BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Derajat kesehatan masyarakat yang optimal adalah tingkat kondisi kesehatan yang tinggi dan mungkin dicapai pada suatu saat yang sesuai dengan kondisi dan situasi serta kemampuan yang nyata dari setiap orang atau masyarakat dan harus selalu diusahakan peningkatannya secara terus menerus. Menurut UU .36 Tahun 2009 tentang kesehatan, dalam pasal 152 menyatakan bahwa pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat bertanggung jawab melakukan upaya pencegahan, pengendalian, pemberantasan penyakit menular serta akibat yang ditimbulkannya(Kemenkes RI, 2009)

Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat danatau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upayapelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat(Kemenkes RI, 2009). Ketersediaan fasilitas dengan mutu pelayanan yang baik akan mempercepat perwujudan derajat kesehatan masyarakat, dengan menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang bermutu secara merata dan terjangkau akan meningkatkan akses masyarakat ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Pusat kesehatan masyarakat merupakan unit pelayanan kesehatan di tingkat kecamatan dan merupakan Unit Pelaksanaan Teknis Daerah (UPTD) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.Tujuan dari Puskesmas adalah mendukung tercapainya pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesadaran,

kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Fungsi Puskesmas adalah bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggungjawab puskesmas salah satunya adalah Pelayanan kesehatan perorangan, pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk Puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap (Kemenkes, 2004).

Puskesmas dalam menjalankan fungsinya, harus tersedia data dan informasi yang digunakan untuk pengambilan keputusan, baik untuk peningkatan pelayanan di Puskesmas, maupun untuk pengambilan keputusan di tingkat Kabupaten/Kota. Kegiatan pencatatan dan pelaporan pelayanan kesehatan merupakan proses untuk mendapatkan data dan informasi yang dibutuhkan untuk kepentingan pelayanan medik dan manajemen pelayanan kesehatan (Dinkes Prov Jatim, 2013).

Penyelenggaraan pelayanan Puskesmas diharuskan melakukan pencatatan dan pelaporan khusus kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang selanjutnya meneruskanya ke Dinas Kesehatan Provinsi, pada Puskesmas rawat inap pencatatan, pelaporan dan visualisasi data. Pencatatan pada upaya rawat inap terdiri sembilan pencatatan yang terdiri rekam medis rawat inap, register pasien rawat inap,catatan medis rawat inap, formulir asuhan keperawatan rawat inap,

resume rawat inap, surat rujukan, informed consent, resep, pemeriksaan laboratorium.

Pelaporan pada upaya rawat inap terdiri dari pelaporan yaitu laporan harian, laporan bulanan, BOR LOS dan , laporan 10 penyakit terbanyak (Dinkes Prov Jatim, 2013). Kepuasan pasien atau masyarakat akan pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas sangat dipengaruhi oleh kecepatan dan ketepatan dari para petugas dalam menangani pasien, dimulai dari pasien mendaftar hingga pasien tersebut diperiksa oleh tenaga medis sampai dengan mendapatkan obat untuk penyakit yang dikeluhkannya (Endah, 2013)

Pengolahan data pada Puskesmas merupakan salah satu komponen yang sangat penting, untuk meningkatkan mutu pelayanan terhadap masyarakat di bidang kesehatan, sistem yang terkomputerisasi sangat diperlukan karena pelayanan yang diberikan pada Puskesmas juga harus cepat dan akurat, misalnya mengatasi sistem pengolahan data pasien rawat inap yang selama ini digunakan. Pengolahan data secara konvensional mempunyai banyak kelemahan, diantaranya membutuhkan waktu yang lama(Endah, 2013)

Puskesmas Prambon adalah salah satu Puskesmas yang ada di kabupaten Sidoarjo, wilayah kerja Puskesmas Prambon meliputi 20 desa dengan 18.774 rumah tangga atau sekitar 81.052 jiwa. Puskesmas Prambon adalah salah satu Puskesmas rawat inap yang ada di kabupaten Sidoarjo, dengan kapasitas tempat tidur terdiri dari 20 tempat tidur terdiri dari satu ruang anak (3 tempat tidur), satu ruang diare (2 tempat tidur), satu bangsal perempuan (6 tempat tidur), satu bangsal laki-laki (6 tempat tidur) dan satu ruang kelas (3 temapt tidur), dengan

jumlah tenaga kesehatan 24 tenaga kesehatan yang terdiri dari 3 dokter umum dan 20 perawat dengan yang terdiri dari kepala ruangdengan tugas rangkap untuk mengelolah kegiatan administrasi dankegiatan keperawatan,wakil kepala ruang dan 18 perawat pelaksana yangdibagi menjadi 3 shif dan dibagi menjadi dua yaitu pelayanan UGD dan perawatan di rawat inap (Puskesmas Prambon, 2013).

Penilaian standar Puskesmas rawat inap adalah adanya pencatatan, pelaporan dan visualisasi data, pelaporan dilakukan setiap bulannya dan setiap tahunnya ke Dinas Kesehatan (Dinkes Prov Jatim, 2013). Pencatatan yang dilakukan di Puskesmas Prambon adalah pencatatan yang dilakukan untuk setiap pasien yang terdiri dari identitas pasien, tanggal masuk keluar, kondisi keluar (sembuh, meninggal, pulang paksa), catatan medis, catatan tindakan keperawatan, catatan pemeriksaan penunjang, catatan penggunaan obat.

Data kegiatan pelayanan pasien atau status pasien di catat pada buku registrasi pasien yang terdiri dari variabel mor register perawatan, tanggal masuk, nama, umur, alamat, jenis kelamin, diagnosa masuk, diagnosa keluar, tanggal masuk, tanggal pulang, lamaperawatan, keterangan rujuk dan keterangan kartu yang digunakan, pencatatan dilakukakan kembali untuk memperoleh data agregrat seluruh jumlah kunjungan berdasarkan jenis penyakit, yang dipakaisebagai acuan untuk menghasilkan informasi guna mendukungkeputusan manajemen dalam merencanakan,mengorganisasikan, mengendalikan, melaksanakan dan mengevaluasi pelayanan rawat inap.

Kegiatan pelayanan pasien rawat inap di Puskesmas Prambon dimulai dengan penerimaan pasien, registrasi pasien rawat inap dilakukan di dua pintu

yaitu penerimaan dari poli BP dan UGD, penerimaan pasien rawat inap pagi mendapatkan register sedang pasien rawat inap yang masuk sore dan malam tidak mendapatkan nomor register, sehingga membuat tidak semua pasien rawat inap mendapat nomor register.

Nomor laporan perawatanyang khususbelum tersedia untuk pelayanan rawat inap membuat terjadinya *redundant*data karena tidak bisa diketahui pasien lama atau baru, hal ini membuat penghitungan distribusi jumlah penyakit di hitung berdasarkan jumlah kunjungan, dimana penghitungannya tidak sesuai dengan pengukuran distribusi penyakit yang seharusnya dihitung dengan jumlah kasus baru, hal ini secara langsung akan mempengaruhi sistem pelaporan yang dilakukan dan membuat informasi disampaikan tidak sesuai dan akurat sehingga keputusan manajemen dalam merencanakan,mengorganisasikan, mengendalikan, melaksanakan, dan mengevaluasi tidak tepat.

Pengambilan data diambil hanya dari buku register dan buku folio dari data agregrat, dari hasil wawancara dengan kepala keperawatan

> *" pengumpulan data diambil dari buku register jika ada data yang tidak ada petugas harus mencari terlebih dahulu, hal tersebut yang membuat sulit dan lama disamping harus melakukan penghitungan BOR, LOS jumlah penyakit tertinggi secara manual",*

Pendapat inididukung dari hasil studi dokumen bahwa buku registrasi terdiri dari satu buku dengan terdiri dari 12kolom yang berarti tidak semua rekam medis masuk atau diinput di buku registrasi pasien dan untuk mendapatkan hasil rekap atau jumlah pasien rawat inap setiap bulannya petugas melakukkan dengan cara menghitung satu demi satu untuk menghasilkan informasiyaiturekapitulasi laporan harian, rekapitulasi laporan bulanan, BOR (*bed occupancy rate*),

LOS(*lenght of stay*), dan sepuluh penyakit tertinggi berdasarkan diagnosa medis keluar tanpa melihat kunjungan lama atau baru sehingga data yang diperoleh tidak sesuai. Data rawat inap selama ini juga digunakan sebagai data untuk laporan P2M, petugas harus mencari terlebih dahulu dari rekam medis untuk mendapatkan data sebagai input dari laporan P2M.

Informasi yang dihasilkan dari rawat inap digunakan sebagai kegiatan perencanaan dan evaluasi pelayanan, dengan keputusan yang tepat diharapkan mutu pelayanan semakin meningkat dan kepuasan pelanggan semakin meningkat,pasien yang puas terhadap pelayanan rawat inap Puskesmas akan kembalimenggunakan lagi bila pasien membutuhkan pelayanan kesehatan karena Puskesmas tidak hanya menerima peserta BPJS saja tetapi juga pasien mandiri.

Berdasarkan hasil wawancara dan studi dokumen terhadap kepala keperawatan pada saat studi pendahuluan, diperoleh keterangan adanya permasalahan kegiatan pengelolaan data di rawat inap di Puskesmas Prambon:

1. Permasalahan pada kegiatan *input*data
   a. Kegiatan *input*, pengelolahan, dan analisis data dilakukan oleh kepala keperawatandan satu perawat, selain melakukan kegiatan pelayanan keperawatan, mereka juga merangkap tugas untukpelayanan UGD dan program lain.
   b. Data yang tersedia tidak semuanya di status pasien diinput dalambuku besar register, data yang tidak diinput yaitu:kondisi keluar, pemeriksaan penunjang, penggunaan obat, kelas

perawatan, dan tindakan keperawatan(tindakan ringan, sedang dan berat).

c. Pendataan data belum menggunakan bantuan komputer, *software*maupun basisdata.Pengelolaan data pasien masih menggunakan cara konvensional yang berupa arsip-arsip sehingga menyulitkan petugas Puskesmas untuk mencari data-data yang telah lama (Cahyanti, 2001).

2. Permasalahan pada kegiatanproses data

a. Data yang sudah diinput di buku registrasi direkapdengan cara menghitung satu demi satu,pencarian data pasien dengan cara membuka buku besar registerrawat inap dengan cara mencari satu demisatu. Pengelolaan data secara manual, mempunyai banyak kelemahan, selain membutuhkan waktu yang lama, keakuratanya juga kurang dapat diterima, karena kemungkinan kesalahan sangat besar. Dukungan teklogi informasi yang ada sekarang ini, pekerjaan pengolahan data dengan cara manual dapat digantikan dengan suatu sistem informasi komputer (Endah, 2013).

b. Registrasi pasien dilakukan di dua pintu yaitu poli BP dan UGD, pasien rawat inap yang masuk pagi mendapatkan mor register sendiri, dan pasien rawat inap yang masuk sore tidak mempunyai mor register.

c. mor laporan yang khusus untuk pelayanan rawat inap belum tersedia sehingga membuat terjadinya *redundant* data karena tidak bisa diketahui pasien lama atau baru.

d. Variabel yang diminta pada pelaporan tidak ada pada buku register petugas harus mencari terlebih dahulu direkam medis pasien atau di petugas lain sehingga pelaporan membutuhkan waktu yang lama dan secara tidak langsung akan mempengaruhi kemudahan dalam mendapatkan informasi

3. Permasalahan pada kegiatan*output*data

Informasi tidak semua tersedia pada saat dibutuhkan, informasi yangbelum tersedia adalah: kondisi keluar (sembuh, meninggal, pulang paksa), pemeriksaan penunjang, penggunaan obat, penggunaan kelas perawatan, tindakankeperawatan, dan dokter yang memeriksa, disisi lain semua data tersedia di dalamstatus pasien, yang menyebabkanketidaktersediaan informasi tersebut antara lain data kegiatanpelayanan rawat inap belum diinput secara lengkap pada buku registrasi sertakesulitan untuk mengakses data.

1.2 Kajian Masalah

Permasalahan kegiatan pengelolaan data di rawat inap, diantaranya 1) tugas rangkap perawatselain melakukan tindakan keperawatan rawat inap juga melalukan pelayanan keperawatan UGD dan tugasadministrasi, 2) registrasi pasien dilakukan di dua pintu yaitu poli BP dan UGD, tidak terintegrasinya pelayanan rawat inap dengan loket 3) tidak adanya laporan membuat tidak

diketahuinya pasien lama dan baru 4) tidak semua data diinput pada buku register rawat inap, data yang belum diinput di buku registrasi rawat inap antara lain; kondisi keluar (sembuh, meninggal, pulang paksa), pemeriksaan penunjang, penggunaan obat, penggunaan kelas perawatan, dan tindakan keperawatan 5) belum menggunakan basisdata sehingga variabel yang diperlukan pada pelaporan petugas harus mencari terlebih dahulu. Akibatnya informasitidak tersedia, sulit diakses dan tidak dapat disediakan denganlengkap (ada data namun tidak ada *output*/informasi yang dihasilkan)dan belum berdasarkan *database* manajemen system (DBMS).

Proses pegolahan data dengan cara menghitung satu demisatu data yang ada di buku register rawat inapdan laporan yang dihasilkan tahunan dalam bentuk Ms-excel, pada saat kepala Puskesmas membutuhkan informasi tidak bisa disediakansecara *realtime* karena membutuhkan waktu proses yang lama danoutput yang dihasilkan antara lain: informasi laporan harian, laporan bulanan, BOR, LOS, dan 10 besar penyakit. Informasi carakeluar, pemeriksaan penunjang, penggunaan obat, tindakan keperawatanbelum tersedia, akibatnya keputusan yang diambil tidak berdasarkan data atau informasi kegiatanpelayanan rawat inap karena informasi yang dihasilkan tidaklengkap.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan kajian masalah diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanakah Sistem Manajemen Basis Data Pelayanan Rawat Inap Puskesmas Prambon ?”

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengembangkan sistem manajemen basis data pelayanan Rawat Inap Puskesmas Prambon informasi yang tepat,cepat, dan valid.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi tentang kegiatan pencatatan dan pelaporan pelayanan Rawat Inap yang terdiri dari *input*, proses dan *output*
2. Mengidentifikasi kebutuhan pengguna terhadap *input* dan *output* dari basis data
3. Merancang dan menyususun Aplikasi Basis Data Rawat Inap Sesuai dengan Kebutuhan Pengguna
4. Melakukan uji coba terhadap aplikasi basis data yang dikembangkan

1.5 Manfaat Penelitan

Pengembangan sistem manajemen pelayanan rawat inap Puskesmas, dapat bermanfaat :

1. Sebagai masukan pengambilan keputusan di tingkat Puskesmas dalam pengembalian keputusan
2. Memberikan informasi kesehatan yang aksesabilitas, lengkap, dan teliti tentang jumlah kunjungan, jumlah dan jenis penyakit setiap bulannya serta penggunaan obat, penggunaan laboratorium, pada pelayanan rawat inap
3. Memberikan dasar pengembangan pendidikan dan sistem informasi dalam rangka pengembangan teklogi informasi, untuk memperkaya khasanah

penelitian manajemen kesehatan di bidang sistem informasi, serta sebagai tambahan informasi refrensi bagi penelitian selanjutnya

4. Menerapkan ilmu pengetahuan yang sudah diperoleh selama pendidikan dan memberikan sumbangan yang berarti bagi sistem informasi di tingkat kesehatan Puskesmas