LAPORAN PRAKTIK KERJA LAPANG
(MAGANG/PKL)

EVALUASI SISTEM INFORMASI MANAJEMEN RUMAH SAKIT BAGIAN OLAH DATA DAN PELAPORAN DENGAN METODE *EUCS* DI INSTALASI REKAM MEDIS RUMAH SAKIT PANTI RAPIH

Disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Program Studi D-IV Manajemen Informasi Kesehatan

Oleh :

Aditya Yesi Pradana

NIM. G41231185

PROGRAM STUDI MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN

JURUSAN KESEHATAN

POLITEKNIK NEGERI JEMBER

2026

LAPORAN PRAKTIK KERJA LAPANG
(MAGANG/PKL)

EVALUASI SISTEM INFORMASI MANAJEMEN RUMAH SAKIT BAGIAN OLAH DATA DAN PELAPORAN DENGAN METODE *EUCS* DI INSTALASI REKAM MEDIS RUMAH SAKIT PANTI RAPIH

Disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Program Studi D-IV Manajemen Informasi Kesehatan

Oleh :

Aditya Yesi Pradana
NIM. G41231185

PROGRAM STUDI MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN
JURUSAN KESEHATAN
POLITEKNIK NEGERI JEMBER
2026

KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS, DAN TEKNOLOGI

POLITEKNIK NEGERI JEMBER

EVALUASI SISTEM INFORMASI MANAJEMEN RUMAH SAKIT BAGIAN OLAH DATA DAN PELAPORAN DENGAN METODE *EUCS* DI INSTALASI REKAM MEDIK RUMAH SAKIT PANTI RAPIH

Telah diuji pada tanggal 07 bulan Oktober tahun 2026

Telah dinyatakan memenuhi syarat

Tim Penguji:

Ketua Penguji,

Sabran, S.KM., M.P.H
NIP. 199110202019031010

Sekretaris Penguji,

Dony Setiawan Hendyca Putra, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 198812172022031003

Anggota Penguji,

Christiana Renita Meilinda, S.Tr.RMIK
NIK. 201810005

Menyetujui,
Ketua Jurusan Kesehatan
Politeknik Negeri Jember

Ir. Rindiani, M.P
NIP. 196801201994032002

PRAKATA

Segala puji syukur penulis haturkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan keselamatan, rahmat dan nikmat-Nya yang begitu banyak sehingga Laporan Magang yang berjudul "Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Bagian Olah Data Dan Pelaporan Dengan Metode *EUCS* Di Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Panti Rapih" dapat terlaksana dengan baik. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan kelancaran dan kemudahan dalam pelaksanaan Praktik Kerja Lapang di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta.
2. Orang tua saya yang selalu mendoakan dan memberi dukungan dalam Praktik Kerja Lapang dan pembuatan laporan ini.
3. Sabran S.KM., M.P.H yang selalu membimbing dan memberi semangat.
4. Christiana Renita Meilinda S.Tr.RMIK selaku pembimbing lapang Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta yang selalu membimbing dan mengarahkan dalam pelaksanaan Praktik Kerja Lapang ini.
5. Dosen-dosen dari Politeknik Negeri Jember dan Ibu/Bapak praktisi rekam medis di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta.
6. Seluruh staf dan semua pihak Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta yang membantu memberikan data dan informasi yang dibutuhkan dalam Praktik Kerja Lapang ini,
7. Teman-teman seperjuangan Manajemen Informasi Kesehatan 2023.

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini,
Nama : Aditya Yesi Pradana
NIM : G41231185

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa segala pernyataan dalam laporan Praktik Kerja Lapang (PKL/MAGANG) saya yang berjudul "Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Bagian Olah Data Dan Pelaporan Dengan Metode *EUCS* Di Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Panti Rapih" merupakan gagasan dan hasil karya saya sendiri dengan arahan pembimbing dan belum pernah diajukan dalam bentuk apapun pada perguruan tinggi manapun.

Semua data dan informasi yang digunakan telah dinyatakan secara jelas dan dapat diperiksa kebenarannya. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam naskah dan dicantumkan dalam daftar pustaka di bagian akhir laporan Praktik Kerja Lapang ini.

Yogyakarta, 07 Oktober 2026



Aditya Yesi Pradana
NIM. G41231185

RINGKASAN

Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Bagian Olah Data dan Pelaporan dengan Metode EUCS di Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Panti Rapih. Aditya Yesi Pradana, NIM G41231185. Tahun 2026, Jurusan Kesehatan Politeknik Negeri Jember. Sabran, S.KM., M.P.H (Dosen Pembimbing) dan Christiana Renita Meilinda, S.Tr.RMIK (*Clinical Instructor*).

Rumah Sakit Panti Rapih merupakan salah satu rumah sakit yang berada di Kota Yogyakarta dan beralamat di Jalan Cik Ditiro Nomor 30, Yogyakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta. Rumah Sakit Panti Rapih merupakan salah satu rumah sakit rujukan di Yogyakarta yang dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan telah memanfaatkan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) untuk mendukung pengelolaan pelayanan dan informasi rumah sakit. Pada bagian olah data di Instalasi Rekam Medis, sistem pengolahan data berbasis web digunakan untuk membantu kegiatan pengkodean, pengolahan, dan pelaporan data rekam medis. Pengelolaan dan pengembangan SIMRS berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit diarahkan untuk meningkatkan kecepatan, akurasi, integrasi, serta kemudahan pelaporan dalam pelaksanaan operasional. Namun, berdasarkan hasil observasi, dalam penggunaan sistem pengolahan data berbasis web masih ditemukan beberapa permasalahan. Pada proses coding rawat inap, petugas masih perlu melakukan penginputan pada dua sistem karena beberapa kebutuhan pelaporan belum tersedia pada sistem berbasis web. Selain itu, sensus harian rawat inap masih dilakukan menggunakan Microsoft Excel, sistem belum terintegrasi dengan sistem pelaporan eksternal sehingga masih memerlukan input secara manual, dan beberapa format laporan masih memerlukan penyesuaian dengan kebutuhan pelaporan.

Kondisi tersebut menjadi dasar dilakukannya evaluasi terhadap kepuasan pengguna sistem pengolahan data berbasis *web*. Kegiatan ini bertujuan untuk mengevaluasi kepuasan pengguna berdasarkan lima *aspek End User Computing Satisfaction* (EUCS), yaitu *content, accuracy, format, ease of use, dan timeliness*.

Metode yang digunakan adalah *mix-methods* dengan pengumpulan data melalui observasi, wawancara tidak terstruktur, dokumentasi, dan kuesioner kepada 15 petugas pengguna sistem. Pengukuran kuesioner menggunakan skala Likert 1–4.

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa aspek *content* memperoleh persentase sebesar 57,08% dan termasuk kategori Cukup Puas. Sistem telah menyediakan informasi dan menu yang membantu kegiatan pengolahan data, tetapi masih terdapat beberapa kebutuhan informasi dan fitur pelaporan yang belum tersedia. Aspek *accuracy* memperoleh persentase sebesar 74,40% dan termasuk kategori Puas, dengan data yang ditampilkan secara umum telah sesuai dengan data yang diinput oleh petugas. Aspek *format* memperoleh persentase sebesar 74,40% dan termasuk kategori Puas, meskipun beberapa format laporan masih memerlukan penyesuaian secara manual. Aspek *ease of use* memperoleh persentase sebesar 77,08% dan termasuk kategori Puas, karena sistem cukup mudah dipelajari dan digunakan, meskipun panduan penggunaan masih belum tersusun secara terpadu. Aspek *timeliness* memperoleh persentase sebesar 72,78% dan termasuk kategori Puas, tetapi masih ditemukan proses loading yang cukup lama dengan rata-rata waktu respons sistem sekitar 10,35 detik.

Berdasarkan hasil tersebut, sistem pengolahan data berbasis *web* secara umum telah membantu petugas dalam kegiatan pengolahan data, tetapi masih perlu dikembangkan agar lebih sesuai dengan kebutuhan pengguna, terutama dalam melengkapi kebutuhan informasi dan fitur pelaporan, meningkatkan integrasi pelaporan, menyesuaikan format laporan, memperbaiki panduan penggunaan, serta meningkatkan waktu respons sistem.

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL i
HALAMAN JUDUL ii
HALAMAN PENGESAHAN iii
PRAKATA iv
SURAT PERNYATAAN v
RINGKASAN vi
DAFTAR ISI viii
DAFTAR TABEL xii
DAFTAR GAMBAR xiv
DAFTAR LAMPIRAN xvi
BAB 1. PENDAHULUAN 1
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Tujuan dan Manfaat 4
1.2.1 Tujuan Umum Magang 4
1.2.2 Manfaat Magang 5
1.3 Lokasi dan Waktu Magang 5
1.3.1 Lokasi Magang 5
1.3.2 Tujuan Khusus Magang 5
1.3.3 Waktu Magang 6
1.4 Metode Pelaksanaan 6
1.4.1 Metode 6
1.4.2 Sumber Data 7
1.4.3 Teknik Pengumpulan Data 8
1.4.4 Analisa Data 9
BAB 2. KEADAAN UMUM RUMAH SAKIT 12
2.1 Sejarah Rumah Sakit 12
2.1.1 Sejarah Rumah Sakit 12
2.1.2 Visi Misi dan Motto Rumah Sakit 13
2.1.3 Falsafah Rumah Sakit 13

2.1.4 Nilai Inti Organisasi Rumah Sakit Panti Rapih 14
2.2 Struktur Organisasi Rumah Sakit 15
2.2.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Panti Rapih 15
2.2.2 Struktur Organisasi Instalasi Rekam Medis 20
2.3 Kondisi Lingkungan Rumah Sakit 23
2.3.1 Lokasi RS Panti Rapih 23
2.3.2 Kondisi Demografi Daerah Istimewa Yogyakarta 24
2.3.3 Kondisi Geografis 25
BAB 3. KEGIATAN UMUM LOKASI MAGANG/PKL 26
3.1 Mengidentifikasi pelaksanaan kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan berdasarkan aspek manajemen pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan di Rumah Sakit Panti Rapih 26
3.1.1 Mengidentifikasi registrasi semua kunjungan pasien di bagian RJ dan RI baik secara SIMRS / manual 26
3.1.2 Mengidentifikasi alur prosedur baik manual dan/atau elektronik penerimaan pasien yang berobat ke RS. 30
3.1.3 Mengidentifikasi variabel dan melaksanakan cara pengisian indeks baik manual dan/atau elektronik. 38
3.1.4 Menganalisis kelengkapan dan keakuratan (kuantitatif dan kualitatif) isi rekam medis manual dan/atau elektronik. 40
3.1.5 Melaksanakan penyimpanan, pengambilan kembali dan penjajaran dokumen Rekam Medis. 42
3.1.6 Mengetahui dan memahami cara retensi dan pemusnahan rekam medis di Rumah Sakit, meliputi pemilahan, penyimpanan rekam medis inaktif, penilaian dan pemusnahan rekam medis baik manual dan/atau elektronik. 43
3.1.7 Mampu mendesain formulir baik manual atau elektronik 43
3.1.8 Menghitung jumlah kebutuhan PMIK di Rekam Medis dengan menggunakan metode ABK Kes 49
3.1.9 Melaksanakan kegiatan menjaga mutu rekam medis. 54
3.1.10 Melaksanakan tugas peran PMIK dalam mengelola bagian kerja yang berhubungan dengan perencanaan, pengorganisasian, penataan dan pengontrolan bagian kerja RMIK di fasilitas pelayanan Kesehatan. 57
3.2 Mengidentifikasi pelaksanaan kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan berdasarkan aspek statistik kesehatan, epidemiologi dasar, dan biomedik di RS Panti Rapih tahun 2026 76

3.2.1 Hasil Perhitungan dan Analisis Indikator Kinerja pelayanan kesehatan secara manual (NDR, GDR, dsb) 76
3.2.2 Hasil rekapitulasi Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) dan Sensus Harian Rawat Jalan (SHRJ) baik manual atau elektronik. 79
3.2.3 Hasil Pengolahan dan penyajian data pemanfaatan tempat tidur secara manual dan/atau elektronik (BOR, LOS, TOI, BTO) serta interpretasinya dalam Grafik Barber Johnson. 85
3.2.4 Hasil rekapitulasi data morbiditas rawat jalan dari SIMRS. 88
3.2.5 Hasil perhitungan dan penyajian data 10 besar mordibitas rawat jalan secara manual dan/atau elektronik 90
3.2.6 Hasil Rekapitulasi Sensus Harian Data Morbiditas Rawat Inap (SHRI) Baik Manual dan/atau Elektronik. 91
3.2.7 Melakukan perhitungan dan penyajian data 10 besar morbiditas rawat inap secara manual dan/atau elektronik..... 94
3.2.8 Hasil Rekapitulasi Pengunjung dan Kunjungan di Rumah Sakit. 96
3.2.9 Hasil Rekapitulasi Pelayanan Kebidanan Rawat Inap 98
3.2.10 Hasil Rekapitulasi Pelayanan Neonatal Bayi dan Balita Rawat Inap ... 100
3.2.11 Hasil Perhitungan dan Penyajian data 10 besar Kematin Rawat Inap .. 101
3.3 Mengidentifikasi pelaksanaan kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan berdasarkan aspek klasifikasi dan kodefikasi penyakit, masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis di RS Panti Rapih tahun 2026 103
3.3.1 Melakukan klasifikasi dan kodefikasi penyakit, masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis dengan tepat menggunakan ICD-10 dan ICD-9 CM secara elektronik dan atau manual pada rekam medis rawat inap, rawat jalan atau instalasi gawat darurat. 103
3.3.2 Melakukan audit koding klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit dan masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis dengan tepat..... 108
3.3.3 Membuat Abstraksi rekam medis di rawat inap. 165
3.3.4 Melakukan Penentuan SCTID pada EMR pada rekam medis rawat inap, rawat jalan atau instalasi gawat darurat..... 168
3.3.5 Melakukan Audit SCTID pada EMR pada rekam medis rawat inap, rawat jalan atau instalasi gawat darurat..... 169
3.3.6 Menginputkan data klaim rekam medis rawat inap, rawat jalan, atau instalasi gawat darurat ke dalam aplikasi 169
3.3.7 Menganalisis dan Menyajikan Data Statistik Prosedur Klinis. 174

3.3.8 Menentukan Underlying Cause Of Death (UCOD) 176
3.4 Mengidentifikasi pelaksanaan kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan berdasarkan aspek manajemen data dan informasi kesehatan di RS Panti Rapih tahun 2026 177
3.4.1 Mengidentifikasi standar data kesehatan (elemen data, dataset, database, dan struktur data kesehatan) dan/ atau sistem mitigasi keamanan data (hak akses) 177
3.4.2 Mengidentifikasi troubleshooting yang terjadi pada SIM-RS..... 186
3.4.3 Mengidentifikasi standar kebutuhan SIMRS sesuai regulasi yang berlaku 187
3.4.4 Menggambarkan topologi jaringan komputer yang terdapat pada bagian pelayanan rumah sakit 188
BAB 4. KEGIATAN KHUSUS MAGANG 190
4.1 Menganalisis kepuasan pengguna terhadap sistem olah data berbasis web pada bagian olah data berdasarkan aspek *content* di Instalasi Rekam Medis RS Panti Rapih. 190
4.2 Menganalisis kepuasan pengguna terhadap sistem pengolahan data berbasis web pada bagian olah data berdasarkan aspek *accuracy* di Instalasi Rekam Medis RS Panti Rapih. 194
4.3 Menganalisis kepuasan pengguna terhadap sistem pengolahan data berbasis web pada bagian olah data berdasarkan aspek *format* di Instalasi Rekam Medis RS Panti Rapih. 196
4.4 Menganalisis kepuasan pengguna terhadap sistem pengolahan data berbasis web pada bagian olah data berdasarkan aspek *ease of use* di Instalasi Rekam Medis RS Panti Rapih. 201
4.5 Menganalisis kepuasan pengguna terhadap sistem pengolahan data berbasis web pada bagian olah data berdasarkan aspek *timeliness* di Instalasi Rekam Medis RS Panti Rapih. 204
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN 207
5.1 Kesimpulan 207
5.2 Saran 208
DAFTAR PUSTAKA..... 210
LAMPIRAN..... 213

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Kriteria Penilaian Kuesioner 10
Tabel 1. 2 Interval Nilai Kriteria Kepuasan 11
Tabel 3. 1 Jenis-jenis Formulir Rekam Medis 43
Tabel 3. 2 Waktu Kerja Tersedia (WKT)..... 49
Tabel 3. 3 Komponen Beban Kerja dan Norma Waktu di Bagian Assembling ... 50
Tabel 3. 4 Standar Beban Kerja (SBK) 51
Tabel 3. 5 Standar Tugas Penunjang (STP)..... 53
Tabel 3. 6 Kebutuhan SDMIK RMIK Bagian Assembling..... 53
Tabel 3. 7 SDM di Bagian Kerja Rekam Medis..... 57
Tabel 3. 8 Syarat dan Kualifikasi Petugas di Instalasi Rekam Medis 59
Tabel 3. 9 Distribusi Ketenagaan di Instalasi Rekam Medis 65
Tabel 3. 10 Pengaturan Shift Petugas Instalasi Rekam Medis 66
Tabel 3. 11 Hasil Perhitungan Indikator Statistik RSPR..... 86
Tabel 3. 12 Data 10 Besar Morbiditas Rawat Jalan 90
Tabel 3. 13 Data 10 Besar Morbiditas Rawat Inap 95
Tabel 3. 14 Perhitungan dan Penyajian data 10 besar Kematin Rawat Inap..... 101
Tabel 3. 15 Hasil Kodefikasi ICD-10 & ICD-9 Kasus Rawat Jalan 105
Tabel 3. 16 Hasil Kegiatan Audit Koding 164
Tabel 3. 17 Hasil Abtraksi Rekam Medis..... 165
Tabel 3. 18 Identifikasi Variabel Meta Data..... 177
Tabel 3. 19 Pembagian Hak Akses SIMRS RS Panti Rapih 183
Tabel 3. 20 Role User SIMRS RS Panti Rapih 185
Tabel 3. 21 Troubleshooting SIMRS'..... 186
Tabel 3. 22 Identifikasi Standar Kebutuhan SIMRS 187
Tabel 4.1 Jawaban Kuesioner Aspek Content (Isi) 190
Tabel 4.2 Hasil Perhitungan Skor Aspek Content (Isi) 190
Tabel 4.3 Jawaban Kuesioner Aspek Accuracy (Akurasi) 194
Tabel 4.4 Hasil Perhitungan Skor Aspek Accuracy (Akurasi) 194

Tabel 4.5 Jawaban Kuesioner Aspek Format (Tampilan) 196
Tabel 4.6 Hasil Perhitungan Skor Aspek Format (Tampilan) 196
Tabel 4.7 Jawaban Kuesioner Aspek Ease of Use (Kemudahan Pengguna)..... 201
Tabel 4.8 Hasil Perhitungan Skor Aspek Ease of Use (Kemudahan Pengguna). 201
Tabel 4.9 Jawaban Kuesioner Aspek Timeliness (Ketepatan Waktu) 204
Tabel 4.10 Hasil Perhitungan Skor Aspek Timeliness (Ketepatan Waktu)..... 204
Tabel 4.11 Rata-rata Waktu Loading Sistem Web Olah Data 206

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Struktur Organisasi RS Panti Rapih 16
Gambar 2. 2 Struktur Organisasi Instalasi Rekam Medis 20
Gambar 2. 3 Peta Wilayah Yogyakarta..... 23
Gambar 2. 4 Peta Satelit Google Maps RS Panti Rapih 24
Gambar 3. 1 Indeks Pasien Rawat Jalan 28
Gambar 3. 2 Tampilan Fitur Analisa Kuantitaf..... 40
Gambar 3. 3 Hasil Tarikan Data dari Sistem..... 41
Gambar 3. 4 HasiL Rekapitulasi Analisa Kuantitatif..... 41
Gambar 3. 5 Desain Formulir Elektronik Persetujuan Tindakan 49
Gambar 3. 6 Struktur Organisasi Instalasi Rekam Medis 58
Gambar 3. 7 Hasil Perhitungan Gross Death Rate (GDR)..... 76
Gambar 3. 8 Hasil Perhitungan Net Death Rate (NDR) 77
Gambar 3. 9 Hasil Perhitungan Perinatal Mortality Rate (PMR) 78
Gambar 3. 10Hasil Perhitungan Neonatal Mortality Rate (NMR) 78
Gambar 3. 11 Hasil Perhitungan Case Fatality Rate (CFR)..... 79
Gambar 3. 12 Format Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) RS Panti Rapih..... 82
Gambar 3. 13 Rekapitulasi Sensus Harian Rawat Inap..... 84
Gambar 3. 14 Rumus Perhitungan Bed Occupancy Rate (BOR) 85
Gambar 3. 15 Rumus Perhitungan Bed Turn Over (BTO)..... 85
Gambar 3. 16 Rumus Perhitungan Turn Over Interval 85
Gambar 3. 17 Rumus Perhitungan Average Length of Stay 86
Gambar 3. 18 Grafik Barber Johnson 87
Gambar 3. 19 Gambar Rekapitulasi Morbiditas Rawat Jalan 89
Gambar 3. 20 Data Rekapitulasi Sensus Harian Rawat Inap 93
Gambar 3. 21 Hasil Rekapitulasi Pengunjung dan Kunjungan..... 97
Gambar 3. 22 Rekapitulasi Pelayanan Kebidanan Rawat Inap..... 99
Gambar 3. 23Rekapitulasi Pelayanan Neonatal Bayi dan Balita Rawat Inap..... 101
Gambar 3. 24 Alur Klaim Rawat Inap RSPR..... 169
Gambar 3. 25 Alur Klaim Rawat Jalan RSPR..... 170

Gambar 3. 26 Tahapan Klaim INA-CBG 171
Gambar 3. 27 Rekapitulasi Kegiatan Pembedahan RSPR 175
Gambar 3. 28 Rekapitulasi Kegiatan Non-Bedah RSPR 176
Gambar 3. 29 Struktur ERD SIMRS RS Panti Rapih 180
Gambar 3. 30 Topologi Jaringan RS Panti Rapih 189
Gambar 4.1 Tampilan Menu Indeks Diagnosa Sistem Web Olah Data 191
Gambar 4.2 Tampilan Halaman Koding pada Sistem Lama 193
Gambar 4.3 Tampilan Halaman Koding pada Sistem Web Olah Data Baru 193
Gambar 4.4 Tampilan Daftar Pasien yang Sudah Terkoding dan Belum Terkoding 198
Gambar 4.5 Tampilan Halaman Koding Pasien Umum 198
Gambar 4.6 Tampilan Halaman Koding Pasien BPJS 199
Gambar 4.7 Format Pelaporan Kasus ISPA dari Kemenkes 199
Gambar 4.8 Tampilan Format Pelaporan Pasien Perspesialis dari Sistem Web .. 200
Gambar 4.9 Format Laporan Bulanan RSPR Jumlah Pengunjung Perspesialis . 200
Gambar 4.10 Kumpulan Soft file Panduan Penggunaan Sistem Web Olah Data 203
Gambar 4.11 Isi File Panduan Penggunaan Sistem Web Olah Data 203

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Mendaftarkan Pasien Rawat Jalan 213
Lampiran 2 Membantu Pasien Menggunakan APM 213
Lampiran 3 Koding Klaim Pasien Fisioterapi (IPP) 213
Lampiran 4 Cek Kelengkapan Data Keluarga Pegawai (Unit SDM) 213
Lampiran 5 Membuat Surat Balasan Rujukan (SKM) 214
Lampiran 6 Merakit Rekam Medis (Assembling) 214
Lampiran 7 Pendaftaran Online Rawat Jalan (Operator) 214
Lampiran 8 Koding Statistik Rawat Jalan 214
Lampiran 9 Pengarsipan Rekam Medis 215
Lampiran 10 Audit Skrining Pasien Rawat Inap (Komite Keperawatan) 215
Lampiran 11 Wawancara dengan PJ Bagian Olah Data (Informan 1) 215
Lampiran 12 Wawancara dengan Petugas Olah Data (Informan 2) 215
Lampiran 13 Jadwal Shift PKL/Magang 217
Lampiran 14 Denah/Peta Lokasi Magang/PKL 217
Lampiran 15 Pertanyaan Untuk Kuesioner 219
Lampiran 16 Daftar Jawaban Kuesioner Responden 219

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fasilitas Pelayanan Kesehatan merupakan suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada perseorangan ataupun masyarakat melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Pelayanan kesehatan merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Rumah sakit merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara paripurna melalui pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UU Republik Indonesia, 2023). Selain memberikan pelayanan kesehatan, rumah sakit juga memiliki fungsi sebagai pusat rujukan, pendidikan, penelitian, dan pengembangan teknologi Kesehatan (Permenkes RI, 2026). Dalam mendukung berbagai pelayanan tersebut, rumah sakit memerlukan pengelolaan informasi yang efektif dan terintegrasi melalui pemanfaatan teknologi informasi.

Salah satu bentuk pemanfaatan teknologi informasi di rumah sakit adalah melalui Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS). SIMRS adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat (Permenkes, 2013). Setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), baik dengan menggunakan aplikasi *open source* yang disediakan oleh Kementerian Kesehatan maupun aplikasi yang dikembangkan oleh rumah sakit. Berdasarkan Pasal 4 ayat (2) huruf a pada PMK Nomor 82 Tahun 2013, pengelolaan dan pengembangan SIMRS diarahkan untuk meningkatkan kecepatan, akurasi, integrasi, serta kemudahan pelaporan dalam pelaksanaan operasional. Ketentuan tersebut menunjukkan bahwa SIMRS tidak hanya berfungsi sebagai media pengolahan informasi, tetapi juga diharapkan dapat mendukung proses kerja dan pelaporan secara efektif. Penerapan sistem informasi di rumah sakit diharapkan dapat mendukung pelaksanaan pelayanan agar lebih cepat, mudah, akurat, terpadu, aman, dan efisien, sekaligus menyediakan informasi

yang dapat digunakan sebagai dasar dalam pengambilan keputusan dan penilaian kinerja rumah sakit (Susilo & Mustofa, 2020).

Rumah Sakit Panti Rapih merupakan rumah sakit tipe B yang telah terakreditasi tingkat paripurna dan menjadi salah satu rumah sakit rujukan di Yogyakarta. Dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan, Rumah Sakit Panti Rapih telah mengimplementasikan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Panti Rapih untuk pengelolaan pelayanan dan informasi rumah sakit. Penerapan SIMRS dilakukan secara bertahap sejak tahun 2010 dan terus dikembangkan sesuai dengan kebutuhan pelayanan. Pengembangan SIMRS tersebut mencakup berbagai bagian pelayanan, antara lain Bagian Rawat Jalan, Bagian Rawat Inap, Bagian Gawat Darurat (IGD), Farmasi, Laboratorium, Radiologi, SDM dan Keuangan.

Implementasi SIMRS ini juga dilakukan pada Instalasi Rekam Medis untuk mendukung kegiatan pengelolaan rekam medis. Salah satunya yaitu sistem olah data berbasis *web* yang telah diimplementasikan selama 1 tahun. Hal tersebut juga sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis yang mewajibkan setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyelenggarakan Rekam Medis Elektronik. Rekam medis merupakan dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes RI Nomor 24 Tahun 2022). Penggunaan SIMRS pada Instalasi Rekam Medis digunakan untuk membantu proses pengelolaan rekam medis, mulai dari pencatatan, pengolahan, hingga penyajian informasi yang dibutuhkan untuk menunjang pelayanan dan kebutuhan manajemen rumah sakit. Salah satu kegiatan dalam pengelolaan informasi tersebut adalah pengolahan data yang dilakukan pada bagian olah data.

Bagian olah data memiliki tugas dalam mengelola informasi yang berasal dari kegiatan pelayanan untuk menghasilkan informasi yang dapat digunakan sesuai kebutuhan rumah sakit. Kegiatan yang dilakukan pada subbagian pengolahan data meliputi pengkodean diagnosis dan tindakan pasien rawat jalan dan rawat inap, pengindeksan penyakit dan tindakan, pengolahan data 10 besar penyakit dan tindakan, serta pengolahan dan pelaporan data rekam medis yang meliputi sensus

harian rawat inap, indikator pelayanan rumah sakit (BOR, LOS, TOI, BTO, NDR, dan GDR), serta laporan eksternal rumah sakit. Dalam mendukung kegiatan tersebut diperlukan sistem yang dapat membantu proses pengolahan dan penyajian informasi yang efektif dan efisien.

Namun, dalam pelaksanaan kegiatan pengolahan data di RS Panti Rapih, sistem yang digunakan belum sepenuhnya terintegrasi. Kegiatan pengolahan data masih menggunakan sistem lama dan sistem pengolahan data berbasis web sebagai sistem baru dengan fungsi yang berbeda. Pada sistem baru, pengkodean diagnosis pasien rawat jalan dapat dilakukan secara langsung, sedangkan pengkodean diagnosis pasien rawat inap masih dilakukan pada kedua sistem. Hal ini karena beberapa fitur pelaporan pasien rawat inap belum tersedia pada sistem baru misalnya laporan kunjuangan poli, sensus senam hamil dan yoga ibu hamil, serta laporan pelayanan imunisasi sehingga data yang dibutuhkan untuk pelaporan tertentu masih tersimpan pada sistem lama. Oleh karena itu, petugas perlu melakukan pengkodean pada kedua sistem agar data yang dibutuhkan tersedia dalam basis data dan dapat digunakan untuk penarikan laporan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa sistem baru belum sepenuhnya memenuhi kebutuhan pengolahan dan pelaporan data pasien rawat inap dari segi menu pelaporannya.

Berdasarkan hasil observasi, ditemukan beberapa kendala dalam penggunaan sistem olah data berbasis *web*. Waktu respons sistem dalam menampilkan halaman dan melakukan penarikan data relatif lama, terutama pada jam sibuk, dengan hasil pengukuran awal rata-rata sekitar 10 detik dan pada kondisi tertentu mencapai 30 detik. Selain itu, sistem belum menyediakan fitur pengolahan sensus harian rawat inap sehingga kegiatan tersebut masih dilakukan secara manual menggunakan *Microsoft Excel*. Beberapa format laporan yang dibutuhkan juga belum tersedia secara langsung dalam sistem, sehingga petugas masih perlu melakukan pengolahan data secara manual. Sebagai contoh, dalam penyusunan laporan ISPA, petugas perlu memilah data mentah yang telah ditarik dari sistem sebelum menghasilkan laporan yang dibutuhkan. Selain itu, sistem belum terintegrasi dengan sistem pelaporan RS Online, sehingga laporan seperti RL 5.1 masih memerlukan proses input secara manual.

Berbagai kondisi tersebut dapat berdampak pada efektivitas kerja petugas dalam melaksanakan pengolahan dan pelaporan data, karena petugas memerlukan waktu dan tahapan tambahan untuk memperoleh, mengolah, serta mengakses informasi yang dibutuhkan melalui sistem. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi terhadap sistem olah data berbasis web untuk mengetahui tingkat kepuasan pengguna dalam menggunakan sistem serta sejauh mana sistem telah memenuhi kebutuhan pengguna dalam mendukung kegiatan pengolahan data. Evaluasi diperlukan untuk menilai apakah penerapan sistem telah berjalan sesuai dengan kebutuhan pengguna serta mengidentifikasi aspek yang masih memerlukan perbaikan (Nurdiyansyah et al., 2021).

Salah satu metode yang dapat digunakan untuk melakukan evaluasi sistem adalah metode EUCS *End* (*User Computing Satisfaction*). Metode EUCS (*End User Computing Satisfaction*) merupakan metode untuk mengukur tingkat kepuasan pengguna suatu sistem berdasarkan lima aspek, yaitu *content* (isi), *accuracy* (keakuratan), *format* (bentuk atau tampilan), *ease of use* (kemudahan penggunaan), dan *timeliness* (ketepatan waktu) (Hardani et al., 2024). Metode ini digunakan untuk mengukur kepuasan pengguna sistem suatu aplikasi dengan membandingkan harapan dan kenyataan dari sistem informasi (Sofyan et al., 2024). Berdasarkan permasalahan yang telah diuraikan di atas, peneliti tertarik untuk menyusun laporan magang dengan judul "Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Bagian Olah Data Dengan Metode *EUCS* di Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Panti Rapih**".** Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi RS Panti Rapih dalam mengetahui kondisi sistem yang masih perlu diperbaiki dan dikembangkan sehingga sistem dapat lebih sesuai dengan kebutuhan pengguna serta mendukung kegiatan pengolahan dan pelaporan data di Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Panti Rapih.

1.2 Tujuan dan Manfaat

1.2.1 Tujuan Umum Magang

Mengevaluasi penggunaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Panti Rapih berbasis *web* pada bagian olah data di Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Panti Rapih menggunakan metode *EUCS*.

1.2.2 **Manfaat Magang**

a. Manfaat Bagi Rumah Sakit Panti Rapih

   Hasil kegiatan ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi dan masukan bagi Rumah Sakit Panti Rapih dalam meningkatkan penggunaan dan pengembangan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Panti Rapih, khususnya pada bagian olah data di Instalasi Rekam Medis.

b. Manfaat Bagi Politeknik Negeri Jember

   Hasil kegiatan ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi dan mengenai evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit menggunakan metode EUCS, khususnya dalam pengelolaan data rekam medis.

c. Manfaat Bagi Mahasiswa

   Menambah pengetahuan dan pemahaman penulis dalam melakukan evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), khususnya pada bagian olah data di Instalasi Rekam Medis, serta memahami penerapan metode evaluasi sistem informasi manajemen rumah sakit.

1.3 Lokasi dan Waktu Magang

1.3.1 **Lokasi Magang**

Kegiatan praktek kerja lapang dilaksanakan di Rumah Sakit Panti Rapih yang terletak di Jalan Cik Ditiro 33A, Yogyakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta.

1.3.2 **Tujuan Khusus Magang**

a. Menganalisis kepuasan pengguna terhadap sistem olah data berbasis web pada bagian olah data berdasarkan aspek *content* di Instalasi Rekam Medis RS Panti Rapih.

b. Menganalisis kepuasan pengguna terhadap sistem pengolahan data berbasis web pada bagian olah data berdasarkan aspek *accuracy* di Instalasi Rekam Medis RS Panti Rapih.

c. Menganalisis kepuasan pengguna terhadap sistem pengolahan data berbasis web pada bagian olah data berdasarkan aspek *format* di Instalasi Rekam Medis RS Panti Rapih.

d. Menganalisis kepuasan pengguna terhadap sistem pengolahan data berbasis web pada bagian olah data berdasarkan aspek *ease of use* di Instalasi Rekam Medis RS Panti Rapih.
e. Menganalisis kepuasan pengguna terhadap sistem pengolahan data berbasis web pada bagian olah data berdasarkan aspek *timeliness* di Instalasi Rekam Medis RS Panti Rapih.

1.3.3 Waktu Magang

Pelaksanaan magang di Rumah Sakit Panti Rapih mulai dari tanggal 03 Agustus - 24 Oktober 2026 yang berlangsung selama 12 minggu. Waktu kerja mengikuti jam kerja pegawai Rumah Sakit Panti rapih yaitu;

a. Instalasi Rekam Medis
   Hari Senin – Sabtu : pukul 06.55 – 14.00
b. Instalasi Diklat
   Hari Senin – Jumat : pukul 07.30 – 16.00
c. Instalasi Sumber Daya Manusia (SDM)
   Hari Senin – Jumat : pukul 07.30 – 16.00
d. Instalasi Komite Keperawatan
   Hari Senin – Jumat : pukul 07.30 – 15.30
e. Instalasi Penjaminan Pembiayaan
   Hari Senin – Sabtu : pukul 07.00 – 14.00

1.4 Metode Pelaksanaan

1.4.1 Metode

Jenis penelitian yang digunakan dalam penyusunan laporan evaluasi sistem olah data berbasis *web* di RS Panti Rapih adalah penelitian *mixed-method*. Penelitian kombinasi (*mixed-methods*) merupakan metode penelitian yang menggabungkan pendekatan kualitatif dan kuantitatif dalam satu penelitian. Penggabungan kedua pendekatan ini bertujuan untuk memperoleh data yang lebih lengkap, melalui wawancara terbuka untuk mendapatkan informasi secara mendalam serta angket atau kuesioner untuk mengumpulkan data yang dapat dianalisis secara kuantitatif (Faisal Hakim Nasution et al., 2024).

Metode evaluasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode *End User Computing Satisfaction* (EUCS). Model evaluasi EUCS, dikembangkan oleh Doll & Torkzadeh untuk mengukur tingkat kepuasan pengguna sistem informasi. Untuk mengukur kualitas suatu sistem yang berjalan, organisasi harus mengetahui bagaimana kepuasan pengguna sebagai umpan balik dalam rangka mengembangkan suatu sistem informasi. Metode EUCS adalah metode untuk mengukur tingkat kepuasan dari pengguna suatu sistem aplikasi dengan membandingkan antara harapan dan kenyataan dari sebuah sistem informasi (Nabila & Rusdi, 2025). Evaluasi dengan menggunakan model ini lebih menekankan kepada kepuasan (satisfaction) pengguna akhir terhadap teknologi berdasarkan aspek isi (*content*), keakuratan (*accuracy*), tampilan (*format*), ketepatan waktu (*timeliness*), dan kemudahan penggunaan sistem (*ease of use*) (Alfiansyah et al., 2020).

1.4.2 **Sumber Data**

a. Data Primer

   Sumber data primer merupakan data yang diperoleh secara langsung oleh peneliti dari pihak pertama yang mengetahui atau mengalami secara langsung fenomena yang sedang diteliti (Haifa et al., 2025). Data primer diperoleh dari responden atau informan yang terlibat dalam penelitian melalui beberapa metode pengumpulan data, seperti observasi, wawancara, dan penyebaran kuesioner.

b. Data Sekunder

   Data sekunder merupakan data yang diperoleh peneliti dari sumber yang telah tersedia sebelumnya dan tidak dikumpulkan secara langsung oleh peneliti. Data ini dapat digunakan sebagai data pendukung dalam penelitian untuk melengkapi informasi yang diperoleh dari data primer (Haifa et al., 2025). Sumber data sekunder dapat berupa dokumen, buku, jurnal ilmiah, artikel, laporan, arsip, maupun data resmi yang diterbitkan oleh instansi atau lembaga terkait (Undari & Mohamad, 2024).

1.4.3 **Teknik Pengumpulan Data**

a. Wawancara

Wawancara merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui tatap muka dan tanya jawab langsung antara pengumpul data terhadap narasumber/sumber data atau informan (Trivaika & Senubekti, 2022). Teknik ini dilaksanakan melalui dialog intensif dan interaktif antara peneliti sebagai pewawancara dan informan atau partisipan sebagai narasumber, dengan tujuan menggali secara mendalam pengalaman hidup (lived experience), pandangan subjektif, interpretasi makna, dan narasi personal yang dimiliki subjek penelitian (Rozikin et al., 2026). Pada penelitian ini, wawancara dilakukan dengan petugas rekam medis yang menggunakan sistem olah data berbasis web. Teknik wawancara digunakan pada seluruh variabel beserta sub variabel yang terdapat dalam metode EUCS.

b. Observasi

Observasi adalah kegiatan pengamatan yang dilakukan secara langsung terhadap keadaan, objek, atau peristiwa yang akan diteliti (Pratiwi et al., 2024). Pada penelitian ini, observasi dilakukan dengan mengamati penggunaan sistem olah data berbasis web dalam pelaksanaan kegiatan pengolahan data rekam medis. Observasi bertujuan untuk mengetahui kondisi penggunaan sistem secara langsung, termasuk kinerja sistem, penyajian informasi, efisiensi, dan kemudahan penggunaan serta permasalahan yang ditemukan selama sistem digunakan.

c. Dokumentasi

Dokumentasi atau analisis dokumen merupakan teknik pengumpulan data melalui kajian dan interpretasi sistematis terhadap dokumen tertulis, material visual, arsip, rekaman, atau artefak lainnya yang relevan dengan fokus penelitian (Rozikin et al., 2026). Pada penelitian ini, dokumentasi dilakukan dengan mengumpulkan dokumen atau data pendukung yang berkaitan dengan penggunaan sistem olah data berbasis web dan kegiatan pengolahan data rekam medis. Dokumentasi digunakan sebagai data

pendukung untuk melengkapi hasil wawancara dan observasi dalam proses evaluasi sistem.

d. Kuesioner

Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui serangkaian pertanyaan atau pernyataan yang disusun secara sistematis untuk mengukur variabel penelitian. Responden memberikan tanggapan terhadap setiap pernyataan melalui pilihan jawaban yang telah ditentukan sehingga data yang diperoleh dapat diukur secara kuantitatif (Jailani, 2023). Pada penelitian ini, kuesioner digunakan untuk mengumpulkan data kepuasan pengguna terhadap sistem pengolahan data berbasis web berdasarkan lima aspek *End User Computing Satisfaction* (EUCS). Kuesioner diberikan kepada petugas yang menggunakan sistem pengolahan data berbasis web dalam melaksanakan kegiatan pengolahan data di Instalasi Rekam Medis RS Panti Rapih.

1.4.4 Analisa Data

Penelitian ini menggunakan analisis kuantitatif deskriptif untuk menggambarkan hasil penelitian secara sistematis dalam bentuk tabel dan persentase. Analisis data dilakukan dengan mengolah jawaban responden pada setiap variabel EUCS untuk mengetahui tingkat kepuasan pengguna terhadap sistem pengolahan data berbasis web. Pengukuran kepuasan pengguna dilakukan menggunakan skala Likert.

Pengolahan data dalam penelitian ini dilakukan melalui beberapa tahapan sebagai berikut:

a. *Collecting*

Tahap *collecting* merupakan proses pengumpulan data melalui kuesioner yang diberikan kepada responden yang menggunakan sistem pengolahan data berbasis web dalam melaksanakan kegiatan pengolahan data.

b. *Editing*

Tahap *editing* dilakukan dengan memeriksa kembali jawaban kuesioner yang

telah terkumpul untuk memastikan seluruh data telah terisi dengan lengkap dan sesuai dengan kebutuhan penelitian.

c. *Skoring*

Tahap *skoring* merupakan proses pemberian nilai pada setiap jawaban responden berdasarkan skala Likert. Skor yang digunakan terdiri dari:

Kriteria skor Skala Likert yang digunakan dalam penelitian ini memiliki rentang skor 1 sampai 4. Skala Likert tersebut mengacu pada Ridwan (2009) dalam (Dukalang et al., 2024), dengan skor sebagai berikut:

Tabel 1. 1 Kriteria Penilaian Kuesioner

Kriteria Penilaian	**Skor**
Sangat Tidak Sejutu	1
Tidak Setuju	2
Setuju	3
Sangat Setuju	4

Setelah seluruh jawaban responden dikumpulkan dan diberikan skor berdasarkan skala Likert 1–4, selanjutnya dilakukan perhitungan skor pada setiap kategori jawaban. Skor diperoleh dengan mengalikan bobot skor masing-masing kategori dengan jumlah jawaban responden pada kategori tersebut. Perhitungan skor dilakukan dengan rumus:

$$\text{Skor Kategori} = \text{Bobot Skor} \times \text{Jumlah Jawaban}$$

Skor total pada setiap responden dari pernyataan pada kuesioner dikategorikan menjadi skor maksimal sebesar 4 dan skor minimal sebesar 1. Untuk mengetahui skor tertinggi yang dapat diperoleh pada setiap variabel, digunakan rumus sebagai berikut:

$$\text{Jumlah Skor Tertinggi} = \text{Nilai Skor Tertinggi} \times \sum \text{Pertanyaan} \times \sum \text{Responden}$$

Selanjutnya, dilakukan perhitungan persentase interpretasi skor pada setiap variabel penelitian. Persentase interpretasi skor digunakan untuk mengetahui tingkat

kepuasan pengguna terhadap sistem berdasarkan masing-masing aspek *End User Computing Satisfaction* (EUCS). Rumus yang digunakan adalah:

$$\text{Persentase Interpretasi Skor} = \frac{Jumlah\ Skor\ Jawaban\ (\sum n)}{Jumlah\ Skor\ Tertinggi} \times\ 100\%$$

Setelah diperoleh persentase pada setiap aspek EUCS, hasil tersebut kemudian dikategorikan berdasarkan kriteria interpretasi skor. Dengan menggunakan rentang persentase, kategori tingkat kepuasan dapat disajikan sebagai berikut :

Tabel 1. 2 Interval Nilai Kriteria Kepuasan

Interval	**Skor**
81% - 100%	Sangat Puas
61% - 80%	Puas
41% - 60%	Cukup Puas
21% - 40%	Kurang Puas
0% - 20%	Sangat Kurang Puas

BAB 2. KEADAAN UMUM RUMAH SAKIT

2.1 Sejarah Rumah Sakit

2.1.1 Sejarah Rumah Sakit

Sejarah berdirinya Rumah Sakit Panti Rapih berdasarkan Pedoman Pengorganisasian Rekam Medis tidak terlepas dari sejarah perkembangan gereja Katolik di Yogyakarta. Dari perkembangan tersebut, para misionaris berkeinginan mengembangkan karyanya bagi masyarakat pribumi dengan membangun rumah sakit. Pada tahun 1921 para pengurus Gereja Yogyakarta memutuskan meminta bantuan kepada suster-suster Corolus Borromeus (CB) yang berpusat di Maastricht Belanda untuk mengelola rumah sakit. Kongregasi Suster-suster Cinta Kasih St. Carolus Borromeus (Kongregasi Suster CB) yang berpusat di Belanda menerima tawaran dari Gereja Yogyakarta untuk mengelola rumah sakit yang akan didirikan tersebut dengan mengirimkan utusan lima orang suster.

Titik awal berdirinya RS Panti Rapih adalah dibentuknya Yayasan *Onder de Bogen* atau dalam bahasa Belanda *Onder de Bogen Stichting* oleh pengurus Gereja Yogyakarta pada tanggal 22 Februari 1927. Setelah berdirinya Yayasan tersebut, sebagai tanda pembangunan fisik rumah sakit, maka dimulai dengan peletakan batu pertama oleh Ny. *C.T.M. Schmutzer van Rijckevorsel* pada tanggal 14 September 1928. Pembangunan rumah sakit dapat diselesaikan pada pertengahan Agustus 1929 dan pada tanggal 24 Agustus 1929 *Mgr. A.P.F. van Velsen, SJ* selaku Pimpinan Gereja Katolik di Batavia berkenan memberkati bangunan baru tersebut . Pada tanggal 14 September 1929 secara resmi rumah sakit ini dibuka oleh Sri Sultan Hamengku Buwono VIII dangen nama Rumah Sakit *Onder de Bogen*.

Pada zaman pemerintahan Jepang, ada keharusan bahwa nama lembaga termasuk rumah sakit yang masih menggunakan nama Belanda harus diganti. Mgr. Alb. Soegijopranoto, SJ, sebagai Uskup pada Keuskupan Semarang berkenan memberikan nama baru yaitu Rumah Sakit Panti Rapih yang berarti Rumah Penyembuhan. Sejak saat itu, nama Rumah Sakit *Onder de Bogen* dirubah menjadi Rumah Sakit Panti Rapih hingga saat ini.

2.1.2 Visi Misi dan Motto Rumah Sakit

Berikut merupakan visi, misi, motto dan nilai budaya kerja dari RS Panti Rapih:

a. Visi Rumah Sakit

   Rumah Sakit Panti Rapih sebagai rumah sakit rujukan yang memandang pasien sebagai sumber inspirasi dan motivasi kerja dengan memberikan pelayanan kepada siapa saja secara profesional dan penuh kasih dalam suasana syukur kepada Tuhan.

b. Misi Rumah Sakit

   1) RS Panti Rapih menyelenggarakan pelayanan kesehatan menyeluruh secara ramah, adil, profesional, ikhlas, dan hormat dalam semangat iman Katolik yang gigih membela hak hidup insani dan berpihak kepada yang berkekurangan.
   2) RS Panti Rapih memandang karyawan sebagai mitra karya dengan memberdayakan mereka untuk mendukung kualitas kerja demi kepuasan pasien dan keluarganya, dan dengan mewajibkan diri menyelenggarakan kesejahteraan karyawan secara terbuka, proporsional, adil, dan merata sesuai dengan perkembangan dan kemampuan.

c. Motto Rumah Sakit

   "*Sahabat Untuk Hidup Sehat*"

   Dengan motto ini, Rumah Panti Rapih menyadari sepenuhnya bahwa pelayanan kesehatan (perawatan dan pengobatan) yang diselenggarakan merupakan bagian dari doa permohonan para pasien dan keluarganya untuk memohon kesembuhan jiwa dan atau raga dari Allah sendiri yang sesungguhnya berkuasa atas kesehatan dan kehidupan manusia ciptaan-Nya.

2.1.3 Falsafah Rumah Sakit

Falsafah Rumah Sakit Panti Rapih:

a. Setiap pasien adalah citra Allah yang unik yang patut dihargai dan dikasihi.
b. Setiap pasien adalah pribadi yang bermartabat dan mempunyai hak untuk memperoleh layanan optimal agar dapat menjadi bagian dari masyarakat umum sehingga derajat kesehatan masyarakat dapat terwujud.

c. Layanan diberikan secara menyeluruh dilandasi iman, pengharapan, dan kasih yang diwujudkan dalam semangat pendampingan dan layanan kepada para pasien dan keluarganya.
d. Karyawan RS Panti Rapih adalah bagian integral tak terpisahkan dari karya RS Panti Rapih, dan kesejahteraan mereka secara wajar dan terhormat menjadi bagian pula dari tujuan penyelenggaraan pelayanan kesehatan RS Panti Rapih.

2.1.4 Nilai Inti Organisasi Rumah Sakit Panti Rapih

Rumah Sakit Panti Rapih memiliki lima nilai inti organisasi yang menjadi landasan dalam pelaksanaan tugas dan pelayanan, yaitu Integrity, Compassion, Assurance, Respect, dan Embrace Innovation. Nilai-nilai tersebut dijabarkan sebagai berikut.:

a. *Integrity*

   Melaksanakan tugas didasari konsistensi tindakan, nilai-nilai profesi, secara jujur dan tanggung jawab dengan sepenuh hati, demi kepentingan organisasi. Integrity di lambangkan dengan warna biru melambangkan langit dan kejujuran.Melakukan tindakan sesuai yang di janjikan.

b. *Compassion*

   Memahami dan merasakan secara mendalam penderitaan orang lain, serta berani melibatkan diri demi keselamatan sesama. Compassion di lambangkan dengan warna merah muda yang melambangkan hati yang berarti merasakan apa yang dirasakan pasien dengan cara menghiburnya.

c. *Assurance*

   Segala upaya, sikap dan tindakan untuk menjamin sebuah kualitas pelayanan yang dapat membangun kepercayaan dan kenyamanan pelanggan (pasien, keluarga pasien, rekan kerja, dll) dalam bentuk informasi atau solusi terhadap permasalahan yang dihadapi. Assurance di lambangkan dengan warna hijau yang melambangkan alam dan tanggung jawab, bertanggungjawab terhadap rasa tenang dan kepercayaan pasien.

d. *Respect*

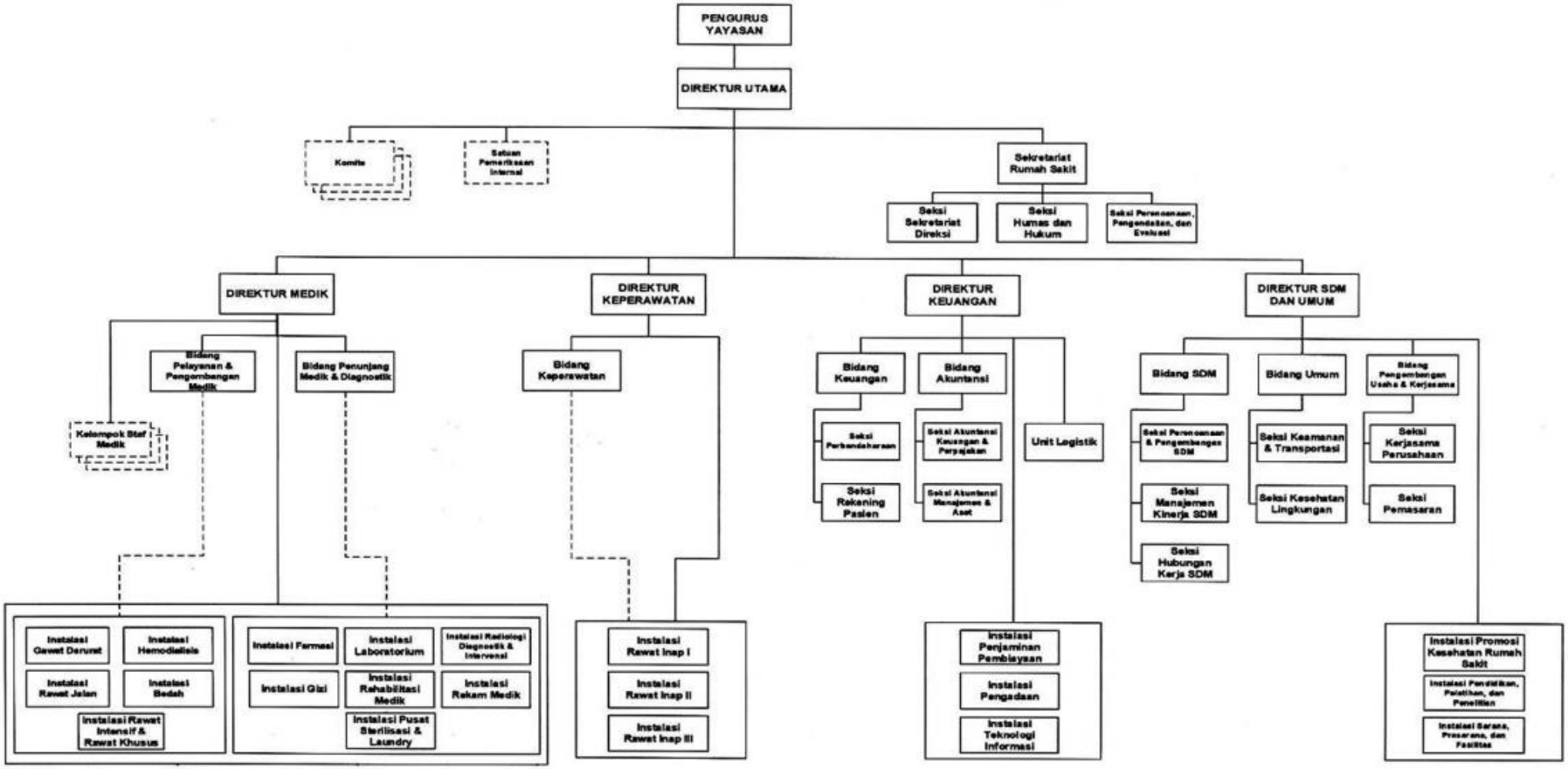
Menghormati dan menghargai martabat orang lain tanpa melihat perbedaan (status, sosial, ekonomi, agama, ras, ide-ide, gagasan, pendapat, aturan, dan sistem yang telah ditetapkan) dalam rangka menjalankan tugas serta pelayanan kepada pelanggan (pasien, keluarga pasien, dan rekan kerja). Respect di lambangkan dengan warna kuning /gold melambangkan pertemanan , menghormati pasien layaknya seorang sahabat tanpa mengenal perbedaan.

e. Embrace Inovation

Keinginan dan kemampuan untuk bekerja secara kreatif melampaui standar prestasi, serta membuat ide baru untuk perubahan yang konstruktif. Embrace Inovation di lambangkan dengan warna ungu dan kualitas, elalu berbenah dan berinovasi dalam pelayanan.

2.2 Struktur Organisasi Rumah Sakit

2.2.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Panti Rapih



Gambar 2. 1 Struktur Organisasi RS Panti Rapih

Direktorat yang ada di Rumah Sakit Panti Rapih terdiri dari:

a. Direktorat Utama

Direktorat Utama merupakan eksekutif tertinggi di Rumah Sakit Panti Rapih dan dipimpin oleh Kepala Direktorat Utama atau disebut Direktur Utama. Direktur Utama bertanggung jawab kepada Pengurus Yayasan Panti Rapih. Direktur Utama dibantu oleh empat Direktorat dan membawahi langsung struktural setingkat Bidang yaitu:

1) Kepala Sekretariat Rumah Sakit, yang membawahi:
    a) Seksi Sekretariat Direksi;
    b) Seksi Humas;
    c) Seksi Pengaduan & Legal; dan
    d) Seksi Perencanaan & Pelaporan.
2) Satuan Pemeriksaan Internal
3) Komite-Komite, yaitu.
    a) Komite Medis;
    b) Komite Keperawatan;
    c) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
    d) Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja;
    e) Komite Mutu Rumah Sakit;
    f) Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit; dan
    g) Komite Tenaga Kesehatan.

b. Direktorat Medis

Direktorat Medis berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktorat Utama dan dipimpin oleh seorang Kepala Direktorat Medis atau disebut Direktur Medis. Direktur Medis mempunyai tugas dalam pengelolaan manajemen dan pelayanan medis serta penunjang medis. Dalam rangka menjaga mutu, kompetensi, etik dan disiplin Tenaga Medis, maka Direktur Pelayanan Medis berkoordinasi dengan Komite Medis. Direktur Pelayanan Medis membawahi langsung struktural Bidang dan Instalasi yaitu:

1) Bidang Pelayanan dan Pengembangan Medik
2) Bidang Penunjang Medik & Diagnostik

3) Instalasi Gawat Darurat
4) Instalasi Rawat Jalan
5) Instalasi Rawat Intensif
6) Instalasi Bedah
7) Instalasi Hemodialisa
8) Instalasi Rehabilitasi Medik
9) Instalasi Radiologi Diagnostik & Intervensi
10) Instalasi Laboratorium
11) Instalasi Farmasi
12) Instalasi Gizi
13) Instalasi Rekam Medis
14) Instalasi CSSD

c. Direktorat Keperawatan

Direktorat Keperawatan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktorat Utama dan dipimpin oleh seorang Kepala Direktorat Keperawatan atau disebut Direktur Keperawatan. Direktur Keperawatan mempunyai tugas dalam pengelolaan manajemen keperawatan dan asuhan keperawatan. Dalam rangka menjaga mutu, kompetensi, etik dan disiplin Tenaga Keperawatan, maka Direktur Keperawatan berkoordinasi dengan Komite Keperawatan. Direktur Keperawatan membawahi langsung struktural Bidang Keperawatan dan Instalasi Keperawatan yaitu:

1) Bidang Perencanaan & Pengembangan SDM Keperawatan
2) Bidang Pengembangan Layanan & Fasilitas Keperawatan
3) Instalasi Rawat Inap I;
4) Instalasi Rawat Inap II; dan
5) Instalasi Rawat Inap III.

d. Direktorat Keuangan

Direktorat Keuangan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktorat Utama dan dipimpin oleh Kepala Direktorat Keuangan atau disebut Direktur Keuangan. Direktur Keuangan mempunyai tugas dalam menyelenggarakan dan mengkoordinasikan pelaksanaan manajemen keuangan

dan logistik. Direktur Keuangan membawahi langsung struktural Bidang dan Instalasi yaitu:

1) Bidang Keuangan

   Bidang Keuangan bertanggung jawab atas pengelolaan dan administrasi keuangan di:

   a) Seksi Perbendaharaan; dan
   b) Seksi Rekening Pasien.

2) Bidang Akuntansi

   Bidang Akuntansi bertanggung jawab atas manajemen akuntansi:

   a) Seksi Akuntansi Keuangan dan Perpajakan; dan
   b) Seksi Akuntansi Manajemen dan Penganggaran

3) Bidang Logistik

   Bidang Logistik bertanggung jawab atas manajemen logistik di:

   a) Seksi Perbekalan Farmasi; dan
   b) Seksi Perbekalan Umum.

4) Instalasi Teknologi Informasi
5) Instalasi Penjaminan Pembiayaan; dan
6) Instalasi Pengadaan

e. Direktorat SDM dan Umum

Direktorat SDM dan Umum berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktorat Utama dan dipimpin oleh seorang Kepala Direktorat SDM dan Umum atau disebut Direktur SDM dan Umum. Direktur SDM dan Umum mempunyai tugas dalam pengelolaan SDM dan Umum Rumah Sakit. Direktur SDM dan Umum membawahi langsung struktural Bidang dan Instalasi yaitu:

1) Bidang SDM

   Bidang SDM bertanggung jawab atas pengelolaan dan pengadministrasian SDM yang dilakukan oleh:

   a) Seksi Perencanaan dan Pengembangan SDM;
   b) Seksi Manajemen Kinerja SDM; dan
   c) Seksi Hubungan Kerja SDM.

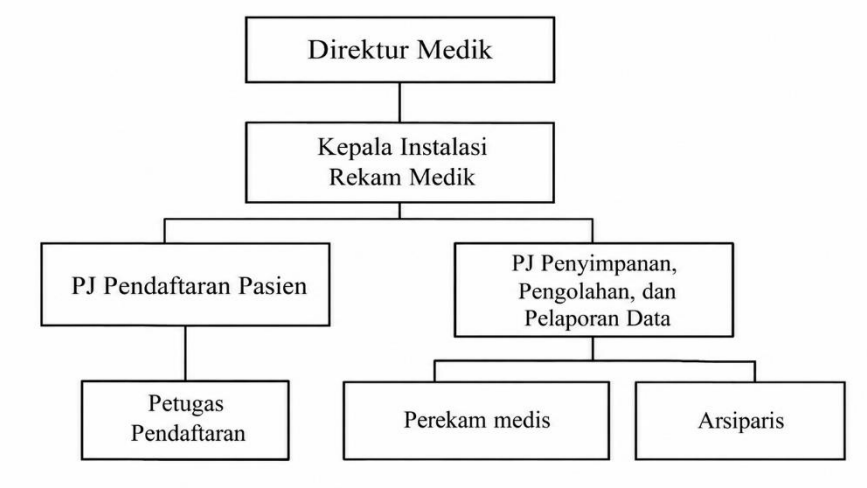
2) Bidang Umum

Bidang Infrastruktur bertanggung jawab atas pengelolaan dan pelayanan di:

a) Seksi Manajemen Aset;
b) Seksi Keamanan dan Transportasi; dan
c) Seksi Pemeliharaan Lingkungan dan Laundry.

3) Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit
4) Instalasi Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian
5) Instalasi Sarana, Prasarana, dan Fasilitas

2.2.2 Struktur Organisasi Instalasi Rekam Medis



Gambar 2. 2 Struktur Organisasi Instalasi Rekam Medis

a. Kepala Instalasi Rekam Medis

Merencanakan, mengembangkan dan memastikan bahwa proses penyelenggaraan rekam medis dan informasi kesehatan berjalan baik sesuai standar yang berlaku di RS Panti Rapih dengan cara melakukan monitoring dan evaluasi berkelanjutan, serta menjamin terpenuhinya kebutuhan tenaga dan fasilitas pendukung proses penyelenggaraan rekam medis dan informasi kesehatan.

Berikut beberapa ruang lingkup kerja (KRA) dari Kepala Instalasi Rekam Medis:

1) Membuat usulan rancangan kebijakan dan *system* rekam medis dan informasi Kesehatan berdasarkan peraturan yang berlaku dan referensi terkait,
2) Menyusun pedoman pelayanan dan pedoman organisasi Instalasi Rekam Medis,
3) Menyusun Panduan dana atau Prosedur kerja di Instalasi Rekam Medis,
4) Menyusun Program Kerja Instalasi Rekam Medis,
5) Menyusun usulan kebutuhan dan pengembangan, serta distribusi tenaga di Instalasi Rekam Medis,
6) Menyusun usulan kebutuhan dan pemeliharaan sarana pelayanan Instalasi Rekam Medis,
7) Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelayanan rekam medis,
8) Melakukan penilaian terhadap karyawan,
9) Melakukan tugas kedinasan lain yang ditugaskan oleh atasan guna memperlancar pelayanan RS.

b. Penanggung Jawab (PJ) Pendaftaran Pasien

Menyelenggarakan kegiatan perencanaan, pengembangan, dan monitoring proses pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan di bawah kepala Instalasi Rekam Medis sehingga pendaftaran pasien berjalan baik sesuai dengan standar yang berlaku di RS Panti Rapih.

Berikut beberapa ruang lingkup kerja (KRA) dari PJ Pendaftaran Pasien:

1) Penyusunan usulan program kerja dan rencana kerja anggaran Instalasi,
2) Pengolahan mutu pelayanan rekam medis,
3) Pengolahan evaluasi program kerja instalasi,
4) Koordinasi Instalasi,
5) Pengolahan sosialisasi implementasi kebijakan dan strategi terkait pelayanan di Instalasi,
6) Usulan program pengembangan bagian kerja/organisasi,

7) Pengolahan kepatuhan layanan,
8) Pengolahan regulasi (UTW, SPO, Panduan, Pedoman dan Kebijakan terkait),
9) Pengolahan pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan dan gawat darurat,
10) Pengolahan fasilitas layanan bagian,
11) Pengolahan distribusi tenaga layanan,
12) Supervisi karyawan,
13) Pelaksanaan program keselamatan pasien,
14) Pengolahan komplain pasien,
15) Pengelolaan SDM,
16) Pengarsipan surat-surat.

c. Penanggung Jawab (PJ) Penyimpanan, Pengolahan, dan Pelaporan Data

Menjamin proses pelayanan perakitan dan analisa dokumen rekam medis, pengolahan data rekam medis, penyimpanan dokumen rekam medis, serta pelayanan surat keterangan medis dilaksanakan oleh pelaksana di bawah tanggung jawabnya berjalan optimal guna sesuai dengan standar yang berlaku di Rumah Sakit Panti Rapih.

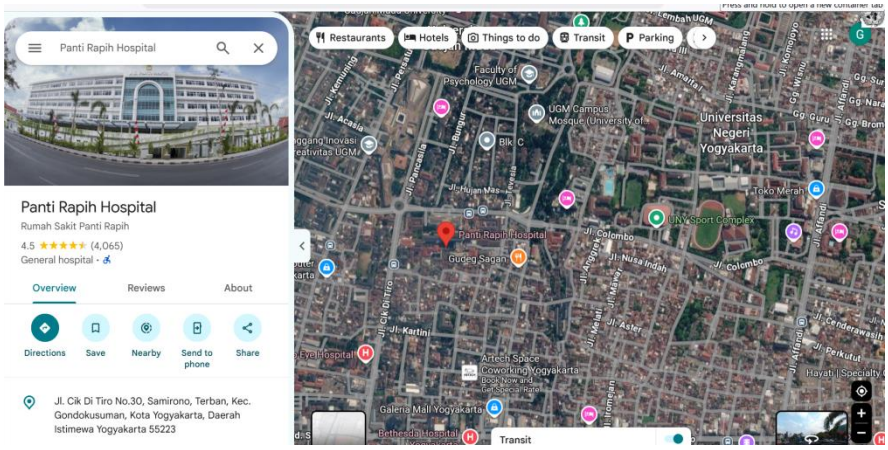
PJ penyimpanan, pengolahan, dan pelaporan data memiliki beberapa ruang lingkup kerja yaitu:

1) Penyusunan usulan program kerja dan rencana kerja anggaran Instalasi,
2) Pengolahan mutu pelayanan rekam medis,
3) Pengolahan evaluasi program kerja instalasi,
4) Koordinasi Instalasi,
5) Pengolahan sosialisasi implementasi kebijakan dan strategi terkait pelayanan di Instalasi,
6) Usulan program pengembangan bagian kerja/organisasi.
7) Pengolahan kepatuhan layanan,
8) Pengolahan regulasi (UTW, SPO, Panduan, Pedoman dan Kebijakan terkait) pada Instalasi.

9) Pengolahan pelayanan perakitan dan analisa dokumen rekam medis, pengolahan data rekam medis, penyimpanan dokumen rekam medis serta pelayanan surat keterangan medis,
10) Pengolahan fasilitas layanan bagian,
11) Pengolahan distribusi tenaga layanan,
12) Supervisi SDM,
13) Pelaksanaan program keselamatan pasien,
14) Pengolahan komplain pasien,
15) Pengolahan pelaksanaan PKL mahasiswa,
16) Pengolahan rekap presensi karyawan.

2.3 Kondisi Lingkungan Rumah Sakit

2.3.1 Lokasi RS Panti Rapih



Sumber data : Google Maps

Gambar 2. 3 Lokasi RS Panti Rapih

Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) merupakan salah satu provinsi di Indonesia yang terletak di bagian selatan Pulau Jawa. Secara administratif, Daerah Istimewa Yogyakarta terdiri atas 4 kabupaten dan 1 kota, yaitu Kabupaten Kulon Progo, Kabupaten Bantul, Kabupaten Gunungkidul, Kabupaten Sleman, dan Kota Yogyakarta seperti pada gambar 2.3.

Secara geografis, DIY berbatasan dengan Provinsi Jawa Tengah di sebelah barat, utara, dan timur, serta Samudra Hindia di sebelah selatan. Informasi mengenai kondisi geografis dan wilayah administratif DIY dirujuk pada

publikasi statistik resmi yang diterbitkan oleh Badan Pusat Statistik Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.



Sumber data: Rumah Sakit Panti Rapih

Gambar 2. 4 Denah RS Panti Rapih

Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta berada di Jl. Cik Di Tiro No. 30, Kelurahan Terban, Kecamatan Gondokusuman, Kota Yogyakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta, Kode Pos 55223. RS Panti Rapih merupakan rumah sakit umum yang berada di wilayah Kota Yogyakarta. Berdasarkan profil Rumah Sakit pada Sistem Informasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan, RS Panti Rapih memiliki luas tanah sekitar 42.093 m² dan luas bangunan sekitar 62.093 m². Lokasi RS Panti Rapih yang berada di Kota Yogyakarta menjadikan rumah sakit ini berada di wilayah perkotaan yang mudah dijangkau oleh masyarakat dari Kota Yogyakarta maupun wilayah di sekitarnya. RS Panti Rapih juga menyediakan berbagai pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan rawat jalan, rawat inap, serta pelayanan kegawatdaruratan selama 24 jam.

2.3.2 Kondisi Demografi Daerah Istimewa Yogyakarta

Daerah Istimewa Yogyakarta merupakan salah satu provinsi di Indonesia yang memiliki karakteristik penduduk yang beragam. Berdasarkan data tahun 2024, jumlah penduduk Daerah Istimewa Yogyakarta mencapai sekitar 3,73

juta jiwa. Wilayah DIY terdiri atas 4 kabupaten dan 1 kota, yaitu Kabupaten Kulon Progo, Kabupaten Bantul, Kabupaten Gunungkidul, Kabupaten Sleman, dan Kota Yogyakarta.

Kondisi demografi tersebut menjadi salah satu faktor yang mendukung tingginya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Kota Yogyakarta sebagai pusat kegiatan pemerintahan, pendidikan, perdagangan, dan pelayanan kesehatan memiliki mobilitas penduduk yang cukup tinggi. RS Panti Rapih sebagai salah satu rumah sakit di Kota Yogyakarta memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dari Kota Yogyakarta maupun wilayah di sekitarnya. Sumber Data: Badan Pusat Statistik Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (2026) dan Kementerian Kesehatan RI (2026).

2.3.3 Kondisi Geografis

Daerah Istimewa Yogyakarta terletak di bagian selatan Pulau Jawa. Secara astronomis, DIY berada pada sekitar 7°33'–8°12' Lintang Selatan dan 110°00'–110°50' Bujur Timur dengan luas wilayah sekitar 3.133,15 km². Wilayah DIY memiliki kondisi geografis yang beragam, mulai dari wilayah dataran rendah hingga wilayah pegunungan. Secara topografis, wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta terdiri atas beberapa karakteristik wilayah, antara lain kawasan Gunungapi Merapi di bagian utara, dataran rendah di bagian tengah, serta Pegunungan Selatan di bagian timur dan selatan. Kondisi geografis tersebut menyebabkan setiap wilayah di DIY memiliki karakteristik lingkungan dan persebaran penduduk yang berbeda. Sumber Data : Badan Pusat Satitistik DIY (2026). RS Panti Rapih berada di Kota Yogyakarta, tepatnya di Kecamatan Gondokusuman. Lokasi rumah sakit berada pada kawasan perkotaan sehingga dapat mendukung akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

BAB 3. KEGIATAN UMUM LOKASI MAGANG/PKL

3.1 Mengidentifikasi pelaksanaan kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan berdasarkan aspek manajemen pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan di Rumah Sakit Panti Rapih

3.1.1 Mengidentifikasi registrasi semua kunjungan pasien di bagian RJ dan RI baik secara SIMRS / manual

a. Sistem penamaan dan penomoran pasien.

Sistem penamaan pasien di Rumah Sakit Panti Rapih menggunakan identitas resmi pasien sebagai dasar pencatatan dalam rekam medis. Penerapan sistem penamaan tersebut bertujuan untuk mempermudah identifikasi pasien serta menjaga konsistensi pencatatan identitas sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan. Berikut ketentuan penamaan pasien yang diterapkan meliputi:

1) Nama pasien dituliskan sesuai yang tercantum pada kartu identitas resmi yang dimiliki pasien seperti KTP, KK, KIA, atau paspor.
2) Pada pasien warga negara asing (WNA), nama dituliskan sesuai dengan identitas yang tercantum pada paspor.
3) Gelar atau tittle dicantumkan sebelum nama pasien, seperti Dra, Ir, Drs dan lain-lainnya.
4) Sapaan untuk biarawan katholik seperti RM, SR, BR, FR, MGR diletakkan di awal sebelum nama pasien.
5) Penulisan nama juga disertai keterangan sesuai status perkawinan dan jenis kelamin, yaitu (BP) untuk laki-laki yang telah menikah, (NY) untuk perempuan yang telah menikah, (SDR) untuk laki-laki yang belum menikah, dan (NN) untuk perempuan yang belum menikah. Pada pasien anak, ditambahkan keterangan (AN) pada akhir nama.
6) Khusus pada bayi baru lahir, penamaan dilakukan menggunakan nama ibu yang kemudian ditambahkan keterangan (BY NY) pada akhir nama. Sedangkan untuk bayi baru lahir dari seorang ibu yang belum menikah ditambahkan keterangan (By Ibu).

Sistem penomoran rekam medis yang diterapkan di Rumah Sakit Panti Rapih menggunakan *Bagian Numbering System*. Sistem penomoran ini memberikan satu nomor rekam medis untuk setiap pasien yang digunakan seterusnya pada seluruh kunjungan dan jenis pelayanan, baik rawat jalan, rawat inap, instalasi gawat darurat, serta bayi baru lahir. Jumlah digit nomor rekam medis yang digunakan di Rumah Sakit Panti Rapih sebelumnya terdiri dari 6 digit, kemudian sejak bulan Juli 2017 mengalami perubahan menjadi 7 digit.

b. Pembuatan Kartu Identitas Berobat baik manual dan/atau elektronik.

Kartu Identitas Berobat (KIB) merupakan kartu yang digunakan sebagai identitas pasien dalam memperoleh pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Panti Rapih. KIB memuat identitas pasien, terutama nama dan nomor rekam medis, yang berfungsi untuk memudahkan petugas dalam mengidentifikasi pasien dan menemukan riwayat pelayanan pada saat kunjungan berikutnya. Proses pembuatan KIB di Rumah Sakit Panti Rapih diawali ketika pasien baru melakukan pendaftaran. Petugas memasukkan identitas pasien ke dalam sistem hingga pasien memperoleh nomor rekam medis. Data tersebut kemudian digunakan untuk mencetak KIB. Setelah dicetak, KIB dilakukan *setup* dengan mendekatkan kartu pada alat sensor agar dapat dikenali dan terhubung dengan identitas pasien dalam sistem. KIB yang telah selesai di-*setup* kemudian diberikan kepada pasien untuk digunakan pada kunjungan berikutnya.

c. Melakukan indeks-ing pasien dengan media yang tersedia baik manual dan/atau elektronik.

Indeksing pasien di Instalasi Rekam Medis RS Panti Rapih sudah tidak dilakukan secara manual, tetapi dilakukan secara elektronik melalui sistem olah data. Proses indeksing dilakukan dengan memanfaatkan data pelayanan pasien yang telah tersimpan dalam sistem, kemudian data tersebut dapat ditampilkan melalui menu laporan pada sistem olah data. Melalui menu tersebut, petugas dapat memperoleh dan menelusuri data indeks pasien sesuai dengan kebutuhan pengolahan data. Variabel yang terdapat dalam

indeks pasien meliputi nomor rekam medis, nama lengkap pasien, tanggal periksa, umur, jenis kelamin, kode ICD-10, diagnosis, dan alamat pasien. Berikut merupakan indeks pasien yang terdapat di RS Panti Rapih:

Gambar 3. 1 Indeks Pasien Rawat Jalan


INDEX PASIEN RAWAT JALAN [RINCI]

Sumber data: SIMRS Olah Data RSPR

d. Mengisi identitas data sosial jenis-jenis formulir RJ maupun RI baik manual dan/atau elektronik.

Pengisian identitas dan data sosial pasien di rumah sakit panti rapih merupakan tahapan yang dilakukan pada saat proses pendaftaran untuk memperoleh informasi dasar pasien yang diperlukan dalam pelayanan dan pencatatan rekam medis. Data identitas dan data sosial yang dicatat meliputi:

1) Identitas pasien
    a) Nomor Rekam Medis (No. RM)
    b) Nama lengkap
    c) Nomor Induk Kependudukan (NIK)
    d) Jenis kelamin
    e) Tanggal lahir
    f) Umur
    g) Tempat lahir
    h) Nomor WA/HP
    i) Alamat domisili
    j) Alamat sesuai KTP

k) Pekerjaan
l) No BPJS (bila punya)
m) Nama ibu kandung

2) Data sosial pasien
a) Agama
b) Status perkawinan
c) Pendidikan terakhir
d) Gol. Darah
e) Kewarganegaraan

3) Penanggung Jawab
a) Hubungan Penanggung Jawab
b) Nama lengkap
c) No identitas
d) No. HP
e) Pekerjaan
f) Alamat

e. Mengisi jenis-jenis buku register pendaftaran pasien baru/lama RJ/RI baik manual dan/atau elektronik.

Pencatatan pendaftaran pasien di RS Panti Rapih dilakukan secara elektronik melalui sistem informasi rumah sakit. Data pasien tercatat dan dapat ditelusuri melalui menu daftar kunjungan pada SIMRS RS Panti Rapih. Data pada daftar kunjungan mencakup beberapa variabel, yaitu nomor rekam medis, nama pasien, tanggal daftar, nomor HP, dan cara bayar. Pencatatan tersebut digunakan sebagai sarana untuk mengetahui dan menelusuri data pendaftaran serta kunjungan pasien.

f. Memastikan kelengkapan dokumen rekam medis dan cara distribusi Rekam Medis sampai ke Poliklinik/RI baik manual dan/atau elektronik.

Kelengkapan rekam medis terbagi menjadi rekam medis elektronik dan rekam medis manual. Pada pelayanan rawat jalan, kelengkapan rekam medis elektronik diperiksa oleh sistem. Apabila terdapat data yang belum lengkap, rekam medis tidak dapat disimpan sebelum seluruh data yang

diperlukan dilengkapi. Sementara itu, pada pelayanan rawat inap, verifikasi kelengkapan rekam medis dilakukan oleh staf Instalasi Rekam Medis. Apabila ditemukan bagian yang belum lengkap, rekam medis akan dikembalikan kepada petugas terkait untuk dilengkapi.

Pendistribusian rekam medis di Rumah Sakit Panti Rapih telah dilakukan secara elektronik melalui SIMRS. Pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap, petugas tidak perlu mendistribusikan berkas rekam medis dari ruang filing ke bagian pelayanan karena informasi rekam medis dapat diakses melalui SIMRS. Meskipun demikian, untuk berkas rekam medis manual yang tersimpan di ruang filing. Berkas tersebut akan dilakukan pemindaian kemudian hasilnya akan di upload pada SIMRS sehingga hasil pemindaian dapat diakses melalui sistem. Apabila berkas fisik diperlukan untuk keperluan pelayanan, penelitian, audit, pendidikan, atau keperluan lainnya, peminjaman dapat dilakukan melalui menu "Ekspedisi Dokumen Rekam Medis Keluar" pada SIMRS Panti Rapih. Setiap dokumen rekam medis yang keluar wajib dicatat dalam menu tersebut sehingga keberadaan dan pihak yang meminjam dokumen dapat diketahui melalui sistem.

3.1.2 Mengidentifikasi alur prosedur baik manual dan/atau elektronik penerimaan pasien yang berobat ke RS.

a. Penerimaan pasien baru/lama rawat jalan (IRJ), rawat inap (IRI), rawat darurat (IGD).

Layanan pendaftaran pasien di RS Panti Rapih meliputi penerimaan pasien baru maupun pasien lama untuk rawat jalan (IRJ), rawat inap (IRI), dan rawat darurat (IGD). Alur pendaftaran pasien rawat jalan dapat dilakukan melalui beberapa pintu, yaitu pendaftaran secara langsung melalui loket pendaftaran, pendafatran mandiri melalui mesin anjungan mandiri di rumah sakit, pendaftaran secara online melalui Whatsapps untuk layanan Telemedicine dan Klinik Eksekutif, aplikasi PantiRapihKU, dan pendaftaran melalui telepon.

1) Penerimaan Pasien Rawat Jalan (IRJ)
   a) Pasien Baru Rawat Jalan

(1) Pasien/keluarga pasien mengambil nomor antrian loket di mesin anjungan.
(2) Nomor antrian akan tampil di layar monitor dan dipanggil secara sistem, kemudian pasien menuju loket PPRJ dengan membawa identitas diri berupa Kartu Tanda Penduduk (KTP/Kartu Keluarga (KK)/Kartu Identitas Anak (KIA)/paspor bagi pasien berkewarganegaraan asing, serta kelangkapan penjaminan.
(3) Petugas loket mendaftarkan pasien dengan menginput data identitas sosial serta poli yang dituju pada SIMRS.
(4) Bagi pasien baru yang melakukan pendaftaran secara online, pasien akan memperoleh nomor rekam medis sementara yang ditandai dengan huruf B. Saat datang ke rumah sakit, pasien wajib datang ke loket pendaftaran untuk mengubah nomor rekam medis sementara tersebut menjadi nomor rekam medis tetap oleh petugas pendaftaran.
(5) Petugas mencetakkan karcis pendaftaran menuju poliklinik dan memberikan kartu identitas berobat (KIB) yang harus dibawa setiap kali pasien melakukan kunjungan ke rumah sakit.
(6) Setelah pendaftaran selesai, pasien melanjutkan proses sesuai jenis pembiayaan. Pasien umum dapat langsung menuju poliklinik, pasien dengan penjamin asuransi diarahkan ke bagian kassa/keuangan, sedangkan pasien BPJS diarahkan ke loket BPJS untuk proses validasi dan penerbitan SEP.

b) Pasien Lama Rawat Jalan

(1) Pasien lama rawat jalan dapat melakukan pendaftaran secara mandiri melalui mesin anjungan dengan memilih menu daftar poliklinik, memasukkan nomor rekam medis pasien, memilih poli atau dokter tujuan pelayanan, pilih tanggal dan jam pelayanan yang tersedia, lalu klik daftar maka karcis poli akan keluar.

(2) Apabila pasien tidak memahami penggunaan mesin anjungan, dapat mengambil nomor antrean loket melalui mesin anjungan untuk selanjutnya melakukan pendaftaran di loket.

(3) Nomor antrian akan tampil di layar monitor dan dipanggil secara sistem kemudian pasien menuju loket PPRJ dengan membawa kartu identitas berobat (KIB), kartu identitas diri (KTP/Kartu Keluarga (KK)/KIA/Paspor), serta kelangkapan penjaminan.

(4) Petugas mencari data pasien berdasarkan nomor rekam medis atau identitas pasien yang tertera pada kartu identitas berobat (KIB).

(5) Petugas mendaftarkan pasien ke poli yang dituju dan apabila terdapat perubahan atau data yang belum sesuai, petugas melakukan pembaruan data pasien.

(6) Petugas mencetakkan karcis pendaftaran menuju poliklinik dan mengembalikan kartu identitas berobat (KIB).

(7) Bagi pasien lama yang telah melakukan pendaftaran secara online, pasien dapat mencetak karcis pendaftaran menuju poliklinik melalui mesin anjungan mandiri dengan nomor rekam medis atau melalui loket pendaftaran.

(8) Setelah pendaftaran selesai, pasien melanjutkan proses sesuai jenis pembiayaan. Pasien umum dapat langsung menuju poliklinik, pasien dengan penjamin asuransi diarahkan ke bagian KASA, sedangkan pasien BPJS diarahkan ke loket BPJS untuk proses validasi dan penerbitan SEP.

2) Penerimaan Pasien Rawat Inap

a) Pasien yang dinyatakan perlu melakukan rawat inap oleh dokter, menuju admisi rawat inap untuk melakukan pendaftaran.

b) Petugas admisi memverifikasi surat pengantar rawat inap yang telah dibuat secara online, mengecek kelengkapan administrasi (Jaminan kesehatan/asuransi), memberikan informasi kelas

perawatan beserta fasilitasnya dan perkiraan biaya tindakan jika diperlukan kepada pasien.

c) Petugas admisi pengecekan ketersediaan kamar/kelas yang sesuai dengan permintaan/jaminan pasien melalui SIMRS.

d) Selanjutnya petugas melakukan registrasi awal, melakukan input data pasien masuk ke dalam SIMRS.

e) Pasien diberikan edukasi, informas hambatan, kemudian petugas menjelaskan setiap item yang ada di *general consent,* dan setelah disetujui oleh pasien maka berkas *general consent* di tandatangani oleh kedua belah pihak.

f) Setelah proses registrasi selesai, petugas menyerahkan dokumen rekam medis rawat inap yang sudah lengkap ke perawat di persiapan opname.

g) Dokumentasi yang digunakan dalam proses pemberian informasi di Tempat Pendaftaran Rawat Inap adalah :

(1) Bukti Registrasi Pasien Rawat Inap

(2) Formulir *General Consent* Pasien Rawat Inap

(3) Formulir pemberian Informasi untuk pasien rawat inap.

3) Penerimaan Pasien Rawat Darurat (IGD)

a) Pasien datang ke IGD dan diterima oleh perawat di ruang triase untuk dilakukan penilaian kondisi awal dan skrining.

b) Pada saat proses triase berlangsung, apabila pasien datang dengan pengantar, pengantar dapat membantu melakukan proses pendaftaran dengan menyerahkan identitas pasien. Jika pasien datang sendiri, pasien akan diminta menunjukkan kartu identitasnya.

c) Petugas pendaftaran menanyakan apakah pasien sudah pernah periksa di RS Panti Rapih atau belum. Kalau sudah, petugas menanyakan nomer rekam médis atau data sosial dan mengkonfirmasi data lengkap pasien.

d) Selanjutnya petugas akan memasukkan data pasien dan melakukan pendaftaran pelayanan IGD melalui SIMRS lalu mencetak karcis sebagai bukti pendaftaran pasien untuk selanjutnya diserahkaar kepada petugas triase atau perawal IGD.

e) Untuk pasien baru, petugas akan mencetakkan kartu identitas berobat (KIB) yang harus dibawa setiap kali pasien melakukan kunjungan ke rumah sakit.

f) Setelah pendaftaran selesai, pasien dapat melanjutkan proses sesuai jenis pembiayaan, dengan ketentuan:

(1) Untuk pasien umum, setelah selesai diperiksa pasien bisa langsung menuju ke bagian pembayaran.

(2) Untuk pasien dengan asuransi, pasien harus konfirmasi terlebih dahulu ke bagian KASA sebelum dilakukan pemeriksaan oleh dokter.

(3) Untuk pasien BPJS, penerbitan SEP menyesuaikan tingkat kegawatdaruratan. Pada pasien dengan ESI 1–2, SEP dapat langsung dibuat di loket pendaftaran IGD. Sementara itu, pasien dengan ESI 3–4 harus menunggu hasil pemeriksaan dokter untuk menentukan apakah kondisi pasien termasuk *emergency* dan dapat dijamin BPJS.

b. Alur dan prosedur pasien masuk untuk dirawat inap melalui IRJ, IRI, IGD manual dan/atau elektronik.

1) Alur dan Prosedur Pasien Rawat Inap melalui Rawat Jalan

a) Pasien datang ke poliklinik untuk melakukan pemeriksaan dan pelayanan oleh dokter sesuai dengan keluhan pasien.

b) Setelah dilakukan pemeriksaan, apabila dokter menetapkan bahwa pasien memerlukan perawatan lebih lanjut melalui rawat inap, dokter membuat surat pengantar rawat inap.

c) Pasien atau keluarga pasien kemudian menuju bagian pendaftaran rawat inap (admisi) untuk melanjutkan proses pendaftaran rawat

inap. Petugas menanyakan identitas pasien dan memastikan kesesuaian data pasien yang terdapat pada sistem dengan identitas yang diberikan.

d) Petugas menanyakan dan melakukan konfirmasi mengenai jenis penjamin yang akan digunakan selama pasien menjalani perawatan, baik JKN, asuransi, penjamin lainnya, maupun pasien umum.
e) Apabila pasien merupakan peserta BPJS, petugas melakukan verifikasi status kepesertaan dengan melakukan sidik jari (*fingerprint*) atau menggunakan pengenalan wajah (*face recognition*) sebagai persyaratan penjaminan.
f) Bagi pasien umum, petugas menanyakan pilihan kelas dan ruang perawatan yang diinginkan oleh pasien atau keluarga sesuai dengan ketentuan dan ketersediaan kamar.
g) Petugas memeriksa ketersediaan tempat tidur atau kamar rawat inap melalui SIMRS. Apabila kamar tersedia, petugas melakukan konfirmasi kepada ruang rawat inap mengenai kesiapan kamar untuk menerima pasien.
h) Petugas menjelaskan kepada pasien atau keluarga mengenai persetujuan umum atau *general consent,* dan setelah disetujui oleh pasien maka berkas *general consent* di tandatangani oleh kedua belah pihak.
i) Petugas memeriksa kembali kelengkapan dan kesesuaian data pasien, termasuk identitas, jenis penjamin, kelas perawatan, serta data pendukung lainnya yang diperlukan dalam proses rawat inap.
j) Petugas melakukan koordinasi dengan petugas terkait untuk proses pemindahan pasien dari bagian asal menuju ruang rawat inap yang telah ditentukan.
k) Pasien kemudian diarahkan atau diantar menuju ruang rawat inap oleh perawat sesuai dengan kamar yang telah tersedia dan ditentukan.

2) Alur Pasien Masuk Rawat Inap melalui IGD

a) Pasien yang telah mendapatkan pemeriksaan di IGD dan dinyatakan perlu menjalani rawat inap oleh dokter, kemudian diarahkan untuk melanjutkan proses administrasi rawat inap melalui bagian admisi.
b) Petugas admisi menerima permintaan rawat inap dari IGD, kemudian melakukan verifikasi identitas pasien.
c) Petugas menanyakan jenis pembiayaan yang akan digunakan pasien selama menjalani perawatan. Untuk pasien BPJS, asuransi, atau penjamin lainnya, petugas melakukan verifikasi kepesertaan. Sementara itu, bagi pasien umum, petugas memberikan informasi mengenai pilihan kelas dan fasilitas perawatan yang tersedia.
d) Petugas admisi melakukan pengecekan ketersediaan kamar atau tempat tidur melalui SIMRS berdasarkan kelas perawatan dan kebutuhan pasien.
e) Petugas melakukan registrasi pasien masuk rawat inap dengan memasukkan dan memperbarui data pasien pada SIMRS.
f) Petugas memberikan informasi kepada pasien atau keluarga mengenai ruang yang akan ditempati, ketentuan pelayanan, serta informasi lain yang berkaitan dengan proses rawat inap.
g) Petugas memberikan penjelasan mengenai *General Consent* kepada pasien atau keluarga. Setelah pasien atau keluarga memahami dan menyetujui ketentuan yang diberikan, kedua belah pihak menandatangani formulir tersebut.
h) Petugas memberikan informasi kepada pasien atau keluarga mengenai kamar yang telah ditentukan dan melakukan koordinasi dengan petugas IGD serta ruang rawat inap mengenai proses pemindahan pasien.
i) Pasien kemudian dipindahkan atau diantar dari IGD menuju ruang rawat inap sesuai dengan kamar yang telah ditentukan.
j) Petugas ruang rawat inap menerima pasien dan melanjutkan proses pelayanan serta perawatan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan medis pasien.

c. Prosedur pencatatan RM selama pasien dirawat baik manual dan/atau elektronik.

Selama pasien menjalani perawatan di ruang rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat, setiap pelayanan yang diberikan kepada pasien didokumentasikan secara elektronik melalui SIMRS. Tenaga kesehatan melakukan pencatatan sesuai dengan pelayanan yang diberikan, meliputi hasil pemeriksaan pasien, kondisi atau perkembangan pasien, diagnosis, tindakan medis, pemberian obat dan terapi, serta pelayanan lainnya yang dilakukan selama pasien dirawat. Pencatatan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan melalui akun masing-masing sesuai dengan kewenangannya. Data yang telah dicatat dalam SIMRS menjadi bagian dari rekam medis elektronik pasien dan digunakan sebagai dokumentasi pelayanan serta sumber informasi bagi petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan selanjutnya.

Selain pencatatan secara elektronik, beberapa dokumen rekam medis masih didokumentasikan dalam bentuk manual, khususnya formulir yang memerlukan tanda tangan pasien sebagai bukti persetujuan atau pengesahan. Formulir tersebut diisi dan ditandatangani secara langsung oleh pasien atau pihak yang berwenang, kemudian menjadi bagian dari dokumen rekam medis pasien.

d. Alur distribusi berkas Rekam medis dari IGD ke ruang rawat inap (RI)

Distribusi dokumen rekam medis pasien dari Instalasi Gawat Darurat (IGD) ke ruang rawat inap dilakukan menggunakan SIMRS dan secara manual. Apabila pasien dinyatakan perlu menjalani rawat inap, petugas IGD membuat pengantar rawat inap dan memasukkan informasi rawat inap pasien ke dalam SIMRS. Data tersebut selanjutnya dapat diakses oleh petugas di ruang rawat inap sesuai dengan tujuan perawatan pasien. Untuk dokumen manual seperti edukasi, hasil EKG, dan *informed consent* akan diserahkan di ruang rawat inap secara langsung. Dengan demikian, proses distribusi informasi dokumen rekam medis dari IGD ke ruang rawat inap dilakukan melalui SIMRS dan secara manual.

3.1.3 Mengidentifikasi variabel dan melaksanakan cara pengisian indeks baik manual dan/atau elektronik.

Pelaksanaan pengindeksan di RS Panti Rapih telah dilakukan secara elektronik melalui sistem yang digunakan oleh rumah sakit. Data indeks diperoleh dari seluruh pelayanan yang diberikan kepada pasien selama mendapatkan pelayanan di rumah sakit. Data diagnosis dan tindakan yang telah diberikan kemudian tercatat dalam sistem, termasuk kode penyakit dan tindakan yang diinput oleh petugas Pengolahan Data Rekam Medis. Selanjutnya, petugas Bagian Pengolahan Data Rekam Medis dapat menarik data indeks dari sistem sesuai dengan kebutuhan pengolahan dan pelaporan data. Selama pelaksanaan praktik, mahasiswa mempelajari proses pengindeksan secara elektronik serta proses penarikan data indeks yang dilakukan pada Bagian Pengolahan Data Rekam Medis. Berikut merupakan hasil identifikasi variabel indeks yang ada di RS Panti Rapih :

a. Indeks Pasien

   Variabel data yang dicantumkan pada indeks pasien meliputi :

   1) Nomor Rekam Medis
   2) Nama Lengkap Pasien
   3) Tanggal Periksa
   4) Umur
   5) Jenis Kelamin
   6) Kode ICD –10
   7) Diagnosa
   8) Alamat

b. Indeks Penyakit/Diagnosis

   Variabel data yang dicantumkan pada indeks penyakit/diagnosis meliputi :

   1) Kode Penyakit
   2) Jenis Penyakit
   3) Golongan Umur :
      a) 0–7 hari
      b) 8 - 28 hari

c) 29 - < 1 tahun
d) 1–4 tahun
e) 5–7 tahun
f) 10 – 14 tahun
g) 15–19 tahun
h) 20–44 tahun
i) 55–59 tahun
j) 60 – 69 tahun
k) ≥ 70 tahun

4) Total JK Lali-laki
5) Total JK Perempuan
6) Total Kasus Baru
7) Total Kasus Lama
8) Total Kunjungan

c. Indeks Dokter

Variabel data yang dicantumkan pada indeks dokter meliputi :

1) Nama Dokter
2) Spesialisasi
3) Jumlah pasien yang dilayani per bulan

d. Indeks Tindakan

Variabel data yang dicantumkan pada indeks tindakan meliputi :

1) Kode tindakan
2) Jenis tindakan
3) Jumlah berdasarkan jenis kelamin perempuan
4) Jumlah berdasarkan jenis kelamin laki-laki
5) Jumlah keseluruhan

e. Indeks Kematian

Variabel data yang dicantumkan pada indeks kematian meliputi :

1) Nama Diagnosa
2) Kode Penyakit
3) Jumlah Laki-laki

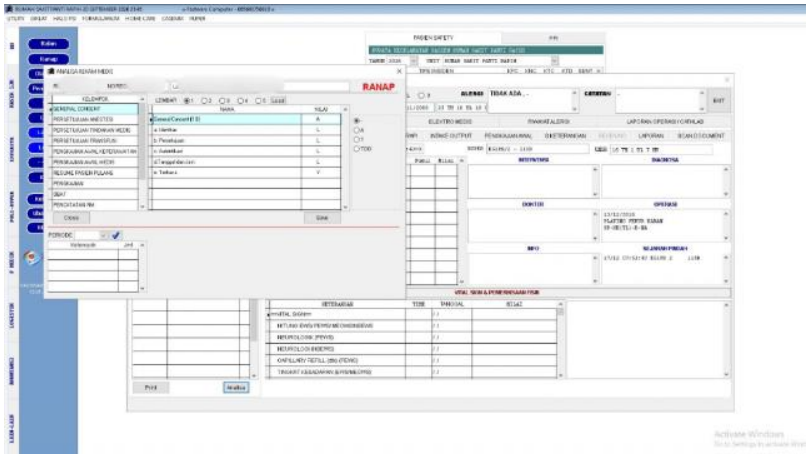
4) Jumlah Perempuan
5) Total Kematian

3.1.4 Menganalisis kelengkapan dan keakuratan (kuantitatif dan kualitatif) isi rekam medis manual dan/atau elektronik.

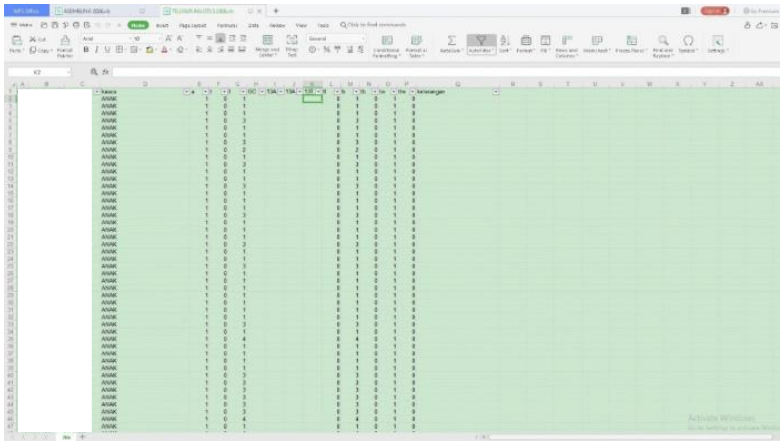
a. Analisis Kuantitatif

Analisis kuantitatif rekam medis di Rumah Sakit Panti Rapih dilakukan menggunakan sistem informasi rumah sakit melalui menu Analisa Rekam Medis. Pada menu tersebut tersedia beberapa kelompok formulir rekam medis yang dapat dianalisis, seperti General Consent, Persetujuan Anestesi, Persetujuan Tindakan Medis, Persetujuan Transfusi, Pengkajian Awal Keperawatan, Pengkajian Awal Medis, Resume Pasien Pulang, Pengkajian, Obat, dan Pencatatan Rekam Medis. Hasil analisis ditampilkan berdasarkan lembar/formulir yang diperiksa dan dapat digunakan untuk melihat status pengisian dokumen rekam medis.

Data hasil analisis kemudian ditarik dari sistem ke dalam lembar kerja untuk dilakukan pengolahan dan rekapitulasi. Data yang ditarik memuat identitas nomor registrasi, nomor rekam medis, kelompok/kasus pasien, serta hasil pemeriksaan terhadap beberapa komponen atau formulir rekam medis. Hasil pemeriksaan kemudian digunakan sebagai dasar dalam melakukan rekapitulasi analisis kuantitatif.

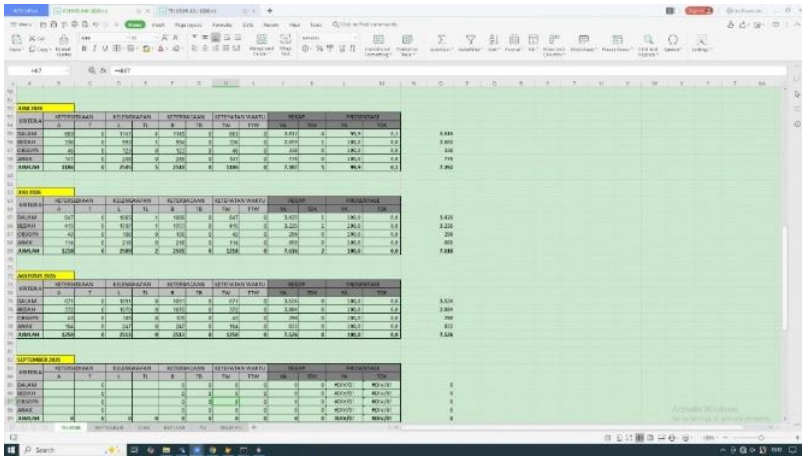


Gambar 3. 2 Tampilan Fitur Analisa Kuantitaf



Gambar 3. 3 Hasil Tarikan Data dari Sistem

Rekapitulasi dilakukan berdasarkan beberapa kriteria, yaitu ketersediaan, kelengkapan, keterbacaan, dan ketepatan waktu. Pada rekapitulasi, kriteria ketersediaan dibedakan menjadi ada (A) dan tidak ada (T), kelengkapan menjadi lengkap (L) dan tidak lengkap (TL), keterbacaan menjadi terbaca (B) dan tidak terbaca (TB), serta ketepatan waktu menjadi tepat waktu (TW) dan tidak tepat waktu (TTW). Hasil pemeriksaan kemudian direkap berdasarkan bagian pelayanan, yaitu Dalam, Bedah, Obsgyn, dan Anak, serta disajikan dalam jumlah hasil pemeriksaan dan persentase.



Gambar 3. 4 HasiL Rekapitulasi Analisa Kuantitatif

Berdasarkan rekapitulasi, analisis kuantitatif dilakukan secara berkala berdasarkan periode bulanan. Pada lembar rekapitulasi terlihat data untuk bulan Juni, Juli, dan Agustus 2026, sedangkan periode September masih

dalam proses pengisian. Rekapitulasi tersebut menghasilkan jumlah dan persentase hasil analisis pada masing-masing kriteria sebagai bahan pemantauan kelengkapan dan kualitas pengisian rekam medis.

b. Analisis Kulaitatif

Analisis kualitatif merupakan review terhadap dokumen rekam medis yang meliputi kesesuaian isi dokumen rekam medis menggunakan tools telaah rekam medis Analisis ini dilakukan oleh panitia rekam medis yang dilaporkan setiap triwulan kepada direksi. Dalam pelaksanaan magang, mahasiswa tidak melakukan analisis kualitatif.

3.1.5 Melaksanakan penyimpanan, pengambilan kembali dan penjajaran dokumen Rekam Medis.

a. Melakukan kegiatan penyimpanan dan penjajaran dokumen RM yang digunakan sesuai kebijakan RS.

Penyimpanan rekam medis di Rumah Sakit Panti Rapih dilakukan dengan memisahkan beberapa berkas tertentu, seperti resume medis, persetujuan tindakan kedokteran, persetujuan tindakan transfusi darah, kemoterapi, radiologi, anestesi, grafik atau cap telapak kaki bayi, penolakan tindakan kedokteran, pernyataan pulang atas permintaan sendiri, serah terima bayi, persetujuan tindakan tes anti-HIV, Form MOW, Form Amputasi, dan surat pernyataan. Berkas-berkas tersebut disimpan selama 5 (lima) tahun dan kemudian digabungkan ke dalam satu map besar yang diurutkan berdasarkan tanggal. Sementara itu, berkas rekam medis lainnya disimpan selama 1 (satu) tahun sebelum dilakukan pemusnahan.

b. Mengambil kembali (retrieval) dokumen RM yang diperlukan/dipinjam untuk memenuhi kebutuhan pasien dan kebutuhan lainnya, termasuk pembuatan dan pemanfaatan tracer.

Pada pengelolaan RME, proses retrieval dokumen rekam medis sudah tidak menggunakan tracer maupun berkas rekam medis manual. Untuk kebutuhan peminjaman atau akses kembali terhadap informasi rekam medis, digunakan RM Penelitian. Petugas membuat user dan password bagi pihak yang membutuhkan akses, kemudian menetapkan tanggal mulai (start) dan

tanggal berakhir (expired) akses. Setelah melewati tanggal expired, akses terhadap dokumen secara otomatis tidak dapat digunakan sehingga pihak yang membutuhkan harus mengajukan perpanjangan akses kembali.

3.1.6 Mengetahui dan memahami cara retensi dan pemusnahan rekam medis di Rumah Sakit, meliputi pemilahan, penyimpanan rekam medis inaktif, penilaian dan pemusnahan rekam medis baik manual dan/atau elektronik.

Proses retensi dilakukan setelah assembling, scanning, dan analisis. Petugas assembling melakukan pemilahan berdasarkan tanggal kunjungan atau tanggal pasien keluar. Rekam medis yang sudah jarang digunakan disimpan dalam *outner* (folder hitam) selama 5 tahun, yang berisi resume medis serta formulir persetujuan dan penolakan. RM 1 (Ringkasan Masuk dan Keluar/lembar masuk) dan rekam medis lainnya disimpan dalam kardus selama 1 tahun.

Setelah melewati masa penyimpanan, rekam medis dicacah oleh pihak ketiga. Proses retensi dan pemusnahan dilakukan untuk mengelola rekam medis yang sudah jarang digunakan, dengan tetap memungkinkan berkas dicari kembali apabila diperlukan.

3.1.7 Mampu mendesain formulir baik manual atau elektronik.

a. Mengetahui jenis formulir pada Rekam Kesehatan Elektronik

Berdasarkan hasil identifikasi, Rekam Kesehatan Elektronik (RKE) di rumah sakit memiliki berbagai jenis formulir yang digunakan untuk mendukung proses pelayanan dan pendokumentasian informasi pasien. Formulir tersebut mencakup formulir identitas dan administrasi, persetujuan tindakan, asesmen dan perkembangan pasien, pengobatan, pemeriksaan penunjang, tindakan operasi, hingga formulir khusus pada pelayanan tertentu. Jenis formulir yang digunakan dalam RKE dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 3. 1 Jenis-jenis Formulir Rekam Medis

No	Nomor Formulir	Nama Formulir
1	RM 21	Resume Medis
2	RM 13A	Pemberian informasi dan persetujuan tindakan kedokteran

3	RM 13A-TRANSFUSI	Pemberian informasi & persetujuan tindakan transfusi darah
4	RM 13A-CHEMO	Pemberian Informasi & persetujuan tindakan kemoterapi
5	RM 13A-RADIOLOGI	Pemberian Informasi & persetujuan tindakan radiologi
6	RM 13B	Pemberian informasi & persetujuan tindakan anestesi
7	RM 08 (biasanya pasien bayi)	Grafik/ cap telapak kaki bayi
8	RM 18	Pemberian informasi & penolakan tindakan kedokteran
9	RM 19	Pernyataan pulang atas permintaan sendiri
10	RM 23A	Serah Terima Bayi
11	RM HIV-01	Pemberian informasi & persetujuan tindakan test anti HIV
12	Form MOW	Persetujuan Untuk Tindakan Ke Direksi (Biasanya Ada 3 Lembar)
13	Form Amputasi	Formulir Penyerahan Organ Amputasi Kepada Keluarga
14	Surat Pernyataan	Lembar pernyataan
15	RM 01	Ringkasan Keluar Masuk
16	Rujukan	Surat Rujukan dari faskes lain (bila ada) → SEP disertakan
17	RM IGD (bila ada)	IGD
18	CODE BLUE	Code blue
19	RM01 A	Surat Pengantar Dirawat
20	RM 01B	General Consent
21	RM 01C	Daftar Dokter DPJP
22	RM 21	Pendidikan Pasien dan Keluarga
23	RM 02J	Informasi Pencarian Ruang Perawatan & Pemberian Informasi Kepada Pasien/Keluarga Terintegrasi
24	RM 02K	Rekonsiliasi Obat
25	RM 02M	Asesmen Akhir Hidup
26	RM 02Q	Skrining Rawat Gabung Bayi
27	RM 04	Catatan Perkembangan Terintegrasi
28	RM 04B-1	Asessment Pasien Fisioterapi Muskuloskeletal

29	RM 04B-2	Asessment Pasien Fisioterapi Neuromuskuler
30	RM 04B-3	Asessment Pasien Fisioterapi Kardiorespirasi
31	RM 04C	Asuhan Gizi
32	RM 04D	Penetapan Status Do Not Resuscitate/DNR
33	RM 05	Rencana Tindakan Keperawatan
34	RM 07A	Catatan Pengobatan oral
35	RM 07B	Catatan Pengobatan injeksi
36	RM 07C	Catatan pengobatan tropical, suppositoria, ovula, nebule & bila perlu
37	RM 07D	Catatan pengobatan di perawatan intensif
38	RM 09	Pemantauan Nyeri
39	RM 10	Transfusi Darah
40	RM 11	Laboratorium
41	RM 11B	Laboratorium khusus
42	Penunjang Luar	Hasil pemeriksaan radiologi, Patologi anatomi, EEG, ECG, USG, EKG di luar / yankes lain
43	RM 12B	Hasil pemeriksaan radiologi, Patologi anatomi, Protokol Kemoterapi; EEG, ECG, USG, EKG, ENDOSCOPY, COLONOSCOPY, E C H O, RONTGEN GIGI
44	RM 12C	Penempelan perekaman EKG 12 Lead
45	Penunjang Lain-lain	Penunjang lain-lain
46	RM 13C	Persetujuan biaya tindakan medik, obat, pemeriksaan penunjang medik
47	RM 13D	Persetujuan biaya dan persetujuan masuk ruang perawatan intensif
48	RM 13G	Formulir Kenaikan Kelas Atas Permintaan Pasien
49	RM 14 CATH-LAB	Hasil Pemeriksaan Cath Lab, Asuhan Keperawatan Diagnostik/Intervensi Invasif, Procedure LOG
50	Form Bedah Urologi	Lampiran kertas bedah urologi
51	RM 14	Asuhan Keperawatan Perioperasi
52	RM 14A	Pengkajian Para Bedah dan Site Marking
53	RM 14B	Pengkajian Pra Anestesi/Sedasi

54	RM 15A	Catatan Anestesi
55	RM 15B	Laporan Operasi
56	RM 16A	Checklist Keselamatan Pembedahan
57	RM 17A	Konsultasi
58	RM 17B	Alih rawat/pindah dokter
59	RM 20A	Ceklist Seleksi Pasien Masuk ke ICU/ICCU/IMC
60	RM 20B	Ceklist Seleksi Pasien Keluar dari ICU/ICCU/IMC
61	RM 20E	Ceklist Seleksi Pasien Masuk NICU
62	RM 20G	Ceklist Seleksi Pasien Masuk dari Bagian Stroke
63	RM 20H	Ceklist Seleksi Pasien Keluar dari Bagian Stroke
64	RM 21B	Resume keperawatan pasien pindah ruang
65	RM 27	Formulir Pelayanan Kerohanian dan atau Pendampingan
		Partograf
66	RM S01-S08	Checklist Stroke Bagian
67	RMRJ-10	HD

b. Mengevaluasi jenis format formulir.

Formulir Pemberian Informasi dan Persetujuan Tindakan Kedokteran (RM-13A) di RS Panti Rapih merupakan formulir manual dalam bentuk lembar cetak yang terdiri dari dua halaman. Formulir menggunakan beberapa jenis format pengisian, yaitu kolom isian, tabel, pernyataan, pilihan, serta tanda tangan. Pada halaman pertama terdapat identitas pihak yang terkait, meliputi nama, usia, jenis kelamin, dan alamat, serta bagian pernyataan persetujuan tindakan yang dilengkapi dengan tanggal dan waktu. Formulir juga menyediakan bagian tanda tangan bagi pihak yang menyatakan, saksi, dan dokter pelaksana tindakan. Pada halaman kedua, formulir menggunakan format tabel yang memuat nomor, jenis informasi, isi informasi, dan paraf penerima informasi. Jenis informasi yang dicatat meliputi diagnosis, dasar diagnosis, tindakan kedokteran, indikasi tindakan, tujuan tindakan, tata cara tindakan, risiko dan komplikasi tindakan, alternatif

dan risiko, prognosis, serta perkiraan biaya. Selain itu, terdapat bagian identitas dokter pelaksana tindakan, pemberi informasi, dan penerima informasi serta pernyataan yang dilengkapi tanda tangan. Berdasarkan formatnya, formulir RM-13A disusun secara terstruktur dengan menyesuaikan bentuk pengisian terhadap informasi yang perlu didokumentasikan dalam proses pemberian informasi dan persetujuan tindakan kedokteran.

c. Mampu merancang kebutuhan data dasar pelayanan kesehatan dan mendesain formulir baik manual atau elektronik.

   Data dasar pelayanan kesehatan merupakan kumpulan data yang dibutuhkan untuk mendukung pelayanan kesehatan pasien di rumah sakit. Data tersebut diperoleh dari proses pelayanan pasien dan dicatat sesuai dengan kebutuhan informasi pada setiap jenis pelayanan. Secara umum, data dasar pelayanan kesehatan terdiri atas data sosial dan data medis. Data sosial berkaitan dengan identitas serta informasi demografi pasien, sedangkan data medis berkaitan dengan kondisi kesehatan dan pelayanan medis yang diterima pasien.

   1) Data Sosial

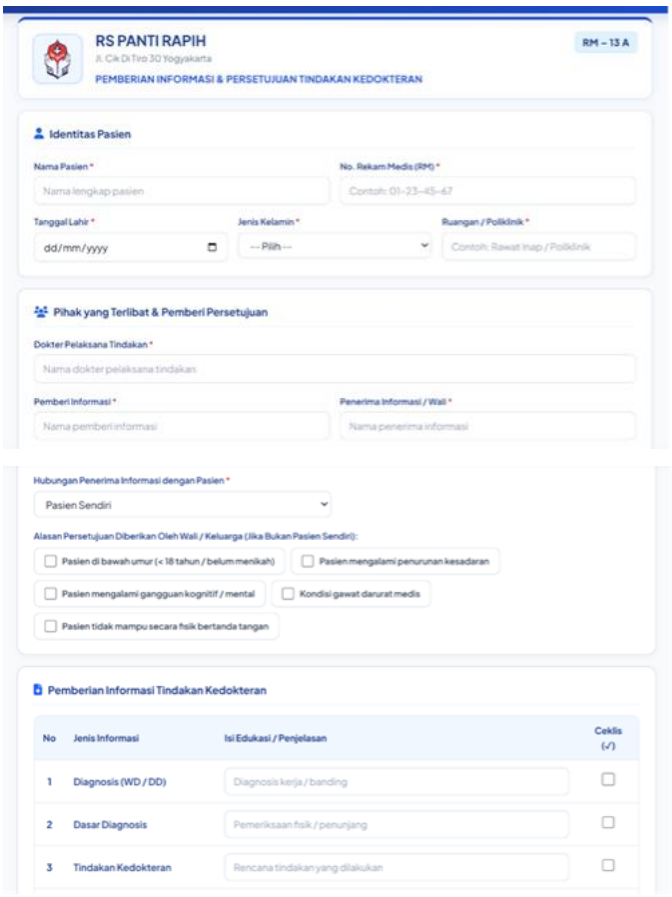
      Data sosial merupakan data yang berkaitan dengan identitas dan demografi pasien yang diperlukan dalam proses pelayanan kesehatan. Di RS Panti Rapih, data sosial pasien meliputi nomor rekam medis, nama lengkap, Nomor Induk Kependudukan (NIK), jenis kelamin, tanggal lahir, umur, tempat lahir, nomor WhatsApp atau telepon, alamat domisili, alamat sesuai KTP, pekerjaan, nomor BPJS apabila memiliki, dan nama ibu kandung. Selain data identitas tersebut, terdapat data sosial pasien yang meliputi agama, status perkawinan, pendidikan terakhir, golongan darah, dan kewarganegaraan.

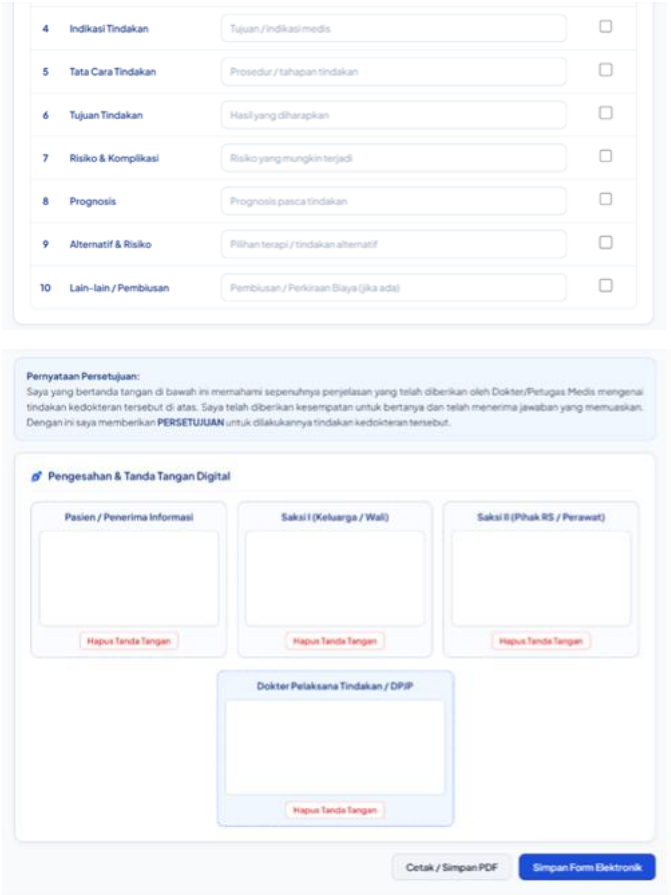
   2) Data Medis

      Data medis merupakan informasi yang berkaitan dengan kondisi kesehatan pasien dan pelayanan medis yang diberikan selama pasien memperoleh pelayanan di rumah sakit. Data medis di RS Panti Rapih meliputi keluhan pasien, hasil anamnesis, riwayat penyakit, hasil

pemeriksaan fisik, diagnosis, tindakan medis, hasil pemeriksaan penunjang, pengobatan selama dirawat, serta catatan perkembangan kondisi pasien. Data tersebut dicatat sesuai dengan pelayanan yang diterima pasien dan digunakan sebagai dasar dalam pemberian pelayanan, pencatatan rekam medis, serta pengolahan data pelayanan kesehatan.

Berikut merupakan hasil desain formulir elektronik persetujuan tindakan:





Gambar 3. 5 Desain Formulir Elektronik Persetujuan Tindakan

3.1.8 Menghitung jumlah kebutuhan PMIK di Rekam Medis dengan menggunakan metode ABK Kes

a. Menentukan Waktu Kerja Tersedia (WKT)

Waktu Kerja Tersedia (WKT) adalah jumlah waktu yang tersedia bagi seorang tenaga kesehatan untuk melaksanakan kegiatan pelayanan selama satu tahun. WKT digunakan sebagai dasar dalam menghitung kebutuhan tenaga dengan mempertimbangkan jumlah hari kerja, cuti, hari libur, ketidakhadiran karena sakit atau keperluan lainnya, serta waktu kerja efektif dalam satu hari.

Secara umum, perhitungan WKT dalam metode ABK-Kes dilakukan dengan rumus: $WKT = \{A - (B + C + D + E)\} \times F$

Tabel 3. 2 Waktu Kerja Tersedia (WKT)

Kode	Komponen	Jumlah	Satuan
A	Hari Kerja	312	Hari

B	Cuti Pegawai	12	Hari
C	Diklat	5	Hari
D	Libur Nasional	15	Hari
E	Ketidakhadiran Kerja	7	Hari
F	Waktu Kerja	7	Hari
G	Kelonggaran	1	Hari
WK	**Waktu Kerja (Kerja)**	273	Jam/Hari
WKT	**Waktu Kerja Tersedia (Jam)**	1911	Jam/Tahun
Waktu Kerja Tersedia (WKT) dibulatkan (jam)		114.660	Menit/tahun

Secara umum, perhitungan WKT dalam metode ABK-Kes dilakukan dengan rumus: $WKT = \{A - (B + C + D + E)\} \times F$

b. Menentukan komponen beban kerja dan norma waktu

Komponen beban kerja merupakan berbagai jenis kegiatan dan tugas yang dilakukan oleh SDMK sesuai dengan tugas pokok dan fungsi yang dimilikinya, sedangkan norma waktu merupakan rata-rata waktu yang diperlukan oleh seorang SDMK yang memiliki kemampuan dan keterampilan untuk menyelesaikan suatu kegiatan sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku di fasilitas pelayanan kesehatan.

Tabel 3. 3 Komponen Beban Kerja dan Norma Waktu di Bagian Assembling

No	Jenis Tugas	Komponen Beban Kerja	Norma Waktu	Satuan
1	Tugas Pokok	Merakit berkas	10	Harian
2	Tugas Pokok	Keliling bangsal	30	Harian
3	Tugas Pokok	*Print* dan Cek untuk pengambilan ke bangsal	10	Harian
4	Tugas Pokok	Scan dokumen RI	4	Harian
5	Tugas Pokok	*Upload* MR scan	2	Harian
6	Tugas Pokok	Scan Hasil TSH	2	Bulanan
7	Tugas Pokok	*Upload* Hasil TSH	1	Bulanan
8	Tugas Pokok	Telaah dokumen	5	Harian
9	Tugas Pokok	Memasukkan lembar lepas usulan dari bangsal	5	Harian
10	Tugas Pokok	Input laporan telaah	60	Bulanan
11	Tugas Pokok	Input laporan scan 2x24 jam	30	Bulanan

12	Tugas Penunjang	Retensi Dokumen Rawat Inap	60	Harian
13	Tugas Penunjang	Menyiapkan kotak kardus rekam medis	5	Harian
14	Tugas Penunjang	Memasukkan berkas ke kotak kardus	5	Harian
15	Tugas Penunjang	Menyiapkan ordner	5	Harian
16	Tugas Penunjang	Memasukkan berkas ke ordner	15	Harian
17	Tugas Penunjang	Cek ATK Rekam Medis	20	Harian

c. Menghitung Standar Beban Kerja (SBK)

Perhitungan Standar Beban Kerja (SBK) dilakukan untuk mengetahui kemampuan tenaga dalam menyelesaikan setiap kegiatan yang menjadi tugas pada Bagian Assembling. Perhitungan dilakukan dengan mengidentifikasi norma waktu setiap kegiatan, satuan kegiatan, serta Waktu Kerja Tersedia (WKT). SBK diperoleh dari perbandingan antara WKT dengan norma waktu pada masing-masing kegiatan. Berdasarkan hasil perhitungan, SBK pada setiap kegiatan memiliki nilai yang berbeda sesuai dengan norma waktu yang diperlukan. Semakin kecil norma waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan suatu kegiatan, maka semakin besar nilai SBK yang dihasilkan. Hasil perhitungan SBK tersebut selanjutnya digunakan sebagai dasar dalam menghitung kebutuhan tenaga pada Bagian Assembling.

Tabel 3. 4 Standar Beban Kerja (SBK)

No	Jenis Tugas	Komponen Beban Kerja	Norma Waktu	Satuan	WKT	SBK
1	Tugas Pokok	Merakit berkas	10	Harian	114.660	11.466
2	Tugas Pokok	Keliling bangsal	30	Harian	114.660	3.822
3	Tugas Pokok	*Print* dan Cek untuk pengambilan ke bangsal	10	Harian	114.660	11.466
4	Tugas Pokok	Scan dokumen RI	4	Harian	114.660	28.665
5	Tugas Pokok	*Upload* MR scan	2	Harian	114.660	57.330
6	Tugas Pokok	Scan Hasil TSH	2	Bulanan	114.660	57.330
7	Tugas Pokok	*Upload* Hasil TSH	1	Bulanan	114.660	144.664
8	Tugas Pokok	Telaah dokumen	5	Harian	114.660	22.932

9	Tugas Pokok	Memasukkan lembar lepas usulan dari bangsal	5	Harian	114.660	22.932
10	Tugas Pokok	Input laporan telaah	60	Bulanan	114.660	1.911
11	Tugas Pokok	Input laporan scan 2x24 jam	30	Bulanan	114.660	3.822
12	Tugas Penunjang	Retensi Dokumen Rawat Inap	60	Harian	114.660	1.911
13	Tugas Penunjang	Menyiapkan kotak kardus rekam medis	5	Harian	114.660	22.932
14	Tugas Penunjang	Memasukkan berkas ke kotak kardus	5	Harian	114.660	22.932
15	Tugas Penunjang	Menyiapkan ordner	5	Harian	114.660	22.932
16	Tugas Penunjang	Memasukkan berkas ke ordner	15	Harian	114.660	7.644
17	Tugas Penunjang	Cek ATK Rekam Medis	20	Harian	114.660	5.733

d. Menghitung Standar Kegiatan Penunjang (STP)

Perhitungan Standar Tugas Penunjang (STP) dilakukan untuk mengetahui proporsi waktu yang digunakan petugas dalam melaksanakan kegiatan penunjang di Bagian Assembling. Perhitungan dilakukan berdasarkan rata-rata waktu, satuan kegiatan, waktu kegiatan, dan Waktu Kerja Tersedia (WKT) untuk memperoleh Faktor Tugas Penunjang (FTP). Berdasarkan hasil perhitungan, diperoleh FTP sebesar 29,92%. Nilai tersebut kemudian digunakan untuk menghitung Standar Tugas Penunjang (STP) dan diperoleh nilai 1,43. Nilai STP selanjutnya digunakan dalam perhitungan kebutuhan SDMK Bagian Assembling bersama dengan hasil perhitungan kebutuhan tenaga tugas pokok.

Tabel 3. 5 Standar Tugas Penunjang (STP)

No	Jenis Tugas	Komponen Beban Kerja	Rata-Rata Waktu	Satuan	Waktu Kegiatan	WKT	FTP
1	Tugas Penunjang	Retensi dokumen Rawat Inap	60	Harian	720	114.660	0,63
2	Tugas Penunjang	Menyiapkan kotak kardus rekam medis	5	Harian	120	114.660	0,1
3	Tugas Penunjang	Memasukkan berkas ke kotak kardus	5	Harian	480	114.660	0,42
4	Tugas Penunjang	Menyiapkan ordner	5	Harian	120	114.660	0,1
5	Tugas Penunjang	Memasukkan berkas ke ordner	15	Harian	720	114.660	0,63
6	Tugas Penunjang	Cek ATK Rekam Medis	20	Harian	480	114.660	0,42
Faktor Tugas Penunjang (FTP) dalam %							2,3
Standar Tugas Penunjang (STP) = (1/(1-FTP/100))							1,02

e. Menghitung Kebutuhan SDMK

Kebutuhan SDMK dihitung dengan membandingkan capaian kegiatan selama satu tahun dengan Standar Beban Kerja (SBK) pada setiap kegiatan pokok. Selanjutnya seluruh kebutuhan tenaga dijumlahkan untuk memperoleh Jumlah Kebutuhan Tenaga (JKT) dan dikalikan dengan Standar Tugas Penunjang (STP).

Tabel 3. 6 Kebutuhan SDMIK RMIK Bagian Assembling

No	Kegiatan Pokok	Capaian (1 Tahun)	SBK	Kebutuhan SDMK
1	Merakit berkas	15.600	11.466	1,36
2	Keliling bangsal	624	3.822	0,16
3	Print dan Cek untuk pengambilan ke bangsal	312	11.466	0,03

4	Scan dokumen RI	15.600	28.665	0,54
5	Upload MR scan	15.600	57.330	0,27
6	Scan Hasil TSH	600	57.330	0,01
7	Upload Hasil TSH	600	114.660	0,01
8	Telaah dokumen	15.600	22.932	0,68
9	Memasukkan lembar lepas usulan dari bangsal	624	22.932	0,03
10	Input laporan telaah	12	1911	0,01
11	Input laporan scan 2x24 jam	12	3822	0,00
Jumlah Kebutuhan Tenaga Tugas Pokok = JKT				**3,1**
Standar Tugas penunjang (STP)				**1,02**
Kebutuhan SDM Bagian Assembling (JKTxSTP)				**3,16 (dibulatkan menjadi 3 Orang)**

Berdasarkan hasil perhitungan menggunakan metode ABK-Kes, diperoleh jumlah Kebutuhan SDM pada unit Assembling sebanyak 3 orang. Pada saat ini, petugas yang ada di unit Assembling sebanyak 3 orang (2 tenaga tetap dan 1 petugas rolling). Berdasarkan hasil analisis tersebut, jumlah SDM unit Assembling sudah mencukupi dan beban kerja sudah didistribusikan secara optimal.

3.1.9 Melaksanakan kegiatan menjaga mutu rekam medis.

a. Mengidentifikasi standar akreditasi pelayanan rekam medis yang berlaku di Rumah Sakit.

Standar akreditasi pelayanan rekam medis di rumah sakit mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. Dalam standar tersebut, pelayanan rekam medis berkaitan dengan kelompok Manajemen Informasi dan Rekam Medis, yang mencakup pengelolaan informasi dan rekam medis pasien, kelengkapan serta keamanan data, kerahasiaan informasi pasien, dan ketersediaan informasi yang mendukung pelayanan. Selain itu, pelaksanaan rekam medis juga mengacu pada Peraturan

Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis sebagai dasar penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit.

b. Identifikasi dan menganalisis Sasaran Mutu bagian Rekam Medis. Sasaran mutu dapat berupa: angka kelengkapan; angka keterlambatan.

Sasaran mutu pada bagian Rekam Medis di Rumah Sakit Panti Rapih diukur melalui beberapa indikator, di antaranya kelengkapan pengisian RMRJ-1 dan ketepatan waktu pendaftaran pasien baru rawat jalan ≤5 menit. Berdasarkan data Januari–Juli 2026, capaian kelengkapan pengisian RMRJ-1 berada pada 98–99%, dengan target sebesar 100%. Data tersebut menunjukkan bahwa tingkat kelengkapan pengisian RMRJ-1 telah berada pada capaian yang tinggi dan secara berkala dilakukan pemantauan terhadap kelengkapan dokumen rekam medis. Indikator lainnya yaitu ketepatan waktu pendaftaran pasien baru rawat jalan ≤5 menit. Berdasarkan data Januari–Agustus 2026, capaian indikator berada pada rentang 87–93%, dengan target sebesar 100%. Data sasaran mutu tersebut digunakan sebagai bahan pemantauan dan evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan pelayanan, sehingga bagian dapat mengetahui perkembangan capaian indikator mutu dari waktu ke waktu dan melakukan tindak lanjut sesuai kebutuhan.

c. Menganalisis bagian rekam medis untuk mengkaji kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman (SWOT).

    1) Mengidentifikasi kekuatan (Strength) Instalasi Rekam Medis di Rumah Sakit Panti Rapih.
        a) Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Panti Rapih memiliki SDM dengan profesi PMIK yang tersedia dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan rekam medis.
        b) Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Panti Rapih memiliki ruang kerja yang cukup untuk melaksanakan kegiatan pelayanan.
        c) Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Panti Rapih memiliki SDM yang banyak dan didominasi oleh generasi muda.

d) Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Panti Rapih memiliki visi, misi, dan nilai ICARE sebagai pedoman dalam pelaksanaan kegiatan di lingkungan rumah sakit.

2) Mengidentifikasi kelemahan (Weakness) Instalasi Rekam Medis di Rumah Sakit Panti Rapih.
   a) Sirkulasi udara pada ruang kerja rekam medis, khususnya ruang arsip, masih kurang sehat karena terdapat banyak debu.
   b) Instalasi Rekam Medis menghadapi kondisi SIMRS yang masih berjalan menggunakan dua sistem.
   c) Lingkungan kerja pada Instalasi Rekam Medis masih kurang sehat.
3) Mengidentifikasi peluang (Opportbagiany) Instalasi Rekam Medis di Rumah Sakit Panti Rapih.
   a) Rumah Sakit Panti Rapih telah menerapkan Rekam Medis Elektronik (RME) secara hybrid.
   b) Rumah Sakit Panti Rapih telah memiliki fasilitas pendaftaran dengan pemanfaatan teknologi.
   c) Terdapat dukungan manajemen terhadap keselamatan karyawan di Rumah Sakit Panti Rapih.
4) Mengidentifikasi ancaman (Threat) Instalasi Rekam Medis di Rumah Sakit Panti Rapih.
   a) Pengembangan RME berpotensi tertinggal dibandingkan rumah sakit lain karena masih terdapat dua sistem SIMRS yang berjalan.
   b) SDM generasi junior masih kurang mendalami nilai ICARE.
   c) SDM generasi senior masih kurang memahami teknologi.
   d) SDM belum sepenuhnya siap menuju rumah sakit internasional, khususnya dalam kemampuan bahasa asing.

d. Mengidentifikasi dan menganalisis masalah yang berkaitan dengan Manajemen Mutu Rekam Medis.

   Berdasarkan kegiatan praktik di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta, salah satu masalah yang berkaitan dengan manajemen mutu rekam medis adalah

masih ditemukannya rekam medis yang belum lengkap pada bagian tanda tangan dokter. Temuan tersebut diperoleh pada saat dilakukan pemeriksaan terhadap kelengkapan dokumen rekam medis. Dokumen yang belum memiliki tanda tangan dokter menjadi temuan yang perlu ditindaklanjuti oleh petugas terkait agar kelengkapan dokumentasi rekam medis dapat terpenuhi. Kelengkapan tanda tangan merupakan salah satu bagian dari mutu rekam medis karena berkaitan dengan keabsahan dan pertanggungjawaban dokumentasi pelayanan yang diberikan. Apabila tanda tangan belum tercantum, maka dokumen perlu dikonfirmasi dan dilengkapi oleh tenaga kesehatan yang berwenang. Dengan demikian, pemeriksaan kelengkapan rekam medis dan tindak lanjut terhadap dokumen yang belum lengkap menjadi bagian penting dalam menjaga mutu rekam medis serta memastikan informasi pelayanan terdokumentasi secara lengkap dan dapat dipertanggungjawabkan.

3.1.10 Melaksanakan tugas peran PMIK dalam mengelola bagian kerja yang berhubungan dengan perencanaan, pengorganisasian, penataan dan pengontrolan bagian kerja RMIK di fasilitas pelayanan Kesehatan.

a. Mengidentifikasi SDM di Bagian Kerja Rekam Medis

Sumber daya manusia merupakan salah satu faktor yang mendukung terlaksananya kegiatan di Bagian Kerja Rekam Medis. Identifikasi sumber daya manusia (SDM) yang ada di Instalasi Rekam Medis RS Panti Rapih, sebagai berikut :

Tabel 3. 7 SDM di Bagian Kerja Rekam Medis

No	Jabatan	Jumlah
1	Kepala Instalasi Rekam Medis	1
2	Penanggungjawab penyimpanan, pengolahan, dan pelaporan data	1
3	Penanggung Jawab pendaftaran pasien	1
4	Staf Olah Data	5
5	Staf Penyimpanan	12
6	Staf perakitan dan analisa	3
7	Staf pelayanan surat keterangan medis	2

8	Staf pendaftaran Eksekutif dan Online	6
9	Staf Pendaftaran Rawat Jalan, IGD, serta Klinik Carlo	20

Sumber data: Pedoman Pengorganisasian Instalasi Rekam Medik

b. Menggambarkan struktur organisasi Bagian Rekam Medis lengkap dengan jabatan, sistem penempatan jabatan, syarat dan kualifikasi masing-masing jabatan

Berikut adalah struktur organisasi rekam medis:



Gambar 3. 6 Struktur Organisasi Instalasi Rekam Medis

1) Kepala Instalasi Rekam Medis

Merencanakan, mengembangkan dan memastikan bahwa proses penyelenggaraan rekam medis dan informasi kesehatan berjalan baik sesuai standar yang berlaku di RS Panti Rapih dengan cara melakukan monitoring dan evaluasi berkelanjutan, serta menjamin terpenuhinya kebutuhan tenaga dan fasilitas pendukung proses penyelenggaraan rekam medis dan informasi kesehatan.

2) Penanggung jawab (PJ) Pendaftaran pasien

Menyelenggarakan kegiatan perencanaan, pengembangan, dan monitoring proses pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan di bawah kepala Instalasi Rekam Medis sehingga pendaftaran pasien berjalan baik sesuai dengan standar yang berlaku di RS Panti Rapih.

3) Penanggung jawab (PJ) Penyimpanan, Pengolahan, dan Pelaporan Data

Menjamin proses pelayanan perakitan dan analisa dokumen rekam medis, pengolahan data rekam medis, penyimpanan dokumen rekam medis, serta pelayanan surat keterangan medis dilaksanakan oleh pelaksana di bawah tanggung jawabnya berjalan optimal guna sesuai dengan standar yang berlaku di Rumah Sakit Panti Rapih.

Tabel 3. 8 Syarat dan Kualifikasi Petugas di Instalasi Rekam Medis

No.	Jabatan	Standar Minimal RSPR		
		Pendidikan	**Pengalaman Kerja**	**Sertifikat/Pelatihan**
1	Kepala Instalasi Rekam Medis	D3 Rekam Medis	5	1-7
2	Penanggungjawab penyimpanan, pengolahan, dan pelaporan data	D3 Rekam Medis	3	1-7
3	Penanggung Jawab pendaftaran pasien	D3 Rekam Medis	3	1-7
4	Staf Olah Data	D3 Rekam Medis	1	1-2-3-4-6-7
5	Staf Penyimpanan	SLTA	0	1-3-6-7
6	Staf perakitan dan analisa	D3 Rekam Medis	0	1-3-6-7
7	Staf pelayanan surat keterangan medis	D3 Rekam Medis	0	1-3-6-7
8	Staf pendaftaran Eksekutif dan Online	D3	0	1-3-6-7
9	Staf Pendaftaran Rawat Jalan, IGD, serta Klinik Carlo	D3	0	1-3-6-7

Jenis Sertifikat/Pelatihan 1. Manajemen Rekam Medis 2. Koding Diagnosa dan Tindakan	3. Aspek Hukum dan Etika Profesi 4. Statistik RS	5. Manajemen Bagian Kerja Rekam medis 6. Mutu rekam medis 7. Pelatihan customer service

a. Mengidentifikasi struktur organisasi Bagian Rekam Medis berikut nama, jabatan, tugas, wewenang dan tanggung jawab pimpinan, staf dan masing masing karyawan termasuk job descriptionnya

1) Identifikasi Struktur Organisasi Bagian Rekam Medis dan Informasi Kesehatan RS Panti Rapih Yogyakarta

Bagian Rekam Medis dan Informasi Kesehatan RS Panti Rapih Yogyakarta memiliki struktur organisasi yang dipimpin oleh Kepala Instalasi Rekam Medis. Dalam pelaksanaan pelayanan, Kepala Instalasi Rekam Medis dibantu oleh dua penanggung jawab, yaitu Penanggung Jawab Pendaftaran Pasien serta Penanggung Jawab Penyimpanan, Pengolahan, dan Pelaporan Data. Masing-masing penanggung jawab memiliki staf pelaksana yang menjalankan kegiatan pelayanan rekam medis sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya.

2) Identifikasi Tugas Pokok, Fungsi, Wewenang, dan Tanggung Jawab Bagian Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.

a) Kepala Instalasi Rekam Medis

Kepala Instalasi Rekam Medis memiliki tugas dalam merencanakan, mengembangkan, serta memastikan proses penyelenggaraan rekam medis dan informasi kesehatan berjalan sesuai dengan standar yang berlaku di RS Panti Rapih Yogyakarta. Kepala Instalasi Rekam Medis juga bertanggung jawab dalam melakukan monitoring dan evaluasi pelayanan rekam medis secara

berkelanjutan serta menjamin terpenuhinya kebutuhan tenaga dan fasilitas pendukung pelayanan rekam medis.

Tugas dan tanggung jawab Kepala Instalasi Rekam Medis sebagai berikut:

(1) Merencanakan dan mengembangkan penyelenggaraan rekam medis dan informasi kesehatan.
(2) Memastikan pelayanan rekam medis berjalan sesuai standar yang berlaku di rumah sakit.
(3) Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan pelayanan rekam medis.
(4) Menjamin ketersediaan tenaga dan fasilitas pendukung pelayanan rekam medis.

Wewenang Kepala Instalasi Rekam Medis di RS Panti Rapih sebagai berikut:

(1) Memantau pelaksanaan pelayanan di Instalasi Rekam Medis.
(2) Memberikan rekomendasi usulan perbaikan apabila ditemukan permasalahan dalam pelayanan.
(3) Memberikan rekomendasi penyelesaian terhadap keluhan pasien dan permasalahan pelayanan.

b) Penanggung Jawab Pendaftaran Pasien

Penanggung Jawab Pendaftaran Pasien bertugas menyelenggarakan kegiatan perencanaan, pengembangan, dan monitoring proses pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan sehingga pelayanan pendaftaran dapat berjalan sesuai dengan standar yang berlaku di RS Panti Rapih.

Tugas dan tanggung jawab Penanggung Jawab Pendaftaran Pasien sebagai berikut:

(1) Mengawasi pelaksanaan pelayanan pendaftaran pasien.
(2) Melakukan monitoring terhadap proses pelayanan pendaftaran.
(3) Memastikan kegiatan pendaftaran pasien berjalan sesuai prosedur.

Wewenang Penanggung Jawab Pendaftaran di RS Panti Rapih sebagai berikut:

(1) Mengusulkan perbaikan pelayanan pendaftaran pasien berdasarkan hasil analisa pemantauan mutu.
(2) Menghentikan pelayanan pendaftaran pasien yang tidak memenuhi standar mutu yang telah ditetapkan.
(3) Mengakses data dan informasi yang berkaitan dengan pelayanan pendaftaran pasien.
(4) Memberikan usulan pengembangan pelayanan pendaftaran pasien, pelayanan rekam medis, dan penelitian.

c) Petugas Pendaftaran Pasien

Petugas pendaftaran pasien bertanggung jawab dalam memberikan dukungan pelayanan pendaftaran dan administrasi pasien sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Tugas dan tanggung jawab petugas pendaftaran pasien:

(1) Mengelola proses pendaftaran pasien.
(2) Mengelola administrasi pendaftaran pasien.
(3) Mengelola perubahan jadwal praktik dokter.
(4) Mengelola lembar lepas dokumen rekam medis.
(5) Melayani informasi terkait dokumen rekam medis.
(6) Menangani keluhan pasien.
(7) Mengelola pelayanan melalui telepon.
(8) Mengelola pencetakan surat keterangan dokter.
(9) Melakukan penggabungan nomor rekam medis pasien.

Wewenang petugas pendaftaran pasien:

(1) Menghubungi dokter untuk mengetahui jadwal dan kepastian pelayanan.
(2) Menghubungi pasien untuk memastikan kedatangan pasien yang akan berobat.

d) Penanggung Jawab Penyimpanan, Pengolahan, dan Pelaporan Data

Penanggung Jawab Penyimpanan, Pengolahan, dan Pelaporan Data bertanggung jawab dalam memastikan kegiatan perakitan dan analisa dokumen rekam medis, pengolahan data rekam medis, penyimpanan dokumen rekam medis, serta pelayanan surat keterangan medis berjalan secara optimal sesuai standar pelayanan RS Panti Rapih.

Tugas dan tanggung jawab:

(1) Mengawasi pelaksanaan pelayanan perakitan dan analisa dokumen rekam medis.
(2) Mengawasi kegiatan pengolahan data rekam medis.
(3) Mengawasi penyimpanan dokumen rekam medis.
(4) Mengawasi pelayanan surat keterangan medis.

Wewenang:

(1) Mengusulkan perbaikan pelayanan berdasarkan hasil analisa pemantauan mutu.
(2) Menghentikan pelayanan yang tidak memenuhi standar mutu yang telah ditetapkan.
(3) Mengakses data dan informasi yang dibutuhkan terkait pelayanan di bawah tanggung jawabnya.
(4) Memberikan usulan pengembangan pelayanan rekam medis dan penelitian.

e) Perekam Medis

Perekam medis bertugas melaksanakan kegiatan pengelolaan rekam medis dan informasi kesehatan agar tersedia informasi medis yang lengkap, akurat, dan dapat digunakan sesuai kebijakan serta standar yang berlaku.

Tugas dan tanggung jawab:

(1) Mengelola pelayanan pendaftaran pasien.
(2) Mengelola dokumen rekam medis.
(3) Melaksanakan alih media dokumen rekam medis.
(4) Melaksanakan pemusnahan dokumen rekam medis.

(5) Melaksanakan perakitan dokumen rekam medis.
(6) Melakukan pengelolaan mutu rekam medis.
(7) Melaksanakan pelayanan penyediaan data rekam medis.
(8) Melayani permintaan informasi medis untuk pihak ketiga.
(9) Mendukung pengelolaan sistem informasi kesehatan sesuai pembagian tugas.
(10) Mengelola formulir rekam medis.

Wewenang Perekam Medis:

(1) Mengumpulkan informasi yang dibutuhkan dalam pelayanan rekam medis.
(2) Mengakses data rekam medis sesuai kewenangan.
(3) Menentukan standar kelengkapan isi rekam medis sesuai ketentuan yang berlaku.
(4) Memberikan rekomendasi perbaikan terhadap data rekam medis.

f) Arsiparis

Arsiparis bertugas menyelenggarakan kegiatan pengarsipan dokumen rekam medis agar proses penyimpanan dan pengelolaan arsip berjalan sesuai standar yang berlaku di RS Panti Rapih Yogyakarta.

Tugas dan tanggung jawab:

(1) Menyediakan dokumen rekam medis manual.
(2) Melakukan pemindaian (scan) dokumen rekam medis manual.
(3) Melaksanakan pemusnahan dokumen rekam medis sesuai prosedur.

b. Menggambarkan cara mengorganisasikan pekerjaan, termasuk distribusi pekerjaan, pembagian staf beserta fungsi fungsinya dan pengaturan pekerjaan berdasarkan shift.

1) Pembagian Staf

Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Panti Rapih dipimpin oleh seorang kepala Instalasi Rekam Medis, dalam menjalankan fungsi dan tanggung jawabnya kepala Instalasi Rekam Medis dibantu oleh 2 (dua) orang Penanggungjawab. Penanggungjawab Penyimpanan Pengolahan dan Pelaporan Data membawahi Perakitan, Olah Data, Surat Keterangan Medis, Penyimpanan dan Pemusnahan. Penanggungjawab Pendaftaran pasien membawahi bagian Pendaftaran Rawat Jalan, Pendaftaran IGD, Pendaftaran Klinik Eksekutif, Pendaftaran telepon, dan Pendaftaran Klinik Carlo. Berikut distribusi ketenagaan di Instalasi Rekam Medis:

Tabel 3. 9 Distribusi Ketenagaan di Instalasi Rekam Medis

No	Jabatan	Shift	Jumlah
1	Kepala Instalasi Rekam Medis	1 Shift	1
2	Penanggungjawab penyimpanan, pengolahan, dan pelaporan data	1 Shift	1
3	Penanggung Jawab pendaftaran pasien	1 Shift	1
4	Staf Olah Data	1Shift	5
5	Staf Penyimpanan	2 Shift	12
6	Staf perakitan dan analisa	1 Shift	3
7	Staf pelayanan surat keterangan medis	1 Shift	2
8	Staf pendaftaran Eksekutif dan Online	2 Shift	6
9	Staf Pendaftaran Rawat Jalan, serta Klinik Carlo	2 Shift	18
10	Staf Pendaftaran IGD	3 Shift	2

2) Pengaturan *Shift*

Pengaturan *shift* dilakukan untuk menyesuaikan waktu kerja petugas dengan kebutuhan pelayanan pada masing-masing bagian di Instalasi Rekam Medis. Pembagian shift disesuaikan dengan jenis pekerjaan, waktu pelayanan, serta kebutuhan jumlah tenaga pada setiap bagian.

Adapun pengaturan shift petugas Instalasi Rekam Medis dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3. 10 Pengaturan Shift Petugas Instalasi Rekam Medis

No	Jabatan	Waktu Shift	Jumlah	Minggu/ Libur
1	Kepala Instalasi Rekam Medis	Pagi	1	-
2	Penanggungjawab penyimpanan, pengolahan, dan pelaporan data	Pagi	1	-
3	Penanggung Jawab pendaftaran pasien	Pagi	1	-
4	Staf Olah Data	Pagi	5	-
5	Staf Penyimpanan	Pagi	12	-
6	Staf perakitan dan analisa	Pagi	3	-
7	Staf pelayanan surat keterangan medis	Pagi	2	-
8	Staf pendaftaran Eksekutif dan Online	Pagi	3	-
		Siang	2	-
		Middle (P4, P5, P6)	1	-
9	Staf Pendaftaran Rawat Jalan, serta Klinik Carlo	Pagi	5	1
		Siang	2	1
		Middle (P4, P5, P6)	1	-
10	Staf Pendaftaran IGD	Pagi	2	1
		Siang	2	1
		Malam	2	1

e. Mengidentifikasi tugas dan fungsi bagian-bagian terkait di rumah sakit, seperti Bagian Rawat Jalan, Bagian Rawat Inap dan Bagian Gawat Darurat

1) Bagian Rawat Jalan

Kegiatan utama pada Instalasi Rawat Jalan adalah melayani pasien berobat rawat jalan untuk selanjutnya ditentukan perlu dirawat inap maupun dirujuk ketempat pelayanan kesehatan lainnya. Bagian Rawat Jalan RS Panti Rapih memberikan pelayanan berupa observasi, diagnosis, pengobatan, serta fisioterapi kepada pasien dengan pembiayaan BPJS, umum, dan asuransi. Pelayanan rawat jalan dilaksanakan pada hari Senin - Minggu, dengan waktu pelayanan pasien mulai pukul 07.00–21.00 WIB. Berikut merupakan tugas dan fungsi pelayanan rawat jalan secara umum :

a) Melakukan perekaman dan pencatatan hasil pemeriksaan dalam SIMRS
b) Menentukan tindak lanjut dari hasil pemeriksaan apakah dirawat, dirujuk, kontrol atau dinyatakan sembuh.
c) Membuat, mencatat, dan mengirim resep ke bagian farmasi secara online melalui program SIMRS.
d) Membuat surat pengantar rawat inap/surat istirahat/surat keterang an/surat pengiriman penderita melalui program SIMRS.
e) Melakukan order pengantar pemeriksaan penunjang melalui SIM RS.
f) Membuat informed consent bila diperlukan,
g) Melakukan Visum et Repertum bila diperlukan.

2) Bagian Rawat Inap

Pelayanan rawat inap di RS Panti Rapih merupakan proses kelanjutan dari pelayanan rekam medis rawat jalan maupun gawat darurat. Bagian Rawat Inap RS Panti Rapih memberikan pelayanan rawat inap reguler, rawat inap dengan *executive room*, rawat inap VIP/VVIP, dan rawat inap *president suite*. Jam pelayanan rawat inap RS Panti Rapih yaitu 24 jam. Berikut merupakan tugas dan fungsi pelayanan rawat inap secara umum :

a) Menerima pasien beserta surat pengantar rawat inap, persetujuan rawat inap, dokumen rekam medis rawat inap lengkap dengan formulir rekam medis yang sesuai dengan kasus penyakit pasien.
b) Input data pasien masuk maupun mutasi (perpindahan) pasien rawat inap antar kamar maupun antar ruang perawatan ke dalam program SIMRS.
c) Melakukan perekaman atau pencatatan setiap tindakan atau pelayanan yang dilakukan kepada pasien meliputi pelayanan medis oleh dokter dan pelayanan keperawatan oleh perawat.
d) Melakukan tindak lanjut hasil pemeriksaan, apakah dirujuk, kontrol atau dinyatakan sembuh.
e) Membuat surat perintah atau surat pemeriksaan penunjang sesuai dengan bagian yang dikehendaki.
f) Bila diperlukan dirujuk ke pelayanan lain (OK ,VK atau Ruang Intensif), mencatat perintah pada formulir perjalanan penyakit.
g) Bila dikonsulkan ke dokter lain, mencatatkan pada formulir catatan perkembangan terintegrasi.
h) Membuat surat rujukan, surat keterangan dirawat dan surat istirah at (bila diperlukan).
i) Membuat pengantar surat keterangan kematian (apabila ada pasie n meninggal)
j) Membuat *informed consent* bila diperlukan.
k) Melakukan Visum et Repertum.
l) Melengkapi dokumen rekam medis setelah selesai dilakukan pelayanan.

3) Bagian Gawat Darurat

Instalasi gawat darurat adalah salah satu pelayanan klinis rumah sakit yang memberikan pelayanan selama 24 jam pada kasus-kasus gawat atau darurat atau gawat tidak darurat atau gawat dan darurat. Dalam hal cara pencatatan data pelayanan klinis ke dalam formulir rekam medis terhadap kasus-kasus tersebut sama, yang membedakan hanyalah cara

pelayanan klinisnya. Tugas dan fungsi pelayanan di instalasi gawat darurat sebagai berikut :

a) Memberikan pelayanan kesehatan pasien gawat darurat selama 24 jam secara berkesinambungan.
b) Melakukan perekaman dan pencatatan hasil pemeriksaan dalam program SIM RS.
c) Menentukan tindak lanjut dari hasil pemeriksaan apakah dirawat, dirujuk ke dokter spesialis maupun instansi lain, kontrol atau dinyatakan sembuh.
d) Membuat surat pengantar rawat inap/surat istirahat/surat keterangan/surat pengiriman penderita melalui program SIM RS (jika diperlukan).
e) Membuat resep dan mengirimnya ke bagian farmasi secara online melalui program SIM RS.
f) Membuat Surat pengantar Kematian (jika ada pasien meninggal)
g) Membuat *informed consent* bila diperlukan.
h) Melakukan *Visum et Repertum*.

f. Mengetahui Fungsi dan peran perekam medis dalam aspek aspek manajemen: Perencanaan, Pengorganisasian, Pengarahan, dan Pengendalian.

1) Aspek Manajemen Perencanaan (*Planning*)

Peran dan aspek perencanaan dalam penyelenggaraan rekam medis berada di bawah koordinasi Kepala Instalasi Rekam Medis. Perencanaan dilakukan untuk memastikan kegiatan pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan dapat berjalan sesuai dengan kebutuhan dan standar yang berlaku di RS Panti Rapih, dengan aspek sebagai berikut:

a) Menyusun usulan program kerja Instalasi Rekam Medis.
b) Menyusun usulan rencana kerja dan anggaran Instalasi Rekam Medis.
c) Menyusun usulan kebijakan, pedoman, panduan, dan SPO terkait pelayanan rekam medis.

d) Menyusun usulan kebutuhan dan pengembangan tenaga di Instalasi Rekam Medis.
e) Menyusun usulan kebutuhan dan pemeliharaan sarana serta fasilitas pelayanan rekam medis.
f) Merencanakan kegiatan monitoring dan evaluasi pelayanan rekam medis.
g) Merencanakan pengembangan bagian kerja dan pelayanan rekam medis sesuai kebutuhan rumah sakit.

2) Aspek Manajemen Pengorganisasian (*Organizing*)

Aspek pengorganisasian dilakukan melalui pembagian tugas, wewenang, dan tanggung jawab kepada setiap bagian dalam penyelenggaraan rekam medis. Pengorganisasian di Instalasi Rekam Medis RS Panti Rapih berada di bawah koordinasi Kepala Instalasi Rekam Medis yang membawahi PJ Pendaftaran Pasien serta PJ Penyimpanan, Pengolahan, dan Pelaporan Data. Peran perekam medis pada aspek pengorganisasian sebagai berikut :

a) Membagi tugas dan tanggung jawab petugas sesuai dengan fungsi dan bidang pelayanan masing-masing.
b) Mengatur distribusi tenaga pelayanan pada bagian rekam medis.
c) Melakukan koordinasi antarbagian dalam pelaksanaan pelayanan rekam medis.

3) Aspek Manajemen Pengarahan (*Actuating*)

Aspek pengarahan dilakukan melalui pemberian arahan, koordinasi, sosialisasi, dan supervisi kepada petugas dalam pelaksanaan pelayanan rekam medis. Pengarahan bertujuan untuk memastikan petugas melaksanakan tugas dan tanggung jawab sesuai dengan kebijakan, pedoman, panduan, SPO, serta nilai organisasi yang berlaku di RS Panti Rapih.

4) Aspek Manajemen Pengendalian (*Controlling*)

Aspek pengendalian dilakukan melalui kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan pelayanan rekam medis untuk

memastikan kegiatan berjalan sesuai dengan standar, kebijakan, dan SPO yang berlaku di RS Panti Rapih. Pengendalian juga dilakukan melalui penilaian kinerja, evaluasi mutu pelayanan, pengawasan kepatuhan petugas, serta tindak lanjut terhadap permasalahan atau komplain yang ditemukan dalam pelaksanaan pelayanan rekam medis.

g. Mengidentifikasi pelaksanaan penyusunan Rencana Kerja (Renstra) Bagian Rekam Medis.

Pelaksanaan penyusunan Rencana Strategis (Renstra) Instalasi Rekam Medis dimulai dengan menurunkan visi dan misi rumah sakit menjadi visi dan misi Instalasi Rekam Medis. Selanjutnya dilakukan analisis SWOT untuk mengidentifikasi kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman. Hasil analisis SWOT kemudian dipetakan dalam matriks untuk menentukan strategi. Strategi tersebut selanjutnya dijabarkan menjadi sasaran strategis dan KPI berdasarkan empat pilar, yaitu keuangan, pelanggan, proses internal, serta pembelajaran dan pertumbuhan. KPI kemudian dilakukan pembobotan untuk menentukan prioritas. Selanjutnya disusun program kerja beserta target, periode, dan output yang diharapkan, kemudian program kerja dijabarkan menjadi kegiatan operasional seperti koordinasi, identifikasi kebutuhan, analisis, uji coba, monitoring dan evaluasi, serta review regulasi

h. Mengidentifikasi sarana dan prasarana bagian kerja rekam medis untuk memenuhi kebutuhan kerja: luas ruang bagian kerja rekam medis, sarana penunjang penyimpanan rekam medis (tracer, bon pinjam).

Berdasarkan Pedoman Pelayanan Rekam Medis RS Panti Rapih, Bagian Rekam Medis memiliki beberapa ruang kerja yang mendukung pelaksanaan kegiatan pelayanan dan pengelolaan rekam medis. Ruang tersebut meliputi ruang Kepala Instalasi/Penanggung Jawab, ruang petugas penyimpanan dan scan, ruang arsip, ruang perakitan, pelayanan surat keterangan medis, pengolahan data, pendaftaran rawat jalan, pendaftaran klinik eksekutif dan layanan online, operator pendaftaran, pendaftaran Carlo, ruang tamu, serta ruang penelitian. Selain itu, tersedia ruang

pendukung berupa ruang makan, toilet, ruang ganti, tempat cuci piring, dan tempat logistik rekam medis.

Sarana yang tersedia untuk mendukung kegiatan penyimpanan dan pengelolaan rekam medis meliputi almari atau rak arsip, rak/nakas, almari logistik rekam medis, komputer, scanner, printer tracer, serta kereta untuk pengambilan dokumen rekam medis. Sarana tersebut ditempatkan pada beberapa ruang sesuai dengan fungsi dan kegiatan yang dilakukan.

Pada ruang petugas penyimpanan dan scan tersedia 2 bagian printer tracer, 3 bagian scanner, dan 1 bagian almari arsip. Printer tracer digunakan untuk mendukung proses pengambilan dokumen rekam medis, sedangkan scanner digunakan dalam kegiatan pemindaian dokumen. Selanjutnya, ruang arsip memiliki 2 set rak arsip, 2 bagian almari logistik rekam medis, dan 1 bagian rak arsip laporan OD. Sementara itu, ruang perakitan dilengkapi rak/nakas dan kereta pengambilan dokumen yang digunakan untuk mendukung kegiatan perakitan dan pengelolaan dokumen rekam medis.

i. Mengetahui program orientasi dan pelatihan staf bagian kerja MIK.

Program orientasi staf Bagian Rekam Medis terdiri dari orientasi umum dan orientasi khusus. Orientasi umum meliputi pengenalan profil rumah sakit, visi misi, nilai inti pelayanan, mutu dan keselamatan pasien, PPI, K3, etik dan hukum, kerahasiaan rekam medis, serta administrasi kepegawaian. Orientasi khusus di Instalasi Rekam Medis meliputi pengenalan posisi, Instalasi Rekam Medis, peraturan terkait, visi misi, indikator mutu, jadwal kerja, tata cara izin/cuti/sakit, pengenalan ruang dan prosedur kerja setiap bagian, serta evaluasi. Selain orientasi, kebutuhan pelatihan staf disesuaikan dengan jabatan dan kompetensi yang diperlukan, seperti Manajemen Rekam Medis, Aspek Hukum dan Etik Profesi, Mutu Rekam Medis, dan Customer Service.

j. Mengidentifikasi penyusunan anggaran tahunan di bagian kerja Rekam Medis.

Penyusunan anggaran tahunan Bagian Kerja Rekam Medis diawali dengan penyusunan Renstra sebagai dasar dalam menentukan rencana kerja dan anggaran. Penyusunan dilakukan melalui penetapan visi dan misi, analisis SWOT, penentuan strategi, sasaran strategis dan KPI, pembobotan, kemudian penyusunan program kerja beserta target dan periode pelaksanaannya. Aspek keuangan termasuk dalam salah satu pilar sasaran strategis, salah satunya efisiensi anggaran pengadaan kertas atau formulir rekam medis.

k. Mengidentifikasi fungsi pengawasan yang dilakukan manajer rekam medis.

Fungsi pengawasan yang dilakukan pada bagian rekam medis dilakukan melalui pemantauan pekerjaan harian, penilaian kinerja, evaluasi capaian, serta pemberian tindak lanjut kepada petugas. Setiap petugas membuat logbook kegiatan melalui SIK setiap hari yang kemudian diperiksa dan di-*approve* oleh penanggung jawab untuk kegiatan pada hari sebelumnya. Logbook tersebut memuat kegiatan yang telah dilakukan sehingga dapat diketahui kesesuaian pekerjaan dengan target yang telah ditetapkan. Selain itu, terdapat rekapitulasi logbook yang digunakan untuk membantu pemantauan pelaksanaan pekerjaan masing-masing petugas.

Pengawasan juga dilakukan melalui penilaian kinerja pegawai dengan indikator yang disesuaikan dengan jenis pelayanan dan tugas masing-masing petugas. Penilaian mencakup target strategis, capaian indikator mutu, pencapaian SKP, kompetensi inti dan kompetensi peran, serta hasil pekerjaan seperti jumlah pasien baru yang didaftarkan dan kejadian nomor rekam medis ganda. Hasil penilaian digunakan untuk mengetahui tingkat pencapaian kinerja pegawai dan menjadi bahan evaluasi. Selain itu, hasil penilaian dapat digunakan sebagai dasar dalam menentukan rencana pengembangan pegawai, seperti promosi atau mutasi. Dalam pelaksanaan sehari-hari, pengawasan juga dilakukan melalui briefing untuk menyampaikan masukan dan saran serta menanyakan kendala yang dihadapi petugas. Apabila terdapat permasalahan yang

membutuhkan pembahasan lebih lanjut, penanggung jawab melakukan *coaching* secara langsung dengan petugas.

l. Mengidentifikasi data yang dibutuhkan dalam menyiapkan profil RS.

Dalam menyiapkan profil Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta, data yang dibutuhkan meliputi identitas rumah sakit, sejarah, pelayanan, sumber daya manusia, sarana dan prasarana, data pelayanan pasien, serta data penyelenggaraan rekam medis. Data identitas meliputi nama rumah sakit, alamat, jenis dan kelas rumah sakit, status kepemilikan, serta gambaran umum rumah sakit. Rumah Sakit Panti Rapih beralamat di Jalan Cik Di Tiro No. 30, Yogyakarta. Data sejarah diperlukan untuk memberikan gambaran mengenai perkembangan Rumah Sakit Panti Rapih sejak awal berdiri hingga saat ini.

Data pelayanan diperlukan untuk mengetahui jenis pelayanan yang diselenggarakan oleh rumah sakit, meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, bedah, hemodialisa, rehabilitasi medik, radiologi, laboratorium, farmasi, gizi, dan rekam medik. Data sarana dan prasarana dapat berupa jumlah tempat tidur dan fasilitas pelayanan yang tersedia. Berdasarkan informasi pada situs resmi Rumah Sakit Panti Rapih, kapasitas rawat inap terdiri dari 210 tempat tidur dan ruang intensif sebanyak 40 tempat tidur, sehingga secara keseluruhan terdapat 250 tempat tidur.

Data sumber daya manusia diperlukan untuk mengetahui jumlah dan jenis tenaga yang mendukung penyelenggaraan pelayanan rumah sakit. Selain itu, diperlukan data mengenai penyelenggaraan rekam medis dan sistem informasi rumah sakit. Data tersebut meliputi kegiatan pendaftaran, penyimpanan, pengolahan, dan pelaporan data rekam medis. Di Rumah Sakit Panti Rapih terdapat Instalasi Rekam Medis yang memiliki tanggung jawab dalam penyelenggaraan rekam medis dan informasi kesehatan serta pengelolaan kegiatan pendaftaran, penyimpanan, pengolahan, dan pelaporan data.

Data-data tersebut diperlukan sebagai dasar untuk memberikan gambaran mengenai identitas, pelayanan, sumber daya manusia, sarana dan

prasarana, data pelayanan pasien, serta penyelenggaraan rekam medis di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta.

m. Mengidentifikasi dan menganalisis masalah yang berkaitan dengan Manajemen Bagian Kerja Rekam Medis.

Berdasarkan hasil observasi pada Unit Rekam Medis, ditemukan beberapa permasalahan yang berkaitan dengan manajemen unit kerja, khususnya pada aspek pengelolaan sumber daya manusia, sarana dan prasarana, serta pengelolaan dokumen rekam medis. Pada bagian PPRJ, penggunaan Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) belum sepenuhnya optimal karena terdapat beberapa dokumen yang belum dapat dicetak melalui mesin serta ditemukan kondisi kertas APM habis sehingga mesin tidak dapat mencetak nomor antrean pasien. Kondisi tersebut dapat menghambat proses pelayanan dan menyebabkan pasien perlu mendapatkan bantuan dari petugas. Pada bagian assembling, ditemukan adanya pekerjaan scanning dokumen yang dilakukan oleh petugas assembling. Kondisi tersebut dapat menambah beban kerja petugas karena selain melakukan perakitan dan penataan berkas, petugas juga melaksanakan kegiatan scanning. Selain itu, ditemukan dokumen ringkasan masuk dan keluar atau resume medis yang terselip di ruang arsip sehingga petugas harus melakukan pencarian kembali. Hal tersebut menyebabkan waktu pengerjaan menjadi lebih lama dan menunjukkan bahwa penataan serta pengendalian dokumen masih perlu ditingkatkan. Permasalahan lain yang ditemukan adalah adanya kendala pada sarana teknologi informasi, seperti komputer yang mengalami kelambatan sistem dan scanner yang menghasilkan pemindaian kurang jelas. Kendala tersebut dapat menghambat pelaksanaan pekerjaan dan pelayanan apabila tidak segera ditangani. Berdasarkan permasalahan tersebut, diperlukan pengelolaan sarana dan prasarana secara berkala, pembagian tugas yang sesuai dengan beban kerja, serta peningkatan ketertiban dalam penataan dan pengendalian dokumen rekam medis agar kegiatan pada Unit Rekam Medis dapat berjalan lebih efektif dan efisien.

3.2 Mengidentifikasi pelaksanaan kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan berdasarkan aspek statistik kesehatan, epidemiologi dasar, dan biomedik di RS Panti Rapih tahun 2026

3.2.1 Hasil Perhitungan dan Analisis Indikator Kinerja pelayanan kesehatan secara manual (NDR, GDR, dsb)

Gross Death Rate (GDR) adalah angka yang menunjukkan berapa banyak pasien yang meninggal di rumah sakit dalam 48 jam pertama setelah dirawat atau setelahnya, dihitung per 1.000 pasien yang keluar (baik yang hidup maupun yang meninggal) dalam periode tertentu.Angka ini dapat mencerminkan tingkat kualitas pelayanan dan penanganan medis di sebuah rumah sakit secara keseluruhan. Berdasarkan data rekapitulasi SHRI di ruang Elisabeth 4 PB (EG4PD) pada bulan Agustus 2026, diperoleh angka GDR sebagai berikut:

$$GDR = \frac{Jumlah\ Pasien\ Meninggal}{Jumlah\ Pasien\ Keluar\ (H+M)}\ X\ 1000\%$$

$$GDR = \frac{14}{300}\ X\ 1000\%$$

$$GDR = 46{,}66\%$$

Gambar 3. 7 Hasil Perhitungan Gross Death Rate (GDR)

Berdasarkan hasil perhitungan di atas, diketahui nilai GDR sebesar 46,66‰. Nilai tersebut berada di atas standar GDR yang dianjurkan, yaitu tidak lebih dari 45‰ per 1.000 pasien keluar. Hal ini menunjukkan bahwa selama periode pengamatan terdapat 14 pasien meninggal dari 300 pasien yang keluar (hidup dan meninggal), atau setara dengan 46,66 kematian per 1.000 pasien keluar. Nilai GDR yang diperoleh perlu menjadi bahan evaluasi bagi rumah sakit dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Evaluasi dapat dilakukan dengan memperhatikan berbagai faktor yang berkaitan dengan kematian pasien, antara lain kondisi pasien saat masuk rumah sakit, tingkat keparahan penyakit, ketepatan dan kecepatan penanganan, serta proses rujukan pasien. Dengan demikian, hasil GDR ini diharapkan dapat menjadi salah satu bahan pertimbangan bagi rumah sakit dalam melakukan evaluasi dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan secara berkelanjutan.

Net Death Rate (NDR) adalah angka yang menunjukkan berapa banyak pasien yang meninggal setelah dirawat lebih dari 48 jam per 1.000 pasien yang keluar dari rumah sakit (baik yang hidup maupun yang meninggal) dalam periode tertentu. Angka ini mencerminkan kualitas pelayanan dan perawatan medis di rumah sakit. Menurut standar dari Departemen Kesehatan RI tahun 1994, NDR yang ideal adalah maksimal 25 per 1.000 pasien keluar, yang berarti dari 1.000 pasien yang keluar, hanya boleh ada maksimal 25 pasien yang meninggal setelah dirawat lebih dari 48 jam. Berikut ini adalah data ringkasan SHRI di ruang Elisabeth 4 PB (EG4PD) periode September 2023, dan diperoleh angka NDR sebagai berikut:

$$NDR = \frac{Jumlah\ Pasien\ Meninggal > 48\ jam}{Jumlah\ Pasien\ Keluar\ (H + M)}\ X\ 1000\%$$

$$NDR = \frac{7}{300}\ X\ 1000\%$$

$$NDR = 23{,}33\%$$

Gambar 3. 8 Hasil Perhitungan Net Death Rate (NDR)

Berdasarkan hasil perhitungan, diperoleh nilai Net Death Rate (NDR) sebesar 23,33 ‰, sedikit melebihi standar yang dapat ditoleransi, yaitu <25‰ per 1.000 pasien keluar. Nilai tersebut menunjukkan bahwa terdapat 7 pasien yang meninggal setelah menjalani perawatan lebih dari 48 jam dari total 300 pasien yang keluar. NDR dapat menjadi salah satu indikator dalam menggambarkan mutu pelayanan rumah sakit, khususnya terkait kematian pasien setelah mendapatkan perawatan lebih dari 48 jam. Hasil tersebut dapat menjadi bahan evaluasi bagi rumah sakit dengan memperhatikan berbagai faktor yang berkaitan dengan kondisi pasien, proses penatalaksanaan, pemantauan selama perawatan, serta pelaksanaan standar prosedur pelayanan. Evaluasi secara berkelanjutan diperlukan sebagai upaya mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Perinatal Mortality Rate (PMR) atau Angka Kematian Perinatal adalah indikator yang digunakan untuk mengukur jumlah kematian perinatal, yaitu kematian bayi yang terjadi pada periode sekitar kelahiran, meliputi bayi lahir mati (stillbirth) dan kematian neonatal dini (bayi berusia 0–6 hari), dibandingkan dengan

total kelahiran hidup dan bayi lahir mati dalam periode tertentu, yang dinyatakan per 1.000 total kelahiran.

$$PMR = \frac{Jumlah\ bayi\ lahir\ mati + Kematian\ neonatal\ dini}{Jumlah\ bayi\ lahir\ hidup}\ X\ 1000\%$$

$$PMR = \frac{1+0}{27}\ X\ 1000\%$$

$$PMR = 37{,}03\%$$

Gambar 3. 9 Hasil Perhitungan Perinatal Mortality Rate (PMR)

Berdasarkan hasil perhitungan *Perinatal Mortality Rate* (PMR), diperoleh nilai sebesar 37,03%. Nilai ini didapatkan dari pembagian antara total kasus kematian perinatal yang terdiri dari 1 kasus bayi lahir mati (*stillbirth*) dan 0 kasus kematian neonatal dini dengan total 27 bayi lahir hidup, lalu dikalikan dengan konstanta 1000%. Hasil indikator sebesar 37,03% ini menggambarkan proporsi kematian perinatal terhadap seluruh kelahiran hidup dalam populasi pengamatan tersebut, yang menjadi cerminan penting bagi evaluasi kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak serta penanganan komplikasi kehamilan dan persalinan di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta.

Neonatal Mortality Rate (NMR) atau Angka Kematian Neonatal adalah angka yang menunjukkan jumlah bayi baru lahir (usia 0-28 hari) yang meninggal per 1.000 kelahiran hidup dalam periode tertentu. Indikator ini mencerminkan mutu pelayanan kesehatan neonatal dan perawatan intensif bayi baru lahir (NICU/Perinatologi).

$$NMR = \frac{Jumlah\ Kematin\ Neonatus\ (0-28\ hari)}{Jumlah\ Total\ Bayi\ Lahir\ Hidup}\ X\ 1000$$

$$NMR = \frac{0}{27}\ X\ 1000\%$$

$$NMR = 0{,}00\%$$

Gambar 3. 10Hasil Perhitungan Neonatal Mortality Rate (NMR)

Berdasarkan hasil perhitungan di atas, diperoleh nilai NMR sebesar 0,00‰. Nilai tersebut berada di bawah standar maksimal indikator mutu pelayanan neonatal yang dianjurkan (target nasional < 12‰ per 1.000 kelahiran hidup). Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat kasus kematian neonatus selama periode

pengamatan. Nilai NMR ini menjadi indikator penting bagi rumah sakit dalam mempertahankan mutu pelayanan neonatus. Evaluasi berkelanjutan dapat berfokus pada pencegahan komplikasi neonatus pasca-persalinan *post-date*, efektivitas perawatan resusitasi neonatus, serta kepatuhan prosedur perawatan inkubator dan pencegahan infeksi untuk menjaga stabilitas kondisi bayi baru lahir.

Case Fatality Rate (CFR) atau Angka Kematian Kasus adalah indikator epidemiologi yang digunakan untuk mengukur proporsi pasien yang meninggal akibat suatu penyakit tertentu dibandingkan dengan seluruh pasien yang menderita penyakit tersebut dalam periode waktu tertentu. CFR dinyatakan dalam bentuk persentase (%) dan digunakan untuk menggambarkan tingkat fatalitas suatu penyakit.

$$CFR = \frac{Jumlah\ Pasien\ Meninggal\ Akibat\ Penyakit\ Tertentu}{Jumlah\ Seluruh\ Pasiebn\ Dengan\ Penyakit\ Tersebut}\ X\ 100\%$$

$$CFR = \frac{2}{62}\ X\ 100\%$$

$$CFR = 3{,}23\%$$

Gambar 3. 11 Hasil Perhitungan Case Fatality Rate (CFR)

Berdasarkan hasil perhitungan *Case Fatality Rate* (CFR) pada pasien dengan diagnosis *Coronary Artery Disease* (CAD) di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta, diperoleh nilai sebesar 3,23%. Hasil tersebut menunjukkan bahwa dari total 62 pasien dengan diagnosis CAD selama periode pengamatan, terdapat 2 pasien yang meninggal akibat penyakit tersebut. Dengan demikian, proporsi kematian pada pasien CAD yang tercatat adalah sebesar 3,23%. Nilai CFR ini dapat digunakan sebagai salah satu indikator untuk menggambarkan tingkat fatalitas CAD serta sebagai bahan evaluasi terhadap pelayanan dan penanganan pasien dengan penyakit jantung koroner.

3.2.2 Hasil rekapitulasi Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) dan Sensus Harian Rawat Jalan (SHRJ) baik manual atau elektronik.

Sensus harian merupakan kegiatan pencatatan dan penghitungan jumlah pasien yang dilakukan setiap hari selama 24 jam. Kegiatan ini dilakukan untuk mengetahui jumlah dan perubahan pasien yang dirawat di rumah sakit. Berdasarkan

Permenkes nomor 1171 Tahun 2011, terdapat beberapa variabel yang diperlukan dalam SHRI, diantaranya :

a. Pasien awal tahun
b. Pasien masuk
c. Pasien keluar hidup
d. Pasien keluar mati < 48 jam dan ≥ 48 jam
e. Jumlah pasien keluar mati
f. Jumlah lama dirawat
g. Pasien akhir tahun
h. Jumlah hari perawatan VVIP, VIP, Kelas 1, Kelas 2, dan Kelas 3

Di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta, kegiatan Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) telah berjalan menggunakan sistem berbasis elektronik. Seluruh proses pengumpulan dan pengelolaan data sensus harian pasien yang dirawat inap dilakukan secara elektronik menggunakan sistem yang sudah dipakai oleh rumah sakit. Sistem elektronik ini membantu proses pencatatan, pengolahan, dan penyimpanan data pasien secara lebih terpadu, sehingga memudahkan petugas dalam memantau data pasien yang sedang dirawat inap. Berikut ini Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta.

RUANG / KELAS	PAS AWAL	PAS MSK	PAS PIN	JML	AMP	PAS DPD	PAS KH	PMT		JML MT	PAS KEL	SISA PAS	JML LDR	HR PRWT	RINCIAN KELAS KAMAR							
								<48 J	≥48 J						VVIPP	VIPS	VIPE	VVIP	VIP	TK	KL 1	KL 2/3
KSM BEDAH / BEDAH SYARAF / ORTOPEDI																						
LK2B																						
LK3B																						
MYB																						
EG1B																						
EG2B																						
EG2SUB																						
EG2HCUB																						
EG3B																						
EG4COVI																						
EG4B																						
CB2RDB																						
CB2ICUB																						
CB3ICUB																						
CB3KKB																						
CB48KB																						
CB5B																						
CB6B																						
CH2B																						
CH3B																						
TOTAL BEDAH																						
KSM PENYAKIT DALAM / SARAF / PARU																						
LK21																						
LK31																						
MYI																						
EG11																						
EG21																						
EG2SUI																						
EG2HCUI																						
EG31																						
EG3COVI																						
EG41																						
CB2RDI																						
CB2ICUI																						
CB2ICUCOV																						
CB2ICCU																						
CB3ICUI																						
CB3ICCU																						
CB3KKI																						
CB4BKI																						
CB51																						
CB61																						
CH21																						

KSM KESEHATAN ANAK																						
LK2A																						
LK3A																						
MYA																						
EG1A																						
EG2A																						
EG2SUA																						
EG2HCUA																						
EG3A																						
EG3COVA																						
CB2RAA																						
CB2PICU																						
CB2ICUA																						
CB3ICUA																						
CB3PICU																						
CB3KKA																						
CB4BKA																						
CB5A																						
CB6A																						
CH2A																						
CH3A																						
TOTAL ANAK																						
KSM OBSTETRI & GINEKOLOGI (OBS / GYN)																						
LK2O / LK2G																						
LK3O / LK3G																						
MYO / MYG																						
EG1O / EG1G																						
EG2O / EG2G																						
EG3O / EG3G																						
CB2RDO / CB2RDG																						
CH2O / CH2G																						
TOTAL OBS / GYN																						
UNIT PERAWATAN BAYI / PERINATOLOGI / INTENSIF KHUSUS																						
CB4 HCU / HCU TP																						
CB4 NICU / NICU TP																						
CB3GB / CB4GB																						
TOTAL BAYI																						
GRAND TOTAL KESELURUHAN																						

Sumber Data: SIMRS Panti Rapih Yogyakarta Tahun 2026

Gambar 3. 12 Format Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) RS Panti Rapih

Berdasarkan hasil analisis terhadap rancangan Formulir Sensus Harian Pasien Rawat Inap, instrumen pencatatan ini secara umum telah memenuhi kaidah dan standar pengelolaan rekam medis serta manajemen pelayanan rumah sakit sesuai petunjuk teknis Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Kemenkes RI. Formulir ini telah memuat variabel-variabel kunci mutasi pasien rawat inap yang sangat krusial, seperti pasien awal, pasien masuk, pasien pindahan, pasien dipindahkan, pasien keluar, dan sisa pasien. Keberadaan variabel-variabel tersebut memungkinkan perhitungan rumus keseimbangan dasar pasien rawat inap serta menjadi basis data utama dalam menentukan indikator efisiensi pelayanan rumah sakit, meliputi *Bed Occupancy Rate* (BOR), *Length of Stay* (LOS), *Turn Over Intraclass* (TOI), dan *Bed Turn Over* (BTO). Selain variabel mutasi harian, formulir ini juga telah mengakomodasi komponen indikator mortalitas dan beban pelayanan secara terperinci. Hal ini terlihat dari tersedianya pemisahan kolom pasien meninggal kurang dari 48 jam (<48J) dan lebih dari 48 jam (>48J) yang dibutuhkan dalam penghitungan *Gross Death Rate* (GDR) serta *Net Death Rate* (NDR). Pencatatan Lama Dirawat (JML LDR) dan Hari Perawatan (HR PRWT) yang dipisahkan berdasarkan rincian kelas perawatan (mulai dari VVIPP, VIP, Kelas 1, 2, 3, hingga Non-Kelas/TK) semakin memperkuat ketelitian data morbiditas dan efisiensi pengagihan tempat tidur (bed management).

Ditinjau dari struktur pengelompokannya, formulir ini sudah tersusun secara sistematis berdasarkan departemen atau spesialisasi medis utama, yaitu Bedah, Penyakit Dalam, Anak, Obstetri & Ginekologi, serta Perinatologi/Bayi dan Perawatan Intensif (HCU, NICU, PICU, ICCU). Pengelompokan berjenjang ini memudahkan petugas Rekam Medis (RMIK) dalam mengkompilasi data sensus harian ke dalam Rekapitulasi Sensus Harian Rawat Inap bulanan (RP1). Guna mengoptimalkan aspek legalitas dan akuntabilitas data rekam medis, formulir ini dapat disempurnakan dengan menambahkan lembar verifikasi berupa kolom nama dan tanda tangan perawat penanggung jawab ruangan serta petugas rekam medis di bagian penutup formulir.

TANGGAL	AWAL	MASUK	PINDAHKAN	JUMLAH PASIEN	DIPINDAHKAN	KELUAR HIDUP	<48J	≥48J	JUMLAH PASIEN MENINGGAL	JUMLAH PASIEN KELUAR	SISA PASIEN	LAMA DIRAWAT	HARI PERAWATAN	VIPPP	VIPS	VIPE	WIP	VIP	1	2	3	TK	TEMPAT TIDUR	UB	OTT	AvLOS	TOI	BTO	BOR
1	27	6	5	38	0	13	0	0	0	13	25	38	25	0	0	0	0	0	11	6	8	0	41	1	25,00	2,92	1,23	0,32	60,98%
2	25	4	2	31	0	9	0	0	0	9	22	17	22	0	0	0	0	0	8	4	10	0	41	1	22,00	1,89	2,11	0,22	53,66%
3	22	9	4	35	2	8	1	0	1	9	24	26	24	0	0	0	0	0	8	2	14	0	41	1	24,00	2,36	1,55	0,27	58,54%
4	24	8	2	34	0	9	0	0	0	9	25	32	25	0	0	0	0	0	10	1	14	0	41	1	25,00	3,56	1,78	0,22	60,98%
5	25	9	5	39	0	8	0	0	0	8	31	19	31	0	0	0	0	0	13	2	16	0	41	1	31,00	2,38	1,25	0,20	75,61%
6	31	7	4	42	2	8	0	0	0	8	32	19	32	0	0	0	0	0	14	2	16	0	41	1	32,00	1,90	0,90	0,24	78,05%
7	32	9	1	42	1	9	1	0	1	10	31	25	31	0	0	0	0	0	12	2	17	0	41	1	31,00	2,27	0,91	0,27	75,61%
8	31	9	0	40	0	11	0	0	0	11	29	38	29	0	0	0	0	0	14	2	13	0	41	1	29,00	3,45	1,09	0,27	70,73%
9	29	7	3	39	0	6	0	0	0	6	33	18	33	0	0	0	0	0	14	4	15	0	41	1	33,00	3,00	1,33	0,15	80,49%
10	33	2	4	39	0	7	0	0	0	7	32	24	32	0	0	0	0	0	13	3	16	0	41	1	32,00	3,43	1,29	0,17	78,05%
11	32	8	3	43	1	9	0	0	0	9	33	28	33	0	0	0	0	0	12	4	17	0	41	1	33,00	2,80	0,80	0,24	80,49%
12	33	6	2	41	1	13	0	1	1	14	26	55	26	0	0	0	0	0	9	6	11	0	41	1	26,00	3,67	1,00	0,37	63,41%
13	26	7	5	38	0	8	1	0	1	9	29	30	29	0	0	0	0	0	11	5	13	0	41	1	29,00	3,33	1,33	0,22	70,73%
14	29	5	1	35	1	3	0	0	0	3	31	11	31	0	0	0	0	0	10	5	16	0	41	1	31,00	2,75	2,50	0,10	75,61%
15	31	3	2	36	0	14	0	0	0	14	22	36	22	0	0	0	0	0	5	3	14	0	41	1	22,00	2,57	1,36	0,34	53,66%
16	22	9	3	34	0	8	0	2	2	10	24	31	24	0	0	0	0	0	9	4	11	0	41	1	24,00	3,10	1,70	0,24	58,54%
17	24	3	3	30	2	3	0	0	0	3	25	17	25	0	0	0	0	0	11	3	11	0	41	1	25,00	3,40	3,20	0,12	60,98%
18	25	4	2	31	2	6	0	0	0	6	23	21	23	0	0	0	0	0	8	3	12	0	41	1	23,00	2,63	2,25	0,20	56,10%
19	23	11	5	39	1	5	0	1	1	6	32	23	32	0	0	0	0	0	13	6	13	0	41	1	32,00	3,29	1,29	0,17	78,05%
20	32	4	2	38	1	12	0	0	0	12	25	40	25	0	0	0	0	0	11	6	8	0	41	1	25,00	3,08	1,23	0,32	60,98%
21	25	12	7	44	2	8	1	2	3	11	31	34	31	0	0	0	0	0	14	6	11	0	41	1	31,00	2,62	0,77	0,32	75,61%
22	31	4	4	39	0	6	0	1	1	7	32	14	32	0	0	0	0	0	13	5	14	0	41	1	32,00	2,00	1,29	0,17	78,05%
23	32	9	2	43	3	5	1	0	1	6	34	17	34	0	0	0	0	0	12	5	17	0	41	1	34,00	1,89	0,78	0,22	82,93%
24	34	4	3	41	0	10	0	0	0	10	31	31	31	0	0	0	0	0	12	5	14	0	41	1	31,00	3,10	1,00	0,24	75,61%
25	31	6	4	41	1	11	0	0	0	11	29	41	29	0	0	0	0	0	12	3	14	0	41	1	29,00	3,42	1,00	0,29	70,73%
26	29	11	1	41	0	7	2	0	2	9	32	31	32	0	0	0	0	0	14	3	15	0	41	1	32,00	3,44	1,00	0,22	78,05%
27	32	8	3	43	0	8	0	0	0	8	35	27	35	0	0	0	0	0	12	7	16	0	41	1	35,00	3,38	0,75	0,20	85,37%
28	35	3	2	40	2	13	0	0	0	13	25	51	25	0	0	0	0	0	9	5	11	0	41	1	25,00	3,40	1,07	0,37	60,98%
29	25	4	6	35	0	6	0	0	0	6	29	15	29	0	0	0	0	0	12	5	12	0	41	1	29,00	2,50	2,00	0,15	70,73%
30	29	7	3	39	0	6	0	0	0	6	33	14	33	0	0	0	0	0	14	6	13	0	41	1	33,00	2,33	1,33	0,15	80,49%
31	33	7	3	43	0	15	0	0	0	15	28	45	28	0	0	0	0	0	12	6	10	0	41	1	28,00	3,00	0,87	0,37	68,29%
JUMLAH	27	205	96	328	22	264	7	7	14	278	28	868	893	0	0	0	0	0	##	##	##	0	41	31	893	2,89	1,26	7,32	70,26%

Sumber Data: SIMRS Panti Rapih Yogyakarta Bulan Agustus Tahun 2026

Gambar 3. 13 Rekapitulasi Sensus Harian Rawat Inap

Untuk menghitung berbagai indikator rumah sakit seperti *Bed Occupancy Rate* (BOR), *Average Length Of Stay* (AvLos), *Bed Turn Over* (BTO), *Turn Over Interval* (TOI), Gross Death Rate (GDR), dan Net Death Rate (NDR), Data hasil perhitungan diatas akan dimanfaatkan sebagai acuan dasar.

3.2.3 Hasil Pengolahan dan penyajian data pemanfaatan tempat tidur secara manual dan/atau elektronik (BOR, LOS, TOI, BTO) serta interpretasinya dalam Grafik Barber Johnson.

Bed Occupancy Rate (BOR) Presentase pemakaian tempat tidur pada periode tertentu. Memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemakaian tampat tidur Rumah Sakit. Berikut rumus yang digunakan untuk menghitung BOR:

$$\text{BOR} = \frac{\text{jumlah Hari Perawatan pada periode tertentu}}{\text{jumlah TT tersedia} \times \text{jumlah hari periode yang sama}} \times 100\ \%$$

Gambar 3. 14 Rumus Perhitungan Bed Occupancy Rate (BOR)

Bed Turn Over (BTO) Frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu priode artinya, berapa kali satu tempat tidur dipakai dalam satuan waktu (biasanya dalam periode 1 tahun). Memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur dalam periode tertentu karena dalam dua periode bisa saja didapatkan angka BOR sama tapi BTO berbeda. Berikut rumus yang digunakan untuk menghitung BTO :

$$\text{BTO} = \frac{\text{jumlah pasien keluar (H + M)}}{\text{jumlah tempat tidur RS}}$$

Gambar 3. 15 Rumus Perhitungan Bed Turn Over (BTO)

Turn Over Interval (TOI) Rata-rata hari dimana dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Berikut rumus yang digunakan untuk menghitung TOI :

$$\text{TOI} = \frac{(jml\ TT\ tersedia \times jml\ hari\ periode\ tertentu) - jml\ hari\ perawatan}{jumlah\ pasien\ keluar\ (H + M)\ pada\ periode\ yang\ sama}$$

Gambar 3. 16 Rumus Perhitungan Turn Over Interval

Average Length of Stay (AvLOS) *Length of Stay* (LOS) adalah lama rawat/ perawatan pasien di Rumah Sakit. AvLOS adalah rata-rata lama rawat / perawatan pasein di Rumah Sakit. Memberikan gambaran mutu pelayanan Rumah Sakit. Berikut rumus yang digunakan untuk menghitung LOS :

$$AvLOS = \frac{jumlah\ lama\ rawat\ pasien\ keluar\ (H+M)}{jumlah\ pasien\ keluar\ (H+M)}$$

Gambar 3. 17 Rumus Perhitungan Average Length of Stay

Berikut ini adalah data yang dihasilkan pada bagian pelaporan untuk indikator BOR, BTO, TOI, dan Avlos pada bulan Agustus 2026 :

Tabel 3. 11 Hasil Perhitungan Indikator Statistik RSPR

Indikator	Nilai	Standar Depkes
BOR	70,26%	75% - 85%
BTO	7,32 Kali	40 - 50 Kali/Tahun
TOI	1,25 Hari	1 - 3 Hari
LOS	2,89 Hari	3-12 Hari

Berdasarkan data indikator efisiensi pelayanan rawat inap pada periode satu bulan tersebut, secara keseluruhan pengelolaan tempat tidur di ruang perawatan sudah sangat efisien dan memenuhi standar acuan Depkes. Hal ini ditunjukkan oleh nilai BOR sebesar 70,26% yang berada pada rentang ideal (60%–85%) sehingga pemanfaatan kapasitas tempat tidur optimal tanpa membebankan fasilitas, TOI selama 1,25 hari yang memenuhi standar ideal (1–3 hari) untuk memberi waktu pembersihan tempat tidur tanpa membiarkannya kosong terlalu lama, serta LOS rata-rata 2,89 hari yang menandakan efektivitas penanganan medis pasien berada dalam batas efisien (1–9 hari). Sementara itu, nilai BTO sebesar 7,32 kali/bulan mencerminkan frekuensi perputaran pemanfaatan tempat tidur oleh pasien baru yang berjalan sangat aktif dan produktif jika disesuaikan dengan proporsi standar tahunan Depkes (40–50 kali/tahun atau setara ~3,33–4,17 kali/bulan).

Dari hasil perhitungan 4 indikator di atas maka, berikut ini adalah gambar Grafik Barber Johnson diruang Elisabeth 4 PB pada bulan Agustus Tahun 2026 :



Sumber Data : Sensus Harian Rawat Inap Ruang Elisabeth Bulan Agustus Tahun 2026

Gambar 3. 18 Grafik Barber Johnson

Berdasarkan Grafik Barber Johnson bulan Agustus, terlihat bahwa titik pertemuan indikator pelayanan rawat inap berada pada koordinat sekitar (1,25: 3), dengan nilai *Turn Over Interval* (TOI) sekitar 1,25 hari dan *Average Length of Stay* (AvLOS) sekitar 3 hari. Berdasarkan standar Barber Johnson, nilai TOI yang ideal adalah 1–3 hari, sedangkan nilai AvLOS yang ideal adalah 3–12 hari. Hal ini menunjukkan bahwa nilai TOI dan AvLOS pada bulan Agustus telah memenuhi standar efisiensi pelayanan rawat inap.

Namun, apabila dilihat dari posisi titik indikator bulan Agustus terhadap daerah efisien pada Grafik Barber Johnson, titik tersebut berada di luar daerah efisien, yaitu di sebelah kanan garis batas efisiensi. Kondisi ini menunjukkan bahwa penggunaan tempat tidur rumah sakit secara keseluruhan belum mencapai tingkat efisiensi yang optimal berdasarkan standar Barber Johnson. Meskipun indikator TOI dan AvLOS telah memenuhi standar, efisiensi penggunaan tempat tidur juga perlu mempertimbangkan indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR) dan *Bed Turn Over* (BTO). Berdasarkan standar Barber Johnson, nilai BOR yang ideal adalah 75–85%, sedangkan nilai BTO yang ideal adalah 40–50 kali per tahun.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur pada bulan Agustus belum sepenuhnya memenuhi standar Barber Johnson karena titik pertemuan indikator masih berada di luar daerah efisien. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi terhadap pemanfaatan tempat tidur, tingkat hunian pasien, serta frekuensi penggunaan tempat tidur agar pengelolaan pelayanan rawat inap dapat berjalan lebih efektif dan efisien.

3.2.4 Hasil rekapitulasi data morbiditas rawat jalan dari SIMRS.

Berikut merupakan hasil rekapitulasi data kunjungan pasien rawat jalan dan Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang diperoleh dari Sistem Rekam Medis Elektronik (RME) Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta pada bulan Agustus 2026, sebagaimana disajikan pada Gambar 3.19 berikut :

TGL	HARI	JUMLAH PASIEN (IGD+POLI)		JUMLAH KUNJUNGAN										
				POLI							IGD			
		BARU	LAMA	PERIKSA	BATAL	DAFTAR	BPJS	LAIN2	PPRJ	UMUM	PERIKSA	BPJS	LAIN2	UMUM
1	SABTU	93	650	702	142	844	162	185	0	355	69	3	0	66
2	MINGGU	58	169	150	24	174	0	60	0	90	82	2	0	80
3	SENIN	100	1,037	1,107	172	1,279	456	192	0	459	81	9	0	72
4	SELASA	94	823	888	152	1,040	332	171	0	385	76	6	0	70
5	RABU	114	891	1,019	77	1,096	446	154	0	419	88	3	0	85
6	KAMIS	86	796	861	158	1,019	319	182	0	360	66	1	0	65
7	JUMAT	90	811	869	157	1,026	331	165	0	373	82	4	0	78
8	SABTU	94	751	594	118	712	117	174	0	303	83	7	0	76
9	MINGGU	45	182	137	30	167	0	56	0	81	92	1	0	91
10	SENIN	114	1,106	1,195	189	1,384	521	195	0	479	75	3	0	72
11	SELASA	101	875	943	167	1,110	353	177	0	413	82	6	0	76
12	RABU	88	918	974	183	1,157	437	163	0	374	79	2	0	77
13	KAMIS	104	854	917	180	1,097	342	165	0	410	88	4	0	84
14	JUMAT	99	890	959	203	1,162	367	169	0	423	72	5	0	67
15	SABTU	109	775	836	179	1,015	213	203	0	420	93	6	0	87
16	MINGGU	47	178	146	26	172	0	63	0	83	82	4	0	78
17	SENIN	38	165	110	26	136	0	41	0	69	94	2	0	92
18	SELASA	115	853	903	194	1,097	329	177	0	397	103	3	0	100
19	RABU	113	860	926	202	1,128	390	157	0	379	94	3	0	91
20	KAMIS	107	869	903	153	1,056	379	160	0	364	101	4	0	97
21	JUMAT	97	692	740	147	887	280	143	0	317	82	5	0	77
22	SABTU	109	731	775	183	958	208	189	0	378	88	4	0	84
23	MINGGU	60	176	146	18	164	0	67	0	79	90	9	0	81
24	SENIN	128	1,182	1,258	246	1,504	536	216	0	506	99	5	0	94
25	SELASA	43	144	106	25	131	0	42	0	64	88	5	0	83
26	RABU	111	964	1,017	180	1,197	433	162	0	422	98	5	0	93
27	KAMIS	108	911	984	194	1,178	379	197	0	408	94	6	0	88
28	JUMAT	92	948	994	180	1,174	429	169	0	396	92	4	0	88
29	SABTU	102	820	867	190	1,057	277	196	0	394	91	3	0	88
30	MINGGU	47	159	131	27	158	0	33	0	98	83	6	0	77
31	SENIN	127	1,081	1,152	187	1,339	513	196	0	443	108	4	0	104
99	**TOTAL**	**2,833**	**22,261**	**23,309**	**4,309**	**27,618**	**8,549**	**4,619**	**0**	**10,141**	**2,695**	**134**	**0**	**2,561**
	RATA-RATA	**91**	**718**	**752**	**139**	**891**	**276**	**149**	**0**	**327**	**87**	**4**	**0**	**83**

Sumber Data : SIMRS Panti Rapih Yogyakarta Bulan Agustus Tahun 2026

Gambar 3. 19 Gambar Rekapitulasi Morbiditas Rawat Jalan

Berdasarkan Gambar 3.19 di atas, rekapitulasi data dari Sistem Rekam Medis Elektronik (RME) RS Panti Rapih Yogyakarta pada bulan Agustus 2026 menunjukkan gambaran distribusi kunjungan pasien rawat jalan (Poliklinik) dan Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang sangat dinamis. Selama periode satu bulan tersebut, tercatat total pendaftaran mencapai 27.618 pasien dengan rata-rata kunjungan harian sebanyak 891 pasien. Dari total pasien yang mendaftar di kategori gabungan Poliklinik dan IGD, sebanyak 23.309 pasien berhasil diperiksa (terdiri atas 2.833 pasien baru dan 22.261 pasien lama), sedangkan 4.309 pasien tercatat melakukan pembatalan. Ditinjau dari jenis penjaminan layanan di Poliklinik, mayoritas kunjungan didominasi oleh pasien Umum sebanyak 10.141 kunjungan dan pasien BPJS sebanyak 8.549 kunjungan. Sementara itu, pada Instalasi Gawat Darurat (IGD), total pasien yang diperiksa mencapai 2.695 pasien dengan sebaran penjamin utama meliputi 2.561 pasien Umum dan 134 pasien BPJS. Data rekapitulasi ini mencerminkan tingginya beban kerja serta pemanfaatan RME dalam mendukung efisiensi pencatatan dan pelaporan statistik rumah sakit.

3.2.5 Hasil perhitungan dan penyajian data 10 besar mordibitas rawat jalan secara manual dan/atau elektronik

Berdasarkan hasil rekapitulasi data Sistem Rekam Medis Elektronik (RME) RS Panti Rapih Yogyakarta bulan Agustus 2026, rincian pola 10 penyakit terbesar pada poli penyakit dalam pelayanan rawat jalan beserta distribusi jenis kelamin pasien dapat dilihat pada Tabel 3.12 berikut:

Tabel 3. 12 Data 10 Besar Morbiditas Rawat Jalan

No	Nama Diagnosis	ICD	LK	PR	Jumlah
1	Hypertensi (Primer)	I10	1026	1266	2292
2	Dyslipidemia, Lipid Storage Disorder	E75.6	605	726	1331
3	CAD → Coronary Artery Disease	I25.1	850	239	1089
4	Neuropathy Diabetic	G59.0*	434	600	1034
5	Dm Ii Non Obese Neuropathy	E11.4+	341	457	798
6	CHF → Congestive Heart Failure	I50.0	473	310	783
7	IHD → Ischemic Heart Diseases (Acute)	I24.9	465	302	767
8	Hyperuricemia	E79.0	419	299	718

9	Dm II Non Obese, Unspecified	E11.9	345	305	650
10	APS → Angina Pectoris Stabil	I20.9	360	250	610

Sumber Data : SIMRS Panti Rapih Yogyakarta Tahun 2026

Berdasarkan data 10 Besar Diagnosa Penyakit pada tabel di atas, hasil rekapitulasi data morbiditas rawat jalan khusus Poliklinik Penyakit Dalam dari Sistem Rekam Medis Elektronik (RME) menunjukkan bahwa Hypertension (Primer) dengan kode ICD-10 I10 menempati urutan terbanyak dengan total 2.292 kasus. Pada kelompok penyakit metabolik dan kardiovaskular lainnya, Dyslipidemia / Lipid Storage Disorder (E75.6) menempati urutan kedua terbanyak dengan 1.331 kasus, disusul oleh Coronary Artery Disease / CAD (I25.1) sebanyak 1.089 kasus, serta Neuropathy Diabetic (G59.0*) sebanyak 1.034 kasus. Ditinjau dari distribusi jenis kelamin, beberapa diagnosis menunjukkan jumlah pasien perempuan yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki, seperti pada kasus hipertensi (1.266 perempuan vs 1.026 laki-laki), dyslipidemia (726 perempuan vs 605 laki-laki), serta neuropati diabetik (600 perempuan vs 434 laki-laki). Sebaliknya, pada kasus penyakit jantung dan vaskular seperti CAD (850 laki-laki vs 239 perempuan), Congestive Heart Failure / CHF (473 laki-laki vs 310 perempuan), serta Ischemic Heart Diseases / IHD (465 laki-laki vs 302 perempuan), proporsi pasien laki-laki tercatat jauh lebih mendominasi. Tingginya dominasi kelompok penyakit tidak menular (PTM), khususnya gangguan metabolik, komplikasi diabetes, dan penyakit kardiovaskular ini mencerminkan karakteristik pelayanan Poliklinik Penyakit Dalam yang berfokus pada penatalaksanaan jangka panjang serta kontinuitas perawatan pasien kronis.

3.2.6 Hasil Rekapitulasi Sensus Harian Data Morbiditas Rawat Inap (SHRI) Baik Manual dan/atau Elektronik.

Rekapitulasi Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) merupakan proses pengolahan data harian yang mengintegrasikan seluruh transaksi pelayanan pasien rawat inap selama satu bulan. Data ini mencakup alur pergerakan pasien (pasien awal, pasien masuk, pindahan, dipindahkan, serta pasien keluar hidup maupun meninggal), jumlah hari perawatan, lama dirawat, hingga perhitungan indikator efisiensi tempat tidur dan

mutu pelayanan rawat inap. Berikut merupakan hasil rekapitulasi SHRI periode bulanan di RS Panti Rapih yang disajikan pada Gambar 3.20 :

No	AWL	MSK	PIN	JML AMP	DPPD	KH	<48J	≥48J	JML	JML PASIEN KELUAR	SISA PASIEN	JML LAMA DIRAWAT	HR PRWT	VIPPP	VIPS	VIPE	WIP	VIP	1	2	3	TK	TT	UB	OTT	LOS	TOI	BTO	BOR
1	27	6	5	38	0	13	0	0	0	13	25	38	25	0	0	0	0	0	11	6	8	0	41	1	25	2,92	1,23	0,32	60,98
2	25	4	2	31	0	9	0	0	0	9	22	17	22	0	0	0	0	0	8	4	10	0	41	1	22	1,89	2,11	0,22	53,66
3	22	9	4	35	2	8	1	0	1	9	24	26	24	0	0	0	0	0	8	2	14	0	41	1	24	2,36	1,55	0,27	58,54
4	24	8	2	34	0	9	0	0	0	9	25	32	25	0	0	0	0	0	8	2	14	0	41	1	25	3,56	1,78	0,22	60,68
5	25	9	5	39	0	8	0	0	0	8	31	19	31	0	0	0	0	0	10	1	16	0	41	1	31	2,38	1,25	0,20	75,61
6	31	7	4	42	2	8	0	0	0	8	32	19	32	0	0	0	0	0	13	2	16	0	41	1	32	1,9	0,9	0,24	78,05
7	32	9	1	42	1	9	0	0	0	10	31	25	31	0	0	0	0	0	14	2	17	0	41	1	31	2,27	0,91	0,27	75,61
8	31	9	0	40	0	11	0	0	0	11	29	38	29	0	0	0	0	0	12	2	13	0	41	1	29	3,45	1,09	0,27	70,73
9	29	7	3	39	0	6	0	0	0	6	33	18	33	0	0	0	0	0	14	4	15	0	41	1	33	3	1,33	0,15	80,49
10	33	2	4	39	0	7	0	0	0	7	32	24	32	0	0	0	0	0	13	3	16	0	41	1	32	3,43	1,29	0,17	78,05
11	32	8	3	43	1	9	0	0	0	9	33	28	33	0	0	0	0	0	12	4	17	0	41	1	33	2,8	0,8	0,24	80,49
12	33	6	2	41	1	13	0	1	1	14	26	55	26	0	0	0	0	0	9	6	11	0	41	1	26	3,67	1	0,37	63,41
13	26	7	5	38	0	8	1	0	1	9	29	30	29	0	0	0	0	0	11	5	13	0	41	1	29	3,33	1,33	0,22	70,73
14	29	5	1	35	1	3	0	0	0	3	31	11	31	0	0	0	0	0	10	5	14	0	41	1	31	2,75	2,5	0,1	75,61
15	31	3	2	36	0	14	0	0	0	14	22	36	22	0	0	0	0	0	5	3	14	0	41	1	22	2,57	1,36	0,34	53,66
16	22	9	3	34	0	8	0	2	2	10	24	31	24	0	0	0	0	0	9	4	11	0	41	1	24	3,1	1,7	0,24	58,54
17	24	3	3	30	2	3	0	0	0	3	25	17	25	0	0	0	0	0	11	3	11	0	41	1	25	3,4	3,2	0,12	60,98
18	25	4	2	31	2	6	0	0	0	6	23	21	23	0	0	0	0	0	8	3	12	0	41	1	23	2,63	2,25	0,20	56,1
19	23	11	5	39	1	5	0	1	1	6	32	23	32	0	0	0	0	0	13	6	13	0	41	1	32	3,29	1,29	0,17	78,05
20	32	4	2	38	1	12	0	1	1	12	25	40	25	0	0	0	0	0	11	6	8	0	41	1	25	3,08	1,23	0,32	60,98
21	25	12	7	44	2	8	1	2	3	11	31	34	31	0	0	0	0	0	14	6	11	0	41	1	31	2,62	0,77	0,32	75,61
22	31	4	4	39	0	6	0	1	1	7	32	14	32	0	0	0	0	0	13	5	14	0	41	1	32	2	1,29	0,17	78,05
23	32	9	2	43	3	5	1	0	1	6	34	17	34	0	0	0	0	0	12	5	17	0	41	1	34	1,89	0,78	0,22	82,93
24	34	4	3	41	0	10	0	0	0	10	31	31	31	0	0	0	0	0	12	5	14	0	41	1	31	3,1	1	0,24	75,61
25	31	6	4	41	1	11	0	0	0	11	29	41	29	0	0	0	0	0	12	3	14	0	41	1	29	3,42	1	0,29	70,73
26	29	11	1	41	0	7	2	0	2	9	32	31	32	0	0	0	0	0	14	3	15	0	41	1	32	3,44	1	0,22	78,05
27	32	8	3	43	0	8	0	0	0	8	35	27	35	0	0	0	0	0	14	3	15	0	41	1	35	3,38	0,75	0,2	85,37
28	35	3	2	40	2	13	0	0	0	13	25	51	25	0	0	0	0	0	12	7	16	0	41	1	25	3,4	1,07	0,37	60,98
29	25	4	6	35	0	6	0	0	0	6	29	15	29	0	0	0	0	0	9	5	11	0	41	1	29	2,5	2	0,15	70,73
30	29	7	3	39	0	6	0	0	0	6	33	14	33	0	0	0	0	0	12	5	12	0	41	1	33	2,33	1,33	0,15	80,94
31	33	7	3	43	0	15	0	0	0	15	28	45	28	0	0	0	0	0	12	6	10	0	41	1	28	3	0,87	0,37	68,29
JML	27	205	96	328	22	264	7	7	14	278	28	868	893	0	0	0	0	0	352	129	412	0	41	31	28,81	2,89	1,26	7,32	70,26

Sumber Data : SIMRS Panti Rapih Yogyakarta Bulan Agustus Tahun 2026

Gambar 3. 20 Data Rekapitulasi Sensus Harian Rawat Inap

Berdasarkan data rekapitulasi Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) di atas pada bagian Elisabeth 4 PB (EG4PD) RS Panti Rapih selama periode bulan Agustus 2026 (31 hari) dengan kapasitas 41 tempat tidur, tercatat total akumulasi pasien yang dirawat tersIGDiri dari pasien awal, pasien masuk dan pasien pindahan (AMP) sebanyak 328 pasien. Jumlah tersebut terdiri dari 27 pasien awal, 205 pasien masuk baru, serta 96 pasien pindahan. Alur kepindahan pasien menunjukkan produktivitas pelayanan yang dinamis dengan total pasien keluar (PKEL) sebanyak 278 pasien (264 pasien keluar hidup dan 21 pasien meninggal dunia, yang terbagi atas 7 kematian <48 jam serta 14 kematian $\ge$48 jam), sehingga menyisakan 28 pasien di akhir periode Agustus. Secara keseluruhan, total Hari Perawatan (HR PRWT) yang terealisasi mencapai 893 hari dengan total Lama Dirawat (LDR) sebanyak 866 hari, di mana seluruh aktivitas perawatan terdistribusi pada perincian Kelas 1 (352 HP), Kelas 2 (129 HP), dan Kelas 3 (412 HP),

Ditinjau dari indikator efisiensi pengelolaan tempat tidur menurut standar Kementerian Kesehatan RI, kinerja bagian Elisabeth 4 PB berada pada kategori sangat efisien. Nilai *Bed Occupancy Rate* (BOR) secara keseluruhan mencapai 70,26%, yang berada tepat pada batas ideal standar Depkes (60%–85%). Efisiensi ini didukung oleh nilai *Average Length of Stay* (LOS) rata-rata selama 2,89 hari dan *Turn Over Interval* (TOI) sebesar 1,26 hari, yang menunjukkan bahwa proses penanganan medis berjalan responsif serta tenggang waktu sterilisasi dan penyiapan tempat tidur bagi pasien baru dilaksanakan secara tepat waktu. Selain itu, frekuensi perputaran tempat tidur (*Bed Turn Over* / BTO) yang mencapai 7,32 kali per bulan mencerminkan tingkat pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan yang sangat aktif dan optimal sepanjang periode tersebut.

3.2.7 Melakukan perhitungan dan penyajian data 10 besar morbiditas rawat inap secara manual dan/atau elektronik

Data rekapitulasi morbiditas rawat inap merupakan aspek penting dalam pelaporan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS RL 4a) untuk mengidentifikasi gambaran pola penyakit terbanyak. Pengolahan data ini bersumber dari Sensus Harian Data Morbiditas Rawat Inap (SHRI) baik secara manual maupun elektronik. Berikut merupakan distribusi 10 besar diagnosa penyakit terbanyak pada pasien

rawat inap di ruang Elisabeth 4 PB (EG4PD) periode 01 Agustus 2026 sampai dengan 31 Agustus 2026 yang disajikan pada Tabel 3.13:

Tabel 3. 13 Data 10 Besar Morbiditas Rawat Inap

No	Nama Diagnosa	ICD-10	LK	PR	Jumlah
1	GE / Diare Acut	A09	3	2	5
2	Bronchitis Akut (Usia Kurang Dari 15 Tahun)	J20.9	3	1	4
3	Ispa	J22	2	2	4
4	Infeksi Bacterial	A49..9	2	1	3
5	Astma Bronchitis Childood	J45.0	1	2	3
6	Gastroenteristis	A09	3	0	3
7	Infeksi Bakteri	A49.9	1	2	3
8	Asthma Attact	J46	2	1	3
9	Hypertrophy Tonsil	J35.1	1	1	2
10	Dehydration	E86	1	1	2

Sumber Data : SIMRS Panti Rapih Yogyakarta Bulan Agustus Tahun 2026

Berdasarkan data rekapitulasi morbiditas rawat inap pada ruang CB2RA periode 01 hingga 31 Agustus 2026 di atas, distribusi 10 besar penyakit terbanyak didominasi oleh kelompok penyakit infeksi saluran pencernaan serta gangguan saluran pernapasan. Kasus tertinggi ditempati oleh diagnosa *GE / Diare Acut* (ICD-10: A09) dengan total 5 kasus (3 laki-laki dan 2 perempuan). Urutan selanjutnya diikuti oleh *Bronchitis Akut* (ICD-10: J20.9) dan *ISPA* (ICD-10: J22) yang masing-masing mencatatkan sebanyak 4 kasus. Selain itu, terdapat kelompok penyakit dengan frekuensi masing-masing 3 kasus, yaitu *Infeksi Bacterical* (A49.9), *Asthma Bronchitis Child* (J45.0), *Gastroenteritis* (A09), *Infeksi Bakteri* (A49.9), dan *Asthma Attact* (J46), serta diagnosa *Hypertrophy Tonsil* (J35.1) dan *Dehydration* (E86) masing-masing sebanyak 2 kasus.

Ditinjau dari distribusi jenis kelamin, penderita kasus pernapasan dan pencernaan akut seperti *GE / Diare Acut*, *Bronchitis Akut*, dan *Gastroenteritis* cenderung lebih banyak ditemukan pada pasien laki-laki. Sebaliknya, kasus seperti *Asthma Bronchitis Child* dan *Infeksi*

Bakteri menunjukkan proporsi yang lebih dominan pada pasien perempuan. Ditinjau dari aspek status keluar pasien (mortalitas), seluruh penderita dari 10 besar kelompok diagnosa tersebut menyelesaikan masa perawatan dan keluar dalam keadaan hidup tanpa adanya kasus kematian (kolom mati = 0). Hal ini mencerminkan mutu pelayanan klinis, penegakan diagnosa, serta penanganan kasus medis di ruang CB2RA yang berjalan dengan efektif dan optimal sepanjang periode Agustus 2026

3.2.8 Hasil Rekapitulasi Pengunjung dan Kunjungan di Rumah Sakit.

Berdasarkan hasil pengolahan data rekam medis pada bulan Agustus 2026, rekapitulasi jumlah pengunjung (pasien baru dan pasien lama) serta kunjungan pasien di Instalasi Rawat Jalan (Poliklinik) dan Instalasi Gawat Darurat (IGD) RS Panti Rapih disajikan pada gambar berikut:

TGL	HARI	JUMLAH PASIEN (IGD+POLI)		JUMLAH KUNJUNGAN										
				POLI							IGD			
		BARU	LAMA	PERIKSA	BATAL	DAFTAR	BPJS	LAIN2	PPRJ	UMUM	PERIKSA	BPJS	LAIN2	UMUM
1	SABTU	93	650	702	142	844	162	185	0	355	69	3	0	66
2	MINGGU	58	169	150	24	174	0	60	0	90	82	2	0	80
3	SENIN	100	1,037	1,107	172	1,279	456	192	0	459	81	9	0	72
4	SELASA	94	823	888	152	1,040	332	171	0	385	76	6	0	70
5	RABU	114	891	1,019	77	1,096	446	154	0	419	88	3	0	85
6	KAMIS	86	796	861	158	1,019	319	182	0	360	66	1	0	65
7	JUMAT	90	811	869	157	1,026	331	165	0	373	82	4	0	78
8	SABTU	94	751	594	118	712	117	174	0	303	83	7	0	76
9	MINGGU	45	182	137	30	167	0	56	0	81	92	1	0	91
10	SENIN	114	1,106	1,195	189	1,384	521	195	0	479	75	3	0	72
11	SELASA	101	875	943	167	1,110	353	177	0	413	82	6	0	76
12	RABU	88	918	974	183	1,157	437	163	0	374	79	2	0	77
13	KAMIS	104	854	917	180	1,097	342	165	0	410	88	4	0	84
14	JUMAT	99	890	959	203	1,162	367	169	0	423	72	5	0	67
15	SABTU	109	775	836	179	1,015	213	203	0	420	93	6	0	87
16	MINGGU	47	178	146	26	172	0	63	0	83	82	4	0	78
17	SENIN	38	165	110	26	136	0	41	0	69	94	2	0	92
18	SELASA	115	853	903	194	1,097	329	177	0	397	103	3	0	100
19	RABU	113	860	926	202	1,128	390	157	0	379	94	3	0	91
20	KAMIS	107	869	903	153	1,056	379	160	0	364	101	4	0	97
21	JUMAT	97	692	740	147	887	280	143	0	317	82	5	0	77
22	SABTU	109	731	775	183	958	208	189	0	378	88	4	0	84
23	MINGGU	60	176	146	18	164	0	67	0	79	90	9	0	81
24	SENIN	128	1,182	1,258	246	1,504	536	216	0	506	99	5	0	94
25	SELASA	43	144	106	25	131	0	42	0	64	88	5	0	83
26	RABU	111	964	1,017	180	1,197	433	162	0	422	98	5	0	93
27	KAMIS	108	911	934	194	1,128	379	197	0	408	94	6	0	88
28	JUMAT	92	948	994	180	1,174	429	169	0	396	92	4	0	88
29	SABTU	102	820	867	190	1,057	277	196	0	394	91	3	0	88
30	MINGGU	47	159	131	27	158	0	33	0	98	83	6	0	77
31	SENIN	127	1,081	1,152	187	1,339	513	196	0	443	108	4	0	104
99	TOTAL	2,833	22,261	23,309	4,309	27,618	8,549	4,619	0	10,141	2,695	134	0	2,561
	RATA-RATA	91	718	752	139	891	276	149	0	327	87	4	0	83

Sumber Data : SIMRS Panti Rapih Yogyakarta Bulan Agustus Tahun 2026

Gambar 3. 21 Hasil Rekapitulasi Pengunjung dan Kunjungan

Berdasarkan Gambar 3.21 di atas, dapat diketahui bahwa total pengunjung di RS Panti Rapih selama bulan Agustus 2026 adalah sebanyak 25.094 pasien, yang terdiri dari 2.833 pasien baru (11,3%) dan 22.261 pasien lama (88,7%). Rata-rata pengunjung yang dilayani mencapai 809 pasien per hari. Dari sisi frekuensi kunjungan periksa, tercatat total 26.004 kunjungan, yang terbagi menjadi 23.309 kunjungan pada Instalasi Rawat Jalan (Poliklinik) dan 2.695 kunjungan pada Instalasi Gawat Darurat (IGD). Rata-rata kunjungan periksa harian pada Poliklinik mencapai 752 kunjungan, sedangkan IGD melayani rata-rata 87 kunjungan per hari. Berdasarkan cara bayar/penjaminan, mayoritas kunjungan di Rawat Jalan didominasi oleh pasien Umum/Mandiri (43,5%) dan pasien BPJS Kesehatan (36,7%). Sementara itu, pada Instalasi Gawat Darurat, sebagian besar pasien menggunakan penjaminan Umum/Mandiri (95,0%).

3.2.9 Hasil Rekapitulasi Pelayanan Kebidanan Rawat Inap

Pelaporan kegiatan kebidanan merupakan bagian integral dari Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS Formulir RL 3.7) yang mencatat seluruh aktivitas pelayanan kesehatan ibu dan anak. Data ini mencakup pelayanan antenatal, tindakan persalinan, penanganan komplikasi obstetri, hingga pelayanan nifas. Berikut merupakan rekapitulasi data pelayanan kebidanan berdasarkan kategori rujukan dan non-rujukan yang disajikan pada Gambar 3.22:

	JENIS KEGIATAN	RUJUKAN MEDIS						RUJUKAN NON MEDIS			NON RUJUKAN			DIRUJUK
		RS	BIDAN	FASKES LAINNYA	HIDUP	MATI	TOTAL RUJUKAN MEDIS	HIDUP	MATI	TOTAL RUJUKAN NON MEDIS	HIDUP	MATI	TOTAL NON RUJUKAN	
1.	PEMBERIAN BUKU KIA PADA IBU HAMIL				0		0			0	14		14	
2.	PELAYANAN ANTENATAL				0		0			0	345		345	
	PERSALINAN													
3.1	PERSALINAN PERVAGINAM TANPA PENYULIT (NORMAL)				0		0			0	9		9	
3.2	PERSALINAN PERVAGINAM SPONTAN DENGAN PENYULIT				0		0			0	0		0	
3.3	PERSALINAN PERVAGINAM DENGAN BANTUAN				0		0			0	0		0	
3.4	PERSALINAN SC				0		0			0	19		19	
	KOMPLIKASI OBSTETRI PADA IBU HAMIL, BERSALIN DAN NIFAS													
4.1	PERDARAHAN ANTE-PARTUM (SEBELUM)				0		0			0			0	
4.2	PERDARAHAN POST-PARTUM (SETELAH)				0		0			0			0	
4.3	PRE EKLAMSIA				0		0			0			0	
4.4	EKLAMSIA				0		0			0			0	
4.5	INFEKSI				0		0			0			0	
4.6	ABORTUS				0		0			0	4		4	
4.7	KOMPLIKASI				0		0			0	1		1	
5.1	ABORSI ATAS INDIKASI KEDARURATAN MEDIS				0		0			0	0		0	
5.2	ABORSI ATAS INDIKASI KEHAMILAN AKIBAT PERKOSAAN				0		0			0	0		0	
6	SKRINING STATUS IMUNISASI TETANUS				0		0			0			0	
7.1	HIV				0		0			0			0	
7.2	HEPATITIS B				0		0			0	2		2	
7.3	SIFILIS				0		0			0			0	
7.4	TB				0		0			0			0	
7.5	PENYAKIT JANTUNG				0		0			0			0	
7.6	ANEMIA				0		0			0	1		1	
7.7	DM				0		0			0			0	
7.8	TERKONFRIMASI COVID-19				0		0			0			0	
7.9	KOMPLIKASI LAINNYA				0		0			0			0	
8.1	DIBERIKAN ANTENATAL KORTIKOSTEROID				0		0			0			0	
8.2	TIDAK DIBERIKAN ANTENATAL KORTIKOSTEROID				0		0			0	1		1	
9	PELAYANAN NIFAS				0		0			0	28		28	
10	IBU NIFAS MENDAPAT VIT.A				0		0			0	28		28	

Sumber Data : SIMRS Panti Rapih Yogyakarta Bulan Agustus Tahun 2026

Gambar 3. 22 Rekapitulasi Pelayanan Kebidanan Rawat Inap

Berdasarkan data rekapitulasi pelayanan kebidanan (Formulir RL 3.7) di atas, seluruh pelayanan yang tercatat didominasi oleh kelompok pasien non-rujukan yang datang langsung ke fasilitas pelayanan kesehatan. Pada kelompok pelayanan maternal, kegiatan *Pelayanan Antenatal* mencatatkan angka tertinggi yaitu sebanyak 345 pelayanan, disusul oleh *Pemberian Buku KIA Pada Ibu Hamil* sebanyak 14 tindakan. Untuk tindakan persalinan, tercatat sebanyak 19 kasus tindakan *Persalinan SC* (Sectio Caesarea) dan 9 kasus *Persalinan Pervaginam Tanpa Penyulit (Normal)*.

Sementara itu, pada kategori penanganan komplikasi dan skrining kebidanan, tercatat beberapa kasus non-rujukan yang ditangani, meliputi *Abortus* sebanyak 4 kasus, *Komplikasi* lainnya 1 kasus, serta skrining komorbid kehamilan yaitu *Hepatitis B* sebanyak 2 kasus dan *Anemia* sebanyak 1 kasus. Selain itu, pelayanan pascamelahirkan mencatatkan *Pelayanan Nifas* dan *Ibu Nifas Mendapat Vitamin A* masing-masing sebanyak 28 tindakan. Secara keseluruhan, tidak tercatat adanya kematian maternal pada seluruh jenis kegiatan kebidanan tersebut (kolom mati = 0), yang mencerminkan mutu penanganan klinis obstetri dan pelayanan kesehatan ibu yang efektif dan aman di rumah sakit

3.2.10 Hasil Rekapitulasi Pelayanan Neonatal Bayi dan Balita Rawat Inap

Berdasarkan hasil pengumpulan data selama pelaksanaan Praktik Kerja Lapangan (PKL) di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta, diperoleh data mengenai rujukan medis neonatus pada bulan Agustus 2026. Data tersebut dikelompokkan berdasarkan jenis pelayanan atau kondisi neonatus, berat badan lahir, serta status rujukan medis. Adapun data rujukan medis neonatus pada bulan Agustus 2026 disajikan pada gambar dibawah ini :

Gambar 3. 23Rekapitulasi Pelayanan Neonatal Bayi dan Balita Rawat Inap

TOTAL BAYI LAHIR BERDASAR BERAT BADAN

BERAT BADAN BAYI LAHIR	JUMLAH PASIEN												TOTAL
	SEMESTER - 1						SEMESTER - 2						
	TRIWULAN - 1			TRIWULAN - 2			TRIWULAN - 3			TRIWULAN - 4			
	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGST	SEPT	OKT	NOV	DES	
1. Kurang dari 2500 gram	1	1	3	0	2	4	2	3	6	0	0	0	22
2. Lebih dari 2500 gram	33	38	37	36	37	27	17	25	22	0	0	0	272
TOTAL	34	39	40	36	39	31	19	28	28	0	0	0	294

BERAT BADAN BAYI LAHIR	JUMLAH PASIEN												TOTAL
	SEMESTER - 1						SEMESTER - 2						
	TRIWULAN - 1			TRIWULAN - 2			TRIWULAN - 3			TRIWULAN - 4			
	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGST	SEPT	OKT	NOV	DES	
BERAT BAYI LAHIR MATI													
1. Kurang dari 2500 gram	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
2. Lebih dari 2500 gram	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	3

BERAT BAYI LAHIR HIDUP													
	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOP	DES	JUMLAH
1. Kurang dari 2500 gram	1	1	2	0	2	4	2	2	6	0	0	0	20
2. Lebih dari 2500 gram	33	38	37	36	37	26	17	25	22	0	0	0	271
TOTAL	34	39	39	36	39	30	19	27	28	0	0	0	291

Sumber: SIMRS Panti Rapi

Berdasarkan Gambar 3.23 , diketahui bahwa pada bulan Agustus 2026 terdapat beberapa jenis kondisi neonatus yang tercatat dalam data rujukan medis. Data tersebut meliputi pengelompokan berdasarkan berat badan lahir, jenis kelahiran, kondisi atau diagnosis neonatus, serta jumlah rujukan berdasarkan asal fasilitas kesehatan. Selain itu, tabel juga menunjukkan jumlah neonatus berdasarkan status hidup dan mati. Berdasarkan data yang diperoleh, jumlah rujukan berbeda pada setiap kategori kondisi neonatus. Data tersebut memberikan gambaran mengenai karakteristik dan jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan serta rujukan medis di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta selama bulan Agustus 2026.

3.2.11 Hasil Perhitungan dan Penyajian data 10 besar Kematin Rawat Inap

Laporan morbiditas rawat inap merupakan bagian penting dalam pelaporan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS Formulir RL 4a) yang bertujuan untuk memetakan distribusi penyakit serta tingkat keparahan kasus yang ditangani di bagian perawatan. Berdasarkan hasil rekapitulasi Sensus Harian Data Morbiditas Rawat Inap (SHRI), berikut disajikan data 10 besar diagnosa penyakit terbanyak berdasarkan pengodean ICD-10 dan sebaran jenis kelamin pasien pada Tabel 3.14:

Tabel 3. 14 Perhitungan dan Penyajian data 10 besar Kematin Rawat Inap

NO	Nama Diagnosa	ICD-10	LK	PR	Jumlah

1	Respiratory Failure (Acute)	J96.0	4	1	5
2	Nstemi --> Non ST Elevation Myocardial Infarction	I21.4	3	1	4
3	CHF --> Congestive Heart Failure	I50.0	0	4	4
4	Stroke Infarct	I63.3	0	3	3
5	Encephalopathy	G93.4	2	1	3
6	CAD--> Coronary Artery Disease	I25.1	2	0	2
7	Leptospirosis	A27.9	1	1	2
8	Hydrocephalus	G91.9	0	2	2
9	Hypoalbumnemia	E88.0	2	0	2
10	Bronchopneumonia	J18.0	1	1	2

Sumber Data : SIMRS Panti Rapih Yogyakarta Bulan Agustus Tahun 2026

Berdasarkan data rekapitulasi 10 besar diagnosa penyakit di atas, pola morbiditas pasien didominasi oleh kasus-kasus kegawatdaruratan sistem kardiovaskular, sistem saraf, serta gangguan pernapasan berat. Diagnosa dengan frekuensi tertinggi adalah *Respiratory Failure (Acut)* (J96.0) sebanyak 5 kasus. Posisi selanjutnya diikuti oleh penyakit kardiovaskular serius, yaitu *NSTEMI / Non ST Elevation Myocardial Infarction* (I21.4) dan *CHF / Congestive Heart Failure* (I50.0) yang masing-masing mencatatkan sebanyak 4 kasus. Selain itu, terdapat penyakit neurologis dan sistemik seperti *Stroke Infarct* (I63.3) dan *Encephalopathy* (G93.4) masing-masing sebanyak 3 kasus. Selanjutnya, diagnosis CAD/*Coronary Artery Disease* (I25.1), Leptospirosis (A27.9), Hydrocephalus (G91.9), Hypoalbuminemia (E88.0), dan Bronchopneumonia (J18.0) masing-masing ditemukan sebanyak 2 kasus.

Ditinjau dari distribusi jenis kelamin, penderita kasus serangan jantung dan penyakit pembuluh darah koroner seperti *NSTEMI* (3 laki-laki, 1 perempuan) dan *CAD* (2 laki-laki) serta gangguan sistem pernapasan berat *Respiratory*

Failure (4 laki-laki, 1 perempuan) lebih dominan ditemukan pada pasien laki-laki. Sebaliknya, kasus gagal jantung kronis *CHF* (4 perempuan) dan *Stroke Infarct* (3 perempuan) sepenuhnya ditemukan pada pasien perempuan. Tingginya proporsi penyakit degeneratif dan kasus kritis ini mencerminkan tingginya kompleksitas pelayanan medis yang membutuhkan penanganan klinis secara intensif, responsif, dan terpadu di bagian perawatan rawat inap.

3.3 Mengidentifikasi pelaksanaan kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan berdasarkan aspek klasifikasi dan kodefikasi penyakit, masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis di RS Panti Rapih tahun 2026

3.3.1 Melakukan klasifikasi dan kodefikasi penyakit, masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis dengan tepat menggunakan ICD-10 dan ICD-9 CM secara elektronik dan atau manual pada rekam medis rawat inap, rawat jalan atau instalasi gawat darurat.

Kegiatan klasifikasi dan kodefikasi penyakit, masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis dilakukan dengan tepat menggunakan ICD-10 dan ICD-9 CM secara elektronik. Di rumah sakit Panti Rapih mahasiswa hanya melakukan kodefikasi untuk bagian rawat jalan. Berikut tata cara melakukan kodefikasi diagnosis dan tindakan pada pasien rawat jalan di Rumah Sakit Panti Rapih:

a. Kodefikasi diagnosis
    1) Buka website Olah Data, pilih tanggal dan nama dokter yang akan dikoding, setelah muncul nama pasien, arahkan kursor ke tabel opsi berwarna kuning, lalu klik hingga muncul catatan pemeriksaan rawat jalan beserta diagnosanya. Lakukan proses pengkodean berdasarkan daftar kode yang tersedia di SIMRS.
    2) Apabila kode penyakit di program belum ada, cari kode dengan menggunakan ICD 10 dan segera masukkan kode tersebut ke dalam komputer.
        a) Pencarian kode dalam ICD 10 dengan cara:

(1) Baca instruksi manual dalam ICD 10 volume 2.
(2) Cari kode diagnosa dengan menggunakan leadterm dalam ICD 10 volume 3.
(3) Crosscek kode dengan kode yang ada dalam ICD 10 volume 1.

b) Penginputan kode ICD 10 di program Olah Data dengan cara:
(1) Olah data - ICD 10 - Input
(2) Jika sudah diinput pilih Copy to D:\ICD

c) Penginputan kode ICD 10 di Olah Data Web dengan cara:
(1) Buka website Olah Data
(2) Pilih Tambah, isikan sesuai dengan ketentuan yang tertera

3) Klik simpan

b. Kodefikasi Tindakan

1) Buka website Olah Data, pilih tanggal yang akan dikoding tindakannya, setelah muncul nama pasien, arahkan kursor ke tabel opsi berwarna kuning, akan muncul data-data yang berkaitan dengan laporan operasinya beserta tindakan operasi. Lakukan proses pengkodean berdasarkan kode ICD 9 CM yang tersedia di SIMRS.
2) Apabila kode tindakan di SIMRS belum ada, cari kode dengan menggunakan ICD 9 dan segera masukkan kode tersebut ke dalam SIM RS.

a) Pencarian kode pada ICD 9 CM dengan cara:
(1) Cari kode tindakan dalam *index* dalam ICD 9 CM.
(2) Bila kode sudah ketemu *crosscheck* kode tersebut dengan daftar tindakan dalam ICD 9 CM.

b) Penginputan kode ICD 9 di website Olah Data dengan cara:
(1) Buka Olah Data Web
(2) Pilih Tambah, isikan sesuai dengan ketentuan yang tertera.

3) Klik Simpan

Selama pelaksanaan magang di Rumah Sakit Panti Rapih, mahasiswa hanya melaksanakan kodefikasi pada pasien rawat jalan. Untuk pelaksanaan kodefikasi

pada pasien rawat inap hanya mengetahui tata cara kodefikasi, berikut tata cara kodefikasi rawat inap:

a. Melihat resume pasien dari SIMRS
b. Berikanlah kode penyakit pada diagnosa utama, diagnosa lain/komplikasi dan sebab kematian sesuai kode ICD 10 secara komputerisasi dengan 2 cara:
    1) Buka program OLAH DATA – FILE – RANAP – RANAP – Masukkan nomor register pasien (akan muncul data lengkap identitas pasien) – EDIT - koding diagnosa berdasarkan resume yang ditulis dokter.
    2) Buka website Olah Data, pillih sesuai tanggal yang akan dikerjakan, koding diagnosa berdasarkan resume yang ditulis dokter
c. Apabila kode penyakit di program belum ada, cari kode dengan menggunakan ICD 10 dan segera masukkan kode tersebut ke dalam komputer.
    1) Pencarian kode dalam ICD 10 dengan cara:
        a) Baca instruksi manual dalam ICD 10 volume 2.
        b) Cari kode diagnosa dengan menggunakan leadterm dalam ICD 10 volume 3.
        c) Crosscek kode dengan kode yang ada dalam ICD 10 volume 1
    2) Penginputan kode ICD 10 di program Olah Data dengan cara:
        a) Olah data - ICD 10 - Input
        b) Jika sudah diinput pilih Copy to D:\ICD
    3) Penginputan kode ICD 10 di Olah Data Web dengan cara:
        a) Buka website Olah Data
        b) Pilih Tambah, isikan sesuai dengan ketentuan yang tertera
d. Klik simpan

Berikut merupakan hasil dari dari klasifikasi dan kodefikasi penyakit, masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis dilakukan dengan tepat menggunakan ICD-10 dan ICD-9 CM, secara elektronik pada dokumen rekam medis:

Tabel 3. 15 Hasil Kodefikasi ICD-10 & ICD-9 Kasus Rawat Jalan

No.	Tanggal	Nomor RM	Bagian	Kode Diagnosis Utama	Kode Diagnosis Sekunder	Kode Tindakan	Asistensi /Mandiri

1	06/08/2026	812XXX	RJ	Rynopharingitis J00	-	-	Mandiri
2	06/08/2026	1162XX	RJ	Asma Brokial J45.9	-	Nebulizer 93.94	Mandiri
3	06/08/2026		RJ	G1P0A0 24/25 minggu Z00.1	-	USG 88.78	Mandiri
4	06/08/2026		RJ	Hipertensi I10	COPD J44.9, URTI JO6.9	-	Mandiri
5	06/08/2026		RJ	Imunisasi Hepatitis B Z24.6	-	Vaksin Hepatitis B 99.55	Mandiri
6	08/08/2026		RJ	Asma J45.0	Rhinitis J00, Hipertensi I10	-	Mandiri
7	08/08/2026		RJ	Ca Mammae on kemo Z51.1	Susp plebitis disti Z03.8	-	Mandiri
8	08/08/2026		RJ	Otitis Media H65.1	Rhinitis alergi J30.4	Ear Toilet 96.53	Mandiri
9	08/08/2026		RJ	Copral tulang ikan T17.2	-	Ekstraksi Tulang Ikan 98.13	Mandiri
10	08/08/2026		RJ	Vaksin Rabies Z24.2	-	Vaksin Rabies 99.44	Mandiri
11	12/08/2026		RJ	Tonsilitis kronik J35.0	Rhinitis kronik J31.0, Hypertropy adenoid J35.2	-	Mandiri

12	12/08/2026		RJ	Paringitis kronik J31.2	Hearness R49.0, Laringitis akut J04.0	-	Mandiri
13	12/08/2026		RJ	Disfungsi tuba H69.9	Paringitis kronik J31.2, Rhinitis kronik J31.0	Removal cerumen 96.52	Mandiri
14	12/08/2026		RJ	Cervical musclespasm M62.88	Dizziness R42, TTH G44.2	Dry Needling 93.39	Mandiri
15	12/08/2026		RJ	ILO T81.4	-	Toilet Luka 86.28	Mandiri
16	15/08/2026		RJ	Cerumen H61.2	Otitis Media H66.3	Ear Toilet 96.53	Mandiri
17	15/08/2026		RJ	GEA A09	Tonsilitis akut J03.9	-	Mandiri
18	15/08/2026		RJ	Copral Cuttod Bud W44	Cerumen H61.2	Ekstraksi Benda Asing telinga 98.11	Mandiri
19	18/08/2026		RJ	Otitis Externa H60.9	Septum Deviasi	Irigasi Cerumen 96.52	Mandiri
20	18/08/2026		RJ	Abrasi Gigi K03.1	Suspek necrosis pulpa Z03.8	Tumpatan 23.2	Mandiri
21	21/08/2026		RJ	Gangrene pulpa K04.1	-	PSA 23.70	Mandiri
22	21/08/2026		RJ	Psikoterapi Z50.4	-	Terapi perilaku 94.33	Mandiri

23	21/08/2026		RJ	Vaksin IPD Z23.8	Grow flattering R26.8	Vaksin IPD 99.55	Mandiri
24	21/08/2026	141xxxx	RJ	Impacted teeth with abnormal position (K07.3)	Pericoro (K05.2)	Angkat Jahitan (97.89)	Mandiri
25	21/08/2026	978xxx	RJ	Gingivitis chronic (K05.1)	Calculus dental (K03.6)	Scalling gigi (96.54)	Mandiri
26	24/08/2026	830xxx	RJ	Myopia (H52.1)	-	Slitlamp (95.09) Refrakto mestri (95.05)	Mandiri
27	24/08/2026	126xxx	RJ	Hordeolu m (H00.0)	-	Slitlamp (95.09)	Mandiri
28	24/08/2026	677xxx	RJ	Pericoroni tis (K05.2)	Impacted gigi (K01.1)	Odontecto my (23.19)	
29	24/08/2026	131xxxx	RJ	Retained dental root (K08.3) Nekrosis pulpa (K04.1)	Luksasi gigi (S03.2)	-	Mandiri
30	24/08/2026	105xxxx	RJ	G1P0A0 + ht (O10.0)	-	USG Gravid (88.78)	Mandiri

3.3.2 Melakukan audit koding klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit dan masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis dengan tepat

Audit koding merupakan proses memeriksa atau meninjau kembali hasil penentuan kode diagnosis dan tindakan yang dihasilkan adalah akurat, tepat waktu sesuai dengan ketentuan kebijakan dan perundang-undangan yang berlaku. Audit koding perlu dilakukan untuk menganalisis kesalahan yang ditemukan serta untuk menelusuri sumbernya, membandingkan informasi yang dihasilkan oleh petugas kodefikasi dengan informasi yang tertera di dalam rekam medis pasien, dan

mengidentifikasi praltik pengkodean yang perlu ditingkatkan. Berdasarkan standar mutu rekam medis, audit koding biasanya mengukur beberapa elemen yaitu:

1. Akurasi (*Accuracy*), ketepatan kode dengan diagnosis medis.
2. Kelengkapan (*Completeness*), ketersediaan seluruh kode prosedur dan diagnosis utama/sekunder.
3. Ketepatan waktu (*Timeliness)*, ketepatan proses koding diselesaikan.
4. Relevansi (*Relevancy*), kegunaan dan manfaat kodefikasi serta kesesuaian kode dengan manfaat yang dapat diberikan.
5. Konsisten (Reliability), kekonsistenan kode diagnosa dan tindakan yang dihasilkan oleh setiap petugas kodefikasi klinis.
6. Keterbacaan (*Legibility*), sumber data yang dijadikan dasar pengkodean dapat dibaca dan mudah dipahami.
7. Berikut adalah audit koding yang telah dilakukan di Rumah Sakit Panti Rapih:

No.	Catatan			Manajemen Diagnostik				Pengobatan	Diagnosis sesuai dengan hasil Audit	Kodefikasi Penyakit dan Tindakan
	Rirawat Pasien	**Pemeriksaan Fisik**	**Catatan Kemajuan Pasien**	**Waktu Pemberian Prosedur**	**Hasil Pemeriksaan Penunjang (Lab, X-ray, Patologi Anatomi**	**Tindakan Medis**	**Spesialisasi yang menangani pasien**	**Terapi (Pemberian Obat, Infus, Dll)**		
1	Sedang jalan turun dari tangga lalu terkilir, nyeri tangan kiri, kaki kiri, riwayat operasi pasang plate di RS Panti	KU : CM, sedang, Detak jantung: 74, Tekanan Darah :141/66, Suhu :36 °C, RR: 20x/menit, SpO2: 100%	-	-	**Radiologi Wrist Joint** : Fraktur komplet os radius sinistra pars tertia distal, aposisi dan aligament kurang. Femur Sinistra : Fraktur komplet intertrochanter femur sinistra, dalam fiksasi interna berupa plate dan screw, aposisi dan aligament	Operasi : CRPP distal radius sinistra dan long leg cast sinistra, Medicamentosa, Fisioterapi	Ortopedi	Paracetamol 500mg tab 3X1, Calcium lactat 500 mg tab 2x1, Injeksi ketorolac 30mg/ml, Injeksi ondansetron 4mg/2ml, Injeksi Ranitidine 50mg/2ml,	**Diagnosis Utama:** - CF Left Distal Radius Frykman 5 **Diagnosis Sekunder :** - CF Left Distal Femur Undisplaced	**Diagnosis Utama:** - Fracture of shaft of radius S52.30 **Diagnosis Sekunder :** - Fracture of femur, part unspecified S72.90 **Tindakan:** - Closed reduction of

	Rapih tahun 2026 bulan Maret				baik. **Laboratorium: (30/08/2026 01:03)** Erristrosit 3.42, MCV 101.5, MCH 32.5, Jumlah limfosit 1.41, Rasio Neutrofil 3.57. **(30/08/2026 08:08)** Protrobin time 15.5			Injeksi cefazolin 1g, Injeksi dexketoprefen 25mg/ml, Cefixime 200mg tab 2x1		fracture with internal fixation radius and ulna 72.12 - Other immobilization, pressure, and attention to wound 93.59
2	Pasien mengatakan ada benjolan pada inguinal kanan sudah sejak 3 bulan	KU: sedang, CM St lokalis : Benjolan inguinal kanan, diameter 10cm, lunak, test hernia kanan + penis	-	-	**Laboratorium :** Hemoglobin 12.8, Hematokrit 39.7, Cretinin 1.22, Glukosa 130, **Foto Thorax:** Pleural reaction dextra	**Operasi** : Herniarafi kanan dengan mesh, medicamentosa	Bedah	Ibuprofen 400mg tab 2x1, paracetamol 500mg tab 4x1, cefaroxile 500mg kaps 2x1, ketorolac	**Diagnosis Utama:** - Hernia Inguanalis kanan **Diagnosis Sekunder :** - Hipertensi (Primer)	**Diagnosis Utama:** **-** Unilateral or unspecified inguinal hernia, without obstruction or gangrene

	yang lalu, benjolah hilang timbul. Tgl 28/08/2026 benjolah muncul lagi, lalu periksa ke dr. Sabarno, Sp.B disarankan operasi. Tgl 28/08/2026 pasien masuk LK3 314 untuk	normal, kedua testis normal. Detak jantung : 65x/menit, tekanan darah: 165/91 mmHg, Suhu: 36.5°C, Berat: 68 kg, Tinggi badan: 165 cm, RR (Respiratory Rate): 20x/menit, Sp02: 98%						30mg/ml inj 2x1, Lansoprazole 30mg kaps 2x1, cetirizine 10mg kps 1x1, dexamethason 5mg/ml inj 2x2, anbacin 1gr inj, lanzoprazole 30mg inj 1x1		K40.9 **Diagnosis Sekunder :** **-** Essential (primary) hypertension I10 **Tindakan:** **-** Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise specified 53.05

	rencana operasi.									
3	Hari ini, Kamis 27 Agustus 2026 pasien rencana untuk memperbaiki akses AV sunt tangan kiri namun kondisi kurang stabel	KU: CM, Lemas. Detak jantung: 53x/mnt, tekanan darah: 158/76 mmHg, Suhu: 36.2°C, Berat: 53 kg, Tinggi badan: 172 cm, RR (Respiratory Rate): 20x/m	-	-	**Laboratorium:** Hemoglobin 9.9, Eristrosit 3.31, Hematokrit 30.2, Eosinofil 3.4, Glukosa darah 123, Kalium 6.6, Ureum 218, Creatinin 9.47. **Foto Thorax:** Infiltrat peribronchial dengan cardiomegali, Sistema tulang intak	Medicamentosa, Angiography-angioplasty, HD	Penyakit dalam	Paracetamol 500 mg tab 3x1, ceftriaxone 1 gj inj, Paracetamol 100 ml infus, Cefixime 200 mg tab 2x1, Nospirinal 80 mg tab 1x1	**Diagnosis Utama:** - Stenosis oklusi total vena Cephalica sinistra, **Diagnosis Sekunder :** - Chromic kidney disease, stage 5	**Diagnosis Utama:** - Compression of vein I87.1 **Diagnosis Sekunder :** - Chronic kidney disease, stage 5 N18.5 **Tindakan:** - Angioplasty or atherectomy

	dikonsultasikan ke dr. Triharnoto dan dilakukan hemodialisa dengan akses femoralis, Jumat, 28 Agustus 2026 direncanakan operasi untuk memperbaiki akses AV stunt ddan perbaikan kondisi di	enit, SpO2: 100%								of other non-coronary vessel(s) 39.50 - Procedure on two vessels 00.41 - Hemodialysis 39.95

	Elizabeth 1									
4	Sejak sabtu, 22/08/2026 nyeri pantat kiri, nyeri di rasakan seperti ditusuk benda tajam. Hari Senin, 24/08/2026 periksa	KU: CM, Sedang. Detak jantung: 114x/menit, Tekanan darah: 182/94 mmHg, Suhu: 36.5°C, Berat: 100 kg, Tinggi badan: 155cm, RR: 20X/Meni,	-	-	**Laboratorium : (26/08/2026 16:39)** Lekosit 13.6, Neutrofil 72.6, Jumlah Neutrofil 9.84, Rasio Neutrofil 4.45, cretinin 1.11, glukosa darah 426,Hb A1c 11.2. **(26/08/2026 20:00)** Glukaso darah sewaktu 140. **(27/08/2026 12:54)** Glukosa	**Operasi:** Debridemen abses gluteus sinistra, medicamentosa	Bedah	Ketorolac 30 mg/ml inj 3x1, Metronidazole inf 500 mg/100ml 3x1, Ondansetron 4mg/2ml inj, Cefazolin 1g inj 2x1, Omeprazole 40 mg inj 1x1,	**Diagnosis Utama :** - Abses Gluteus S **Diagnosis Sekunder :** - DM Hiperglikemia	**Diagnosis Utama:** - Cutaneous abscess, furuncle and carbuncle of neck L02.3 **Diagnosis Sekunder :** - Type 1 diabetes mellitus without complications E10.9

	ke poli umum RS Condongcatur, dapaat obat ondacentron 1x1 tab, lanzoprazole qxq tab, claneksi 3x1, tramadol 50 mg, ganoin slep. Selanjutnya hari ini 26/08/2026 terasa semakin	SpO2: 100%. St lokalis gluteus, tampak bejolan (+) ertem (+), edem (+), jaringan nekrotik (+), diameter 15 cm			darah sewaktu 243. **(28/08/2026 05:25)** glukosa darah sewaktu 338.			Paracetamol 100 ml infus 3x1, Sulfadiazine silver 35 gram cr, Repacor 40mg Inj 2x1, Glaritus 100 IU/ml, Dispopen 1x10		**Tindakan:** - Nonexcisional debridement of wound, infection or burn 86.28

	bengkak, nyeri daerah pantat selanjutnya periksa ke klinik UPN dirujuk ke RS panti Rapih, periksa ke dr Ariane advise opname dan diantar masuk ke ruang lukas 2 kamar 211,									

	diantar dengan brankar.									
5	Pasien mengataka n ada benjolan di selangkan gan kiri sejak 2 minggu ini, kadang nyeri terutama	KU : CM. Detak jantung 86x/menit, Tekanan Darah: 145/9 1 mmHg, Suhu: 36°C, Berat: 60 kg, tinggi badan: 168 cm, RR: 20x/men	-	-	**Laboratorium :** Eosinafil 3.2, SPGT 9.0. **Patologi Anatomi:** 3 buah jaringan tumor inguinal sinistra (limfonodi) : Linfadenitis granulasi et supurasi curiga infeksi TB dengan vaskulitis. **Foto Thorax:** Pulmo tak	**Operasi :** Eksisi Biopsi Tumor Inguinal Sinistra, Medicam entosa	Bedah Digestif	Paracetamol 500mg tab, Gen+ (3x2 1/2, Ketorolac 30 mg/ml Inj Gen+ (J 3x1,Ranitidi ne Injj 50mg/2ml Gen+ (2x1, Cefoperazon e 1gr Inj,	**Diagnosis Utama :** **-** Abses Gluteus S **Diagnosis Sekunder :** **-**	**Diagnosis Utama:** - Benign neoplasm: other specified sites D36.7 **Diagnosis Sekunder :** - **Tindakan:** - Excision or destruction of

	jika terlalu lama duduk dan berdiri, benjolan tidak tambah besar. Kemudia pasien periksa ke poli dr. Yunada dengan keluhan yang sama, direncanakan operasi. Pasien masuk ke	it, SpO2: 98%. St lokalis benjolan di inguinal kiri			tampak kelainan, Besar Cor normal			Gen+,Ampicillin + Salbactam 1500mg I 3x1		lesion or tissue of abdominal wall or umbilicus 54.3

	EG1 amar 115D									
6	Pasien rujukan dari RSU Mitra Pedan datang dg keluhan nyeri dada tengah menjalar kedada kiri dan kanan dan punggung, keringat dingin,	KU : CM, sedang Detak Jancung: 98, Suhu : 36,3°C Respiratory Rate°20x/mnt Tekanan Darah°137/68, SpO2°100 %,			**Radiologi :** Klinis: UAP → UNSTABLE ANGINA PECTORIS, STEMI INFERIOR, HYPERTENSI (PRIMER), DM II NON OBESE, UNSPECIFIED Foto thorax, AP view, simetris, inspirasi dan kondisi cukup, hasil: Tampak corakan	Medikamentosa CAG + PRIMARY PCI	Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah	Alprazolam 0.5 mg tab 1 1x1; Clopidogrel 75 mg tab 1 1x1; Atorvastatin 20 mg tab 1 x 2; Pantoprazole 40 mg INJ; Nospirinal 80 mg tab 1x1; EZ Rapid 100	**Diagnosis Utama :** - Acute transmnural myocardial infarction of antrior wall **Diagnosis Sekunder :** -	**Diagnosis Utama:** - Acute transmural myocardial infarction of anterior wall I21.0 **Diagnosis Sekunder :** - **Tindakan:** - Percutaneous transluminal coronary

	pusing mulai jam 10.00, sebelumnya riwayat seminggu yg lalu pernah nyeri dada seperti ini juga RPD HI obat amlodipin 10 mg, DM, asam urat, cholesterol. Di IGD RSU Metra Pedan sudah				bronchovascular normal. Tak tampak pelebaran pleural space bilateral. Tampak kedua diafragma licin dan tak mendatar. Cor, CTR < 0.56 Sistema tulang yang tervisualisasi intact. Kesan: Pulmo tak tampak kelainan Besar Cor normal			U/ML Dispopen (JK 2X6).		angioplasty [PTCA] or coronary atherectomy 00.66

	mendapat terapi : Aspilet 2 tab pk 11.30, CPG 2 tab pk 11.30, ISDN 2.5 MG SL pk 11.30.									

7	Tanggal 16/08/2026 pagi jatuh terpleset di depan rumah ketika membuka gerbang, nyeri pergelangan tangan kanan, periksa ke IGD RS Panti Rapih, opname untuk rencana operasi	KU : CM, TSS Detak Jantung: 82x /mnt, TD: 113/63 mmHg Suhu: 36,4°C RR: 20x/mnt SpO2: 98%			**Hasil Radiologi :** Klinis: fracture, foto wrist dextra: AP dan lateral view, kondisi cukup Hasil: Discontinuitas completa metafise os radius dextra dengan depressed dan lateral luxatio radio-ulnar, aposisi-alignment jelek Radio carpalia joint melebar Facies artic masih licin Kesan: Fracture completa metafise os radius dextra dengan depressed dan	Pinning dan Gips radius dextra, medikamentosa	Spesialis Ortopedi	Calcium lactat 500mg tab 2x1; Claneksi 500mg kaps 3x1; Ondasentron 4mg/2ml INJ; Anbacim 1 gr INJ; Repacor 40mg INJ 2X1; Celecoxib 200mg kap 1x1.	**Diagnosis Utama :** - Fracture of lower end of both ulna and radius,closed **Diagnosis Sekunder :** -	**Diagnosis Utama :** - Fracture of lower end of both ulna and radius,closed S52.60 **Diagnosis Sekunder :** - **Tindakan :** - Closed reduction of fracture with internal fixabon, radius and ulna 79.12

	masuk di Lukas 314.				lateral luxatio radio-ulnar, aposisi-alignment jelek Foto thorax: PA view, simetris, inspirasi dan kondisi cukup Kesan: Pulmo dan besar cor dalam batas normal					

8	Appendisitis perforata	Appendisitis perforata		-	**Hasil Lab :** DIAGNOSA KLINIK : Appendicitis. MAKROSKOPIK : 1 jaringan appendiks panjang 8 cm, diameter 0.5 cm, coklat dengan selaput putih keruh, dilapisi jaringan lemak, perforasi sulit dinilai -5 kupe. MIKROSKOPIK : Sediaan menunjukkan jaringan appendiks dengan mukosa yang sebagian mengalami ulserasi. Kelenjar terdistorsi	Laparotomi appendektomi	Spesialis Bedah Subspesialis Bedah Digestif	infus Tutofusin OPS 1500; RL 500; injeksi merosan 2x1 gr; injeksi ketesse 3x1; injeksi pumpisel 1x1 kirim PA Plan sadar penuh 12 jam mobilisasi jalan h3 BLPL terapi sporetic 2x200; kettesse 3x1	**Diagnosis Utama :** - Acute appendicitis, other and unspecified **Diagnosis Sekunder :** -	**Diagnosis Utama:** - Acute appendicitis, other and unspecified K35.8 **Diagnosis Sekunder :** - **Tindakan:** - Other appendectomy 47.09

					dan atrofik, tanpa displasia. Lapisan mukosa hingga jaringan lemak di luar appendiks sembab dengan area nekrosis, perdarahan, proliferasi pembuluh darah, infiltrat banyak limfosit, makrofag, dan leukosit. Tidak didapatkan tanda ganas, khas, maupun parasit. Kesimpulan: Appendix, appendectomy: Chronic suppurative appendicitis and			pumpitor 1x1		

					periappendicitis, associated with mucosal ulceration.					

9	Sejak kurang lebih tgl 3 agustus 2026 timbul benjolan di selangkangan kanan hilang timbul. Timbul saat mengejan dan aktivitas berat. Terasa nyeri periksa ke dr kuntjra	KU = CM, Sedang Detak Jantung: 88/ mnt TD: 131/87 mmHg Suhu: 36°C SpO2: 98%		-	-	Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise spesified	Spesialis Bedah	KETOROLAC 30 MG/ML INJ 3 x11; CEFTRIAXONE 1 GR INJ 1 x 1; ONDANSETRON 4 MG/2ML INJ; Ketrolac 10 mg tab 2x2; Peinlos 400mg INJ 2x1; CEFTRIAXONE 1 GR INJ	**Diagnosis Utama :** -Unilateral or inguinal hernia, without obstruction gangrene **Diagnosis Sekunder :** -	**Diagnosis Utama :** - Unilateral or inguinal hernia, without obstruction gangrene K40.9 **Diagnosis Sekunder :** - **Tindakan :** - Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.00

	disarankan untuk operasi. Tgl 17/08/2026 masuk ke panti rapih opname untuk operasi									

10	Jatuh di rumah, kaki kiri msuk ke parit, tangan kiri menumpu, nyeri.	KU: CM, Sedang Detak Jantung: 71/ mnt TD:125/69 mmHg Suhu: 36°C RR:18x/mnt SpO2: 98%		-	Klinis: susp fracture. **Foto wrist sinistra**: AP dan lateral view, kondisi cukup. Hasil: Discontinuities metadiafise os radius sinistra, aposisi-alignment kurang baik. Radio ulnar joint tak lebar/sempit. Facies articular masih licin. Kesan: Fracture metadiafise os radius sinistra, aposisi-alignment kurang baik. **Foto cubiti sinistra:** AP dan	Medikamentosa Screwing maleolus sinistra Reposisi gips wrist joint sinistra dan elbow sinistra	Spesialis Ortopedi	PARACETAMOL 500 MG 4 x 1; KETOROLAC 30 MG/ML INJ 2 x 1; ONDANSETRON 4 MG/2MG INJ; ANBACIM 1 GR INJ 2 x 1; ANTRAIN 1000 MG/2 ML INJ 2 x 1	**Diagnosis Utama :** - Fractures of parts of lower closed **Diagnosis Sekunder :** - Fracture Of shaft Of humerus, closed	**Diagnosis Utama :** - Fractures of parts of lower leg, closed S82.80 **Diagnosis Sekunder :** - Fracture Of shaft Of humerus, closed S42.30 **Tindakan :** - Open reduction of fracture with internal fixation, other bone 79.39 - Closed

					lateral view, kondisi cukup. Kesan: Mild avulsi processus coronoid ulna sinistra. **Foto ankle sinistra:** AP dan lateral view, kondisi cukup. Kesan: Fracture undisplaced malleolus medialis tibia sinistra, aposisi baik baik.					reduction of fracture without internal fixation, radius and ulna 79.30
11	Sejak 02/08/2026 mengalami nyeri perut terutama	A/B/C clear, GCS E4M5V6, VAS 7. Kepala CA-, SI-, oedem-. Thorax	-	-	USG abdomen: cystitis, penebalan dinding appendix suspek appendicitis, complex cyst ovarium sinistra, tidak tampak cairan	Laparotomi appendektomi + lisis adhesi.	Spesialis Bedah	Infus RL loading 1000 cc, insulin 10 UI; selama perawatan antara lain	**Diagnosis Utama:** - Acute appendicitis, other and unspecified **Diagnosis**	**Diagnosis Utama :** - Acute appendicitis, other and unspecified K35.8

	kanan bawah, keringat dingin, BAB cair >5 kali sehari, tidak muntah. Sebelumnya terdapat nyeri saat BAK. Pasien telah berobat ke Klinik Pratama UIN SUKA dan kemudian	simetris, retraksi -, pulmo sonor, ves +/+, rh -/-. Abdomen datar, BU normal, timpani, nyeri tekan epigastrik dan RLQ. Akral hangat, eriterm -. DJ: 124x/menit, TD: 141/102 mmHg, suhu: 37°C, RR 20x/menit, SpO_2: 98%,			bebas. PA: appendicitis akut; hasil histologi menunjukkan chronic appendicitis and periappendicitis with mucosal erosion.			paracetamol, ciprofloxacin, ketorolac, ondansetron, glimepiride, asam traneksamat, lansoprazole, Peinlos, Repacor, dan EZ Rapid.	**Sekunder :** - Peritoneal adhesions - Insulin-dependent diabetes mellitus without complications	**Diagnosis Sekunder :** - **Tindakan :** - Other appendectomy 47.09 - Other lysis of peritoneal adhesions 54.59

	datang ke IGD RS Panti Rapih.	GDS: 423 mg/dL.								
12	Pasien post KLL, naik motor bertabrakan dengan motor, mengeluh nyeri pergelangan tangan kiri dan ankle kiri, tetapi masih dapat	Supel, BU+, NT-. Akral hangat, nadi kuat. Wrist joint sinistra deformitas dan ROM terbatas. Terdapat VE di maleolus lateralis sinistra.	-	-	X-ray wrist joint sinistra: fraktur completa os radius sinistra pars tertia media dengan aposisi dan alignment jelek, fraktur processus styloideus ulnae sinistra, dan dislocatio radioulnaris distal. Pemeriksaan setelah operasi menunjukkan	ORIF plating + pinning + gips antebrachii sinistra.	Spesialis Orthopaedi / Sp.OT	Perawatan dan pengobatan; antara lain paracetamol, calcium lactat, ciprofloxacin, furosemide, ketorolac, tramadol, ondansetron, spironolacto	**Diagnosis Utama:** - fraktur complete os radius sinistra dan fraktur proc. styloideus os ulna sinistra **Diagnosis Sekunder :** -	**Diagnosis Utama :** - Fracture of shaft of radius S52.30 **Diagnosis Sekunder :** - **Tindakan :** - Open reduction of fracture with internal fixation,

	berjalan. Hasil pemeriksaan di IGD menunjukkan fraktur dan pasien dianjurkan rawat inap di EG4PD.				internal fiksasi radius sinistra dan artikulatio radioulnar distal dengan plate dan K-wire.			ne, cefazolin, gentamycin, atorvastatin, warfarin, bisoprolol, Repacor, dan Sacuvan.		radius and ulna 79.32
13	Pasien laki-laki usia 42 tahun. Pasien mengalami selulitis pada regio femur sinistra.	Kesadaran CM, TD 123/70 mmHg, suhu 39°C, RR sekitar 20x/menit. Pada pemeriksaan lokal regio	Pasien mendapat perawatan untuk selulitis/abses femur kiri disertai problem hiperglikemia dan	-	Terdapat kondisi hiponatremia dan hiperglikemia.	Debridement abses femur sinistra / excisional debridement	Spesialis Bedah	Sodium chloride 0,9%, metformin 500 mg, ketorolac, ceftriaxone, lansoprazole, paracetamol	Ulcer of lower limb, not elsewhere classified	**Diagnosis Utama :** - Ulcer of lower limb, not elsewhere classified L97 **Diagnosis Sekunder :** - Hypo-

	Pada riwayat perawatan tercatat terdapat problem hiperglikemia dan hyponatremia.	femur sinistra didapatkan selulitis. Akral hangat, adekuat.	hyponatremia.					infus, ampicillin-sulbactam, Peinlos, EZ Rapid insulin, Bioplacenton, dan terapi lainnya.		osmolality and hyponatraemia E87.1 **Tindakan :** - Excisional debridement of wound, infection, or burn 86.22
14	Pasien laki-laki usia 79 tahun. Pada 07/08/2026 pasien mengeluh nyeri dada kiri dan sesak. Pasien	TD sekitar 59? mmHg pada catatan awal, SpO_2 96%; pemeriksaan thorax: S1-S2 reguler, bising (-), pulmo sonor, vesikuler (+), wheezing (-),	-	-	EKG menunjukkan dynamic ST-T changes. Hasil tindakan CAG: CAD 2VD, LM stenosis mid, kemudian dilakukan Early PCI dengan 1 DES RCA.	Early PCI + pemasangan 1 drug-eluting stent pada RCA	Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah	Pantoprazole, ISDN 5 mg, valsartan 80 mg, lansoprazole, ondansetron, atorvastatin 20 mg, laktulosa,	Atherosclerotic heart disease	**Diagnosis Utama :** - Atherosclerotic heart disease I25.1 **Diagnosis Sekunder :** - **Tindakan :** - Adjunct

	kemudian dilakukan pemeriksaan EKG dan mendapatkan terapi awal sebelum dilakukan tindakan PCI.	RR 20x/menit, SpO_2 98%, GDS 102 mg/dL.						serta terapi lainnya.		vascular system procedures, procedure on two vessels 00.41 - Insertion of one vascular stent 00.45 - Insertion of drug-eluting coronary artery stent 36.07
15	Pasien laki-laki usia 13 tahun, dirawat 06–12/08/2026. Pasien	Kesadaran CM, TD 114/?? mmHg, suhu 36°C, berat badan 91,7 kg, RR	-	-	Pemeriksaan menunjukkan large bowel obstruction dengan fecal material sangat prominent, gambaran megacolon	Eksplorasi abdomen / tindakan terkait Hirschsprung disease dan post	Spesialis Bedah Anak	Ketorolac, cefotaxime, metronidazole infus, dexamethasone, calcium gluconas, asam	Hirschsprung's disease	**Diagnosis Utama :** - Hirschsprung's disease) Q45.1 **Diagnosis Sekunder :**

	merupakan rujukan dari RS Elisabeth Ganjuran dengan peritonitis.	sekitar 20x/menit.			ultrashort, serta hasil pemeriksaan terkait Hirschsprung disease	biopsi rectum		traneksamat, tiamcinolone, paracetamol infus, sulfas ferosus + asam folat, serta terapi lainnya.		- **Tindakan :** - Incision of intestine, not otherwise specified 45.00 - Open biopsy of rectum 48.25
16	Tgl 10/08/2026 pasien periksa ke RS Panti Nugroho dengan keluhan kadang sesak, kadang demam,	KU: CM, GCS E4V5M6. TD 176/105 mmHg, Nadi 77x/mnt, Suhu 36,5°C, RR 22x/mnt, SpO2 96%, GDS 132 mg/dL. Cor BJ 1–2	-	-	Laboratorium terlampir; Kalium 7,6; Mg 1,43. Radiologi terlampir.	Hemodialisa, pasang HD cath, medikamentosa, drip furosemid 10 mg/jam, infus NaCl	dr. Tri Harnoto, Sp.PD-KGH.	Handschoen steril free powder; Magnesium sulfas 40% 25 cc; Bicarbonas natricus 500 mg tab 3x1; Nephrosteril 250 ml; Furosemide	**Diagnosis Utama:** - AKI on CKD **Diagnosis Sekunder :** - Hyperkalemia refrakter, - DM II obese nephropathy -	**Diagnosis Utama :** - Acute renal failure, unspecified N17.9 - Chronic kidney disease, unspecified N18.9 **Diagnosis**

	kalium tinggi. Sudah dirawat dan diberikan terapi triple drug, kalium masih tinggi, kemudian dirujuk ke RSPR dan dokter advice opname.	reguler, gallop (-), murmur (-); pulmo BND ves, ronkhi (-/-), wheezing (-/-); abdomen BU+, supel, timpani, nyeri tekan (-); ekstremitas akral hangat, nadi kuat reguler, edema tungkai +/+.				0,9%, Nefrosteril total cairan 2500 cc/24 jam, koreksi D402fls + inj insulin 10 IU, inj Ca gluconas, koreksi MgSO4 2 gr + NaCl 100 cc.		inj 20 mg/2 ml 2x1; Calcii gluconas 10% inj; Sodium chloride 100 ml; Lansoprazole 30 mg inj; Cefixime 200 mg tab 2x1; Calcium polystyrene sulfonate 3x1; Ventalas 2,5 mg/2,5 ml nebul; EZ Rapid 100	hypomagnesemia	**Sekunder :** - Hyperkalaemia E87.5 - Type 2 diabetes mellitus with renal complications E11.2 - Disorders of magnesium metabolism E83.42 **Tindakan :** - Hemodialysis 39.95 - Venous catheterization for renal

								U/ml dispopen.		dialysis 38.95
17	Pasien dengan Ca rectosigmoid pT4aN0(0/6)M0 stadium IIIB (path risk: pT4, 1nn <12), non residual	KU: CM, sedang. Nadi 98x/mnt, TD 134/67 mmHg, Suhu 36,1°C, BB 45 kg, TB 153 cm, RR 20x/mnt, SpO2 98%, GDS 0 mg/dL. K/L	-	-	-	Medikamentosa; kemoterapi FOLFOX ke-6.	dr. Dian Pratiwi	Ondansetron 4 mg/2 ml inj; Dexamethason 5 mg/ml inj; Ca folinate 50 mg/5 ml inj.	**Diagnosis Utama:** - Ca rectosigmoid pT4aN0(0/6)M0 stadium IIIB, - DM - HT - pro kemo FOLFOX **Diagnosis**	**Diagnosis Utama :** - Benign neoplasm of mesothelial tissue C19 **Diagnosis Sekunder :** - Type 2 diabetes mellitus without

	disease, direncanakan kemoterapi FOLFOX 12 siklus. Masuk untuk kemoterapi FOLFOX ke-6. Periode 11/08/2026–14/08/2026.	CA (-/-), SI (-/-); thorax ves (+/+), Wh (-/-), Rh (-/-), S1S2 reguler, bising (-); abdomen supel, BU (+), NT (-); ekstremitas akral hangat, CRT <2 dtk, edema (-/-).							**Sekunder :** -	complications - Essential (primary) hypertension I10 **Tindakan :** - Injection or infusion of cancer chemotherapeutic substance 99.25

18	Tgl 14/08/2026 saat olahraga di sekolah pasien jatuh dengan tangan kanan untuk menumpu, nyeri pergelangan tangan kanan. Foto antebrachii menunjukkan fraktur	KU: CM, sedang. Nadi 75x/mnt, TD 148/91 mmHg, Suhu 36,2°C, BB 45 kg, RR 19x/mnt, SpO2 98%, GDS 0 mg/dL. K/L CA (-/-), SI (-/-); thorax ves (+/+), Wh (-/-), Rh (-/-), S1S2 reguler, bising (-); abdomen supel, BU (+), NT (-); ekstremitas	-	-	Laboratorium terlampir. Radiologi terlampir: Ro antebrachii D menunjukkan fraktur complete os radius et ulnae pars tertia media, aposisi dan alignment jelek.	Medikamentosa; plating radius ulna dextra.	dr. Alexander Matius, Sp.OT	Ketorolac 30 mg/ml inj 2x1; Anbacim 1 gr inj.	**Diagnosis Utama:** - Fraktur radius ulna dextra **Diagnosis Sekunder :** - .	**Diagnosis Utama :** - Fracture of shaft of radius S52.3 - Fracture of shaft of ulna S52.2 **Diagnosis Sekunder :** - **Tindakan :** - Open reduction of fracture with internal fixation radius and ulna 79.32

	complete os radius et ulnae pars tertia media, aposisi dan alignment jelek. Pasien advice opname.	akral hangat, CRT <2 dtk, edema (-/-). S/L antebrachii D: nyeri tekan (+), deformitas (+).								

19	Pasien rujukan dari RSU Mitra Pedan dengan keluhan nyeri dada tengah menjalar ke dada kiri, kanan dan punggung, keringat dingin, pusing mulai pukul 10.00. RPD HT, DM, asam	KU: CM, sedang. Nadi 98x/mnt, TD 137/68 mmHg, Suhu 36,3°C, BB tidak terbaca pada resume, RR 20x/mnt, SpO2 100%, GDS 395 mg/dL. Leher DBN; cor BJ 1–2 reguler, gallop (-), murmur (-); pulmo BND ves, ronkhi (-/-), wheezing (-/-); abdomen BU+, supel,	-	-	**Laboratorium terlampir**; HbA1c 11,2 (H). **Radiologi terlampir.**	Medikamentosa; CAG + primary PCI.	dr. Yunia Duana, Sp.JP	Alprazolam 0,5 mg tab 1x1; Clopidogrel 75 mg tab 1x1; Atorvastatin 20 mg tab 1x2; Pantoprazole 40 mg inj; Nospirinal 80 mg tab 1x1; EZ Rapid 100 U/ml dispopen.	**Diagnosis Utama:** - CAD 3 VD – POBA di mid RCA - CTO di LAD dan distal bifurkasio RCA - STEMI inferior, Killip I, - TIMI risk 5 **Diagnosis Sekunder :** - DM hiperglikemia - hipertensi (primer)	**Diagnosis Utama :** - Acute transmural myocardial infarction of inferior wall I21.1 **Diagnosis Sekunder :** - Atherosclerotic heart disease I25.1 - Type 2 diabetes mellitus with other specified complications E11.65

	urat, kolesterol. Di IGD RSU Mitra Pedan sudah mendapat Aspilet, CPG, ISDN. Periode 16/08/2026.	timpani, nyeri tekan (-); ekstremitas akral hangat, nadi kuat reguler.								- Essential (primary) hypertension I10 **Tindakan :** - Coronary arteriography using two catheters 88.56 - Percutaneous transluminal coronary angioplasty [PTCA] or coronary atherectomy 00.66

20	Tgl 16/08/2026 pagi pasien jatuh terpeleset di depan rumah ketika membuka gerbang, nyeri pergelangan tangan kanan. Diperiksa ke IGD RS Panti Rapih dan opname untuk	A/B/C clear/baik/baik; GCS 15; KU: CM, TSS. Nadi 82x/mnt, TD 113/63 mmHg, Suhu 36,4°C, BB 51 kg, RR 20x/mnt, SpO2 98%, GDS 129 mg/dL. Cor BJ I–II reguler, gallop (-), murmur (-); pulmo BND ves +/+, Rh (-/-), Wh (-/-); abdomen	-	-	Laboratorium terlampir. Radiologi terlampir: Ro wrist dextra menunjukkan fracture completa metafise os radius dextra dengan depressed dan lateral luxatio radio-ulnar, aposisi-alignment jelek.	Pinning dan GIPS radius dextra, medikamentosa.	dr. Alexander Matius, Sp.OT	Calcium lactat 500 mg tab 2x1; Claneksi 500 mg kaps 3x1; Ondansetron 4 mg/2 ml inj; Anbacim 1 gr inj; Repacor 40 mg inj 2x1; Celecoxib 200 mg kap 1x1.	**Diagnosis Utama :** - Fr radius distal end (close) dextra. **Diagnosis Sekunder :** -	**Diagnosis Utama :** - Fracture of lower end of radius S52.5 **Diagnosis Sekunder :** - **Tindakan :** - Closed reduction of fracture with internal fixation radius and ulna 79.12

	rencana operasi.	supel, BU+, timpani, NT (-); ekstremitas akral hangat, nadi kuat. S/L wrist dextra: deformitas (+), nyeri (+).								
21	Pasien perempuan, 58 tahun, dirawat tanggal 30/07/2026– 07/08/2026. Pasien datang	KU: CM. Terdapat edema ekstremitas. Pada pemeriksaan tercatat tanda-tanda gangguan pernapasan dan kondisi	Selama perawatan pasien mengalami gangguan pernapasan dan penurunan fungsi ginjal. Dilakukan		**Laboratorium:** dit emukan peningkatan ureum dan kreatinin serta gangguan analisis gas darah berupa hipoksemia dan asidosis respiratorik. **Radiologi thorax:** bronchopn	Intubasi + ventilator, pemasang an HD catheter, dan hemodiali sis.	Spesialis Penyakit Dalam, dengan penanganan terkait ginjal/hipert ensi dan kardiologi.	Terapi medikament osa antara lain furosemide, nitrogliserin , dobutamin, meropenem, isosorbide dinitrate, candesartan,	**Diagnosis Utama:** - Respiratory failure **Diagnosis Sekunder :** - AKI on CKD, - Acute lung oedema - DM tipe 2	**Diagnosis Utama:** - Respiratory failure, unspecified : J96.9 **Diagnosis Sekunder :** - AKI on CKD : N17.9 + N18.5

	dengan keluhan sesak/napas tidak adekuat, dada terasa berat dan edema pada kedua ekstremitas. Pasien kemudian mendapatkan perawatan intensif.	klinis yang memerlukan ventilator.	intubasi dan ventilasi mekanik serta hemodialisis.		eumonia dengan cardiomegali. **Echocardiography** : EF 39%, LVH eksentrik dan kelainan katup			spironolactone, allopurinol, bisoprolol, sacubitril/valsartan, serta obat lainnya sesuai catatan terapi.	- Hipertensi krisis - Hiperurisemia - CHF	- Acute lung oedema : J81.0 - DM tipe 2 : E11.9 - hipertensi krisis : I16.9 **Tindakan:** - Venous catheterization for renal dialysis : 38.95 - Hemodialysis : 39.95 - Continuous invasive mechanical ventilation for less than 96

										consecutive hours : 96.71
22	Pasien perempuan usia 54 tahun dengan riwayat tumor retroperitoneum dan CKD, memiliki riwayat	KU: CM, sesak napas. TD 86/54 mmHg, suhu 38,4°C, DJ 164×/menit, RR 48×/menit, SpO_2 92%, GDS 131 mg/dL.	Pasien dengan chronic kidney disease stage 5 dan mengalami AFRVR (atrial fibrillation rapid ventricular		Pemeriksaan laboratorium menunjukkan Hb 6,7 g/dL, ureum 20,8 mmol/L, kreatinin 10,44 mg/dL, Mg 1,66, dan leukosit 38.149,8/µL. Pemeriksaan AGD menunjukkan gangguan	HD catheter + hemodialisis, transfusi PRC, serta koreksi $MgSO_4$ 2 gram. Tindakan pemasang	Spesialis Penyakit Dalam – Konsultan Ginjal Hipertensi (Sp.PD-KGH)	KSR 600 mg, $MgSO_4$, bicarbonas natricus, Gelofusal, Nephrosteril, furosemide, levofloxacin, amiodarone, lansoprazole	**Diagnosis Utama:** - Chronic Kidney Disease Stage 5 **Diagnosis Sekunder :** - AFRVR - Infeksi saluran kemih (ISK), - Anemia,	**Diagnosis utama:** - N18.5 – Chronic kidney disease, stage 5. **Diagnosis sekunder:** - AFRVR/atrial fibrillation :

	hemodialisis. Pasien masuk dengan kondisi lemas, tekanan darah rendah, napas cepat dan sesak.		response). Selama perawatan dilakukan HD, transfusi PRC dan koreksi hipomagnesemia.		oksigenasi. Pemeriksaan radiologi thorax dan pemeriksaan lainnya terlampir.	an HD catheter tercatat pada lembar laporan tindakan tanggal 30/07/2026.		, paracetamol, norepinephrine, bisoprolol, serta terapi lainnya.	- Hipomagnesemia	I48.9 - ISK : N39.0 - anemia : D63.8 - hipomagnesemia : E83.4 **Tindakan:** - Hemodialysis : 39.95 - Venous catheterization for renal dialysis : 38.95 - Transfusion of packed cells. : 99.04

23	Pasien perempuan, usia 64 tahun. Terdapat riwayat diabetes mellitus dan penyakit jantung. Pasien menjalani perawatan tanggal 01/08/2026– 08/08/2026.	KU: composmentis, TD 130/80 mmHg, suhu 36°C, nadi 88x/menit, RR 20x/menit, SpO_2 90%, GDS 200 mg/dL.	Terdapat diagnosis CAD 3 VD CTO LCX, NSTEMI very high risk, SYNTAX Score 35,5, Killip III, TIMI Risk 5/7, GRACE Score 165, CKD stage 5, DM II due nephropathy, acute lung oedema, dyslipidemi		Dilakukan pemeriksaan laboratorium, EKG, foto thorax AP, dan coronary angiography. Pemeriksaan laboratorium meliputi pemeriksaan hematologi, gula darah, HbA1c, profil lipid, ureum, kreatinin, elektrolit, analisis gas darah, troponin, dan pemeriksaan lainnya. Hasil radiologi thorax dan pemeriksaan	Dilakukan coronary angiography menggunakan dua kateter dan hemodialisis. Pada procedure log tercatat tindakan coronary angiography dengan pemeriksaan LCA dan RCA.	Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah (SpJP) serta dokter terkait. Pada laporan cath lab tercantum dokter operator SpJP.	Diberikan terapi medikamentosa, hemodialisis, terapi terkait penyakit jantung, diabetes dan gangguan ginjal, serta terapi suportif selama perawatan. Rincian obat tercantum pada lembar pengobatan pasien.	Diagnosis utama: CAD/Atherosclerotic heart disease. Diagnosis sekunder yang terdokumentasi : NSTEMI, CKD stage 5, DM II due nephropathy, acute lung oedema, dyslipidemia/lipid storage disorder, dan hyperuricemia.	**Diagnosa Utama:** - Atherosclerotic heart disease / CAD : I25.1 - NSTEMI : I21.4 **Diagnosa Sekunder:** - CKD Stage 5 : N18.5 - DM tipe II dengan komplikasi ginjal : E11.2 - Acute lung oedema : J81.0 -

			a/lipid storage disorder, dan hyperurice mia.		angiografi juga terdokumentasi.					Dyslipidemia : E78.5 - Hyperuricemi a : E79.0 **Tindakan:** - Coronary angiography using two catheters : 88.56 - Hemodialysis : 39.95
24	Pasien perempua n, 24 tahun, menjalani perawatan tanggal 04/08/202	KU : compos mentis, tekanan darah 119/77 mmHg, suhu 36,4°C, nadi 68x/menit, RR	Pada RM-21 tercatat diagnosis impacted teeth with abnormal tooth position		Dilakukan pemeriksaan laboratorium meliputi hematologi, koagulasi, fungsi ginjal, glukosa dan HBsAg. Dilakukan	Dilakukan operasi pengangk atan/ekstr aksi gigi impaksi 38 dan 48 dengan	Dokter Spesialis Bedah Mulut dan Maksilofasia l (Sp.BM). Operator tercatat drg.	Diberikan terapi medikament osa, termasuk antibiotik, analgesik, antiemetik,	**Diagnosis Utama:** - Impacted teeth with abnormal tooth position 38,48 **Diagnosis Sekunder :**	**Diagnosa Utama:** - Anomalies of tooth position : K07.3 Diagnosa Sekunder:

	6–06/08/2026. Pasien memiliki keluhan/riwayat gigi tumbuh tidak normal dan direncanakan tindakan operasi terhadap gigi 38 dan 48.	18x/menit, SpO_2 99%. Pemeriksaan intraoral menunjukkan gigi 38 dan 48 tidak tumbuh/berposisi abnormal.	38,48 serta cephalgia chronic. Tindakan direncanakan berupa MOD dengan GA dan impaksi 38–48 (buccolingual 3C).		pula foto thorax AP dengan hasil dalam batas yang tidak menunjukkan kelainan bermakna. Pemeriksaan radiologi/panoramik juga mendukung adanya impacted teeth with abnormal tooth position 38,48.	general anesthesia (GA). Laporan operasi mencatat tindakan multiple odontectomy, dengan pengambilan gigi 38 dan 48.	Agus Sri Gunarto, Sp.BM.	cairan infus, serta obat-obatan perioperatif/ anestesi. Rincian obat dan tindakan penunjang tercatat pada rincian pelayanan pasien.	- Cephalgia chronic/cluster headache	- Cluster headache : G44.0 **Tindakan:** - Other surgical extraction of tooth : 23.19

25	Pasien perempuan, 23 tahun, dirawat tanggal 06/08/2026– 09/08/2026. Pasien datang dengan keluhan nyeri perut dan riwayat keluhan yang mengarah pada appendicitis. Pada	KU : compos mentis, GCS 15, tekanan darah sekitar 114/80 mmHg, suhu 37°C, nadi 70x/menit, RR 20x/menit, SpO_2 99%. Pada pemeriksaan abdomen ditemukan keluhan/temuan yang mendukung proses inflamasi abdomen.	Pada RM-21 tercatat appendicitis acute, DM new onset, hiperglikemia hiperosmolar state, adhesive peritonitis, serta diagnosis terkait kondisi abdomen. Pada perkembangan pasien dilakukan penanganan		Dilakukan pemeriksaan laboratorium berupa darah rutin, elektrolit, fungsi ginjal, gula darah, HbA1c, koagulasi, analisis gas darah, dan pemeriksaan lainnya. Pemeriksaan menunjukkan hiperglikemia dengan GDS hingga 423 mg/dL dan pemeriksaan lanjutan mencapai 359 mg/dL. Dilakukan foto thorax AP dengan hasil tidak menunjukkan	Dilakukan laparotomi appendectomy + lisis adhesi. Laporan operasi mencatat adanya peritonitis appendicitis supuratif + adhesi ileocolon, kemudian dilakukan appendectomy dan	Ditangani oleh dokter spesialis bedah. Dokter operator tercatat dr. Jeffrey Ariesta, D.MAS, Sp.B, F.MAS, FICS, FINACS. Terdapat pula keterlibatan dokter spesialis terkait dalam perawatan pasien.	Terapi meliputi infus RL loading, insulin, pantoprazole, injeksi spesi/terapi terkait, ondansetron, antibiotik dan obat-obatan perioperatif lainnya. Rincian obat tercatat pada lembar pelayanan dan resep.	**Diagnosis Utama:** - Acute appendicitis. **Diagnosis Sekunder :** - Peritoneal adhesions - Insulin-dependent diabetes mellitus without complications/ DM - Hiperglikemia Hasil PA menunjukkan chronic appendicitis dan	**Diagnosa Utama:** - Acute appendicitis, other and unspecified : K35.8 - Peritoneal adhesions : K66.0 - Insulin-dependent diabetes mellitus without complications : E10.9 **Tindakan:** - Other appendectomy : 47.09 - Other lysis

	dokumentasi juga tercatat kondisi DM dengan hiperglikemia.	GDS tercatat 423 mg/dL	appendicitis dan adhesi.		kelainan bermakna. Pemeriksaan USG abdomen menunjukkan gambaran yang mendukung appendicitis. Pemeriksaan patologi anatomi menunjukkan appendicitis kronik dan periappendicitis dengan mucosal.	adhesiolysis.			periappendicitis with mucosal	of peritoneal adhesions : 54.59

26	Bengkak dan nyeri di tangna kiri 10 hari ini, kalau dipakai HD tidak lancar RPD: HD rutin selasa dan jumat di RS Wirohan, Obat rutin: Candesartan 16mg, adalat oros 30mg, asam folat, osteocal	KU : CM, sedang, Detak jantung: 111 X/menit, Tekanan Darah:150/61, Suhu: 36°C, Berat: 81kg, Tinggi Badan: 172cm, RR 19x/menit, SpO2: 98%	-	-	**Radiologi :** 23/08/2026 pukul 13:53:08 klinis stenosis vena cephalica menunjukkan hasil foto thorax proyeksi PA, simetris, inspirasi dan kondisi cukup, dengan corakan bronchovaskuler normal, tidak tampak pelebaran pleural space bilateral, hemidiafragma bilateral licin dan tidak mendatar, sistem tulang yang terdivisualisasi intak, ukuran	Cathlab: Angiography-angioplasty, Medicamentosa, HD	Bedah Vaskular	Paracetamol 500mg tab 3X1, Ceftriaxone 1 gr inj 1x1, Paracetamol 100ml Infus 3x500mg, Cefixime 200 mg Tab 2x1, Nospirinal 80ng Tab 1x1	**Diagnosis Utama :** - Stenosis Vena Cephalica Sinistra **Diagnosis Sekunder :** -	**Diagnosis Utama :** - Compression of vein I87.1 **Diagnosis Sekunder :** - **Tindakan :** - Angioplasty or atherectomy of other non coronary vessel(s) 39.50

					jantung normal (CTR = 0,44), serta kesan besar cor normal dan pulmo tidak tampak kelainan. **Laboratorium:** (23/08/2026 14:37) Eristrosit 3.05, MCV 79.3, MCH 27.5, Jumlah limfosit 1.38, Rasio Neutrofil 4.90.					
27	Ada benjolan di panyudara awalnya kecil tidak mau diperiksakan 1	KU: Lemas, Detak jantung: 92x/menit, tekanan darah:187/76 mmHg, Suhu: 36°C, RR	-	-	Laboratorium : Hemoglobin 6.3, Hematokrit 22.4, Limfosit 13.6, Monosit 7.5,	Operasi : Pro Insisi Biopsi atau core biopsi mammae sinistra penggolongan	Bedah Onkologi	KETOROLAC 30 MG 3 x 1, CEFTRIAXONE 1 GR 2 x 1, ONDANSETRON 4 MG/2ML 3	**Diagnosis Utama:** - Tumor Mammae S susp keganasan mammae **Diagnosis Sekunder :** - Anemia	**Diagnosis Utama :** - Neoplasm of uncertain or unknown behaviour: Breast D48.62 **Diagnosis**

	minggu ini benjolan nyeri senut-senut dan pecah sekitar 1 minggu, bau, lemas	(Respiratory Rate): 16x/menit, Sp02: 100%				pembedahan/ tindakan/ elektif, Tranfusi PRC, Medikamentosa		x 1, DEXAMETHASON 5 MG/ML, RANITIDINE 50MG/2ML 2 x 1, AMLODIPINE 10 MG TAB 1 x 1, CANDESARTAN 16 MG TAB 1 x 1, LANSOPRAZOLE 30 MG INJ 1 x 1, PARACETAMOL 100 ML	Berat	**Sekunder :** - Anaemia in neoplastic disease D63.0 **Tindakan :** - Closed [percutaneous] [needle] biopsy of breast 85.11 - Transfusion of packed cells 99.04

								REPACOR 40MG INJ 2 x 1.		
28	Juli 2026 muncul benjolan di pipi kiri, sudah periksa ke puskesmas wonogiri diberi obat rawat jalan. Benjolan semakin	KU: CM, Detak Jantung:88x/mnt, Tekanan Darah: 119/80 mmHg, Suhu: 36.6 °C, Berat: 62 Kg, Tinggi Badan: 165 Cm, RR (Respiratory Rate): 20	-	-	Laboratorium: Hemoglobin 16.8, Eristrosit 5.85, Hematokrit 48.9, Eosinofil 7.3, Glukosa darah 74, Kalium 3.9, Ureum 22, Creatinin 1.13. Radiologi : USG Pemeriksaan lain doppler	Operasi: EKSISI TUMOR EPIDERMID CYST 22/8/26 ; TUMOR PIPI KIRI, MEDIKAMENTOSA	Bedah Umum	ASAM MEFENAMAT 500 MG KAP. 3 x 1; METRONIDAZOLE 500 MG TAB. 3 x 1; KETOROLAC 30 MG/ML INJ; CEFTRIAX	**Diagnosis Utama :** - Tumor Antetraqus Sinistra **Diagnosis Sekunder :** -	**Diagnosis Utama :** - Benign neoplasm: Connective and other soft tissue of head, face and neck D21.0 **Diagnosis Sekunder : Tindakan :**

	membesar, nyeri saat membuka mulut dan demam. Kemudian periksa ke RSUD Wonogiri, pasien dan keluarga minta rujukan ke dr Suwardjo. Tgl 1/8/2026 periksa ke poli dr Suwardjo dilakukan USG	x/mnt, SpO2: 99 %						ONE 1 GR INJ; ONDANSETRON 4 MG/2ML INJ; RANITIDINE INJ 50MG/2ML; RANITIDINE 150 MG TAB 2 x 1; CEFAZOLIN 1 G INJ; CEFIXIME 200 MG TAB 2 x 1; PEINLOS 400 MG INJ		- Other local excision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue 86.3

	disarankan untuk operasi eksisi tumor pipi kiri tgl 22/08/2026									
29	Pasien mengataka n nyeri perut kanan bawah sejak tgl 13/8 2026, mual (+), muntah (+), demam (+),	KU : CM, kesakitan Detak Jantung : 78x, Tekanan Darah : 108/60, Suhu : 38.2 °C, Berat : 0 Kg, RR (Respiratory Rate) : 14 x/mnt, SpO2	-	-	**Laboratorium :** Lekosit 9.8, Neutrofil 53.3, Jumlah Neutrofil 5.23, Rasio Neutrofil 1.73, glukosa darah sewaktu 80.	Operasi: Medikam entosa, Laparato mi eksplorasi Appendik tomy	Bedah Umum	ASAM MEFENAM AT 500 MG KAP. 3 x 1, KETOROL AC 30 MG/ML INJ 3 x 1, CEFTRIAX ONE 1 GR INJ 2 x 1, ONDANSE TRON 4	**Diagnosis Utama :** - Appencitis kronis ex akut S **Diagnosis Sekunder :** -	**Diagnosis Utama :** - Acute appendicitis, other and unspecified K35.80 **Diagnosis Sekunder :** - **Tindakan :** - Other

	makan dan minum baik, minum obat terakhir untuk pengurang nyeri tadi malam, sore ini nyeri kambuh dan memberat (+), tidak mau makan. Saat ini tidak sedang	: 98 %, GDS : 0 mg/dl						MG/2ML INJ, RANITIDINE INJ 50MG/2ML (2 x 1), RANITIDINE 150 MG TAB 2 x 1, CEFAZOLIN 1 G INJ, PARACETAMOL 100 ML INFUS 3 x 1, CEFIXIME 200 MG TAB 2 x 1, REPACOR 40MG INJ 2 x 1		appendectomy 47.09

	menstruasi.									
30	Keluhan dirasakan sejak bulan juli 2026, nyeri pinggang kanan pegal. pasien eperiksa kepoli RS Panti Rini diusg abdomen hasil ada batu di saluran kemih. lalu di	KU : CM, Detak Jantung: 91x/mnt, Tekanan Darah: 150/97 mmHg, Suhu: 36 °C, Berat: 84 Kg, Tinggi Badan: 159 Cm, RR (Respiratory Rate): 20x/mnt, SpO2: 98 %	-	-	**Laboratorium** : Hemoglobin 13.2, Lekosit 7.1, Trombosit 307, MCV 80.8, MCH 25.9. **Radiologi :** MSCT Urografi Polos	Operasi : URS Lithotripsi Kanan, Medikamentosa	Spesialis Urologi	NIFEDIPIN 10 MG TAB.; KETOROLAC 30 MG/ML INJ; CEFTRIAXONE 1 GR INJ; BISOPROLOL 5 MG TAB 1 x 1; CEFAZOLIN 1 G INJ; CANDESARTAN 8 MG TAB 1 x 1; CEFIXIME	**Diagnosis Utama :** - Ureterolithiasis Dextra, - Hipertensi **Diagnosis Sekunder :** -	**Diagnosis Utama :** - Calculus of ureter N20.1 **Diagnosis Sekunder :** - Essential (primary) hypertension I10 **Tindakan :** - Transurethral removal of obstruction from ureter and renal pelvis 56.0 - Extracorporeal shockwave

	rujuk ke RS Panti Rapih. pasien periksa ke poli dr radityo,Sp. U dilakukan ct scan urologi, hasil : Vesicolithiasis di UVJ dextra, saat ini tak menyebabkan hidronefrosis,Kista mevarii							200 MG TAB 2 x 1; CELECOXIB 200MG KAP 2 x 1		lithotripsy [ESWL] of the kidney, ureter and/or bladder 98.51

	sinistra. pasien dianjurkan operasi. tanggal 18/8/26 pasien masuk eg1 kamar 106a									

Tabel 3. 16 Hasil Kegiatan Audit Koding

3.3.3 Membuat Abstraksi rekam medis di rawat inap.

Abstraksi rekam medis adalah proses meninjau kembali rekam medis pasien dan mengambil data klinis penting untuk diubah ke dalam format yang terstruktur, ringkas, dan mudah dianalisis. Berikut dua kasus hasil abstraksi rekam medis di rawat inap yang telah dilakukan :

Tabel 3. 17 Hasil Abtraksi Rekam Medis

No.	Komponen	Kolom / Isian
1	Identitas Pasien	Nama : Ny. A No. RM : 1345XXX Umur : 50 Tahun Jenis Kelamin : Perempuan
2	Informasi Rawat Inap	Tanggal Masuk : 26/08/2026 Tanggal Keluar : 28/08/2026 Ruang Perawatan: LK2DB/VIP
3	Diagnosis	Diagnosis Utama : Abes Gluteus S Diagnosis Sekunder : DM Hiperglikemia
4	Tindakan Medis yang Dilakukan	Tindakan/Prosedur : Debridement abses gluteus sinistra, Medicamentosa Laboratorium **:** (26/08/2026 16:39) Lekosit 13.6, Neutrofil 72.6, Jumlah Neutrofil 9.84, Rasio Neutrofil 4.45, cretinin 1.11, glukosa darah 426,Hb A1c 11.2. (26/08/2026 20:00) Glukaso darah sewaktu 140. (27/08/2026 12:54) Glukosa darah sewaktu 243. (28/08/2026 05:25) glukosa darah sewaktu 338.
5	Ringkasan Klinis	Keluhan : Sejak sabtu, 22/08/2026 nyeri pantat kiri, nyeri dirasakan seperti ditusuk benda tajam. Hari Senin, 24/08/2026 periksa ke poli umum RS Condongcatur, dapaat obat ondacentron 1x1 tab, lanzoprazole 1x1 tab, claneksi 3x1, tramadol 50 mg, ganoin slep. Selanjutnya hari ini 26/08/2026 terasa semakin bengkak, nyeri daerah pantat selanjutnya periksa ke klinik UPN dirujuk ke RS panti Rapih, periksa ke dr Ariane advise opname dan diantar masuk ke ruang lukas 2 kamar 211, diantar dengan brankar. Hasil Pemeriksaan: - Diagnosis: Abses Gluteus Terapi: Ketorolac 30 mg/ml inj 3x1, Metronidazole inf

		500 mg/100ml 3x1, Ondansetron 4mg/2ml inj, Cefazolin 1g inj 2x1, Omeprazole 40 mg inj 1x1, Paracetamol 100 ml infus 3x1, Sulfadiazine silver 35 gram cr, Repacor 40mg Inj 2x1, Glaritus 100 IU/ml, Dispopen 1x10
6	Instruksi Pulang/Rencana Tindak Lanjut	Obat yang diberikan: - Kontrol ke-: - Edukasi Pasien: Kontrol sesuai anjuran dokter Tanda/Gejala untuk segera ke IGD: Jika luka operasi terasa sangat nyeri
7	Nama dan Tanda Tangan Dokter	Nama : dr. Ariane Yudhianti, Sp.B
8	Kesan Terhadap Berkas	Semua berkas pendukung telah dilampirkan. Namun, hasil EKG dan foto thorax tidak dilampirkan. Kedua pemeriksaan ini perlu dilampirkan untuk evaluasi pemantauan pembedahan.
	Kesimpulan	Berdasarkan data yang telah diperoleh pasien Ny. A didiagnosis Abses Gluteus Sinistra dengan Diabetes Melitus Hiperglikemia. Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratoriun hiperglikemia tidak terkontrol (HbA1c 11.2% dan GDS awal 426 mg/dL) menjadi faktor risiko utama memicu terbentuknya abses. Selama perawatan pasien telah mendapatkan penanganan operatif berupa debridement abses serta terapi antibiotik, kontrol insulin, dan analgetik. Pasien juga perlu mendapatkan edukasi mengenai penurunan berat badan, pada resume tercatat berat badan pasien mencapai 100kg, hal ini berisiko memperburuk resistensi insulin serta memicu komplikasi metabolisme. Berkas yang belum lengkap seperti EKG dan foto Thorax juga perlu untuk dilampirkan untuk pemenuhan keselamatan pasien.

No.	Komponen	Kolom / Isian
1	Identitas Pasien	Nama Pasien : BP X No. RM : 1123XX Umur : 43 Tahun 8 Bulan

		Jenis Kelamin : Laki-laki
2	Informasi Rawat Inap	Tanggal Masuk : 25/08/2026 Tanggal Keluar : 28/08/2026 Ruang Perawatan: EG1PB/2
3	Diagnosis	Diagnosis Utama : Tumor Inguinalis Sinistra Diagnosis Sekunder : -
4	Tindakan Medis yang Dilakukan	Tindakan/Prosedur : Eksisi Biopsi Tumor Inguinalis Sinistra Radiologi : Foto Thorax Laboratorium : Darah lengkap (Eosinafil 3.2, SPGT 9.0) Patologi Anatomi : 3 buah jaringan tumor inguinal sinistra (limfonodi) : Limfadenitis granulasi et supurasi curiga infeksi TB dengan vaskulitis. USG Dopler : Multiple limfadenopati regio inguinalis sin istra
5	Ringkasan Klinis	**Keluhan** : Pasien mengatakan ada benjolan di selangkangan kiri sejak 2 minggu ini, kadang nyeri terutama jika terlalu lama duduk dan berdiri, benjolan tidak tambah besar. Kemudian pasien periksa ke poli dr. Yunada dengan keluhan yang sama, direncanakan operasi. Pasien masuk ke EG1 kamar 115D. **Hasil Pemeriksaan :** KU : CM. Detak jantung 86x/menit, Tekanan Darah = 145/91 mmHg, Suhu 36°C, Berat 60 kg, tinggi badan = 168 cm, RR = 20x/menit, SpO2 = 98%. St lokalis benjolan di inguinal kiri. **Diagnosis**: Linfadenitis granulasi et supurasi. **Terapi:** Paracetamol 500mg tab, Gen+ (3x2 1/2, Ketorolac 30 mg/ml Inj Gen+ (J 3x1,Ranitidine Injj 50mg/2ml Gen+ (2x1, Cefoperazone 1gr Inj, Gen+,Ampicillin + Salbactam 1500mg I 3x1
6	Instruksi Pulang/Rencana Tindak Lanjut	Obat yang diberikan : - Kontrol ke- : - Edukasi Pasien : Kontrol sesuai anjuran, usahakan daerah luka tetap kering Tanda/Gejala untuk segera ke IGD : Jika luka terasa sangat sakit.

7	Nama dan Tanda Tangan Dokter	Nama : dr. Yunada Hadiyono, Sp. B-KBD
8	Kesan Terhadap Berkas	Meskipun hasil USG Doppler dituliskan pada resume medis namun bukti hasil USG tidak dilampirkan sehingga hal ini perlu dilengkapi juga. Pada pemeriksaan PA dokter menyarankan untuk melakukan pemeriksaan konfirmasi GeneXpert, apabila pemeriksaan tersebut telah dilakukan juga perlu dilampirkan hasilnya agar pada saat melakukan kontrol dokter dapat memeberikan Obat Anti Tuberkulosis (OAT).
	Kesimpulan	Berdasarkan data yang telah diperoleh, pasien laki-laki berusia 43 tahun dengan diagnosa kerja Tumor Inguinal Sinistra dan telah menjalani tindakan eksisi biopsi pada tanggal 26 Agustus 2026 tanpa komplikasi. Dari hasil pemeriksaan PA pasien terkonfirmasi mengalami Linfadenitis granulasi et supurasi yang dicurigai kuat akibat infeksi Tuberkulosis (TB) disertai vaskulitis. Sebagai tindak lanjut pasien memerlukan pemeriksaan konfirmasi GeneXpert (TCM) untuk memastikan diagnosis denitif infeksi TB. Terdapat beberapa hal yang perlu dilengkapi yaitu melampirkan hasil USG Doppler, serta perlu pengecekan kembali mengenai diagnosa yang ada pada resume yang tidak sesuai dengan hasil Patologi Anatomi yang telah dilakukan.

3.3.4 Melakukan Penentuan SCTID pada EMR pada rekam medis rawat inap, rawat jalan atau instalasi gawat darurat

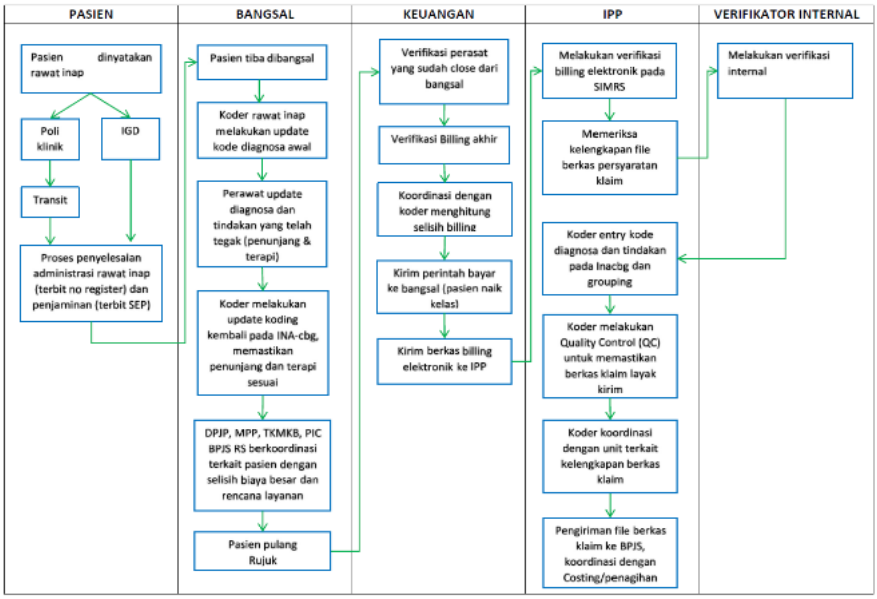
Selama kegiatan magang, Rumah Sakit Panti Rapih belum menerapkan SNOMED CT pada EMR sehingga penentuan SCTID secara langsung pada sistem belum dapat dilakukan. Namun rumah sakit telah membentuk tim yang bertugas untuk menerjemahkan terminologi SNOMED CT sebagai persiapkan implementasi.

3.3.5 Melakukan Audit SCTID pada EMR pada rekam medis rawat inap, rawat jalan atau instalasi gawat darurat

Dalam pelaksanaan magang di Rumah Sakit Panti Rapih, SNOMED CT pada EMR belum diterapkan, maka audit SCTID belum dapat dilaksanakan.

3.3.6 Menginputkan data klaim rekam medis rawat inap, rawat jalan, atau instalasi gawat darurat ke dalam aplikasi

Berikut adalah alur klaim pasien rawat inap di Rumah Sakit Panti Rapih:



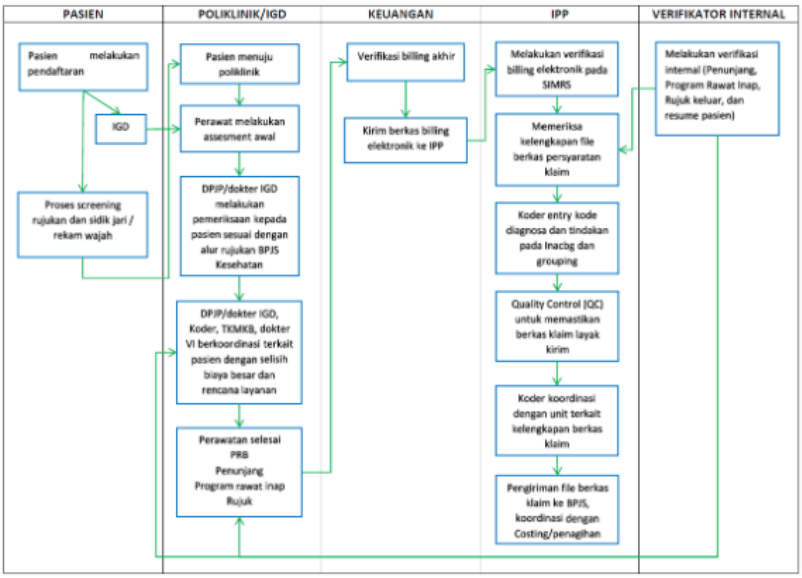
Sumber data: Instalasi Penjaminan Pembiayaan

Gambar 3. 24 Alur Klaim Rawat Inap RSPR

a. Penerbitan Surat Elegibilitas Peserta (SEP),
   Poses pembuatan atau penerbitan surat yang menyatakan bahwa peserta BPJS berhak memperoleh pelayanan kesehatan serta menjadi dasar penjaminan biaya oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan regulasi yang berlaku.
b. Update Kode Diagnosa dan Tindakan
   Petugas kodefikasi rawat inap melakukan pembaharuan atau perbaikan terhadap kode diagnosa dan tindakan awal pasien rawat inap pada INA-CBG's menggunakan ICD-10 dan ICD-9-CM, biasanya agar sesuai dengan kondisi medis yang lebih akurat, hasil pemeriksaan terbaru, dan tindakan yang telah diberikan, serta menjadi informasi bagi DPJP dalam pemberian tindakan medis yang sesuai dengan mutu dan biaya terkendali
c. Kodefikasi Diagnosa dan Tindakan pada INA-CBG

Kodefikasi pada aplikasi INA-CBG adalah proses pemberian kode diagnosa dan tidakan medis pasien sesuai stanar yang berlaku yaitu menggunakan ICD-10 dan ICD 9-CM serta regulasi atau kaidah koding yang berlaku untuk keperluan pengelompokan kasus dan penjaminan biaya pelayanan kesehatan. Koder harus memastikan bahwa kode diagnosa didukung oleh dara penunjang, terapi, dan tindakan operasi sebagai bentuk ketepatan dalam melakukan kodefikasi diagnosis dan tindakan.

Berikut adalah alur klaim pada pasien rawat jalan di Rumah Sakit Panti Rapih:



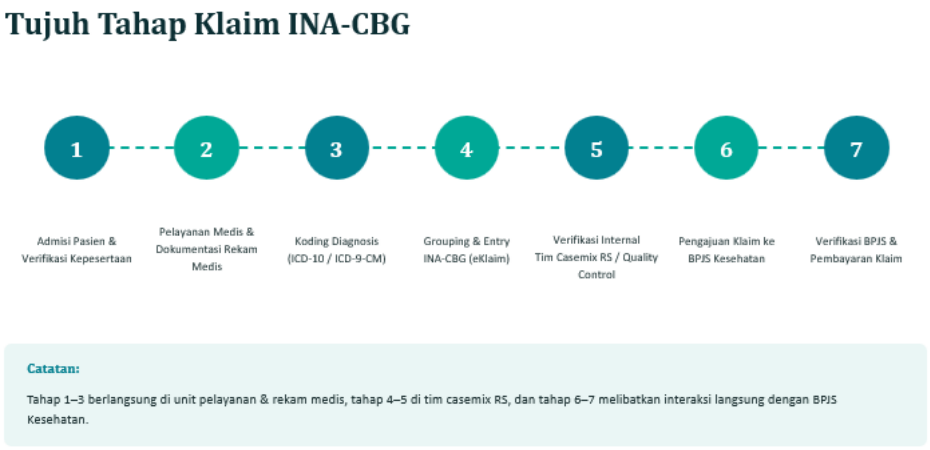
Sumber data: Instalasi Penjaminan Pembiayaan

Gambar 3. 25 Alur Klaim Rawat Jalan RSPR

a. Proses pembuatan atau penerbitan surat yang dinyatakan bahwa peserta BPJS berhak memperoleh pelayanan kesehatan serta menjadi dasar penjaminan biaya oleh BPJS Kesehatan serta menjadi dasar penjaminan biaya oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan regulasi yang berlaku.
b. Kodefikasi pada aplikasi INA-CBG adalah proses pemberian kode diagnosis dan tindakan medis pasien sesuai standar yang berlaku yaitu menggunakan ICD-10 dan ICD- 9CM serta regulasi/kaidah koding yang berlaku untuk keperluan pengelompokan kasus dan penjaminan biaya pelayanan kesehatan. Koder harus memastikan bahwa kode diagnosa didukung oleh data

penunjang, terapi, dan tindakan operasi sebagai bentuk ketepatan dalam melakukan kodefikasi

Untuk langkah-langkah dalam melakukan klaim INA-CBG seperti pada gambar di bawah ini:



Gambar 3. 26 Tahapan Klaim INA-CBG

1. Admisi Pasien dan Pelayanan Medis
    a. Verifikasi kepesertaan dan penerbitan SEP, Petugas admisi memverifikasi kartu BPJS dan status kepesertaan melalui aplikasi Vclaim, lalu menerbitkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) sebagai syarat administrasi awal, baik untuk rawat jalan maupun rawat inap.
    b. Pelayanan medis diberikan, Dokter dan tenaga kesehatan memberikan pelayanan sesuai indikasi klinis, mulai dari pemeriksaan, tindakan, hingga terapi sesuai standar pelayanan medis dan *clinical pathway* rumah sakit.
    c. Dokumentasi di rekam medis, Setiap diagnosis, tindakan, dan perkembangan pasien dicatat secara lengkap dalam rekam medis (manual atau elektronik), menjadi dasar utama proses koding pada tahap berikutnya
2. Kelengkapan Rekam Medis dan Koding Diagnosis

a. Kelengkapan berkas rekam medis, Petugas rekam medis memastikan resume medis, laporan operasi (bila ada), dan hasil pemeriksaan penunjang telah lengkap dan sesuai dengan pelayanan yang diberikan.
b. Koding diagnosa dan tindakan, Petugas kodefikasi rumah sakit menerjemahkan diagnosis utama dan sekunder ke kode ICD-10, serta tindakan/prosedur medis ke kode ICD-9-CM, mengikuti kaidah koding yang berlaku.
c. Akurasi koding menentukan tarif, Kesalahan atau ketidaklengkapan koding (*undercoding/overcoding*) berdampak langsung pada besaran klaim sehingga koder tersertifikasi menjadi kebutuhan penting di RS.

3. Grouping dan Entry ke Aplikasi INA-CBG
   a. Input data ke aplikasi, Data diagnosis, prosedur, lama rawat (LOS), dan data demografis pasien diinput ke aplikasi INA-CBG/eKlaim (dikembangkan Kemenkes bersama BPJS Kesehatan).
   b. Proses grouping otomatis, Software *grouper* mengolah kombinasi kode menjadi satu kode CBG spesifik beserta tingkat keparahan (*severity level* I, II, atau III) yang memengaruhi besaran tarif.
   c. Perhitungan tarif klaim, Sistem menghasilkan estimasi tarif klaim per episode pelayanan berdasarkan tarif regional dan kelas rumah sakit, sebagai dasar pengajuan pada tahap selanjutnya.
4. Verifikasi Internal oleh Tim Casemix Rumah Sakit
   a. Peran tim casemix, Tim casemix/verifikator internal RS memeriksa kembali kesesuaian antara diagnosis, koding, dan berkas pendukung sebelum klaim diajukan ke BPJS Kesehatan.
   b. Deteksi dini potensi masalah, Pemeriksaan ditujukan untuk mendeteksi risiko *unbundling*, *upcoding*, atau kelengkapan berkas yang kurang guna menekan potensi klaim *pending* atau ditolak.
   c. Finalisasi berkas klaim, Setelah dinyatakan layak, berkas klaim per pasien dikompilasi menjadi satu *batch* pengajuan untuk periode penagihan (umumnya bulanan).

e. Pengajuan Klaim ke BPJS Kesehatan

a. Unggah berkas melalui sistem BPJS, Berkas klaim SEP, resume medis, bukti pelayanan, dan hasil *grouping* INA-CBG diunggah secara kolektif melalui aplikasi Vclaim/SIM Klaim BPJS Kesehatan.
b. Surat pengajuan dan formulir klaim, Rumah sakit mengirimkan Surat Pengajuan Klaim (SPK) beserta Formulir Pengajuan Klaim (FPK) kepada kantor cabang BPJS Kesehatan setempat.
c. Periode penagihan rutin, Pengajuan umumnya dilakukan setiap bulan sebelum tanggal 5 untuk seluruh klaim bulan sebelumnya, agar proses verifikasi dan pembayaran berjalan sesuai jadwal.

f. Verifikasi BPJS dan Pembayaran Klaim
   a. Verifikasi administrasi dan pelayanan, Verifikator BPJS Kesehatan mengecek kesesuaian koding, lama rawat, indikasi medis, dan kelengkapan berkas terhadap ketentuan Juknis INA-CBG yang berlaku.
   b. Hasil verifikasi, Klaim dapat dinyatakan layak (disetujui), *pending/dispute* (memerlukan perbaikan atau data tambahan), atau tidak layak (ditolak) sesuai temuan verifikator.
   c. Pembayaran oleh BPJS Kesehatan, Klaim yang disetujui dibayarkan sesuai ketentuan waktu layanan (SLA) yang berlaku sejak berkas dinyatakan lengkap dan sesuai, mengacu pada regulasi JKN yang berlaku.

Selama kegiatan magang di rumah sakit, mahasiswa diberi kesempatan untuk terlibat langsung dalam proses input data klaim pada aplikasi e-klaim. Kegiatan tersebut mencakup penginputan kode diagnosis dan kode tindakan berdasarkan dokumentasi klinis pada rekam medis pasien rawat inap. Pada klaim INA-CBG, mahasiswa melakukan input kode diagnosis dan tindakan hingga tahap grouping, dan tidak sampai pada tahap final grouping. Hasil tarif dari proses grouping tersebut digunakan untuk memperbarui limit pasien yang baru masuk bangsal, sehingga pihak rumah sakit dapat memantau estimasi pembiayaan sejak awal perawatan. Sementara itu, pada klaim iDRG, mahasiswa diperkenankan menginput kode diagnosis dan tindakan hingga tahap final grouping.

Pada pelayanan rawat jalan, peran mahasiswa difokuskan pada kodefikasi iDRG melalui aplikasi SIMRS untuk kasus fisioterapi, hemodialisis (HD), jantung, dan gigi. Aplikasi SIMRS di rumah sakit telah terhubung langsung dengan aplikasi e-klaim, sehingga hasil kodefikasi yang dilakukan mahasiswa pada SIMRS dapat langsung terbawa ke proses klaim. Dengan demikian, kegiatan mahasiswa pada rawat jalan berupa kodefikasi di SIMRS, bukan penginputan langsung pada aplikasi e-klaim.

3.3.7 Menganalisis dan Menyajikan Data Statistik Prosedur Klinis.

Berdasarkan data rekapitulasi kegiatan kamar bedah di Rumah Sakit Panti Rapih, total keseluruhan pelayanan yang diberikan terbagi menjadi pelayanan pembedahan dan non-pembedahan. Berikut adalah rekapitulasi pelayanan pembedahan dan non-pembedahan.

a. Tindakan Pembedahan

Berdasarkan data rekapitulasi kegiatan pembedahan di Rumah Sakit Panti Rapih tahun 2026 pada gambar .. total tindakan pembedahan sampai bulan September mencapai 4.156 tindakan. Beban tertinggi berada pada Bedah Orthopedi sebanyak 1.184 tindakan, ururtan kedua dan ketiga ditempati oleh Bedah Urologi sebanyak 554 tindakan dan Bedah Umum sebanyak 525 tindakan. Tingginya angka Bedah Ortopedi menunjukkan bahwa kasus muskuloskeletal, termasuk kasus trauma merupakan kebutuhan pelayanan bedah terbesar di rumah sakit. Sebaliknya, tindakan paling sedikit adalah Bedah Mata (9 tindakan) dan Bedah Thorax (11 tindakan). Sementara itu, Kulit & Kelamin serta Paru-paru tidak memiliki tindakan pembedahan selama periode Januari-September 2026.

Jumlah tindakan pembedahan meningkat dari 1.171 tindakan pada triwulan 1 menjadi 1.502 tindakan pada triwulan 3, dan mengalami penurunan pada triwulan 3 menjadi 1.483 tindakan. Untuk data triwulan 4 (Oktober-Desember) masih di belum dilakukan rekapitulasi.

REKAPITULASI KEGIATAN PEMBEDAHAN RS PANTI RAPIH
MENURUT JENIS TINDAKAN
TAHUN 2026

NO	JENIS PEMBEDAHAN	TINDAKAN PER BULAN																	
		JAN	FEB	MAR	TRI-1	APR	MEI	JUN	TRI-2	S1	JUL	AGT	SEP	TRI-3	OKT	NOV	DES	TRI-4	S2	JUMLAH
1	Bedah umum	53	42	51	146	51	54	68	173	319	59	69	78	206	0	0	0	0	206	525
2	Bedah Anak	5	11	2	18	14	8	15	37	55	18	8	12	38	0	0	0	0	38	93
3	Bedah Digestif	52	28	50	130	67	50	50	167	297	57	43	41	141	0	0	0	0	141	438
4	Bedah Urologi	60	41	55	156	53	77	68	198	354	93	56	51	200	0	0	0	0	200	554
5	Obtetri & Gyn	41	32	34	107	48	42	37	127	234	30	22	32	84	0	0	0	0	84	318
6	Bedah Orthopedi	142	84	121	347	127	136	156	419	766	146	137	135	418	0	0	0	0	418	1.184
7	Bedah Saraf	13	10	11	34	14	20	15	49	83	18	9	14	41	0	0	0	0	41	124
8	Bedah Thorax	0	3	0	3	2	1	1	4	7	0	3	1	4	0	0	0	0	4	11
9	Bedah Vasculair/Kardiologi	30	20	17	67	33	34	31	98	165	34	36	30	100	0	0	0	0	100	265
10	Bedah Tumor	16	10	16	42	17	13	15	45	87	29	20	24	73	0	0	0	0	73	160
11	Bedah Plastik	5	1	0	6	5	6	5	16	22	11	4	0	15	0	0	0	0	15	37
12	Bedah THT	25	8	12	45	20	28	32	80	125	37	22	23	82	0	0	0	0	82	207
13	Bedah Gigi & Mulut	29	17	24	70	34	20	31	85	155	36	26	14	76	0	0	0	0	76	231
14	Bedah Mata	0	0	0	0	2	0	2	4	4	3	1	1	5	0	0	0	0	5	9
15	Kulit & Kelamin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	Paru-paru	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
99	TOTAL	471	307	393	1.171	487	489	526	1.502	2.673	571	456	456	1.483	0	0	0	0	1.483	4.156

Gambar 3. 27 Rekapitulasi Kegiatan Pembedahan RSPR

b. Tindakan Non Bedah

Berdasarkan gambar, total kegiatan non-pembedahan sampai bula September 2026 sebanyak 875 tindakan. Tindakan terbanyak adalah *endoscopy* sebanyak 580 tindakan, sebagian besar dilakukan pada bagian gastroenterologi sebanyak 496 tindakan. Endoscopy urologi sebanyak 84 tindakan, sedangkan endoscopy pulmo belum ada. Setelah endoscopy, kategori lain-lainnya berada pada urutan kedua dengan 203 tindakan. Berdasarkan analisis tren, jumlah tindakan non-pembedahan menurun dari 388 tindakan pada triwulan 1 menjadi 247 pada triwulan 2 dan 240 pada triwulan 3. Penurunan ini dipengaruhi oleh kagegori Lain-lain yang turun drastis dari 182 (triwulan 1) menjadi 12 (triwulan 2) dan 9 (triwulan 3), sedangkan untuk tindakan endoscopy relatif stabil.

REKAPITULASI KEGIATAN KAMAR BEDAH RS PANTI RAPIH
TOTAL PELAYANAN NON-PEMBEDAHAN
TAHUN 2026

NO	TINDAKAN	TOTAL TINDAKAN NON-PEMBEDAHAN																	
		JAN	FEB	MAR	TRI-1	APR	MEI	JUN	TRI-2	SEM-1	JUL	AGT	SEP	TRI-3	OKT	NOV	DES	TRI-4	SEM-2	JUMLAH
1	ENDOSCOPY																			
	> Pulmo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	> Urologi	6	10	1	17	6	4	17	27	44	16	17	7	40	0	0	0	0	40	84
	> Gastroenterologi	56	47	57	160	59	57	63	179	339	36	62	59	157	0	0	0	0	157	496
	JUMLAH ENDOSCOPY	62	57	58	177	65	61	80	206	383	52	79	66	197	0	0	0	0	197	580
2	Pace maker / TPM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Koreksi fractur / dislokasi	8	12	9	29	12	11	6	29	58	8	13	13	34	0	0	0	0	34	92
4	Pembuangan benda asing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Pungsi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Gigi & Mulut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Lain-lain	108	71	3	182	2	4	6	12	194	3	1	5	9	0	0	0	0	9	203
	TOTAL	178	140	70	388	79	76	92	247	635	63	93	84	240	0	0	0	0	240	875

Gambar 3. 28 Rekapitulasi Kegiatan Non-Bedah RSPR

3.3.8 Menentukan Underlying Cause Of Death (UCOD)

UCOD adalah keadaan penyakit atau cedera sebagai pemicu urutan kejadian yang mengakibatkan kematian, serta kecelakaan atau kekerasan yang menghasilkan cedera fatal hingga menyebabkan kematian. Kode UCOD sangat penting bagi rumah sakit karena dapat mempengaruhi laporan mortalitas rumah sakit dan mempengaruhi validasi dan akurasi dari informasi 10 besar penyebab kematian, selain itu UCOD juga dapat mempengaruhi upaya yang dilakukan oleh rumah sakit untuk tindakan pencegahan terhadap penyakit mematikan secara optimal, oleh karena itu kode UCOD harus diisi secara tepat dan akurat agar mencegah terjadinya kesalahan pada laporan rumah sakit. Dalam pembuatan Surat Medis Penyebab Kematian (SMPK) di Rumah Sakit Panti Rapih dilaksanakan oleh perekam medis di bagian Surat Keterangan Medis (SKM) sesuai dengan wewenang yang telah diberikan oleh direktur medik.

Berikut hasil penentuan UCOD yang telah dilaksanakan.

1. No. RM : 200XXX
   Bagian I : a. DM Hyperglikemia E11.6
   b. Stroke I10
   c. Hipertensi I10
   Bagian II: -
   UCOD : Hipertensi I10

2. No. RM : 1415XX
   Bagian I : a. AFNVR I50.0
   b. CHF I48
   c. UAP I20.0
   Bagian II: Low HDL, Hyperuricemia
   UCOD : UAP I20.0
3. No. RM : 9395XX
   Bagian I : a. Acute Lung Odema J81
   b. -
   c. Coronary Artery Disease I25.1
   Bagian II : -
   UCOD : Coronary Artery Disease I25.1

4. No. RM : 1415XX
   Bagian I : a. AFNVR I50.0
   b. CHF I48
   c. UAP I20.0
   Bagian II : Low HDL, Hyperuricemia
   UCOD : UAP I20.0

5. No. RM : 9395XX
   Bagian I : a. Acute Lung Odema J81
   b. -
   c. Coronary Artery Disease I25.1
   Bagian II : -
   UCOD : Coronary Artery Disease I25.1

3.4 Mengidentifikasi pelaksanaan kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan berdasarkan aspek manajemen data dan informasi kesehatan di RS Panti Rapih tahun 2026

3.4.1 Mengidentifikasi standar data kesehatan (elemen data, dataset, database, dan struktur data kesehatan) dan/ atau sistem mitigasi keamanan data (hak akses)

a. Elemen Data

Hasil identifikasi standar data kesehatan (elemen data, dataset, database, dan struktur data kesehatan) atau hasil mekanisme keamanan dan kerahasiaan, integritas, data (penyimpanan kajian resiko, penentuan prosedur pengendalian resiko keamanan, dan/atau evaluasi keamanan data, hasil analisis metadata) pada sistem pelayanan kesehatan.

Tabel 3. 18 Identifikasi Variabel Meta Data

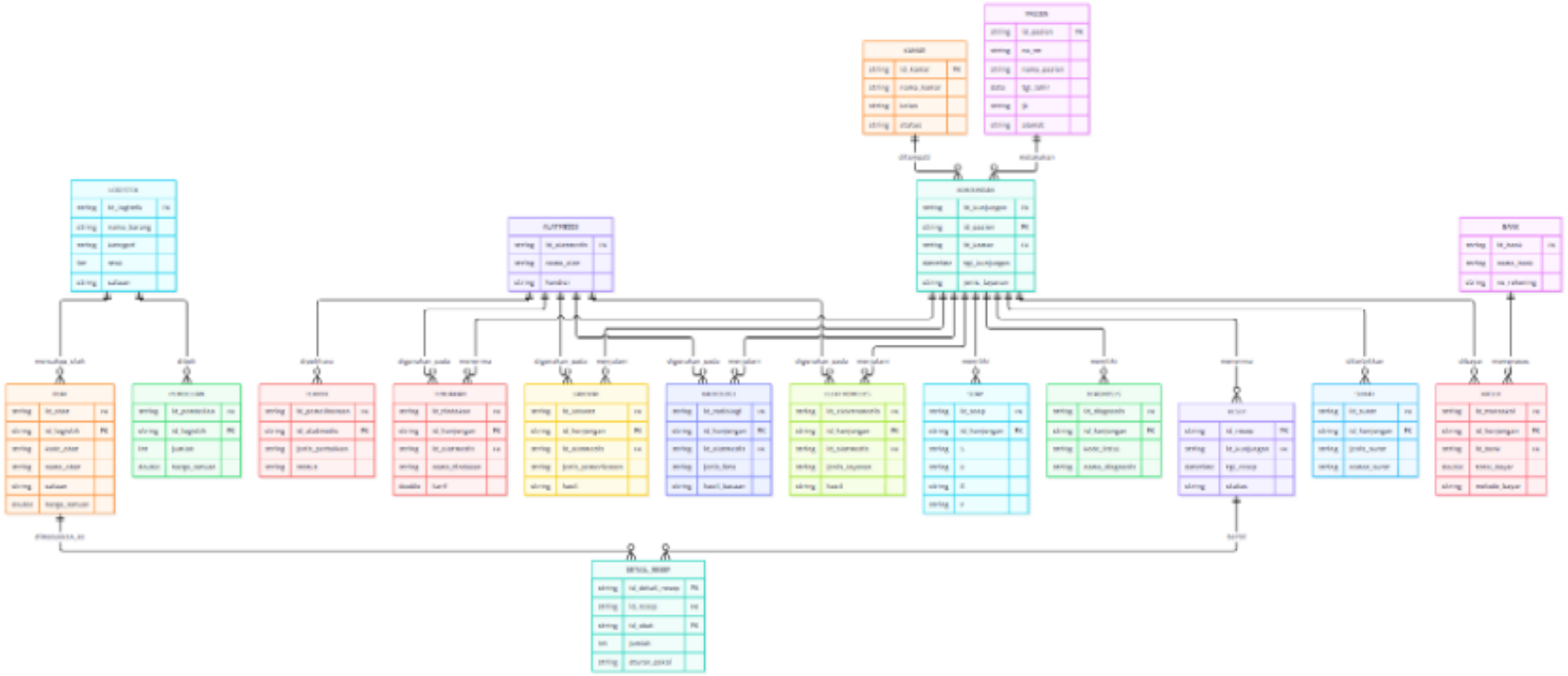
No	Variabel Peraturan	Variabel Sesuai SIMRS	Tipe Data Sesuai Peraturan	Tipe Data Sesuai SIMRS	Ket.
1	Nama Lengkap	Nama Lengkap	Karakter	Karakter	Sesuai
2	Nomor Rekam Medis	No RM	Karakter	Karakter	Sesuai
3	Nomor Induk Kependudukan (NIK)	No ID KTP/SIM	Numerik	Numerik	Sesuai
4	Nomor Identitas Lain (Khusus	No Paspor	Alphanumeric	Alphanumerik	Sesuai

	WNA): Nomor Paspor/KITAS				
5	Nama Ibu Kandung	Nama Ibu Kandung	Karakter	Karakter	Sesuai
6	Tempat Lahir	Tempat Lahir	Karakter	Karakter	Sesuai
7	Tanggal Lahir	Tgl Lahir	Tanggal, waktu	Tanggal, waktu	Sesuai
8	Jenis Kelamin	Jenis Kelamin	Numerik	Numerik	Sesuai
9	Agama	Agama	Alphanumerik	Alphanumerik	Sesuai
10	Suku	-	Karakter	-	Tidak Sesuai
11	Bahasa yang Dikuasai	-	Karakter	-	Tidak Sesuai
12	Alamat Lengkap	Alamat sesuai identitas	Alphanumeric karakter	Alphanumeric, Karakter	Sesuai
13	Rukun Tetangga/RT	RT	Numerik	Numerik	Sesuai
14	Rukun Warga/RW	RW	Numerik	Numerik	Sesuai
15	Kelurahan/Desa Domisili	Kelurahan/Desa	Numerik	Karakter	Tidak Sesuai
16	Kecamatan	Kecamatan	Numerik	Karakter	Tidak Sesuai
17	Kotamadya/Kabupaten Kota	Kota/Kabupaten	Numerik	Karakter	Tidak Sesuai
18	Kode pos	-	Numerik	-	Tidak Sesuai
19	Provinsi	Provinsi	Numerik	Karakter	Tidak Sesuai
20	Negara	-	Varchar/alphabet	Numerik	Tidak Sesuai
21	Alamat Domisili	Alamat domisili	Alphanumeric, karakter	Alphanumeric, Karakter	Sesuai
22	Rukun Tetangga/RT	RT	Numerik	Numerik	Sesuai
23	Rukun Warga/RW	RW	Numerik	Numerik	Sesuai
24	Kelurahan/Desa Domisili	Kelurahan/Desa	Numerik	Karakter	Tidak Sesuai
25	Kecamatan	Kecamatan	Numerik	Karakter	Tidak Sesuai

26	Kotamadya/Kabupaten	Kota/Kabupaten	Numerik	Karakter	Tidak Sesuai
27	Kode pos	-	Numerik	-	Tidak Sesuai
28	Provinsi	Provinsi	Numerik	Karakter	Tidak Sesuai
29	Negara	Kewarganegaraan	Varchar/alphabet	Numerik	Tidak Sesuai
30	Nomer Telepon Rumah/Tempat Tinggal	No Telp	Alphanumeric, karakter	Alphanumeric, Karakter	Sesuai
31	Nomor Telepon Seluler	No HP	Numerik	Karakter	Tidak Sesuai
32	Pendidikan	Pendidikan Terakhir	Numerik	Numerik	Sesuai
33	Pekerjaan	Pekerjaan	Numerik	Numerik	Sesuai
34	Status Pernikahan	Status Perkawinan	Numerik	Numerik	Sesuai

Berdasarkan tabel tersebut, masih terdapat beberapa variabel pada sistem RS Panti Rapih yang belum sesuai dengan pedoman variabel dan metadata dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1423/2022. Ketidaksesuaian terlihat dari adanya variabel yang belum tersedia serta perbedaan tipe data pada beberapa variabel. Kondisi ini perlu diperhatikan agar data yang digunakan dalam sistem dapat lebih sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

b. Identifikasi Database



Sumber: Instalasi Teknologi Informasi (TI) RS Panti Rapih Yogyakarta

Gambar 3. 29 Struktur ERD SIMRS RS Panti Rapih

ERD (Entity Relationship Diagram) pada sistem informasi rumah sakit menggambarkan hubungan antara berbagai entitas yang digunakan dalam proses pengelolaan data rumah sakit. Entitas utama dalam ERD ini adalah pasien dan kunjungan. Entitas PASIEN digunakan untuk menyimpan data identitas pasien, seperti nomor rekam medis, nama, tanggal lahir, jenis kelamin, dan alamat. Setiap pasien dapat melakukan satu atau lebih kunjungan ke rumah sakit, yang kemudian dicatat dalam entitas KUNJUNGAN. Data KUNJUNGAN mencatat informasi seperti pasien yang berkunjung, kamar yang digunakan, tanggal kunjungan, serta jenis layanan yang diterima.

Pada setiap kunjungan, pasien dapat memperoleh berbagai pelayanan medis yang dicatat dalam beberapa entitas, yaitu tindakan, laborat, radiologi, elektromedis, SOAP, dan diagnosis. Entitas tindakan digunakan untuk mencatat tindakan medis beserta tarifnya, sedangkan laborat dan radiologi digunakan untuk menyimpan data pemeriksaan dan hasil pemeriksaan pasien. Entitas elektromedis mencatat pelayanan elektromedis, sementara SOAP digunakan untuk mencatat kondisi pasien berdasarkan aspek subjektif, objektif, assessment, dan planning. Selanjutnya, entitas diagnosis digunakan untuk menyimpan kode dan nama diagnosis yang diberikan kepada pasien berdasarkan hasil pemeriksaan.

Selain pelayanan medis, ERD juga menggambarkan proses pemberian obat melalui entitas resep, detail_resep, dan obat. Resep digunakan untuk menyimpan data resep yang diberikan kepada pasien, sedangkan detail_resep berfungsi sebagai penghubung antara resep dengan obat yang diberikan. Pada detail_resep dicatat jumlah obat serta aturan pemakaiannya. Data obat sendiri berkaitan dengan entitas logistik, yang digunakan untuk mengelola persediaan barang, termasuk nama barang, kategori, stok, dan satuannya. Entitas PEMBELIAN digunakan untuk mencatat proses pembelian atau pengadaan barang yang berkaitan dengan persediaan logistik. ERD ini juga mencakup pengelolaan alat medis dan pemeliharaannya melalui entitas teknik. Alat medis menyimpan informasi

mengenai alat yang digunakan dalam pelayanan rumah sakit, sedangkan teknik mencatat kegiatan pemeliharaan atau perbaikan alat, termasuk jenis perbaikan dan statusnya. Selain itu, terdapat entitas surat yang digunakan untuk mencatat surat yang diterbitkan berdasarkan kunjungan pasien.

Pada bagian keuangan, proses pembayaran pasien dicatat dalam entitas kasir. Entitas ini menyimpan informasi transaksi, kunjungan yang berkaitan dengan transaksi, total pembayaran, serta metode pembayaran. Apabila pembayaran berkaitan dengan bank, data tersebut terhubung dengan entitas bank yang menyimpan informasi nama bank dan nomor rekening. Dengan demikian, keseluruhan ERD menggambarkan alur pengelolaan data rumah sakit mulai dari pasien melakukan kunjungan, menerima berbagai pelayanan medis, mendapatkan obat atau surat, hingga proses pembayaran dan pengelolaan logistik serta alat medis.

Analisis terhadap struktur database belum dapat dilakukan secara langsung karena peneliti tidak memiliki akses terhadap struktur database SIMRS. Berdasarkan hasil pertemuan dengan Instalasi IT RS Panti Rapih, diketahui bahwa database yang digunakan dalam sistem adalah MySQL dan MariaDB. Berdasarkan hasil pertemuan dengan Instalasi IT RS Panti Rapih, diketahui bahwa database yang digunakan adalah MySQL dan MariaDB. Server utama berada di gedung utama RS Panti Rapih, sedangkan server cadangan ditempatkan di gedung yang berbeda dan masih berada dalam lingkungan RS Panti Rapih.

c. Mitigasi Keamanan (Hak Akses)

Mitigasi keamanan melalui pengaturan hak akses dilakukan untuk memastikan bahwa setiap pengguna hanya dapat mengakses data dan fitur sistem sesuai dengan tugas dan kewenangan yang dimiliki. Pengaturan ini diperlukan untuk menjaga keamanan dan kerahasiaan data rekam medis serta mencegah akses terhadap informasi yang tidak berkaitan dengan tugas pengguna. Adapun pembagian hak akses pada sistem di RS Panti Rapih dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 3. 19 Pembagian Hak Akses SIMRS RS Panti Rapih

No.	Rule	Hak Akses
1	Rekam Medis	a. Pendaftaran b. Olah Data c. Asembly d. SKM (Surat Keterangan Medis)
2	Rawat Jalan	a. Asuhan Keperawatan/Kebidanan b. Pemeriksaan dokter c. Order penunjang d. Penulisan resep e. Penginputan billing pemeriksaan f. Penulisan surat dan resume medis
3	Rawat Inap	a. Asuhan Keperawatan/Kebidanan b. Pemeriksaan dokter c. Order penunjang d. Penulisan resep e. Penginputan billing pemeriksaan f. Penulisan surat dan resume medis
4	Laboratorium	a. Verifikasi order b. Penginputan billing c. Pemeriksaan laboratorium d. Penerbitan hasil laborat
5	Radiologi	a. Verifikasi order b. Penginputan billing c. Pemeriksaan radiologi d. Penerbitan hasil radiologi
6	Farmasi Rawat Jalan, Rawat Irnap, IGD	a. Verifikasi resep b. Input billing obat dan penyiapan obat c. Penyerahan obat d. Mutasi stok
7	Keuangan	a. Verifikasi billing b. Pembayaran rawat jalan c. Pembayaran rawat inap d. Penerbitan piutang dan verifikasi piutang e. Pemrosesan IJM
8	Penjaminan	a. Verifikasi penjaminan b. Proses expedisi plutang c. Persiapan pengajuan klaim d. Penagihan piutang

9	Rehab Medik (Fisioterapi, Terapi Okupasi, Terapi Wicara, Hidroterapi)	a. Pendaftaran pasien b. Pengkajian medis c. Penginputan billing
10	Elektromedik	a. Penjadwalan pemeriksaan b. Penginputan pemeriksaan c. Penerbitan hasil pemeriksaan.
11	Akuntansi	a. Pengelolaan tarif dan aset b. Rekap dan laporan akuntansi c. Rekap dan laporan pendapatan, hutang dan piutang d. Laporan keuangan rumah sakit e. Inventarisasi dan pemeliharaan aset
12	Logistik	a. Pengelolaan pergudangan b. Pengelolaan barang masuk dan keluar c. Pengelolaan stok gudang d. Rekap dan pelaporan aset gudang
13	Pengadaan	a. Pengelolaan vendor b. Pengelolaan penawaran dan pengadaan barang/jasa c. Rekap dan pelaporan kerjasama serta serta evaluasi vendor
14	Teknik	a. Pendataan dan pemeliharaan aset medis dan non medis b. Pengelolaan dan pemeliharaan bangunan, kelistrikan dan mesin c. Rekap dan pelaporan kalibrasi
15	Umum	Pengelolaan lingkungan, sanitasi, keamanan dan parkir
16	Komite, SPI dan PPI	a. Manajemen pengukuran dan pemantauan mutu bagian, RS dan Nasional b. Pemantauan dan tindaklanjut insiden c. Pemantauan dan manajemen pengendalian infeksi d. Manajemen kredensial dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya
17	Manajemen	Pemantauan dashboard pendapatan dan piutang, keterisian tempat tidur, dan jumlah kunjungan pasien rawat jalan, IGD dan rawat inap

Pembagian hak akses tersebut selanjutnya diterapkan melalui *user role* yang menentukan kewenangan masing-masing pengguna dalam mengakses sistem. Setiap *user role* memiliki tingkat akses yang berbeda sesuai dengan

tugas dan tanggung jawabnya. Rincian *user role*, pengguna, dan level akses yang diterapkan pada sistem dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 3. 20 Role User SIMRS RS Panti Rapih

User Role	Pengguna	Level Akses
Super admin	Tim IT (Kepala Instalasi, Kepala Sub Instalasi, atau staf IT yang ditunjuk).	Seluruh sistem (konfigurasi & maintenance) meliputi akses create, read, update dan delete data.
Administrator	Tim Operasional Bidang SDM.	Seluruh data karyawan (pengelolaan operasional) meliputi akses create, read, update dan delete data.
Playroll	Tim Penggajian Bidang SDM.	Data penggajian, remunerasi, potongan, pajak, asuransi ketenagakerjaan, pensiunan meliputi akses create, read, update dan delete data.
Atasan/Manajer	Struktural dan non struktural (Kepala Bidang/Instalasi/Bagian dan Kepala Sub, Kepala Seksi, Ketua Komite).	Data seluruh karyawan Bidang/Instalasi/Bagian yang dibawahi meliputi logbook, data pribadi, data laporan, presensi, kinerja meliputi akses create, read, update dan delete data.
Karyawan	Seluruh karyawan	Data pribadi, input cuti, laporan gaji, logbook, presensi, kinerja individu meliputi akses create, read, update dan delete data.

d. Identifikasi Mekanisme Keamanan Data

Mekanisme keamanan data yang diterapkan di Rumah Sakit Panti Rapih dilakukan melalui beberapa lapisan untuk menjaga kerahasiaan, integritas, dan ketersediaan data, khususnya data pasien. Pada proses login, sistem menggunakan *username* dan *password*, dengan *password* yang disimpan dalam bentuk *hash* sehingga *password* asli pengguna tidak disimpan secara langsung di dalam sistem. Hal ini bertujuan untuk

mengurangi risiko penyalahgunaan *password* apabila terjadi akses tidak sah terhadap basis data.

Selain itu, sistem juga menerapkan *Multi-Factor Authentication* (MFA) sebagai keamanan tambahan pada proses autentikasi. Dengan MFA, pengguna tidak hanya memerlukan *password*, tetapi juga memerlukan faktor autentikasi tambahan untuk dapat mengakses sistem. Pada sistem rumah sakit yang lama, terdapat pula mekanisme *timeout*, yaitu sistem akan mengakhiri sesi pengguna setelah tidak melakukan aktivitas dalam jangka waktu tertentu. Fitur ini membantu mencegah akses oleh pihak lain ketika pengguna meninggalkan perangkat dalam keadaan masih login.

Untuk memantau aktivitas pengguna, rumah sakit juga melakukan *audit trail*, yaitu pencatatan aktivitas atau perubahan yang dilakukan pengguna di dalam sistem. *Audit trail* dapat membantu dalam proses penelusuran apabila terjadi kesalahan, perubahan data yang tidak sesuai, maupun dugaan akses yang tidak sah. Selain itu, dilakukan *backup* data secara berkala untuk menjaga ketersediaan data dan mengurangi risiko kehilangan data apabila terjadi kerusakan sistem, gangguan teknis, atau kejadian lainnya. Dengan penerapan beberapa mekanisme tersebut, keamanan data rumah sakit dapat dilakukan secara berlapis, mulai dari proses akses pengguna hingga perlindungan dan pemulihan data.

3.4.2 Mengidentifikasi troubleshooting yang terjadi pada SIM-RS

Tabel 3. 21 Troubleshooting SIMRS'

No	Jenis Gangguan	Penyebab Gangguan	Langkah Penanganan
1	Ketidaksesuaian harga obat pada proses billing dan pengajuan pembayaran ke bank. Harga obat yang tercatat saat pembillingan sebesar Rp100.000,	Terdapat pembulatan harga obat pada database SIM-RS, sehingga terjadi perbedaan nominal antara harga yang ditampilkan pada proses billing dengan nominal yang	Petugas IT melakukan pengecekan pada database SIM-RS untuk mengidentifikasi sumber perbedaan harga, kemudian melakukan penyesuaian atau perbaikan pada data/aturan pembulatan

	sedangkan saat pengajuan ke bank tercatat sebesar Rp100.500.	digunakan dalam pengajuan ke bank.	harga obat agar nominal yang ditampilkan pada billing sesuai dengan nominal pada pengajuan ke bank.
2	Gangguan pada layanan V-Claim di bagian IPP. Sistem V-Claim rumah sakit mengalami error sehingga petugas tidak dapat menggunakan layanan tersebut untuk sementara waktu.	Terjadi gangguan pada sistem V-Claim rumah sakit, sehingga layanan tidak dapat diakses atau digunakan oleh petugas IPP.	Petugas IT mengarahkan petugas IPP untuk menunggu beberapa menit hingga sistem dapat digunakan kembali. Selama menunggu, petugas menggunakan V-Claim Nasional sebagai alternatif sementara agar proses pelayanan tetap dapat berjalan.

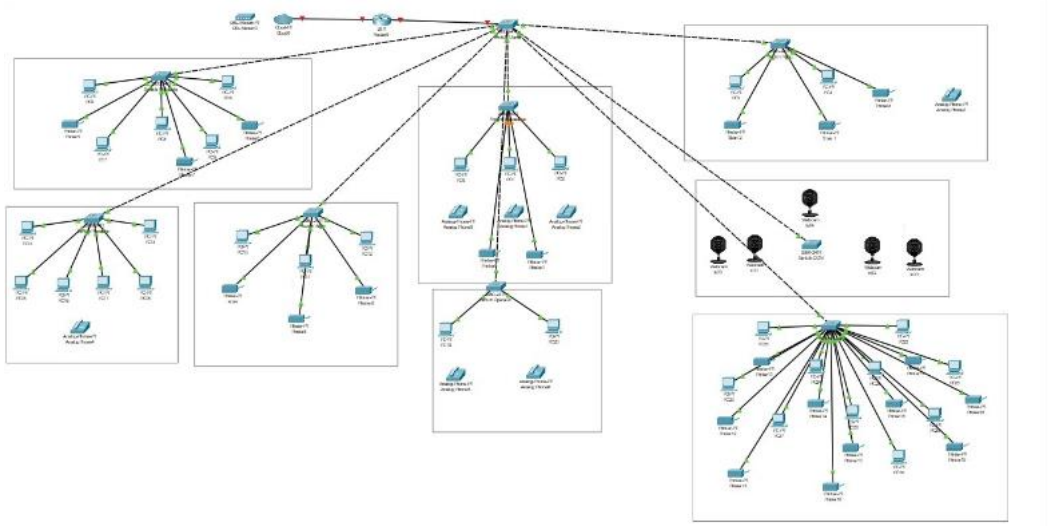
3.4.3 Mengidentifikasi standar kebutuhan SIMRS sesuai regulasi yang berlaku

Tabel 3. 22 Identifikasi Standar Kebutuhan SIMRS

No.	Regulasi	Standar/Kebutuhan	Hasil Observasi pada SIMRS	Status
1	Permenkes No. 24 Tahun 2022	SIMRS memiliki Rekam Medis Elektronik	SIMRS sudah dilengkapi dengan modul rekam medis elektronik	Sesuai
2	Permenkes No. 24 Tahun 2022	Tersedia identitas pasien yang lengkap	Identitas pasien pada SIMRS sudah sangat lengkap	Sesuai
3	Permenkes No. 24 Tahun 2022	Tersedia autentikasi pengguna	Sistem telah dilengkapi fitur autentikasi, di mana setiap pengguna harus memasukkan *username* dan *password* setiap akan melakukan penginputan dan perubahan data setiap	Sesuai

4	Permenkes No. 24 Tahun 2022	Terdapat pengaturan hak akses pengguna	Aturan mengenai hak akses telah diberlakukan di rumah sakit di mana setiap petugas hanya bisa membuka modul SIMRS sesuai dengan akses yang diberikan.	Sesuai
5	Permenkes No. 24 Tahun 2022	Terdapat audit trail aktivitas pengguna	SIMRS telah memiliki fungsi untuk audit trail untuk memantau dan mencatat setiap aktivitas yang dilakukan oleh pengguna	Sesuai
6	Permenkes No. 24 Tahun 2022	Tersedia tanda tangan elektronik	Tanda tangan elektronik belum diimplementasikan, semua formulir yang membutuhkan tanda tangan masih dicetak secara manual	Belum sesuai
7	KMK 1423 Tahun 2022	Data pasien memuat NIK	NIK pasien sudah tersedia pada bagian pendaftaran	Sesuai
8	KMK 1423 Tahun 2022	Data pasien memuat tempat lahir	Tempat lahir pasien sudah tercantum secara lengkap	Sesuai
9	KMK 1423 Tahun 2022	Data pasien memuat nama ibu kandung	Data nama ibu kandung pasien sudah tercantum pada bagian pendaftaran	Sesuai
10	Standar SATUSEHAT	Mendukung interoperabilitas data kesehatan	SIMRS sudah mendukung pertukaran data kesehatan di rumah sakit	Sesuai

3.4.4 Menggambarkan topologi jaringan komputer yang terdapat pada bagian pelayanan rumah sakit



Gambar 3. 30 Topologi Jaringan RS Panti Rapih

Topologi jaringan pada rancangan ini menggunakan topologi star bertingkat, dengan Switch Utama sebagai pusat koneksi dari beberapa switch yang ditempatkan pada masing-masing bagian rumah sakit. Jaringan utama terhubung ke Router 2811, kemudian router terhubung ke Cloud-PT sebagai gambaran koneksi ke jaringan eksternal atau internet. Switch utama menjadi penghubung antara router dengan jaringan pada setiap bagian.

Pada masing-masing area terdapat Switch Cisco 2960-24TT yang menghubungkan perangkat sesuai kebutuhan ruangan. Switch Olah Data menghubungkan beberapa PC dan printer, sedangkan Switch Penelitian digunakan untuk menghubungkan PC dan perangkat pendukung pada bagian penelitian. Selain itu, terdapat Switch SKM, Switch Manajemen, dan Switch Operator yang masing-masing menghubungkan komputer, printer, serta telepon analog sesuai dengan kebutuhan setiap bagian.

Pada bagian Filling, terdapat PC, printer, scanner, dan telepon analog yang terhubung melalui Switch Filling. Sementara itu, bagian Arsip memiliki beberapa PC dan printer yang terhubung melalui Switch Arsip. Untuk sistem pengawasan, terdapat Switch CCTV yang digunakan untuk menghubungkan beberapa webcam/CCTV. Dengan pembagian switch berdasarkan area tersebut, perangkat dapat dikelompokkan sesuai fungsi dan lokasi sehingga pengelolaan jaringan menjadi lebih terstruktur dan mudah dalam proses pemeliharaan.

BAB 4. KEGIATAN KHUSUS MAGANG

4.1 Menganalisis kepuasan pengguna terhadap sistem olah data berbasis web pada bagian olah data berdasarkan aspek *content* di Instalasi Rekam Medis RS Panti Rapih.

Aspek *content* (isi) merupakan penilaian terhadap kesesuaian dan kelengkapan informasi yang disediakan oleh sistem. Konten suatu sistem sering kali terdiri dari fitur dan modul yang dapat diakses pengguna, bersama dengan informasi yang dihasilkan sistem. Aspek *content* juga mengevaluasi kapasitas sistem untuk menghasilkan informasi yang memenuhi kebutuhan pengguna (Aswadi & Sutabri, 2023). Hasil dari jawaban kuesioner pada variabel content (isi) yang dibagikan kepada pengguna sistem web olah data yaitu sebanyak 15 responden disajikan dalam tabel dibawah ini :

Tabel 4.1 Jawaban Kuesioner Aspek *Content* (Isi)

Isi (*Content*)						
Kriteria	Pertanyaan				**Jumlah**	**%**
	C1	C2	C3	C4		
Sangat Tidak Setuju	0	0	0	0	0	0
Tidak Setuju	0	4	1	0	5	11,11
Setuju	11	10	12	13	33	73,33
Sangat Setuju	4	1	2	2	7	15,56
Jumlah					**45**	**100**

Tabel 4.2 Hasil Perhitungan Skor Aspek *Content* (Isi)

∑ Skor jawaban sangat tidak setuju (1)	=> 1 x 0 = 0
∑ Skor jawaban tidak setuju (2)	=> 2 x 5 = 10
∑ Skor jawaban setuju (3)	=> 3 x 33 = 99
∑ Skor jawaban sangat setuju (4)	=> 4 x 7 = 28
Jumlah skor jawaban ∑n	137

Jumlah skor tertinggi = nilai skor tertinggi x ∑ pertanyaan x ∑ responden

= 4 x 4 x 15

= 240

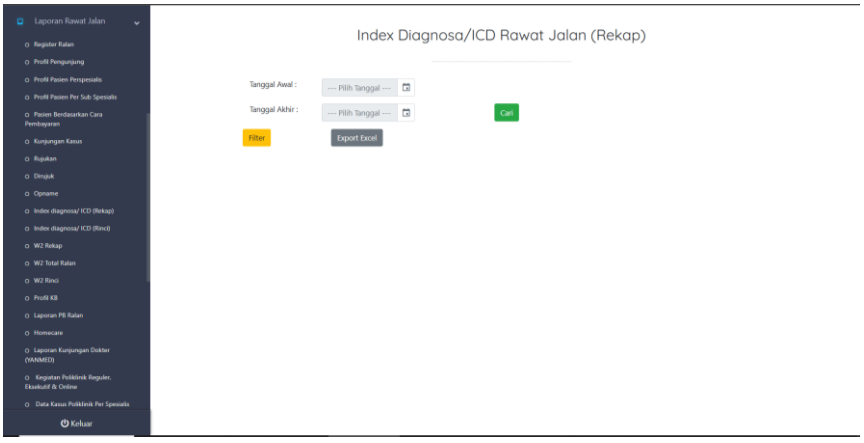
$$\text{Persentase Interpretasi Skor} = \frac{Jumlah\ Skor\ Jawaban\ (\sum n)}{Jumlah\ Skor\ Tertinggi} \times 100\%$$

$$= \frac{137}{240} \times 100\%$$

$$= 57{,}08\ \%$$

Berdasarkan hasil analisis data dari tanggapan responden, diketahui bahwa aspek *content* memperoleh nilai persentase sebesar 57,08%, yang termasuk dalam kategori "Cukup Puas" karena berada pada interval 41%–60%. Pada aspek *content* terdapat 0 responden (0%) yang memberikan jawaban sangat tidak setuju, 5 responden (11,11%) memberikan jawaban tidak setuju, 33 responden (73,33%) memberikan jawaban setuju, dan 7 responden (15,56%) memberikan jawaban sangat setuju.

Sistem olah data berbasis *web* digunakan untuk mendukung kegiatan pengolahan dan pelaporan dari hasil pelayanan pasien. Sistem telah menyediakan beberapa informasi dan menu yang dapat digunakan untuk mendukung kegiatan pengolahan data. Informasi yang tersedia meliputi informasi dokter serta hasil kajian pasien, seperti anamnesis, keluhan, diagnosis, dan tindakan yang dapat membantu petugas dalam memahami data pasien pada proses pengolahan dan kodefikasi penyakit. Sistem juga telah menyediakan menu coding rawat inap (RI), rawat jalan (RJ), dan IGD, menu pelaporan, serta menu indeks yang dapat digunakan untuk menarik data. Data yang telah ditampilkan juga dapat diekspor ke dalam bentuk *Excel* sesuai kebutuhan melalui *filter* dan menu *export* ke *Excel*. Contoh tampilan penarikan data pada sistem dapat dilihat pada menu laporan rawat jalan:



Gambar 4.1 Tampilan Menu Indeks Diagnosa Sistem Web Olah Data

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas olah data, informasi yang tersedia pada sistem telah membantu petugas dalam melaksanakan kegiatan pengolahan data. Petugas dapat melihat informasi seperti diagnosis, tindakan, dokter yang melayani dan hasil kajian pasien yang digunakan sebagai dasar dalam menentukan kode penyakit dan tindakan. Hal tersebut disampaikan oleh petugas sebagai berikut:

> "*Udah ada karena kita bisa melihat data pasien terus diagnosis, tindakan, dan hasil kajiannya terus dokternya juga. Informasi itu yang bantu kita untuk melalukan koding diagnosis. Cuman beberapa laporan itu kita maih ambil dari sistem yang lama karena disini belum ada dan sistem lama itu gabisa macth dengan sistem yang web ini*"
>
> (Informan 1)

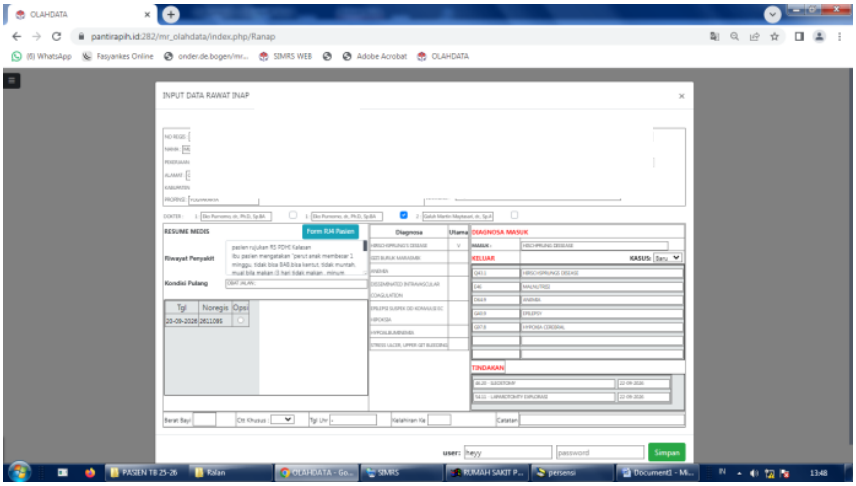
Dari hasil pernyataan mengjelaskan bahwa sistem pengolahan data berbasis *web* telah menyediakan informasi yang dibutuhkan dalam proses kodefikasi. Namun, beberapa kebutuhan pelaporan masih belum tersedia pada sistem sehingga petugas perlu memperoleh data dari sistem lama. Kondisi tersebut juga dikonfirmasi oleh Informan 2 yang menyampaikan bahwa proses *coding* rawat inap masih dilakukan menggunakan dua sistem, yaitu sistem lama dan sistem pengolahan data berbasis *web*. Informan 2 meyampaian :

> "*Untuk koding rawat inap itu kita nginput di dua sistem karena ada menu pelaporan yang belum ada di sistem lama, jadi kita input dua kali*."
>
> (Informan 2)

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara, pada proses *coding* rawat inap, dilakukan melalui dua sistem yaitu sistem lama dan sistem olah data berbasis web. Hal tersebut disebabkan masih terdapat beberapa kebutuhan pelaporan yang belum tersedia pada sistem berbasis web, seperti laporan sensus senam hamil dan yoga hamil, laporan data dokter, serta laporan imunisasi. Kondisi tersebut menyebabkan petugas perlu melakukan penginputan data *coding* sebanyak dua kali, yaitu pada sistem lama dan sistem pengolahan data berbasis *web*. Berikut merupakan tampilan dari sistem lama dan sistem web olah data yang digunakan sebagai halaman koding:



Gambar 4.2 Tampilan Halaman Koding pada Sistem Lama



Gambar 4.3 Tampilan Halaman Koding pada Sistem Web Olah Data Baru

Selain itu, kegiatan lain seperti sensus harian rawat inap masih dilakukan manual menggunakan *Microsoft Excel* dan belum dapat direkap secara langsung melalui sistem. Sistem olah data berbasis *web* juga belum terintegrasi dengan sistem pelaporan eksternal, sehingga petugas masih perlu melakukan penginputan data secara manual untuk memenuhi kebutuhan pelaporan. Salah satunya pada penyusunan laporan kunjungan pada RL 5.1 yang masih memerlukan input secara manual pada sistem pelaporan eksternal SIRS.

Secara keseluruhan, hasil evaluasi menunjukkan bahwa *content* pada sistem pengolahan data berbasis *web* telah cukup membantu petugas dalam kegiatan pengolahan data, terutama dalam menyediakan informasi pasien, diagnosis, tindakan, dan hasil pemeriksaan yang diperlukan dalam proses kodefikasi. Namun,

sistem belum sepenuhnya memenuhi kebutuhan pengolahan dan pelaporan data karena masih terdapat beberapa informasi dan fitur yang belum tersedia, terutama pada kebutuhan pelaporan rawat inap serta integrasi dengan sistem pelaporan eksternal. Oleh karena itu, sistem masih perlu dikembangkan lebih lanjut untuk mengoptimalkan pemanfaatan sistem yang telah tersedia dalam mendukung kegiatan pengolahan dan pelaporan data. Pengembangan sistem dengan melengkapi fitur dan menu sesuai kebutuhan pengguna mampu meningkatkan kepuasan pengguna serta mendukung mutu pelayanan rumah sakit secara berkelanjutan (Inra et al., 2026).

4.2 Menganalisis kepuasan pengguna terhadap sistem pengolahan data berbasis web pada bagian olah data berdasarkan aspek *accuracy* di Instalasi Rekam Medis RS Panti Rapih.

Aspek *Accuracy* merupakan aspek yang digunakan untuk menilai keakuratan data dan informasi yang dihasilkan oleh sistem, yaitu apakah data yang ditampilkan sesuai dengan data yang dimasukkan oleh pengguna serta dapat digunakan sesuai kebutuhan pengguna. Menurut (Febrianti et al., 2023), data yang dihasilkan oleh sistem informasi harus akurat, memiliki integritas, serta menjaga keutuhan data dengan hak akses yang terbatas bagi setiap pengguna.

Hasil dari jawaban kuesioner pada *accuracy* (akurasi) yang dibagikan kepada pengguna sistem web olah data yaitu sebanyak 15 responden disajikan dalam tabel dibawah ini :

Tabel 4.3 Jawaban Kuesioner Aspek *Accuracy* (Akurasi)

Akurasi (*Accuracy*)					
Kriteria	Pertanyaan			**Jumlah**	**%**
	A1	A2	A3		
Sangat Tidak Setuju	0	0	1	1	2,22
Tidak Setuju	0	0	3	3	6,67
Setuju	13	13	11	37	82,22
Sangat Setuju	2	2	0	4	8,89
Jumlah				**45**	**100**

Tabel 4.4 Hasil Perhitungan Skor Aspek Accuracy (Akurasi)

∑ skor jawaban sangat tidak setuju (1)	=> 1 x 1 = 1
∑ skor jawaban tidak setuju (2)	=> 2 x 3 = 6

∑ skor jawaban setuju (3)	=> 3 x 37 = 111
∑ skor jawaban sangat setuju (4)	=> 4 x 4 = 16
Jumlah skor jawaban ∑n	134

Jumlah skor tertinggi = nilai skor tertinggi x ∑ pertanyaan x ∑ responden

= 4 x 3 x 15

= 180

$$\text{Persentase Interpretasi Skor} = \frac{Jumlah\ Skor\ Jawaban\ (\sum n)}{Jumlah\ Skor\ Tertinggi} \times\ 100\%$$

$$= \frac{134}{180} \times\ 100\%$$

= 74,4 %

Berdasarkan hasil analisis data dari tanggapan responden, diketahui bahwa aspek *accuracy* memperoleh nilai persentase sebesar 74,40%, yang termasuk dalam kategori "Puas" karena berada pada interval 61%–80%. Pada aspek *accuracy* terdapat 1 responden (2,22%) yang memberikan jawaban sangat tidak setuju, 3 responden (6,67%) memberikan jawaban tidak setuju, 37 responden (82,22%) memberikan jawaban setuju, dan 4 responden (8,89%) memberikan jawaban sangat setuju. Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden memberikan penilaian setuju terhadap pernyataan pada aspek *accuracy*, sehingga data yang dihasilkan sistem dinilai cukup sesuai dengan data yang dimasukkan dan dibutuhkan oleh pengguna.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara tidak terstruktur yang dilakukan oleh penulis, tidak ditemukan permasalahan terkait akurasi jika dilihat dari sisi ketidaksesuaian jumlah data yang ditampilkan dengan data yang telah diinput oleh petugas. Petugas menyampaikan bahwa :

> "*Kalau kevalidan data tidak bisa menjawab 100% atau tidak, karena tidak ada patokan kevalidan, sejauh ini sih belum pernah ada kasus terduplikasi data ya*"
>
> (Informan 1)
>
> "*Untuk keakuratan jumlah-jumlah itu sudah sesuai dengan apa yang diinput."*
>
> (Informan 2)

Berdasarkan pernyataan tersebut, dapat diketahui bahwa dari sisi kesesuaian jumlah data, data yang ditampilkan pada sistem sejauh ini sudah sesuai dengan data yang diinput oleh petugas. Namun, proses input dan pengolahan data masih bergantung pada ketelitian petugas sehingga ketepatan data yang dihasilkan juga dipengaruhi oleh proses yang dilakukan oleh pengguna. Hal ini sejalan (Faizah & Pratami, 2026) yang menyatakan ketelitian output tetap bergantung pada ketelitian pengguna saat memasukkan data, karena jika input benar maka hasil yang muncul juga akan sesuai.

4.3 Menganalisis kepuasan pengguna terhadap sistem pengolahan data berbasis web pada bagian olah data berdasarkan aspek *format* di Instalasi Rekam Medis RS Panti Rapih.

Aspek *Format* merupakan penilaian terhadap bentuk dan tampilan informasi yang dihasilkan oleh sistem. Format menilai sebuah sistem berdasarkan tampilan visual dan estetika antarmuka sistem, pengorganisasian informasi atau laporan yang dihasilkan, serta format penyajian yang sesuai dapat membantu pengguna dalam memahami informasi (Aswadi & Sutabri, 2023).

Hasil dari jawaban kuesioner pada format yang dibagikan kepada pengguna sistem web olah data yaitu sebanyak 15 responden disajikan dalam tabel dibawah ini :

Tabel 4.5 Jawaban Kuesioner Aspek Format (Tampilan)

Format (*Format*)					
Kriteria	**Pertanyaan**			**Jumlah**	**%**
	F1	**F2**	**F3**		
Sangat Tidak Setuju	0	0	0	0	0
Tidak Setuju	0	2	4	6	13,33
Setuju	12	11	11	34	75,56
Sangat Setuju	3	2	0	5	11,11
Jumlah				**45**	**100**

Tabel 4.6 Hasil Perhitungan Skor Aspek Format (Tampilan)

∑ skor jawaban sangat tidak setuju (1)	=> 1 x 0 = 0
∑ skor jawaban tidak setuju (2)	=> 2 x 6 = 12
∑ skor jawaban setuju (3)	=> 3 x 34 = 102
∑ skor jawaban sangat setuju (4)	=> 4 x 5 = 20
Jumlah skor jawaban ∑n	134

Jumlah skor tertinggi = nilai skor tertinggi x ∑ pertanyaan x ∑ responden

= 4 x 3 x 15

= 180

$$\text{Persentase Interpretasi Skor} = \frac{Jumlah\ Skor\ Jawaban\ (\sum n)}{Jumlah\ Skor\ Tertinggi} \times\ 100\%$$

$$= \frac{134}{180} \times\ 100\%$$

= 74,4 %

Berdasarkan hasil analisis data dari tanggapan responden, diketahui bahwa aspek *format* memperoleh nilai persentase sebesar 74,40%, yang termasuk dalam kategori "Puas" karena berada pada interval 61%–80%. Pada aspek *format* terdapat 0 responden (0%) yang memberikan jawaban sangat tidak setuju, 6 responden (13,33%) memberikan jawaban tidak setuju, 34 responden (75,56%) memberikan jawaban setuju, dan 5 responden (11,11%) memberikan jawaban sangat setuju. Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden memberikan penilaian setuju terhadap pernyataan pada aspek *format*.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara tidak terstruktur yang dilakukan oleh penulis, tampilan antarmuka pada sistem telah menyediakan penanda visual yang membantu petugas dalam membedakan dan mengenali data pasien. Petugas menjelaskan bahwa

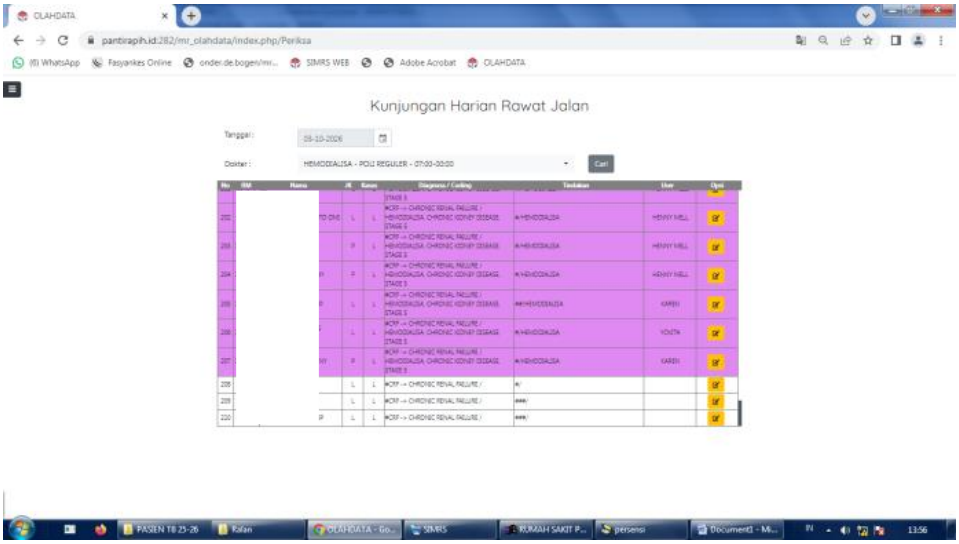
"*Untuk pasien BPJS itu ada kode warna merah saat masuk halaman koding, jadi untuk kodingnya harus diawali dengan Z. Kalau pasien umum, tulisan 'Umum' warnanya biru, jadi tidak perlu terlalu susah mencari pasien menggunakan asuransi apa*"

(Informan 1)

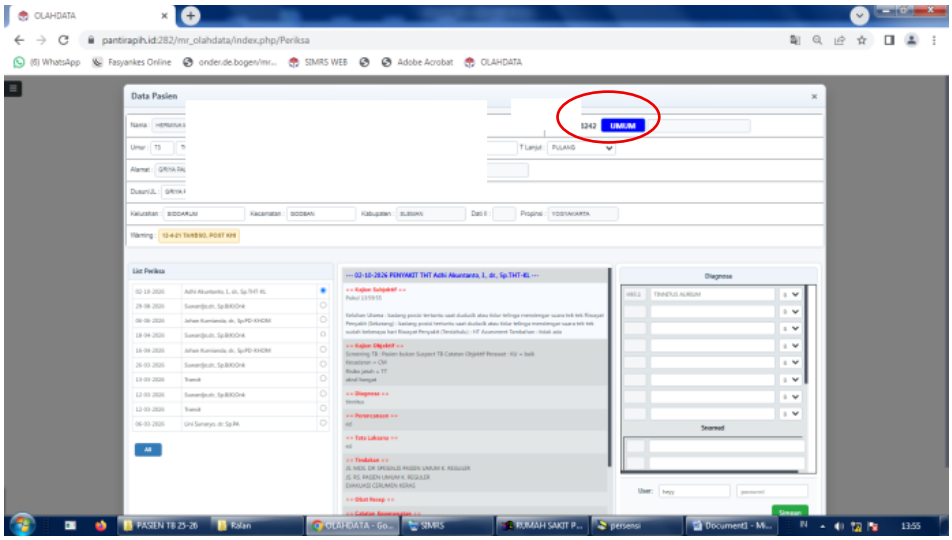
"*Udah bagus sih bisa membantu untuk nandai yang sudah dikode, karena barisnya berubah jadi warna ungu dan ditampilkan juga user siapa yang melakukan koding"*

(Informan 2)

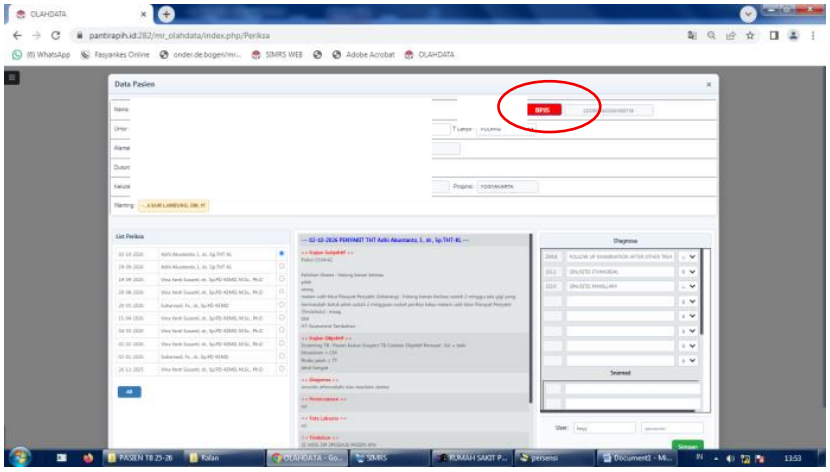
Berikut bentuk visualisasi dari web olah data yang menggunakan kode warna



Gambar 4.4 Tampilan daftar pasien yang Sudah Terkoding dan Belum Terkoding

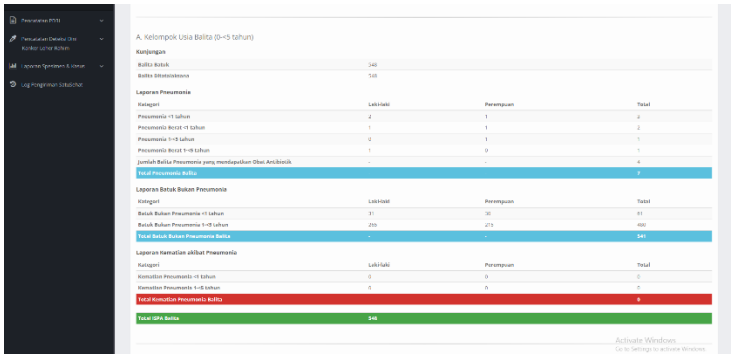


Gambar 4.5 Tampilan Halaman Koding Pasien Umum



Gambar 4.6 Tampilan Halaman Koding Pasien BPJS

Namun, dari sisi format laporan masih terdapat beberapa tampilan yang belum sepenuhnya sesuai dengan kebutuhan pengguna. Salah satunya pada laporan ISPA yang memiliki format pelaporan berdasarkan kelompok umur sesuai dengan template dari Kementerian Kesehatan.

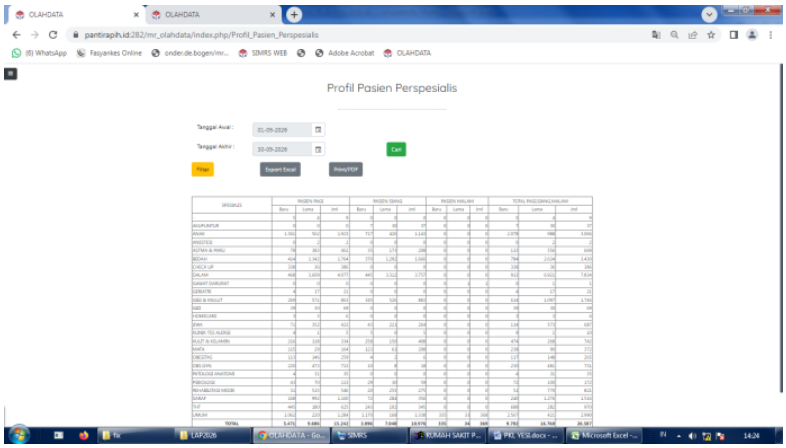


Gambar 4.7 Format Pelaporan Kasus ISPA dari Kemenkes

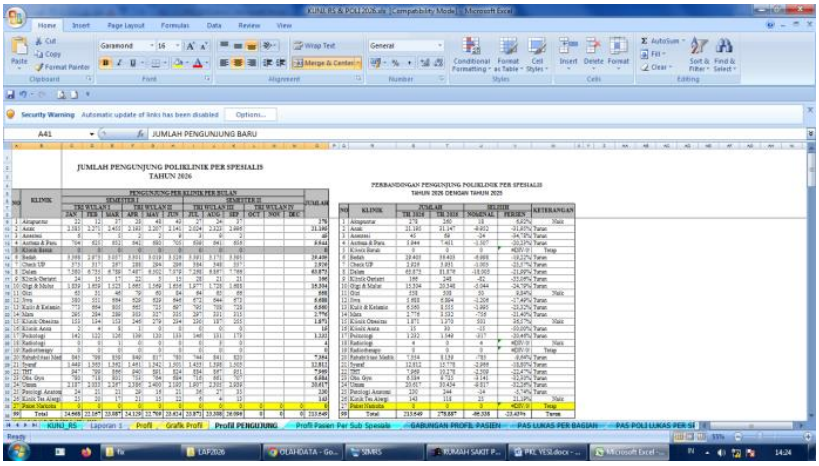
Pada sistem, belum tersedia menu maupun format data yang secara langsung mengelompokkan informasi sesuai dengan format yang diminta tersebut. Perbedaan format tersebut menyebabkan petugas masih perlu melakukan pengolahan dan penyesuaian data secara manual dimulai memfilter kasus, usia kemudian jenis kelamin dan melakukan tabulasi jumlah kasus agar sesuai dengan format laporan dari kemenkes. Selain itu, hasil data yang ditampilkan atau diunduh melalui filter pada laporan jumlah pengunjung per sub spesialis belum tersusun sesuai dengan urutan pada format laporan bulanan yang digunakan, sehingga

petugas masih perlu memeriksa dan menyesuaikan urutan data satu per satu menggunakan *Microsoft Excel*. Hal tersebut disampaikan oleh informan sebagai berikut:

> "*Kalau sudah sesuai sih sudah, tapi urutan data yang dari sistem sama yang format laporan bulanan itu tidak sama, jadi tetap harus cek satu-satu.*"
>
> (Informan 1)
>
> "*Sudah sesuai sih sejauh ini.*"
>
> (Informan 2)



Gambar 4.8 Tampilan Format Pelaporan Pasien Perspesialis dari Sistem Web



Gambar 4.9 Format Laporan Bulanan RSPR Jumlah Pengunjung Perspesialis

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa format informasi dan laporan yang dihasilkan oleh sistem masih memerlukan beberapa penyesuaian agar sesuai dengan kebutuhan pengguna. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Liza (2020) yang menyatakan bahwa aspek format laporan atau informasi yang dihasilkan oleh sistem secara tidak langsung dapat berpengaruh terhadap tingkat efektivitas kerja pengguna.

4.4 Menganalisis kepuasan pengguna terhadap sistem pengolahan data berbasis web pada bagian olah data berdasarkan aspek *ease of use* di Instalasi Rekam Medis RS Panti Rapih.

Aspek *Ease of Use* merupakan penilaian terhadap kemudahan pengguna dalam menggunakan sistem, termasuk kemudahan dalam mempelajari, memahami, dan menjalankan fungsi-fungsi yang tersedia pada sistem sesuai dengan kebutuhan pengguna (Doll & Torkzadeh, 1988). *Ease of Use* yang merupakan variabel untuk mengukur kemudahan aplikasi untuk dipelajari serta dapat digunakan secara efektif (Darwati, 2022).

Hasil dari jawaban kuesioner pada aspek *ease of use* yang dibagikan kepada pengguna sistem web olah data yaitu sebanyak 15 responden disajikan dalam tabel dibawah ini :

Tabel 4.7 Jawaban Kuesioner Aspek *Ease of Use* (Kemudahan Pengguna)

Ease of Use (Kemudahan)						
Kriteria	Pertanyaan				**Jumlah**	**%**
	E1	E2	E3	E4		
Sangat Tidak Setuju	0	0	0	0	0	0
Tidak Setuju	0	2	0	3	5	8,33
Setuju	12	10	12	11	45	75
Sangat Setuju	3	3	3	1	10	16,67
Jumlah					60	100

Tabel 4.8 Hasil Perhitungan Skor Aspek *Ease of Use* (Kemudahan Pengguna)

∑ skor jawaban sangat tidak setuju (1)	=> 1 x 0 = 0
∑ skor jawaban tidak setuju (2)	=> 2 x 5 = 10
∑ skor jawaban setuju (3)	=> 3 x 11 = 135
∑ skor jawaban sangat setuju (4)	=> 4 x 64 = 40
Jumlah skor jawaban ∑n	185

Jumlah skor tertinggi = nilai skor tertinggi x ∑ pertanyaan x ∑ responden

= 4 x 4 x 15

= 240

$$\text{Persentase Interpretasi Skor} = \frac{Jumlah\ Skor\ Jawaban\ (\sum n)}{Jumlah\ Skor\ Tertinggi} \times\ 100\%$$

$$= \frac{185}{240} \times\ 100\%$$

= 77,08 %

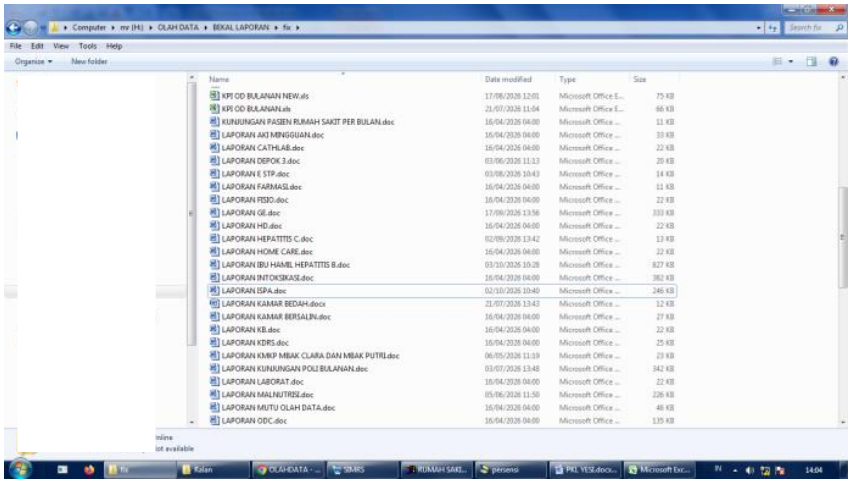
Berdasarkan hasil analisis data dari tanggapan responden, diketahui bahwa aspek *ease of use* memperoleh nilai persentase sebesar 77,08%, yang termasuk dalam kategori "Puas" karena berada pada interval 61%–80%. Pada aspek *ease of use* terdapat 0 responden (0%) yang memberikan jawaban sangat tidak setuju, 5 responden (8,33%) memberikan jawaban tidak setuju, 45 responden (75%) memberikan jawaban setuju, dan 10 responden (16,67%) memberikan jawaban sangat setuju. Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden memberikan penilaian setuju terhadap pernyataan pada aspek *ease of use*.

Kepuasan pengguna terkait variabel kemudahaan penggunaan dapat dievaluasi melalui indikator yaitu sistem bersifat *user friendly*, mudah digunakan yakni terdapat menu bantuan (*help menu*) di dalamnya, dan sistem informasi menyediakan petunjuk yang jelas dalam penggunaannya (Yuliantika et al., 2025). Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang dilakukan oleh penulis, sistem pengolahan data berbasis *web* dinilai mudah digunakan oleh petugas dalam melaksanakan kegiatan pengolahan data. Petugas yang telah lama menggunakan sistem sudah terbiasa dengan menu dan fitur yang tersedia. Namun, masih terdapat kemungkinan petugas mengalami kebingungan, terutama bagi petugas *rolling* dan belum terbiasa menggunakan sistem pada bagian pengolahan data. Ketika mengalami kesulitan dalam menggunakan sistem, petugas biasanya bertanya kepada petugas lain yang lebih memahami penggunaan sistem.

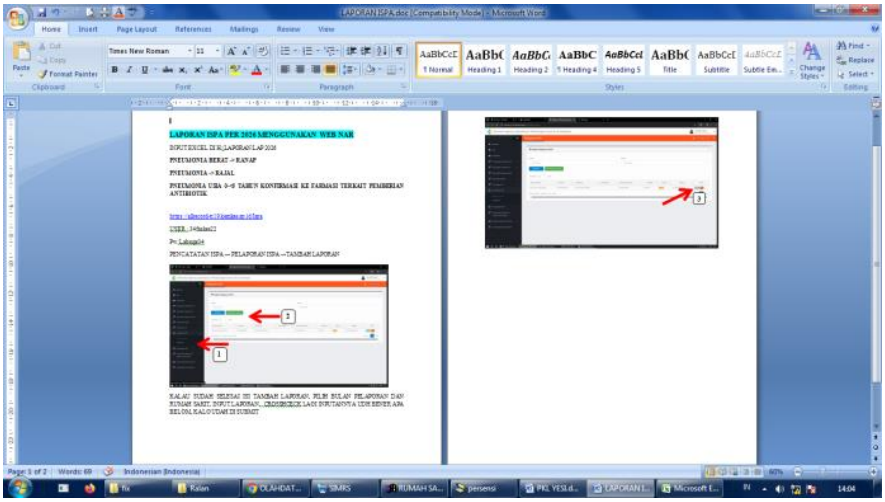
Sistem olah data berbasis *web* juga belum menyediakan *help menu* yang dapat digunakan secara langsung ketika pengguna mengalami kendala. Meskipun demikian, mekanisme bantuan yang dilakukan di RS Panti Rapih memang

dilakukan melalui petugas *Information Technology* (IT). Apabila pengguna mengalami kendala dalam penggunaan sistem atau terdapat permasalahan pada sistem, petugas dapat menghubungi bagian IT untuk mendapatkan bantuan.

Sistem olah data juga telah menyediakan *file* panduan sebagai petunjuk dalam penggunaan sistem. Namun, berdasarkan hasil observasi, *file* panduan yang tersedia masih terpisah-pisah dan penyusunannya belum tertata secara sistematis, sehingga petunjuk penggunaan fitur belum tersaji secara terpadu. Oleh karena itu, penyusunan panduan masih perlu diperbaiki agar lebih terstruktur dan mudah digunakan sebagai acuan oleh petugas.



Gambar 4.10 Kumpulan Soft file Panduan Penggunaan Sistem Web Olah Data



Gambar 4.11 Isi File Panduan Penggunaan Sistem Web Olah Data

4.5 Menganalisis kepuasan pengguna terhadap sistem pengolahan data berbasis web pada bagian olah data berdasarkan aspek *timeliness* di Instalasi Rekam Medis RS Panti Rapih.

Aspek *Timeliness* merupakan penilaian terhadap ketepatan waktu sistem dalam menyediakan informasi yang dibutuhkan pengguna, termasuk kecepatan sistem dalam menampilkan data dan merespons proses pengolahan atau penarikan data. Ketepatan waktu (*Timeliness*) adalah variabel ketepatan waktu dalam penyajian informasi, ketika pengguna memberikan permintaan terhadap sistem, sistem tersebut harus segera memprosesnya dan memberikan output yang dibutuhkan dalam waktu singkat (Sanjaya et al., 2022).

Hasil dari jawaban kuesioner pada *timeliness* yang dibagikan kepada pengguna sistem web olah data yaitu sebanyak 15 responden disajikan dalam tabel dibawah ini:

Tabel 4.9 Jawaban Kuesioner Aspek Timeliness (Ketepatan Waktu)

***Timeliness* (Ketepatan Waktu)**					
Kriteria	Pertanyaan			**Jumlah**	**%**
	T1	T2	T3		
Sangat Tidak Setuju	0	3	0	3	6,67
Tidak Setuju	0	3	0	3	6,67
Setuju	12	9	13	34	75,56
Sangat Setuju	3	0	2	5	11,11
Jumlah				**45**	**100**

Tabel 4.10 Hasil Perhitungan Skor Aspek Timeliness (Ketepatan Waktu)

∑ skor jawaban sangat tidak setuju (1)	=> 1 x 3 = 3
∑ skor jawaban tidak setuju (2)	=> 2 x 3 = 6
∑ skor jawaban setuju (3)	=> 3 x 34 = 102
∑ skor jawaban sangat setuju (4)	=> 4 x 10 = 20
Jumlah skor jawaban ∑n	131

Jumlah skor tertinggi = nilai skor tertinggi x ∑ pertanyaan x ∑ responden

= 4 x 3 x 15

= 180

$$\text{Persentase Interpretasi Skor} = \frac{Jumlah\ Skor\ Jawaban\ (\sum n)}{Jumlah\ Skor\ Tertinggi} \times\ 100\%$$

$$= \frac{131}{180} \times\ 100\%$$

= 72,78 %

Berdasarkan hasil analisis data dari tanggapan responden, diketahui bahwa aspek *timeliness* memperoleh nilai persentase sebesar 72,78%, yang termasuk dalam kategori "Puas" karena berada pada interval 61%–80%. Pada aspek *timeliness* terdapat 3 responden (6,67%) yang memberikan jawaban sangat tidak setuju, 3 responden (6,67%) memberikan jawaban tidak setuju, 34 responden (75,56%) memberikan jawaban setuju, dan 5 responden (11,11%) memberikan jawaban sangat setuju.

Berdasarkan observasi, waktu respons sistem menjadi salah satu kendala yang dirasakan petugas ketika menggunakan sistem, terutama pada saat berpindah halaman atau data dan ketika melakukan penarikan data. Waktu respons sistem merupakan salah satu aspek yang penting dalam menilai kinerja suatu sistem kecepatan waktu respon menjadi salah satu indikator penting dalam menilai kinerja sistem (Widyaningrum et al., 2024). Temuan hasil observasi penulis, kemudian di konfirmasi kepada petugas olah data, petugas menyampaikan :

> "*Kalau untuk loading itu sebenarnya sering terjadi, tapi kalau memang karena jaringan, biasanya sistem lain juga ikut lambat. Kalau yang lambat hanya di bagian olah data, biasanya tidak sampai berjam-jam, hanya waktu loading-nya yang lama. Biasanya lebih saat melakukan koding ICD, terutama ketika berpindah dari pasien satu ke pasien lainnya. Kalau untuk laporan juga bisa lama loading-nya, terutama kalau filter yang dimasukkan tidak sesuai*."
>
> **(Informan 1)**

> "*Waktu respons sistem ya pasti dong berpengaruh sama penyelesaian pekerjaan, terutama saat melakukan koding dan penarikan laporan. Kalau proses loading lama, waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan pekerjaan juga menjadi lebih lama*."
>
> **(Informan 2)**

Hasil wawancara tersebut menunjukkan bahwa waktu respons pada sistem pengolahan data tidak selalu sama. Waktu loading lama dirasakan saat petugas

melakukan koding ICD dan berpindah dari satu pasien ke pasien lainnya, serta ketika melakukan penarikan laporan. Waktu pemuatan laporan juga dapat menjadi lebih lama apabila filter yang digunakan tidak sesuai dengan data yang akan ditarik. Untuk memperkuat hasil wawancara tersebut, peneliti kemudian melakukan pengukuran langsung terhadap waktu respons sistem pada saat melakukan koding dan penarikan laporan. Pengukuran dilakukan untuk mengetahui waktu yang dibutuhkan sistem dalam memberikan respons pada kegiatan pengolahan data.

Tabel 4.11 Rata-rata Waktu Loading Sistem Web Olah Data

Poli	**RM 1**	**RM 2**	**RM 3**	**RM 4**	**RM 5**	**RM 6**	**RM 7**	**Rata-rata(detik)**
THT	2,9	24,8	2,7	6,5	5,2	1,9	2,9	6,7
Paru	29,3	3,5	34,7	31,9	14,9	2,1	4,1	17,2
Endokrin	2,7	3,3	2,2	6,2	6,7	10,3	6,8	5,5
Bedah Tulang	2,8	3,6	12,3	3,2	4,8	7,8	7,6	6,0
Penyakit Jantung	37,2	9,6	11,7	43,1	10,5	3,7	3,5	17,0
Penyakit Kandungan	4,1	3,2	11,7	10,7	25,0	8,1	4,9	9,7
Rata-rata keseluruhan								10,35

Berdasarkan hasil pengukuran waktu *loading* pada tabel, diketahui bahwa waktu respons sistem pengolahan data berbasis *web* berbeda-beda pada setiap proses. Dari hasil pengukuran tersebut, diperoleh rata-rata waktu respons sistem sekitar 10,35 detik. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kecepatan respons sistem masih menjadi salah satu kendala yang dirasakan dalam penggunaan sistem, karena semakin lama proses *loading*, semakin lama pula waktu yang dibutuhkan petugas untuk memperoleh data yang diperlukan. Sentosa et al., (2024) menjelaskan bahwa *load time* ideal sebuah web ialah kurang dari 3 detik. Hasil tersebut menunjukkan bahwa waktu respons sistem masih perlu dikaji dan ditingkatkan, terutama pada proses yang membutuhkan waktu *loading* lebih lama. Dalam identifikasi lebih lanjut, waktu respons perlu dilihat dengan mempertimbangkan kondisi sistem, jaringan, dan perangkat yang digunakan.

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai kepuasan pengguna terhadap sistem pengolahan data berbasis web pada Bagian Olah Data Rekam Medis RS Panti Rapih menggunakan metode End User Computing Satisfaction (EUCS), dapat disimpulkan bahwa:

1. Aspek Content (Isi) memperoleh persentase sebesar 57,08% dan termasuk dalam kategori Cukup Puas. Sistem telah menyediakan informasi dan menu yang membantu petugas dalam kegiatan pengolahan data, seperti informasi dokter, hasil k pasien, menu coding rawat inap, rawat jalan, IGD, pelaporan, dan indeks. Namun, masih terdapat kebutuhan informasi dan fitur yang belum tersedia, seperti laporan sensus senam hamil dan yoga hamil, dan imunisasi, sehingga *coding* rawat inap masih perlu diinput pada dua sistem untuk kebutuhan laporan. Selain itu, sensus harian rawat inap masih dilakukan menggunakan *Microsoft Excel* dan sistem belum terintegrasi dengan sistem pelaporan eksternal yang mengharuskan input manual.
2. Aspek Accuracy (Akurasi) memperoleh persentase sebesar 74,40% dan termasuk dalam kategori Puas. Data yang ditampilkan pada sistem sejauh ini telah sesuai dengan data yang diinput oleh petugas dan tidak ditemukan permasalahan terkait ketidaksesuaian jumlah data. Namun, keakuratan data tetap dipengaruhi oleh ketelitian petugas dalam melakukan input dan pengolahan data.
3. Aspek Format memperoleh persentase sebesar 74,40% dan termasuk dalam kategori Puas. Tampilan antarmuka sistem telah membantu petugas melalui penggunaan penanda warna untuk membedakan jenis penjamin dan status data yang telah dikode, serta menampilkan pengguna yang melakukan kodefikasi. Namun, beberapa format laporan masih memerlukan penyesuaian, seperti laporan ISPA yang belum disajikan sesuai format pelaporan berdasarkan kelompok umur, serta laporan jumlah pengunjung poliklinik per spesialis yang urutan datanya belum sesuai dengan format laporan bulanan. Kondisi tersebut

menyebabkan petugas masih perlu melakukan pemeriksaan dan penyesuaian data secara manual dengan *Microsoft Excel*.

4. Aspek *Ease of Use* memperoleh persentase sebesar 77,08% dan termasuk dalam kategori Puas. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa sistem cukup mudah dipelajari dan digunakan oleh petugas. Ketika mengalami kendala atau terjadi *error* pada sistem, petugas dapat melaporkannya kepada bagian IT untuk mendapatkan bantuan. Selain itu, telah tersedia buku panduan dalam bentuk *soft file* sebagai acuan penggunaan sistem. Namun, panduan tersebut masih dibuat secara terpisah untuk setiap fitur dan belum terpadu dalam satu panduan yang tersusun secara sistematis.
5. Aspek *Timeliness* memperoleh persentase sebesar 72,78% dan termasuk dalam kategori Puas. Sistem dapat menyediakan informasi yang dibutuhkan petugas, tetapi masih ditemukan kendala terkait proses *loading* yang lama dapat terjadi terutama saat melakukan kodefikasi dan penarikan laporan. Hasil pengukuran juga menunjukkan rata-rata waktu respons sistem sekitar 10,35 detik. Meskipun demikian, waktu respons sistem masih perlu diperhatikan karena proses *loading* yang lama dapat menambah waktu yang dibutuhkan petugas dalam menyelesaikan pekerjaan.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil evaluasi yang telah dilakukan, terdapat beberapa saran yang dapat dipertimbangkan untuk meningkatkan sistem *web* olah data sebagai berikut:

1. Bagi pihak RS Panti Rapih dan pengembang sistem, disarankan untuk memprioritaskan pengembangan sistem pada aspek *content*, karena menjadi satu-satunya aspek yang memperoleh kategori "Cukup Puas". Pengembangan dapat difokuskan dengan melengkapi kebutuhan pelaporan yang belum tersedia pada sistem olah data berbasis *web*, khususnya laporan sensus harian rawat inap, sensus senam hamil dan yoga hamil, serta laporan imunisasi.
2. Pihak pengembang disarankan menyesuaikan format laporan *output* sistem dengan format dari kemenkes maupun format dari rumah sakit, terutama pada laporan ISPA dan urutan data laporan bulanan, sehingga petugas tidak perlu

lagi mengolah data secara manual melalui *Microsoft Excel* dan dan meningkatkan efisiensi kerja petugas.

3. Pihak pengembang disarankan meningkatkan integrasi sistem olah data berbasis *web* dengan dengan SIRS, agar dapat mendukung kebutuhan pelaporan eksternal otomatis tanpa perlu penginputan manual pada SIRS.
4. Pihak pengelola sistem disarankan menyusun panduan penggunaan sistem secara terpadu dalam satu dokumen agar lebih sistematis dan mudah digunakan sebagai acuan oleh petugas.
5. Pihak pengelola sistem disarankan mengidentifikasi penyebab lambatnya waktu respons, baik dari sisi sistem, jaringan, maupun perangkat, kemudian melakukan perbaikan sesuai dengan penyebab yang ditemukan, mengingat waktu loading menjadi salah satu keluhan yang banyak disampaikan oleh responden.

DAFTAR PUSTAKA

Alfiansyah, G., Fajeri, A. S., Santi, M. W., & Swari, S. J. (2020). Evaluasi Kepuasan Pengguna Electronic Health Record (EHR) Menggunakan Metode EUCS (End User Computing Satisfaction) di Unit Rekam Medis Pusat RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, *11*, 258–263.

Aswadi, M., & Sutabri, T. (2023). Analisis Pengukuran Tingkat Kepuasan Pengguna Aplikasi Helpdesk Menggunakan Metode End User Computing Satisfaction (EUCS) pada UIN Raden Fatah Palembang (Analysis of Measuring the Level of User Satisfaction of Helpdesk Applications Using the End User C. *Jurnal Ilmu Siber Dan Teknologi Digital (JISTED)*, *2*(1), 13–22.

Darwati, L. (2022). Analisis Pengukuran Tingkat Kepuasan Pengguna Aplikasi Menggunakan Metode End User Computing Satisfaction (EUCS). *Jurnal.Umj.Ac.Id*, *12*(2), 34–42.

Dukalang, R., Koniyo, M. H., & Pakaya, N. (2024). Evaluasi Tingkat Kepuasan Pengguna Aplikasi E-Voting Menggunakan Metode End User Computing Statisfaction (Studi Kasus : MTs Negeri 2 Kabupaten Gorontalo). *Journal of System and Information Tecnology*, *4*(2), 226–236.

Faisal Hakim Nasution, R., Jailani, M. S., & Junaidi, R. (2024). Kombinasi (Mixed-methods Dalam Praktis Penelitian Ilmiah. *Journal Genta Mulia*, *15*(2), 251–256.

Faizah, D. E. S., & Pratami, N. R. (2026). Tinjauan Pelaksanaan SIMRS Menggunakan Metode Pieces Di Klinik Utama Jantung Hasna Medika Majalengka Tahun 2026. *Jurnal Mahasiswa Ilmu Kesehatan*, *4*, 250–268.

Febrianti, F., Ahsyar, T. K., Saputra, E., Rahmawita, M., Munzir, & Zarnelly. (2023). Analisa Kepuasan Pengguna Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Menggunakan Metode EUCS. *Jurnal Teknik Informasi Dan Sistem Informasi*, *10*(1).

Haifa, N. M., Nabilla, I., Rahmatika, V., & Hidayatullah, R. (2025). Identifikasi Variabel Penelitian , Jenis Sumber Data dalam Penelitian Pendidikan Pendidikan Bahasa Arab / Universitas Islam Negeri Imam Bonjol Padang berubah tergantung situasi tertentu . (Arib , M . F ., dkk , 2024). *Jurnal Pendidikan Dan Bahasa*.

Hardani, R., Diana, K., & Taufik, A. E. hijrawati. (2024). Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Menggunakan end User Computing Satisfaction di RSUD Madani Palu. *The Indonesian Journal of Health Promotion*, *7*(3), 671–679.

Inra, N. H., Ismainar, H., Hartono, B., Leonita, E., & Zaman, K. (2026). Peningkatan Kepuasan Pengguna SIMRS iCARES Melalui Pendampingan

dan Evaluasi System di RS Amalia Medika. *Jurnal Medika: Medika*, *5*(2), 2338–2347.

Jailani, M. S. (2023). Teknik Pengumpulan Data Dan Instrumen Penelitian Ilmiah Pendidikan Pada Pendekatan Kualitatif dan Kuantitatif. *Jurnal Pendidikan Islam*, *1*, 1–9.

Nabila, A. P., & Rusdi, A. J. (2025). Tingkat Kepuasan Pengguna SIMRS Di RS Lavalette. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, *6*, 2332–2339.

Nurdiyansyah, A. K., Agushybana, F., & Arso, S. P. (2021). Evaluasi Penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit di Bagian Rekam Medis. *Media Ilmu Kesehatan*, *10*(2).

Permenkes, R. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 Tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.

Permenkes, R. (2026). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit. 1–36.

Pratiwi, P. A., Mashalani, F., Hafizhah, M., & Batrisyia, A. (2024). Mengungkap Metode Observasi Yang Efektif Menurut Pra-Pengajar EFL. *Jurnal Penelitian Dan Karya Ilmiah*, *2*(1).

Rozikin, K., Nashrullah, & Anam, S. (2026). Teknik Pengumpulan Data Penelitian Dan Penyusunan Instrumen Penelitian Kualitatif. *Pediaqu : Jurnal Pendidikan Sosial Dan Humaniora*, *5*(2), 1612–1629.

Sanjaya, M. R., Ruskan, E. L., Kurniawan, D., Saputra, F. R., Chautie, M. R., & Argabzi, M. (2022). Pemanfaatan Metode EUCS Pada Aplikasi Pencarian Jasa Pembantu Rumah Tangga Berbasis Website Utilization Of The EUCS Method In Website Based Home Maid Service Search Applications. *Journal of Information Technology and Computer Science (INTECOMS)*, *5*.

Sentosa, S. A., Subyantoro, E., & Asrowardi, I. (2024). Pengukuran Kinerja Pada Aplikasi Video Pembelajaran UMKM Berbasis Web Dengan Metode Pengujian Beban. *Jurnal Sistem Dan Teknologi Informasi*, *2*(2), 95–102. https://doi.org/10.25181/rt.v2i2.3407

Sofyan, R. R., Setiawan, D., Putra, H., & Swari, S. J. (2024). Evaluasi Kepuasan Pengguna SIMRS dengan Metode EUCS di Rumah Sakit Citra Husada Jember. *Jurnal Rekam Medik Dan Manajemen Informasi Kesehatan*, *3*(1), 1–10.

Susilo, B. B. B., & Mustofa, K. (2020). Evaluasi Penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) di RSUD Praya Kabupaten Lombok Tengah Nusa Tenggara Barat. *Journal of Information Systems for Public Health*, *5*(3), 13–27.

Trivaika, E., & Senubekti, M. A. (2022). Perancangan Aplikasi Pengelola Keuangan Pribadi Berbasis Android. *Jurnal Nuansa Informatika*, *16*, 33–40.

Undari, S., & Mohamad, M. (2024). Memahami Sumber Data Penelitian : Primer, Sekunder, Dan Tersier. *Jurnal Edu Research Indonesian Institute For Corporate And Studies (IICLS)*, *5*(September), 110–116.

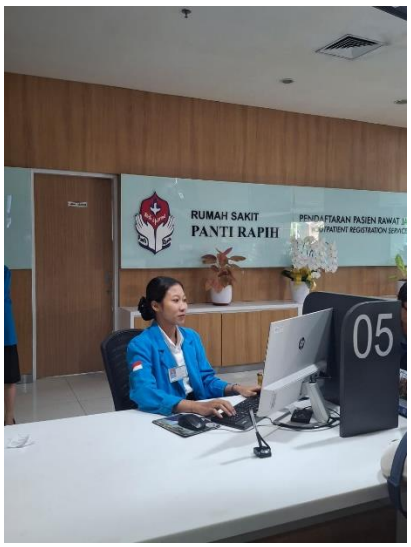
UU Republik Indonesia. (2023). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. *187315*, 68.

Widyaningrum, N., Meisari, W. A., Permatasari, A. A., Nuraini, F. A., & Sari, C. F. (2024). Hubungan Kinerja Rekam Medis Elektronik (Metode Pieces) Terhadap Efektivitas Penggunaan Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit. *Jurnal Kesmas Asclepius*, *6*.

Yuliantika, A., Swari, S. J., & Vestine, V. (2025). Evaluasi SIMRS Bagian Pelaporan Menggunakan Metode EUCS di RSUD Blambangan. *Journal.Pubmedia.Id*, *2*, 1–16.

LAMPIRAN

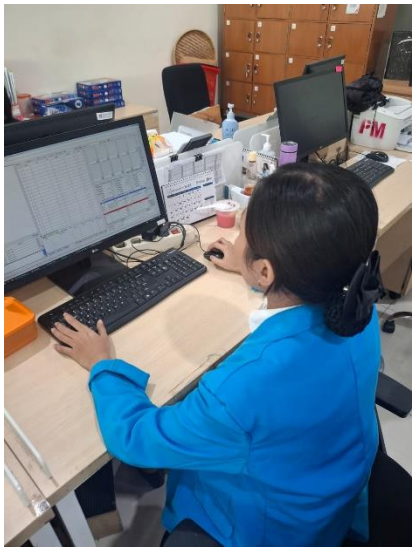
1. Rangkaian Kegiatan selama PKL /Magang



Lampiran 1 Mendaftarkan Pasien Rawat Jalan



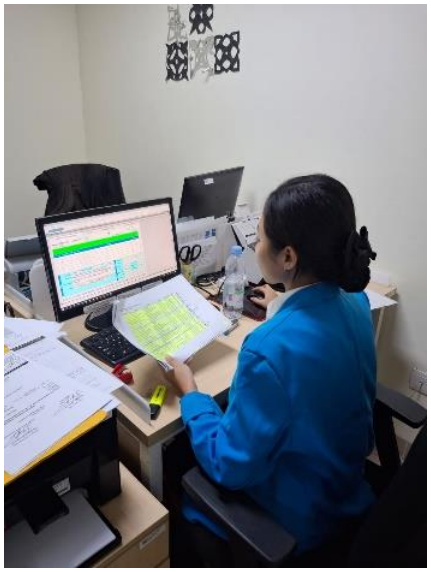
Lampiran 2 Membantu Pasien Menggunakan APM



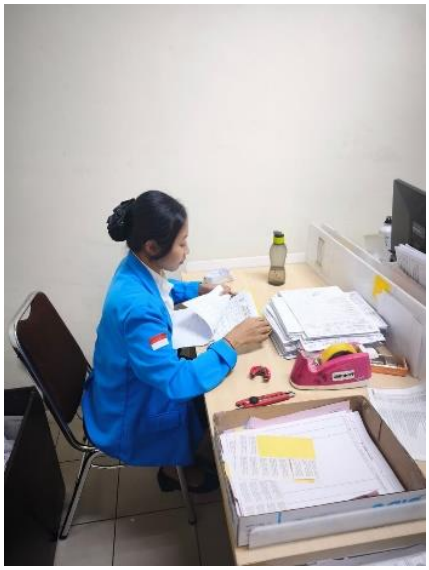
Lampiran 3 Koding Klaim Pasien Fisioterapi (IPP)



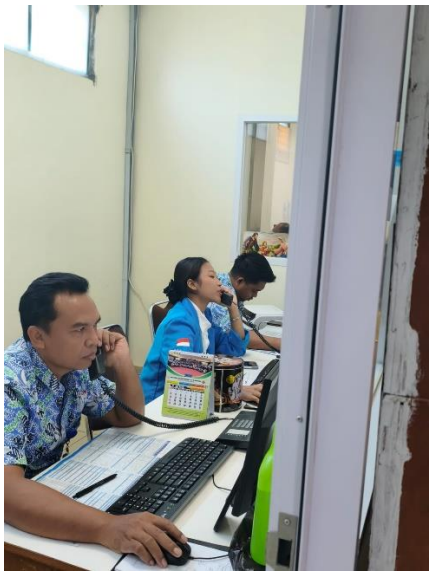
Lampiran 4 Cek Kelengkapan Data Keluarga Pegawai (Unit SDM)



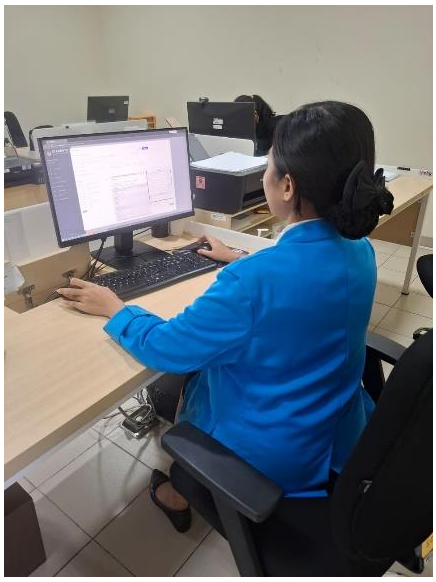
Lampiran 5 Membuat Surat Balasan Rujukan (SKM)



Lampiran 6 Merakit Rekam Medis (Assembling)



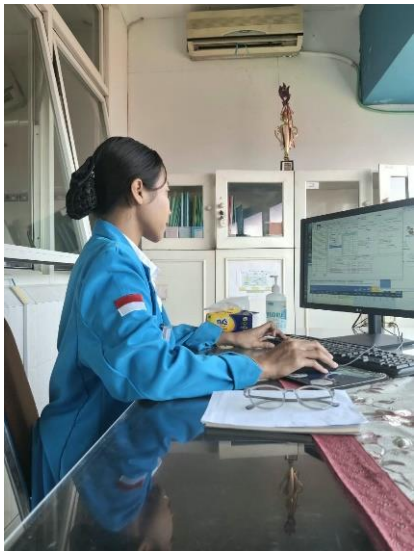
Lampiran 7 Pendaftaran Online Rawat Jalan (Operator)



Lampiran 8 Koding Statistik Rawat Jalan



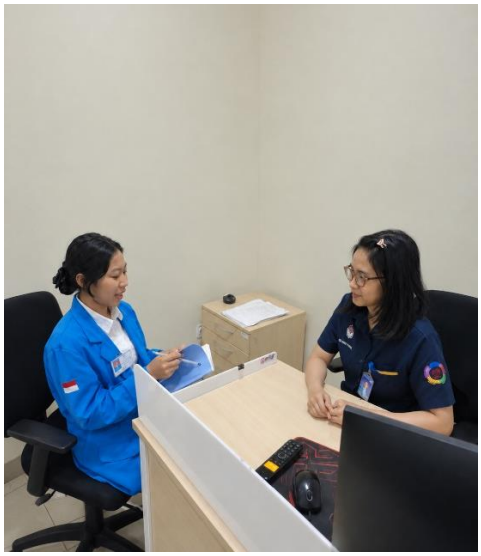
Lampiran 9 Pengarsipan Rekam Medis



Lampiran 10 Audit Skrining Pasien Rawat Inap (Komite Keperawatan)

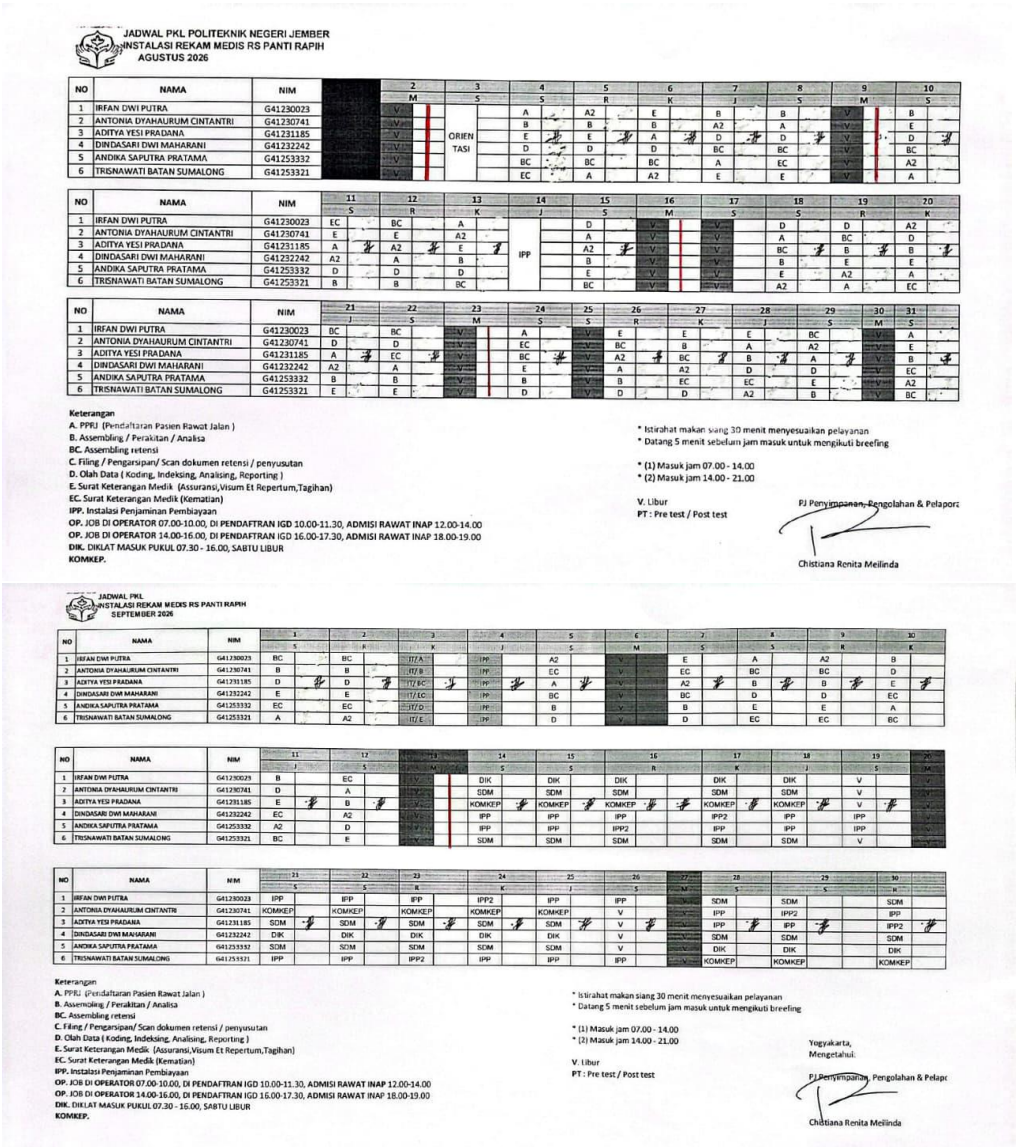


Lampiran 11 Wawancara dengan PJ Bagian Olah Data (Informan 1)



Lampiran 12 Wawancara dengan Petugas Olah Data (Informan 2)

2. Jadwal Hadir PKL/ Magang



JADWAL PKL POLITEKNIK NEGERI JEMBER
INSTALASI REKAM MEDIS RS PANTI RAPIH
AGUSTUS 2026

NO	NAMA	NIM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				M	S	S	R	K	J	S	M	S
1	IRFAN DWI PUTRA	G41230023		V	ORIENTASI	A	A2	E	B	B	V	B
2	ANTONIA DYAHAURUM CINTANTRI	G41230741		V		B	B	B	A2	A	V	E
3	ADITYA YESI PRADANA	G41231185		V		E	E	A	D	D	V	D
4	DINDASARI DWI MAHARANI	G41232242		V		D	D	D	BC	BC	V	BC
5	ANDIKA SAPUTRA PRATAMA	G41253332		V		BC	BC	BC	A	EC	V	A2
6	TRISNAWATI BATAN SUMALONG	G41253321		V		EC	A	A2	E	E	V	A

NO	NAMA	NIM	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			S	R	K	J	S	M	S	S	R	K
1	IRFAN DWI PUTRA	G41230023	EC	BC	A	IPP	D	V	V	D	D	A2
2	ANTONIA DYAHAURUM CINTANTRI	G41230741	E	E	A2		A	V	V	A	BC	D
3	ADITYA YESI PRADANA	G41231185	A	A2	E		A2	V	V	BC	B	B
4	DINDASARI DWI MAHARANI	G41232242	A2	A	B		B	V	V	B	E	E
5	ANDIKA SAPUTRA PRATAMA	G41253332	D	D	D		E	V	V	E	A2	A
6	TRISNAWATI BATAN SUMALONG	G41253321	B	B	BC		BC	V	V	A2	A	EC

NO	NAMA	NIM	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
			J	S	M	S	S	R	K	J	S	M	S
1	IRFAN DWI PUTRA	G41230023	BC	BC	V	A	V	E	E	E	BC	V	A
2	ANTONIA DYAHAURUM CINTANTRI	G41230741	D	D	V	EC	V	BC	B	A	A2	V	E
3	ADITYA YESI PRADANA	G41231185	A	EC	V	BC	V	A2	BC	B	A	V	B
4	DINDASARI DWI MAHARANI	G41232242	A2	A	V	E	V	A	A2	D	D	V	EC
5	ANDIKA SAPUTRA PRATAMA	G41253332	B	B	V	B	V	B	EC	EC	E	V	A2
6	TRISNAWATI BATAN SUMALONG	G41253321	E	E	V	D	V	D	D	A2	B	V	BC

Keterangan
A. PPRJ (Pendaftaran Pasien Rawat Jalan)
B. Assembling / Perakitan / Analisa
BC. Assembling retensi
C. Filing / Pengarsipan/ Scan dokumen retensi / penyusutan
D. Olah Data (Koding, Indeksing, Analising, Reporting)
E. Surat Keterangan Medik (Assuransi,Visum Et Repertum,Tagihan)
EC. Surat Keterangan Medik (Kematian)
IPP. Instalasi Penjaminan Pembiayaan
OP. JOB DI OPERATOR 07.00-10.00, DI PENDAFTRAN IGD 10.00-11.30, ADMISI RAWAT INAP 12.00-14.00
OP. JOB DI OPERATOR 14.00-16.00, DI PENDAFTRAN IGD 16.00-17.30, ADMISI RAWAT INAP 18.00-19.00
DIK. DIKLAT MASUK PUKUL 07.30 - 16.00, SABTU LIBUR
KOMKEP.

* Istirahat makan siang 30 menit menyesuaikan pelayanan
* Datang 5 menit sebelum jam masuk untuk mengikuti breefing

* (1) Masuk jam 07.00 - 14.00
* (2) Masuk jam 14.00 - 21.00

V. Libur
PT : Pre test / Post test

PJ Penyimpanan, Pengolahan & Pelapora

Chistiana Renita Meilinda

JADWAL PKL
INSTALASI REKAM MEDIS RS PANTI RAPIH
SEPTEMBER 2026

NO	NAMA	NIM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
			S	R	K	J	S	M	S	S	R	K
1	IRFAN DWI PUTRA	G41230023	BC	BC	IT/ A	IPP	A2	V	E	A	A2	B
2	ANTONIA DYAHAURUM CINTANTRI	G41230741	B	B	IT/ B	IPP	EC	V	EC	BC	BC	D
3	ADITYA YESI PRADANA	G41231185	D	D	IT/ EC	IPP	A	V	A2	B	B	E
4	DINDASARI DWI MAHARANI	G41232242	E	E	IT/ EC	IPP	BC	V	BC	D	D	EC
5	ANDIKA SAPUTRA PRATAMA	G41253332	EC	EC	IT/ D	IPP	B	V	B	E	E	A
6	TRISNAWATI BATAN SUMALONG	G41253321	A	A2	IT/ E	IPP	D	V	D	EC	EC	BC

NO	NAMA	NIM	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			J	S	M	S	S	R	K	J	S	M
1	IRFAN DWI PUTRA	G41230023	B	EC	V	DIK	DIK	DIK	DIK	DIK	V	V
2	ANTONIA DYAHAURUM CINTANTRI	G41230741	D	A	V	SDM	SDM	SDM	SDM	SDM	V	V
3	ADITYA YESI PRADANA	G41231185	E	B	V	KOMKEP	KOMKEP	KOMKEP	KOMKEP	KOMKEP	V	V
4	DINDASARI DWI MAHARANI	G41232242	EC	A2	V	IPP	IPP	IPP	IPP2	IPP	IPP	V
5	ANDIKA SAPUTRA PRATAMA	G41253332	A2	D	V	IPP	IPP	IPP2	IPP	IPP	IPP	V
6	TRISNAWATI BATAN SUMALONG	G41253321	BC	E	V	SDM	SDM	SDM	SDM	SDM	V	V

NO	NAMA	NIM	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
			S	S	R	K	J	S	M	S	S	H
1	IRFAN DWI PUTRA	G41230023	IPP	IPP	IPP	IPP2	IPP	IPP	V	SDM	SDM	SDM
2	ANTONIA DYAHAURUM CINTANTRI	G41230741	KOMKEP	KOMKEP	KOMKEP	KOMKEP	KOMKEP	V	V	IPP	IPP2	IPP
3	ADITYA YESI PRADANA	G41231185	SDM	SDM	SDM	SDM	SDM	V	V	IPP	IPP	IPP2
4	DINDASARI DWI MAHARANI	G41232242	DIK	DIK	DIK	DIK	DIK	V	V	SDM	SDM	SDM
5	ANDIKA SAPUTRA PRATAMA	G41253332	SDM	SDM	SDM	SDM	SDM	V	V	DIK	DIK	DIK
6	TRISNAWATI BATAN SUMALONG	G41253321	IPP	IPP	IPP2	IPP	IPP	IPP	V	KOMKEP	KOMKEP	KOMKEP

Keterangan
A. PPRJ (Pendaftaran Pasien Rawat Jalan)
B. Assembling / Perakitan / Analisa
BC. Assembling retensi
C. Filing / Pengarsipan/ Scan dokumen retensi / penyusutan
D. Olah Data (Koding, Indeksing, Analising, Reporting)
E. Surat Keterangan Medik (Assuransi,Visum Et Repertum,Tagihan)
EC. Surat Keterangan Medik (Kematian)
IPP. Instalasi Penjaminan Pembiayaan
OP. JOB DI OPERATOR 07.00-10.00, DI PENDAFTRAN IGD 10.00-11.30, ADMISI RAWAT INAP 12.00-14.00
OP. JOB DI OPERATOR 14.00-16.00, DI PENDAFTRAN IGD 16.00-17.30, ADMISI RAWAT INAP 18.00-19.00
DIK. DIKLAT MASUK PUKUL 07.30 - 16.00, SABTU LIBUR
KOMKEP.

* Istirahat makan siang 30 menit menyesuaikan pelayanan
* Datang 5 menit sebelum jam masuk untuk mengikuti breefing

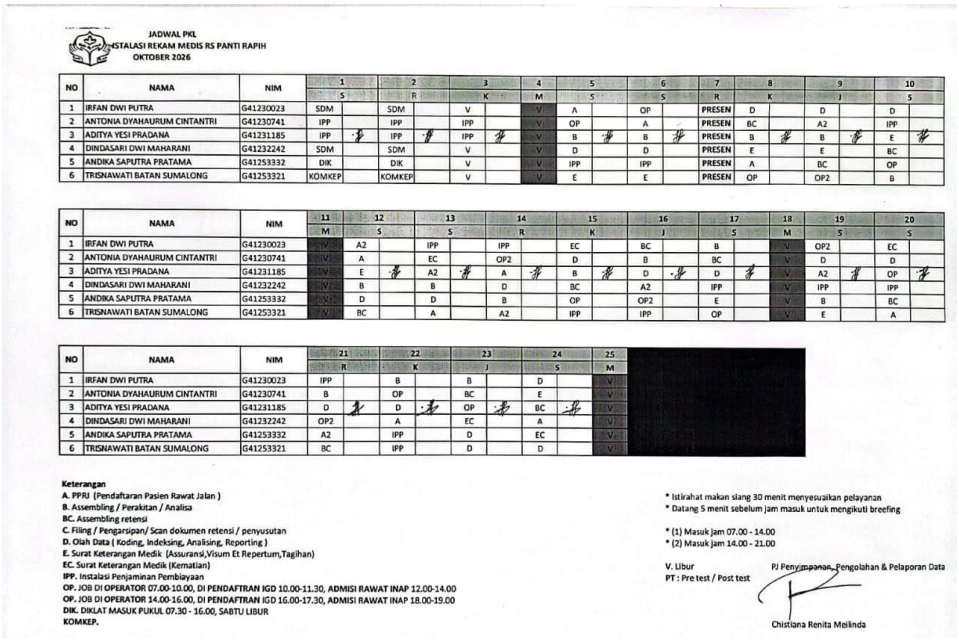
* (1) Masuk jam 07.00 - 14.00
* (2) Masuk jam 14.00 - 21.00

V. Libur
PT : Pre test / Post test

Yogyakarta,
Mengetahui:

PJ Penyimpanan, Pengolahan & Pelapo

Chistiana Renita Meilinda



JADWAL PKL
INSTALASI REKAM MEDIS RS PANTI RAPIH
OKTOBER 2026

NO	NAMA	NIM	1		2		3		4	5		6		7	8		9		10	
			S		R		K		M	S		S		R	K		J		S	
1	IRFAN DWI PUTRA	G41230023	SDM		SDM		V		V	A		OP		PRESEN	D		D		D	
2	ANTONIA DYAHAURUM CINTANTRI	G41230741	IPP		IPP		IPP		V	OP		A		PRESEN	BC		A2		IPP	
3	ADITYA YESI PRADANA	G41231185	IPP	✓	IPP	✓	IPP	✓	V	B	✓	B	✓	PRESEN	B	✓	B	✓	E	✓
4	DINDASARI DWI MAHARANI	G41232242	SDM		SDM		V		V	D		D		PRESEN	E		E		BC	
5	ANDIKA SAPUTRA PRATAMA	G41253332	DIK		DIK		V		V	IPP		IPP		PRESEN	A		BC		OP	
6	TRISNAWATI BATAN SUMALONG	G41253321	KOMKEP		KOMKEP		V		V	E		E		PRESEN	OP		OP2		B	

NO	NAMA	NIM	11		12		13		14		15		16		17		18	19		20	
			M		S		S		R		K		J		S		M	S		S	
1	IRFAN DWI PUTRA	G41230023	V		A2		IPP		IPP		EC		BC		B		V	OP2		EC	
2	ANTONIA DYAHAURUM CINTANTRI	G41230741	V		A		EC		OP2		D		B		BC		V	D		D	
3	ADITYA YESI PRADANA	G41231185	V		E	✓	A2	✓	A	✓	B	✓	D	✓	D	✓	V	A2	✓	OP	✓
4	DINDASARI DWI MAHARANI	G41232242	V		B		B		D		BC		A2		IPP		V	IPP		IPP	
5	ANDIKA SAPUTRA PRATAMA	G41253332	V		D		D		B		OP		OP2		E		V	B		BC	
6	TRISNAWATI BATAN SUMALONG	G41253321	V		BC		A		A2		IPP		IPP		OP		V	E		A	

NO	NAMA	NIM	21		22		23		24	25
			R		K		J		S	M
1	IRFAN DWI PUTRA	G41230023	IPP		B		B		D	V
2	ANTONIA DYAHAURUM CINTANTRI	G41230741	B		OP		BC		E	V
3	ADITYA YESI PRADANA	G41231185	D	✓	D	✓	OP	✓	BC	V
4	DINDASARI DWI MAHARANI	G41232242	OP2		A		EC		A	V
5	ANDIKA SAPUTRA PRATAMA	G41253332	A2		IPP		D		EC	V
6	TRISNAWATI BATAN SUMALONG	G41253321	BC		IPP		D		D	V

Keterangan
A. PPRJ (Pendaftaran Pasien Rawat Jalan)
B. Assembling / Perakitan / Analisa
BC. Assembling retensi
C. Filing / Pengarsipan/ Scan dokumen retensi / penyusutan
D. Olah Data (Koding, Indeksing, Analising, Reporting)
E. Surat Keterangan Medik (Asuransi,Visum Et Repertum,Tagihan)
EC. Surat Keterangan Medik (Kematian)
IPP. Instalasi Penjaminan Pembiayaan
OP. JOB DI OPERATOR 07.00-10.00, DI PENDAFTRAN IGD 10.00-11.30, ADMISI RAWAT INAP 12.00-14.00
OP. JOB DI OPERATOR 14.00-16.00, DI PENDAFTRAN IGD 16.00-17.30, ADMISI RAWAT INAP 18.00-19.00
DIK. DIKLAT MASUK PUKUL 07.30 - 16.00, SABTU LIBUR
KOMKEP.

* Istirahat makan siang 30 menit menyesuaikan pelayanan
* Datang 5 menit sebelum jam masuk untuk mengikuti breefing

* (1) Masuk jam 07.00 - 14.00
* (2) Masuk jam 14.00 - 21.00

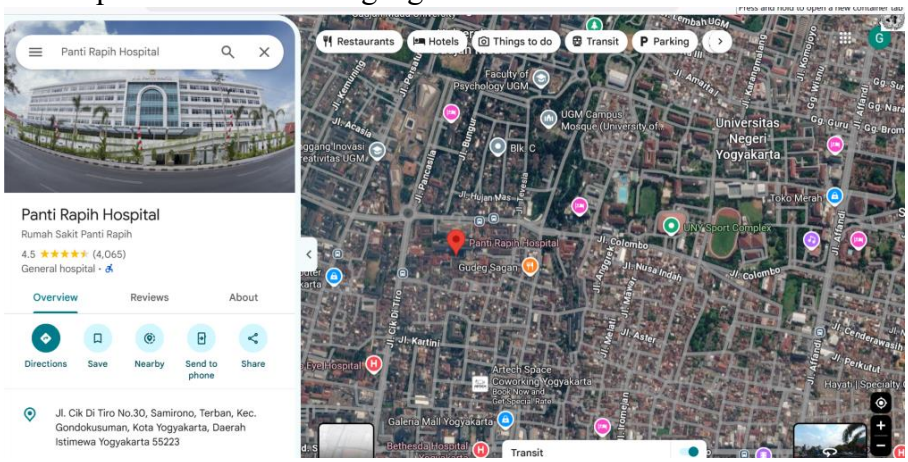
V. Libur
PT : Pre test / Post test

PJ Penyimpanan, Pengolahan & Pelaporan Data

Chistiana Renita Meilinda

Lampiran 13 Jadwal Shift PKL/Magang

3. Denah/peta lokasi PKL /Magang



Lampiran 14 Denah/Peta Lokasi Magang/PKL

4. Data pendukung yang diperlukan sesuai kebutuhan

No.	Variabel	Kode	Pernyataan
1.	Isi (Content)	C1	Sistem web olah data menyediakan informasi yang saya butuhkan dalam melaksanakan pekerjaan. Seperti diagnosis, tindakan, rekap data dan pelaporan.
		C2	Sistem web olah data menyediakan menu dan fitur yang lengkap sesuai kebutuhan pekerjaan saya, seperti menu pelaporan internal dan

			eksternal, sensus, koding, serta fitur sesuai kebutuhan.
		C3	Informasi yang disajikan oleh sistem web olah data mudah dipahami dan tidak menimbulkan kesalahan persepsi bagi saya.
		C4	Sistem web olah data menyediakan informasi yang lengkap untuk mendukung kebutuhan pekerjaan saya.
2.	Akurasi (Accuracy)	A1	Sistem web olah data menghasilkan informasi/data yang akurat dan sesuai dengan data yang diinputkan ke dalam sistem.
		A2	Informasi yang dihasilkan oleh sistem web olah data sesuai dengan kondisi pelayanan pasien yang sebenarnya.
		A3	Hasil penarikan data dari sistem web olah data dapat langsung digunakan untuk penyusunan laporan tanpa perlu memperbaiki data secara manual.
3.	Format	F1	Tampilan antarmuka sistem web olah data, termasuk tata letak dan elemen visual seperti centang, pilihan, ikon, dan tanda mudah dipahami bagi saya.
		F2	Penyajian informasi pada sistem web olah data memudahkan saya dalam memahami informasi yang ditampilkan.
		F3	Format laporan yang dihasilkan oleh sistem web olah data sudah sesuai dengan kebutuhan saya sehingga dapat langsung digunakan tanpa perlu dilakukan penyesuaian secara manual.
4.	Kemudahan Penggunaan (Ease of Use)	E1	Sistem web olah data mudah digunakan dan dioperasikan untuk menyelesaikan pekerjaan saya.
		E2	Sistem web olah data mudah dipelajari dan dipahami, khususnya bagi pengguna baru, sehingga dapat mengoperasikan dalam waktu singkat.
		E3	Sistem web olah data menyediakan petunjuk yang membantu saya dalam mengoperasikan sistem.

		E4	Sistem web olah data memudahkan proses pelaporan melalui integrasi dengan sistem pelaporan eksternal sehingga saya tidak perlu melakukan input data secara manual.
5.	Ketepatan Waktu (Timeliness)	T1	Informasi yang tersedia pada sistem web olah data selalu diperbarui sesuai dengan kondisi terkini (up to date).
		T2	Sistem web olah data menampilkan hasil pengolahan data dengan cepat tanpa waktu loading yang lama setelah saya melakukan permintaan, pada kondisi koneksi internet yang stabil.
		T3	Sistem web olah data dapat menyesuaikan data yang disediakan sesuai dengan perubahan kebutuhan pengolahan dan pelaporan pekerjaan saya.

Lampiran 15 Pertanyaan Untuk Kuesioner

Responden	C1	C2	C3	C4	A1	A2	A3	F1	F2	F3	E1	E2	E3	E4	T1	T2	T3	Saran atau Masukan untuk Pengembangan Sistem
R1	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	3	4	Mengembangkan sistem agar lebih fleksibel dan mudah dikembangkan apabila kebutuhan di masa depan bertambah.
R2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	Untuk jaringan lebih bisa di optimalkan sehingga tidak ada kendala pada saat mengerjakan laporan atau penginputan kode diagnosa.
R3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
R4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	SUDAH BAIK
R5	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	4	4	3	4	3	3	sukses
R6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	Sudah cukup baik, kedepannya mungkin semakin ditingkatkan waktu loading ketika mengkoding dan menarik data.
R7	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	pengembangan dapat segera dilakukan dengan melengkapi pelaporan yang diperlukan
R8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	jaringan internet yg stabil supaya setiap komputer kecepatannya sama, update apabila ada pembaruan layanan atau ada perubahan terkait pelaporan.
R9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	Sudah oke, hanya perlu koneksi internet yg stabil
R10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	semoga lebih baik
R11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	-
R12	3	2	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	2	3	1	3	penambahan fitur pelaporan dan pengesuaian format laporan
R13	3	2	3	3	2	3	1	3	3	2	3	2	3	2	3	1	3	Integrasi dg pelaporan eksternal dan pengesuaian format laporan
R14	3	2	2	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	2	3	1	3	koneksi internet dn melengkapi fitur laporan
R15	4	2	4	4	4	4	2	4	4	2	4	4	4	4	4	2	4	mungkin pada saat merekap hasil sensus bisa langsung di inputkan di sistem tidak di excel, untuk lainnya sudah bagus dan memadai

Lampiran 16 Daftar Jawaban Kuesioner Responden