

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Rekam Medis

a. Definisi Rekam Medis

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/ 2008 tentang Rekam Medis, 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 diartikan sebagai keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnese, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan, maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (Wijono, 2000).

Sedangkan menurut Rustiyanto (2009), Rekam Medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun terekam tentang identitas, anamnesis penentuan fisik laboratorium, diagnosis segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.

Dari beberapa penjelasan diatas salah satunya dapat diketahui jika rekam medis mengandung berbagai data-data pasien baik data medis maupun non medis yang berkaitan dengan pelayanan yang diberikan. Dari data-data yang terdapat di dalam rekam medis pasien bisa menghasilkan sebuah informasi yang akurat apabila pencatatannya dilakukan secara tepat.

b. Tujuan Rekam Medis

Berdasarkan Buku Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II Tahun 2006, tujuan rekam

medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

c. Kegunaan Rekam Medis

Berdasarkan Buku Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II Tahun 2006, kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain:

1) Aspek administrasi

Di dalam 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 medis, karena catatan tersebut digunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen resiko klinis serta keamanan/keselamatan pasien dan kendali biaya.

3) Aspek hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan. Rekam medis adalah milik rumah sakit sedangkan isinya yang terdiri identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien adalah sebagai informasi yang dapat dimiliki oleh pasien sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.

4) Aspek keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai keuangan, karena isinya mengandung data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.

5) Aspek penelitian

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

6) Aspek pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran di bidang profesi pendidikan kesehatan.

7) Aspek dokumentasi

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

2. Buku Panduan

Menurut kamus besar bahasa Indonesia, buku ¹/bu-ku/ adalah lembar kertas yang berjilid, berisi tulisan atau kosong; kitab. Sedangkan arti kata pan.du.an *Nomina (kata benda)* adalah (1) petunjuk jalan; pengiring; (2) (buku) petunjuk. Sehingga dapat disimpulkan buku panduan adalah lembar kertas berjilid yang didalamnya berisi petunjuk dan digunakan sebagai acuan dalam melakukan suatu kelakuan.

Menurut Effendy (2001) buku panduan adalah buku yang berisi informasi, petunjuk, dan lain-lain yang menjadi petunjuk tuntunan bagi pembaca untuk mengetahui secara lengkap. Berdasarkan pendapat tersebut, untuk memperoleh berbagai informasi yang dibutuhkan dalam buku panduan sebagai penuntun selama beraktifitas dalam ruang lingkup tertentu, maka pembaca bukan sekedar mengetahui, mengerti, dan memahami, namun dilanjutkan pada tahap perbuatan.

Adapun pengertian buku panduan menurut Komisi Akreditasi Rumah Sakit Tahun 2012 tentang panduan penyusunan dokumen akreditasi adalah

kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk menentukan atau melaksanakan kegiatan.

Menurut Komisi Akreditasi Rumah Sakit (2012) bentuk dan isi pedoman/panduan sangat bervariasi sehingga sulit dibuat standar sistematikanya atau format bakunya. Oleh karena itu rumah sakit dapat menyusun/membuat sistematika buku pedoman/panduan sesuai kebutuhan. Tetapi walaupun format baku sistematika pedoman/panduan tidak ditetapkan, namun ada sistematika yang lazim digunakan sebagai berikut:

a. Format Pedoman Pengorganisasian Unit Kerja

BAB I Pendahuluan

BAB II Gambaran Umum Rumah Sakit

BAB III Visi, Misi, Falsafah, Nilai, dan Tujuan Rumah Sakit

BAB IV Struktur Organisasi Rumah Sakit

BAB V Struktur Organisasi Unit Kerja

BAB VI Uraian Jabatan

BAB VII Tata Hubungan Kerja

BAB VIII Pola Ketenagaan dan Kualifikasi Personil

BAB IX Kegiatan Orientasi

BAB X Pertemuan/Rapat

BAB XI Pelaporan

1. Laporan Harian
2. Laporan Bulanan
3. Laporan Tahunan

b. Format Pedoman Pelayanan Unit Kerja

BAB I PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang
- B. Tujuan Pedoman
- C. Ruang Lingkup Pelayanan
- D. Batasan Operasional
- E. Landasan Hukum

BAB II STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

B. Distribusi Ketenagaan

C. Pengaturan Jaga

BAB III STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruang

B. Standar Fasilitas

BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

BAB V LOGISTIK

BAB VI KESELAMATAN PASIEN

BAB VII KESELAMATAN KERJA

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

BAB IX PENUTUP

c. Format Panduan Pelayanan Rumah Sakit

BAB I DEFINISI

BAB II RUANG LINGKUP

BAB III TATA LAKSANA

BAB IV DOKUMENTASI

Sistematika panduan pelayanan rumah sakit tersebut diatas bukanlah baku tergantung dari materi/isi panduan. Pedoman/Panduan harus dibuat adalah pedoman/panduan minimal yang harus ada di rumah sakit yang di persyaratkan sebagai regulasi yang diminta dalam elemen penilaian.

3. Ketepatan

Arti kata tepat menurut Daryanto dalam Kamus Bahasa Indonesia Lengkap, tepat berarti pas; persis; lurus dan betul.

Ketepatan dalam pengisian sensus harian rawat inap dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya pengetahuan perawat, sumber daya manusia (perawat), mekanisme pengisian (proses pelaksanaan). Pengisian sensus harian merupakan tanggung jawab tenaga medis yang memberikan perawatan kepada pasien dan dibagian unit rekam medis tidak boleh mengubah (menambah atau mengurangi) data yang ada. Tenaga rekam medis bertanggungjawab atas keakuratan data dari lembar sensus harian

rawat inap yang telah ditetapkan oleh perawat. Apabila ada hal yang tidak jelas maka tenaga rekam medis mempunyai kewajiban berkomunikasi dengan tenaga kesehatan yang bersangkutan (Yana, 2014).

Dalam pengisian sensus harian rawat inap *item* (jumlah pasien awal, 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, jumlah pasien akhir/sisa yang masih dirawat di unit tersebut) diisi dengan lengkap dan benar sesuai dengan buku register pasien rawat inap dan dokumen rekam medis pasien.

4. Sensus Harian Rawat Inap

a. Definisi Sensus Harian Rawat Inap

Sensus menunjukkan jumlah pasien rawat inap pada satu waktu tertentu. Jadi hasil sensus menunjukkan jumlah pasien yang sedang dirawat inap pada saat penghitungan sensus dilaksanakan, sedangkan sensus harian rawat inap (*Daily Inpatient Census*) menunjukkan jumlah pasien yang dirawat inap pada saat dilakukan penghitungan sensus, ditambah dengan jumlah pasien admisi setelah dilakukan sensus yang lalu dan pulang sebelum dilakukan sensus berikutnya (Sudra, 2010).

Menurut Budi (2011) waktu pembuatan sensus harian rawat inap adalah:

- 1) Waktu sensus (patokan waktu kejadian yang perlu dilaporkan dalam sensus). Waktu dalam sensus harian rawat inap lazimnya ditentukan mulai dari pukul 00.00 sampai dengan pukul 24.00
- 2) Sensus harian dikerjakan pada keadaan pukul 24.00 ini berarti petugas jaga malam diruangan yang mengerjakan.

Petugas yang bertanggungjawab dalam pengisian sensus harian rawat inap kepala perawat atau petugas yang ditunjuk oleh kepala perawat ruang rawat inap untuk mengisi sensus harian rawat inap dan perawat atau bidan yang memutasikan pasien.

Dalam laporan sensus harian rawat inap, yang dilaporkan bukannya jumlah pasien yang masih dirawat namun meliputi:

- 1) Jumlah pasien awal di unit tersebut pada periode sensus
- 2) Jumlah pasien yang baru masuk
- 3) 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).
- 4) Jumlah pasien yang keluar/pulang dari bangsal tersebut (hidup maupun mati).
- 5) Jumlah pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama dengan pelaksanaan sensus di bangsal tersebut.
- 6) Jumlah akhir/sisa pasien yang masih dirawat di unit tersebut (Sudra, 2010).

Bayi baru lahir dihitung tersendiri/terpisah dalam laporan perinatologi.

b. Kegunaan Sensus Harian Rawat Inap

Menurut Budi (2011) kegunaan sensus harian rawat inap antara lain:

- 1) Sebagai sarana untuk mengontrol jumlah pasien yang masuk melalui tempat penerimaan pasien, pasien yang diterima diruangan dan yang dilaporkan ke bagian rekam medis.
- 2) Sebagai sarana untuk mengetahui dan mengontrol jumlah pasien pulang dari ruangan dan jumlah rekam medis yang diterima oleh bagian rekam medis.
- 3) Sebagai sarana mengontrol jumlah pasien yang dipindahkan keluar masuk antar ruangan dengan yang dilaporkan pada bagian rekam medis.
- 4) Sebagai sarana untuk mengetahui jumlah pasien lahir ataupun yang meninggal di suatu rumah sakit.
- 5) Sebagai sumber data untuk sistem pelaporan rumah sakit.
- 6) Sebagai sarana ikut serta dalam hal menentukan besarnya anggaran yang diperlukan oleh rumah sakit.

Sumber data adalah sumber dari hasil pengumpulan data yang diolah menjadi suatu informasi. Sumber data sensus harian rawat inap berasal dari “ruangan-ruangan rawat inap di rumah sakit, buku register pasien rawat inap ataupun dari papan potensi situasi pasien yang dirawat masing-masing ruangan” (Budi, 2011).

c. Mekanisme Pengisian Sensus Harian Rawat Inap

- 1) Sensus harian diisi segera setelah pasien masuk ruang rawat, pindah intern rumah sakit dan keluar rumah sakit.
- 2) Sensus harian untuk satu hari ditutup jam 24.00 dan sesudah itu dibuat resume sensus harian untuk hari yang bersangkutan.
- 3) Jika ada pasien masuk rumah sakit atau keluar atau meninggal sesudah jam 24.00 maka harus dicatat pada formulir sensus harian berikutnya.
- 4) Sensus harian dibuat rangkap tiga
- 5) Sensus harian dikirimkan pukul 08.00 setiap pagi.
- 6) Lain-lain

Untuk rumah sakit kecil mekanisme pembuatan sensus harian disesuaikan dengan kebutuhan (Depkes, 2005).

d. Cara Pengisian Formulir Sensus Harian Rawat Inap

Cara pengisian formulir sensus harian rawat inap menurut Direktorat Jendral Pelayanan Medik (2005), adalah sebagai berikut:

- 1) Hari
Diisi dengan nama hari pada saat sensus dilakukan.
- 2) Tanggal
Diisi dengan tanggal pada saat sensus dilakukan.
- 3) Nama Rumah Sakit
Diisi dengan nama rumah sakit yang bersangkutan.
- 4) Ruang Rawat Inap
Diisi dengan nama ruang rawat inap.
- 5) Tempat Tidur Tersedia
Diisi dengan jumlah tempat tidur yang tersedia di ruang rawat inap tersebut yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.
- 6) Kelas

Diisi dengan nama kelas yang ada pada ruang rawat inap yang bersangkutan.

7) Sensus diberi tanggal dan ditanda tangani oleh perawat kepala ruang rawat inap yang bersangkutan.

8) Pasien Masuk

(a) Kolom 2, Nama Pasien

Diisi dengan nama pasien yang masuk ke ruangan rawat inap pada hari sensus dilakukan. Nama pasien dalam sensus harus sama dengan nama pasien di catatan dalam dokumen medik dan buku register.

(b) Kolom 3, Nomor Rekam Medis

Diisi dengan nomor rekam medis pasien yang bersangkutan.

(c) Kolom 4, Kelas

Diisi dengan kelas ruang perawatan rawat inap pasien yang bersangkutan.

9) Pasien Pindahan Dari Ruangan Lain

(a) Kolom 5, Nama Pasien

Diisi dengan nama pasien pindahan dari ruang rawat lain pada saat sensus dilakukan.

(b) Kolom 6, Nomor Rekam Medis

Diisi dengan nomor rekam medis pasien yang bersangkutan.

(c) Kolom 7, Kelas

Diisi dengan kelas ruang perawatan rawat inap pasien yang bersangkutan.

(d) Kolom 8, Dari Ruang atau Kelas

Diisi dengan ruang rawat inap atau kelas dari tempat sebelum pasien tersebut dipindahkan.

10) Pasien Dipindahkan ke Ruang Lain

(a) Kolom 1, Nama Pasien

Diisi dengan nama pasien yang bersangkutan yang dipindahkan ke ruang rawat lain pada saat sensus dilakukan.

(b) Kolom 2, Nomor Rekam Medis

Diisi dengan nomor rekam medis pasien yang bersangkutan.

(c) Kolom 3, Kelas

Diisi dengan kelas ruang perawatan rawat inap pasien yang bersangkutan.

(d) Kolom 4, Dari Ruang atau Kelas

Diisi dengan ruang rawat inap atau kelas dari tempat sebelum pasien tersebut dipindahkan.

11) Pasien Pindah Antar Kelas Dalam Satu Ruangan

Jika terjadi pasien pindah antar kelas pada ruang rawat inap yang sama maka harus dicatat pada kolom pasien pindahan maupun pasien yang dipindahkan.

12) Pasien Keluar

(a) Kolom 5, Nama Pasien

Diisi dengan nama pasien yang keluar rumah sakit pada saat sensus dilakukan.

(b) Kolom 6, Nomor Rekam Medis

Diisi dengan nomor rekam medis pasien yang bersangkutan.

(c) Kolom 7, Kelas

Diisi dengan kelas ruang perawatan rawat inap pasien yang bersangkutan.

(d) Kolom 8, Tanggal Masuk Rumah Sakit

Diisi dengan tanggal pasien tersebut masuk rumah sakit (bukan tanggal pasien dipindahkan) tanggal masuk harus sama seperti tanggal masuk di dokumen medis dan buku register.

(e) Kolom 9 sampai 15, Cara Pasien Keluar Rumah Sakit

(1) Berikan tanda V pada kolom 9 untuk pasien yang diizinkan pulang.

(2) Berikan tanda V pada kolom 10 untuk pasien yang dirujuk ke rumah sakit yang lebih tinggi.

(3) Berikan tanda V pada kolom 11 untuk pasien yang dirujuk ke rumah sakit lain.

(4) Berikan tanda V pada kolom 12 untuk pasien yang pulang secara paksa.

(5) Berikan tanda V pada kolom 13 untuk pasien yang pulang dengan cara lain-lain (melarikan diri).

(6) Berikan tanda V pada kolom 14 untuk pasien yang keluar mati sebelum 48 jam setelah dirawat.

(7) Berikan tanda V pada kolom 15 untuk pasien yang keluar mati dalam 48 jam atau lebih setelah dirawat.

13) Resume

a) Lajur 1, Pasien Awal

Diisi dengan banyaknya pasien yang masih dirawat yang tercatat pada sensus harian sebelumnya.

b) Lajur 2, Pasien Masuk

Diisi dengan banyaknya pasien masuk rumah sakit pada hari sensus dilakukan (jumlah pasien pada kolom 2).

c) Lajur 3, Pasien Pindahan

Diisi dengan banyaknya pasien pindahan dari ruang lain pada hari sensus dilakukan (jumlah pasien pada kolom 5).

d) Lajur 4, Total Pasien Dirawat

Diisi dengan penjumlahan pasien awal (lajur 1), pasien masuk (lajur 2), pasien pindahan (lajur 3).

e) Lajur 5, Pasien Diizinkan Pulang

Diisi dengan banyaknya pasien diizinkan pulang (jumlah pasien pada kolom 9).

f) Lajur 6, Pasien Dirujuk

Diisi dengan banyaknya pasien yang dirujuk ke rumah sakit yang lebih tinggi (kolom 10).

g) Lajur 7, Pasien Pindah ke Rumah Sakit Lain

Diisi dengan banyaknya pasien yang pindah ke rumah sakit lain (jumlah pasien pada kolom 11).

h) Lajur 8, Pasien Pulang Paksa

Diisi dengan banyaknya pasien yang pulang paksa.

i) Lajur 9, Lain-lain

Diisi dengan keterangan lain-lain yang ada pada pasien misalnya melarikan diri, dan sebagainya.

j) Lajur 10, Total Pasien Keluar Hidup

Diisi dengan banyaknya pasien yang keluar hidup, diizinkan pulang (lajur 5), pasien di rujuk (lajur 6), pasien pindah ke rumah sakit lain (lajur 7), pasien pulang paksa (lajur 8), dan lain-lain (lajur 9).

k) Lajur 11, Pasien Mati Kurang Dari 48 Jam

Diisi dengan banyaknya pasien yang meninggal kurang dari 48 jam setelah dirawat (jumlah pasien kolom 13).

l) Lajur 12, Pasien Mati Selama 48 Jam dan Lebih

Diisi dengan banyaknya pasien yang meninggal selama 48 jam atau lebih setelah dirawat (jumlah pasien kolom 14).

m) Lajur 13, Total Pasien Keluar

Diisi dengan total pasien keluar hidup dan mati (jumlah pasien pada lajur 10, lajur 11, dan lajur 12).

n) Lajur 14, Banyaknya Pasien yang Masih Dirawat

Diisi dengan jumlah pasien yang masih dirawat di rumah sakit (jumlah pasien pada lajur 1 dan lajur 2 dikurangi dengan total pasien keluar pada lajur 13).

SENSUS HARIAN PASIEN RAWAT INAP
 HARI:..... TANGGAL:..... SAMPAI JAM 24.00
 RUANG RAWAT INAP:.....
 TT TERSEDIA:.....KLS UTAMA.....TT
 KLS I.....TT
 KLS II.....TT
 KLS III.....TT
 TANPA KELAS.....TT

NAMA RUMAH SAKIT:

PASIEN MASUK RUANG RAWAT INAP							
PASIEN MASUK				PASIEN PINDAHAN DARI RUANG LAIN			
NO.	NAMA PASIEN	NO RM	KELAS	NAMA PASIEN	NO RM	KELAS	DARI RUANG/KELAS
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							

PASIEN KELUAR RUANGAN														
PASIEN DIPINDAHKAN KE RUANG LAIN				PASIEN KELUAR RUANGAN										
NAMA PASIEN	NO RM	KELAS	KE RUANG KELAS	NAMA PASIEN	NO RM	KELAS	TANGGAL MASUK RUMAH SAKIT	PULANG	DIRUJUK YANG LEBIH TINGGI	RS LAIN	KE RS PAKSA	PULANG LAIN	MATI <48 JAM	MATI >48 JAM
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1.														
2.														

RESUME	KLUT	KL I	KL II	KL III	TPKL	JUM
1. PASIEN AWAL
2. PASIEN MASUK
3. PASIEN PINDAHAN
4. TOTAL PASIEN DIRAWAT
5. PASIEN DIJINKAN PULANG
6. PASIEN DIRUJUK
7. PASIEN PINDAHAN RS LAIN
8. PASIEN PULANG PAKSA
9. LAIN-LAIN
10. TOTAL PASIEN KELUAR HIDUP
11. MATI KURANG 48 JAM
12. MATI SELAMA 48 JAM & LEBIH
13. TOTAL PASIEN KELUAR
14. BANYAKNYA PASIEN YG MASIH DIRAWAT

DIBUAT PADA TANGGAL:
 KEPALA RUANG RAWAT INAP

(.....)

Gambar 2. 1 Formulir Sensus Harian Rawat Inap

Sumber: Direktorat Jendral Pelayanan Medik (2005)

e. Penghitungan dalam Sensus Harian Rawat Inap

1) Hari Perawatan

Dalam perhitungan Hari Perawatan, tanggal masuk pasien ikut diperhitungkan tapi tanggal keluar tidak diperhitungkan. Jika pasien “cuti” (pulang sementara, dengan ijin dokternya, dan akan masuk perawatan inap kembali pada waktu yang telah disepakati) maka hari cutinya tidak diikutkan dalam perhitungan Hari Perawatan (dan tidak dihitung juga dalam perhitungan lama dirawat/LOS pasien tersebut). Hari Perawatan pasien anak-anak dihitung terpisah dari pasien dewasa (Sudra, 2010).

Contoh Perhitungan Hari Perawatan:

Bulan: April 2008

Tgl/ Pasien	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	LD		
A					O					x																								5
B															ox																			1
C										o											x													10
D																										o								
E																																		9
HP	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		

Keterangan:

Pasien A : masuk tanggal 5 April keluar tanggal 10 April

Pasien B : masuk tanggal 15 April keluar tanggal 15 April

Pasien C : masuk tanggal 10 April keluar tanggal 20 April

Pasien D : masuk tanggal 25 April belum keluar hingga akhir April

Pasien E : masuk tanggal 27 Maret keluar tanggal 5 April

Total LD : 5+1+10+9= 25 hari → Lama Dirawat pasien D tidak dihitung karena belum keluar

Total Hari Perawatan :

$$1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+2+1+1+1+1+1+0+0+0+0+0+0+1+1+1+1+1+1= 26$$

Jumlah Hari Perawatan dihitung dengan cara menjumlahkan setiap Hari Perawatan (Jumlah Keseluruhan HP) dalam periode waktu

tertentu. Misalnya jumlah Hari Perawatan dalam bulan-bulan Januari didapatkan dengan cara:

Hari Perawatan tanggal 1 + Hari Perawatan tanggal 2+ Hari Perawatan tanggal 3+....+ Hari Perawatan tanggal 31.

2) Pasien Transfer

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). Jadi, pasien transfer masih berstatus sebagai pasien rawat inap di rumah sakit tersebut, belum dihitung sebagai keluar/*discharge* (Sudra, 2010).

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 dihitung di lebih dari satu bangsal (dihitung *double*) atau sebaliknya seorang pasien transfer tidak dihitung keberadaannya oleh bangsal manapun (hilang dari perhitungan sensus).

Misalnya:

- (a) Bangsal A melakukan sensus harian jam 20.00 dan bangsal B setiap jam 23.00
- (b) Pada tanggal 5 jam 21.00, pasien Fulan dari bangsal A pindah ke bangsal B. Pada saat bangsal A melakukan sensus 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 tercatat sebagai pasien di bangsal B. Dalam kasus ini maka Fulan tercatat 2x pada hasil sensus tanggal 5.
- (c) Pada tanggal 7 jam 22.00, pasien Fulanah dari bangsal B pindah ke bangsal A. Pada saat bangsal A melakukan sensus tanggal & tersebut (yaitu jam 20.00), 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.

3) Pasien Masuk dan Keluar Hari Yang Sama

Dalam kegiatan pelayanan rawat inap, bisa terjadi seorang pasien masuk dan keluar perawatan pada hari (tanggal) yang sama (Sudra, 2010). Misalnya:

- (a) 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 melaksanakan sensus hari itu (misalnya jam 23.00) maka Fulan akan tercatat sebagai pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama.
- (b) 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).
- (c) Pasien Fulan pindah 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 dicatat 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).

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

5. Rekapitulasi Sensus Harian Rawat Inap

a. Pengertian Rekapitulasi Sensus Harian Rawat Inap

Formulir perantara untuk menghitung dan merekap jumlah pasien rawat inap selama satu bulan yang diterima dari masing-masing ruang rawat inap.

b. Tujuan

Untuk memperoleh informasi semua pasien yang dirawat di rumah sakit selama satu bulan secara keseluruhan maupun pada masing-masing ruang rawat inap yang diperlukan bagi perencanaan, pengawasan, atau penilaian kinerja.

c. Kegunaan

- 1) Untuk mengetahui jumlah pasien dirawat selama satu bulan atau satu triwulan.
- 2) Untuk mengetahui tingkat penggunaan tempat tidur selama periode bulanan dan triwulan.
- 3) Merupakan data dasar mengenai pasien rawat inap yang perlu dilaporkan kepada Departemen Kesehatan setiap triwulan pada formulir RL 1

d. Tanggung Jawab

- 1) Kepala unit pencatatan medik rumah sakit bertanggungjawab dalam pengisian rekapitulasi sensus harian pasien rawat inap.
- 2) Staff unit Perekam Medis yang ditunjuk oleh kepala unit pencatatan medik rumah sakit, melaksanakan pengisian rekapitulasi bulanan pasien rawat inap.
- 3) Formulir unit Perekam Medis Rumah Sakit sesuai dengan format yang telah ditetapkan.

e. Mekanisme

- 1) Formulir rekapitulasi bulanan RP 1 merupakan formulir standar untuk membuat rekapitulasi pasien rawat inap setiap bulan yang kemudian dijumlahkan untuk setiap triwulan.
- 2) Formulir rekapitulasi bulanan RP. 1 dibuat satu lembar untuk masing-masing jenis pelayanan rawat inap dan satu lembar untuk rumah sakit secara keseluruhan.
- 3) Formulir rekapitulasi bulanan RP 1 diisi sesuai segera setelah formulir rekapitulasi sensus harian selesai diisi secara lengkap.
- 4) Formulir rekapitulasi bulanan RP 1 diisi sesuai dengan data yang terdapat pada rekapitulasi sensus harian menurut jenis pelayanan yang ada.
- 5) Formulir rekapitulasi bulanan RP 1 diisi setiap hari untuk setiap lembar formulir RP 1 yang harus dibuat masing-masing rumah sakit. Formulir RP 1 harus selesai setiap hari untuk setiap tanggal laporan (Depkes, 2005).

6. Statistik Rumah Sakit

a. Pengertian Statistik

Secara etimologi kata “statistik” berasal dari bahasa latin yaitu *status* yang mempunyai persamaan arti dengan kata *state* (bahasa Inggris) atau kata *staat* (bahasa Belanda), dan dalam bahasa Indonesia diterjemahkan menjadi *negara*. Dalam kamus bahasa Inggris dijumpai kata *statistics* dan kata *statistic*. Kedua kata itu mempunyai arti yang berbeda. Kata *statistics* artinya ilmu statistik, sedang kata *statistic* diartikan sebagai ukuran yang diperoleh atau berasal dari sampel (Sopingi, 2015).

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. Angka dapat diambil dari laporan, penelitian atau sumber catatan medik. Statistik juga dapat diartikan sebagai hasil dari perhitungan seperti rerata, standar deviasi, dan lain-lain (Sudra, 2010).

b. Pengertian Statistik Rumah Sakit

Menurut Huffman (dalam Budi, 2011) “Kegiatan statistik melibatkan beberapa hal, yaitu pengumpulan data, analisis, interpretasi data, dan presentasi data.

“Statistik fasilitas pelayanan kesehatan merupakan statistik yang menggunakan dan mengolah sumber data dari pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan untuk menghasilkan informasi, fakta, dan pengetahuan berkaitan dengan pelayanan kesehatan di suatu tempat. Informasi yang dihasilkan dapat digunakan untuk berbagai kepentingan antara lain untuk perencanaan, pemantauan pendapatan, dan pengeluaran fasilitas pelayanan kesehatan, mengetahui kinerja petugas medis dan non medis. Sistem statistik bertanggungjawab terhadap beberapa urusan diantaranya: menangani untuk urusan sensus harian dan morbiditas pasien rawat jalan, sensus harian rawat inap dan morbiditas rawat inap, pelaporan rumah sakit dan pelayanan surat menyurat keterangan medis” (Budi, 2011:116).

Statistik fasilitas pelayanan kesehatan salah satunya ialah statistik rumah sakit. Statistik rumah sakit adalah 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 berguna untuk memantau perawatan pasien setiap hari, minggu, bulan, dan lain-lain (Sudra, 2010).

Beberapa sumber data untuk penghitungan statistik rumah sakit yaitu sumber data primer seperti contohnya rekam medis sedangkan sumber data sekunder seperti indeks penyakit, indeks operasi, indeks pasien, hasil sensus pasien, dan aktivitas dalam unit kerja/unit pelayanan.

c. Manfaat Statistik Rumah Sakit

Ada beberapa manfaat statistik rumah sakit diantaranya adalah (Kurniawan, 2010) :

- a) Untuk membandingkan kinerja rumah sakit yang dulu dan yang akan datang.
- b) Perencanaan masa mendatang.
- c) Menilai kinerja petugas rumah sakit (rekam medis, perawat, dokter dan tenaga lain).
- d) Dasar untuk mengajukan permohonan dana.
- e) Riset (Penelitian).

d. Istilah-istilah Dalam Statistik Rumah Sakit

Menurut Sudra (2010), definisi yang dipakai pada pengumpulan data statistik di rumah sakit bermacam-macam di setiap negara. Berikut daftar beberapa definisi yang digunakan pada beberapa negara yaitu:

- a) Kunjungan/ *Attendance* (bukan pasien rawat inap)
Kunjungan yaitu setiap kedatangan pengunjung (pasien) ke rumah sakit untuk mendapatkan layanan yang tersedia di rumah sakit tersebut.
- b) Admisi/*Admission*
Proses resmi yang dialami seseorang pada saat diterima oleh rumah sakit dengan tujuan untuk memberikan pelayanan pengobatan pada pasien tersebut.
- c) Pasien Keluar/*Discharge*
Menunjukkan proses formal keluarnya seorang pasien rawat inap meninggalkan rumah sakit dan menandai akhir episode perawatannya. Jumlah pasien keluar meliputi pasien yang pulang ke rumah, dirujuk ke sarana pelayanan kesehatan lain, dan pasien yang meninggal.
- d) Tempat Tidur yang Tersedia/*Bed count/Available beds/Bed Complement*
Istilah ini menunjukkan jumlah tempat tidur (TT) yang tersedia dan siap digunakan sewaktu-waktu untuk pelayanan rawat inap.
- e) Pasien Rumah Sakit (*Hospital Patient*)
Meliputi pasien rawat jalan dan rawat inap yang mendapat layanan kesehatan di rumah sakit tersebut, meliputi semua jenis

layanan yang dibutuhkan oleh pasien dan dilaksanakan oleh petugas rumah sakit yang bersangkutan.

f) Pasien Rawat Inap (*Inpatient*)

Seseorang yang menggunakan tempat tidur rumah sakit untuk tujuan mendapatkan layanan kesehatan.

g) Pasien Rawat Jalan (*Outpatient*)

Pasien rawat jalan yaitu seorang pasien yang menerima pelayanan di rumah sakit tanpa terdaftar di unit rawat inap atau sejenisnya.

h) Sensus

Menunjukkan jumlah pasien rawat inap pada satu waktu tertentu. Jadi, hasil sensus menunjukkan jumlah pasien yang sedang dirawat inap pada saat penghitungan sensus dilaksanakan.

i) Sensus Harian Rawat Inap (*SHRI/Daily census (daily inpatient census)*)

Menunjukkan jumlah pasien yang dirawat inap pada saat dilakukan penghitungan sensus, ditambah dengan jumlah pasien admisi setelah dilakukan sensus yang lalu dan pulang sebelum dilakukan sensus berikutnya.

j) Persalinan/*Delivery*

Menunjukkan suatu layanan persalinan, baik menghasilkan bayi lahir dalam keadaan hidup (lahir hidup) maupun yang lahir sudah dala, keadaan meninggal (lahir mati).

k) Lahir Hidup/*Live birth*

Setiap hasil pengeluaran lengkap dari rahim seorang wanita yang merupakan hasil konsepsi, tanpa memperhitungkan umur kehamilan, yang mana setelah dikeluarkan menunjukkan adanya nafas atau tanda kehidupan lainnya, misalnya adanya denyut jantung; denyut tali pusat; atau gerakan dari otot rangka tubuh, walaupun tali pusat belum dipotong atau plasenta masih melekat disebut lahir hidup.

l) Lahir Mati (*Fetal Death*)

Menunjukkan kondisi dimana janin yang dilahirkan atau dikeluarkan dari ibunya sudah dalam keadaan mati.

m) Kematian Ibu/ *Maternal Death*

Merupakan 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 kehamilannya atau pengelolaan kehamilannya, tetapi bukan karena kecelakaan atau penyebab insidental.

n) Kematian Neonatal/ *Neonatal Death*

Periode neonatal yaitu periode sejak kelahiran hingga 28 hari kemudian. Kematian neonatal yaitu kematian bayi yang terjadi dalam masa sejak kelahiran hingga usia 28 hari.

o) Kematian Perinatal/ *Perinatal Death*

Masa perinatal dibatasi sejak kehamilan 22 minggu (154 hari), yaitu saat berat janin umumnya mencapai 500 gram hingga 7 hari setelah kelahiran.

p) Lama Dirawat/ *Length of stay (discharge days)*

Menunjukkan jumlah hari dimana seorang pasien mendapatkan layanan rawat inap. Seorang pasien yang masuk perawatan dan keluar pada hari yang sama dihitung telah mendapatkan layanan rawat inap 1 hari.

q) Jumlah Lama Dirawat/ *Total Length of stay (total discharge days)*

Menunjukkan jumlah hari dimana sekelompok pasien rawat inap telah mendapat layanan sejak admisi hingga keluar.

r) Hari Perawatan (*Inpatient bed 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 (sama dengan "*bed day*", "*patient day*", "*patient service day*"). Angka ini

menunjukkan jumlah beban kerja unit perawatan yang bersangkutan.

s) Jumlah hari perawatan/ *Total patient days (total inpatient service days)*

Menunjukkan jumlah hari perawatan dari setiap hari dalam periode waktu tertentu. Angka ini bisa didapatkan dari formulir sensus.

t) *Patient Day (Inpatient service day)*

Merupakan satuan atau unit untuk menunjukkan pelayanan yang telah diterima oleh seorang pasien rawat inap selama periode 24 jam.

u) Transfer

Menunjukkan jumlah pasien yang pindah dari satu unit perawatan ke unit perawatan lainnya dalam satu rumah sakit. Jika transfer ditujukan ke rumah sakit lain maka dihitung sebagai “keluar” (*discharge*).

v) Tahun Kabisat

Tahun kabisat yaitu tahun dimana ditambahkan 1 hari untuk mengharmoniskan dengan putaran musim di bumi.

e. Statistik Rumah Sakit

Indikator-indikator pelayanan rumah sakit dapat dipakai untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Indikator-indikator berikut bersumber dari sensus harian rawat inap. Salah satu cara mengetahui efisiensi pelayanan rumah sakit adalah menghitung tingkat efisiensi hunian tempat tidur (TT).

Menurut Sudra (2010), parameter yang digunakan untuk memantau efisiensi penggunaan tempat tidur ini dirumuskan dan terdiri dari 4 parameter:

1) BOR (*Bed Occupancy Ratio*/Tingkat Penggunaan Tempat Tidur)

a) Pengertian

Bed Occupancy Ratio (BOR) merupakan angka yang menunjukkan prosentase penggunaan tempat tidur di unit rawat inap (bangsal).

BOR sering disebut juga dengan *Percent of Occupancy*, *Occupancy Percent*, *Occupancy Ratio*.

b) Rumus BOR

BOR dihitung dengan cara membandingkan jumlah tempat tidur yang terpakai (O) dari jumlah tempat tidur yang tersedia (A). Perbandingan ini ditunjukkan dalam bentuk presentase.

Jadi, rumus untuk menghitung BOR yaitu:

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

c) Nilai Ideal BOR

Secara statistik semakin tinggi nilai BOR berarti semakin tinggi pula penggunaan tempat tidur 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 mendapat perhatian yang dibutuhkan dan kemungkinan infeksi nosokomial juga meningkat. 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 tempat tidur yang digunakan untuk merawat pasien dibandingkan tempat tidur yang telah disediakan. Dengan kata lain, jumlah pasien yang sedikit ini bisa menimbulkan kesulitan pendapatan ekonomi bagi pihak rumah sakit. Dengan memperhatikan hal tersebut, maka perlu suatu nilai ideal. Nilai ideal untuk BOR yang disarankan adalah 75%-85%.

2) LOS (*Average Length of Stay*/ Lama Dirawat)

a) Pengertian

Lama Dirawat adalah jumlah hari kalender dimana pasien mendapatkan perawatan rawat inap di rumah sakit, sejak tercatat sebagai pasien rawat inap (admisi) hingga keluar rumah sakit (*discharge*).

b) Cara Menghitung LOS

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.
- (2) Jika tanggal masuk dan keluar berada dalam bulan yang berbeda, maka LD dihitung dengan cara mengurangi tanggal terakhir bulan masuk dengan tanggal masuk ditambah tanggal keluar.

c) Nilai Ideal LOS

Dari aspek medis, semakin panjang LD (Lama Dirawat) 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 lama dirawat (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 aLOS ideal ideal yang disarankan yaitu antar 3-12 hari.

3) TOI (*Turn Over Interval*/Tenggang Perputaran)

a) Pengertian TOI (*Turn Over Interval*)

Angka *turn over interval* (TOI) menunjukkan rata-rata jumlah hari sebuah tempat tidur tidak ditempati untuk perawatan pasien. Hari “kosong” ini terjadi antara saat tempat tidur ditinggalkan oleh seorang pasien hingga digunakan lagi oleh pasien berikutnya.

b) Rumus TOI (*Turn Over Interval*)

Untuk menghitung TOI bisa digunakan rumus berikut ini:

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

Dimana:

A = jumlah tempat tidur tersedia

O = rerata jumlah tempat tidur terpakai

t = jumlah hari dalam periode laporan

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

c) Nilai Ideal TOI (*Turn Over Interval*)

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

Semakin kecil angka TOI, berarti semakin singkat saat tempat tidur menunggu pasien berikutnya. Hal ini berarti tempat tidur sangat produktif, apalagi jika TOI = 0 berarti tempat tidur 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 tempat tidur tidak disiapkan secara baik. Akibatnya, kejadian infeksi nosokomial mungkin bisa meningkat; beban kerja tim medis meningkat sehingga kepuasan dan keselamatan pasien terancam. Maka, nilai TOI yang ideal disarankan yaitu antara 1-3 hari.

4) BTO (*Bed Turn Interval*/Angka Perputaran Tempat Tidur)

a) Pengertian BTO (*Bed Turn Interval*)

Angka *Bed Turn Over* (BTO) menunjukkan rerata jumlah pasien yang menggunakan tempat tidur dalam periode tertentu.

b) 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 tempat tidur tersedia dalam periode tersebut.

c) Nilai Ideal BTO

Secara logika, semakin tinggi angka BTO berarti setiap tempat tidur yang tersedia digunakan oleh semakin banyak pasien secara bergantian. Hal ini tentu merupakan kondisi yang menguntungkan bagi pihak rumah sakit karena tempat tidur yang disediakan tidak “menganggur” atau aktif menghasilkan pemasukan. Namun, kondisi ini mudah menimbulkan ketidakpuasan pasien, bisa mengancam keselamatan pasien (*patient safety*), bisa menurunkan kinerja kualitas medis, dan bisa meningkatkan kejadian infeksi nosokomial karena tempat tidur tidak sempat dibersihkan atau disterilkan. Nilai BTO yang disarankan yaitu minimal 30 pasien dalam 1 tahun.

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).

Secara umum, kematian di rumah sakit disebut juga sebagai *hospital death rate* atau *gross death rate*. Statistik kematian rumah sakit sangat penting untuk mengevaluasi kualitas pelayanan medis di rumah sakit. Bentuk-bentuk dari statistik rumah sakit, antara lain:

1) GDR (*Gross Death Rate*)

a) Pengertian *Gross Death Rate* (GDR)

Gross 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.

b) Cara Menghitung *Gross Death Rate* (GDR)

$$GDR = \frac{\text{Jumlah pasien meninggal seluruhnya}}{\text{Jumlah pasien yang keluar (Hidup dan Mati)}} \times 100\%$$

2) NDR (*Net Death Rate*)

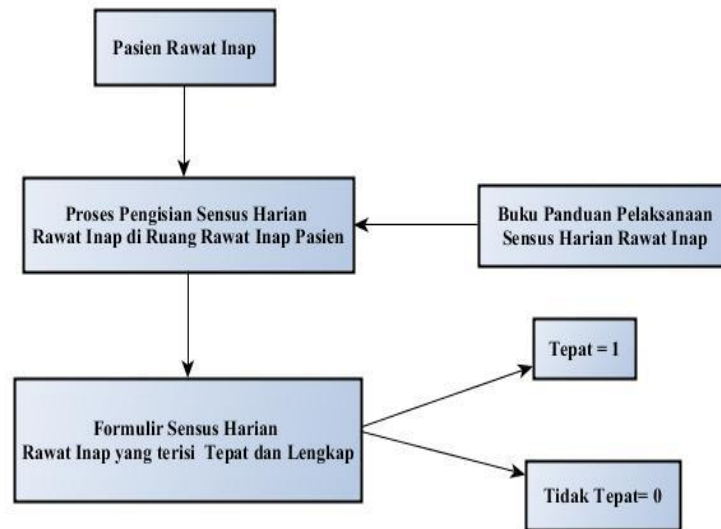
a) Pengertian NDR (*Net Death Rate*)

NDR (*Net Death Rate*) atau angka kematian bersih menunjukkan proporsi seluruh pasien rawat inap yang meninggal setelah mendapat perawatan lebih dari atau sama dengan 48 jam dalam periode waktu tertentu, termasuk bayi baru lahir (BBL) yang kemudian meninggal. Angka NDR lebih bisa menunjukkan kualitas pelayanan medis dibandingkan angka GDR.

b) Cara menghitung NDR (*Net Death Rate*)

$$NDR = \frac{\text{Jumlah pasien meninggal} \geq 48 \text{ jam setelah}}{\text{jumlah pasien keluar (Hidup dan Mati)}} \times 100\%$$

B. Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

Pada kerangka konsep diatas dijelaskan bahwa penelitian dilakukan dengan melihat pengaruh penggunaan buku panduan pelaksanaan sensus harian rawat inap terhadap ketepatan pengisian sensus harian rawat inap. Diawali ketika pasien melakukan rawat inap lalu ketika dilakukan sensus di ruang rawat inap pasien, petugas melakukan pencatatan dengan mengisi formulir sensus harian rawat inap.

C. Hipotesis

H₀ : Tidak ada perbedaan ketepatan pengisian sensus harian rawat inap sebelum dan sesudah menggunakan buku panduan pelaksanaan sensus harian rawat inap.

H₁ : Ada perbedaan ketepatan pengisian sensus harian rawat inap sebelum dan sesudah menggunakan buku panduan pelaksanaan sensus harian rawat inap.