

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **A. LANDASAN TEORI**

#### **1. Rumah Sakit Khusus**

##### **a. Pengertian Rumah Sakit Khusus**

Menurut PERMENKES No.56 tahun 2014 Rumah Sakit Khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya.

##### **b. Tujuan Rumah Sakit Khusus**

Tujuan Rumah Sakit menurut undang-undang Republik Indonesia nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit adalah:

1. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan
2. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit
3. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit
4. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan rumah sakit.

#### **2. Rekam Medis**

##### **a. Pengertian Rekam Medis**

Menurut PERMENKES No.269/MENKES/PER/III/2008 Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

##### **b. Tujuan Rekam Medis**

Tujuan Rekam Medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam

medik yang baik dan benar, maka mustahil tertib administrasi rumah sakit akan berhasil dicapai sebagaimana yang diharapkan, sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit (Departemen Kesehatan RI, 2006)

c. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain:

1. Aspek Administrasi

Di dalam berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan. Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya dalam bidang teknologi informasi yang sudah memasuki bidang kesehatan, maka penggunaannya di dalam rekam medis saat ini sangat diperlukan karena kita melihat proses pengobatan dan tindakan yang diberikan atas diri seorang pasien dapat diakses secara langsung oleh bagian yang berwenang atas pemeriksaan tersebut. Kemudian pengolahan data-data medis secara komputerisasi juga akan memudahkan semua pihak yang berwenang dalam hal ini petugas administrasi di suatu instansi pelayanan kesehatan dapat segera mengetahui rincian biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien selama pasien yang menjalani pengobatan di rumah sakit. (Departemen Kesehatan, 2006)

2. Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis,

manajemen risiko klinis serta keamanan/keselamatan pasien dan kendali biaya. (Departemen Kesehatan, 2006)

### 3. Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan, Rekam Medis adalah milik Dokter dan Rumah Sakit sedangkan isinya yang terdiri dari Identitas Pasien, Pemeriksaan, Pengobatan, Tindakan dan Pelayanan Iain yang telah diberikan kepada pasien adalah sebagai informasi yang dapat dimiliki oleh pasien sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku (UU Praktik Kedokteran RI N0.29 Tahun 2004 Pasal 46 ayat (1), Penjelasan). (Departemen Kesehatan, 2006)

### 4. Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data/ informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan. Kaitannya rekam medis dengan aspek keuangan sangat erat sekali dalam hal pangobatan, terapi serta tindakan-tindakan apa saja yang diberikan kepada seorang pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit, oleh karena itu penggunaan system teknologi komputer didalam proses penyelenggaraan rekam medis sangat diharapkan sekali untuk diterapkan pada setiap instansi pelayanan kesehatan. (Departemen Kesehatan, 2006)

### 5. Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan. (Departemen Kesehatan, 2006)

### 6. Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran dibidang profesi pendidikan kesehatan. (Departemen Kesehatan, 2006)

### 7. Aspek Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi informasi dapat diaplikasikan penerapannya didalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis yang cukup efektif dan efisien. Pendokumentasian data medis seorang pasien dapat diaksanakan dengan mudah dan efektif sesuai aturan serta prosedur yang telah ditetapkan. (Departemen Kesehatan, 2006)

### 3. Kelengkapan Rekam Medis

Rekam Medis harus dibuat dan dilengkapi segera setelah pasien menerima pelayanan kesehatan (PERMENKES No.269/MENKES/PER/III/2008). Hal ini juga sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit yang mengharuskan kelengkapan pengisian rekam medis <24 jam setelah selesai pelayanan harus mencapai 100% (KEPMENKES RI No.129/MENKES/SK/II/2008).

Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis sangat penting dikarenakan informasi yang terkandung dalam rekam medis dapat digunakan oleh rumah sakit dan organisasi kesehatan terkait sebagai basis data statistik, riset dan sumber perencanaan untuk peningkatan mutu pelayanan.

Pengisian catatan pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan yang dilakukan terhadap pasien merupakan tanggung jawab dokter atau

dokter gigi yang bertanggungjawab terhadap pasien. Hal ini sesuai dengan UU Praktik Kedokteran N0.29 Tahun 2004 pasal 46 ayat (1) : “Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis”.

#### 4. Analisa Dokumen Rekam Medis

Menurut Dirjen Yanmed (1996:72), Analisa adalah segenap rangkaian perbuatan pikiran yang mencegah sesuatu hal secara mendalam, terutama mempelajari bagian-bagian dari mutu kebutuhan untuk mengetahui ciri, hubungan dan peranan dalam kebutuhan yang dibuat.

##### 1. Analisa Kualitatif

Menurut Dirjen Yanmed (1994 : 24), Analisis kualitatif adalah suatu review pengisian Rekam Medis yang berkaitan tentang kekonsistenan isi Rekam Medis.

Tujuan Analisis kualitatif menurut Hatta (2013 : 354) adalah Demi terciptanya isi Rekam Medis yang terhindar dari masukan yang tidak ajeg/taat asas (konsisten) maupun pelanggaran terhadap rekaman yang berdampak pada hasil yang tidak akurat dan tidak lengkap.

Komponen Analisis Kualitatif menurut Huffman (1994 :27) adalah :

- *Review* kelengkapan dan kekonsistenan pencatatan diagnose.
- *Review* kekonsistenan pencatatan diagnosa.
- *Review* pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan.
- *Review* informed consent yang seharusnya ada.
- *Review* cara atau praktek pencatatan.
- *Review* hal-hal berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi.

## 2. Analisa Kuantitatif

Menurut Edna K Huffman (1994) Analisis kuantitatif adalah telaah *review* bagian tertentu dari isi Rekam Medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pencatatan Rekam Medis.

Kegiatan Analisis kuantitatif dimaksudkan untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam kesehatan rawat inap dan jalan yang dimiliki oleh sarana pelayanan kesehatan (Hatta, 2013 : 350).

Tujuan Analisis Kuantitatif menurut Huffman (1994 : 23) adalah Untuk mengidentifikasi informasi yang jelas dan selalu terjadi, yang bisa diperbaiki dengan mudah pada prosedur norma Rumah Sakit. Prosedur ini membuat catatan medis lengkap untuk dirujuk pada asuhan yang berkesinambungan, untuk melindungi kepentingan hukum pasien, dokter, Rumah Sakit dan untuk memenuhi persyaratan lisensi, akreditasi, dan sertifikasi.

Menentukan sekiranya ada kekurangan agar dapat dikoreksi dengan segera pada saat pasien dirawat, dan item kekurangan belum terlupakan, untuk menjamin efektifitas kegunaan isi Rekam Medis dikemudian hari. Yang dimaksud dengan koreksi ialah perbaikan sesuai keadaan yang sebenarnya terjadi.

Komponen Analisis kuantitatif menurut Huffman (1994 : 25) adalah :

- Mengoreksi identifikasi pasien pada setiap formulir
- *Review* semua laporan yang perlu
- *Review* Autentifikasi
- *Review* cara pencatatan

## 5. Waktu Pelaksanaan Analisis Kuantitatif dan kualitatif

Waktu pelaksanaan analisis kuantitatif dan kualitatif terbagi menjadi 2, yaitu:

- a. Analisis rekam medis tertutup adalah setiap pelayanan angket yang mengharapkan jawaban berbentuk data nominal, ordinal, interval dan rasio.
- b. Analisis rekam medis terbuka adalah pertanyaan yang mengharapkan responden untuk menuliskan jawabannya berbentuk uraian tentang suatu hal.

## 6. *Clinical Documentation Improvement (CDI)*

Menurut Ms. Dorothy Steed (2015) dokumentasi klinis adalah dasar dari setiap rekam medis pasien. Semua orang yang mendokumentasikan dalam catatan harus memenuhi standar dokumentasi klinis. Catatan tersebut mendukung keparahan kondisi pasien, penilaian dan evaluasi yang mengarah pada diagnosis dan manajemen perawat. Tanpa dokumentasi yang baik menjadi sulit untuk mendukung kebutuhan medis dari layanan yang diberikan, membuka pintu untuk permintaan informasi tambahan, menyandi ulang, atau menolak layanan.

*Coder* memerlukan dokumentasi berkualitas tinggi untuk menentukan kualitas dan akurasi pengkodean, dan tidak dapat mengambil diagnosis kecuali didokumentasikan oleh penyedia. Setiap badan pengawas memberikan penekanan lebih besar pada dokumentasi klinis. Audit Pendokumentasian Rekam Medis adalah pengujian kebenaran pencatatan rekam medis yang dapat dilakukan dengan melakukan analisis. Ada tujuh Kriteria Pendokumentasian klinis yang berkualitas prima yaitu :

- 1) Dapat dibaca /*Legible*
  - a) Tulisan dokter yang tidak dapat ditafsirkan.
  - b) Keterbacaan Dokumen Klinis (hal yang diharapkan oleh setiap badan regulasi dan hukum).

- c) Ketidak jelasan tulisan tangan umumnya hasil dari praktek pendokumentasian yang tergesa-gesa dan ceroboh.
- 2) Dapat Dipercaya /*Reliable*
    - a) Dapat dipercaya.
    - b) Aman.
    - c) Memberikan hasil yang sama saat diulang.
  - 3) Tepat /*Precise*

Terperinci atau dokumen harus mengandung detail yang cukup untuk mendukung kondisi pasien.
  - 4) Lengkap /*Complete*

Perhatian dokter sepenuhnya ditujukan dalam membuat rekam medis pasien. Kelengkapan termasuk: ketepatan autentikasi.
  - 5) Konsisten /*Consistent*

Pendokumentasian klinis pasien tidak bertentangan satu sama lain:

    - a) Pada catatan perkembangan dokter yang satu dengan dokter lainnya tidak sependapat.
    - b) Peraturannya bila terjadi pendokumentasian yang bertentangan dokter Penanggung jawab pasien (DPJP) mempunyai hak lebih tinggi.
  - 6) Jelas /*Clear*

Ketidakjelasan terjadi jika informasi pendokumentasian tidak sepenuhnya menggambarkan kondisi pasien,
  - 7) Tepat waktu /*Timely*
    - a) Ketepatan waktu pendokumentasian klinis merupakan hal yang penting, untuk pengobatan yang terbaik bagi pasien.
    - b) Adanya pendokumentasian saat masuk mempengaruhi penelitian, penagihan, indikator kualitas dan perencanaan.
    - c) Dokumentasi yang tepat waktu sangat penting untuk hasil optimal pasien. Ini termasuk catatan kemajuan harian, hasil diagnostik, ringkasan pemulangan, apakah diagnosis ada pada saat masuk, dan masukan dari penyedia konsultasi



Kriteria 1 hingga kriteria 6 difokuskan pada saat petugas melakukan kegiatan review dokumen rekam medis, sedangkan untuk kriteria “*timely*” tidak dapat dikoreksi bila suatu bagian ditulis terlambat maka tetap akan terlambat.

#### 7. Asuhan Gizi

Menurut PERMENKES No.78 tahun 2013 Asuhan Gizi adalah serangkaian kegiatan yang terorganisir/terstruktur yang memungkinkan untuk identifikasi kebutuhan gizi dan penyediaan asuhan untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

Menurut *American Dietetic Association* (2006), PAGT adalah metoda pemecahan masalah yang sistematis, yang mana *dietisien professional* menggunakan cara berfikir kritisnya dalam membuat keputusan untuk menangani berbagai masalah yang berkaitan dengan gizi, sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang efektif dan berkualitas tinggi.

Proses asuhan gizi hanya dilakukan pada pasien/klien teridentifikasi resiko gizi atau sudah malnutrisi dan membutuhkan dukungan gizi individual. Identifikasi resiko gizi dilakukan melalui skrining/penapisan gizi, skrining gizi dilakukan dengan berbagai cara dimana metodenya tergantung dari kondisi dan fasilitas setempat. Misalnya menggunakan *Subjective Global Assessment* (SGA) (Dessy nursetia, 2015).

Kegiatan dalam PAGT diawali dengan melakukan pengkajian lebih mendalam. Bila masalah gizi yang lebih spesifik telah ditemukan maka dari data objektif dan subjektif pengkajian gizi dapat ditentukan, penyebab, derajat serta area masalahnya. Berdasarkan fakta tersebut ditegakanlah diagnosa gizi kemudian ditentukan rencana intervensi gizi untuk dilaksanakan berdasarkan diagnosa gizi yang terkait. Kemudian monitoring dan evaluasi gizi dilakukan setelahnya untuk mengamati perkembangan dan respon pasien terhadap intervensi yang diberikan. Bila tujuan tercapai maka proses ini dihentikan, namun bila tidak

tercapai atau terdapat masalah gizi baru maka proses berulang kembali mulai dari pengkajian gizi yang baru (Dessy nursetia, 2015).

## 8. Desain Formulir Rekam Medis

### 1. Desain Formulir

Proses produksi kreativitas seseorang pada formulir berupa kertas atau formulir elektronik dalam bentuk komunikasi visual yang mempunyai fungsi dan nilai estetika untuk menyampaikan informasi atau pesan kepada setiap orang yang telah diatur formatnya sedemikian rupa sesuai dengan kebutuhan tertentu. Desain yang baik harus disesuaikan dengan situasi atau kondisi perusahaan dan kebutuhan penggunanya. Desain formulir sebaiknya sederhana, menarik, dan mudah atau nyaman untuk diisi. Selain itu memuat instruksi atau pertanyaan yang lengkap untuk menampung semua informasi yang diperlukan. Formulir mempunyai bagian-bagian penting, yaitu :

#### a. Pendahuluan

- 1) Identitas perusahaan
- 2) Tanggal dibuat dan ditandatangani
- 3) Nomor formulir
- 4) Tujuan formulir
- 5) Judul formulir

#### b. Tempat pengisian/pencatatan

Tempat pengisian/pencatatan dapat berupa tempat, tabel, atau kolom yang memuat instruksi pertanyaan pendahuluan mengenai data dan informasi yang harus diisi.

#### c. Penutup

- 1) Tanggal dibuat dan ditandatangani (apabila tidak tercantum di pendahuluan).
- 2) Tanda tangan
- 3) Instruksi tambahan (jika ada). (Nuraida 2008 :112)

## 2. Pertimbangan Dalam Mendesain Formulir

Aspek-aspek desain formulir menurut Huffman (199:41-50) untuk pertimbangan khusus mendesain formulir kertas yaitu:

### a. Aspek anatomi suatu formulir, meliputi:

#### 1. Kepala formulir (*Heading*)

##### (a) Heading

Mencakup judul dan informasi mengenai formulir. Judul formulir bisa terdapat pada satu dari beberapa tempat. Posisi standar adalah kiri atas, tengah, kanan atas, kiri bawah, atau kanan bawah. Informasi lain tentang formulir mencakup:

##### (1) Identitas Formulir

Jika formulir terdiri dari beberapa halaman terpisah atau tercetak dihalaman balik, identifikasi harus ada di sisi dan setiap halaman.

##### (2) Tanggal penerbitan

Tanggal penerbitan harus muncul pada setiap formulir. Biasanya terdapat setelah nomor formulir.

##### (3) Nomor Halaman

Nomor halaman bisa berupa urutan angka atau alfabet, terletak pada sudut kanan-atas atau kanan bawah.

#### 2. Pendahuluan (*introduction*)

Bagian pendahuluan ini menjelaskan tujuan formulir. Kadang-kadang tujuan ditunjukkan oleh judul. Kalau penjelasan lebih lanjut diperlukan, pernyataan yang jelas bisa dimasukkan di dalam formulir untuk menjelaskan tujuannya.

### 3. Perintah (*instruction*)

Instruksi umum harus singkat dan berada pada bagian atas formulir. Pengguna harus bisa dengan segera menentukan berapa kopi yang diperlukan, siapa yang harus mengajukan formulir, dan kepada siapa kopinya harus dikirimkan. Instruksi bisa diletakkan pada bagian depan formulir kalau terdapat tempat yang cukup. Kalau diperlukan instruksi yang lebih detail sisi baik formulir bisa digunakan namun harus ada rujukan mengenai hal ini pada bagian instruksi umum.

### 4. Badan formulir (*body*)

*Body* merupakan bagian formulir yang disediakan untuk kerja formulir yang sesungguhnya. Pertimbangan hati-hati harus diberikan mengenai susunan data yang diminta atau informasi yang tersedia yang mencakup pengelompokan, pengurutan, dan penyusunan tepi (*'aligning'*) yang sepantasnya. Pertimbangan juga harus diberikan untuk *margins, spacings, rules, type styles*, dan cara pencatatan.

#### (a) *Margin*

Margin dengan syarat sebagai berikut:

- (1) Margin atas dengan batas minimum disediakan  $\frac{2}{16}$
- (2) Margin bawah dengan batas minimum disediakan  $\frac{3}{6}$
- (3) Margin 6666 pada sisi-sisi dengan batas minimum disediakan rata kanan kiri (kedua sisi kanan atau kiri)  $\frac{3}{10}$
- (4) Perforasi stock kartu minimal  $\frac{1}{8}$  pada kedua sisi

*(b) Spacings*

Spasi adalah spasi ukuran area entry data, antara lain:

- (1) Spasi horizontal disediakan  $1/12$  untuk huruf 'elite' dan  $1/10$  untuk huruf 'pica'
- (2) Spasi vertical disediakan  $1/16$  untuk huruf 'elite' maupun 'pica'
- (3) Untuk spasi dengan tulisan tangan disediakan  $1/10$  sampai dengan  $1/12$  untuk spasi horizontal. Untuk spasi vertical  $1/4$  s.d  $1/3$ . Jika diisi dengan tulisan tangan ataupun mesin ketik spasi vertical  $1/3$ .

*(c) Rules*

Sebuah *rule* adalah sebuah garis *vertical* atau *horizontal*. Garis ini bisa *solid* (langsung), *dotted* (putus-putus), atau paralel berdekatan yang melayani berbagai tujuan. *Rules* membagi formulir atas bagian-bagian logis, mengarahkan penulis untuk memasukkan data pada tempat yang semestinya, menginstruksikan penulis mengenai panjang yang diinginkan dari data yang dimasukkan, membimbing pembaca melalui komunikasi, dan menambah daya tarik fisik formulir (kalau diatur dengan benar). *Rules* sering dipakai untuk membuat kotak-kotak.

*(d) Type style*

Jenis huruf ini penting dalam keterbacaan dan penonjolan. Untuk suatu formulir, paling baik adalah menggunakan sesedikit mungkin jenis dan ukuran huruf. Item-item dengan tingkat kepentingan yang sama hendaknya dicetak dengan huruf yang sama di semua bagian formulir. Biasanya, jenis *italic* dan *bold* digunakan untuk penekanan, tapi terbatas pada kata-kata yang memerlukan penekanan khusus.

(e) Cara pencatatan

Hampir semua formulir dihasilkan dengan tangan, mesin ketik, atau cetakan komputer. Cara lain pencatatan data mencakup OCR (*optical character recognition* = pengenalan huruf secara optis) dan 'bar code', yang bekerja sebagai input langsung ke dalam computer. Sebagai tambahan pada prinsip umum desain formulir yang baik, pertimbangan khusus untuk adanya peralatan OCR atau 'bar code' merupakan hal yang penting.

5. Bagian penutup formulir (*close*)

Komponen utama terakhir formulir kertas adalah *close* atau penutup. Ini merupakan ruangan untuk tanda tangan pengautentifikasian atau persetujuan.

b. Aspek fisik suatu formulir, meliputi:

1) Tinta

Pertimbangan harus diberikan pada penggunaan jenis tinta tertentu dan warna khusus. Tinta harus memberikan kontras yang semestinya pada kertas dan hendaknya memberikan cetakan yang jelas, seragam, dan rata.

2) Kertas

Dalam aspek fisik terdapat lima sifat fisik dari kertas yang perlu dipertimbangkan yaitu *weight*, *grade*, *grain*, *finish*, dan *color*. Sifat-sifat ini berhubungan dengan *permanency*, *durability*, mutu penulisan kertas, keterbacaan, dan pembuatan *microfilm*. *Permanency* maksudnya adalah berapa lama kertas dapat disimpan. *Durability* berhubungan dengan kesanggupan seseorang untuk mengelola kertas berkali-kali. Mutu penulisan kertas mempengaruhi kemampuan seseorang untuk menulis dengan cepat dan rata, dan kemampuan kertas untuk menerima tinta dari alat pencetakan.

## (a) Weight

Merupakan beratnya kertas sebanyak satu rim pada ukuran tertentu.

- (1) Kertas 'bond' adalah berat antara 11-24 pounds, relative kuat dan bersig, dan memiliki mutu yang baik untuk penghapusan, pencetakan, dan permanensi.
- (2) Kertas 'manifold' merupakan kertas ringan dengan berat 7-11 pounds biasanya disebut tissue.
- (3) Kertas 'onion skin' merupakan kertas ringan dengan berat 7-11 pounds, lapisan transparan yang bergelombang.
- (4) Kertas 'ledger' lebih berat dari kertas 'bond' (24-36pounds) dan memiliki satu penghapusan yang sangat baik, biasanya digunakan untuk akuntansi dan pembukuan.

## (b) Grade

*Grade* kertas adalah mutu kertas dan terutama didasarkan pada jenis material yang digunakan dalam proses pembuatannya. *Grade* yang dipilih untuk formulir tergantung pada hal-hal seperti lama ketahanan formulir, banyaknya penanganan dan penampilan. Umumnya, semakin banyak rag semakin lama usia kertas.

## 3) Aturan Dasar Desain Formulir

Formulir merupakan ruang yang membutuhkan isi data yang telah ditentukan. Formulir dapat berupa kertas ataupun dalam bentuk elektronik. Kegunaan formulir ini adalah untuk mengumpulkan data agar mendapatkan data yang seragam, merekam data, mengirimkan data, menyimpan data dan data mengambilnya kembali saat

kapan saja ketika dibutuhkan. Formulir sangat penting untuk kebutuhan pengumpulan data. Tujuan dari adanya formulir adalah untuk menyeragamkan informasi yang dikumpulkan dan yang dikeluarkan, serta menyederhanakan kegiatan pengumpulan dan pembagian data (Savitri Citra Budi, 2013).

Menurut Huffman (1994) aturan dasar atau prinsip desain formulir :

a) Sesuai kebutuhan pengguna

Pelajari tujuan dan pemakaian formulir dan buatlah rancangan sesuai kebutuhan pengguna. Untuk mengetahui kebutuhan pengguna dapat dilakukan dengan mengidentifikasi kebutuhan pengguna dan studi dokumentasi dengan mempertimbangkan standar isi formulir. Identifikasi kebutuhan dilakukan dengan menggunakan alat ceklist.

b) Membuat formulir sesederhana mungkin

Rancanglah formulir sesederhana mungkin, hilangkan data atau informasi yang tidak diperlukan. Untuk mendapatkan formulir yang sederhana dapat dilakukan dengan analisis kebutuhan item data antar formulir dalam petugas yang sama.

c) Terminologi yang standar

Gunakan terminologi standar untuk semua elemen data atau gunakan definisi-definisi, beri label semua informasi. Untuk dapat menggunakan terminologi standar, maka perlu dibuat kebijakan tertulis yang disahkan tentang terminologi standar dan singkatan yang digunakan di rumah sakit.



d) Adanya pedoman pengumpulan dan interpretasi data

Jika perlu masukan pedoman untuk menjamin agar pengumpulan dan interpretasi data konsumen.

Pedoman pengisian diperlukan untuk contoh:

(1) Isian pilihan (disilang, dicentang, dilingkar, dicoret, dll)

(2) Item yang isiannya lebih dari satu, misal laki-laki atau L atau pria.

e) Urutan penempatan item yang logis

Untuk mendapatkan urutan penempatan item yang logis dapat dilakukan dengan menempatkan item formulir sesuai dengan alur pengisiannya atau alur mendapatkan informasi, misal : data sosial didapatkan lebih dahulu daripada data medis, sehingga penempatan data sosial lebih dahulu setelah itu data medis.

4) Pembuatan desain formulir

Menurut Lily Widjaya (2018) ada 3 cara pembuatan desain formulir, yaitu:

a) *Source Oriented Medical Record (SOMR)*

Sudah merupakan tradisi bahwa rekam medis rumah sakit diorganisir berdasarkan bagian yang memberikan asuhan dan pelayanan kepada pasien tersebut. (Disebut orientasi pada sumber pelayanan).

Setiap lembar disusun berdasarkan tanggal yang disusun secara kronologis di nurse station, jadi informasi yang terbaru ada di bagian paling atas dan terlama paling bawah. Sesudah pasien pulang lembaran disusun kembali dari awal sampai akhir.

Catatan dokter tersendiri disusun secara kronologis, demikian juga catatan perawat, hasil laboratorium, radiologi, dan sebagainya. Bila ingin

membaca isi Rekam Medis terjadi kesulitan karena harus melihat per tanggal pada setiap pemberi asuhan dan pelayanan.

Keuntungan dari SOMR adalah laporan terorganisir berdasarkan setiap sumber pelayanan dalam suatu bagian sehingga memudahkan untuk menentukan penilaian, pengobatan dan observasi pada setiap pelayanan yang telah diberikan.

Kerugian SOMR adalah tidak mungkin untuk menentukan secara cepat masalah dan pengobatan yang telah diberikan kepada pasien pada suatu waktu, karena data terkumpul berdasarkan pelayanan yang diberikan bukan berdasarkan masalah / problem atau integrasi dari waktu berikutnya, sehingga harus ditelusuri per tanggal pada setiap pemberi asuhan dan pelayanan.

b) *Problem Oriented Medical Record (POMR)*

POMR suatu tipe format RM yang pendokumentasiannya mencerminkan pikiran yang logis pada pelayanan yang diberikan dokter. Dokter menyimpulkan dan mengikuti setiap problem klinis secara individu (sendiri-sendiri) dan memecahkan masalah tersebut secara bersama-sama.

Pada tipe format POMR ini lebih mudah bagi pemberi pelayanan. Disusun berdasarkan daftar masalah. POMR mempunyai 4 bagian :

- Data Base (Data Dasar)
- Problem List (Daftar Masalah)
- Initial Plan (Rencana Awal)
- Progress Notes (Catatan Perkembangan)

Keuntungan POMR yaitu:

- Dokter diharapkan untuk mempertimbangkan seluruh problem pasien dalam segala keadaan.
- Catatan jelas
- Mengidentifikasi tujuan dan metoda pengobatan
- Pendidikan Kesehatan (Lengkapnya catatan dari dokter)
- Proses menjaga mutu lebih mudah sebab data telah tersusun.

Kerugian POMR yaitu:

- Pelatihan dan tanggung jawab tambahan bagi staf profesional dan staf kesehatan.
- Tidak banyak fasilitas pelayanan akut melaksanakan POMR secara penuh, banyak dari profesional kesehatan menggunakan SOAP form dari Progress Notes.

c) *Integrated Medical Record (IMR)*

Seluruh form disusun secara kronologis. Di Nurse Station disusun dengan yang terbaru di paling atas. Saat pulang, disusun kembali dari awal sampai akhir. Kunci dari IMR adalah seluruh sumber pemberi pelayanan dijadikan satu.

Catatan saat pasien pulang berisi riwayat pasien, pemeriksaan fisik, catatan perkembangan, catatan perawat, laporan rontgen, catatan perkembangan, laporan konsultasi, dll. Formulir-formulir untuk setiap jangka waktu pelayanan disusun dalam seksiseksi yang berbeda.

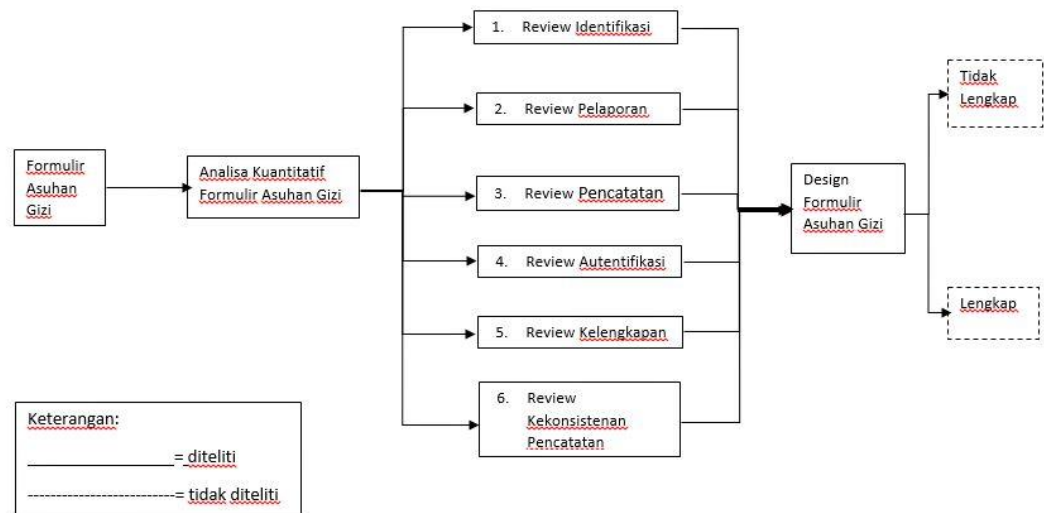
Sulit untuk membandingkan untuk informasi yang sama, contoh : tingkat gula darah puasa.

Diperlukan waktu yang lama oleh karena itu seluruh data terdapat pada bagian yang terpisah.

Keuntungan IMR adalah perkembangan pasien dapat diketahui secara cepat, oleh karena seluruh catatan disatukan. Mengurangi jumlah form dan mendorong pelayanan kesehatan bekerja secara tim.

Kerugian IMR adalah hanya 1 orang pemberi pelayanan yang dapat mencatat perkembangan pasien pada satu waktu. Sulit mengidentifikasi pekerjaan perorangan, kecuali catatan yang biasanya ada titel dari pencatat dan dokter sering merasa catatan hanya menitik beratkan pada kebiasaan untuk membedakannya dengan profesi lain yang memberikan pelayanan kepada pasien. Keputusan menentukan format RM adalah staf kesehatan dengan persetujuan komite RM.

## B. KERANGKA KONSEP



Gambar 2.1 Kerangka Konsep penentuan

