

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Menurut Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tentang Rumah Sakit Tahun 2009, dimana disebutkan bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

2.1.2 Tujuan Rumah Sakit

Menurut Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tentang Rumah Sakit Tahun 2009, tujuan Rumah Sakit sebagai berikut:

1. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
2. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit.
3. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.
4. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan Rumah Sakit.

2.1.3 Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tentang Rumah Sakit Tahun 2009, Fungsi Rumah Sakit antara lain:

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standart pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.

3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Pengertian Rekam Medis

Menurut Departemen kesehatan RI (2006), Rekam medis diartikan sebagai keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, *anamnese*, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa serta segala pelayanan dan tindakan yang di berikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang di rawat inap, rawat jalan, maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.

2.2.2 Tujuan Rekam Medis

Menurut Departemen kesehatan RI (2006), Tujuan dari rekam medis menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

2.2.3 Kegunaan Rekam Medis

Menurut Pedoman Pelayanan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, (Depkes RI, 2006) kegunaan rekam medis secara umum yaitu :

1. Aspek Administrasi
Suatu rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedic dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
2. Aspek Medis
Suatu rekam medis mempunyai nilai medik, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/ perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.

3. **Aspek Hukum**
Suatu rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan keadilan.
4. **Aspek Keuangan**
Suatu rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data/ informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.
5. **Aspek Penelitian**
Suatu rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.
6. **Aspek Pendidikan**
Suatu rekam medis mempunyai nilai Pendidikan, arena isinya menyangkut data informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medic yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan referensi pengajaran dibidang profesi si pemakai.
7. **Aspek Dokumentasi**
Suatu rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 269/Menkes/Per/III/ 2008 pasal

13 disebutkan bahwa Rekam Medis dapat digunakan sebagai :

1. Pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien
2. Alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi dan penegakan etika kedokteran dan etika kedokteran gigi.
3. Keperluan penelitian pendidikan
4. Dasar pembayar biaya pelayanan kesehatan dan
5. Data statistik kesehatan

2.2.4 Pengertian dan Macam Formulir Rekam Medis

Menurut Sudra (2013), Formulir adalah secarik kertas yang memiliki ruang untuk diisi. Menurut Edna K. Huffman (1994), Desain formulir adalah kegiatan merancang formulir berdasarkan kebutuhan pencatatan

transaksi pelayanan, kegiatan pelayanan dan penyusunan atau pembuatan laporan organisasi.

Menurut Departemen Kesehatan RI (2006), Terdapat bermacam-macam bentuk formulir rekam medis yang dipakai oleh rumah sakit, namun semuanya harus memenuhi keperluan-keperluan yang mendasar. Formulir-formulir rekam medis sendiri tidak memberikan jaminan pencatatan data medis yang tepat dan benar, apabila para dokter maupun tenaga medisnya tidak secara seksama melengkapi informasi yang diperlukan pada setiap lembaran rekam medis dengan baik dan benar .

Formulir rekam medis rawat inap pada umumnya terdiri atas :

a. Ringkasan Masuk dan Keluar

Sering disebut ringkasan atau lembaran muka, sebagai sumber informasi untuk mengindeks rekam medis dan berisi data sosial. Data *social* yaitu data yang menjelaskan tentang sosial, ekonomi dan budaya dari pasien, seperti Agama, pendidikan, pekerjaan, identitas orang tua, identitas penanggung jawab pembayaran. Lembaran ini berisi informasi tentang identitas pasien, cara penerimaan melalui (Rawat Jalan, Rawat Inap, Rawat Darurat).

b. Anamnesa dan Pemeriksaan Fisik

Anamnesa adalah suatu kegiatan wawancara antara pasien/keluarga pasien dan dokter atau tenaga kesehatan lainnya yang berwenang untuk memperoleh keterangan-keterangan tentang keluhan dan penyakit yang diderita pasien

Tujuan pokok anamnesa dan pemeriksaan fisik adalah untuk memberikan bahan pelengkap bagi dokter untuk menetapkan diagnosa yang menjadi dasar

tindakan pertolongan dan perawatan/pengobatan terhadap pasien. Riwayat merupakan catatan tentang informasi yg diberikan oleh pasien. Lembaran Pemeriksaan Fisik mencatat semua hasil pemeriksaan terhadap seluruh bagian tubuh yang dilakukan oleh dokter.

Ada 2 macam formulir yg digunakan:

1. Formulir Kosong (*blank sheet*)
2. Formulir dengan catatan penunjuk (*outline form*)

c. Lembaran Grafik

Lembaran ini memberikan gambaran kepada dokter tentang suhu, nadi, dan pernafasan seseorang pasien yang pengisiannya dilakukan oleh petugas perawatan dimulai sejak pasien mulai dirawat.

d. Perjalanan Penyakit / Perkembangan Perintah Dokter dan Pengobatan

Perintah dokter tertulis adalah petunjuk dokter kepada bagian perawatan dan staf medis atau paramedis mengenai semua medikasi dan pengobatan yang diberikan kepada pasien. Sedangkan catatan perkembangan adalah mencatat secara spesifik perkembangan penyakit pasien yang ditulis dan ditanda tangani oleh dokter.

e. Catatan Perawat

Catatan ini memberikan gambaran kronologis pertolongan perawatan, pengobatan yang diberikan dan reaksi pasien terhadap tindakan yang dilakukan. Berfungsi sebagai alat komunikasi antara sesama perawat, antara perawat dengan dokter.

f. Hasil Pemeriksaan Laboratorium / Radiologi

Lembaran ini dipergunakan untuk meletakkan formulir-formulir hasil pemeriksaan laboratorium maupun radiologi yang dilakukan kepada pasien.

g. Resume Keluar

Resume Keluar (*discharge summary*) adalah laporan klinis dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) pada akhir perawatan di rumah sakit atau pelayanan medis. Resume keluar memuat keluhan utama, temuan diagnosis, terapi, perkembangan pasien, dan rekomendasi saat pasien pulang.

h. Lembar Sensus Harian

Menurut Taufik (1986), Sensus harian adalah cara untuk mengetahui jumlah pasien yang masuk dirawat, pasien keluar, lahir/meninggal dan perpindahan pasien antar ruangan, kapasitas TT tersedia dan yang terisi di suatu Rumah Sakit.

Menurut Departemen Kesehatan RI (1998), Sensus harian menjadi dasar dalam pelaksanaan pembuatan laporan rumah sakit yang kegiatannya dihitung mulai jam 00.00 sampai dengan 24.00 setiap harinya. Macam-macam sensus harian ialah sebagai berikut :

1. Sensus Harian Rawat Jalan

Menurut Departemen Kesehatan RI (1998), Sensus rawat jalan pengumpulan lembar sensus ke unit rekam medis dilakukan setiap kali setelah selesai pelayanan. Sensus harian pasien rawat jalan adalah kegiatan pencatatan atau perhitungan pasien yang dilakukan setiap hari pada setiap instalasi rawat jalan.

2. Sensus Harian Rawat Inap

Menurut Departemen Kesehatan RI (1998), Sensus harian rawat inap adalah menghitung jumlah pasien yang dilayani di unit rawat inap dan aktivitas rutin di Rumah Sakit. Sensus harian pasien rawat inap merupakan jumlah pasien rawat inap di suatu fasilitas pelayanan kesehatan pada waktu tertentu. Sensus dikirim ke unit kerja rekam medis dengan menggunakan formulir yang telah disiapkan.

i. Lembar-lembaran Khusus

1. Lembar Operasi
2. Laporan Anastesi
3. Riwayat Kehamilan
4. Catatan / Laporan persalinan
5. Identifikasi Bayi

2.3 Sensus Harian Rawat Jalan (SHRJ)

2.3.1 Pengertian Sensus Harian Rawat Jalan (SHRJ)

Menurut Direktur jendral pelayanan medik, departemen kesehatan RI (1998), Definisi Sensus harian pasien rawat jalan adalah kegiatan pencatatan atau perhitungan pasien yang di lakukan setiap hari pada setiap intallasi rawat jalan.

2.3.2 Tujuan Sensus Harian Rawat Jalan (SHRJ)

Menurut Direktur jendral pelayanan medik, departemen kesehatan RI (1998), Sensus harian bertujuan memperoleh semua pasien yang masuk dan keluar rumah sakit selama 24 jam.

2.3.3 Kegunaan Sensus Harian Rawat Jalan (SHRJ)

1. Untuk mengetahui jumlah kunjungan pasien, pasien keluar rumah sakit.
2. Untuk informasi mengenai *diagnose*, penyakit, jumlah kunjungan pasien datang dan keluar.
3. Untuk menghitung penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan.
4. Sebagai sumber data untuk melaksanakan sistem pelaporan rumah sakit.
5. Sebagai sarana untuk menentukan kebijaksanaan pemimpin.
6. Sebagai arsip rawat jalan atau poliklinik yang harus di simpan di setiap poliklinik rawat jalan.

2.3.4 Formulir Sensus Harian Rawat Jalan

Menurut Direktur jendral pelayanan medik, departemen kesehatan RI (1998), Formulir adalah kertas yang memiliki ruang untuk di isi karena merupakan dokumen untuk merekam dan mencatat selama pasien di rawat di rumah sakit . Formulir ini dapat di pergunakan untuk menetapkan tanggung jawab timbulnya kegiatan atau pelayanan kepada pasien dan dapat juga di pergunakan sebagai alat komunikasi pokok penyampaian informasi dan unit yang satu ke unit yang lainnya, mempunyai saling keterkaitan dan keseimbangan yang dapat di jadikan dasar untuk pengambilan keputusan.

2.3.5 Kelengkapan Sensus Harian Rawat Jalan (SHRJ)

Dalam mewujudkan pencapaian kualitas rumah sakit yang baik, maka sudah dapat dipastikan rumah sakit harus memiliki suatu kontrol dan pengawasan di dalam menganalisa kelengkapan pengisian formulir sensus harian pasien rawat jalan, hal ini dapat di gunakan untuk memastikan apakah formulir sensus harian pasien rawat jalan yang di isi sudah lengkap, Sensus harian dapat di nilai lengkap apabila di dalamnya terdapat semua data tentang pasien khususnya pasien rawat jalan, peran serta perawat kepada masing-masing orang, perawat atau bidan yang menuliskan pasien adalah hal yang mendukung kelengkapan pengisian formulir sensus harian pasien rawat jalan, karena mereka adalah orang yang paling bertanggung jawab terhadap penggunaan sensus harian pasien rawat jalan.

2.3.6 Mekanisme Pengisian Sensus Harian Rawat Jalan (SHRJ)

Menurut JUKNIS SIRS (2011), Laporan harian kegiatan rumah sakit dari setiap ruangan, baik dari ruang rawat inap maupun rawat jalan yang berupa sensus harian, ataupun formulir lainnya yang telah diisi oleh bagian masing-masing. Laporan tersebut diolah oleh bagian pengolah data sehingga laporan tersebut sesuai dengan kebutuhan untuk mengisi RL dan rumah sakit, pengolahan ini dilakukan secara manual.

2.4 Desain Sensus Harian Rawat Jalan

2.4.1 Pengertian Desain

Menurut Huffman (1994), Desain formulir adalah kegiatan merancang formulir berdasarkan kebutuhan pencatatan transaksi pelayanan, kegiatan pelayanan dan penyusunan atau pembuatan laporan organisasi.

2.4.2 Komponen Utama Formulir Kertas

Menurut Huffman (1994), Desain formulir terdapat lima komponen utama yang terdapat dalam formulir kertas, yaitu :

1. *Heading*

Mencakup judul dan informasi mengenai formulir. Judul sebuah formulir bisa terdapat pada satu dari beberapa tempat. Posisi standar adalah kiri atas, tengah atas, kanan atas, kiri bawah atau kanan bawah. Sebuah sub judul harus digunakan apabila judul utama memerlukan penjelasan atau kualifikasi lebih lanjut. Apabila formulir akan diisi oleh atau dikirim ke luar organisasi, nama dan alamat fasilitas asuhan kesehatan harus dimasukkan kedalam judul.

Informasi lain mengenai formulir mencakup identitas formulir, tanggal penerbitan dan nomor halaman. Batas kanan merupakan tempat terbaik untuk identifikasi formulir dan tanggal penerbitan. Pada lokasi ini perobekan atau tertutupnya informasi dapat dihindari jika formulir di stampel pada sudut kiri atas. Identitas formulir juga terlihat apabila formulir dijilid pada bagian atau pada sisi kiri. Penyimpanan formulir juga akan dipermudah apabila identifikasi formulir berada di bawah .

Apabila formulir terdiri lebih dari satu halaman maka tiap halaman harus dibuat nomor dan judul halaman terletak pada sebelah kanan atas. Ini akan membantu percetakan dalam menyusun material untuk dicetak dan disusun.

Apabila menggunakan lembar tambahan agar pengguna mengetahui pada awal menggunakan formulir tersebut maka setiap lembar harus diberi tempat untuk pengisian nomor halaman , misalnya “Halaman 1 dari 2”.

2. *Introduction* (Pendahuluan atau Pengantar)

Bagian pendahuluan ini berisi keterangan atau menjelaskan tujuan formulir. Jika bagian heading sudah cukup menggambarkan fungsi dan tujuan tersebut maka tidak perlu lagi ditambahkan bagian *introduction*.

3. *Instructions* (Perintah atau Instruksi)

Bagian perintah berisi penjelasan singkat tentang jumlah lembar, cara pengisian, dan cara pengiriman. Bagian ini biasanya diatur penempatannya agar jelas, singkat, dan tidak mengganggu akur pembaca dan pengisian formulir. Instruksi bisa diletakkan pada bagian depan formulir apabila terdapat tempat yang cukup sedangkan instruksi yang panjang bisa diletakkan pada lembar tersendiri atau buku kecil yang terpisah.

4. *Body* (Isi atau Batang Tubuh)

Body merupakan bagian formulir yang disediakan untuk kerja formulir yang sesungguhnya. Dalam memberikan pertimbangan harus berhati-hati mengenai susunan data yang diminta atau informasi yang tersedia. Yang perlu diperhatikan dalam satu badan formulir meliputi :

1) *Margins*

Batas pinggir ini tidak saja menambah tampilan dan kegunaan formulir, tapi juga pada kesanggupan untuk merancang formulir secara fisik. Margins minimum harus disediakan $2/16''$ pada bagian atas, $3/6''$ dibagian bawah, dan $3/10''$ pada sisi-sisi. Kalau yang digunakan adalah stok kartu, paling kurang $1/18''$ harus disediakan sebagai margins untuk semua sisi.

2) *Spacing*

Spacing adalah ukuran area *entry* data. Pada waktu mendesain formulir dengan data yang akan diisi dengan tulisan tangan, berikan *horizontal spacing* $1/10''$ sampai $1/12''$ per karakter. *Vertical spacing* memerlukan $1/4''$ sampai $1/3''$. Apabila desain kotak yang digunakan $1/3''$ diperlukan spasi vertical $1/3''$ akan menerima baik *entry* tulisan tangan maupun mesin.

3) *Rules* (Garis)

Sebuah *rules* adalah sebuah garis vertical atau horizontal. Garis ini bisa solid (langsung), dotted (terputus-putus), atau parallel berdekatan yang melayani berbagai tujuan. *Rules* membagi formulir atas bagian-bagian logis, mengarahkan penulis untuk memasukkan data pada tempat semestinya, menginstruksi penulis mengenai panjang yang diinginkan dari data yang dimasukkan membimbing pembaca melalui komunikasi, dan menambah daya tarik fisik formulir.

4) *Type Style* (Jenis Huruf)

Jenis huruf ini penting dalam hal keterbacaan dan penonjolan. Untuk suatu formulir, paling baik adalah menggunakan sesedikit mungkin jenis huruf dan ukuran huruf, item-item dengan tingkat kepentingan yang sama hendaknya dicetak dengan huruf yang sama di semua bagian formulir. Biasanya, jenis *italic* dan *bold* digunakan untuk penekanan.

5) Cara Pencatatan

Hampir semua formulir dihasilkan dengan tangan, mesin ketik, atau cetak komputer. Adapun cara lain pencatatan data mencakup *OCR* (*Optical Character Recogniting*) yaitu pengenalan huruf secara optis dan “*bar code*” yang bekerja sebagai input langsung ke dalam komputer. Sebagai tambahan pada prinsip umum desain formulir yang baik, pertimbangan khusus untuk adanya peralatan *OCR* atau *barcode* merupakan hal yang penting

5. *Close* (Penutup)

Close atau Penutup merupakan bagian terakhir formulir kertas, biasanya berupa kalimat penutup. Ini merupakan bagian verifikasi, pada bagian ini tercantum tanda tangan, nama terang, keterangan tempat, tanggal dan jam (bila diperlukan).

2.4.3 Aturan Desain Formulir

Menurut Huffman (1994), desain formulir mempunyai aturan sebagai berikut :

- a. Pelajari lebih dulu pemakaian formulir dan buatlah rancangan dengan memikirkan pengguna.

- b. Rancanglah formulir sesederhana mungkin.
- c. Gunakan terminologi standar untuk semua elemen data atau gunakan definisi-definisi, beri tabel sesuai informasi.
- d. Masukkan pedoman agar menjamin pengumpulan dan interpretasi data konsisten.
- e. Aturan item-item (isian) data secara logis, sehubungan dengan dokumen sumbernya atau dengan urutan perolehannya, sajikan informasi dengan cara yang dapat menangkap perhatian pembaca.

2.5 Pelaporan Rumah Sakit

2.5.1 Pengertian Pelaporan Rumah Sakit

Menurut Dirjen Yanmed (2006), pelaporan Rumah Sakit merupakan suatu alat organisasi yang bertujuan untuk dapat menghasilkan laporan secara cepat, tepat, dan akurat.

2.5.2 Jenis Pelaporan Rumah Sakit

Menurut Depkes RI (2006), secara garis besar jenis pelaporan Rumah Sakit dapat dibedakan menjadi 2 kelompok, yaitu :

1. Laporan Internal / Laporan intern.

Laporan internal rumah sakit dapat disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit.

Jenis laporan tersebut meliputi:

- a. Pasien masuk rumah sakit diklasifikasikan menjadi:
 - 1) Pasien umum
 - 2) Pasien Kebidanan

- 3) Pasien Anak
 - 4) Bayi Lahir di Rumah Sakit
 - 5) Bayi kiriman dari luar
- b. Pasien keluar Rumah Sakit diklasifikasikan menjadi:
- 1) Pasien Umum
 - 2) Pasien Kebidanan
 - 3) Pasien Anak
 - 4) Bayi Lahir di Rumah sakit
 - 5) Bayi kiriman dari luar
- c. Pasien meninggal di Rumah Sakit diklasifikasikan menjadi:
- 1) Pasien Umum
 - 2) Pasien Meninggal <48jam
 - 3) Pasien meninggal >48jam
 - 4) Pasien DOA
 - 5) Pasien Stillbirth
 - 6) Net eath Rate (NDR)
 - 7) Grss Death rate (GDR)
 - 8) Maternal death Rate (MDR)
- d. Lamanya pasien dirawat diklasifikasikan menjadi:
- 1) Pasien Umum
 - 2) Pasien Kebidanan
 - 3) Pasien Anak
 - 4) Bayi Lahir di Rumah sakit

- 5) Bayi kiriman dari luar
- e. Hari Perawatan Pasien (HP) diklasifikasikan menjadi:
- 1) Pasien Umum
 - 2) Pasien Kebidanan
 - 3) Pasien Anak
 - 4) Bayi Lahir di Rumah sakit
 - 5) Bayi kiriman dari luar
- f. Presentasi pemakaian tempat tidur (BOR) diklasifikasikan menjadi:
- 1) Pasien Umum
 - 2) Pasien Kebidanan
 - 3) Pasien Anak
 - 4) Bayi Lahir di Rumah sakit
 - 5) Bayi kiriman dari luar
- g. Kegiatan Persalinan diklasifikasikan menjadi:
- 1) Letak belakang kepala
 - 2) Vacum Ektrasi
 - 3) Seksio Sesarea
 - 4) Forcep
 - 5) DII
- h. Kegiatan Pembedahan dan tindakan medik lain, diklasifikasikan menjadi:
- 1) Operasi besar
 - 2) Operasi sedang
 - 3) Operasi kecil

- i. Kegiatan Rawat Jalan meliputi:
 - 1) Laporan pengunjung pasien
 - 2) Laporan kunjungan pasien
 - 3) Laporan Konsultasi
 - 4) Laporan kegiatan Imunisasi
 - 5) Laporan kegiatan Keluarga Berencana
 - 6) Laporan kegiatan Penunjang Medis

Sensus harian menjadi dasar dalam pelaksanaan pembuatan pelaporan rumah sakit yang kegiatannya dihitung mulai jam 00.00 s/d 24.00 setiap harinya.

2. Laporan Eksternal/Ekstern

Laporan ektern rumah sakit ditujukan kepada Direktorat jenderal Bina Pelayanan medik Departemen Kesehatan RI (DITJEN YANMED), Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pelaporan ektern rumah sakit dibuat sesuai dengan kebutuhan Departemen Kesehatan RI yang meliputi:

- a) Data kegiatan Rumah Sakit (RL 1) berisikan Data Dasar Rumah Sakit yang dilaporkan setiap waktu apabila terdapat perubahan data dasar rumah sakit sehingga data ini dapat dikatakan data yang bersifat terbaru setiap saat (updated).
 - 1) RL 1.1 Data Dasar Rumah Sakit
 - 2) RL 1.2 Indikator Pelayanan Rumah Sakit
 - 3) RL 1.3 Fasilitas Tempat Tidur
- b) Data keadaan morbiditas Pasien Rawat Inap Rumah Sakit (RL 2a)

- c) Data keadaan morbiditas Pasien Rawat Inap Surveilans terpadu Rumah sakit (RL 2a.1)
- d) Data keadaan morbiditas Pasien Rawat jalan Rumah Sakit (RL 2b)
- e) Data keadaan morbiditas pasien rawat jalan surveilans terpadu rumah sakit (RL 2b.1)
- f) Data status imunisasi (RL 2c)
- g) Data individu morbiditas pasien rawat inap, terdiri dari:
 - 1) Pasien Umum (RL 2.1)
 - 2) Pasien Obstetri (RL 2.2)
 - 3) Pasien baru lahir/lahir mati (RL 2.3)
- h) Data dasar Rumah Sakit (RL 3)
- i) Data ketenagaan Rumah Sakit (RL 4)
- j) Data ketenagaan Individual Rumah Sakit (RS Vertikal Depkes) (RL 4a)
- k) Data Peralatan Medik Rumah Sakit (RL 5)
- l) Data Kegiatan Kesehatan Lingkungan (RL 5)
- m) Data Infeksi Nosokomial Rumah Sakit (RL 6)