

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Rumah Sakit

1) Pengertian Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan, tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, atau dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan.

2) Tujuan Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia nomor 44 tahun 2009 rumah sakit mempunyai tujuan sebagai berikut:

- 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.

3) Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit umum mempunyai fungsi:

- 1) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- 2) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna.
- 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. Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

Berdasarkan Permenkes 269 tahun 2008 yang dimaksud rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan merupakan tulisan-tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi mengenai tindakan-tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan. Sedangkan 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. Rekam Medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas dan dalam bentuk teknologi Informasi elektronik yang diatur lebih lanjut dengan peraturan tersendiri.

Rekam medis adalah sebuah catatan yang dibuat oleh dokter, dokter gigi, dan tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan terkait hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi yang harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas.

b. Tujuan Rekam Medis

Tujuan dengan adanya rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit

c. Kegunaan Rekam Medis

Sesuai Dengan Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis Di Rumah Sakit Tahun 2006 kegunaan rekam medis ada beberapa aspek yaitu:

1) Aspek Administrasi

Semua yang berhubungan dengan tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis sesuai dengan tujuan pelayanan kesehatan, petugas administrasi di suatu instalasi pelayanan kesehatan dapat segera mengetahui rincian biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien selama pasien yang menjalani pengobatan di rumah sakit.

2) Aspek Medis

Semua berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen resiko klinis serta keamanan atau keselamatan pasien dan kendali biaya.

3) Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum 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 lain 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 No. 29 Tahun 2004)

4) Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat digunakan dalam menghitung biaya pengobatan atau tindakan dan perawatan.

5) Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data atau informasi yang dapat dipergunakan dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

6) Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang

perkembangan atau kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran di bidang profesi kesehatan.

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 sarana pelayanan kesehatan.

3. Konsep Kelengkapan Rekam Medis

a) Pengertian Kelengkapan Rekam Medis

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia edisi ketiga (2005:660) kelengkapan adalah perihal lengkap, kegenapan, kekompakan.

b) Ketentuan Pengisian Rekam Medis

Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan dengan ketentuan, Menurut (Depkes RI tahun 2006:45) sebagai berikut:

- 1) Setiap tindakan yang dilakukan kepada pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1x24 jam harus ditulis dalam berkas rekam medis.
- 2) Semua pencatatan harus ditanda tangani oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangan dan ditulis nama terangnya serta diberikan tanggal.

- 3) Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa kedokteran dan mahasiswa lainnya ditanda tangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau oleh dokter pembimbingnya
 - 4) Catatan yang dibuat oleh residen harus diketahui oleh dokter lainnya
 - 5) Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga serta dibubuhi paraf. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.
- c) Ketentuan Kelengkapan Rekam Medis

Menurut undang-undang republik indonesia tentang praktik kedokteran No. 29 tahun 2004 ayat (1): “setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis”. Menurut Permenkes RI No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis:

- 1) Pasal 2 ayat (1) yang berbunyi:

“Rekam Medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik”

- 2) Pasal 3 ayat (2) yang berbunyi:

Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurangnya-kurangnya harus memuat:

1. Identitas pasien
2. Tanggal dan waktu
3. Hasil anamnesa mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit

4. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
5. Diagnosa
6. Rencana penata laksanaan
7. Pengobatan dan atau tindakan
8. Persetujuan tindakan bila diperlukan
9. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
10. Ringkasan keluar (discharge summary)
11. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan.

4. Assembling

Assembling berarti merakit, tetapi untuk kegiatan assembling berkas rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan tidaklah hanya sekedar merakit atau mengurut satu halaman ke halaman yang lain sesuai dengan aturan yang berlaku. Pengurutan halaman ke halaman yang lain sesuai dengan aturan yang berlaku. Pengurutan halaman ini dimulai dari berkas rekam medis rawat darurat, rawat jalan dan rawat inap. Pergantian pada masing-masing pelayanan akan diberikan kertas pembatas yang menonjol sehingga dapat mempermudah pencarian formulir dalam berkas rekam medis (Budi, 2011;73).

Berkas rekam medis dari unit pelayanan akan dikembalikan ke unit rekam medis bagian *assembling*. Bagian *assembling* mencatat pada buku register semua berkas yang masuk sesuai tanggal masuk ke bagian *assembling* dan tanggal pasien pulang. Pada proses ini akan diketahui berkas yang kembali tepat pada waktunya dan yang terlambat kembali

ke unit rekam medis. Setelah itu berkas rekam medis dianalisis untuk mengetahui kelengkapan pengisiannya. Berkas yang tidak lengkap akan dikembalikan ke tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan pada pasien melalui unit kerjanya.

Menurut Budi (2011:82), beberapa parameter yang dapat dilihat untuk mengetahui mutu rekam medis di rumah sakit khususnya yang melibatkan kegiatan *assembling* diantaranya :

- a. Ketepatan waktu pengembalian
- b. Kelengkapan formulir pada berkas rekam medis
- c. Kelengkapan pengisian pada berkas rekam medis.

Berdasarkan konsep pemasukan/ pencatatan datanya menurut (Indradi : 2014), maka rekam medis dapat dibagi dalam 3 kelompok, yaitu:

- a. SOMR (Source Oriented Medical Record)

Berkas rekam medis model somr disusun berdasarkan sumber atau asal usul dari data tersebut. Misalnya, hasil pemeriksaan fisik terkumpul dalam lembar pemeriksaan fisik. Hasil-hasil laboratorium dikelompokkan dalam kelompok laboratorium, catatan perkembangan yang dibuat dokter dikelompokkan dalam lembar-lembar sejenis, dan seterusnya. Masing-masing kelompok sumber tersebut disusun tersendiri dan menurut urutan tanggal sesuai dengan masa perawatan pasien dalam satu episode terkait. Dengan demikian, maka seluruh informasi dari episode perawatan ke-1 tersusun dan terkumpul

dalam kelompok berkas episode ke-1, seluruh informasi dari episode perawatan ke-2 tersusun dan terkumpul dalam kelompok berkas episode ke-2, dan seterusnya.

Sudah merupakan tradisi bahwa rekam medis rumah sakit diorganisir berdasarkan bagian pelayanan yang memberikan 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.

Keuntungan dari SOMR :

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 :

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.

b. POMR (Problem Oriented Medical Record)

Dalam model POMR ini, informasi dicatat dalam berkas rekam medis menurut kelompok masalah pasien. Jadi, kunci utama dalam model ini yaitu adanya daftar masalah (problem list). Setiap masalah diberi nomor kode khusus. Setiap laporan dan informasi klinis yang berkaitan dengan suatu masalah akan ditempatkan pada nomor masalah yang sama.

Diperkenalkan oleh Lawrence L. Weed, MD tahun 1960. 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. POMR mempunyai 4 bagian :

1. Data Base (Data Dasar)
2. Problem List (Daftar Masalah)
3. Initial Plan (Rencana Awal)
4. Progress Notes (Catatan Perkembangan)

Keuntungan POMR :

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

Kerugian POMR :

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

c. IMR (Integrated Medical Record)

Model IMR merupakan teknik pendokumentasian data dari berbagai sumber secara saling berkaitan dan tersusun urut. Dengan metode ini maka dapat dilakukan penelusuran pemberian pelayanan dan pengobatan pasien dengan lebih mudah

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 seksi-seksi yang berbeda.

Keuntungan IMR :

Perkembangan pasien dapat diketahui secara cepat, oleh karena seluruh catatan disatukan. Mengurangi jumlah form dan

mendorong pelayanan kesehatan bekerja secara tim. Kerugian

IMR :

1. Hanya 1 orang pemberi pelayanan yang dapat mencatat perkembangan pasien pada satu waktu.
2. 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.
3. Keputusan untuk menentukan format RM adalah oleh staf medis dengan persetujuan komite RM.

5. Analisa Kuantitatif

Analisis untuk mengetahui kelengkapan pengisian pada item-item berkas rekam medis dilakukan melalui analisa kuantitatif berkas rekam medis. Dari hasil analisis ini akan diketahui jumlah berkas rekam medis yang terisi lengkap, terisi tidak lengkap dan tidak terisi. Hal ini dapat dijadikan tolak ukur mutu berkas rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan.

Analisa kuantitatif dimaksudkan untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam medis rawat inap dan rawat jalan yang dimiliki oleh sarana pelayanan kesehatan. Analisa kuantitatif ditujukan untuk memeriksa kelengkapan urutan lembaran pemeriksaan sejak saat masuk ke rumah sakit sampai keluar dari rumah sakit atau sesuai lamanya

penanganan meliputi lembaran medis, paramedik dan penunjang sesuai prosedur yang telah ditetapkan.

Analisa kuantitatif rekam medis rawat inap dapat dilaksanakan disaat pasien masih berada di sarana pelayanan kesehatan (*concurrent review*) ataupun sesudah pasien pulang (*retrospective review*). Analisa kuantitatif menelaah kelengkapan dan ketepatan lembaran (laporan atau dokumentasi) yang terkumpul sesuai jenis pelayanan pasien serta mengikuti ketentuan penataan lembaran. Hal ini juga antara lain sebagai persyaratan akreditasi, permintaan perizinan di sarana pelayanan kesehatan. Prosedur dengan cara telaah rekam medis (saat masih dirawat atau sesudah pulang) tergantung pada masing-masing organisasi pelayanan kesehatan, status medis, peraturan maupun tata tertib yang baik untuk memenuhi permintaan akreditasi dan perizinan (Hatta, 2013).

Analisa kuantitatif juga harus mengintegrasikan kegiatannya dengan kegiatan yang berdampak pada unsur hukum dan administrative yang kemudian diintegrasikan dengan standar pelayanan kesehatan (Hatta, 2013). Analisa kuantitatif memiliki 4 komponen :

a. Menelaah kelengkapan data sosial pasien (demografi)

Memeriksa identifikasi pasien pada setiap lembar rekam medis yang meliputi informasi tentang identitas pasien : (a) nama lengkap yang terdiri dari nama sendiri dan nama ayah/suami/marga; (b) nomor pasien; (c) alamat lengkap; (d) usia;

(e) orang yang dapat dihubungi dan (f) tanda tangan persetujuan. Bila ada lembaran rekam medis yang tanpa identitas harus di review untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut.

b. Adanya semua laporan yang penting

Pada komponen ini akan memeriksa laporan-laporan dari kegiatan pelayanan yang diberikan ada atau tidak ada. Laporan yang ada di berkas rekam medis :

(1) Laporan umum seperti : lembar riwayat pasien, pemeriksaan fisik, catatan perkembangan, observasi klinik, ringkasan penyakit.

(2) Laporan khusus seperti : laporan operasi, anastesi dan hasil-hasil pemeriksaan penunjang.

c. Review Autentifikasi

Menelaah tanda bukti keabsahan rekaman dari tenaga kesehatan maupun tenaga lain yang terlibat dalam pelayanan kepada pasien, sehingga informasi dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Pada komponen ini analisis kuantitatif memeriksa autentifikasi dari pencatatan berupa tanda tangan, nama jelas seseorang.

Dalam autentifikasi tidak boleh ditanda tangani oleh orang lain selain dari penulisnya, kecuali bila ditulis oleh dokter jaga atau mahasiswa maka ada tanda tangan si penulis di tambah *counter sign* oleh supervisor dan ditulis telah direview dan

dilaksanakan atas instruksi dari ... atau telah diperiksa oleh ...
atau diketahui oleh

d. Review Pencatatan

Pada komponen ini akan dilakukan:

1. Pemeriksaan pada pencatatan yang tidak lengkap dan tidak dapat dibaca, sehingga dapat dilengkapi dan diperjelas serta adanya tanggal dan keterangan waktu.
2. Memeriksa baris perbaris dan bila ada barisan yang kosong digaris agar tidak diisi belakangan.
3. Bila ada yang salah pencatatan, maka bagian yang salah digaris dan dicatatan tersebut masih terbaca, kemudian diberi keterangan disampingnya bahwa catatan tersebut salah (menerapkan cara koreksi yang benar).

6. Buku Pedoman

a. Pengertian Buku Pedoman

Menurut KARS (2012) Pedoman adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk menentukan dan melaksanakan kegiatan. Sedangkan panduan adalah petunjuk dalam melakukan kegiatan. Dengan demikian, dapat diartikan bahwa pedoman mengatur beberapa hal, sedangkan panduan hanya meliputi 1 (satu) kegiatan. Agar pedoman/panduan dapat diimplementasikan dengan baik dan benar, diperlukan pengaturan melalui SPO.

- b. Definisi buku pedoman menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KKBI): Buku pedoman berarti buku yang digunakan sebagai acuan dalam melakukan sesuatu atau buku acuan.
- c. Pembuatan Buku harus memperhatikan beberapa aspek antara lain :
(Taranokanai, 2012)

1. *Layout* (Tata Letak)

Dalam pembuatan buku, dikenal yang namanya layout/tata letak. Maksudnya ialah suatu usaha/perbuatan dalam menata dan memadukan unsur-unsur komunikasi grafis seperti gambar/ilustrasi, teks, grafik, tabel, caption, angka halaman, dan elemen lainnya menjadi suatu media komunikasi visual yang komunikatif dan estetik.

Membuat layout adalah proses merangkaikan unsur-unsur tertentu menjadi suatu susunan yang menyenangkan. Sesuai dengan unsurnya, layout haruslah dirancang dengan cermat. Langkah-langkah yang harus ditempuh adalah berupa penyajian secara visual melalui proses pemikiran yang menghasilkan keputusan-keputusan tentang:

- a) Gagasan-gagasan, yang kemudian dinyatakan dengan kata-kata.
- b) Unsur-unsur yang akan dipakai.
- c) Pentingnya hubungan antara gagasan dan unsur secara relatif.
- d) Urutan penyajian.

Keputusan tersebut dipengaruhi oleh jenis produk yang - dipromosikan, jenis konsumen serta tingkatan perhatian konsumen terhadap produknya. Hal ini akan mempengaruhi komposisi/susunan - layout.

2. Proporsi/Perbandingan

Proporsi menunjukkan hubungan antara suatu unsur dengan lainnya atau dengan layout keseluruhannya dalam hal ukuran atau - bidang. Serta, antara dimensi layout dengan dimensi bagian-bagiannya.

3. Keseimbangan

Keseimbangan akan terjadi bila unsur-unsur ditempatkan / disusun dengan serasi sehingga bobot unsur-unsur tersebut memberi kesan - mantap dan tepat. Bobot itu dipengaruhi oleh ukuran, bentuk, warna serta kecerahan atau kegelapan. Di dalam tampilan layout kita mengenal pusat optik, tempat dalam suatu ruang yang bagi mata - merupakan pusatnya. Letak pusat optik berada sedikit di atas pusat matematika (kira-kira $1/20$ x tinggi).

4. Kontras

Kontras digunakan untuk menyatakan sesuatu yang ingin ditonjolkan. Kontras dapat dicapai dengan misalnya, mengganti ukuran, bentuk nada, dan arah.

5. Irama

Irama dapat dicapai dengan cara, pengulangan secara teratur beberapa pola dalam rancangan seperti halnya dengan bentuk, nada atau warna. Variasi bentuk yang tidak terlalu besar sehingga pembaca segera dapat mengenali kesamaanya. Agar layout dapat berhasil baik irama harus merupakan gerak yang mengarah dari suatu unsur ke unsur lain sesuai kepentingannya.

6. Kesatuan

Unsur-unsur yang membentuk suatu tampilan, harus ada hubungannya satu sama lain dalam ruang, sehingga memberi kesan menjadi satu. Kesatuan merupakan pengelompokan bentuk atau warna.

7. Harmoni/keselarasan

Ketika menyusun unsur-unsur pesan tercetak perlu memperhatikan persyaratan penting yaitu layout harus menggambarkan sesuatu yang kuat, dipandang dari segi visual dan komposisi keseluruhannya harus menghasilkan efek kesatuan.

d. Cara membuat buku dengan kesan pertama yang baik menurut

Hodgson (2015):

Petunjuk penggunaan harus memiliki kesan pertama yang kuat dan positif. Pedoman-pedoman di bawah ini dapat membantu :

- 1) Hindarilah tampilan dalam bentuk buku teks (format “landscape” bersifat lebih ramah bagi pengguna).
 - 2) Gunakanlah kertas yang sepadan dengan kualitas produk.
 - 3) Manfaatkanlah warna yang bermakna dan efektif.
 - 4) Petunjuk penggunaan tidak boleh berukuran terlalu besar, berat, kecil, atau tipis.
 - 5) Efektifkanlah penggunaan gambar-gambar dan diagram-diagram.
 - 6) Jangan berisi tulisan yang terlalu padat.
 - 7) Gunakanlah jenis huruf "sanserif" yang bersih dan mudah dibaca.
 - 8) Sertakan sejumlah angka bantuan.
 - 9) Gunakanlah satu bahasa.
- e. Cara meningkatkan kemudahan dalam pencarian menurut Hodgson (2015). Berikut adalah beberapa panduan yang akan membantu pengguna menemukan apa yang mereka cari :
- 1) Aturlah informasi secara hirarkis.
 - 2) Tandailah urutan dengan penebalan-penebalan, warna, dan lain-lain.
 - 3) Bagilah menjadi beberapa bagian yang diatur oleh :
Kronologi penggunaan.
 - 4) Frekuensi penggunaan.
 - 5) Kategori fungsional.
 - 6) Tingkat kemahiran (pemula vs pengguna ahli).

- 7) Tunjukkanlah hal-hal yang penting dengan menggunakan hal-hal yang kontras, warna, bayangan, penebalan, dll.
 - 8) Bekerjalah dengan pengguna nyata untuk mengidentifikasi kesamaan kata kunci (ini dapat dipelajari selama pengujian kegunaan).
 - 9) Menyediakan indeks kata kunci menggunakan terminologi dari pengguna.
 - 10) Pastikan bahwa indeks menyertakan sinonim yang sama.
 - 11) Sediakanlah daftar istilah teknis.
 - 12) Sertakanlah suatu (yang benar-benar berguna) bagian pemecahan masalah.
 - 13) Gunakanlah penandaan dengan warna untuk membantu navigasi.
 - 14) Buatlah panduan awal singkat yang dengan mudah dapat diakses.
 - 15) Hindarilah referensi silang yang tidak perlu ke bagian lain dari petunjuk penggunaan.
 - 16) Hindarilah penggantian penomoran halaman dalam panduan multi bahasa (lebih baik lagi, hindari penggunaan multi bahasa).
 - 17) Tampilkanlah angka-angka bantuan dengan jelas.
- f. Cara memberikan instruksi penggunaan buku menurut Hodgson (2015) :
- Membuat petunjuk yang mudah dibaca dan dimengerti oleh semua pengguna memang sangat penting. Banyak petunjuk penggunaan

memiliki instruksi yang tidak lengkap, tidak benar, atau malah tidak memiliki keterkaitan pada produk yang nyata. Berikut adalah beberapa panduan untuk membantu membuat petunjuk mudah dimengerti oleh pengguna:

- 1) Sediakanlah langkah demi langkah dalam urutan yang benar.
- 2) Ikutilah waktu dan urutan dalam perlakuan yang sebenarnya.
- 3) Sediakanlah batu loncatan yang terlihat jelas (misalnya langkah 1, langkah 2 dan lain lain).
- 4) Hindarilah paragraf yang panjang.
- 5) Gunakanlah kata-kata dan hal-hal sehari-hari, hindarilah jargon.
- 6) Jelaskanlah untuk apa fungsi atau fitur (dalam hal praktis mendasar) seperti halnya dalam petunjuk "Bagaimana Cara".
- 7) Periksalah bahwa petunjuk sesuai dengan produk yang sebenarnya.
- 8) Jelaskanlah simbol, ikon, dan kode-kode awal.
- 9) Hindarilah membuat penyelesaian yang buntu.
- 10) Hindarilah kesan menggurui pengguna.
- 11) Jangan berasumsi bahwa pengguna memiliki pengalaman sebelumnya atau pengetahuan produk.
- 12) Ujilah kegunaan petunjuk bersama-sama dengan produk dengan mengajak pengguna yang belum berpengalaman (bukan desainer atau ahli produk).

- 13) Tuliskanlah dalam bentuk kalimat saat ini (present tense) dan bentuk aktif.
 - 14) Tuliskanlah langkah-langkah untuk penyelesaian tugas saat mengerjakan perlakuan yang sebenarnya pada produk yang nyata. Milikilah pengguna independen kemudian ikuti langkah-langkahnya (secara harfiah).
 - 15) Sangat mudah untuk mengerjakan perlakuan dari awal sampai akhir.
 - 16) Sangat mudah untuk menyelesaikan perlakuan dan mengulanginya kembali.
 - 17) Sangat mudah untuk melompat menuju petunjuk penggunaan setengah jalan dari pengerjaan.
- g. Cara merancang setiap halaman dalam petunjuk penggunaan menurut Philip Hugson (2015):
- 1) Pastikan ukuran jenis huruf memadai (gunakan setidaknya jenis huruf dalam ukuran 12);
 - 2) Pastikan teks dengan latar belakang sangat kontras (hitam putih adalah yang terbaik);
 - 3) Gunakanlah jenis huruf “sanserif”;
 - 4) Hindarilah penggunaan beberapa jenis huruf;
 - 5) Berat jenis huruf dapat digunakan secara hemat untuk menunjukkan fungsinya yang penting;
 - 6) Gunakanlah kode warna secara konsisten;

- 7) Sediakanlah banyak ruang putih di antara tiap bagian dan di sekitar gambar dan paragraf;
- 8) Sediakanlah suatu bagian (atau atas) bagi pengguna untuk membuat catatan mereka sendiri
- 9) Gunakanlah tata letak yang konsisten dalam tiap halaman

h. Ukuran Buku

Menurut Ahmad Faizin Karimi (2012), dalam menentukan ukuran halaman, yang penting adalah prinsip proporsionalitas. Artinya perbandingan panjang dan lebar seimbang (kecuali untuk tujuan tertentu kita bisa menggunakan ukuran yang tidak umum). Prinsip kedua adalah kemudahan, bagaimana agar buku itu mudah dibawa. Ketiga, hubungannya dengan tebal buku/panjang naskah. Jika naskah kita tebal, mungkin ukuran halaman bisa menggunakan format standar. Tapi jika naskah kita terlalu tipis, kita bisa pilih ukuran buku yang lebih kecil agar tebal buku masih memadai untuk kebutuhan penjilidan (binding). Berikut adalah beberapa ukuran standar buku:

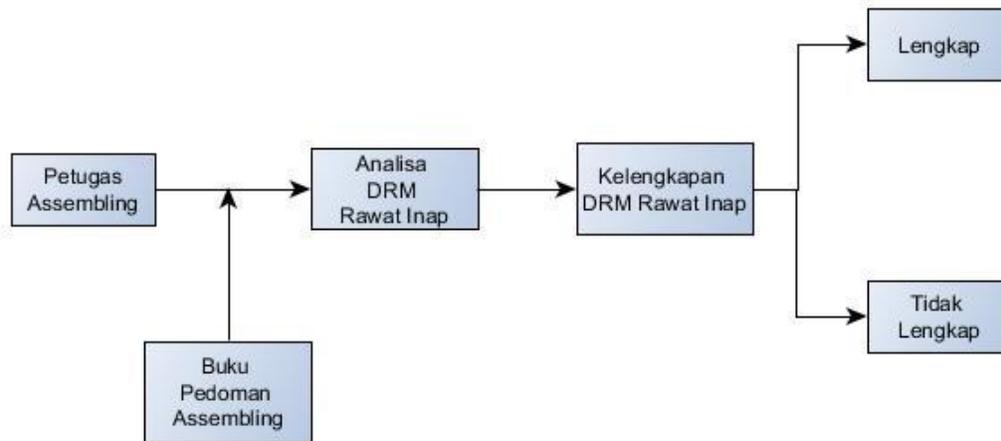
- 1) Ukuran besar : 20 cm x 28 cm, 21,5 cm x 15,5 cm
- 2) Ukuran standar : 16 cm x 23 cm, 11,5 cm x 17,5 cm
- 3) Ukuran kecil : 14 cm x 21 cm, 10 cm x 16 cm
- 4) Buku saku : 10 cm x 18 cm, 13,5 cm x 7,5 cm

- i. Format Penyusunan Panduan Rumah Sakit Menurut (KARS, 2012) :

Format Panduan Pelayanan RS :

- 1) BAB I DEFINISI
- 2) BAB II RUANG LINGKUP
- 3) BAB III TATA LAKSANA
- 4) BAB IV DOKUMENTASI

B. Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep

C. Hipotesis

H0 : Tidak Ada Perbedaan Kelengkapan Isi Dokumen Rekam Medis Sebelum Dan Sesudah Adanya Buku Pedoman Assembling.

H1 : Ada Perbedaan Kelengkapan Isi Dokumen Rekam Medis Sebelum Dan Sesudah Adanya Buku Pedoman Assembling.