

Tinjauan Pelaksanaan Pengumpulan, Validasi dan Verifikasi Data Rekam Medis Guna Mendukung Laporan Eksternal (RL4a dan RL5) di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang

Katarina Yunita Charolina Nau¹, Syefira Salsabila²

^{1,2}Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan, Universitas Esa Unggul, Jakarta, Indonesia Jalan Arjuna Utara No.9 Kebon Jeruk, Jakarta Barat
Email: katarina250918@gmail.com

Abstract

Medical records contain data and information while the patient is being treated or treated, the hospital is responsible for protecting the data that will be used to support the quality of health services for the fulfillment of hospital reporting. Reporting will be meaningful if the data reported contains elements of accuracy in terms of time, volume, data source, collection and processing procedures. In order for the availability of quality data and information, the data must be complete and correct / valid / accountable so it is important to validate and verify before reporting data. One of the indicators of the RL report that is used as a quality assessment is RL 4a and RL 5 which produce reports of the top 10 diseases of inpatients and outpatients which will be reported to internal and external hospital parties. Tangerang District Hospital is a hospital that implements SIRS Online. The purpose of this study was to describe the implementation of collecting, validating and verifying medical record data to support external reports (RL 4a and RL 5). The method used is descriptive method. Sources of data used are primary data and secondary data. The data obtained are then presented in tabulated and graphic form. The results of this study indicate that the Tangerang District Hospital in the implementation of data collection, processing and presentation using SIMRS and SIRS based Online. Meanwhile, validation and verification activities are still carried out manually without an application.

Keyword: SIMRS, SIRS Online, Validation and Verification

Abstrak

Rekam medis berisikan data dan informasi selama pasien berobat atau dirawat maka rumah sakit bertanggung jawab untuk melindungi data yang akan digunakan sebagai penunjang mutu pelayanan kesehatan untuk pemenuhan pembuatan pelaporan rumah sakit. Pelaporan akan bermakna apabila data yang dilaporkan mengandung unsure keakuratan dalam hal waktu, volume, sumber data, prosedur pengambilan dan pengolahan. Agar tersedianya data dan informasi yang bermutu data harus lengkap dan benar/valid/dapat dipertanggung jawabkan sehingga penting dilakukan validasi dan verifikasi sebelum melakukan pelaporan data. Salah satu indikator dari laporan RL yang digunakan sebagai penilaian mutu adalah RL 4a dan RL 5 yang menghasilkan laporan 10 besar penyakit pasien rawat inap dan rawat jalan yang akan dilaporkan kepada pihak internal maupun eksternal rumah sakit. RSUD Kabupaten Tangerang merupakan rumah sakit yang melaksanakan SIRS Online. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran pelaksanaan pengumpulan, validasi dan verifikasi data rekam medis guna mendukung laporan eksternal (RL 4a dan RL 5). Metode yang digunakan adalah metode deskriptif. Sumber data yang digunakan yaitu data primer dan data sekunder. Data yang diperoleh kemudian disajikan dalam bentuk tabulasi dan grafik. Hasil penelitian ini bahwa RSUD Kabupaten Tangerang dalam pelaksanaan pengumpulan, pengolahan dan penyajian data menggunakan SIMRS dan SIRS berbasis Online. Sedangkan kegiatan validasi dan verifikasi masih dilakukan secara manual tanpa aplikasi.

Kata Kunci: SIMRS, SIRS Online, Validasi dan Verifikasi

Pendahuluan

Kebutuhan data dan informasi pada era modern saat ini semakin meningkat dan mencakup di berbagai aspek, termasuk dalam bidang kesehatan. Rumah sakit sebagai pusat pelayanan kesehatan bagi masyarakat harus mampu menjaga dan meningkatkan mutu rumah sakit seperti dalam pengambilan keputusan yang secara cepat dan tepat. Oleh karena itu setiap rumah sakit menjalankan fungsi unit rekam medis yang memiliki peran dalam menunjang tercapainya tertib administrasi untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit berupa laporan (1).

Suatu rekam medis berisikan data dan informasi selama pasien berobat atau dirawat sesuai dengan Permenkes No: 269/MENKES/PER/III/2008 maka rumah sakit bertanggung jawab untuk melindungi data yang ada didalam rekam medis terhadap kemungkinan hilangnya keterangan atau pemalsuan data ataupun

digunakan oleh orang yang tidak berhak. Data dan informasi yang diperoleh dari rekam medis digunakan sebagai penunjang mutu pelayanan kesehatan untuk pemenuhan pembuatan pelaporan rumah sakit.

Pelaporan di rumah sakit terbagi menjadi dua kelompok yaitu laporan internal dan eksternal. Fungsi dari pelaporan internal adalah untuk kepentingan rumah sakit itu sendiri yang meliputi semua catatan hasil kegiatan yang dilakukan oleh rumah sakit yang akan digunakan oleh manajemen untuk evaluasi kinerja, evaluasi pelayanan, penentuan target, mengetahui tren penyakit, dan pengambilan keputusan. Sedangkan fungsi dari pelaporan eksternal adalah untuk kepentingan instansi yang berwenang di atas rumah sakit yang akan diberikan kepada Kementerian Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Provinsi serta Dinas Kesehatan Kabupaten/kota yang langsung dilaporkan oleh rumah sakit yang mana laporan yang dihasilkan digunakan untuk penilaian (evaluasi) dan monitoring dalam memperbaiki kebijakan pelaksanaan program dan perencanaan program yang akan datang (2).

Berdasarkan PERMENKES RI No. 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang SIRS (SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT) dan Juknis SIRS 2011 berisi mengenai standar pelaporan yang harus dilaksanakan setiap rumah sakit yang terdiri dari Rekapitulasi Laporan (RL). Rumah sakit wajib melaporkan Rekapitulasi Laporan (RL) kepada KEMENKES RI, Dinas Kesehatan Provinsi serta Dinas Kesehatan Kabupaten/kota yang mencakup RL 1 sampai RL 5 (3).

Pelaporan akan bermakna apabila data yang dilaporkan mengandung unsur keakuratan dalam hal waktu, volume, sumber data, prosedur pengambilan dan Pengolahan. Salah satu indikator dari laporan RL yang digunakan sebagai penilaian mutu adalah RL 4a dan RL 5 yang berisikan mengenai data Pelaporan morbiditas dan mortalitas pasien rawat inap (RL 4a) dan data kunjungan (RL 5). Laporan RL 4a dan RL 5 menghasilkan laporan 10 besar penyakit pasien rawat inap dan rawat jalan yang akan dilaporkan kepada pihak internal maupun eksternal rumah sakit. Laporan tersebut dapat dimanfaatkan untuk perencanaan persediaan obat dengan melihat jumlah kasus dan kelompok penyakit yang ada serta sebagai pengambilan keputusan untuk membuat program rencana pembangunan kesehatan oleh rumah sakit. Selain itu juga digunakan untuk evaluasi data penyakit oleh Kementerian Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Provinsi serta Dinas Kesehatan Kabupaten/kota sebagai dasar penanggulangan dan tindakan preventif.

Agar tersedianya data dan informasi yang bermutu data harus lengkap dan benar/valid/dapat dipertanggung jawabkan. Data yang terkumpul dapat dijadikan sebagai dasar manajemen rumah sakit dalam peningkatan mutu pelayanan, membuat kebijakan, menyusun strategi dalam rangka mencapai suatu tujuan, penilaian, serta pengambilan keputusan. Sehingga penting maka dilakukannya validasi data agar tersedianya data dan informasi mutu yang valid serta verifikasi data untuk pemeriksaan tentang kebenaran pelaporan data yang valid sebelum melakukan pelaporan data (4).

Dalam pelaksanaan pelaporan di Rumah Sakit Ratu Zalecha Martapura sudah sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang berlaku akan tetapi masih ada keterlambatan pengumpulan rekam medis yang tidak tepat waktu. Pengembalian berkas rekam medis yang sesuai dengan SPO bila dilakukan dapat mempengaruhi ketepatan waktu dalam pelaksanaan pelaporan rumah sakit. Keterlambatan pengembalian rekam medis disebabkan karena masih banyak data yang masih belum lengkap yang harus di isi oleh dokter sehingga mempengaruhi proses pelaporan ke tahap selanjutnya dalam pembuatan pelaporan rumah sakit dampaknya terjadi keterlambatan pelaporan (5).

Novita, dkk (2017), dalam penelitiannya mengenai pelaporan eksternal atau Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) revisi VI ditemukan kendala yaitu dalam *entry* data berulang. Hal tersebut disebabkan karena SIMRS masih dalam lingkup internal rumah sakit belum ke lingkup eksternal rumah sakit. SIMRS dalam penyajian data belum semua menjadi data elektronik sehingga ada sumber data yang tidak tersedia dalam *entry medical record* yang dibutuhkan dalam pembuatan pelaporan eksternal dampaknya terjadi keterlambatan pelaporan data rumah sakit (6).

Berdasarkan hasil wawancara awal penulis dengan Kepala rekam medis di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang tentang pelaksanaan pelaporan eksternal Rumah Sakit diketahui bahwa rumah sakit ini telah menggunakan SIRS berbasis online sejak tahun 2015 dalam pembuatan pelaporan eksternal rumah sakit. Akan tetapi terdapat kendala masih adanya sumber data yang tidak tersedia dalam SIMRS yang akan di laporkan sesuai format SIRS sehingga pengumpulan data dilaksanakan secara manual dan komputerisasi, SPO pelaporan yang telah ada belum mencakup keseluruhan kebutuhan data yang akan dikumpulkan, proses validasi dan verifikasi data yang dilakukan manual dan tidak mengacu pada SPO. Dalam proses pengumpulan data masih seringkali terjadi ketidaksesuaian antara data dengan berkas rekam medis yang ada dan masih banyak berkas rekam medis yang belum terisi dengan lengkap dampaknya terjadi keterlambatan pengumpulan data.

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik mengangkat judul mengenai Tinjauan pelaksanaan pengumpulan, validasi dan verifikasi data rekam medis guna mendukung pelaporan eksternal (RL 4a dan RL 5) di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang.

Metode Penelitian

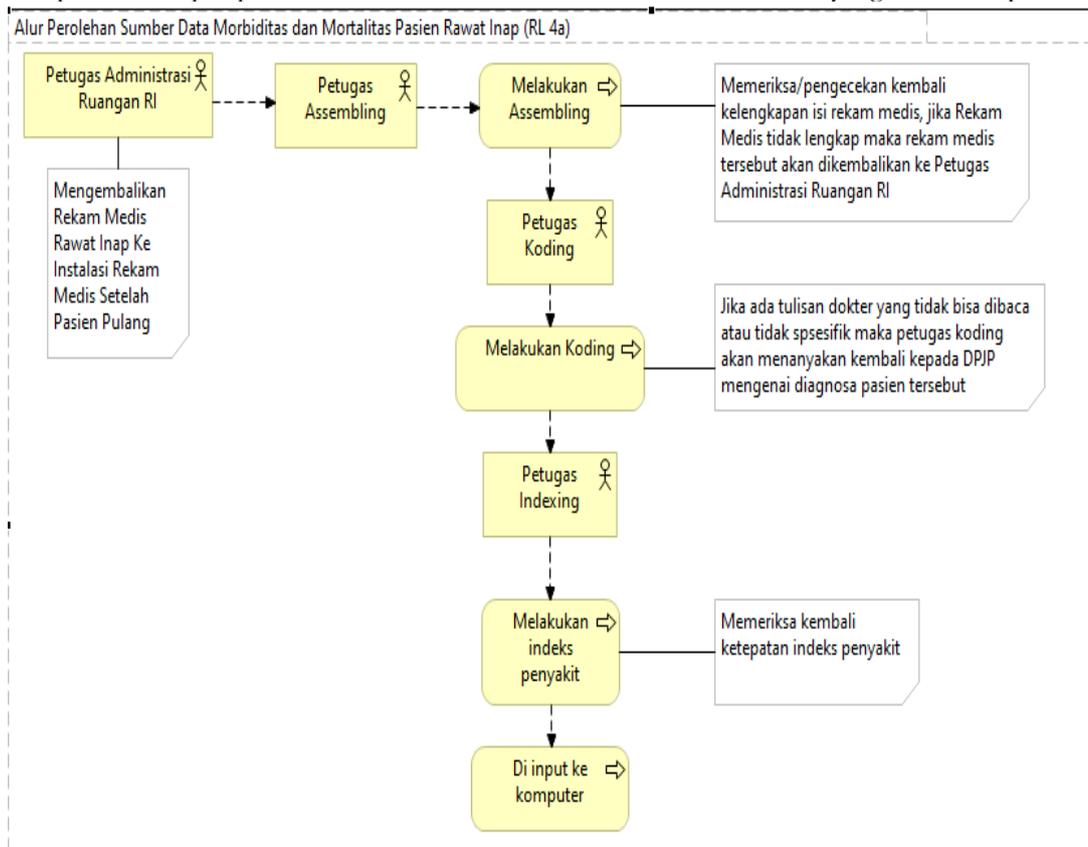
Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan metode deskriptif. Sumber data dari penelitian ini berdasarkan dua sumber data, data primer itu sendiri merupakan hasil observasi dan wawancara kepada kepala rekam medis dan petugas pengelolahan data dan pelaporan. Data sekunder berasal dari laporan RL 4a dan RL 5 di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang tahun 2019. Pengumpulan data menggunakan pedoman wawancara dan tabel *checklist* observasi. Data yang diperoleh kemudian diolah dan dianalisa kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan grafik.

Hasil dan Pembahasan

Sumber Data dan Alur Perolehan Data (RL 4a dan RL 5) di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti dengan Kepala Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang dalam pembuatan data morbiditas dan mortalitas pasien rawat inap (RL 4a) data bersumber dari *indeks* penyakit pasien yang kemudian di *entry* ulang secara manual dalam *Microsoft Excel* dengan format yang sudah sesuai dengan SIRS *Oline* revisi VI. *Indeks* penyakit diperoleh dari berkas rekam medis pasien rawat inap yang sudah pulang atau keluar rumah sakit.

Berikut ini adalah alur pelaksanaan koding rawat inap di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang untuk kebutuhan pembuatan pelaporan eksternal RL 4a berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan penulis.



Gambar 1
Alur Perolehan Data RL 4a di RSU Kabupaten Tangerang

Gambar 1 menjelaskan mengenai alur perolehan data morbiditas dan mortalitas pasien rawat inap (RL 4a). Dimana alur ini menjelaskan proses perolehanan data RL 4a yang dimulai dari pasien pulang rawat inap. Data morbiditas dan mortalitas pasien rawat inap (RL 4a) didapat dari berkas rekam medis pasien

rawat inap yang sudah pulang dikirim ke Instalasi Rekam medis di assembling kemudian di kode dan *indeks* penyakitnya oleh petugas koding/*indexing*. Setelah data di *indeks* akan dilakukan pemeriksaan kembali ketepatan *indeks* penyakit sebelum diinput ke komputer.

Berdasarkan peneliti terdahulu Khomsatum (2013) memaparkan bahwa sumber data pembuatan RL 4a dengan menggunakan diagnosis pada indeks penyakit akan jauh lebih valid jika dibandingkan dengan menggunakan diagnosis pada buku register rawat inap, karena indeks penyakit tersebut berdasarkan kode diagnosis dan berdasarkan dokumen rekam medis yang sudah di kodefikasi di bagian coding.

Sumber data dan alur perolehan data bulanan (RL 5) di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang sebagai berikut:

- a) RL 5.1 Pengunjung Rumah Sakit: Data diperoleh dari laporan pengunjung rawat jalan dan pengunjung IGD.
- b) RL 5.2 Kunjungan Rawat jalan: Data diperoleh dari laporan kunjungan rawat jalan dan kunjungan wijaya kusuma dari instalasi rawat jalan.
- c) RL 5.3 Daftar 10 Besar penyakit Rawat Inap: Data diperoleh dari pengunjung rawat inap secara manual.
- d) RL 5.4 Daftar 10 Besar penyakit Rawat Jalan: Data diperoleh dari pengunjung rawat jalan di dalam SIMRS.

Sumber data dan Jenis Pelaporan yang digunakan pada Pelaporan Eksternal di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang ini telah sesuai dengan data yang dibutuhkan untuk enty pada SIRS Revisi VI yang bersumber dari cara manual dan komputerisasi yang sudah diintegrasikan ke *Microsoft Excel*.

Standar Prosedur Operasional Pelaksanaan Pengumpulan, Validasi dan Verifikasi Laporan Eksternal (RL 4a dan RL 5) di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang

Standar prosedur tetap pelaksanaan pengumpulan data morbiditas dan mortalitas pasien rawat inap (RL 4a) di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang adalah sebagai berikut:

1. Data dikelompokkan sesuai dengan indeks penyakit yang dibuat dari data pasien rawat inap perbulan.
2. Data di input ke formulir RL 4a
3. Data di entri ke dalam *Microsoft Excel* sesuai jenis penyakit yang sudah dikelompokkan berdasarkan umur dan jenis kelamin.
4. Laporan di impor melalui *file* dalam SIRS *online*.

Sedangkan untuk validasi dan verifikasi pelaporan eksternal Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang memiliki sebuah acuan tertulis atau panduan yaitu Standar Prosedur Operasional (SPO) Pelaporan Eksternal Rumah Sakit No. Dokumen 445/011-CMP/2019 No. Revisi 01/2019 halaman 1/2 tanggal terbit 03 Januari 2019 yang telah ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang dengan tujuan untuk memberikan laporan SIRS Online kepada pihak eksternal yaitu Departemen Kesehatan. Kebijakan yang digunakan yaitu SK. Direktur Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang No. 445.16/1796- CMP/2019 tentang Kebijakan Penyelenggaraan Rekam Medis. Referensi yang digunakan PERMENKES No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis. Unit terkait yang tercantum dalam SOP ini adalah unit Rekam Medis dan SIMRS.

Prosedur atau langkah-langkah yang tercantum dalam SOP Pelaporan Eksternal Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

1. Ambil data dari SIMRS sesuai dengan periode laporan dan rekap laporan yang dibutuhkan.
2. Untuk laporan eksternal masukan data sesuai format SIRS VI yang dibutuhkan oleh Depkes.
 - RL 4b Penyakit Rawat Jalan: Data Individual dan Rawat Jalan.
 - RL 5.1 Pengunjung: Pengunjung Rawat Jalan dan Pengunjung IGD
 - RL 5.2 Kunjungan Rawat Jalan: Kunjungan Rawat Jalan dan Kunjungan Wijaya Kusuma
 - RL 5.4: 10 Besar Penyakit Rawat Jalan.
3. Rekap data sesuai dengan format yang telah ditentukan oleh Departemen Kesehatan.
4. Untuk laporan Eksternal dikirim setiap bulan paling lambat pengiriman per tanggal 10.

Standar Prosedur Operasional pengumpulan data eksternal RL 4a diperoleh dari berkas rekam medis pasien rawat inap yang sudah pulang dikirim ke Instalasi Rekam Medis sedangkan Data Kegiatan

Pelayanan Rumah Sakit (RL 5) data diambil dari SIMRS. Berdasarkan hasil observasi penulis terkait pelaksanaan pengumpulan data eksternal sudah sesuai dengan SPO yang ada, hanya saja masih sering terjadi ketidaklengkapan berkas rekam medis pasien rawat inap yang dikirimkan oleh Petugas ruangan rawat inap ke Instalasi Rekam Medis.

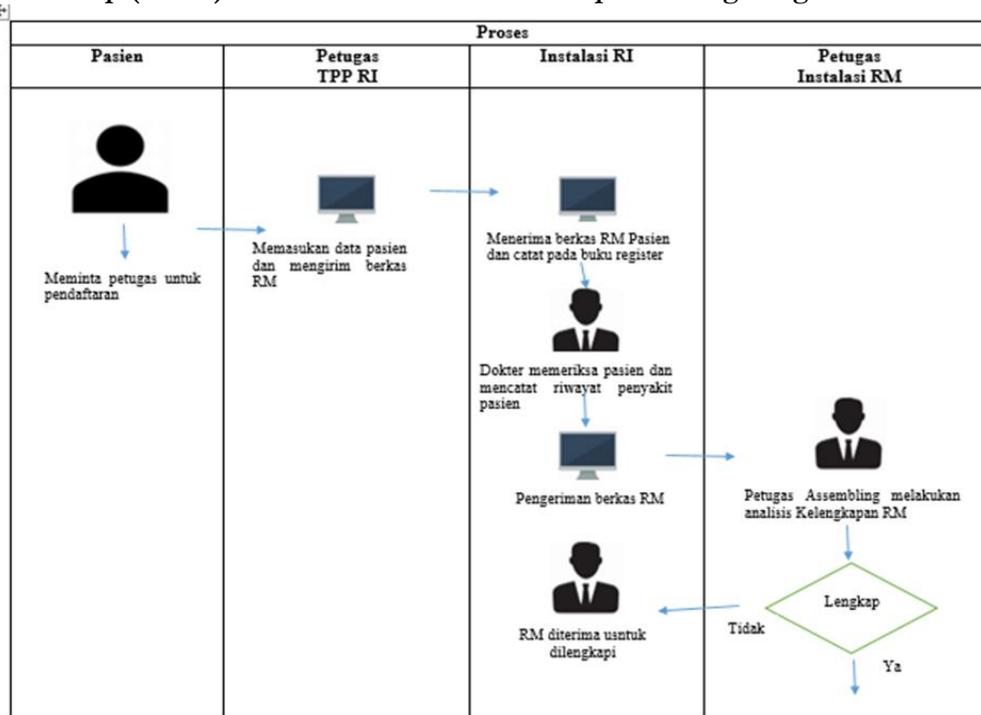
Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 29 menjelaskan bahwa setiap rumah sakit wajib mempunyai standar pelayanan medis yang kemudian perlu ditindaklanjuti dengan penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) dan menurut PERMENKES No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Penyelenggaraan Rekam Medis (7).

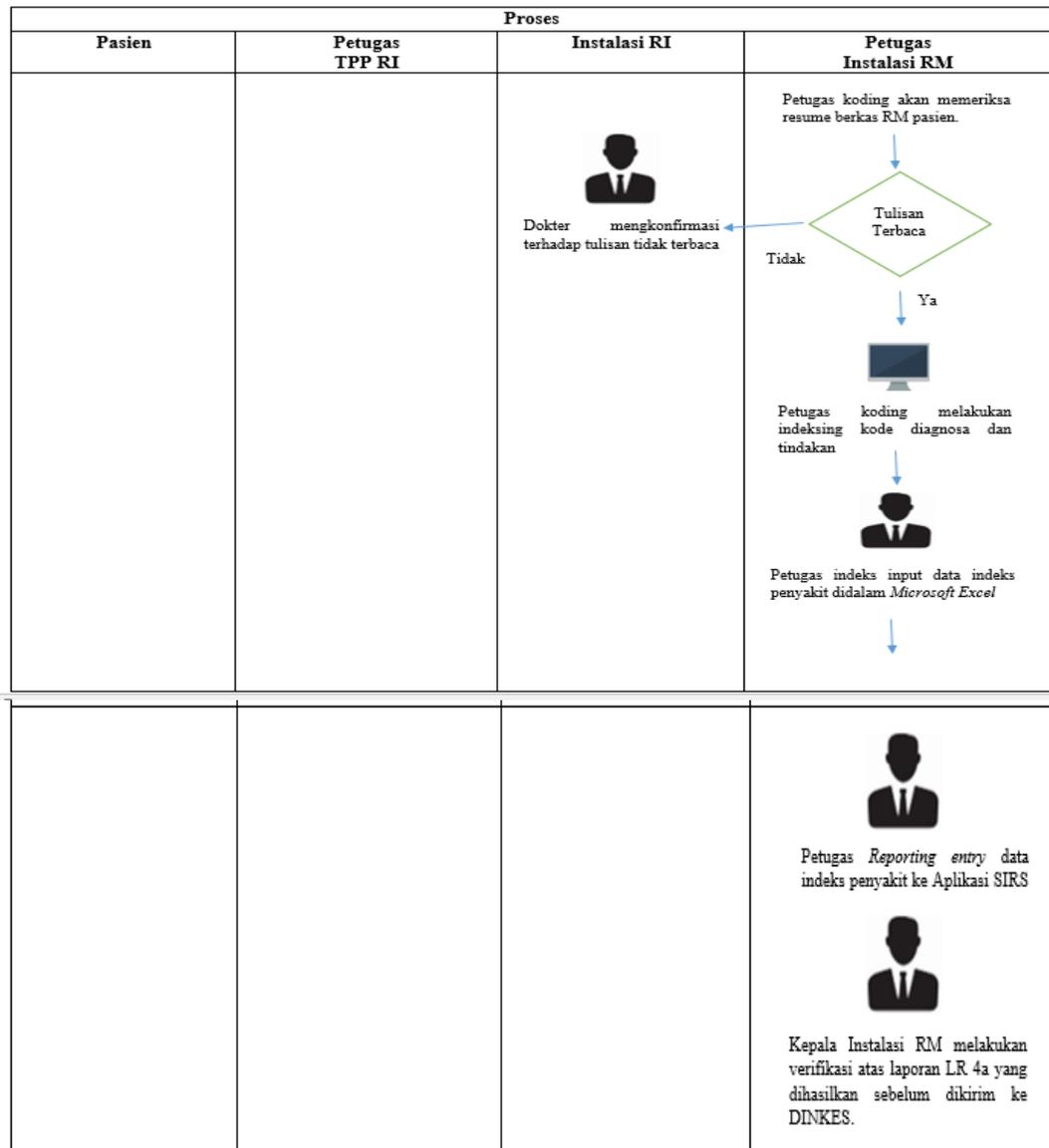
Sistem yang Digunakan dalam Pelaksanaan Pengumpulan, Validasi dan Verifikasi Laporan Eksternal (RL 4a dan RL 5) di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang

Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) berbasis *online* merupakan aplikasi yang digunakan oleh Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang dalam pelaksanaan pelaporan eksternal rumah sakit yang dilakukan oleh petugas *Analyzing Reporting* yang berjumlah satu orang. Pelaksanaan pelaporan SIRS *Online* dilakukan dengan menggunakan dua komputer yang satu komputer untuk SIMRS dan satu komputer untuk rekapitulasi data. Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan dengan dua cara yaitu secara manual dan komputerisasi.

Pelaksanaan pengumpulan data secara manual petugas *Analyzing reporting* mengumpulkan data dengan datang ke setiap unit terkait dan dilakukan sebulan sekali, setelah data terkumpul petugas merekapitulasi data ke *microsoft excel* dan data di *link* kan ke SIRS *online*. Sedangkan untuk pelaksanaan pengumpulan secara komputerisasi dari cara komputerisasi tadi petugas *Analyzing Reporting* melihat pada SIMRS dan mengisikan data pada *microsoft excel*. Setelah semua data sudah diisikan ke *microsoft excel* lalu data tersebut disimpan dalam folder tersendiri untuk *diimport* ke SIRS *Online*.

a) Pelaksanaan Pengumpulan, validasi dan verifikasi Data Morbiditas dan Mortalitas Pasien Rawat Inap (RL 4a) di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang





Gambar 2
Alur Pengumpulan, validasi dan verifikasi data RL 4a di RSU Kabupaten Tangerang

Alur pengumpulan, validasi dan verifikasi data RL 4a (Gambar 2) menguraikan proses pengumpulan, validasi dan verifikasi data RL 4a yang dimulai dari pasien melakukan pendaftaran di TPP RI sampai data di proses melalui tahapan penyusunan, pengecekan kelengkapan, pengkodean, pengindeksan dan rekapitulasi laporan. Validasi dan verifikasi dilakukan setiap tahap dengan cara melakukan pengecekan kembali data yang ada di sistem informasi dengan berkas rekam medis yang ada untuk memastikan kebenaran data yang dikumpulkan agar hasil yang didapatkan valid dan dapat dipertanggung jawab.

Menurut SIRS Revisi VI Rekapitulasi Laporan morbiditas dan mortalitas pasien rawat inap (RL 4a) merupakan formulir rekapitulasi dari jumlah pasien keluar rumah sakit (hidup dan mati) yang akan menghasilkan 10 besar penyakit pasien rawat inap dalam satu periode tahunan.

Tabel 1
Data 10 Besar Penyakit Pasien Rawat Inap RSUD Kabupaten Tangerang Tahun 2019

Diagnosa	Total
BBLR	1083
Penyulit kehamilan dan persalinan lain (PK Lama)	891
Asifiksia	696
DM Type 2	529
Ketuban pecah dini	588
Anemia	545
Penyakit Jantung iskemik lain (CAD)	529
Kanker Payudara	499
Pre Eklampsia	469
Ancaman Partus	430
Gagal Ginjal	419
Hipertensi Ginjal	402
Pneumonia	400
Gagal jantung	389
Melena	371

Sumber: Data 10 Besar Penyakit Rawat Inap di RSUD Kabupaten Tangerang Tahun 2019

Berdasarkan table 1 diatas dapat diketahui bahwa diagnosis BBLR menduduki peringkat terbesar pada tahun 2019 dengan jumlah penderita sebanyak 1083 kasus, dan peringkat terkecil yaitu Melena dengan jumlah penderita sebanyak 371 kasus.

b) Pelaksanaan Pengumpulan, validasi dan verifikasi Data Kegiatan Pelayanan (RL 5) di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang

Pelaksanaan pengumpulan Data Kegiatan Pelayanan (RL 5) di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang dilakukan secara manual dan elektronik. Proses pengumpulan data secara elektronik dimana datanya di ambil dari SIMRS. Sumber data sesuai standar tetap prosedur pelaporan eksternal di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang. Proses pengolahannya menggunakan SIRS *Online*. Sedangkan untuk proses validasi dengan cara melakukan pencocokan data pada institusi dan unit lain terkait sumber data pelaporan untuk memastikan kesesuaian data. Semua laporan yang sudah di validasi dan verifikasi rumah sakit akan melaksanakan proses pengiriman laporan. Tata cara pengiriman pelaporan SIRS *Online* adalah sebagai berikut:

1. Siapkan Format RL untuk diupload SIRS *Online*
2. Isikan data pelaporan dalam template excel
3. Buka website <http://buk.depkes.go.id>
4. Masukkan *password* dan *user*
5. Pastikan modul SIRS *Online* telah aktif
6. Klik menu RL
7. Klik *import* pada halaman RL
8. Pilih/seleksi file yang akan di *import* dengan mengklik tombol telusuri.
9. Klik tombol excel yang sudah diisikan sebelumnya, kemudian klik tombol open
10. Klik tombol import untuk mengimport data *excel* ke dalam SIRS *Online*

Kesimpulan

Sumber data RL 4a di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang telah sesuai dengan Sistem Informasi Rumah Sakit menurut PERMENKES RI NOMOR 1171/MENKES/PER/VI/2011 bahwa sumber data morbiditas rawat jalan maupun rawat inap diperoleh dari *indeks* penyakit pasien. Sedangkan untuk Data Kegiatan Pelayanan Rumah Sakit (RL 5) data diperoleh dari SIMRS. Sumber data dan Jenis Pelaporan yang digunakan

pada Pelaporan Eksternal juga telah sesuai dengan data yang dibutuhkan untuk *enty* pada SIRS Revisi VI yang bersumber dari cara manual dan komputerisasi yang sudah diintegrasikan ke *Microsoft Excel*.

Standar Prosedur Operasional (SPO) Pelaporan Eksternal di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang dalam pelaksanaan pengumpulan RL 4a data diambil dari berkas rekam medis pasien pulang rawat inap dan RL 5 data diambil dari SIMRS sesuai dengan periode laporan dan rekapan laporan yang dibutuhkan.

Pelaksanaan pengumpulan data RL 4a dari berkas rekam medis pasien pulang rawat inap. Sedangkan untuk data RL 5 diambil dari SIMRS. Setelah data dikumpulkan proses selanjutnya adalah pengolahan dan penyajian data. Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) berbasis *online* adalah sistem yang digunakan Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang dalam pelaksanaan pembuatan laporan eksternal rumah sakit dimana data yang dibutuhkan bersumber dari cara manual dan komputerisasi yang telah diintegrasikan ke *Microsoft Excel*.

Proses validasi dan verifikasi laporan eksternal masih dilakukan secara manual tanpa menggunakan sistem aplikasi. Dengan cara melakukan pengecekan kembali data yang dikumpulkan selama pelaksanaan tahapan pengumpulan data dan pencocokan data pada instalasi dan unit lain terkait sumber data pelaporan untuk memastikan kesesuaian data. Berdasarkan hasil wawancara terkait pelaksanaan validasi dan verifikasi data laporan eksternal di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang sudah dilaksanakan oleh petugas yang memang merupakan karyawan tetap rumah sakit dengan latar belakang pendidikan D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan hanya saja proses validasi dan verifikasi masih dilakukan secara manual.

Daftar Pustaka

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009. Tentang Rumah Sakit. 2009.
2. Gunawan I. Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) RSUD Brebes Dalam Kesiapan Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Online Kemenkes Ri Tahun 2013. 2013;1–15.
3. Kemenkes RI. Juknis Sirs. Juknis SIRS 2011 (sistem Inf Rumah Sakit). 2011;1–106.
4. Setyo Rini N, Pujihastuti A. Tinjauan Proses Pelaporan Eksternal di bagian pelaporan Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Arang Boyolali. *J Manaj Inf Kesehat Indones*. 2015;
5. Ulfa Sukmasari, Zainal Abidin NH. Tinjauan Pelaksanaan Pengumpulan, Validasi dan Verifikasi Data Rekam Medis Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Rawat Inap Guna Mendukung Pelaporan Eksternal (RL 4a dan RL 5) di RSUD Ratu Zalecha Martapura. *Tinj Pelaks Pengumpulan, Validasi dan Verif Data Rekam Medis Pasien Jaminan Kesehat Nas Rawat Ina Guna Mendukung Pelaporan Eksternal (RL 4a dan RL 5) di RSUD Ratu Zalec Martapura* [Internet]. 2017;VII:2. Available from: <https://journal.stikeshb.ac.id/index.php/jurkessia/article/view/114>
6. Sari NP, Pujihastuti A. pengolahan dan Pelaporan Data Rumah Sakit, Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) revisi VI. *Pengolah dan Pelaporan Data Rumah Sakit, Sist Inf Rumah Sakit revisi VI*. 2017;1–9.
7. Republik Indonesia. UU RI momor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit. Jakarta. 2009;