

Petunjuk Teknis Pelaporan

Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)

Revisi 6.3



KATA PENGANTAR

Puji syukur kami naikkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena dengan rahmat dan karunia-Nya maka kami dapat menyusun Petunjuk Teknis Pelaporan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Revisi 6.3 ini.

Penyusunan Petunjuk Teknis Pelaporan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Revisi 6.3 merupakan petunjuk, arahan, dan pedoman bagi petugas di rumah sakit dalam mengumpulkan, mengolah, dan menyajikan data serta informasi rumah sakit sesuai dengan formulir pelaporan SIRS yang telah ditetapkan. Petugas rumah sakit sebaiknya membaca petunjuk teknis ini dengan teliti sebelum mengisi formulir pelaporan, sehingga data yang dilaporkan sesuai dengan definisi operasional yang telah ditentukan. Petunjuk Teknis Pelaporan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Revisi 6.3 juga menjadi acuan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Dinas Kesehatan Provinsi dalam melakukan validasi data pelaporan yang dikirimkan oleh setiap rumah sakit di wilayah masing-masing.

Kami berharap rumah sakit dapat melaksanakan pelaporan SIRS lebih baik lagi secara kuantitas maupun kualitas serta tepat waktu, sehingga data yang dilaporkan dapat digunakan oleh Dinas Kesehatan dan Kementerian Kesehatan untuk penyajian data dan informasi serta sebagai bahan pertimbangan pembuatan kebijakan dibidang perumahsakit.

Format pelaporan SIRS akan terus berkembang sesuai dengan kebutuhan data dan informasi bersumber dari Rumah Sakit dan seiring dengan implementasi interoperabilitas data RME ke SatuSehat maka ke depannya diharapkan pelaporan SIRS juga dapat interoperabilitas dengan SatuSehat.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses revisi formulir pelaporan dan petunjuk teknis SIRS Revisi 6.3.

15 November 2024
Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan,



dr. Andi Saguni, MA

DAFTAR ISI

	Hal.
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
SURAT EDARAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN	iv
PERATURAN MENTERI KESEHATAN NO.1171 TAHUN 2011 TENTANG SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT	vii
BAB I PELAPORAN SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT	1
BAB II DATA IDENTITAS RUMAH SAKIT	2
A. Formulir RL 1.1 Profil Rumah Sakit	2
B. Formulir RL 1.2 Ketersediaan Pelayanan	7
C. Formulir RL 1.3 Ketersediaan dan Keterpakaian Tempat Tidur	15
D. Formulir RL 1.4 Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan.....	15
BAB III DATA KETENAGAAN YANG BEKERJA DI RUMAH SAKIT	16
BAB IV DATA REKAPITULASI KEGIATAN PELAYANAN	17
A. Formulir RL 3.1 Indikator Pelayanan.....	17
B. Formulir RL 3.2 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Rawat Inap.....	19
C. Formulir RL 3.3 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Rawat Darurat	22
D. Formulir RL 3.4 Rekapitulasi Pengunjung	24
E. Formulir RL 3.5 Rekapitulasi Kunjungan	25
F. Formulir RL 3.6 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Kebidanan.....	27
G. Formulir RL 3.7 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Neonatal, Bayi, dan Balita	31
H. Formulir RL 3.8 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Laboratorium	37
I. Formulir RL 3.9 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Radiologi	42
J. Formulir RL 3.10 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Rujukan.....	43
K. Formulir RL 3.11 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Gigi dan Mulut	44
L. Formulir RL 3.12 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Pembedahan	45
M. Formulir RL 3.13 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Rehabilitasi Medik	46
N. Formulir RL 3.14 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Pelayanan Khusus	48
O. Formulir RL 3.15 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Kesehatan Jiwa	49
P. Formulir RL 3.16 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Keluarga Berencana	50
Q. Formulir RL 3.17 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Farmasi RS - Pengadaan Obat.....	51
R. Formulir RL 3.18 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Farmasi RS - Resep.....	52
S. Formulir RL 3.19 Rekapitulasi Cara Bayar	52

	Hal.
BAB V DATA KOMPILASI PENYAKIT/MORBIDITAS PASIEN RAWAT INAP	54
A. Formulir RL 4.1 Kompilasi Penyakit/Morbiditas Pasien Rawat Inap.....	54
B. Formulir RL 4.2 10 Besar Penyakit Rawat Inap.....	56
C. Formulir RL 4.3 10 Besar Kematian Penyakit Rawat Inap.....	57
BAB VI DATA KOMPILASI PENYAKIT/MORBIDITAS PASIEN RAWAT JALAN	58
A. Formulir RL 5.1 Kompilasi Morbiditas Pasien Rawat Jalan	58
B. Formulir RL 5.2 10 Besar Kasus Baru Penyakit Rawat Jalan	60
C. Formulir RL 5.3 10 Besar Kunjungan Penyakit Rawat Jalan	61
PENUTUP	xi

SURAT EDARAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN



Kementerian Kesehatan

Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Jalan H.R. Rasuna Said Blok X-5 Kavling 4-9
Jakarta Selatan 12950

(021) 5201590 (hunting)

<https://www.yankes.kemkes.go.id>

Yth.

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi di seluruh Indonesia
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di seluruh Indonesia
3. Direktur Utama / Direktur / Kepala Rumah Sakit di seluruh Indonesia

SURAT EDARAN

NOMOR : HK.02.02/D/45788/2024

TENTANG

KEWAJIBAN MENGIRIMKAN PELAPORAN SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT DAN PERUBAHAN PELAPORAN SIRS REVISI 6.3

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1171 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) menyebutkan bahwa setiap rumah sakit wajib melaporkan SIRS. Kelengkapan dan ketepatan waktu pengiriman pelaporan SIRS menjadi salah satu elemen penilaian Manajemen Rekam Medik dan Informasi Kesehatan (MRMIK) 4 dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1128 Tahun 2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.

Selama 13 tahun pelaksanaan pelaporan SIRS, terdapat perkembangan kebutuhan data informasi kesehatan dan teknologi informasi, maka telah dilakukan penyesuaian ulang terhadap format, periode, dan metode pelaporan SIRS yang berlaku mulai data tahun 2025.

Surat Edaran ini bertujuan mengingatkan kembali kewajiban Rumah Sakit untuk melaporkan SIRS dan menyampaikan pembaruan formulir pelaporan SIRS sesuai dengan kebutuhan data dan informasi bersumber dari Rumah Sakit.

Mengingat ketentuan:

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
2. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 83);
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1171 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 378);

Sehubungan hal tersebut, dengan ini disampaikan kepada semua Rumah Sakit untuk melaporkan SIRS, dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Pelaporan SIRS dilaksanakan melalui aplikasi Rumah Sakit (RS) *Online* dan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) *Online*.
2. Aplikasi RS *Online* dapat diakses pada tautan <https://sirs.kemkes.go.id/fo>, berisi data profil rumah sakit, daftar pelayanan, ketersediaan dan keterpakaian tempat tidur, data alat, sarana prasarana dan alat kesehatan yang terintegrasi dengan Aplikasi Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK), serta data ketersediaan tenaga yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK);

3. Dalam aplikasi RS *Online*, rumah sakit melakukan:
 - a. Memperbarui profil rumah sakit, termasuk data dan dokumen ijin operasional, sertifikat akreditasi, surat keputusan tempat tidur, dan sebagainya, paling sedikit diperbarui setiap bulan;
 - b. Memperbarui ketersediaan dan keterisian tempat tidur setiap hari minimal 2 (dua) kali pada pagi dan sore hari;
 - c. Memperbarui ketersediaan daftar pelayanan paling sedikit diperbarui setiap bulan;
 - d. Memperbarui ketenagaan yang dilaporkan dalam aplikasi SISDMK, kemudian klik *update* data dalam RS *Online* yang paling sedikit diperbarui setiap 3 (tiga) bulan;
 - e. Memperbarui sarana prasarana dan alat kesehatan yang dilaporkan dalam aplikasi ASPAK, kemudian klik *update* data dalam RS *Online* yang paling sedikit diperbarui setiap 3 (tiga) bulan;
 - f. Perubahan nama, jenis, kelas, atau pemilik rumah sakit disampaikan dengan cara memperbarui data dan mengunggah dokumennya di Profil RS *Online* kemudian menyampaikan informasi tersebut melalui Dinas Kesehatan Provinsi atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk melaporkan melalui aplikasi MANTIS pada tautan: https://ts-yankes.kemkes.go.id/my_view_page.php.
4. Aplikasi SIRS *Online* digunakan untuk:
 - a. Melaporkan data rekapitulasi kegiatan pelayanan dan data kompilasi penyakit/morbiditas pasien rawat inap dan rawat jalan secara periodik, baik bulanan maupun tahunan;
 - b. Mengirimkan pelaporan dengan batas waktu:
 - 1) Pelaporan bulanan paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya,
 - 2) Pelaporan tahunan paling lambat tanggal 31 Maret tahun berikutnya;
5. Aplikasi SIRS *Online* akan mengalami perubahan pada formulir dan waktu pelaporan serta aplikasi pelaporan mulai tahun 2025, menjadi SIRS Revisi 6.3 yang terdiri dari 18 formulir bulanan dan 7 formulir tahunan, sebagai berikut:

No	Data	Formulir Pelaporan Bulanan	Formulir Pelaporan Tahunan
1	Data Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan	1. Indikator Pelayanan 2. Rawat Inap 3. Rawat Darurat 4. Pengunjung 5. Kunjungan 6. Kebidanan 7. Neonatal, Bayi, dan Balita 8. Laboratorium 9. Radiologi 10. Rujukan 11. Pembedahan 12. Pelayanan Khusus	1. Gigi dan Mulut 2. Rehabilitasi Medik 3. Kesehatan Jiwa 4. Keluarga Berencana 5. Farmasi rumah sakit – Pengadaan Obat 6. Farmasi rumah sakit – Resep 7. Cara Bayar
2	Data Kompilasi Penyakit/Morbiditas Pasien Rawat Inap	1. Morbiditas Pasien Rawat Inap (menggunakan kode ICD-10) 2. 10 Besar Penyakit Rawat Inap 3. 10 Besar Kematian Penyakit Rawat Inap	
3	Data Kompilasi Penyakit/Morbiditas Pasien Rawat Jalan	1. Morbiditas Pasien Rawat Jalan (menggunakan kode ICD-10) 2. 10 Besar Kasus Baru Penyakit Rawat Jalan 3. 10 Besar Kunjungan Penyakit Rawat Jalan	

6. Dengan adanya perubahan tersebut, maka aplikasi SIRS *Online* versi 2 pada tautan <https://sirs6.kemkes.go.id/> digunakan untuk melaporkan sampai data tahun 2024.
7. Pelaporan data SIRS mulai bulan Januari tahun 2025 menggunakan format SIRS Revisi 6.3 dalam aplikasi SIRS *Online* versi 3.0.0 pada tautan <https://sirs6.kemkes.go.id/v3>, sesuai petunjuk teknis pelaporan SIRS *Online* yang dapat diunduh di dalamnya.
8. Formulir pelaporan SIRS sudah dilengkapi dengan jenis pelayanan Kanker, Jantung, Stroke, dan Uronefrologi (KJSU).
9. Pelaporan SIRS dapat dilakukan melalui entri manual di aplikasi maupun interoperabilitas dengan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS).
10. Mengingat integrasi Rekam Medis Elektronik (RME) dengan SATUSEHAT saat ini masih dalam proses dengan target modul rawat jalan dan belum semua rumah sakit terhubung dengan SATUSEHAT, maka pelaporan SIRS *Online* wajib dilaksanakan sampai pemberitahuan berikutnya.
11. Rumah Sakit segera menyesuaikan luaran SIMRS untuk dapat menghasilkan rekap data sesuai format SIRS Revisi 6.3.
12. Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bersama-sama aktif memonitor pelaporan SIRS baik dalam RS *Online* maupun SIRS *Online*.
13. Konsultasi dan informasi selengkapny dapat menghubungi Tim Kerja Informasi dan Humas, Sekretariat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan melalui email infomonev.yankes@gmail.com atau melalui PIC tim yang sudah tersebar di setiap media komunikasi di Provinsi dan/atau Kabupaten/Kota.

Demikian Surat Edaran ini dibuat untuk dapat dilaksanakan dengan penuh tanggung jawab sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 29 Oktober 2024
DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,



AZHAR JAYA

Tembusan:

1. Kepala Pusat Data dan Teknologi Informasi
2. Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
3. Direktur Pelayanan Kesehatan Rujukan
4. Direktur Tata Kelola Pelayanan Kesehatan
5. Direktur Fasilitas Pelayanan Kesehatan
6. Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan

**PERATURAN MENTERI KESEHATAN NO.1171 TAHUN 2011
TENTANG SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT**



PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 1171/MENKES/PER/VI/2011

TENTANG
SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang** : a. bahwa sesuai ketentuan Pasal 52 ayat (1) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, setiap rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan rumah sakit dalam bentuk sistem informasi manajemen rumah sakit;
- b. bahwa pencatatan dan pelaporan yang dilakukan oleh Rumah Sakit dilakukan dalam rangka meningkatkan efektifitas pembinaan dan pengawasan rumah sakit di Indonesia;
- c. bahwa yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1410/MENKES/SK/X/2003 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit (Sistem Pelaporan Rumah Sakit) Revisi V, tidak sesuai lagi dengan perkembangan yang ada sehingga perlu disesuaikan;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Sistem Informasi Rumah Sakit;
- Mengingat** : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 147 Tahun 2010 tentang Perizinan Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340 tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit;

5. Peraturan ...

5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/PER/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT.

**BAB I
KETENTUAN UMUM**

Pasal 1

- (1) Setiap rumah sakit wajib melaksanakan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS).
- (2) SIRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah suatu proses pengumpulan, pengolahan dan penyajian data rumah sakit.

Pasal 2

- (1) SIRS merupakan aplikasi sistem pelaporan rumah sakit kepada Kementerian Kesehatan yang meliputi :
 - a. data identitas rumah sakit;
 - b. data ketenagaan yang bekerja di rumah sakit;
 - c. data rekapitulasi kegiatan pelayanan;
 - d. data kompilasi penyakit/morbiditas pasien rawat inap; dan
 - e. data kompilasi penyakit/morbiditas pasien rawat jalan.
- (2) Untuk dapat menggunakan aplikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), setiap rumah sakit wajib melakukan registrasi pada Kementerian Kesehatan.
- (3) Registrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan pencatatan data dasar rumah sakit pada Kementerian Kesehatan untuk mendapatkan Nomor Identitas Rumah Sakit yang berlaku secara Nasional.
- (4) Registrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan secara *online* pada situs resmi Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan.

Pasal 3...

Pasal 3

Penyelenggaraan SIRS bertujuan untuk:

- a. merumuskan kebijakan di bidang perumahsakitian;
- b. menyajikan informasi rumah sakit secara nasional; dan
- c. melakukan pemantauan, pengendalian dan evaluasi penyelenggaraan rumah sakit secara nasional.

Pasal 4

- (1) Pelaporan SIRS terdiri dari:
 - a. pelaporan yang bersifat terbaru setiap saat (*updated*), dan;
 - b. pelaporan yang bersifat periodik.
- (2) Pelaporan SIRS yang bersifat terbaru setiap saat (*updated*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a ditetapkan berdasarkan kebutuhan informasi untuk pengembangan program dan kebijakan dalam bidang perumahsakitian.
- (3) Pelaporan SIRS yang bersifat periodik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dilakukan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan dan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.
- (4) Sifat pelaporan SIRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan.

Pasal 5

Pengisian laporan SIRS mengacu pada pedoman sistem informasi rumah sakit sebagaimana tercantum dalam Lampiran Peraturan ini.

Pasal 6

- (1) Direktorat Jenderal Bina Upaya kesehatan bersama Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan SIRS di rumah sakit.
- (2) Pembinaan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui bimbingan teknis pelaksanaan SIRS kepada Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan Provinsi.
- (3) Pengawasan pelaksanaan SIRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan bersama-sama seluruh Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

(4) Dalam ...

- (4) Dalam rangka pembinaan dan pengawasan untuk meningkatkan efektifitas pelaporan SIRS, Direktorat Jenderal dapat memberikan penghargaan kepada rumah sakit maupun Dinas Kesehatan Provinsi dan/atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Pasal 7

Pada saat Peraturan ini berlaku, semua rumah sakit yang sudah ada harus menyesuaikan dengan ketentuan yang berlaku dalam Peraturan ini, paling lambat dalam jangka waktu 2 (dua) tahun setelah Peraturan ini diundangkan.

Pasal 8

Dengan berlakunya Peraturan ini, maka Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1410/MENKES/SK/X/2003 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit (Sistem Pelaporan Rumah Sakit) Revisi V dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

Pasal 9

Peraturan ini mulai berlaku sejak tanggal tanggal diundangkan.
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 15 Juni 2011

MENTERI KESEHATAN,

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 1 Juli 2011
MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

PATRIALIS AKBAR
BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2011 NOMOR 378

BAB I

PELAPORAN SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT

Pelaporan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) revisi 6.3 terdiri dari pelaporan periodik dan non periodik (*update*) sesuai dengan jenis formulirnya, sebagai berikut:

1. Formulir RL 1 berisi data identitas rumah sakit yang dilaporkan setiap waktu (*update*) apabila terdapat perubahan data identitas rumah sakit;
2. Formulir RL 2 berisi data ketenagaan yang bekerja di rumah sakit, dilaporkan setiap waktu (*update*) apabila terdapat perubahan data di rumah sakit;
3. Formulir RL 3 berisi data rekapitulasi kegiatan pelayanan dilaporkan secara periodik sesuai dengan jenis formulirnya;
4. Formulir RL 4 berisi data kompilasi penyakit/morbiditas pasien rawat inap dilaporkan secara periodik sesuai dengan jenis formulirnya; dan
5. Formulir RL 5 berisi data kompilasi penyakit/morbiditas pasien rawat jalan dilaporkan secara periodik sesuai dengan jenis formulirnya.

Formulir 3, 4, dan 5 yang bersifat periodik terdiri dari beberapa periode pelaporan dengan batas waktu pelaporan sebagai berikut:

1. Bulanan: data direkapitulasi dalam sebulan, dilaporkan paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya;
2. Tahunan: data direkapitulasi dalam satu tahun mulai tanggal 1 Januari sampai dengan 31 Desember, dilaporkan paling lambat tanggal 31 Maret tahun berikutnya.

Periode bulan dan tahun yang dilaporkan sesuai dengan bulan dan tahun data, bukan waktu melapor.

Pelaporan formulir RL 1 sampai dengan RL 5 dilakukan dalam 2 (dua) sistem informasi yang terpisah, sesuai dengan waktu pelaporannya, yaitu:

1. Rumah Sakit (RS) *Online* untuk melaporkan data yang bersifat terbaru setiap saat (*update*) yaitu RL 1 dan RL 2;
2. Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) *Online* untuk melaporkan data yang bersifat periodik yaitu RL 3, RL 4, dan RL 5.

Cara mengisi formulir pelaporan yang disampaikan hanya menguraikan hal-hal yang masih kurang jelas atau belum dimengerti oleh tim rumah sakit dikarenakan adanya format formulir yang baru.

BAB II

DATA IDENTITAS RUMAH SAKIT

Data identitas RS terdiri dari profil RS, ketersediaan pelayanan, ketersediaan dan keterpakaian tempat tidur, serta sarana prasarana dan alat kesehatan yang diisi oleh RS setiap kali ada perubahan data di RS (*update*).

A. Formulir RL 1.1 Profil Rumah Sakit

Profil rumah sakit terdiri dari beberapa sub formulir yaitu profil, perizinan dan akreditasi, lainnya, foto, kerja sama luar negeri, dan profil SIMRS.

A	Profil	
1	Nama Fasyankes	Nama RS sesuai dengan Surat Izin Operasional yang berlaku
2	Tahun Berdiri	Tahun pertama kali RS didirikan, sesuai dengan surat ijin operasional RS yang pertama
3	Nama Direktur Utama/ Direktur	Nama lengkap beserta gelar direktur utama/direktur/kepala RS yang aktif menjabat
4	Jenis	Jenis RS sesuai dengan Surat Izin Operasional yang berlaku
5	Kelas	Kelas RS sesuai dengan Surat Izin Operasional atau SK Penetapan Kelas yang berlaku
6	Status BLU	Diisi dengan Non BLU/BLUD atau BLU atau BLUD
7	Kepemilikan	Sesuai dengan dokumen resmi yang berlaku
8	Nama Penyelenggara	Nama instansi/perorangan yang menyelenggarakan rumah sakit, sesuai dengan surat ijin berusaha
9	Kerja sama BPJS	Diisi dengan Ya atau Tidak
10	Alamat RS	Alamat lokasi rumah sakit
11	Kab/Kota	Pilih nama kabupaten atau kota sesuai dengan alamat RS, nama kota diawali dengan kata "Kota"
12	Luas Tanah	Dalam meter persegi (m ²), hanya ditulis angka tanpa satuan
13	Luas Bangunan	Dalam meter persegi (m ²), hanya ditulis angka tanpa satuan
14	Nomor telepon (<i>call center</i>)	Nomor telepon RS yang bisa dihubungi 24 jam
15	Alamat <i>e-mail</i>	Alamat <i>e-mail</i> RS yang aktif dan dapat dihubungi
16	Alamat <i>website</i>	Alamat <i>website</i> RS yang dapat diakses
B	Perizinan dan Akreditasi	
1	Nomor Surat Izin Operasional	Nomor surat ijin operasional yang masih berlaku
2	Tanggal Surat Izin Operasional	Tanggal ditandatanganinya atau tanggal mulai berlakunya surat izin operasional
3	Tanggal Berlaku Surat Izin Operasional	Tanggal akhir berlaku surat izin operasional
4	Dokumen Surat Izin Operasional	<i>Upload file *.pdf</i> dengan ukuran kurang dari 5 MB, nama file singkat tanpa spasi

	5	Pentahapan Akreditasi Nasional	Diisi dengan pentahapan akreditasi sesuai dengan sertifikat akreditasi: Lulus Perdana / Tingkat Dasar / Tingkat Madya / Tingkat Utama / Tingkat Paripurna. Jika sedang dalam proses akreditasi pilih Proses Akreditasi.
	6	Tanggal Penetapan Akreditasi	Tanggal penetapan akreditasi dalam sertifikat akreditasi
	7	Tanggal Berlaku Akreditasi	Tanggal akhir berlaku penetapan akreditasi dalam sertifikat akreditasi
	8	Dokumen Akreditasi	<i>Upload file *.pdf</i> dengan ukuran kurang dari 5 MB, nama file singkat tanpa spasi
	9	Akreditasi Internasional	Diisi dengan Ya / Tidak
	10	RS Pendidikan	Diisi dengan Ya / Tidak
	11	No. SK RS Pendidikan	Nomor SK RS Pendidikan
	12	Tanggal SK RS Pendidikan	Tanggal SK RS Pendidikan
	13	Nomor SK Tempat Tidur	Nomor SK tempat tidur yang ditandatangani oleh Direktur Utama/Direktur/Kepala RS dan di stempel/cap resmi
	14	Tanggal SK Tempat Tidur	Tanggal SK tempat tidur
	15	Dokumen SK Tempat Tidur	<i>Upload file *.pdf</i> dengan ukuran kurang dari 5 MB, nama file singkat tanpa spasi
	16	Institusi Penerima Wajib Laport (IPWL)	Diisi Ya / Tidak (penunjukan ditetapkan dengan SK Menkes)
	17	No. SK Menkes IPWL	Nomor SK Menkes IPWL
	18	Tanggal SK IPWL	Tanggal SK Menkes IPWL
	19	Dokumen Tarif Layanan RS	<i>Upload file *.pdf</i> dengan ukuran kurang dari 5 MB, nama file singkat tanpa spasi
C	Lainnya		
	1	Layanan Unggulan	Layanan unggulan RS, bersifat spesifik
	2	SIMRS	Diisi dengan Berfungsi Front Office, Back Office / Berfungsi Front Office / Tidak Berfungsi / Tidak Ada
	3	Pelayanan Darah	Diisi dengan BDRS / UTD / Tidak ada
	4	Komite/Panitia Transfusi Darah RS	Diisi dengan Ada / Tidak ada
	5	Audit Penyelenggaraan Pelayanan Darah	Diisi dengan Dilakukan / Tidak dilakukan
	6	<i>Latitude</i>	Diisi sesuai posisi koordinat RS
	7	<i>Longitude</i>	Diisi sesuai posisi koordinat RS
	8	Nama Kepala Instalasi Farmasi RS	Nama Kepala Instalasi Farmasi RS
	9	No. Telp./HP Ka. IFRS	Nomor telepon/hp Kepala Instalasi Farmasi RS
	10	Alamat <i>e-mail</i> Ka. IFRS	Alamat <i>e-mail</i> Kepala Instalasi Farmasi RS
	11	Kerjasama dengan PSEF (Penyelenggara Sistem Elektronik Farmasi)	Diisi dengan Ya / Tidak

	12	Kerjasama dengan FK/FKG dan Institusi Pendidikan Kesehatan lainnya	Disebutkan nama FK/FKG/Institusi Pendidikannya, bisa lebih dari 1
D	Photo		
	1	Foto Tampak Depan RS	<i>Upload file *.jpg</i> dengan ukuran kurang dari 5 MB
	2	Foto Ruang Pelayanan Rawat Jalan RS	<i>Upload file *.jpg</i> dengan ukuran kurang dari 5 MB
	3	Foto Ruang Ranap RS	<i>Upload file *.jpg</i> dengan ukuran kurang dari 5 MB
	4	Foto Ruang IGD RS	<i>Upload file *.jpg</i> dengan ukuran kurang dari 5 MB
	5	Foto Alat Kesehatan RS	<i>Upload file *.jpg</i> dengan ukuran kurang dari 5 MB
E	Kerja Sama Luar Negeri		
	1	Nama Institusi/ RS Luar Negeri	Nama Institusi/RS Luar Negeri yang bekerja sama dengan RS dengan MoU atau Perjanjian Kerja Sama
	2	Negara Institusi/ RS Luar Negeri	Negara Institusi/RS Luar Negeri yang bekerja sama dengan RS dengan MoU atau Perjanjian Kerja Sama
	3	Area Kerja sama	Area Kerja sama
	4	Output Kerja sama	<i>Output</i> atau luaran yang akan atau sudah dihasilkan dari kerja sama
	5	Bentuk Kerja sama	Bisa diisi lebih dari satu <i>Fellowship, Workshop, Training, Co-Branding, KSO, Penelitian Klinis, Investasi, Pertukaran Ahli, Rujukan Pasien, dan lainnya</i> (disebutkan)
	6	Keterangan/ Kendala	Keterangan atau kendala selama proses kerja sama
	7	Periode Kerja sama	Tanggal mulai dan berakhirnya kerja sama
F	Profil SIMRS		Diisi kondisi kesiapan dan ketersediaan SIMRS di RS dengan tanda centang (√)
	a	Jenis Vendor	Diisi Pemerintah/Kemenkes / Mandiri/Fasyankes sendiri / Swasta/PSE melalui kerja sama / Belum punya SIMRS. Vendor pemerintah/Kemenkes hanya untuk SIMRS GOS
	b	Nama <i>Developer/</i> Pengembang	Diisi sesuai nama vendor/ <i>developer</i> yang tersedia, jika tidak ada maka pilih lain-lain
	c	Kondisi Akses Internet	Diisi Tidak ada akses / Akses minim / Akses cukup / Akses baik
	d	Kontak SATUSEHAT	Isian terkait dengan integrasi RME (SIMRS) ke SatuSehat
		Nama PIC Integrasi SATUSEHAT	Nama lengkap penanggung jawab Integrasi SATUSEHAT di RS
		NIK PIC	NIK penanggung jawab Integrasi SATUSEHAT di RS
		<i>e-mail</i> Integrasi Seluruh Ekosistem SATUSEHAT	<i>e-mail</i> Integrasi seluruh Ekosistem SATUSEHAT di RS
		Nomor telepon / WA PIC	Nomor telepon / WA penanggung jawab Integrasi SATUSEHAT di RS
		Jabatan PIC	Jabatan penanggung jawab Integrasi SATUSEHAT di RS

No	Kategori	Sub Kategori	Modul	Kondisi (centang bila ada)
1	Tata Kelola	Unit Pengelola	Rumah Sakit memiliki unit/ instalasi informasi dan teknologi	
2		Sumber Daya Manusia	Kepala Instalasi	
3			Sistem Analis	
4			<i>Programmer</i>	
5			<i>Database Administrator</i>	
6			<i>Implementator (Hardware, Helpdesk dan Maintenance Jaringan)</i>	
7	Arsitektur	<i>Front Office</i>	Pendaftaran <i>online</i>	
8			Pendaftaran <i>offline</i>	
9			Pembayaran	
10			Pelayanan Rawat Jalan	
11			Pelayanan Farmasi/ Apotik	
12			Pelayanan Laboratorium	
13			Pelayanan Radiologi	
14			Pelayanan IGD	
15			Pelayanan Gizi	
16			Pelayanan Keperawatan	
17			Admission Rawat Inap	
18			Pelayanan Rawat Inap	
19			Resume Medis Elektronik	
20			Rekam Medik Elektronik	
21			RME - Pendaftaran	
22			RME - Rawat Jalan	
23			RME - Rawat Inap	
24			RME - IGD	
25			RME - Laboratorium	
26			RME - Apotek / Farmasi	
27		<i>Back Office</i>	Keuangan/Akuntansi	
28		Gudang dan Logistik		
29		<i>Dashboard</i> Eksekutif		
30		Kepegawaian (data SDM, Kinerja Pegawai, Remunerasi/ <i>Payroll</i>)		

No	Kategori	Sub Kategori	Modul	Kondisi (centang bila ada)	
31		Konektivitas SatuSehat <i>Development</i>	SIMRS/RME sudah terdaftar di SatuSehat		
32			SIMRS/RME sudah memiliki ID SatuSehat		
33			SatuSehat sudah pada Tahap <i>Development</i>		
34			- <i>Usecase 1. Encounter & Condition</i>		
35			- <i>Usecase 2. Prosedur, TTV, Edukasi Gizi</i>		
36			- <i>Usecase 3. Obat</i>		
37			- <i>Usecase 4. Laboratorium</i>		
38		Konektivitas SatuSehat <i>Production</i>	SatuSehat sudah pada Tahap <i>Production</i>		
39			- <i>Usecase 1. Encounter & Condition</i>		
40			- <i>Usecase 2. Prosedur, TTV, Edukasi Gizi</i>		
41			- <i>Usecase 3. Obat</i>		
42		- <i>Usecase 4. Laboratorium</i>			
43		Interoperabilitas Sistem Informasi	Sistem Informasi Manajemen dan Akuntansi Barang Milik Negara (SIMAK BMN)		
44			Pelaporan Sistem informasi Rumah Sakit (SIRS) dan Dashboard Informasi Pelayanan Kesehatan		
45			<i>E-claim</i> (INA CBG)		
46			<i>V-claim</i> BPJS		
47			Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)		
48			Sistem Rawat Inap (SIRANAP)		
49		Arsitektur	Interoperabilitas Sistem Informasi	Aplikasi Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan (ASPAK)	
50				Sistem Informasi Tuberculosis Terpadu (SITT)	
55				E-Kohort KIA	
56				Komdat Kesmas	

B. Formulir RL 1.2 Ketersediaan Pelayanan

Formulir ketersediaan pelayanan RS diisi dengan memilih pelayanan yang tersedia di RS dari daftar pilihan jenis pelayanan sebagai berikut:

No	Kategori Pelayanan / Layanan	Kondisi (centang jika ada)
1	Pelayanan Medik Umum	
1	Pelayanan medik dasar / umum	
2	Pelayanan medik gigi mulut	
3	Pelayanan KIA/KB	
2	Pelayanan Gawat Darurat	
1	Pelayanan Gawat Darurat Umum 24 jam & 7 hari seminggu	
3	Pelayanan Medik Spesialis Dasar	
1	Penyakit dalam	
2	Kesehatan anak	
3	Bedah	
4	Obstetri dan ginekologi	
4	Pelayanan Spesialis Penunjang Medik	
1	Anestesi	
2	Radiologi	
3	Patologi Klinik	
4	Patologi Anatomi	
5	Rehabilitasi Medik	
6	Mikrobiologi Klinik	
5	Pelayanan Medik Spesialis Lain	
1	Mata	
2	Paru	
3	Kulit dan Kelamin	
4	Kedokteran Jiwa / Psikiatri/ Psikogeriatri/ NAPZA	
5	Orthopedi	
6	Telinga Hidung Tenggorok Kepala Leher	
7	Saraf	
8	Jantung dan Pembuluh Darah	
9	Kedokteran Forensik	
10	Urologi	
11	Bedah Plastik Rekonstruksi dan Estetika	
12	Bedah Saraf	
13	Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM)	
14	Bedah <i>thorax</i> kardiak dan vaskuler	
15	Bedah Anak	
16	Radioterapi/Onkologi Radiasi	
17	Radiologi Kedokteran Gigi	
18	Parasitologi Klinik	
19	Farmakologi klinik	
20	Kedokteran Nuklir	
21	Laboratorium Gizi	

No	Kategori Pelayanan / Layanan	Kondisi (centang jika ada)
22	Kedokteran Okupasi	
23	Orthopedi dan traumatologi	
24	Kedokteran forensik dan medikolegal	
25	Anestesi dan terapi intensif	
26	Kedokteran fisik dan rehabilitasi	
27	Andrologi	
28	Kedokteran kelautan	
29	Kedokteran Keluarga	
30	Kedokteran Penerbangan	
31	Lainnya	
32	Emergensi	
6	Pelayanan Medik Spesialis Lain berupa Pelayanan Spesialistik Mata di RS Mata	
1	Mata Infeksi dan Imunologi	
2	Mata Glaukoma	
3	Bedah Katarak	
4	Bedah vitreo retina lanjut	
5	Mata Komunitas	
6	Mata Pediatrik	
7	Onkologi Rekontruksi Mata	
8	Refraksi dan Lensa Kontak	
9	Kornea Lensa dan Bedah refraktif	
10	Oftamologi Komunitas	
11	Mata Strabismus	
12	Saraf Mata	
7	Pelayanan Medik Spesialis Lain berupa Pelayanan Spesialistik Jantung dan Pembuluh Darah di RS Jantung	
1	Jantung konservatif	
2	Jantung Intervensi	
3	Jantung koroner	
4	Gagal Jantung Kronik	
5	Jantung Hipertensi	
6	Jantung Aritmia dan reprogram alat pacu jantung	
7	Kardiometabolik	
8	Jantung Vaskuler	
9	Jantung Valvular	
10	Pasca intervensi non bedah (Jantung)	
11	Pasca Operasi CABG (Jantung)	
12	Pasca Operasi katup (Jantung)	
13	Pasca operasi Pediatrik (Jantung)	
14	Jantung perikard	
15	Penyakit Jantung Pada Kehamilan	
16	Bedah jantung anak dan PJB	
17	Bedah jantung dewasa	

No	Kategori Pelayanan / Layanan	Kondisi (centang jika ada)
	18 Prevensi Rehabilitasi Jantung	
	19 Ekokardiografi	
	20 Kardiologi intervensi	
8	Pelayanan Medik Spesialis Lain berupa Pelayanan Spesialistik Jiwa dan KO	
	1 Pelayanan kesehatan tumbuh kembang anak dan remaja	
	2 Pelayanan kesehatan jiwa dewasa	
	3 Pelayanan kesehatan jiwa lansia	
	4 Gangguan mental organik	
	5 Pelayanan psikologi dan psikometri	
	6 Pelayanan kesehatan jiwa masyarakat	
	7 Pelayanan konseling dan psikoterapi	
	8 Rehab Mental	
	9 Forensik Adiksi	
	10 Neuropsikiatri dan Psikometri	
	11 Kesehatan jiwa anak dan remaja	
	12 Psikiatri adiksi	
	13 Psikoterapi	
	14 Psikiatri forensik	
	15 Psikiatri komunitas	
9	Pelayanan Medik Spesialis Lain berupa Pelayanan Spesialistik Paru di RS Paru	
	1 Infeksi Paru	
	2 Paru Asma dan PPOK	
	3 Paru Onkologi	
	4 Paru Fisiologi	
	5 Penyakit paru akibat kerja	
	6 Paru Imunologi	
	7 Paru Intervensi	
	8 Onkologi toraks	
	9 Faal Paru Klinik	
10	Pelayanan Medik Spesialis Lain berupa Pelayanan Spesialistik Orthopedi di RS Orthopedi	
	1 <i>Lower Extremity Surgery (Hip and Knee)</i>	
	2 <i>Spine Surgery</i>	
	3 <i>Hand and Micro Surgery</i>	
	4 <i>Paediatric Surgery (Ortophaedi)</i>	
	5 <i>Knee and Ankle</i>	
	6 <i>Sport, Shoulder, and Elbow</i>	
	7 Tumor Muskuloskeletal	
	8 Bedah Orthopedi	
	9 <i>Orthopedic spine</i>	
	10 <i>Hand, upper limb and microsurgery</i>	
	11 <i>Orthopedic oncology</i>	
	12 <i>Pediatric orthopedic</i>	

No	Kategori Pelayanan / Layanan	Kondisi (centang jika ada)
	13 <i>Foot and ankle</i>	
	14 <i>Advance orthopedic trauma</i>	
	15 <i>Orthopedic sports injury</i>	
	16 <i>Bio Orthopedic</i>	
	17 Trauma dan Rekonstruksi	
11	Pelayanan Medik Spesialis Gigi dan Mulut	
	1 Bedah Mulut	
	2 Konservasi / endodonsi	
	3 Orthodonti	
	4 Periodonti	
	5 Prosthodonti	
	6 Pedodonsi	
	7 Penyakit Mulut	
12	Pelayanan Rumah Sakit KO	
	1 Isolasi Pasien Gaduh Gelisah	
13	Pelayanan Mata di RS Mata	
	1 Bank Mata	
14	Pelayanan Fasilitas Penunjang di RS Stroke	
	1 Akupuntur	
	2 Kedokteran Olah raga	
	3 Neurorehabilitasi	
15	Pelayanan Medik Subspesialis Bedah	
	1 Bedah vaskular	
	2 Bedah digestif	
	3 Bedah onkologi	
16	Pelayanan Medik Subspesialistik Anak	
	1 Perinatologi	
	2 Neurologi	
	3 Hemato-Onkologi	
	4 Nefrologi	
	5 Respirologi	
	6 Alergi Immunologi	
	7 Endokrin	
	8 Nutrisi dan Metabolik	
	9 Kardiologi Anak	
	10 Infeksi dan Penyakit Tropis	
	11 Tumbuh Kembang dan Pediatri Sosial	
	12 Pencitraan Anak	
	13 Neonatologi	
	14 Emergensi dan Rawat Intensif Anak	
	15 Anak Gastro-Hepatologi	
17	Pelayanan Medik Subspesialistik Kebidanan dan Kandungan	
	1 Kedokteran Fetomaternal	

No	Kategori Pelayanan / Layanan	Kondisi (centang jika ada)
	2 Onkologi Ginekologi	
	3 Fertilitas Endokrinologi Reproduksi	
	4 Obstetri Ginekologi sosial	
	5 Uro-ginekologi Rekonstruksi	
18	Pelayanan Medik Subspesialistik Mata	
	1 Vitreo Retina	
	2 Strabismus	
	3 Pediatrik Oftamologi	
	4 Pediatri onkologi strabismus	
	5 Rekonstruksi okuloplasti dan onkologi	
19	Pelayanan Medik Subspesialis THT	
	1 Bedah THT KL dan Rekonstruksi	
	2 BERA (<i>Brain Evoke Response Audimetri</i>)	
	3 E.N.G (<i>Electric Nistamografi</i>)	
	4 Audiovestibuler	
	5 <i>Hearing Aid Center</i>	
	6 Otologi	
	7 Rinologi	
	8 Onkologi bedah kepala leher	
	9 Laring faring	
	10 Neurotologi	
	11 Endoskopi bronkoesofagologi	
	12 THT komunitas	
	13 THT-KL plastik rekonstruksi	
	14 Bedah kepala leher	
	15 Pencitraan Kepala Leher	
20	Pelayanan Medik Subspesialis Syaraf	
	1 Stroke dan Cerebro Vaskuler	
	2 Neuro fisiologi	
	3 <i>Neuro emergency / intensive</i>	
	4 Neuro restorasi/fungsi luhur	
	5 Neuro optalmologi / otologi	
	6 Neuro onkologi	
	7 Epilepsi	
	8 Bedah saraf neurotrauma	
	9 Bedah saraf neuro onkologi	
	10 Bedah saraf neurospine	
	11 Bedah saraf neurofungsional	
	12 Bedah saraf neuropediatri	
	13 Bedah saraf neurovaskular	
	14 Stroke dan neurovaskular	
	15 Neuroinfeksi dan imunologi	
	16 Neuropediatri	

No	Kategori Pelayanan / Layanan	Kondisi (centang jika ada)
17	Nyeri	
18	Nyeri kepala	
19	<i>Movement disorder/gangguan gerak</i>	
20	<i>Sleep disorder</i>	
21	Neuro-otologi dan vertigo	
22	Neurotrauma	
23	Neurointensif	
24	Neuroimaging	
25	Neurogeriatri	
26	Neurointervensi	
27	Neurofisiologi Klinis	
28	Neuromuskular, Saraf Perifer	
29	Neuroinfeksi	
21	Pelayanan Medik Subspesialis Penyakit Dalam	
1	Dialisis/ CAPD	
2	Gastroenterologi Hepatologi	
3	Alergi Imunologi	
4	Geriatri	
5	Ginjal dan Hipertensi	
6	Hemato-Onkologi	
7	Kardiovaskuler	
8	Metabolik Endokrin	
9	Psikosomatik	
10	Pulmonologi	
11	Reumatologi	
12	Paliatif	
13	Penyakit dalam tropik infeksi	
22	Pelayanan Medik Subspesialis Anestesi dan Terapi Intensif	
1	<i>Intensive care</i>	
2	Regional anestesi	
3	Kardiovaskular anestesi	
4	Terapi nyeri	
5	Pediatrik anestesi	
6	Neuroanestesi	
7	Obstetrik anestesi	
23	Pelayanan Medik Subspesialis Bedah Anak	
1	Bedah digestif anak	
2	Urogenital anak	
24	Pelayanan Medik Subspesialis Bedah Plastik	
1	Bedah plastik rekonstruksi dan estetika kraniomaksilofasial	
2	Bedah plastik rekonstruksi dan estetika luka bakar dan luka	
3	Bedah plastik rekonstruksi dan estetika rekonstruksi bedah mikro dan onkoplasti	

No	Kategori Pelayanan / Layanan	Kondisi (centang jika ada)
	4 Bedah plastik rekonstruksi dan estetika bedah tangan	
	5 Bedah plastik rekonstruksi dan estetika genitalia eksterna	
	6 Bedah plastik rekonstruksi dan estetika bedah estetik lanjut	
25	Pelayanan Medik Subspesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi	
	1 Kedokteran fisik dan rehabilitasi pediatri	
	2 Kedokteran fisik dan rehabilitasi geriatri	
	3 Kedokteran fisik dan rehabilitasi muskuloskeletal	
	4 Kedokteran fisik dan rehabilitasi neomuskuler	
	5 Kedokteran fisik dan rehabilitasi kardiorespirasi	
26	Pelayanan Medik Subspesialis Kedokteran Nuklir	
	1 Kedokteran nuklir onkologi	
	2 Kedokteran nuklir kardiologi nuklir	
	3 Kedokteran nuklir pediatrik	
27	Pelayanan Medik Subspesialis Kulit dan Kelamin	
	1 Dermatologi tropis	
	2 Venereologi	
	3 Dermato alergi imunologi	
	4 Dermatologi anak	
	5 Dermatologi kosmetik dan estetik	
	6 Onkologi dan bedah kulit	
	7 Dermatologi Geriatrik	
	8 Dermatopatologi	
	9 Infeksi Menular Seksual	
28	Pelayanan Medik Subspesialis Patologi Klinik	
	1 Patologi klinik mikrobiologi klinik dan penyakit infeksi	
	2 Patologi klinik hematologi	
	3 Patologi klinik metabolik endokrinologi	
	4 Patologi klinik gastroenterohepatologi	
	5 Patologi klinik imunologi	
	6 Patologi klinik penyakit infeksi	
	7 Patologi klinik hematologi onkologi	
	8 Patologi klinik penyakit tropik dan Infeksi	
	9 Patologi klinik endokrinologi	
29	Pelayanan Medik Subspesialis Radiologi	
	1 Neuroradiologi kepala leher	
	2 Radiologi abdomen	
	3 Radiologi intervensi	
	4 Radiologi anak	
	5 Radiologi toraks	
	6 Pencitraan payudara dan reproduksi perempuan	
	7 Radiologi muskuloskeletal	
30	Pelayanan Medik Subspesialis Urologi	
	1 Urologi onkologi	

No	Kategori Pelayanan / Layanan	Kondisi (centang jika ada)
	2 Urologi pediatri	
	3 Urologi wanita dan neuro-urologi	
	4 Urologi rekonstruksi	
	5 Urologi andrologi	
31	Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan	
	1 Asuhan keperawatan generalis	
	2 Asuhan keperawatan spesialis	
	3 Asuhan kebidanan	
32	Pelayanan Kefarmasian	
	1 Pelayanan farmasi	
	2 Resep Elektronik	
	3 Jasa Pengantaran Obat	
33	Pelayanan Penunjang Klinik	
	1 Sterilisasi / CSSD	
	2 Rekam medis dan informasi kesehatan	
34	Pelayanan Penunjang Non Klinik	
	1 Pemeliharaan Sarana, Prasarana dan fasilitas	
	2 Pengelolaan limbah / kesehatan lingkungan	
	3 Sistem informasi dan komunikasi / SIRS / IT	
	4 Pemulasaran jenazah	
	5 Laundry	
35	Apakah terdapat pelayanan berikut	
	1 Elektromedik diagnostik (EKG/EEG/EEG <i>Brain Mapping</i>)	
	2 Pelayanan Intensif PICU	
	3 Pusat Pelayanan Terpadu Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak	
	4 Hemodialisa	
	5 Radiologi Tr Urinariusgenitalia	
	6 Radiologi Tr Digestivus	
	7 Nutrisi pada Critical Care	
	8 HIV-ODHA	
	9 Imunologi Klinik	
	10 Sarana Kemoterapi	
	11 Rekonstruksi	
	12 Day care	
	13 Kanker	
	14 Kusta	
	15 Medical Check Up	
	16 Covid-19	

Berikut penjelasan beberapa jenis pelayanan farmasi:

1. Jasa Pengantaran obat dapat dilakukan oleh tim farmasi RS atau bekerja sama dengan Penyelenggara Sistem Elektronik Kefarmasian.

2. Penyelenggara Sistem Elektronik Farmasi yang selanjutnya disingkat PSEF adalah pihak ketiga yang mempunyai izin untuk menyediakan, mengelola, dan/atau mengoperasikan sistem elektronik farmasi untuk keperluan fasilitas pelayanan kefarmasian.
3. Pusat Pelayanan Terpadu Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak merupakan pelayanan *one stop services* bagi korban kekerasan terhadap perempuan dan anak.
4. Penetapan IPWL dan pelayanan PTRM sesuai Permenkes No. 4 Tahun 2020 tentang Penyelenggaraan IPWL dan Kepmenkes No. 701 Tahun 2018 tentang penetapan IPWL.

C. Formulir RL 1.3 Ketersediaan dan Keterpakaian Tempat Tidur

Formulir ketersediaan tempat tidur RS dilaporkan atau di-*update* minimal 2 (dua) kali setiap harinya.

Data yang dilaporkan meliputi:

Kelas Tempat Tidur	:	Kelas tempat tidur ruang perawatan sesuai ruangan yang dilaporkan
Ruangan	:	Nama ruangan tempat tidur. Ruangan yang dimaksud merupakan kamar yang berisi tempat tidur perawatan pasien.
Jumlah Tempat Tidur Tersedia	:	Jumlah kapasitas tempat tidur pasien sesuai kelas dan ruangnya
Jumlah Tempat Tidur Terpakai	:	Jumlah tempat tidur yang sedang digunakan pasien sesuai kelas dan ruangnya Tidak melebihi jumlah tempat tidur tersedia

Kelas Tempat Tidur yang dapat dipilih, yaitu:

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| 1. VVIP/Super VIP | 11. RICU dengan ventilator |
| 2. VIP | 12. RICU tanpa ventilator |
| 3. Kelas I | 13. NICU dengan ventilator |
| 4. Kelas II | 14. NICU tanpa ventilator |
| 5. Kelas III | 15. PICU dengan ventilator |
| 6. ICU dengan ventilator | 16. PICU tanpa ventilator |
| 7. ICU tanpa ventilator | 17. Isolasi |
| 8. HCU | 18. Perinatologi |
| 9. ICCU/ICVCU dengan ventilator | 19. VK (bu Melahirkan) Non Covid |
| 10. ICCU/ICVCU tanpa ventilator | 20. Intermediate Ward (IGD) |

Jika terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) atau wabah atau kasus penyakit *infeksi emerging* yang menuntut tersedianya tempat tidur khusus, maka ketersediaan tempat tidur RS dilaporkan secara terpisah dan diatur terpisah dari petunjuk teknis ini. Data tempat tidur dilaporkan sesuai Surat Keputusan Pimpinan RS, jika terjadi perubahan jenis dan jumlah tempat tidur selama bulan atau tahun berjalan dilaporkan sesuai kondisi di RS atau SK terbaru jika ada.

D. Formulir RL 1.4 Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan

Data Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan dilaporkan melalui Aplikasi Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (ASPAK) yang dapat diakses pada tautan <https://aspak.kemkes.go.id/aplikasi/> dengan petunjuk teknis pengisian diatur terpisah dari petunjuk teknis ini.

BAB III

DATA KETENAGAAN YANG BEKERJA DI RUMAH SAKIT

Data Ketenagaan yang bekerja di rumah sakit, dilaporkan melalui Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK) yang dapat diakses pada tautan <https://sisdmk.kemkes.go.id/login> dengan petunjuk teknis pengisian diatur terpisah dari petunjuk teknis ini.

BAB IV

DATA REKAPITULASI KEGIATAN PELAYANAN

Data rekapitulasi kegiatan pelayanan terdiri dari 19 formulir yang dilaporkan secara periodik yaitu bulanan (12 formulir) dan tahunan (7 formulir).

A. Formulir RL 3.1 Indikator Pelayanan

Formulir indikator pelayanan dilaporkan **bulanan** dengan data yang **bersumber dari formulir rekapitulasi kegiatan pelayanan rawat inap (RL 3.2)**.

No.	Jenis Pelayanan	BOR	ALOS	BTO	TOI	NDR	GDR
1	Non Intensif						
2	ICU						
3	NICU						
4	PICU						
5	Intensif lainnya						
77	Rata-rata						

Indikator yang dilaporkan sebagai berikut:

1. *Bed Occupancy Rate* (BOR) yaitu persentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60 – 85 %.

$$BOR = \frac{\text{Jumlah hari perawatan rumah sakit}}{\text{Jumlah TT x Jumlah hari dalam satu periode}} \times 100\%$$

2. *Average Length of Stay* (ALOS) yaitu rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut. Secara umum nilai ALOS yang ideal antara 6 – 9 hari.

$$ALOS = \frac{\text{Jumlah lama dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup+mati)}}$$

3. *Bed Turn Over* (BTO) yaitu frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu (biasanya dalam periode 1 tahun). Indikator ini memberikan tingkat efisiensi pada pemakaian tempat tidur. Idealnya dalam setahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40 – 50 kali. Sampai saat ini belum ditemukan nilai ideal BTO per bulan, namun jika memperhitungkan angka ideal BOR, ALOS, dan TOI, maka diperkirakan nilai BTO perbulan sebesar 2 – 4 kali.

$$BTO = \frac{\text{Jumlah pasien keluar (hidup+mati)}}{\text{Jumlah tempat tidur}}$$

4. *Turn Over Interval* (TOI) yaitu rata-rata hari tempat tidur tidak ditempati sejak telah diisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini juga memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong/tidak terisi ada pada kisaran 1 – 3 hari.

$$TOI = \frac{(\text{Jumlah TT x Periode}) - \text{Hari Perawatan}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup+mati)}}$$

5. *Net Death Rate* (NDR) yaitu angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit. Nilai NDR yang dianggap masih dapat ditolerir adalah kurang dari 25 per 1000.

$$\text{NDR} = \frac{\text{Jumlah pasien mati} \geq 48 \text{ jam dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup+mati)}} \times 1000\%$$

6. *Gross Death Rate* (GDR) yaitu angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar rumah sakit. Nilai GDR sebaiknya tidak lebih dari 45 per 1000 penderita keluar.

$$\text{GDR} = \frac{\text{Jumlah pasien mati seluruhnya}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup+mati)}} \times 1000\%$$

Penghitungan indikator dipisah berdasarkan jenis pelayanannya yaitu:

1. Non Intensif: terdiri dari jenis pelayanan Umum, Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Kesehatan Remaja, Obstetri, Ginekologi, Bedah, Bedah Orthopedi, Bedah Saraf, Luka Bakar, Saraf, Jiwa, Psikologi, Penatalaksana Penyalahgunaan NAPZA, THT, Mata, Kulit dan Kelamin, Kardiologi, Paru, Kanker, Urologi, Geriatri, Radioterapi, Kedokteran Nuklir, Kusta, Rehabilitasi Medik, Isolasi, Gigi dan Mulut, Pelayanan Rawat Darurat, dan Perinatologi.
2. ICU
3. NICU
4. PICU
5. Intensif lainnya: terdiri dari jenis pelayanan HCU, ICCU/ICVCU, dan RICU.

Nilai rata-rata dihitung dengan cara:

$$\frac{\text{Jumlah nilai indikator yang terisi}}{\text{Jumlah indikator yang terisi}}$$

B. Formulir RL 3.2 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Rawat Inap

Formulir kegiatan pelayanan rawat inap dilaporkan **bulanan** dengan data bersumber dari Instalasi Rawat Inap baik berupa sensus harian pasien rawat inap atau formulir lainnya yang mencatat pasien rawat inap di rumah sakit.

No	Jenis Pelayanan	Pasien Awal Bulan	Pasien Masuk	Pasien Pindahan	Pasien Dipindahkan	Pasien Keluar Hidup	Pasien Laki-Laki Keluar Mati		Pasien Perempuan Keluar Mati		Jumlah Lama Dirawat	Pasien Akhir Bulan	Jumlah Hari Perawatan	Rincian Hari Perawatan per Kelas						Jumlah alokasi tempat tidur awal bulan	
							<48 jam	≥48 jam	<48 jam	≥48 jam				VVIP	VIP	I	II	III	Kelas Khusus		
1	Umum																				
2	Penyakit Dalam																				
3	Kesehatan Anak																				
4	Kesehatan Remaja																				
5	Obstetri																				
6	Ginekologi																				
7	Bedah																				
8	Bedah Orthopedi																				
9	Bedah Saraf																				
10	Luka Bakar																				
11	Saraf																				
12	Jiwa																				
13	Psikologi																				
14	Penatalaksana Penyalahgunaan NAPZA																				
15	THT																				
16	Mata																				
17	Kulit dan Kelamin																				
18	Kardiologi																				
19	Paru																				
20	Kanker																				

No	Jenis Pelayanan	Pasien Awal Bulan	Pasien Masuk	Pasien Pindahan	Pasien Dipindahkan	Pasien Keluar Hidup	Pasien Laki-Laki Keluar Mati		Pasien Perempuan Keluar Mati		Jumlah Lama Dirawat	Pasien Akhir Bulan	Jumlah Hari Perawatan	Rincian Hari Perawatan per Kelas						Jumlah alokasi tempat tidur awal bulan
							<48 jam	≥48 jam	<48 jam	≥48 jam				VVIP	VIP	I	II	III	Kelas Khusus	
21	Uronefrologi																			
22	Geriatri																			
23	Kusta																			
24	Radioterapi																			
25	Kedokteran Nuklir																			
26	Rehabilitasi Medik																			
27	ICU																			
28	HCU																			
29	ICCU/ICVCU																			
30	RICU																			
31	NICU																			
32	PICU																			
33	Isolasi																			
34	Gigi dan Mulut																			
35	Pelayanan Rawat Darurat																			
36	Perinatologi																			
99	TOTAL																			

Pengisian formulir RL 3.2 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Rawat Inap sebagai berikut:

1. Kegiatan pelayanan rawat inap dilaporkan sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan kepada pasien.
2. Bagi RS yang mempunyai ruangan sesuai spesialisasinya, harus mengisi jenis pelayanan sesuai dengan ruangan tersebut, sedangkan untuk RS yang mempunyai satu ruangan dengan berbagai jenis pelayanan maka mengisi data pada jenis pelayanan umum.

3. Bagi RS Khusus yang hanya memiliki satu jenis pelayanan spesialisasi (RS Jiwa, RS Mata, dsb) maka kegiatan rawat inap dilaporkan pada masing-masing ruang rawat inap sesuai dengan spesialisasinya.
4. Bagi pasien yang berpindah ruang pelayanan rawat inap dalam 1 (satu) hari, maka dicatat sesuai jenis pelayanan terakhir pada hari tersebut.
5. Pasien awal bulan diisi dengan jumlah pasien awal pada hari pertama bulan tersebut. Pasien awal bulan merupakan pasien sisa hari terakhir bulan sebelumnya.
6. Pasien masuk diisi dengan jumlah pasien masuk selama satu bulan.
7. Pasien Pindahan diisi dengan jumlah pasien yang masuk dari jenis pelayanan lainnya selama satu bulan.
8. Pasien Dipindahkan diisi dengan jumlah pasien yang dipindahkan keluar ke jenis pelayanan lainnya selama satu bulan.
9. Pasien keluar hidup diisi dengan jumlah pasien keluar dalam kondisi hidup selama satu bulan.
10. Pasien keluar mati dibedakan menurut jenis kelamin (laki-laki dan perempuan) serta waktu perawatan (<48 jam dan ≥ 48 jam).
11. Pasien Keluar Mati < 48 Jam diisi dengan jumlah pasien meninggal setelah masuk rawat inap kurang dari 48 jam selama satu bulan.
12. Pasien Keluar Mati ≥ 48 jam diisi dengan jumlah pasien meninggal setelah masuk rawat inap dalam waktu 48 jam atau lebih selama satu bulan.
13. Pasien akhir bulan diisi dengan jumlah pasien yang masih dirawat pada hari terakhir bulan tersebut.
 Pasien akhir bulan = {Pasien awal bulan + pasien masuk + pasien pindahan} – {pasien keluar hidup + pasien keluar mati (<48 jam + ≥ 48 jam) + pasien dipindahkan}.
 Pada aplikasi SIRS Online revisi 6 versi 3.0.0, pasien akhir bulan akan dihitung otomatis oleh sistem.
14. Jumlah lama dirawat diisi dengan total lama dirawat dari pasien yang sudah keluar dari rumah sakit (hidup dan mati) selama satu bulan.
 Jumlah lama dirawat pasien = tanggal keluar – tanggal masuk.
 Jumlah lama dirawat tidak kurang dari (pasien awal bulan + pasien masuk + pasien pindahan).
15. Jumlah hari perawatan diisi dengan penjumlahan hari perawatan di setiap kelas perawatan selama satu bulan.
 Jumlah hari perawatan = rincian hari perawatan VVIP + VIP + I + II + III + Kelas Khusus
 Jumlah hari perawatan tidak kurang dari jumlah lama dirawat.
 Pada aplikasi SIRS Online revisi 6 versi 3.0.0, jumlah hari perawatan akan dihitung otomatis oleh sistem.
16. Rincian hari perawatan per kelas diisi dengan jumlah hari perawatan di setiap kelas selama satu bulan.
 Jumlah hari perawatan pasien = (tanggal keluar – tanggal masuk) + 1 hari, atau bisa juga dihitung dari pencatatan sensus harian rawat inap
17. Kelas Khusus merupakan jenis kelas ruangan yang tidak termasuk dalam VVIP/VIP/I/II/III, contoh: ruang isolasi.
18. Jumlah alokasi tempat tidur awal bulan diisi dengan jumlah alokasi tempat tidur yang berlaku di awal bulan, biasanya tertuang dalam SK Direktur/Kepala Rumah Sakit.

C. Formulir RL 3.3 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Rawat Darurat

Formulir kunjungan rawat darurat dilaporkan **bulanan** dengan data bersumber dari Instalasi Gawat Darurat (IGD).

No.	Jenis Pelayanan	Total Pasien		Tindak Lanjut Pelayanan			Mati di IGD		DOA		Luka-luka		False Emergency
		Rujukan	Non Rujukan	Dirawat	Dirujuk	Pulang	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	
1	Bedah di Instalasi Gawat Darurat												0
1.1	Kecelakaan lalu lintas darat												0
1.2	Kecelakaan lalu lintas perairan												0
1.3	Kecelakaan lalu lintas udara												0
1.4	Bedah lainnya (non kecelakaan)												0
2	Non Bedah												
2.1	Kekerasan terhadap Perempuan (≥18 tahun)						0		0		0		
2.2	Kekerasan terhadap Anak (<18 tahun)												
2.3	Kekerasan lainnya												
2.4	Non bedah lainnya												
3	Kebidanan						0		0		0		
4	Psikiatrik												
5	Bayi												
6	Anak												
7	Geriatri												
99	TOTAL												

Pengisian formulir 3.3 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Rawat Darurat sebagai berikut:

1. Data dilaporkan sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan kepada pasien di IGD, satu pasien hanya boleh dihitung 1 (satu) kali perkali masuk IGD.
2. Jenis pelayanan di IGD secara garis besar terbagi menjadi pelayanan bedah di IGD, non bedah, kebidanan, psikiatri, bayi, anak, dan geriatri.
3. Total Pasien diisi berdasarkan asal pasien masuk ke IGD, yaitu pasien yang masuk melalui proses rujukan ataupun non rujukan.
4. Pasien rujukan di IGD bisa berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan, kepolisian, ataupun lembaga hukum.
5. Tindak lanjut pelayanan diisi dengan jenis tindak lanjut yang diberikan kepada pasien yang masih hidup di akhir pelayanan gawat darurat, yaitu dirawat di rumah sakit (misal masuk ke Rawat Inap), atau dirujuk, atau pulang.

6. Total Pasien (Rujukan + Non Rujukan) harus sama dengan penjumlahan dari {Tindak Lanjut Pelayanan (Dirawat + Dirujuk + Pulang) + Mati di IGD + DOA}.
7. Luka-luka merupakan bagian dari Total pasien, sehingga jumlah luka-luka tidak lebih dari total pasien.
8. Mati di IGD diisi untuk pasien yang meninggal di IGD.
9. DOA (*Death on Arrival*) adalah jumlah pasien yang meninggal sewaktu masih dalam perjalanan ke RS. Bagi Rumah Sakit yang tidak dapat memilah dan menentukan jenis pelayanan pasien DOA, maka dimasukkan ke dalam jenis pelayanan Non Bedah.
10. *False Emergency* diisi dengan jumlah pasien yang masuk ke IGD dalam keadaan tidak gawat dan tidak darurat, atau dalam keadaan gawat tetapi tidak memerlukan tindakan darurat; pasien dengan *false emergency* mungkin kondisinya tidak mengancam nyawa atau anggota badannya. Pasien *false emergency* hanya diisi pada jenis pelayanan selain bedah di IGD.
11. Jenis pelayanan Bedah di IGD merupakan hasil penjumlahan dari kecelakaan lalu lintas darat, kecelakaan lalu lintas perairan, kecelakaan lalu lintas udara, dan bedah lainnya (non kecelakaan).
12. Jenis pelayanan Non Bedah merupakan hasil penjumlahan dari kekerasan terhadap Perempuan (≥ 18 tahun), kekerasan terhadap Anak (< 18 tahun), kekerasan lainnya, dan non bedah lainnya.
13. Baris Total merupakan hasil penjumlahan dari bedah, non bedah, kebidanan, psikiatrik, bayi, anak, dan geriatri.
14. Bayi merupakan pasien dengan usia 0-11 bulan.
15. Anak diisi dengan pasien usia 1-17 tahun.
16. Pasien masuk IGD dengan kasus neurologi, penyakit dalam, dan lainnya yang belum tercantum dalam jenis pelayanan, dilaporkan sebagai pasien non bedah non bedah lainnya.
17. Jika pasien masuk di IGD dengan lebih dari 1 kondisi, maka **dilaporkan sesuai dengan kondisi atau diagnosis utama yang mendapatkan tindakan/pelayanan di IGD**, contoh: pasien ibu hamil datang karena kekerasan terhadap perempuan, maka dilaporkan sebagai pasien kekerasan terhadap perempuan.

D. Formulir RL 3.4 Rekapitulasi Pengunjung

Formulir rekapitulasi pengunjung dilaporkan **bulanan** dengan data bersumber dari Bagian/Unit Pendaftaran (*Admission*).

No	Jenis Pengunjung	Jumlah
1	Pengunjung Baru	
2	Pengunjung Lama	
99	TOTAL	

Pengisian formulir 3.4 Rekapitulasi Pengunjung sebagai berikut:

1. Pengunjung Baru adalah pengunjung yang baru pertama kali datang ke Rumah Sakit dan mendapatkan nomor rekam medis baru. Nomor rekam medis diberikan hanya sekali seumur hidup. Pengunjung baru dapat melakukan kunjungan di beberapa Poliklinik atau IGD sebagai kunjungan baru dengan kasus baru.
2. Pengunjung Lama adalah pengunjung yang datang untuk kedua kali dan seterusnya, yang datang ke poliklinik yang sama atau berbeda sebagai kunjungan lama atau kunjungan baru dengan kasus lama atau kasus baru. Pengunjung lama tidak mendapat Nomor Rekam Medis lagi.
3. Jika 1 pasien datang beberapa kali dalam 1 bulan, maka hanya dihitung sebagai 1 pengunjung lama.
4. Contoh kasus:
 - a. Pasien A baru datang pertama kali ke RS di bulan Januari 2024, dapat nomor rekam medis, datang ke poliklinik, maka dihitung sebagai 1 pengunjung baru.
 - b. Pasien A datang lagi ke RS di bulan Januari 2024, ke IGD atau Rawat Jalan atau Rawat Inap atau ke unit penunjang, dengan kasus sama/berbeda, maka dihitung sebagai 1 pengunjung lama.
 - c. Pasien A datang lagi ke RS di bulan Januari 2024, berbeda hari, ke IGD atau Rawat Jalan atau Rawat Inap atau ke unit penunjang, dengan kasus sama/berbeda, maka tidak dihitung ke pengunjung lagi.

E. Formulir RL 3.5 Rekapitulasi Kunjungan

Formulir rekapitulasi kunjungan dilaporkan **bulanan** dengan data bersumber dari Instalasi Rawat Jalan (Poliklinik), Instalasi Gawat Darurat, *Medical Check Up*, dan *Day Care*.

No	Jenis Kegiatan	Kunjungan Pasien Dalam Kab/Kota		Kunjungan Pasien Luar Kab/Kota		Total Kunjungan
		Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	
1	Penyakit Dalam					
2	Bedah					
3	Kesehatan Anak (Neonatal)					
4	Kesehatan Anak (Lainnya)					
5	Obstetri & Ginekologi (Ibu Hamil)					
6	Obstetri & Ginekologi (Lainnya)					
7	Keluarga Berencana					
8	Jiwa					
9	Napza					
10	Psikologi					
11	THT					
12	Mata					
13	Kulit dan Kelamin					
14	Gigi & Mulut					
15	Geriatric					
16	Kardiologi					
17	Radiologi					
18	Bedah Orthopedi					
19	Paru - Paru					
20	Kanker					
21	Urologi					
22	Kusta					
23	Umum					
24	Rawat Darurat					
25	Rehabilitasi Medik					
26	Akupunktur Medik					
27	Konsultasi Gizi					
28	Day Care					
29	<i>Medical Check Up</i>					
30	Bedah Saraf (Stroke)					
31	Bedah Saraf (Lainnya)					
32	Saraf (Stroke)					
33	Saraf (Lainnya)					
34	Lain – Lain					
99	TOTAL					
66	Rata-Rata Hari Poliklinik Buka					
77	Rata-Rata Kunjungan per Hari					

Pengisian formulir 3.5 Rekapitulasi Kunjungan sebagai berikut:

1. Kunjungan diisi dengan jumlah kunjungan baik pasien lama maupun pasien baru di Instalasi Rawat Jalan (Poliklinik), Instalasi Gawat Darurat, *Medical Check Up*, dan *Day Care* dalam waktu satu bulan.
2. Jika seorang pasien datang berkunjung ke beberapa unit pelayanan dalam satu hari yang sama, maka hanya dihitung berkunjung 1 kali pada hari tersebut.
3. Kunjungan dibagi berdasarkan asal (domisili) dan jenis kelamin pasien.
4. Kunjungan Pasien Dalam Kab/Kota diisi dengan jumlah kunjungan pasien dengan domisili sesuai lokasi Kabupaten/Kota Rumah Sakit.
5. Kunjungan Pasien Luar Kab/Kota diisi dengan jumlah kunjungan pasien dengan domisili yang berbeda dengan lokasi Kabupaten/Kota Rumah Sakit.
6. Domisili atau alamat tempat tinggal pasien dapat diperoleh pada saat pendaftaran pasien (*admission*), alamat tinggal bisa sama atau berbeda dengan Alamat KTP.
7. Jika alamat tempat tinggal pasien sama dengan KTP maka dapat digunakan kabupaten/kota sesuai KTP, tetapi jika berbeda maka digunakan kabupaten/kota sesuai tempat tinggal pasien.
8. Total kunjungan merupakan hasil menjumlahkan Kunjungan Pasien Dalam Kab/Kota (Laki-Laki + Perempuan) dan Kunjungan Pasien Luar Kab/Kota (Laki-Laki + Perempuan).
9. Rata-Rata Hari Poliklinik Buka diisi dengan rata-rata jumlah hari poliklinik buka dalam satu bulan. Jika poliklinik libur pada tanggal merah atau hari tertentu, maka akan mengurangi jumlah hari buka dalam satu bulan. Rata-rata hari poliklinik buka dalam satu bulan diisi sama angkanya untuk setiap kolom kunjungan. Secara ringkas, dapat dihitung sebagai berikut:

Rata-Rata Hari Poliklinik Buka =

$$\frac{\{\text{Jumlah hari buka Poliklinik A} + \text{Jumlah hari buka Poliklinik B} + \dots + \text{Jumlah hari buka Poliklinik Z}\}}{\text{Jumlah Poliklinik di RS}}$$

10. Rata-Rata Kunjungan per Hari merupakan hasil perhitungan sebagai berikut:

$$\frac{\text{Total Kunjungan dalam Satu Bulan}}{\text{Rata-Rata Hari Poliklinik Buka dalam Satu Bulan}}$$

F. Formulir RL 3.6 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Kebidanan

Formulir rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Kebidanan dilaporkan **bulanan** dengan data yang dapat bersumber dari poli Kebidanan, poli KB, dan/atau poli Umum yang menangani pelayanan kebidanan baik berupa register pasien kebidanan maupun pencatatan kebidanan lainnya.

No.	Jenis Kegiatan	Rujukan Medis							Rujukan Non Medis			Non Rujukan			Dirujuk
		Rumah Sakit	Bidan	Puskesmas	Fas kes Lainnya	Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Total Rujukan Medis	Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Total Rujukan Non Medis	Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Total Non Rujukan	
1	Pemberian Buku KIA pada Ibu Hamil														
2	Pelayanan Antenatal														
3	Persalinan:														
3.1	Persalinan pervaginam tanpa penyulit (normal)														
3.2	Persalinan pervaginam spontan dengan penyulit														
3.3	Persalinan pervaginam dengan bantuan														
3.4	Persalinan Sectio caesaria														
4	Komplikasi obstetri pada ibu hamil, bersalin, dan nifas														
4.1	Perdarahan sebelum persalinan														
4.2	Perdarahan setelah persalinan														
4.3	Pre eklamsia														
4.4	Eklamsia														
4.5	Infeksi														
4.6	Abortus														
4.7	Komplikasi lainnya														
5	Aborsi														
5.1	Aborsi atas indikasi kedaruratan medis														
5.2	Aborsi atas indikasi kehamilan akibat perkosaan														
6	Skrining Status Imunisasi Tetanus														
7	Komplikasi non obstetri pada ibu hamil, bersalin, dan nifas:														
7.1	HIV														
7.2	Hepatitis B														

No.	Jenis Kegiatan	Rujukan Medis						Rujukan Non Medis			Non Rujukan			Dirujuk	
		Rumah Sakit	Bidan	Pus kes mas	Fas kes Lainnya	Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Total Rujukan Medis	Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Total Rujukan Non Medis	Jumlah Hidup	Jumlah Mati		Total Non Rujukan
7.3	Sifilis														
7.4	Tuberkulosis														
7.5	Penyakit jantung														
7.6	Anemia														
7.7	Diabetes Melitus														
7.8	Terkonfirmasi COVID-19														
7.9	Komplikasi lainnya														
8	Ibu Hamil berisiko mempunyai bayi prematur														
8.1	Diberikan antenatal kortikosteroid														
8.2	Tidak diberikan antenatal kortikosteroid														
9	Pelayanan Nifas														
10	Ibu Nifas mendapat vitamin A														

Pengisian formulir 3.6 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Kebidanan sebagai berikut:

1. Formulir Kegiatan Pelayanan Kebidanan digunakan untuk mengetahui jumlah pelayanan kebidanan meliputi pemberian buku KIA pada ibu hamil; pelayanan antenatal; persalinan; komplikasi obstetri pada ibu hamil, bersalin, dan nifas; aborsi; skrining status Imunisasi Tetanus; komplikasi non obstetri pada ibu hamil, bersalin, dan nifas; ibu hamil berisiko mempunyai bayi prematur; pelayanan nifas; serta ibu nifas mendapat Vitamin A.
2. Data yang dilaporkan merupakan kegiatan pelayanan kebidanan sesuai dengan jenis kegiatan pelayanan yang diberikan kepada pasien pada saat kunjungan kebidanan di RS. Formulir ini mencatat banyaknya kegiatan yang dilaksanakan dan bukan pada jumlah pasien, maka dapat dipastikan terjadinya *double counting* pasien kebidanan.
3. Pemberian buku KIA diisi dengan jumlah ibu hamil yang datang untuk pemeriksaan dan diberikan buku KIA pada saat kunjungan di RS, tidak diisi pada kolom dirujuk. Satu orang ibu hamil hanya dihitung 1x.
4. Pelayanan antenatal diisi dengan jumlah kunjungan ibu hamil yang melakukan pemeriksaan antenatal di RS baik rujukan maupun non rujukan.
5. Persalinan diisi dengan pelayanan persalinan yang diberikan kepada pasien ibu melahirkan, terdiri dari persalinan pervaginam tanpa penyulit (normal), persalinan pervaginam spontan dengan penyulit, persalinan pervaginam dengan bantuan, dan persalinan Sectio Caesaria.

6. Persalinan pervaginam tanpa penyulit diisi dengan jumlah persalinan normal, yaitu persalinan dengan onset kontraksi hingga kelahiran bayi yang spontan, cukup bulan (aterm), presentasi kepala, dan tidak didapatkan penyulit sebelum hingga akhir proses kelahiran.
7. Persalinan pervaginam spontan dengan penyulit diisi dengan jumlah persalinan pervaginam spontan dengan penyulit (kelainan yang mempengaruhi jalan persalinan sehingga memerlukan intervensi).
8. Persalinan pervaginam dengan bantuan diisi dengan jumlah persalinan pervaginam yang menggunakan alat bantu seperti vakum atau forceps.
9. Persalinan Sectio Caesaria diisi dengan jumlah persalinan dengan cara bedah Sectio Caesaria.
10. Komplikasi obstetri pada ibu hamil, bersalin, dan nifas adalah jumlah ibu hamil, bersalin dan nifas yang mengalami komplikasi perdarahan sebelum persalinan, perdarahan setelah persalinan, pre eklamsia, eklamsia, infeksi, abortus, dan komplikasi lainnya. Komplikasi ini dapat menyebabkan kesakitan dan kematian.
11. Aborsi adalah tindakan mengakhiri kehamilan menggunakan obat atau tindakan bedah setelah implantasi dan sebelum janin mampu hidup di luar rahim (viable) yaitu usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram). Aborsi diisi dengan jumlah kasus aborsi di RS baik atas indikasi kedaruratan medis maupun aborsi atas indikasi kehamilan akibat perkosaan.
12. Aborsi atas indikasi kedaruratan medis adalah aborsi yang dilakukan atas indikasi medis baik yang mengancam nyawa ibu dan/atau janin yang menderita penyakit genetik berat dan/atau menderita catat bawaan maupun yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi tersebut hidup di luar kandungan.
13. Aborsi atas indikasi kehamilan akibat perkosaan adalah aborsi yang dilakukan pada kehamilan akibat perkosaan yang dapat menyebabkan trauma psikologis bagi korban perkosaan dan dapat dilakukan apabila usia kehamilan paling lama berusia 40 hari atau 6 minggu dihitung sejak hari pertama haid terakhir.
14. Skrining status imunisasi tetanus diisi dengan jumlah pelayanan skrining Tetanus yang diberikan kepada ibu hamil pada saat kunjungan di RS.
15. Komplikasi non obstetri pada ibu hamil, bersalin, dan nifas adalah jumlah ibu hamil, bersalin dan nifas yang mengalami komplikasi penyakit non obstetri seperti HIV, Hepatitis B, Sifilis, Tuberkulosis, Penyakit Jantung, Anemia, Diabetes Melitus, Terkonfirmasi Covid-19, dan komplikasi non obstetri lainnya. Komplikasi ini dapat menyebabkan kesakitan dan kematian.
16. HIV merupakan penyebab kesakitan dan kematian maternal yang disebabkan oleh infeksi virus Human Immunodeficiency yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia.
17. Hepatitis B disebabkan oleh infeksi virus Hepatitis B (HBV) yang menyerang organ hati baik kondisi akut maupun kronis.
18. Sifilis disebabkan oleh infeksi bakteri *Treponema pallidum* yang merupakan infeksi menular seksual. Pada wanita, infeksi ini dapat tidak bergejala sehingga skrining sangat diperlukan.
19. Tuberkulosis disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, baik tuberkulosis paru maupun ekstra paru.
20. Penyakit jantung merupakan suatu kondisi gangguan pada jantung.

21. Anemia merupakan merupakan kurangnya sel darah merah pada tubuh sehingga menimbulkan gejala lemah, letih, lesu. Batasan anemia adalah kadar hemoglobin darah < 11 gram/ml.
22. Diabetes Melitus adalah penyakit kronis yang ditandai dengan ciri-ciri berupa tingginya kadar gula (glukosa) darah.
23. Covid-19 adalah infeksi yang disebabkan oleh virus SARS-Cov 2 yang menyerang saluran pernafasan.
24. Komplikasi lainnya adalah penyebab komplikasi non obstetri pada maternal yang tidak ada dalam daftar.
25. Penyebab kesakitan pada pasien maternal (ibu hamil, bersalin dan nifas) dapat dilaporkan sesuai dengan komplikasi yang ditemukan.
26. Penyebab kematian pada pasien maternal (ibu hamil, bersalin dan nifas) yang dilaporkan sesuai dengan penyebab utama kematian pasien maternal.
27. Sehingga pada 1 orang pasien maternal, data kesakitan bisa dilaporkan berkali-kali, sedangkan data kematian hanya bisa dihitung 1 kali.
28. Ibu Hamil berisiko mempunyai bayi prematur terbagi menjadi diberikan antenatal kortikosteroid dan tidak diberikan antenatal kortikosteroid.
29. Pelayanan nifas diisi dengan jumlah ibu nifas (ibu baru melahirkan sampai hari ke-42) yang melakukan pemeriksaan nifas di RS baik rujukan maupun non rujukan.
30. Ibu nifas mendapat vitamin A diisi dengan jumlah ibu baru melahirkan sampai hari ke-42 yang mendapat 2 kapsul vitamin A yang mengandung dosis 200.000 Satuan Internasional (SI), satu kapsul diberikan segera setelah melahirkan dan kapsul kedua diberikan minimal 24 jam setelah pemberian pertama.
31. Jumlah Rujukan Medis diisi dengan jumlah pasien kebidanan yang masuk ke RS melalui proses rujukan dari RS lain, Bidan, Puskesmas, Faskes lain.
32. Jumlah pasien rujukan medis RS + Bidan + Puskesmas + Faskes lainnya harus sama dengan jumlah pasien rujukan medis Hidup + Mati.
33. Jumlah hidup dan jumlah mati merupakan kondisi pasien pada saat keluar dari RS.
34. Rujukan Non Medis bisa berasal dari kepolisian ataupun lembaga hukum.
35. Non rujukan merupakan pasien yang datang atas kesadaran sendiri atau diantar keluarga, tidak melalui proses rujukan.
36. Dirujuk diisi dengan jumlah pasien yang dirujuk keluar RS ke fasyankes lainnya.

G. Formulir RL 3.7 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Neonatal, Bayi, dan Balita

Formulir rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Neonatal, Bayi, dan Balita dilaporkan **bulanan** dengan data yang dapat bersumber dari poli Kebidanan, poli Anak, dan/atau poli Umum yang menangani Kesehatan ibu dan Anak (KIA) juga bisa bersumber dari ruang perawatan ibu dan bayi, baik berupa rekap register pasien Neonatal, Bayi, dan Balita maupun pencatatan Neonatal, Bayi, dan Balita lainnya.

No.	Jenis Kegiatan	Rujukan									Non Rujukan			Dirujuk	
		Medis						Non Medis			Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Total Non Rujukan		
		Rumah Sakit	Bidan	Puskesmas	Fas kes Lainnya	Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Total Rujukan Medis	Jumlah Hidup	Jumlah Mati					Total Rujukan Non Medis
A	NEONATAL														
1	Bayi Lahir Hidup														
1.1	Lahir Prematur (< 37 minggu)														
1.1.1	1500 - <2500 gram (BBLR)														
1.1.2	1000 - <1500 gram (BBLSR)														
1.1.3	<1000 gram (BBLER)														
1.2	Lahir Non Prematur (≥ 37 - 41 minggu)														
1.2.1	1500 - <2500 gram (BBLR)														
1.2.2	2500 - <4000 gram (BBLN)														
1.2.3	≥4000 gram (BBL)														
1.3	Lahir Lebih dari 41 minggu														
1.3.1	1500 - <2500 gram (BBLR)														
1.3.2	2500 - <4000 gram (BBLN)														
1.3.3	≥4000 gram (BBL)														
2	Lahir Mati														
2.1	Lahir Mati Antepartum														
2.2	Lahir Mati Intrapartum														
3	Kematian Neonatal dan Perinatal														
3.1	Kematian Neonatal Dini (0 - 7 hari)														
3.2	Kematian Neonatal Lanjut Perinatal (8 - 28 hari)														

No.	Jenis Kegiatan	Rujukan									Non Rujukan			Dirujuk	
		Medis						Non Medis			Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Total Non Rujukan		
		Rumah Sakit	Bidan	Puskesmas	Fas kes Lainnya	Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Total Rujukan Medis	Jumlah Hidup	Jumlah Mati					Total Rujukan Non Medis
4	Komplikasi Neonatal:														
4.1	Asfiksia														
4.2	Trauma Kelahiran														
4.3	BBLR														
4.4	Tetanus Neonatorum														
4.5	Kelainan Bawaan														
4.6	Covid-19														
4.7	Infeksi / Sepsis														
4.8	Komplikasi lainnya														
5	Bayi BBLR yang dilakukan perawatan metode kanguru														
6	Bayi baru lahir yang dilakukan IMD														
7	Bayi baru lahir yang dilakukan Skrining Hipertiroid Kongenital														
B	BAYI DAN ANAK BALITA														
8	Bayi dan Anak Balita														
8.1	Bayi Baru Lahir (0 – 28 hari)														
8.2	Bayi (29 hari – 11 bulan)														
8.3	Anak Balita (12 - 59 bulan)														
9	Balita Gizi Buruk														
9.1	Balita Gizi Buruk usia 0-5 bulan														
9.2	Balita Gizi Buruk usia 6-59 bulan														
10	Balita menggunakan Buku KIA														
11	Balita dilakukan skrining pertumbuhan dan perkembangan														
11.1	Skrining Pertumbuhan sesuai umur														

No.	Jenis Kegiatan	Rujukan									Non Rujukan			Dirujuk	
		Medis						Non Medis			Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Total Non Rujukan		
		Rumah Sakit	Bidan	Puskesmas	Fas kes Lainnya	Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Total Rujukan Medis	Jumlah Hidup	Jumlah Mati					Total Rujukan Non Medis
11.2	Skринing perkembangan sesuai umur														
11.3	Skринing keterlambatan bicara dan bahasa														
11.4	Assessment kelainan motoric														
11.5	Skринing Kelainan Perilaku														
11.6	Skринing Gangguan Pendengaran														
10.7	Skринing Gangguan Penglihatan														
12	Bayi mendapatkan imunisasi, Vitamin, dan Pengobatan Profilaksis:														
12.1	Hb 0														
12.2	BCG														
12.3	Polio 1,2,3														
12.4	DPT-HB-HiB 1, 2,3,4														
12.5	IPV														
12.6	Campak-Rubella														
12.7	Vitamin A 100.000 SI (1 kali dalam setahun)														
12.8	Pemberian Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)														
13	Bayi yang lahir dari Ibu HIV +														
13.1	Pemeriksaan Early Infant Diagnosis (EID)														
13.2	Pengobatan ARV bagi balita HIV+														
13.3	Pengobatan profilaksis kotrimoksazol														
14	Bayi yang lahir dari Ibu Sifilis +														
14.1	Pemeriksaan Titer RPR														
14.2	Pengobatan dosis tunggal Benzatin Penicilin G														

No.	Jenis Kegiatan	Rujukan									Non Rujukan			Dirujuk	
		Medis						Non Medis			Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Total Non Rujukan		
		Rumah Sakit	Bidan	Puskesmas	Fas kes Lainnya	Jumlah Hidup	Jumlah Mati	Total Rujukan Medis	Jumlah Hidup	Jumlah Mati					Total Rujukan Non Medis
15	Bayi yang lahir dari Ibu Hepatitis +														
15.1	Pemeriksaan serologis HBs Ag														
15.2	Pemberian Hb 0														
15.3	Pemberian Hb Ig														
16	Anak Balita (12 – 59 bulan) mendapatkan Imunisasi, Vitamin, dan Pengobatan profilaksis:														
16.1	Campak-Rubela														
16.2	Vitamin A 200.000 SI (2kali dalam setahun)														
16.3	Anak balita mendapat obat pencegahan kecacingan 1 kali setahun														
16.4	Balita (0-59 bulan) terduga TBC/ kontak erat mendapat TPT (Terapi Pencegahan TBC)														
16.5	Balita (0-59 bulan) TBC mendapatkan OAT														
16.6	Pemberian Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)														
17	Balita Gizi Buruk mendapat perawatan														
17.1	Balita Gizi Buruk usia 0-5 bulan yang mendapat rawat inap														
17.2	Balita Gizi Buruk usia 6-59 bulan yang mendapat rawat inap														
17.3	Balita Gizi Buruk usia 6-59 bulan yang mendapat rawat jalan														

Pengisian formulir 3.7 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Neonatal, Bayi, dan Balita sebagai berikut:

1. Formulir kegiatan Neonatal, Bayi, dan Balita digunakan untuk mengetahui jumlah pelayanan pada neonatal, bayi, dan Balita mulai dari pendataan kelahiran, IMD, Skrining Hipertiroid Kongenita, gizi buruk, pemberian imunisasi, vitamin, dan profilaksis.
2. Data yang dilaporkan merupakan kegiatan pelayanan Neonatal, Bayi, dan Balita sesuai dengan jenis kegiatan pelayanan yang diberikan. Formulir ini mencatat banyaknya kegiatan yang dilaksanakan dan bukan pada jumlah pasien, maka dapat dipastikan terjadinya *double counting* pasien.
3. Bayi lahir hidup diisi dengan jumlah bayi yang dilahirkan dalam kondisi hidup berdasarkan usia janin saat dilahirkan yaitu Lahir Prematur (< 37 minggu), Lahir Non Prematur (≥ 37 - 41 minggu), dan Lahir Lebih dari 41 minggu; yang masing-masing dibagi lagi berdasarkan berat bayi pada saat lahir.
4. Jumlah Lahir Mati diisi dengan kematian janin sebelum lahir pada usia gestasi kehamilan ibu > 28 minggu (atau berat janin ≥ 1000 gram dan/atau panjang badan ≥ 35 cm). Jumlah lahir mati diisi dengan jumlah lahir mati pada tahap antepartum dan intrapartum, tidak diisi di kolom jumlah hidup dan dirujuk.
5. Lahir mati antepartum diisi dengan kematian janin di dalam kandungan pada usia gestasi kehamilan ibu > 28 minggu sampai sebelum adanya tanda-tanda persalinan (sebelum kala 2).
6. Lahir mati intrapartum diisi dengan kematian janin pada usia gestasi kehamilan ibu > 28 minggu yang terjadi pada saat proses persalinan (saat kala 2).
7. Kematian neonatal terbagi menjadi kematian neonatal dini (kematian bayi baru lahir yang terjadi pada usia 0-7 hari) dan kematian neonatal lanjut perinatal (kematian bayi baru lahir yang terjadi pada usia 8-28 hari).
8. Komplikasi Neonatal merupakan komplikasi yang terjadi pada bayi baru lahir (0-28 hari) yang dapat mengakibatkan kesakitan dan atau kematian.
9. Asfiksia merupakan komplikasi pada bayi baru lahir karena suatu keadaan gawat darurat berupa kegagalan bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir sehingga bayi tidak mendapat oksigen yang cukup.
10. Trauma kelahiran merupakan komplikasi pada bayi baru lahir karena suatu keadaan seperti mengalami cedera akibat tekanan/trauma saat bayi dilahirkan melewati jalan lahir.
11. Komplikasi neonatal BBLR merupakan komplikasi pada bayi baru lahir karena bayi yang dilahirkan dengan berat badan lahir <2500 gram.
12. Tetanus neonatorum merupakan komplikasi pada bayi baru lahir karena suatu penyakit yang timbul disebabkan oleh toksin bakteri *Clostridium tetani* yang dapat menyerang otak, saraf otonom, saraf spinal, dan *neuromuscular junction* sehingga dapat menyebabkan kekakuan kelompok otot lokal atau menyeluruh dengan ditandai adanya trismus, iritabilitas, kaku leher, sulit menelan, dan kekakuan otot abdomen dan toraks.
13. Kelainan bawaan merupakan komplikasi pada bayi baru lahir, bayi, dan anak balita karena kelainan struktural atau fungsional, termasuk kelainan metabolik, yang ditemukan sejak lahir.
14. Covid-19 adalah infeksi yang disebabkan oleh virus SARS-Cov 2 yang menyerang saluran pernafasan.
15. Infeksi/sepsis merupakan komplikasi pada bayi baru lahir karena sindrom klinis penyakit sistemik yang disebabkan oleh mikroorganisme penyebab infeksi seperti bakteri, virus, jamur, dan protozoa, pada satu bulan pertama setelah lahir.

16. Komplikasi lainnya merupakan komplikasi pada bayi baru lahir yang tidak tercantum dalam daftar.
17. Penyebab kesakitan pada bayi baru lahir (neonatal) dilaporkan sesuai dengan komplikasi yang ditemukan.
18. Penyebab kematian pada neonatal yang dilaporkan sesuai dengan penyebab utama kematian pasien neonatal.
19. Sehingga pada 1 pasien neonatal, data kesakitan bisa dilaporkan berkali-kali, sedangkan data kematian hanya bisa dihitung 1 kali.
20. Bayi BBLR yang dilakukan perawatan metode kanguru diisi dengan jumlah bayi yang dilahirkan dengan berat lahir < 2500 gram yang mendapatkan Perawatan Metode Kanguru, yaitu kontak kulit ke kulit secara dini, berkepanjangan, dan berkesinambungan antara ibu (atau penggantinya) dan bayi dengan tujuan bayi memperoleh panas melalui proses konduksi.
21. Bayi baru lahir dilakukan IMD diisi dengan jumlah bayi baru lahir yang dilakukan proses permulaan kegiatan menyusui dalam 1 jam pertama setelah bayi lahir melalui cara kontak kulit ke kulit dengan menempatkan bayi di dada ibunya segera setelah bayi keluar dari jalan lahir.
22. Bayi baru lahir yang dilakukan Skrining Hipertiroid Kongenital diisi dengan jumlah bayi baru lahir yang dilakukan proses Skrining Hipertiroid Kongenital.
23. Bayi dan Anak Balita terdiri dari bayi baru lahir usia 0 – 28 hari, bayi usia 29 hari – 11 bulan, dan anak balita usia 12 - 59 bulan.
24. Balita gizi buruk diisi dengan jumlah pasien balita gizi buruk sesuai kelompok usia yang tercantum dalam tabel.
25. Balita menggunakan buku KIA diisi dengan jumlah balita berusia 0-59 bulan yang menggunakan buku KIA untuk memperoleh informasi perawatan kesehatan anak, gizi seimbang, pemantauan tumbuh kembang dan pemenuhan pelayanan kesehatan anak.
26. Balita dilakukan skrining pertumbuhan dan perkembangan diisi dengan jumlah kunjungan balita yang dipantau pertumbuhan dan perkembangan sesuai umur, dilaporkan sesuai dengan jenis skrining yang tercantum dalam tabel.
27. Bayi mendapatkan Imunisasi, Vitamin, dan Pengobatan profilaksis diisi dengan jumlah kunjungan bayi yang memperoleh pelayanan imunisasi HB 0, BCG, Polio (1,2,3), DPT-HP-Hib (1,2,3,4), IPV, Campak-Rubela, Vitamin A 100.000 SI, serta pemberian Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE).
28. Bayi yang lahir dari Ibu HIV + diisi dengan jumlah balita bayi yang lahir dari Ibu HIV+ yang menerima pemeriksaan *Early Infant Diagnosis* (EID), pengobatan ARV bagi balita HIV+, dan pengobatan profilaksis kotrimoksazol.
29. Bayi yang lahir dari Ibu Sifilis + diisi dengan jumlah kunjungan bayi yang menerima pemeriksaan Titer RPR dan pengobatan Benzatin Pennisilin dosis tunggal.
30. Bayi yang lahir dari Ibu Hepatitis + diisi dengan jumlah kunjungan bayi yang menerima pemeriksaan serologis HBS Ag, imunisasi HB 0, dan HB Ig.
31. Anak Balita mendapatkan Imunisasi, Vitamin, dan Pengobatan profilaksis diisi dengan jumlah kunjungan anak balita (12-59 bulan) yang memperoleh pelayanan imunisasi Campak-Rubela, Vitamin A 200.000 SI 2 kali dalam setahun, mendapat obat pencegahan kecacingan 1 kali setahun, Balita terduga TBC/ kontak erat mendapat TPT (Terapi Pencegahan TBC), Balita TBC mendapat OAT, serta pemberian Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE).
32. Balita gizi buruk mendapatkan perawatan diisi dengan balita gizi buruk usia 0-5 bulan dan usia 6-59 bulan yang mendapat rawat inap, serta balita gizi buruk usia 6-59 bulan yang mendapat rawat jalan.
33. Penjelasan kolom rujukan, non rujukan, dan dirujuk sama dengan penjelasan formulir RL 3.6.

H. Formulir RL 3.8 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Laboratorium

Formulir rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Laboratorium dilaporkan **bulanan** dengan data yang bersumber dari Unit Laboratorium rumah sakit.

No	Pemeriksaan	Jumlah Pemeriksaan		Nilai Rata-Rata Pemeriksaan	
		Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan
A	PATOLOGI KLINIK				
1	Hematologi				
1.1	Kadar Hemoglobin				
1.2	Nilai Hematokrit				
1.3	Hitung Lekosit				
1.4	Hitung Eritrosit				
1.5	Hitung Eosinophil				
1.6	Hitung Jenis Lekosit (%/absolut)				
1.7	Laju Endap Darah				
1.8	Hitung Retikulosit				
1.9	Hitung Trombosit				
2	Kimia Klinik				
2.1	Protein Total				
2.2	Albumin				
2.3	Globulin				
2.4	Bilirubin Total/Direk/Indirek				
2.5	SGOT/AST				
2.6	SGPT/ALT				
2.7	Ureum/BUN				
2.8	Kreatinin (eGFR)				
2.9	Asam Urat				
2.10	Trigliserida				
2.11	Kolesterol Total				
2.12	Kolesterol HDL				
2.13	Kolesterol LDL (direk)				
2.14	Glukosa Sewaktu/Puasa / 2jam PP				
2.15	HbA1c				
2.16	Fosfatase alkali				
2.17	Gamma GT				
2.18	LDH				
2.19	G 6 PD				
2.20	Amilase				
2.21	Lipase				
2.22	Cholinesterase				
2.23	CK Total -CK MB				
2.24	SI/TIBC				
2.25	Elektrolit Darah (Na, K, Cl, Ca, Mg, P)				
2.26	Analisa Gas Darah				
3	Imunologi Klinik				
3.1	Widal				

No	Pemeriksaan	Jumlah Pemeriksaan		Nilai Rata-Rata Pemeriksaan	
		Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan
3.2	Antibodi anti SARS-CoV-2				
3.3	Antigen SARS-CoV-2				
3.4	Dengue IgG-IgM				
3.5	HBs Ag				
3.6	Anti HBs				
3.7	Anti HBc				
3.8	Anti HBe				
3.9	Hbe Ag				
3.10	Anti HCV				
3.11	IgM Anti HAV				
3.12	Anti HIV				
3.13	NS1 (<i>non structure antigen</i>) Dengue				
3.14	Tes Antigen Malaria				
3.15	T3/T4 total				
3.16	FT3/FT4				
3.17	TSH				
4	Urinalisis dan analisis cairan				
4.1	Protein/albumin				
4.2	Urobilinogen				
4.3	Bilirubin				
4.4	Sedimen Urine				
4.5	NAPZA Skrining				
5	Hemostasis				
5.1	Masa perdarahan				
5.2	Masa pembekuan				
5.3	Masa prothrombin plasma				
5.4	Masa tromboplastin partial teraktivasi				
5.5	Masa thrombin				
5.6	Fibrinogen				
5.7	D-dimer				
5.8	Lupus <i>anticoagulant</i>				
B	MIKROBIOLOGI KLINIK				
6	Pemeriksaan dahak mikroskopis TBC Bakteri Tahan Asam (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>)				
6.1	Negatif				
6.2	1-9				
6.3	1+				
6.4	2+				
6.5	3+				
6.6	Tidak Dilakukan				
7	Biakan dan identifikasi bakteri aerob, serta uji kepekaan terhadap antibiotik				
8	Biakan virus dan uji kepekaan terhadap antivirus				

No	Pemeriksaan	Jumlah Pemeriksaan		Nilai Rata-Rata Pemeriksaan	
		Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan
9	Biakan dan identifikasi <i>M. tuberculosis</i> dan uji kepekaan terhadap OAT				
10	Pemeriksaan berbasis molekuler untuk deteksi virus DNA dan RNA terutama virus Influenza, SARS-CoV 1 dan 2, HIV				
10.1	PCR				
10.2	Real time PCR				
10.3	Tes Cepat Molekuler				
10.4	Hibridisasi				
10.5	Sekuensing				
10.6	Metode lainnya				
11	Pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) untuk TBC dan TBC Resistan Obat (RO)				
11.1	Negatif				
11.2	Rif Sen				
11.3	Rif Res				
11.4	Rif Indet				
11.5	<i>Invalid</i>				
11.6	<i>Error</i>				
11.7	<i>No Result</i>				
11.8	Tidak Dilakukan				
12	Pemeriksaan berbasis molekuler untuk deteksi bakteri aerob, anaerob dan bakteri fastidious lainnya				
12.1	PCR				
12.2	<i>Real time</i> PCR				
12.3	Tes Cepat Molekuler				
12.4	Hibridisasi				
12.5	Sekuensing				
12.6	Metode lainnya				
13	Pemeriksaan berbasis molekuler untuk deteksi gen pengkode resistensi antimikroba				
13.1	PCR				
13.2	<i>Real time</i> PCR				
13.3	Tes Cepat Molekuler				
13.4	Hibridisasi				
13.5	Sekuensing				
13.6	Metode lainnya				
14	Pemeriksaan berbasis molekuler untuk deteksi jamur				
14.1	PCR				
14.2	<i>Real time</i> PCR				
14.3	Tes Cepat Molekuler				
14.4	Hibridisasi				
14.5	Sekuensing				

No	Pemeriksaan	Jumlah Pemeriksaan		Nilai Rata-Rata Pemeriksaan	
		Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan
14.6	Metode lainnya				
C	PARASITOLOGI KLINIK				
15	Pemeriksaan Mikroskopis				
15.1	Identifikasi cacing, larva/proglottid				
15.2	Identifikasi arthropoda (tuma, tungau, pinjal, kutu, arachnida, crustacea)				
15.3	Identifikasi nyamuk, larva nyamuk				
15.4	Identifikasi lalat dan larva lalat				
16	Pemeriksaan Jamur				
16.1	Pemeriksaan langsung KOH				
16.2	Pemeriksaan langsung LPCB/tinta India				
16.3	Pemeriksaan jamur dengan pulasan khusus				
16.4	Kultur dan identifikasi jamur dari spesimen kulit, rambut, kuku, mukosa, cairan tubuh (LCS, darah, urin, sputum, BAL, cairan pleura, cairan mata, cairan telinga)				
16.5	Identifikasi jamur dari biakan				
16.6	Uji kepekaan jamur ragi (manual/semiotomatis)				
16.7	Uji kepekaan jamur kapang (manual)				
D	PATOLOGI ANATOMI				
17	Pemeriksaan tindakan biopsi aspirasi jarum halus dan/ atau tindakan kedokteran lainnya				
18	Pemeriksaan Sitopatologi				
18.1	Pemeriksaan <i>Pap's Smear</i>				
18.2	Pemeriksaan sitologi apus non ginekologi				
18.3	Pemeriksaan sitologi cairan				
19	Pemeriksaan Histopatologi				
19.1	Pemeriksaan jaringan kecil				
19.2	Pemeriksaan jaringan sedang				
19.3	Pemeriksaan jaringan besar				
20	Pemeriksaan Imunopatologi				
20.1	Pemeriksaan imunohistokimia Payudara				
20.2	Pemeriksaan imunohistokimia Limfoma				
20.3	Pemeriksaan imunohistokimia lanjutan (limfoma lanjut, kasus sulit, GIST, PD-L1, ALK, dll)				
20.4	Pemeriksaan imunositokimia				
20.5	Pemeriksaan imunofluoresensi (deteksi auto antibodi, deteksi kompleks imun pada jaringan kulit dan ginjal, dll)				
21	Pemeriksaan Patologi Molekuler				
21.1	Deteksi mutasi EGFR				
21.2	Deteksi mutasi all-RAS				
21.3	Deteksi mutasi BRAF				
21.4	Deteksi HPV Genotyping				
21.5	ISH				
21.6	CISH				

No	Pemeriksaan	Jumlah Pemeriksaan		Nilai Rata-Rata Pemeriksaan	
		Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan
21.7	FISH				
22	Pemeriksaan Potong Beku				
23	Pemeriksaan Otopsi Klinik				

Pengisian formulir 3.8 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Laboratorium sebagai berikut:

1. Data kegiatan laboratorium diisi dengan jumlah pasien yang diperiksa dan nilai rata-rata pemeriksaan yang diberikan menurut jenis pemeriksaan laboratorium dan jenis kelamin pasien.
2. Jenis pemeriksaan terdiri dari pemeriksaan patologi klinik, mikrobiologi klinik, parasitologi klinik, dan patologi anatomi. Masing-masing pemeriksaan terdiri dari beberapa rincian pemeriksaan seperti tercantum dalam tabel.
3. Jumlah pemeriksaan diisi dengan jumlah kegiatan pemeriksaan yang dilaporkan, sehingga seorang pasien bisa tercatat di beberapa pemeriksaan.
4. Nilai rata-rata pemeriksaan dihitung dari:
$$\frac{\text{Jumlah angka hasil pemeriksaan pasien dalam satu periode}}{\text{Jumlah pasien yang diperiksa dalam satu periode}}$$
5. Pemeriksaan dahak mikroskopis TBC Bakteri Tahan Asam (*Mycobacterium tuberculosis*) menghasilkan:
 - a. Negatif jika tidak ditemukan BTA dalam 100 lapang pandang (LP),
 - b. 1-9 jika ditemukan 1-9 BTA dalam 100 LP,
 - c. 1+ jika ditemukan 10-99 BTA dalam 100 LP,
 - d. 2+ jika ditemukan 1-10 BTA dalam 1 LP (periksa min 50 LP),
 - e. 3+ jika ditemukan ≥ 10 BTA dalam 1 LP (periksa min 20 LP).
6. Pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) untuk TBC dan TBC Resistan Obat (RO) menghasilkan:
 - a. Negatif jika MTB *NOT DETECTED*,
 - b. Rif Sen jika MTB *DETECTED*, RIF *RESISTANCE NOT DETECTED*,
 - c. Rif Res jika MTB *DETECTED*, RIF *RESISTANCE DETECTED*,
 - d. Rif Indet jika MTB *DETECTED*, RIF *RESISTANCE INDETERMINATED*,
 - e. *INVALID* jika *Invalid*,
 - f. *ERROR* jika *Error*,
 - g. *NO RESULT* jika *No Result*.

I. Formulir RL 3.9 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Radiologi

Formulir rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Radiologi dilaporkan **bulanan** dengan data yang bersumber dari Unit Radiologi maupun instalasi/unit/bagian terkait di rumah sakit.

No.	Jenis Kegiatan	Jumlah
1	Radiodiagnostik	
1.1	Foto tanpa bahan kontras	
1.2	Foto dengan bahan kontras	
1.3	Foto dengan rol film	
1.4	Flouroskopi	
1.5	Foto Gigi	
1.6	C.T. Scan	
1.7	Lymphografi	
1.8	Angiograpi	
1.9	Lain-Lain	
2	Radioterapi	
2.1	Radioterapi dengan Linac	
2.2	Radioterapi dengan Cobalt	
2.3	Radioterapi dengan Brakhiterapi	
2.4	Lain-Lain	
3	Kedokteran Nuklir	
3.1	Diagnostik	
3.2	Therapi	
3.3	Lain-Lain	
4	Imaging/Pencitraan	
4.1	USG	
4.2	MRI	
4.3	Lain-lain	
99	TOTAL	

Pengisian formulir 3.9 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Radiologi sebagai berikut:

1. Data kegiatan radiologi diisi dengan jumlah kegiatan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan jenis kegiatannya.
2. Jenis kegiatan radiologi meliputi Radiodiagnostik, Radioterapi, Kedokteran Nuklir, dan *Imaging/Pencitraan*, dengan rincian kegiatan sesuai tercantum dalam tabel.
3. Kegiatan radiologi yang belum tercantum pada jenis kegiatan yang telah ditetapkan, maka dilaporkan pada baris lain-lain.

J. Formulir RL 3.10 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Rujukan

Formulir rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Rujukan dilaporkan **bulanan** dengan data yang bersumber dari setiap instalasi di RS baik IGD, rawat jalan, maupun rawat inap.

No.	Jenis Spesialisasi	Rujukan Masuk							Dirujuk Keluar			
		Diterima Dari				Dikembalikan ke			Pasien Rujukan	Pasien Datang Sendiri	Total Dirujuk Keluar	Diterima Kembali
		Pus kes mas	RS lain	Fas kes lain	Total Rujukan Masuk	Pus kes mas	RS asal	Fas kes lain				
1	Penyakit Dalam											
2	Bedah											
3	Kesehatan Anak											
4	Kesehatan Remaja											
5	Obstetri											
6	Ginekologi											
7	Keluarga Berencana											
8	Saraf (Non Stroke)											
9	Jiwa											
10	THT											
11	Mata											
12	Kulit dan Kelamin											
13	Gigi dan Mulut											
14	Radiologi											
15	Paru											
16	Kardiologi											
17	Kanker											
18	Uronefrologi											
19	Saraf (Stroke)											
20	Spesialisasi Lain											
99	TOTAL											

Pengisian formulir 3.10 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Rujukan sebagai berikut:

1. Data kegiatan rujukan diisi dengan jumlah kegiatan rujukan yang diberikan menurut jenis spesialisasinya.
2. Jenis spesialisasi kegiatan rujukan terdiri dari Penyakit Dalam, Bedah, Kesehatan Anak, Kesehatan Remaja, Obstetri, Ginekologi, Keluarga Berencana, Saraf (Non Stroke), Jiwa, THT, Mata, Kulit dan Kelamin, Gigi dan Mulut, Radiologi, Paru, Kardiologi, Kanker, Uronefrologi, dan Saraf (Stroke).
3. Jenis spesialisasi yang belum tercantum pada jenis spesialisasi yang telah ditetapkan, dilaporkan di spesialisasi lain.
4. Bagi pasien yang memiliki lebih dari 1 (satu) diagnosis, maka dicatat spesialisasinya sesuai dengan diagnosis utama, sehingga tidak ada *double counting*.
5. Rujukan masuk diterima dari asal pasien yang masuk melalui proses rujukan dari faskes yaitu Puskesmas, RS lain, dan faskes lain.
6. Rujukan masuk dikembalikan ke yaitu pasien yang masuk melalui proses rujukan dikembalikan ke asal perujuknya yaitu Puskesmas, RS Asal, dan faskes lain.

7. Dirujuk keluar pasien rujukan yaitu pasien yang masuk ke RS melalui proses rujukan kemudian dirujuk ke luar oleh RS ke faskes lain.
8. Dirujuk keluar pasien datang sendiri yaitu pasien yang masuk ke RS tanpa melalui proses rujukan atau datang atas kemauan/kesadaran sendiri atau diantar oleh keluarga kemudian dirujuk ke luar oleh RS ke faskes lain.
9. Dirujuk keluar diterima kembali yaitu pasien RS yang telah dikirim keluar oleh RS ke faskes lain kemudian diterima kembali.
10. Total rujukan masuk merupakan hasil penjumlahan dari rujukan masuk diterima dari Puskesmas + RS lain + faskes lain.
11. Total rujukan masuk dikembalikan merupakan hasil penjumlahan dari rujukan masuk dikembalikan ke Puskesmas + RS Asal + faskes lain.
12. Total rujukan masuk dikembalikan tidak boleh lebih dari total rujukan masuk.
13. Total dirujuk keluar merupakan penjumlahan dari pasien rujukan + pasien datang sendiri.
14. Dirujuk keluar diterima kembali tidak boleh lebih dari total dirujuk keluar.

K. Formulir RL 3.11 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Gigi dan Mulut

Formulir rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Gigi dan Mulut dilaporkan **tahunan** dengan data yang bersumber dari Poliklinik Gigi dan Mulut.

No.	Jenis Kegiatan	Jumlah
1	Tumpatan Gigi Tetap	
2	Tumpatan Gigi Sulung	
3	Pengobatan Pulpa	
4	Pencabutan Gigi Tetap	
5	Pencabutan Gigi Sulung	
6	Pengobatan Periodontal	
7	Pengobatan Abses	
8	Pembersihan Karang Gigi	
9	Prothese Lengkap	
10	Prothese Sebagian	
11	Prothese Cekat	
12	Orthodonti	
13	<i>Jacket/Bridge</i>	
14	Bedah Mulut	
15	Implan Gigi	
16	Penyakit Mulut	
99	TOTAL	

Pengisian formulir 3.11 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Gigi dan Mulut sebagai berikut:

1. Data yang dilaporkan merupakan jumlah kegiatan pelayanan sesuai dengan jenis kegiatan pelayanan yang diberikan kepada pasien pada saat kunjungan di Poliklinik Gigi dan Mulut di RS.
2. Tumpatan merupakan semua tumpatan yang bersifat permanen baik amalgam maupun sintetik.
3. Pengobatan pulpa merupakan semua tindakan yang dimaksudkan untuk pengobatan pulpa secara langsung, termasuk pemberian eugenol, *pulp capping*, prosedur dalam mummifikasi, dan exterpasi (semua tindakan dalam *endodontic*).

4. Pencabutan merupakan semua tindakan pencabutan gigi secara biasa, bukan tindakan yang digolongkan tindakan operatif.
5. Pengobatan abses merupakan semua tindakan/usaha yang ditujukan untuk mengobati abses dengan antibiotik, baik secara 45rematu, suntikan, per oral, tanpa tindakan yang digolongkan tindakan operatif.
6. Pembersihan karang gigi merupakan semua kegiatan membersihkan karang gigi untuk Rahang Atas (RA) maupun Rahang Bawah (RB).
7. Prothese lengkap termasuk dari bahan 45rematu maupun logam.
8. Prothese 45rematur termasuk prothese sadel, prothese 45rematur, yang terbuat dari bahan-bahan baik akrilik maupun logam, dengan menggunakan fasilitas unit 45remat gigi.
9. Prothese cekat termasuk *inlay*, mahkota, dan jembatan dengan memakai bahan akrilik maupun porselen, logam, dan lain-lain.
10. Orthodonti adalah perawatan untuk merapikan gigi dan bertujuan mendapatkan oklusi yang optimal dan fungsional dengan tetap mengutamakan nilai estetika gigi. Selain itu, dilakukan bagaimana pencegahan dan memperbaiki susunan gigi atau gusi yang tidak teratur
11. *Jacket/Bridge* adalah metode untuk memperbaiki gigi, digunakan sebagai “jembatan” yang mengisi kekosongan dari gigi yang hilang, yang ditopang oleh gigi alami atau gigi palsu.
12. Bedah Mulut adalah 45rematur bedah di area rongga mulut.
13. Implan Gigi adalah 45rematur penanaman akar gigi buatan pada rahang untuk menopang mahkota gigi buatan.
14. Penyakit Mulut diisi dengan kegiatan menangani pasien dengan kelainan atau penyakit di rongga mulut dan jaringan sekitarnya.

L. Formulir RL 3.12 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Pembedahan

Formulir rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Pembedahan dilaporkan **bulanan** dengan data yang bersumber dari Instalasi Bedah atau instalasi terkait lainnya.

No.	Spesialisasi	Khusus	Besar	Sedang	Kecil	Total
1	Bedah					
2	Obstetri dan Ginekologi					
3	Bedah Saraf (Non Stroke)					
4	THT					
5	Mata					
6	Kulit dan Kelamin					
7	Gigi dan Mulut					
8	Bedah Anak					
9	Kardiovaskular					
10	Bedah Orthopedi					
11	Thoraks					
12	Digestif					
13	Urologi					
14	Bedah Saraf (Stroke)					
15	Kanker					
16	Lain-lain					
99	TOTAL					

Pengisian formulir 3.12 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Pembedahan sebagai berikut:

1. Data kegiatan pembedahan dilaporkan sesuai dengan jumlah tindakan pembedahan menurut golongan operasi dan spesialisasinya.
2. Golongan pembedahan (operasi) dibedakan menjadi khusus, besar, sedang, kecil, hal ini ditentukan oleh kebijakan masing-masing RS.
3. Jika RS tidak dapat menentukan skala pembedahan, maka dapat ditentukan sebagai berikut:
 - a. Bedah besar, sedang, kecil, dan khusus memiliki perbedaan dalam hal area tubuh yang dioperasi, risiko komplikasi, dan waktu pemulihan:
 - b. Bedah besar: Operasi yang dilakukan di area kepala, dada, dan perut, dengan risiko komplikasi yang tinggi dan waktu pemulihan yang lama. Contoh: operasi jantung, operasi cangkok organ, operasi tumor otak.
 - c. Bedah kecil: Operasi yang dilakukan pada jaringan superfisial, biasanya dengan anestesi lokal dan menggunakan peralatan minimal, biasanya pasien bisa pulang ke rumah di hari yang sama. Contoh: biopsi pada jaringan payudara.
 - d. Bedah sedang: Operasi yang membutuhkan waktu penyelesaian sekitar 1 jam.
 - e. Bedah khusus: Operasi yang membutuhkan waktu penyelesaian sekitar 3-4 jam.

M. Formulir RL 3.13 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Rehabilitasi Medik

Formulir rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Rehabilitasi Medik dilaporkan **tahunan** dengan data yang bersumber dari Instalasi Rehabilitasi Medik maupun instalasi/unit/bagian terkait lainnya.

No.	Jenis Tindakan	Jumlah
1	Medis	
1.1	<i>Gait Analyzer</i>	
1.2	E M G	
1.3	<i>Uro Dinamic</i>	
1.4	<i>Side Back</i>	
1.5	<i>E N Tree</i>	
1.6	<i>Spyrometer</i>	
1.7	<i>Static Bicycle</i>	
1.8	<i>Tread Mill</i>	
1.9	<i>Body Platysmograf</i>	
1.10	lain-lain	
2	Fisioterapi	
2.1	Latihan Fisik	
2.2	Aktinoterapi	
2.3	Elektroterapi	
2.4	Hidroterapi	
2.5	Traksi Lumbal dan <i>Cervical</i>	
2.6	Fisioterapi Anak	
2.7	Lain-lain	
3	Okupasiterapi	
3.1	<i>Snoosien Room</i>	
3.2	Sensori Integrasi	
3.3	Latihan aktivitas kehidupan sehari-hari	
3.4	<i>Proper Body Mekanik</i>	

No.	Jenis Tindakan	Jumlah
3.5	Pembuatan Alat Lontar dan Adaptasi Alat	
3.6	Analisa Persiapan Kerja	
3.7	Latihan Relaksasi	
3.8	Analisa dan Intervensi, Persepsi, Kognitif, Psikomotorik	
3.9	Okupasiterapi Anak	
3.10	Lain-lain	
4	Terapi Wicara	
4.1	Fungsi Bicara	
4.2	Fungsi Bahasa / Laku	
4.3	Fungsi Menelan	
4.4	Terapi Wicara Anak	
4.5	Lain-lain	
5	Psikologi	
5.1	Psikologi Anak	
5.2	Psikologi Dewasa	
5.3	Lain-lain	
6	Sosial Medik	
6.1	Evaluasi Lingkungan Rumah	
6.2	Evaluasi Ekonomi	
6.3	Evaluasi Pekerjaan	
6.4	Lain-lain	
7	Ortotik Prostetik	
7.1	Pembuatan Alat Bantu	
7.2	Pembuatan Alat Anggota Tiruan	
7.3	Lain-Lain	
99	TOTAL	

Pengisian formulir 3.13 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Rehabilitasi Medik sebagai berikut:

1. Data kegiatan rehabilitasi medik diisi dengan jumlah kegiatan atau tindakan yang telah diberikan kepada pasien rehabilitasi medik sesuai dengan jenis tindakannya.
2. Jenis tindakan yang dilaporkan meliputi medis, fisioterapi, okupasiterapi, terapi wicara, psikologi, sosial medis, dan ortotik prostetik.
3. Tindakan medis yang dilaporkan meliputi *Gait Analyzer*, *E M G*, *Uro Dinamic*, *Side Back*, *E N Tree*, *Spyrometer*, *Static Bicycle*, *Tread Mill*, *Body Platysmograf*, dan lain-lain.
4. Fisioterapi yang dilaporkan meliputi latihan fisik, aktinoterapi, elektroterapi, hidroterapi, traksi lumbal dan cervical, dan lain-lain, dilaporkan tanpa membedakan usia.
5. Khusus fisioterapi anak dilaporkan jumlah fisioterapi yang dilakukan pada anak di jenis fisioterapi apapun.
6. Okupasiterapi yang dilaporkan meliputi *Snoosien Room*, Sensori Integrasi, latihan aktivitas kehidupan sehari-hari, *proper body* mekanik, pembuatan alat lontar dan adaptasi alat, analisa persiapan kerja, latihan relaksasi, analisa dan intervensi, persepsi, kognitif, psikomotorik, dan lain-lain, dilaporkan tanpa membedakan usia.
7. Khusus okupasiterapi anak dilaporkan jumlah okupasiterapi yang dilakukan pada anak di jenis okupasiterapi apapun.

8. Terapi wicara yang dilaporkan meliputi fungsi bicara, fungsi bahasa/laku, fungsi menelan, dan lain-lain, dilaporkan tanpa membedakan usia.
9. Khusus terapi wicara anak dilaporkan jumlah terapi wicara yang dilakukan pada anak di jenis terapi wicara apapun.
10. Psikologi yang dilaporkan meliputi psikologi anak, psikologi dewasa, dan lain-lain.
11. Sosial medik yang dilaporkan meliputi evaluasi lingkungan rumah, evaluasi ekonomi, evaluasi pekerjaan, dan lain-lain. Layanan sosial medik dilakukan oleh pekerja sosial medik di RS.
12. Ortotik Prostetik yang dilaporkan meliputi pembuatan alat bantu, pembuatan alat anggota tiruan, dan lain-lain.
13. Kegiatan rehabilitasi medik yang belum tercantum pada jenis tindakan yang telah ditetapkan, maka dilaporkan pada baris lain-lain di setiap kelompok jenis tindakan.

N. Formulir RL 3.14 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Khusus

Formulir rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Khusus dilaporkan **bulanan** dengan data yang bersumber dari berbagai instalasi/unit/bagian terkait di rumah sakit.

No.	Jenis Kegiatan	Jumlah
1	Elektro Kardiographi (EKG)	
2	Elektro Myographi (EMG)	
3	Echo Cardiographi (ECG)	
4	Endoskopi (semua bentuk)	
5	Hemodialisa	
6	Densometri Tulang	
7	Pungsi	
8	Spirometri	
9	Tes Kulit/Alergi/Histamin	
10	Topometri	
11	Akupunktur Medik	
12	Akupunktur Tradisional	
13	Akupressur	
14	Herbal/Jamu	
15	Pijat Baduta	
16	Kunjungan Rumah (Homecare)	
16.1	Kunjungan Rumah (Homecare) Non Lansia	
16.2	Rehabilitasi Medis Lansia	
16.3	Pemeriksaan Medis Umum dan Spesialis Bagi Lansia	
16.4	Asuhan dan/atau Tindakan Keperawatan Bagi Lansia	
16.5	Kunjungan Rumah (Homecare) Lansia Lainnya	
17	Tidak lanjut lesi pra Kanker Leher Rahim	
18	Lain-Lain	
99	TOTAL	

Pengisian formulir 3.14 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Khusus sebagai berikut:

1. Data kegiatan pelayanan khusus diisi dengan jumlah pelayanan khusus yang diberikan menurut jenis kegiatan pelayanannya.
2. Jika satu jenis kegiatan dilakukan di beberapa instalasi/unit/bagian maka angka yang dilaporkan adalah penjumlahan angka-angka dari instalasi/unit/bagian yang melakukan kegiatan tersebut.

Contoh: Untuk Rumah Sakit besar (Rumah Sakit kelas A dan B), maka alat untuk pemeriksaan Elektro Kardiografi (EKG) ada di poli Jantung, poli Penyakit Dalam, poli Kebidanan, Instalasi Gawat Darurat dan sebagainya, maka kegiatan yang dilaporkan merupakan penjumlahan dari beberapa poli/instalasi tersebut.

3. Akupunktur Medik merupakan cabang ilmu kedokteran berupa perangsangan pada titik tertentu dipermukaan tubuh berlandaskan pada ilmu biomedik dan berbasis bukti klinis dalam upaya promotif, preventif, rehabilitatif, dan kuratif.
4. Akupunktur Tradisional merupakan ilmu pengobatan tradisional dengan prinsip keseimbangan fungsi organ yang menggunakan stimulasi titik akupunktur dalam rangka menyeimbangkan fungsi organ agar tubuh sehat.
5. Akupressur merupakan salah satu bentuk pengobatan tradisional keterampilan dengan cara menekan titik-titik akupunktur menggunakan jari atau benda tumpul di permukaan tubuh, dalam rangka mendukung upaya promotif, preventif, dan rehabilitatif.
6. Herbal/Jamu merupakan 2 hal yang berbeda. Herbal merupakan tumbuhan yang telah diidentifikasi dan diketahui berdasarkan pegamatan manusia memiliki senyawa bermanfaat untuk mencegah, menyembuhkan penyakit, melakukan fungsi biologis tertentu. Jamu merupakan warisan leluhur bangsa yang telah dimanfaatkan secara turun temurun untuk pengobatan dan pemeliharaan kesehatan.
7. Pijat Baduta merupakan pemberian stimulus pada anak di bawah dua tahun dengan keterampilan teknik manual yang efektif, dapat mempengaruhi sistem saraf, kekebalan tubuh dan hormon.
8. Kegiatan Kunjungan Rumah (*Homecare*) merupakan kegiatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan ke tempat tinggal pasien, terdiri dari kunjungan rumah (*homecare*) non lansia, rehabilitasi medis lansia, pemeriksaan medis umum dan spesialis bagi lansia, asuhan dan/atau tindakan keperawatan bagi lansia, serta kunjungan rumah (*homecare*) lansia lainnya.
9. Tindak lanjut lesi pra Kanker Leher Rahim merupakan tindakan tata laksana lesi hasil pemeriksaan IVA Positif (inspeksi visual asam asetat) di FKTP yang dirujuk ke FKRTL.
10. Kegiatan pelayanan khusus yang belum tercantum pada jenis kegiatan yang telah ditetapkan, dilaporkan pada baris lain-lain.
11. Total merupakan penjumlahan dari setiap jenis kegiatan pelayanan khusus.

O. Formulir RL 3.15 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Kesehatan Jiwa

Formulir rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Kesehatan Jiwa dilaporkan **tahunan** dengan data yang bersumber dari poli Psikiatri atau poli Kesehatan Jiwa atau poli umum yang melayani kesehatan jiwa.

No.	Jenis Kegiatan	Laki-laki	Perempuan	Jumlah
1	Pemeriksaan Psikiatri			
2	Penatalaksanaan Medikamentosa			
3	Psikoterapi			
4	Konseling			
5	Elektro Medik			
6	Terapi Perilaku			
7	Rehabilitasi Medik Psikiatrik			
8	<i>Assessment</i>			
99	TOTAL			

Pengisian formulir 3.15 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Kesehatan Jiwa sebagai berikut:

1. Data kegiatan kesehatan jiwa diisi dengan jumlah kegiatan pelayanan kesehatan jiwa yang diberikan menurut jenis kegiatannya.
2. Jenis kegiatan pelayanan kesehatan jiwa meliputi pemeriksaan psikiatri, penatalaksanaan Medikamentosa, psikoterapi, konseling, elektro medik, terapi perilaku, rehabilitasi medik psikiatrik, dan *assessment*.
3. Jumlah dilaporkan menurut jenis kelamin pasien yaitu laki-laki dan Perempuan.
4. Jika penderita dalam satu kunjungan memperoleh terapi lebih dari satu macam, maka kunjungan dicatat pada terapi utama yang diterima penderita tersebut pada saat kunjungan.
5. Pemeriksaan Psikiatri merupakan pemeriksaan yang digunakan untuk penegakan diagnosis.
6. Jika ada terapi tambahan bagi pelayanan jiwa berupa terapi okupasi dan terapi wicara, maka dilaporkan di formulir laporan pelayanan rehabilitasi medik.

P. Formulir RL 3.16 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Keluarga Berencana

Formulir rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Keluarga Berencana dilaporkan **tahunan** dengan data yang bersumber dari poli Kebidanan, poli KB, dan/atau poli Umum yang menangani Kesehatan ibu dan Anak (KIA) dan/atau Keluarga Berencana (KB).

No.	Jenis Pelayanan Keluarga Berencana	Pelayanan KB				Komplikasi KB	Kegagalan KB	Efek Samping	Drop Out
		Pasca Persalinan	Pasca Keguguran	Interval	Total				
1	Tubektomi/MOW/Sterilisasi wanita								
2	Vasektomi/MOP/Sterilisasi pria								
3	Implan								
4	Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) / <i>Intra Uterine Device</i> (IUD)								
5	Suntik								
6	Pil								
7	Kondom								
8	MAL (Metode Amenore Laktasi)								
99	TOTAL								

Pengisian formulir 3.16 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Keluarga Berencana sebagai berikut:

1. Data kegiatan pelayanan Keluarga Berencana diisi dengan jumlah kegiatan KB pada periode 1 (satu) tahun berdasarkan metodenya.
2. Pelayanan KB *Pasca* persalinan diisi dengan jumlah kegiatan pelayanan KB yang diberikan kepada pasien maternal setelah bersalin (0-42 hari *pasca* melahirkan) dengan semua metode modern.
3. Pelayanan KB *Pasca* keguguran diisi dengan jumlah kegiatan pelayanan KB yang diberikan kepada pasien maternal setelah keguguran (0-14 hari *pasca* keguguran) dengan semua metode modern.
4. Pelayanan KB Interval diisi dengan jumlah kegiatan pelayanan KB interval yang diberikan kepada pasien akseptor KB.
5. Metode yang diberikan antara lain Tubektomi/MOW/Sterilisasi wanita, Vasektomi/MOP/Sterilisasi pria, implan, Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/ *Intra Uterine Device* (IUD), suntik, pil, kondom, dan MAL (Metode Amenore Laktasi).

6. Komplikasi KB diisi dengan jumlah kegiatan yang diberikan kepada pasien KB yang mengalami komplikasi KB sesuai dengan metode kontrasepsi yang digunakan.
7. Kegagalan KB diisi dengan jumlah kegiatan yang diberikan kepada Akseptor KB yang mengalami kegagalan KB/mengalami kehamilan sesuai dengan metode kontrasepsi yang digunakan.
8. Efek samping KB diisi dengan jumlah kegiatan yang diberikan kepada Akseptor KB yang mengalami efek samping yang tidak diinginkan sesuai dengan metode kontrasepsi yang digunakan.
9. *Drop out* diisi dengan jumlah kegiatan yang diberikan kepada Akseptor KB yang tidak melanjutkan penggunaan alat kontrasepsi.
10. Total pelayanan KB menjumlahkan kegiatan pelayanan KB *pasca* persalinan + *pasca* peguguran + interval.
11. Total di baris paling bawah menjumlahkan kegiatan pelayanan KB dari setiap metode.

Q. Formulir RL 3.17 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Farmasi RS - Pengadaan Obat

Formulir rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Farmasi Rumah Sakit – Pengadaan Obat dilaporkan **tahunan** dengan data yang bersumber dari Instalasi Farmasi.

No	Golongan Obat	Jumlah Item Obat	Jumlah Item Obat Yang Tersedia Di Rumah Sakit
1	Obat Generik Formularium Nasional		
2	Obat Generik Non Formularium Nasional		
3	Obat Non Generik Formularium Nasional		
4	Obat Non Generik Non Formularium Nasional		
99	Total		

Pengisian formulir 3.17 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Farmasi Rumah Sakit – Pengadaan Obat sebagai berikut:

1. Data yang dilaporkan adalah jumlah item obat dan jumlah item obat yang tersedia di rumah sakit pada akhir tahun sesuai dengan golongan obatnya.
2. Jumlah item obat diisi dengan jumlah item obat sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
3. Jumlah item obat yang tersedia di rumah sakit adalah jumlah item obat di akhir tahun (saat laporan dibuat) yang masih menjadi stok rumah sakit.
4. Obat Generik Formularium Nasional (Fornas): obat generik yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.
5. Obat Generik non Formularium Nasional: obat generik yang tidak tercantum dalam formularium nasional namun dibutuhkan pada pelaksanaan pelayanan kesehatan.
6. Obat Non Generik Formularium Nasional (Fornas): obat non generik (obat paten) yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.
7. Obat Non Generik Non Formularium Nasional: obat non generik (obat paten) yang tidak tercantum di formularium nasional namun dibutuhkan pada pelaksanaan pelayanan kesehatan.
8. Item obat terdiri dari nama atau merk dagang, kekuatan, satuan, dan sediaan obat. Beberapa contoh item obat sebagai berikut:
 - a. Analog Insulin Prandial: insulin glulisin 100 IU/mL (kemasan vial, disposable cartridge, penfill cartridge) injection,

- b. Alektinib 150 mg kapsul,
- c. Amfoterisin B 1% salep mata,
- d. Amoksisilin 100 mg/ml drops,
- e. Domperidon 10 mg tablet,
- f. Lidokain 10% spray topical,
- g. Lidokain 2% gel, dan sebagainya.

R. Formulir RL 3.18 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Farmasi Rumah Sakit - Resep

Formulir rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Farmasi Rumah Sakit - Resep dilaporkan **tahunan** dengan data yang bersumber dari Instalasi Farmasi.

No	Golongan Obat	Rawat Jalan	IGD	Rawat Inap
1	Obat Generik Formularium Nasional			
2	Obat Generik Non Formularium Nasional			
3	Obat Non Generik Formularium Nasional			
4	Obat Non Generik Non Formularium Nasional			
99	Total			

Pengisian formulir 3.18 Rekapitulasi Kegiatan Pelayanan Farmasi Rumah Sakit - Resep sebagai berikut:

1. Data yang dilaporkan adalah jumlah resep yang diberikan ke pasien di rawat jalan, IGD, dan rawat inap sesuai dengan golongan obatnya.
2. Penulisan resep sama seperti item obat, jika rumah sakit masih memberikan resep secara manual, maka dokter akan menuliskan dalam kertas resep dengan tanda R/ untuk 1 item obat. Jika dalam 1 kertas resep tertulis lebih dari 1 R/, maka dihitung jumlah resep sebanyak R/.
3. Penjelasan golongan obat yang ada pada RL 3.18 sama seperti golongan obat yang ada di RL 3.17.

S. Formulir RL 3.19 Rekapitulasi Cara Bayar

Formulir rekapitulasi Cara Bayar dilaporkan **tahunan** dengan data yang bersumber dari unit pembayaran.

No	Cara Pembayaran	Pasien Rawat Inap		Jumlah Pasien Rawat Jalan	Jumlah Pasien Rawat Jalan		
		Jumlah Pasien Keluar	Jumlah Lama Dirawat		Laboratorium	Radiologi	Lain-lain
1	Membayar Sendiri						
2	Asuransi						
2.1	Asuransi JKN (BPJS Kesehatan)						
2.2	Asuransi Pemerintah Daerah (Jamkesda)						
2.3	Asuransi Pemerintah Lainnya						
2.4	Asuransi Swasta						
3	Keringanan (Cost Sharing)						
4	Gratis						
4.1	Kartu Sehat						
4.2	Keterangan Tidak Mampu						
4.3	Lain-Lain						
99	TOTAL						

Pengisian formulir 3.19 Rekapitulasi Cara Bayar sebagai berikut:

1. Data yang dilaporkan berupa cara pembayaran yang dilakukan oleh pasien di rawat inap, rawat darurat, maupun rawat jalan, termasuk unit penunjang seperti laboratorium, radiologi, dan lainnya yang sudah keluar dari rumah sakit.
2. Jumlah Pasien Keluar diisi dengan jumlah pasien rawat inap yang sudah keluar, baik hidup maupun mati, selama periode satu tahun, sesuai cara pembayarannya.
3. Jumlah Lama Dirawat diisi dengan jumlah lama dirawat seluruh pasien rawat inap yang sudah keluar rumah sakit, baik hidup maupun mati, selama periode satu tahun, sesuai cara pembayarannya.
4. Jumlah pasien rawat jalan merupakan penjumlahan jumlah pasien yang keluar dari laboratorium, radiologi, dan lainnya selama periode satu tahun, sesuai cara pembayarannya. Pasien poliklinik dan pasien rawat darurat yang tidak lanjut ke rawat inap masuk dalam kolom lain-lain.
5. Membayar sendiri diisi dengan jumlah pasien yang membayar sendiri baik dengan tunai maupun non tunai tanpa adanya peran serta dari pihak ke-3.
6. Asuransi terdiri dari Asuransi JKN (BPJS Kesehatan), Asuransi Pemerintah Daerah (Jamkesda), Asuransi Pemerintah Lainnya, dan Asuransi Swasta.
7. Asuransi JKN (BPJS Kesehatan) diisi dengan jumlah pasien yang membayar dengan menggunakan asuransi JKN (BPJS Kesehatan) atau KIS (Kartu Indonesia Sehat).
8. Asuransi Pemerintah Daerah (Jamkesda) diisi dengan jumlah pasien yang membayar menggunakan asuransi dari Pemerintah Daerah suatu kabupaten atau provinsi.
9. Asuransi Pemerintah Lainnya diisi dengan jumlah pasien yang membayar menggunakan asuransi dari pemerintah lainnya selain dari BPJS ataupun Jamkesda, seperti asuransi Jasaraharja, ASABRI, BPJS Ketenagakerjaan, dan sebagainya.
10. Asuransi Swasta diisi dengan jumlah pasien yang membayar menggunakan asuransi yang dikelola suatu perusahaan atau badan usaha non pemerintah.
11. Keringanan (*Cost Sharing*) diisi dengan jumlah pasien yang membayar dengan mendapatkan keringanan dari Rumah Sakit, seperti adanya potongan harga atau diskon karena kebijakan dari rumah sakit, atau pasien hanya membayar harga tagihan dasar tanpa tambahan biaya lainnya.
12. Gratis berarti pasien dibebaskan dari pembayaran dan rumah sakit tidak menagihkan atau tidak mengklaim pembayaran ke pihak manapun, dengan kata lain biaya ditanggung sepenuhnya oleh rumah sakit, bisa dengan/atau tanpa syarat tertentu:
 - a. Kartu Sehat diisi dengan jumlah pasien gratis dengan syarat memiliki Kartu Sehat.
 - b. Keterangan Tidak Mampu diisi dengan jumlah pasien gratis dengan syarat memiliki Surat Keterangan Tidak Mampu yang dikeluarkan oleh pihak kelurahan atau desa.
 - c. Lain-lain diisi dengan jumlah pasien gratis dengan atau tanpa syarat lainnya.

7. Kelompok umur terdiri dari:
- | | | | | |
|-----------------------|-----------------|----------------|----------------|---------------------|
| a. <1 jam | f. 3 - <6 bulan | k. 15-19 tahun | p. 40-44 tahun | u. 65-69 tahun |
| b. 1-23 jam | g. 6-11 bulan | l. 20-24 tahun | q. 45-49 tahun | v. 70-74 tahun |
| c. 1-7 hari | h. 1-4 tahun | m. 25-29 tahun | r. 50-54 tahun | w. 75-79 tahun |
| d. 8-28 hari | i. 5-9 tahun | n. 30-34 tahun | s. 55-59 tahun | x. 80-84 tahun, dan |
| e. 29 hari - <3 bulan | j. 10-14 tahun | o. 35-39 tahun | t. 60-64 tahun | y. ≥85 tahun. |
8. Dalam membuat laporan kompilasi penyakit/morbiditas pasien rawat inap, harap diperhatikan tentang koding yang hanya ada di pasien rawat inap saja, seperti koding untuk ibu melahirkan atau bayi baru lahir hanya ada di rawat inap, sedangkan koding kontrol kehamilan, imunisasi, kontrol setelah melahirkan tentunya tidak ada di rawat inap tetapi ada di rawat jalan.
9. Selain itu juga harap diperhatikan tentang jenis kelamin untuk diagnosa tertentu, misalnya ibu melahirkan tentunya dengan jenis kelamin perempuan, atau penyakit yang berhubungan dengan masa haid, jika dilihat di ICD-10, maka untuk kode O, hanya untuk perempuan saja. Begitu juga kode ICD-10 yang hanya untuk laki-laki saja, seperti kode yang berhubungan dengan penyakit prostat, neoplasma prostat, testis, atau neoplasma alat kelamin pria lainnya.
10. Perhatikan juga kelompok umur, ada beberapa jenis penyakit yang tidak mungkin ada pada umur tertentu, seperti untuk pasien umur 0-28 hari jika penyakitnya berhubungan dengan masa perinatal maka bisa menggunakan kode P. Penyakit karies gigi tidak akan terdapat pada pasien umur 0 – 28 hari karena pada umumnya di umur tersebut gigi belum tumbuh.
11. Kode ICD-10 yang hanya ada di jenis kelamin laki-laki yaitu B26.0, C60-C63, D07.4-D07.6, D17.6, D29, D40, E29, E89.5, F52.4, I86.1, L29.1, N40-N51, Q53-Q55, R86, S31.2-S31.3, dan Z12.5.
12. Kode ICD-10 yang hanya ada di jenis kelamin perempuan yaitu A34, B37.3, C51-C58, C79.6, D06, D07.0-D07.3, D25-D28, D39, E28, E89.4, F52.5, F53, I86.3, L29.2, L70.5, M80.0-M80.1, M81.0-M81.1, M83.0, N70-N98, N99.2-N99.3, O00-O99, P54.6, Q50-Q52, R87, S31.4, S37.4-S37.6, T19.2-T19.3, T83.3, Y76, Z01.4, Z12.4, Z30.1, Z30.3, Z30.5, Z31.1, Z31.2, Z32-Z37, Z39, Z43.7, Z87.5, dan Z97.5.
13. Kode ICD-10 yang tidak ada di rawat inap yaitu R00 - R99 dan Z23-Z27.
14. Kode O, Z32-Z37, dan Z39 hanya diisi pada kelompok umur mulai 10 th s.d. 64th.
15. Kode P dan Z38 hanya diisi pada kelompok umur mulai <1 jam s.d. 28hr.
16. Kode Z00.1 hanya diisi pada kelompok umur mulai <1 jam s.d. 14th.
17. Kode Z30-Z31 hanya diisi pada kelompok umur mulai 10 th, dst.

B. Formulir RL 4.2 10 Besar Penyakit Rawat Inap

Formulir 10 Besar Penyakit Rawat Inap dilaporkan **bulanan** dengan data yang **bersumber dari formulir RL 4.1 Kompilasi Penyakit/Morbiditas Pasien Rawat Inap**.

No.	Kelompok ICD-10	Kelompok Diagnosis Penyakit	Jumlah Pasien Hidup dan Mati Menurut Jenis Kelamin			Jumlah Pasien Keluar Mati		
			L	P	Total	L	P	Total
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Pengisian formulir RL 4.2 10 Besar Penyakit Rawat Inap sebagai berikut:

1. Data 10 Besar Penyakit Rawat Inap merupakan hasil dari Kompilasi Penyakit/Morbiditas Pasien Rawat Inap, yang dikelompokkan berdasarkan Kelompok ICD-10 kemudian diurutkan dari yang terbesar ke kecil berdasarkan angka di kolom Total Pasien Keluar Hidup dan Mati.
2. Kelompok ICD-10 terdiri dari 1 huruf dan 2 angka, contoh: A00, A01, C34, dan sebagainya.
3. Kode ICD-10 yang tidak masuk dalam 10 Besar Penyakit Rawat Inap yaitu O80, O82, R, V, W, X, Y, dan Z, hal ini karena kode-kode tersebut tidak termasuk dalam penyakit.

C. Formulir RL 4.3 10 Besar Kematian Penyakit Rawat Inap

Formulir 10 Besar Kematian Rawat Inap dilaporkan **bulanan** dengan data yang **bersumber dari formulir RL 4.1 Kompilasi Penyakit/Morbiditas Pasien Rawat Inap**.

No.	Kelompok ICD-10	Kelompok Diagnosis Penyakit	Jumlah Pasien Hidup dan Mati Menurut Jenis Kelamin			Jumlah Pasien Keluar Mati		
			L	P	Total	L	P	Total
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Pengisian formulir RL 4.3 10 Besar Kematian Rawat Inap sebagai berikut:

1. Data 10 Besar Kematian Rawat Inap merupakan hasil dari Kompilasi Penyakit/Morbiditas Pasien Rawat Inap, yang dikelompokkan berdasarkan Kelompok ICD-10 kemudian diurutkan dari yang terbesar ke kecil berdasarkan angka di kolom Total Pasien Keluar Mati.
2. Kelompok ICD-10 terdiri dari 1 huruf dan 2 angka, contoh: A00, A01, C34, dan sebagainya.
3. Kode ICD-10 yang tidak masuk dalam 10 Besar Kematian Rawat Inap yaitu O80, O82, R, V, W, X, Y, dan Z, hal ini karena kode-kode tersebut tidak termasuk dalam penyakit.

7. Jumlah kasus baru menurut jenis kelamin merupakan hasil penjumlahan dari rincian data per jenis kelamin.
8. Total kasus baru merupakan hasil penjumlahan dari jumlah kasus baru menurut jenis kelamin (L + P).
9. Jumlah kunjungan menurut jenis kelamin tidak boleh kurang dari jumlah kasus baru menurut jenis kelamin.
10. Total kunjungan merupakan hasil penjumlahan dari jumlah kunjungan menurut jenis kelamin (L + P).
11. Kelompok umur terdiri dari:

a. <1 jam	f. 3 - <6 bulan	k. 15-19 tahun	p. 40-44 tahun	u. 65-69 tahun
b. 1-23 jam	g. 6-11 bulan	l. 20-24 tahun	q. 45-49 tahun	v. 70-74 tahun
c. 1-7 hari	h. 1-4 tahun	m. 25-29 tahun	r. 50-54 tahun	w. 75-79 tahun
d. 8-28 hari	i. 5-9 tahun	n. 30-34 tahun	s. 55-59 tahun	x. 80-84 tahun, dan
e. 29 hari - <3 bulan	j. 10-14 tahun	o. 35-39 tahun	t. 60-64 tahun	y. ≥85 tahun.
12. Kode ICD-10 yang hanya ada di jenis kelamin laki-laki yaitu B26.0, C60-C63, D07.4-D07.6, D17.6, D29, D40, E29, E89.5, F52.4, I86.1, L29.1, N40-N51, Q53-Q55, R86, S31.2-S31.3, dan Z12.5.
13. Kode ICD-10 yang hanya ada di jenis kelamin perempuan yaitu A34, B37.3, C51-C58, C79.6, D06, D07.0-D07.3, D25-D28, D39, E28, E89.4, F52.5, F53, I86.3, L29.2, L70.5, M80.0-M80.1, M81.0-M81.1, M83.0, N70-N98, N99.2-N99.3, O00-O99, P54.6, Q50-Q52, R87, S31.4, S37.4-S37.6, T19.2-T19.3, T83.3, Y76, Z01.4, Z12.4, Z30.1, Z30.3, Z30.5, Z31.1, Z31.2, Z32-Z37, Z39, Z43.7, Z87.5, dan Z97.5.
14. Kode ICD-10 yang tidak ada di rawat jalan yaitu O60 - O75, O80 - O84, O85 - O92, P95, dan Z38.
15. Kode O, Z32-Z37, dan Z39 hanya diisi pada kelompok umur mulai 10 th s.d. 64th.
16. Kode P01-P94 dan P96 hanya diisi pada kelompok umur mulai <1 jam s.d. 28hr.
17. Kode Z00.1 hanya diisi pada kelompok umur mulai <1 jam s.d. 14th.
18. Kode Z30-Z31 hanya diisi pada kelompok umur mulai 10 th, dst.

B. Formulir RL 5.2 10 Besar Kasus Baru Penyakit Rawat Jalan

Formulir 10 Besar Kasus Baru Penyakit Rawat Jalan dilaporkan **bulanan** dengan data yang **bersumber dari formulir RL 5.1 Kompilasi Penyakit/Morbiditas Pasien Rawat Jalan**.

No.	Kelompok ICD-10	Kelompok Diagnosis Penyakit	Jumlah Kasus Baru Menurut Jenis Kelamin			Jumlah Kunjungan		
			L	P	Total	L	P	Total
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Pengisian formulir RL 5.2 10 Besar Kasus Baru Penyakit Rawat Jalan sebagai berikut:

1. Data 10 Besar Kasus Baru Penyakit Rawat Jalan merupakan hasil dari Kompilasi Penyakit/Morbiditas Pasien Rawat Jalan, yang dikelompokkan berdasarkan Kelompok ICD-10 kemudian diurutkan dari yang terbesar ke kecil berdasarkan angka di kolom Total Kasus Baru.
2. Kelompok ICD-10 terdiri dari 1 huruf dan 2 angka, contoh: A00, A01, C34, dan sebagainya.
3. Kode ICD-10 yang tidak masuk dalam 10 Besar Penyakit Rawat Jalan yaitu O80, O82, R, V, W, X, Y, dan Z, hal ini karena kode-kode tersebut tidak termasuk dalam penyakit.

C. Formulir RL 5.3 10 Besar Kunjungan Penyakit Rawat Jalan

Formulir 10 Besar Kunjungan Penyakit Rawat Jalan dilaporkan **bulanan** dengan data yang **bersumber dari formulir RL 5.1 Kompilasi Penyakit/Morbiditas Pasien Rawat Jalan**.

No.	Kelompok ICD-10	Kelompok Diagnosis Penyakit	Jumlah Kasus Baru Menurut Jenis Kelamin			Jumlah Kunjungan		
			L	P	Total	L	P	Total
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Pengisian formulir RL 5.3 10 Besar Kunjungan Penyakit Rawat Jalan sebagai berikut:

1. Data 10 Besar Kunjungan Penyakit Rawat Jalan merupakan hasil dari Kompilasi Penyakit/Morbiditas Pasien Rawat Jalan, yang dikelompokkan berdasarkan Kelompok ICD-10 kemudian diurutkan dari yang terbesar ke kecil berdasarkan angka di kolom Total Kunjungan.
2. Kelompok ICD-10 terdiri dari 1 huruf dan 2 angka, contoh: A00, A01, C34, dan sebagainya.
3. Kode ICD-10 yang tidak masuk dalam 10 Besar Kematian Rawat Inap yaitu O80, O82, R, V, W, X, Y, dan Z, hal ini karena kode-kode tersebut tidak termasuk dalam penyakit.

PENUTUP

Petunjuk Teknis Pelaporan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Revisi 6.3 ini diharapkan dapat menjelaskan cara pengisian formulir pelaporan SIRS bagi petugas di rumah sakit. Petunjuk teknis ini masih dapat diperbarui jika dalam pelaksanaan pelaporan SIRS revisi 6.3 dirasa ada beberapa hal yang kurang jelas atau kurang lengkap.

Terkait hal tersebut, rumah sakit dan dinas kesehatan dapat menyampaikan melalui pic wilayah kami yang sudah bergabung dalam forum komunikasi wilayah seperti WhatsApp Grup / Telegram Grup, atau bisa juga menyampaikan ke:

Tim Kerja Informasi dan Hubungan Masyarakat
Sekretariat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
e-mail: infomonev.yankes@gmail.com