

ANALISIS PEMANFAATAN DATA SENSUS HARIAN RAWAT INAP UNTUK EVALUASI PELAPORAN INDIKATOR RAWAT INAP

¹Eni Nur Rahmawati*, ²Nopita Cahyaningrum, ³Fera Febrianti, ⁴Sella Yulia Sari

^{1,2,3,4}Universitas Duta Bangsa Surakarta

Email: [1eninur_rahma@udb.ac.id](mailto:eninur_rahma@udb.ac.id), [2nopita_cahya@udb.ac.id](mailto:nopita_cahya@udb.ac.id), [3ferafebrianti89@gmail.com](mailto:ferafebrianti89@gmail.com),
[4sellayuliasari33@gmail.com](mailto:sellayuliasari33@gmail.com)

Submitted : 04 Januari 2025

Reviewed : 27 Januari 2025

Accepted : 17 Februari 2025

ABSTRAK

Sensus Harian Rawat Inap dimanfaatkan untuk pembuatan laporan indikator rawat inap, pengambilan keputusan oleh manajemen rumah sakit, menilai tingkat keberhasilan atau memberikan gambaran tentang keadaan pelayanan di rumah sakit. Indikator rawat inap merupakan parameter yang digunakan dalam mengetahui kinerja pelayanan rawat inap. Tujuan penelitian untuk mengetahui pemanfaatan data SHRI yang digunakan untuk evaluasi pelaporan indikator rawat inap. Jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan retrospektif, metode pengumpulan data dengan observasi dan wawancara. Objek penelitiannya SHRI dan subjeknya petugas *analysing reporting* dan perawat. Hasil penelitian alur dan prosedur pelaksanaan SHRI sudah sesuai SOP, tetapi belum ada SOP cara pengisian SHRI. Analisis data SHRI pada bulan September 2024 terdapat perbedaan data yang belum valid dan lengkap, karena ketidakdisiplinan perawat dalam pengisian SHRI diantaranya jumlah pasien yang tertulis doble, belum tertulis jumlah pasien masuk dan pasien pindahan, tanggal keluar pasien banyak yang kosong sehingga membuat perbedaan data jumlah hari perawatan, lama dirawat dan jumlah pasien keluar hidup dan mati. Data SHRI yang belum valid dan lengkap dapat menyebabkan kesalahan dalam proses perhitungan indikator rawat inap (BOR, LOS, TOI, BTO, GDR, NDR) oleh *analysing reporting*. *Input* data yang tidak lengkap menyebabkan proses perhitungan indikator rawat inap tidak valid, sehingga *output* yang dimanfaatkan oleh manajemen rumah sakit untuk evaluasi laporan penggunaan tempat tidur belum tepat dalam pengambilan keputusan kemajuan kualitas pelayanan dan sarana prasarana rumah sakit. Faktor-faktor pelaksanaan SHRI pada *material* masih menggunakan formulir kertas SHRI, *machine* belum ada aplikasi SHRI elektronik, *methods* belum ada SOP cara pengisian SHRI. Saran perlu adanya dukungan manajemen rumah sakit memberikan sosialisasi secara berkala tentang pentingnya kelengkapan pengisian SHRI, merencanakan pembuatan SHRI elektronik dan pembuatan SOP pengisian SHRI agar data lebih lengkap.

Kata Kunci : indikator rawat inap, rekam medis, rumah sakit, SHRI

ABSTRACT

Daily Inpatient Census is used to create inpatient indicator reports, and decision-making by hospital management, assess the level of success or provide an overview of the state of services in the hospital. Inpatient indicators are parameters used to determine the performance of inpatient services. The purpose of this study was to determine the use of SHRI data to evaluate inpatient indicator reporting. This type of research is descriptive with a retrospective approach, and data collection methods by observation and interviews. The object of the study is SHRI and the subjects are reporting analyst officers and nurses. The results of the study show that the flow and procedures for implementing SHRI are in accordance with the SOP, but there is no SOP for filling in SHRI. Analysis of SHRI data in September 2024 showed differences in data that were not yet valid and complete, due to the indiscipline of nurses in filling in SHRI, including the number of patients written twice, the number of patients admitted and transferred, many patient discharge dates were blank, resulting in differences in data on the number of days of care, length of stay and the number of patients discharged alive and dead. Invalid and incomplete SHRI data can cause errors in the calculation process of inpatient indicators (BOR, LOS, TOI, BTO, GDR, NDR) by reporting analysts. Incomplete data input causes the calculation process of inpatient indicators to be invalid so that the output used by hospital management to evaluate bed utilization reports is not appropriate in making decisions on the progress of hospital service quality and infrastructure. SHRI implementation factors in materials still use SHRI paper forms, machines do not yet have electronic SHRI applications, and methods do not yet have SOPs for filling out SHRI. Suggestions need support from hospital management to provide periodic socialization about the importance of completeness of filling out SHRI, planning the creation of electronic SHRI, and creating SOPs for filling out SHRI so that the data is more complete.

Keywords : *inpatient indicator, medical record, hospital, SHRI.*

PENDAHULUAN

Pembangunan ilmu pengetahuan kesehatan saat ini telah mengalami kemajuan seiring dengan berkembangnya berbagai studi cabang Ilmu kesehatan, salah satunya yaitu ilmu rekam medis yang berfungsi sebagai tolak ukur guna menertibkan proses administrasi pada setiap fasilitas pelayanan kesehatan tingkat strata hingga paripurna. Rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan rumah sakit (Permenkes RI No. 1171/Menkes/Per/VI/2011).

Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam Medis Elektronik adalah Rekam Medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan Rekam Medis. Perekam Medis dan Informasi Kesehatan adalah seorang yang telah lulus pendidikan Rekam Medis dan informasi kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang undangan (Permenkes RI No. 24 tahun 2022).

Sistem informasi rekam medis, menghasilkan laporan-laporan statistik yang informatif sehingga dapat digunakan oleh manajemen rumah sakit untuk pengambilan keputusan, untuk melakukan penilaian pelayanan rumah sakit, serta menilai tingkat keberhasilan atau memberikan gambaran tentang keadaan pelayanan di rumah sakit. Laporan statistik rumah sakit diperoleh dari data sensus harian rawat inap sebagai sumber data. Data yang digunakan untuk pengambilan keputusan manajemen rumah sakit berupa statistik pelayanan rumah sakit yang datanya dapat berasal dari rawat inap. Statistik pelayanan rumah sakit tersebut setiap bulannya wajib dilaporkan oleh rumah sakit kepada pihak eksternal rumah sakit yang meliputi Dinas kesehatan dan Kementerian kesehatan. Sumber dari data yang dilaporkan tersebut salah satunya berasal dari sensus harian rawat inap.

Sensus harian rawat inap adalah aktivitas yang rutin dilaksanakan di rumah sakit yang menghitung jumlah pasien yang dilayani di unit rawat inap. Formulir sensus harian rawat inap (SHRI) adalah formulir yang berisi data pasien masuk, pasien keluar, pasien dipindahkan, pasien pindahan dan pasien mati pada rentang waktu ≤ 48 jam dan ≥ 48 jam dihitung selama 24 jam dari pukul 00.00-24.00 (Rustiyanto, 2021). Petugas bangsal tersebut melakukan perhitungan jumlah pasien yang masuk, pasien keluar, pasien pindahan atau dipindahkan, pasien meninggal dan hari perawatan pasien. Data tersebut setiap bulannya akan direkap oleh petugas pelaporan di bagian rekam medis yang disebut rekapitulasi sensus harian rawat inap untuk selanjutnya diolah dan dihasilkan indikator rawat inap (BOR, LOS, TOI, BTO, NDR, GDR).

Indikator rawat inap terdiri dari prosentase penggunaan tempat tidur (BOR) dengan standar ideal *Barber Johnson* 75%-85% dan standar ideal Kemenkes RI 60%-85%, rata-rata lama dirawat pasien (LOS) dengan standar ideal *Barber Johnson* 3-12 hari dan standar ideal Kemenkes RI 6-9 hari, interval tempat tidur tidak digunakan pasien (TOI) dengan standar ideal *Barber Johnson* dan Kemenkes RI 1-3 hari, frekuensi penggunaan satu tempat tidur dalam satu tahun (BTO) dengan standar ideal *Barber Johnson* minimal 30 kali/tahun dan standar ideal Kemenkes RI 40-50 kali/tahun, prosentase pasien meninggal ≥ 48 jam perawatan (NDR) dengan standar ideal Kemenkes RI ≤ 25 per 1000, dan prosentase keseluruhan pasien meninggal di sarana pelayanan kesehatan (GDR) dengan standar ideal Kemenkes RI ≤ 45 per 1000 (Hatta, 2010) (Sudra, 2020) (Rustiyanto, 2021) (Hosizah dan Maryati, 2018) (Permenkes RI No. 1171/Menkes/Per/VI/2011).

Masalah yang terjadi pada indikator pelayanan rawat inap karena data sensus harian belum dimanfaatkan secara maksimal dikarenakan kurang disiplinnya pengisian dan penyerahan Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) serta tidak ada adanya petunjuk pengisian Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) (Numberi, 2020). Faktor manajemen pendukung pelaksanaan sensus harian rawat inap 1) Man (*Human Resource*), 2) Money (*financial*), 3) Material (*Logistik*), 4) Machine (*Information*), 5) Methods (*Legitimate*), 6) Market (*Participation*) (Garmelia dkk, 2018). Pemanfaatan data sensus harian rawat inap sebagai acuan pelaporan di unit *Analizing* dan *Reporting*, belum digunakan secara maksimal dikarenakan lembar sensus harian tidak diisi secara lengkap seperti nama ruang, hari keperawatan dan keterangan pulang, yang seharusnya diisi lengkap oleh perawat, karena perawat terkadang lupa mengisi dan kelebihan beban kerja karena banyaknya jumlah pasien rawat inap, akibatnya di bagian *analising reporting* mengalami kendala dalam pemanfaatan data sensus harian untuk pembuatan laporan. Setelah itu petugas rekam medis melaporkan ke direktur rumah sakit beserta jajarannya untuk digunakan dalam proses pengambilan keputusan. Perubahan data sensus secara signifikan tersebut dikhawatirkan akan mempengaruhi keakuratan pelaporan pelayanan rumah sakit selama periode tertentu yang akan di laporkan kepada pihak Dinas kesehatan terkait bahkan Kementerian Kesehatan.

Solusi untuk mengatasi masalah tersebut di atas adalah perlu adanya analisis pemanfaatan data sensus harian rawat inap untuk evaluasi hasil pelaporan indikator rawat inap di bagian Rekam Medis. Hal ini akan bermanfaat bagi bidang manajemen dalam pengambilan kebijakan untuk penggunaan tempat tidur rawat inap. Sehingga ada kebenaran data antara sensus harian rawat inap dengan pelaporan indikator

rawat inap. Dengan demikian sistem di pengelolaan Rekam Medis dan evaluasi pelaporan akan berjalan dengan baik dan berjalan lebih efektif dan efisien.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan deskriptif yaitu penelitian yang hasilnya berupa penggambaran keadaan objek penelitian tanpa memberikan kesimpulan yang berlaku umum. Deskriptif yaitu penelitian yang dilakukan untuk mengetahui dan menggambarkan objek yang diteliti, mengetahui nilai variabel baik satu variabel atau lebih tanpa menggabungkan atau membandingkannya (Sugiyono, 2016). Pendekatan restrospektif yaitu penelitian yang berusaha melihat kebelakang, pengumpulan data dimulai dari efek atau akibat yang terjadi (Notoatmodjo, 2018). Objek penelitian adalah SHRI, subjeknya petugas *analising reporting* dan perawat di Rumah Sakit Umum Hidayah Boyolali. Metode pengumpulan data dengan observasi dilakukan, dengan mengamati secara langsung terhadap objek penelitian pada SHRI dan wawancara yaitu cara yang digunakan jika sumber atau responden penelitian adalah manusia yang dilakukan secara langsung.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Alur dan prosedur Sensus Harian Rawat Inap (SHRI)

Alur dan prosedur SHRI di Rumah Sakit Umum Hidayah Boyolali sebagai berikut: Proses pengisian SHRI masih dilakukan secara manual, SHRI dibuat oleh perawat bangsal yang menggambarkan keadaan ruang perawatan pukul 00.00 s/d pukul 24.00 hari berikutnya yang berisi tentang pasien masuk, pasien keluar, pasien pindahan, pasien meninggal dan jumlah tempat tidur. Sejalan dengan penelitian Yusuf dkk (2013) menyatakan bahwa sensus umumnya dilaksanakan sekitar tengah malam (menjelang jam 24.00). Sebenarnya sensus boleh dilaksanakan jam berapapun asalkan jam sensus yang dipilih tersebut harus tetap atau konsisten dan seragam di semua unit pelaksana sensus. Kegiatan sensus tiap bangsal beragam hal ini menyebabkan ketidakcocokan jumlah akhir pasien rawat inap pada saat sensus dari semua unit pelaksana tersebut direkap keesokan harinya. Setelah itu, lembar SHRI diambil setiap harinya oleh petugas rekam medis ke masing-masing ruang perawatan. Petugas rekam medis melakukan rekapitulasi SHRI setiap harinya sesuai masing-masing ruang perawatan pada lembar rekapitulasi dan menginput di *microsoft excel* menjadi data satu bulan sesuai masing-masing ruang perawatan. Data yang direkap yaitu data jumlah pasien awal, jumlah pasien masuk, jumlah pasien keluar, jumlah pasien pindahan, jumlah pasien dipindahkan, jumlah tempat tidur perbangsal, jumlah hari perawatan dan lama dirawat. Selanjutnya dijadikan dasar dalam pembuatan laporan yaitu BOR, LOS, TOI, BTO, GDR dan NDR. Petugas rekam medis tidak hanya melakukan rekapitulasi tetapi harus mencocokkan dan memverifikasi isi SHRI, jika SHRI yang dibuat oleh perawat kurang valid dan terdapat selisih jumlah pasien maka petugas *analising reporting* harus segera konfirmasi ke perawat *via telfon* atau datang langsung ke ruang perawatan.

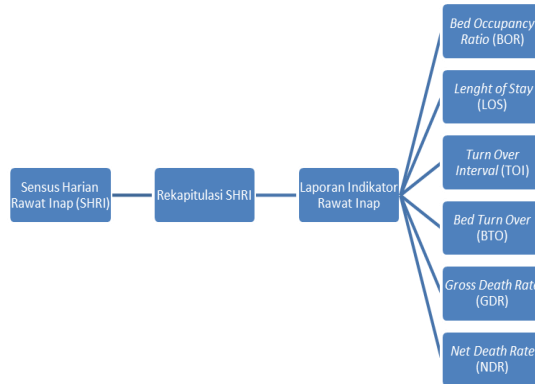
Alur dan prosedur pelaksanaan SHRI dilaksanakan sesuai SOP yang ada di Rumah Sakit Umum Hidayah Boyolali. Prosedur SHRI SOP No. 857/SPO/DIR.RSUHB/I/2024 tanggal 15 Januari 2024 tentang Sensus Harian Rawat Inap sebagai berikut :

1. Petugas rekam medis mengambil lembar sensus harian rawat inap setiap harinya ke masing-masing ruang perawatan.
2. Petugas rekam medis mengisi rekapitulasi sensus harian rawat inap setiap harinya.
3. Setiap bulan petugas merekapitulasi sensus harian rawat inap dan selanjutnya dijadikan dasar dalam pembuatan laporan (TimPenyusun, 2024).

Alur dan prosedur SHRI yang dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Hidayah Boyolali sudah sesuai dengan SOP yang ada. Tetapi belum ada SOP pengisian SHRI sehingga masih terdapat ketidaksesuaian pencatatan sensus harian rawat inap oleh perawat. Ketidaksesuaian tersebut diantaranya jumlah pasien yang tertulis doble, jumlah pasien masuk dan pasien pindahan yang belum tertulis, tanggal keluar pasien banyak yang kosong, sehingga petugas *analising reporting* harus mencari ulang di register pasien rawat inap. Hal tersebut dapat menyebabkan kesalahan data jumlah hari perawatan, lama dirawat dan jumlah pasien keluar hidup dan mati dalam perhitungan indikator rawat inap sehingga efisiensi penggunaan tempat tidur serta evaluasi pembiayaan rumah sakit berbeda dengan kenyataan di bangsal rawat inap. Sensus harian rawat inap memiliki peran penting untuk menunjang pembuatan indikator rawat inap, perhitungan pembiayaan dan evaluasi penggunaan tempat tidur. Hasil penelitian ini sejalan dengan Respati dkk (2005) peranan kegiatan sensus harian rawat inap rekam medis adalah sebagai data dalam kegiatan *reporting* dalam pembuatan SHRI mengacu pada standar dan prosedur yang telah ditentukan oleh direktur rumah sakit serta diolah dengan cepat, tepat dan akurat sehingga dapat menghasilkan informasi yang berkualitas. Masalah yang terjadi pada indikator pelayanan rawat inap karena data sensus harian belum dimanfaatkan secara maksimal dikarenakan kurang disiplinnya pengisian dan penyerahan SHRI serta tidak ada adanya petunjuk pengisian SHRI (Numberi, 2020).

Pengolahan Data SHRI untuk Pelaporan Indikator Rawat Inap

Formulir SHRI adalah formulir yang berisi data pasien masuk, pasien keluar, pasien dipindahkan, pasien pindahan dan pasien mati pada rentang waktu ≤ 48 jam dan ≥ 48 jam dihitung selama 24 jam dari pukul 00.00-24.00 (Rustiyanto, 2010). Data SHRI di Rumah Sakit Umum Hidayah Boyolai diperoleh dari setiap bangsal perawatan dan dilanjutkan dengan proses rekapitulasi. Rekapitulasi merupakan tahapan menyatukan dan menjumlahkan hasil dari sensus setiap harinya dan juga mencocokkan dan memverifikasi (Utami & Rahmawati, 2024). Hasil rekapitulasi dapat digunakan sebagai dasar pembuatan indikator rawat inap. Adapun pengolahannya diproses dengan mekanisme sebagai berikut :



Gambar 1. Pengolahan data SHRI

Petugas yang mengolah laporan rumah sakit disebut *analising reporting*. Menurut Depkes RI (2006) bahwa tugas pokok *analising reporting* salah satunya adalah mengumpulkan data kegiatan rumah sakit dari sensus harian yang dicatat oleh unit pelayanan pencatatan data kegiatan rumah sakit, sensus harian sebagai dasar penyusunan laporan kegiatan rumah sakit. Pengumpulan data SHRI pada bulan September 2024 di Rumah Sakit Umum Hidayah Boyolali. Pertama mengumpulkan SHRI pada semua bangsal Yudhistira, Bima, Arjuna dan Nakula, Sadewa, Kunthi dan ICU. Sedangkan bangsal Candra Dimuka, PICU, NICU, Perinatologi, Isolasi dan *Intermediete Care* tidak ada pasien yang rawat inap. SHRI yang sudah dikumpulkan dari tanggal 1-30 September 2024 kemudian dilakukan rekapitulasi. Formulir rekapitulasi sensus harian rawat inap berisi data pasien awal, pasien masuk, pasien keluar, pasien dipindahkan, pasien pindahan, pasien dirujuk, pasien pulang atas permintaan sendiri (APS), pasien mati ≤ 48 jam dan ≥ 48 jam dihitung selama tanggal 1-31 setiap bulan (Rustiyanto, 2021). Hasil rekapitulasi peneliti sebagai berikut:

Tabel 1. Rekapitulasi SHRI Perbangsal

No	Bangsal	HP	LD	A	D	Pasien Keluar Hidup	Pasien Keluar Mati < 48 jam	Pasien Keluar Mati > 48 jam
1	Yudhistira	392	224	15	92	92	0	0
2	Bima	261	275	21	105	105	0	0
3	Arjuna & Nakula	321	271	24	90	90	0	0
4	Sadewa	331	223	12	77	77	0	0
5	Kunthi	138	41	11	24	24	0	0
6	Candra Dimuka	0	0	8	0	0	0	0
7	ICU	5	5	7	3	1	1	1
8	PICU	0	0	3	0	0	0	0
9	NICU	0	0	2	0	0	0	0
10	Perinatologi	0	0	2	0	0	0	0
11	Isolasi	0	0	12	0	0	0	0
12	<i>Intermediete Care</i>	0	0	1	0	0	0	0
Total Bulan September		1448	1039	118	391	389	1	1

Berdasarkan data tersebut pada bulan September 2024 dapat diketahui bahwa jumlah hari perawatan tertinggi pada bangsal Yudhistira 392 pasien, jumlah lama dirawat tertinggi pada bangsal Bima 275 hari, tempat tidur tersedia tertinggi pada bangsal Arjuna dan Nakula 24 tempat tidur, jumlah pasien keluar hidup dan mati tertinggi pada bangsal Bima 105 pasien, jumlah pasien keluar hidup tertinggi pada bangsal Bima 105 pasien, jumlah pasien meninggal < 48 jam dan > 48 jam pada bangsal ICU 1 pasien. Sensus

harian rawat inap memiliki peran penting untuk menunjang membuat laporan indikator rawat inap, perhitungan pembiayaan dan penggunaan tempat tidur.

Berdasarkan hasil observasi SHRI dari tanggal 1-30 September 2024 terdapat perbedaan jumlah pasien yang tertulis double, belum tertulisnya jumlah pasien masuk dan pasien pindahan, tanggal keluar pasien banyak yang kosong sehingga membuat perbedaan data jumlah hari perawatan, lama dirawat dan jumlah pasien keluar hidup dan mati. Data SHRI yang belum valid dan lengkap dapat menyebabkan kesalahan dalam proses perhitungan indikator rawat inap (BOR, LOS, TOI, BTO, GDR, NDR) oleh *analysing reporting*. Input data yang tidak lengkap menyebabkan proses perhitungan indikator rawat inap tidak valid, sehingga *output* yang dimanfaatkan oleh manajemen rumah sakit untuk evaluasi laporan penggunaan tempat tidur belum tepat dalam pengambilan keputusan kemajuan kualitas pelayanan dan sarana prasarana rumah sakit. Laporan rumah sakit perlu di evaluasi agar laporan rumah sakit lebih akurat, yang dapat dimanfaatkan manajemen untuk meningkatkan mutu rumah sakit. SHRI merupakan kumpulan data pasien yang memuat informasi semua pasien masuk, pindahan, dipindahkan dan keluar baik dalam keadaan hidup maupun meninggal dunia selama 24 jam mulai dari pukul 00.00 s.d 24.00 WIB setiap harinya. Informasi yang diperoleh dari SHRI yaitu berupa data yang akan diolah menjadi sebuah informasi yang dibutuhkan oleh rumah sakit (Hatta, 2010). Sesuai hasil penelitian Kurniawan dkk (2010) bahwa sensus harian dan register pasien rawat jalan dan rawat inap merupakan dasar dalam pelaksanaan pembuatan laporan rumah sakit. Untuk mengatasi masalah ketidakterseidannya data SHRI yang lengkap maka perlu dilakukan sosialisasi terkait SOP mengenai pengumpulan data SHRI untuk petugas rawat inap seperti perawat dan bidan dalam mekanisme pelaksanaan pengisian SHRI yang lengkap dan pihak rumah sakit perlu memberikan tindakan yang tegas atau tertulis agar standar atau ketentuan yang ditetapkan dengan kenyataan di lapangan dapat selaras (Dinigrat & Sugiarti, 2015).

Upaya yang dapat dilakukan adalah perlu diadakannya sosialisasi petunjuk teknis penulisan atau pengisian dan penekanan terkait prosedur tetap tentang SHRI untuk petugas rawat inap utamanya perawat dalam mekanisme pelaksanaannya. Sehingga pembuatan, penyerahan, perekapan SHRI dilaksanakan petugas setiap hari dan sesuai keadaan aslinya agar tidak perlu lagi melengkapi sensus dan tidak menambah beban kerja petugas, sesuai kebijakan Rumah Sakit dan prosedur tetap yang ada. Oleh karena itu, peneliti ingin meninjau pelaksanaan sensus harian rawat inap berkaitan alur sensus harian, ketepatan waktu pelaksanaan, perbandingan data sensus manual dan hambatan dalam pelaksanaan sensus harian rawat inap, agar pelaporan pelayanan rawat inap hasilnya valid dan dapat digunakan mengambil keputusan dan bahan evaluasi pelayanan rawat inap. Jika pengolahan data sensus harian pasien rawat inap tidak cepat, tepat dan akurat maka akan menyulitkan tenaga rekam medis dalam proses pembuatan pelaporan rumah sakit sehingga tidak dapat dipertanggungjawabkan, tidak dapat menunjukkan perkembangan produktivitas dari rumah sakit dari tahun ke tahun, tidak dapat melihat perbandingan kegiatan di suatu rumah sakit sehingga dapat diambil kesimpulan rumah sakit bagian mana yang pengelolaannya efisien dan tidak dapat mengevaluasi sebab akibat perubahan kebijakan yang ada di rumah sakit (Respati dkk, 2005).

Hasil perhitungan indikator rawat inap perbangsal di Rumah Sakit Umum Hidayah Boyolali dari data SHRI yang sudah dilakukan rekapitulasi bulanan, sebagai berikut:

Tabel 2. Hasil Perhitungan Indikator Rawat Inap Perbangsal

No	Bangsal	BOR (%)	LOS (Hari)	TOI (Hari)	BTO (kali/bulan)	NDR (%)	GDR (%)
1	Yudhistira	87,11	4,26	0,63	6,13	0,00	0,00
2	Bima	41,43	2,49	3,51	5,00	0,00	0,00
3	Arjuna & Nakula	44,58	3,57	4,43	3,75	0,00	0,00
4	Sadewa	91,94	4,30	0,38	6,42	0,00	0,00
5	Kunthi	41,82	5,75	8,00	2,18	0,00	0,00
6	Candra Dimuka	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7	ICU	2,38	1,67	68,33	0,43	333,33	333,33
8	PICU	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9	NICU	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10	Perinatologi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11	Isolasi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12	Intermediete Care	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Berdasarkan hasil perhitungan empat bangsal (Bima, Arjuna dan Nakula, Kunthi dan ICU) jumlah pasiennya sedikit sehingga prosentase penggunaan tempat tidur (BOR) rendah dibawah standar. Standar ideal menurut Barber Johnson adalah 75%-85% (Sudra, 2017), sedangkan standar ideal menurut Kemenkes RI adalah 60%-85% (Rustiyanto, 2021).

Dua Bangsal (Yudhistira dan Sadewa) jumlah pasiennya banyak sehingga nilai BOR tinggi dan *overload* sehingga perlu penambahan tempat tidur dan ruang perawatan (bangsal). Enam Bangsal (Candra Dimuka, PICU, NICU, Perinatologi, Isolasi dan *Intermediete Care*) kosong tidak ada pasiennya sehingga perlu adanya relokasi atau pemindahan tempat tidur ke bangsal yang sudah *overload* penggunaan tempat tidurnya.

LOS delapan bangsal (Bima, Candra Dimuka, ICU, PICU, NICU, Perinatologi, Isolasi dan *Intermediete Care*) belum ideal menurut *barber johnson*, empat bangsal (Yudhistira, Sadewa, Kunthi, Arjuna dan Nakula) sudah ideal menurut *barber johnson*, standar ideal menurut Barber Johnson adalah 3-12 hari (Sudra, 2017). Sedangkan 12 bangsal LOS belum ideal semua menurut Kemenkes RI adalah 6-9 hari (Rustiyanto, 2021).

TOI dua belas bangsal (Yudhistira, Bima, Arjuna dan Nakula, Sadewa, Kunthi, Candra Dimuka, ICU, PICU, NICU, Perinatologi, Isolasi dan *Intermediete Care*) belum ideal semua. Menunjukkan rata-rata jumlah hari sebuah TT tidak ditempati untuk perawatan pasien. Hari “kosong” ini terjadi antara saat TT ditinggalkan oleh seorang pasien hingga digunakan lagi oleh pasien berikutnya. Standar ideal menurut *Barber Johnson* adalah 1-3 hari (Sudra, 2017), sedangkan standar ideal menurut Kemenkes RI adalah 1-3 hari (Rustiyanto, 2021).

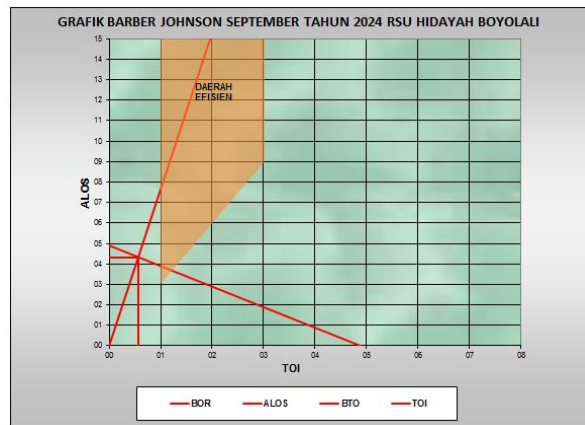
BTO dua belas bangsal (Yudhistira, Bima, Arjuna dan Nakula, Sadewa, Kunthi, Candra Dimuka, ICU, PICU, NICU, Perinatologi, Isolasi dan *Intermediete Care*) belum bisa dinilai karena penelitian ini satu bulan saja sedangkan standar *barber johnson* dan Kemenkes RI hitungan dalam 1 tahun. Standar ideal menurut *Barber Johnson* adalah minimal 30 kali/tahun (Sudra, 2017), sedangkan standar ideal menurut Kemenkes RI adalah 40-50 kali/tahun (Rustiyanto, 2021).

NDR sebelas bangsal (Yudhistira, Bima, Arjuna dan Nakula, Sadewa, Kunthi, Candra Dimuka, PICU, NICU, Perinatologi, Isolasi dan *Intermediete Care*) sudah ideal, baik karena tidak ada pasien yang meninggal. Sedangkan satu bangsal (ICU) angka kematiannya di atas angka ideal yaitu 333,33 %, menunjukkan mutu layanan dan pelayanan. Angka ideal NDR adalah $\leq 25\%$, menunjukkan mutu layanan dan pelayanan, jadi dari 1000 total pasien terdapat 25 pasien meninggal (Permenkes RI No. 1171/Menkes/Per/VI/2011). 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. Jadi, pasien yang meninggal sebelum 48 jam perawatan inap tidak dimasukkan dalam hitungan statistik NDR. NDR angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit.

GDR sebelas bangsal (Yudhistira, Bima, Arjuna dan Nakula, Sadewa, Kunthi, Candra Dimuka, PICU, NICU, Perinatologi, Isolasi dan *Intermediete Care*) sudah ideal karena tidak ada pasien yang meninggal. Sedangkan satu bangsal (ICU) angka kematiannya di atas angka ideal yaitu 333,33 %, menunjukkan mutu layanan dan pelayanan harus ditingkatkan. Angka ideal GDR adalah $\leq 45\%$, menunjukkan mutu layanan dan pelayanan. Jadi dari 1000 total seribu pasien terdapat 45 pasien meninggal (Permenkes RI No. 1171/Menkes/Per/VI/2011). Angka kematian kasar menunjukkan proporsi seluruh pasien rawat inap yang meninggal dalam periode waktu tertentu, termasuk bayi baru lahir (BBL) yang kemudian meninggal. GDR adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar. Nilai GDR dan NDR sudah sesuai angka toleransi menurut Kemenkes RI angka ideal NDR adalah $\leq 25\%$ sedangkan angka ideal GDR $\leq 45\%$, menunjukkan mutu layanan dan pelayanan yang semakin baik berkontribusi pada penurunan jumlah angka GDR & NDR di bulan September 2024. Sejalan dengan penelitian Kurniawan dkk (2010) mengidentifikasi bahwa peningkatan mutu layanan serta pelayanan yang semakin baik dapat mempengaruhi penurunan GDR dan NDR. Faktor lain yang berkontribusi terhadap penurunan NDR adalah adanya program pelatihan wajib bagi pegawai dan partisipasi dalam seminar-seminar untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pegawai dalam memberikan pelayanan yang lebih baik kepada pasien. Rumah Sakit dapat membuat rencana untuk tetap Menjaga mutu pelayanan kesehatan supaya nilai GDR ditahun mendatang tetap stabil (Rahayuningsih dkk, 2024).

Grafik *Barber Johnson* merupakan salah satu alat untuk mengukur tingkat efisiensi pengelolaan rumah sakit diperoleh dari hasil perhitungan beberapa data statistik rumah sakit yang ada (Rustiyanto, 2010). Grafik *barber johnson* digambar berdasarkan perhitungan indikator rawat inap perbangsal maka dapat digambar untuk melihat efisiensi penggunaan tempat tidur perbangsal, seperti berikut:

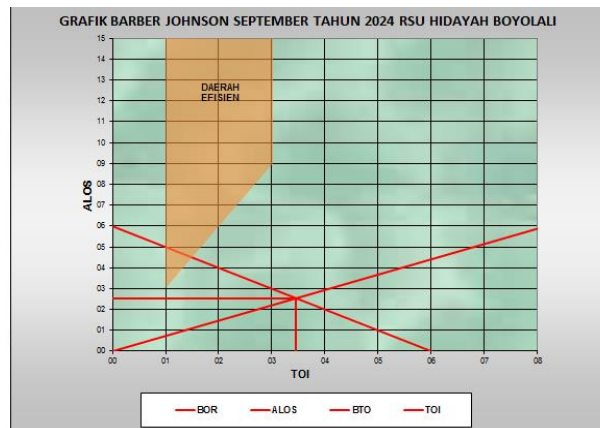
1. Bangsal Yudhistira



Gambar 2. Grafik *Barber Johnson* Bangsal Yudhistira

Bangsal Yudhistira belum efisien, karena titik keempat indikator (BOR, LOS, TOI dan BTO) berada diluar daerah efisiensi. Sesuai teori penggunaan tempat tidur dikatakan efisien jika ke empat indikator berada di dalam daerah efisiensi (Sudra, 2017).

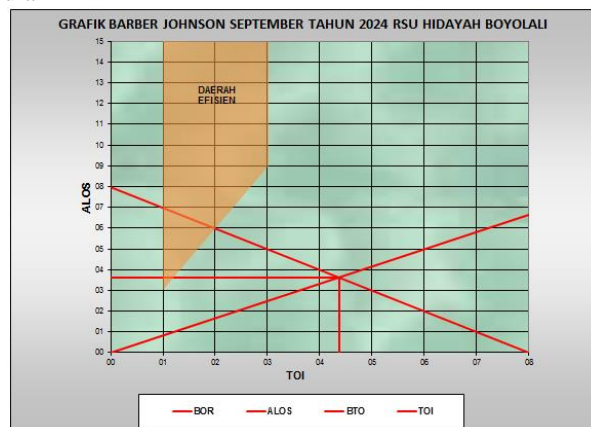
2. Bangsal Bima



Gambar 3. Grafik *Barber Johnson* Bangsal Bima

Bangsal Bima belum efisien, karena titik keempat indikator (BOR, LOS, TOI dan BTO) berada diluar daerah efisiensi. Sesuai teori penggunaan tempat tidur dikatakan efisien jika ke empat indikator berada di dalam daerah efisiensi (Sudra, 2017).

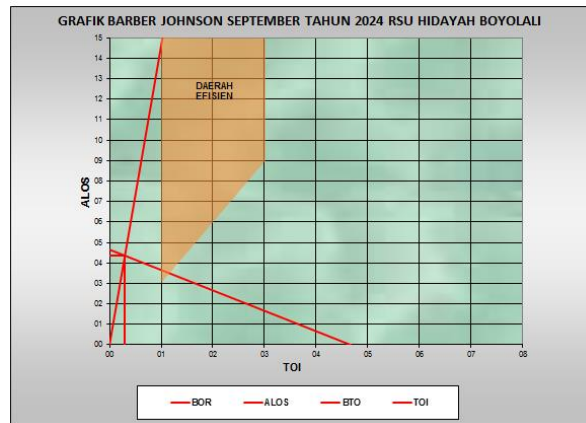
3. Bangsal Arjuna dan Nakula



Gambar 4. Grafik *Barber Johnson* Bangsal Arjuna dan Nakula

Bangsal Arjuna dan Nakula belum efisien, karena titik keempat indikator (BOR, LOS, TOI dan BTO) berada diluar daerah efisiensi. Sesuai teori penggunaan tempat tidur dikatakan efisien jika ke empat indikator berada di dalam daerah efisiensi (Sudra, 2017).

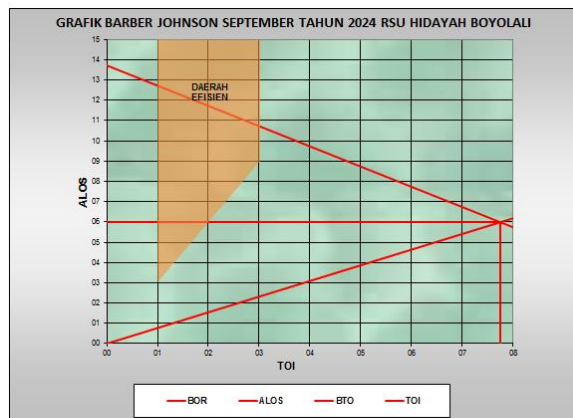
4. Bangsal Sadewa



Gambar 5. Grafik *Barber Johnson* Bangsal Sadewa

Bangsal Sadewa belum efisien, karena titik keempat indikator (BOR, LOS, TOI dan BTO) berada diluar daerah efisiensi. Sesuai teori penggunaan tempat tidur dikatakan efisien jika ke empat indikator berada di dalam daerah efisiensi (Sudra, 2017).

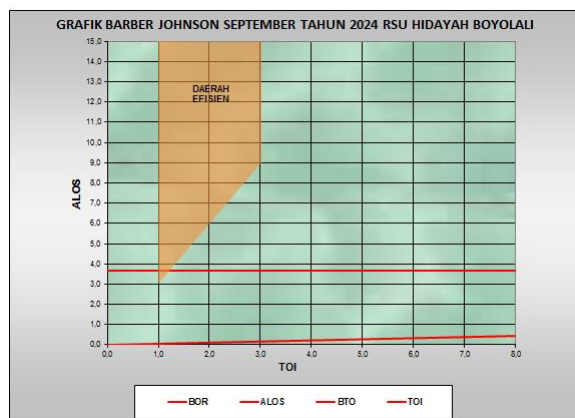
5. Bangsal Kunthi



Gambar 6. Grafik *Barber Johnson* Bangsal Kunthi

Bangsal Kunthi belum efisien, karena titik keempat indikator (BOR, LOS, TOI dan BTO) berada diluar daerah efisiensi. Sesuai teori penggunaan tempat tidur dikatakan efisien jika ke empat indikator berada di dalam daerah efisiensi (Sudra, 2017).

6. Bangsal ICU



Gambar 7. Grafik *Barber Johnson* Bangsal ICU

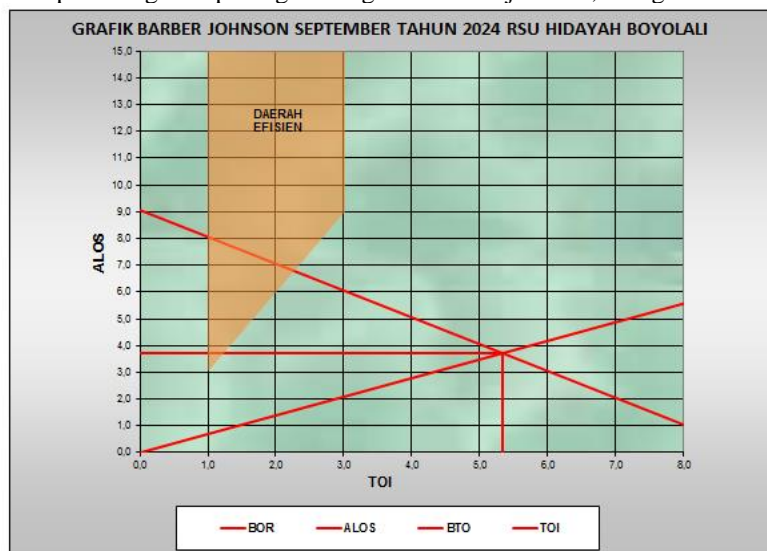
Bangsal ICU belum efisien, karena titik keempat indikator (BOR, LOS, TOI dan BTO) berada diluar daerah efisiensi. Sesuai teori penggunaan tempat tidur dikatakan efisien jika ke empat indikator berada di dalam daerah efisiensi (Sudra, 2017).

Hasil perhitungan satu rumah sakit bulan September 2024 di Rumah Sakit Umum Hidayah Boyolali, sebagai berikut :

Tabel 3. Hasil Perhitungan Indikator Rawat Inap Bulan September 2024

No	Indikator Rawat Inap	Hasil Perhitungan Peneliti	Hasil Perhitungan RS	Standar Ideal	Keterangan
1	<i>Bed Occupancy Ratio</i> (BOR)	41 %	52 %	Barber Johnson: 75-85% Depkes RI: 60-85%	Belum ideal menurut Depkes RI dan Barber Johnson
2	<i>Length of Stay</i> (LOS)	4 hari	4 hari	Barber Johnson: 3-12 hari Depkes RI: 6-9 hari	Sudah ideal menurut Barber Johnson dan belum ideal menurut Depkes RI
3	<i>Turn Over Interval</i> (TOI)	5 hari	3 hari	Barber Johnson: 1-3 hari Depkes RI: 1-3 hari	Belum ideal menurut Depkes RI dan Barber Johnson
4	<i>Bed Turn Over</i> (BTO)	3 kali/ bulan	4 kali /bulan	Barber Johnson: minimal 30 kali/tahun Depkes RI: 40-50 kali/tahun	-
5	<i>Net Death Rate</i> (NDR)	2,56 permil	21%	Depkes RI: ≤ 25 per 1000	Sudah ideal menurut Depkes RI
6	<i>Gross Death Rate</i> (GDR)	2,56 permil	21%	Depkes RI: ≤ 45 per 1000	Sudah ideal menurut Depkes RI

Hasil perhitungan indikator rawat inap di Rumah Sakit Umum Hidayah Boyolali terdapat perbedaan hasil dengan laporan rumah sakit yang disebabkan karena data SHRI belum valid dan akurat. *Input* data yang tidak lengkap menyebabkan proses perhitungan indikator rawat inap tidak valid, sehingga *output* yang dimanfaatkan oleh manajemen rumah sakit untuk evaluasi laporan penggunaan tempat tidur belum tepat dalam pengambilan keputusan kemajuan kualitas pelayanan dan sarana prasarana rumah sakit. Laporan rumah sakit perlu di evaluasi agar laporan rumah sakit lebih akurat, yang dapat dimanfaatkan manajemen untuk meningkatkan mutu rumah sakit. Sehingga dapat mempengaruhi laporan rumah sakit. Berdasarkan data hasil perhitungan dapat digambar grafik barber johnson, sebagai berikut:



Gambar 8. Grafik Barber Johnson Rumah Sakit Bulan September 2024

Hasilnya belum efisien, karena titik keempat indikator (BOR, LOS, TOI dan BTO) berada diluar daerah efisiensi. Sesuai teori penggunaan tempat tidur dikatakan efisien jika ke empat indikator berada di dalam daerah efisiensi (Sudra, 2017). Penelitian ini memiliki *state of the art* dalam bidang ilmu kesehatan yang berupa pemanfaatan data sensus harian rawat inap untuk evaluasi pelaporan indikator rawat inap. Hal ini akan bermanfaat bagi pelaporan dan manajemen rumah sakit. Mengingat sangat pentingnya pelaporan rumah sakit sebagai kunci dalam setiap pelayanan kesehatan, maka pemanfaatan data sensus harian rawat inap untuk pelaporan indikator rawat inap dapat digunakan sebagai bahan evaluasi penggunaan tempat tidur secara tepat dan akurat.

Faktor-Faktor Manajemen Pendukung Pelaksanaan SHRI

Faktor-faktor manajemen pendukung pelaksanaan SHRI, sebagai berikut :

1. *Man (Human Resource)*

SHRI dibuat oleh perawat bangsal lulusan D3, S1, Profesi Ners dan rekapitulasi SHRI dibuat oleh *analising reporting* lulusan D3 Rekam Medis dengan masa kerja 7 tahun. Sesuai dengan Depkes RI (2006) bahwa tugas pokok *analising reporting* salah satunya adalah mengumpulkan data kegiatan rumah sakit dari sensus harian yang dicatat oleh unit pelayanan pencatatan data kegiatan rumah sakit, sensus harian sebagai dasar penyusunan laporan kegiatan rumah sakit.

2. *Money (Financial)*

Tidak ada dana khusus untuk membayar petugas yang mengisi SHRI ataupun rekapitulasi karena masuk dalam pekerjaan pokok yang harus dikerjakan dan diselesaikan dengan teliti.

3. *Material (Logistik)*

Formulir SHRI di Rumah Sakit Umum Hidayah Boyolali menggunakan cetakan kertas yang akan dibagikan petugas rekam medis ke ruang perawatan (bangsal).

4. *Machine (Information)*

SHRI di RSUD Hidayah Boyolali masih diisi secara manual dan akan direkap data menggunakan *Microsoft excel*. Hal tersebut belum sesuai penelitian Garmelia dkk (2018) karena rumah sakit yang digunakan untuk penelitian sudah menggunakan SIMRS untuk membuat SHRI.

5. *Methods (Legitimate)*

Terdapat peraturan yang jelas pada SOP sensus harian rawat inap bahwa SHRI diisi dari 00.00-24.00. Tetapi belum ada SOP untuk cara mengisi SHRI yang menyebabkan masih banyak SHRI yang isinya belum valid, akurat dan tidak lengkap.

6. *Market (Participation)*

Data SHRI sangat dibutuhkan oleh *analising reporting* untuk membuat laporan indikator rawat inap dan dimanfaatkan oleh manajemen rumah sakit dalam melaksanakan evaluasi penggunaan tempat tidur rawat inap dan pengambilan keputusan untuk kemajuan rumah sakit.

KESIMPULAN

Alur dan prosedur SHRI dilaksanakan sesuai SOP yang ada di Rumah Sakit Umum Hidayah Boyolali. SOP No. 857/SPO/DIR.RSUHB/I/2024 tanggal 15 Januari 2024 tentang Sensus Harian Rawat Inap, tetapi belum ada SOP pengisian SHRI. Perbedaan hasil dengan laporan rumah sakit yang disebabkan karena data SHRI belum valid dan akurat. *Input* data yang tidak lengkap menyebabkan proses perhitungan indikator rawat inap tidak valid, sehingga *output* yang dimanfaatkan oleh manajemen rumah sakit untuk evaluasi laporan penggunaan tempat tidur belum tepat dalam pengambilan keputusan kemajuan kualitas pelayanan dan sarana prasarana rumah sakit. Laporan rumah sakit perlu di evaluasi agar laporan rumah sakit lebih akurat, yang dapat dimanfaatkan manajemen untuk meningkatkan mutu rumah sakit. Sehingga dapat mempengaruhi laporan rumah sakit. Faktor-faktor pelaksanaan pengisian SHRI, yaitu: 1) *Man (Human Resource)*, SHRI dibuat oleh perawat bangsal lulusan D3, S1, Profesi Ners dan rekapitulasi SHRI dibuat oleh *analising reporting* lulusan D3 Rekam Medis. 2) *Money (Financial)*, tidak ada dana khusus untuk membayar petugas yang mengisi SHRI ataupun rekapitulasi karena masuk dalam pekerjaan pokok yang harus dikerjakan dan diselesaikan dengan teliti. 3) *Material (Logistik)*, formulir SHRI menggunakan cetakan kertas yang akan dibagikan petugas rekam medis ke ruang perawatan (bangsal). 4) *Machine (Information)*, SHRI masih diisi secara manual dan akan direkap data menggunakan *Microsoft excel*. 5) *Methods (Legitimate)*, terdapat peraturan yang jelas pada SOP sensus harian rawat inap bahwa SHRI diisi dari pukul 00.00-24.00. Tetapi belum ada SOP untuk cara mengisi SHRI yang menyebabkan masih banyak SHRI yang isinya belum valid, akurat dan tidak lengkap. 6) *Market (Participation)*, Data SHRI sangat dibutuhkan oleh *analising reporting* untuk membuat laporan indikator rawat inap dan dimanfaatkan oleh manajemen rumah sakit dalam melaksanakan evaluasi penggunaan tempat tidur rawat inap dan pengambilan keputusan untuk kemajuan rumah sakit.

UCAPAN TERIMA KASIH

Karya ini didanai oleh Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Vokasi Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Republik Indonesia Tahun Anggaran 2024. Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Direktorat Jendral Pendidikan Vokasi, pihak RSU Hidayah Boyolali yang sudah memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian, LPPM Universitas Duta Bangsa Surakarta yang memberikan dukungan dalam penelitian dan penulisan artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI. (2006). *Pedoman penyelenggaraan dan prosedur rekam medis rumah sakit di indonesia*. Jakarta: Depkes RI.
- Dinigrat, F. C., & Sugiarti, I. (2015). Faktor-faktor keterlambatan pengembalian sensus harian rawat inap di RSUD Kab. Ciamis. *Jurnal Manajmen Informasi Kesehatan Indonesia Vol. 3 No. 2*, hal 43-50.
- Garmelia, E., Lestari, S., Sudiyono, & Dewi, C. (2018). Tinjauan pelaksanaan kegiatan sensus harian rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Vol. 1 No. 1*, hal 27-36.
- Hatta, G. (2010). *Pedoman manajemen informasi kesehatan di sarana pelayanan kesehatan edisi revisi*. Jakarta: UI Press.
- Hosizah, & Maryati, Y. (2018). *Sistem informasi kesehatan II statistik pelayanan kesehatan*. Jakarta: PPSDM Kemenkes RI.
- Kurniawan, A., Lestari, T., & Rohmadi. (2010). Analisis pemanfaatan data sensus harian rawat inap untuk pelaporan indikator pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Daerah Dr. Soeroto Ngawi. *Jurnal Kesehatan Vol. 4 No. 2*, hal 62-68.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Numberi, H. (2020). Tinjauan pemanfaatan data sensus harian rawat inap di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Kabupaten Ponorogo. *Jurnal Delima Harapan Vol. 7 No. 2*, hal 73-85.
- Permenkes RI. (2011). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1171/Menkes/Per/VI/2011. Sistem informasi rumah sakit*. Jakarta: Menteri Kesehatan RI.
- Permenkes RI. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 24 Rekam medis*. Jakarta: Menkes RI.
- Rahayuningsih, L.A.S, Rahmawati, E.N, & Fauziah, F.J.N. (2024). Prediksi *gross death rate* dan *net death rate* di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Sukoharjo tahun 2024-2028. *OVUM : Journal of Midwifery and Health Sciences*, Vol. 4 No. 2, hal 95-109.
- Respati, T., Djoerban, B., & Maryani, H. (2005). *Penerapan metode barber johnson untuk menilai efisiensi pelayanan rumah sakit di Indonesia*. Surabaya: Buletin Penelitian Sistem Kesehatan.
- Rustiyanto, E. (2010). *Statistik rumah sakit untuk pengambilan keputusan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Rustiyanto, E. (2021). *Sistem pelaporan rumah sakit*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Sudra, R. I. (2017). *Statistik rumah sakit*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sudra, R. I. (2020). *Rekam medis*. Tangerang Selatan: Universitas Terbuka.
- Sugiyono. (2016). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R & D*. Bandung: PT Alfabet.
- Tim Penyusun. (2024). *SPO No. Dokumen 857/SPO/DIR.RSUHB/1/2024*. Boyolali: RSU Hidayah Boyolali.
- Utami, Y. T., & Rahmawati, E. N. (2024). *Statistik di fasilitas pelayanan kesehatan*. Tulungagung: Tata Mutiara Hidup Indonesia.
- Yusuf, I., Lestari, T., & Harjanti. (2013). Tinjauan pelaksanaan sensus harian rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Arang Boyolali. *Jurnal Rekam Medis Vo. 7 No. 2*, hal 9-17.