

BAB 2 KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia (UU RI) Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 1, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia (UU RI) Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Bab 3 Pasal 5, 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.

2.1.2 Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Permenkes RI Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit Bab IV, menjelaskan bahwa rumah sakit umum

diklasifikasikan menjadi:

1. Rumah Sakit Kelas A
Rumah Sakit Umum Kelas A harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 5 (lima) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 12 (dua belas) Pelayanan Medik Spesialis Lain dan 13 (tiga belas) Pelayanan Medik Sub Spesialis.
2. Rumah Sakit Kelas B
Rumah Sakit Umum Kelas B harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 8 (delapan) Pelayanan Medik Spesialis Lain dan 2 (dua) Pelayanan Medik Sub Spesialis Dasar.
3. Rumah Sakit Kelas C
Rumah Sakit Umum Kelas C harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar dan 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik.
4. Rumah Sakit Kelas D
Rumah Sakit Umum Kelas D harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) Pelayanan Medik Spesialis Dasar.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Definisi Rekam Medis

Menurut Edna K. Huffman (1992), tentang rekam medis menyatakan bahwa:

“Rekam medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana dan bagaimana yang di berikan kepada pasien selama masa perawatan yang memuat pengetahuan mengenai dan pelayanan yang di perolehnya serta memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien membenarkan diagnosa dan pengobatan serta merekam hasilnya”.

Berdasarkan Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis, “Rekam medis adalah suatu lembaran kertas yang berisikan keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas pasien,

anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa, pemeriksaan fisik dan segala pelayanan tindakan medis”.

Formulir pengumpulandata menyebabkan timbulnya dokumentasi. Formulir laporan menuntut adanya keputusan atau penentuan arah tindakan. Formulir dirancang dengan tidak baik, dapat mengakibatkan pengumpulan data menjadi tidak memadai, dokumentasi menjadi lamban, salah informasi, duplikasi usaha yang dilakukan dan kesalahan-kesalahan. Hal ini menggambarkan bahwa suatu formulir sangat memiliki fungsi yang penting dimana dapat dijadikan sebagai media pengumpulan data yang dapat dijadikan sebagai sumber informasi yang benar serta dapat dijadikan sebagai pedoman dalam pengambilan keputusann atau penentu arah tindakan.

2.2.2 Tujuan Rekam Medis

Menurut Dirjen Pelayanan Medik (1997), tujuan rekam medis adalah menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Tujuan rekam medis menurut Ery Rustiyanto (2009:6) dalam buku yang berjudul Etika Profesi, menyatakan bahwa tujuan dibuatnya rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa dukungan suatu sistem pengelolaan rekam medis baik dan benar tertib administrasi rumah sakit tidak akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib

administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

2.2.3 Kegunaan Rekam Medis

Menurut Pedoman Penyelenggaran dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Depkes RI Revisi II (2006) mengatakan bahwa 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 Inap

Menurut Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit (1991) tentang rawat inap, rawat inap fungsi utamanya dinyatakan bahwa:

“Menerima pasien untuk dirawat di rumah sakit. Tata cara penerimaan pasien yang disebut adminting prosedur harus wajar sesuai dengan keperluan. Dengan meningkatnya jumlah pasien, pimpinan rumah sakit harus memberikan perhatian yang konstan dalam membina sistem dan prosedur penerimaan pasien yang sebaik-baiknya”.

Menurut Edna K. Huffman (1994) menyatakan bahwa, Rawat inap adalah salah bentuk proses pengobatan atau rehabilitasi oleh tenaga pelayanan kesehatan profesional pada pasien yang menderita suatu penyakit tertentu, dengan cara di inapkan di ruang rawat inap tertentu sesuai jenis penyakit yang dialaminya.

2.4 Dokumen Rekam Medis

Dokumen rekam medis adalah dokumen yang berisikan 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 lembar formulir rawat inap sekurang-kurangnya berisikan:

1. Identitas pasien
2. Tanggal dan waktu
3. Hasil anamnese, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
4. Hasil pemeriksaan
5. Diagnosa
6. Rencana penatalaksanaan
7. Pengobatan dan atau tindakan
8. Persetujuan tindakan apabila diperlukan
9. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
10. Ringkasan pulang (*summary discharge*)

11. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
12. Pelayanan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu
13. Untuk kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

2.5 Formulir

Menurut Sudra (2013), Formulir adalah secarik kertas yang memiliki ruang untuk diisi. Menurut Edna K. Huffman (1994), Desain formulir adalah kegiatan merancang formulir berdasarkan kebutuhan pencatatan transaksi pelayanan, kegiatan pelayanan dan penyusunan atau pembuatan laporan organisasi.

Menurut Nuraida (2014) menyatakan bahwa:

“Formulir adalah selembar 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 penggunaanya untuk diteruskan kepada pihak-pihak yang berkepentingan untuk mengolah dan membuat keputusan atas data dan informasi tersebut”.

2.5.1 Formulir Rawat Inap

Berdasarkan Surat Edaran Dirjen Pelayanan Medik Tahun 1995, Nomor HK.00.06.1.5.01160 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis, maka isi rekam medis untuk pasien rawat inap sekurang-kurangnya memuat:

1. Ringkasan Riwayat Masuk dan Keluar
2. Surat Permintaan Rawat
3. Anamnesis/Data Dasar Medis
4. Catatan Lanjutan Keperawatan
5. Formulir Perjalanan Penyakit
6. Instruksi/Tindakan/Terapi
7. Daftar Pengobatan/Formulir Catatan Pemberian Obat
8. Grafik Suhu, Nadi, Tensi (Observasi)
9. Permintaan Pemeriksaan Penunjang dari Hasil Pemeriksaan
10. Ringkasan Diganosis
11. Resume Medis (Hidup/Mati)

12. Formulir Spesialisasi Sesuai dengan Jenis Spesialisasinya
13. Keseimbangan Cairan
14. Laporan Anestesi
15. Laporan Operasi
16. Laporan Persalinan dari Identifikasi Bayi
17. Konsultasi
18. Diagnostik Invasif
19. Informed Consent
20. Catatan Dokter Pasien Pindah
21. Catatan Perawatan Pasien Pindah
22. Salinan Resep
23. Sebab Kematian
24. Pulang Paksa.

2.5.2 Formulir Ringkasan Masuk dan Keluar Rumah Sakit

Berdasarkan pedoman penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Depkes RI Revisi II (2006:48) tentang Ketentuan Pengisian Rekam Medis bahwa ringkasan masuk dan keluar ini sering disebut ringkasan atau lembar muka. Selalu menjadi lembaran paling depan pada suatu berkas rekam medis. Lembaran ini berisi tentang identitas pasien, cara penerimaan melalui cara masuk dikirim oleh, serta berisi ringkasan data pada saat pasien keluar. Lembaran ini merupakan sumber informasi untuk mengindeks RM, serta menyiapkan Rumah Sakit. Informasi identitas pasien sekurang-kurangnya mencari hal-hal sebagai berikut:

1. Nama Pasien,
2. Nomor Rekam Medis,
3. Tanggal Lahir,
4. Jenis Kelamin,
5. Pendidikan,
6. Agama,
7. Alamat,
8. Pekerjaan,

Informasi yang perlu dicatat diantaranya:

1. Status Perkawinan,
2. Keikutsertaan dalam ASKES / Asuransi lain,
3. Cara masuk (dikirim oleh),
4. Penanggung jawab,
5. Alamat Penanggung jawab,
6. Nama Keluarga terdekat,
7. Alamat Keluarga terdekat,
8. Tanggal dan jam masuk ruang rawat inap,
9. Tanggal dan jam keluar ruang rawat inap,
10. Bagian / Spesialisasi,
11. Ruang Rawat / Kelas Pearawatan,
12. Lama Dirawat,
13. Diagnosa Akhir,
14. Diagnosa Primer,
15. Diagnosa Sekunder,
16. Komplikasi,
17. Operasi / Tindakan (jika ada),
18. Anestesi yang diberikan (jika ada),
19. Infeksi Nosocomial dan Penyebabnya (jika ada),
20. Imunisasi yang pernah didapat,
21. Imunisasi yang pernah diperoleh selama dirawat,
22. Transfusi Darah (jika ada),
23. Jenis Golongan Darah,
24. Resus,
25. Jumlah CC,
26. Keadaan Keluar (hidup / mati),
27. Mengubah kematian untuk yang keluar mati,
28. Nama dan tanda tangan dokter yang merawat.

2.5.3 Formulir Persetujuan Tindakan Medis

Istilah *Informed Consent* menurut Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) adalah Persetujuan Tindakan Kedokteran atau Kedokteran Gigi yang mempunyai arti persetujuan pasien atau yang sah mewakilinya atas rencana tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang diajukan oleh dokter atau dokter gigi, setelah menerima informasi yang cukup untuk dapat membuat persetujuan. Persetujuan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi adalah

pernyataan sepihak dari pasien dan bukan perjanjian antara pasien dengan dokter atau dokter gigi, sehingga dapat ditarik kembali setiap saat. Persetujuan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi merupakan proses sekaligus hasil dari suatu komunikasi yang efektif antara pasien dengan dokter atau dokter gigi, dan bukan sekedar penandatanganan formulir persetujuan.

Informed consent secara harfiah terdiri dari dua kata yaitu *informed* dan *consent*. *Informed* berarti telah mendapat penjelasan atau informasi; sedangkan *consent* berarti memberi persetujuan atau mengizinkan. Dengan demikian *informed consent* berarti suatu persetujuan yang diberikan setelah mendapat informasi. Atau secara umum *Informed Consent* dapat diartikan sebagai persetujuan yang diberikan oleh seorang pasien kepada dokter atas suatu tindakan medik yang akan dilakukan, setelah mendapatkan informasi yang jelas akan tindakan tersebut.

Menurut Permenkes Nomor 585/Menkes/Per/IX/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medis Bab I pasal 1, Persetujuan Tindakan Medik adalah Persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.

2.5.4 Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran (*Informed Consent*)

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran Bab I Pasal 1, menjelaskan bahwa Persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh

pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien.

Suatu persetujuan dianggap sah apabila: (1) Pasien telah diberi penjelasan/ informasi; (2) Pasien atau yang sah mewakilinya dalam keadaan cakap (kompeten) untuk memberikan keputusan/persetujuan; (3) Persetujuan harus diberikan secara sukarela.

Dalam Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) tahun 2006 menyatakan bahwa:

“Persetujuan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang sering disebut juga *Informed Consent*, merupakan persetujuan pasien atau yang sah mewakilinya atas rencana tindakan kedokteran atau kedokteran gigi, sehingga dapat ditarik kembali setiap saat persetujuan tindakan kedokteran dan kedokteran gigi merupakan proses sekaligus hasil dari suatu komunikasi yang efektif antara pasien dengan dokter atau dokter gigi dan bukan sekedar pandangan lembar persetujuan.”

Pemberian *informed consent*/persetujuan tindakan kedokteran kepada pasien sangatlah penting walaupun dalam tindakan sederhana, disamping itu akan membuat pasien menjadi lebih banyak tahu dan mengerti akan tindakan yang dilakukan dalam merawatnya dari tindakan kecil maupun yang kompleks sehingga sangat penting *informed consent* dalam suatu tindakan.

Informed Consent berfungsi untuk:

1. Bahwa setiap orang mempunyai hak untuk memutuskan secara bebas pilihannya berdasarkan pemahaman yang memadai
2. Proteksi diri dari pasien dan subyek

3. Mencegah terjadinya penipuan atau paksaan
4. Menimbulkan rangsangan kepada profesi medis untuk mengadakan introspeksi diri sendiri
5. Promosi dari keputusan-keputusan yang rasional
6. Keterlibatan masyarakat (dalam memajukan prinsip otonomi sebagai suatu nilai sosial dan mengadakan pengawasan penyelidikan biomedik).

Pada saat Permenkes RI Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran mulai berlaku, maka Permenkes RI Nomor 585/Menkes/Per/IX/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medis dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

Dalam Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) tahun 2006 tentang Manual Persetujuan Tindakan Medik, pada format Persetujuan Tindakan Kedokteran (*Informed Consent*) sekurang-kurangnya memuat:

Identitas Pemberi Persetujuan:

1. Nama,
2. Umur,
3. Jenis Kelamin,
4. Alamat

Identitas Pasien:

1. Nama Pasien,
2. Nomor Rekam Medis,
3. Tgl. Lahir,
4. Umur,
5. Jenis Kelamin,
6. Alamat

Informasi yang perlu dicatat diantaranya:

1. Nama/Jenis Tindakan,
2. Kalimat pernyataan persetujuan dilakukan tindakan kedokteran
3. Keterangan Tempat,
4. Tanggal,
5. Jam,

6. Kolom Tanda Tangan Pemberi Persetujuan,
7. Kolom Tanda Tangan Saksi.

2.5.5 Formulir Ringkasan Keluar (*Resume Medis*)

Menurut Juknis Depkes RI (1997) menyatakan bahwa:

“*Resume Medis* harus berisi ringkasan tentang penemuan-penemuan dan kejadian penting selama pasien dirawat, keadaan waktu pulang, saran dan rencana pengobatan selanjutnya. Terkait dengan sifat kerahasiaan rekam medis, resume pasien cukup digunakan sebagai penjelasan informasi yang diinginkan, kecuali bila telah ditentukan lebih dari pada itu”.

Menurut Permenkes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang *Rekam Medis*, Bab II Jenis dan Isi *Rekam Medis* pasal 4 menjelaskan isi ringkasan pulang sebagaimana dimaksud ayat (1), menyatakan bahwa:

“Ringkasan pulang harus dibuat oleh dokter atau dokter gigi yang melakukan perawatan pasien. Isi ringkasan pulang atau resume medis sekurang-kurangnya memuat:

- a. Identitas pasien
- b. Diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat
- c. Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis akhir, pengobatan dan tindak lanjut
- d. Nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan pasien”.

Apabila mutu rekam medis kurang baik, dapat dilihat ada tidaknya resume medis, maka secara keseluruhan akan menyebabkan mutu rekam medis menjadi kurang baik. Akibat dari *resume medis* yang tidak ada atau tidak diisi secara lengkap. Karena *resume medis* mencerminkan segala informasi yang penting, menyangkut pasien dan dapat dijadikan sebagai dasar untuk tindakan yang lebih lanjut.

2.6 Standar Desain Formulir Rekam Medis

Menurut Elly Erawati (2010) menyatakan bahwa, Standar didefinisikan sebagai pernyataan tertulis yang berisi spesifikasi atau rincian tentang sesuatu hal khusus yang memperlihatkan tujuan, cita-cita, keinginan, kriteria, ukuran, patokan dan pedoman. Standarisasi merupakan penentuan spesifikasi suatu produk (ukuran, bentuk dan karakteristik lainnya).

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

Menurut Edna K. Huffman (1994) 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 kedalam 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 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*.

3. *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.

4. *Body* (isi atau batang tubuh)

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

a. *Margin* (garis tepi)

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, barikan *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.

5. *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 diperhatikan).

Menurut Edna K. 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 Sampul (Map)

Menurut Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis di Rumah Sakit Revisi II Depkes RI (2006:90), 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 Northern Territory Government (2012:2) map rekam medis memuat informasi:

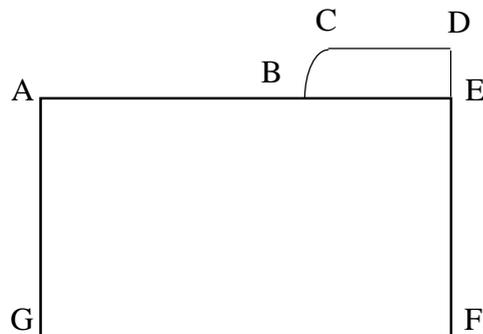
1. Identitas sarana pelayanan kesehatan,
2. Tulisan “*Confidential*” atau Rahasia atau keduanya,
3. Nama Pasien,
4. Nomor Rekam Medis,
5. Tahun Kunjungan Terakhir

Menurut Keputusan Kepala Arsip Nasional Republik Indonesia Nomor 10 (2000:5) Tentang Standar *Folder* dan *Guide Arsip*, Salah satu spesifikasi dari *folder* arsip adalah bahan *folder* arsip terbuat dari kertas manila karton. *Folder* memiliki bentuk seperti map dengan tab atau bagian yang menonjol disebelah kanan atas yang berfungsi sebagai tempat menuliskan kode/indeks. *Folder* dibedakan menjadi 2, yaitu:

a. *Folder* Besar

Folder besar memiliki fungsi sebagai tempat penyimpanan arsip kertas. *Folder* besar memiliki ukuran sebagai berikut:

$$\begin{array}{ll} A - B = 28 & E - F = 23 \\ B - E = 9 & A - G = 23 \\ C - D = 8 & G - F = 35 \\ D - E = 2 & \end{array}$$

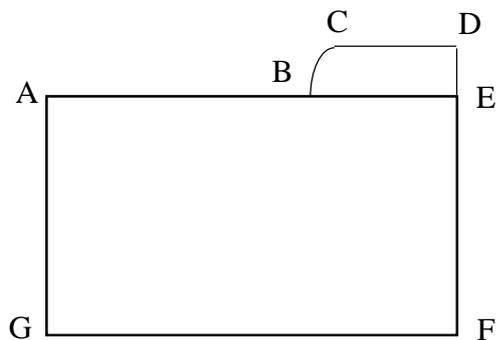


Gambar 2. 1 Folder Besar

b. *Folder* Kecil

Folder kecil memiliki fungsi sebagai tempat penyimpanan kartu kendali atau kartu deskripsi. *Folder* kecil memiliki ukuran sebagai berikut:

$$\begin{array}{lll} A - B = 11 & D - E = 2 & G - F = 15 \\ B - E = 4 & E - F = 10 & \\ C - D = 3,5 & A - G = 10 & \end{array}$$



Gambar 2. 2 Folder Kecil

Setiap *folder* dapat menampung arsip 3 cm atau kurang lebih 150 lembar kertas. Satu *folder* digunakan untuk satu subyek atau satu berkas dengan maksimal 150 lembar. Apabila satu folder tidak memadai untuk menyimpan arsip dengan subyek atau berkas yang sama, maka dapat digunakan satu folder. Satu *folder* minimal diisi 5 lembar arsip. Garis satu lipatan skor folder dipergunakan sesuai dengan ketebalan atau jumlah arsip yang disimpan.

2.8 Petunjuk Pengisian Dokumen Rekam Medis

Pengertian petunjuk pengisian dokumen rekam medis ini, menguraikan bagaimana cara mengisi formulir dokumen rekam medis dengan harapan mempermudah dalam pengisian DRM.

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

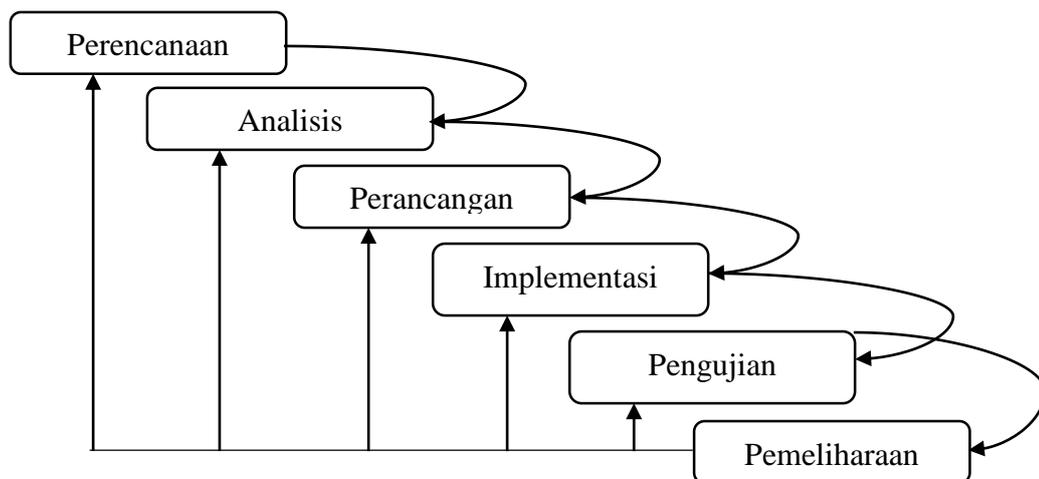
1. Pengertian,
2. Tujuan,
3. Kegunaan,
4. Tanggung jawab Pelaksanaan
5. Mekanisme Pengisian.

2.9 Metode Perancangan Pengembangan

Menurut Ladjamudin (2013:39) menjelaskan bahwa, Tahapan perancangan (desain) memiliki tujuan untuk sistem baru yang dapat menyelesaikan masalah-masalah yang dihadapi perusahaan yang diperoleh dari pemilihan alternatif sistem yang terbaik, kegiatan yang dilakukan dalam tahap perancangan ini meliputi perancangan *output*, *input* dan *file*.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia (UU RI) Nomor 18 Tahun 2002 tentang Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan dan Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi, Bab I Pasal 1, Pengembangan adalah kegiatan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bertujuan memanfaatkan kaidah dan teori ilmu pengetahuan yang telah terbukti kebenarannya untuk meningkatkan fungsi, manfaat dan aplikasi ilmu pengetahuan dan teknologi yang telah ada atau menghasilkan teknologi baru.

Penelitian ini menggunakan metodologi perancangan pengembangan dengan “*System Development Life Cycle (SDLC)*” tahapannya sebagai berikut:



Gambar 2.3 Metode SDLC (Nugroho, 2010)

Dari Gambar 2.3 didapatkan enam tahapan dalam metode SDLC sebagai berikut:

1. Perencanaan

Tahapan ini akan menghasilkan dokumen user requirement atau bisa dikatakan sebagai data yang berhubungan dengan keinginan pengguna (*user*) dalam pembuatan desain, termasuk rencana yang akan dilakukan

2. Analisis

Analisis desain dilakukan untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi permasalahan-permasalahan, hambatan-hambatan yang terjadi dan kebutuhan-kebutuhan yang diharapkan sehingga dapat diusulkan perbaikan-perbaikan.

Pada tahap ini dilakukan dalam analisis desain formulir, antara lain:

- a. Analisis Identifikasi Masalah

Identifikasi masalah merupakan langkah awal dari analisis desain. Dalam tahap ini didefinisikan masalah yang harus dipecahkan

- b. Analisis Kebutuhan

Menganalisis kebutuhan desain oleh pengguna (*user*) dan mengembangkan kebutuhan pengguna (*user*) (Sukamto dan Salahudin, 2013)

- c. Analisis Kelayakan Desain

Studi kelayakan digunakan untuk menentukan kemungkinan keberhasilan solusi yang diusulkan. Tahapan ini berguna untuk memastikan bahwa solusi yang diusulkan tersebut benar-benar dapat dicapai (Abdul Kadir, 2014).

3. Perancangan

Perancangan adalah proses merencanakan segala sesuatu terlebih dahulu. Perancangan merupakan wujud visual yang dihasilkan dari bentuk-bentuk kreatif yang telah direncanakan. Langkah awal dalam perancangan desain bermula dari hal-hal yang tidak teratur berupa gagasan atau ide-ide kemudian melalui proses penggarapan dan pengelolaan akan menghasilkan hal-hal yang teratur, sehingga hal-hal yang sudah teratur bisa memenuhi fungsi dan kegunaan secara baik. Perancangan merupakan penggambaran, perencanaan, pembuatan sketsa dari beberapa elemen yang terpisah kedalam satu kesatuan yang utuh dan berfungsi” (Wahyu Hidayat dkk dalam jurnal CERITA (2016:49).

4. Implementasi

Desain harus ditranslasikan ke dalam program perangkat lunak. Hasil dari tahap ini adalah desain yang sesuai dengan kebutuhan pengguna (*user*)

5. Pengujian

Pengujian dalam metode ini perlu dilakukan perekayasaan untuk jaminan mutu kualitas desain dan merepresentasikan hasilnya mulai dari spesifikasi dan cara pemakaiannya

6. Pemeliharaan

Pada tahap pemeliharaan ini, peneliti tidak meneliti karena pada dasarnya tahapan ini merupakan tahap yang membutuhkan waktu paling lama diantara semua tahapan. Tahapan ini merupakan tahapan penggunaan desain oleh pengguna (*user*). Pengguna (*user*) akan mengetahui hasil dari desain yang telah diinginkan, setelah itu dilakukan tahap perawatan.

2.10 Penelitian yang Relevan

1. Lala Oktaf Puspita Mumtazah (2015)

Penelitian ini berjudul: Perancangan Desain Formulir Rekam Medis Asuhan Keperawatan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

Hasil penelitian tersebut ialah persetujuan merancang ulang dan pengajuan rancangan formulir Asuhan Keperawatan. Formulir Asuhan Keperawatan dirancang guna memenuhi kebutuhan pengguna, yang dinilai dari 5 aspek yaitu: *Heading, Introduction, Instruction, Body* dan *Close*, dalam pelaksanaannya tersebut digunakan tahapan *System Development Life Cycle (SDLC)*. Dari hasil kuesioner yang telah dibagikan peneliti kepada pengguna formulir Asuhan Keperawatan, menyatakan 100% desain formulir Asuhan Keperawatan yang sudah dibuat peneliti sudah sesuai dengan kebutuhan pengguna.

2. Khoirun Nisaa', Tri L, Sri Mulyono (2014)

Jurnal penelitian ini berjudul: Pengembangan Desain Map Rekam Medis (*Folder*) dengan Kode Warna di Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Arang Boyolali.

Hasil penelitian tersebut ialah map rekam medis (*folder*) yang digunakan di RSUD Pandan Arang Boyolali belum menggunakan kode warna, belum adanya kode warna menyebabkan dengan mudahnya terjadi *misfile*. Dalam hal ini peneliti membuat pengembangan desain map rekam medis (*folder*) dengan kode warna. Dalam pelaksanaannya, peneliti melakukan perancangan pengembangan desain map dengan menggunakan aspek fisik, aspek anatomik dan aspek isi.