

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Berdasarkan (Undang-Undang Republik Indonesia 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” (Presiden Republik Indonesia, 2009).

2.1.2 Klasifikasi Rumah Sakit

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit Bab IV (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2010), 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

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/ MENKES/ PER/ III/ 2008 tentang rekam medis Bab II Pasal 2 “bahwa rekam medis merupakan catatan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien” (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

2.2.2 Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, mustahil tertib administrasi rumah sakit akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan didalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit (Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, 2006).

2.2.3 Kegunaan Rekam Medis

Menurut Pedoman Pelayanan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, (Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, 2006) kegunaan rekam medis secara umum yaitu :

1. Aspek Administrasi Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan.
2. Aspek Medis Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar merencanakan pengobatan dan perawatan yang harus diberikan kepada seprang pasien.
3. Aspek Hukum Rekam medis mempunyai nilai hukum karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum

dalam rangka menegakkan hukum serta penyediaan bahan bukti untuk menegakkan keadilan.

4. Aspek Keuangan Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai keuangan karena rekam medis sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan di rumah sakit. Tanpa adanya bukti catatan tindakan pelayanan medis maka pembayaran tidak dapat dipertanggung jawabkan.
5. Aspek Pendidikan Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena rumah sakit berisi data dan informasi tentang perkembangan kronologis kegiatan medis yang diberikan kepada pasien berguna sebagai bahan pendidikan dan pengajaran.
6. Aspek Penelitian Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena rekam medis mengandung data/ informasi yang dipergunakan sebagai bahan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.
7. Aspek Dokumentasi Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena rekam medis menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasi dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban serta laporan Rumah Sakit.

2.3 Rawat Jalan

Berdasarkan Kemenkes Republik Indonesia Nomor 560/MENKES/SK/VI/2003 tentang pola tarif perjan rumah sakit Bab I Pasal 1 Nomor 4 “Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayan pasien untuk observasi, diagnosis, Pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa menginap di rumah sakit” (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2003).

2.4 Rawat Inap

Berdasarkan Kemenkes Republik Indonesia Nomor 560/MENKES/SK/VI/2003 tentang pola tarif perjan rumah sakit Bab I Pasal 1 Nomor 6 “Pelayanan Rawat Inap adalah pelayan pasien untuk observasi, diagnosis, Pengobatan, rehabilitasi medik dan atau upaya pelayan kesehatan lainnya yang menginap di rumah sakit” (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2003).

2.5 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.

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis, Bab II Pasal 3 (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2008) lembar formulir rawat jalan 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. Pelayanan lain yang telah di berikan kepada pasien
9. Untuk kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
10. Persetujuan tindakan bila diperlukan

Menurut Permenkes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis, Bab II Pasal 3 (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2008) 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

2.6 Formulir

Formulir adalah secarik kertas dengan ukuran tertentu yang didalamnya terdapat informasi atau data yang bersifat tetap dan juga bagian lain yang diisi dengan bagian yang tidak tetap.

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

2.6.1 Formulir Rawat Jalan

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 (Direktur Jenderal Pelayanan Medik, 1995), maka isi rekam medis untuk pasien rawat jalan sekurang-kurangnya memuat:

1. Lembar Umum
 - a. Kartu Pasien
 - b. Identitas Pasien
 - c. Ringkasan Rawat Pasien RJ
 - d. Catatan Poliklinik
 - e. Konsultasi
 - f. Hasil Pemeriksaan Penunjang
 - g. Informed Consent
 - h. Lembaran Spesifik
2. Lembar Khusus
 - a. Evaluasi Sosial
 - b. Evaluasi Psikolog
 - c. Data Dasar Medis
 - d. Data Dasar Keperawatan
 - e. Catatan Lanjutan Medis
 - f. Salinan Resep
 - g. Catatan Lanjutan Keperawatan
 - h. KIUP
 - i. Buku Register

2.6.2 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 (Direktur Jenderal Pelayanan Medik, 1995), maka isi rekam medis untuk pasien rawat inap sekurang-kurangnya memuat:

1. Ringkasan riwayat masuk keluar
2. Surat permintaan rawat
3. Anamnesis
4. Catatan lanjutan nurse/keperawatan
5. Formulir perjalanan penyakit/instruksi/tindakan/terapi
6. Daftar pengobatan/form catatan pemberian obat
7. Grafik S,N,T (observasi)
8. Permintaan pemeriksaan penunjang dan hasil pemeriksaan penunjang
9. Ringkasan diagnosis
10. Resume keluar
11. Formulir spesialis sesuai spesialisnya
12. Keseimbangan cairan
13. Laporan Anestesi
14. Laporan Operasi
15. Laporan persalinan dan identifikasi bayi
16. Konsultasi
17. Diagnostik invasive
18. Informed Consent
19. Catatan dokter pasien pindah
20. Catatan *nurse* pasien pindah
21. Salinan resep
22. Sebab Kematian
23. Pulang paksa

2.6.3 Ringkasan Riwayat Masuk dan Keluar

Menurut Subinarto (2018)“Formulir ringkasan masuk dan keluar merupakan lembaran yang berisi informasi tentang identitas pasien, cara penerimaan melalui cara masuk dikirim oleh, serta berisi ringkasan data pada saat pasien keluar” (Subinarto, 2018).

Berdasarkan pedoman penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Depkes RI Revisi II Tahun 2006 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 RS. 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 (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

2.6.4 Formulir Ringkasan Riwayat Klinik

Formulir Ringkasan Riwayat Klinik merupakan lembar yang berisikan data biografi pasien pasien, identitas penanggung jawab atau keluarga pasien, asuransi yang di gunakan. Lembaran ini menjadi lembaran paling depan pada suatu berkas rekam medis.

2.6.4 Formulir Ringkasan Pasien Pulang

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:

1. Identitas pasien
2. Diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat
3. Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis akhir, pengobatan dan tindak lanjut
4. 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 (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

2.7 Standar Desain Formulir rekam medis

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

Berdasarkan Edna K. Huffman (1994) desain formulir terdapat 5 komponen utama yang terdapat pada formulir kertas yaitu :

1. *Heading* (Kepala atau Judul)
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.
2. *Introduction* (Pendahuluan atau Pengantar)
 Bagian pendahuluan ini berisi keterangan atau menjelaskan tujuan formulir. Jika bagian *heading* sudah cukup menggambarkan fungsi dan tujuan tersebut maka tidak perlu di tambahkan bagian *introduction*.
3. *Intruccion* (Perintah atau Intruksi)
 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*
 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. *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, 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 semua di bagian formulir. Biasanya digunakan *italic* dan *bold* untuk penekanan khusus.

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).

2.8 Sampul (MAP)

Sampul (MAP) Menurut Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis di Rumah Sakit Revisi II, Depkes RI “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” (Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, 2006).

Berdasarkan Keputusan Kepala Arsip Nasional Republik Indonesia Nomor 10 (Kepala Arsip Nasional Republik Indonesia, 2000) 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:

1. *Folder* Besar

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

$$A - B = 28$$

$$B - E = 9$$

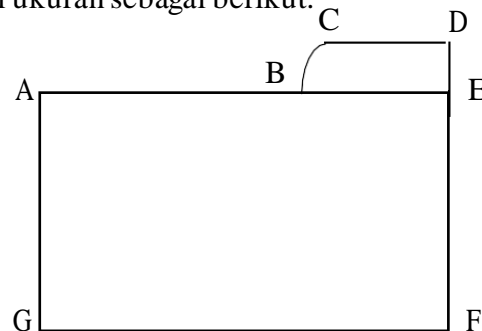
$$C - D = 8$$

$$D - E = 2$$

$$E - F = 23$$

$$A - G = 23$$

$$G - F = 35$$



Gambar 2.1 *Folder* Besar

2. *Folder* Kecil

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

$$A - B = 11$$

$$B - E = 4$$

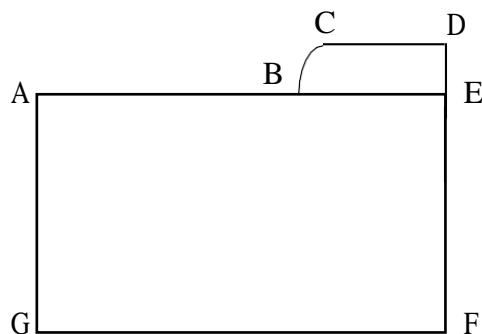
$$C - D = 3,5$$

$$D - E = 2$$

$$E - F = 10$$

$$A - G = 10$$

$$G - F = 15$$



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.

2.9 Biaya

Menurut (Setiawan, 2016), Pandangan biaya rancangan dari percetakan map dan formulir rekam medis rawat jalan dapat diwujudkan dengan mencetak sesuai dengan rancangan sebenarnya. Anggaran yang diperlukan untuk mencetak berkas rekam medis rawat jalan adalah:

1. Ukuran : 21 x 29,7 cm
2. Bahan : HVS 80 gr
3. Jumlah : 500 lembar (1 rim)
4. Cetak : 1 (satu) warna (tidak full color) satu muka
5. Biaya : Rp

2.10 Perancangan Pengembangan

Pengertian perancangan menurut bin Ladjamudin “Perancangan adalah tahapan perancangan (design) memiliki tujuan untuk mendesain sistem baru yang dapat menyelesaikan masalah-masalah yang dihadapi perusahaan yang diperoleh dari pemilihan *alternative* sistem yang terbaik”. (Ladjamudin, 2005)

Berdasarkan Undang-Undang RI Nomer 18 Tahun 2002 tentang Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan, dan Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Tentang Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi, Bab 1 Pasal 1 menyatakan bahwa:

“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.”

(Presiden Republik Indonesia, 2002)