

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Puskesmas

Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Dengan kata lain Puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya (Satrianegara, 2014).

Wilayah kerja puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografik dan keadaan infrastruktur lainnya merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja puskesmas. Puskesmas merupakan perangkat Pemerintah Daerah Tingkat II, sehingga pembagian wilayah kerja puskesmas ditetapkan oleh Bupati atau Walikota, dengan saran teknis dari kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (Satrianegara, 2014).

Puskesmas sebagai unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan merupakan penanggung jawab penyelenggara upaya kesehatan untuk jenjang pertama di wilayah kerjanya masing-masing. Puskesmas sesuai dengan fungsinya (sebagai pusat pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga, serta pusat pelayanan kesehatan dasar) berkewajiban mengupayakan, menyediakan dan menyelenggarakan pelayanan yang bermutu dalam memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional yaitu

terwujudnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat (Satrianegara, 2014).

2. Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

Rekam medis merupakan bukti tertulis tentang proses pelayanan yang diberikan oleh dokter dan tenaga lainnya kepada pasien, hal ini merupakan cerminan kerja sama lebih dari satu orang tenaga kesehatan untuk menyembuhkan pasien. Bukti tertulis pelayanan dilakukan setelah pemeriksaan tindakan, pengobatan sehingga dapat dipertanggung jawabkan (Depkes RI, 1997).

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan adalah tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan. Dokumen adalah catatan dokter, dokter gigi, dan /atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan (*imaging*), dan rekaman elektro diagnostik. Sarana pelayanan kesehatan adalah tempat penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan yang dapat digunakan untuk praktik kedokteran dan dokter gigi.

b. Tujuan Rekam Medis

Tujuan dari rekam medis adalah 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 upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit (Hatta, 2008).

c. Kegunaan Rekam Medis

Menurut DepKes RI (2006) kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain:

1) Aspek administrasi

Di dalam berkas rekam medis memiliki nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan para medis dalam mencapai tujuan pelayanan.

2) Aspek medis

Suatu berkas rekam medis memiliki nilai medis, karena catatan tersebut digunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang diberikan kepada seseorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen resiko klinis serta keamanan/keselamatan pasien dan kendali biaya.

3) Aspek hukum

Suatu berkas rekam medis memiliki 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.

4) Aspek keuangan

Suatu berkas rekam medis memiliki nilai keuangan, karena isinya mengandung data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan. Kaitannya rekam medis dengan aspek keuangan sangat erat sekali dalam hal pengobatan, terapi serta

tindakan – tindakan apa saja yang diberikan kepada seorang pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit, oleh karena itu penggunaan sistem teknologi komputer di dalam proses penyelenggaraan rekam medis sangatlah diharapkan sekali untuk diterapkan pada setiap instansi pelayanan kesehatan.

5) Aspek penelitian

Suatu berkas rekam medis memiliki nilai penelitian karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

6) Aspek pendidikan

Suatu berkas rekam medis memiliki nilai pendidikan karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran di bidang profesi pendidikan kesehatan.

7) Aspek dokumentasi

Suatu berkas rekam medis memiliki nilai dokumentasi karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.

3. Formulir

a. Pengertian Formulir Rekam Medis

Formulir adalah selebaran kertas dengan format tercetak dan berisikan ruang untuk informasi yang ditentukan sebelumnya (Hosizah, 2006), menurut pakar lain Sayuti (2013) formulir adalah lembaran kartu atau kertas lepas berukuran tertentu yang telah dipersiapkan terlebih dahulu secara dicetak dengan uraian-uraian, kolom-kolom, garis-garis atau ruang-ruang untuk menghimpun,

mencatat atau menyampaikan informasi yang diperlukan. Pengertian lain menyatakan bahwa formulir atau form adalah sehelai kertas yang memuat informasi tetap serta ruang kosong untuk informasi variabel. Formulir rekam medis adalah form yang digunakan untuk mengumpulkan data pasien baik itu berupa data demografi dan data klinis.

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

- 1) Sesuai kebutuhan pengguna
Pelajari tujuan dan pemakaian formulir dan membuat rancangan sesuai kebutuhan pengguna. Untuk mengetahui kebutuhan pengguna dapat dilakukan dengan mengidentifikasi kebutuhan pengguna dan studi dokumentasi dengan mempertimbangkan standar isi formulir.
- 2) Membuat formulir sesederhana mungkin
Merancang formulir sesederhana mungkin dengan menghilangkan data atau informasi yang tidak diperlukan. Untuk mendapatkan formulir yang sederhana dapat dilakukan dengan analisis kebutuhan item data.
- 3) Terminologi yang standar
Menggunakan terminologi standar untuk semua elemen data atau menggunakan 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 atau puskesmas.
- 4) Adanya pedoman pengumpulan dan interpretasi data
Jika perlu masukkan pedoman untuk menjamin agar pengumpulan dan interpretasi data konsisten.

5) 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, contohnya seperti: data sosial didapatkan lebih dahulu daripada data medis.

b. Kelengkapan Pengisian Formulir

Kelengkapan pengisian berkas rekam medis oleh tenaga kesehatan akan memudahkan tenaga kesehatan lain dalam memberikan tindakan atau laporan kepada pasien. Selain itu juga sebagai sumber data pada bagian rekam medis dalam pengolahan data yang kemudian akan menjadi informasi yang berguna bagi pihak manajemen dalam menentukan langkah-langkah strategis untuk pengembangan pelayanan kesehatan (Depkes RI, 1997).

Menurut Gemala Hatta tahun 2008, kelengkapan pengisian dokumen rekam medis sangat penting dikarenakan informasi yang terkandung dalam rekam medis dapat digunakan oleh rumah sakit dan organisasi kesehatan yang terkait sebagai basis data statistik, riset dan sumber perencanaan untuk peningkatan mutu pelayanan.

Menurut Arif Kurniadi (2012) kelengkapan pengisian rekam medis dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain :

- 1) Latar belakang pendidikan tenaga kesehatan
- 2) Masa kerja
- 3) Pengetahuan mengenai rekam medis
- 4) Keterampilan
- 5) Motivasi
- 6) Alat kerja
- 7) Sarana kerja
- 8) Waktu kerja
- 9) Pedoman tertulis

10) Kepatuhan terhadap pedoman.

Rekam medis yang lengkap dan benar akan memudahkan informasi bagi pihak rumah sakit. Rekam medis yang lengkap dapat digunakan bagi referensi pelayanan kesehatan, melindungi hukum, menunjang informasi, *quality assurance*, menetapkan diagnosa, prosedur pengodean, pengertian biaya dan untuk penelitian.

Rekam medis merupakan bukti dokumentasi semua upaya pelayanan di rumah sakit. Kelengkapan rekam medis menitikberatkan pada 4 kriteria (Hatta, 2008) :

- 1) Kelengkapan data sosial pasien (demografi), meliputi informasi tentang nama lengkap, nomor rekam medis, alamat lengkap, usia, orang yang dapat dihubungi, tanda tangan persetujuan
- 2) Kelengkapan bukti rekaman yang ada, yang dapat dipertanggung jawabkan secara lengkap yaitu adanya data/informasi kunjungan yang memuat alasan, keluhan pasien, riwayat pemeriksaan, data tambahan atau penunjang, diagnosis atau kondisi, rujukan bila diperlukan
- 3) Keabsahan rekaman, dikatakan memiliki keabsahan bilamana tenaga kesehatan yang memeriksa pasien atau surat persetujuan yang diberikan pasien/wali dalam rekam medis diakhiri dengan membubuhkan atau mengabsahkan tanda tangan
- 4) Tata cara mencatat, adalah aturan yang harus ditaati dan terdiri dari pemberian tanggal, keterangan waktu, baris tetap, dan koreksi.

Menurut KEPMENKES RI No. 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal, yang dimaksud dengan rekam medis lengkap adalah rekam medis yang telah diisi lengkap dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah

pasien rawat inap diputuskan untuk pulang dengan standar pengisian 100% lengkap.

c. Aspek Anatomi Formulir

Analisis berdasarkan aspek anatomi dilihat dari komponen bagian dalam formulir. Menurut Huffman (1994) bagian anatomi formulir terdiri dari *heading*, *introduction*, *instruction*, *body*, dan *close*.

1) Kepala (*heading*)

Bagian ini mencerminkan judul dan informasi tentang formulir. Posisi standar dari judul adalah kiri-atas, tengah, kanan-atas, kiri-bawah atau kanan-bawah. Sebuah sub judul digunakan jika judul utama memerlukan penjelasan atau kualifikasi lebih lanjut. Informasi lain mengenai formulir mencakup identifikasi formulir, tanggal penerbitan dan nomor halaman. Jika formulir terdiri dari beberapa halaman terpisah atau tercetak di halaman balik, identifikasi harus berada pada kedua sisi dan setiap halaman.

2) Pendahuluan (*Introduction*)

Bagian ini menjelaskan tujuan formulir. Terkadang tujuan ditunjukkan oleh judul, sehingga tidak perlu lagi ada. Jika penjelasan lebih lanjut dari judul diperlukan, maka pernyataan yang jelas dapat dimasukkan ke dalam formulir untuk menjelaskan tujuannya.

3) Perintah (*Instruction*)

Instruksi yang singkat dan berada pada bagian atas formulir. Tujuannya agar pengguna segera dapat menentukan berapa kopi yang diperlukan, siapa yang harus mengajukan formulir dan kepada siapa kopinya harus dikirimkan, dan bagaimana cara mengisikan formulir. Instruksi tidak boleh diletakkan di antara ruang-ruang isian formulir karena hal ini

membuat formulir terkesan berantakan dan mempersulit pengisian.

4) Isi (*Body*)

Bagian ini merupakan bagian inti dari formulir untuk pengisian data. Hal yang perlu diperhatikan dalam komponen ini meliputi :

a) *Margins*

Margin merupakan jarak antara tepi formulir dengan area isi formulir. Batas *margin* minimum harus disediakan $2/16''$ (inches) atau 0,3175cm pada bagian atas, $3/6''$ atau 1,27cm pada bagian bawah dan $3/10''$ atau 0,762cm pada sisi-sisi.

b) *Spacing*

Spacing merupakan ukuran area isian data. Untuk *spacing* yang dibuat dengan tulisan tangan, diberikan horizontal *spacing* $1/10''$ atau 0,254cm sampai $1/12''$ atau 0,21167cm per-karakter. Vertikal *spacing* memerlukan $1/4''$ atau 0,635cm sampai $1/3''$ atau 0,84667cm. Desain kotak yang digunakan memerlukan $1/3''$ atau 0,84667cm.

c) *Rules*

Sebuah *rule* adalah sebuah garis vertikal atau horizontal. *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.

d) *Type Styles*

Jenis huruf ini penting dalam hal keterbacaan dan penonjolan. Untuk suatu formulir, paling baik adalah

menggunakan sesedikit mungkin jenis dan ukuran huruf. Item-item dengan kepentingan yang sama hendaknya dicetak dengan huruf yang sama di semua bagian formulir. Jenis *Italic* dan *Bold* digunakan untuk penekanan, tetapi terbatas pada kata-kata yang memerlukan penekanan khusus.

e) Cara Pencatatan

Cara pencatatan pada formulir dapat dihasilkan dengan tangan, mesin ketik atau cetakan komputer. Cara lain pencatatan data mencakup OCR (*Optical Character Recognition*) dan *barcode*, yang bekerja sebagai input langsung ke dalam komputer.

5) Penutup (*Close*)

Bagian ini merupakan penutup sebuah formulir kertas dan tersedia ruangan untuk tanda tangan sebagai tanda bukti autentifikasi atau persetujuan.

d. Aspek Isi Desain Formulir

Analisis berdasarkan aspek isi dilihat dari isi data pada formulir rekam medis tersebut. Menurut Huffman (1994) bagian isi formulir terdiri dari item, istilah, singkatan dan simbol yang digunakan dalam formulir rekam medis tersebut yang terdiri dari :

1) Kelengkapan Item

Item-item yang tercantum pada formulir harus lengkap agar informasi yang dibutuhkan dapat terpenuhi. Item ini menyesuaikan pada struktur data atau isi data rekam medis yang ditentukan.

2) Istilah

Penggunaan istilah dalam desain formulir harus menggunakan istilah yang standar, khususnya standar di rumah sakit atau puskesmas tersebut. Untuk mendapatkan istilah yang standar

dapat dilakukan dengan pembuatan surat keputusan tentang pemberlakuan istilah yang ada di rumah sakit atau puskesmas. Istilah harus didefinisikan dalam keputusan tersebut, hal ini penting untuk menghindari salah persepsi pada istilah yang digunakan.

3) Singkatan

Penggunaan singkatan dalam desain formulir harus menggunakan singkatan yang standar. Singkatan tersebut telah disepakati dan dipahami oleh seluruh sumber daya di pelayanan kesehatan tersebut.

4) Simbol

Penggunaan simbol dalam formulir harus sesuai dengan standar, khususnya standar di pelayanan kesehatan tersebut. Untuk mendapatkan simbol yang sesuai standar dapat dilakukan dengan pembuatan surat keputusan tentang pemberlakuan simbol yang ada di pelayanan kesehatan tersebut.

e. Teknik Desain Formulir

Teknik desain formulir (Hosizah, 2006) adalah meskipun saling berbeda antara pemakai, tetapi memiliki konsep-konsep seperti:

- 1) Setiap formulir harus memiliki judul tertentu (nama formulir)
- 2) Setiap formulir harus diberi nomor, sehingga memudahkan dalam pengontrolan mengenai data pasien dan jumlah formulir yang telah digunakan
- 3) Setiap butir-butir dalam formulir harus diberi jarak
- 4) Dalam susunan *layout* formulir, data yang berhubungan agar dikelompokkan atau diletakkan dalam satu bagian
- 5) Gunakan judul kolom atau judul *caption* (keterangan) dengan jelas, untuk menerangkan tujuan dari formulir tersebut.

Penggunaan kotak jawaban (balok box), akan lebih memudahkan dalam pengisian

- 6) Format formulir harus seimbang dengan isi, yaitu mempertimbangkan jumlah butir-butir yang ada dengan format
- 7) Untuk memudahkan dalam membuat desain formulir, buatlah sketsa kasar dari desain yang dibuat, sehingga pengaturan *layout* dapat dikerjakan dengan baik.

Sedangkan menurut *American Health Information Management Association* (Maki & Eichenwald, 2010) dijelaskan bahwa prinsip-prinsip desain formulir adalah sebagai berikut:

- 1) Formulir harus mudah diisi/dilengkapi
- 2) Tercantum instuksi pengisian dan penggunaan dari formulir tersebut
- 3) Pada formulir harus terdapat *heading* yang mencakup judul dan tujuan secara jelas
- 4) Nama dan alamat sarana pelayanan kesehatan (rumah sakit) harus tercantum dalam setiap halaman formulir
- 5) Nama, nomor rekam medis dan informasi lain tentang pasien seharusnya tercantum dalam setiap halaman formulir. Saat ini rumah sakit banyak menggunakan *bar coding* sebagai informasi identitas pasien
- 6) *Bar coding* juga mencakup indek formulir
- 7) Nomor dan tanggal revisi formulir dicantumkan agar dipastikan penggunaan formulir terkini
- 8) Mengurangi penggunaan formulir yang tidak terpakai (*out date*)
- 9) *Layout* formulir fisik harus logis
- 10) Data pribadi dan alamat serta informasi lain yang terkait satu dengan yang lainnya dikelompokkan menjadi satu kesatuan
- 11) Seleksi jenis huruf yang terstandar, beberapa pakar menyarankan semua dengan huruf kapital

- 12) *Margin* (batas tepi) disediakan yang cukup untuk kepentingan *hole punches*
- 13) Garis digunakan untuk memudahkan entri data dan memisahkan area pada formulir
- 14) *Shading* digunakan untuk memisahkan dan penekanan area-area formulir
- 15) *Cek boxes* digunakan untuk menyediakan ruangan pengumpulan data.

4. Unit Rawat Inap

Menurut Kementerian Kesehatan RI (1992) dalam Hestningsih (2004), pelayanan rawat inap adalah pelayanan kepada pasien masuk yang menempati tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, rehab medis dan atau pelayanan medis lainnya.

Penerimaan pasien rawat inap adalah penerimaan pasien untuk mendapatkan pelayanan lanjutan setelah mendapatkan surat pengantar dirawat dari pihak yang berwenang. Dalam hal ini pihak yang memberi surat pengantar adalah dokter yang menangani atau pelayanan rawat darurat di fasilitas kesehatan tersebut bukan dari fasilitas pelayanan kesehatan yang lain.

5. Lembar Masuk dan Keluar

Menurut Hatta (2008) formulir Lembar Masuk dan Keluar ini selalu menjadi lembaran utama pada sebuah rekam medis pasien rawat inap dan formulir ini berisikan data demografi yang diperlukan dalam mengisi data dasar identitas diri pasien, isi data demografi bersifat permanen (kekal). Tujuan dari pengumpulan data informasi demografi ini untuk menginformasikan identitas pasien secara lengkap. Dan menurut (Hatta, 2008) setidaknya mencakup informasi tentang:

- a. Nama lengkap (nama sendiri dan nama keluarga yaitu nama ayah/suami/marga/she). Tuliskan nama keluarga, beri tanda koma,

baru nama sendiri. Artinya semua nama di muka tanda koma adalah nama keluarga. Tulisan demikian untuk menyamakan identitas pasien dari pihak yang tidak berwenang namun saat memanggil; nama pasien disesuaikan dengan kebiasaan yang diinginkan

- b. Nomor rekam kesehatan pasien dan nomor identitas lain (asuransi)
- c. Alamat lengkap pasien (nama jalan/gang, nomor rumah, wilayah, kota, yang dihuni saat ini dan kode pos bila diketahui)
- d. Tanggal lahir pasien (tanggal, bulan, tahun) dan kota tempat kelahiran
- e. Jenis kelamin (perempuan atau laki-laki)
- f. Status pernikahan (sendiri, janda, duda, dan cerai)
- g. Nama dan alamat keluarga terdekat sewaktu-waktu dapat dihubungi
- h. Tanggal dan waktu terdaftar di tempat penerimaan pasien rawat inap/rawat jalan/gawat darurat
- i. Nama pelayanan kesehatan (tertera pada kop formulir: nama alamat telepon, kota.

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia dalam Pedoman penyelenggaraan dan prosedur rekam medis tahun 2006, formulir Lembar Masuk dan Keluar ini sering disebut lembar atau lembar muka. Selalu menjadi lembar paling depan dalam rekam medis, lembaran ini berisikan informasi tentang identitas pasien, cara penerimaan melalui cara masuk, dikirim oleh, serta berisi lembar data pada saat pasien keluar. dan juga formulir ini merupakan sumber informasi untuk mengindek rekam medis, serta menyiapkan laporan pelayan kesehatan.

Konsep standar pembakuan data pada asuhan kesehatan, tatanan data bertujuan untuk mengetahui elemen data yang harus dikumpulkan dari semua pasien, dan untuk menyediakan definisi yang seragam untuk istilah-istilah umum, dan juga tatanan data minimum (minimum

data set, MDS) untuk berbagai fasilitas asuhan kesehatan bertujuan untuk mendorong komparabilitas dan kompatibilitas data. Hal ini hanya bisa dicapai dengan penggunaan butiran data yang baku dengan definisi seragam (Hatta, 2008).

Elemen data terbagi dalam dua bagian yaitu data personal dan data kunjungan, dimana data personal meliputi:

a. Pengidentifikasi pesonal

Nama unik atau nomor identifikasi yang akan membedakan informasi antara individu untuk tujuan riset dan administratif. Nomor identifikasi unik adalah elemen yang paling penting untuk dicatat secara seragam.

b. Tanggal lahir

Tahun kelahiran agar dicatat dalam empat angka supaya menjamin urutan kelahiran bagi yang lahir pada abat ke-20 dan ke-21.

c. Jenis kelamin

Dicatat dalam bentuk (1) laki-laki, (2) perempuan, dan (3) tidak diketahui atau dinyatakan.

d. Ras dan etnik

Pengumpulan ras berdasarkan (1) pribumi, (2) nonpribumi (jelaskan rasnya). Etnik disarankan menggunakan jenis suku yang ada di indonesia, misalnya Aceh, Batak, Melayu, Minangkabau, Sunda, Jawa, Bali dsb.

e. Tempat tinggal

Alamat lengkap tempat tinggal yang biasa ditempati, bukan tempat sementara ketika mendapatkan asuhan kesehatan, Alamat dianjurkan menggunakan kode pos di samping pola resmi berupa nama jalan dan nomor rumah, RT/RW, kelurahan, kecamatan dan kota.

f. Satus perkawinan

Status perkawinan dinyatakan dalam bentuk (1) menikah, (2) tak pernah menikah, (3) bercerai mati, (4) bercerai hidup, dan (5) tidak diketahui atau dinyatakan.

g. Pengaturan hidup dan tempat tinggal

Pengaturan kehidupan berdasarkan (1) tinggal sendiri, (2) tinggal dengan istri atau suami, (3) tinggal dengan teman dekat (4) tinggal dengan anak-anak, (5) tinggal dengan orang tua atau wali, (6) tinggal dengan keluarga selain istri/suami, anak atau orang tua (7) tinggal dengan orang lain, (8) tidak diketahui atau dinyatakan.

h. Status kesehatan yang disebutkan

Masih belum ada konsensus tentang definisi baku keadaan ini, ukuran yang sering digunakan adalah (1) sangat baik, (2) baik, (3) cukup, (4) buruk, (5) sangat buruk.

i. Status fungsional berhubungan dengan angka penggunaan asuhan medis. Skala yang digunakan bisa berupa ukuran yang dilaporkan sendiri seperti keterbatasan aktivitas kehidupan harian, dan berdasarkan nilai klinis.

j. Pendidikan

Ini adalah kelas tertinggi yang diselesaikan pasien. Untuk anak dibawah 18 tahun pendidikan ibu hendaknya juga dicatat.

k. Hubungan pasien dengan pemegang asuransi atau orang yang berhak

Kategori ini bisa (1) diri sendiri, (2) istri/suami, (3) anak, dan (4) lainnya.

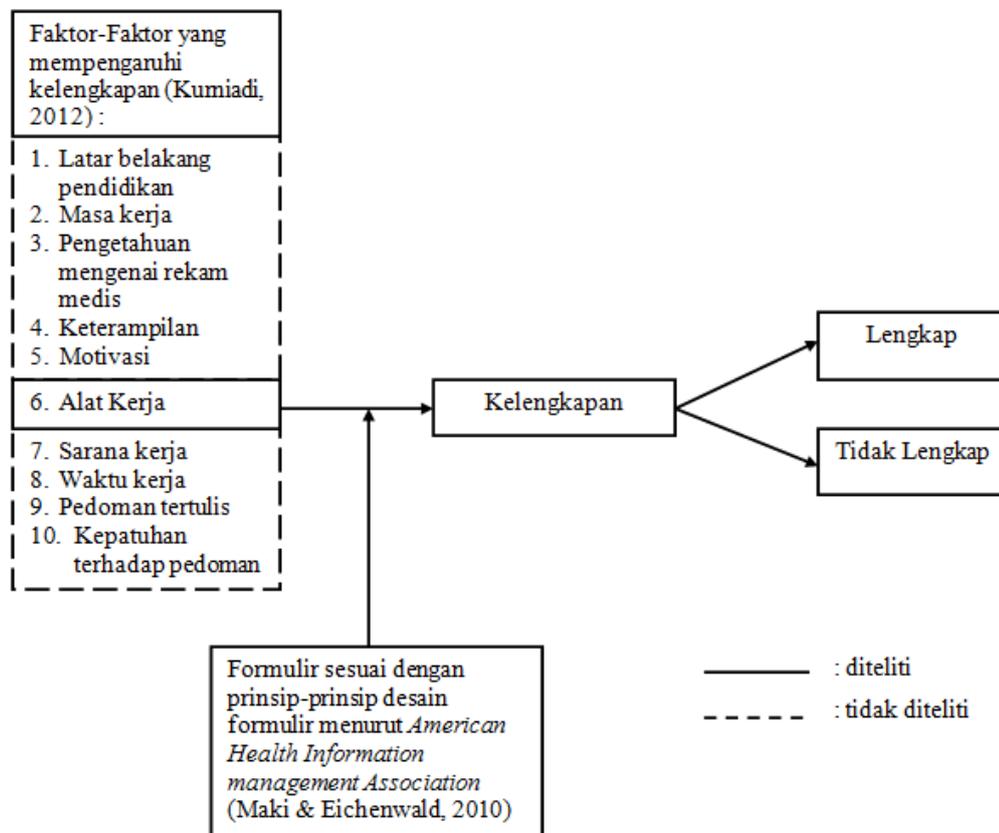
l. Pekerjaan saat ini yang terakhir

Data ini perlu untuk melacak penyakit akibat pekerjaan disamping pengidentifikasi status sosio-ekonomik.

Elemen data yang diuraikan dari 1-12 adalah informasi yang dikumpulkan sewaktu pendaftaran pasien atau pada saat kedatangan awal ke penyedia atau institusi pelayanan kesehatan. Elemen ini

diperkirakan hanya diambil sekali saja atau diperbarui setiap tahun. Sedangkan untuk elemen data dasar kunjungan adalah informasi yang berhubungan dengan asuhan kesehatan spesifik yang dicatat pada setiap kunjungan.

B. Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian Pengembangan Desain Formulir Lembar Masuk dan Keluar 2017

C. Hipotesis

1. Ada perbedaan persentase kelengkapan pengisian pada setiap item-item formulir Lembar Masuk dan Keluar lama dan baru (H1)
2. Tidak ada perbedaan persentase kelengkapan pengisian pada setiap item-item formulir Lembar Masuk dan Keluar lama dan baru (H0)