

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **2.1.1 Pengertian Rumah Sakit**

Menurut WHO (World Health Organization), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik. Berdasarkan undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, yang dimaksudkan dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

##### **a. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit**

Rumah Sakit mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Tugas rumah sakit umum adalah melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan. Untuk menyelenggarakan fungsinya, maka rumah sakit menyelenggarakan kegiatan :

1. Pelayanan medis.
2. Pelayanan dan asuhan keperawatan.
3. Pelayanan penunjang medis dan nonmedis.
4. Pelayanan kesehatan masyarakat dan rujukan.
5. Pendidikan, penelitian dan pengembangan.
6. Administrasi umum dan keuangan.

Sedangkan menurut undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, fungsi rumah sakit 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 pengaplikasian teknologi dalam bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

b. Klasifikasi Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.340/Menkes/Per/III/2010, rumah sakit dapat diklasifikasikan menjadi :

1. Berdasarkan kepemilikan

Rumah sakit yang termasuk ke dalam jenis ini adalah rumah sakit pemerintah (pusat, provinsi, dan kabupaten), rumah sakit BUMN (ABRI), dan rumah sakit yang modalnya dimiliki oleh swasta (BUMS) ataupun Rumah Sakit milik luar negeri (PMA).

2. Berdasarkan Jenis Pelayanan

Yang termasuk ke dalam jenis ini adalah rumah sakit umum, rumah sakit jiwa, dan rumah sakit khusus (misalnya rumah sakit jantung, ibu dan anak, rumah sakit mata, dan lain-lain).

3. Berdasarkan Kelas

Rumah sakit berdasarkan kelasnya dibedakan atas rumah sakit :

- a. Rumah sakit umum kelas A, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialistik luas dan subspecialistik luas.
- b. Rumah sakit umum kelas B, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurangkurangnya sebelas spesialistik dan subspecialistik terbatas.
- c. Rumah sakit umum kelas C, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialistik dasar.
- d. Rumah sakit umum kelas D, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik dasar.

### **2.1.2 Pengertian Rekam Medis**

Menurut Huffman, Rekam Medis adalah fakta yang berkaitan dengan keadaan pasien, riwayat penyakit dan pengobatan masa lalu serta saat ini yang ditulis oleh profesi kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien tersebut.

Sedangkan menurut UU No.29 Tahun 2004 pasal 46 ayat (1) tentang praktik kedokteran, rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Dalam PERMENKES Nomor 269/MENKES/PER/III/2008, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Jadi rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan.

a. Tujuan Rekam Medis

Menurut Gibony (1991), ada 6 (enam) tujuan rekam medis diantaranya yaitu :

1. Administrasi

Suatu berkas rekam medis memiliki nilai administrasi karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2. 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 bukti untuk menegakkan keadilan.

3. Keuangan

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

4. Penelitian

Suatu berkas rekam medis memiliki nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang bisa dipergunakan dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

5. Pendidikan

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

## 6. Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis memiliki nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan digunakan sebagai bahan pertanggungjawaban.

### b. Manfaat Rekam Medis

Menurut Konsil Kedokteran Indonesia (2006), manfaat rekam medis diantaranya yaitu :

#### 1. Pengobatan Pasien

Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien.

#### 2. Peningkatan Kualitas Pelayanan

Membuat rekam medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.

#### 3. Pendidikan dan Penelitian

Rekam medis yang merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.

#### 4. Pembiayaan

Berkas rekam medis bisa dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut bisa digunakan sebagai bukti pembiayaan kepada pasien.

#### 5. Statistik Kesehatan

Rekam medis bisa digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit tertentu.

6. Pembuktian Masalah Hukum, Disiplin dan Etik

Rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan juga etik.

c. Kegunaan Rekam Medis

Adapun kegunaan rekam medis, diantaranya yaitu :

1. Sebagai alat komunikasi antara dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang ikut ambil bagian dalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien.
2. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang diberikan kepada pasien.
3. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat.
4. Sebagai bahan untuk analisa, penelitian dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan pada pasien.
5. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit dan juga dokter serta tenaga kesehatan lainnya.
6. Menyediakan data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
7. Sebagai dasar dalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis pasien.
8. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan.

d. Jenis – Jenis Rekam Medis

Berdasarkan waktu penyimpanannya, ada 2 (dua) jenis rekam medis yaitu :

1. Berkas Rekam Medis Aktif

Yaitu berkas rekam medis yang masih aktif digunakan di sarana pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dan masih tersimpan di tempat penyimpanan berkas rekam medis.

2. Berkas Rekam Medis In-aktif

Yaitu berkas rekam medis yang jika telah disimpan minimal selama lima tahun di unit kerja rekam medis dihitung sejak tanggal terakhir pasien tersebut dilayani pada sarana pelayanan kesehatan atau lima tahun setelah meninggal dunia.

- e. Penyimpanan Rekam Medis

Menurut Depkes RI (2006), berdasarkan lokasi penyimpanan berkas rekam medis, penyimpanan rekam medis dibagi menjadi dua jenis, yaitu :

1. Sentralisasi

Sistem penyimpanan dokumen rekam medis secara sentral, yakni suatu sistem penyimpanan dengan cara menyatukan berkas rekam medis pasien rawat jalan, rawat inap, dan rawat darurat ke dalam suatu folder tempat penyimpanan.

2. Desentralisasi

Sistem penyimpanan dokumen rekam medis secara desentralisasi, yakni suatu sistem penyimpanan dengan cara memisahkan berkas rekam medis pasien rawat jalan, rawat darurat, dan rawat inap pada folder tersendiri dan atau tempat tersendiri. Biasanya berkas rekam medis pasien rawat jalan dan rawat darurat disimpan pada rak penyimpanan berkas rekam medis di unit rekam medis atau ditempat pendaftaran rawat jalan, sedangkan berkas rekam medis rawat inap disimpan di ruang penyimpanan lain,

seperti di bangsal atau unit rekam yang terpisah dari tempat penyimpanan rekam medis rawat jalannya.

f. Isi Rekam Medis

Menurut PERMENKES RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 BAB II Pasal (3) isi rekam medis ada enam, yaitu :

1. Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat :
  - a. Identitas pasien;
  - b. Tanggal dan waktu;
  - c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
  - d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
  - e. Diagnosis;
  - f. Rencana penatalaksanaan;
  - g. Pengobatan dan/atau tindakan;
  - h. Pelayanan lainyang telah diberikan kepada pasien;
  - i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik;
  - j. Persetujuan tindakan bila diperlukan.
2. Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat :
  - a. Identitas pasien;
  - b. Tanggal dan waktu;
  - c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
  - d. Hasil pemerisaan fisik dan penunjang medik;
  - e. Diagnosis;
  - f. Rencana penatalaksanaan;
  - g. Pengobatan dan/atau tindakan;
  - h. Persetujuan tindakan bila diperlukan;
  - i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan.

- j. Ringkasan pulang (discharge summary);
  - k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
  - l. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu;
  - m. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.
3. Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat sekurang-kurangnya memuat :
- a. Identitas pasien;
  - b. Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan;
  - c. Identitas pengantar pasien;
  - d. Tanggal dan waktu;
  - e. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
  - f. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
  - g. Diagnosis;
  - h. Pengobatan dan/atau tindakan;
  - i. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut;
  - j. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
  - k. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain;
  - l. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
4. Isi rekam medis pasien dalam keadaan bencana, selain memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus ditambah dengan :
- a. Jenis bencana dan lokasi di mana pasien ditemukan;
  - b. Kategori kegawatan dan nomor pasien bencana masal;

- c. Identitas yang menemukan pasien;
5. Isi rekam medis untuk pelayanan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan.
6. Pelayanan yang diberikan dalam ambulans atau pengobatan masal dicatat dalam rekam medis sesuai ketentuan sebagaimana diatur pada ayat (3) dan disimpan pada sarana pelayanan kesehatan yang merawatnya.

### **2.1.3 Pengertian Formulir Rekam Medis**

Menurut Permenkes No.269/MENKES/PER/III, formulir 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 pengumpulan yang menyebabkan timbulnya dokumentasi dan formulir laporan yang menuntut adanya keputusan atau penentuan arah tindakan. Formulir yang dirancang tidak sesuai ketentuan bisa mengakibatkan pengumpulan data menjadi tidak memadai, dokumentasi menjadi lamban, salah informasi, duplikasi usaha yang dilakukan dan kesalahan – kesalahan lainnya. Hal ini menggambarkan bahwa suatu formulir sangat memiliki fungsi yang penting dimana dapat dijadikan sebagai media pengumpulan data dan dapat dijadikan sebagai sumber informasi yang benar serta dapat dijadikan sebagai pedoman dalam pengambilan keputusan atau penentu arah tindakan.

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.

- a. 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 yaitu :

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  $\leq 24$  jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah 12 pasien rawat inap diputuskan untuk pulang dengan standar pengisian 100% lengkap.

b. 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 kopiannya 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 14 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.

c. 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 15 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.

### d. 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. 16 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
13. Garis digunakan untuk memudahkan entri data dan memisahkan area pada formulir
14. Shading digunakan untuk memisahkan dan penekanan area formulir
15. Cek boxes digunakan untuk menyediakan ruangan pengumpulan data.

#### **2.1.4 Pengertian Formulir Ringkasan Masuk dan Keluar Pasien**

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 :

1. Nama lengkap (nama sendiri dan nama keluarga yaitu nama ayah/suami/marga/she). Tuliskan nama keluarga, beri tanda koma, 18 baru nama sendiri. Artinya semua nama di muka tanda koma adalah nama keluarga. Tuliskan demikian untuk menyamakan identitas pasien dari pihak yang tidak berwenang namun saat memanggil; nama pasien disesuaikan dengan kebiasaan yang diinginkan
2. Nomor rekam kesehatan pasien dan nomor identitas lain (asuransi)

3. Alamat lengkap pasien (nama jalan/gang, nomor rumah, wilayah, kota, yang dihuni saat ini dan kode pos bila diketahui)
4. Tanggal lahir pasien (tanggal, bulan, tahun) dan kota tempat kelahiran
5. Jenis kelamin (perempuan atau laki-laki)
6. Status pernikahan (sendiri, janda, duda, dan cerai)
7. Nama dan alamat keluarga terdekat sewaktu-waktu dapat dihubungi
8. Tanggal dan waktu terdaftar di tempat penerimaan pasien rawat inap/rawat jalan/gawat darurat
9. 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 19 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 :

1. 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.

2. Tanggal lahir

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

3. Jenis kelamin

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

4. 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.

5. 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.

6. Satus perkawinan

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

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. Pendidikan

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

11. Hubungan pasien dengan pemegang asuransi atau orang yang berhak. Kategori ini bisa (1) diri sendiri, (2) istri/suami, (3) anak, dan (4) lainnya.

12. 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 21 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.

### **2.1.5 Pengertian Mixed Method Research**

Mix Methods adalah metode penelitian dengan mengkombinasikan antara dua metode penelitian sekaligus, yaitu metode kuantitatif dan metode kualitatif dalam suatu kegiatan

penelitian, sehingga akan diperoleh data yang lebih komprehensif, valid, reliable dan obyektif. (Sugiyono, 2016)

Pendekatan mix methods diperlukan untuk menjawab rumusan masalah yang telah terangkum dalam bab 1. Tujuan keseluruhan dari penelitian mixed method menggabungkan komponen penelitian kualitatif dan kuantitatif adalah untuk memperluas dan memperkuat kesimpulan penelitian dan penggunaan metode ini berkontribusi dalam menjawab pertanyaan penelitian seseorang. Sehingga pada akhirnya penelitian dengan metode campuran memperoleh pengetahuan dan validasi yang tinggi.

Menurut Cresswell (2011), mengklasifikasi bahwa terdapat dua model utama metode kombinasi yaitu model sequential (kombinasi berurutan), dan model concurrent kombinasi campuran). model penelitian campuran kuantitatif dan kualitatif dibagi menjadi enam model antara lain :

1. Convergent Paralel Design

Metode kombinasi dengan desain parallel design atau yang biasa disebut concurrent triangulation adalah metode penelitian yang menggabungkan antara metode penelitian kualitatif dan kuantitatif dengan cara mencampur kedua metode tersebut secara seimbang (50% metode kuantitatif dan 50% metode kualitatif) (Sugiyono, 2011).

2. The Explanatory Sequential Design

Model penelitian campuran explanatory sequential design diawali dengan pengumpulan data kuantitatif kemudian dilanjutkan dengan pengumpulan data kualitatif untuk membantu menjelaskan dan menguraikan hasil yang diperoleh oleh data kuantitatif, sehingga hasil penelitian model penelitian ini bersifat explanatory atau menjelaskan suatu gambaran umum (generalisasi). Hal yang mendasari model penelitian ini adalah bahwa data kuantitatif yang diperoleh pada tahap pertama dapat

memberikan gambaran umum (generalisasi) tentang masalah penelitian, untuk analisis lebih lanjut maka diperlukan data kualitatif untuk menjelaskan gambaran umum tersebut (Creswell, 2011).

### 3. The Exploratory Sequential Design

Model penelitian campuran exploratory sequential design diawali dengan pengumpulan data kualitatif kemudian dilanjutkan dengan pengumpulan data kuantitatif. Tujuan dari pengumpulan data kualitatif di tahap pertama adalah untuk mengeksplorasi fenomena yang ada terlebih dahulu, kemudian dilanjutkan dengan pengumpulan data kuantitatif untuk menjelaskan hubungan variable yang ditemukan dalam data kualitatif (Creswell, 2011).

### 4. The Embedded Design

Model penelitian campuran embedded design merupakan model penelitian campuran yang mengumpulkan data kuantitatif dan kualitatif secara bersama-sama atau berurutan dimana salah satu bentuk data memainkan peran pendukung bagi bentuk data yang lain (Creswell, 2011).

### 5. The Transformative Design

Model penelitian campuran transformative design merupakan model penelitian campuran yang menggunakan salah satu dari keempat model sebelumnya (convergent, explanatory, exploratory, embedded) yang didesain menggunakan suatu kerangka transformatif atau lensa (Creswell, 2011).

### 6. The Multiphase Design

Model penelitian campuran multiphase design merupakan model penelitian campuran yang berdasar pada model convergent, explanatory, exploratory, Dan embedded. Penelitian campuran dapat dikatakan sebagai multiphase design jika peneliti melakukan penelitian melalui serangkaian tahapan

atau penelitian secara terpisah yang memiliki satu program tujuan penelitian (Creswell, 2011).

Menurut Creswell (2011) kelebihan penelitian campuran adalah sebagai berikut :

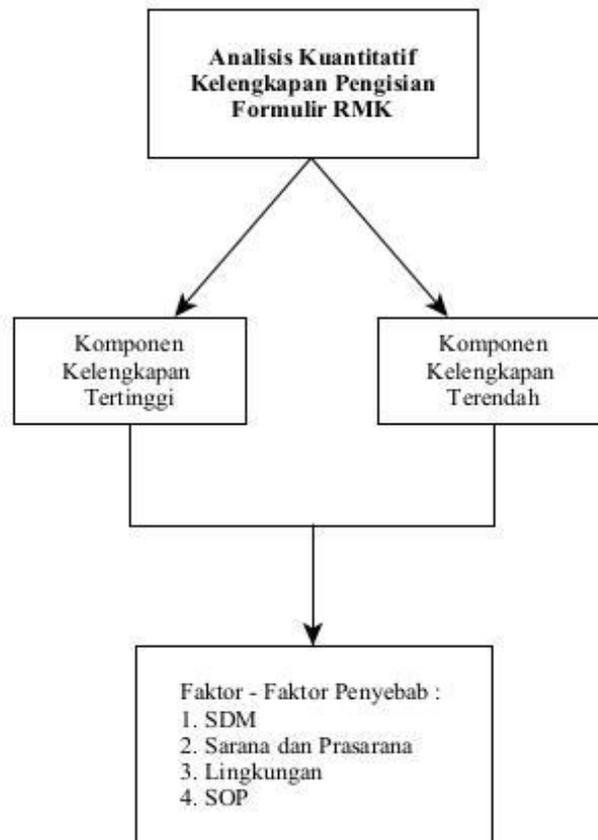
1. Mixed method research menghasilkan fakta yang lebih komprehensif dalam meneliti masalah penelitian, karena peneliti memiliki kebebasan untuk menggunakan semua alat pengumpul data sesuai dengan jenis data yang dibutuhkan. Sedangkan kuantitatif atau kualitatif hanya terbatas pada jenis alat pengumpul data tertentu saja.
2. Mixed method research dapat menjawab pertanyaan penelitian yang tidak dapat dijawab oleh penelitian kuantitatif atau kualitatif. Contoh : apakah pendapat partisipan yang diperoleh dari wawancara dan hasil pengukuran dengan instrument tertentu harus dipisah ? (pertanyaan inilah yang akan dijawab oleh mixed method research, bahwa alat pengumpul data tidak hanya terbatas pada satu alat saja. “Apa yang dapat menerangkan atau memperjelas hasil penelitian kuantitatif ? (mixed method research menjawab, data kualitatif menerangkan/memperjelas hasil penelitian kuantitatif).
3. Mixed method research mendorong peneliti untuk melakukan kolaborasi, yang tidak banyak dilakukan oleh penelitian kuantitatif maupun kualitatif. Kolaborasi dimaksud adalah kolaborasi social, behavioral, dan kolaborasi humanistic.
4. Mixed method research mendorong untuk menggunakan berbagai pandangan atau paradigma.
5. Mixed method research itu “praktis” karena peneliti memiliki keleluasaan menggunakan metoda untuk meneliti masalah.

Disamping itu, penelitian campuran kuantitatif dan kualitatif juga memiliki kelemahan. Menurut Morse (2010) dalam praktiknya peneliti dapat kurang ketat menerapkan prosedur-prosedur yang ada sehingga data yang diperolehnya menjadi dipertanyakan dan

menimbulkan ancaman serius terhadap validitas penelitian karena asumsi-asumsi dasar dari kedua metode rawan dilanggar ketika memadukan atau mencampurkannya. Selain itu, kelemahan dari penelitian ini yaitu :

1. Dibutuhkan pengetahuan prasyarat yang baik dan mendalam terkait dengan metode kuantitatif serta kualitatif karena keduanya digunakan dalam satu penelitian.
2. Diperlukan pengambilan banyak data dalam penelitiannya, menghabiskan banyak waktu dan tenaga dalam proses penelitiannya.

## 2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian