

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia (UU RI) Nomor 44 tentang Rumah Sakit Tahun 2009 dinyatakan bahwa:

“Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit juga merupakan suatu tempat yang memberikan pelayanan publik yang berupa pelayanan kesehatan bagi masyarakat luas yang mengalami keluhan penyakit, luka dan bagi mereka yang akan melahirkan”.

2.1.2 Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan UU RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Bab 3

Pasal 5 disebutkan bahwa Rumah Sakit mempunyai fungsi, diantaranya adalah:

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Definisi Rekam Medis

Berdasarkan Permenkes RI No 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis disebutkan bahwa “Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien”.

Menurut Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pelayanan Medik (Depkes RI Dirjen Yanmed 2006) dinyatakan bahwa “Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, penentuan fisik laboratorium, diagnose segala pelayanan dan tindakan medis yang berikrar kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat”.

2.2.2 Tujuan Rekam Medis

“Pembuatan rekam medis di rumah sakit untuk mendapatkan catatan atau dokumen yang akurat dari pasien, mengenai riwayat kesehatan, riwayat penyakit di masa lalu dan masa sekarang, juga pengobatan yang telah diberikan sebagai upaya meningkatkan pelayanan mutu. Rekam medis dibuat untuk tertib administrasi di rumah sakit yang merupakan salah satu faktor penentu dalam rangka upaya meningkatkan pelayanan kesehatan” (Ery Rustianto, 2009).

2.2.3 Kegunaan Rekam Medis

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Depkes RI Revisi II (2006), kegunaan rekam medis secara umum antara lain:

1. Aspek Administrasi, suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan perawat dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
2. Aspek Medis, catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan terapi pengobatan dan perawatan yang harus diberikan kepada pasien.
3. Aspek Hukum, menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.
4. Aspek Keuangan, isi rekam medis dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan. Tanpa adanya bukti catatan tindakan/pelayanan, maka pembayaran tidak dapat dipertanggungjawabkan.
5. Aspek Penelitian, berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat digunakan sebagai aspek penelitian.
6. Aspek Pendidikan, berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang kronologis dari pelayanan medik yang diberikan pada pasien.
7. Aspek Dokumentasi, isi rekam medis menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan sarana kesehatan.

2.3 Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien yang tidak dirawat sebagai pasien rawat inap di rumah sakit atau institusi perawatan kesehatan (Huffman:1994).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) RI Nomor 1165/MENKES/SK/X/2007 tentang Pola Tarif Rumah Sakit Badan Layanan Umum disebutkan bahwa “Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa menginap di Rumah Sakit”.

2.4 Berkas Rekam Medis

Berkas rekam medis adalah berkas yang berisikan semua catatan atau data tentang informasi pasien baik rawat inap, rawat jalan, ataupun gawat darurat, dari hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, pelayanan medis dan administrasi.

Menurut Permenkes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis Bab II pasal 3, pada lembar formulir rekam medis rawat jalan sekurang-kurangnya memuat:

- a. Identitas pasien
- b. Tanggal dan waktu
- c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik Diagnosis
- e. Rencana penatalaksanaan
- f. Pengobatan dan/atau tindakan
- g. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
- h. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik; dan
- i. Persetujuan tindakan bila diperlukan

2.5 Sampul (Map)

Menurut Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis di Rumah Sakit revisi II, Depkes RI (2006), disebutkan bahwa “Rekam medis harus diberi sampul pelindung untuk memelihara keutuhan susunan lembaran-lembaran rekam medis, mencegah terlepas atau tersobeknya lembaran akibat sering dibolak-balik lembaran tersebut. Sampul yang sering dipakai adalah sampul pelindung, map, amplop”.

Menurut Setiawan (2016) Map rekam medis mempunyai fungsi sebagai berikut:

1. Menyatukan semua lembar rekam medis pasien sehingga menjadi satu riwayat utuh.
2. Melindungi lembar-lembar rekam medis didalamnya agar tidak rusak, robek, terlipat dan sebagainya.
3. Mempermudah penyimpanan, pencarian, dan pemindahan berkas rekam medis.

2.6 Standar Desain Formulir Rekam Medis

Menurut (Huffman, 1994), “Desain formulir adalah kegiatan merancang formulir berdasarkan kebutuhan pencatatan transaksi pelayanan, kegiatan pelayanan dan penyusunan atau pembuatan laporan organisasi”.

Huffman (1994) menyatakan bahwa desain formulir terdapat 5 komponen utama yang terdapat pada formulir kertas yaitu:

1. *Heading* (bagian atas kertas)

Heading memuat judul dan informasi mengenai formulir, judul formulir biasanya terdapat pada beberapa posisi. Posisi standar yang digunakan adalah kiri atas, tengah kanan atas, kiri bawah atau kanan bawah. Sebuah sub judul harus digunakan apabila judul utama memerlukan penjelasan atau kualifikasi lebih lanjut. Apabila formulir akan diisi oleh atau dikirimkan ke luar organisasi, nama dan alamat fasilitas asuhan kesehatan harus dimasukkan ke dalam judul.

Informasi lain mengenai formulir mencakup identitas formulir, tanggal penerbitan dan nomor halaman. Batas kanan merupakan tempat terbaik untuk identifikasi formulir dan tanggal penerbitan. Pada lokasi ini perobekan atau tertutupnya informasi dapat dihindarkan jika formulir di stampel pada sudut kiri atas. Identifikasi formulir juga terlihat apabila formulir juga dijilid pada bagian atau pada sisi kiri. Penyimpanan formulir juga akan dipermudah apabila identifikasi formulir berada di bawah.

Apabila formulir terdiri lebih dari satu halaman, maka tiap halaman harus dibuat nomor dan judul halaman terletak pada sebelah kanan atas. Ini akan membantu percetakan dalam menyusun material untuk dicetak dan disusun.

Apabila memerlukan lembar tambahan agar pengguna mengetahui pada awal. Menggunakan formulir tersebut maka setiap lembar harus diberi tempat untuk pengisian nomor halaman, misalnya “halaman 1 dari 2 halaman”.

2. *Introduction* (pendahuluan atau pengantar)

Bagian pendahuluan ini berisi keterangan atau menjelaskan tujuan formulir. Jika memang bagian *heading* sudah cukup menggambarkan fungsi dan tujuan tersebut, maka tidak perlu lagi ditambahkan bagian *introduction*.

Instruction (perintah atau instruksi)

Bagian perintah berisi penjelasan singkat tentang jumlah lembar, cara pengisian dan cara pengiriman. Bagian ini biasanya diatur penempatannya agar jelas, singkat dan tidak mengganggu alur pembacaan dan pengisian formulir. Instruksi bisa diletakkan pada bagian depan formulir apabila terdapat tempat yang cukup, sedangkan instruksi yang panjang bisa diletakkan pada lembar tersendiri atau buku kecil yang terpisah.

3. *Body* (isi atau batang tubuh)

Body merupakan bagian formulir yang sesungguhnya. Dalam memberikan pertimbangan harus berhati-hati mengenai susunan data yang diminta atau informasi yang tersedia. Yang perlu diperhatikan dalam satu badan formulir meliputi:

a. *Margins*

Batas pinggir tidak saja menambah tampilan dan kegunaan formulir, tapi juga kesanggupan untuk merancang formulir secara fisik. Margin minimum harus disediakan 2/16” pada bagian atas, 3/6” bagian bawah dan 3/10” pada sisi-sisi. Kalau yang digunakan adalah stok kartu, paling kurang 1/8” harus disediakan sebagai *margins* untuk semua sisi.

b. *Spacing* (spasi)

Spacing adalah ukuran area *entry* data. Pada waktu mendesain formulir dengan data yang akan diisi dengan tulisan tangan, berikan *horizontal spacing* 1/10” sampai 1/12” per karakter. *Vertical spacing* 1/4” sampai 1/3”. Apabila desain kotak yang digunakan, 1/3” diperlukan. Spasi vertikal 1/3” akan menerima baik entry tulisan tangan maupun mesin.

c. *Rules* (garis)

Rules adalah garis vertikal atau horizontal. Garis ini bisa solid (langsung), dotted (terputus-putus) atau paralel berdekatan yang melayani berbagai tujuan.

d. *Type Style* (jenis huruf)

Jenis huruf ini penting dalam hal keterbacaan dan penonjolan. Untuk suatu formulir, paling baik adalah menggunakan sedikit mungkin jenis dan ukuran huruf. Item-item yang penting hendaknya dicetak menggunakan huruf yang sama di semua bagian formulir. Biasanya digunakan *italic* dan *bold* untuk penekanan.

e. Cara penulisan

Hampir semua formulir rekam medis dihasilkan dengan tangan, mesin ketik atau cetakan komputer. Adapun cara lain pencatatan data mencakup *Optical Character Recognizing* (OCR) yaitu pengenalan huruf secara optis dan “bar code” yang bekerja sebagai input langsung ke dalam komputer. Pertimbangan khusus untuk adanya peralatan OCR atau “bar code” merupakan hal yang penting.

4. *Close* (penutup)

- a. Merupakan bagian terakhir kertas, biasanya berupa kalimat penutup
- b. Bagian ruang verifikasi
- c. Pada bagian ini tercantum tanda tangan, nama terang, keterangan tempat, tanggal dan jam (bila diperlukan)

Menurut Huffman (1994) desain formulir mempunyai aturan sebagai berikut:

1. Pelajari dulu pembahasan formulir dan buatlah rancangan dengan memikirkan pengguna
2. Rancanglah formulir sesederhana mungkin
3. Gunakan terminologi standar untuk semua elemen data atau gunakan definisi-definisi, beri tabel sesuai informasi
4. Masukkan pedoman untuk menjamin agar pengumpulan dan interpretasi data konsisten
5. Aturan item-item (isian) dan secara logis, sehubungan dengan dokumen sumbernya atau dengan urutan perolehannya, sajikan informasi dengan cara yang dapat menangkap perhatian pembaca.

2.7 Formulir

“File (formulir) adalah kumpulan informasi yang ditata secara sistematis, terdiri atas informasi tertulis, terketik, tercetak atau dengan mesin tempat menyimpan dan menata koleksi informasi. Kumpulan satu jenis koleksi informasi yang memiliki subyek yang sama. Fakta atau data yang dicatat dengan cara tertentu mengenai sesuatu”(Dewi, 2011).

Nuraida (2008) menyatakan bahwa:

“Formulir adalah selebar kertas atau lebih yang digunakan untuk mencatat kegiatan yang bersifat repetitif/berulang-ulang dengan mencantumkan instruksi atau pertanyaan mengenai urutan data atau informasi apa saja yang harus diisi atau dilengkapi oleh penggunaannya untuk diteruskan kepada pihak-pihak yang berkepentingan untuk mengolah dan membuat keputusan atas data dan informasi tersebut”.

2.7.3 Formulir Asesmen Rawat Jalan

“*Asesment* adalah mengumpulkan, mengatur, memvalidasi, dan mencatat data mengenai status kesehatan klien. Data yang diperoleh dari beragam sumber dan merupakan dasar untuk melakukan tindakan dan keputusan yang diambil dalam tahapan-tahapan berikutnya” (Hatta, 2014).

Terdapat 2 formulir Asesmen Rawat Jalan yang digunakan di Rumah Sakit Delta Surya yaitu Asesmen Awal Rawat Jalan dan Asesmen Ulang Rawat Jalan. Asesmen Awal Rawat Jalan digunakan ketika pasien tersebut baru berkunjung ke Rumah Sakit. Sedangkan untuk Asesmen Ulang Rawat Jalan digunakan ketika pasien tersebut berobat kembali ke rumah sakit atau kontrol.

2.8 Petunjuk Pengisian Berkas Rekam Medis

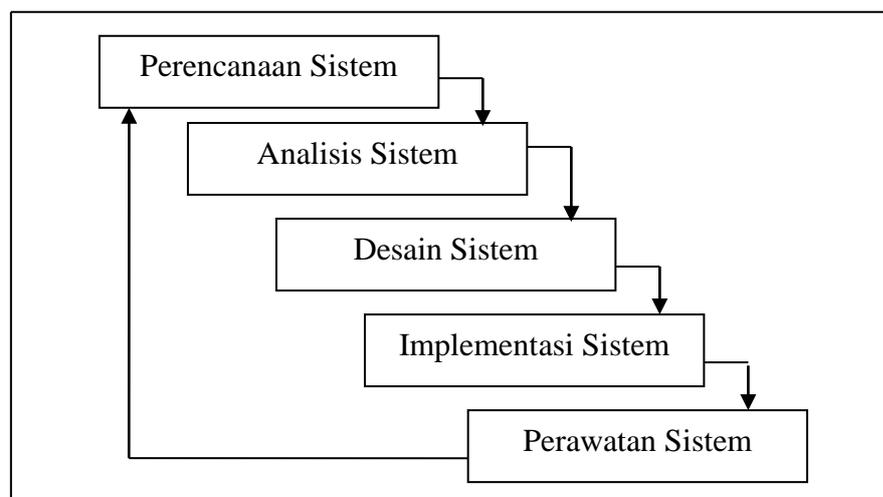
Petunjuk pengisian yang terdapat dalam berkas rekam medis dimaksudkan untuk mempermudah petugas dalam proses pengisian rekam medis.

Berdasarkan Depkes RI (2005) tentang Buku Petunjuk Pengisian Pengolahan dan Penyajian Data Rumah Sakit meliputi:

1. Pengertian,
2. Tujuan,
3. Kegunaan,
4. Tanggung jawab pelaksanaan,
5. Mekanisme pengisian

2.9 System Development Life Cycle (SDLC)

Metode *System Development Life Cycle* atau sering disingkat SDLC merupakan pengembangan yang berfungsi sebagai sebuah mekanisme untuk mengidentifikasi perangkat lunak (Ladjamudin, 2009). Tahapan dalam pengembangan *System Development Life Cycle* karena pada setiap tahapan sistem akan dikerjakan secara berurut menurun dari perencanaan, analisis, perancangan, implementasi dan perawatan, pemeliharaan). Hal ini dapat digambarkan sebagai berikut (Supriyanto, 2010) :



Gambar 2.1 Tahapan Pengembangan SDLC