

## **BAB 2**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **2.1 Rumah Sakit**

##### **2.1.1 Pengertian Rumah Sakit**

Pengertian rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 tahun 2020 menyebutkan bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit harus memiliki tiga pelayanan yang meliputi pelayanan medik dan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan kebidanan, serta pelayanan non medik. Sebagai penunjang dan pendukung tercapainya mutu dan kualitas pelayanan rumah sakit, sangat diperlukan penyelenggaraan rekam medis yang baik.

Sedangkan menurut Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan menyebutkan bahwa Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Rumah sakit dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan juga merupakan suatu institusi pelayanan kesehatan yang mendukung upaya penciptaan lapangan pekerjaan dan pembangunan perekonomian nasional.

Berdasarkan Undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit:

Asas diselenggarakan rumah sakit berdasarkan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan, dan keselamatan pasien, serta memiliki fungsi sosial.

Pengaturan penyelenggaraan rumah sakit bertujuan: (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, dan (4) memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan rumah sakit.

Rumah sakit adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat pakar, dan padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan rumah sakit menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan, dan penelitian, serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin, agar rumah sakit mampu melaksanakan fungsi yang profesional baik di bidang teknis medis maupun administrasi kesehatan untuk menjaga dan meningkatkan mutu rumah sakit harus mempunyai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu di semua tingkatan. (Nisak dan Cholilah, 2020)

## **2.1.2 Fungsi dan Kewajiban Rumah Sakit**

### **A. Fungsi Rumah Sakit**

Rumah sakit memiliki fungsi memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna (Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 Pasal 4 tentang Rumah Sakit).

Adapun fungsi rumah sakit menurut Undang-undang No. 44 tahun 2009 pasal 5 tentang rumah sakit, untuk menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam pasal 4, rumah sakit mempunyai fungsi:

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar 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 dan
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

## **B. Kewajiban Rumah Sakit**

Pada Permenkes RI Nomor 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien menyebutkan bahwa setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban antara lain:

1. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat.
2. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.
3. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada Pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya.
4. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya.
5. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin.
6. Melaksanakan fungsi sosial dengan memberikan fasilitas pelayanan Pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka,

ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan.

7. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani Pasien.
8. Menyelenggarakan rekam medis.
9. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia.
10. Melaksanakan sistem rujukan.
11. Menolak keinginan Pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perundang-undangan.
12. Memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban Pasien.
13. Menghormati dan melindungi hak Pasien.
14. Melaksanakan etika Rumah Sakit.
15. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana.
16. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan, baik secara regional maupun nasional.
17. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya.
18. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit.
19. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas.

20. Memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

### **2.1.3. Pelayanan Rumah Sakit**

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit tercantum dalam KEPMENKES Nomor 129 tahun 2008 meliputi jenis-jenis pelayanan indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit. Berikut jenis – jenis pelayanan rumah sakit yang minimal wajib disediakan oleh rumah sakit meliputi pelayanan gawat darurat, pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, pelayanan bedah, pelayanan persalinan dan perinatologi, pelayanan intensif, pelayanan radiologi, pelayanan laboratorium patologi klinik, pelayanan rehabilitasi medik, pelayanan farmasi, pelayanan gizi, pelayanan transfusi darah, pelayanan keluarga miskin, pelayanan rekam medis, pengelolaan limbah, pelayanan administrasi manajemen, pelayanan ambulans/kereta jenazah, pelayanan pemulasaraan jenazah, pelayanan laundry, pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit, pencegahan pengendalian infeksi.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, terdapat beberapa kategori rumah sakit,:

#### **A. Rumah Sakit Umum**

Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit umum paling sedikit terdiri atas:

1. Pelayanan Medik

Pelayanan medik terdiri atas:

- a) Pelayanan Medik Umum

Pelayanan medik umum merupakan pelayanan yang dilakukan oleh dokter atau dokter gigi yang meliputi pelayanan medik dasar.

b) Pelayanan Medik Spesialis

Pelayanan medik spesialis merupakan pelayanan yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang meliputi pelayanan medik spesialis dasar, dan pelayanan medik spesialis lain selain spesialis dasar.

Pelayanan medik spesialis dasar meliputi pelayanan penyakit dalam, anak, bedah, dan obstetri dan ginekologi. Pelayanan medik spesialis lain selain spesialis dasar meliputi pelayanan mata, telinga hidung tenggorok-bedah kepala leher, saraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedi dan traumatologi, urologi, bedah saraf, bedah plastik rekonstruksi dan estetika, bedah anak, bedah thorax kardiak dan vaskuler, kedokteran forensik dan medikolegal, bedah mulut, konservasi/endodonsi, ortodonti, periodonti, prostodonti, pedodonti, penyakit mulut, dan pelayanan medik spesialis lain.

c) Pelayanan Medik Subspesialis

Pelayanan medik subspesialis merupakan pelayanan yang dilakukan oleh dokter subspesialis yang melakukan pelayanan subspesialis di bidang spesialisasi bedah, penyakit dalam, anak, obstetri dan ginekologi, kedokteran jiwa, mata, telinga hidung tenggorok-bedah

kepala leher, paru, saraf, jantung dan pembuluh darah, orthopedi dan traumatologi, kulit dan kelamin dan subspecialis lain.

## 2. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan

Pelayanan keperawatan dan kebidanan meliputi asuhan keperawatan generalis dan/atau asuhan keperawatan spesialis, dan asuhan kebidanan.

## 3. Pelayanan Penunjang Medik

Pelayanan penunjang medik terdiri atas:

### a) Pelayanan Penunjang Medik Spesialis

Pelayanan penunjang medik spesialis meliputi pelayanan laboratorium, radiologi, anestesi dan terapi intensif, rehabilitasi medik, kedokteran nuklir, radioterapi, akupunktur, gizi klinik, dan pelayanan penunjang medik spesialis lainnya.

### b) Pelayanan Penunjang Medik Subspesialis

Pelayanan penunjang medik subspecialis meliputi pelayanan subspecialis di bidang anestesi dan terapi intensif, dialisis, dan pelayanan penunjang medik subspecialis lainnya.

### c) Pelayanan Penunjang Medik Lain

Pelayanan penunjang medik lain meliputi pelayanan sterilisasi yang tersentral, pelayanan darah, gizi, rekam medik, dan farmasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### d) Pelayanan Penunjang Non Medik

Pelayanan penunjang non medik terdiri atas laundry/binatu, pengolah makanan, pemeliharaan sarana prasarana dan alat kesehatan, sistem informasi dan komunikasi, dan pemulasaran jenazah.

## **B. Rumah Sakit Khusus**

Rumah sakit khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya. Rumah Sakit khusus terdiri dari ibu dan anak, mata, gigi dan mulut, ginjal, jiwa, infeksi, telinga-hidung-tenggorok kepala leher, paru, ketergantungan obat, bedah, otak, orthopedi, kanker, dan jantung dan pembuluh darah.

Selain Rumah Sakit Khusus di atas, Menteri dapat menetapkan Rumah Sakit Khusus lainnya. Rumah Sakit Khusus lainnya dapat berupa penggabungan jenis kekhususan yang terkait keilmuannya atau jenis kekhususan baru. Penetapan Rumah Sakit Khusus lainnya dilakukan berdasarkan hasil kajian dan rekomendasi asosiasi perumhaskitan serta organisasi profesi terkait.

### **2.1.4 Penyelenggaraan Pelayanan Rawat Inap**

Setiap Rumah Sakit harus menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan kegawatdaruratan. (PERMENKES No. 3 Tahun 2020). Dalam menyelenggarakan pelayanan rawat inap, Rumah Sakit harus memiliki:

1. Jumlah tempat tidur perawatan kelas II paling sedikit :
  - a. 30 % (tiga puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.



- b. 20% (dua puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik swasta.
2. Jumlah tempat tidur perawatan di atas perawatan kelas I paling banyak 30% (tiga puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan Swasta.
3. Jumlah tempat tidur perawatan intensif paling sedikit 8% (delapan persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit baik milik Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan Swasta.
4. Jumlah tempat tidur perawatan intensif untuk Rumah Sakit Umum, terdiri atas 5% (lima persen) untuk pelayanan unit rawat intensif (ICU), dan 3% (tiga persen) untuk pelayanan intensif lainnya.
5. Ketentuan dikecualikan untuk Rumah Sakit Khusus Mata dan Rumah Sakit Khusus Gigi dan Mulut.

Adapun alur pasien rawat inap sebagai berikut:

1. Pasien membawa surat pengantar rawat dari klinik rawat jalan/ gawat darurat/kamar bersalin ke pendaftaran rawat inap.
2. Pasien memesan kamar perawatan sesuai dengan jenis pembayaran (jika pasien asuransi kesehatan akan dicek dengan pelayanan dan kamar perawatan sesuai dengan plafon pasien) dan melakukan registrasi pendaftaran rawat inap.
3. Petugas menghubungi kamar perawatan untuk memesan kamar dan menyampaikan hal-hal yang diperlukan dalam perawatan pasien berdasarkan catatan dalam surat pengantar rawat.

4. Pasien diberi penjelasan general consent/persetujuan umum dan membubuhkan nama, tanda tangan pada formulir tersebut.
5. Pasien kembali ke klinik/ ruang gawat darurat untuk dipasang infus dan diberi gelang pasien Kemudian perawat menghubungi ruang perawatan sebelum membawa pasien ke ruang perawatan. Perawat akan serah terima pasien dan rekam medis serta dokumen penunjang lainnya untuk tindak lanjut perawatan pasien.
6. Pasien masuk ruang perawatan diterima dokter ruangan/ perawat ruangan.

## **2.2 Rekam Medis**

### **2.2.1 Pengertian Rekam Medis**

Dalam pasal 1 angka 1 Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis yakni Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan, akan tetapi mempunyai pengertian sebagai satu sistem penyelenggaraan rekam medis. Sedangkan kegiatan pencatatannya sendiri hanya merupakan salah satu kegiatan daripada penyelenggaraan rekam medis.

Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai pada saat diterimanya pasien di rumah sakit, diteruskan kegiatan pencatatan data medik pasien selama pasien itu mendapatkan pelayanan medik di rumah sakit, dan dilanjutkan dengan penanganan berkas rekam medis yang meliputi

penyelenggaraan penyimpanan serta pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan guna melayani permintaan/peminjaman oleh pasien untuk keperluan lainnya.

### **2.2.2 Tujuan Pencatatan Rekam Medis**

Tujuan pencatatan rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan Kesehatan di RSUD Haji Surabaya. Tanpa didukung suatu sistem pengolahan rekam medis yang baik dan benar, mustahil tertib administrasi RSUD Haji Surabaya akan berhasil sebagaimana mestinya. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan dalam upaya pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

Pengaturan rekam medis bertujuan untuk 1) meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, 2) memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis, 3) menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan, dan ketersediaan rekam medis, 4) serta mewujudkan penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis berbasis digital dan terintegrasi.

### **2.2.3 Nilai Guna Rekam Medis**

Bagi pasien, rekam medis memiliki guna untuk menyediakan bukti asuhan keperawatan/tindakan medis yang diterima oleh pasien, menyediakan data jika pasien datang untuk yang kedua kali dan seterusnya, serta menyediakan data yang dapat melindungi kepentingan hukum pasien dalam kasus-kasus kompensasi pekerja kecelakaan pribadi maupun malpraktek. Bagi fasilitas pelayanan kesehatan, rekam medis memiliki data yang dipakai untuk pekerja profesional kesehatan, sebagai bukti atas biaya pembayaran pelayanan medis pasien, dan sebagai pemberi evaluasi penggunaan sumber daya. Sedangkan bagi pemberi

pelayanan, rekam medis dapat menyediakan informasi untuk membantu seluruh tenaga profesional dalam merawat pasien, membantu dokter dalam menyediakan data keperawatan yang bersifat berkesinambungan pada berbagai tingkatan pelayanan kesehatan, serta menyediakan data-data untuk penelitian dan pendidikan.

#### **2.2.4 Kegunaan Rekam Medis**

Menurut Depkes RI (2006), kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain:

1. Aspek Administrasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2. Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medik, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan maupun perawatan yang harus diberikan kepada seseorang pasien.

3. Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya berkaitan dengan masalah adanya jaminan kepastian hukum atau dasar keadilan dalam rangka usaha menegakkan hukum serta menyediakan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

4. Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai keuangan, karena isinya dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan. Tanpa adanya bukti catatan tindakan/pelayanan, maka pembayaran pelayanan tidak dapat dipertanggungjawabkan.

#### 5. Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya mengandung data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

#### 6. Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya mengandung data/informasi tentang perkembangan kronologis dari kegiatan pelayanan rekam medis yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan referensi di bidang profesi.

#### 7. Aspek Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan.

Kegunaan rekam medis secara umum antara lain:

1. Sebagai alat komunikasi antara dokter dan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian dalam memberikan pelayanan, pengobatan, hingga perawatan kepada pasien.
2. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.

3. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit, dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat.
4. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.
5. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit, maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
6. Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan pendidikan dan penelitian.
7. Sebagai dasar dalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medik pasien.
8. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan serta sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan.

#### **2.2.5 Dasar Hukum Penyelenggaraan Rekam Medis**

Dasar hukum tentang penyelenggaraan rekam medis sebagai berikut:

1. PP 10 Tahun 1960 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran.
2. Peraturan Pemerintah No. 034/Birhub/1992 tentang perencanaan dan pemeliharaan rumah sakit di mana antara lain disebutkan bahwa guna menunjang terselenggaranya rencana induk yang baik, maka setiap rumah sakit diwajibkan;
  - a. Memiliki dan merawat statistik yang *up to date*.
  - b. Membina *medical record* yang berdasarkan ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan.

3. Peraturan Menteri Kesehatan No. 134/1978 tentang struktur organisasi dan tata kerja rumah sakit umum di mana disebutkan salah satu sub bab bagian adalah pencatatan medis.

#### **2.2.6 Tugas Profesi Perekam Medis**

Pembagian tugas profesi perekam medis sesuai jabatan dan kepangkatan dalam pelayanan rekam medis antara lain:

##### **A. Perekam Medis Pelaksana**

1. Melakukan wawancara untuk melengkapi identitas pribadi data sosial pasien rawat jalan.
2. Menyiapkan dan meminta rekam medis rawat jalan ke petugas perekam medis bagian penyimpanan.
3. Mengisi buku register pendaftaran pasien rawat jalan.
4. Membuat dan memutakhirkan Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) rawat jalan.
5. Mengumpulkan data untuk menyusun laporan cakupan pelayanan pada sarana pelayanan kesehatan.
6. Mengumpulkan data penyakit dan tindakan medis untuk menyusun laporan morbiditas pasien rawat jalan.
7. Mengumpulkan data penyakit menular untuk menyusun laporan morbiditas dan mortalitas pasien rawat jalan.
8. Menyortir rekam medis rawat jalan.
9. Menyimpan dan menjaga berkas rekam medis rawat jalan supaya tidak dapat diakses oleh orang yang tidak berkepentingan.

10. Menyimpan rekam medis rawat jalan *in-active* yang bernilai guna dengan media tertentu.
11. Mengumpulkan berkas rekam medis yang akan diretensi.
12. Membuat daftar pertelaan rekam medis yang akan diretensi.
13. Mendistribusikan rekam medis ke unit terkait.
14. Melakukan jaga dinas.

#### **B. Perekam Medis Pelaksana Lanjutan**

1. Memvalidasi kebenaran data kelengkapan pengisian identitas pribadi, data sosial pasien rawat jalan, serta membuat kartu pasien.
2. Melakukan wawancara untuk mengisi identitas pribadi data sosial pasien rawat inap dan memberikan informasi ke ruang perawat.
3. Memvalidasi kebenaran data kelengkapan pengisian identitas pribadi, data sosial pasien rawat inap, serta membuat kartu pasien.
4. Menyiapkan dan meminta rekam medis rawat inap ke petugas perekam medis bagian penyimpanan.
5. Melakukan *informed consent* masuk rawat inap di Tempat Penerimaan Pasien Rawat Inap (TPPRI).
6. Membuat, menyiapkan, dan memutakhirkan kartu kendali.
7. Membuat dan memutakhirkan Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) rawat jalan.
8. Membuat indeks penyakit, tindakan medis, dan indeks dokter pasien rawat jalan.
9. Mengisi buku register pendaftaran pasien rawat inap.



10. Membuat dan memutakhirkan Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) rawat inap.
11. Membuat dan memutakhirkan Indeks Utama Pasien (IUP) rawat inap.
12. Membuat indeks penyakit, tindakan medis, dan tindakan dokter pasien rawat inap.
13. Melakukan analisis kuantitatif rekam medis (*quality assurance*).
14. Mengumpulkan data penyakit menular dan penyakit tertentu serta tindakan medis, untuk penyusunan laporan morbiditas dan mortalitas pasien rawat inap.
15. Melakukan analisis kualitatif rekam medis.
16. Memilih, mengkode, dan mengindeks seluruh diagnosa penyakit pasien rawat jalan sesuai buku pedoman yang telah ditentukan.
17. Memberikan kode serta indeks tindakan medis pasien rawat jalan dan rawat inap sesuai buku pedoman yang telah ditentukan.
18. Merekapitulasi data untuk penyusunan laporan cakupan dan mutu pelayanan pada sarana pelayanan kesehatan.
19. Merekapitulasi data penyakit menular dan penyakit tertentu serta tindakan medis untuk penyusunan laporan morbiditas dan mortalitas pasien rawat inap.
20. Memproses permintaan surat keterangan medis, baik untuk pengadilan maupun non pengadilan.
21. Memproses pembuatan resume atau abstraksi rekam medis.

22. Membuat laporan mutu pelayanan pada sarana pelayanan kesehatan (statistik RS)
23. Membuat laporan morbiditas dan mortalitas pasien rawat jalan dan rawat inap.
24. Membuat laporan morbiditas dan mortalitas penyakit menular pasien rawat jalan dan rawat inap.
25. Mensortir rekam medis rawat inap.
26. Menyimpan dan menjaga berkas rekam medis rawat inap agar tidak dapat diakses oleh orang yang tidak berkepentingan.
27. Menyimpan rekam medis rawat inap *in-active* yang bernilai guna dengan media dan menjaga kerahasiaan rekam medis.
28. Memantau pelaksanaan sistem penyimpanan rekam medis rawat jalan dan menjaga kerahasiaan rekam medis.
29. Menyusun rancangan jadwal retensi rekam medis.
30. Melaksanakan pemusnahan rekam medis.
31. Memberikan layanan jasa peminjaman rekam medis termasuk menyediakan data untuk penelitian, pendidikan tenaga kesehatan.
32. Mencatat rekam medis yang dipinjam atau dikeluarkan.
33. Memvalidasi rekam medis yang telah kembali sesuai peminjaman.
34. Melakukan dinas jaga.

### **C. Perekam Medis Penyelia**

1. Mengidentifikasi informasi yang dibutuhkan sebagai dasar pengambilan keputusan.

2. Membuat laporan sebagai dasar pengambilan keputusan.
3. Membuat usulan bentuk formulir untuk pengolahan data kegiatan pelayanan medis serta panduan pengisiannya.
4. Mengevaluasi formulir rekam medis yang digunakan.
5. Memperbaiki bentuk formulir untuk pengolahan data kegiatan pelayanan rekam medis serta panduan pengisian.
6. Mengumpulkan dan merekapitulasi data untuk penyusunan laporan efisiensi pelayanan pada sarana pelayanan kesehatan.
7. Mengumpulkan data penyakit tertentu untuk penyusunan laporan morbiditas dan mortalitas pasien rawat jalan.
8. Memberikan kode dan indeks penyakit, kode tindakan medis dan kematian pasien rawat inap sesuai buku pedoman yang telah ditentukan.
9. Merekapitulasi data penyakit menular dan penyakit tertentu serta tindakan medis untuk penyusunan laporan morbiditas dan mortalitas pasien rawat jalan.
10. Membuat laporan cakupan dan efisiensi pelayanan pada sarana pelayanan kesehatan (statistik RS).
11. Membuat laporan morbiditas dan mortalitas penyakit tertentu pasien rawat jalan dan rawat inap.
12. Memvalidasi surat keterangan medis, baik untuk pengadilan maupun non pengadilan telah memenuhi syarat dan prosedur yang ditentukan.
13. Memberikan *informed consent* pelepasan informasi atas data medis yang akan dikeluarkan rumah sakit.

14. Memantau pelaksanaan sistem penyimpanan rekam medis rawat inap dan menjaga kerahasiaan rekam medis.
15. Menilai rancangan jadwal retensi rekam medis.
16. Menilai rekam medis yang akan disusutkan.
17. Membuat berita acara pemusnahan rekam medis.
18. Melakukan dinas jaga.

### **2.3 Grafik Barber Johnson**

#### **2.3.1 Pengertian Grafik Barber Johnson**

Grafik *Barber Johnson* adalah grafik yang menyajikan efisiensi pengelolaan rumah sakit dengan mendayagunakan statistik rumah sakit dalam rangka memenuhi kebutuhan manajemen indikator efisiensi pengelolaan rumah sakit. Grafik *Barber Johnson* diciptakan oleh Barry Barber, M.A., Ph.d, Finst P., AFIMA dan David Johnson M. Sc., pada tahun 1973.

#### **2.3.2 Manfaat Grafik Barber Johnson**

1. Menjadi pembanding tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur dari suatu unit perawatan rawat inap dengan unit perawatan rawat inap lainnya dalam suatu rumah sakit untuk periode tertentu.
2. Memantau perkembangan capaian target efisiensi dalam suatu periode tertentu.
3. Pemantauan dampak penerapan suatu kebijakan terhadap efisiensi penggunaan TT.
4. Memastikan kebenaran laporan efisiensi penggunaan TT dengan melihat titik perpotongan keempat garis bantu pada GBJ.

### 2.3.3 Cara Membuat Grafik *Barber Johnson*

Ketentuan-ketentuan yang harus diingat waktu membuat grafik BJ yaitu:

1. Skala pada sumbu horisontal tidak harus sama dengan skala sumbu vertikal.
2. Skala pada suatu sumbu harus konsisten.
3. Skala pada sumbu horizontal dan vertikal dimulai dari angka 0 dan berhimpit membentuk koordinat 0,0.
4. Judul grafik harus secara jelas menyebutkan nama RS, nama bangsal (bila perlu), dan periode waktu.
5. Garis bantu BOR dibuat dengan cara:
  - a. Tentukan nilai BOR yang akan dibuat garis bantunya.
  - b. Tentukan koordinat titik bantu BORnya sesuai nilai BOR tersebut.
  - c.  $LOS = \text{nilai BOR} \div 10$  dan  $TOI = 1 - \text{nilai LOS}$ .
6. Garis bantu BTO dibuat dengan cara:
  - a. Tentukan nilai BTO yang akan dibuat garis bantunya, misalnya  $BTO = 10$
  - b. Tentukan titik bantu di sumbu LOS dan TOI (nilainya sama) dengan cara: titik bantu = (jumlah hari dalam periode laporan) dibagi (nilai BTO) =  $30 / 10 = 3$  jadi lokasi titik bantunya adalah  $LOS = 3$  dan  $TOI = 3$
  - c.  $LOS = 4,5$  dan  $TOI = 4,5$ . Angka 4,5 ini didapat dari  $90/20$ , di mana 90 adalah jumlah hari dalam periode triwulan I dan 20 adalah nilai BTO yang akan dibuat garis bantunya).
  - d. Tarik garis yang menghubungkan kedua titik bantu tersebut

- e. Beri keterangan, misalnya bahwa garis tersebut adalah  $BTO = 10$
7. Daerah efisien merupakan daerah yang dibatasi oleh perpotongan garis:
- a.  $TOI = 1$
  - b.  $TOI = 3$
  - c.  $BOR = 75\%$
  - d.  $LOS = 12$

#### **2.3.4 Cara Menggunakan Grafik Barber Johnson**

Setelah blangko grafik BJ dibuat sesuai ketentuan tersebut di atas, maka kita bisa mulai menggunakannya untuk menilai efisiensi penggunaan TT di suatu RS atau bangsal pada periode tertentu dengan cara berikut ini:

1. Siapkan data yang dibutuhkan untuk menghitung empat parameter (BOR, aLOS, TOI, dan BTO) untuk periode yang akan dibuat grafik BJ-nya. Periode grafik BJ bisa tahunan, semester, tribulan, atau bulanan. Data ini bisa diambil dari lembar laporan RL-1 periode yang bersangkutan atau dari lembar RP (rekapitulasi bulanan SHRI) atau sumber lainnya. Misalnya didapatkan data berikut:

Periode laporan adalah tahunan yaitu:

- a. Tahun 2002 (365 hari).
- b. Jumlah TT tersedia = 125
- c. Jumlah HP = 36.500
- d. Rerata TT terpakai =  $HP/t = 36.500 / 365 = 100$
- e. Jumlah pasien keluar (hidup dan mati) = 2.500

2. Hitung nilai BOR, aLOS, TOI, dan BTO untuk periode tersebut (lihat bagian tentang cara menghitung keempat parameter ini dalam buku ini), dari data tersebut di atas diperoleh hasil nilai:
  - a.  $BOR = 80\%$   $aLOS = 14,6$  hari  $TOI = 3,65$  hari
  - b.  $BTO = 20$  pasien
3. Tentukan titik BJ dalam grafik BJ yang merupakan perpotongan dari keempat nilai parameter tersebut di atas dengan cara sebagai berikut:
  - a. Tarik-garis bantu  $BOR = 80\%$
  - b. Tarik garis bantu  $aLOS = 14,6$
  - c. Tarik garis bantu  $TOI = 3,65$
  - d. Tarik garis bantu  $BTO = 20$

Jika perhitungan nilai keempat parameter tersebut benar (data, rumus, cara menghitung, pembulatan) keempat garis bantu itu akan berpotongan di satu titik. Titik itulah yang tadi disebutkan sebagai titik BJ.

### **2.3.5 Makna Grafik *Barber Johnson***

1. Makin dekat grafik BOR dengan "Y" ordinat, maka BOR makin tinggi.
2. Makin dekat dengan grafik BTO dengan titik sumbu, discharges dan deaths per available (BTO) menunjukkan semakin tinggi jumlahnya.
3. Jika rata-rata TOI tetap, tetapi LOS berkurang, maka BOR akan menurun.
4. Bila TOI tinggi, kemungkinan disebabkan organisasi yang kurang baik, kurangnya permintaan akan tempat tidur atau kebutuhan tempat tidur, TOI tinggi dapat diturunkan dengan mengadakan perbaikan organisasi tanpa mempengaruhi LOS.

5. Bertambahnya LOS disebabkan karena keterlambatan administrasi di rumah sakit, kurang baiknya perencanaan dalam memberikan pelayanan kepada pasien atau kebijakan di bidang medis.

### **2.3.6 Kegunaan Grafik *Barber Johnson***

4.2.3 Alat untuk membandingkan perkembangan pelayanan kesehatan rumah sakit dari tahun ke-tahun yang dapat dilihat dari grafik ALOS, TOI, BOR dan bidang efisiensi.

4.2.4 Alat untuk menganalisa:

- a. Mengetahui dengan cepat efisiensi suatu fasilitas kesehatan dengan melihat posisinya terhadap bidang (daerah) efisiensi, yaitu BOR 75 %, TOI minimal 1 hari dan Maksimal 3 hari.
- b. Membandingkan efisiensi suatu rumah sakit {fasilitas kesehatan yang satu dengan yang lain.

4.2.5 Alat untuk menyajikan laporan rumah sakit.

4.2.6 Alat untuk pengambilan keputusan.

## **2.4 Efisiensi Penggunaan Tempat Tidur**

Menurut Nisak, Umi K., dan Cholifah (2020) dalam Buku Ajar Statistik Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan menjelaskan bahwa Perhitungan tingkat efisiensi rumah sakit merupakan salah satu aktivitas rutin yang dilakukan dalam statistika rumah sakit. Fungsi perhitungan tersebut adalah menghitung tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur yang dapat digunakan untuk patikan evaluasi dan perencanaan di unit perawatan rawat inap.



Perencanaan jumlah tempat tidur digunakan manajemen rumah sakit untuk penyediaan tempat tidur rawat inap yang dapat menampung lebih banyak pasien sehingga dapat menghasilkan pemasukan dari pasien rawat inap.

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.

Berdasarkan latar belakang aspek medis dan ekonomi yang bertolak belakang. Dibutuhkan kriteria atau menentukan apakah TT yang tersedia telah bermanfaat dengan efisien.

Parameter yang digunakan untuk memantau efisiensi penggunaan TT ini telah dirumuskan dan terdiri dari 4 parameter, meliputi *Bed Occupancy Ratio* (BOR), *Length of Stay* (LOS), *Turn Over Interval* (TOI), *Bed Turn Over* (BTO). Keempat parameter efisiensi tersebut masing-masing memiliki nilai ideal sebagai berikut, agar tercapai standar yang telah ditentukan.

**Tabel 2.1 Indikator Pelayanan Rawat Inap**

<b>Indikator</b>	<b>Nilai Standar</b>
BOR	75 – 85%
ALOS	3 – 12 hari
TOI	1 – 3 hari
BTO	30 kali

Sumber: Kemenkes RI, 2011

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

*Bed Occupancy Ratio* (BOR) adalah rata-rata pemakaian tempat tidur dalam waktu tertentu dan disajikan dalam bentuk persentase. BOR sering disebut juga *Percent of Occupancy Occupancy* atau *Percent Occupancy Ratio*.

Perhitungan BOR yang berkaitan dengan bayi baru lahir akan dibuat secara terpisah. Apabila menggunakan data dari lembar laporan RL-1, maka jumlah HP diambil di baris subtotal (yaitu baris sebelum ditambah perinatologi).

Periode penghitungan BOR dalam setiap rumah sakit berbeda-beda tergantung kebijakan masing-masing rumah sakit.

#### A. Rumus BOR

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:

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

#### B. Nilai Ideal BOR

Secara statistik semakin tinggi nilai BOR berarti semakin tinggi pula penggunaan TT yang ada untuk perawatan pasien. Namun kita perlu memperhatikan bahwa semakin banyak pasien yang dilayani berarti semakin sibuk dan semakin berat pula beban kerja petugas kesehatan pada unit tersebut. Akibatnya, pasien kurang diperhatikan kejadian infeksi nosokomial juga meningkat (infeksi nosokomial adalah infeksi yang didapat di rumah sakit). Kualitas kinerja tim medis menurun karena disebabkan oleh angka BOR yang

terlalu tinggi selain itu kinerja tim medis terjadi penurunan, keselamatan pasien terabaikan dan menyebabkan kepuasan pelayanan menurun.

Di sisi 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 di atas maka perlu adanya suatu nilai ideal yang menyeimbangkan kualitas medis, kepuasan pasien, keselamatan pasien, dan aspek pendapatan ekonomi bagi pihak rumah sakit.

Nilai ideal untuk BOR yang disarankan adalah 75% - 85%.

#### **2.4.2 Lama Rawat/*Length of Stay* (LOS)**

Lama dirawat (LD) rata-rata lama dirawat pasien di suatu unit perawatan rawat inap rumah sakit sejak tercatat sebagai pasien rawat inap hingga pasien dinyatakan keluar dari rumah sakit. Pasien yang belum keluar dari rumah sakit belum dapat dihitung LDnya. Rata-rata 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 reports*).

##### **A. Rumus LOS**

Rumus LOS sebagai berikut:

$$AvLOS = \frac{\text{Jumlah Lama Dirawat}}{\text{Jumlah Pasien Keluar (Hidup + Mati)}}$$

## B. Nilai Ideal LOS

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 sembuhnya).

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). Standar keseimbangan atau standar efisiensi nilai LOS yang ideal adalah 3 sampai 12 hari.

Rerata LD disebut juga sebagai *average Length of Stay* dan sering ditulis avLOS atau aLOS.

### 2.4.3 Turn Over Interval (TOI)

Angka *Turn Over Interval* (TOI) menunjukkan jumlah rata-rata tempat tidur tidak terpakai. Perhitungan hari dari mulai pasien pulang tidak menempati tempat tidur sampai tempat tidur diisi oleh pasien yang baru.

#### A. Rumus TOI

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

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

## **B. Nilai Ideal TOI**

Semakin besar angka TOI, berarti semakin lama “menganggur”nya TT yakni semakin lama waktu tempat tidur tidak terpakai secara produktif. Tingginya nilai TOI mengakibatkan pihak rumah sakit tidak diuntungkan dari segi ekonomi.

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 hari pun 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, nilai TOI idealnya adalah antara 1-3 hari.

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

Angka *Bed Turn Over* (BTO) menunjukkan frekuensi penggunaan setiap tempat tidur pada periode tertentu.

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.

### A. Rumus BTO

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

Ket:

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

A = Jumlah TT tersedia dalam periode tertentu

### B. 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 “menganggur” atau praktis 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 menerus 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 kali dalam periode 1 tahun.

## **2.5 Statistik**

### **2.5.1 Pengertian Statistik**

Statistik adalah rekapitulasi dari fakta yang berbentuk angka-angka disusun dalam bentuk tabel dan diagram yang mendeskripsikan suatu permasalahan. Statistik adalah informasi yang mendeskripsikan suatu permasalahan. Dalam suatu penelitian kesehatan yang dilakukan terutama penelitian kuantitatif, akan didapat data yang berbentuk angka-angka. Data tersebut belum dapat memberikan informasi kepada kita mengenai keadaan objek penelitian yang kita lakukan. Sehingga diperlukan pengetahuan baru yang dapat menghantarkan kita pada analisis yang tepat terhadap data yang dihasilkan melalui penelitian maupun pengamatan tersebut. Pengetahuan tentang cara penganalisisan data tersebut dinamakan dengan statistika atau ilmu statistik. (Ahmad dan Indra, 2021).

### **2.5.2 Statistik Rumah Sakit**

Menurut Nisak dan Cholilah (2020) Statistika rumah sakit adalah kumpulan data berbentuk angka yang menggambarkan informasi kondisi suatu rumah sakit yang digunakan untuk pengambilan keputusan dan bersumber pada data rekam medis.

Statistik rumah sakit yaitu statistik yang menggunakan dan mengolah sumber data dari pelayanan kesehatan di rumah sakit untuk menghasilkan informasi, fakta, dan pengetahuan berkaitan dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Dalam pelayanan pasien di rumah sakit, data dikumpulkan setiap hari dari pasien rawat inap, rawat jalan, dan rawat darurat. Data tersebut untuk memantau perawatan pasien setiap hari, minggu, bulan, dan lain-lain (Sudra, 2010).

### **2.5.3 Peranan Statistik Dalam Penelitian Kesehatan**

Menurut Ahmad dan Indra 2021 mengatakan bahwa penelitian tentu saja dapat dilakukan tanpa bantuan dari statistik, ini berlaku terutama dalam penelitian kualitatif yang mengutamakan analisis berbentuk analitik. Namun tidak selalu penelitian kualitatif tidak membutuhkan statistik. Hal ini dikarenakan ketika dilakukan penelitian kualitatif, data yang dihasilkan tidak saja berbentuk kata-kata namun dapat juga berupa angka-angka dimana statistik diperlukan untuk menjelaskannya. Hanya saja dalam penelitian kualitatif, statistik yang diperlukan tidak seperti penelitian kuantitatif. Pada penelitian kualitatif, statistik yang digunakan hanya berupa statistik deskriptif. Pada penelitian kualitatif, statistik tidak digunakan untuk menarik kesimpulan.

Adapun dalam penelitian kuantitatif, statistik tidak dapat ditinggalkan, karena dimulai dari penentuan sampel penelitian hingga penarikan kesimpulan memerlukan statistik. Statistik mempunyai peran yang sangat besar pada penelitian kuantitatif. Berikut akan diberikan beberapa kegunaan statistik dalam penelitian kuantitatif:

1. Alat untuk menghitung besarnya anggota sampel yang diambil dari suatu populasi. Penggunaan statistik dalam menentukan jumlah sampel penelitian dapat memberikan jumlah sampel yang representatif terhadap jumlah populasi sehingga jumlah sampel yang ditentukan lebih dapat dipertanggungjawabkan. Statistik membantu peneliti untuk menentukan berapa jumlah sampel yang tepat untuk dapat mewakili populasi penelitian.



2. Alat untuk menguji validitas dan reliabilitas instrumen. Sebelum instrumen digunakan untuk penelitian, maka harus diuji validitas dan reliabilitasnya terlebih dahulu. Sehingga data yang dihasilkan oleh instrumen tersebut dapat dipercaya. Selain itu statistik juga diperlukan untuk menentukan daya pembeda tes dan tingkat kesukaran tes
3. Membantu peneliti menyajikan data hasil penelitian sehingga data lebih komunikatif. Teknik-teknik penyajian data ini antara lain: tabel, grafik, diagram lingkaran dan piktogram atau yang di dalam statistik dinamakan dengan statistik deskriptif
4. Alat untuk analisis data seperti menguji hipotesis penelitian yang diajukan. Dalam hal ini statistik yang digunakan antara lain: korelasi, regresi, T-test, Anova, Chi kuadrat dan lain-lain. Dengan statistik kita dapat mengambil kesimpulan yang tepat mengenai keadaan populasi dan sampel penelitian melalui data yang dihasilkan oleh penelitian yang kita lakukan.

Menurut Prisusanti dan Efendi (2021), statistik kesehatan adalah upaya tenaga kesehatan guna melakukan pengumpulan, pengelolaan, analisa, menginterpretasikan, serta menarik kesimpulan dari dokumen pada fasilitas yang memberikan layanan kesehatan.

## **2.6 Sensus Harian Rawat Inap**

### **2.6.1 Pengertian Sensus Harian Rawat Inap**

Data sensus merupakan data yang harus dikumpulkan setiap hari dan merupakan aktivitas pasien selama 24 jam periode waktu lapor. Termasuk pada pasien yang masuk dan keluar pada 24 jam sebelumnya. Umumnya pelaporan

dimulai dari pukul 00.01 pagi dan berakhir di pukul 12.00 malam. Dalam sensus ini, bayi dihitung terpisah dari pasien dewasa dan anak-anak (R.Hatta, 2017). Dalam laporan sensus harian rawat inap, yang dilaporkan bukan hanya jumlah pasien yang masih dirawat namun meliputi:

1. Jumlah pasien awal di unit tersebut pada periode sensus
2. Jumlah pasien baru yang masuk.
3. Jumlah pasien transfer (jumlah pasien yang dipindah dari unit bangsal lain ke bangsal tersebut dan jumlah pasien yang dipindahkan dari bangsal tersebut ke bangsal lain).
4. Jumlah pasien yang keluar atau pulang dari bangsal tersebut (hidup maupun mati).
5. Jumlah pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama dengan hari pelaksanaan sensus di bangsal tersebut.
6. Jumlah akhir atau sisa pasien yang masih di rawat di unit tersebut (Sulistiyono dan Kurniawan, 2018).

### **2.6.2 Manfaat Sensus Harian Rawat Inap**

Manfaat Sensus Harian Menurut (Dirjen Yanmed 2005) tentang Kegunaan Sensus Harian, dalam jurnal (Sari, 2017) yaitu:

1. Untuk mengetahui jumlah pasien masuk, pasien keluar dan pasien meninggal di Rumah Sakit.
2. Untuk mengetahui tingkat penggunaan tempat tidur.
3. Untuk menghitung penyediaan sarana atau fasilitas pelayanan kesehatan.