bentuk penggunaan system informasi manajemen puskesmas, pada saat ini dikenal dengan Smart Puskesmas. Kalau dulu banyak kita jumpai Puskesmas masih menggunakan sistem manual, mulai dari (antrian - pendaftaran - pemeriksaan serta resep) semua serba manual tanpa menggunakan teknologi komputerisasi. Jadi jangan heran kalau datang kepuskesmas ngantrinya ampun-ampunan pasien bisa ngantri sampai ke jalan. Namun sekarang Puskesmas sudah mulai modern mengikuti perkembangan teknologi informasi.



Smart Puskesmas

Pengembangan Aplikasi ***Sistem Informasi Manajemen Puskesmas*** di Puskesmas, berikut modul Poli KIA.

Dari hasil pemeriksaan (input) tersebut dihasilkan beberapa jenis laporan (output) yakni :

1. Register Harian Pasien
2. Register Harian Nifas
3. Register Kohort Ibu
4. Laporan Pemantauan Kehamilan
5. Laporan Risti (Risiko Tinggi)
6. Laporan Persalinan
7. Laporan Kematian Ibu dan Bayi

Harapannya kedepan dengan adanya **Aplikasi Simpus** ini dapat membantu kinerja petugas kesehatan di Puskesmas khususnya Poli KIA akan lebih maksimal.

4.3 Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP)

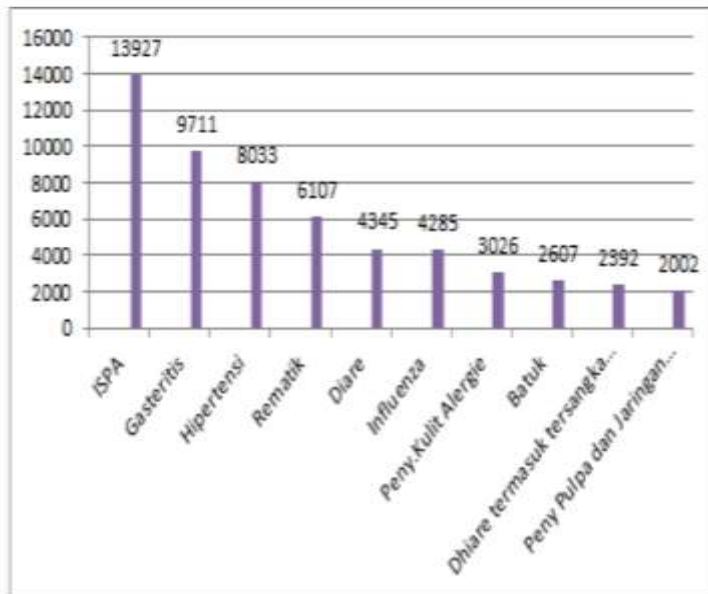
4.3.1 Konsep Dasar SP2TP

Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) merupakan kegiatan dan pelaporan Puskesmas secara menyeluruh dengan konsep wilayah kerja Puskesmas, dengan tujuan agar semua data hasil kegiatan Puskesmas dapat dicatat serta dilaporkan ke jenjang di atasnya sesuai kebutuhan secara benar, berkala dan teratur, guna menunjang pengelolaan upaya kesehatan masyarakat.

Pencatatan kegiatan harian program puskesmas dapat dilakukan di dalam dan di luar gedung. Pencatatan yang dibuat di dalam gedung puskesmas adalah semua data yang diperoleh dari pencatatan kegiatan harian program yang dilakukan dalam gedung puskesmas seperti tekanan darah, laboratorium, KB dan lain-lain. Pencatatan yang di buat luar gedung Puskesmas adalah data yang dibuat berdasarkan catatan harian yang dilaksanakan di luar gedung Puskesmas seperti kegiatan kesehatan lingkungan, UKS dan lain-lain. Pecatatan harian masing-masing program Puskesmas

dikombinasi menjadi Laporan Terpadu Puskesmas atau Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP).

Salah Satu Data yang dihasilkan dari Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) adalah Data 10 penyakit terbanyak seperti grafik dibawah ini:



Grafik Distribusi 10 Penyakit Terbanyak

SP2TP atau dengan kata lain Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) merupakan instrumen vital dalam sistem kesehatan. Informasi tentang kesakitan, penggunaan pelayanan kesehatan di puskesmas, kematian, dan berbagai informasi kesehatan lainnya berguna untuk pengambilan keputusan dan pembuatan kebijakan di tingkat kabupaten atau kota maupun kecamatan (Santoso, 2008).

Pencatatan dan pelaporan adalah indikator keberhasilan suatu kegiatan. Tanpa ada pencatatan dan pelaporan, kegiatan atau program apapun yang dilaksanakan tidak akan terlihat wujudnya. Output dari pencatatan dan pelaporan ini adalah sebuah data dan

informasi yang berharga dan bernilai bila menggunakan metode yang tepat dan benar. Jadi, data dan informasi merupakan sebuah unsur terpenting dalam sebuah organisasi, karena data dan informasi yang berbicara tentang keberhasilan atau perkembangan organisasi tersebut (Tiara, 2011).

Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas mencakup 3 hal :

- (1) Pencatatan, pelaporan, dan pengolahan;
- (2) Analisis;
- (3) Pemanfaatan.

Pencatatan hasil kegiatan oleh pelaksana dicatat dalam buku-buku register yang berlaku untuk masing-masing program. Data tersebut kemudian direkapitulasikan ke dalam format laporan SP3 yang sudah dibukukan. Koordinator SP3 di puskesmas menerima laporan-laporan dalam format buku tadi dalam 2 rangkap, yaitu satu untuk arsip dan yang lainnya untuk dikirim ke koordinator SP3 di Dinas Kesehatan Kabupaten. Koordinator SP3 di Dinas Kesehatan Kabupaten meneruskan ke masing-masing pengelola program di Dinas Kesehatan Kabupaten. Dari Dinas Kesehatan Kabupaten, setelah diolah dan dianalisis dikirim ke koordinator SP3 di Dinas Kesehatan Provinsi dan seterusnya dilanjutkan proses untuk pemanfaatannya.

Frekuensi pelaporan sebagai berikut: (1) bulanan; (2) tribulan; (3) tahunan. Laporan bulanan mencakup data kesakitan, gizi, KIA, imunisasi, KB, dan penggunaan obat-obat. Laporan tribulanan meliputi kegiatan puskesmas antara lain kunjungan puskesmas, rawat tinggal, kegiatan rujukan puskesmas pelayanan medik kesehatan gigi. Laporan tahunan terdiri dari data dasar yang meliputi fasilitas pendidikan, kesehatan lingkungan, peran serta masyarakat dan lingkungan kedinasan, data ketenagaan puskesmas dan puskesmas pembantu. Pengambilan keputusan di tingkat kabupaten dan kecamatan memerlukan data yang dilaporkan dalam SP3 yang bernilai, yaitu data atau informasi harus lengkap

dan data tersebut harus diterima tepat waktu oleh Dinas Kesehatan Kabupaten, sehingga dapat dianalisis dan diinformasikan (Santoso, 2008).

Puskesmas merupakan ujung tombak sumber data kesehatan khususnya bagi dinas kesehatan kota dan Sitem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas juga merupakan fondasi dari data kesehatan. Sehingga diharapkan terciptanya sebuah informasi yang akurat, representatif dan reliable yang dapat dijadikan pedoman dalam penyusunan perencanaan kesehatan.

Setiap program akan menghasilkan data. Data yang dihasilkan perlu dicatat, dianalisis dan dibuat laporan. Data yang disajikan adalah informasi tentang pelaksanaan progam dan perkembangan masalah kesehatan masyarakat. Informasi yang ada perlu dibahas, dikoordinasikan, diintegrasikan agar menjadi pengetahuan bagi semua staf puskesmas. Pencatatan harian masing-masing progam Puskesmas dikombinasi menjadi laporan terpadu puskesmas atau yang disebut dengan system pencatatan dan pelaporan terpadu Puskesmas (SP2TP) (Tiara, 2011).

Muninjaya (2004) berpendapat bahwa “untuk pengembangan efektifitas Sistem Informasi Manajemen Puskesmas, standar mutu (*Input, Proses, Lingkungan dan Output*) perlu dikaji dan dirumuskan kembali, masing-masing komponen terutama proses pencatatan dan pelaporannya perlu ditingkatkan”.

Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas adalah kegiatan pencatatan dan pelaporan data umum, sarana, tenaga dan upaya pelayanan kesehatan di Puskesmas yang ditetapkan melalui SK MENKES/SK/II/1981. Data SP2TP berupa Umum dan demografi, Ketenagaan, Sarana, Kegiatan pokok Puskesmas. Menurut Yusran (2008) Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) merupakan kegiatan pencatatan dan pelaporan puskesmas secara menyeluruh

(terpadu) dengan konsep wilayah kerja puskesmas. Sistem pelaporan ini diharapkan mampu memberikan informasi baik bagi puskesmas maupun untuk jenjang administrasi yang lebih tinggi, guna mendukung manajemen kesehatan (Tiara, 2011).

Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas merupakan sumber pengumpulan data dan informasi ditingkat puskesmas. Segala data dan informasi baik faktor utama dan tenaga pendukung lain yang menyangkut puskesmas untuk dikirim ke pusat serta sebagai bahan laporan untuk kebutuhan.

Menurut Bukhari Lapau (1989) data yang dikumpul oleh puskesmas dan dirangkum kelengkapan dan kebenarannya. Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) ialah laporan yang dibuat semua puskesmas pembantu, posyandu, puskesmas keliling bidan-bidan desa dan lain-lain yang termasuk dalam wilayah kerja puskesmas. Pencatatan dan pelaporan mencakup :

- a. Lb.1 : Data umum dan demografi wilayah kerja puskesmas,
- b. Lb.2 : Data ketenagaan puskesmas;
- c. Lb.3 : Data sarana yang dimiliki puskesmas (Syaer, 2011).

4.3.2 Tujuan SP2TP

Tujuan Sistem Informasi Manajemen di Puskesmas adalah untuk meningkatkan kualitas manajemen Puskesmas secara lebih berhasil guna dan berdaya guna, melalui pemanfaatan secara optimal data SP2TP dan informasi lain yang menunjang. Tujuan dimaksud dapat terwujud apabila : (Ahmad, 2005).

- 1. Data SP2TP dan data lainnya diolah disajikan dan diinterpretasikan sesuai dengan petunjuk Pengolahan dan Pemanfaatan data SP2TP.
- 2. Pengolahan, analisis, interpretasi dan penyajian dilakukan oleh para penanggung jawab masing-masing kegiatan di

Puskesmas dan mengelola program disemua jenjang administrasi.

3. Informasi yang diperoleh dari pengolahan dan interpretasi data SP2TP dan sumber lainnya dapat bersifat kualitatif (seperti meningkat, menurun, dan tidak ada perubahan) dan bersifat kuantitatif dalam bentuk angka seperti jumlah, persentase dan sebagainya.

Tujuan umum dari Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) ini ialah data dan informasi yang akurat tepat waktu dan mutakhir secara periodik dan teratur pengolahan program kesehatan masyarakat melalui puskesmas di berbagai tingkat administrasi. Adapun tujuan khususnya ialah: (Syaer, 2011).

1. Tersedianya data secara akurat yang meliputi segala aspek.
2. Terlaksananya pelaporan yang secara teratur diberbagai jenjang administrasi sesuai dengan prosedur yang berlaku.
3. Digunakan data tersebut sebagai alat pengambilan keputusan dalam rangka pengelolaan rencana dalam bidang program kesehatan.

4.3.3 Mekanisme Pelaporan SP2TP

Pelaporan terpadu Puskesmas menggunakan tahun kalender yaitu dari bulan Januari sampai dengan Desember dalam tahun yang sama. Adapun formulir Laporan yang digunakan untuk kegiatan SP2TP adalah :

1. Laporan bulanan, yang mencakup: Data Kedakitan (LB.1), Data Obat-Obatan (LB.2), Gizi, KIA, Imunisasi dan Pengamatan Penyakit menular (LB.3) serta Data Kegiatan Puskesmas (LB.4);
2. laporan Sentinel, yang mencakup: Laporan Bulanan Sentinel (LB1S) dan, Laporan Bulanan Sentinel (LB2S);

3. Laporan Tahunan, yang mencakup: Data dasar Puskesmas (LT-1), Data Kepegawaian (LT-2) dan, Data Peralatan (LT-3). Laporan Bulanan (LB) dilakukan setiap bulan dan baling lambat tanggal 10 bulan berikutnya dikirim ke Dinas Kesehatan Dati II. Laporan bulanan sentinel LB1S dan LB2S setiap tanggal 10 bulan berikutnya dikirim ke Dinas Kesehatan Dati II, Dati I dan Pusat (untuk LB1S ke Ditjen PPM dan LB2S ke Ditjen Binkesmas), sedangkan Laporan Tahunan (LT) dikirim selambat-lambatnya tanggal 31 januari tahun berikutnya. Khusus untuk laporan LT-2 (data Kepegawaian) hanya di isi bagi pegawai yang baru/belum mengisi formulir data Kepegawaian (Ahmad, 2005).

Ada juga jenis laporan lain seperti laporan triwulan, laporan semester dan laporan tahunan yang mencakup data kegiatan program yang sifatnya lebih komprehensif disertai penjelasan secara naratif. Yang terpenting adalah bagaimana memanfaatkan semua jenis data yang telah dibuat dalam laporan sebagai masukan atau input untuk menyusun perencanaan puskesmas (micro planning) dan lokakarya mini puskesmas (LKMP).

Analisis data hasil kegiatan program puskesmas akan diolah dengan menggunakan statistic sederhana dan distribusi masalah dianalisis menggunakan pendekatan epidemiologis deskriptif. Data tersebut akan disusun dalam bentuk table dan grafik informasi kesehatan dan digunakan sebagai masukan untuk perencanaan pengembangan program puskesmas. Data yang digunakan dapat bersumber dari pencatatan masing-masing kegiatan program kemudian data dari pimpinan puskesmas yang merupakan hasil supervisi lapangan (Tiara, 2011).

Dinas kesehatan kabupaten/kota mengolah kembali laporan puskesmas dan mengirimkan umpan baliknya ke Dinkes Provinsi dan Depkes Pusat. *Feed back* terhadap laporan puskesmas harus dikirimkan kembali secara rutin ke puskesmas untuk dapat

dijadikan evaluasi keberhasilan program. Sejak otonomi daerah mulai dilaksanakan, puskesmas tidak wajib lagi mengirimkan laporan ke Depkes Pusat. Dinkes kabupaten/kotalah yang mempunyai kewajiban menyampaikan laporan rutinnya ke Depkes Pusat (Muninjaya, 2004).

4.3.4 Pengorganisasian Puskesmas

Pengorganisasian tingkat Puskesmas didefinisikan sebagai proses penetapan pekerjaan-pekerjaan pokok untuk dikerjakan, pengelompokan pekerjaan, pendistribusian otoritas/wewenang dan pengintegrasian semua tugastugas dan sumber-sumber daya untuk mencapai tujuan Puskesmas secara efektif dan efisien. Secara aplikatif pengorganisasian tingkat Puskesmas menurut penulis adalah pengaturan pegawai Puskesmas dengan mengisi struktur organisasi dan tata kerja (SOTK) Puskesmas yang ditetapkan oleh Peraturan Daerah Kabupaten/Kota disertai dengan pembagian tugas dan tanggung jawab serta uraian tugas pokok dan fungsi (Tupoksi), serta pengaturan dan pengintegrasian tugas dan sumber daya Puskesmas untuk melaksanakan kegiatan dan program Puskesmas dalam rangka mencapai tujuan Puskesmas.

Berdasarkan definisi tersebut, fungsi pengorganisasian Puskesmas merupakan alat untuk memadukan (sinkronisasi) dan mengatur semua kegiatan yang dihubungkan dengan personil/pegawai, finansial, material, dan metode Puskesmas untuk mencapai tujuan Puskesmas yang telah disepakati bersama antara pimpinan dan pegawai Puskesmas. Pengorganisasian Puskesmas meliputi hal-hal berikut (Sulaeman, 2009):

1. Cara manajemen Puskesmas merancang struktur formal Puskesmas untuk penggunaan sumber daya Puskesmas secara efisien,
2. Bagaimana Puskesmas mengelompokkan kegiatannya, dimana setiap pengelompokan diikuti penugasan seorang

penanggung jawab program yang diberi wewenang mengawasi stafnya.

3. Hubungan antara fungsi, jabatan, tugas, dan pegawai Puskesmas.
4. Cara pimpinan Puskesmas membagi tugas yang harus dilaksanakan dalam unit kerja dan mendelegasikan wewenang untuk mengerjakan tugas tersebut.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/SK/II/2004, bahwa untuk dapat terlaksananya rencana kegiatan Puskesmas, perlu dilakukan pengorganisasian. Ada dua macam pengorganisasian yang harus dilakukan. Pertama, pengorganisasian berupa penentuan para penanggungjawab dan para pelaksana untuk setiap kegiatan serta untuk setiap satuan wilayah kerja. Dengan perkataan lain, dilakukan pembagian habis seluruh program kerja dan seluruh wilayah kerja kepada seluruh petugas puskesmas dengan mempertimbangkan kemampuan yang dimilikinya. Penentuan para penanggungjawab ini dilakukan melalui pertemuan penggalangan tim pada awal tahun kegiatan. Kedua, pengorganisasian berupa penggalangan kerjasama tim secara lintas sektoral. Ada dua bentuk penggalangan kerjasama yang dapat dilakukan:

1. Penggalangan kerjasama dalam bentuk dua pihak, yakni antara dua sektor terkait, misalnya antara puskesmas dengan sektor tenaga kerja pada waktu menyelenggarakan upaya kesehatan kerja.
2. Penggalangan kerjasama dalam bentuk banyak pihak, yakni antar berbagai sektor terkait, misalnya antara puskesmas dengan sektor pendidikan, sektor agama, sektor kecamatan pada waktu menyelenggarakan upaya kesehatan sekolah.

Penggalangan kerjasama lintas sektor ini dapat dilakukan:

1. Secara langsung yakni antar sektor-sektor terkait.

2. Secara tidak langsung yakni dengan memanfaatkan pertemuan koordinasi kecamatan (Keputusan Menteri Kesehatan, 2004).

Ada 2 (dua) hal yang perlu pengorganisasian tingkat Puskesmas, yakni: (1) Pengaturan berbagai kegiatan yang ada di dalam RO (Rancangan Operasional) Puskesmas, sehingga membentuk satu kesatuan program yang terpadu dan sinergi untuk mencapai tujuan Puskesmas, dan (2) Pengorganisasian pegawai Puskesmas, yaitu pengaturan tugas dan tanggung jawab setiap pegawai Puskesmas, sehingga setiap kegiatan dan program mempunyai penanggung jawabnya. Dengan memahami fungsi pengorganisasian Puskesmas akan lebih memudahkan mempelajari fungsi penggerakan dan pelaksanaan (*actuating/aktuasi*) dan akan diketahui gambaran pembimbingan dan pengarahan yang diperlukan oleh pegawai Puskesmas sesuai dengan pembagian tugas dan tanggung jawab (Sulaeman, 2009).

Untuk kelancaran kegiatan SP2TP di Puskesmas, maka dibentuk pengorganisasian yang terdiri dari: (Ahmad, 2005).

A. Penanggung Jawab (Kepala Puskesmas)

Tugas penanggung jawab adalah memberikan bimbingan kepada koordinator SP2TP dan para pelaksana kegiatan di Puskesmas.

C. Koordinator SP2TP (Petugas yang ditunjuk Kepala Puskesmas), bertugas :

1. Mengumpulkan laporan dari masing-masing pelaksana kegiatan.
2. Bersama dengan para pelaksana kegiatan membuat laporan bulanan SP2TP dan mengirimkan laporan tersebut ke Dinas Kesehatan Dati II paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya.

3. Bersama dengan para pelaksana kegiatan membuat laporan tahunan SP2TP dan mengirimkan laporan tersebut ke Dinas Dati II paling lambat 31 Januari tahun berikutnya.
4. Menyimpan arsip laporan SP2TP dari masing-masing pelaksana kegiatan.
5. Bertanggung jawab atas kelancaran pelaksanaan SP2TP kepada Kepala Puskesmas.
6. Mempersiapkan pertemuan berkala setiap 3 bulan yang dipimpin oleh Kepala Puskesmas dengan pelaksanaan kegiatan untuk menilai pelaksanaan kegiatan SP2TP.

D. Anggota (Pelaksana Kegiatan SP2TP), bertugas :

1. Mencatat setiap kegiatan pada kartu individu dan register yang ada.
2. Mengadakan bimbingan terhadap Puskesmas Pembantu dan Bidan di Desa.
3. Melakukan rekapitulasi data dari hasil pencatatan dan laporan Puskesmas Pembantu serta Bidan di Desa menjadi laporan kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya. Hasil dari rekapitulasi ini merupakan bahan untuk mengisi/membuat laporan SP2TP.
4. Setiap tanggal 5 mengisi/membuat laporan SP2TP dari hasil kegiatan masing-masing dalam 2 rangkap dan disampaikan kepada coordinator SP2TP Puskesmas. Dengan rincian satu rangkap untuk arsip coordinator SP2TP Puskesmas dan satu rangkap oleh Koordinator SP2TP Puskesmas disampaikan ke Dinas Kesehatan Dati II.
5. Mengolah dan memanfaatkan data hasil rekapitulasi untuk tindak lanjut yang diperlukan dalam rangka meningkatkan kinerja kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya.
6. Bertanggung jawab atas kebenaran isi laporan kegiatannya.

4.4 Soal-soal Latihan

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan SP2TP dan tujuan dari pembuatan SP2TP !
2. Jelaskan jenis-jenis pelaporan puskesmas pada SP2TP !
3. Jelaskan mekanisme dan periode waktu dari pembuatan SP2TP!
4. Jelaskan pengorganisasian dari SP2TP!
5. Jelaskan bagaimana perkembangan pelaksanaan SIMPUS pada saat sekarang !

POKOK BAHASAN 5

STATISTIK KEMATIAN (MORTALITAS)

Deskripsi Mata Kuliah

Setelah mempelajari bagian ini, mahasiswa di harapkan mampu memahami pengertian-pengertian yang berkaitan dengan perhitungan statistik kematian dirumah sakit.

Kompetensi

Setelah mempelajari bagian ini, pembaca diharapkan mampu:

1. Memahami pengertian statistik dari statistik kematian di rumah sakit
2. Memahami batasan-batasan dalam pengolahan statistik kematian dirumah sakit
3. Menghitung GDR
4. Menghitung NDR
5. Menghitung *postoperative death rate*
6. Menghitung *anesthesia death rate*
7. Menghitung *maternal death rate*
8. Menghitung *fetal death rate*

5.1 Pengertian Statistik Mortalitas

Salah satu pembeda antara angka kematian dengan angka sensus adalah bahwa angka sensus menyatakan tentang hal yang sedang terjadi (misalnya jumlah pasien yang masih dirawat inap) sedangkan angka kematian lebih menyatakan tentang hal yang sudah terjadi (misalnya jumlah pasien yang sudah meninggal).

Statistik kematian (mortalitas) di rumah sakit yaitu proposi dari jumlah pasien rawat inap yang meninggal dalam perawatan. Angka ini umumnya diekspresikan dalam bentuk persentase atau

permil. Jadi angka ini menunjukkan tingkat kejadian kematian dalam kelompok pasien rawat inap dalam periode tertentu.

Secara umum, kematian di rumah sakit disebut juga sebagai *hospital death rate* atau *gross death rate*. Statistik kematian RS sangat penting untuk mengevaluasi kualitas pelayanan medis di rumah sakit. Selain bagi pihak manajemen rumah sakit, angka ini juga penting bagi pihak-pihak lain misalnya peneliti bidang pelayanan kesehatan, dan sebagainya.

Dalam buku ini akan dibahas bentuk-bentuk dari statistik kematian di rumah sakit meliputi GDR, NDR, *postoperative death rate*, *anesthesia death rate*, *maternal death rate*, *newborn mortality rate*, dan *fetal death rate*.

5.2 Rumus dan Batasan dalam Menghitung Statistik Kematian

Untuk menghitung statistik kematian rumah sakit dalam suatu periode, secara umum dapat menggunakan cara”

$$\frac{\text{jumlah pasien rawat inap yang meninggal (termasuk bayi baru lahir)}}{\text{jumlah pasien yang keluar RS (hidup dan mati)}} \times 100\%$$

Batasan

Dalam perhitungan ini, jumlah pasien keluar selalu diasumsikan termasuk pasien yang keluar dalam keadaan mati karena mati juga merupakan bentuk kondisi pasien keluar (*discharge*). Hal ini selalu berlaku kecuali ada ketentuan khusus dari pihak manajemen rumah sakit yang ingin memisahkan hitungan kematian bayi baru lahir.

Pasien yang sudah meninggal saat dibawa dan masuk rumah sakit (*dead on arrival* = *DOA*) tidak ikut dihitung dalam statistik ini karena mereka tidak ikut dihitung dalam statistik ini karena *DOA* tidak dianggap sebagai bagian dari jumlah pasien rawat inap. Pasien yang meninggal di bagian pelayanan gawat darurat tidak

ikut di hitung dalam statistik ini karena belum terdaftar sebagai pasien rawat inap.

Bayi yang lahir sudah dalam kondisi mati (*fetal death*) tidak ikut dihitung dalam statistik ini, tapi bisa dihitung secara tersendiri dan terpisah.

Angka hasil perhitungan statistik kematian disarankan untuk ekspresikan dalam dua tempat desimal karena angka statistik ini biasanya nilainya kecil. Sangat disarankan untuk menuliskan angka 0 didepan hasil perhitungan apabila hasil ini memang lebih kecil dari 1. Hal ini untuk lebih menegaskan bahwa memang angka yang didapatkan adalah lebih kecil dari 1. Jadi, lebih baik menuliskan 0,23% dari pada menuliskan hanya 23% saja walaupun maknanya secara matematika sama.

5.2.1 *Gross Death Rate (GDR)*

Griss death rate (GDR) atau angka kematian kasar menunjukkan proporsi seluruh pasien rawat inap yang meninggal dalam periode waktu tertentu, termasuk bayi baru lahir (BBL) yang kemudian meninggal.

Untuk menghitung GDR digunakan rumus sebagai berikut :

$$\frac{\text{jumlah pasien rawat inap yang meninggal} \\ \text{(termasuk BBL) dalam suatu periode}}{\text{jumlah pasien yang keluar RS (termasuk yang meninggal} \\ \text{dan BBL meninggal) dalam periode tersebut}} \times 100\%$$

Misalnya, jika disuatu rumah sakit dalam suatu periode tercatat ada 250 pasien keluar dan 7 diantaranya keluar dalam keadaan meninggal, maka GDR untuk periode tersebut adalah

$$\text{GDR} = \frac{7}{250} \times 100\% = 2,8 \%$$

Contoh lain :

Catatan statistik RS XYZ untuk bulan Januari 2010 adalah sebagai berikut :

- Jumlah total pasien keluar (dewasa dan anak) : 250
- Jumlah pasien meninggal (dewasa dan anak) : 4
- Jumlah total pasien keluar (BBL) : 50
- Jumlah pasien yang meninggal : 3

Tentukan GDR ?

.....

Jika pihak manajemen rumah sakit menghendaki untuk menghitung angka kematian BBL secara terpisah (*disebut infant mortality rate = IMR*), maka bisa menggunakan rumus:

$$\frac{\text{jumlah BBL meninggal dalam suatu periode}}{\text{jumlah BBL (termasuk yang meninggal) dalam periode tersebut}} \times 100\%$$

Contoh, dari data sebelumnya, IMR periode Januari 2010 dapat dihitung sebagai berikut :

$$\text{IMR} = (1/50) \times 100\% = 2 \%$$

Interpretasi

Misalnya dilaporkan bahwa GDR periode tahun 2008 adalah 1,25% berarti selama periode tersebut dari setiap 10.000 pasien yang keluar dari perawatan, 125 orang diantaranya keluar dalam keadaan meninggal.

5.2.2 Net Death Rate (NDR)

Net death rate (NDR) atau angka kematian bersih menunjukkan proporsi seluruh pasien rawat inap yang meninggal setelah mendapatkan perawatan lebih dari atau sama dengan 48

jam dalam periode waktu tertentu, termasuk bayi baru lahir (BBL) yang kemudian meninggal. Jadi, pasien yang meninggal sebelum 48 jam perawatan inap tidak dimasukkan dalam hitungan statistik ini.

Batasan 48 jam ini dimaksudkan sebagai gambaran bahwa pihak rumah sakit sudah mendapatkan cukup waktu untuk berusaha memberikan pelayanan pertolongan kepada pasien. Pasien yang meninggal sebelum mendapatkan perawatan 48 jam diasumsikan datang ke rumah sakit sudah dalam kondisi sakit berat sehingga sangat dimungkinkan meninggalnya pasien tersebut bukan kurangnya mutu pelayanan medis tapi karena memang kondisi pasien yang sudah sakit berat.

Angka NDR lebih bisa menunjukkan kualitas pelayanan medis dibandingkan angka GDR. Untuk menghitung NDR dalam suatu periode digunakan rumus sebagai berikut :

$$\frac{\text{jumlah pasien (termasuk BBL) meninggal} \geq 48 \text{ jam setelah perawatan}}{\text{jumlah pasien keluar (termasuk yang meninggal dan BBL meninggal) < 48 jam perawatan}} \times 100\%$$

Misalnya, NDR untuk periode tersebut adalah

Jumlah pasien yang meninggal pada periode tersebut adalah 5 orang, dimana terdapat 2 orang pasien yang meninggal ≥ 24 jam. Jumlah pasien yang keluar pada periode tersebut adalah 400 orang, tentukan NDR.

$$\text{NDR} = \frac{(5-2)}{(400-2)} \times 100\% = 0,75\%$$

Interpretasi NDR

Misalnya dilaporkan bahwa NDR periode tahun 2008 adalah 0,75% berarti selama periode tersebut dari setiap 10.000 pasien yang keluar dari perawatan lebih dari 48 jam.

5.2.3 *Postoperative Death Rate (PDR)*

Angka statistik ini menunjukkan jumlah pasien yang meninggal setelah mendapatkan tindakan operasi. *Postoperative death rate* disebut juga surgical death rate.

Angka statistik ini merupakan rasio “pasien yang meninggal dalam kurun waktu 10 hari setelah tindakan operasi” terhadap jumlah total pasien yang dioperasikan dalam periode tersebut.

Pengertian dari tindakan bedah atau operasi yaitu: Satu atau lebih prosedur bedah yang dilakukan dalam satu waktu terhadap seorang pasien melalui pendekatan yang umum atau untuk tujuan yang umum.

Pengertian dari prosedur bedah yaitu : Setiap satu tindakan tersendiri yang sistematis yang dilakukan terhadap atau didalam tubuh, normalnya dilakukan oleh seorang dokter/dokter gigi/ atau tenaga kesehatan lain yang diakui, dilakukan dengan maupun tanpa instrumen/alat, dan dilakukan dengan tujuan untuk mengembalikan bagian terpisah atau bagian yang kurang sempurna, menghilangkan penyakit atau jaringan yang terluka, mengeluarkan benda asing, bagian dari panduan persalinan, ataupun untuk menunjang penegakan diagnosis.

Rumus :

$$\frac{\text{jumlah pasien yang meninggal dalam kurun waktu 10 hari} \\ \text{pasca operasi dalam suatu periode}}{\text{jumlah pasien yang dioperasi dalam periode tersebut}} \times 100\%$$

Contoh :

Catatan statistik periode “x” menyatakan ada 1000 pasien yang dioperasi dan 5 pasien yang meninggal pasca operasi (3 diantaranya meninggal dalam kurun waktu 10 hari pasca operasi), maka perhitungan *postoperative death rate* adalah:

$$\frac{3}{100} \times 100\% = 3 \%$$

5.2.4 *Anesthesia Death Rate (ADR)*

Angka statistik ini menunjukkan rasio antara kematian pasien yang disebabkan karena bahan anestesi dengan seluruh pasien yang mendapatkan tindakan anestesi.

Angka ini meliputi ketiga macam anestesi yang dikenal yaitu:

- Anestesi umum/ general, yang menyebabkan seluruh sistem tubuh “tidur”
- Anestesi regional, misalnya anestesi spinal dan epidural yang menyebabkan suatu area spesifik tubuh kehilangan kemampuan merasakan sakit atau sensasi.
- Anestesi lokal, hanya berakibat kehilangan sensasi di area kecil (lokal) dari tubuh.

Pernyataan *anesthesia death* (kematian karena anestesi) hanya dapat dilakukan oleh dokter.

Untuk menghitung *anesthesia death rate* digunakan rumus sebagai berikut:

$$\frac{\text{jumlah kematian karena anestesi dalam suatu periode}}{\text{jumlah pasien yang mendapat tindakan anestesi dalam periode tersebut}} \times 100\%$$

Contoh :

Jika data statistik RS periode “X” mencatat bahwa diantara 1200 pasien yang mendapat tindakan anestesi terdapa 5 pasien yang meninggal, maka *anesthesia death rate*-nya adalah

$$\frac{5}{1200} \times 100\% = 0,42\%$$

5.2.5 *Maternal Death Rate (MDR)/ Marternal Mortality Rate (MMR)*

Maternal death rate merupakan angka kejadian kematian dari seorang wanita yang sedang hamil atau dalam kurun waktu 42 hari setelah penghentian kehamilan, tanpa melihat umur

kehamilan dan lokasi kehamilan, dengan berbagai sebab yang berkaitan dengan kehamilan atau pengelolaan kehamilannya, tetapi bukan karena kecelakaan atau penyebabnya insidental.

Contoh dari kematian akibat kecelakaan dapat termasuk diantaranya kecelakaan saat mengendarai sepeda motor atau misalnya jatuh dari tangga. Contoh kejadian kematian insidental dapat meliputi pembunuhan atau bunuh diri.

Kematian ibu dapat dibedakan menjadi 2 kelompok, yaitu:

- a. Kematian ibu karena faktor obstetrik secara langsung (*direct obstetri deaths*)

Yaitu kematian ibu yang disebabkan karena komplikasi langsung dari kehamilannya (masa kehamilan, persalinan, dan nifas) dari intervensi terhadap kehamilannya, dari tindakan yang keliru, atau dari rangkaian hal-hal tersebut diatas.

Misalnya, seorang pasien yang meninggal saat dilakukan operasi Caesar karena rusaknya arteri uterina yang menyebabkan pendarahan.

- b. Kematian ibu karena faktor obstetrik tidak secara langsung (*indirect obstetri deaths*)

yaitu kematian ibu yang disebabkan karena penyakit terdahulu atau karena penyakit yang berkembang selama masa kehamilannya dan tidak secara langsung karena sebab obstetrik tapi berkaitan sebagai efek fisiologis dari kehamilan. Misalnya, pasien hamil dengan diabetes.

Umumnya pihak rumah sakit hanya akan menghitung *direct obstetri death* sebagai angka *maternal death rate* dan yang dihitung hanya pasien yang memang meninggal sebagai pasien rawat inap.

Untuk menghitung *maternal death rate* digunakan rumus sebagai berikut :

$$\frac{\text{jumlah maternal death dalam suatu periode}}{\text{jumlah pasien keluar obstetrik (termasuk yang meninggal) dalam periode tersebut}} \times 100\%$$

Dalam perhitungan ini, yang termasuk dihitung yaitu pasien *prepartum not delivered* dan pasien *postpartum*. *Prepartum not delivered* yaitu kondisi sebelum kelahiran bayi misalnya pasien yang datang ke RS untuk proses bersalin tapi belum sempat lahir bayinya pasien sudah keluar RS (bisa dalam kondisi hidup maupun meninggal). *Postpartum*, yaitu kondisi setelah kelahiran bayi, misalnya pasien datang ke rumah sakit dengan kondisi infeksi pada luka bekas operasi Caesar.

Contoh perhitungan :

Selama tahun 2008, sebuah RB melaporkan bahwa jumlah pasien yang keluar ada 1.205. Diantara pasien yang keluar tersebut terdapat yang keluar dalam keadaan yang meninggal, yaitu:

- 4 orang meninggal setelah proses aborsi
- 1 orang meninggal dengan serebral hematoma karena kecelakaan lalu lintas
- 1 orang meninggal karena carcinoma uterina yang dipicu oleh kehamilan.

Dari data tersebut di atas dapat dihitung *maternal death rate-nya* sebagai berikut:

$$\frac{4}{1205} \times 100\% = 0,33\%$$

Dalam perhitungan diatas:

- Angka 4 menunjukkan jumlah pasien meninggal setelah proses aborsi (hal ini termasuk maternal death),
- Pasien yang meninggal dengan serebral hematoma

$$\frac{\text{jumlah kematian BBL dalam suatu periode}}{\text{jumlah seluruh BBL yang keluar perawatan (termasuk yang meninggal) dalam periode tersebut}} \times 100\%$$

5.2.6 *Fetal Death Rate (FDR)*

Fetal death (atau lahir mati) didefinisikan sebagai kematian yang terjadi (pada janin, sebagai hasil dari proses konsepsi manusia) sebelum dikeluarkan secara lengkap dari ibunya, tanpa memperhitungkan usia kehamilannya.

Kondisi mati ini ditandai dengan fakta bahwa setelah janin dikeluarkan tidak bernafas atau tidak menunjukkan tanda kehidupan lain seperti adanya degup jantung, denyutan pada tali pusat, atau gerakan pada otot rangka tubuh .

Fetal death tidak dimasukkan sebagai bagian dari kematian pasien dan tidak ikut dimasukkan dalam perhitungan angka kematian yang manapun. Angka fetal death dihitung secara terpisah.

Fetal death dapat dikelompok menjadi:

- *Early death*

Jika usia kehamilan masih kurang dari 20 minggu dan/atau berat janin kurang dari atau sama dengan 500 gram.

- *Intermediate death*

Jika usia kehamilan telah lengkap 20 minggu hingga kurang dari 28 minggu dan/atau berat janin 501 hingga 1.000 gram

- *Late Death*

Jika usia kehamilan telah lengkap 28 minggu atau lebih dan/atau berat janin telah lebih dari 1.000 gram. Kelompok intermediate dan late death secara bersama sering disebut juga sebagai stillbirth.

Perlu disepakati pula bahwa istilah “jumlah kelahiran” sudah meliputi jumlah bayi yang lahir hidup dan lahir mati.

Untuk menghitung fetal death rate digunakan cara sebagai berikut :

$$\frac{\text{jumlah lahir mati dalam suatu periode}}{\text{jumlah kelahiran dalam periode tersebut}} \times 100\%$$

Rumus lain yang juga sering dipakai adalah :

$$\frac{(\text{jumlah intermediate} + \text{late death dalam suatu periode})}{(\text{jumlah bayi lahir hidup}) + (\text{jumlah intermediate} + \text{late death}) \text{ dalam periode yang sama}} \times 100\%$$

Contoh :

Jika pada suatu periode laporan tercatat 100 bayi lahir hidup dan 4 lahir mati, maka fetal death rate-nya adalah:

$$\frac{4}{104} \times 100\% = 3,85\%$$

Contoh :

Jika pada suatu periode laporan tercatat 115 kelahiran dan 2 diantaranya lahir mati, maka fetal death rate-nya:

$$\frac{2}{115} \times 100\% = 1,74\%$$

5.3 Soal Latihan

1. Catatan statistik RS XYZ untuk bulan juni 2003 adalah sebagai berikut:

- Jumlah pasien keluar, dewasa dan anak (termasuk yang meninggal):600
- Jumlah pasien meninggal (dewasa dan anak)
 - Diatas 48 jam : 3
 - Dibawah 48 jam : 2
- Jumlah pasien keluar (BBL) termasuk yang meninggal : 75
- Jumlah pasien meninggal (BBL)
 - Di atas 48 jam : 0
 - Di bawah 48 jam : 3

Hitunglah GDR dan NDR RS XYZ periode juni 2003.

2. Data statistik RS Mahindra Husada periode juni 2003 adalah sebagai berikut:

Jml pasien yang dioperasi	: 350
Jml pasien pulang (keluar) pasca operasi	: 200

Jml pasien yang meninggal : 5
 Jml pasien meninggal dalam 10 hari pasca operasi : 2
 Hitunglah postoperative deat rate periode juni 2003 di RS tersebut

3. Hitunglah neonatal death rate dan fetal death rate dari data yang tersedia berikut ini :

Jumlah lahir hidup : 250
 Jumlah BBL keluar : 200
 Jumlah BBL mati : 3
 Jumlah fetal death :
 Early : 1
 Intermediate : 2
 Late : 1

POKOK BAHASAN 6

SENSUS HARIAN PASIEN RAWAT INAP

Deskripsi Mata Kuliah

Setelah mempelajari bagian ini, pembaca diharapkan mampu memahami pengertian sensus pasien beserta komponennya dan melakukan penghitungan-penghitungan berdasarkan hasil sensus pasien rawat inap.

Kompetensi

Setelah mempelajari bagian ini, pembaca diharapkan mampu:

1. Memahami pengertian sensus pasien
2. Memahami tata cara pengisian dan perhitungan sensus
3. Memahami pengertian dari hari perawatan
4. Memahami pengertian dari pasien transfer
5. Memahami pengertian dari pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama

6.1 Pengertian sensus pasien

Sensus pasien merupakan aktivitas yang rutin dilaksanakan di rumah sakit. Dalam konteks buku ini, sensus pasien difokuskan pada sensus pasien rawat inap. Sensus pasien rawat inap berarti secara langsung menghitung jumlah pasien yang dilayahi di unit rawat inap tersebut.

Menurut Roswani Taufik 1986, sensus harian : suatu cara u/ mengetahui jumlah pasien yg masuk dirawat, pasien keluar, lahir/meninggal dan perpindahan pasien antar ruangan, kapasitas tempat tidur tersedia (TT) tersedia dan yg terisi di suatu rumah sakit. Sensus pasien rawat inap : jumlah pasien rawat inap yang ada pada waktu pengambilan sensus setiap hari, ditambah pasien yg masuk dan keluar pada hari yg sama (Huffman, 1998).

Jika pada sensus biasa (misalnya sensus pensusuk) yang dihitung adalah jumlah yang saat ini (saat sensus) benar-benar ada (masih hidup), maka pada sensus harian rawat inap selain dihitung jumlah pasien yang masih ada di unit tersebut juga dihitung jumlah pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama dengan hari pelaksanaan sensus.

Sensus umumnya dilaksanakan sekitar tengah malam (menjelang jam 24.00). Sebenarnya sensus boleh dilaksanakan jam berapapun asalkan jam sensus yang dipilih tersebut harus tetap/konsisten dan seragam di semua unit pelaksana sensus. Jadi, boleh saja sensus dilaksanakan rutin setiap jam 20.00 di setiap unit pelaksana. Sensus yang beragam jam pelaksanaannya, misalnya bangsal Mawar pada jam 20.00; bangsal Melati pada jam 21.00; bangsal Kenanga dan Dahlia pada jam 22.00, bisa menyebabkan ketidakcocokan jumlah akhir pasien rawat inap pada saat sensus dari semua unit pelaksana tersebut direkap keesokan harinya. Direktur rumah sakit selayaknya menerbitkan kebijakan yang menetapkan jam pelaksanaan sensus di rumah sakit yang bersangkutan.

Kebiasaan penetapan jam pelaksanaan sensus harian menjelang tengah malam ini memiliki beberapa keuntungan, misalnya :

- Suasana umumnya lebih tenang, tidak banyak pengunjung. Keluarga pasien dan petugas lain.
- Suasana umumnya lebih nyaman, tidak panas seperti pada siang hari,
- Suasana umumnya lebih santai, tidak sedang sibuk seperti pada jam kerja,
- Periode sensus akan lebih identik dengan periode waktu 24 jam dalam pengertian hari, tidak memenggal hari.

Dalam laporan sensus harian rawat inap, yang dilaporkan bukan hanya jumlah pasien yang masih di rawat namun memiliki :

- Jumlah pasien awal di unit tersebut pada periode sensus;
- Jumlah pasien baru yang masuk;
- Jumlah pasien transfer (jumlah pasien yang pindah dari unit/bangsal lain ke bangsal tersebut dan jumlah pasien yang dipindahkan dari bangsal tersebut ke bangsal lain,)
- Jumlah pasien yang keluar/pulang dari bangsal tersebut (hidup maupun mati),
- Jumlah pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama dengsn hari pelaksanaan sensul dibangsal tersebut dan
- Jumlah akhir/sisa pasien yang masih di rawat di unit tersebut.
Bayi baruu lahir dihitung tersendiri/terpisahh dalam laporan perinatologi.

6.2 Tujuan Dan Kegunaan Sensus

Adapun tujuan dari pembuatan sensus yaitu : untuk memperoleh informasi semua pasien yang masuk & keluar rumah sakit selama 24 jam.

Disamping itu kegunaan Sensus harian, dapat diuraikan sebagai berikut :

- a. Untuk mengetahui jumlah pasien yang sedang rawat inap di rumah sakit;
- b. Sebagai bahan pemantauan penggunaan TT perawatan penginapan pasien;
- c. Untuk mengontrol jumlah pasien yang masuk melalui Tempat Penerimaan Pasien;
- d. Sebagai sarana untuk mengetahui dan mengontrol jumlah pasien pulang dari ruangan & jumlah RM yang diterima oleh sebagian Rekam Medis;

- e. Sebagai sarana mengontrol jumlah pasien yang dipindahkan keluar masuk antar ruangan dengan yang dilaporkan pada bagian RM;
- f. Sebagai sarana untuk mengetahui jumlah pasien lahir ataupun yang meninggal di rumah sakit;
- g. Sebagai sumber data untuk sistem pelaporan rumah sakit;
- h. Sebagai sarana ikut serta dalam hal menentukan besarnya anggaran yang diperlukan oleh rumah sakit.

6.3 Komponen Data-data Sensus

6.3.1 Hari Perawatan

Hari perawatan (*HP/Inpatient bed day/bed day/patient stay/inpatient service day*). Jumlah pasien yang ada saat sensus dilakukan ditambah pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama pada hari sensus diambil. Jadi sama dengan jumlah pasien yang menggunakan tempat tidur dalam periode waktu 24 jam. Angka ini juga menunjukkan beban kerja unit perawatan yang bersangkutan dalam satu periode waktu.

Jumlah hari perawatan/ *total patient days/total inpatient service days* Menunjukkan jjumlah hari perawatan daei setiap hari dalam periode waktu tertentu. Angka ini bisa didapatkan dari formulir sensus.

Yang dimaksud dengan periode masa 24 jam yaitu periode waktu di antara waktu pelaksanaan sensus pada dua hari yang berurutan. Satu unit saluran dalam HP biasanya tidak mengenal periode hari penanggalan,jadi sesuai dengan periode hari penanggalan. Dalam perhitungan HP, tanggal masuk pasien ikut diperhitungkan tapi tanggal keluar tidak ikut diperhitungkan.

Jika pasien “cuti” (pulang sementara, dengan ijin dokternya, dan akan masuk perawatan inap kembali pada waktu yang telah disepakati) maka hari cutinya tidak ikut diikutkan dalam

perhitungan HP (dan tidak dihitung juga dalam perhitungan lama dirawat/LOS pasien tersebut)

Hari perawatan pasien anak anak dihitung terpisah dari pasien dewasa.

Contoh perhitungan HP :

Bulan April 2018

Tgl/ pasi en	1			5			1 0			1 5			2 0			2 5			3 0			L D
A				○			×															5
B										○ ×												1
C							○						×									1 0
D																○						
E				×																		9
HP	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	

Keterangan :

- Pasien A : masuk tgl. 5 April Keluar tgl. 10 April
- Pasien B : masuk tgl. 15 April Keluar tgl. 15 April
- Pasien C : masuk tgl. 10 April Keluar tgl. 20 April
- Pasien D : masuk tgl. 25 April belum keluar hingga akhir 10 April
- Pasien E : masuk tgl. 27 April Keluar tgl. 5 April
- Total LD : 5 + 1 + 10 + 9 = 25 hari▶ LD pasien D tidak dihitung karena belum keluar
- Total HP : 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 2 + 1 + 1 + 1 + 1 + 0 + 0 + 0 + 0 + 0 + 0 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 = 26

Jumlah HP dihitung dengan cara menjumlahkan setiap HP (jumlah keseluruhan HP) dalam periode waktu tertentu. Misalnya jumlah HP dalam bulan Januari di dapatkan dengan cara :

HP tanggal 1 + HP tanggal 2 + HP tanggal 3 +.... + HP tanggal 31 Januari.

6.3.2 Pasien Transfer

Transfer merupakan kejadian pindahnya pasien dari satu unit rawat inap (bangsal) ke bangsal lainnya di rumah sakit yang bersangkutan. Jadi, pasien transfer masih berstatus sebagai pasien rawat inap di rumah sakit tersebut. Belum dihitung sebagai keluar/*discharge*.

Jika ada bangsal yang menerima pasien transfer (dalam sensus akan dihitung sebagai pasien pindahan) maka pasti ada bangsal yang telah mentransfer pasien tersebut (dalam sensus akan dihitung sebagai pasien dipindahkan).

Adanya aktivitas transfer ini menjadi salah satu alasan kuat diseragamkannya jam pelaksanaan sensus di semua bangsal dalam satu rumah sakit. Jika tidak seragam bisa terjadi satu pasien transfer di hitung di lebih dari satu bangsal (dihitung double) atau sebaliknya seorang pasien transfer tidak dihitung keberadaannya oleh bangsal manapun (hilang dari perhitungan sensus).

Misalnya :

- Bangsal A melakukan sensus harian setiap jam 20.00 dan bangsal B setiap jam 23.00
- Pada tanggal 5 jam 21.00, pasien Fulan dari bangsal A pindah ke bangsal B. Pada saat bangsal A melakukan sensus pada tanggal 5 tersebut (yaitu jam 20.00), Fulan masih tercatat sebagai pasien bangsal A. Pada saat bangsal B melakukan sensus tanggal 5 tersebut (yaitu jam 23.00), Fulan juga sudah

tercatat sebagai pasien di bangsal B. Dalam kasus ini maka Fulan tercatat 2x pada hasil sensus tanggal 5.

- Pada tanggal 7 jam 22.00, pasien Fulanah dari bangsal B pindah ke bangsal A. Pada saat bangsal A melakukan sensus tanggal 7 tersebut (yaitu jam 22.00) Fulanah belum tercatat sebagai pasien bangsal A. Pada saat bangsal B melakukan sensus tanggal 7 tersebut (yaitu jam 23.00), Fulanah sudah TIDAK tercatat sebagai pasien di bangsal B karena sudah dipindahkan ke bangsal A. Dalam kasus ini Pada tanggal 7 tersebut, Fulanah tidak tercatat sebagai pasien yang masih dirawat di bangsal A maupun bangsal B. Tanggal 7 tersebut Fulanah HILANG dari daftar pasien rawat inap.

6.3.3 Pasien Masuk dan Keluar Pada Hari yang sama

Dalam kegiatan pelayanan rawat inap, bisa terjadi seorang pasien masuk dan keluar perawatan pada hari (tanggal) yang sama. Misalnya :

- Pasien Fulan masuk perawatan di bangsal A pada tanggal 5 Januari 2008 jam 09.00. Pada hari itu jam 15.00 Fulan meninggal. Pada saat bangsal A melakukan sensus hari itu (misalnya jam 23.00) maka Fulan akan tercatat sebagai pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama.
- Pasien Fulan masuk perawatan di bangsal A pada tanggal 5 Januari 2008 jam 09.00. Pada hari itu jam 15.00 Fulan pindah ke bangsal VIP. Pada saat bangsal A melaksanakan sensus hari itu (misalnya jam 23.00) maka fulan tidak tercatat sebagai pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama, tetapi sebagai pasien dipindahkan (ke VIP).
- Pasien Fulan dari bangsal VIP ke bangsal A pada tanggal 5 Januari 2008 jam 10.00. Pada hari itu jam 20.00 Fulan pindah dari bangsal A ke bangsal B. Pada saat bangsal A melaksanakan sensus hari itu (misalnya jam 23.00) maka Fulan TIDAK

tercatat sebagai pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama, tetapi di catat sebagai pasien pindahan (dari VIP) dan dipindahkan ke (bangsal B).

- Seandainya pada hari itu Fulan meninggal di bangsal A sebelum jam 23.00 (jam pelaksanaan sensus bangsal A), maka Fulan TIDAK tercatat sebagai pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama, tetapi tercatat sebagai pasien pindahan (dari VIP) dan keluar (meninggal).

Dalam perhitungan lama dirawat (LD)/*length of stay* (LOS), pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama dihitung lama dirawatnya 1 hari.

Jumlah pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama ini akan menjadi bagian yang diperhitungkan pada saat kita menghitung hari perawatan (HP).

6.4 Tata Cara Pengisian Sensus

- a. Waktu pembuatan sensus, dimulai dari jam 00.00 s/d 24.00
- b. Pengisian identitas :
 - Nama ruangan, kelas rawatan, tanggal pada kolom diatas;
 - Mengisi nama & no.RM pada kolom sensus harian;
 - Membubuhi tanda tangan, nama kepala ruangan sebagai penanggung jawab.
- c. Pencatatan pasien
 - Pasien masuk yang diterima langsung dari TPP dicatat pada kolom masuk;
 - Pasien keluar dipindahkan ke ruangan lain dianggap, dicatat pada kolom pindahan
- d. Pencatatan pasien keluar
 - Pasien keluar sembuh, lari pulang paksa atau pindah ke rumah sakit lain dicatat di kolom pas keluar hidup;

- Pasien keluar dipindahkan ke ruangan lain dicatat pada kolom pindahan;
- Pasien keluar karena meninggal dicatat pada kolom meninggal

6.5 Penatalaksanaan Sensus Harian Rawat Inap

Formulir sensus yang harus ada untuk pembuatan atau pengiriman sensus harian ke unit rekam medis yang terdiri dari 3 rangkap yaitu :

- a. Lembar pertama : dikirim ke bagian RM, gunanya sbg data untuk sistem pelaporan RS;
- b. Lembaran kedua : dikirim ke bagian dapur gizi untuk melengkapi form permintaan makan, gunanya untuk memudahkan dalam mengontrol jumlah permintaan makanan & jumlah pasien yang sedang dirawat;
- c. Lembaran ketiga : untuk arsip ruangan, gunanya untuk memudahkan pembuatan sensus harian berikutnya dan sebagai arsip.

Disamping itu adapun ketentuan dalam pengisian sensus harian, dapat diuraikan sebagai berikut :

- a. Sensus harian pasien rawat inap adalah laporan harian ruangan-ruangan perawatan tentang pasien masuk/keluar, lahir mati & perpindahan antar ruangan;
- b. Sensus harian dibuat pada jam 24.00 wib dikerjakan oleh petugas ruangan jaga malam;
- c. Sensus harian pasien dibubuhi paraf & nama kepala ruang sebagai penanggung jawab;
- d. Yang bertanggung jawab atas laporan sensus harian ini adalah kepala ruangan

Bentuk formulir sensus harian pasien rawat inap

SENSUS HARIAN PASIEN RAWAT INAP																								
MULAI JAM 00.00 S.D 24.00 WIB																								
RS SEMOGA SEMBUH																								
Hari/Tgl:										Bangsal:														
PASIENT MASUK										PASIENT KELUAR														
NO	No.RM	Nama	Super	VIP	KELAS					PASIENT					No.RM	Nama	Super	VIP	KELAS					CARA DOKTER
			VIP	ASKE	ASTE	NON	IKS	KS	GRATIS	BUKANDARI	VIP	ASKE	ASTE	NON			IKS	KS	GRATIS	KELUAR	RAWAT			
1			1																					
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
MENINGGAL																								
NO	No.RM	Parion Dipindahkan SMF lain	No.RM	Parion Dipindahkan Dari SMF lain	NO.RM	Nama Parion	< 48 Jam							> 48 Jam										
							SUPER VIP	VIP	ASKE	ASTE	NON	IKS	KS	GRATIS	SUPER VIP	VIP	ASKE	ASTE	NON	IKS	KS	GRATIS		
1																								
2																								
3																								
4																								
NO	RESUME	KELAS UTAMA		KELAS I		KELAS II				KELAS III				TOTAL	FASILITAS TEMPAT TIDUR									
		Super VIP	VIP	IKS	ASKE	NON	IKS	ASTE	ASKE	NON	NON	KS	GRATIS											
1	Sisa Awal													36	Tempat tidur berddi: II berddi: TI									
2	Maruk													0	CARA PASIEN PALANG									
3	Pindahan													0										
4	Tatal A (1+2+3)													36										
5	Keluar													0										
6	Dipindahkan													0										
7	Meninggal													0	- diinjak ke Palang :									
8	Tatal B (5+6+7)													0	- diinjak ke RS Lain :									
Sisa Akhir (A-B)														36	- diinjak ke pambawa :									
															- diinjak ke RS Lain :									
															- palang paku :									
															- lari :									
															- meninggal :									
															jumlah :									

6.6 Evaluasi

1. Jelaskan pengertian sensus harian !
2. Sebutkan tujuan dan kegunaan sensus harian !
3. Apa perbedaan sensus harian dg sensus pas rawat inap !
4. Sebutkan ketentuan pengisian sensus harian !
5. Jelaskan jumlah lembaran sensus harian yang harus dibuat setiap harinya !

Contoh soal sensus :

Data sensus pasien pada tanggal 1 Januari 2018, adalah sebagai berikut :

1. Data pasien masuk :
 - a. Samsiar, kelas 2 askes, (45 22 33)
 - b. Bustami kelas 3 non askes (22 33 44)
 - c. Novi Yolanda, kelas 3 non askes (78 90 22)
 - d. Aulia Yahya, kelas 2 askes (35 46 77)
 - e. Yunita Hamidah, kelas 3 askes (23 21 27)
 - f. Zuwardi, kelas 2 umum (66 77 45)
 - g. Rina Samsinar, kelas 3 askes (90 22 35)
 - h. Welli Afriza, kelas VIP (45 33 23)
 - i. Januaisma, kelas 1 askes (14 23 66)
 - j. Muhammad Sadikin A, kelas 1 Askes (90 34 25)
2. Data pasien keluar :
 - a. Khaira Jailani, kelas 2 askes (23 67 78)
 - b. Hamidah Anwar kelas 2 askes (90 78 55)
 - c. Hendra Yunizar, kelas 2 astek (45 53 21)
 - d. Yuni Samsinar, Kelas 2 umum (34 56 77)
 - e. Widya Nur, kelas 2 umum (23 45 66)
3. Pasien pindahan : Fuji Armen kelas 3 umum (34 21 78) dan Nurhamidah kelas 2 umum (99 67 56).
4. Pasien dipindahkan : Januarisma, kelas 2 astek (34 21 78) dan anwar kelas 2 askes (45 67 09).
5. Pasien meninggal : Zusar, kelas 3 non askes meninggal kurang 48 jam (98 78 65) Mahfuud, kelas 1 umum meninggal lebih dari 48 jam (09 51 23).
6. Pasien awal : 35 orang.

~~~~~ ***Selamat Mengerjakan*** ~~~~~

# POKOK BAHASAN 7

## REKAPITULASI PASIEN RAWAT INAP

### Deskripsi Mata Kuliah

Setelah mempelajari bagian ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami bagaimana tata cara pengisian dan perhitungan data rekapitulasi pasien rawat inap.

### Kompetensi

Setelah mempelajari bagian ini, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Mengisi formulir rekapitulasi pasien rawat inap;
2. Menghitung atau mengolah data pada rekapitulasi pasien rawat inap, meliputi jumlah pasien masuk, jumlah pasien keluar hidup dan meninggal, jumlah pasien sisa dan jumlah hari perawatan.

Proses rekapitulasi sensus harian dalam suatu periode (misalnya sat bulan), selain sebagai tahapan menyatukan dan menjumlahkan hasil dari sensus setiap harinya juga sebagai langkah mencocokkan/memverifikasi data tersebut.

Contoh: hari akhir rekapitulasi sensus (misalnya bulan Januari 2008) di RS.XYZ, yaitu : Sisa pasien (pada akhir Januari) = jumlah pasien awal tanggal 1 Januari + semua pasien masuk dalam bulan Januari + semua pasien keluar (termasuk yang meninggal) dalam bulan Januari.

Jumlah sisa pasien ini harus sama dengan jumlah penghitungan langsung terhadap pasien yang masih dirawat pada malam sensus terakhir bulan Januari (*actual head count*).

Jumlah sisa pasien bulan Januari ini akan menjadi jumlah pasien awal pada tanggal 1 Februari.



Untuk merekap sensus pada satu bangsal, misalnya rekapitulasi sensus bangsal Mawar RS.XYZ bulan Januari 2008 : Sisa pasien (pada akhir Januari) = jumlah pasien awal tanggal 1 Januari + jumlah pasien masuk dalam bulan Januari + semua pasien pindahan dari bangsal lain selama Januari – semua pasien yang di pindahkan ke bangsal lain selama Januari + semua pasien keluar (termasuk yang meninggal ) dalam bulan Januari.

Jumlah sisa pasien ini harus sama dengan jumlah penghitungan langsung terhadap pasien yang masih dirawat di bangsal tersebut pada malam sensus terakhir bulan Januari (*actual head count*).

Jumlah sisa pasien bulan Januari ini akan menjadi jumlah pasien awal bangsal yang bersangkutan pada tanggal 1 Februari.

## 7.1 Rerata Sensus Pasien

Rerata sensus harian menunjukkan rerata jumlah pasien yang dirawat setiap harinya dalam periode waktu tertentu. Rerata sensus harian dihitung dengan cara membagi total hari perawatan (HP, tidak termasuk bayi baru lahir) dengan jumlah hari periode yang dimaksud.

Rumus :

$$\text{Rerata sensus harian} = \frac{\text{total HP (tidak termasuk BBL)}}{\text{jumlah hari dalam periode yang bersangkutan}}$$

## 7.2 Rerata Sensus Pasien BBL

Rerata sensus harian bayi baru lahir menunjukkan rerata jumlah bayi baru lahir yang dirawat setiap harinya dalam periode waktu tertentu. Rerata sensus harian bayi baru lahir dihitung dengan cara membagi total hari perawatan bayi baru lahir (HP bayi baru lahir) dengan jumlah hari dalam periode yang dimaksud.

Rumus :

$$\text{Rerata sensus harian BBL} = \frac{\text{total BBL}}{\text{Jumlah hari dalam periode yang bersangkutan}}$$

### Contoh soal

1. 32 Mei : Jumlah pasien RI saat sensus 100  
 Tgl 1 Juni : sekitar 07.00 masuk 2 pasien dan pulang lagi hari itu juga jam 20.00  
 Satu pasien masuk menjelang tengah hari dan meninggal jam 16.30  
 SHRI tgl 1 Juni :
  - a. 100 pasien
  - b. 102 pasien
  - c. 103 pasien
2. Jika total sensus harian rawat inap (SHRI) pasien dewasa dan anak untuk bulan Juni adalah 7489 dan total SHRI BBL pada periode tersebut adalah 639, maka hitunglah rerata SHRI dewasa dan anak periode Juni tersebut.
3. Jika HP pada tgl 1 Juni = 100 ; 2 Juni = 105; dan 3 Juni = 101; maka hitunglah jumlah HP untuk periode tanggal 1-3 Juni.

### KUNCI JAWABAN

1. C (103 pasien)
2.  $\frac{7498}{30} = 249,63$  dibulatkan menjadi 250.  
 Angka 250 tersebut pernah menyatakan bahwa : setiap hari, rata-rata terdapat 250 pasien yang dirawat inap.
3. Total HP periode 1-3 Juni yaitu:  $100 + 105 + 101 = 306$

### 7.3 Formulir Rekapitulasi

[illegible]

## 7.4 Tata Cara Pengisian Rekapitulasi Pasien Rawat Inap

Adapun tata cara pengisian rekapitulasi pasien rawat inap adalah sebagai berikut :

1. Entrikan data pasien berdasarkan data sensus pasien rawat inap;
2. Hitung jumlah pasien masuk, jumlah pasien keluar dan jumlah pasien meninggal;

3. Data pasien awal hari berikutnya merupakan jumlah pasien sisa hari sebelumnya. Misalnya pasien awal tanggal 1 maret adalah pasien sisa pada tanggal 29 Februari.
4. Hitung jumlah pasien sisa atau pasien yang masih dirawat dengan cara jumlah pasien masuk dikurangi dengan jumlah pasien keluar.
5. Hitung jumlah hari perawatan dengan cara menjumlahkan data pasien yang masih dirawat atau sisa dengan pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama.

### **Contoh soal pengisian rekapitulasi pasien rawat inap**

1. Diketahui data pelayanan disebuah Rumah Sakit pada bulan Januari tahun 2018 sebagai berikut :
  - a. Diketahui pasien akhir pada tanggal 31 Desember 2017 sebanyak 35 orang.
  - b. Setiap hari ada pasien masuk ; 2, 2, 5, 3, 7, 5, 4, 3, 4, 5, 6, 3, 5, 4, 4, 8, 4, 5, 9, 5, 5, 3, 8, 8, 3, 7, 2, 6, 8, 4, 6.
  - c. Pasien pindahan terjadi setiap harinya masing -masing 2 orang.
  - d. Pasien Keluar Hidup setiap harinya adalah sebagai berikut  
:2,3,2,2,2,1,2,2,3,2,2,4,1,5,4,4,4,3,2,1,2,4,4,3,4,1,2,3,2,3,3
  - e. pasien dipindahan terjadi setiap hari masing-masing 1 orang.
  - f. Jumlah pasien meninggal < 48 jam terjadi pada tanggal 1 s.d 10 masing-masing 1 orang. sedangkan pasien yang meninggal > 48 jam terjadi pada tanggal 11 s.d 31 masing-masing sebanyak 1 orang.
  - g. ada pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama terjadi pada tanggal 1 s.d 17 masing-masing 3 orang dan 18 s.d 31 masing-masing sebanyak 2 orang.

- h. Jumlah lama dirawat secara berturut-turut sebagai berikut : 20, 22, 15, 14, 15, 15, 10, 11, 12, 13, 11, 14, 9, 19, 20, 15, 14, 15, 17, 15, 20, 14, 14, 12, 12, 14, 14, 13, 9, 11, 7.

**----Selamat mengerjakan---**

# POKOK BAHASAN 8

## GRAFIK BARBER JHONSON

### Deskripsi Mata Kuliah

Setelah mempelajari bagian ini, pembaca diharapkan mampu memahami pengertian-pengertian yang berkaitan dengan penghitungan efisiensi tempat tidur, menghitung parameter efisiensi tempat tidur, dan membuat serta menginterpretasi grafik Baber- Johnson.

### Kompetensi

Setelah mempelajari bagian ini, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Menentukan jumlah tempat tidur tersedia
2. Menentukan jumlah tempat tidur terisi/terpakai
3. Menghitung *Bed Occupancy ratio (BOR)*
4. Menghitung *Leght of Stay (LOS)*
5. Menghitung *Bed Turn Over (BTO)*
6. Membuat grafik Baber-Johnson
7. Menginterpretasik grafik Baber-Johnson

### 8.2 Pengertian Grafik BJ

Pada tahun 1973, Barry **Barber**, M.A., PhD.,Finst P., AFIMA dan David **Johnson**, M.Sc berusaha merumuskan dan memadukan empat parameter untuk memantau dan menilai tingkat efisiensi penggunaan TT untuk bangsal perawatan pasien.

Keempat parameter yang dipadukan tersebut yaitu BOR, aLOS, TOI, BTO. Perpaduan keempat parameter tersebut lalu diwujudkan dalam bentuk grafik Barber Johnson (BJ).

## 8.2 Manfaat Grafik BJ

Grafik BJ bisa dimanfaatkan untuk :

1. Membandingkan tingkat efisiensi penggunaan TT dari suatu unit (RS atau bangsal) dari waktu ke waktu dalam periode tertentu, misalnya tingkat efisiensi penggunaan TT bangsal Mawar RS XYZ dari tribulan I sampai tribulan IVselama tahun 2008.
2. Memonitor perkembangan pencapaian target efisiensi penggunaan TT yang telah ditentukan dalam suatu periode tertentu.
3. Membandingkan tingkat efisiensi penggunaan TT antar unit (misalnya antar bangsal disuatu RS) dalam periode tertentu memantau dampak dari suatu penerapan kebijakan terhadap efisiensi penggunaan TT
4. Mengecek kebenaran laporan hasil perhitungan empat parameter efisiensi penggunaan TT( BOR, aLOS, TOI, dan BTO). Jika keempat garis bantu nya berpotongan di satu titik berarti laporan hasil perhitungan tersebut benar.

## 8.3 Hunian Tempat Tidur

Salah satu aktivitas yang rutin dilakukan dalam statistik rumah sakit adalag menghitung tingkat efesiensi hunian tempat tidur (TT).

Hal ini dilakukan untuk memantau aktifitas aktifitas penggunaan TT di unit perawatan rawat inap dan untuk merencanakan pengembangan.

Pihak manajemen rumah sakit menyediakan saejumlah TT untuk digunakan merawat pasien rawat inap dengan harapan bahwa setiap biaya yang dikeluarkan untuk membeli dan menyediakan TT tersebut akan dapat menghasilkan pemasukan dana dari pasien yang menggunakan TT tersebut.

Dari aspek ekonomi, tentu pihak manajemen menginginkan agar setiap TT yang telah disediakan selalu terisi dan digunakan oleh pasien. Jumlah TT yang kosong atau “menganggur” diharapkan sesedikit mungkin. Semakin lama seorang pasien menempati sebuah TT maka akan semakin banyak menghasilkan uang.

Dari aspek medis terjadi arah penilaian yang bisa berlawanan. Tim medis akan lebih senang dan merasa berhasil kerjanya jika seorang pasien bisa segera sembuh sehingga tidak perlu lama dirawat, jadi tidak menggunakan TT terlalu lama.

Dengan adanya dua sudut pandang yang bisa berlawanan ini, maka diperlukan cara yang lebih tepat untuk menggambarkan efisiensi penggunaan TT di rumah sakit. Dibutuhkan kriteria/parameter untuk menentukan apakah TT yang tersedia telah berdaya guna dan berhasil guna.

Parameter yang digunakan untuk memantau efesiensi penggunaan TT ini telah dirumuskan dan terdiri dari parameter, yaitu :

1. *Bed occupancy ratio (BOR)*;
2. *Legth of stay (LOS)*;
3. *Turn over interval (TOI)*; dan
4. *Bed turn over (BTO)*

### **8.3.1 Jumlah Tempat Tidur yang Tersedia (*Available beds/bed count/bed complement*)**

Perlu dipahami dan disepakati terlebih dahulu mengenai istilah “Tempat tidur (TT) tersedia”. Istilah ini menunjukkan jumlah temoat tidur (TT) yang tersedia di bangsal perawatan dan siap digunakan sewaktu-waktu untuk perwatan rawat inap. Jumlah ini merupakan jumlah total TT yang sedang dipakai maupun yang masih kosong.



Jumlah TT yang tersedia di suatu rumah sakit merupakan total dari jumlah TT yang tersedia di masing-masing bangsal perawatan.

Tempat tidur yang tersedia di ruang pemulihan (*recovery room*) di ruang persalinan, di ruang tindakan, di gudang, di bengkel, dan di ruang gawat darurat tidak dihitung sebagai jumlah TT tersedia.

Bassinets (TT untuk bayi baru lahir) dihitung terpisah dari TT biasa. Jumlah TT yang tersedia disebut juga *Available bed* dan sering disimbolkan dengan huruf A.

### 8.3.2 Tempat Tidur yang Terpakai/Occupancy Bed

Selain menentukan jumlah TT tersedia (A), perlu juga menghitung dan menentukan jumlah TT yang terisi atau terpakai. Pada prinsipnya, jumlah TT terpakai adalah sejumlah TT yang sedang digunakan untuk merawat pasien yang telah terdaftar melalui proses admisi (proses pendaftaran pasien rawat inap).

Jumlah tempat tidur terpakai dapat diketahui melalui kegiatan sensus pasien. Jumlah TT terpakai pada satu periode hari sensus akan sama dengan jumlah hari perawatan pada periode hari tersebut.

Rerata jumlah TT terpakai (disebut juga *Occupied beds* dan di simbolkan dengan huruf O), dihitung dengan cara menjumlahkan TT tersedia pd setiap harinya selama suatu periode lalu dibagi dengan jumlah hari dalam periode tersebut. Jadi, misalnya menghitung rerata jumlah TT terpakai selama periode bulan Januari dapat dilakukan dengan cara :

$$(O) \text{ Periode Januari} = \frac{\text{jumlah TT terpakai pada tgl 1} + \text{tgl 2} + \text{tgl 3} + \dots + \text{tgl 31}}{31}$$

Dengan memperhatikan cara menghitung ini, maka dapat disimpulkan bahwa rerata jumlah TT terpakai dalam suatu periode sama dengan jumlah HP dalam periode tersebut dibagi dengan jumlah hari dalam periode yang bersangkutan(t), atau :

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

### 8.3.3 Perubahan jumlah TT yang tersedia

Setiap ada perubahan jumlah TT yang tersedia (bisa penambahan maupun pengurangan) maka perlu dicatat untuk keperluan penghitungan parameter efisiensi penggunaan TT nantinya.

Perubahan jumlah TT tersedia yang dimaksudkan di sini adalah perubahan yang bersifat permanen. Jadi, perubahan jumlah TT yang hanya sementara waktu (misalnya karena kondisi darurat) tidak dihitung sebagai perubahan.

Pembahasan dan contoh lebih lanjut dari penghitungan efisiensi penggunaan TT dengan adanya perubahan TT akan dibahas bersama dengan topik BOR (*Bed Occupancy Ratio*).

## 8.4 Indikator Grafik Barber Jhonson (Effisien)

### 8.4.1 *Bed Occupancy Ratio* (BOR)

#### Pengertian :

*Bed Occupancy ratio* (BED) merupakan angka yang menunjukkan persentase penggunaan TT di unit rawat inap (bangsal).

BOR sering disebut juga :

- a. *Percent of Occupancy*
- b. *Occupancy percent*
- c. *Occupancy Ratio*

#### Batasan :

Dalam penghitungan BOR, umumnya hal-hal yang berkaitan dengan bayi baru lahir (perinatologi) akan dicatat: dihitung; dan dilaporkan secara terpisah. Jadi jumlah TT tidak termasuk TT bayi baru lahir (*bassinet*) dan jumlah HP juga tidak termasuk HP bayi baru lahir. Apabila menggunakan data dari lembar laporan RL-1, maka jumlah HP diambil di baris sub total (yaitu baris sebelum ditambah perinatologi).

Periode penghitungan BOR ditentukan berdasarkan kebijakan intern, misalnya bulanan, tribulan, semester, atau bahkan tahunan.

Lingkup penghitungan BOR juga ditentukan berdasarkan keninjakan intern, misalnya BOR perbangsal atau BOR untuk lingkup rumah sakit (seluruh bangsal).

Bor dihitung dengan cara membandingkan jumlah TT yang terpakai (O) dari jumlah TT yang tersedia (A). Perbandingan ini ditunjukkan dalam bentuk persentase.

Jadi, rumus untuk menghitung BOR yaitu :

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

Untuk menghitung BOR dalam suatu periode tertentu, misalnya BOR untuk bulan Januari, maka pengembangan rumusnya menjadi:

$$\text{BOR Januari} = \frac{\text{rerata O selama bulan Januari}}{A} \times 100\%$$

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

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

Maka BOR untuk bulan Januari dapat pula dihitung :

$$\text{BOR Januari} = \frac{\text{jumlah HP periode Januari}}{(A \times t)} \times 100\%$$

## BOR dengan perubahan jumlah TT

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

$$\text{BOR} = \frac{\text{jumlah HP periode tersebut}}{(\text{jumlah TT } 1 \times t_1) + (\text{jumlah TT } 2 \times t_2) + \dots + (\text{jumlah TT } z \times t_z)} \times 100\%$$

Misalnya : RS Semoga Sembuh memiliki TT tersedia 50. Pada tanggal 25 Januari terjadi penambahan 5 TT. Hingga akhir Januari tercatat jumlah HP=1250.

Maka untuk menghitung BOR periode Januari yaitu:

$$\text{BOR Januari} = \frac{1250}{(50 \times 24) + (5 \times 7)} \times 100\%$$

## BOR Perinatologi

Cara menghitung BOR kelompok bayi baru lahir (perinatologi) pada prinsipnya sama dengan rumus diatas, hanya saja yang digunakan adalah angka perinatologi. Jadi, jumlah TT yang tersedia adalah jumlah TT perinatologi (*bassinet*) dan jumlah HP adalah HP dari kelompok perinatologi.

## Nilai Ideal BOR

Secara statistik semakin tinggi nilai BOR berarti semakin tinggi pula penggunaan TT yang ada untuk perawatan pasien. Namun perlu diperhatikan pula bahwa semakin banyak pasien yang dilayani berarti semakin sibuk dan semakin berat pula beban kerja petugas kesehatan di unit tersebut. Akibatnya, pasien bisa kurang mendapatkan perhatian yang dibutuhkan dan kemudian infeksi nosokomial juga meningkat (infeksi nosokomial adalah infeksi yang didapat di rumah sakit). Pada akhirnya, peningkatan BOR yang terlalu tinggi ini justru bisa menurunkan kualitas kinerja tim medis dan menurunkan kepuasan serta keselamatan pasien.

Disisi lain, semakin rendah BOR berarti semakin sedikit TT yang digunakan untuk merawat pasien dibandingkan dengan TT yang telah disediakan. Dengan kata lain, jumlah pasien yang sedikit ini bisa menimbulkan kesulitan pendapatan ekonomi bagi pihak rumah sakit.

Dengan memperhatikan hal-hal tersebut diatas maka perlu adanya suatu nilai ideal yang menyeimbangkan kualitas medis, kepuasan pasien, dan aspek pendapatan ekonomi bagi pihak rumah sakit. ***Nilai idea BOR yang disarankan adalah 75%-85%.***

#### **8.4.2 Length of Stay (AvLOS)**

##### **Pengertian**

Lama dirawat (LD) adalah jumlah hari kalender dimana pasien mendapatkan perawatan rawat inap di rumah sakit, sejak tercatat sebagai pasien rawat inap (admisi) hingga keluar dari rumah sakit (*discharge*). Kondisi pasien keluar bisa dalam keadaan hidup maupun mati. Jadi, pasien yang belum keluar dari rumah sakit belum dapat dihitung LD-nya.

Lama dirawat disebut juga *length of stay (LOS)/ days of stay/ inpatient days of stay/ duration of inpatient hospitalization*. Angka LD dibutuhkan oleh pihak rumah sakit untuk menghitung tingkat penggunaan sarana (*Utilization Management*) dan untuk kepentingan finansial(*Financial Report*).

##### **Cara Menghitung Lama Dirawat**

Lama dirawat (LD) dihitung dengan cara sebagai berikut :

1. Jika tanggal masuk dan keluar berada dalam bulan yang sama, maka LD dihitung dengan cara mengurangi tanggal pasien keluar perawatan dengan tanggal pasien masuk perawatan.

Contoh :

Jika pasien masuk tanggal 3 januari dan keluar tanggal 12 Januari maka,

LD= 12-3 = 9 hari.

2. Jika tanggal masuk dan keluar berada dalam bulan yang berbeda, maka LD dihitung dengan cara mengurangi tanggal terakhir bulan masuk dengan tanggal masuk lalu ditambah dengan tanggal keluar. Jika ada bulan diantara bulan masuk dan bulan keluar, maka jumlah hari dari “bulan antara” tersebut juga ditambahkan.

Contoh:

Jika pasien masuk tanggal 3 Januari dan keluar tanggal 12 Februari maka,  $LD = (31-3) + 12 = 28 + 12 = 40$  hari.

(31 adalah tanggal terakhir bulan Januari, 3 adalah tanggal masuk, dan 12 adalah tanggal keluar)

Contoh:

Jika pasien masuk tanggal 3 Maret dan keluar tanggal 5 Mei maka,

$LD = (31-3) + 5 + 30 = 28 + 5 + 30 = 63$  hari.

(31 adalah tanggal terakhir bulan Maret, 3 adalah tanggal masuk, 5 adalah tanggal keluar, dan 30 adalah jumlah hari dalam bulan April sebagai “bulan antara”)

3. Jika tanggal masuk sama dengan tanggal keluar dan pada bulan yang sama, maka LD dihitung sebagai 1 hari. Hal ini berlaku baik pasien keluar dalam keadaan hidup maupun mati.

Contoh:

Jika pasien masuk tanggal 5 Januari (misalnya jam 09.00) dan keluar tanggal 5 Januari (misalnya jam 18.00), maka LDnya adalah 1 hari.

Kadang-kadang digunakan cara yang berbeda untuk menghitung LD guna keperluan statistik dan LD guna keperluan finansial. Untuk keperluan finansial, misalnya menghitung biaya perawatan pasien, pihak rumah sakit bisa jadi menerapkan prinsip perhitungan  $LD = (\text{tanggal keluar} - \text{tanggal masuk}) + 1$ . Beberapa rumah sakit menetapkan batas jam keluar pasien dimana apabila

pasien keluar melewati jam batas tersebut maka LD akan ditambah 1. Dibutuhkan ketetapan pihak manajemen rumah sakit apabila menggunakan kebijakan yang berbeda dalam menghitung LD agar petugas tidak keliru dan tidak timbul kerugian bagi pihak-pihak terkait.

**Jumlah Lama Dirawat**

Jumlah LD merupakan total LD dari setiap pasien dalm kelompok yang dihitung dalam periode tertentu.

Misalnya, Jumlah LD bangsal mawar pada bulan januari adalah jumlah LD dari setiap pasien di bangsal mawar yang keluar bulan Januari. Pasien yang akhir bulan Januari belum keluar, belum bisa dihitung LDnya.

Contoh:

Data berikut ini adalah catatan tanggal masuk dan keluar dari setiap pasien di bangsal Mawar dalam bulan Januari:

| Pasien | Tanggal Masuk | Tanggal Keluar | LD (hari) | Keterangan                        |
|--------|---------------|----------------|-----------|-----------------------------------|
| A      | 3 Januari     | 7 Januari      | 4         |                                   |
| B      | 25 Desember   | 5 Januari      | 11        |                                   |
| C      | 28 Januari    | -              |           | Sampai akhir januari belum keluar |
| D      | 15 Januari    | 15 Januari     | 1         |                                   |

Dari data tersebut di atas, maka jumlah LD bangsal mawar bulan Januari yaitu  $4 + 11 + 1 = 16$  hari.

**Rerata Lama Dirawat**

Rerata LD merupakan rerata LD dari sekelompok pasien dalam periode tertentu. Misalnya, rerata LD bangsal Mawar pada bulan Januari menunjukan rerata lamanya setiap pasien dirawat di bangsal Mawar dalam bulan Januari.

Rerata LD disebut juga sebagai *average lenght of stay* dan sering ditulis avLOS atau aLOS. Contoh : Jika disebutkan bahwa

rerata LD di rumah sakit XYZ bulan Januari adalah 7 berarti bahwa bulan Januari tersebut rata-rata setiap pasien di rumah sakit XYZ dirawat selama 7 hari.

**Rumus avLOS :**

$$\text{avLOS} = (0) \times \frac{t}{d}, \quad t = 365$$

Rerata LD dihitung dengan cara membagi jumlah LD dengan jumlah pasien keluar (hidup maupun mati). Jadi, jika selama bulan Januari di bangsal Mawar tercatat, jumlah LD = 115 hari. Jumlah pasien yang keluar (hidup maupun mati) dari bangsal Mawar = 20 orang, maka rerata LD bangsal mawar bulan januari dihitung dengan cara :

$$115/20 = 5,75 \text{ hari}$$

**Lama Dirawat Panjang**

Kadang-kadang, ada pasien yang dirawat dengan LD pasien yang lain disuatu unit perawatan. Hal ini bisa terjadi, misalnya bila kondisi sakitnya pasien berat, koma, komplikasi, dan sebagainya.

Apapun penyebabnya, LD dari seorang pasien yang jauh lebih lama dari LD pasien lainnya bisa “mengganggu” perhitungan statistik nantinya. Misalnya, adanya “LD panjang” ini bisa menyebabkan rerata LD cenderung bergeser kelebih lama. Kondisi ini tentu bisa menimbulkan persepsi yang berbeda pada saat kita mengartikan rerata LD yang seperti ini.

Contoh:

LD pasien A = 3 hari

LD pasien B = 5 hari

LD pasien C = 4 hari

LD pasien D = 3 hari

LD pasien E = 6 hari



Maka rerata LD dari kelompok tersebut yaitu  $(3+5+4+3+6)/5 = 21/5 = 4,2$  hari. Artinya, masing-masing pasien tersebut rata-rata dirawat selama 4,2 hari.

Jika misalnya LD pasien B tersebut adalah 35 hari, maka rerata LD dari kelompok tersebut akan menjadi 10,2 hari. Artinya, masing-masing pasien tersebut rata-rata dirawat selama 10,2 hari. Jadi, “seolah-olah” rerata LD dari kelompok tersebut cukup panjang yaitu 10,2 hari. Padahal hanya ada satu pasien (yaitu pasien B) yang LDnya jauh lebih panjang (yaitu 35 hari) dibandingkan LD pasien yang lain.

Kondisi ini disebut distorsi rerata (*distorted average*)

Untuk mengatasi kondisi seperti ini kita bisa melakukan 2 cara, yaitu:

- Memberi catatan dalam laporan yang dibuat agar pembaca laporan tahu bahwa ada “LD panjang” yang harus diperhatikan khusus waktu membaca rerata LD.
- Tidak menggunakan rerata (*mean*) dalam melaporkan ukuran pemutusan LD tapi menggunakan nilai median. Dengan menggunakan nilai median, maka kondisi dalam ilustrasi diatas dihitung sebagai berikut:

LD pasien A = 3 hari

LD pasien B = 35 hari

LD pasien C = 4 hari

LD pasien D = 3 hari

LD pasien E = 6 hari

Setelah diurutkan, data LD tersebut menjadi: 3, 3, 4, 6, 35

Jadi median dari data tersebut adalah 4 (sedangkan meannya adalah 10,2)

## Rerata LD BBL

Rerata LD untuk kelompok bayi baru lahir dapat dihitung dengan rumus berikut ini:

$$\frac{\text{Jumlah HPBBL}}{\text{jumlah BBL yang keluar RS (hidup maupun mati)}}$$

### **Cuti Perawatan**

Beberapa rumah sakit mengizinkan pasien untuk cuti perawatan. Pasien cuti perawatan adalah pasien yang meninggalkan rumah sakit untuk sementara waktu (satu atau beberapa hari) dengan seijin dokter yang merawatnya. Ijin dari dokter ini untuk memastikan bahwa memang kondisi pasien memungkinkan untuk pulang sementara (misalnya saat hari raya) dan nanti kembali lagi ke rumah sakit untuk melanjutkan proses perawatannya.

Pada pasien yang cuti perawatan, perhitungan LDnya dikurangi dengan jumlah hari cutinya. Ketentuan tentang cuti perawatan ini harus dipastikan dengan ketentuan (kebijakan) dari manajemen rumah sakit yang bersangkutan.

### **Nilai Ideal LD**

Dari aspek medis, semakin panjang LD (demikian juga dengan aLOS) maka bisa menunjukkan kinerja kualitas medis yang kurang baik karena pasien harus dirawat lebih lama (lama sembuh).

Dari aspek ekonomis, semakin panjang LD (demikian juga dengan aLOS) berarti semakin tinggi biaya yang nantinya harus dibayar oleh pasien (dan diterima oleh rumah sakit). Jadi, diperlukan keseimbangan antara sudut pandang medis dan ekonomis untuk menentukan nilai aLOS yang ideal.

**Nilai avLOS ideal yang disarankan yaitu antara 3-12 hari.**

### **8.4.3 Turn Over Interval (TOI)**

#### **Pengertian TOI**

Angka *turn over interval* (TOI) menunjukkan rata-rata jumlah hari sebuah TT tidak ditempati untuk perawatan pasien. Hari

“kosong” ini terjadi antara saat TT ditinggalkan oleh seorang pasien hingga digunakan lagi oleh pasien berikutnya.

### **Rumus TOI**

Untuk menghitung TOI bisa digunakan rumus berikut ini :

$$TOI = (A - O) \times \frac{t}{d}$$

Dimana

A = Jumlah TT tersedia

O = rerata jumlah TT terpakai

t = jumlah hari dalam periode laporan

d = jumlah pasien keluar (hidup dan mati) dalam periode laporan

### **Nilai Ideal TOI**

Semakin besar angka TOI, berarti semakin lama saat “menganggur”nya TT yaitu semakin lama saat dimana TT tidak digunakan oleh pasien. Hal ini berarti TT semakin produktif. Kondisi ini tentu tidak menguntungkan dari segi ekonomi bagi pihak manajemen rumah sakit.

Semakin kecil angka TOI, berarti semakin singkat saat TT menunggu pasien berikutnya. Hal ini berarti TT bisa sangat produktif, apalagi jika TOI = 0 berarti TT tidak sempat kosong 1 haripun dan segera digunakan lagi oleh pasien berikutnya. Hal ini bisa sangat menguntungkan secara ekonomi bagi pihak manajemen rumah sakit tapi bisa merugikan pasien karena TT tidak sempat disiapkan secara baik. Akibatnya, kejadian infeksi nosokomial mungkin bisa meningkat, beban kerja tim medis meningkat sehingga kepuasan dan keselamatan pasien terancam.

Berkaitan dengan pertimbangan diatas, maka nilai ideal TOI yang disarankan yaitu antara 1-3 hari.

#### **8.4.4 Bed Turn Over (BTO)**

##### **Pengertian BTO**

Angka *bed turn over* (BTO) menunjukkan rerata jumlah pasien yang menggunakan setiap TT dalam periode tertentu. Misalnya didapatkan BTO bulan januari = 5 pasien, maka berarti dalam bulan januari tersebut setiap TT yang tersedia rata-rata digunakan oleh 5 pasien secara bergantian.

Angka BTO ini sangat membantu kita untuk menilai tingkat penggunaan TT karena dalam dua periode bisa saja didapatkan angka BOR yang sama tapi BTOnya berbeda.

##### **Rumus BTO**

Untuk menghitung BTO digunakan rumus sebagai berikut:

$$BTO = \frac{D}{A}$$

Dimana

D = jumlah pasien keluar (hidup dan mati) dalam periode tertentu

A = jumlah TT tersedia dalam periode tersebut.

Contoh :

Di RS XYZ yang memiliki 50 TT, selama bulan januari tercatat ada 355 pasien keluar (hidup maupun mati). Dari ilustrasi data ini, maka:

$$BTO = \frac{D}{A} = \frac{355}{50} = 7,1 \text{ pasien}$$

Artinya, selama periode januari tersebut setiap TT di RS XYZ rata-rata digunakan Oleh 7,1 pasien secara bergantian.

##### **Nilai Ideal BTO**

Secara logika, semakin tinggi angka BTO berarti setiap TT yang tersedia digunakan oleh semakin banyak pasien secara bergantian. Hal ini tentu merupakan kondisi yang menguntungkan bagi pihak rumah sakit karena TT yang telah disediakan tidak “menganggu” atau aktif menghasilkan pemasukan.

Namun, bisa dibayangkan bila dalam 1 bulan 1 TT digunakan oleh 15 pasien, berarti rata-rata setiap pasien menempati TT selama 2 hari dan tidak ada hari dimana TT sempat kosong atau “menganggur”. Ini berarti beban kerja tim perawatan sangat tinggi dan TT tidak sempat dibersihkan karena terus digunakan pasien secara bergantian. Kondisi ini mudah menimbulkan ketidakpuasan pasien, bisa mengancam keselamatan pasien (patient Safety), bisa menurunkan kinerja kualitas medis, dan bisa meningkatkan kejadian infeksi nosokomial karena TT tidak sempat dibersihkan atau disterilkan.

Jadi, dibutuhkan angka BTO yang ideal dari aspek medis, pasien, dan manajemen rumah sakit.

Nilai ideal BTO yang disarankan yaitu minimal 30 pasien dalam periode 1 tahun. Artinya, 1 TT diharapkan digunakan oleh rata-rata 30 pasien dalam 1 tahun. Berarti 1 pasien rata-rata dirawat selama 12 hari. Hal ini sejalan dengan nilai ideal aLOS yang disarankan yaitu 3-12 hari.

## **8.5 Grafik Barber-Johnson**

### **8.5.1 Format Grafik Barber Johnson**

Grafik Barber Jhonson memiliki format dasar sebagai berikut :

Terdapat judul yang secara jelas mencantumkan identitas RS dan/atau bangsal yang dibuat grafik Bjnya serta periode laporannya. Terdapat empat garis bantu yang dibentuk oleh empat parameter, yaitu:

- a. TOI pada umumnya menjadi sumbu horizontal
- b. aLOS pada umumnya menjadi sumbu vertikal
- c. Garis bantu BOR merupakan garis yang ditarik pertemuan sumbu horizontal dan vertikal, yaitu titik 0,0 dan membentuk sepetri kipas

- d. Garis bantu BTO merupakan garis yang ditarik dan menghubungkan posisi nilai aLOS dan TOI yang sama, misalnya garis yang menghubungkan aLOS = 3 dengan TOI = 3.

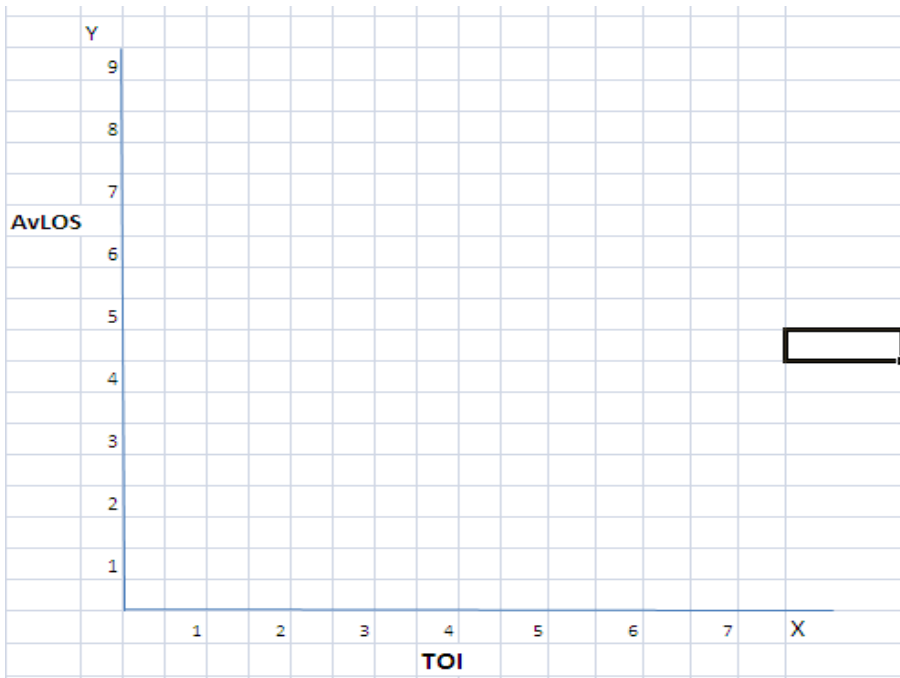
### **8.5.2 Cara Membuat Grafik Bj**

Ketentuan-ketentuan yang harus diketahui dalam membuat grafik Bj yaitu :

1. Skala pada sumbu horizontal tidak harus sama dengan skala sumbu vertikal.
2. Skala pada suatu sumbu harus konsisten.
3. Skala pada sumbu horizontal dan vertikal dimulai angka 0 dan berhimpit membentuk koordinat 0,0
4. Judul grafik harus secara jelas menyebutkan nama RS, nama bangsal (bila perlu), dan periode waktu.

Adapun langkah-langkah dalam membuat grafik BJ adalah sebagai berikut :

1. Buat garis perpotongan antara sumbu X dan sumbu Y;
  - a. Sumbu X sebagai garis horizontal yang disebut TOI
  - b. Sumbu Y sebagai garis vertikal yang disebut avLOS.



2. Membuat garis BOR pada nilai BOR = 50%, 60%, 70%, 80%, 90%:

a. Garis BOR 50%, maka titik ordinatnya adalah :

avLOS (Y) = nilai BOR = 50 ; 50/10 ; 5 ; 1

TOI (X) : 100- nilai BOR = 50 ; 100-50 ; 50/10 ; 5 ; 1

Jadi titik ordinatnya (1,1); x=1, y=1

- Tarik garis lurus ke atas mulai dari koordinat 0,0 melewati titik bantu BOR tersebut.
- Beri keterangan, bahwa garis tersebut adalah BOR = 50%

b. Garis BOR 60%, maka titik ordinatnya adalah :

avLOS (Y) : 60 ; 6 ; 3

TOI (X) : 100-60 ; 40 ; 4 ; 2

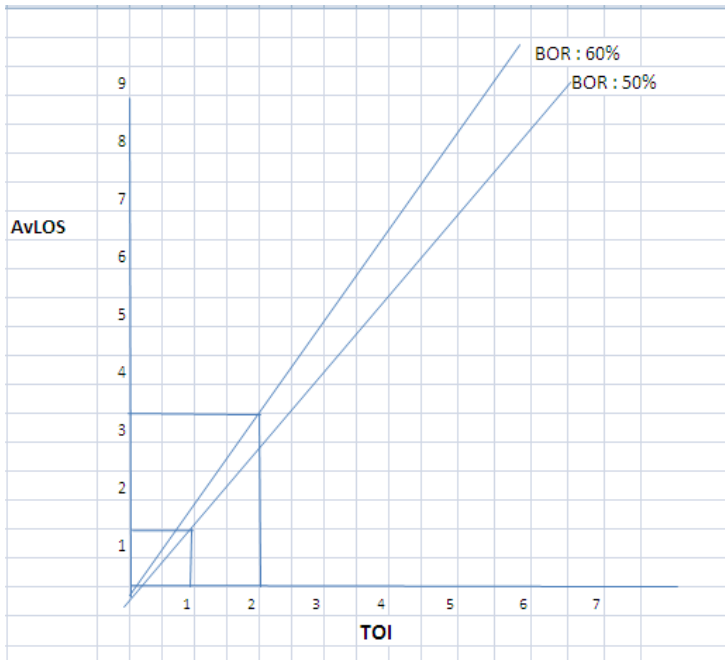
Jadi titik ordinatnya (2,3); x=2, y=3

- Tarik garis lurus ke atas mulai dari koordinat 0,0 melewati titik bantu BOR tersebut.

- Beri keterangan, bahwa garis tersebut adalah BOR = 60%
- c. Garis BOR 70%, maka titik ordinatnya adalah :
- avLOS (Y) : 70 ; 7
- TOI (X) : 100-70 ; 30 ; 3
- Jadi titik ordinatnya (3,7);  $x=3, y=7$
- Tarik garis lurus ke atas mulai dari koordinat 0,0 melewati titik bantu BOR tersebut.
  - Beri keterangan, bahwa garis tersebut adalah BOR = 70%
- d. Garis BOR 80%, maka titik ordinatnya adalah :
- avLOS (Y) : 80 ; 8 ; 4
- TOI (X) : 100-80 ; 20 ; 2
- Jadi titik ordinatnya (2,4);  $x=2, y=4$
- Tarik garis lurus ke atas mulai dari koordinat 0,0 melewati titik bantu BOR tersebut.
  - Beri keterangan, bahwa garis tersebut adalah BOR = 80%
- e. Garis BOR 90%, maka titik ordinatnya adalah :
- avLOS (Y) : 90 ; 9
- TOI (X) : 100-90 ; 10 ; 1
- Jadi titik ordinatnya (1,9);  $x=1, y=9$
- Tarik garis lurus ke atas mulai dari koordinat 0,0 melewati titik bantu BOR tersebut.
  - Beri keterangan, bahwa garis tersebut adalah BOR = 90%

Contoh garis BOR





3. Membuat garis bantu BTO, pada BTO ; 20 Pasien, 30 pasien, 40 pasien

Adapun langkah-langkah sebagai berikut : dibuat dengan cara :

a. BTO ; 20 Pasien

- Tentukan titik bantu sumbu LOS dan TOI (nilainya sama ) dengan cara:

$$\text{Avlos (y)} = 365/20 \text{ Pasien} = 18,25 ; 18,3$$

$$\text{TOI (x)} : 365/20 \text{ Pasien} = 18,25 ; 18,3$$

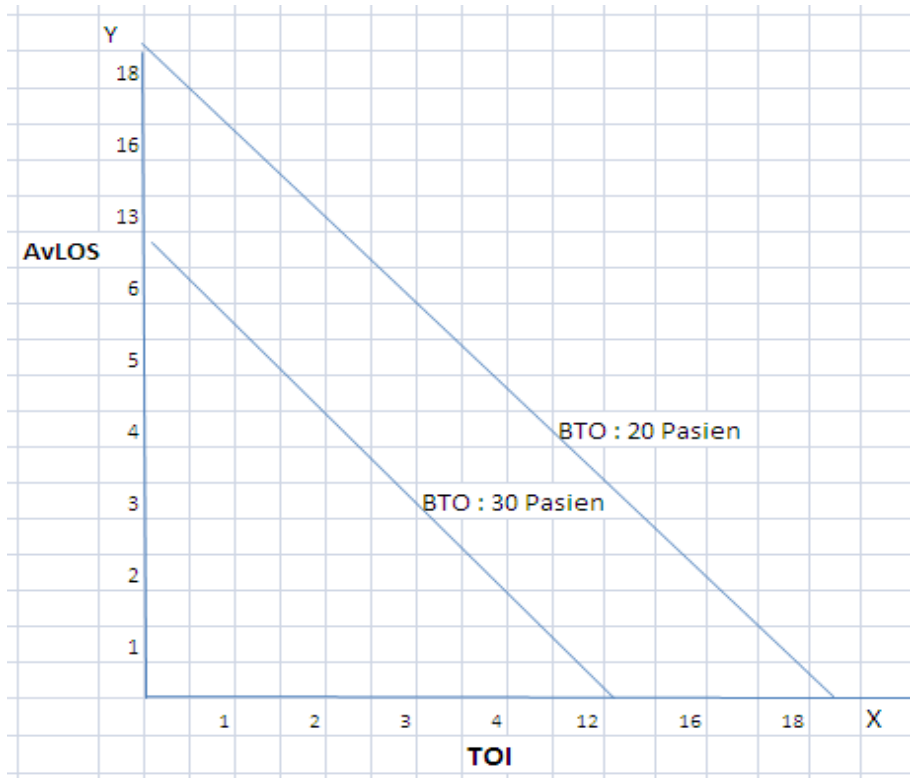
Jadi lokasi titik bantunya adalah LOS (y) = 18,3 dan TOI (x) = 18,3

Sehingga titik ordinatnya adalah : (18,3 ; 18,3)

- Tarik garis yang menghubungkan kedua titik bantu tersebut
- Beri keterangan, misalnya bahwa garis tersebut adalah BTO = 20 Pasien

b. BTO ; 30 Pasien

- Tentukan titik bantu sumbu LOS dan TOI (nilainya sama) dengan cara:  
 $\text{Avlos (y)} = 365/30 \text{ Pasien} = 12,16 = 12,2$   
 $\text{TOI (x)} : 365/30 \text{ Pasien} = 12,16 = 12,2$   
 Jadi lokasi titik bantunya adalah LOS (y) = 12,2 dan TOI (x) = 12,2  
 Sehingga titik ordinatnya adalah : (12,2 ; 12,2)
  - Tarik garis yang menghubungkan kedua titik bantu tersebut
  - Beri keterangan, misalnya bahwa garis tersebut adalah BTO = 30 Pasien
- c. BTO ; 40 Pasien
- Tentukan titik bantu sumbu LOS dan TOI (nilainya sama) dengan cara:  
 $\text{Avlos (y)} = 365/40 \text{ Pasien} = 9,125 = 9,1$   
 $\text{TOI (x)} : 365/40 \text{ Pasien} = 9,125 = 9,1$   
 Jadi lokasi titik bantunya adalah LOS (y) = 9,1 dan TOI (x) = 9,1  
 Sehingga titik ordinatnya adalah : (9,1 ; 9,1)
  - Tarik garis yang menghubungkan kedua titik bantu tersebut
  - Beri keterangan, misalnya bahwa garis tersebut adalah BTO = 30 Pasien



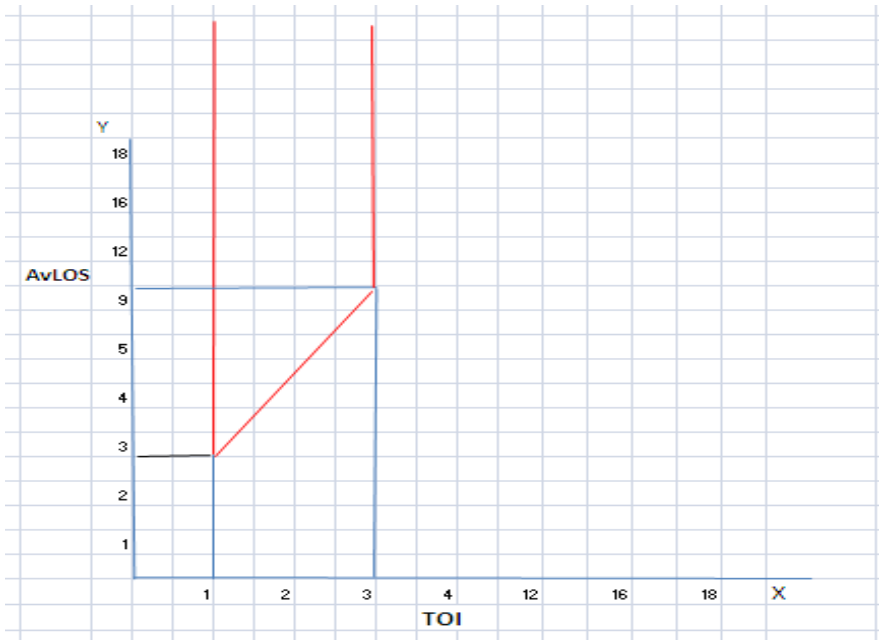
4. Membuat daerah efisiensi yang merupakan daerah yang dibatasi oleh perpotongan dari nilai-nilai ideal dari indikator TOI dan Avlos :

- TOI = 1
- TOI = 3
- LOS : 3
- LOS = 12

Langkah-langkah kerjanya :

- a. Titik ordinat 1 yaitu hubungkan TOI ( $x$ ) = 1 dengan AvLOS ( $y$ ) = 3
- b. Titik ordinat 2 yaitu hubungkan TOI ( $x$ ) = 3 dengan AvLOS ( $y$ ) = 12
- c. Tarik garis lurus sejajar dengan titik perpotongan ordinat 1

- d. Tarik garis miring ke atas dari titik potong ordinat 1 sampai dengan titik potong  $x = 3 ; y = 9$  (3 ; 9).
- e. Tarik garis lurus ke atas sejajar dengan titik potong ordinat (3 ; 9).
- f. Arsirlah daerah efisien tersebut.



5. Membuat titik Bj yang merupakan perpotongan dari keempat nilai parameter yang diukur, sehingga didapatkan bentuk dari grafik Bj tersebut.

Langkah-langkah :

- a. Buat garis BOR dari hasil perhitungan ;
- b. Buat garis BTO dari hasil perhitungan ;
- c. Hubungan titik-titik ordinat dari TOI dan AvLOS hasil perhitungan.

Misalnya : BOR : 75%, maka buat garis BOR 75%

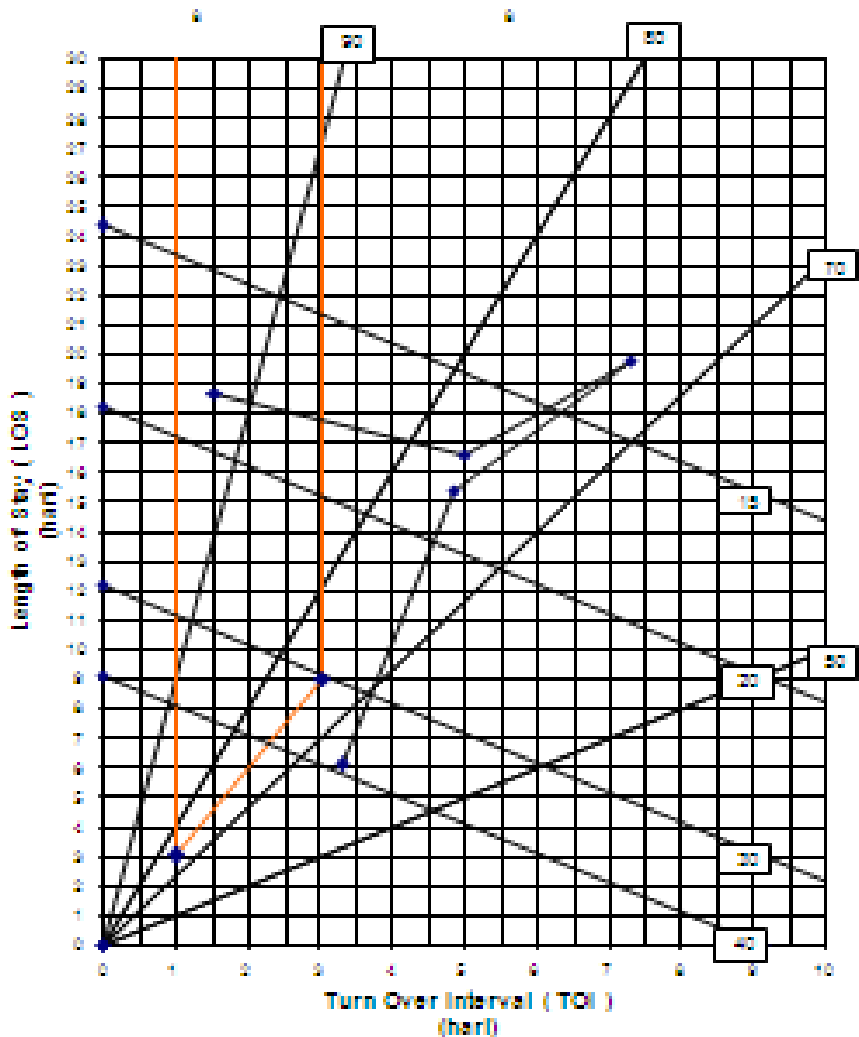
BTO : 35 Pasien, maka buat garis BTO = 35 pasien

TOI : 4 Kali    AvLOS : 6,7 hari, maka hubungan TOI  
dan AVLO

Jika perhitungan nilai keempat parameter tersebut benar (datanya benar, rumusnya benar, cara menghitungnya benar, dan pembulatannya benar) maka seharusnya keempat garis bantu itu akan berpotongan di satu titik. Titik itulah yang tadi disebutkan sebagai titik BJ.



# APIKES Dharma Lanbaw - Padang



6. Grafik B<sub>j</sub> sudah dapat dirumuskan dan akan diberikan interpretasi yang dilihat dari G<sub>Bj</sub> yang terumuskan tersebut. Untuk membaca grafik B<sub>j</sub>, lihatlah posisi titik B<sub>j</sub> terhadap daerah efisien.
- Apabila titik B<sub>j</sub> terletak didalam daerah efisien berarti penggunaan TT pada periode yang bersangkutan sudah efisien. Sebaliknya, apabila titik B<sub>j</sub> masih berada di luar daerah efisiensi berarti penggunaan TT pada periode tersebut masih belum efisien.

### Soal-soal

1. Diketahui data pelayanan sebuah RS pada tahun 2017 sebagai berikut :
  - Jumlah TT : 452 buah
  - Pasien keluar hidup dan meninggal : 17596 orang
  - Jumlah hari perawatan : 107.066 hari

Tentukan/hitunglah indikator dibawah ini

- a. BOR
  - b. BTO
  - c. TOI
  - d. AvLOS
  - e. Buatlah grafik G<sub>Bj</sub>
2. Data pelayanan pada bulan Januari 2018, sebagai berikut :
    - Jumlah tempat tempat tidur 55
    - Pasien keluar hidup dan meninggal : 1456 pasien
    - jumlah hari perawatan adalah : 1635 hari
    - Hitung : BOR, BTO, TOI dan AvLOS

## DAFTAR PUSTAKA

- Dirjen Bina Upaya Kesehatan-Kemenkes RI. Juknis SIRS 2011 (*Sistem Informasi RS*).
- Horton Loretta A. 2010. *Healthcare Statistics-Health Information Manajement, Concepts, Principles and Practice*, 3<sup>th</sup> ed. Chicago. Llinois:AHIMA
- Horton Loretta A., 2010. *Calculating and Reporting Heathcare Statistics-Third Edition*. Chicago, llinois: AHIMA
- IFHIMA, 2012. *Education Module For Health Record Practice, Module 4-Healthcare Statistics*
- Kuehn Lynn, 2009. *A Practical Approach to Analyzing Healthcare Data*, Chicago, llinois:AHIMA
- Rano Indradi Sudra, 2010, *Statistik Pelayanan Kesehatan*, Semarang Kemenkes RI, *Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS)*
- Suejadi, 2007, *Grafik Barber Jhonson*, Jakarta.
- Youmans, 2010. *Basic Statistic for Health Information Management Professionals*. Chicago, Illinois: AHIMA
- Permenkes no 76 tahun 2016 tentang Pedoman Pelaksanaan Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) pada Sistem Jaminan Pelayanan Kesehatan
- Permenkes No 27 tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Case Mix INA-CBGs



## **BIODATA PENULIS**



**Oktamianiza, AMd.PK., SKM., M.Kes**  
Dosen STIKES Dharma Landbouw Padang  
Dan  
**Afridon, ST., M.Si**  
Dosen Poltekkes Kemenkes Padang

Oktamianiza, AMd.PK., SKM., M.Kes kelahiran Talang, 6 Oktober 1980. Penulis ialah Dosen STIKES Dharma Landbouw Padang program studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, bertempat tinggal di Jl. Kolam Pancing Balata No. 7 Balai Baru Padang, Sumatera Barat. Penulis dapat dihubungi melalui kontak HP: 085263782888.

Afridon, ST., M.Si, kelahiran Padang, 10 September 1979. Penulis ialah dosen Jurusan Kesehatan Lingkungan Poltekkes Kemenkes Padang, bertempat tinggal di Jl. Kolam Pancing Balata No. 7 Balai Baru Padang, Sumatera Barat. Penulis dapat dihubungi melalui kontak HP: 085278203456.

# **STATISTIK PELAYANAN KESEHATAN**

**Statistik pelayanan kesehatan merupakan kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan yaitu perekam medis dan informasi kesehatan (PMIK) dalam pengolahan data dan informasi.**

**Data dikumpulkan kemudian diolah menurut parameter atau indikator pelayanan kesehatan, diantara statistik kesakitan, statistik kematian baik secara manual ataupun komputerisasi.**

**Kegiatan statistik dimulai dari tahapan pengumpulan data melalui data sensus harian pasien rawat inap, selanjutnya diolah melalui form rekapitulasi pasien rawat inap, pelaporan dan kemudian disajikan dalam bentuk grafik Barber Jhonson.**