



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
EDISI TAHUN 2018

BAHAN AJAR
REKAM MEDIS DAN
INFORMASI KESEHATAN (RMIK)

MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN III

DESAIN FORMULIR

Endang Triyanti
Imelda Retna Weningsih



PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
EDISI TAHUN 2018

BAHAN AJAR
REKAM MEDIS DAN
INFORMASI KESEHATAN (RMIK)

MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN III

DESAIN FORMULIR

Endang Triyanti
Imelda Retna Weningsih

Hak Cipta © dan Hak Penerbitan dilindungi Undang-undang

Cetakan pertama, Agustus 2018

Penulis : *Endang Triyanti, SKM., M.M.Kes*
Imelda Retna Weningsih, SST.MIK, M.Kom

Pengembang Desain Instruksional : *Giat Ridhansyah S., S.Pd.*

Desain oleh Tim P2M2 :

Kover & Ilustrasi : *Bangun Asmo Darmanto, S.Des.*

Tata Letak : *Nono Suwarno*

Jumlah Halaman : *236*

DAFTAR ISI

	Halaman
BAB I: STANDARISASI DATA PELAYANAN KESEHATAN	1
Topik 1.	
Konsep Dasar Media Dokumen Rekam Medis (DRM)	3
Latihan	18
Ringkasan.....	19
Tes 1.....	21
Topik 2.	
Standarisasi Data	23
Latihan	37
Ringkasan.....	38
Tes 2.....	39
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	41
GLOSARIUM	42
DAFTAR PUSTAKA	43
 BAB II: ISI & STRUKTUR REKAM MEDIS	 44
Topik 1.	
Isi Rekam Medis	46
Latihan	73
Ringkasan.....	74
Tes 1.....	75
Topik 2.	
Tipe Format Rekam Medis	77
Latihan	79
Ringkasan.....	81
Tes 2.....	82

KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	84
GLOSARIUM	85
DAFTAR PUSTAKA	86
BAB III: DESAIN FORMULIR	88
Topik 1.	
Konsep Dasar Desain Formulir	89
Latihan	97
Ringkasan.....	98
Tes 1.....	99
Topik 2.	
Prinsip Desain Formulir (Paper Based dan Elektronik)	101
Latihan	116
Ringkasan.....	117
Tes 2.....	117
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	120
GLOSARIUM	121
DAFTAR PUSTAKA	122
BAB IV: PENGENDALIAN FORMULIR REKAM MEDIS	123
Topik 1.	
Identifikasi Formulir Rekam Medis	125
Latihan	141
Ringkasan.....	141
Tes 1.....	142
Topik 2.	
Pengendalian Formulir Rekam Medis	144
Latihan	153

Ringkasan.....	153
Tes 2.....	154
KUNCI JAWABAN TES	155
GLOSARIUM	156
DAFTAR PUSTAKA	157
 BAB V: ANALISIS DAN EVALUASI FORMULIR REKAM MEDIS	 158
Topik 1.	
Analisis dan Evaluasi Formulir Rekam Medis	160
Latihan	167
Ringkasan.....	168
Tes 1.....	168
 Topik 2.	
Analisis dan Evaluasi Formulir Elektronik (Interface)	170
Latihan	182
Ringkasan.....	183
Tes 2.....	184
 KUNCI JAWABAN TES	 186
GLOSARIUM	187
DAFTAR PUSTAKA	188
 BAB VI: MENERAPKAN DESAIN DAN EVALUASI FORMULIR	 190
Topik 1.	
Penerapan Desain dan Evaluasi Formulir Rekam Konvensional	191
Latihan	201
Ringkasan.....	204
Tes 1.....	204

Topik 2.

Penerapan Evaluasi Formulir Elektronik (interface)	206
Latihan	222
Ringkasan.....	222
Tes 2.....	223
KUNCI JAWABAN TES	225
GLOSARIUM	226
DAFTAR PUSTAKA	227

Bab 1

STANDARISASI DATA PELAYANAN KESEHATAN

Endang Triyanti, Amd.PK, SKM, MM.Kes

Pendahuluan

Salam hangat bagi seluruh mahasiswa, pada modul manajemen Informasi Kesehatan III ini akan membahas tentang desain formulir manual maupun elektronik. Sebelum mendesain formulir ada beberapa topik bahasan yang harus dipelajari terlebih dahulu. Pada Modul I ini kita akan mempelajari tentang Standarisasi data pelayanan kesehatan yang terdiri dari 2 topik bahasan yaitu topik 1 tentang konsep dasar media dokumen medical record dan topik 2 tentang standarisasi data pelayanan kesehatan.

Sebelum memahami tentang standarisasi data pelayanan kesehatan para Mahasiswa sekalian hendaknya memahami terlebih dahulu konsep dasar media dokumen rekam medis yang digunakan sebagai media dalam mencatat data pelayanan kesehatan.

Seperti kita ketahui media rekam medis dari waktu ke waktu mengalami perubahan dan penyempurnaan, dari mulai media rekam medis yang mengalami perubahan karena pengaruh teknologi seperti dari media kertas sekarang sudah mulai bergeser ke media elektronik bahkan sudah mulai ke web atau internet, dimana rekam medis sudah dapat diakses dari berbagai tempat dan berbagai Negara, hal ini dapat memudahkan pertukaran informasi kesehatan akan tetapi dengan perlu diwaspadai adanya kebocoran informasi kesehatan yang diakses oleh orang-orang yang tidak bertanggung jawab untuk kepentingan pribadi atau kelompok.

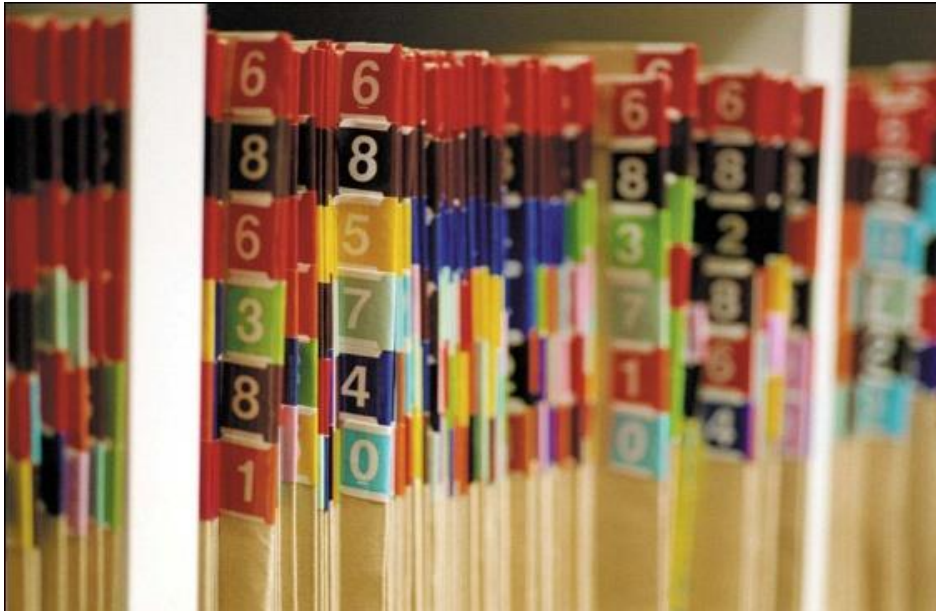
Dalam perkembangannya rekam medis bersumber kertas pun mengalami perubahan, mungkin dari segi sebutan saja, dulu orang atau kita sering menyebut dokumen rekam medis itu dengan sebutan catatan medis atau status medis, searah dengan perkembangan dan ilmu kesehatan istilah itu sudah mulai ditinggalkan, sekarang orang atau kita lebih sering menyebut dengan dokumen rekam medis karena pengaruh perkembangan ilmu rekam medis yang semakin maju dan sekolah-sekolah rekam medis semakin banyak sehingga banyak lulusan

yang sudah terserap oleh institusi pelayanan kesehatan ditambah dengan begitu pentingnya peran Perekam medis bagi akreditasi rumah sakit dan asuransi kesehatan, tetapi masih ada juga sebagian orang masih menyebut dengan istilah yang lama. Dari segi tampilan rekam medis bersumber kertas dulu hanyalah beberapa lembar dengan map yang sederhana tetapi sekarang tampilannya sudah jauh lebih baik, lembarannya lengkap, kualitas kertas bagus, sampulnya juga lebih tebal, menarik dan informatif dimana di bagian depannya bukan hanya memuat identitas pasien saja, tetapi memuat juga tanda bahaya seperti alergi. Marilah mahasiswa sekalian kita mulai belajar Topik 1 dan 2 pada modul ini, semoga mahasiswa semua dapat memahami materi yang disampaikan pada Bab 1 ini.

Topik 1

Konsep Dasar Media Dokumen Rekam Medis (DRM)

Saudara mahasiswa, sebelum kita membahas lebih lanjut tentang konsep dasar media dokumen rekam medis (DRM), coba Anda tuangkan pemahaman Anda terhadap media dokumen rekam medis yang Anda ketahui di bagian bawah pada kotak yang disediakan. Ingat kembali pengalaman kerja Anda selama ini sebagai rekam medis. Hal-hal apa saja yang Anda ketahui?



Sumber: <https://ochatwentyone.files.wordpress.com>

Gambar 1.1 Dokumen rekam medis

[illegible]

A. KONSEP DASAR MEDIA DRM

Sarana Pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit, Puskesmas, Klinik dan sarana pelayanan kesehatan lainnya, mencatat semua kegiatan pelayanan yang sudah diberikan terhadap pasien kedalam media dokumen. Bentuk media tersebut bisa berupa kertas maupun elektronik. Seiring dengan perkembangan teknologi informasi dan kesehatan yang semakin maju sarana pelayanan kesehatan dituntut untuk dapat memberikan pelayanan yang bermutu dan tanpa mengesampingkan kepentingan pasien.

Mahasiswa sekalian coba kita mengingat kembali tentang sejarah rekam medis di mulai dari pendokumentasian riwayat kesehatan sejak jaman prasejarah (*neolithicum*). Berbagai temuan tentang tindakan pelayanan kesehatan telah dicatat kedalam media yang sesuai dengan jamannya.

Tabel 1.1 Sejarah Praktik Manajemen Informasi Kesehatan di Masa Lampau

Bangsa	Tahun	Bukti-Bukti Temuan
Spanyol	25.000-3000 SM	Lukisan di gua batu tentang amputasi jari dan trephinasi.
Perancis	15.000 SM	Lukisan hewan buruan di gua batu
India (Peru)	10.000 SM	Tengkorak berlubang akibat praktik trephinasi.
Mesir	3000 SM	Hieroglif/papirus
Babylonia (Irak Kuno)	3000-2000 SM	Replika organ binatang, lempengan tanah liat dan batu dengan tulisan berbentuk paku (<i>cuneiform</i>)
Cina	2737 SM	Informasi pada bamboo, daun palem yang dipernis (<i>lacquer</i>); model manusia dari tembaga, gading, kertas.
Yunani	1100 SM	Informasi pada pahatan di kuil pengobatan dan kertas
India	500 SM	Informasi pada kertas
Romawi	160 M	Informasi pada kertas/buku
Iran/Irak (Persia)	900 M	Informasi pada kertas
Indonesia	800 M	Informasi pada kulit/daun lontar dengan bahasa kawi (jawa kuno), sansekerta dan relief pahatan arca.

Ket: SM = sebelum masehi, M = masehi

Sumber : Gemala Hatta (2016), Pedoman MIK di Saryankes.

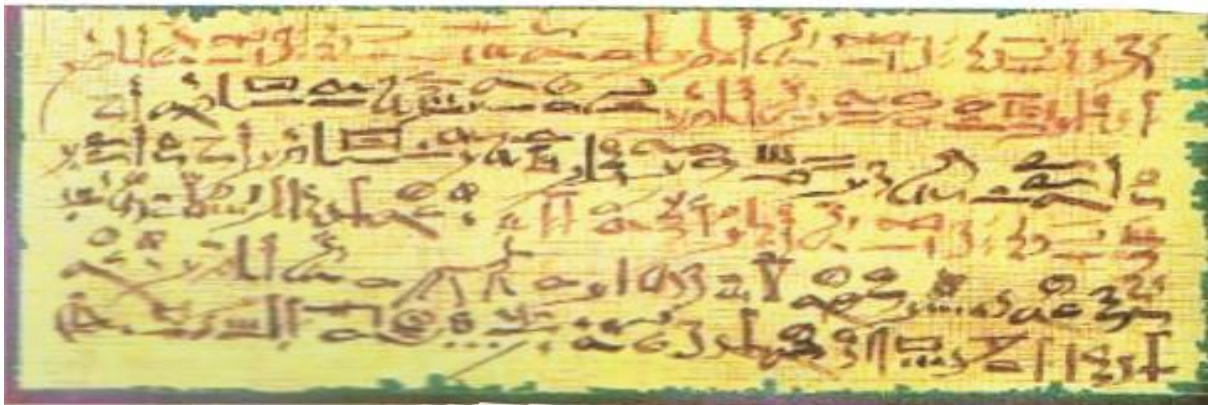
Bangsa Mesir kuno terkenal sebagai bangsa dengan peradaban yang tinggi termasuk praktik kesehatannya. Para tabib telah mempraktikkan MIK beserta majunya ilmu kedokteran. Tabib pada Mesir kuno *Thoth* yang diagungkan sebagai dewa serta *Imhotep* (3000-2500 SM) yang dikenal sebagai bapak pengobatan (*patern of medicine*). Kedua tabib tersebut banyak menulis buku tentang kesehatan dalam gulungan *papyrus* semacam kertas berserat yang berasal dari tumbuhan di tepi sungai Nil, dengan tulisan berbentuk simbol gambar yang dinamakan *hieroglyph*.

A  'a' as in water	A  'a' as in bat	B  'b' as in boat	CH  'ch' as in church
CH  'ch' as in loch	D  'd' as in dog	E  'e' as in money	F  'f' as in foot.
G  'g' as in gone	H  'h' as in hat.	H  'h' as in ich.	I  'i' as in pin
J  'j' as in adjust	K  'k' as in basket	L  'l' as in lion	M  'm' as in man
N  'n' as in not	O  'oo' as in zoo	P  'p' as in pet	Q  'q' as in queen
R  'r' as in right	S  's' as in saw	S  'ss' as in glass	SH  'sh' as in show
T  't' as in top	U  'u' as in glue	V  'v' as in viper	W  'w' as in win
	Y  'y' as in money	Z  'z' as in zebra	

Sumber : Gemala Hatta (2016), Pedoman MIK di Saryankes.

Gambar 1.2 Hieroglyph Abjad Mesir Kuno

Dua buah papyrus kuno anonim yang terkenal yang sebagian isinya diduga karya Imhotep, diberi nama sesuai pemiliknya yaitu Edwin Smith (1862) dan Ebers (1872). Selain itu terdapat papyrus Kahun (1835) yang ditemukan Flinders Petrie tahun 1889 M di Fayum, Lahum (Mesir).



Sumber : Gemala Hatta (2016), Pedoman MIK di Saryankes.

Gambar 1.3 Papyrus Edwin Smith

Di Indonesia diperkirakan ada sekitar 250 manuskrip (naskah) yang kebanyakan berasal dari Bali, diantaranya berisi tentang ramuan pengobatan. Manuskrip ini dicatat dalam daun lontar yang berukuran 3,5 hingga 4,5 cm sepanjang 35-40 cm. Setelah tulisan atau gambar ditatah dengan alat tusuk logam selanjutnya lembaran lontar digelapkan agar terbaca atau terlihat hurufnya dan digabungkan satu dengan lainnya dengan tali penyambung melewati lubang yang terdapat di tengah sisi kiri daun. Biasanya hasil karya itu menggunakan bahasa Jawa Kuno (Kawi).



Sumber : Gemala Hatta (2016), Pedoman MIK di Saryankes.

Gambar 1.4 Manuskrip daun lontar

Berdasarkan sejarah tersebut konsep dasar dokumen rekam medis mengacu pada perkembangan paradigma rekam medis. Permenkes 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis pada pasal 2 yaitu:

1. Rekam medis harus dibuat secara lengkap tertulis dan jelas atau secara elektronik.
2. Penyelenggaraan rekam medis dengan menggunakan teknologi informasi elektronik diatur lebih lanjut dengan peraturan sendiri
3. Dengan permenkes tersebut yang menyatakan bahwa rekam medis dapat berupa rekam medis konvensional maupun secara elektronik

B. MEDIA DRM KERTAS (*PAPER BASED*)

Rekam medis dalam pelaksanaannya tidak lepas dari media sebagai tempat menyimpan atau menuliskan hasil sebagai bukti dan dokumen pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien, seperti tertuang dalam PERMENKES 269/PER/III/2008 tentang Rekam Medis dalam Pasal 1 ayat (1) Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Selanjutnya pada Pasal 1 ayat (6) yang dimaksud dengan catatan adalah tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan. Selain itu, pada Pasal 1 ayat (7) dijelaskan bahwa 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 rekam elektronik. Pada pasal 2 ayat (1) dijelaskan bahwa Rekam Medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik. Pasal 5 ayat (1) setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran, wajib membuat rekam medis, Pasal 5 ayat (2) rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dibuat dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan, Pasal 5 ayat (3) pembuatan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien, Pasal 5 ayat (4) setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung, Pasal 5 ayat (5) dalam hal terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan, Pasal 5 ayat (6) pembetulan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan.

Bila seorang pasien datang ke sarana pelayanan kesehatan, maka kemungkinan akan mendapatkan pelayanan baik di rawat jalan, rawat inap atau gawat darurat. Secara otomatis, tentu pasien tersebut dibuatkan rekam medis untuk mencatat hasil pelayanan yang diterimanya.

Secara umum komponen rekam medis terdiri dari: formulir rekam medis, *clip* atau fastener, pembatas dan folder rekam medis.

1. Formulir Rekam Medis

Rekam Medis terdiri dari banyak formulir yang semuanya digunakan sesuai tujuan tertentu. Beberapa hal penting terkait dengan formulir rekam medis adalah :

- a. Semua formulir seharusnya dibuat dengan ukuran yang sama, biasanya kertas ukuran A4.
- b. Nama dan nomor rekam medis rekam medis pasien, serta judul formulir seharusnya ditempatkan pada posisi yang sama pada setiap formulir.
- c. Hanya formulir yang disetujui oleh komite rekam medis yang boleh dimasukkan dalam rekam medis.

Berikut ini adalah contoh formulir rekam medis di sarana pelayanan kesehatan rumah sakit yang disajikan pada Gambar 1.5.

Nama Pasien:		No. Reg.	
		No. RM	
Tanggal Lahir :		Agama :	Sex ☐ Lk. ☐ Pr.
Pendidikan :		Peserta ASKES : No.	
Pekerjaan :		Asuransi Lain :	
Alamat Lengkap :		Cara penerimaan, melalui : ☐ URJ ☐ UGD ☐ Langsung TP2RN ☐ Langsung Ruang Gawat	
Status Perkawinan : ☐ Kawin ☐ Belum Kawin ☐ Di bawah Umur ☐ Duda ☐ Janda		Cara Masuk, dikirim oleh : ☐ Dokter ☐ Instansi Lain ☐ Puskesmas ☐ Kasus Polisi ☐ RS Lain ☐ Datang Sendiri	
Nama Penanggung Jawab Pembayaran :		Tanggal Masuk	Tanggal Bulan Tahun
Nama/Alamat Keluarga Terdekat :		Jam	
Bag/Spes	Ruang Rawat	Kelas ☐ Umum ☐ KLL ☐ Melahirkan ☐ Bayi Lahir	Tanggal Keluar
Diagnosis masuk :		Lama dirawat :	hari
Diagnosis Akhir dan Kode	Utama : Komplikasi :		
Penyebab Luar Cidera & Keracunan/Morfologi Neoplasma :			
Nama Operasi / Tindakan	Golongan Operasi	Jenis Anestesi	Tanggal
			No. Kode
Infeksi Nosokomial :	Penyebab Infeksi :		
Imunisasi yang pernah didapat : ☐ BCG ☐ DPT ☐ Polio ☐ TBT ☐ DT ☐ Campak	Pengobatan Radioterapi/Kedokteran Nuklir :		
Imunisasi yang diperoleh selama dirawat :	Transfusi darah : cc.		
Keadaan Keluar : ☐ Sembuh ☐ Membaik ☐ Mati kurang 48 jam ☐ Mati lebih 48 jam	Cara Keluar : ☐ Dirujuk ke ☐ Lari ☐ Pulang Paksa ☐ Pindah ke RS lain		
Dokter yang merawat :	Tanda tangan :		

Keterangan : Berilah tanda "✓" pada kotak "☐ " yang sesuai

Untuk yang meninggal, sebab kematian harus diisi di halaman sebelah

Sumber: Formulir Laboratorium Rekam Medis, Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Gambar 1.5 Contoh formulir rekam medis

2. Clip atau *Fastener*

Formulir-formulir rekam medis (kertas) seharusnya disatukan dalam dengan clip- atau fastener dan penambahan formulir tidak dapat dilakukan dengan mudah.

Contoh fastener di bawah ini :



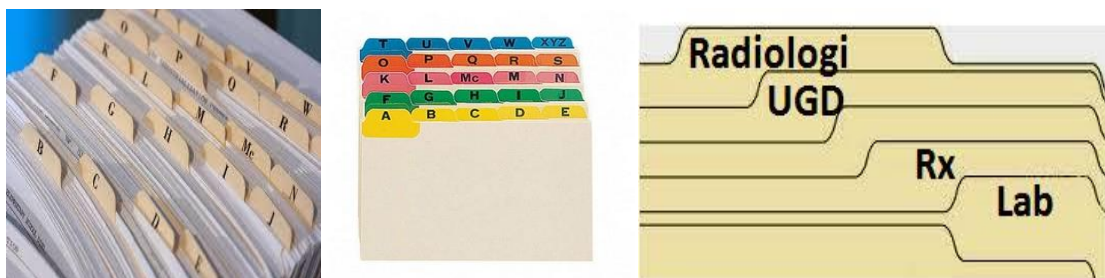
Sumber: <https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRqRhX4gdaKxbbMsnGACMrZDfH5YySYhfSd1n4h5BDRUerwSqz4>

Gambar 1.6 C

Contoh *clip* atau *fastener* yang dibuat dengan beraneka ragam bentukan bahan, digunakan sesuai kebutuhan

3. Pembatas

Rekam medis yang baik adalah memberikan pembatas pada setiap kunjungan pasien ke sarana pelayanan kesehatan agar dengan mudah diidentifikasi kunjungan pasien. Berikut ini adalah contoh pembatas rekam medis yang disajikan pada Gambar 1.7.



Sumber: https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcSPgKOIRv_PS_zHEWorqakvpnijTB_yKV7wjRxv9NjJ1Fjqhclplg

Gambar 1.7 Contoh pembatas yang digunakan untuk formulir rekam medis

4. Folder (sampul) Rekam Medis

Hal yang harus diperhatikan dalam merancang folder atau sampul rekam medis yaitu:

- Semua rekam medis seharusnya disimpan dalam folder rekam medis. Folder sebaiknya terbuat dari kertas yang lebih tebal misalnya kertas manila.
- Folder rekam medis sebaiknya disimpan " *on their spine* " , pada bagian lidah folder yaitu bagian dari folder yang memiliki bagian yang lebih menonjol ke arah luar dibandingkan bagian yang lain sehingga nomor rekam medis jelas terlihat oleh petugas filing.
- Setiap sarana pelayanan kesehatan seharusnya menganggarkan pembelian perlengkapan rekam medis setiap tahun.
- Selain itu pada setiap folder rekam medis seharusnya tercantum: nama pasien; nomor rekam medis; dan tahun kunjungan terakhir.

Berikut disajikan pada Gambar 1.8. contoh penggunaan folder rekam medis yang digunakan di sarana pelayanan kesehatan



Sumber: https://cdn.betakit.com/wp-content/uploads/2013/10/medical_records.jpg

Gambar 1.8 Penggunaan folder rekam medis di tempat penyimpanan dokumen rekam medis.

5. Kelemahan Rekam Kesehatan Berbasis Kertas

Media kertas merupakan media yang umum digunakan untuk mencatat hasil pelayanan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan karena dinilai lebih praktis dalam hal pengisian. Namun rekam kesehatan berbasis kertas memiliki kelemahan yaitu:

- a. Dengan menggunakan kertas maka komunikasi antar pemberi pelayanan kesehatan akan memerlukan waktu yang lebih lama dibandingkan dengan menggunakan elektronik.
- b. Rekam kesehatan kertas sulit mempunyai data yang mutakhir karena rekam kesehatan yang aktif yang dimiliki pasien yang sering datang ke rumah sakit terus berpindah dari satu fasilitas ke fasilitas lain. Sedangkan tenaga kesehatan yang akan memutakhirkan data sering tidak mempunyai banyak waktu.
- c. Sifat kertas yang mudah robek, rentan terhadap minyak, mudah terbakar serta mudah lusuh akan menyulitkan petugas.

B. MEDIA DRM ELEKTRONIK (*COMPUTER BASED*)

Electronic Medical Record (EMR) atau rekam medik elektronik yang merupakan bagian dari *Electronic Health Record (EHR)* telah banyak digunakan di berbagai rumah sakit di berbagai belahan dunia untuk menggantikan atau melengkapi rekam medik berbentuk kertas.

Rekam medis elektronik (EMR) adalah versi dari rekam medis kertas yang dibuat menjadi elektronik, yang memindahkan catatan-catatan atau formulir yang tadinya ditulis diatas kertas kedalam bentuk elektronik. Rekam medis elektronik tidak disertai dengan peringatan (*warning*), kewaspadaan (*alertness*) serta tidak memiliki system penunjang keputusan (*Decision Support System (DSS)*).



Sumber: www.google.com

Gambar 1.9 Rekam medis elektronik (EMR) merupakan perkembangan media rekam medis berbasis kertas ke media berbasis elektronik.

Rekam kesehatan berbasis komputer (CPR) adalah rekaman pasien yang dikerjakan secara elektronik dan bernaung dalam sistem yang dirancang secara khusus guna mendukung pengguna dalam mengakses data secara lengkap dan akurat, yakni dengan memberikan tanda peringatan, waspada dan sistem pendukung pengambilan keputusan klinis yang merujuk data kepada sumber pengetahuan medis dan sarana bantuan lainnya.

Rekam kesehatan berbasis komputer pertama kali dikenalkan pada tahun 1991 sebagai pelopor oleh *Institute of Medicine (IOM)* "... rekam kesehatan berbasis komputer (CPR) adalah rekaman pasien yang dikerjakan secara elektronik dan bernaung dalam sistem yang dirancang secara khusus guna mendukung pengguna dalam mengakses data secara lengkap dan akurat, yakni dengan memberikan tanda peringatan, waspada dan sistem pendukung pengambilan keputusan klinis yang merujuk data kepada sumber pengetahuan medis dan sarana bantuan lainnya.

Dalam pelaksanaan rekam medis elektronik, terdapat beberapa tahapan. Penerapan sistem ini memungkinkan para tenaga medis termasuk apoteker maupun tenaga non medis cukup melihat Rekam Medis elektronik guna mendapatkan data rangkuman medis pasien, sehingga cepat dalam memutuskan kesimpulan pengambilan tindakan medik.

Menurut NAHIT (*National Alliance for Health Information Technology*)

1. *Electronic Medical Record (EMR): An electronic record of health-related information on an individual that can be created, gathered, managed, and consulted by authorized clinicians and staff within one health care organization.* Catatan elektronik tentang informasi yang berkaitan dengan kesehatan pada individu yang dibuat, dikumpulkan, dikelola, dan dikonsultasikan oleh dokter dan staf yang berwenang dalam satu organisasi perawatan kesehatan.
2. *Electronic Health Record (EHR): An electronic record of health-related information on an individual that conforms to nationally recognized interoperability standards and that can be created, managed, and consulted by authorized clinicians and staff across more than one health care organization.* Catatan elektronik tentang informasi yang berkaitan dengan kesehatan pada individu yang sesuai dengan standar interoperabilitas yang dapat dikenali secara nasional dan dapat dibuat, dikelola, dan dikonsultasikan oleh dokter dan staf yang berwenang di lebih dari satu organisasi perawatan kesehatan.
3. *Personal Health Record (PHR): An electronic record of health-related information on an individual that conforms to nationally recognized interoperability standards and that can be drawn from multiple sources while being managed, shared, and controlled by the individual.* Catatan elektronik tentang informasi terkait kesehatan pada individu yang sesuai dengan standar interoperabilitas yang diakui secara nasional dan dapat diambil dari berbagai sumber saat dikelola, dibagi, dan dikendalikan oleh individu.

EMR sudah banyak digunakan di RS di dunia sebagai pengganti atau pelengkap RM berbasis kertas. Di Indonesia sendiri sudah mulai dikenal dengan Rekam Medis Elektronik (RME). Sejalan dengan perkembangannya, RME menjadi jantung informasi dalam SIMRS. Para tenaga kesehatan masih ragu menggunakan RME karena belum ada dasar peraturan perundangan yang secara khusus mengatur penggunaannya.

1. Dasar Hukum Rekam Medis Elektronik

Dalam penyelenggaraan rekam medis elektronik tentunya kita harus berdasarkan regulasi yang berlaku, dasar hukum pelaksanaan rekam medis elektronik di Indonesia adalah sebagai berikut:

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Pasal 46 dan Pasal 47 tentang Praktik Kedokteran.

- a. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 tentang Rekam Medis, sebagai pengganti Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 749a/Menkes/PER/XII/1989. Pada Bab II pasal 2 ayat (1) dijelaskan bahwa “Rekam Medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik”.
- b. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik.
- c. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1171 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS).

Sedangkan Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 tentang Rekam Medis pada pasal 2 juga dijelaskan bahwa:

1. Rekam medis harus dibuat secara lengkap tertulis dan jelas atau secara elektronik.
2. Penyelenggaraan rekam medis dengan menggunakan teknologi informasi elektronik diatur lebih lanjut dengan peraturan sendiri.
3. Dengan permenkes tersebut yang menyatakan bahwa rekam medis dapat berupa rekam medis konvensional maupun secara elektronik.

Rekam Medis elektronik merupakan catatan Rekam Medis pasien seumur hidup pasien dalam format elektronik tentang informasi kesehatan seseorang yang dituliskan oleh satu atau lebih petugas kesehatan secara terpadu dalam tiap kali pertemuan antara petugas kesehatan dengan klien. Rekam Medis elektronik bisa diakses dengan computer dari suatu jaringan dengan tujuan utama menyediakan atau meningkatkan perawatan serta pelayanan kesehatan yang efisien dan terpadu (Potter & Perry, 2009).

Rekam medis elektronik (rekam medis berbasis-komputer) adalah gudang penyimpanan informasi secara elektronik mengenai status kesehatan dan layanan kesehatan yang diperoleh

pasien sepanjang hidupnya, tersimpan sedemikian hingga dapat melayani berbagai pengguna rekam medis yang sah.

Dalam rekam kesehatan elektronik juga harus mencakup mengenai data personal, demografis, sosial, klinis dan berbagai event klinis selama proses pelayanan dari berbagai sumber data (multimedia) dan memiliki fungsi secara aktif memberikan dukungan bagi pengambilan keputusan medis (Shortliffe, 2001)

Pada Isi rekam medis individual hendaknya mencerminkan sejarah perjalanan kondisi kesehatan pasien mulai dari lahir sampai berlangsungnya interaksi mutakhir antara pasien dengan rumah sakit. Pada umumnya struktur rekam medis individual ini terdiri dari daftar masalah sekarang dan masa lalu serta catatan-catatan SOAP (*Subjective, Objective, Assessment, dan Plan*) untuk masalah-masalah yang masih aktif, rangkuman data klinis untuk konsumsi manajer rumah sakit, pihak asuransi (data klaim), kepala unit klinis, dan institusi terkait sebagai pelaporan. Suatu rangkuman data klinis yang penting misalnya mengandung jumlah pasien rawat inap menurut ciri-ciri demografis, cara membayar, diagnosis dan prosedur operatif Registrasi penyakit. Misalnya kanker, merupakan sistem informasi yang berbasis pada suatu komunitas atau wilayah administratif, mencakup semua kejadian penyakit tertentu (misalnya segala jenis kanker) di antara penduduk yang hidup di wilayah yang bersangkutan.

2. Konsep Rekam Medis Elektronik

Konsep dasar sistem rekam medis elektronik adalah sebagai alat bantu manajemen informasi yang dapat menghasilkan :

- a. Peringatan dan pewaspadaan klinik (*clinical alerts and reminders*)
 - 1) Pewaspadaan meliputi adanya hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan penunjang lain yang abnormal.
 - 2) Peringatan meliputi hasil pengecekan farmakologis terhadap perintah pemberian obat; adanya riwayat reaksi alergi thd obat, kontraindikasi pemberian obat, dosis obat yang tidak sesuai
- b. Hubungan dengan sumber pengetahuan untuk penunjang keputusan layanan-kesehatan (*health-care decision support*), hal ini didasarkan atas praktek kedokteran berbasis bukti (*evidence-based medicine*). Dalam pelaksanaannya, klinikus melakukan pencarian & penarikan hasil analisis meta yang sesuai dengan kondisi pasien yang ditangani pada Web. Program pengambilan keputusan dapat diinkorporasikan dalam rekam medik elektronik, pengguna memasukkan data pasiennya dan memperoleh saran untuk penanganan pasien.

- c. Analisis data agregat.
 - 1) Uji klinik konvensional, data dikumpulkan dari pasien, dimasukkan ke dalam basis-data komputer & dianalisis dengan program statistik.
 - 2) Rekam medik elektronik memungkinkan klinikus memperoleh data rutin dan non rutin. Data rutin dapat langsung diperoleh (dalam bentuk siap olah) dari basis-data rekam medik. Sedangkan data non-rutin dapat dikumpulkan pada waktu pemeriksaan pasien & dimasukkan dalam rekam medik.
- d. Perintah dokter melalui komputer (CPOE; *computerized physician order entry*) dilakukan baik itu melalui data bentuk bebas (informasi teks) maupun bentuk kode (data terstruktur).
- e. Pengambilan data sinyal biologis secara otomatis (*automatic data capture*)
 - 1) Sinyal digital, menampilkan nilai-nilai diskret dari suatu himpunan nilai tertentu, mis. Tekanan darah, frekuensi nadi, dan densitas jaringan (CT-scan, MRI).
 - 2) Sinyal analog, menampilkan nilai-nilai dalam rentang kontinu, mis. elektrokardiogram (EKG), dan densitas jaringan (radiologi konvensional).

Sistem komputer hanya dapat mengakuisisi data digital. Oleh karena itu, sinyal analog harus dikonversi terlebih dahulu menjadi sinyal digital dengan ADC (*analog-to-digital conversion*) (Sabarguna, 2005)

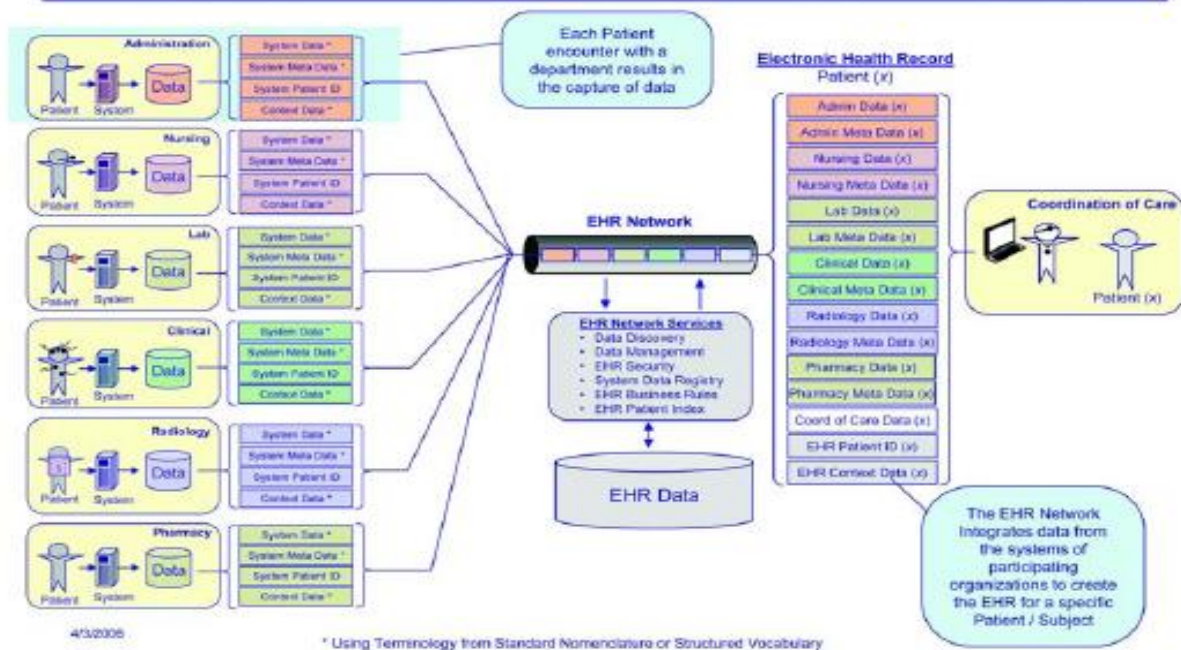
C. MEDIA DRM (*WEB-BASED*)

Perkembangan rekam medis di dunia ataupun di Indonesia sendiri mengalami kemajuan yang cukup berarti, disebagian sarana pelayanan kesehatan di Indonesia rekam medis sudah tidak lagi ditulis di media kertas tetapi sudah ditulis atau diinput kedalam komputer

Pengembangan sistem informasi rekam medis ditujukan untuk mendukung ketersediaan data informasi bagi manajemen dan pelaksana layanan serta pengembangan jaringan informasi kesehatan. Sistem ini dibangun dengan teknologi komputer berbasis web. Sistem informasi rekam medis ini dibangun dengan menggunakan bahasa pemrograman PHP dengan didukung basis data MySQL. Sistem yang berjalan menemui berbagai kendala dan permasalahan terutama pada penggunaan basis data dan sistem yang diterapkan hanya sebagai mesin pencatat. Dalam perkembangannya diharapkan sistem ini dapat diterapkan dalam jaringan intranet dan saling terhubung dengan instansi medis lain.

Electronic Health Record – Concept Overview

The EHR represents the integration of healthcare data from a participating collection of Systems for a single patient.



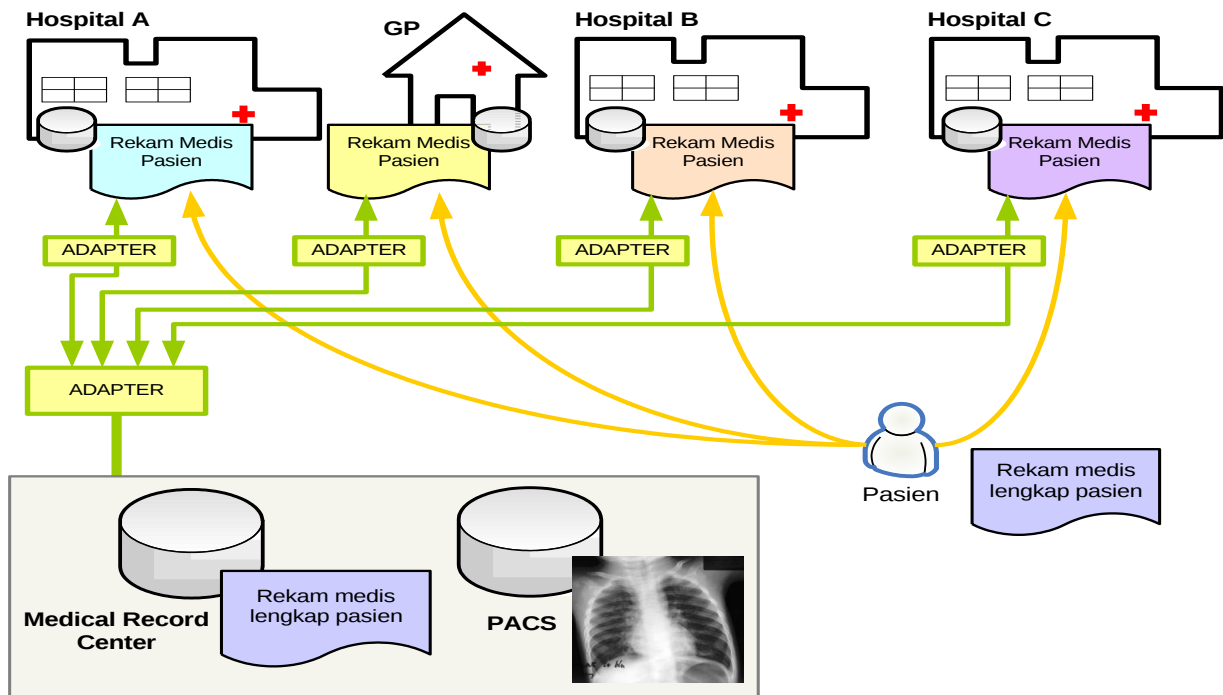
Sumber: www.google.com

Gambar 1.10 Bagan konsep *Electronic Health Record* (EHR)

Rekam medis berbasis web dengan menggunakan bahasa pemrograman PHP dengan didukung basis data MySQL diharapkan kedepannya dapat diakses dari berbagai media dan dari berbagai tempat. Rekam medis berbasis web harus *Interoperability* ialah suatu kemampuan berbagai ragam sistem atau aplikasi untuk bekerja sama dan bisa berinteraksi dengan aplikasi lainnya yang berbeda untuk memungkinkan terjadinya pertukaran data/informasi melalui suatu protokol yang disetujui bersama, lewat bermacam-macam jalur komunikasi, biasanya lewat *network* TCP/IP dan protokol HTTP dengan memanfaatkan file XML. Tujuan *interoperability* yaitu transfer data dengan berbagi (*sharing*) dari satu pusat ke lebih dari satu lokasi pada cakupan wilayah edar informasi berskala besar (*enterprise-wide scale*), transfer pengetahuan dan integrasi, transfer terminologi medis, pemetaan dan pengintegrasian, transfer pencitraan (gambar) dan integrasi aplikasi klinis dan non klinis.

Dalam *Interoperability* ini yang harus diperhatikan adalah sistem terintegrasi wajib menggunakan standar secara konsisten guna mendukung berbagi informasi lintas jaringan yang luas. Misalnya Terminologi medis dan data berkualitas tinggi, Isu etik, legal dan masalah teknik terkait dengan akurasi, sekuritas kerahasiaan (konfidensialitas) dan hak akses akan meningkat saat sistem elektronisasi rekam medis (rekam kesehatan) menjadi *on-line*.

Arsitektur rekaman, struktur standar informasi klinis dan protokol komunikasi , juga masalah konfidensialitas informasi, kualitas data pasien, data set dan kamus data harus dipersiapkan.



Gambar 1.11 Bagan basis data rekam medis berbasis web (*web-based*)

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Media rekam medis dari jaman dulu sejalan dengan adanya penulisan hasil pengobatan, sebutkan media apa saja yang digunakan untuk penulisan hasil pengobatan sebelum media kertas dikenal!
- 2) Jelaskan kekurangan dalam rekam medis dengan media kertas!
- 3) Jelaskan hal-hal yang perlu diperhatikan dalam rekam medis berbasis computer!
- 4) Jelaskan definisi rekam medis elektronik menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 tentang Rekam Medis!
- 5) Rekam medis berbasis web harus *interoperability*. Jelaskan!

Petunjuk Jawaban Latihan

Saudara mahasiswa, untuk memudahkan anda mengerjakan silahkan anda pelajari materi yang terkait dengan media rekam medis serta rekam medis elektronik.

Ringkasan

- 1) Media rekam medis sudah dikenal sejak jaman dulu sebagai tempat atau sarana penyimpanan atau penulisan hasil pengobatan.
- 2) Media rekam medis Jaman dahulu ditulis dinding gua, tulang belulang, papyrus dan daun lontar.
- 3) Secara umum komponen rekam medis terdiri dari : formulir rekam medis, clip atau fastener, pembatas dan folder rekam medis.
- 4) Rekam medis berbasis computer menurut NAHIT dibagi menjadi 3 bagian :
 - a. *Electronic Medical Record* (EMR) Catatan elektronik tentang informasi yang berkaitan dengan kesehatan pada individu yang dibuat, dikumpulkan, dikelola, dan dikonsultasikan oleh dokter dan staf yang berwenang dalam satu organisasi perawatan kesehatan.
 - b. *Electronic Health Record* (EHR) Catatan elektronik tentang informasi yang berkaitan dengan kesehatan pada individu yang sesuai dengan standar interoperabilitas yang dapat dikenali secara nasional dan dapat dibuat, dikelola, dan dikonsultasikan oleh dokter dan staf yang berwenang di lebih dari satu organisasi perawatan kesehatan.
 - c. *Personal Health Record* (PHR) Catatan elektronik tentang informasi terkait kesehatan pada individu yang sesuai dengan standar interoperabilitas yang diakui secara nasional dan dapat diambil dari berbagai sumber saat dikelola, dibagi, dan dikendalikan oleh individu.
- 5). Rekam Medis berbasis Web ditujukan untuk mendukung ketersediaan data informasi bagi manajemen dan pelaksana layanan serta pengembangan jaringan informasi kesehatan. Sistem ini dibangun dengan teknologi komputer berbasis web. Sistem informasi rekam medis ini dibangun dengan menggunakan bahasa pemrograman PHP dengan didukung basisdata MySQL dapat diakses dari berbagai media dan dari berbagai tempat.

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Penulisan hasil pengobatan sebelum media kertas dikenal pada zaman dahulu yaitu dinding gua, tulang belulang, papyrus dan daun lontar.
- 2) Kekurangan media rekam medis berbasis kertas yaitu:
 - a. Komunikasi antar pemberi pelayanan kesehatan akan memerlukan waktu yang lebih lama dibandingkan dengan menggunakan elektronik.
 - b. Rekam kesehatan kertas sulit mempunyai data yang mutakhir karena rekam kesehatan yang aktif yang dimiliki pasien yang sering datang ke rumah sakit terus berpindah dari satu fasilitas ke fasilitas lain.
 - c. Sifat kertas yang mudah robek, rentan terhadap minyak, mudah terbakar serta mudah lusuh akan menyulitkan petugas
- 3) Dalam rekam kesehatan elektronik juga harus mencakup mengenai data personal, demografis, sosial, klinis dan berbagai event klinis selama proses pelayanan dari berbagai sumber data (multi media) dan memiliki fungsi secara aktif memberikan dukungan bagi pengambilan keputusan medis
- 4) Definisi rekam medis elektronik menurut PERMENKES RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis pasal 2 yaitu :
 - a. Rekam medis harus dibuat secara lengkap tertulis dan jelas atau secara elektronik.
 - b. Penyelenggaraan rekam medis dengan menggunakan teknologi informasi elektronik diatur lebih lanjut dengan peraturan sendiri
 - c. Dengan permenkes tersebut yang menyatakan bahwa rekam medis dapat berupa rekam medis konvensional maupun secara elektronik
- 5) Rekam medis berbasis web harus Interoperability ialah suatu kemampuan berbagai ragam sistem atau aplikasi untuk bekerja sama dan bisa berinteraksi dengan aplikasi lainnya yang berbeda untuk memungkinkan terjadinya pertukaran data/informasi melalui suatu protokol yang disetujui bersama, lewat bermacam-macam jalur komunikasi, biasanya lewat network TCP/IP dan protokol HTTP dengan memanfaatkan file XML

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Rekam medis pada zaman dahulu di Indonesia ditulis di
 - A. Dinding Gua
 - B. Papyrus
 - C. Daun Lontar
 - D. Kertas
 - E. Lempengan batu

- 2) Replika organ binatang, lempengan tanah liat dan batu dengan tulisan berbentuk paku (*cuneiform*), merupakan salah satu bukti peninggalan praktik manajemen informasi yang sudah dimulai pada tahun..... di.....
 - A. 2500-1000 SM, Spanyol
 - B. 3000-2500 SM, Yugoslavia
 - C. 3000-2000 SM, Babylonia
 - D. 2500-1500 SM, Mesir
 - E. 1500-500 SM, Yunani

- 3) Bila seorang pasien datang ke sarana pelayanan kesehatan, maka kemungkinan akan mendapatkan pelayanan di rawat jalan, rawat inap ataupun gawat darurat dan tentunya akan dibuatkan rekam medis. Secara umum komponen rekam medis terdiri dari.....
 - A. Formulir rekam medis, clip atau fastener, *outguide* dan folder rekam medis
 - B. Formulir rekam medis, alat tulis, pembatas dan folder rekam medis
 - C. Formulir rekam medis, clip atau fastener, pembatas dan *barcode*
 - D. Formulir rekam medis, clip atau fastener, pembatas dan folder rekam medis
 - E. Formulir rekam medis, clip atau fastener, pembolong kertas dan folder rekam

- 4) Rekam medis yang dapat diakses darimana saja , terjadinya pertukaran data dan dapat berinteraksi dengan berbagai aplikasi.....
 - A. DRM Kertas
 - B. DRM Komputer
 - C. DRM Aplikasi
 - D. DRM Web
 - E. DRM Sistem

- 5) Pengembangan sistem informasi rekam medis ditujukan untuk mendukung ketersediaan data informasi bagi manajemen dan pelaksana layanan serta pengembangan jaringan informasi kesehatan. Sistem ini dibangun dengan teknologi komputer berbasis web. Sistem informasi rekam medis ini dibangun dengan menggunakan bahasa pemrograman PHP dengan didukung basisdata MySQL. Berdasarkan uraian tersebut media penyelenggaraan rekam medis yang digunakan termasuk ke dalam media.....
- A. DRM Kertas
 - B. DRM Komputer
 - C. DRM Aplikasi
 - D. DRM Web
 - E. DRM System

Topik 2

Standarisasi Data

A. DEFINISI

Setelah kita memahami komponen rekam medis, maka kita akan membahas tentang standarisasi data yang ada pada dokumen rekam medis. Adapun pengertian standarisasi adalah proses pembentukan standar teknis, yang bisa menjadi standar spesifikasi, standar cara uji, standar definisi, prosedur standar (atau praktik), dll.

Standardisasi adalah usaha bersama membentuk standar. Standar adalah sebuah aturan, biasanya digunakan untuk bimbingan tetapi dapat pula bersifat wajib (paling sedikit dalam praktik), memberi batasan spesifikasi dan penggunaan sebuah objek atau karakteristik sebuah proses dan/atau karakteristik sebuah metode.

Standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan termasuk tata cara dan metode yang disusun berdasarkan consensus semua pihak yang terkait dengan memperhatikan syarat-syarat keselamatan, keamanan, kesehatan, lingkungan hidup, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta pengalaman, perkembangan masa kini dan masa yang akan datang untuk memperoleh manfaat yang sebesar-besarnya.

Adapun ISO ([*International Organization for Standardization*](#)) memberi batasan standar sebagai “... *a document, established by consensus and approved by a recognized body, that provides, for common and repeated use, rules, guidelines or characteristics for activities or their results, aimed at the achievement of the optimum degree of order in a given context ...*”. Juga dinyatakan bahwa standar hendaknya berdasarkan atas hasil ilmu pengetahuan teknologi dan pengalaman yang telah terkonsolidasi dan bertujuan peningkatan manfaat komunitas yang optimum (ISO/IEC, 2004).

Dari kata standar muncul kata standardisasi artinya proses merumuskan, menetapkan, menerapkan dan merevisi standar, yang dilaksanakan secara tertib melalui kerjasama dengan semua pihak yang berkepentingan (Peraturan Pemerintah, 2000).

Standar berasal dari bahasa Prancis Kuno artinya titik tempat berkumpul, dalam bahasa Inggris Kuno merupakan gabungan kata standar artinya berdiri dan or (juga bahasa Inggris Kuno) artinya titik. (Merriam-Webster, 2000) kemudian diserap dalam bahasa Inggris sebagai kata standard.

Istilah standarisasi berasal dari kata standar yang berarti satuan ukuran yang dipergunakan sebagai dasar pembandingan kuantitas, kualitas, nilai, hasil karya yang ada. Dalam arti yang lebih luas maka standar meliputi spesifikasi baik produk, bahan maupun proses.

Standar diikuti agar supaya kegiatan maupun hasilnya dapat diterima umum oleh penggunaan standar atau ukuran ini adalah hasil kerja sama pihak-pihak yang berkepentingan dalam industri dimana perusahaan itu berada.

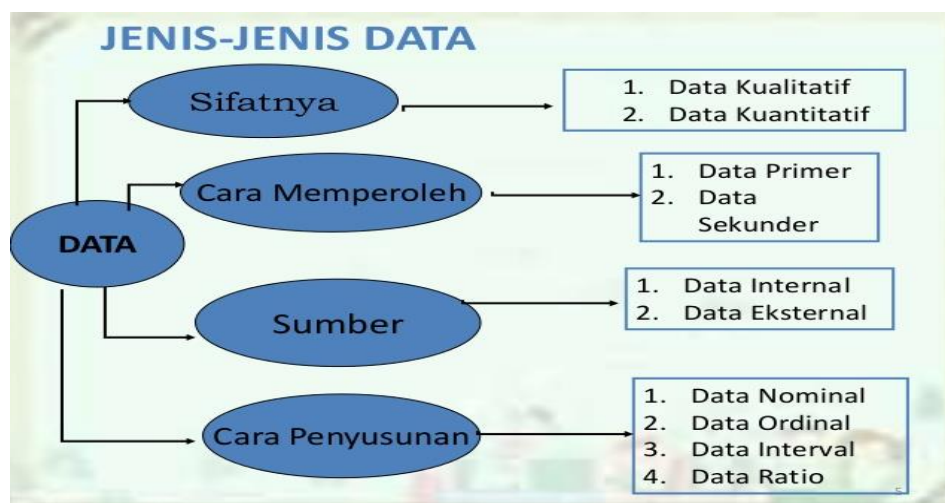
Data adalah bentuk jamak dari *datum* atau keterangan tentang suatu hal dari seorang atau kumpulan orang, dalam bentuk angka atau pernyataan. Kumpulan dari hasil pengukuran atau pengamatan Misal, ketika membahas data seorang pasien, kita dapat membicarakan tentang usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, suku, diagnosis.

Data dan Informasi berhubungan dengan pengguna data yang mewakili fakta dan pengukuran dasar dalam asuhan kesehatan, fakta menguraikan ciri-ciri spesifik pasien elemen merupakan penjelasan fakta atau hasil pengukuran tunggal seperti usia, jenis kelamin, Alamat, dll merupakan elemen data, Informasi merupakan data yang telah dikumpulkan, digabungkan, dianalisa, ditafsirkan, dan/atau diubah menjadi bentuk yang dapat digunakan.

1. Jenis Data

- a. Dari aspek sumbernya
 - 1) Primer
 - 2) Sekunder
- b. Dari aspek sifatnya
 - 1) Data Kualitatif (Kategori): data yang tidak berbentuk angka
 - 2) Data Kuantitatif (Numerik): data yang berbentuk angka
 - a) Diskrit = hasil menghitung (angka bulat)
 - b) Kontinu = hasil mengukur (angka bulat, koma)

Untuk lebih jelasnya mengenai jenis-jenis data disajikan pada Gambar 1.12.



Sumber : <https://image.slidesharecdn.com/pptstatdas1-161110125116/95/statistikstatistika-dan-macam-macam-data-5-638.jpg?cb=1478782396>

Gambar 1.12 Bagan pembagian jenis-jenis data

2. Jenis Data di Pelayanan Kesehatan

Data dalam pelayanan kesehatan disimpan dalam bentuk rekam kesehatan pasien, merupakan kumpulan dari berbagai elemen data dalam rekam kesehatan yang digunakan untuk membandingkan, mengombinasikan, dan menyajikan kondisi pasien oleh dokter dan untuk pelayanan kesehatan. Konsep pembakuan data diterima secara luas tahun 1960 dikembangkan untuk berbagai jenis asuhan kesehatan. Tatan data asuhan akut, asuhan jangka panjang, dan asuhan rawat jalan, tatan data yang pertama dibuat. Tatan data dibuat bertujuan untuk mengetahui elemen data yang harus dikumpulkan dari pasien dan untuk menyeragamkan istilah-istilah umum. *Minimum Data Set* (MDS) bertujuan untuk mendorong komparabilitas dan kompatibilitas data. Tatanan data dapat dicapai dengan penggunaan butiran data yang baku dengan definisi yang seragam. Badan Penasihat Kesehatan di AS, *National Committee on Vital and Health Statistics* (NCVHS) merupakan organisasi yang membakukan informasi kesehatan, terutama pada tatanan data (data set). Tatanan ini digunakan pada formulir yang merupakan dasar tatanan data medicare dan medicaid dimaksudkan untuk mengurai data minimal yang penting mengenai pasien, residen atau klien. Elemen data sebanyak 42 buah yang terdiri atas 12 data personal, 30 data kunjungan.

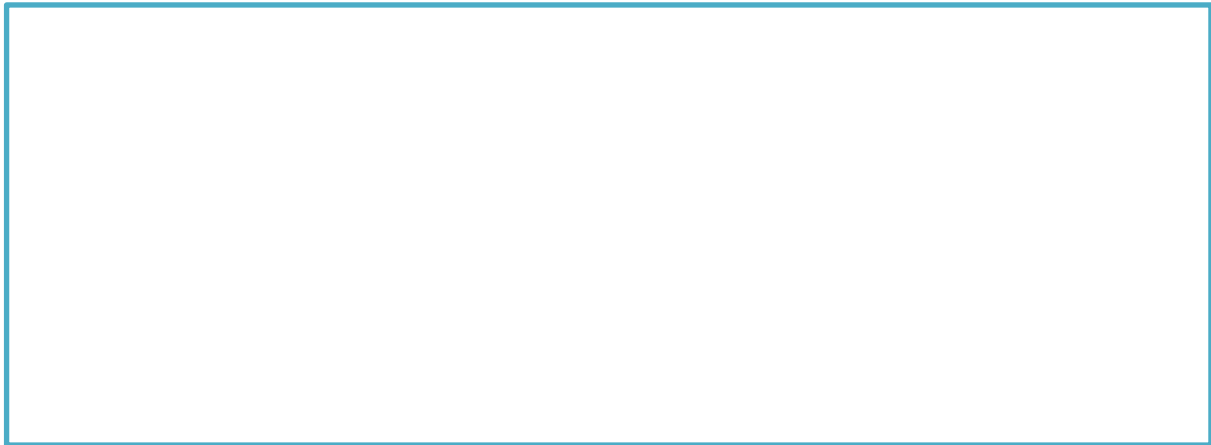
Berikut ini disajikan pada Gambar 1.13 yang menggambarkan minimum data set peserta program Keluarga Berencana.



Sumber : <https://puskesmas-pleret.bantulkab.go.id/data-peserta-kb-baru-menurut-jenis-kontrasepsi.html>

Gambar 1.13 Contoh penyajian data hasil pelayanan kesehatan yang dibuat dalam bentuk diagram batang agar lebih informatif dan mudah dipahami.

Berdasarkan penjelasan di atas, coba Anda tuliskan contoh satu data pelayanan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan , pada kolom berikut ini :



3. Tujuan Standarisasi

Tujuan standarisasi data pelayanan kesehatan adalah untuk merumuskan, menetapkan, menerapkan dan merevisi jenis data kesehatan, bentuk penyajian atau tampilan data kesehatan agar seragam.

Standarisasi data pelayanan kesehatan Indonesia diatur berdasarkan peraturan pemerintah melalui peraturan menteri kesehatan.

Untuk standar data pelayanan kesehatan rumah sakit di Indonesia diatur dalam Petunjuk Teknis Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang sistem informasi rumah sakit. Pasal 1 Setiap rumah sakit wajib melaksanakan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS). (2) SIRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah suatu proses pengumpulan, pengolahan dan penyajian data rumah sakit. Pasal 2 (1) SIRS merupakan aplikasi sistem pelaporan rumah sakit kepada kementerian kesehatan yang meliputi:

- a. Data identitas rumah sakit;
- b. Data ketenagaan yang bekerja di rumah sakit;
- c. Data rekapitulasi kegiatan pelayanan;
- d. Data kompilasi penyakit/morbiditas pasien rawat inap; dan
- e. Data kompilasi penyakit/morbiditas pasien rawat jalan;

B. JENIS STANDARISASI DATA PELAYANAN KESEHATAN RAWAT JALAN DAN RAWAT INAP

1. Data Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan

Data pelayanan kesehatan rawat jalan di rumah sakit atau di sarana pelayanan kesehatan lainnya yang menyelenggarakan pengobatan kepada pasien, menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 tentang Rekam Medis Pasal 3 ayat (1) tentang 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 lain yang telah diberikan kepada pasien;
- i. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik; dan
- j. persetujuan tindakan bila diperlukan.

Berikut di bawah ini contoh formulir rekam medis rawat jalan yang disajikan pada Gambar 1.14.



RUMAH SAKIT POLTEKKES KEMENKES TASIKMALAYA

Jl. Cilolohan No.35 Jawa Barat Telp. 0265-340186 Fax. 0265-338939

REKAM MEDIS RAWAT JALAN

Nama :		Jenis Kelamin : L / P				
Tempat / Tanggal Lahir :		Umur :				
Alamat :						
Nama KK :						
Pekerjaan/Pendidikan :						
Tanggal dan Waktu	Anamnesa	Pemeriksaan	Diagnosa	Rencana Penatalaksanaan	Pengobatan dan Tindakan	TTD

Desain : Sugun Priyadi, M.Kes

Sumber : Rekam Medis Rawat Jalan berdasarkan PERMENKES No. 269/PERMENKES/PER/III/2008.

Gambar 1.14 Contoh formulir rekam medis rawat jalan

Sedangkan untuk data laporan yang agregat, berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1171/ MENKES/PER/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit, data pelayanan kesehatan rawat jalan terdiri dari:

a. Formulir RL 4b Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Jalan



Formulir RL 4B
DATA KEADAAN MORBIDITAS PASIEN RAWAT JALAN

Diagnosa Baru / Penyakit / Keadaan Morbiditas
(Klasifikasi Penyakit ICD-10)

Kode RS

Nama RS

Tahun

No. Urut	No. DTD	No. Daftar terperinci	Golongan sebab penyakit	Jumlah Pasien Kasus Menurut Golongan Umur & Sex																				Kasus Baru Menurut Jenis Kelamin		Jumlah Kasus Baru (23+24)	Jumlah Kunjungan
				0-6 hr		7-28hr		28hr-<1th		1-4th		5-14th		15-24th		25-44th		45-64th		> 65		LK	PR				
				L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26		
1	001	A00	Kolera																								
2	002	A01	Demam tifoid dan paratifoid																								
3	003	A03	Sigelosis																								
4	004.0	A06.4	Abses hati amuba																								
5	004.9	A06.0 - 3.5-9	Amebiasis lainnya																								
6	005	A09	Diare & gastroenteritis oleh penyebab Infeksi tertentu (kolitis infeksi)																								
7	006	A02, A04-A05, A07-A08	Penyakit infeksi usus lainnya																								
8	007.0	A15.0	Tuberkulosis (TB) paru BTA (+) dengan/tanpa tindakan kuman TB																								
9	007.1	A15.1-A16.2	Tuberkulosis paru lainnya																								
10	007.9	A16.3-9	Tuberkulosis alat napas lainnya																								
11	008.0	A17.0	Meningitis tuberkulosa																								
12	008.1	A17.1-7	Tuberkulosis susunan saraf pusat lainnya																								
13	008.2	A18.0	Tuberkulosis tulang dan sensi																								
14	008.3	A18.2	Limfadenitis tuberkulosa																								
15	008.4	A19	Tuberkulosis miller																								
16	008.9	A18.1.3-8	Tuberkulosis lainnya																								
17	009	A20	Sampar/Pes																								
18	010	A23	Bruselosis																								
19	011	A30	Legra/Kusta																								
20	012	A33	Tetanus neonatorum																								

Sumber : PERMENKES No 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang SIRS. JUKNIS

Gambar 1.15 Formulir RL 4b Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Jalan

b. Formulir RL 4b Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Jalan Penyebab Kecelakaan



Formulir RL 4B

DATA KEADAAN MORBIDITAS PASIEN RAWAT JALAN RUMAH SAKIT

PENYEBAB KECELAKAAN

Revisi Rincian
Keterangan (Jumlah 0)

Kode RS :
Nama RS :
Tahun :

No. Urut	No. DTD	No.Daftar terperinci	Golongan sebab penyakit	Jumlah Pasien Kasus Menurut Golongan Umur & Sex														Kasus Baru Menurut Jenis Kelamin		Jumlah Kasus Baru (23+24)	Jumlah Kunjunga				
				0-4 hr		7-28hr		28hr-<1th		1-4th		5-14th		15-24th		25-44th		45-64th				> 65		LK	PR
				L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P						
1	299.0	V 01 - V 89	Kecelakaan angkutan darat																						
2	299.1	V 90 - V 94	Kecelakaan angkutan air																						
3	299.2	V 95 - V 97	Kecelakaan angkutan udara dan ruang angkasa																						
4	299.9	V 98 -V 99	Kecelakaan angkutan lain																						
5	300	W 00 - W 19	Jatuh																						
6	301	W 65 - W 74	Kecelakaan tenggelam dan terbenam																						
7	302	X 00 - X 09	Terdedah asap, api dan uap																						
8	303.0	X 45	Keracunan akibat paparan alkohol																						
9	303.1	X 46	Keracunan akibat paparan pelarut organik & hidrokarbon serta uapnya																						
10	303.2	X 47	Keracunan akibat paparan gas-gas & uap-uap lainnya																						
11	303.3	X 48	Keracunan akibat paparan pestisida																						
12	303.4	X 49	Keracunan akibat paparan bahan beracun berbahaya lainnya																						
13	303.9	X 40 - X 44	Kecelakaan keracunan dan terdedah oleh bahan beracun lainnya																						
14	304.0	X 60 - X 69	Sengaja mencederai diri dengan bahan beracun																						
15	304.9	X 70 - X 84	Sengaja mencederai diri lainnya																						
16	305	X 85 - Y 09	Dicederai																						
17	306.0	X 10 - X 19	Kontak dengan bahan panas																						
18	306.1	X 20 - X 29	Kontak dengan binatang & tumbuhan beracun																						
19	306.2	X 30 - X 39	Terdedah faktor alam																						
20	306.3	Y 40 - Y 59	Efeksamping pengguna obat, bahan obat dan bahan biologik																						
21	306.4	Y 60 - Y 84	Kesalahan pada pasien selama perawatan medis non bedah																						
22	306.5	W 42	Pemaparan bising																						
23	306.6	W 43	Pemaparan getaran																						
24	306.7	W 88	Pemaparan radiasi pengion																						
25	306.8	W 89	Pemaparan sinar ultra violet dan man-mide visible																						
26	306.9	W 90	Pemaparan radiasi pengion lain																						
27	306.10	W 91	Pemaparan radiasi YTT																						
28	306.11	X 50	Gangguan gerakan berulang-ulang dengan kekuatan berlebih																						
29	306.12	X 96	Gangguan kesehatan yang berhubungan dengan kesehatan																						

Sumber : PERMENKES No 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang SIRS. JUKNIS

Gambar 1.16

Formulir RL 4b Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Jalan Penyebab Kecelakaan

c. Formulir RL 5.2 Kunjungan Rawat Jalan



Formulir RL 5.2
KUNJUNGAN RAWAT JALAN

*Ditjen Bina Upaya Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI*

Kode RS :

Nama RS :

Bulan :

Tahun :

NO	JENIS KEGIATAN	JUMLAH
1	2	3
1	Penyakit Dalam	
2	Bedah	
3	Kesehatan Anak (Neonatal)	
4	Kesehatan Anak Lainnya	
5	Obstetri & Ginekologi (Ibu Hamil)	
6	Obstetri & Ginekologi Lainnya	
7	Keluarga Berencana	
8	Bedah Saraf	
9	Saraf	
10	Jiwa	
11	Napza	
12	Psikologi	
13	THT	
14	Mata	
15	Kulit dan Kelamin	
16	Gigi & Mulut	
17	Geriatri	
18	Kardiologi	
19	Radiologi	
20	Bedah Orthopedi	
21	Paru - Paru	
22	Kusta	
23	Umum	
24	Rawat Darurat	
25	Rehabilitasi Medik	
26	Akupunktur Medik	
27	Konsultasi Gizi	
28	Day Care	
29	Lain - Lain	
99	TOTAL	

Sumber : PERMENKES No 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang SIRS. JUKNIS

Gambar 1.17 Formulir RL 5.2 Kunjungan Rawat Jalan

d. Formulir RL 5.4 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Jalan



Formulir RL 5.4

Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Jalan

Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Jalan
Kementerian Kesehatan RI

Kode RS

Nama RS

Bulan

Tahun

No. Urut	KODE ICD 10	DESKRIPSI	KASUS BARU MENURUT JENIS KELAMIN		Jumlah Kasus Baru (4+5)	Jumlah Kunjungan
			Laki-Laki	Perempuan		
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Sumber : PERMENKES No 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang SIRS. JUKNIS

Gambar 1.18 Formulir RL 5.4 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Jalan

2. Data Pelayanan Kesehatan Rawat Inap

Data pelayanan kesehatan rawat inap di rumah sakit atau di sarana pelayanan kesehatan lainnya yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan rawat inap, menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 tentang Rekam Medis Pasal (3) ayat 2 tentang isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat:

- a. identitas pasien; tanggal dan waktu;
- b. hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- c. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
- d. diagnosis;
- e. rencana penatalaksanaan;
- f. pengobatan dan/atau tindakan;
- g. persetujuan tindakan bila diperlukan;
- h. catatan observasi klinis dan hasil pengobatan.
- i. ringkasan pulang (discharge summary);

- j. nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
- k. pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu; dan
- l. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

Sedangkan untuk data laporan rawat inap, berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit, data pelayanan kesehatan rawat inap dilaporkan dalam bentuk formulir terdiri dari :

- a. Formulir RL 1.2 Indikator Pelayanan Rumah Sakit



Formulir RL 1.2 INDIKATOR PELAYANAN RUMAH SAKIT

*Ditjen Bina Upaya Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI*

Kode RS :
 Nama RS :
 Tahun :

RL 1.2 Indikator Pelayanan Rumah Sakit

Tahun	BOR	LOS	BTO	TOI	NDR	GDR	Rata-rata Kunjungan/Hari
1	2	3	4	5	6	7	8
Tahun I							
Tahun II							
Tahun III							

Sumber : PERMENKES No 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang SIRS. JUKNIS

Gambar 1.19 Formulir RL 1.2 Indikator Pelayanan Rumah Sakit

b. Formulir RL 1.3 Fasilitas Tempat Tidur



Formulir RL 1.3
FASILITAS TEMPAT TIDUR RAWAT INAP

Ditjen Bina Upaya Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI

Kode RS
Nama RS
Tahun

RL 1.3 Fasilitas Tempat Tidur Rawat Inap

NO	JENIS PELAYANAN	JUMLAH TT	PERINCIAN TEMPAT TIDUR PER-KELAS					Kelas Khusus
			VVIP	VIP	I	II	III	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Penyakit Dalam							
2	Kesehatan Anak							
3	Obstetri							
4	Genekologi							
5	Bedah							
6	Bedah Orthopedi							
7	Bedah Saraf							
8	Luka Bakar							
9	S a r a f							
10	J i w a							
11	Psikologi							
12	Penatalaksana Pnyguna. NAPZA							
13	T H T							
14	M a t a							
15	Kulit & Kelamin							
16	Kardiologi							
17	Paru-paru							
18	Geriatric							
19	Radioterapi							
20	Kedokteran Nuklir							
21	K u s t a							
22	Rehabilitasi Medik							
23	Isolasi							
24	I C U							
25	I C C U							
26	NICU / PICU							
27	Umum							
28	Gigi & Mulut							
29	Pelayanan Rawat Darurat							
77	SUB TOTAL							
88	Perinatologi/Bayi							
99	TOTAL							

Sumber : PERMENKES No 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang SIRS. JUKNIS

Gambar 1.20 Formulir RL 1.3 Fasilitas Tempat Tidur

c. Formulir RL 3.1 Kegiatan Pelayanan Rawat Inap



Formulir RL 4A
DATA KEADAAN MORBIDITAS PASIEN RAWAT INAP RUMAH SAKIT

Disusun Atas Upaya Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI

Kode RS
Nama RS
Tahun

No. Urut	No. DTD	No.Daftar terperinci	Golongan sebab penyakit	Jumlah Pasien Hidup dan Mati menurut Golongan Umur & Jenis Kelamin																		Pasien Keluar (Hidup & Mati) Menurut Jenis Kelamin		Jumlah Pasien Keluar Hidup (23+24)	Jumlah Pasien Keluar Mati
				0-6 hr		7-28hr		28hr-<1th		1-4th		5-14th		15-24th		25-44th		45-64th		> 65		LK	PR		
				L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1	001	A00	Kolera																						
2	002	A01	Demam tifoid dan paratifoid																						
3	003	A03	Sigelosis																						
4	004.0	A06.4	Abses hati amuba																						
5	004.9	A06.0 – 3.5-9	Amebiasis lainnya																						
6	005	A09	Diare & gastroenteritis oleh penyebab Infeksi tertentu (kolitis infeksi)																						
7	006	A02, A04-A05, A07-A08	Penyakit infeksi usus lainnya																						
8	007.0	A15.0	Tuberkulosis (TB) paru BTA (+) dengan/tanpa tindakan kuman TB																						
9	007.1	A15.1-A16.2	Tuberkulosis paru lainnya																						
10	007.9	A16.3-9	Tuberkulosis alat napas lainnya																						
496	292.9	Z20, Z22	Orang lain dengan risiko gangguan kesehatan Yang berkaitan dengan penyakit menular																						
497	293	Z30	Pengelolaan kontrasepsi																						
498	294.0	Z34	Pengawasan kehamilan normal																						
499	294.1	Z35	Pengawasan kehamilan dengan risiko tinggi																						
500	294.9	Z36	Seleksi antenatal																						
501	295	Z38	Bayi lahir hidup sesuai tempat lahir																						
502	296	Z39	Perawatan dan pemeriksaan pasca persalinan																						
503	297.0	Z46.0	Pemasangan dan penyesuaian kacamata dan Lensa kontak																						
504	297.1	Z41.2	Khitanan menurut agama dan adat kebiasaan																						
505	297.2	Z46.3	Pemasangan dan penyesuaian gigi palsu																						
506	297.3	Z50	Pelayanan yang melibatkan gangguan prosedur Rehabilitasi																						
507	297.9	Z40-Z41.0.1.3, Z46.1.2.4.9-Z49, Z51-Z54	Orang yang mengunjungi pelayanan kesehatan Untuk tindakan perawatan khusus lainnya																						
508	298	Z31-Z33, Z37, Z55-Z99	Penunjang sarana kesehatan untuk alasan Lainnya																						

Sumber : PERMENKES No 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang SIRS. JUKNIS

Gambar 1.21 Formulir RL 3.1 Kegiatan Pelayanan Rawat Inap

d. Formulir RL.3.1 Kegiatan Pelayanan Rawat Inap



Formulir RL 3.1
KEGIATAN PELAYANAN RAWAT INAP

Ditjen Bina Upaya Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI

Kode RS _____
 Nama RS _____
 Tahun _____

NO	JENIS PELAYANAN	PASIE AWAL TAHUN	PASIE MASUK	PASIE KELUAR HIDUP	PASIE KELUAR MATI		JUMLAH LAMA DIRAWAT	PASIE AKHIR TAHUN	JUMLAH HARI PERAWATAN	RINCIAN HARI PERAWATAN PER KELAS					
					< 48 jam	> 48 jam				VVIP	VIP	I	II	III	Kelas Khusus
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Penyakit Dalam														
2	Kesehatan Anak														
3	Obstetri														
4	Ginekologi														
5	Bedah														
6	Bedah Orthopedi														
7	Bedah Saraf														
8	Luka Bakar														
9	Saraf														
10	Jiwa														
11	Psikologi														
12	Penatalaksanaan Pnyguna. NAPZA														
13	TH T														
14	Mata														
15	Kulit & Kelamin														
16	Kardiologi														
17	Paru-paru														
18	Geriatric														
19	Radioterapi														
20	Kedokteran Nuklir														
21	Kusta														
22	Rehabilitasi Medik														
23	Isolasi														
24	ICU														
25	ICCU														
26	NICU / PICU														
27	Umum														
28	Gigi & Mulut														
29	Pelayanan Rawat Darurat														
77	SUB TOTAL														
88	Perinatologi														
99	TOTAL														

Sumber : PERMENKES No 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang SIRS. JUKNIS

Gambar 1.22 Formulir RL.3.1 Kegiatan Pelayanan Rawat Inap

e. Formulir RL. 5.3 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap



Formulir RL 5.3
Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap

Ditjen Bina Upaya Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI

Kode RS _____
 Nama RS _____
 Tahun _____

No. Urut	KODE ICD 10	DESKRIPSI	Pasien Keluar Hidup Menurut Jenis Kelamin		Pasien Keluar Mati Menurut Jenis Kelamin		Total (Hidup & Mati)
			LK	PR	LK	PR	
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Sumber : PERMENKES No 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang SIRS. JUKNIS

Gambar 1.23 Formulir RL. 5.3 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap

Saudara mahasiswa, contoh beberapa formulir di atas merupakan format pelaporan yang ada pada permenkes No. 1171/MENKES/PER/VI/2011 Tentang Juknis SIRS. Untuk melengkapi pengetahuan Mahasiswa silahkan dibaca peraturan tersebut.

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Jelaskan yang dimaksud dengan standard dan standarisasi!
- 2) Jelaskan tujuan standarisasi data pelayanan kesehatan!
- 3) Sebutkan jenis data berdasarkan aspek dan sumbernya!
- 4) Sebutkan peraturan pemerintah yang mengatur data kesehatan rumah sakit di Indonesia!
- 5) Sebutkan isi rekam medis rawat jalan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2018 tentang Rekam Medis!

Petunjuk Jawaban Latihan

Saudara mahasiswa, untuk memudahkan Anda mengerjakan silahkan Anda pelajari materi topik tentang standarisasi data pelayanan kesehatan yang sudah di bahas pada Topik 2.

- 1) Standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan termasuk tata cara dan metode.
Standarisasi adalah proses merumuskan, menetapkan, menerapkan dan merevisi standar, yang dilaksanakan secara tertib melalui kerjasama dengan semua pihak yang berkepentingan.
- 2) Tujuan standarisasi data pelayanan kesehatan adalah untuk merumuskan, menetapkan, menerapkan dan merevisi jenis data kesehatan, bentuk penyajian atau tampilan data kesehatan agar seragam
- 3) Data Aspek Sumber
 - a. Primer
 - b. Sekunder

Data Aspek Sifatnya

- a. Data Kualitatif (Kategori): data yang tidak berbentuk angka
- b. Data Kuantitatif (Numerik): data yang berbentuk angka

- 4) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1171/PERMENKES/PER/VI/2011
- 5) Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan berdasarkan PERMENKES RI No. 269/MENKES/PER/III/2018 tentang Rekam Medis 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 lain yang telah diberikan kepada pasien;
 - i. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik; dan
 - j. persetujuan tindakan bila diperlukan.

Ringkasan

1. Standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan termasuk tata cara dan metode yang disusun berdasarkan konsensus semua pihak yang terkait dengan memperhatikan syarat-syarat keselamatan, keamanan, kesehatan, lingkungan hidup, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta pengalaman, perkembangan masa kini dan masa yang akan datang untuk memperoleh manfaat yang sebesar-besarnya.
2. Data adalah bentuk jamak dari datum atau keterangan tentang suatu hal dari seorang atau kumpulan orang, dalam bentuk angka atau pernyataan. Kumpulan dari hasil pengukuran atau pengamatan. Misal, ketika membahas data seorang pasien, kita dapat membicarakan tentang usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, suku, diagnosis.
3. Data dalam pelayanan kesehatan disimpan dalam bentuk rekam kesehatan pasien, merupakan kumpulan dari berbagai elemen data dalam rekam kesehatan yang digunakan untuk membandingkan, mengkombinasikan, dan menyajikan kondisi pasien oleh dokter dan untuk pelayanan kesehatan.
4. Data kesehatan di rumah sakit dibagi menjadi kedalam dua bagian besar yaitu data pelayanan rawat jalan (*ambulatory*) dan data pelayanan rawat inap.

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) revisi 6 telah ditetapkan dan diatur dalam peraturan pemerintah, yaitu
 - A. PERMENKES 1171 tahun 2011
 - B. PERMENKES 377 tahun 2005
 - C. PERMENKES 269 tahun 2008
 - D. PERMENKES 749a tahun 1989
 - E. PERMENKES 30/MENKES/III/2004

- 2) Dalam SIRS Rev.6 Data Kunjungan dan 10 besar penyakit untuk kasus rawat inap adalah
 - A. RL 3.1
 - B. RL 3.2
 - C. RL 5.2
 - D. RL 5.3
 - E. RL 5.4

- 3) Dalam RL 5 SIRS Rev.6 Data 10 besar penyakit rawat jalan, dilaporkan dalam laporan
 - A. RL 3.1
 - B. RL 3.2
 - C. RL 5.2
 - D. RL 5.3
 - E. RL 5.4

- 4) Dalam RL 5 SIRS Rev.6 Data kunjungan rawat jalan, dilaporkan dalam laporan.....
 - A. RL 3.1
 - B. RL 3.2
 - C. RL 5.2
 - D. RL 5.3
 - E. RL 5.

- 5) Laporan SIRS Rev.6 Data Keadaan Morbiditas dan Mortalitas Pasien Rawat Inap Rumah Sakit, dilaporkan di RL
- A. RL 4a
 - B. RL 4b
 - C. RL 3.1
 - D. RL 3.2
 - E. RL 3.3

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) C
- 2) C
- 3) D
- 4) D
- 5) D

Tes 2

- 1) A
- 2) D.
- 3) E.
- 4) C.
- 5) A.

Glosarium

<i>Neolithicum</i>	: Berkenaan dengan zaman batu baru.
<i>Papyrus</i>	: Kertas berserat yang berasal dari tumbuhan.
<i>Thoth</i>	: Tabib, juga nama salah satu dewa yang diagungkan pada masa Mesir Kuno.
<i>Imhotep</i>	: Tabib pada masa Mesir Kuno yang dijuluki sebagai bapak pengobatan.
<i>Hieroglyph</i>	: Tulisan berbentuk simbol gambar pada masa Mesir Kuno.
<i>Manuskrip</i>	: Naskah tulisan tangan yang menjadi kajian filologi (ilmu tentang bahasa, kebudayaan, pranata, dan sejarah suatu bangsa sebagaimana terdapat dalam bahan-bahan tertulis).
<i>Kawi</i>	: Bahasa Jawa yang lazim digunakan dalam kesusastraan.
<i>Elektrokardiogram</i>	: Rekaman yang mencatat impuls elektrik yang dihasilkan oleh jantung pada setiap denyut.
<i>Radiologi</i>	: Ilmu pengobatan yang menggunakan sinar X atau sinar radioaktif untuk mengetahui penyakit.
<i>PHP</i>	: Bahasa pemrograman yang digunakan dalam web.
<i>HTTP</i>	: <i>Hypertext Transfer Protocol</i> , protokol yang digunakan untuk membawa permintaan dari peramban ke server web dan untuk mengangkut halaman dari server web kembali ke peramban yang meminta.
<i>ISO</i>	: <i>International Standard Organization</i> , organisasi internasional yang menetapkan standar mutu produk barang atau jasa.
<i>Morbiditas</i>	: Tingkat yang sakit dan yang sehat dalam suatu populasi penduduk.
<i>Odontogram</i>	: Kajian mengenai rekaman atau catatan hasil pemeriksaan kondisi gigi.

Daftar Pustaka

Hatta, R. Gemala (Edt.). 2016. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan (ed. 3). Jakarta: UI-Press.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1171 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/PERMENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.

Potter dan Perry. 2009. *Fundamental of Nursing 7th Edition*. Missouri: St. Louis.

Sabarguna, Boys. 2005. *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*. Bandung: Amanah.

Shortliffe, H. Edward. *Medikal informatics : computer applications in helath care*. Springer.

Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik.

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1171 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/PERMENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.

Bab 2

ISI & STRUKTUR REKAM MEDIS

Endang Triyanti, Amd.PK, SKM, MM.Kes

Pendahuluan

Salam hangat buat Mahasiswa yang dicintai dan dibanggakan, selamat bertemu dalam mata kuliah Manajemen Informasi Kesehatan III (Isi dan Struktur Rekam Medis) Bab 2 yang membahas tentang isi dan struktur rekam medis termasuk di dalamnya tentang isi rekam medis dan tipe format rekam medis. Bentuk rekam kesehatan dipengaruhi oleh isi dan struktur. Isi rekam kesehatan terkait dengan tujuan kegunaan informasi yang menyebabkan formulirnya didesain secara spesifik. Struktur rekam kesehatan terkait dengan bentuk (*setting*) sarana pelayanan kesehatan yang menggunakannya. Isi dan struktur rekam medis merupakan satu hal yang sangat penting dalam pelaksanaan rekam medis, dimana isi dan struktur seperti tercantum dalam PERMENKES No. 269/PERMENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis, memuat tentang data administratif dan data klinis.

Dalam perkembangannya rekam kesehatan/medis terbagi dalam dua jenis praktik. Pada praktik rekaman tradisional, bentuk rekaman dilaksanakan melalui media 'kertas' sedangkan pada praktik modern (Abad ke-21) orientasi pengelolaan berbasis pada informasi yang dilakukan melalui komputer dan disebut Manajemen Informasi Kesehatan (MIK). Praktik manajemen rekam kesehatan secara tradisional, pengumpulan data dilakukan melalui format kertas serta disimpan dalam map (folder). Sementara, praktik profesi di era modern mengumpulkan, menyimpan dan menganalisis data/informasi melalui sistem rekam kesehatan elektronik (RKE) yang interaktif.

Dalam 'rekaman kertas' ataupun 'komputerisasi', isi rekam kesehatan/medis dibagi dalam data administratif dan data klinis, sedangkan isi (data/informasi) rekam kesehatan dipengaruhi oleh bentuk pelayanan kesehatan (pelayanan rumah sakit atau pusat kesehatan masyarakat) bentuk klasifikasi jenis pelayanan (umum atau khusus); serta bentuk status kepemilikan sarana pelayanan kesehatan (swasta atau pemerintah pusat/daerah).

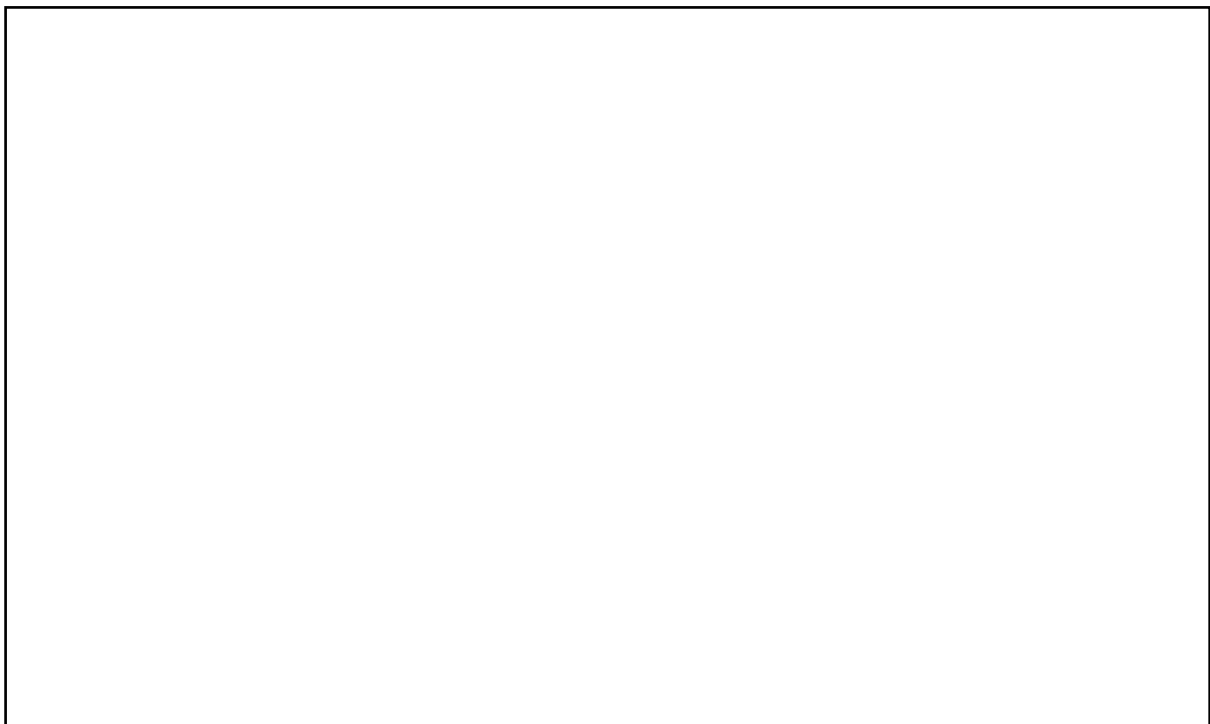
Pada bagian ini dibahas tentang standar isi dan struktur rekam medis di pelayanan kesehatan serta contoh-contoh format yang memuat tentang isi dan struktur rekam medis. Silahkan Saudara/Saudari dapat melihat formulir-formulir yang Bapak Ibu ketahui yang ada pada sarana pelayanan kesehatan.

Topik 1

Isi Rekam Medis

Mahasiswa sekalian, sebelum kita melakukan desain formulir kita harus memahami terlebih dahulu tentang isi rekam medis. Mahasiswa mari kita lihat lagi Isi formulir rekam medis yang pernah anda lihat pada sarana pelayanan kesehatan.

Data apa saja yang ada pada formulir yang pernah anda lihat ? coba sebutkan dan jelaskan Isi dari formulir tersebut !



Pada Bab ini akan dijelaskan lebih lanjut tentang Isi rekam medis. Isi rekam medis dibagi menjadi data administratif dan data klinis. Keseluruhan isi ini masih dipengaruhi pula oleh bentuk pelayanan kesehatan yang terdiri dari *Ambulatory care, Hospital Acute Care, Long Term Care*.

A. DATA ADMINISTRATIF

Data administratif meliputi data demografi, keuangan (financial) dan data/informasi lain yang berhubungan dengan pasien, misalnya tentang pernyataan pasien untuk menerima atau menolak suatu rencana medis, pernyataan pasien tentang pemberian hak kuasa (otorisasi),

dan juga pernyataan tentang kerahasiaan (konfidensialitas) informasi medis pasien. Lembar data administratif ini biasanya ditempatkan sebagai lembar awal dalam berkas rekam medis pasien. Data administratif setidaknya mencakup beberapa hal, diantaranya :

1. nama lengkap (nama sendiri dan nama keluarga yaitu nama ayah/suami/ marga/she). Aturan penulisan nama lengkap ini disusun tersendiri dan menjadi acuan dalam penulisan nama lengkap pasien dalam lembar-lembar rekam medis;
2. nomor rekam medis dan nomor identitas lainnya (misalnya nomor asuransi);
3. alamat lengkap (nama jalan/gang/blok, nomor rumah, wilayah, kota, dan kode pos);
4. tanggal lahir (tanggal, bulan, tahun) dan kota tempat kelahiran;
5. jenis kelamin (perempuan atau laki-laki);
6. status pernikahan (belum menikah, menikah, janda, duda);
7. nama dan alamat keluarga terdekat yang sewaktu-waktu dapat dihubungi
8. tanggal dan waktu saat terdaftar di tempat penerimaan pasien rawat inap/ rawat jalan/gawat darurat;
9. nama dan identitas lain dari sarana pelayanan kesehatan, misalnya rumah sakit (umumnya tercantum pada bagian atas formulir).

Data demografi ini selain sebagai sumber informasi untuk menghubungi dan mengenali pasien, dapat juga digunakan sebagai basis data untuk kebutuhan statistik, riset dan perencanaan manajemen. Selain data demografi, data administratif lainnya adalah data keuangan (*financial*). Data finansial umumnya berisi data nomor asuransi yang digunakan untuk pertanggungjawaban pembiayaan pasien. Mengenai lembar-lembar formulir yang berisi pernyataan pasien tentang pemberian izin terhadap rencana tindakan medis, rencana penempatan dalam suatu kelas ruang perawatan dan izin penggunaan informasi dalam rekam medisnya untuk berbagai keperluan, biasanya formulir ini sudah disediakan oleh sarana pelayanan kesehatan dan tinggal diisi dan ditandatangani oleh pasien atau walinya. Aturan mengenai pengisian dan penandatanganan formulir-formulir pernyataan ini mengikuti peraturan perundang-undangan yang telah ditetapkan oleh pemerintah. Umumnya data administratif adalah data yang dapat dihubungkan dengan pasien dan digunakan bagi kepentingan administratif, regulasi, pelaksanaan pelayanan kesehatan dan pembayaran.

Jadi, data administratif tercatat dan terbagi dalam lembar-lembar formulir rekam medis, antara lain contohnya di bawah ini:

- a. lembaran pengesahan untuk melepaskan informasi

Berikut ini adalah contoh formulir pelepasan informasi yang disajikan pada **Gambar 2.1**.

PEMBERIAN INFORMASI MEDIK	Nama : _____ L/P		No. Reg.																
	Umur: _____	Dokter: _____	Ruang/Kelas: _____ No. RM																
PEMBERIAN INFORMASI MEDIK																			
Pemberi informasi : Penerima Informasi : DPJP :																			
No.	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	Beri tanda (✓) dan paraf																
1	Diagnosa (WD & DD)		☐																
2	Dasar Diagnosis		☐																
3	Tindakan Kedokteran		☐																
4	Indikasi Tindakan		☐																
5	Tata Cara		☐																
6	Tujuan		☐																
7	Risiko		☐																
8	Komplikasi		☐																
9	Prognosis		☐																
10	Kewajiban Pasien Terhadap Rumahsakit		☐																
Pemberi Informasi : Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jujur serta memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi.			Tandatangan,																
Penerima Informasi : Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya dan telah memahaminya			Tandatangan,																
Tasikmalaya, jam, tanggal <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">Yang memberikan informasi</td> <td style="width: 25%;">Yang menerima informasi</td> <td style="width: 25%;">Hubungan dengan pasien</td> <td style="width: 25%;">Tandatangan</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>1.</td> <td>1.</td> <td>1.</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>2.</td> <td>2.</td> <td>2.</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>3.</td> <td>3.</td> <td>3.</td> </tr> </table>				Yang memberikan informasi	Yang menerima informasi	Hubungan dengan pasien	Tandatangan	1.	1.	1.	1.	2.	2.	2.	2.	3.	3.	3.	3.
Yang memberikan informasi	Yang menerima informasi	Hubungan dengan pasien	Tandatangan																
1.	1.	1.	1.																
2.	2.	2.	2.																
3.	3.	3.	3.																

Sumber: Formulir Laboratorium Rekam Medis, Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Gambar 2.1 Contoh formulir pelepasan informasi

Berdasarkan formulir pelepasan informasi di atas, coba jelaskan menurut anda mengapa formulir tersebut mengandung data administrasi.....

2. lembar sertifikat kelahiran atau kematian;

Berikut ini adalah contoh formulir sertifikat kematian yang disajikan pada **Gambar 2.2**.

INTERNATIONAL FORM OF MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

Cause of death		Approximate interval between onset and death
I Disease or condition directly leading to death*	(a) due to (or as a consequence of)	
Antecedent causes Morbidity or condition, if any, giving rise to above cause, stating the underlying condition last	(b) due to (or as a consequence of)	
	(c) due to (or as a consequence of)	
	(d)	
II Other significant conditions contributing to the death, but not related to the diseases or condition causing it.		
		
* This does not mean the mode of dying, e.g. heart failure, respiratory failure. It means the disease, injury, or complication that caused death.		

Sumber : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Volume 2

Gambar 2.2 Formulir sertifikat kematian rekomendasi
World Health Organization (WHO)

3. lembar korespondensi yang berkaitan dengan permintaan informasi dari rekam medis;
Berikut ini adalah contoh formulir lembar korespondensi yang disajikan pada **Gambar**

2.3.

PENEMPELAN KORESPONDENSI	Nama :		L/P	No. Reg.
	Umur:	Dokter:	Ruang/Kelas:	No. RM
				10
				9
				8
				7
				6
				5
				4
				3
				2
				1
Tempel Lembar Pertama mulai di sini				

Sumber: Formulir Laboratorium Rekam Medis, Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Gambar 2.3 Contoh formulir penempelan korespondensi

4. lembar tanda identitas pasien (nomor rekam medis, tanda biometrik, dan sebagainya);
Berikut ini adalah contoh tanda identitas pasien berupa nomor rekam medis dan nama pasien pada sampul dokumen rekam medis yang disajikan pada **Gambar 2.4**.

The image shows a sample medical record cover form. At the top left is a red cross icon. The title 'REKAM MEDIS' is in a black box. Below it, there are fields for 'No. Rekam Medis' (a 6-digit box), 'Nama Pasien' (a dotted line), 'Tahun Kunjungan Terakhir' (a 4-digit box), and 'Alergi' (two dotted lines). At the bottom is a black box with the word 'RAHASIA'. On the right side, there are two boxes labeled 'Tempel gambar sesuai kode warna'.

Sumber: Formulir Laboratorium Rekam Medis, Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Gambar 2.4

Contoh lembar tanda identitas pasien yang tertera pada sampul rekam medis.

5. lembar protokol klinis (*clinical protocols*), jalur klinis (*clinical pathways*), pedoman praktik dan pengetahuan lain (*clinical practice guidelines*) yang tidak melekat secara langsung dengan data pasien.

Berikut ini adalah contoh lembar jalur klinis (*clinical pathway*) yang disajikan pada Gambar 2.5.

CLINICAL PATHWAYS DAN SISTEM DRGs CASEMIX									
SMF KEBIDANAN & KANDUNGAN									
RSUD JENDRAL AHMAD YANI METRO									
KISTA BARTHOLIN									
2014									
Nama Pasien	Umur	Berat Badan	Tinggi Badan	Nomor Rekam Medis					
Diagnosis Awal : ...	Kode ICD 10 :	Rencana Rawat :	hari	Biaya (Rp)					
Ruang Rawat :	Kelas :	Tariff/hari (Rp)	Tgl. Masuk	Tgl. Keluar	Lama Rawat	hari			
Aktivitas	Hari Rawat	1	2	3	4	5	6		
Diagnosis Utama	Hari Sakit								
Penyerta									
Komplikasi									
ICU		□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)		
Assesmen Klinis	Visite	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)		
	Konsultasi	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)		
	Anestesi	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)		
	P. Dalam	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)		
	Lain-lain.....	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)		
Pemeriksaan Penunjang									
• Darah lengkap, Urin lengkap, GDS		□(+) □(-)							
• Masa pembekuan/perdarahan		□(+) □(-)							
• Gol. Darah		□(+) □(-)							
• Lain-lain.....		□(+) □(-)							
•									
Tindakan	Oksigen.....l/m	□(+) □(-)							
	IVFD.....cc/hr	□(+) □(-)							
	Pem. ginekologi	□(+) □(-)							
	Vaginal toilet	□(+) □(-)							
	Drainase	□(+) □(-)							
	Eksisi	□(+) □(-)							
	Insisi	□(+) □(-)							
	Marsupialisasi	□(+) □(-)							
	Bartolonektomi	□(+) □(-)							
	Lain-lain.....								
Obat	Ketoprofen supp	□(+) □(-)	□(+) □(-)						
	Metronidazol 3x500mg	□(+) □(-)	□(+) □(-)						
	Ciprofloxacin 2x500mg	□(+) □(-)	□(+) □(-)						
	Doksisiklin 2x100mg	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)		
	Asam mefenamat 3x500mg	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)		
	Na diklofenak 2x25mg	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)		
	Lain-lain.....								
Nutrisi	TKTP	TKTP	TKTP	TKTP	TKTP	TKTP	TKTP		
Mobilisasi	Bedrest, duduk	Jalan	Jalan	Jalan	Jalan	Jalan	Jalan		
Hasil (Outcome)	Kesadaran	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)		
	Perdarahan	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)		
	Syok	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)	□(+) □(-)		
	Lain-lain								
Pendidikan, rencana pemulangan & rujuk	Penjelasan perjalanan penyakit dan informed consent						Kontrol poliklinik		
Varians									
Jumlah Biaya									
Nama Perawat:	Diagnosis		Kode ICD 10	Jenis Tindakan		Kode ICD 9 CM			
	Utama	Karsinoma Serviks		Visite & Konsultasi		89.0 dan 89.7			
Nama & Kode Dokter	Penyerta			IVFD.....cc/hr		99.2			
Verifikasi Keuangan:	Komplikasi			Pem. ginekologi					
				Vaginal toilet					
				Drainase					
				Eksisi					
				Insisi					
				Marsupialisasi					
				Bartolonektomi					
				Lain-lain.....					

Sumber: <https://es.scribd.com/mobile/doc/240142609/clinical-pathway-shendy-kista-bartolini>

Gambar 2.5 Contoh formulir *clinical pathway*

B. DATA KLINIS

Data klinis dapat diartikan sebagai data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan, pengobatan, perawatan, dan tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan penunjang medis terhadap pasien. Dari runtutan "cerita" dalam lembar-lembar yang berisi data klinis inilah dapat diambil informasi untuk berbagai kebutuhan, terutama yang berkaitan langsung dengan pelayanan terhadap pasien. Data klinis didapatkan dan segera dicatat sejak dari melihat pasien (inspeksi), mewawancarai pasien (auto anamnesa) atau wakil/ pendampingnya (allo anamnesa), pemeriksaan fisik (secara meraba/palpasi, mengetuk/perkusi, mendengarkan/auskultasi), dan berbagai pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi, gizi, konsultasi spesialis bagian lain, dan sebagainya). Masing-masing data tersebut di atas dicatat dalam lembar-lembar formulir yang telah tersedia. Jadi data klinis umumnya terdapat dalam lembar formulir berikut ini.

1. Formulir anamnesis, berisi:
 - a. riwayat penyakit/operasi/trauma yang pernah diderita;
 - b. riwayat dan kondisi penyakit yang sedang dikeluhkan saat ini;
 - c. riwayat penyakit serupa atau yang terkait dalam keluarga.

Berikut ini adalah contoh formulir anamnesis yang disajikan pada **Gambar 2.6.** dan **Gambar 2.7.**

ANAMNESA	Nama :	L/P	No. Reg.								
	Umur:	Dokter:	Ruang/Kelas:	No. RM							
Tanggal : Dari : Os sendiri/Ayah/ Ibu/Orang lain			Pemeriksa Dokter :								
KELUHAN UTAMA :											
RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG :											
RIWAYAT PENYAKIT DAHULU :											
RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA; KEBIASAAN; KEADAAN SOSIAL											

Sumber: Formulir Laboratorium Rekam Medis, Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Gambar 2.6 Contoh formulir anamnesa pasien

2. Formulir pemeriksaan

Formulir pemeriksaan fisik berisi:

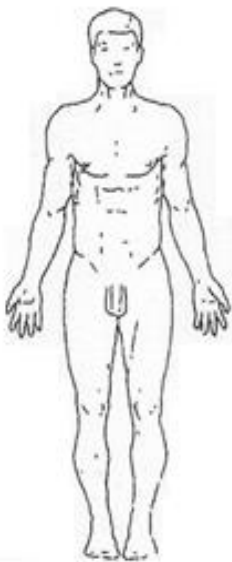
- a. keadaan umum;
- b. tanda vital: tekanan darah, suhu, pernafasan;
- c. pemeriksaan terhadap organ/sistem yang terkait langsung atau secara tidak langsung dengan kondisi saat ini. Pemeriksaan ini bisa meliputi dari kepala, leher, dada, perut, anggota gerak atas/bawah, sistem rangka dan otot (*musculoskeletal*), sistem jantung & aliran darah (*cardiovaskular*), sistem pernafasan (*respirasi*), sistem pencernaan (*digestif*), sistem perkemihan (*urinaria*), sistem kelamin (*reproduksi*), sistem saraf (*nervous*), sistem kelenjar (*endokrin*).
- d. formulir konsultasi (terhadap tenaga kesehatan sebidang yang dianggap lebih mampu atau terhadap spesialis bidang lain yang dianggap terkait);
- e. formulir pemeriksaan laboratorium;
- f. formulir pemeriksaan radiologi;
- g. formulir pemeriksaan/tindakan penunjang lainnya (misalnya fisioterapi, terapi wicara, terapi okupasi, kejiwaan/ psikiatri, dan sebagainya);
- h. formulir laporan hasil suatu tindakan (misalnya laporan operasi, laporan persalinan, laporan kematian, laporan pemasangan/pelepasan alat bantu, dan sebagainya);
- i. formulir perintah atau rencana tindakan dokter;
- j. formulir catatan perkembangan kondisi pasien (*progress notes*);
- k. formulir ringkasan masuk dan keluar;
- l. formulir resume medis; dan sebagainya.

Berikut ini adalah contoh formulir pemeriksaan fisik yang disajikan pada **Gambar 2.8**.

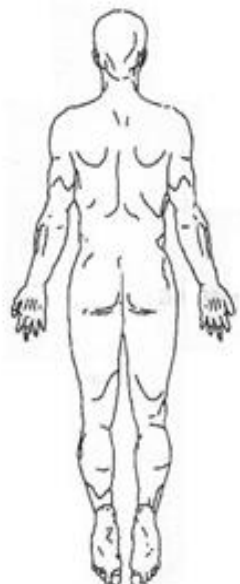
ANAMNESA/PEMERIKSAAN FISIK	Nama : _____		L/P	No. Reg.
	Umur: _____	Dokter: _____	Ruang/Kelas: _____	No. RM

STATUS LOKALIS :

DEPAN



BELAKANG



SAMPING KANAN



SAMPING KIRI



Sumber: Formulir Laboratorium Rekam Medis, Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Gambar 2.8 Contoh fomulir pemeriksaan fisik

Silahkan tuliskan formulir lain yang berisi data klinis yang ada pada sarana pelayanan kesehatan yang anda ketahui !



C. BENTUK PELAYANAN KESEHATAN

Bentuk pelayanan kesehatan terdiri dari *ambulatory care*, *hospital acute care*, dan *long term care*. Berikut di bawah ini uraian dari masing-masing bentuk pelayanan kesehatan.

1. **Ambulatory Care**

Perawatan rawat jalan (*ambulatory care*) adalah salah satu bentuk dari pelayanan kedokteran. Secara sederhana yang dimaksud dengan pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak dalam bentuk rawat inap (*hospitalization*) (Feste, 1989). Dalam pengertian pelayanan rawat jalan ini tidak hanya diselenggarakan oleh sarana pelayanan kesehatan yang telah lazim dikenal seperti Rumah Sakit atau Klinik, tetapi juga diselenggarakan di rumah pasien (*home care*) serta di rumah perawatan (*nursing homes*).

Berikut ini adalah contoh formulir yang digunakan pada pelayanan *ambulatory care* disajikan pada **Gambar 2.9**.

AMBULATORY CARE REPORT

INCIDENT INFORMATION

Venue: _____ Post No: _____ Location: _____

Venue Address: _____ Event Type: _____

Date of Call: _____ Time of Call: _____ Time at Patient: _____

Responder / Practitioner Attend: _____

Responder / Practitioner Support: _____

PATIENT INFORMATION

Surname: _____ Name: _____

Permanent Address: _____ Date of Birth: _____

Age: _____ Gender: _____

CLINICAL INFORMATION

Primary Complaint: _____

Time of Onset: _____ Date of Onset: _____

CLINICAL IMPRESSION

GENERAL

CLINICAL INFORMATION

MEDICATION TREATMENT

VITAL OBSERVATION

DECLINED TREATMENT

Sumber : <http://www.phecit.ie/images/PHECC/Publications%20and%20Media/Newsletter/2012/Autumn%202012/Ambulatory%201.png>

Gambar 2.9 Contoh formulir pada pelayanan ambulatory care

Bentuk pelayanan rawat jalan (*ambulatory care*) terdiri atas empat macam yaitu *hospital based ambulatory*, *satellite ambulatory care*, *free standing ambulatory* dan *on-site ambulatory care*. Berikut di bawah ini uraian dari masing-masing bentuk pelayanan rawat jalan atau *ambulatory care*.

2. Hospital Based Ambulatory

Bentuk pertama dari pelayanan rawat jalan (*ambulatory care*) adalah *hospital based ambulatory* atau pelayanan rawat jalan yang diselenggarakan oleh Rumah Sakit. Pada saat ini berbagai jenis pelayanan rawat jalan banyak diselenggarakan oleh Rumah Sakit, yang secara umum dapat dibedakan atas empat macam:

- Ancillary services* atau pelayanan rujukan yakni melayani pasien-pasien yang dirujuk oleh sarana kesehatan lain dari klinik atau dokter praktik untuk pemeriksaan laboratorium, rontgen dan pelayanan pemeriksaan penunjang diagnostik lainnya. Biasanya untuk diagnosis atau terapi. Setelah hasil pemeriksaannya keluar, kemudian

pasien kembali ke dokter atau sarana pelayanan kesehatan yang merujuk untuk mendapat perawatan selanjutnya.

- b. *Organized Outpatient Dept./Primary Care Centre* atau pelayanan rawat jalan paripurna yakni untuk memberikan pelayanan kesehatan paripurna sesuai dengan kebutuhan seperti pelayanan dasar klinik umum dan spesialis. Pasien yang mendaftar mungkin merupakan pasien rujukan dari dokter luar rumah sakit, kemudian pasien kembali membawa hasil pemeriksaan ke dokter yang merujuk.
- c. *Emergency Dept* atau pelayanan gawat darurat yakni untuk menangani pasien yang membutuhkan pertolongan segera dan mendadak. Umumnya semua rumah sakit yang besar mempunyai UGD. Prosedur sederhana dapat dilakukan di unit gawat darurat seperti pemeriksaan laboratorium, atau *radiography*.
- d. *Ambulatory Surgery Facilities* atau pelayanan bedah jalan yakni pelayanan bedah yang bukan merupakan rawat inap. Pelayanan bedah ini dilakukan terhadap pasien pada hari itu dan setelah pasien mendapatkan pelayanan bedah, pasien dipulangkan pada hari yang sama. Lokasi pelayanannya sendiri mungkin dilakukan di rumah sakit disebut sebagai *hospital based facility* atau satelit dari rumah sakit yang secara fisik terpisah dari rumah sakit yang disebut *free standing facility*. *Free standing Ambulatory Surgery Centers* (ASC) umumnya ditujukan untuk mencari keuntungan (*profit*) yang kepemilikannya oleh dokter secara pribadi atau milik investor.

3. **Satellite Ambulatory Care**

Satellite ambulatory care adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien yang tidak dirawat sebagai pasien rawat inap di luar rumah sakit, dalam artian fasilitas ini secara fisik terpisah dari rumah sakit. Pelayanan yang ada di dalamnya meliputi pelayanan primer, pelayanan komprehensif, atau pelayanan untuk populasi khusus atau kebutuhan khusus (misalnya keluarga berencana, kedokteran olahraga, kesehatan ibu dan anak, pelayanan preventif, dan sebagainya). Fungsi dan tujuan dari pelayanan ini yaitu untuk memberikan pelayanan rawat jalan di luar rumah sakit kepada masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan sehingga tercapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi – tingginya.

Kebutuhan Rekam Medis dalam *satellite ambulatory care* ini sama saja dengan unit rawat jalan yang lainnya. Yang perlu diperhatikan dalam *satellite ambulatory care* adalah arus informasi dengan rumah sakitnya agar dapat tercipta suatu sistem untuk menjamin pengindeksan encounter rawat jalan dan rawat inap pasien, dengan catatan encounter ini harus mudah diakses. Beberapa fasilitas pelayanan kesehatan mengirimkan catatan medis ke *satellite ambulatory care* melalui faksimili.

Isi dalam berkas rekam medis *satellite ambulatory care* antara lain :

- a. Identitas sosial pasien
- b. Tanggal dan waktu
- c. Anamnesis
- d. Pemeriksaan fisik
- e. Diagnosis
- f. Rencana penatalaksanaan
- g. Tindakan atau pengobatan
- h. Pelayanan lain yang diberikan kepada pasien

Untuk pasien kasus gigi di lengkapi dengan odontogram klinik dan persetujuan tindakan bila di perlukan.

4. *Free Standing Ambulatory*

Terdapat berbagai jenis fasilitas *free standing ambulatory* atau pelayanan rawat jalan yang berdiri sendiri. Salah satunya adalah praktik dokter, praktik dokter memberikan persentase terbesar dalam pelayanan rawat jalan yang berdiri sendiri. Praktik dokter bisa berupa praktik solo (dalam praktik dokter, hanya ada satu dokter/sendiri), praktik grup swasta, atau berupa "*health maintenance organization*". Departemen-departemen kesehatan masyarakat sering menyediakan fasilitas rawat jalan melalui pusat-pusat kesehatan lingkungan. Sekarang semakin banyak fasilitas rawat jalan berdiri sendiri yang muncul untuk mencari keuntungan dan dijalankan oleh perusahaan milik pemegang saham.

Jenis-jenis fasilitas rawat jalan berdiri sendiri yaitu sebagai berikut.

a. *Group Practice (Praktik Grup)*

American Hospital Association (AHA) mendefinisikan praktik bersama "*group practice*" sebagai "praktik gabungan tiga atau lebih dokter dan atau dokter gigi yang secara bersama menggunakan ruangan kantor, perlengkapan, catatan medis, pegawai, biaya, dan pendapatan". Suatu praktik bersama bisa khusus untuk satu jenis spesialisasi dan memberikan pelayanan yang komprehensif.

b. *Health Maintenance Organization (HMO)*

Health Maintenance Organization (HMO) merupakan organisasi pemeliharaan kesehatan yang muncul sebagai usaha untuk mengontrol biaya pemeliharaan kesehatan. Tahun 1973 Undang-undang Federal menyediakan sokongan dana untuk HMO yang memenuhi persyaratan federal, sehingga menyebabkan HMO berkembang dengan pesat.

American Hospital Association (AHA) mendefinisikan, HMO adalah suatu organisasi yang memiliki tanggung jawab manajemen untuk penyediaan pelayanan kesehatan

komprehensif berdasarkan pembayaran di muka untuk anggotanya yang terdaftar secara sukarela di dalam suatu populasi tertentu.

Pembayaran pada penyedia pelayanan kesehatan ini, jumlahnya tetap (*fixed*) dibayar oleh anggota untuk ketersediaan semua pelayanan yang termasuk di dalam rancangan (*plan*). Rancangan HMO mencakup perlindungan (*coverage*) terhadap pelayanan rawat inap, pelayanan emergensi, dan rawat jalan (salah satunya pada rawat jalan yang berdiri sendiri). Sebagai tambahan, terdapat ketentuan mengenai pemeriksaan medis yang teratur, imunisasi, dan tindakan pencegahan lain yang ditunjukkan untuk mempertahankan kesehatan yang baik. Selain itu, kaca mata, alat bantu pendengaran, dan alat-alat prostetik juga di masukkan dalam rancangan HMO ini.

Terdapat empat jenis HMO dengan cara pemeliharaan informasi yang berbeda:

1) HMO model staf

Pada HMO model staf, dokter hanya bekerja untuk HMO di dalam fasilitasnya, maksudnya dokter dipekerjakan dan dibayar oleh HMO dan dianggap karyawan. Karena model ini merupakan fasilitas terpisah yang jelas, mereka sering memiliki bagian rekam medis untuk HMO.

2) HMO model kelompok atau tertutup

HMO model kelompok membuat kontrak dengan dokter yang tetap bekerja di tempat praktiknya sendiri, tetapi ia hanya melayani anggota HMO. Dokter ini mengelola sendiri catatan medisnya, harus memasukkan data praktik ke HMO sehingga HMO bisa memantau utilisasi (penggunaan sumber-sumber), mutu, dan biaya.

3) Perkumpulan praktik independen (*Independent Practice Associations*)

Perkumpulan praktik independen ini mirip dengan HMO model kelompok, karena dokternya berpraktik di tempat praktiknya sendiri, memelihara dan mengelola catatan medisnya sendiri sambil memberikan data praktik kepada HMO untuk pemantauan. Namun perbedaannya dengan HMO kelompok, dokter pada perkumpulan praktik independen tidak hanya melayani dan mengobati pasien-pasien HMO saja, sebagai tambahannya juga melayani pasien-pasien dari jenis asuransi lain.

4) *Network model* (Model Jaringan)

Model model jaringan ini mirip dengan model kelompok, kecuali bahwa HMO mengkontrak untuk layanan dengan dua atau lebih kelompok dokter bukan hanya satu. HMO mengatur untuk menyediakan layanan kesehatan bagi anggotanya dan mengelola pembayaran yang diproses untuk semua layanan yang disediakan. Banyak HMO memiliki dasar pembayaran tingkat anggota per bulan (PMPM), yang merupakan mekanisme kapitasi untuk membayar tingkat yang ditetapkan bagi setiap anggota untuk jangka waktu tertentu, biasanya satu bulan. Dan menyediakan semua perawatan yang diperlukan untuk para anggota dalam pembayaran ditetapkan.

5. ***Preferred Provide Organization (PPO)***

PPO dibentuk oleh suatu panel yang terdiri dari penyedia pelayanan kesehatan (provider) atau asuransi. PPO juga merupakan respons terhadap peningkatan biaya kesehatan. PPO mirip dengan HMO karena suatu paket benefit ditawarkan kepada pelanggan. Paket benefit yang ditawarkan bisa mencakup pelayanan dokter maupun pelayanan di rumah sakit dan pelayanan lainnya. Panel PPO mengontrak provider untuk menawarkan pelayanan kesehatan bagi langganan PPO dengan biaya yang ditentukan berdasarkan tawar-menawar, biasanya dengan potongan harga. Pelanggan bebas menggunakan jasa provider yang tidak berafiliasi dengan PPO, namun ia akan mendapatkan insentif dana kalau menggunakan provider yang dikontrak.

Berbeda dengan HMO, PPO menggunakan sistem pembayaran untuk setiap pelayanan, sehingga terdapat potensial peningkatan biaya walau pun dengan biaya perindividu lebih rendah. Oleh karena itu, review terhadap utilisasi pada pelayanan rawaanaat jalan dan rawat inap perlu dilakukan untuk menekan atau mempertahankan biaya. Tidak terdapat lokasi terpusat untuk menyimpan catatan medis atau mengkoordinasikan pelayanan. Setiap provider memiliki catatan medis terpisah untuk setiap pelayanan pasien yang dilakukan. PPO mendapatkan informasi mengenai pelayanan dan tagihan provider melalui klaim yang diajukan, dan pada beberapa kasus, melalui ringkasan yang dibuat provider.

6. ***Neighborhood Health Centers***

Neighborhood health centers disebut juga *community health centers*, pusat kesehatan rukun tetangga ini secara spesifik dirancang untuk membawa pelayanan kesehatan bagi orang-orang yang kesulitan ekonomi. Penyedia pelayanan kesehatan ini sering dilaksanakan oleh departemen kesehatan masyarakat lokal. Orang-orang yang tinggal di area miskin sering tidak mencari pelayanan kesehatan yang diperlukan baik karena keuangan yang tidak mampu, tidak tersedianya dokter pelayanan primer, atau masalah akses yang lain (seperti hambatan bahasa dan budaya). Pusat-pusat kesehatan ini berusaha untuk mempekerjakan penduduk setempat untuk menghilangkan hambatan akses dan untuk membuat biaya tetap rendah. Pengobatan di pusat kesehatan ini umumnya terpusat pada keluarga. Secara tidak langsung, penyakit bisa timbul dari kondisi kehidupan yang sempit, fasilitas yang tidak bersih, dan faktor-faktor sosial dan ekonomi lainnya. Tim pelayanan keluarga digunakan oleh pusat kesehatan untuk menyediakan kesinambungan pelayanan bagi keluarga-keluarga yang melakukan pengobatan di pusat kesehatan ini. Pada sistem ini, tim pelayanan kesehatan biasanya terdiri dari seorang ahli penyakit dalam, ahli kesehatan anak, perawat, dan pekerja sosial. Penekanan berkesinambungan terutama pada prosedur dan pendidikan pencegahan penyakit. Pasien harus menyadari hubungan antara penyakit dengan kondisi kehidupan.

7. *Urgent or Convenience Care Centers*

Urgent or Convenience Care Centers (pusat pelayanan mendesak) merupakan pusat pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau. Perawatan Urgent adalah pemberian perawatan rawat jalan di fasilitas yang didedikasikan untuk pengiriman perawatan medis di luar sebuah rumah sakit gawat darurat, biasanya pada terjadwal, *walk-in* basis. Pusat perawatan mendesak terutama digunakan untuk mengobati pasien yang memiliki luka atau penyakit yang membutuhkan perawatan segera namun tidak cukup serius untuk menjamin kunjungan ke ruang darurat, yaitu menawarkan pelayanan untuk masalah darurat minor seperti, terkilir, sakit tenggorokan, dan lain-lain.

Pusat perawatan mendesak sering tidak terbuka secara terus menerus, tidak seperti ruang gawat darurat rumah sakit yang akan terbuka setiap saat. Pusat pelayanan kesehatan ini buka 12-16 jam sehari, tujuh hari seminggu. Hampir semua pusat pelayanan kesehatan ini merupakan perusahaan yang mencari keuntungan. Berbeda dengan HMO dan PPO, pusat pelayanan kesehatan yang mendesak tidak memiliki komponen asuransi. Pembayaran atas pelayanannya secara tegas adalah berdasarkan "*fee-for-service*". Beberapa diantaranya akan menagih perusahaan asuransi pasien kalau rancangan asuransinya mencakup pelayanan rawat jalan. Akan tetapi banyak pusat pelayanan kesehatan yang menghendaki pembayaran langsung, sedangkan pasien harus menagih sendiri ke asuransinya, setelah pelayanan diberikan.

Pusat-pusat layanan awal mendesak dibuka pada 1970-an. Sejak itu sektor ini dari industri perawatan kesehatan telah dengan cepat berkembang ke sekitar 10.000 pusat. Banyak dari pusat-pusat telah dimulai oleh ruang gawat darurat dokter yang telah merespon kebutuhan masyarakat untuk akses mudah untuk perawatan medis terjadwal. Sebagian besar pusat-pusat pertumbuhan ini telah dipicu oleh penghematan yang signifikan bahwa pusat-pusat perawatan mendesak menyediakan lebih dari perawatan di gawat darurat rumah sakit. Banyak *managed care* organisasi (MCOs) sekarang mendorong pelanggan mereka untuk memanfaatkan opsi perawatan mendesak.

Standar catatan medis pada fasilitas rawat jalan berdiri sendiri terdapat di dalam *Accreditation Manual for Ambulatory Health Care* dari JCHO, dan di dalam *Accreditation Handbook for Ambulatory Health Care* dari AAAHC. Kedua kelompok ini mengakreditasi fasilitas pelayanan rawat jalan berdiri sendiri seperti, praktik dokter, praktik grup swasta, HMO, *Urgent Care Centers*, *ambulatory urgery Centers*, dsb.

Isi catatan medis rawat jalan berdiri sendiri memastikan tersedianya asuhan medis yang efektif, JCHO mengharuskan catatan medis fasilitas rawat jalan berdiri sendiri untuk memelihara daftar ringkasan prosedur bedah masa lalu, dan diagnosa atau masalah masa lalu dan sekarang. Daftar ini harus secara jelas terdokumentasi di dalam catatan medis pasien. Daftar ini tidak perlu berisi masalah yang timbul berulang kali, tetapi harus mencakup setiap

keadaan bedah dan medis yang berarti, setiap alergi dan reaksi obat yang tidak diinginkan, dan obat-obatan yang digunakan saat ini dan sebelumnya. Sebagai tambahan, setiap entri catatan pasien (untuk setiap kunjungan) harus didefinisikan dengan nama dan nomor pasien (kalau ada), dan harus mencakup:

- a. Tanggal, bagian, dan nama serta profesi pelayanan kesehatan
- b. Keluhan utama atau tujuan kunjungan
- c. Penemuan obyektif
- d. Diagnosis atau kesan medis
- e. Pemeriksaan yang diperintahkan, seperti laboratorium atau X-ray
- f. Obat-obatan yang diberikan
- g. Kesimpulan, rekomendasi, dan instruksi untuk pasien
- h. Tanda tangan dokter

Berbagai negara memiliki aturan tambahan yang berlaku untuk semua tempat rawat jalan berdiri sendiri, dan profesional informasi kesehatan harus terbiasa dengan semua aturan ini.

Penyusunan format catatan rawat jalan berdiri sendiri harus dalam bentuk yang mudah dimengerti oleh orang-orang yang menghadapinya setiap hari. Catatan rawat jalan berdiri sendiri harus menyediakan cara komunikasi yang mudah di antara sesama pelayan kesehatan. Pada metode berorientasi sumber, formulir disusun secara kronologis, dan ditempatkan di dalam catatan medis menurut jenis formulir atau layanan yang diberikan. Pada catatan terintegrasi, catatan kemajuan dimasukkan secara kronologis ketat oleh semua provider, tanpa menghiraukan jenis pelayanan. Catatan kemajuan berorientasi masalah akan bermanfaat kalau pasien dikunjungi untuk beberapa masalah sekaligus, dan referensi/rujukan harus dibuat ke pengobatan masing-masingnya.

Fasilitas rawat jalan berdiri sendiri harus memutuskan sendiri format yang sesuai berdasarkan kebutuhan dan kesukaannya. Profesional informasi kesehatan bisa membantu fasilitas dalam memilih format yang sesuai dan merekomendasikan perubahan yang perlu dalam penyusunan catatan medis.

8. On-Site Ambulatory Care

On-site ambulatory care adalah pelayanan yang diberikan bukan di rumah sakit, seperti di kantor, kampus, sekolah-sekolah, penjara, dsb. Klinik kesehatan industri menekankan pentingnya kesehatan dan keselamatan kerja (K3). Pengobatan yang dilakukan mulai dari pertolongan pertama hingga *Medical Check Up*, MCU, kasus seperti pemeriksaan fisik karyawan baru, penanganan stress. Standar kesehatan rawat jalan JCAHO, sebagaimana juga standar dari akreditasi *Association for Ambulatory Health Care*, bisa diterapkan pada hampir

semua tempat pelayanan rawat jalan di tempat ini. Sebagai tambahan, *National Commission on Correctional Health Care* yang terdapat di Chicago menerbitkan tiga set standar yaitu *Standards For Health Care In Jails*, *Standards for Health Care in Prison*, *Standards for Health Care in Juvenile Confinement Facilities*.

a. *Hospital Acute Care*

Hospital Acute Care menyediakan fasilitas perawatan akut (*Acute Care Facilities/ACFs*) yakni pelayanan kesehatan yang disediakan oleh rumah sakit untuk pasien yang memiliki kondisi serius, tiba-tiba atau penyakit akut atau cedera dan atau yang harus dilakukan operasi tertentu. ACFs menyediakan berbagai pelayanan perawatan kesehatan, termasuk layanan tambahan, darurat dan perawatan untuk kondisi kritis, bedah, kebidanan (persalinan) dan sebagainya. Layanan tambahan untuk ACFs adalah *diagnostic* dan layanan terapi yang diberikan kepada pasien rawat inap dan rawat jalan (misalnya laboratorium, terapi fisik dan sebagainya). Lamanya rawat inap di rumah sakit ialah kurang dari 30 hari, meskipun beberapa pasien mungkin tinggal lebih lama jika secara medis diperlukan. Karena setiap rawat inap sangat mahal, pemanfaatan atau memantau manajerial kasus perawatan pasien dapat digunakan untuk menentukan apakah pelayanan perawatan kesehatan akut yang diperlukan. Rumah sakit telah menyelenggarakan sebuah pelayanan medis staf profesional serta tempat tidur rawat inap 24 jam sehari. Fungsi utama rumah sakit dalam hal ini adalah untuk memberikan rawat inap medis, keperawatan dan lainnya yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan untuk pasien dengan kondisi bedah dan non-bedah, mereka biasanya juga menyediakan rawat jalan dengan beberapa jasa.

Perawatan medis akut dapat diberikan untuk kondisi mulai dari influenza untuk patah tulang pinggul untuk operasi pengangkatan organ. Perawatan medis akut juga dapat diberikan untuk eksaserbasi penyakit kronis atau kondisi, seperti pneumonia pada orang dengan penyakit paru obstruktif kronik (PPOK).

Fungsi perawatan medis akut adalah untuk mengobati kondisi menyakitkan atau penyakit dan mengembalikan orang ke keadaan kesehatan sebelum episode akut terjadi. Bedah berada di bawah deskripsi perawatan medis akut, seperti halnya departemen ortopedi. Unit seperti unit dialisis ginjal, di mana pasien datang berkali-kali seminggu untuk menerima perawatan dialisis mereka juga termasuk ke dalam perawatan medis akut, meskipun perawatan yang diberikan secara berulang untuk jangka waktu yang panjang.

b. *Long Term Care*

Long Term Care pelayanan jangka panjang yang menyediakan fasilitas perawatan dan rehabilitasi dengan *Length of Stay (LOS)* > 30 hari. Isi rekam medis pada *Hospital Acute Care* berbeda dengan *Long Term Care*. Pelayanan jangka panjang dibagi atas :

- 1) *Long Term Care* (Asuhan Jangka Panjang), yaitu asuhan yang memerlukan perawatan rawat inap untuk jangka waktu yang lama akibat kondisi penyakit kronis atau penurunan fungsi tubuh akibat penuaan (usia tua) dan membutuhkan bantuan dan latihan dalam aktifitas keseharian.
- 2) *Rehabilitation Care* (Asuhan Rehabilitasi), yaitu asuhan rehabilitasi yang memerlukan perawatan rawat inap dan rawat jalan untuk jangka waktu yang lama akibat kondisi kecacatan karena faktor keturunan, kecelakaan atau cedera lainnya. Pasien dengan asuhan rehabilitasi ini mencakup semua jenjang usia serta membutuhkan bantuan dan latihan keseharian yang lebih banyak seperti pendidikan dasar, latihan kerja dll.

Fasilitas asuhan jangka panjang (*Long Term Care/LTC*) yaitu *Nursing Home*, *Home Care*, *The Hospice Care*, dan *Respite Care*. Berikut di bawah ini uraian dari masing-masing fasilitas asuhan jangka panjang.

a. *Nursing Home*

Nursing Home merupakan istilah umum yang digunakan untuk fasilitas asuhan kesehatan yang ditujukan untuk orang tua. Tingkat asuhan diberikan berdasarkan aturan pemberian ijin rumah sakit. Fasilitas ini menyediakan berbagai tingkat asuhan. Izin diberikan sesuai dengan tingkat asuhan yang disediakan. Pasien bisa pindah dari satu fasilitas ke fasilitas lain berdasarkan tingkat kebutuhan. Ada asuhan yang perlu pengalaman khusus (*skilled care*): menangani pasien yang memerlukan perawatan dan pelayanan penunjang terus menerus, ada asuhan yang hanya memerlukan perawatan dan pelayanan penunjang terbatas (*Intermediate care*) dan ini biasa disebut *Nursing Facility*. *Nursing Facility* didefinisikan sebagai suatu fasilitas yang berpartisipasi dalam program Medicaid (sebelumnya sebagai *Intermediate care*).

LTC saat ini memberikan berbagai jenis asuhan *Assisted living*, *Rest homes*, *Independent living*, *Respite care*, *Hospice*, dll.

Rekam kesehatan *nursing facilities* berisi tentang informasi yang lengkap mengenai penyakit dan pengobatan. Informasi tersebut ditulis sesuai dengan urutan waktu, secara kronologis. Informasi tersebut berguna untuk mendukung diagnosa, membuktikan bahwa perlunya pengobatan yang diberikan, sebagai dasar penggantian biaya.

Sebagai bagian dari pelayanan asuhan jangka panjang, tentunya fasilitas *Nursing Home* sudah pasti memerlukan formulir rekam medis untuk mencatat setiap kategori kegiatan asuhan dalam waktu yang lama. Formulir-formulir tersebut perlu disusun menjadi suatu berkas rekam medis. Berikut ini adalah formulir-formulir yang harus disusun saat pasien masuk yaitu:

- 1) Catatan saat masuk:
 - a) Catatan masuk/ keluar,
 - b) Surat pernyataan / persetujuan rawat,

- c) Surat kuasa,
 - d) Surat transfer atau rujukan,
 - e) Catatan penilaian /fotokopi keterangan yang disertai dengan surat transfer,
 - f) Penilaian minimum data set (*MDS Assesment*),
 - g) *Resident assesment protocol summary* (RAPS),
 - h) Rencana keluar,
 - i) *Quarterely review*.
- 2) Catatan Dokter:
- a) Pemeriksaan fisik dan Riwayat penyakit,
 - b) Instruksi dokter,
 - c) Instruksi bulanan,
 - d) Instruksi via telepon,
 - e) Instruksi langsung,
 - f) Catatan perkembangan.
- 3) Catatan Keperawatan:
- a) Catatan perawat,
 - b) Penilaian perawat saat masuk
- 4) Catatan Pengobatan:
- a) Catatan pengobatan,
 - b) Catatan obat
- 5) Hasil Laboratorium dan pemeriksaan penunjang diagnostik lainnya,
- 6) Ringkasan Penyakit /Resume,
- 7) Catatan Rehabilitasi:
- a) Catatan perkembangan terapi fisik,
 - b) Lembaran bulanan terapi fisik,
 - c) Penilaian terapi fisik,
 - d) Catatan perkembangan terapi kerja,
 - e) Lembaran bulanan terapi kerja,
 - f) Catatan perkembangan terapi bicara,
 - g) Lembaran bulanan terapi bicara,
 - h) Penilaian terapi bicara
- 8) Pelayanan Sosial,
- a) Catatan perkembangan pelayanan social,
 - b) Evaluasi dan riwayat sosial
- 9) Catatan Penilaian aktifitas:
- a) Catatan perkembangan aktifitas,
 - b) Penilaian aktifitas

- 10) Catatan Gizi:
 - a) Catatan perkembangan gizi,
 - b) Penilaian nutrisi gizi
- 11) Catatan lain;
 - a) Lembaran inventaris personil

Selain formulir-formulir rekam medis yang harus disusun pada saat pasien masuk, terdapat juga formulir-formulir rekam medis yang harus disusun pada saat pasien keluar. Berikut adalah formulir-formulir yang disusun saat pasien keluar yaitu:

- 1) Catatan saat masuk:
 - a) Catatan masuk/ keluar,
 - b) Surat pernyataan/persetujuan rawat,
 - c) Resep,
 - d) Surat kuasa,
 - e) Sertifikat (*medicare*),
 - f) Surat transfer atau rujukan,
- 2) Catatan Dokter:
 - a) Pemeriksaan fisik dan Riwayat penyakit,
 - b) Instruksi dokter,
 - c) Instruksi bulanan,
 - d) Instruksi via telepon,
 - e) Instruksi langsung,
 - f) Catatan perkembangan.
 - g) Ringkasan keluar.
- 3) Informasi Rehabilitasi:
 - a) Catatan/evaluasi terapi fisik,
 - b) Catatan/evaluasi terapi kerja,
 - c) Catatan/evaluasi terapi bicara.
- 4) Catatan/penilaian riwayat sosial,
- 5) Rencana Keluar,
- 6) Catatan Penilaian :
 - a) Catatan/penilaian aktifitas,
 - b) Catatan/penilaian gizi,
 - c) *Resident assesment protocol summary (RAPS)*,
 - d) *Quarterely review*,
 - e) Penilaian minimum data set (*MDS Assesment*),
 - f) Penilaian keperawatan,

- 7) Resume bulanan catatan perawat,
- 8) Catatan pengobatan dan catatan obat,
- 9) Lembaran kegiatan (*care flow sheet*):
- 10) Catatan *decubitus*,
- 11) Catatan *intake – output*,
- 12) Rencana asuhan (perawat, aktivitas, gizi, dan pelayanan sosial)
- 13) Rencana rehabilitasi individu,
- 14) Hasil laboratorium dan penunjang diagnostik lainnya,
- 15) Lembaran inventaris personal,
- 16) Catatan lain-lain.

b. Home Care

Home Care merupakan pelayanan kesehatan baik medis dan non medis yang disediakan bagi pasien dan keluarga pasien di rumah atau tempat tinggalnya. Pada saat ini, jumlah pelayanan *Home Care* semakin pesat dikarenakan adanya masalah biaya, peningkatan populasi orang tua, konsumerisme, perbaikan dan teknologi perawatan yang semakin meningkat dengan pesat. Pada kondisi ini, pasien rumah sakit dipulangkan dengan cepat sehingga pelayanan *home care* menjadi lebih bersifat klinis.

Pasien, sebagai “Klien” dari pelayanan *home care* mendapat asuhan perawatan yang dilakukan oleh tenaga medis di lokasi tempat tinggalnya dan terpisah dari pemberi asuhan kesehatan lain. Berkaitan dengan hal tersebut, informasi dari semua pemberi asuhan yang mengunjunginya harus dimasukkan ke dalam rekam medis pasien.

Tahun 1986 “*The Foundation of Record Education*” dari AMRA (AHIMA) mengembangkan formulir dan pedoman untuk pencatatan dari pelayanan *home care* sebagai berikut:

- 1) *Initial Data base/* Database awal, meliputi:
 - a) Informasi saat masuk/ rujukan/ umum
 - b) Informasi transfer
 - c) Penilaian keperawatan awal
 - d) Laporan prosedur diagnostik dan terapi yang berkaitan
 - e) Daftar masalah
 - f) Penghuni rumah
 - g) Orang yang bertanggung jawab
 - h) Kesesuaian tepat tinggal dengan syarat-syarat asuhan kesehatan
- 2) *Plan of treatment/* Rencana pengobatan
Plan of treatment dibuat oleh dokter yang merawat dan staf pemberi pelayanan *home care*. Semua rencana pengobatan yang dicatat disertai tanda tangan dan dilakukan

review minimal setiap 60 hari atau sesering yang dibutuhkan sesuai dengan tingkat keparahan penyakit pasien. Rencana pengobatan yang dimaksud disini memuat hal-hal sebagai berikut:

- a) Semua diagnosa,
 - b) Keadaan mental,
 - c) Jenis pelayanan dan peralatan yang dibutuhkan,
 - d) Frekwensi & lama kunjungan,
 - e) Prognosis,
 - f) Keterbatasan fungsi,
 - g) Aktivitas yang diijinkan,
 - h) Kebutuhan gizi,
 - i) Obat-obatan dan pengobatan,
 - j) Setiap tindakan pengamanan untuk melindungi dari cedera,
 - k) Instruksi keluar/ rujukan, dll
- 3) *Ongoing documentation*/Pencatatan berkelanjutan
Catatan harus berkelanjutan yang berarti setiap kunjungan yang dilakukan oleh petugas kesehatan ke rumah pasien dicatat perkembangannya secara berkelanjutan seperti:
- a) Pelayanan pembantu *home health*, makanan, pelayanan terapis dan pekerja sosial
 - b) Obat dan pengobatan serta efek yang ditimbulkannya berdasarkan instruksi dari dokter secara tertulis
 - c) Penambahan catatan penting oleh dokter ditulis secara jelas. Misalkan “Jangan di resusitasi” jika telah dikomunikasikan dan mendapat persetujuan dari pasien/ keluarga pasien.
- 4) *Patient summaries*/ Ringkasan pasien
Ringkasan pasien dibuat setiap 61 hari, dan diajukan kepada dokter yang merawat atau fasilitas kesehatan yang merujuk. Pada saat pasien pulang ringkasan yang dibuat memuat:
- a) Tanggal masuk dan keluar,
 - b) Alasan pulang,
 - c) Keadaan waktu pulang,
 - d) Daftar urutan asuhan yang telah diberikan,
 - e) Bila pasien keluar dari suatu pelayanan khusus sebelumnya maka ringkasannya juga disertai dengan ringkasan keluar,
- 5) *Consent for care*/ Persetujuan Rawat
Persetujuan rawat dibuat dalam bentuk *Inform consent* yang ditandatangani oleh pasien dan disimpan dalam rekam medis, lalu salinannya diberikan kepada pasien.

6) Service agreement/ Persetujuan pelayanan

Persetujuan pelayanan memuat:

- a) Jenis pelayanan yang diberikan,
- b) Waktu diberikan pelayanan,
- c) Pihak pembayar,

7) *Record in the home*/ Catatan di tempat tinggal

Di lokasi tempat tinggal pasien biasanya terdapat catatan yang sengaja ditinggal dan di dalamnya berisi:

- a) Nama dan nomor telepon penyedia layanan *Home care*,
- b) Nama staf dan jadwal kunjungan,
- c) Daftar obat-obatan beserta cara penggunaan dan efek sampingnya,
- d) Catatan perkembangan pasien,

c. *The Hospice Care*

Hospice care merupakan fasilitas asuhan jangka panjang yang memberikan perawatan alternatif bagi pasien yang mendekati ajalnya. Perawatan yang diberikan berupa perawatan paliatif atau perawatan yang bertujuan untuk meringankan penderitaan pasien. Selain itu perawatan yang diberikan juga berupa dukungan psikososial dan spiritual untuk pasien dan keluarganya. Pihak keluarga diberi sokongan sebelum dan sesudah kematian pasien. Perawatan diberikan oleh tim antar disiplin di tempat tinggal pasien atau di rumah sakit. Hampir semua pasien *hospice* mempunyai seorang petugas perawatan primer, terutama yang bertugas menjaga pasien di rumahnya. Pasien akan dirawat di rumah sakit bila diperlukan untuk pengelolaan gejala akut atau kalau petugas asuhan primer sedang beristirahat. Pihak pengguna layanan *hospice* bisa menggunakan jasa perawatan melalui badan *home health* atau fasilitas rawat inap. Umumnya program *hospice* mengunjungi keluarga yang ditinggalkan paling sedikit selama setahun sejak kematian pasien. Berdasarkan episode perawatannya, perawatan *Hospice* dibagi dua yaitu yang pertama mulai dari saat pasien atau keluarganya masuk hingga meninggal atau keluar dari program *Hospice*. Kedua mulai dari saat masuknya anggota keluarga pasien yang ditinggalkan pada hari setelah kematian (*follow up*) duka hingga anggota keluarga pasien tersebut keluar dari program *Hospice*.

Rekam medis *hospice* merupakan bagian dari rekam medis pasien di rumah sakit atau *Home health*. Rekam medis perawatan *hospice* memuat informasi-informasi mengenai pasien, keluarga pasien atau orang terdekat lain serta identifikasi pasien dan petugas asuhan primer. Pencatatan rekam medis perawatan *hospice* dibuat secara berkesinambungan. Hal tersebut berkaitan dengan fungsi rekam medis itu sendiri sebagai alat komunikasi antar berbagai anggota tim yang berasal dari berbagai disiplin ilmu dan antara *hospice* dengan fasilitas rawat inap dan penyedia *home health*.

d. *Respite Care*

Respite care yaitu asuhan yang diberikan kepada seseorang yang hidup dalam masyarakat untuk memberi kesempatan istirahat bagi anggota keluarganya yang biasa memberikan perawatan.

Terdapat dua kategori dalam asuhan *respite care* yaitu :

- a. Pelayanan di dalam rumah, seperti *Nursing care*, pembantu *home health* yang disediakan oleh *Visiting Nurse Association*,
- b. Pelayanan di luar rumah, seperti *Nursing homes*, *Adult day care centers* (8 jam sehari & 5 hari seminggu).

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Isi rekam medis dibagi menjadi dua bagian, sebutkan!
- 2) Sebutkan item-item yang terdapat pada data administratif rekam medis!
- 3) Sebutkan item-item yang terdapat pada data klinis rekam medis!
- 4) Sebutkan macam-macam pelayanan *ambulatory care*!
- 5) Sebutkan apa saja yang termasuk kedalam pelayanan *long term care* adalah!

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Data administratif dan data klinis
- 2) Data administratif meliputi data demografi, keuangan (financial) dan data/informasi lain yang berhubungan dengan pasien, misalnya tentang pernyataan pasien untuk menerima atau menolak suatu rencana medis, pernyataan pasien tentang pemberian hak kuasa (otorisasi), dan juga pernyataan tentang kerahasiaan (konfidensialitas) informasi medis pasien.
- 3) Data klinis memuat data hasil pemeriksaan, pengobatan, perawatan, dan tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan penunjang medis terhadap pasien.
- 4) Bentuk pelayanan rawat jalan (*ambulatory care*) terdiri atas empat macam yaitu *hospital based ambulatory*, *satellite ambulatory care*, *free standing ambulatory* dan *on-site ambulatory care*.
- 5) *Long Term Care* atau pelayanan jangka panjang menyediakan fasilitas pelayanan perawatan dan rehabilitasi

Ringkasan

1. Isi rekam medis dibagi menjadi data administratif dan data klinis. Keseluruhan isi ini masih dipengaruhi pula oleh bentuk pelayanan kesehatan yang terdiri dari *Ambulatory care, Hospital Acute Care, Long Term Care*.
2. Data administratif meliputi data demografi, keuangan (financial) dan data/informasi lain yang berhubungan dengan pasien, misalnya tentang pernyataan pasien untuk menerima atau menolak suatu rencana medis, pernyataan pasien tentang pemberian hak kuasa (otorisasi), dan juga pernyataan tentang kerahasiaan (konfidensialitas) informasi medis pasien.
3. Data demografi selain sebagai sumber informasi untuk menghubungi dan mengenali pasien, dapat juga digunakan sebagai basis data untuk kebutuhan statistik, riset dan perencanaan manajemen.
4. Data klinis dapat diartikan sebagai data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan, pengobatan, perawatan, dan tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan penunjang medis terhadap pasien.
5. Bentuk pelayanan kesehatan terdiri dari *ambulatory care, hospital acute care, dan long term care*.
6. Perawatan rawat jalan (*ambulatory care*) adalah salah satu bentuk dari pelayanan kedokteran. Secara sederhana yang dimaksud dengan pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak dalam bentuk rawat inap (*hospitalization*).
7. Bentuk pelayanan rawat jalan (*ambulatory care*) terdiri atas empat macam yaitu *hospital based ambulatory, satellite ambulatory care, free standing ambulatory* dan *on-site ambulatory care*.
8. *Hospital Acute Care* menyediakan fasilitas perawatan akut (*Acute Care Facilities/ACFs*) yakni pelayanan kesehatan yang disediakan oleh rumah sakit untuk pasien yang memiliki kondisi serius, tiba-tiba atau penyakit akut atau cedera dan atau yang harus dilakukan operasi tertentu. Lamanya rawat inap di rumah sakit ialah kurang dari 30 hari, meskipun beberapa pasien mungkin tinggal lebih lama jika secara medis diperlukan.
9. *Long Term Care* pelayanan jangka panjang yang menyediakan fasilitas perawatan dan rehabilitasi dengan *Length of Stay (LOS) > 30 hari*.
10. Fasilitas asuhan jangka panjang (*Long Term Care/LTC*) yaitu *Nursing Home, Home Care, The Hospice Care, dan Respite Care*.

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Permenkes No 269/PERMENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis Bab 2 pasal 3 mengenai jenis dan isi rekam medis.
Apakah yang termasuk kedalam isi dan struktur rekam medis
 - A. Data Administratif dan Data Klinis
 - B. Data Klinis dan Data Demografi
 - C. Data Pasien dan Data Klinis
 - D. Data keuangan dan Administratif
 - E. Data Demografi dan Data Pasien

- 2) Bentuk pelayanan kesehatan terdiri dari *ambulatory care*, *hospital acute care*, dan *long term care*.
Yang dimaksud dengan pelayanan *hospital acute care* adalah
 - A. Pelayanan rawat jalan
 - B. Pelayanan rawat inap
 - C. Pelayanan rawat darurat
 - D. Pelayanan rawat akut
 - E. Pelayanan rawat jangka panjang

- 3) Bentuk pelayanan kesehatan terdiri dari *ambulatory care*, *hospital acute care*, dan *long term care*.
Yang dimaksud dengan pelayanan *long term care* adalah
 - A. Pelayanan rawat jalan
 - B. Pelayanan rawat inap
 - C. Pelayanan rawat darurat
 - D. Pelayanan rawat akut
 - E. Pelayanan rawat jangka panjang

- 4) Bentuk pelayanan kesehatan terdiri dari *ambulatory care*, *hospital acute care*, dan *long term care*.
Yang dimaksud dengan pelayanan *ambulatory care*?
 - A. Pelayanan rawat jalan
 - B. Pelayanan rawat inap
 - C. Pelayanan rawat darurat

- D. Pelayanan rawat akut
 - E. Pelayanan rawat jangka panjang
- 5) Asuhan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang yang hidup dalam masyarakat untuk memberi kesempatan istirahat bagi anggota keluarganya yang biasa memberikan perawatan disebut
- A. *Hospice care*
 - B. *Nursing care*
 - C. *Home care*
 - D. *Respite care*
 - E. *Rehabilitation care*

Topik 2

Tipe Format Rekam Medis

A. *SOURCE ORIENTED MEDICAL RECORD (SOMR)*

Yaitu pendokumentasian pelayanan medis berdasarkan sumber data bagian atau departemen yang merawat pasien. Formulir rekam medis dipisahkan menjadi formulir rekam medis rawat jalan, formulir rekam medis gawat darurat, formulir rekam medis rawat inap, yang selanjutnya disimpan secara terpisah (desentralisasi) menurut unit pelayanannya. Oleh karena itu, laporan disusun berdasarkan kegiatan unit pelayanan dengan mengkaji transaksi transaksi pelayanan yang telah dilakukan di bagian yang bersangkutan.

Adapun kelebihan dari tipe SOMR ini yaitu akses data pasien pada unit pelayanan cepat diperoleh, Laporan terorganisir berdasarkan setiap sumber pelayanan dalam suatu bagian sehingga memudahkan untuk menentukan penilaian, pengobatan dan observasi pada setiap pelayanan yang telah diberikan. Namun di balik kelebihan ada kekurangannya yaitu penentuan seluruh masalah pasien dan tindakan berikutnya tak dapat disediakan dengan cepat pada waktu tertentu karena data terbagi di beberapa unit pelayanan yang diberikan bukan berdasarkan masalah / problem atau integrasi dari waktu berikutnya. Model SOMR ini merupakan model yang paling populer digunakan. Sebagian besar sarana pelayanan kesehatan (terutama rumah sakit) di Indonesia menggunakan model ini.

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.

Jadi, untuk memperoleh gambaran kondisi pasien pada suatu tanggal, harus mencari informasi dari kelompok-kelompok sumber data pada tanggal tersebut. Misalnya, untuk mengetahui kondisi pasien pada tanggal 19 April 2004, maka kita harus mencari data pasien di lembar anamnesis tanggal 19 April, data pemeriksaan fisik tanggal 19 April, data hasil laboratorium tanggal 19 April, dan data penunjang lainnya yang dihasilkan pada tanggal 19 April. Masing-masing data ini harus dicari di kelompok sumber data tersebut.

B. **PROBLEM ORIENTED MEDICAL RECORD (POMR)**

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)

Data dasar yang harus ada pada setiap pasien, termasuk: Keluhan utama, penyakit yang ada sekarang ini, data sosial yang terkait, riwayat penyakit dan kondisi dari sistem tubuh, pemeriksaan fisik, data dasar laboratorium. 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. Selain daftar masalah, POMR juga dilengkapi dengan data pendukung tentang pasien, rencana pelayanan awal (*initial care plan*) dan catatan perkembangan (*progress notes*).

Secara umum, isi dari berkas rekam medis model POMR serupa dengan model SOMR yaitu memiliki informasi tentang:

1. keluhan utama;
2. riwayat penyakit saat ini;
3. riwayat sosial;
4. riwayat medis;
5. hasil pemeriksaan fisik;
6. hasil pemeriksaan penunjang diagnostic, dan sebagainya.

Pelayanan yang direncanakan diberi nomor sesuai dengan nomor masalah. Lembar catatan perkembangan digunakan untuk mendokumentasikan tentang cara mengatasi tiap masalah dalam daftar masalah dan reaksi atau hasil terhadap pengobatan. Setiap catatan perkembangan diberi nomor yang sesuai dengan masalah terkait. Selain catatan perkembangan, rencana pengobatan dan instruksi dokter juga selayaknya diberi kode nomor sesuai dengan masalah yang terkait dengan isian tersebut. Dengan demikian akan mudah mengikuti alur perjalanan dan perkembangan kondisi tiap masalah. Kesalahan, ketidakajegan

(inkonsisten), atau tidak dicantumkan nomor masalah pada isian yang terkait akan menyebabkan kesulitan merunut kembali riwayat penanganan masalah tersebut.

C. INTEGRATED MEDICAL RECORD (IMR)

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. Namun demikian, masih cukup sulit untuk membandingkan informasi yang berhubungan antara satu masalah dengan lainnya dalam model IMR ini. Dalam hal bentuk rekam medis, berkaitan dengan perkembangan teknologi informasi dan komunikasi saat ini, maka bentuk rekam medis elektronik telah semakin luas digunakan. Masing-masing bentuk rekam medis, baik berbasis kertas maupun berbasis elektronik memiliki kelebihan dan keterbatasan. Seluruh formulir disusun secara kronologis.

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.

Sulit untuk membandingkan untuk informasi yang sama, contoh : tingkat gula darah puasa. Diperlukan waktu yang lama oleh karena itu seluruh data terdapat pada bagian yang terpisah. Adapun Keuntungan dari IMR ini yaitu perkembangan pasien dapat diketahui secara cepat, oleh karena seluruh catatan disatukan. Mengurangi jumlah form dan mendorong pelayanan kesehatan bekerja secara tim. Sedangkan kerugian daripada IMR ini yaitu hanya 1 orang pemberi pelayanan yang dapat mencatat perkembangan pasien pada satu waktu, sulit mengidentifikasi pekerjaan perorangan kecuali catatan yang biasanya ada identitas dari pencatat, dan dokter sering merasa catatan hanya menitikberatkan pada kebiasaan untuk membedakannya dengan profesi lain yang memberikan pelayanan kepada pasien.

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Sebutkan ciri dari pendokumentasian rekam medis berdasarkan teknik SOMR!
- 2) Sebutkan kelebihan dan kekurangan dari pendokumentasian rekam medis berdasarkan teknik SOMR!
- 3) Jelaskan cara pendokumentasian rekam medis dengan teknik POMR!

- 4) Sebutkan data dasar yang harus ada pada setiap pasien pada pendokumentasian POMR!
- 5) Jelaskan cara pendokumentasian rekam medis dengan teknik IMR!

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) SOMR yaitu teknik pendokumentasian pelayanan medis berdasarkan sumber data bagian atau departemen yang merawat pasien.
Ciri-ciri dalam pendokumentasian SOMR yaitu formulir rekam medis dipisahkan menjadi formulir rekam medis rawat jalan, formulir rekam medis gawat darurat, formulir rekam medis rawat inap, yang selanjutnya disimpan secara terpisah (desentralisasi) menurut unit pelayanannya serta laporan disusun berdasarkan kegiatan unit pelayanan dengan mengkaji transaksi transaksi pelayanan yang telah dilakukan di bagian yang bersangkutan.
- 2) Kelebihan dari tipe SOMR ini yaitu akses data pasien pada unit pelayanan cepat diperoleh, laporan terorganisir berdasarkan setiap sumber pelayanan dalam suatu bagian sehingga memudahkan untuk menentukan penilaian, pengobatan dan observasi pada setiap pelayanan yang telah diberikan.
Sedangkan kekurangannya yaitu penentuan seluruh masalah pasien dan tindakan berikutnya tak dapat disediakan dengan cepat pada waktu tertentu karena data terbagi di beberapa unit pelayanan yang diberikan bukan berdasarkan masalah / problem atau integrasi dari waktu berikutnya.
- 3) 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.
- 4) Dalam tipe format rekam medi POMR, data dasar yang harus ada pada setiap pasien yaitu: keluhan utama, penyakit yang ada sekarang ini, data sosial yang terkait, riwayat penyakit dan kondisi dari sistem tubuh, pemeriksaan fisik, data dasar laboratorium.
- 5) 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.

Ringkasan

1. *Source Oriented Medical Record* (SOMR) yaitu pendokumentasian pelayanan medis berdasarkan sumber data bagian atau departemen yang merawat pasien. Formulir rekam medis dipisahkan menjadi formulir rekam medis rawat jalan, formulir rekam medis gawat darurat, formulir rekam medis rawat inap, yang selanjutnya disimpan secara terpisah (desentralisasi) menurut unit pelayanannya.
2. Adapun kelebihan dari tipe SOMR ini yaitu akses data pasien pada unit pelayanan cepat diperoleh, Laporan terorganisir berdasarkan setiap sumber pelayanan dalam suatu bagian sehingga memudahkan untuk menentukan penilaian, pengobatan dan observasi pada setiap pelayanan yang telah diberikan. Sedangkan kekurangannya yaitu penentuan seluruh masalah pasien dan tindakan berikutnya tak dapat disediakan dengan cepat pada waktu tertentu karena data terbagi di beberapa unit pelayanan yang diberikan bukan berdasarkan masalah / problem atau integrasi dari waktu berikutnya.
3. *Problem Oriented Medical Record* (POMR), diperkenalkan oleh Lawrence L. Weed, MD tahun 1960 adalah suatu tipe format RM yang pendokumentasiannya mencerminkan pikiran yang logis pada pelayanan yang diberikan dokter.
4. POMR mempunyai 4 bagian yaitu: *Data Base* (Data Dasar), *Problem List* (Daftar Masalah), *Initial Plan* (Rencana Awal) dan *Progress Notes* (Catatan Perkembangan).
5. Kunci utama dalam model POMR 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.
6. Secara umum, isi dari berkas rekam medis model POMR serupa dengan model SOMR yaitu memiliki informasi tentang: keluhan utama; riwayat penyakit saat ini; riwayat sosial; riwayat medis; hasil pemeriksaan fisik; hasil pemeriksaan penunjang diagnostic, dan sebagainya.
7. *Integrated Medical Record* (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.
8. 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.

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Pendokumentasian pelayanan medis berdasarkan sumber, model yang paling populer digunakan sebagian besar sarana pelayanan kesehatan (terutama rumah sakit) di Indonesia adalah
 - A. POMR
 - B. SOMR
 - C. IMR
 - D. TDNS
 - E. MDS

- 2) POMR suatu tipe format RM yang pendokumentasiannya mencerminkan pikiran yang logis pada pelayanan yang diberikan dokter. Orang yang pertama kali memperkenalkan sistem pendokumentasian ini adalah
 - A. Edna K. Huffman
 - B. Margaret Skurka,MS,RHIA,CCS
 - C. Permenkes 269/MENKES/PER/III/2008
 - D. Lawrence L. Weed, WD
 - E. Gemala Hatta

- 3) POMR suatu tipe format RM yang pendokumentasiannya mencerminkan pikiran yang logis pada pelayanan yang diberikan dokter, POMR mempunyai 4 komponen penting, yaitu
 - A. *Data base, Solution list, Anual Plan, Progress Notes*
 - B. *Problem lis, Solution list, Data base,Progress Notes*
 - C. *Progress Notes, Problem list, Anual Plan, Data base*
 - D. *Initial Plan, Data base, Problem list, , Progress Notes*
 - E. *Data base, Problem list, Initial Plan, Plan Notes*

- 4) POMR suatu tipe format RM yang pendokumentasiannya mencerminkan pikiran yang logis pada pelayanan yang diberikan dokter. POMR mempunyai 4 komponen penting. Dibawah ini adalah Kunci utama tipe format rekam medis POMR, *kecuali*
 - A. adanya daftar masalah
 - B. terdapat nomor kode khusus untuk setiap masalah

- C. laporan dan informasi klinis berkaitan dengan suatu masalah ditempatkan pada nomor masalah yang sama
 - D. dilengkapi dengan data pendukung tentang pasien
 - E. adanya daftar rencana tahunan
- 5) 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. Yang bukan merupakan kekurangan tipe format pendokumentasian rekam medis adalah
- A. hanya terdapat satu orang pemberi pelayanan yang dapat mencatat perkembangan pasien pada satu waktu
 - B. sulit mengidentifikasi pekerjaan perorangan
 - C. catatan hanya menitik beratkan pada kebiasaan untuk membedakannya dengan profesi lain
 - D. cukup sulit untuk membandingkan informasi yang berhubungan antara satu masalah dengan lainnya
 - E. sulit untuk menelusuri pemberian pelayanan dan pengobatan pasien

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A
- 2) B
- 3) E
- 4) A
- 5) D.

Tes 2

- 1) B
- 2) D
- 3) D
- 4) E
- 5) E

Glosarium

- Anamnesis** : Keterangan tentang kehidupan seseorang (orang sakit dan penyakitnya) yang diperoleh melalui wawancara.
- Fisioterapi** : Pengobatan terhadap penderita yang mengalami kelumpuhan gangguan otot dengan tujuan melatih otot tubuh agar dapat berfungsi secara normal.
- Prognosis** : Perkiraan tentang peristiwa yang akan terjadi, khususnya yang berhubungan dengan penyakit atau penyembuhan setelah melewati operasi atau tindakan medis lain.
- Diagnosis** : Penentuan jenis penyakit oleh dokter dengan melakukan pemeriksaan terhadap gejala-gejala atau tanda-tanda yang ditimbulkan penyakit.
- Resusitasi** : Upaya yang dilakukan untuk menghidupkan kembali seseorang yang tampaknya meninggal.
- Paliatif** : Cara atau usaha yang dilakukan untuk meringankan atau mengurangi penderitaan.
- Konfidensialitas** : Kepercayaan kepada seseorang atau beberapa orang tertentu yang menyangkut hal-hal yang bersifat pribadi.

Daftar Pustaka

- Admin. 2015. *Medical Record in Ambulatory Care*. [online]. Tersedia: <http://irm111.ddp.esaunggul.ac.id/wp-content/uploads/sites/421/2015/09/9.-Medical-Record-In-Ambulatory-Care.pdf> . [15 Januari 2018].
- Azhari, Diani. 2012. *Rawat Jalan*. [online]. Tersedia: <http://30agustus2003.blogspot.co.id/2012/04/rawat-jalan.html> . [15 Januari 2018].
- Fitri, Risqy Nur. 2016. *Isi dan Struktur Rekam Medis*. [online]. Tersedia: http://risqynurfitri.blogspot.co.id/2016/10/isi-dan-struktur-rekam-medis_4.html. [15 Januari 2018].
- Huffman, Edna K. 1999. *Health Information Management*.
- Indradi, Rano. 2017. *Rekam Medis*. Tangerang Selatan. Universitas Terbuka
- Prasetyo, Aji. 2015. *Konsep Dasar Acute Care dan Standar*. [online]. Tersedia: <http://majiprasetyo.blogspot.co.id/2015/12/konsep-dasar-acute-care-dan-standar.html>. [15 Januari 2018].
- Rekam Medis UGM. 2010. *Free Standing Ambulatory Care Facility*. [online]. Tersedia: <https://rekmedugm.wordpress.com/2010/12/30/kelompok-2/> . [15 Januari 2018].
- Rekam Medis UGM. 2010. *Satellite Ambulatory Care Units*. [online]. Tersedia: <https://rekmedugm.wordpress.com/2010/12/31/satellite-ambulatory-care-units/>. [15 Januari 2018].
- Subhan, Kadir. 2013. *Perlunya Fasilitas Perawatan Jangka Panjang*. [online]. Tersedia: <http://subhankadir.wordpress.com/2013/01/25/perlunya-fasilitas-perawatan-jangka-panjang-dalam-panti-werdha/>. [15 Januari 2018].
- Wijaya, Lili. 2016. *Health Records In Long Term Care And Rehabilitation Facilities*. [online]. Tersedia: <http://element.esaunggul.ac.id/file.php?file=%2F4657%2F13.LTC.pdf>. [16 Januari 2018]

Wikipedia Terjemahan. 2016. *Pengasuhan Jangka Panjang*. [online]. Tersedia: https://en.wikipedia.org/wiki/Long-term_care. [16 Januari 2018].

World Health Organization. 2011. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Volume 2*. Geneva: WHO

Hatta, R. Gemala (Edt.). 2016. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan (ed. 3)*. Jakarta: UI-Press.

Bab 3

DESAIN FORMULIR

Endang Triyanti, Amd.PK, SKM, MM.Kes

Pendahuluan

Salam buat Mahasiswa yang membanggakan, selamat bertemu dalam mata kuliah Manajemen Informasi Kesehatan III (Desain Formulir) Bab 3 yang membahas tentang desain formulir termasuk di dalamnya tentang konsep dasar desain formulir, prinsip desain formulir, pertimbangan khusus pada konstruksi formulir, alur proses dan prosedur desain formulir

Dalam bekerja di sarana pelayanan kesehatan baik di rumah sakit, puskesmas, klinik dan sarana pelayanan kesehatan lainnya, kita akan selalu dihadapkan oleh media yang akan digunakan untuk mencatat semua kegiatan pelayanan yang sudah diberikan terhadap pasien, maka digunakan media rekam medis yang sudah Pada bab 1 telah di bdi bahas pada bab 1. Seiring dengan perkembangan teknologi informasi dan kesehatan yang semakin maju, sarana pelayanan kesehatan dituntut untuk dapat memberikan pelayanan yang bermutu dan tanpa mengesampingkan kepentingan pasien.

Dalam rangka memenuhi pelayanan yang bermutu pada sarana pelayanan kesehatan, salah satunya adalah dengan adanya formulir rekam medis yang dapat mencatat semua data hasil pelayanan medis dan non-medis yang sudah diberikan terhadap pasien. Isi pada formulir rekam medis harus disesuaikan dengan kebutuhan pengguna.

Untuk menghasilkan data yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan sarana pelayanan kesehatan, hendaknya desain formulir disesuaikan juga dengan perkembangan teknologi dan regulasi yang berlaku. Formulir rekam medis harus didesain dengan baik dengan menggunakan konsep dan prinsip-prinsip desain formulir.

Topik 1

Konsep Dasar Desain Formulir

A. PENGERTIAN FORMULIR

Apabila kita mendengar istilah formulir tentulah bukan suatu hal baru, karena kita sering dihadapkan dengan formulir, dari mulai kita sekolah sampai ketika bekerjapun pasti berurusan dengan formulir. Begitu pula ketika kita bekerja pada Unit Rekam Medis (Manajemen Informasi Kesehatan) pada sarana pelayanan kesehatan akan berhubungan dengan formulir, karena unit ini yang bertanggung jawab dalam mengelola data pasien.

Bila formulir dibuat dari kertas, maka formulir dapat didefinisikan sebagai kertas dengan format yang tercetak yang berisi ruangan untuk informasi yang telah ditentukan. Maksud dari berisi ruangan ini adalah ada tempat atau kolom pada formulir tersebut untuk diisi data pada setiap fungsi pelayanan atau bagian, serta mengisi laporan hasil pelayanan.

Formulir ini bisa dikatakan sebagai dokumen yang digunakan untuk mencatat dan merekam terjadinya peristiwa-peristiwa atau transaksi-transaksi suatu kegiatan atau pelayanan. Peristiwa, transaksi, pelayanan yang terjadi dalam organisasi pelayanan kesehatan di rekam atau didokumentasikan di atas selembar kertas yang disebut sebagai formulir rekam medis.

Dengan demikian formulir rekam medis merupakan media untuk mencatat peristiwa yang terjadi dalam organisasi ke dalam catatan. Data yang bersangkutan dengan peristiwa dan transaksi pelayanan yang di rekam pertama kalinya sebagai dasar pencatatan dan pengolahan selanjutnya. Pencatatan tersebut dimaksudkan untuk direkam agar dapat di baca kembali dengan mudah, dalam urutan sistematis, konsisten dan logis pada setiap lembar formulir dan antar formulir. Formulir yang telah diisi tersebut disimpan sebagai dokumen sehingga dapat diambil untuk digunakan pelayanan berikutnya.

Berikut ini adalah salah satu contoh formulir rekam medis Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang disajikan pada **Gambar 3.1**.

Sumber : <https://1.bp.blogspot.com/f9B0MRHZ9vA/WMzQErUWtJI/>

Salah satu contoh formulir rekam medis (Intalasi Gawat Darurat (IGD))

B. KEGUNAAN FORMULIR

Formulir merupakan alat yang penting dalam menjalankan organisasi karena bermanfaat untuk:

1. Alat Penting untuk Menjalankan Organisasi

Dalam rangka mempertahankan kelangsungan hidup organisasi, maka tidak akan terlepas dari penggunaan formulir dalam menjalankan kegiatannya.

2. Untuk Menetapkan Tanggung Jawab Timbulnya Kegiatan/Pelayanan

Dalam pelayanan rekam medis setiap fungsi atau bagian pelayanan rekam medis memiliki tanggung jawab berdasarkan tugas pokok dan fungsi masing-masing. Oleh karena itu kegiatannya tersebut harus dapat dipertanggungjawabkan dengan cara mencatat data transaksi dan kegiatannya dalam formulir yang sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya. Untuk kepentingan autentifikasi pertanggungjawaban tersebut maka hasil pencatatan tersebut harus dibubuhi tanda tangan dan nama serta waktu terjadinya transaksi tersebut. Formulir rekam medis dikatakan lengkap apabila data dan informasi pokok yang penting dicatat secara lengkap.

Catatan yang dibuat di atas formulir dalam setiap transaksi hanya dilakukan oleh karena adanya otorisasi dari pejabat yang berwenang untuk melaksanakan transaksi tersebut. Yang diberi otorisasi atau wewenang dan tanggung jawab mencatat hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, diagnosis, terapi, prognosis dan tindakan pengobatan adalah dokter, perawat, bidan dan tenaga medis/klinis lain yang melayani langsung pasien yang bersangkutan, yang berwenang dan bertanggungjawab mencatat penggunaan dokumen rekam medis adalah petugas *filing*.

Otorisasi pencatatan rekam medis bagi perekam medis adalah sebagai berikut.

a. Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ)

Kewenangan utama petugas TPPRJ dalam pencatatan rekam medis yaitu mencatat identitas pasien meliputi identitas pribadi, sosial dan nomor rekam medis pada kartu indeks berobat (KIB), kartu indeks utama pasien (KIUP), formulir rekam medis rawat jalan dasar dan buku register pendafwatan pasien rawat jalan.

Saudara mahasiswa untuk memperjelas pemahaman saudara tentang kewenangan petugas TPPRJ yang terkait formulir Saudara bisa menyebutkan isi formulir – formulir yang ada di tempat Pendaftaran Pasien Rawat jalan dan siapa yang berwenang untuk mengisi formulir tersebut pada kolom di berikut ini :

1. KIB

Isi :

Petugas yang mengisi :

2. KIUP

Isi :

Petugas yang mengisi :

3. Formulir rekam medis rawat jalan

Isi :

Petugas yang mengisi :

4. Buku register rawat jalan :

Isi :

Petugas yang mengisi :

b. Unit rawat jalan (URJ), unit gawat darurat (UGD) dan unit rawat inap (URI)

Kewenangan utama petugas URJ, UGD dan URI dalam pencatatan rekam medis yaitu: mencatat anamnesa, pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi), interpretasi hasil pemeriksaan penunjang, diagnosis, terapi, tindakan, prognosis sebagai hasil pelayanan terhadap pasien. Dalam hal ini yang memiliki otoritas yaitu tenaga medis atau tenaga klinis yang berpengetahuan untuk melakukan pelayanan tersebut. Sedangkan petugas bukan klinis atau yang ditunjuk kewenangannya melakukan pencatatan data formulir sensus harian, register pelayanan pasien rawat jalan, gawat darurat dan rawat inap. Mahasiswa sebagai calon Perekam medis hendaknya mengetahui formulir apa saja yang ada pada setiap unit pelayanan yang ada di sarana pelayanan kesehatan, untuk mengingat kembali coba sebutkan macam formulir – formulir yang anda ketahui pada kolom berikut ini

1. Unit Rawat Jalan
2. Unit Gawat Darurat
3. Unit Rawat Inap

c. *Instalasi Pemeriksaan Penunjang*

Kewenangan utama petugas Instalasi Pemeriksaan Penunjang dalam pencatatan rekam medis yaitu: mencatat identitas pasien meliputi identitas pribadi, sosial dan nomor rekam medis pada formulir hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, rontgen, USG, ECG, EEG, dan lain-lain). Selain itu mencatat pula pada buku register pemeriksaan penunjang, register spesimen dan sensus harian pemeriksaan penunjang.

Berikut adalah ilustrasi pekerjaan yang dilakukan oleh petugas Instalasi Pemeriksaan Penunjang (IPP) disajikan pada **Gambar 3.2**.



Sumber :<https://ssl.c.photoshelter.com/>

Gambar 3.2 Ilustrasi petugas Instalasi Pemeriksaan Penunjang

d. *Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap (TPPRI)*

Kewenangan utama petugas TPPRI dalam pencatatan rekam medis yaitu: mencatat identitas pasien pada formulir rekam medis rawat inap tambahan yang akan di perlukan untuk pelayanan pasien di unit rawat inap termasuk bila pasien akan dioperasi, bersalin dsb.

Para Mahasiswa, agar pemahaman anda mengenai kewenangan utama Petugas TPPRI ini, maka silahkan Saudara menyiapkan formulir-formulir yang perlu disiapkan di Tempat Pendaftaran Pasien rawat Inap (TPPRI).

e. *Petugas di Assembling*

Kewenangan utama petugas *assembling* dalam pencatatan rekam medis yaitu: mencatat ketidaklengkapan isi dokumen rekam medis ke dalam formulir kartu kendali dan secarik kertas yang ditempelkan pada sampul dokumen rekam medis. Selain itu mencatat penggunaan-penggunaan formulir-formulir rekam medis untuk kontrol penggunaannya.

Berikut adalah gambaran pekerjaan yang dilakukan oleh petugas *assembling* yang disajikan pada **Gambar 3.3**.



Sumber : <https://irwanlusi.files.wordpress.com/>

(a) (b)



Sumber : [http://1.bp.blogspot.com/-](http://1.bp.blogspot.com/)

(c)

Gambar 3.3 Petugas *assembling* melakukan (a) penggantian sampul rekam yang rusak, (b) Analisa kelengkapan RM(c) Merakit rekam medis

f. Coding dan Indexing

Kewenangan utama petugas *coding* dan *indexing* dalam pencatatan rekam medis yaitu: mencatat kode penyakit berdasarkan buku ICD-10 dan kode tindakan berdasarkan ICD-9-CM dan selanjutnya mencatat pada indeks penyakit, operasi, sebab kematian serta indeks dokter.

Berikut di bawah ini adalah gambar kegiatan yang dilakukan oleh petugas *coding* dan *indexing*, disajikan pada **Gambar 3.4**



Sumber : <http://4.bp.blogspot.com/>

Gambar 3.4

Petugas *coding* dan *indexing* melakukan pencatatan kode diagnosis dan tindakan.

g. Filing

Kewenangan utama petugas *filing* dalam pencatatan rekam medis yaitu: mencatat penggunaan dokumen rekam medis ke dalam buku penggunaan rekam medis dan tracer, melakukan retensi, selain itu mencatat kehilangan dan kerusakan dokumen rekam medis ke dalam buku catatan tersendiri.

Berikut adalah gambar ruang *filing* dan petugas yang bertugas disajikan pada **Gambar 3.5**.



Sumber: <http://www.adabasini.com/galeriler/2/14095.jpg>

Gambar 3.5 petugas rekam medis di ruang filing

Para Mahasiswa, Pekerjaan menjadi Petugas di *Filing* tentunya selain mengambil rekam medis sesuai permintaan serta menyimpan rekam medis ke dalam rak filing sesuai dengan sistem penjajaran yang digunakan, ada beberapa buku atau formulir yang harus disiapkan, Silahkan saudara sebutkan dan siapkan formulir tersebut, agar Anda paham bahwa itu adalah bagian dari tanggung jawab Perekam Medis untuk melengkapi dan mendesain formulir tersebut sesuai dengan tujuan pemanfaatannya.

h. Analising dan Reporting

Kewenangan utama petugas *analising* dan *reporting* dalam pencatatan rekam medis yaitu: mencatat hasil-hasil sensus harian ke dalam rekapitulasi harian, bulanan dan triwulan serta laporan – lainnya yang diperlukan manajemen.

Pelaksanaan kegiatan dan transaksi yang harus dipertanggungjawabkan itu dilakukan dalam bentuk tertulis dengan menggunakan formulir. Sehingga setiap orang yang bertanggungjawab atas terjadinya kegiatan dan transaksi harus membubuhkan nama dan tandatangan atau paraf sebagai pertanggungjawaban. Penghapusan tulisan di dalam formulir rekam medis dalam bentuk apapun tidak diperbolehkan. Apabila terpaksa harus diganti karena kesalahan penulisan maka tulisan yang salah harus dicoret diganti yang benar dan dibubuhi paraf yang mengganti tulisan tersebut dengan menulis nama terangnya.

3. Untuk Merekam Data Transaksi (Pelayanan)

Setiap data penting yang timbul akibat adanya transaksi di rekam/dicatat ke dalam formulir serta mencatat waktu terjadinya transaksi, identitas, jenis transaksi, jumlah dan bagaimana proses pelayanan dan tindakan dilakukan serta identitas petugas yang melayani.

4. Untuk mengurangi kemungkinan kesalahan atau bila terjadi kesalahan dengan cara menyatakan semua kejadian dalam bentuk tulisan.

Dengan dicatatnya data transaksi pelayanan, kegiatan dan laporan maka kemungkinan kesalahan atau bila terjadi kesalahan masih dapat dibaca untuk dikoreksi. Hal ini berbeda bila hanya diingat saja karena kemampuan mengingat seseorang terbatas. Dengan mencatat/menulis semua perintah pelaksanaan maka akan mengurangi kesalahan dan sebagai bukti bahwa transaksi telah dilaksanakan.

5. Alat Komunikasi yaitu menyampaikan informasi pokok dari orang satu ke orang lain di dalam organisasi yang sama atau ke organisasi yang lainnya. Informasi pokok yang telah diisi dalam formulir hendaknya dapat dibaca oleh orang lain yang membutuhkan, serta dapat digunakan untuk memberitahu kepada orang lain yang diperlukan. Misalnya gambar manusia secara skematis yang sering digunakan pada formulir gawat darurat dan bedah, gambar telinga, hidung pada pelayanan THT. Surat rujukan, jawaban rujukan, keterangan sehat, sakit atau kematian dan lain-lain merupakan alat komunikasi yang harus ditulis dengan jelas sehingga mudah dibaca orang lain.

Para Mahasiswa semuanya, uraian di atas adalah penjelasan tentang pengertian formulir dan tujuan dari formulir serta pentingnya kita mengetahui kewenangan Perekam medis dalam setiap unit pelayanan khususnya yang terkait dengan penggunaan formulir yang ada di sarana pelayanan kesehatan. Untuk topik selanjutnya akan kita bahas pertimbangan apa saja yg kita gunakan dalam mendesain formulir.

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Formulir dapat didefinisikan secarik kertas dengan format yang tercetak yang berisi ruangan untuk informasi yang telah ditentukan. Jelaskan yang dimaksud ruangan pada definisi formulir tersebut!
- 2) Jelaskan maksud kegunaan formulir untuk mengurangi kemungkinan kesalahan pelayanan di sarana pelayanan kesehatan!
- 3) Salah satu kegunaan formulir adalah untuk menetapkan tanggung jawab timbulnya kegiatan pelayanan. Jelaskan maksud kegunaan tersebut!
- 4) Formulir berguna sebagai alat komunikasi. Jelaskan maksud kegunaan tersebut!
- 5) Sebutkan kewenangan utama petugas instalasi pemeriksaan penunjang dalam pencatatan formulir!

Petunjuk Jawaban Latihan

Saudara mahasiswa untuk memudahkan Anda dalam mengerjakan Anda dapat mempelajari materi-materi yang sudah di jelaskan pada Topik 1.

- 1) Maksud dari berisi ruangan ini adalah ada tempat atau kolom pada formulir tersebut untuk diisi data pada setiap fungsi pelayanan atau bagian, serta mengisi laporan hasil pelayanan.
- 2) Dengan dicatatnya data transaksi pelayanan, kegiatan dan laporan maka kemungkinan kesalahan atau bila terjadi kesalahan masih dapat dibaca untuk dikoreksi. Hal ini berbeda bila hanya diingat saja karena kemampuan mengingat seseorang terbatas. Dengan mencatat/ menulis semua perintah pelaksanaan maka akan mengurangi kesalahan dan sebagai bukti bahwa transaksi telah dilaksanakan.
- 3) Dalam pelayanan rekam medis setiap fungsi atau bagian pelayanan rekam medis memiliki tanggung jawab berdasarkan tugas pokok dan fungsi masing-masing. Oleh karena itu kegiatannya tersebut harus dapat dipertanggungjawabkan dengan cara mencatat data transaksi dan kegiatannya dalam formulir yang sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya. Untuk kepentingan autentifikasi pertanggungjawaban tersebut maka hasil pencatatan tersebut harus dibubuhi tandatangan dan nama serta waktu terjadinya transaksi tersebut. Formulir rekam medis dikatakan lengkap apabila data dan informasi pokok yang penting dicatat secara lengkap.
- 4) Alat Komunikasi yaitu menyampaikan informasi pokok dari orang satu ke orang lain di dalam organisasi yang sama atau ke organisasi yang lainnya. Informasi pokok yang telah diisi dalam formulir hendaknya dapat dibaca oleh orang lain yang membutuhkan, serta dapat digunakan untuk memberitahu kepada orang lain yang diperlukan.
- 5) Kewenangan utama petugas instalasi pemeriksaan penunjang adalah mencatat identitas pasien meliputi identitas pribadi, sosial dan nomor rekam medis pada formulir hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, rontgen, USG, ECG, EEG, dan lain-lain). Selain itu mencatat pula pada buku register pemeriksaan penunjang, register spesimen dan sensus harian pemeriksaan penunjang.

Ringkasan

1. Formulir adalah selembaar kertas dengan format yang tercetak yang berisi ruangan untuk informasi yang telah ditentukan.
2. Kegunaan formulir adalah untuk menstandarkan informasi, menyederhanakan pengumpulan dan pembagian data.

3. Formulir merupakan alat yang penting dalam menjalankan organisasi karena bermanfaat untuk :
- Alat penting untuk menjalankan organisasi,
 - Untuk menetapkan tanggung jawab timbulnya kegiatan/pelayanan,
 - Untuk merekam data transaksi (pelayanan),
 - Untuk mengurangi kemungkinan kesalahan atau bila terjadi kesalahan dengan cara menyatakan semua kejadian dalam bentuk tulisan,
 - Alat Komunikasi yaitu menyampaikan informasi pokok dari orang satu ke orang lain di dalam organisasi yang sama atau ke organisasi yang lainnya

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- Berikut adalah pengertian formulir yang paling tepat adalah
 - Selembbar kertas dengan format yang tercetak yang berisi ruangan untuk informasi yang telah ditentukan
 - Selembbar kertas yang berisi ruang untuk diisi
 - Selembbar kertas kosong
 - Selembbar kertas
 - Selembbar kertas yang berisi informasi
- Formulir seringkali diisi oleh orang yang berbeda-beda untuk menghindari formulir pengisian yang berbeda-beda, maka dibutuhkan.....
 - Pahami tujuan formulir
 - Siapa yang menggunakan formulir
 - Aturan penulisan yang logis
 - Gunakan pedoman penulisan
 - Teguran manajemen
- Data pasien merupakan data yang harus dikelola oleh sarana pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit. Unit yang bertanggungjawab terhadap pengelolaan data pasien di rumah sakit adalah.....
 - Unit Penjaminan Mutu
 - Unit Perencanaan dan Pemeliharaan
 - Unit Sumber Daya Manusia

- D. Unit Rekam Medis.
 - E. Unit Pemeriksaan Medis
- 4) Otorisasi terhadap pencatatan data hasil pelayanan dapat dilakukan oleh petugas-petugas tertentu di sarana pelayanan kesehatan seperti rumah sakit. Petugas dengan kewenangan mencatat hasil-hasil sensus harian ke dalam rekapitulasi harian, bulanan dan tribulan serta laporan – lainnya yang diperlukan manajemen adalah.....
- A. *Coding dan Indexing*
 - B. *Filing*
 - C. *Analising dan Reporting*
 - D. *Instalasi Penunjang*
 - E. *Assembling*
- 5) Otorisasi terhadap pencatatan data hasil pelayanan dapat dilakukan oleh petugas-petugas tertentu di sarana pelayanan kesehatan seperti rumah sakit. Petugas dengan kewenangan mencatat penggunaan dokumen rekam medis ke dalam buku penggunaan rekam medis dan tracer, meretensi, selain itu mencatat kehilangan dan kerusakan dokumen rekam medis ke dalam buku catatan tersendiri.....
- A. *Coding dan Indexing*
 - B. *Filing*
 - C. *Analising dan Reporting*
 - D. *Instalasi Penunjang*
 - E. *Assembling*

Topik 2

Prinsip Desain Formulir (Paper Based dan Elektronik)

Saudara mahasiswa, pada topik 1 sudah dipelajari tentang pengertian formulir dan tujuan dari penggunaan formulir. Pada topik 2 ini akan dipelajari tentang prinsip-prinsip desain formulir, sebagai dasar ilmu ketika kita akan mendesain formulir.

A. PRINSIP DESAIN FORMULIR BERBASIS KERTAS (*PAPER BASED*)

Sebuah formulir harus didesain untuk memenuhi tujuan penggunaannya. Apakah formulir ini akan digunakan untuk mengumpulkan data atau untuk informasi laporan. Berikut adalah aturan desain formulir meliputi :

1. Buatlah rancangan dengan memikirkan pengguna
Perancangan formulir harus mempertimbangkan kebutuhan dari pengguna baik internal maupun eksternal. Perlu diingat bahwa pengguna formulir bukan hanya pasien dan penyedia pelayanan kesehatan tetapi tenaga administrasi dan staf hukum.
2. Pelajari tujuan dan pemakaian formulir
Formulir rekam medis melingkupi berbagai tujuan dengan melakukan standarisasi, identifikasi dan panduan, memfasilitasi dokumentasi dan pengambilan keputusan serta menetapkan konsistensi pengumpulan data, pelaporan dan analisisnya.
3. Rancanglah formulir sesederhana , hilangkan data atau informasi yang tidak diperlukan.
Dengan berbagai pertimbangan sangat penting untuk membuat formulir dengan sederhana. Formulir dibuat jika memang data yang dibutuhkan tersebut tidak dapat diperoleh dari formulir lain yang sudah ada atau revisi yang tidak dapat dilakukan. Tujuan dari formulir maupun tampilan adalah memastikan bahwa alat yang digunakan sesuai dengan tujuannya dan hanya formulir yang benar-benar digunakan. Semua formulir yang dipakai dan harus tersedia ketika akan dibutuhkan.
4. Gunakan terminologi standar untuk semua elemen data, atau gunakan definisi-definisi, beri label semua informasi.
Banyak orang yang akan menggunakan formulir di dalam institusi, berkaitan dengan penerapan rekam medis elektronik. Komunikasi yang efektif antara orang-orang tersebut tergantung dari penggunaan terminologi yang dapat dipahami oleh mereka. Penggunaan singkatan hendaknya juga bisa dipahami dan sehingga akan mempercepat dalam pengisian formulir.

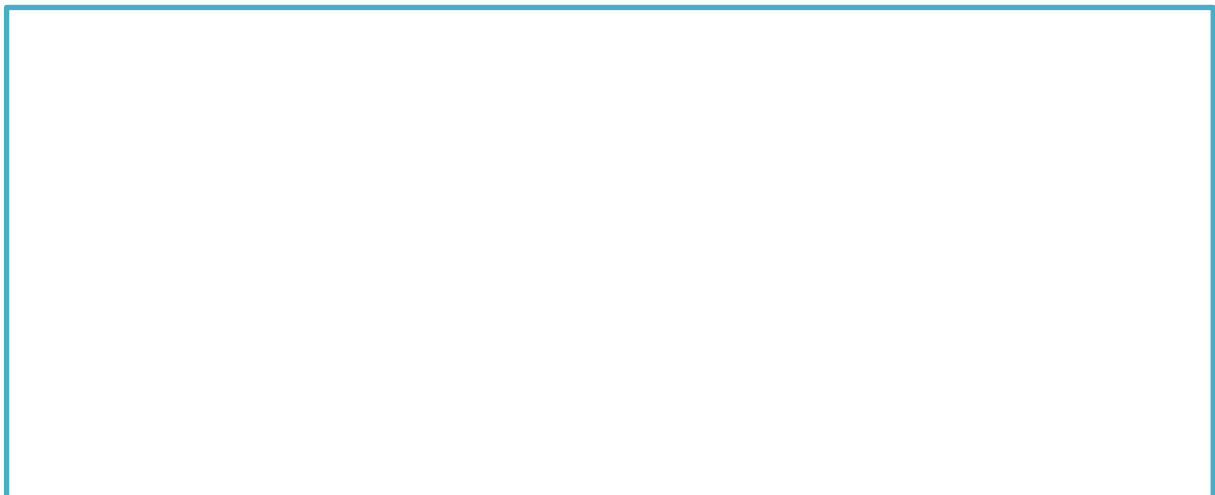
5. Aturan urutan item-item data secara logis.
Urutan item-item bisa sesuai dengan sumbernya atau sesuai dengan urutan perolehannya sehingga informasi dapat dimengerti oleh pembaca.
6. Masukkan pedoman untuk menjamin agar pengumpulan dan interpretasi data konsisten.

Petunjuk singkat yang menunjukkan siapa harus mengisi formulir tersebut serta informasi tambahan lain yang diperlukan harus tersedia. Tampilan layar seringkali terpisah dari ruang isian dan terletak di atas formulir. Identifikasi formulir dan distribusi copian perlu ditunjukkan. Jika memerlukan petunjuk yang sangat lengkap dan spesifik dapat pula diletakkan di lembar terpisah atau di belakang formulir. Jika hal tersebut dilakukan maka harus ada acuan dimana petunjuk pengisian tersebut didapatkan dan terletak di depan formulir.

Formulir digunakan untuk berbagai keperluan, oleh karena itu formulir didesain sedemikian rupa dan terkadang memerlukan adanya tanda tangan, cap jempol, kartu identifikasi untuk tujuan otentikasi. Formulir juga menggambarkan cara pemakaiannya yaitu data apa yang harus di kumpulkan, dimana data diperoleh, bagaimana pengumpulannya, dan apa yang harus dilakukan selanjutnya.

Formulir sebaiknya terstandarisasi, sehingga menjamin konsistensi pengumpulan data dan interpretasinya, karena formulir itu merupakan alat komunikasi.

Saudara mahasiswa, pemahaman prinsip desain formulir ini sangat penting sekali sebagai dasar kita dalam mendesain formulir. Coba saudara membuat rangkuman secara singkat prinsip desain formulir di atas dengan mengisi kolom di bawah ini:



B. PERTIMBANGAN KHUSUS DESAIN FORMULIR BERBASIS KERTAS (*PAPER BASED*)

Walaupun aturan desain berlaku baik untuk formulir kertas maupun layar entri dan laporan data komputer, terdapat perbedaan yang perlu dipertimbangkan dalam konstruksi formulir kedua media tersebut. Lima komponen utama biasanya ada pada formulir kertas, yaitu *heading*, *introductions*, *instructions*, *body* dan *close*. Berikut penjelasan dari masing-masing komponen di bawah ini :

1. *Heading*

Heading mencakup judul dan informasi mengenai formulir. Judul sebuah formulir bisa terdapat pada satu dari beberapa tempat. Posisi standar adalah : kiri-atas, tengah, kanan- atas, kiri- bawah. Pada *file* kartu vertikal, misalnya judul harus berada di dasar formulir supaya bagian atas tersedia untuk data. Pada *file* terlihat, judul harus berada di atas sehingga informasi kontrol yang berhubungan bisa terlihat di bagian dasar. Sebuah subjudul harus digunakan kalau judul utama memerlukan penjelasan atau kualifikasi lebih lanjut. Formulir akan diisi oleh atau dikirimkan ke orang di luar organisasi, nama dan alamat fasilitas asuhan kesehatan harus dimasukkan ke dalam judul.

Informasi lain mengenai formulir mencakup identifikasi formulir, tanggal, penerbitan, dan nomor halaman. Batas kanan- bawah merupakan tempat terbaik untuk identifikasi formulir dan tanggal penerbitan. Pada lokasi ini, perobekan atau tertutupnya informasi dapat dihindarkan kalau formulir di jilid pada bagian atas atau pada sisi kiri. Penyimpanan formulir juga akan di permudah apabila identifikasi formulir berada pada bagian bawah.

Apabila formulir terdiri dari beberapa halaman terpisah atau tercetak di halaman balik, identifikasi harus berada pada kedua sisi setiap halaman. Dengan cara ini, apabila diperbanyak pada satu sisi atau satu halaman terpisah dari formulir yang lain, formulir akan dengan mudah dapat ditandai. Ini juga akan membantu dalam penyusunan halaman-halaman yang sama (*collating*) dari formulir-formulir yang memiliki halaman ganda.

Tanggal penerbitan harus muncul pada setiap formulir, hal ini membantu dalam menentukan apakah edisi terbaru yang sedang digunakan, dan membantu dalam pembuangan stok yang tidak terpakai lagi. Tanggal penerbitan biasanya terdapat setelah nomor formulir.

Apabila terdapat halaman ganda pada formulir, nomor halaman harus dibuat. Nomor halaman bisa berupa urutan angka atau alfabet, dan bisa terletak pada sudut kanan-atas atau kanan-bawah ini akan membantu pencetak dalam menyusun material untuk dicetak dan disusun.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada **Gambar 3.6.** untuk mengetahui komponen *Heading* dalam suatu formulir rekam medis.

Sumber : Formulir Laboratorium Rekam Medis, Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Gambar 3.6 Komponen heading dalam suatu formulir rekam medis

2. Introduction

Bagian pendahuluan ini menjelaskan tujuan formulir. Kadang-kadang tujuan ditunjukkan oleh judul. Kalau penjelasan lebih lanjut diperlukan, pernyataan yang jelas bisa dimasukkan di dalam formulir untuk menjelaskan tujuannya.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada **Gambar 3.7** untuk mengetahui komponen *introduction* dalam suatu formulir rekam medis.

Vital Sign GRAPHIC SHEET									
Month.....					* Mouth * Rectal				
Name, Age, Sex, Status					Religion Hospital No.				
Occupation, Income					Ward, unit, Bed No.				
Date:									
No. of Days									
Days Post-op									
Time									
Pulse	Temp	C	F						
210	41.1	106							
200	40.6	105							
190	40.8	104							
180	39.4	103							
170	38.9	102							
160	38.3	101							
150	37.8	100							
140	37.2	99							
130	36.7	98							
120	36.1	97							
110	35.6	96							
100	35	95							
90	Resp-060								
80	50								
70	40								
60	30								
50	20								
40	10								
B.P.									
7a.m. to 7p.m. (Total in m.l.)									
Intake									
7p.m. to 7a.m. (Total in m.l.)									
Urine									
7a.m. to 7p.m. (Total in m.l.)									
7p.m. to 7a.m. (Total in m.l.)									
Stools No. of Times									
Aspiration/Drainage (24 Hrs. Total in m.l.)									
Sputum									
Weight									
Bath									

Sumber : drjayeshpatidar.blogspot.com

Gambar 3.7 Komponen introduction dalam suatu formulir rekam medis

3. Instructions

Instruksi umum harus singkat dan berada pada bagian atas formulir. Pengguna harus bisa dengan segera menentukan berapa salinan diperlukan, siapa yang harus mengajukan formulir, dan kepada siapa salinannya harus dikirimkan. Instruksi bisa diletakkan pada bagian depan formulir kalau terdapat tempat yang cukup. Apabila diperlukan instruksi lebih detail, sisi balik formulir bisa digunakan, namun harus ada rujukan mengenai hal ini pada bagian instruksi umum. Instruksi yang panjang bisa diletakkan pada lembaran atau buku kecil yang terpisah. Instruksi bisa saja tersedia pada direktif (petunjuk) administratif yang di keluarkan oleh fasilitas/sarana pelayanan kesehatan. Instruksi tidak boleh diletakkan di antara ruang – ruang entri karena hal ini membuat formulir terkesan berantakan dan mempersulit pengisian.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada **Gambar 3.8.** untuk mengetahui komponen Instructions dalam suatu formulir rekam medis.

UPF. KESEHATAN ANAK

**RUMAH SAKIT
POLTEKES KEMENKES
TASIKMALAYA**
Jl. Cilelehan No. 35 Telp. 0265-
340186 Fax 0265-338030

**PEMERIKSAAN
JASMANI
UMUM**

No. CM :
Nama :
Umur : *L/P
Bangsa :

Instruksi :
Keadaan umum diisi dengan memberikan tanda centang pada kategori yang sesuai dengan keadaan pasien.
Apabila terdapat kondisi mata yang penting untuk dicatat pada keadaan umum dapat ditambahkan pada kolom keterangan.

Keadaan umum	Baik	Kurang	Buruk	Tidak	Keterangan
Gizi					
Keadaan umum					
Keadaan sakit					
Anemia					
Cyanosis					
Itching					
Dyspnea					
Dehidrasi					
Edema					

Bentuk badan :
Cara berbaring dan mobilitas :
Cara berjalan :
Mabuk :
Muntah :
Kelelahan :
Kepala :
Mata :
Hidung :
Telinga :
Leher :
Paru-paru :
Dada :

Tasikmalaya, _____

Form 01 / 01

Revisi 2/2000/1/2016

Sumber : Formulir Laboratorium Rekam Medis, Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Gambar 3.8 Komponen yang menunjukkan instruksi pada suatu formulir

4. **Body**

Body merupakan bagian formulir yang disediakan untuk kerja formulir yang sesungguhnya. Pertimbangan hati-hati harus diberikan mengenai susunan data yang diminta atau informasi yang tersedia yang mencakup pengelompokan, pengurutan, dan penyusunan tepi (*aligning*) yang sepantasnya, pertimbangan juga harus diberikan untuk *margins*, *spacing*, *rules*, *type styles*, dan cara pencatatan.

a. *Margins*

Margin formulir dapat dibagi dalam 4 sisi yaitu margin punggung, margin atas, margin samping dan margin bawah. Margin punggung jarak yang layak adalah 2 cm. Dengan pertimbangan bagian margin punggung akan dilubangi untuk *file* (*punching hole*). Margin atas 2,5 cm, dapat lebih lebar lagi dengan melihat jenis formulir dana nama rumah sakit. Margin samping 2 cm, atau penuh ke samping (*bleed*) dengan mempergunakan warna (merah, hijau, dsb). Margin bawah 1,5 – 2 cm, dan ditempatkan kode file, nomor dan tahun pembuatan (dengan besar huruf 6 – 7 pt *italic*).

b. *Spacing*

Spacing adalah ukuran area entri data. Pada waktu mendesain formulir dengan data yang akan diisi, apakah formulir tersebut menggunakan tulisan tangan atau mesin tik.

c. *Rules*

Sebuah *rule* adalah sebuah garis vertikal atau horizontal. Garis ini bisa *solid* (langsung), *dotted* (terputus-putus), atau paralel berdekatan sesuai dengan tujuannya. *Rules* membagi formulir atas bagian-bagian logis, mengarahkan penulis untuk memasukkan data pada tempat semestinya, menginstruksikan penulis mengenai panjang yang diinginkan dari data yang dimasukkan, mempermudah pembaca untuk komunikasi, dan menambah daya tarik fisik formulir (kalau diatur dengan benar). *Rules* sering dipakai untuk membuat kotak-kotak. Desain kotak dapat meningkatkan ruangan tersedia pada formulir kurang lebih sebanyak 25 %.

Rules tipis dan tebal yang mengelilingi bagian tertentu formulir atau mengelilingi seluruh formulir disebut dengan "*borders*". *Border* dapat menonjolkan sebuah bagian. Apabila *border* mengelilingi seluruh formulir maka formulir akan terlihat menarik. Pertimbangan lain desain formulir adalah '*blockouts*' dan '*screening*'. *Blockouts* adalah cara penghilangan data dari satu bagian atau lebih pada formulir multi bagian melalui penulisan pada bagian yang akan dihilangkan atau ditutup. *Screening* atau '*shading*' merupakan cara yang efektif memberikan penekanan area tertentu di formulir. Apabila dilakukan dengan warna yang sama dengan cetakan pada formulir, ia akan memberikan ilusi warna kedua. Kalau dilakukan dengan warna yang berbeda.

d. *Type style*

Jenis huruf ini penting dalam hal keterbacaan untuk suatu formulir, paling baik adalah menggunakan sesedikit mungkin jenis dan ukuran huruf. Item-item dengan tingkat kepentingan yang sama hendaknya dicetak dengan huruf yang sama di semua bagian formulir. Biasanya, jenis *italic* dan *bold* digunakan untuk penekanan, tapi terbatas pada kata-kata yang memerlukan penekanan khusus.

e. *Cara Pencatatan*

Hampir semua formulir dihasilkan dengan tangan, mesin ketik, atau cetakan komputer. Cara lain pencatatan data mencakup OCR (*Optical character recognition* = pengenalan huruf secara optis) dan “barcode”, yang bekerja sebagai input langsung ke dalam komputer. Sebagai tambahan pada prinsip umum desain formulir yang baik, pertimbangan khusus untuk adanya peralatan OCR atau “barcode” merupakan hal yang penting.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada **Gambar 3.9.** untuk mengetahui komponen body dalam suatu formulir rekam medis

Type style berupa penggunaan *shading* dan ukuran huruf yang lebih besar

Margin atas

UPF KESEHATAN ANAK

RUMAH SAKIT
POLTEKKES KEMENKES
TASIKMALAYA
Jalan Cilelitan No.25 Telp. 0265-
347004 Fax 0265-030000

PEMERIKSAAN
JASMANI
UMUM

No. CM :
Nama :
Umur : *L/P
Bangsal :

Instruksi :
1. Keadaan umum diisi dengan memberikan tanda centang pada kategori yang sesuai dengan keadaan pasien.
2. Apabila terdapat kondisi nyata yang penting untuk dicatat pada keadaan umum, dapat ditambahkan pada kolom keterangan.

Berat badan	:	kg	Tekanan darah	:	mmHg
Tinggi badan	:	cm	Head	:	/menit
Lingkar kepala	:	cm	Pemagasan	:	/menit
Lingkar dada	:	cm	Suhu	:	°C
Lingkar perut	:	cm			

Keadaan umum	Baik	Kurang	Buruk	Tidak	Keterangan
Gis					
Kesadaran					
Keadaan sakit					
Anemia					
Cyanosis					
Ikterus					
Dyspnea					
Dehidrasi					
Edema					

Margin kiri

Margin kanan

Spacing untuk area pengisian

Rule

Margin bawah

Tasikmalaya, _____

nama orang & jaf

Form 0 1 / 0 1

Rev-2/2007/1/2016

Sumber : Formulir Laboratorium Rekam Medis, Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Gambar 3.9 Komponen body dalam suatu formulir rekam medis

5. Close

Komponen utama terakhir formulir kertas adalah 'close' atau penutup. Ini merupakan ruangan untuk tanda tangan pengontentikasi atau persetujuan.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada **Gambar 3.10.** untuk mengetahui komponen *close* dalam suatu formulir rekam medis.

UPF. KESEHATAN ANAK

RUMAH SAKIT
POLTEKES KEMENKES
TASIKMALAYA
Jalan Ciliketan No. 35 Telp. 0265-
340186 Fax 0265-330000

PEMERIKSAAN
JASMANI
UMUM

No. CM :
Nama :
Umur : *L/P
Tanggal :

Instruksi :
1. Keadaan umum diri dengan memberikan tanda centang pada kategori yang sesuai dengan keadaan pasien.
2. Apabila terdapat kondisi nyata yang penting untuk dicatat pada keadaan umum dapat ditambahkan pada kolom keterangan.

Keadaan Umum	Baik	Kurang	Buruk	Tidak	Keterangan
Gizi					
Kesadaran					
Keadaan sakit					
Anemia					
Cyanosis					
Icterus					
Dyspnea					
Dehidrasi					
Edema					

Bentuk badan :
Cara berjalan dan mobilitas :
Cara berjalan :
Habitus :
Kulit :
Kelenjar getah bening :
Kepala :
Mata :
Hidung :
Telinga :
Leher :
Paru-paru :
Dada :

Tasikmalaya, _____

nama orang & id

Form 01 / 01

Rev-2/2500/7/2016

Close

Sumber : Formulir Laboratorium Rekam Medis, Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Gambar 3.10 Komponen close dalam suatu formulir rekam medis

C. PERTIMBANGAN KHUSUS KONSTRUKSI FORMULIR BERBASIS KERTAS (*PAPER BASED*)

Pada desain formulir kertas, terdapat pertimbangan konstruksi. Hal-hal ini mencakup : pembuatan master, bentuk fisik, formulir, tinta, kertas, karbonisasi dan cara duplikasi. Hampir semua ciri-ciri konstruksi formulir lebih berbentuk teknis, sesuai keinginan yang kemudian dikonsultasikan dengan percetakan profesional, oleh karena itu praktisi informasi kesehatan perlu memahami pertimbangan dasar supaya bisa menjelaskan kebutuhan fasilitas/sarana pelayanan kesehatan kepada percetakan. Berikut dibawah ini akan dijelaskan satu persatu pertimbangan konstruksi formulir kertas :

1. Menciptakan '*Master*'

Ketika isi formulir telah ditetapkan, maka kita lanjutkan dengan membuat master. Formulir bisa dibuat dengan manual atau dengan komputer. Master ini sifatnya sementara untuk dasar konsultasi ke percetakan.

2. Bangunan Fisik Formulir

Bangunan fisik formulir maksudnya adalah ukuran dan sifat khususnya. Pada umumnya penggunaan formulir berukuran standard karena akan mudah untuk diarsipkan atau diperbanyak. Faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan adalah ukuran formulir, lokasi data pada formulir, dan lokasi lubang atau alat pengikat formulir. Pertimbangan lain yang berhubungan dengan fisik formulir adalah jenis peralatan yang digunakan untuk memproses formulir, sistem pengarsipan yang digunakan, pencetakan pada sisi timbal balik, salinan dan berat kertas.

Jumlah salinan yang harus dimiliki formulir tergantung pada siapa yang memerlukan salinan, dan kapan salinan dibutuhkan.

3. Tinta

Formulir sebaiknya yang dicetak dengan tinta hitam standar, atau tinta tertentu yang sudah ditetapkan dengan berbagai pertimbangan. Apabila kita menggunakan lebih dari satu warna tinta tentunya akan menambah biaya dan mempersulit proses perbanyakan, mikrofilm, dan *scanning* ke sistem pencitraan optis.

4. Kertas

Terdapat lima sifat fisik kertas yang perlu dipertimbangkan dalam mendesain formulir, antara lain: *weight*, *grade*, *grain*, *finish*, dan *color*, sifat-sifat ini berhubungan dengan *permanency*, *durability*, mutu penulisan kertas, keterbacaan dan pembuatan *microfilm*.

Permanency maksudnya adalah berapa lama kertas dapat disimpan. *Durability* berhubungan dengan kesanggupan seseorang untuk mengelola kertas berkali-kali. Mutu penulisan kertas mempengaruhi kemampuan seseorang untuk menulis dengan cepat dan rata, dan kemampuan kertas untuk menerima tinta dari alat pencetakan. Kesanggupan untuk penghapusan atau penutupan dengan cairan penghapus juga menentukan mutu kertas. Keterbacaan dipengaruhi oleh terutama oleh interaksi kertas dengan cahaya, misalnya jumlah 'glare' atau kilatan dari kertas. Jenis kertas juga mempengaruhi pembuatan *microfilm*, karena beberapa warna, lapisan, jenis dan ukuran cetakan tidak dapat muncul dengan jelas.

Kertas biasanya dijual berdasarkan beratnya. Kadang-kadang berat ini disebutkan sebagai substansi atau 'stock' satu 'ream' biasanya merupakan ukuran jumlah kertas dan biasanya kira – kira 500 lembar. Jadi berat kertas berarti berapa beratnya kertas sebanyak satu rim pada ukuran tertentu. Berat kertas mempengaruhi *permanency*, *durability*, *writing quality*, *readability*.

Grade kertas maksudnya adalah mutu kertas dan terutama didasarkan pada jenis material yang digunakan dalam proses pembuatannya. Kertas dibuat dari rags, bubur mekanis kayu, bubur sulfit kayu, bubur soda kayu, dan bubur sulfat kayu, dengan berbagai komposisi tergantung pada jenis kayu yang diinginkan. *Grade* yang dipilih untuk formulir tergantung pada hal – hal seperti lama katahanan formulir, banyaknya penanganan, dan penampilan. Umumnya, semakin banyak rag semakin lama usia kertas:

100 % rag	: harapan usia 100 tahun.
75 % rag	: 75 tahun
50 % rag	: 50 tahun
25 % rag	: 25 tahun
100 % sulfit – grade I	: 20 tahun
100 % sulfit – grade II	: 15 tahun
<i>Newsprint</i>	: 5 tahun

Watermark (tanda air) pada kertas adalah penandaan tembus pandang terlihat kalau kertas dilihat dengan cahaya di belakangnya. *Watermark* diberikan pada kertas pada waktu dibuat dan berfungsi untuk identifikasi grade dan pabrik atau identifikasi organisasi yang akan menggunakan kertas tersebut. *Watermark* biasanya hanya dibuat pada kertas dengan grade tinggi.

Grain of paper adalah arah serat-serat yang membuat kertas. *Grain* menentukan kekakuan kertas. Ini perlu dipertimbangkan kalau sebuah formulir harus dimasukkan melalui mesin kantor seperti mesin ketik, printer, atau mesin fotocopy.

Finish of paper adalah lapisan kimia yang bisa diberikan pada kertas. Keadaan permukaan kertas bisa kasar, licin (*high finish*), atau mengkilat/*glossy* (*very high finish*). Satu di antara jenis utama *finish* adalah zat kimia elektrostatis yang digunakan pada mesin *fotocopy* dan peralatan elektrik atau elektronik lain untuk mencegah kertas saling melekat dan memudahkannya masuk ke mesin tersebut.

Kertas berwarna untuk formulir lebih menarik, tetapi kertas berwarna biasanya lebih mahal daripada kertas putih. Kontras juga harus dipertimbangkan karena beberapa warna tidak bisa digunakan pada *fotocopy*, *microfilm*.

5. Karbonisasi

Karbonisasi atau penghasiian salinan formulir merupakan pertimbangan lain dalam konstruksi formulir kertas. Karbon biasa diperoleh melalui beberapa cara: dengan memasukkan kertas karbon dengan tangan, menggunakan karbon sekali pakai yang telah disisipkan ke dalam formulir, karbon di dalam mesin '*carbon*', dan daerah-daerah karbon lilin yang telah ditempelkan di belakang formulir pada waktu pencetakannya (ideal untuk pembuatan salinan seleksi). '*carbon less paper*' yang sering disebut NCR (*no carbon required*) menghilangkan kekotoran karbon. Formulir ini dicetak pada kertas yang telah diolah secara kimia pada kedua sisi. Salinan diperoleh bersamaan dengan tulisan asli, sama seperti jenis kertas karbon. Walaupun harganya lebih mahal daripada penggunaan kertas karbon.

6. Cara-cara Menduplikasi

Tanggung jawab utama perancang formulir adalah menentukan cara yang paling ekonomis dan praktis dalam membuat formulir dengan jumlah yang diinginkan. Pada dasarnya, terdapat tiga cara utama untuk memproduksi formulir. Duplikasi kantor, percetakan komersial, dan formulir standar.

Duplikasi kantor memerlukan dua langkah: persiapan master copy dan pemakaian master tersebut untuk alat duplikasi cetak. Perbanyakkan formulir berkemungkinan merupakan cara yang paling mudah untuk menduplikasi.

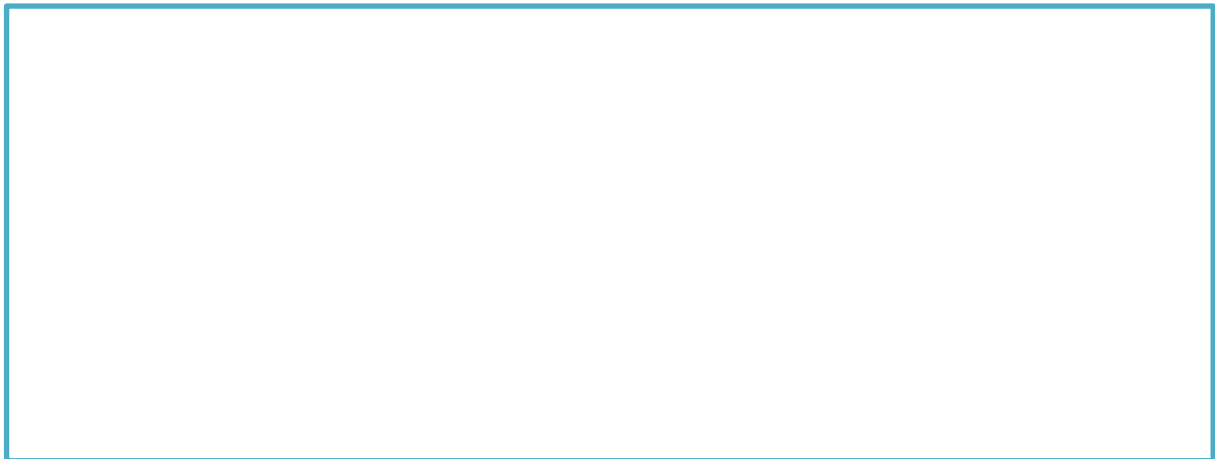
Percetakan komersial melibatkan persiapan plat logam dari '*layout*' asli dan meletakkannya pada '*printing press*'. Hasil cetakkannya sangat tajam, bermutu tinggi, dan memungkinkan penambahan warna pada formulir. Pekerjaan lain seperti membuat lubang, perforasi, kolasi (penyusunan urutan), karbon sisipan, dan penomoran umumnya dapat dilakukan serentak dengan pencetakan. Dua metode dasar pada pencetakan adalah '*letter press*' atau huruf timbul, dan "*offset*" yang sama dengan duplikasi *offset* namun lebih besar, cepat, dan mampu melaksanakan berbagai pekerjaan sekaligus.

Pembelian formulir standar dari perusahaan penerbit merupakan pilihan ketiga untuk memperoleh formulir. Pembelian formulir biasanya lebih murah daripada pemesanan pada

pencetakan, namun lebih mahal daripada cara-cara duplikasi. Walaupun pencetakan kemudian bisa dilakukan untuk memberikan ciri-ciri tertentu pada formulir yang dibeli, misalnya untuk pencetakan nama dan logo fasilitas pada formulir, namun fleksibilitas isi formulir dan keunikannya harus dikorbankan.

C. PERTIMBANGAN KHUSUS DESAIN FORMULIR BERBASIS KOMPUTER (COMPUTER BASED)

Saudara mahasiswa, pertimbangan khusus desain formulir kertas dan komputer tentulah berbeda. Pada sebagian sarana pelayanan kesehatan ada yang telah menerapkan formulir berbasis komputer. Untuk menggali pengetahuan anda, silahkan anda jelaskan perbedaan desain formulir kertas dan komputer pada kolom berikut ini:



Untuk lebih jelasnya membantu saudara dalam pemahaman pertimbangan desain formulir elektronik akan di jelaskan pada berikut ini.

Terdapat dua pertimbangan utama pada pengumpulan data dan pelaporan informasi melalui komputer, format atau *layout* layar, dan hasil cetakan.

1. Format Layar

Komputer telah mengubah konsep konvensional formulir karena komputer bersusunan dengan data di layar, tidak dalam pada formulir tercetak. Memang benar bahwa format yang telah ditetapkan untuk entri, penyimpanan dan pemetikan data bisa dipergunakan pada sistem informasi dengan menggunakan komputer, nama elemen data yang dimasukkan tidak memiliki hubungan yang tetap dengan dokumen tempatnya.

Fokus elemen data di dalam komputer menggeser desain dari formulir menjadi format. Jumlah dan variasi format yang tidak terbatas yang bisa diatur sesuai dengan kebutuhan komunikasi bisa dibuat pada komputer, sedangkan formulir jumlahnya terbatas dengan blok-

blok elemen data yang telah ditetapkan sebelumnya. Penggunaan '*windows*' dan sofwarenya memungkinkan pengguna mendesain formulirnya sendiri pada layar, dan setiap elemen desain bisa diubah dengan menggunakan '*mouse*', jari (pada layar sentuh), ataupun tombol *keyboard*.

Teknologi komputer sekarang memungkinkan bagian gawat darurat, dan lokasi lainnya untuk memulai proses *admission* secara elektronik dan memberikan data dalam format yang diinginkan oleh tempat-tempat tersebut. Sekarang pasien datang ke tempat Dokter dengan '*smart card*' yang berisi identifikasi, asuransi dan bisa juga informasi medis sehingga data tersebut langsung masuk ke proses admision bersamaan dengan riwayat klinisnya. Tidak diperlukan formulir atau entri layar, atau layar-layar di tempat *admission* hanya menayangkan *prompt* untuk data yang belum ada pada pasien tertentu. Begitu pasien telah diterima, dokter bisa menggunakan layar yang berisi menu '*pulldown*' untuk memilih entri atau pemetikan data yang diperlukannya.

Sistem seperti ini memerlukan konstruksi elemen data dengan kontrol dan '*override*' (cara mengatasi kalau terjadi eror). Sementara bagian *admission* diizinkan meng-overade sebuah *prompt* yang memerlukan data tertentu, maka data tersebut harus diperoleh kembali kalau penting sekali. Sebuah laporan mengenai data yang tidak lengkap akan muncul pada jam tertentu- biasanya pada hari terakhir, atau pemrosesan *discharge* tidak bisa dilakukan tanpa adanya entri data tersebut. Dokter yang memasukkan riwayat penyakit atau hasil pemeriksaan fisik bisa diharuskan untuk berespons terhadap suatu elemen data minimum sebelum ia bisa '*exit*' dari sistem. Jadi desain formulir telah bergeser tidak hanya ke format layar komputer tapi juga ke desain logika komputer.

2. Hasil Cetakan

Printout ini adalah hasil cetakan dari komputer, yang bisa berupa salinan data yang diperlukan, catatan, atau laporan yang berisi data yang telah diolah menjadi informasi yang berguna. pertimbangan dengan *printout* adalah kerahasiaan informasi di dalam *printout*, retensi data di dalam sistem komputer, bentuk-bentuk alternatif penyimpanan.

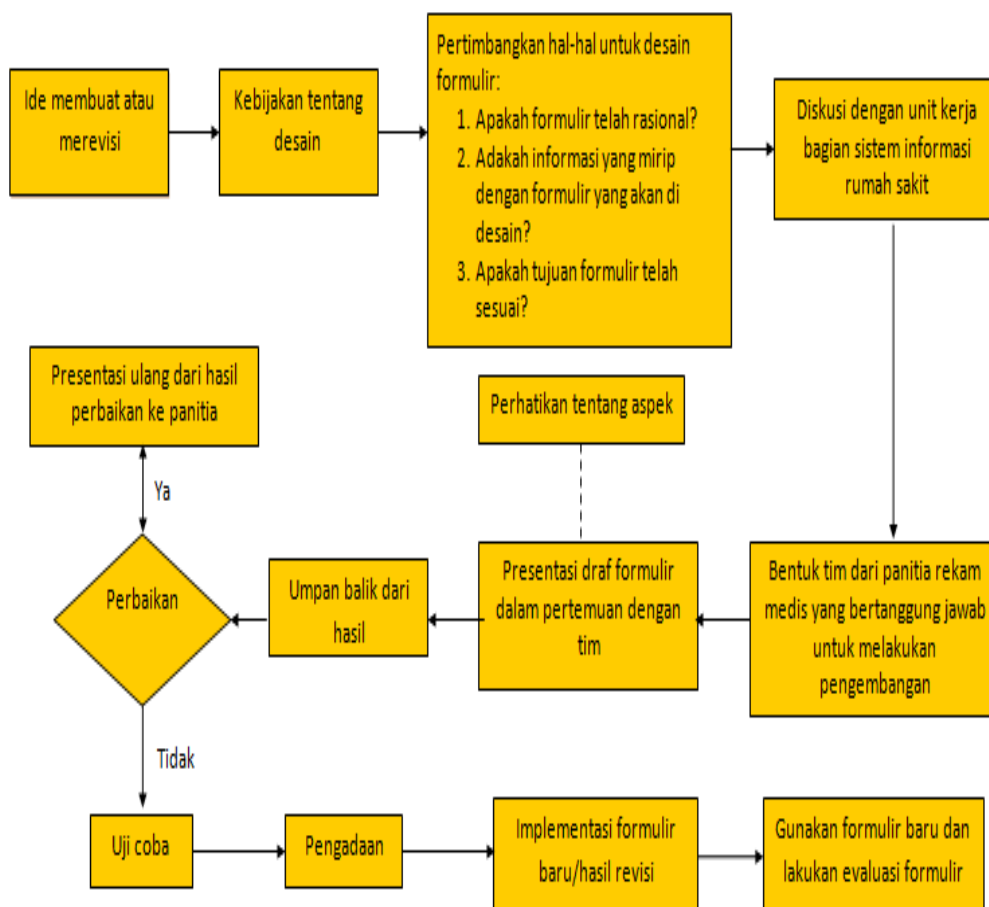
Desain bentuk-bentuk *printout* juga merupakan faktor penting, sehingga layar komputer dapat menayangkan data dalam bentuk seperti tabel, urutan tayangan layar, atau grafik. Sehingga hasil *printout* sesuai dengan keinginan Pengguna.

D. ALUR PROSES DAN PROSEDUR DESAIN FORMULIR

Mahasiswa sekalian, kita sudah mempelajari bagaimana cara mendesain formulir yang baik. Pada pelaksanaannya kita juga perlu memahami alur pembuatan desain formulir dimulai dari adanya ide untuk membuat atau memperbaiki formulir. Tahap selanjutnya analisis

formulir tentang isi dan tujuannya. Untuk keberhasilan desain formulir dibentuk sebuah tim yang bertanggung jawab dalam proses tersebut. kemudian Presentasikan formulir dalam sebuah rapat. Apabila tidak ada masukan maka formulir siap untuk digandakan, tetapi apabila desain belum disetujui, maka formulir yang ada direvisi lagi dan presentasi ulang sampai dengan mendapatkan kesepakatan dari manajemen. Setelah proses tersebut formulir siap untuk digandakan.

Untuk lebih jelasnya di bawah ini adalah alur desain formulir yang disajikan pada **Gambar 2.6.**



Sumber: Bahan Ajar Desain Formulir Rekam Medis UGM, 2013

Gambar 2.6 Alur desain formulir

Mahasiswa yang berbahagia, demikian pembahasan tentang desain formulir. Semoga kita dapat mempraktekkan dalam bekerja di unit rekam medis, khususnya tugas yang berkaitan dengan desain formulir.

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Sebutkan aturan desain yang digunakan agar pengisian formulir-formulir seragam dan konsisten!
- 2) Jelaskan aturan yang digunakan agar formulir mudah untuk diisi!
- 3) Jelaskan mengapa aturan desain formulir harus mengetahui tujuan formulir terlebih dahulu!
- 4) Jelaskan pertimbangan konstruksi formulir kertas!
- 5) Jelaskan dua pertimbangan utama pada pengumpulan data dan pelaporan informasi melalui komputer!

Petunjuk Jawaban Latihan

Saudara mahasiswa untuk memudahkan anda dalam mengerjakan Anda dapat mempelajari materi-materi tentang Prinsip dasar perancangan formulir kertas dan berbasis komputer.

- 1) Aturan pedoman untuk menjamin agar pengumpulan dan interpretasi data konsisten.
- 2) Aturan perancangan formulir secara sederhana
- 3) Untuk melakukan standarisasi, identifikasi dan panduan, memfasilitasi dokumentasi dan pengambilan keputusan serta menetapkan konsistensi pengumpulan data, pelaporan dan analisisnya.
- 4) Pertimbangan dalam konstruksi formulir kertas yaitu:
 - a. Menciptakan 'Master'
 - b. Bangunan Fisik Formulir
 - c. Tinta
 - d. Kertas
 - e. Karbonisasi
 - f. Cara-cara menduplikasi
- 5) Pertimbangan dalam konstruksi formulir komputer yaitu:
 - a. Format layar
 - b. Hasil Cetak

Ringkasan

1. Sebuah formulir harus didesain untuk memenuhi tujuan penggunaannya serta memenuhi aturan desain formulir meliputi:
 - a. Buatlah rancangan dengan memikirkan pengguna
 - b. Pelajari tujuan dan pemakaian formulir
 - c. Rancanglah formulir sesederhana, hilangkan data atau informasi yang tidak diperlukan.
 - d. Gunakan terminologi standar untuk semua elemen data, atau gunakan definisi-definisi, beri label semua informasi.
 - e. Aturan urutan item-item data secara logis.
 - f. Masukkan pedoman untuk menjamin agar pengumpulan dan interpretasi data konsisten.
2. Pertimbangan khusus desain Formulir kertas yaitu sebagai berikut:
 - a. *Heading*, mencakup judul dan informasi mengenai formulir,
 - b. *Introduction*, bagian pendahuluan ini menjelaskan tujuan formulir,
 - c. Instruksi umum, harus singkat dan berada pada bagian atas formulir,
 - d. *Body* merupakan bagian formulir yang disediakan untuk kerja formulir yang sesungguhnya pengelompokan, pengurutan, dan penyusunan tepi (*aligning*) yang sepantasnya, pertimbangan juga harus diberikan untuk *margins*, *spacing*, *rules*, *type styles*, dan cara pencatatan,
 - e. *Close*, merupakan ruangan untuk tanda tangan, autentikasi atau persetujuan,
3. Pertimbangan khusus konstruksi formulir kertas mencakup : pembuatan master, bentuk fisik, formulir, tinta, kertas, karbonisasi dan cara duplikat.
4. Pertimbangan khusus desain formulir komputer, terdapat dua pertimbangan utama pada pengumpulan data dan pelaporan informasi melalui komputer, format atau *layout* layar, dan hasil cetakan.

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Bagian formulir yang disediakan untuk kerja formulir yang sesungguhnya adalah
 - A. *Spacy*
 - B. *Instruction*
 - C. *Heading*

- D. *Introduction*
 - E. *Body*
- 2) Petunjuk singkat yang menunjukkan siapa harus mengisi formulir tersebut serta informasi tambahan lain yang diperlukan harus tersedia. Tampilan layar seringkali terpisah dari ruang isian dan terletak di atas formulir. Identifikasi formulir dan distribusi copian perlu ditunjukkan. Jika memerlukan petunjuk yang sangat lengkap dan spesifik dapat pula diletakkan di lembar terpisah atau di belakang formulir. Jika hal tersebut dilakukan maka harus ada acuan dimana petunjuk pengisian tersebut didapatkan dan terletak di depan formulir. Hal tersebut termasuk aturan desain dari aspek
- A. Aturan urutan item-item data secara logis.
 - B. Aturan formulir secara sederhana.
 - C. Aturan perancangan dengan orientasi pengguna formulir.
 - D. Aturan tujuan dan pemakaian formulir
 - E. Aturan pedoman untuk menjamin pengumpulan dan interpretasi.
- 3) Komponen utama terakhir dalam formulir berbasis kertas adalah.....
- A. *Close*
 - B. *Nomor dokumen*
 - C. *Autentifikasi*
 - D. *Spacing*
 - E. *Heading*
- 4) Lima komponen utama biasanya ada pada formulir kertas, yaitu *heading*, *introductions*, *instructions*, *body* dan *close*. Komponen formulir ini berkaitan dengan pengelompokan, pengurutan, dan penyusunan tepi (*aligning*) yang sepantasnya, juga pertimbangan untuk *margins*, *spacing*, *rules*, *type styles*, dan cara pencatatan. Berdasarkan pernyataan tersebut komponen formulir yang dimaksud adalah
- A. *heading*
 - B. *introduction*
 - C. *instructions*
 - D. *body*
 - E. *close*

- 5) Pada desain formulir kertas, terdapat pertimbangan konstruksi. Hal- hal ini mencakup: pembuatan master, bentuk fisik, formulir, tinta, kertas, karbonisasi dan cara duplikasi. Selain itu terdapat lima sifat fisik kertas yang perlu dipertimbangkan dalam mendesain formulir, antara lain: weight, grade, grain, finish, dan color, sifat-sifat ini berhubungan dengan permanency, durability, mutu penulisan kertas, keterbacaan dan pembuatan microfilm. Sifat-sifat yang berhubungan dengan berapa lama kertas dapat disimpan dan kesanggupan seseorang untuk mengelola kertas berkali-kali secara berturut-turut adalah
- A. *Durability* dan keterbacaan
 - B. Keterbacaan dan *permanency*
 - C. *Durability* dan *permanency*
 - D. Mutu penulisan dan *durability*
 - E. *Permanency* dan *durability*

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A
- 2) D
- 3) D
- 4) C
- 5) B

Tes 2

- 1) E
- 2) E
- 3) A
- 4) D
- 5) E

Glosarium

Otorisasi	: Hak atau kekuasaan yang diberikan kepada seseorang untuk melaksanakan tugas tertentu atau menggunakan sistem dan data yang tersimpan di dalamnya.
Autentikasi	: Proses, cara, perbuatan membuktikan sesuatu secara sah, asli, atau dapat dipercaya.
Rontgen	: Alat yang menggunakan sinar X yang dapat menembus bagian-bagian dalam tubuh, digunakan untuk menunjang penegakan diagnosis penyakit.
USG	: <i>Ultrasonography</i> , pencitraan struktur dalam tubuh dengan mencatat gema gelombang ultrasonik yang diarahkan ke dalam jaringan dan dipantulkan oleh bidang jaringan yang menghasilkan perubahan densitas.
Specimen	: Sampel atau bagian kecil yang diambil untuk memberikan gambaran sifat keseluruhannya, seperti sedikit urine (untuk analisis) atau fragmen kecil jaringan (untuk pemeriksaan mikroskopik)
ICD-9-CM	: <i>International Classification of Procedure 9th Revision Clinical Modification</i> , yaitu buku panduan klasifikasi internasional untuk prosedur atau tindakan medis.
ICD-10	: <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision</i> , yaitu buku panduan klasifikasi internasional untuk penyakit dan masalah yang berkaitan dengan kesehatan seseorang.
Tracer	: Alat yang digunakan untuk mencatat keterangan dokumen rekam medis yang diambil dari tempat penyimpanannya karena keperluan tertentu, digunakan untuk memudahkan pengusutan lokasi keberadaan dokumen rekam medis.
Terminologi	: Ilmu tentang peristilahan (tentang kata-kata).
Mikrofilm	: Film yang memuat rekaman foto bahan tertulis, tercetak, dan sebagainya dalam ukuran yang sangat kecil.
Prosedur	: Tahap kegiatan untuk menyelesaikan suatu aktivitas.

Daftar Pustaka

AHIMA. 2006. Health Information Management and Technologi. Chicago: Illinois.

Budi, Savitri Citra. 2013. modul Desain Formulir Rekam Medis. Yogyakarta: Tidak diterbitkan.

Hufman, Edna K. 1994. Health Information Management. Physician Record Company. Chicago, Illinois.

Indradi, Rano. 2017. Rekam Medis .Tangerang Selatan. Universitas Terbuka.

Journal of AHIMA. 2006. The Value of Personal Health Records. A Joint Position Statement for Consumers of Health Care. Oktober.

Bab 4

PENGENDALIAN FORMULIR REKAM MEDIS

Imelda Retna Weningsih

Pendahuluan

Pernahkah Anda mendengar istilah pengendalian? Banyak aktivitas dalam suatu organisasi yang tidak efektif, 'semrawut', tidak jelas alur kerjanya, tidak jelas tanggungjawabnya, sehingga kegiatan utama menjadi terhambat. Apa permasalahannya? Bisa dipastikan karena sistem kendalinya lemah. Sistem pengendalian perlu dibangun agar dapat memastikan bahwa proses kegiatan tidak menyimpang dari tujuan semula.

Saudara Mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, ketahuilah bahwa formulir maupun program komputer dirancang agar mempercepat komunikasi. Anda akan melihat didalam formulir maupun program komputer digunakan untuk proses pengumpulan data, pemrosesan data-data medis, keuangan, administrasi dan data operasional dalam fasilitas asuhan kesehatan, yang sangat penting. Menurut Huffman (1994:247) bahwa tidak efisiennya dalam perancangan formulir, pemeliharaan, dan kontrol pembiayaan bisa terjadi karena besarnya jumlah formulir yang digunakan oleh banyaknya pengguna dengan kebutuhan yang berbeda.

Perlu para mahasiswa pahami, perancangan formulir yang tidak terencana dengan baik akan membuat beberapa kesalahan dan penyimpangan dari tujuan. Oleh karena itu, Seorang Direktur perlu menunjuk seseorang yang dapat bertanggungjawab untuk memastikan bahwa setiap formulir dapat melayani kebutuhan pengguna, pemeliharaan terhadap formulir yang penting, dan semua formulir yang siap digunakan bagi setiap pengguna.

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, pengendalian formulir rekam medis merupakan aktivitas yang harus Anda lakukan secara terus menerus dan secara rutin Anda lakukan. Aktivitas tersebut akan memudahkan Anda dalam berupaya

pencegahan secara dini, bila terjadi pemakaian formulir yang menyimpang dari aturan atau prinsip dasar. Jika Anda seorang praktisi Informasi Kesehatan yang bertugas sebagai manajer formulir perlu disiapkan sebagai penanggungjawab penuh untuk mengelola inventarisasi, pemesanan dan penyimpanan formulir kertas. Seorang manajer informasi kesehatan juga bertanggungjawab dalam *input* dan *ouput* komputer. Ketersediaan *desktop software publishing* memungkinkan hampir siapa saja boleh melakukan perancangan formulir secara profesional.

Saudara mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, untuk memahami materi pada bab ini lebih mendalam, maka Anda harus mempelajari 2 (dua) topik dalam bab ini, untuk topik satu mengajak Anda untuk mengerti tentang Identifikasi formulir rekam medis, berikutnya Anda perlu memahami bagaimana melakukan inventarisasi formulir, dan topik kedua memperdalam pengendalian formulir rekam medis dengan memahami tentang ruang lingkup pengendalian rekam medis.

Topik 1

Identifikasi Formulir Rekam Medis

Para mahasiswa, program percepatan pendidikan perguruan tinggi, sebelum membahas lebih lanjut tentang identifikasi formulir rekam medis, coba Anda ceritakan kembali pengetahuan atau pengalaman Saudara sebagai staf rekam medis. Apa yang Anda lihat pada perwajahan formulir rekam medis di pelayanan kesehatan atau di Rumah Sakit Anda? Silakan isi pada kolom yang tersedia :

A. PENGERTIAN IDENTIFIKASI (FONT: CALIBRI, SIZE 12)

Para Mahasiswa, setiap kali Anda mendengar berita kejahatan, korban bencana alam, korban pesawat jatuh dan lain sebagainya. Apa yang Anda pikirkan? Anda akan bertanya siapa korbannya? Bagaimana ciri-cirinya? Terkadang menurut si pembawa berita belum 'teridentifikasi' korbannya.

Saudara, istilah identifikasi sering Anda dengar dalam keseharian kita bukan? Lalu apa artinya identifikasi itu sendiri? Identifikasi tidak hanya ada atau melekat pada makhluk hidup saja. Dalam kotak diatas yang telah Anda isi, Anda berusaha ingin mengenal suatu benda (formulir rekam medis) yang sudah Anda amati. Suatu benda dan atau makhluk hidup biasanya dikenal dari ciri-ciri, tanda-tandanya, kebiasaan hidupnya dan atau rutinitas hidupnya dan lain sebagainya.

Para mahasiswa program percepatan pendidikan tenaga kesehatan, dalam kamus bahasa Indonesia edisi 4 (empat), Departemen Pendidikan Nasional, 2008..menuliskan 3 (tiga) arti kata indentifikasi, yaitu

1. Tanda kenal diri; bukti diri;
2. Penentu atau penetapan identitas seseorang, benda, dan sebagainya;

3. *Psi* proses psikologi yang terjadi pada diri seseorang karena secara tidak sadar dia membayangkan dirinya seperti orang lain yang dikaguminya, lalu dia meniru tingkah laku orang yang dikaguminya itu;

Dari arti kata identitas yang diambil pada kamus tersebut maka Anda bisa menentukan atau membedakan antara benda dan atau makhluk hidup yang satu dengan yang lainnya. Maka, Anda perlu ‘penetapan’ atau pencirian terhadap benda tersebut, sehingga Anda atau orang lain dengan mudah dapat membedakannya. Untuk membedakannya Anda perlu memberikan suatu tanda pengenal sebagai bukti diri pada benda tersebut. Bukti diri atau tanda pengenal yang Anda tetapkan harus yang unik sehingga tidak terjadi duplikasi identitas diri.

B. TUJUAN

Saudara mahasiswa, Informasi identifikasi adalah sangat penting untuk membedakan benda dan atau makhluk hidup yang satu dengan yang lainnya. Perlunya identifikasi yang harus mengandung kecukupan informasi dan unik untuk membedakannya sehingga tidak saling tertukar satu dengan yang lainnya. Sehingga identifikasi yang akan Anda pelajari dalam bab ini, mempunyai tujuan:

1. Penentuan (Pemberian label) identitas suatu benda dan atau makhluk hidup
2. Membedakan suatu benda dan atau makhluk hidup yang satu dengan yang lain
3. Untuk membuat suatu pengelompokan atau klasifikasi berdasarkan ciri khas suatu benda dan atau makhluk hidup.
4. Memudahkan penyimpanan atau inventarisasi

Setelah Anda mengetahui dari beberapa tujuan dilakukannya identifikasi maka barulah Anda akan mengerti dan menyadari bahwa identifikasi sangat wajib untuk dilakukan pada formulir-formulir yang telah Anda cetak dan diberlakukan di pelayanan kesehatan untuk pengendalian keluar masuknya formulir di sarana pelayanan kesehatan.

C. INVENTARISASI FORMULIR

Para mahasiswa program percepatan pendidikan tenaga kesehatan, awal pendahuluan Anda telah diinformasikan bahwa perancangan Formulir baik manual maupun elektronik bertujuan sebagai alat komunikasi data dan untuk mempercepat komunikasi dalam manajemen. Maka diperlukan sistem perancangan dan pengendalian formulir untuk

memastikan bahwa setiap formulir dapat melayani kebutuhan sesuai kehendak pengguna, pentingnya memelihara formulir dan formulir siap sedia digunakan oleh pengguna.

Jika Anda belum mempunyai sistem atau program komputerisasi dalam pengendalian formulir kertas, maka langkah awal program pengendalian formulir kertas yang harus dilakukan adalah menyusun inventarisasi formulir kertas.

Berbicara tentang inventarisasi, adakah diantara para mahasiswa yang tahu apa arti dari inventarisasi? Inventarisasi merupakan proses membuat suatu katalog untuk satu set dari item-item atau suatu aset. Demikian pula dari suatu Format atau formulir mengacu pada pengorganisasian informasi dalam catatan kesehatan; kemungkinan ada banyak formulir dan kebanyakan fasilitas menggunakan kombinasi format. Oleh karena itu perlunya Anda membuat program pengendalian formulir dengan melakukan inventarisasi formulir.

Perlu saudara mahasiswa ketahui, bahwa Inventarisasi formulir adalah proses pengumpulan dan strategis penamaan dan penomoran semua dokumen/formulir yang ditujukan untuk menjadi bagian dari catatan kesehatan legal. Sehingga setiap professional MIK harus melestarikan setiap dokumen formulir tersebut.

Saudara mahasiswa, menurut Huffman (1994: 266) penyusunan inventarisasi formulir kertas perlu dilestarikan dan tetap dijaga agar formulir selalu *up to date* setiap waktu. Huffman juga menegaskan bahwa Inventarisasi formulir berisi dokumen riwayat sebuah formulir dan file subyek/judul formulir, yang akan kita bahas berikut ini.

1. Dokumen Riwayat Formulir

Para mahasiswa program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, jika Anda mempunyai berbagai macam formulir, apa yang akan Anda lakukan dengan formulir-formulir tersebut jika Anda ingin tahu kapan pembuatannya? Atau Anda ingin tahu formulir itu diusulkan oleh siapa? Anda perlu mempunyai sebuah buku catatan mengenai hal-hal yang dapat menjawab pertanyaan diatas.

Para mahasiswa program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, singkatnya Anda harus membuat daftar riwayat dari asal usul formulir atau pendokumentasian riwayat formulir. Oleh karena itu sebaiknya dokumen riwayat formulir mengandung gambaran yang lengkap tentang seluruh formulir yang tercetak di dalam sebuah organisasi. Dimulai dari awal Anda memulai perancangan formulir sampai dengan keadaan formulir saat ini. Formulir-formulir harus diinventarisasi sesuai dengan urutan penomoran yang digunakan untuk mengidentifikasi formulir-formulir yang ada. Anda perlu mempersiapkan cara membuat dokumen/file riwayat formulir dengan membuat sebuah folder untuk menyimpan setiap formulir dengan pengarsipan sesuai nomor formulir sebagai identitas uniknya.

Saudara mahasiswa, persiapan Anda dalam membuat setiap folder sebaiknya berisi hal-hal yang mengandung :

- a. Salinan edisi terakhir formulir yang dibuat dengan seluruh edisi pembuatan formulir sebelumnya (disimpan secara berurutan sesuai kronologisnya).
- b. Setiap rancangan yang menunjukkan tingkat perkembangan formulir disertai korespondensi/catatan-catatan yang berkaitan dengan pengembangan formulir. Catatan yang Anda buat disertakan diatas cetakan perubahan formulir.
- c. Salinan surat perintah/rekomendasi yang mengesahkan penggunaan formulir tersebut. Surat rekomendasi dari yang berwenang And fotocopy dan dilampirkan diatas formulir yang akan Anda cetak.
- d. Surat permintaan asli untuk persetujuan pembuatan formulir dan setiap permintaan/permohonan untuk revisi disertai nama-nama semua unit yang terkait menggunakan formulir tersebut beserta frekuensi penggunaannya.
- e. Bukti yang berhubungan dengan persetujuan akhir untuk pencetakan atau perbanyakkan dan penerbitan formulir baru. Biasanya dalam bentuk Disposisi.
- f. Catatan semua tindakan yang dilakukan terhadap formulir, termasuk referensi silang yang merujuk ke file subyek/judul

Para mahasiswa, Anda perlu melakukan pengendalian formulir yang baik, file riwayat formulir harus Anda review secara konsisten dan diperbaharui. Perlu Anda perhatikan baik-baik, Huffman menegaskan bahwa folder yang berisi formulir yang telah dihentikan dan tidak berlaku lagi harus dikeluarkan dari semua file aktif secara berkala dan diberi tanda khusus kemudian diletakkan didalam file riwayat penghentian yang terpisah, selama waktu yang ditentukan sesuai jadwal penyimpanan yang berlaku pada Organisasi tersebut.

2. File Subyek/Judul Formulir

Para mahasiswa, perlu Anda catat baik-baik, bahwa isi inventarisasi yang kedua adalah File subyek/judul formulir, hal ini telah diungkapkan oleh Huffman. Anda bisa membuat inventarisasi judul-judul formulir untuk menyediakan mekanisme dan menghubungkan formulir-formulir yang saling berkaitan. Satu salinan dari setiap formulir diklasifikasikan menurut tujuannya dan ditempatkan didalam folder subyek/judul formulir. Hal ini mempunyai tujuan dalam pembuatan file judul formulir.

Adapun tujuan utama pembuatan file subyek/judul adalah

- a. Menghindari pembuatan formulir baru, apabila formulir yang ada bisa direvisi dan bisa memenuhi kebutuhan
- b. Mendeteksi formulir-formulir yang mungkin perlu dihilangkan atau digabungkan dengan formulir yang sejenis

- c. Mengidentifikasi formulir yang harus dianalisa dan didesain ulang untuk suatu penyederhanaan dan penyeragaman format, nomenklatur, urutan item, penjarakan (spasi), ukuran dan sebagainya.
- d. Mengunggah adanya penelitian terhadap formulir sehubungan dengan system dan prosedur yang digunakan

Saudara mahasiswa, keterangan Huffman (1994) selanjutnya bahwa file subjek/judul tidak mudah untuk Anda kembangkan karena banyaknya kemungkinan judul yang bisa dipakai untuk beberapa formulir. Namun satu judul/subyek dapat dipilih dan formulir-formulir yang dapat Anda susun dibawah judul tersebut sehingga menghasilkan kartu-kartu referensi silang sebanyak yang diperlukan untuk menyatukan subyek-subyek dan memudahkan pencarian formulir.

File judul/subyek yang sudah Anda buat dapat dipakai sebagai file kontrol untuk digunakan pada saat melakukan analisa formulir pada suatu organisasi. Anda dapat melakukan pemeliharaan file subjek/judul dengan mudah jika menggunakan *software database* pada komputer.

Para mahasiswa, mari Anda simak pendapat Grzybowski (2014, AHIMA: 116) dalam bukunya *“Strategies for Electronic Document and Health Record Management”* menyatakan tentang praktik terbaik dalam inventarisasi formulir terkini yang di rekomendasikan, dari catatan yang ada akan memberikan manfaat berikut:

- a. Inventarisasi formulir memberi kemampuan untuk mengidentifikasi lokasi dan volume rekaman yang tersimpan dalam format kertas
- b. kemampuan untuk mengidentifikasi volume aktivitas dan jumlah ruang yang dibutuhkan untuk catatan yang tersimpan dalam format elektronik
- c. kemampuan untuk mengidentifikasi biaya yang berkaitan dengan penyimpanan, retensi, dan penghancuran rekaman
- d. kemampuan untuk mengidentifikasi kontrol keamanan yang diperlukan untuk melindungi informasi dalam catatan
- e. kemampuan untuk mengidentifikasi *masalah risiko* yang terkait dengan penyimpanan dan akses rekaman

Saat Anda akan menerapkan solusi EDMS (Sistem Pengelolaan Dokumen Elektronik), diperlukan usaha yang signifikan dalam melakukan inventarisasi dokumen elektronik, hal ini sangat penting untuk keberhasilan proyek tersebut.

Saudara mahasiswa, Program Percepatan Peningkatan Tenaga Kesehatan, perusahaan yang mulai bekerja dengan organisasi untuk membantu mengotomatisasi catatan pasien akan

mengalami penundaan dalam proyek ini jika persediaan formulir yang tepat tidak selesai pada saat proyek dimulai.

Perlu Anda ingat bahwa format dan persiapan dokumen untuk EMR adalah jalur waktu terpanjang dalam proses konversi dan harus mendahului langkah-langkah proyek lainnya. Jika Anda lakukan setelah fakta, bisa menyebabkan penundaan biaya tak terduga.

Saat Anda beralih ke EMR, ada ratusan, terkadang ribuan formulir cetak harus didesain ulang, dicetak ulang, diberi label, atau dijaga untuk mencetak sesuai permintaan dengan kode batang untuk memenuhi kebutuhan proyek. Desain proyek yang baik akan memberikan perencanaan, solusi, dan garis waktu yang memadai untuk mempersiapkan dan memformat ulang dokumen Anda.

Ingatlah Saudara mahasiswa program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, bahwa tujuan utama dari sebuah sistem pengelolaan dokumen elektronik dalam catatan kesehatan elektronik adalah untuk menyediakan sebuah respitor untuk mengakses semua dokumen dan data dengan mudah dalam kaitannya dengan kesehatan pasien dibandingkan dengan pasien yang tinggal. Namun, kemampuan untuk mengarsipkan dan pembersihan dokumen-dokumen ini sama pentingnya.

Pedoman dan metode penyimpanan dokumen yang digunakan untuk membersihkan dan menghancurkan dokumen yang dibuat secara elektronik atau yang dipelihara adalah topik perdebatan berat, termasuk ketidaksetujuan di komunitas layanan kesehatan mengenai apakah EHRs harus dihancurkan sama sekali.

Para mahasiswa, Program Percepatan Peningkatan Tenaga Kesehatan, dalam setiap lokasi rekaman yang tersimpan, elemen berikut harus Anda kumpulkan dan dimasukkan ke dalam inventaris catatan kesehatan legal baik yang disimpan dalam format kertas, elektronik, atau media alternatif seperti film, kaset, audio, kayu bulat, dan jenis lainnya pada non media kertas:

- a. rentang tanggal untuk volume rekaman, seperti Juli 1980 sampai Maret 1995
- b. jenis rekaman, seperti Rawat Inap, Day Surgery, Observation, Emergency, atau Dr.xxx Clinic
- c. Lokasi penyimpanan fisik atau sistem perangkat lunak, seperti Departemen Penyimpanan Mikrofis HIM Department, Basement, Building 2, Level 4, X Software system, Versi 1.0, sistem PACS XYZ, MPI, atau X System
- d. peralatan yang tercatat, seperti Movable File System atau Open Shelf Filling Racks
- e. volume catatan, seperti nomor X dari inci atau kaki linear, jumlah kotak X, jumlah X file, atau jumlah X byte
- f. manajer atau pemilik catatan menurut wilayah, termasuk nama dan informasi kontak

Para Mahasiswa, yang perlu Anda ketahui dari salah satu ahli, bahwa langkah-langkah dalam proses melakukan inventarisasi menurut Grzybowski (2014) mencakup :

- a. meninjau persediaan log, catatan, dan spreadsheet yang ada
- b. mengidentifikasi lokasi kertas dan catatan elektronik
- c. meninjau area penyimpanan, termasuk area di luar kantor, untuk melakukan persediaan fisik jika memungkinkan
- d. memperbarui atau membuat persediaan log, catatan, dan spreadsheet baru sesuai kebutuhan
- e. identifikasi pedoman retensi catatan yang spesifik untuk setiap jenis rekaman dan perbarui kebijakan penyimpanan catatan sesuai kebutuhan
- f. identifikasi catatan yang perlu dibersihkan atau dimusnahkan dan identifikasi mekanisme untuk membersihkan atau menghancurkan rekaman
- g. perbarui persediaan setelah menghancurkan catatan

Selanjutnya, para mahasiswa Program Percepatan Peningkatan Tenaga Kesehatan, Grzybowski, (2014, p.100) juga membuat tahapan proses inventarisasi. Ada tiga tahap ke bentuk proses inventarisasi formulir:

- a. Buat daftar induk dan kumpulkan contoh semua dokumentasi atau bentuk klinis yang ada
- b. Mengembangkan konvensi penamaan dan jumlah serta membuat elemen desain standar untuk formulir
- c. Mendesaian ulang dan memformat ulang dokumen dalam persiapan implementasi EDMS

Tahap Satu : Pengumpulan Form

Saudara, para mahasiswa, untuk menyelesaikan tahap 1 (satu), Anda harus melakukan langkah-langkah berikut:

1. Tentukan apakah ada daftar yang ada atau sebagian daftar formulir yang digunakan dalam dokumentasi klinis tersedia
2. Mulailah Saudara membuat daftar inventaris formulir kumulatif. Daftar ini akan mencakup jenis dokumen seperti berikut ini:
 - a. Formulir pracetak yang dipesan atau diterima dari sumber eksternal seperti akte kematian dan kelahiran atau formulir transfer ambulans
 - b. Formulir yang dicetak atau dirancang secara internal di fasilitas seperti formulir persetujuan atau otorisasi yang disesuaikan

- c. Formulir yang dibuat atau dicetak melalui individu atau departemen, termasuk dokumen pengolah kata yang dihasilkan, seperti formulir pengajaran dan pendidikan atau formulir catatan kemajuan yang disesuaikan
 - d. Bentuk yang diproduksi dalam bentuk peralatan fashion output mekanis seperti monitor jantung melacak laporan atau strip telemetri
 - e. Formulir atau dokumen output secara elektronik yang diproduksi secara elektronik di sistem sumber lain seperti perintah dokter, grafik input-output perawatan atau catatan rehabilitasi
3. Saudara perlu mengumpulkan, dalam master binder sampel dari setiap formulir yang digunakan dalam catatan kesehatan. Jangan kumpulkan salinan elektronik; alih-alih mengumpulkan salinan cetakan yang sebenarnya dari setiap formulir, karena penting saat meninjau format formulir untuk melihat salinan fisik seperti yang terlihat saat dicetak dibandingkan tampilannya pada tampilan antarmuka pengguna grafis (GUI: *graphical user interface*).
 4. Telusuri fisik setiap departemen untuk mencari bentuk tambahan yang dapat disimpan secara lokal di departemen atau unit; Juga cari area penyimpanan untuk formulir yang dibuang, tidak bermasalah, atau tidak terpakai. Pencarian ini mungkin benar-benar membuka laci dan lemari.
 5. Saudara, perlu mengumpulkan contoh formulir yang baru Anda temukan
 6. Mengatur formulir menjadi pesanan berurutan untuk penyimpanan catatan kesehatan yang diarsipkan akhir. Organisasi urutan sekuensial ini setara dengan daftar perakitan yang digunakan oleh teknisi MIK selama rangkaian tugas pelepasan tidak lengkap.
 7. Log semua formulir dan identifikasi bentuk yang sesuai, termasuk nama dan nomor, ke inventaris yang Anda buat.

Tahap Dua : Konvensi Penamaan dan penomoran

Setelah Anda membuat log dari bentuk saat ini Nama dan nomor, banyak fasilitas memilih untuk memberi nomor baru dan mengganti nama semua bentuk, untuk membuat konvensi yang konsisten dan terstandarisasi untuk nama dan nomor ID. Saat melakukan inventarisasi, dapat Anda temukan:

1. Bentuk duplikat yang memiliki nomor yang sama
2. Sebuah formulir tunggal dengan beberapa nomor yang ditugaskan untuk itu
3. Beberapa bentuk yang berbeda berbagi nomor yang sama
4. Bentuk yang tidak memiliki nomor sama sekali

Desain dan inventaris yang buruk dapat menghasilkan EHR yang tidak teratur dan mengganggu alur kerja.

Untuk memperbaiki situasi ini, setiap bentuk yang berbeda harus memiliki nomor identifikasi yang unik. Yang harus Anda lakukan untuk menerapkan logika konvensi penggantian nama, sebuah fasilitas dapat menghitung formulir ini dengan menggunakan huruf **awal P** untuk mengkategorikan semua catatan kemajuan, **Huruf H** untuk semua jenis dokumen sejarah dan jenis fisik, dan seterusnya. Sebagai alternatif, Anda dapat menggunakan nomor yang ditetapkan untuk mewakili jenis formulir, sumber formulir, departemen klinis di mana formulir digunakan, atau pemilahan dan pengembangan logis lainnya yang masuk akal secara internal untuk fasilitas ini.

Contoh log pada Tabel 4.1 mengilustrasikan contoh log inventarisasi formulir termasuk elemen yang harus dikumpulkan relatif terhadap setiap form.

Tabel 4.1 Contoh log inventarisasi formulir

Fasilitas	Cantumkan Dokumen yang ditetapkan sebagai fasilitas catatan hukum kesehatan untuk pengungkapan hukum rutin, langkah awal penemuan				
Tipe kunjungan					
Nama dokumen Nama Laporan Kumpulan Data	ID dokumen	Tab atau folder	Lokasi penggunaan	Sistem sumber	Komentar
Berikut adalah contoh nama dokumen :					
Arahan lanjutan					
IGD					
Persetujuan					
e-mail dan pesan					
Lembar muka					
Daftar Masalah					
Kelanjutan perawatan data					
Laporan pencitraan diagnostik					
Bagan alur					
Konsultasi					

Laporan laboratorium					
Administrasi obat					
Kumpulan data minimum					
Catatan kedokteran					
Dokumentasi keperawatan					
Grafik keperawatan					
Laporan operasi					
Catatan- Penilaian psikologi					
Catatan kemajuan dokter					
Permintaan dokter					
Keuangan					
Catatan					
Rekaman eksternal					

Sumber Data: Grzybowski, Darice, 2014.

Para mahasiswa, Program Percepatan Peningkatan Tenaga Kesehatan, berikut ini adalah daftar elemen yang merupakan kunci untuk gambar 5.2:

1. ID dokumen adalah panjang bidang yang akan ditentukan oleh vendor EDMS untuk mengidentifikasi masing-masing dokumen secara unik. Contoh ID atau nama dokumen mungkin M1023-DS atau OB-1023-SS. Di M1023-DS, M mungkin menunjukkan bentuk medis, 1023 mewakili nomor formulir, dan DS singkatan dari ringkasan debit. Dalam OB-1022-SS, OB bisa menunjukkan bentuk obstetris, 1012 dapat mewakili tanggal formulir yang mulai digunakan (Oktober 2012), SS dapat menunjukkan bahwa bentuknya berbentuk satu sisi. Arti dari karakter yang berbeda adalah fasilitas yang spesifik dan

harus konsisten dari bentuk ke bentuk, yang menjelaskan mengapa melakukan inventarisasi formulir di semua bentuk secara simulatif memungkinkan pandangan global tentang konvensi penamaan.

2. Tab atau folder mengacu pada bagian atau kategori urutan bagan elektronik dalam kumpulan EDMS di mana formulir atau dokumen tertentu diajukan. Misalnya, foto sinar-X dada dan laporan pencitraan nuklir dapat diajukan di bawah kategori atau tab yang disebut Hasil Radiologi. Dengan menugaskan setiap formulir ke tab atau folder yang sesuai, catatan kesehatan elektronik dipelihara dan catatan kesehatan legal dibuat secara logis.
3. Lokasi kolom penggunaan digunakan untuk menunjuk departemen, layanan, atau penyedia yang akan menjadi pengguna utama formulir. Misalnya, Bagian Pediatri, Layanan Onkologi, atau Dr. Wilson semua akan menjadi entri yang sesuai di bidang ini.
4. Sistem sumber digunakan terutama bila dokumen atau formulir dihasilkan dalam aplikasi elektronik lain atau bila dokumen berasal dari vendor eksternal atau dihasilkan sebagai hasil penggunaan peralatan tertentu. Contohnya termasuk jalur telemetri, sistem dokumentasi Cilinical, dan Biometric Pacemaker ID456.

Beberapa fasilitas juga akan memasukkan field tambahan ke dalam log ini seperti item berikut:

1. Akronim dokumen dapat ditambahkan jika nama lengkap dokumen terlalu panjang untuk ditempatkan di dalam bidang identifikasi yang digunakan pada dokumen
2. Informasi kontak pemilik dapat ditambahkan untuk mengidentifikasi pemilik yang bertanggung jawab terhadap form, yang akan dihubungi jika terjadi masalah atau perlu memperbarui informasi pada formulir.
3. Tanggal mulai dan berhenti untuk setiap formulir membantu identifikasi fasilitas saat dokumen mulai digunakan atau tidak digunakan lagi.

Tahap Tiga : Mendesain ulang dan memformat ulang dokumen

Para mahasiswa, Anda dapat mendesain ulang dokumen biasanya mengacu pada modifikasi isi dokumen, yang meminta masukan multidisipliner, umumnya melalui komite formulir, sebelum melakukan finalisasi atas setiap perubahan. Mendesain ulang bentuk dapat dilakukan selama proses inventarisasi atau pembuatan ulang bentuk dapat ditangani secara terpisah dari persediaan dan dimulai sebelum tanggal mulai EDMS.

Saudara mahasiswa program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, perubahan isi ada kemungkinan sesuai dengan keadaan situasi di sarana pelayanan kesehatan berikut:

1. Mengakui bahwa lebih dari satu dokumen berisi informasi serupa atau sama. Misalnya, jika riwayat bedah terdahulu didokumentasikan di lima lokasi berbeda dalam catatan, pertimbangkan untuk menghilangkan bidang yang redundan. Manfaat dari jenis perubahan ini mencakup peningkatan kinerja dan penghematan tenaga kerja, serta merancang dokumentasi yang lebih ringkas.
2. Menyadari bahwa informasi mungkin tidak perlu lagi dikumpulkan. Sebagai contoh, anggaplah bahwa sebuah fasilitas mendokumentasikan informasi untuk mengumpulkan data tentang topik tertentu untuk sebuah proyek penelitian klinis, seperti riwayat merokok pasien. Selanjutnya anggaplah bahwa studi klinis yang menggunakan data ini sudah tidak aktif lagi. Kita bisa berhenti mengumpulkan data dan menghilangkan bidang data yang tidak lagi akan digunakan.
3. Mengakui bahwa informasi itu tidak valid lagi. Misalnya, formulir dapat merujuk ke peralatan yang tidak lagi digunakan atau mungkin mencantumkan nomor telepon atau alamat klinik yang tidak lagi beroperasi. Hapus item ini untuk menghemat ruang dan waktu dan untuk memperbaiki integritas data dokumen.
4. Menyadari bahwa tata letak konten tidak lagi sesuai dengan alur kerja. Misalnya, jika sebuah dokumen mensyaratkan bahwa satu bagian diisi sebelum yang lain, namun fasilitas tersebut telah mengubah urutan tugas, bidang dokumentasi perlu diatur ulang.

Format ulang dokumen mengacu pada redesain struktur fisik format dan tata letak bidang data pada formulir. Situasi berikut, antara lain, dapat mendorong pemformatan ulang:

1. Kurangnya posisi standar seperti bagian atas, bawah, kiri, tengah, dan kanan untuk berbagai elemen data mungkin perlu ditangani. Variasi dalam posisi dapat memperlambat proses pengecekan kualitas. Standar struktur desain dan penentuan elemen data penting untuk desain bentuk yang baik.
2. Kurangnya identifikasi data pada dokumen elektronik yang pada akhirnya perlu dicetak bisa menjadi masalah dan menyebabkan hasil cetak tidak sengaja dikaitkan dengan pasien atau episode perawatan yang salah. Bekerja dengan berbagai vendor untuk memastikan bahwa formulir cetakan mengidentifikasi dengan benar episode perawatan dan akun akan membantu menghindari kesalahan seperti asosiasi yang salah.

Para mahasiswa, program percepatan pendidikan tenaga kesehatan, selain dari banyaknya bentuk yang harus diinventarisasi, biasanya ditemukan tantangan khusus di lingkungan perawatan kesehatan sehingga membuat proses inventori formulir menjadi lebih sulit.

Beberapa tantangan yang akan Anda hadapi sebagai berikut:

1. Mendapatkan daftar formulir yang ada. Tipikal untuk tugas ini termasuk menerima daftar usang, menemukan beberapa versi dari bentuk yang sama yang digunakan di dalam fasilitas, menemukan penggunaan bentuk yang sama namun dengan tanggal atau elemen data yang berbeda, dan tidak menemukan daftar bentuk yang ada.
2. Mendapatkan sampel formulir. Dalam beberapa kasus, dengan mengandalkan fotokopi dokumen yang ada, terisi atau mencetak catatan sampel yang telah selesai dan mengurangi informasi kesehatan pribadi, ada cara lain untuk mengambil formulir jika template kosong asli hilang.
3. Kerja sama dari individu dan departemen lain. Bentuk generasi menjadi sangat personal bagi individu yang telah menginvestasikan waktu dan usaha dalam penciptaan suatu bentuk.

D. IDENTIFIKASI FORMULIR

Para mahasiswa program percepatan pendidikan tenaga kesehatan, Anda sudah mengetahui pengertian identifikasi bukan? Sekarang Anda bisa dengan mudah mempelajari identifikasi formulir. Mengapa setiap formulir yang tercetak di sarana pelayanan kesehatan perlu diidentifikasi? Bisakah Anda mengambil formulir kosong yang ada di pelayanan kesehatan dimana Anda bekerja? Apakah Anda bisa menunjukkan identitas pada formulir tersebut?

Pemberian penomoran atau verifikasi nomor formulir yang ada harus menjadi langkah awal setiap formulir dirancang dan diterbitkan. Ini adalah satu-satunya cara agar Anda dapat memastikan formulir-formulir dapat teridentifikasi dengan benar.

Formulir-formulir yang didesain perlu dilakukan identifikasi formulir untuk memudahkan dalam inventarisasi formulir dan penemuan kembali dengan cepat saat formulir dibutuhkan. Oleh karena itu, Anda perlu membuat sebuah buku register sebagai register kontrol formulir yang mencatat pengontrolan nomor formulir yang telah diterbitkan.

Informasi yang terkandung dalam buku register penomoran formulir mencakup nomor formulir, judul formulir, ukuran formulir, tanggal penerbitan, tanggal revisi dan Unit/departemen yang menerbitkannya. Penomoran secara serial merupakan bentuk lain identifikasi, sehingga perlunya '*log control*' formulir khusus yang diperlukan untuk melacak penggunaan formulir.

Identifikasi formulir (ID Formulir) menurut Huffman (1994) biasanya berupa nomor yang diterbitkan secara berurutan dan memiliki prefix atau suffix berupa kode yang bisa menunjukkan departemen atau bagian asal pengguna formulir. Apabila formulir rekam medis memiliki lembar bolak-balik maka contoh penomorannya sebagai berikut:

001a untuk nomor halaman depan
 001b untuk halaman sebaliknya
 MIK-10 untuk nama Bagian Manajemen Informasi Kesehatan
 01/18 untuk bulan dan tahun terbit
 Jadi penomoran pada lembar depan : 001a-MIK-10 01/08

Para mahasiswa program percepatan pendidikan tenaga kesehatan, tahukah Anda bahwa penggunaan identifikasi formulir-formulir dalam dunia digital dan otomatisasi, masing-masing dengan cara memberikan nomor program computer yang akan menerima input data.

Beberapa fasilitas mungkin menginginkan identifikasi yang bisa dibaca oleh komputer, misalnya dengan pemindai kode/*barcode* (Kode batang/garis) yang dapat dipindai kedalam suatu sistem pencitraan optis.

Dalam keseharian jika Anda berbelanja, coba Anda ingat-ingat adakah tempelan atau gantungan pada identitas benda tersebut dengan tanda garis-garis hitam? Dan biasanya garis-garis hitam tersebut dicari oleh seorang kasir saat merekam data harga atau menginput harga dari benda tersebut. Garis-garis hitam tersebut dikenal dengan nama *barcode*.

Barcode terdiri dari garis hitam dan putih (lihat contoh pada gambar 4.1) Ada ruang putih diantara garis hitam adalah bagian dari kode. Perbedaan ketebalan garis, garis tipis = "1", yang sedang="2". Yang lebih tebal ="3", dan yang paling tebal ="4". Setiap digit angka berbentuk dari urutan empat angka.

0 = 3211 1 = 2221 2= 2122 3= 1411 4=1132 5=1231 6= 1114 7=1312
 8=1213 9=3112

Identifikasi unik oleh komputer memungkinkan pemindaian secara otomatis dalam mengindeks jenis formulir, sehingga mempercepat proses system pemeriksaan dan menghindari pengindekan secara manual, sehingga pengindekan menjadi lebih mudah dan cepat.

Tabel 4.2 Contoh buku registrasi penomoran ID formulir

Nomor formulir	Judul Formulir	Ukuran formulir	Tanggal Penerbitan	Tanggal Revisi	Unit/Departemen	Ket
001a	Identifikasi	A4	02/01/2010	02/01/2018	MIK	
001b	Surat Pernyataan	A4	02/01/2010	-	MIK	

Para mahasiswa program percepatan pendidikan tenaga kesehatan, Tabel 4.2 merupakan contoh sederhana bentuk buku register penomoran Identitas formulir, hal tersebut Anda bisa buat modifikasi menyesuaikan keragaman yang ada di sarana pelayanan kesehatan dimana Anda bekerja.



Gambar 4.1 Contoh penomoran *barcode*(kode garis/Batang)

Para mahasiswa program percepatan pendidikan tenaga kesehatan, gambar 4.1 merupakan contoh kode batang yang dapat dicantumkan dalam formulir rancangan formulir rekam medis atau sampul depan rekam medis, sebagai pengganti identitas formulir rekam medis yang langsung bisa diinput atau diakses dalam membantu sistem pelayanan rekam medis di sarana pelayanan kesehatan.

KOP RUMAH SAKIT		010-MIK-10 02/16	
PERNYATAAN DAN PEMBERIAN INFORMASI PERSETUJUAN / PENOLAKAN TINDAKAN OPERASI			
Nama : Umur :		No RM : Ruang :	
PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter pemberi informasi			
Penerima Informasi / pemberi persetujuan *			
No	ISI INFORMASI	Sudah	Belum
1.	Diagnosis medis		
2.	Dasar Diagnosis		
3.	Tindakan Kedokteran		
4.	Indikasi tindakan		
5.	Tata Cara		
6.	Tujuan		
7.	Prognosis resiko		
8.	Kemungkinan komplikasi / resiko		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar, jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya serta berdiskusi		Tanda tangan	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas dan telah memahaminya		Tanda tangan	
* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat			
PERSETUJUAN / PENOLAKAN TINDAKAN OPERASI			
Yang bertandatangan di bawah ini, saya , nama , umur tahun, laki-laki/ perempuan*, alamat			
dengan ini menyatakan persetujuan / penolakan untuk dilakukannya tindakan			
terhadap saya / saya* bermama , umur tahun, laki-laki / perempuan*, alamat			
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.			
Cimahi, 20..... Jam :			
Yang menyatakan	Operator	Saksi Perawat / Bidan	Keluarga
()	()	()	()

Gambar 4.2

Contoh penomoran ID pada lembar formulir Rekam Medis

Para mahasiswa program percepatan pendidikan tenaga kesehatan, gambar 4.2 merupakan contoh membuat penomoran formulir rekam medis kertas pada pojok kanan atas (lingkar merah). Anda bisa memodifikasi penempatan penomoran identitas formulir sesuai dengan kesepakatan dan ketentuan di sarana pelayanan kesehatan dimana Anda bekerja.

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Mengapa Anda harus membuat identifikasi formulir yang berlaku di sarana pelayanan kesehatan? Jelaskan dengan singkat
- 2) Bagaimana cara Anda melakukan identifikasi formulir Rekam Medis? Jelaskan.
- 3) Jelaskan beberapa tahapan proses inventarisasi formulir yang Anda pahami.
- 4) Menurut Anda, manfaat apa yang dapat Anda peroleh dengan melakukan Inventarisasi formulir ? jelaskan

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab pertanyaan tersebut diatas, disarankan Anda membaca dan mempelajari kembali tentang ...

- a. Pengertian identifikasi,
- b. Tujuan identifikasi,
- c. Proses inventarisasi
- d. Praktik terbaik inventarisasi formulir terkini

Ringkasan

1. Inventarisasi berisi file riwayat formulir dan file subjek/judul formulir
2. Setiap lokasi rekaman yang tersimpan, elemen berikut harus dikumpulkan dan dimasukkan ke dalam inventaris catatan kesehatan legal baik yang disimpan dalam format kertas, elektronik, atau media alternatif seperti film, kaset, audio, kayu bulat, dan jenis lainnya pada non media kertas.
3. Tujuan identifikasi formulir untuk memberikan identitas formulir dan memudahkan penemuan kembali keberadaan formulir

4. Ada tiga tahapan ke bentuk proses inventarisasi formulir menurut Grzybowski (2014); pengumpulan formulir, konvensi penamaan dan penomoran serta mendesain ulang dan memformat ulang formulir.
5. Saat inventrisasi formulir, dapat mendorong pemformatan ulang pada formulir adalah kurangnya posisi standar, variasi dalam posisi dapat memperlambat proses pengecekan kualitas, dan kurangnya identifikasi data pada dokumen elektronik
6. Ada lima komponen identifikasi formulir kertas

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Tujuan inventarisasi formulir adalah
 - A. Agar formulir selalu ter up date
 - B. untuk keseragaman penyimpanan
 - C. agar tidak tercecer
 - D. dapat ditemukan kembali dengan cepat
- 2) Formulir Rekam Medis yang berlaku di sarana pelayanan kesehatan perlu diidentifikasi. Hal ini bertujuan untuk
 - A. memudahkan ditemukan kembali dengan cepat
 - B. tidak tertukar dengan formulir lain
 - C. agar mempunyai judul formulir
 - D. agar tersimpan dengan baik
- 3) Formulir rekam medis, yang sudah tidak sesuai penggunaannya, bisa diformat ulang jika
 - A. ada usulan revisi
 - B. kurangnya identifikasi data
 - C. formulir tidak berwarna
 - D. bahan kertas tipis
- 4) Untuk melakukan inventarisasi formulir, maka perlu dibuat file subyek. Tujuan utama pembuatan file subyek/judul adalah
 - A. Mendeteksi kumpulan data pada dokumen
 - B. Menghindari pembuatan formulir baru

- C. Mendeteksi dini jika ada perubahan
 - D. Memberi penamaan pada dokumen
- 5) Formulir-formulir yang berlaku di sarana pelayanan kesehatan sangat beragam sehingga perlu dilakukan Inventarisasi formulir. Apa manfaat inventarisasi formulir?
- A. Kemampuan mengidentifikasi lokasi, volume, biaya maupun masalah risiko.
 - B. Mengendalikan formulir-formulir yang mengandung informasi.
 - C. Menjaga keutuhan informasi dalam formulir.
 - D. Menyimpan formulir sesuai dengan prosedur.

Topik 2

Pengendalian Formulir Rekam Medis

Para mahasiswa, Program Percepatan Peningkatan Tenaga Kesehatan, setelah Anda mempelajari bagaimana menginventarisasi formulir dan bagaimana Anda memahami identifikasi formulir, maka yang perlu Anda persiapkan adalah mempelajari Pengendalian formulir.

Kompetensi dari Topik 2 yang akan Anda pelajari harapannya Anda mampu mendefinisikan kembali tentang pengendalian, memahami dengan mudah tujuan pengendalian dan mampu mendalami ruang lingkup pengendalian.

A. PENGERTIAN PENGENDALIAN



Saudara mahasiswa, Pernahkah diantara Anda naik delman atau semacamnya? Atau naik kendaraan bermotor? Coba perhatikan prosesnya saat delman atau kendaraan akan melaju. Berikan pendapat Anda tentang hal tersebut. Tuliskan pendapat Anda pada kotak berikut ini.

Para mahasiswa, Program Percepatan Peningkatan Tenaga Kesehatan Segala aktivitas maupun kegiatan pasti mempunyai tujuan. Tujuan bisa terwujud dengan baik jika ada suatu sistem yang benar agar memudahkan Anda mencapainya. Maka Anda hanya perlu membuat suatu kendali, untuk menjalankan proses aktivitas maupun kegiatan dapat dilakukan sebaik-baiknya oleh siapapun juga.

Pengendalian memastikan tujuan yang telah direncanakan tercapai dengan memanfaatkan sumber daya organisasi secara efektif dan efisien. Pengendalian sebagai bagian beberapa aktivitas fungsi pengelolaan dalam suatu organisasi. Silakan Anda mempelajari pengertian pengendalian berikut ini, dan Anda juga bisa mencari sendiri pengertian pengendalian oleh para pakar.

Beberapa pengertian pengendalian yang telah diungkapkan oleh para ahli :

Menurut Hasibuan (2008:39) pengendalian merupakan suatu proses penjaminan di mana perusahaan dan orang - orang yg berada dalam perusahaan tersebut bisa mencapai tujuan yang sudah ditetapkan.

Pengendalian merupakan suatu tindakan pengawasan yang disertai tindakan pelurusan (korektif), hal ini diungkapkan oleh Harahap (2011:89). Fungsi pengendalian adalah suatu aktivitas menilai kinerja berdasarkan standar yang telah dibuat untuk kemudian dibuat perubahan atau perbaikan jika diperlukan.

Jadi pengendalian merupakan kegiatan pengawasan, penelusuran dan evaluasi yang dilakukan oleh para pengelola dalam organisasi terhadap komponen organisasi dan sumber-sumber yang ada untuk mencapai tujuan yg sudah ditetapkan sebelumnya. Pengendalian atau pengawasan secara terus menerus dan berkesinambungan memungkinkan semua bisa berfungsi secara maksimal menuju tujuan organisasi secara efektif dan efisien.

Para mahasiswa, Program Percepatan Peningkatan Tenaga Kesehatan, istilah pengendalian bisa Anda dapatkan dari rujukan pendapat para Ahli manajemen, hasil pendapat para ahli Anda juga bisa menarik kesimpulan dari pandangan dan pendapat sendiri tentang istilah pengendalian.

B. TUJUAN

Saudara mahasiswa, Program Percepatan Peningkatan Tenaga Kesehatan, setelah Anda mempelajari istilah pengendalian, maka Anda akan lebih mudah mengerti dalam mempelajari tujuan pengendalian.

Jika Anda seorang manajer bagian inventaris formulir, maka Anda harus melakukan aktivitas pengendalian formulir. Aktivitas tersebut perlu Anda lakukan dengan baik, terhadap komponen-komponen penting yang mencakup informasi medis yang berguna bagi kemajuan aktifitas perawatan kesehatan.

Seperti sebuah alur kerja, yang merupakan komponen sangat penting dalam memenuhi fungsi pengelolaan dokumen elektronik di fasilitas pelayanan kesehatan. Pengendalian formulir merupakan satu-satunya tugas yang paling penting dalam mengimplementasikan dan memelihara dokumen dalam waktu yang lama. Hal ini menjaga tujuan aspek legal dokumen kesehatan baik sistem manajemen dokumen elektronik atau dokumen kesehatan elektronik.

Istilah formulir, dokumen, catatan, dan keluaran menunjukkan penanaman kata. Jika Anda mendiskusikannya dalam paparan visual dari catatan dokter dan hasil rekaman kesehatan pasien, apakah dalam dokumen kertas ataupun dokumen elektronik, ditemukan satu diantara seratus perbedaan penggunaan formulir khususnya dokumen rekam medis dalam satu kesatuan organisasi kesehatan.

Para mahasiswa, Program Percepatan Peningkatan Tenaga Kesehatan, perlu Anda ketahui bahwa menurut Huffman (1994), pengendalian formulir perlu berpedoman pada:

1. Menjamin desain dan konstruksi formulir efisien dan integrasinya ke dalam sistem pemrosesan informasi
2. Mengembangkan dan mempertahankan spesifikasi yang benar untuk pembuatan dan penggunaan formulir secara ekonomis
3. Untuk mendidik dan membantu petugas operasional dalam mendesaian formulir mereka sendiri sesuai program pengontrolan formulir
4. Untuk menghentikan rencana pembuatan formulir yang tidak berguna, menggabungkan formuli-formulir yang sama, menghilangkan formulir yang tidak diperlukan, menciptakan formulir tambahan jika penambahan dapat melayani informasi lebih baik dari pada formulir gabungan.
5. Guna menahan dan efektivitas terhadap setiap keinginan petugas untuk merubah formulir yang seenaknya

Pengendalian memastikan bahwa ada pemanfaatan sumber daya organisasi yang efektif dan efisien sehingga dapat mencapai tujuan yang direncanakan. Sama seperti halnya formulir bahwa pengendalian formulir dimaksudkan untuk pemanfaatan sumber daya Rumah Sakit supaya efektif dan efisien sehingga dapat memberikan informasi yang baik untuk mencapai tujuannya.

Secara umum, pengendalian mempunyai 2 tujuan dasar, demikian pula pengendalian formulir, bertujuan untuk memfasilitasi koordinasi dan dapat membantu perencanaan desain formulir dengan baik.

C. RUANG LINGKUP PENGENDALIAN

Para mahasiswa, Program Percepatan Peningkatan Tenaga Kesehatan, agar Anda dapat mempelajari istilah pengendalian secara mendalam, maka Anda perlu memastikan untuk mempelajari ruang lingkup pengendalian dengan baik. Ruang lingkup pengendalian dalam hal ini dibedakan menjadi 2 bagian, yaitu pengendalian formulir kertas dan pengendalian formulir elektronik.

Saudara mahasiswa, Anda harus tahu ruang lingkup pengendalian terhadap formulir kertas menurut Huffman (1994) yang meliputi:

1. Inventarisasi Formulir

Saudara mahasiswa, Inventarisasi formulir sudah Anda pelajari pada topik 1, maka Anda perlu mereview kembali pelajaran bab 4 pada topik 1. Satu pertanyaan untuk Anda apakah ada yang ingin menjawab dari pertanyaan berikut? Apakah manfaat dari praktik terbaik dalam inventarisasi formulir terkini yang di rekomendasikan menurut pendapat Grzybowski dalam bukunya *“Strategies for Electronic Document and Health Record Management”* (2014, AHIMA: 116). Jika ada yang menjawab saya berikan point nilai ! (Silakan tulis dalam kolom yang tersedia)

2. Identifikasi Formulir

Para mahasiswa, Program Percepatan Peningkatan Tenaga Kesehatan, identifikasi formulir juga sudah dapat Anda pelajari pada topik 1 dalam bab ini. Supaya lebih menyakinkan bahwa kompetensi sudah Anda capai mengenai pemahaman identifikasi formulir, jawablah pertanyaan berikut ini.

Mengapa setiap lembar formulir perlu Anda identifikasi? Silakan diskusikan dengan teman duduk disamping kanan dan kiri Anda. Hasil diskusi Anda tulis dalam kolom berikut ini:

3. Review dan Revisi Formulir (analisis formulir)

Para mahasiswa, Program Percepatan Peningkatan Tenaga Kesehatan, Review dan Revisi Formulir merupakan langkah-langkah yang dapat Anda pelajari pada bab 5 setelah Anda menuntaskan materi di bab 4 ini.

4. Pembelian/Pengadaan formulir

Saudara mahasiswa, mendengar kata pembelian atau pengadaan berarti berhubungan dengan dana. Dalam suatu organisasi, jika Anda salah mengelola dana maka organisasi bisa goyah dan terancam bubar karena merugi dan para anggota organisasi tersebut tidak sejahtera lagi. Oleh karenanya Anda dan para staf.

Anda perlu membuat komitmen atau kesepakatan bersama dalam hal apa saja. Jika Anda di bagian pembelian dan pencetakan harus mempunyai prinsip yang sama.

Mari Anda simak pendapat Huffman (1994), dalam melakukan tugas pengendalian formulir diantaranya tidak ada satupun formulir boleh dipesan, dipesan ulang, atau diubah tanpa ada persetujuan pimpinan komite formulir dari praktisi informasi kesehatan.

Syarat utama pengendalian formulir adalah aturan yang tidak bisa dilanggar dan dilindungi oleh staf dan medis. Hal tersebut mencakup pengendalian sumber pemesanan dan pencetakan.

Kini, Anda sudah tau bagaimana posisi seseorang yang berada pada bagian pembelian dan pencetakan. Mereka memegang kendali dalam proses pencetakan maupun pembelian, agar jalannya organisasi efektif dan efisien.

Para mahasiswa, Program Percepatan Peningkatan Tenaga Kesehatan, Anda harus mempunyai prinsip bahwa setiap pemesanan jumlah formulir yang dibutuhkan, harus disesuaikan dengan kebutuhan (misal pemesanan/pencetakan untuk 3 atau 6 bulan), hal ini tergantung diskon yang didapatkan dan ruang penyimpanan yang tersedia.

Jika formulir tersebut kemungkinan akan mengalami perubahan dalam waktu yang singkat, maka Anda perlu memesan cetakan formulir yang lebih sedikit untuk efisiensi.

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga Kesehatan, Anda telah mempelajari dan mendalami ruang lingkup pengendalian formulir kertas. Untuk menyelaraskan perkembangan Ilmu dan teknologi yang semakin maju, maka Anda perlu juga mempelajari ruang lingkup pengendalian terhadap formulir interface/elektronik, berikut ini.

Ruang lingkup pengendalian terhadap formulir interface/elektronik meliputi:

a. Inventarisasi elemen data

Saudara mahasiswa, bahasan dalam hal inventarisasi elemen data perlu Anda ketahui bahwa bagaimana memberikan instruksi untuk melakukan inventarisasi ini, dan menjelaskan manfaat dalam menyelesaikan inventarisasi ini sebelum memulai proses implementasi EDMS (*Electronic Document Management System*).

Organisasi yang melewatkan tugas ini sekarang mungkin memiliki masalah dengan formulir yang tidak terkendali, nama dan nomor yang berubah-ubah, atau kurangnya kontrol atas catatan kertas dan elektronik - yang semuanya penting dari perspektif pemeliharaan, organisasi, arsip, dan retensi.

Organisasi harus melakukan tugas ini, bahkan jika EHR atau EDMS telah dilaksanakan. Sebagai bagian dari persediaan formulir dan dalam persiapan pelaksanaannya, persediaan dokumen elektronik lengkap juga harus dilengkapi. Ini akan mengidentifikasi persyaratan integrasi yang diperlukan untuk memberi masukan dokumen-dokumen ini kepada EDMS. Baik vendor EDMS dan vendor EHR yang berisi dokumentasi asli perlu dilibatkan dan memahami dengan jelas integrasi yang dimaksud.

Dengan menetapkan persediaan formulir yang akurat - dengan kontrol yang tepat untuk mendapatkan persetujuan dan penggunaan dokumen yang sedang berlangsung dalam catatan kesehatan - dan memelihara persediaan hukum kesehatan terbaru, cakupan keseluruhan proses HIM (*Health Information Management* (MIK)) dan EDMS didokumentasikan dengan jelas, dipahami, dan dapat dioptimalkan sebagai bagian dari perawatan klinis dan siklus pendapatan dalam sistem kesehatan.

Para mahasiswa, Program Percepatan Peningkatan Tenaga Kesehatan, untuk mewujudkan manfaat sebenarnya dari perangkat lunak EDMS, organisasi harus memahami, secara rinci, alur kerja saat ini dan alur kerja nasional yang diusulkan di masa depan.

Anda perlu mempelajari perencanaan alur kerja menurut Grzybowski (2014), Perencanaan alur kerja mencakup unsur-unsur berikut:

1) *Pemetaan jenis pasien*

Pemetaan jenis pasien memerlukan bagan alur dari setiap jenis dokumentasi atau catatan kesehatan yang dibuat. Ini termasuk informasi dari pra penjadwalan untuk pasien keluar hidup-mati, relatif terhadap gerakan dan alur kerja catatan kesehatan pasien.

Dalam perawatan di rumah sakit akut, dokumentasi ini biasanya mencakup jenis rekaman untuk rawat inap, rawat jalan, seri atau berulang, darurat, dan rawat jalan di tempat tidur, yang mencakup layanan seperti pasien operasi sehari atau observasi. Beberapa kategori tipe pasien mungkin mewakili kategorisasi layanan yang lebih terperinci seperti perawatan bayi, obstetri, bedah, dan jenis perawatan baru yang terkait dengan unit dan departemen yang sangat spesifik di dalam fasilitas.

Organisasi seperti klinik dokter, perawatan kesehatan di rumah, fasilitas keperawatan yang terampil, atau organisasi perawatan khusus lainnya akan memiliki kunjungan tipe pasien mereka sendiri yang memerlukan pemetaan. Untuk setiap jenis tipe pasien, pemetaan harus memasukkan siapa yang memasuki dokumentasi, sistem tempat masuk, dan bagaimana dokumen dipindahkan sampai integrasi akhir ke EDMS.

Dengan cara itu, siapa pun yang melihat pemetaan dapat dengan mudah memahami gerakan tersebut. dari tipe rekaman melalui organisasi. Pemetaan akan mencakup informasi dari titik pembuatan hingga penagihan akhir. Selain itu, akan mencakup apakah dokumentasi yang terkait dengan kategori rekam khusus adalah kertas, hibrida, atau berbasis elektronik.

2) Strategi antrian kerja

Fungsi penting implementasi EDMS adalah kemampuan untuk memanfaatkan alur kerja yang canggih untuk mengantri pekerjaan yang ditugaskan ke berbagai kelompok kerja. Untuk mengoptimalkan antrian fungsional dan dampak positifnya terhadap alur kerja, Unit kerja MIK dapat membuat antrian kerja untuk proses analisis defisiensi.

Proses ini mencakup perutean catatan elektronik untuk diproses ke analisis pasien keluar hidup-mati dengan menggunakan pengelompokan pasien atau jenis penyalur tertentu yang dipesan jauh-jauh hari.

Selain itu, secara otomatis mengidentifikasi proses *post-coding* catatan dapat membantu mengidentifikasi kumpulan data yang ditentukan dan mengarahkan mereka ke peninjauan antrian.

Para mahasiswa, Program Percepatan Peningkatan Tenaga Kesehatan, karena data yang lebih canggih tersedia dan dikombinasikan dengan penggunaan statistik tanpa abstrak dan tanpa biaya dan dikaitkan dengan episode perawatan, ulasan kualitas, pelacakan indikator inti, respons tren permintaan dokumentasi klinis, dan ulasan komplikasi atau mortalitas dapat menjadi semakin otomatis.

Alur kerja yang lebih canggih dan maju berkembang dalam aplikasi EDMS generasi berikutnya dan dapat memberikan optimisasi sistem yang lebih baik di masa depan.

3) Pemetaan perangkat lunak

Dihubungkan dengan pemetaan tipe pasien, tujuan pemetaan perangkat lunak akan digambarkan:

- a. untuk menggambarkan aplikasi perangkat lunak atau proses kerja yang dapat digunakan pada berbagai dokumen.
- b. untuk mengidentifikasi titik di dalam alur kerja dan siklus hidup EHR aplikasi perangkat lunak atau proses kerja ini dapat digunakan.

Misalnya, perangkat lunak sertifikat kelahiran dapat digunakan untuk membuat akta kelahiran saat bayi lahir dan menghasilkan salinan akta kelahiran yang mungkin termasuk dalam catatan kesehatan legal dalam EDMS.

Karena konvensi penamaan tipe pasien dan aplikasi perangkat lunak mempunyai alur kerja yang berbeda, masing-masing fasilitas akan memiliki kumpulan peta yang sangat unik yang dapat digunakan untuk menunjukkan perubahan yang perlu terjadi dalam operasi saat ini setelah EDMS dipraktikkan.

b. Logika Pemrograman

Taukah Anda apa yang dimaksud dengan logika pemrograman? Tuliskan pendapat Anda dalam ruang yang tersedia berikut ini.



Para mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga Kesehatan, Anda perlu perhatikan baik-baik bahwa Logika Pemrograman berbeda dengan Ilmu Pemrograman. Logika Pemrograman dapat diartikan sebagai suatu kemampuan dasar yang dapat diterapkan dalam berbagai aspek ilmu komputer yang mencakup pemahaman atas operasi-operasi logika terhadap data.

Logika Pemrograman adalah kemampuan menggunakan Ilmu Pemrograman dalam memecahkan masalah (*problem solving*). Namun perlu Anda ketahui bahwa mempelajari logika pemrograman perlu jam terbang yang tinggi untuk dapat mengatasi segala persoalan atau permasalahan di lapangan.

Anda membutuhkan banyak pengalaman dalam mengimplementasikan ilmu pemrograman untuk memecahkan berbagai masalah-masalah komputasi. Logika pemrograman merupakan sebuah kemampuan spesial yang hanya dimiliki oleh seorang programmer berpengalaman dalam menggunakan tool-tool pemrograman (bahasa pemrograman) untuk mencapai suatu tujuan.

c. Pembelian formulir interface atau elektronik

Saudara mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga Kesehatan, Seperti yang sudah Anda pelajari dalam pembahasan pada pembelian formulir kertas, ujungnya dari semua kegiatan pencetakan formulir pasti memerlukan biaya. Demikian pula dengan pengadaan formulir elektronik, Anda harus melakukannya dengan sangat hati-hati dan penuh perhitungan yang matang, karena memerlukan biaya yang teramat besar.

Pembelian *interface* dalam bentuk tertentu dari *input/output*, contohnya OCR (*Optical Character Recognition*) atau *barcode* dan *output* kertas. Dan Anda benar-benar perlu membuat perencanaan yang sangat matang untuk memutuskan. Karena hal ini menyangkut biaya yang tidak sedikit dan melibatkan banyak kepentingan.

Murphy (2001:p.703) mengatakan bahwa *“Cost are still a major concern. Because EHRs are still relatively new, few definitive studies exists that provide usefull information on economic benefit. In fact, it has been pointed out that evaluating results. It is difficult to measure individual areas of decision support and more effective information management.”*

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, Murphy (2001) mengatakan bahwa biaya masih menjadi perhatian utama. Karena rekam kesehatan elektronik masih relatif baru, hanya beberapa studi definitif yang memberikan informasi bermanfaat mengenai manfaat ekonomi. Sebenarnya, telah ditunjukkan bahwa mengevaluasi hasil. Sulit untuk mengukur area pendukung keputusan dan pengelolaan informasi yang lebih efektif.

Contoh item biaya di luar produk adalah pengembangan dan manajemen proyek, pemilihan vendor, konsultan, implementasi sistem, antarmuka dan jaringan, dan pelatihan. Begitu sistem sudah ada, nilai telah teridentifikasi. Nilai peluang dari EHR berasal dari beberapa atribut:

1. Merubah aset pengetahuan
 - a. Kumpulan data standar
 - b. Standar deskriptif nomenclatur
 - c. Tinjauan pemanfaatan dan peraturan jaminan kualitas
 - d. Penyimpanan data klinis diskrit
2. Peningkatan proses perawatan
 - a. Interdisipliner,
 - b. jalur kritis terpadu,
3. Peningkatan proses operasional

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga Kesehatan, setelah Anda memperdalam pembelajaran tentang ruang lingkup pembelian formulir kertas maupun formulir interface/elektronik, harapannya Anda dapat memaksimalkan peran sebagai profesi manajemen informasi kesehatan dalam bidang pengendalian formulir rekam medis dan informasi kesehatan.

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Istilah pengendalian mempunyai tujuan yang baik dalam organisasi. Jelaskan tujuan pengendalian formulir Rekam kesehatan yang Anda pahami.
- 2) Jelaskan bagaimana Anda melakukan pengendalian formulir kertas?
- 3) Sebutkan 4 (empat) ruang lingkup pengendalian terhadap formulir kertas menurut Huffman?
- 4) Apa tujuan dari pemetaan perangkat lunak dalam proses pengendalian?

Petunjuk Jawaban Latihan

Saudara mahasiswa program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, untuk membantu anda dalam mengerjakan latihan silahkan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Tujuan Pengendalian formulir
- 2) Pedoman pengendalian formulir menurut Huffman (1994)
- 3) Ruang lingkup pengendalian formulir kertas
- 4) Ruang Lingkup pengendalian formulir interface.

Ringkasan

1. Pengendalian memastikan tujuan yang direncanakan tercapai dengan pemanfaatan sumber daya organisasi yang efektif dan efisien
2. Pengendalian formulir, bertujuan untuk memfasilitasi koordinasi dan dapat membantu perencanaan dengan baik.
3. Tugas pengendalian formulir diantaranya tidak ada satupun formulir boleh dipesan, dipesan ulang, atau diubah tanpa ada persetujuan pimpinan komite formulir dari praktisi informasi kesehatan.
4. Pentingnya pemetaan perangkat lunak bertujuan untuk menggambarkan aplikasi perangkat lunak atau proses kerja yang dapat digunakan pada berbagai dokumen dan untuk mengidentifikasi titik di dalam alur kerja dan siklus hidup EHR aplikasi perangkat lunak atau proses kerja ini dapat digunakan.

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Apa yang menjadi tujuan awal dari program pengendalian formulir?
 - A. memenuhi aspek legal dokumensi
 - B. agar efektif dan efisien
 - C. tidak menyimpang dari tujuan semula
 - D. supaya ada keseragaman dalam bekerja

- 2) Apa pedoman program pengendalian formulir?
 - A. menghentikan rencana pembuatan formulir yang tidak berguna
 - B. mempunyai visi dan misi yang jelas
 - C. membuat prosedur perancangan formulir
 - D. membantu merancang pekerjaan

- 3) Komponen apa saja dalam program pengendalian formulir?
 - A. Pemeliharaan dokumentasi
 - B. Merawat rekam medis
 - C. Mengawasi jalannya pengisian RM
 - D. Mengelola rekam medis

- 4) Apa yang harus Anda lakukan dalam pengendalian formulir?
 - A. Inventarisasi formulir
 - B. Memberi persetujuan formulir untuk dipesan, atau pun diubah
 - C. Memegang prinsip yang sama
 - D. Membantu merancang formulir

- 5) Prinsip yang perlu diingat dalam meminimalkan biaya pencetakan adalah
 - A. Pemesanan jumlah formulir harus disesuaikan dengan permintaan
 - B. Menggunakan kertas setipis mungkin agar tidak mahal
 - C. Pemesanan jumlah formulir harus disesuaikan dengan kebutuhan
 - D. Pemesanan formulir harus mendapatkan persetujuan dari Ketua Tim

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A.
- 2) A.
- 3) B.
- 4) A.
- 5) A.

Tes 2

- 1) A
- 2) A.
- 3) A.
- 4) B.
- 5) C.

Glosarium

<i>COLD</i>	: <i>Computer Outpatient Laser Disc</i> , tempat laser computer rawat jalan
<i>CDI</i>	: <i>Clinical Documentation Improvement</i> , Kemajuan dokumentasi klinik
<i>Day Surgery</i>	: Operasi sehari, rawat sehari selesai tindakan operasi
<i>EHR</i>	: <i>Electronic Health Record</i> , sebuah rekamam elektronik, informasi terkait dengan kesehatan seorang individu yang bertanggungjawab terhadap kehidupan yang dianjurkan, yang dapat diciptakan, dikembangkan, dan dikonsultasikan oleh dokter dan staf yang berwenang di lebih dari satu organisasi layanan kesehatan; juga disebut catatan kesehatan berbasis komputer, catatan pasien berbasis komputer
<i>EHRM</i>	: <i>Electronic Health Record Management</i> , Pengelolaan Rekam Kesehatan elektronik
<i>EDMS</i>	: <i>Electronic Document Management System</i> , Sistem pengelolaan dokumen elektronik.
<i>Emergency</i>	: Keadaan kritis/darurat
<i>EMR</i>	: <i>Electronic Medical Record</i> , Rekam medis elektronik
<i>ESA</i>	: <i>Electronic Signature Authentication</i> , Tandatangan elektronik yang sah.
Format	: ukuran, bentuk, pola
<i>HIM</i>	: <i>Health Information Management</i> , Manajemen Informasi Kesehatan
Identifikasi	: pengenalan
Implementasi	: pelaksanaan
Interface	: antar muka
Inventarisasi	: pengarsipan, penamaan
Komunikasi	: Perpindahan dan pemahaman arti.
<i>Observation</i>	: Peninjauan, penelitian, pengawasan
OCR	: <i>Optical Character Recognition (Barcode)</i> , Karakter pengakua/pengenalan optik, Kode batang.
Organisasi	: (organization) Suatu unit sosial yang dikoordinasi secara sadar, terdiri atas dua atau lebih orang-orang, yang berfungsi dalam suatu basis yang kontinu untuk mencapai tujuan bersama atau serangkaian tujuan.
Pengendalian	: (<i>controlling</i>) Aktivitas pengawasan untuk memastikannya tercapai sesuatu rencana dan mengoreksi setiap deviasi (kesenjangan) signifikan.
Perencanaan	: (<i>planning</i>) Suatu proses yang terdiri atas mendefinisikan tujuan, menyusun strategi, dan mengembangkan rencana untuk mengoordinasikan aktivitas.

Daftar Pustaka

Abdelhak, Mervat, 2007, *Health Information: Management of strategic Resources*, Elsevier-Health Sciences Division, Hal., USA.

Departemen Kesehatan RI, 1997, *Juknis Penyelenggaraan Rekam Medis di Rumah Sakit*, Hal., Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, Badan PPSDM, 2007, *Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan*, Jakarta.

Grzybowski, Darice, MA, RHIA, FAHIMA, 2014, *Strategiies for Electronic Document and Health Record Management*, AHIMA, Chicago.

Huffman, Edna K, 1994, *Medical Record Management*, 9th edition, page:247, Illinois: Physician Record Company.

IFHIMA, 2012, *Learning Packages for Medical Record Practice*, Page 21-27 , Chicago.

Merida L, Johns, 2006, *Health Information Management: Technology*, AHIMA, Chicago.

Skurka, Margaret Flettire, 2003, *Health Information Management in Hospitals*, Chicago.

Bab 5

ANALISIS DAN EVALUASI FORMULIR REKAM MEDIS

Imelda Retna Weningsih

Pendahuluan

Analisis suatu kegiatan atau aktivitas perlu dilakukan dalam suatu proses pengendalian. Seperti halnya saat Anda sedang melakukan refleksi kegiatan yang telah dilakukan bersama-sama sampai saat ini.

Biasanya refleksi yang Anda lakukan dimulai dari persiapan awal kegiatan dari biaya, persiapan bahan baku, alat tulis, computer, semua itu biasa disebut dengan evaluasi input atau masukan. Kemudian Anda bisa mereview kembali prosesnya rangkaian kegiatan yang sudah dikerjakan.

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan kualifikasi dan kompetensi tenaga kesehatan, Anda bisa memulai dari melihat prosedur pelaksanaan kegiatan, apakah ada penyimpangan atau ada permasalahan saat dilakukannya aktivitas pekerjaan. Apakah ada kendala-kendala saat proses kegiatan berlangsung.

Anda bisa menemukan atau mengumpulkan catatan-catatan yang didapatkan dari para pelaku atau pelaksana proses kegiatan tersebut. Dan yang terakhir Anda dapat melihat hasilnya atau disebut juga dengan review *output*. Apakah output yang dihasilkan dari rangkaian kegiatan sudah memenuhi kepentingan atau tujuan dari organisasi yang telah disepakati bersama. Aktivitas tersebut sering kita lakukan sebagai aktivitas mereview atau dalam rangka melakukan revisi kearah perbaikan organisasi. Demikian pula dalam hal pengendalian formulir baik manual maupun elektronik, sebaiknya Anda perlu melakukan review dan revisi yang berkesinambungan sebagai langkah kritis pengelolaan formulir yang baik.

Saudara mahasiswa, jika Anda dapat melakukan analisis dan evaluasi formulir secara berkesinambungan maka Anda sudah bisa melakukan penilaian yang menunjukkan suatu kondisi akhir keadaan formulir saat ini. Perlunya Anda melakukan analisis dan evaluasi terhadap penilaian formulir rekam medis baik manual maupun elektronik secara kontinyu agar Anda mendapat umpan balik dari para pengguna untuk meningkatkan usaha Tim Anda dalam memberikan informasi medis yang terbaik. Hal tersebut, memberi pelajaran bagi Anda dalam menjamin akuntabilitas sistem pengelolaan dokumen di fasilitas pelayanan kesehatan, karena Anda sudah berhasil melakukan analisis dan evaluasi.

Hasil dari analisis dan evaluasi akan memberikan motivasi para pengguna formulir serta mendapatkan gambaran kebaikan dan kelemahan dari sebuah formulir. Maka dari itu Anda wajib mempresentasikan kepada pihak pengguna formulir untuk mendapatkan hasil atau kesepakatan yang terbaik.

Supaya Anda dapat menuntaskan pelajaran dalam bab ini dengan baik, maka Anda akan belajar terlebih dahulu apa arti Analisis dan evaluasi. Setelah Anda mengetahui arti pentingnya analisis dan evaluasi maka Anda akan mudah dalam mempelajari tujuan dilakukannya Analisis dan evaluasi formulir.

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, dari pemahaman Anda dalam mengulas tujuan analisis dan evaluasi formulir, harapannya Anda akan lebih mudah dalam memahami ruang lingkup analisis dan evaluasi baik formulir manual maupun formulir elektronik. Selamat belajar semoga Anda dapat mengembangkan ilmu dengan baik, namun untuk menambah wawasan yang lebih luas dianjurkan Anda juga membacanya dari buku-buku sumber yang bisa Anda dapatkan dari perpustakaan atau *e-book*.

Topik 1

Analisis dan Evaluasi Formulir Rekam Medis

Para mahasiswa program percepatan peningkatan kualifikasi dan kompetensi tenaga kesehatan, dari pengalaman kerja Anda di Pelayanan Kesehatan, pernahkah Anda menemukan sebuah kasus atau permasalahan yang belum terselesaikan dengan baik? Apakah Anda mempunyai pengalaman tentang proses pelayanan kesehatan yang terhambat dikarenakan formulir yang kurang informatif? Atau pernahkah Anda menemukan formulir rekam medis yang tidak pernah diisi oleh beberapa penggunanya? Apa penyebabnya? Bisakah Anda mengungkapkan pengalaman Anda? Tuliskan pada kotak yang tersedia berikut ini

A. PENGERTIAN ANALISIS DAN EVALUASI

Saudara mahasiswa, program percepatan peningkatan kualifikasi dan kompetensi tenaga kesehatan, dari ungkapan pengalaman Anda dalam menilai pemakaian formulir oleh beberapa pengguna, sebenarnya Anda sudah dapat melakukan suatu analisis serta sudah melakukan evaluasi pemakaian formulir.

Analisis dan evaluasi merupakan penilaian yang menunjukkan suatu kondisi akhir saat ini dalam rangka melakukan revisi kearah perbaikan organisasi. Kegiatan analisis merupakan suatu telaah/review bagian-bagian tertentu dari sesuatu kegiatan untuk menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan kegiatan organisasi. Mari kita simak beberapa pendapat istilah analisis.

Menurut KBBI (2002:43) Analisis adalah penguraian suatu pokok atas berbagai bagian dan penelaahan bagian itu sendiri serta hubungan antar bagian untuk memperoleh pengertian yang tepat dan pemahaman arti keseluruhan.

Pendapat dari Grider, Deborah J dalam *Medical Record Chard Analyzer*, 2002, mengatakan *“Analysis is one of the most important steps in complitting the audit process. The review analysis should display the findings in an organized format that allows the viewer to draw conclusions.”*

Analisis merupakan salah satu langkah terpenting dalam mengesahkan proses audit. Tinjauan analisis harus menampilkan temuan dalam format terorganisir yang memungkinkan pemimpin untuk menarik kesimpulan.

Saudara mahasiswa, jika Anda dapat menyimpulkan dari istilah Analisis dapat Anda katakana bahwa Analisis merupakan suatu proses untuk mencari informasi yang telah dikumpulkan, termasuk mengolah data untuk menentukan kesimpulan dengan dukungan data tersebut.

Sedangkan Evaluasi merupakan penilaian terhadap suatu aktivitas yang telah dilakukan selama periode tertentu. Anda dapat memberikan suatu penilaian kegiatan yang sudah berjalan berupa Evaluasi, dengan memberikan nilai hasil akhir sebagai umpan balik dari suatu proses.

Para mahasiswa program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, akhirnya Anda bisa menyimpulkan bahwa evaluasi merupakan proses menilai sesuatu yang berhubungan dengan kemajuan, perkembangan serta pengumpulan bukti-bukti dan penilaian apakah suatu tujuan telah tercapai.

B. TUJUAN ANALISIS DAN EVALUASI FORMULIR

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan kualifikasi dan kompetensi tenaga kesehatan, Anda sudah memahami isilah analisis dan evaluasi. Apakah Anda juga sudah mengetahui apa tujuan dilakukannya suatu analisis dan evaluasi? Coba Anda amati kegiatan manajemen di Unit Kerja RMIK, apakah ada kegiatan analisis dan evaluasi? Bagaimana jika tidak dilakukan anaisis dan evaluasi? Bisakah Unit Kerja RMIK bisa Anda katakan sudah berjalan dengan baik dan berkualitas dalam proses pelayanannya selama ini? Lalu apa yang dapat Anda lakukan untuk menilai apakah proses pelayanan Unit Kerja Rekam Medis sudah berkualitas atau belum?

Sekarang bisakah Anda merumuskan tujuannya dilakukan analisis formulir? Silakan Anda mencoba rumuskan tujuan dan evaluasi formulir di Pelayanan Kesehatan Anda.

Setelah Anda rumuskan tujuan analisis dan evaluasi mari kita buat kesimpulannya, silakan cantumkan dalam kolom yang tersedia.



Para mahasiswa program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, analisis mempunyai tujuan menyimpulkan informasi-informasi maupun pesan-pesan yang ada di dalamnya sebagai dasar dalam pengambilan suatu keputusan. Sekarang Anda tahu bahwa tujuan analisis dan evaluasi suatu kegiatan didalam organisasi untuk menjaga mutu kegiatan organisasi.

Jika Anda masuk dalam Tim perancang format, Anda harus mengetahui dan menjalankan proses analisis dan evaluasi format untuk menilai informasi yang terkandung dapat bermutu tinggi dengan menjalankan beberapa prosedur manajemen. Jadi tujuan Analisis dan evaluasi formulir harus menggambarkan hasil yang Efektif, Efisien, dapat diandalkan, Fleksibel, Beradaptasi, Sistematis dan logika, Fungsional, Sederhana, Sumber Daya penuh dan diterima.

B. RUANG LINGKUP ANALISIS DAN EVALUASI FORMULIR KERTAS

Saudara mahasiswa, program percepatan peningkatan kualifikasi dan kompetensi tenaga kesehatan, Huffman (1994) menyatakan bahwa analisis formulir terdiri dari review dan revisi formulir, konfirmasi data, dan mengangkat formulir dengan mengajak pengguna memikirkan kebutuhan dan biaya-biaya masing-masing item.

Pernyataan Huffman tersebut dapat kita dengan rinci sebagai berikut :

1. Review dan Revisi Formulir

Jika Anda melakukan kegiatan review atau melihat kembali beberapa formulir yang pernah dan sedang dipakai oleh pengguna saat ini di sarana pelayanan kesehatan, maka Anda perlu mengumpulkan beberapa Informasi dari pengguna tentang pentingnya formulir tersebut.

Hasil kumpulan informasi-informasi yang Anda dapat dan hasil review Anda, dapat Anda susun menjadi pedoman dalam pengambilan keputusan oleh tim Anda bahwa apakah formulir itu masih layak dan masih relevan saat ini.

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, analisis formulir diperlukan dengan memulai mereview kembali formulir yang sudah tercetak. Hasil review jika perlu, bisa merevisi formulir secara berkesinambungan. Hal ini merupakan langkah kritis dalam pengendalian formulir-formulir yang ada.

2. Konfirmasi Data

Anda sebagai Tim format perlu mengetahui fakta-fakta mengenai suatu formulir sebagai bentuk konfirmasi data untuk diringkas kemudian dipresentasikan kepada pengguna-pengguna untuk pemeriksaan dan verifikasi. Hal ini harus dilakukan sebagai langkah pengumpulan informasi pelayanan pengumpulan data dari sebuah formulir.

3. Mencetak formulir dengan mengajak pengguna memikirkan kebutuhan dan biaya perancangan formulir

Ketahuiilah, para Mahasiswa, program percepatan peningkatan kualifikasi dan kompetensi tenaga kesehatan, dalam suatu organisasi perlu adanya koordinasi dan kerjasama yang baik. Demikian pula dalam hal pengelolaan formulir, semua anggota harus terlibat dalam hal kebutuhan sumber daya.

Sebelum pencetakan formulir terjadi, jika Anda bagian pembelian dan pencetakan harus bekerja dengan berpedoman dan berprinsip satu kesatuan yang sama. Saudara, calon profesional

RMIK, Huffman (1994) mengemukakan bahwa tidak ada satupun formulir boleh dipesan, dipesan ulang, atau diubah tanpa persetujuan pimpinan komite formulir (Tim formulir). Kenapa? Hal ini menghindari pengeluaran biaya yang tidak terduga dalam perancangan formulir.

Anda perlu melakukan edukasi untuk para pengguna dan mengajak mereka untuk memikirkan baik-baik dalam pengajuan pembuatan ataupun pencetakan formulir.

Para Mahasiswa, program percepatan peningkatan kualifikasi dan kompetensi tenaga kesehatan, jika Anda akan menerapkan perancangan sebuah formulir Rekam Medis, Anda perlu melakukan langkah-langkah penelaahan/Analisis dan penilaian formulir sebagai berikut:

1. Secara khusus setiap bentuk formulir perlu Anda nilai dengan tujuan :
 - a. menjamin keperluan pentingnya informasi
 - b. menghindari dua kali pencatatan
 - c. menjamin secara keseluruhan & keterkaitan dari system pencatatan yang ada
2. Anda harus menentukan tujuan bentuk rancangan formulir tersebut, dengan memperkirakan, mempertimbangkan informasi yang akan diinputkan dalam formulir tersebut

3. Anda segera membuat penilaian keuntungan-keuntungan yang Anda dapatkan dari bentuk formulir yang akan Anda rancang
4. Rancanglah bentuk formulir Anda sesederhana mungkin, dan usahakan Anda tidak melakukan kekeliruan yang berhubungan dengan : judul, bagian-bagian, maupun perintah-perintah
5. Pertimbangkan kembali penggunaan dari sesuatu yang tidak berpola, Anda perlu berkomunikasi/berinteraksi dengan penggunanya. Hal ini akan mengurangi kebutuhan untuk beberapa formulir yang khusus guna memonitor faktor-faktor perawatan khusus. Anda akan memperoleh manfaat untuk mengurangi timbunan formulir dalam jumlah yang besar
6. Para mahasiswa, pikirkan dan rencanakan semua bentuk formulir-formulir yang Anda gunakan untuk mencatat, buatlah ukuran-ukuran yang seragam/standar dengan formulir lainnya
7. Anda harus menempatkan judul formulir dan identifikasi pasien secara tetap (konsistensi penempatan judul pada setiap formulir yang Anda rancang)
8. Anda perlu membuat ruang pencatatan yang cukup untuk nama lengkap dan tanda tangan pasien atau praktisi kesehatan yang berkontribusi.
9. Perhatian untuk Anda, pertimbangkan pencatatan judul-judul dan huruf kapital serta penggunaan huruf tebal
10. Sebaiknya Anda juga perhatikan garis judul agar tidak membuat kacau dan usahakanlah adanya kemudahan mengisi informasi/data ke dalam formulir
11. Perhatikan pula Saudara mahasiswa, urutan-urutan pencatatan yang logis dari judul judul pokok (utama) harus ada pertimbangan sebaik-baiknya.
12. Sebaiknya Anda menggunakan kertas putih dengan kode warna pada tepinya. Tujuannya agar Anda atau pengguna dapat mengenal dengan cepat perbedaan-perbedaan formulir yang satu dengan lainnya. Perlu Anda ingat dengan menggunakan kertas berwarna akan menjadi sulit untuk dibaca jika difotocopy atau dilakuna *scanning* rekam medis
13. Anda harus pilih caption-caption yang menyatakan secara jelas mengenai informasi apa yang akan dimasukkan
14. Anda harus menggunakan kotak penyusun untuk menghemat waktu dalam pengecekan
15. Anda perlu membuat perencanaan ruangan sesuai dengan cara pendokumentasian yang spesifik:
 - a. Jika pengguna memasukan data dengan pengetikan-pengetikan, Anda perlu menyusun baris sesuai dengan jumlah baris. Buat perincian pada pengetikan dan menyediakan ruangan vertikal (kolom-kolom)
 - b. Jika pengguna memasukan data dengan tulisan tangan, Anda perlu menyusun baris yang cukup jauh terpisah agar dapat mudah dibaca.

- c. Ukuran pencetakan dengan menggunakan komputer, susunan margin, ruangan dan tanda-tanda yang jelas
 - d. Anda perlu juga mempertimbangkan jangka waktu penyimpanan setiap formulir yang akan digunakan
16. Saudara mahasiswa, harusnya mengenali bagian-bagian tertentu yang dibatasi penggunaannya oleh staf yang ditunjuk atau kelompok-kelompok
 17. Anda harus mempertimbangkan saat pencetakan pada kedua permukaan kertas (cetakan bolak balik) untuk menghemat penggunaan
 18. Bilamana mungkin, hilangkan keperluan akan formulir yang bersifat khusus dengan memanfaatkan stempel karet untuk formulir yang ada (contoh : cap ALERGI, cap PENTING, dan lain sebagainya)
 19. Anda harus memberikan lahan yang cukup untuk tanda tangan orang yang memasukan data.
 20. Apabila formulir baru Anda rancang dan masih perlu perbaikan-perbaikan, maka yang harus Anda lakukan adalah memfotocopy dalam jumlah sedikit kemudian melakukan uji coba kepada pengguna.
 21. Persediaan kertas Anda harus yang bermutu untuk hasil pencetakan akhir. Hal ini untuk menghindari kerusakan yang cepat dan menjamin hasil cetakan yang berkualitas
 22. Saudara mahasiswa, Anda harus menghindari persediaan formulir dalam jumlah yang berlebihan, karena hal tersebut akan menciptakan timbunan timbunan kartu yang akan menyulitkan
 23. Sediakan formulir untuk selama 6 bulan saja, hal ini untuk menghindari dari pemborosan selama perbaikan atau perubahan prosedur pendokumentasian
 24. Buatlah suatu pertimbangan/keputusan dan persetujuan akhir dari konsep formulir sebelum Anda terapkan. Hal ini dapat dicapai jika Rumah Sakit Anda membentuk panitia disain formulir yang beranggotakan dari berbagai profesi yang berkaitan.
 25. Jika formulir yang Anda rancang akan dipergunakan oleh beberapa bagian, seharusnya Anda berikan intruksi/petunjuk singkat untuk menjamin keseragaman.
 26. Jika Anda mempunyai suatu usulan baru pembuatan formulir maka yang perlu Anda lakukan adalah memperkenalkan formulir tersebut kepada pengguna. Hal ini dilakukan sebelum penerapan formulir baru dan juga selama tahap perencanaannya cara tersebut akan mendapatkan masukan dari/oleh orang yang akan menggunakan/mengisi data dalam formulir tersebut
 27. Jika ada intruksi yang bersifat mendetail, maka Anda perlu membuat suatu petunjuk yang terpisah yang berkaitan dengan :
 - a. Maksud
 - b. Penggunaan

- c. Intruksi untuk mengisi
 - d. Tanggung jawab
 - e. Referensi bila ada
28. Bila Anda merancang formulir untuk dikirimkan ke Institusi lain dibebagai tempat/kota lain, maka cantumkanlah nama, alamat dan kota pada formulir tersebut.
29. Anda perlu menyatakan semua formulir dengan :
- a. Judul yang sederhana dan jelas
 - b. Angka pengontrolan persedian/nomor formulir
 - c. Bulan dan tahun dari percetakan awal, percetakan perbaikan dan percetakan akhir.

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan kualifikasi dan kompetensi tenaga kesehatan, kegiatan analisis formulir seperti panduan diatas, dapat Anda lakukan dengan menggunakan lembar evaluasi formulir rekam medis dengan menyesuaikan ketentuan/Aspek pembuatan desain formulir. Anda dapat merancang sendiri bentuk formulir evaluasinya. Sebagai contoh sederhana bentuk Analisis formulir sebelum merancang formulir pada Tabel 5.1.

Tabel 5.1 Contoh lembar evaluasi formulir Rekam Medis

ASPEK ANATOMI:	ISI KEADAAN FORMULIR	MASUKAN PENGGUNA
1. Heading		
a. Judul		
b. Identitas Rumah Sakit		
c. Identitas pasien		
d. Nomor Halaman		
e. Tanggal Peneritan		
2. Introduction		
3. Instruction		
4. Body		
a. Batas tepi badan dengan bagian lain		
b. Spasi pada tiap kolom isi		

ASPEK ANATOMI:	ISI KEADAAN FORMULIR	MASUKAN PENGGUNA
c. Penggunaan garis pada badan		
d. Tipe huruf		
e. Cara pengisian badan		
5. Penutup		
a. Otentik		
b. Tanggal		

(sumber data isi : Huffman,1994)

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan kualifikasi dan kompetensi tenaga kesehatan, contoh lembar evaluasi perancangan formulir tabel 5.1 dapat Anda gunakan ketika Anda akan menilai apakah rancangan Anda sudah memenuhi persyaratan dasar perancangan formulir secara konsisten. Perbanyaklah formulir tersebut untuk Anda isi penilaian formulir yang sudah digunakan pada sarana pelayanan kesehatan Anda.

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Formulir-formulir yang dipergunakan di sarana pelayanan kesehatan dalam periode tertentu perlu dilakukan review kembali. Mengapa Anda perlu melakukan analisis dan evaluasi formulir di sarana pelayanan kesehatan?
- 2) Bagaimana cara Saudara melakukan analisis dan evaluasi sebelum merancang sebuah formulir?
- 3) Komponen apa saja yang Anda ketahui, untuk keperluan menilai dari suatu formulir?
- 4) Hasil dari analisis dan evaluasi, tentu mempunyai manfaat yang besar. Sebutkan dan jelaskan manfaat dari hasil analisis dan evaluasi!

Petunjuk Jawaban Latihan

Dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas, maka Anda perlu membaca lagi tentang :

- 1) Tujuan Analisis dan Evaluasi formulir
- 2) Langkah-langkah analisis dan penilaian formulir

- 3) Komponen penilaian formulir
- 4) Manfaat Analisis dan Evaluasi

Ringkasan

1. Tujuan dari hasil analisis formulir agar perancangan formulir sesuai dengan tujuannya dan menghindari kesalahan fatal.
2. Perlunya telaahan/analisis untuk formulir khusus agar memenuhi 3 (tiga) tujuan penting untuk menjamin keutuhan informasi, menghindari pencatatan redudansi, serta menjamin kontinuitas pendokumentasian yang baik.
3. Evaluasi perancangan formulir perlu dilakukan secara kontinyu untuk menjaga agar setiap perancangan formulir terkendali dengan baik dan tidak menyimpang dari kesepakatan bersama.
4. Ruang lingkup dari analisis formulir terdiri dari review dan revisi formulir, konfirmasi data dan mengangkat formulir dengan mengajak pengguna memikirkan kebutuhan dan biayanya

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Salah satu tujuan dari hasil analisis formulir adalah
 - A. terpenuhi laporan internal
 - B. Menghindari kesalahan fatal
 - C. memenuhi kewajiban tim
 - D. untuk mempersiapkan presentasi
- 2) Apa tujuan dari tim perancang format harus menjalankan proses analisa dan evaluasi?
 - A. Menilai informasi yang terkandung dalam format bermutu tinggi
 - B. Menilai format-format penting sebagai alat ukur informasi yang baik
 - C. Menilai perancangan format dan kelayakan pemakaian format
 - D. Menilai penjaminan mutu perancangan format dan kesesuaian dengan pemohon
- 3) Tim format perlu mengetahui fakta-fakta atau beberapa informasi mengenai suatu formulir maupun penggunaan formulir. Mengapa?

- A. Sebagai pedoman dan prinsip sebelum terjadi pencetakan format
 - B. Sebagai bentuk konfirmasi data untuk diringkas dan dipresentasikan kepada pengguna
 - C. Sebagai pedoman persetujuan pimpinan komite formulir untuk menghindari biaya yang tinggi.
 - D. Sebagai bentuk informasi keseluruhan dan keterkaitan dari system pencatatan yang ada.
- 4) Mengapa evaluasi perlu Anda lakukan secara berkesinambungan?
- A. Agar setiap rancangan dapat dicetak memenuhi harapan pengguna
 - B. Agar informasi dalam kandungan formulir dapat terdeteksi dengan baik
 - C. Untuk menjamin terkendalinya rancangan formulir dengan baik
 - D. Untuk menjamin keutuhan informasi rancangan formulir dengan baik
- 5) Dampak dari hasil analisis dan evaluasi perancangan formulir adalah...
- A. Memotivasi para pengguna formulir untuk memberikan informasi yang layak
 - B. Memberikan gambaran kelemahan dari perancangan formulir
 - C. Memberikan para pengguna ruang pencatatan yang sesuai dengan usulan pengguna
 - D. Memotivasi para tim perancang formulir untuk melakukan aktivitas evaluasi secara berkelanjutan

Topik 2

Analisis dan Evaluasi Formulir Elektronik (Interface)

Para Mahasiswa, program percepatan peningkatan kualifikasi dan kompetensi tenaga kesehatan, pengalaman Anda dalam mempelajari bagaimana menganalisis dan membuat rancangan evaluasi formulir kertas, akan memperkaya Anda dan memudahkan Anda dalam mempelajari topik selanjutnya yaitu analisis dan evaluasi formulir elektronik.

Harapannya setelah Anda mempelajari topik 2 (dua) ini Anda dapat mengetahui dan mendalami analisis dan evaluasi formulir elektronik.

Tapi sebelum Anda mempelajari lebih jauh tentang analisis dan evaluasi formulir elektronik, perlu Saudara ketahui bahwa saat Anda beralih dari rekam medis kertas/konvensional ke rekam medis elektronik atau *Electronic Medical Record (EMR)*, ada ratusan, terkadang ribuan formulir pracetak harus didesain ulang, dicetak ulang, diberi label, atau dijaga untuk mencetak sesuai permintaan dengan kode batang (*barcode*) untuk memenuhi kebutuhan proyek.

Hal tersebut tidak mudah Anda lakukan, karena Anda harus membutuhkan biaya yang tidak sedikit, oleh karenanya perlu Anda mengingat kembali pelajaran bab 1 apa pengertian *electronic medical record (EMR)*?

A. **ELECTRONIC HEALTH RECORD (EHR)**

Para mahasiswa, tahukah Anda apa yang dimaksud dengan *Health Record*? EMR? Istilah tersebut pernah sedikit Anda singgung dalam mempelajari di Bab 1. Silakan mengingat kembali istilah tersebut dan tulis ulang pada kolom yang tersedia.

Saudara mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, *Health Record* atau rekam kesehatan merupakan suatu dokumen baik berupa rekaman atau catatan yang berisi tentang kondisi kesehatan maupun riwayat penyakit pasien yang dibuat setelah pasien menerima suatu pelayanan medis ataupun tindakan medis.

Dalam keseharian kegiatan pelayanan medis di Rumah Sakit, catatan medis konvensional dibuat oleh para medis baik dokter, perawat maupun bidan. Catatan medis berisi hasil temuan dokter pemeriksaan fisik pasien, kumpulan hasil tes penunjang (Laboratorium, Radiologi, *Ultrasonic*, *endoscopy* dan lain-lain) dan hasil catatan perawat maupun bidan selama pasien mendapat perawatan di pelayanan kesehatan baik rawat jalan maupun rawat inap.

Dalam mendefinisikan *Electronic Health Records* (EHR) belum ada standar definisi yang pasti. Tentang hal tersebut, Amayatakul mengatakan :

Defining the electronic health record is not simple, laded, there is no standard definition. The EHR is not an information system that is purchased and installed as a word-proscessing pack age is, or oven billing system or laboratory information system that may have to be connected to other information system and devices and customized to the specific environment. The EHR is more an information system framework that accomplishes a set of functions. (Amayatakul, 2004:1)

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, bahwa mendefinisikan EHR atau rekam kesehatan elektronik (RKE) tidaklah sederhana. Tidak ada standar definisi. RKE bukanlah system informasi yang dibeli dan diinstal sebagai suatu paket atau system penagihan atau system informasi laboratorium yang terhubung dengan system informasi lainnya dan peralatan dan dipersempit kepada lingkungan yang spesifik. RKE adalah lebih dari sekedar kerangka system infomasi untuk mencapai suatu set fungsi.

Coba Anda simak yang ditegaskan oleh Paul Bretscher (*Disertasi, August 2011:p.16*) yang mendefinisikan “*Electronic Health Record (EHR) is a patient-orientated, aggregated longitudinal system of systems which assembles health Information about a patient over a wide area network from, potentially, many geographically dispersed data sources.*”

Anda dapat menyimpulkan secara sederhana bahwa rekam kesehatan elektronik memungkinkan berbagai informasi medis dari berbagai sumber dalam bentuk untuk disimpan, diolah, dikomunikasikan dan diambil kembali dalam bentuk aslinya atau olahan. Perekaman data secara elektronik merupakan suatu *database* elektronik yang berisi kumpulan data kesehatan dari pengguna pelayanan kesehatan.

Undang-undang tentang Informasi dan Transaksi Elektronik (UU ITE) Nomor 11 Tahun 2008 telah memberikan peluang bagi Rumah Sakit di Indonesia untuk segera mengimplementasikan Rekam Medis Elektronik (RME)/EMR atau *Electronic Medical Record*. UU ITE telah memberikan jawaban atas keraguan dari Sarana Pelayanan Kesehatan sekunder maupun tersier untuk memulai merancang Rekam Medis Elektronik secara legal.

Telah dibahas pada Bab 4, bahwa Format dan persiapan dokumen untuk RME adalah jalur waktu terpanjang dalam proses konversi dan harus mendahului langkah-langkah proyek lainnya. Jika dilakukan setelah fakta, bisa menyebabkan penundaan biaya tak terduga.

Saat Anda beralih ke EMR, ada ratusan, terkadang ribuan formulir cetak harus didesain ulang, dicetak ulang, diberi label, atau dijaga untuk mencetak sesuai permintaan dengan kode batang (*barcode*) untuk memenuhi kebutuhan proyek. Desain proyek yang baik akan memberikan perencanaan, solusi, dan garis waktu yang memadai untuk mempersiapkan dan memformat ulang dokumen Anda.

Para mahasiswa, *Electronic Health Record* dirancang supaya membawa dampak yang baik, hal ini bisa Anda buktikan dalam penelitian yang dilakukan oleh Banner-Olney dalam *Journal CIN (Computer Informatic Nursing, 2009 ;27: 75-81)*, yang menyatakan dampak dari EHR terhadap perilaku perawat antara lain bahwa seorang perawat tidak disibukkan dengan mencatat hasil perkembangan pasien secara manual yang membutuhkan waktu lama untuk berkonsentrasi dalam pencatatannya. Bahkan seorang perawat dapat menghabiskan waktunya lebih banyak dengan merawat pasien langsung.

Demikian pula Anda juga bisa membaca hasil penelitian **Shen**, Tianlong dalam *IEEE/ICME (International Conference on Complex Medical Engineering, 2002)*, bahwa rasio pemakaian rekam medis kertas akan berkurang 10% dalam pelayanan kesehatan masyarakat baik informasi dan sumber daya manusia.

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan. Daris hasil penelitian Shen, Tainlong (2002) bahwa EHR dapat diimplementasikan dalam pelayanan kesehatan masyarakat dengan “*mobile electronic*” yaitu *Personal Digital Assistant (PDA)* dengan kemudahannya untuk dibawa kemanapun, yang sangat mungkin digunakan sebagai media bertukar informasi dan berdiskusi diantara praktisi kesehatan dalam pelayanan medisnya.

Suatu studi tentang *Electronic Health Records (EHR) Documentation in Nursing* pada *Magnet Hospital di Southwest Florida* (Moody, et al, 2004), yang mengkaji kebutuhan, preferensi dan persepsi perawat berhubungan dengan metode EHR dokumentasi menunjukkan bahwa lebih sepertiga perawat (36%) merasakan EHR menurunkan *workload*. Selanjutnya, 75% perawat berfikir EHR meningkatkan kualitas dokumentasi dan 76% percaya EHR meningkatkan safety dan perawatan pasien. Program EHR di buat dalam rangka memudahkan dan mempercepat pendokumentasian asuhan keperawatan yang dibuat. Dengan sistem ini perawat lebih dapat menghemat waktu dan perawat akan lebih sering berada di samping pasien.

Penegasan hasil penelitian terhadap dokter pengguna EHR oleh Noteboom, 2012, bahwa “*The integration of EHR in IT infrastructures supporting organizations enable improved*

access and recording of patient data, enhanced ability to make improved decisions, improved quality and reduced errors in patient care.”

Keuntungan integrasi EHR dalam Infrastruktur Teknologi Informasi yang mendukung organisasi dalam mengakses dan pencatatan data pasien, sangat dibutuhkan untuk mendukung keputusan, meningkatkan kualitas dan mengurangi kesalahan dalam pelayanan kepada pasien.

Saudara mahasiswa, dapatkah Anda menarik kesimpulan dari hasil penelitian para ahli diatas? Bahwa keuntungan menggunakan/menyelenggarakan *Electronic Health Record* di pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit adalah mendukung keputusan dengan mengakses data pasien dengan cepat dan tepat, meningkatkan kualitas dan mengurangi kesalahan dalam pelayanan.

Keuntungan EHR jika diimplementasikan di Rumah Sakit yang sejalan dengan tuntutan masyarakat adanya pelayanan kesehatan yang semakin berkualitas. Menurut Wolf, Debra Met.all, (Wolf, 2006:24 (6):307-316) dalam *journal CIN*, keuntungan peralihan dari *paper-based* adalah menjamin *quality of care* (perawatan yang berkualitas) dan memicu produktivitas kerja, antara lain :

1. Mereduksi duplikasi pengujian
2. Mereduksi kesalahan medis (*medication error*)
3. Mencegah efek kerugian dari konflik materi pengobatan/perawatan
4. Mengurangi waktu yang dihabiskan oleh pasien dan tenaga medis dalam menunggu order medis, hasil test, diagnose yang akurat dan intervensi
5. Mengeliminir/pengurangan visit yang tidak perlu.
6. Mereduksi kerja dengan kertas
7. Penghematan biaya dari penggunaan kertas menjadi elektronik.

A. RUANG LINGKUP ANALISIS DAN EVALUASI FORMULIR ELEKTRONIK (INTERFACE)

Para mahasiswa, program percepatan tenaga kesehatan, sebelum mempelajari ruang lingkup analisis dan evaluasi formulir elektronik, terlebih dahulu Anda mereview ulang manfaat dibuatnya formulir elektronik :

1. Anda tidak pernah kehabisan formulir
Jika sarana pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Anda menetapkan menggunakan formulir kertas, bisnis proses akan berhenti jika kehabisan formulir kertas. Namun tidak demikian dengan formulir elektronik.

2. Anda tidak pernah ketinggalan jaman
Formulir elektronik mudah sekali disesuaikan dengan perubahan dan peraturan. Investasi untuk pencetakan dan penyimpanan tidak Anda perlukan lagi untuk pembuatan formulir elektronik.
3. Ketidakefisienan formulir dapat Anda hindari
Formulir elektronik mudah untuk segera disesuaikan isi dan format formulir untuk memenuhi kebutuhan pemakai dengan tepat.
4. Tidak dimungkinkan penggunaan formulir yang salah
Dengan formulir elektronik, pengendalian formulir dapat dilakukan dengan penentuan pemakai formulir tertentu hanya terbatas pada orang yang memiliki kata sandi atau *password*. Setiap orang yang menggunakannya harus mengisi “password”.
Jika formulir elektronik direvisi, orang tidak akan salah menggunakan formulir karena formulir tersebut tidak lagi tersedia dalam file komputer.
5. Kecepatan pengisian formulir
Kecepatan pengisian formulir elektronik tidak diragukan lagi. Cursor akan berhenti di setiap ruang kosong yang harus diisi data dan membimbing pengisi ke dalam urutan pengisian formulir secara logis.
Formulir elektronik dapat melakukan penghitungan (penambahan, pengurangan, perkalian, pembagian) dan mencatatkan secara otomatis hasil perhitungan pada ruang tertentu dalam formulir.
6. Penangkapan data dilakukan sekali
Dengan menggunakan formulir elektronik, duplikasi (penggandaan) penangkapan dan pemasukan data ke dalam sistem informasi tidak akan terjadi.
7. Tidak ada data yang rancu
Dengan formulir elektronik data dimasukkan dan dikirimkan dari satu tempat ke tempat lain secara elektronik, sehingga tidak ada data yang mengambang.
8. Kemudahan dalam pengelolaan formulir
Saudara mahasiswa, penggunaan formulir elektronik, perancangan, pengelolaan, dan penginputan setiap formulir dapat dilakukan melalui sistem yang terintegrasi. Sistem komputer dapat menyimpan dan menyediakan data beberapa kali formulir telah digunakan, bagaimana bentuk formulir setelah revisi yang terakhir, dan berapa lama suatu formulir telah digunakan sejak revisi terakhir. Data tersebut sangat bermanfaat untuk mengelola formulir yang banyak macamnya di dalam pelayanan kesehatan.

Tahapan yang perlu Anda pahami dalam penentuan evaluasi formulir elektronik, Anda harus melihat fungsi alur kerja dan kedalaman proses kerja di Unit kerja RMIK, dengan menitikberatkan pada kompleksitas yang alami. Sebagaimana beberapa fungsi kegiatan lebih

tergantung kepada kemampuan untuk melihat, mengelola, dan pengeluaran format rekam medis yang akurat dengan spesifikasi halaman atau bagian atau masukannya. Fungsi-fungsi tersebut juga penggunaan tipikal spesifikasi aplikasi-aplikasi software untuk mendukung proses alur kerja:

1. Kedalaman system rekam kesehatan elektronik/ EHR itu sendiri
2. Kedalaman system pengelolaan dokumen elektronik (EDMS) yang digunakan sebagai rekam medis yang legal
3. Kedalaman system software lainnya yang tidak terintegrasi.

Dalam kasus ini, akan Anda lihat adanya integrasi antara aplikasi-aplikasi, system yang ada dari dokumentasi pembuatan rekam medis, dan system legalisasi sebagai dasar menuju EHR, termasuk aplikasi software lainnya.

Saudara mahasiswa, program percepatan peningkatan kualifikasi dan kompetensi tenaga kesehatan, faktor-faktor yang harus Anda perhatikan pada perancangan formulir elektronik, perlu melakukan langkah-langkah atau tahapan analisis dan evaluasi tentang :

1. Rancangan formulir yang sederhana dan ringkas.
Agar pengguna dapat langsung mengerti dalam penggunaannya.
2. Elemen-elemen yang dicantumkan di dalam formulir elektronik yang telah disusun harus mmenurut urutan yang logis. Hal ini akan mengurangi kemungkinan terjadinya kesalahan dalam pengisian formulir dan akan memangkas waktu pengisian dan penggunaan formulir elektronik.
3. Nama formulir elektronik.
Perlunya penamaan/judul formulir elektronik untuk memudahkan mengidentifikasinya.
4. Nomor identifikasi pada setiap formulir elektronik.
Perlunya mengingat penomoran sebagai identifikasi formulir elektronik dalam database dan dilengkapi nama formulirnya, untuk memudahkan identifikasi formulir.
5. Pengarahan tata cara penginputan data
Mengarahkan kepada para pengguna (*User*) dimana data dapat dimasukkan dan ada peringatan kesalahan yang terjadi saat data dimasukkan.
7. Validity checking
Memverifikasi apakah data yang dimasukkan memenuhi kriteria format, batasan dan parameter lainnya. Memastikan apakah semua data lengkap dan tidak memasukkan data duplikasi. Contoh memasukkan nomor Rekam Medis, biasanya ada 6 digit, jika kurang dari enam digit data tidak bias tersimpan.
8. Membuat Prosedur baku tentang :
 - a. Kebutuhan data apa saja
 - b. Bagaimana cara mendapatkan data

- c. Siapa yang bertanggungjawab mendapatkan data
- d. Tangungjawab menginput data
- e. Bilamana data diinput
- f. Tipe *input device* yang harus digunakan
- g. Bagaimana metoda pengolahan
- h. Langkah-langka bila terdeteksi error pada data.

Anda sebagai praktisi Manajemen Informai Kesehatan dapat mengidentifikasi beberapa permintaan penting dalam system manajemen dokumen elektronik untuk memenuhi permintaan dan mendukung fungsi *release of information (ROI)* atau pelepasan informasi dilingkungan rekaman elektronik. Anda bisa melihat tabel 5.1.

Tabel 5.1 Contoh cek list permintaan dalam system pengelolaan dokumen elektronik

√	Semua dokumen dan dipertanggungjawabkan dan catatan ditutup selengkapny dalam jangka waktu tertentu pasca keluarnya pasien
√	Satu atau beberapa kelompok dokumen dalam rekam medis elektronik dapat dilihat dengan dilepaskan ke pemohon
√	Otorisasi untuk ROI dapat dilihat pada tingkat episode spesifik yang berafiliasi dengan nomor pertemuan tertentu
√	Otorita global atau universal dapat diajukan di tingkat perusahaan (nomor rekam medis) vs. episode perawatan individual
√	Dokumen dapat ditinjau melalui portal, dikirim ke CD / DVD atau dicetak sebagai rangkaian keluaran berformat dokumen
√	Proses penagihan dan penagihan dapat didukung oleh EDMS atau akomodasi yang dibuat untuk diintegrasikan dengan sistem keuangan yang sesuai
√	Log dari semua permintaan dan akuntansi pengungkapan adalah jejak audit keepmasman dan dapat dirujuk sesuai kebutuhan
√	Dokumen eksternal yang dibuat secara digital atau dipindai dari kertas ke dalam sistem, dapat diintegrasikan dalam bagian korespondensi rekam medis elektronik dalam EDMS.

Saudara mahasiswa, program percepatan peningkatan kualifikasi dan kompetensi tenaga kesehatan, para mahasiswa, Anda harus mempertimbangkan situasi spesifik tersebut pada tabel 5.1. Ini relatif pada akses terhadap rekam medis pasien yang dapat dipandang sebagai rawan risiko dan kurang memiliki pertimbangan dan kontrol yang tepat untuk privasi dan kerahasiaan pasien, jika Rumah Sakit Anda memperbolehkan dalam sistem EHR:

1. Akses ke data rekam medis pasien oleh perawat yang mungkin bekerja pada unit keperawatan yang berbeda dari pasien, namun masih memiliki kemampuan untuk mengambil catatan pasien secara online dan memeriksanya.
2. Akses ke data pasien pada unit keperawatan setelah pasien dipulangkan
3. Akses ke data rekam medis pasien oleh physicians yang bukan dokter aktif dalam kasus ini.
4. Akses ke data riwayat medis pasien terakhir oleh dokter yang belum pernah melihat pasiennya, harus mempunyai rencana untuk menemui pasien, dan tidak memiliki otorisasi pasien
5. Akses oleh anggota keluarga atau teman ke data rekam medis pasien tanpa persetujuan dari pasien

Saudara mahasiswa, program percepatan peningkatan kualifikasi dan kompetensi tenaga kesehatan, dari 5 (lima) poin tersebut diatas yang harus Anda pahami untuk dihindarkan dan harus selalu di informasikan.

Perlu Anda ketahui, para mahasiswa, bahwa fasilitas pelayanan kesehatan secara rasional boleh membuka akses rekaman pasien jika membutuhkan sesuai petunjuk, dimana tidak perlu membutuhkan otorisasi dan format persetujuan untuk pelayanan klinik. Namun bisa saja berdampak pada bidang operasi fungsional lainnya.

Satu bidang terakhir dinamika manusia harus dipertimbangkan selama implementasi EDMS. Pertimbangkan bagaimana lingkungan yang berubah ini akan meniru area fungsional atau pengguna rekam medik lainnya. Kelompok ini meliputi:

- a. Mereka yang mendokumentasikan;
- b. Mereka yang meninjau catatan; dan
- c. Mereka yang mungkin meminta salinan-salinan atau transmisi yang didistribusikan secara elektronik-dari catatan klinis

Para mahasiswa, Ingatlah bahwa beberapa orang akan memiliki pengalaman di luar catatan medis kertas atau hibrida. Dalam kedua skenario tersebut, fokus pada pemahaman dampak EDMS sebagai resesi kesehatan legal sehingga harapan dapat terdokumentasi dengan baik dan pertanyaan-pertanyaan Anda jawab sebelum mengubah kebijakan, prosedur, atau dinamika alur kerja.

Prinsip manajemen perubahan yang baik seperti komunikasi, pelatihan, dan masukan partisipatif dari individu penting dalam melakukan transisi optimal menuju alat kerja baru dan proses yang melekat pada EDMS.

1. Kelompok Dokumenter

Saudara, para mahasiswa, Dokter adalah dokumenter utama dalam catatan pasien. Di lingkungan kertas atau hibrida di bidang kesehatan, mendokumentasikan mungkin sesederhana memungut bagan bagan dan menulis catatan. Mengingat memasukkan unsur dokumentasi klinis, tanggal, dan tanda tangan yang tepat adalah tugas manual. Saat ini, banyak dokumentasi klinis masih terselesaikan dengan cara ini.

2. Kelompok Penelaah (*Reviewer*)

Perlu Anda ketahui, bahwa penelaah rekam medis adalah pemeriksaan internal atau pengguna rekam medis daripada permintaan dari luar. Individu memiliki kebutuhan atau hak yang sah untuk mengakses dokumentasi dalam catatan. Contoh kebutuhan yang sah ini adalah:

- a. Melakukan pekerjaan rutin seperti meninjau grafik untuk tujuan pengkodean diagnosa dan prosedur.
- b. Investigasi kejadian terkait pasien spesifik seperti lamanya waktu yang dihabiskan dengan pasien
- c. Mengaudit konten rekaman, seperti mengukur kelengkapan pesanan
- d. Pemantauan kinerja karyawan seperti meninjau elemen dalam laporan operasi yang terdokumentasi untuk memastikan jumlah lagu selama prosedur bedah yang benar.
- e. Mengkaji kualitas dokumentasi rekaman atau perawatan pasien itu sendiri ketika misalnya, meninjau dokumentasi relatif terhadap reaksi anestesi
- f. Melakukan penelitian klinis sebagai bagian dari dewan peninjau investigasi yang didakwa menyetujui uji coba klinis onkologi eksternal.

3. Kelompok Pemohon (*The Requestors*)

Saudara mahasiswa, program percepatan peningkatan kualifikasi dan kompetensi tenaga kesehatan, yang menjadi catatan Anda, bahwa pemohon mengacu pada pemohon eksternal dari catatan pasien, seperti praktisi klinis yang tidak merawat pasien secara historis namun dapat melakukannya di masa depan sebagai bagian dari perawatan berkelanjutan.

Berikut ini ada beberapa pertanyaan dasar ketika Anda membuat strategi evaluasi aspek legal rekam kesehatan dengan menggunakan EDMS sebagai bagian dari seputar EHR. Beberapa fakta pertanyaan yang akan diterima dari para dokter, Teknologi Informasi, administrasi Rumah Sakit, spesialis pengembangan usaha Rumah Sakit, dan profesi Manajemen Informasi Kesehatan :

- Mengapa banyak rumah sakit kurang mendapat perhatian dalam teknologi EDMS jika ini adalah bagian penting dari strategi EHR untuk organisasi layanan kesehatan?

Satu, teknologi system manajemen elektronik (EDMS) adalah satu-satunya yang paling dapat menjaga rahasia yang berhubungan dengan elektronik rekam kesehatan, sebab pengoperasiannya dan mempunyai keuntungan lebih.

Dua, vendor system elektronik rekam kesehatan tidak mempunyai konsentrate dalam solusi yang mengakomodir dasar pasien keluar hidup dan mati dalam episode rekaman medis.

Tiga, difokuskan pada input informasi, daripada pengambilan kedua review dan pencetakan dokumentasi yang merupakan bagian dari catatan kesehatan legal. Proses akses dan penyebaran informasi restrospektif seringkali diabaikan dalam keseluruhan strategi EHR, terutama karena kurangnya pengelolaan staf manajemen informasi dalam proses pengambilan keputusan selama pemilihan solusi perangkat lunak komponen EHR.

- Mengapa penggunaan standar berarti tidak membahas penggunaan EDMS sebagai teknologi yang dibutuhkan?
- Apakah EHR bisa menduplikasi fungsionalitasnya dalam EDMS?
- Apa yang mungkin terjadi dalam jangka panjang jika fasilitas mengabaikan persyaratan untuk sistem EDMS dan ingin mencoba menggunakan sistem data diskrit sebagai catatan kesehatannya yang sah, bukan EDMS?
- Apa rencana perbaikan yang disarankan jika sebuah fasilitas tidak menerapkan EDMS Tingkat 3?
- Bagaimana kita mendidik informasi Staf teknologi, vendor, profesional HIM, dan siswa tentang pentingnya penggunaan teknologi EDMS?
- Bagaimana pemindaian layanan terkena dampak menggunakan EDMS?
- Seberapa membantu pemindaian kembali historis catatan medis saat mengadopsi teknologi EDMS?
- Adakah risiko jangka panjang lainnya untuk tidak menerapkan EDMS?



(Sumber data : google.com, Rabu, 21 Februari 2018, pk. 2:28)

Gambar 5.2 Contoh *Interface* Rekam Medis

(Sumber data : google.com, Rabu, 21 Februari 2018, pk. 2:28)

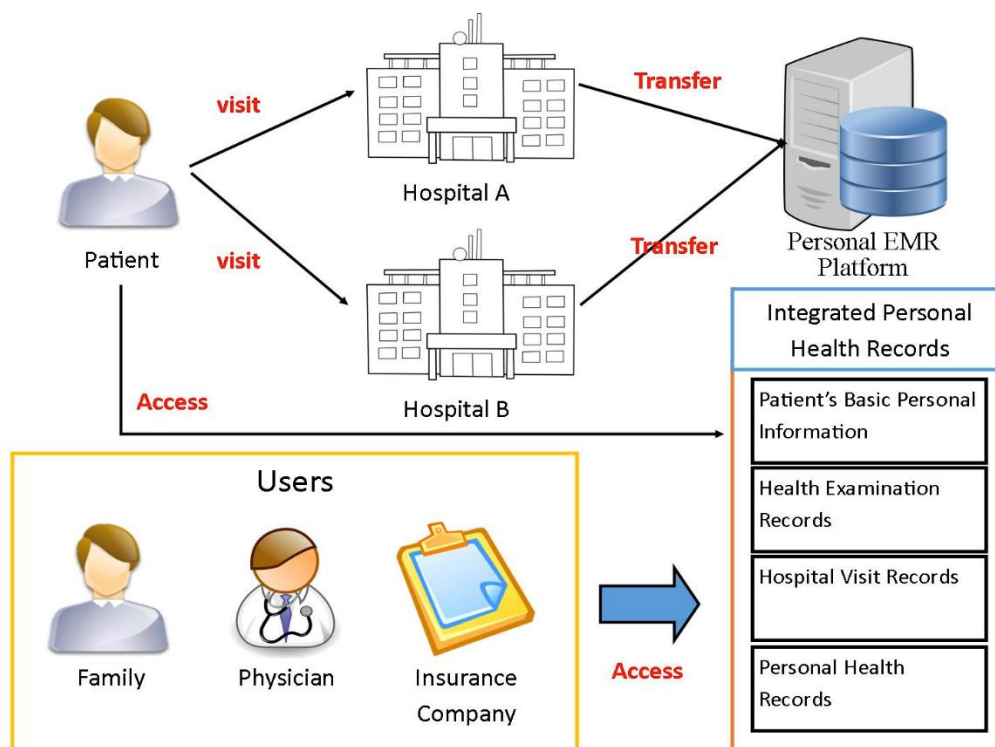
Gambar 5.3 Contoh *Interface* Rekam Medis

SIRS PRO -Registration -RSB. GRAHA SEHAT BATAM Komp. Ruko Asih Raya No.10-13 Batu Aji, Batam

PATIENT REGISTRATION		PATIENT'S PROFILE										
Department Name : Poliklinik Kebidanan & Kandungan Find Dept		MODE : INSERT USERNAME : YANTO										
Register to : ☒ Service ☐ Laboratory ☐ Bed ☐ Pharmacy		Struk # : P1311100001 Struk Status : Active Visit Status : PROCESS RegNo :										
Patient Category : ☐ New ☒ Old ☐ No MedRec		Patient Name : SHERLY PARIWANSYA, NY Gender / Age : Female / 4 TH 1 BL 24 HR Date / Place Birth : 16-09-2009 / BATAM Full Address : TAMAN CIPTA ASRI BLOK F/ 125 Telephone :										
MedRec No. : 000119 Find MR												
Doctor's Name : dr. Andri, Sp. OG Find Doct												
AFFILIATION NAME												
Affiliation Name : PASIEN UMUM Find Aff		Prerequisite of Affiliation's Patient :										
Pricing Group : PASIEN UMUM												
Employee Name : (Nama Karyawan)												
Employee NIK : (ID Karyawan)												
Affiliation Group : (Nama Perusahaan)												
IF REGISTER TO BED		BED INFORMATION										
Class Name :		Room :										
Bed Name : Find Bed		Ward :										
Relation :		Building :										
Relation Name :		Price :										
Phone Number :		Facility :										
<table border="1"> <tr> <td>Info Trx</td> <td>Print</td> <td>Search</td> <td>Insert</td> <td>Cancel</td> <td>Delete</td> <td>Save</td> <td>Input Transaction</td> <td>Close</td> </tr> </table>				Info Trx	Print	Search	Insert	Cancel	Delete	Save	Input Transaction	Close
Info Trx	Print	Search	Insert	Cancel	Delete	Save	Input Transaction	Close				

(Sumber data : google.com, Rabu, 21 Februari 2018, pk. 2:28)

Gambar 5.4 Contoh *Interface* Rekam Medis



(Sumber data : google.com, Rabu, 21 Februari 2018, pk. 2:28)

Gambar 5.5 Integrated Personal Health Record (IPHR)

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Apa yang Anda ketahui tentang *Electronic Health Record* (EHR)?
- 2) Keuntungan apa yang didapat jika suatu pelayanan kesehatan menerapkan EHR?
- 3) Perancangan formulir elektronik perlu pemikiran yang sangat matang dan hati-hati. Adakah manfaat formulir elektronik bagi sarana pelayanan kesehatan?
- 4) Bagaimana tahapan penentuan evaluasi formulir elektronik?
- 5) Adakah resiko rawan terhadap akses rekam medis elektronik pasien, jika kurang control yang tepat?

Petunjuk Jawaban Latihan

Para mahasiswa, agar Anda dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan yang tertera dalam latihan, maka Anda perlu membaca dan memahami ulang tentang :

- 1) Pengertian *Electronic Health Record*
- 2) Keuntungan sebuah Rumah Sakit menerapkan EHR
- 3) Manfaat formulir elektronik
- 4) Langkah-langkah evaluasi formulir elektronik
- 5) Resiko terhadap kebebasan mengakses Rekam Medis elektronik.

Ringkasan

1. Rekam kesehatan elektronik memungkinkan berbagai informasi medis dari berbagai sumber dalam bentuk untuk disimpan, diolah, dikomunikasikan dan diambil kembali dalam bentuk aslinya atau olahan. Perekaman data secara elektronik merupakan suatu database elektronik yang berisi kumpulan data kesehatan dari pengguna pelayanan kesehatan.
2. Elektronik Rekam Medis menjadi solusi bagi Pelayanan Kesehatan dalam menghadapi berbagai masalah yang sering terjadi seperti kebutuhan ruang arsip rekam medis yang besar, hilangnya rekam medis, pengelolaan data, pelaporan yang akurat dan tepat waktu, dan sebagainya.
3. Sistem yang terintegrasi baik segi *software*, *hardware*, dan jaringan diperlukan untuk membangun sistem yang baik di rumah sakit. Diperlukan perancangan formulir elektronik dengan pemikiran yang matang, namun demikian perlu diingat bahwa manfaat adanya formulir elektronik yaitu formulir tidak akan pernah kehabisan, tidak ketinggalan jaman, efisiensi penggunaan formulir, tidak mungkin salah menggunakan formulir, kecepatan pengisian formuli, penangkapan data tidak perlu berulang kali, menghindari data yang rancu, serta kemudahan dalam pengelolaan formulir.
4. Tahapan penentuan evaluasi elektronik, dengan menitikberatkan pada fungsi alur kerja dan kedalaman proses kerja di Unit kerja Manajemen Informasi Kesehatan. Beberapa fungsi kegiatan tergantung kepada kemampuan untuk melihat, mengelola, dan mengeluarkan format rekam medis yang akurat.

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Tahapan dari analisis dan evaluasi formulir elektronik?
 - A. Kemudahan pengelolaan formulir
 - B. Melihat Fungsi alur kerja dan kedalaman proses kerja
 - C. Mencari solusi terbaik untuk pelayanan kesehatan
 - D. Mengumpulkan informasi sebagai pengambilan keputusan manajemen

- 2) Resiko rawan apa yang kurang pertimbangan dan pengendalian yang tepat untuk privasi dan kerahasiaan pasien pada formulir elektronik?
 - A. Akses data pasien oleh keluarga atau teman pasien harus dengan persetujuan
 - B. Akses data pasien pada unit keperawatan saat pasien dalam proses rawat inap
 - C. Semua informasi boleh diakses oleh seluruh dokter dan perawat
 - D. semua informasi pasien boleh diakses oleh staf Manajemen Informasi Kesehatan yang mempunyai tugas spesifik (ROI)

- 3) Evaluasi formulir elektronik dengan melihat fungsi-fungsi tipikal spesifikasi aplikasi software dalam mendukung alur
 - A. kedalaman system pengelolaan system informasi pelayanan kesehatan
 - B. Akses data pasien pada unit-unit pelayanan kesehatan
 - C. kedalaman system pengelolaan dokumen elektronik yang digunakan sebagai rekam medis yang legal
 - D. semua informasi-informasi pasien yang boleh diakses oleh staf Manajemen Informasi Kesehatan, dokter maupun perawat

- 4) Yang perlu diperhatikan dalam tahapan analisis dan evaluasi formulir elektronik:
 - A. Elemen data yang tercantum dalam formulir elektronik disusun menurut urutan logis.
 - B. Verifikasi user untuk memudahkan identifikasi formulir elektronik
 - C. Validasi user yang memasukkan data sesuai criteria format elektronik
 - D. membuat prosedur penomoran formulir elektronik

- 5) Dalam pengendalian Formulir elektronik dapat dilakukan dengan penentuan pemakaian formulir tertentu
- A. Terbatas pada orang-orang medis saja dengan password
 - B. Terbatas pada orang-orang yang memiliki kata sandi saja
 - C. Semua yang menggunakannya harus mempunyai kata sandi
 - D. semua pengguna tidak perlu mempunyai kata sandi

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) B.
- 2) A.
- 3) B.
- 4) C.
- 5) A.

Tes 2

- 1) B
- 2) C.
- 3) C.
- 4) A.
- 5) B.

Glosarium

Analisis	: uraian, kupasan, pemeriksaan, pemecahan soal dengan persamaan
CD	: <i>Compact Disc</i> , media penyimpanan yang berbentuk piringan disebut juga optic generasi pertama menggantikan disket (<i>floppy disc</i>), bisa menyimpan film dengan resolusi kecil atau sebagai media transmisi software-software aplikasi
DVD	: <i>Digital Versatile Disc / Digital Video Disc</i> , media penyimpanan optic, untuk menyimpan video dan data, mempunyai kapasitas enam kali lipat dari CD
EDMS	: <i>Electronic Documentation Management System</i> , Sistem pengelolaan dokumen elektronik
Evaluasi	: penilaian
Hardware	: Perangkat keras
IPHR	: <i>Integrated Personal Health Record</i>
Legal	: sah, menurut undang-undang
<i>Mobile electronic</i>	: <i>Personal Digital Assistant</i> (PDA)
RKE	: Rekam Medis Elektronik
ROI	: <i>release of information</i> ; pelepasan informasi
Software	: Perangkat Lunak
User	: Pengguna, pemakai
<i>Validity checking</i>	: cek validasi

Daftar Pustaka

- Abdelhak, Mervat, *Health Information: Management of statagic Resources*, Elsevier- Health Sciences Division, USA, 2007.
- Alhaqbani, Bandar S., *Privacy and Trust Management for Electronic Health Records BCS (Computer Engineering)*, MIT (E-Business), A dissertation submitted for the degree of IF49 Doctor of Philosophy, 2010.
- Amatayakul, Margret K., FHIMSS., *Electronic Health Records a Practical Guide for Professionals and Oeganizations*, AHIMA, Chicago, 2004.
- Berg, Marc, *Health Information Management, Integating Information Technology in Health Care Work*, 2004, Rotterdam, New York.
- Bretscher, Paul, *An Analysis of Ontario's Electronic Health Record Project*, University Of Saskatchewan, 2011.
- Departemen Kesehatan RI, Badan PPSDM, 2007, Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, Jakarta
- Grider, Deborah J, *MEDICAL Record Chart Analizer*, AMA, 2002, Chicago.
- Grzybowski, Darice, MA, RHIA, FAHIMA, 2014, Strategiies for Electronic Document and Health Record Management, AHIMA, Chicago
- Huffman, Edna K, 1994, *Medical Record Management*, 9th edition, page:247, Illinois: Physician Record Company
- IFHIMA, *Learning Packages for Medical Record Practice*, 2012, P: 21-27 , Chicago
- Merida L, Johns, 2006, *Health Information Management: Technology*, AHIMA, Chicago
- Moody LE, et.al. health records documentation in nursing: nurses' perceptions, attitudes, and preferences, *Pub.Med.gov.US National Library of Medicine National Institue of Health*, 2004 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, Tgl. 10 Oktober 2014, pk.14.30)

Meyer, Linda, PhD., Journal of American Nurse Today Vol.6. No.5, 2011.
(www.AmericanNurseToday.com, Tgl. 17 Oktober 2014, pk. 15.00)

Noteboom, Cherie, Dhundy Bastola, Sajda Qureshi, Cycles of Electronic Health Records Adaptation by Physicians: How Do the Positive and Negative Experiences with the EHR System Affect Physicians' EHR Adaptation Process?, 45th Hawaii International Conference on System Sciences, 2012.

Paul C. Fu Jr., Daniel Rosenthal, Joshua M. Pevnick, Floyd Eisenberg, The impact of emerging standards adoption on automated quality reporting, Elsevier Inc., 2012.
(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> Tgl. 17 Oktober 2014, pk. 15.00).

Shen, Tainlong, Jun Shi, Zhuangzhi Yan, The Design of Community EHR System Based on PDA, International Conference on Complex Medical Engineering, School of Communication and Information Engineering, Shanghai University, 200072, China Shanghai, 2007.

Skurka, Margaret Flettre, 2003, *Health Information Management in Hospitals*, Chicago

Whitten, Jeffry L, Benteley, Lonnie D., Dittman, Kevin C., Metode Desain & analisis Sistem. 6 Ed.,Mc.Graw Hill, education dan Penerbit Andi, 2004.

Bab 6

MENERAPKAN DESAIN DAN EVALUASI FORMULIR

Imelda Retna Weningsih, SST.MIK, M.Kom

Pendahuluan

Perancangan formulir yang tidak terencana dengan baik akan membuat beberapa kesalahan dan penyimpangan dari tujuan. Para mahasiswa, masih ingatkah Anda, ketentuan dari pembuatan desain formulir? Dalam bab ini kompetensi yang harus Anda capai adalah menerapkan desain dan evaluasi formulir rekam medis kertas (konvensional) dan menerapkan evaluasi formulir elektronik.

Dalam Topik 1 (satu) Anda akan dipandu bagaimana merencanakan pembuatan sebuah desain formulir kertas dan bagaimana cara membuat desain evaluasinya. Selanjutnya dalam Topik 2 (dua) Anda akan mempelajari bagaimana cara mengevaluasi formulir elektronik secara sederhana, beserta contoh desain gambarnya.

Untuk menerapkan desain formulir elektronik tidak mudah karena Anda harus menguasai keilmuan program desain sistem informasi. Oleh karenanya dalam bab ini akan ditekankan kepada bagaimana caranya menganalisis dan evaluasi desain formulir elektronik berikut contoh desainnya.

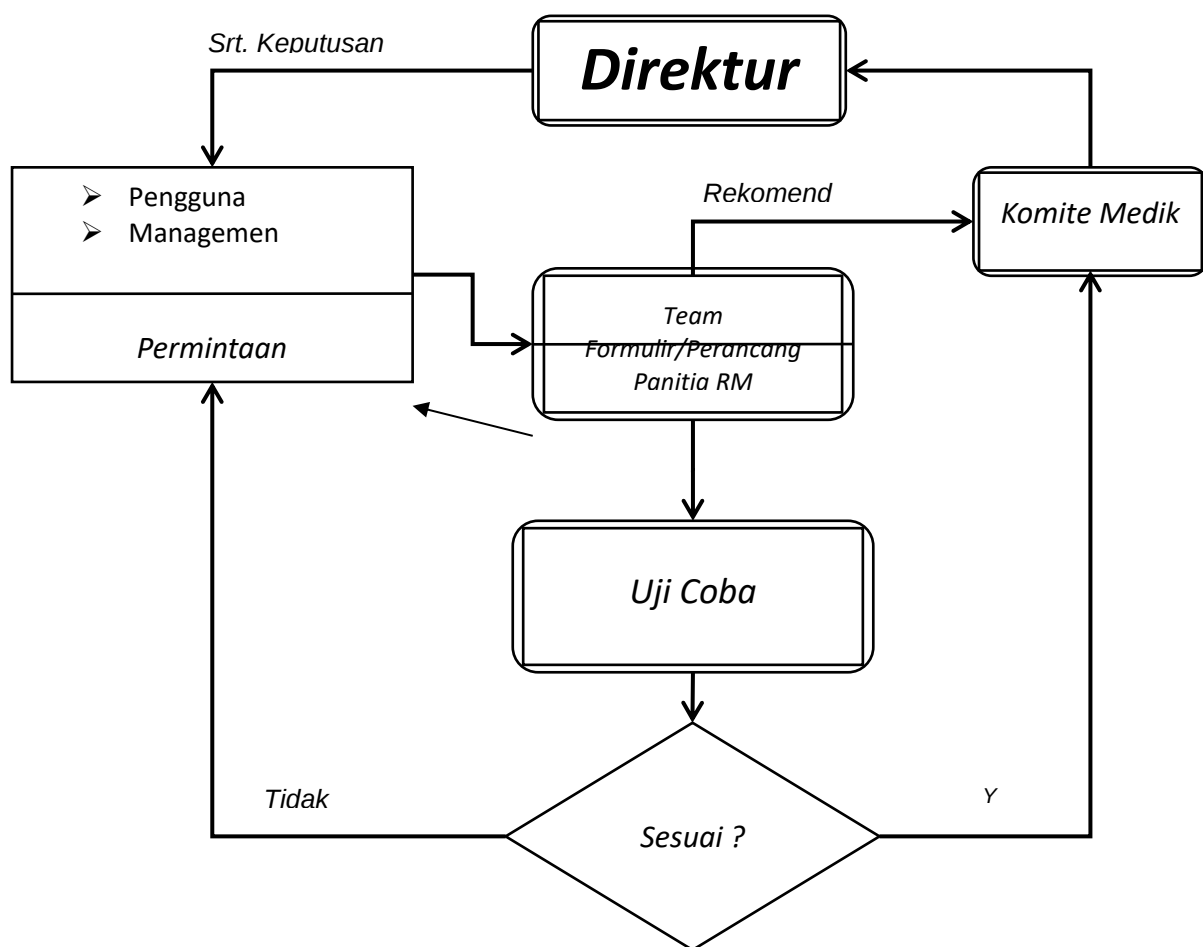
Topik 1

Penerapan Desain dan Evaluasi Formulir Rekam Konvensional

A. MENERAPKAN ANALISIS DAN EVALUASI FORMULIR KONVENSIONAL

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, Anda perlu membuat evaluasi sebagai langkah akhir dalam penerapan perancangan formulir setelah dilakukan ujicoba. Maka yang harus Anda adalah membuat semacam kuisisioner atau formulir evaluasi (Gambar 6.4/6.5). Kuisisioner atau formulir evaluasi harus Anda edarkan kepada para pengguna formulir uji coba untuk mendapatkan masukan ataupun kritikan yang membangun sebelum memulai pencetakan formulir untuk di tetapkan.

Saudara mahasiswa, supaya Anda lebih memahami dalam menerapkan analisis dan evaluasi formulir konvensional, mari kita review bersama dan perhatikan prosedur pembuatan formulir seperti pada Gambar 6.1. berupa alur sederhana untuk prosedur pembuatan formulir.



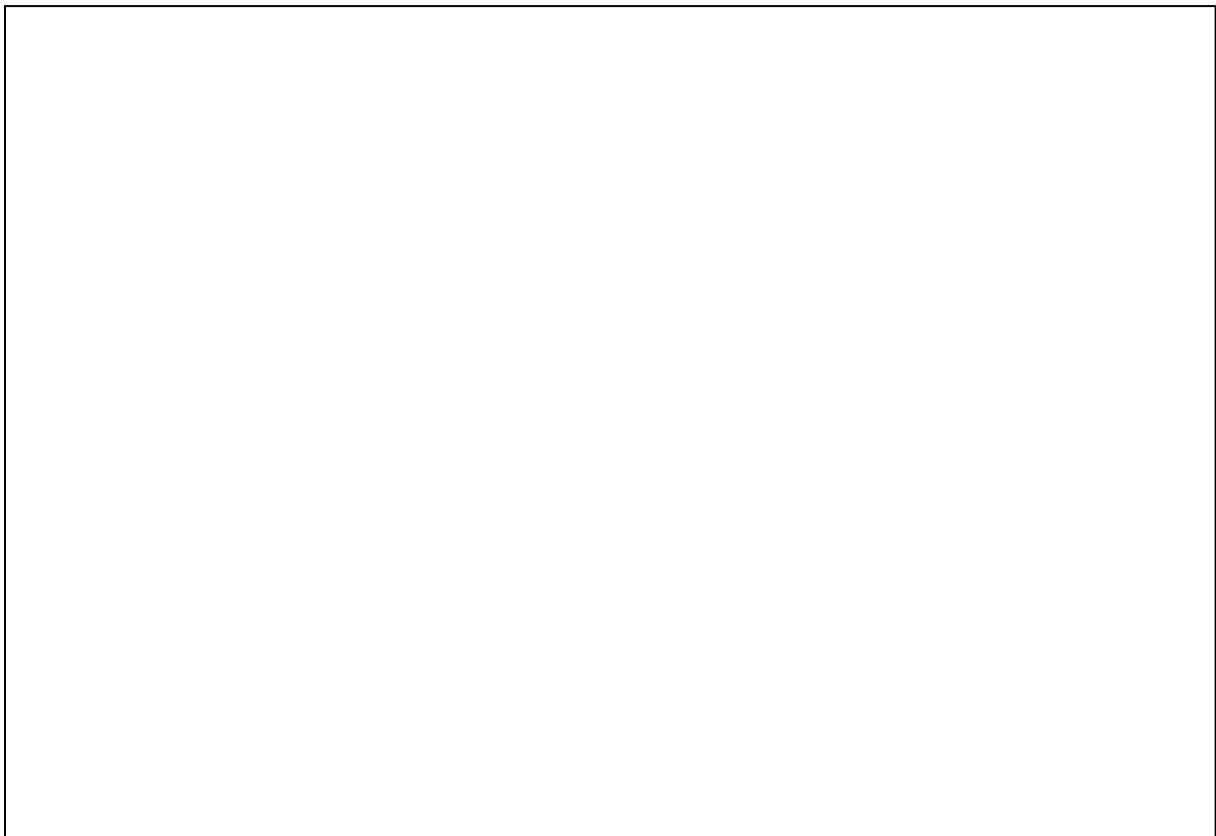
Gambar 6.1 Prosedur sederhana Pembuatan Formulir

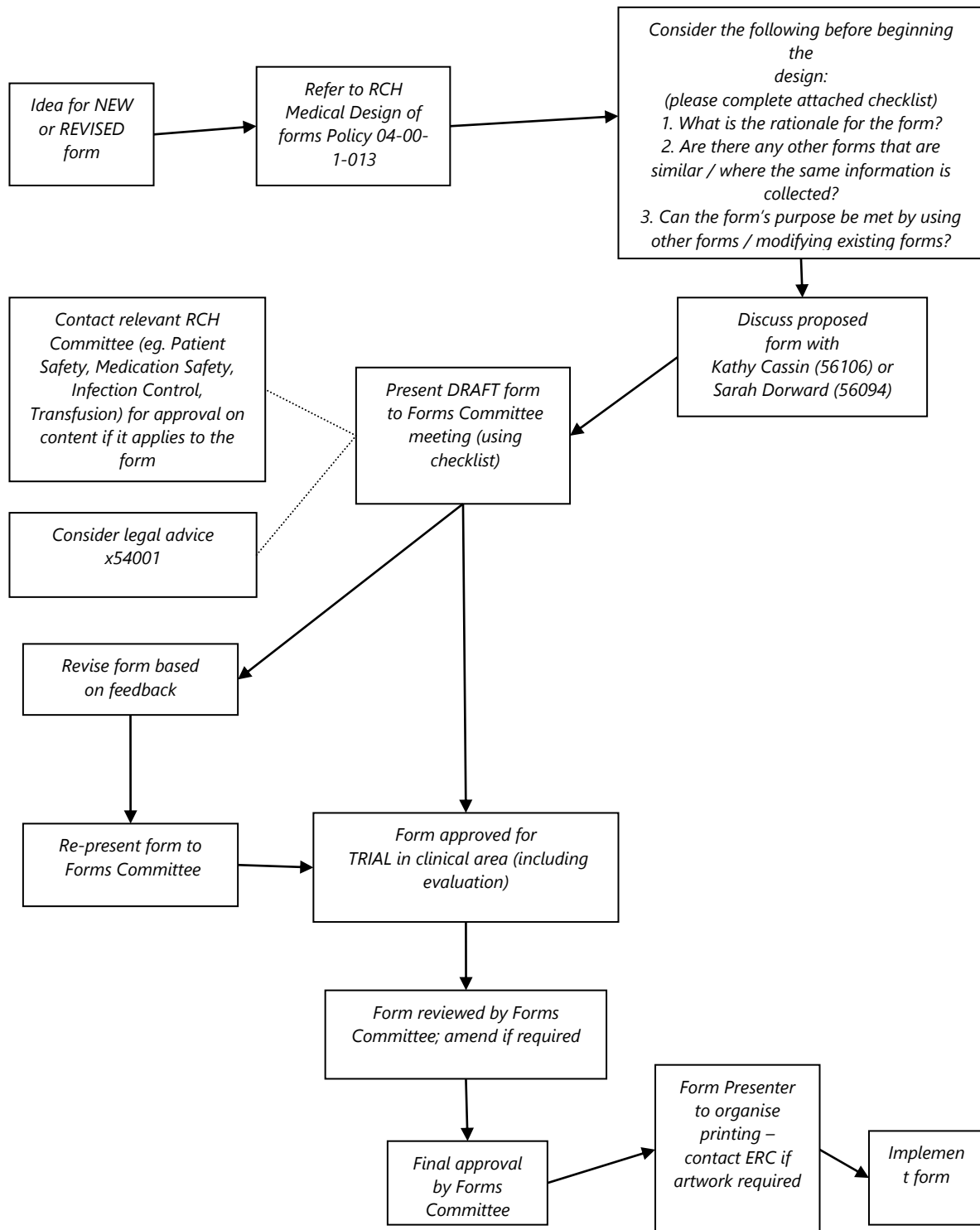
Keterangan dari Gambar 6.1, Alur sederhana pembuatan rancangan formulir sebagai berikut:

1. Pejabat yang meminta formulir (Pengguna, Manajemen) mengajukan permohonan formulir baru atau revisi formulir secara tertulis. Lihat gambar 6.3. contoh formulir permohonan formulir baru/revisi formulir. Formulir di tujukan kepada tim formulir/perancang panitia Rekam Medis.
2. Tim perancang bediskusi dengan pejabat yang meminta formulir
3. Tim formulir/ perancang formulir membuat analisis dan evaluasi dengan mencari dan menggali informasi dari pihak-pihak terkait sehubungan dengan formulir yang akan dirancang, dengan melakukan langkah-langkah sebagai berikut :
 - a. Memperhatikan pengalaman dan cara kerja mereka
 - b. Keterangan/data yang ingin diperoleh atau akan dimasukkan pada formulir
 - c. Cara pemakaian dan penyimpanan formulir dan sebagainya

- d. Tim perancang formulir membuat konsep rancangan formulir beberapa macam untuk diuji coba dan diskusikan kembali atau melakukan presentasi dihadapan pengguna/dengan pihak terkait, agar mendapat kejelasan kekurangan atau kelebihanannya formulir yang akan dirancang.
 - e. Tim formulir/perancang mengadakan penyempurnaan seperlunya dan meminta izin memberlakukannya kepada yang berwenang (Komite Medik dan Direktorat untuk penerbitan Surat Keputusan pemberlakuan formulir baru atau revisi formulir)
4. Tim perancang formulir juga mempersiapkan lembar evaluasi sesuai dengan hasil investigasi perancangan formulir, sehingga saat pemberlakuan formulir sudah tidak ada kesalahan.

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, mari kita buat kelompok diskusi untuk lebih memahami alur pembuatan desain formulir sampai kepada analisis dan evaluasinya. Kemudian Anda membandingkan dengan contoh alur gambar 6.2 yang merupakan contoh prosedur pembuatan desain formulir dari sebuah Rumah Sakit di Melbourne. Gunakan Gambar 6.3 dan 6.4. Silakan Anda dan kelompok Anda mempelajari dan mengamati dalam kelompok, untuk kemudian Anda mensimulasikan. Tuliskan hasil diskusi Anda disini.





(Sumber data: <https://www.rch.org.au>, 20 Januari 2018 pk. 10:00)

Gambar 6.2 Prosedur Pembuatan Formulir *The Royal Children's Hospital Melbourne*

Name of form:		MR number	
Name of person responsible:			
Contact details: e-mail:		Ext / Pager	
Position		Ward / department	

Are you -
 Developing a new form? ☐ Yes ☐ No
 Modifying an existing form? ☐ Yes ☐ No
 Is there a form currently in use which, if modified, would meet your needs? ☐ Yes ☐ No
 Who are the key stakeholders? (eg. other departments or disciplines who it may impact?)

Who will be responsible for completing the form once in use?

Who will use the information contained in the form?

Estimated usage / number of forms required (monthly or yearly estimate)_

RCH Relevant Committee have approved the content and layout of this form:
☐ Patient Safety ☐ Medication Safety ☐ Infection Control ☐ Transfusion ☐ N/A
 If unsure, please contact the Quality Unit
 Name & Signature (Chair) _____ Date _____
 Forms Committee Signoff for trial _____ Date _____
 Forms committee have approved the content of this form and it may now be lodged with
 ERC or Material Resources
 Name & Signature (FC Chair) _____ Date _____

Please Note: It is expected that the form will be completed with a maximum of three drafts
 by ERC. However there are situations where additional
 drafts may be required. This needs to be negotiated with ERC prior to the second draft.

ERC Use Only

Draft 1 Name & Signature _____ Date _____
 Draft 2 Name & Signature _____ Date _____
 Draft 3 Name & Signature _____ Date _____
 This form has been completed by ERC and is ready for printing
 Name & Signature _____ Date _____
 Forms Committee Name & Signature _____ Date _____

(Sumber data: <https://www.rch.org.au>, The Royal Children's Hospital Melborn, 20 Januari 2018 pk. 10:00)

Gambar 6.3 Contoh Rancangan formulir Permohonan rancangan baru/revisi formulir

Keterangan Gambar 6.3. merupakan sebuah contoh alat instrumen untuk mendapatkan informasi yang dapat Anda isi bersama tim perancang formulir. Formulir tersebut dapat digunakan sebagai bukti bahwa formulir yang dirancang atau direvisi sudah Anda dan tim perancang melakukan analisis dan evaluasi. Atau setiap anggota tim mengisi perlembar seperti gambar 6.4 berikut ini.

EVALUASI FORMULIR REKAM MEDIS		
Nama formulir:	Nomor formulir:	
Evaluasi dikembalikan kepada:	YA	TIDAK
Formulir ini diperuntukkan untuk uji coba Silakan isi evaluasi berikut ini : 1. Apakah formulir ini jelas dan rasional? 2. Apakah tujuan formulir sudah didapatkan dari formulir lain? 3. Adakah formulir yang mirip dengan formulir yang akan didesain?		
Berikan komentar Anda: Paraf & Tanggal:		

(Sumber data: Modifikasi ulang penulis merujuk <https://www.rch.org.au>, 20 Januari 2018 pk. 10:00)

Gambar 6.4 contoh rancangan formulir evaluasi

Para mahasiswa, keterangan gambar 6.4 merupakan formulir lembaran lepas untuk menilai satu formulir yang harus diisi oleh setiap anggota tim formulir/perancang. Setelah semua menilai, lalu seluruh tim berdiskusi untuk menyimpulkan hasil penilaian apakah formulir yang diajukan layak atau tidak layak untuk digunakan.

Jika tim formulir/perancang sudah memberikan kesimpulan, sebaiknya tim formulir melakukan diskusi dengan pejabat yang mengajukan rancangan untuk mendapatkan kesepakatan sebelum formulir diuji cobakan.

Evaluation of Medical Record form			
Name of form:		MR number	
Return evaluation to			
<i>This form is currently being trialled</i> <i>Please fill in the evaluation tool below</i> <i>Is the form clear and unambiguous? O Yes O No</i> <i>Does the sequence of the form flow well? O Yes O No</i> <i>Does the form capture all required / desired information? O Yes O No</i> <i>Comments</i>			

(Sumber data: <https://www.rch.org.au>, 20 Januari 2018 pk. 10:00)

Gambar 6.5 Contoh rancangan formulir evaluasi

Saudara mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, gambar 6.5 merupakan contoh rancangan formulir evaluasi lainnya, hanya bedanya dengan gambar 6.4, formulir tersebut tidak mencantumkan nama dan tanda tangan yang memberikan evaluasi.

B. PENGELOLAAN DATA EVALUASI

Para mahasiswa, dari hasil diskusi Saudara dan kelompok dalam membuat hasil analisis dan evaluasi yang merupakan langkah akhir dalam penerapan perancangan formulir setelah dilakukan ujicoba.

Untuk mendapatkan hasil evaluasi terbaik, maka Anda dan tim harus melakukan diskusi dalam melakukan pengelolaan data evaluasi dari hasil masukan para pengguna. Anda dan tim mengumpulkan informasi-informasi yang detail dan hasil evaluasi seluruh anggota tim,

kemudian Anda dan tim mengelola seluruh evaluasi dengan sebaik-baiknya tanpa ada yang tercecer dalam merangkum hasilnya.

Anda bisa menggunakan program excel untuk mengolah data, atau Anda juga bisa memilih program komputer pengolah data lainnya yang Anda kuasai untuk mengolah hasil rangkuman Anda, sehingga Anda bisa dengan mudah membuat analisisnya.

Setelah Anda merangkum hasil evaluasi terakhir maka Anda perlu membuat sebuah presentasi (dalam power point) yang menginformasikan tentang formulir dan hasil masukannya kepada para pengguna.

C. PRESENTASI HASIL EVALUASI

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, pernahkah Anda membuat sebuah presentasi? Dalam bentuk penyajian yang seperti apakah presentasi Anda?

Buatlah presentasi dari hasil evaluasi Anda. Diskusikan dalam kelompok Anda supaya presentasi bisa menjadi lebih baik.

Hasil evaluasi biasa Anda sajikan dalam bentuk tabel yang terstruktur agar mudah untuk di baca dan dipresentasikan.

Hasil evaluasi perlu Anda informasikan kepada berbagai pihak yang berkepentingan maupun yang terpapar dengan formulir. Presentasi hasil Evaluasi Anda sebaiknya dalam suatu pertemuan khusus membahas Evaluasi kegiatan yang berhubungan dengan perancangan formulir. Karena hal tersebut perlu diketahui berbagai pihak menuju arah perbaikan khususnya pemangku keputusan.

Setelah presentasi Anda paparkan dengan jelas, maka Anda perlu melakukan suatu Diskusi dan Tanya jawab untuk menghasilkan kesepakatan bersama dan membuat kesimpulan serta kesepakatan bersama.

Sertakan contoh formulir yang sudah direvisi ulang berdasarkan masukan tersebut untuk mendapatkan persetujuan.

Hasil evaluasi perlu Anda beserta tim menindaklanjuti dan hasil dari kesepakatan secara tertulis dilaporkan kepada manajemen Pelayanan Kesehatan (Direktur) sebagai bahan kajian dan membuat suatu keputusan yang terbaik bagi pelayanan kepada pasien di Pelayanan Kesehatan.

Setelah forum dan manajemen pelayanan kesehatan semua setuju, maka Anda bisa menetapkan penggunaan formulir sesuai dengan prosedur yang berlaku dan melakukan pencetakan ulang dan digandakan untuk selama 6 (enam) bulan. Lakukan Tahapan evaluasi penggunaan formulir agar dapat digunakan secara efektif dan efisien.

D. PENERAPAN DESAIN FORMULIR KONVENSIONAL

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, jika Anda sebagai perancang formulir maka Anda perlu membuat perencanaan dengan baik. Maksud dari perencanaan yang baik agar Anda dan tim tidak melakukan kesalahan fatal dan melakukan penyimpangan dari tujuan dibuatnya formulir.

Perlu Anda ingat dalam melakukan penerapan pembuatan desain formulir Rekam Medis, dengan memperhatikan hasil analisa atau telaahan yang sudah Anda pelajari sebelumnya. Hasil telaahan akan menuntun Anda dalam merancang formulir yang terencana dengan baik. Sekarang rencanakan satu rancangan formulir dengan terlebih dahulu melakukan telaahan. Akan lebih baik jika Anda lakukan dalam suatu kelompok.

Mari kita belajar dari kasus berikut ini :

Kasus yang terjadi di salah satu Rumah Sakit Swasta bahwa formulir Rekam Medis "*Informed Consent*" dinilai sudah tidak menjamin kekuatan hukumnya. Dari hasil analisa kuantitatif didapat bahwa selaras dengan aturan akreditasi pun formulir *Informed consent* harus segera direvisi. Apa yang harus dilakukan oleh profesional RMIK untuk memenuhi kebutuhan tersebut? Silakan Anda mencoba untuk menerapkan cara merevisi ulang dengan perancangan ulang dan mengevaluasinya, agar sesuai dengan ketentuan akreditasi dan tata cara pendokumentasian yang baik.

Agar memudahkan Anda dalam membuat perancangan dokumen, maka lakukan langkah-langkah berikut ini :

1. Langkah pertama, membuat desain bentuk baru/bentuk revisi

Saudara mahasiswa, setelah pengembangan formulir yang Anda usulkan telah disepakati bersama, maka formulir harus memenuhi kriteria yang diuraikan dibawah ini

- Cetak hitam diatas kertas putih (jika ada warna lain yang diminta, Anda perlu saran dai *Health Information Service* karena semua formulir harus dapat direproduksi).
- Ukuran kertas hasur A4 dengan margin atas 1 cm; sisi bawah dan kanan, dan margin 2 cm disisi kiri
- Logo Rumah Sakit, nama dank ode batang RS (sisi kiri atas)
- Miliki ruang untuk label ID pasien di pojok kanan atas pada setiap halaman
- Area bagi pengguna untuk masuk, mencetak nama dan sbutan, dan tanggal formulirnya
- Nama formulir harus konsisten antara judul dan batas atas
- Sebaiknya Anda harus menghindari penggunaan singkatan
- Miliki nomor formulir (nomor yang Anda alokasikan oleh SIMRS)
- Strip warna bersifat opsional

- Daftar ulang/nomor stok dipojok kiri bawah di margin termasuk bulan dan tahun disain
- Saat formulir Anda ujicoba, **kata percobaan** harus dicetak di perbatasan tangan kiri. Setelah formulir mendapat persetujuan akhir, nomor formulir perlu Anda alokasikan.

2. Langkah kedua, Membuat Formulir Percobaan

Saudara mahasiswa, sebelum menerapkan formulir baru, penting untuk menghilangkan masalah / kesalahan kecil dengan menguji formulir. Lakukanlah uji formulir dengan durasi percobaan yang dibutuhkan sangat bervariasi tergantung seberapa sering formulir akan digunakan dan seberapa banyak staf yang memerlukan pemaparan terhadap formulir.

Umpan balik harus diterima sepanjang proses diskusi sehingga perbaikan dapat dilakukan sesuai formulir pengajuan jika diperlukan. Alat evaluasi standar telah dirancang yang sesuai dengan evaluasi sebagian besar formulir selama masa percobaan. Silakan Anda meminta bantuan dari Komite Formulir Anda mengenai metode evaluasi yang paling efektif untuk formulir baru / revisi Anda.

3. Langkah ketiga, Panduan implementasi

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, agar formulir rekam medis baru dapat dimanfaatkan dengan benar, semua pengguna harus mendapatkan informasi dan pengetahuan yang baik tentang mereka.

Untuk efek terbaik, implementasi harus menyeluruh, imajinatif dan mencakup seluruh staf yang mungkin menggunakan atau mengacu pada formulir pada tahap apapun (tidak hanya mereka yang akan menggunakannya secara teratur).

Alat implementasi berikut yang direkomendasikan:

- poster (terang, berwarna-warni, ditempatkan dimana saja yang akan dilihat oleh pengguna)
- catatan pada kartu waktu / memo
- memberikan literatur latar belakang jika sesuai
- mendidik staf dari semua disiplin / departemen yang mungkin menggunakan atau merujuk pada formulir baru

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, jika Anda mengganti Formulir Rekam Medis yang ada, maka yang harus Anda lakukan dengan mengikuti prosedur berikut :

1. Hubungi Bagian Inventarisir Formulir untuk menentukan:

- a) masih ada berapa banyak bentuk formulir lama yang tersedia?
- b) berapa besar biaya pencetakan formulir baru saat ini?
2. Jika formulir baru dirancang, mintalah Bagian inventaris untuk menghentikan pencetakan formulir yang ada
3. Formulir bentuk lama perlu:
 - a) digunakan (dihabiskan) sebelum formulir baru diimplementasikan; atau
 - b) dibayar oleh departemen terkait

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Apa yang akan Anda lakukan, sebelum sebuah perancangan formulir baru dibuat?
- 2) Buat telaahan/ evaluasi dari formulir Rawat Jalan yang dirancang dengan dua muka depan dan belakang pada gambar 6.3 dan gambar 6.4.

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab pertanyaan diatas, Anda harus mengikuti petunjuk berikut ini :

- 1) Membuka dan baca ulang tentang alur dan prosedur perancangan formulir.
- 2) Baca dan pahami baik-baik tahap analisa dan evaluasi perancangan formulir.

RS MINIE GOOD Jl. Kenanga 2 No. 39 Bandung NO. RM : - -	RAWAT JALAN					
Nama Pasien : _____ Alamat : _____ Kelurahan : _____ Kecamatan: _____ Kode Pos : _____ No. Telp : _____ Pendidikan : _____ Pekerjaan : _____ Tanggal Lahir : _____ Jenis Kelamin : Laki-Laki ☐ Perempuan ☐ Status : Kawin ☐ Tidak Kawin ☐ Duda ☐ Janda ☐ Agama : Islam ☐ Katolik ☐ Kristen ☐ Hindu ☐ Budha ☐ Nama Orang tua/ wali : _____ Alamat Orang tua/wali : _____ Kelurahan : _____ Kecamatan: _____ Kode Pos : _____ No. Telp Orang tua/wali : _____						
Tanggal dan Waktu Berobat, Umur	Klinik/ Bagian	Riwayat Penyakit dan Keluhan	Hasil Pemeriksaan	Tindakan/ Pengobatan	Diagnosis/ Kode ICD	Nama dan Tanda Tangan Dokter

RS.PIKEs BORROMEUSJl. Ir.H Djuanda 101 **RAWAT JALAN**

Bandung

NO. RM : - -

--	--	--	--

Nama Pasien : _____

Alamat : _____

Tanggal dan Waktu Berobat, Umur	Klinik/ Bagian	Riwayat Penyakit dan Keluhan	Hasil Pemeriksaan	Tindakan/ Pengobatan	Diagnosis/ Kode ICD	Nama dan Tanda Tangan Dokter

Ringkasan

1. Tujuan dari hasil telaahan formulir agar perancangan formulir sesuai dengan tujuannya dan menghindari kesalahan fatal.
2. Perlunya telaahan untuk formulir khusus agar memenuhi 3 (tiga) tujuan penting untuk menjamin keutuhan informasi, menghindari pencatatan redudansi, serta menjamin kontinuitas pendokumentasian yang baik.
3. Evaluasi perancangan formulir perlu dilakukan secara kontinyu untuk menjaga agar setiap perancangan formulir terkendali dengan baik dan tidak menyimpang dari kesepakatan bersama.

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Sebelum Anda melakukan perancangan formulir, maka yang harus Anda lakukan adalah
 - A. meretensi formulir lama
 - B. mengevaluasi formulir baru
 - C. menelaahan formulir
 - D. memusnahkan formulir lama
- 2) Jika sebuah formulir khusus akan Anda rancang, yang perlu Anda perhatikan adalah
 - A. menjamin keutuhan informasi
 - B. menjamin keutuhan kesepakatan
 - C. menjamin kelanjutan informasi
 - D. menjamin keutuhan formulir
- 3) Tahapan sebelum melakukan perancangan formulir harus melakukan analisis dan evaluasi formulir. Tahapan selanjutnya adalah rangkuman hasil analisis dan evaluasi formulir harus
 - A. dipresentasikan kepada direktur
 - B. dipresentasikan kepada user
 - C. dipresentasikan kepada tim formulir
 - D. dipresentasikan kepada pimpinan Rumah Sakit

- 4) Tahapan sebelum melakukan perancangan formulir harus melakukan analisis dan evaluasi formulir. Kegiatan analisis dan evaluasi formulir dilakukan oleh
- A. Direktur
 - B. Pengguna
 - C. Tim formulir
 - D. Pengguna dan Tim formulir
- 5) Prosedur awal yang harus Anda lakukan jika akan mengganti formulir yang lama adalah
- A. Hubungi Bagian inventaris berapa jumlah formulir lama
 - B. Buat rancangan formulir baru
 - C. mempresentasikan kepada tim formulir rancangan formulir baru
 - D. mengusulkan kepada tim formulir untuk merancang usulan format baru

Topik 2

Penerapan Evaluasi Formulir Elektronik (interface)

A. MEMBUAT FORMULIR EVALUASI FORMAT ELEKTRONIK

Saudara mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, tahukah Anda meluasnya pemakaian komputer dalam menjalankan dunia bisnis? Coba Anda perhatikan dan amati dalam bidang apa saja pemakaian formulir elektronik (*electronic form*) menjadi umum dan meluas dalam bisnis. Silakan tulis dalam kotak ini berikut contohnya serta kemudahan yang didapat pengguna.



Lalu tahukah Anda, apa yang disebut dengan Formulir elektronik? Seperti apa bentuknya atau perwajahan formulir elektronik?

Saudara mahasiswa, format/formulir elektronik merupakan ruang yang ditayangkan dalam layar komputer dapat digunakan untuk menangkap data yang akan diolah dalam pengolahan data elektronik. Dari layar/*screen* komputer tersebut, Anda akan mencoba mempelajari untuk menemukan kemudahan dan kesulitan pemakaian formulir elektronik.

Dalam bab 5 telah Anda pelajari ruang lingkup formulir elektronik. Sekarang Anda terapkan untuk membuat rancangan formulir evaluasi formulir elektronik, dengan berpedoman pada kriteria formulir elektronik.

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, dalam praktik hari ini, entri data komputer menjadi lebih umum. Desain yang bagus dan antarmuka pengguna komputer juga sangat penting untuk tampilan atau bentuk komputer. Prinsip umum berikut harus Anda dipertimbangkan dalam mengembangkan tampilan atau layar pengguna dalam tabel evaluasi berikut ini (lihat Tabel 6.1).

Tabel 6.1. Tabel Evaluasi Perancangan formulir elektronik

NAVIGASI RANCANGAN ELEKTRONIK	
	Semua control harus jelas dan ditempatkan di lokasi yang intuitif di layar
	Batasi pilihan dan perintah label
	Berikan tombol “undo” untuk membuat kesalahan mudah ditimpa
	Gunakan tatabahasa dan terminology secara konsisten
	Berikan pesan konfirmasi untuk setiap fungsi penting (seperti menghapus file)
RANCANGAN MASUKAN (INPUT)	
	Menyederhanakan pengumpulan data
	Mengurutkan input data untuk mengikuti alur kerja
	Berikan judul untuk setiap layar
	Memperkecil penekanan tombol dengan menggunakan menu pop-up
	Gunakan kotak teks untuk memasukkan angka
	Gunakan kotak pilihan untuk memungkinkan pengguna memilih nilai dari daftar yang telah ditentukan : ▪ <i>Check boxes</i> (digunakan untuk banyak seleksi) ▪ <i>Radio buttons</i> (digunakan untuk satu seleksi) ▪ <i>On-screen list boxes</i> ▪ <i>Drop-down list boxes</i> ▪ <i>Combo boxes</i>
VALIDASI DATA	
	Kelengkapan cek (pastikan semua data yang dibutuhkan sudah masuk)
	Format cek (Pastikan data adalah tipe yang tepat, yaitu numeric, abjad)
	Periksa Jarak Jauh (pastikan data numeric berada dalam kisaran yang benar)
	Pemeriksaan konsistensi (pastikan bahwa kombinasi data sudah benar)
	Cek database (membandingkan data dengan database atau file untuk memastikan data benar seperti yang dimasukkan)
DESAIN KELUARAN (OUTPUT)	
	Minimalkan jumlah “klik” yang dibutuhkan untuk mencapai data atau layar tertentu
	Pangkas data ke dalam satu menu terorganisir untuk menghilangkan lapisan layar

Saudara mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, tabel 6.1. merupakan contoh tabel yang dapat Anda pergunakan untuk mengevaluasi perancangan formulir elektronik yang diinginkan. Berikan tanda ‘x’ atau tanda ‘v’ pada kotak sebelah kiri

jika formulir elektronik Anda tidak memenuhi syarat atau memenuhi syarat yang tercantum dalam formulir evaluasi tersebut.

Para Mahasiswa, silakan Anda mengamati formulir elektronik di pelayanan kesehatan Anda, pernahkan Anda memakainya? Seberapa sulitkah dalam mengentri data? Butuh berapa lamakah dalam mengentry data? Berikan penilaian Anda dengan menggunakan formulir pada Tabel 6.1.

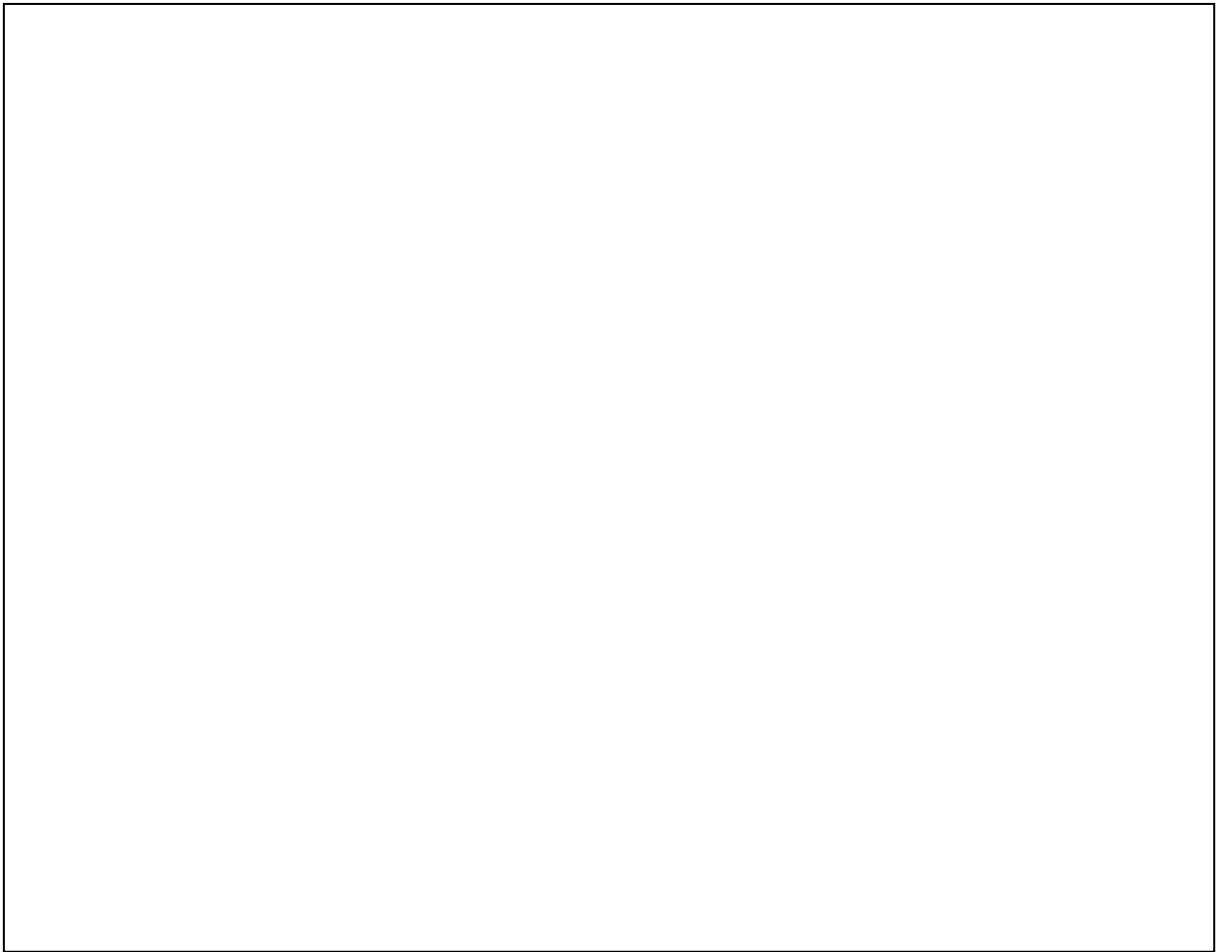
Formulir pada tabel 6.1 dapat Anda perbanyak, lalu coba Anda terapkan untuk mengisi formulir evaluasi diatas, berikan cek list tanda ‘V’ jika nilai sudah terpenuhi dan berikan tanda ‘x’ jika belum terpenuhi. Diskusikan hasil kesimpulan Anda, dan buat laporan tertulisnya, apakah rancangan formulir tersebut sudah memungkinkan untuk membuat rancangan formulir elektronik?

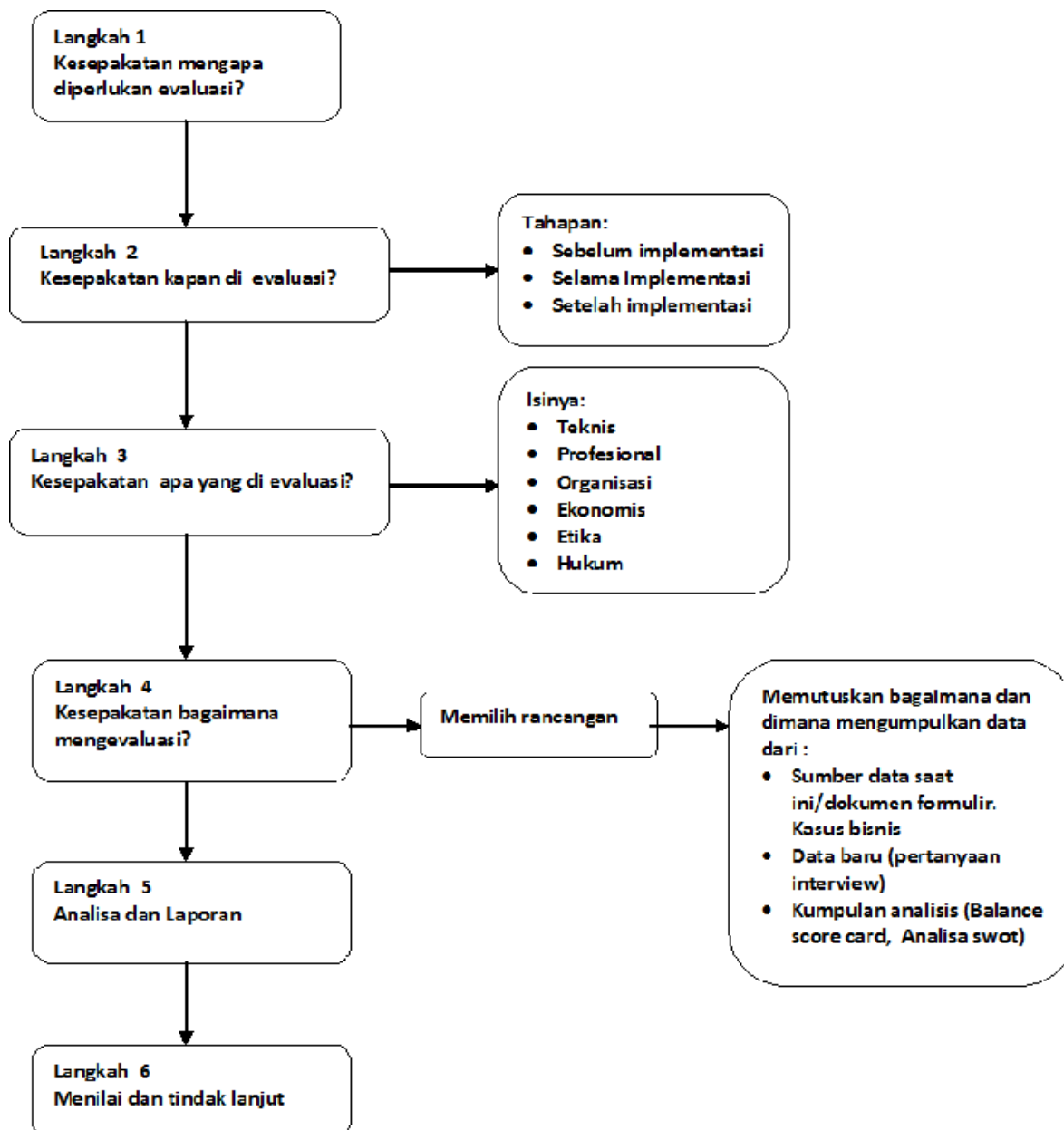
B. PENERAPAN EVALUASI FORMULIR ELEKTRONIK

Saudara mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, Cobalah Anda memulai melakukan evaluasi secara sederhana dari formulir interface elektronik yang terdapat pada gambar 6.1, dengan menggunakan rancangan formulir evaluasi. Anda juga bisa membuat sendiri rancangan formulir evaluasi untuk menyesuaikan interface yang ada di pelayanan kesehatan. Mudahkah bagi Anda dalam menerapkan evaluasi formulir elektronik? Hal ini tidaklah mudah seperti membuat evaluasi formulir kertas.

Dalam sesi ini Anda akan menggambarkan rancangan evaluasi tahap demi tahap. Anda harus memfokuskan awal pertama, tetapi bukan eksklusif pada evaluasi formatif. Pada kenyataannya langkah individu sering sulit untuk diterapkan, dan biasanya tidak mungkin dikelola secara sederhana dan perlunya kompromi, dimana ada pilihan yang berhubungan dengan belajar merancang, kriteria evaluasi, dan metode koleksi data meski berlawanan dengan batasan, konflik stakeholder, batas waktu, tersedia sumber daya, gangguan dari evaluasi dan yang berhubungan dengan etika.

Para mahasiswa, rancangan evaluasi merupakan lebih kedalam proses sosial dan proses politik yang mana seperti perantara Teknologi Informasi dan mengimplementasikannya. Mari Anda lihat langkah demi langkahnya yang dapat Anda pelajari pada bagan 6.1 berikut ini. Perhatikan baik-baik, supaya Anda lebih cepat memahami, lakukan diskusi kelompok untuk mendapatkan gambaran pengalaman-pengalaman setiap mahasiswa di sarana pelayanan kesehatan. Jawablah setiap pertanyaan langkah tahapan rancangan evaluasi dan tulis dalam kotak ini hasil diskusi kelompok Anda.





Bagan 6.1. Langkah-langkah rancangan evaluasi

Saudara Mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, mari kita simak langkah-langkah rancangan evaluasi berikut ini menurut Berg, Marc, 2004, dalam bukunya *Health Information Management , Integating Information Technology in Health Care Work.*

Langkah 1 Kesepakatan mengapa diperlukan evaluasi

Para mahasiswa, tahap pertama tentang kesepakatan mengapa diperlukan evaluasi formulir elektronik ini sangat penting, karena Anda tidak hanya menentukan sebuah tujuan evaluasi

dan mempunyai beberapa pertanyaan yang harus dijawab, tetapi perlunya konsekuensi, juga usulan metode.

Jika satu keinginan dilakukannya evaluasi untuk membandingkan situasi sebelum dan sesudah implementasi dari sebuah system informasi, dengan pilihan kembali pada situasi lampau ketika system tidak cukup berfungsi dengan baik, ini sangat penting untuk dilakukan sebelum dan sesudah dipelajari.

Maksud dari tahap ini pertama kali melakukan pengukuran dari situasi sebelum implementasi (dasar pengukuran), seperti membuat perbandingan yang baik antara situasi dengan dan tanpa system. Jika implementasi dari sebuah system yang dimaksud merubah kerja praktis tanpa pilihan kembali pada situasi lampau tanpa sistem, sebagai contoh, evaluasi formatif dari system harus fokus pada perbaikan jalannya fungsi system.

Kasus ini, mempengaruhi perancangan dalam waktu lama, melewati proses implementasi, supaya formulir elektronik layak untuk dipergunakan.

Isu-isu penting yang harus Anda ketahui bahwa:

- a. Pemangku kepentingan mungkin tidak setuju mengapa diperlukan sebuah evaluasi, dan tidak jarang beberapa pertanyaan jika evaluasi diperlukan sama sekali.
- b. Pemangku kepentingan yang berbeda ingin melakukan evaluasi karena berbagai alasan.

Langkah 2 Kesepakatan kapan evaluasi

Saudara mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, ada pertanyaan untuk Anda, kapan sebuah evaluasi diberlakukan? Evaluasi patut dilakukan tergantung dari perbedaan pendapat.

Evaluasi formatif akan dilakukan ketika harus mencocokkan tentang indikator proses dan atau mendekati ukuran awal dan dibentuk sebelum dan selama implementasi dari Sistem informasi.

Evaluasi penambahan dilakukan untuk parameter keluaran dan sering dibentuk sebelum dan setelah proses implemetasi untuk membandingkan situasi keduanya. Tipe evaluasi penambahan seperti contohnya efektivitas biaya atau analisis keuntungan biaya.

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, perlu Anda ketahui isu-isu penting antara lain:

- a. Pemangku kepentingan seringkali tidak mempertimbangkan evaluasi sampai terlambat dalam sebuah proyek yang mencegah rancangan studi sebelum dan atau sesudahnya.
- b. Mengevaluasi awal siklus hidup proyek dapat menyoroti masalah dan hambatan, mendorong mereka untuk segera dipecahkan dan proyek akan berjalan. Mendapatkan 'evaluasi' dalam agenda awal proyek ini seringkali memerlukan kesadaran akan tantangan organisasi dari implementasi sistem informasi yang belum mungkin hadir di tingkat proyek dan tingkat kendali.

Langkah 3 Kesepakatan apa yang harus dievaluasi

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, evaluasi dapat Anda fokuskan pada topik yang berbeda, yang akan kita sebut domain. Dengan domain, Anda dapat memandang sudut pandang yang berbeda dapat Anda lakukan evaluasi: ia dapat berfokus pada kinerja teknis sistem, mengenai dampak sistem terhadap masalah profesional atau organisasi, atau pada aspek ekonomi, etika dan hukum.

Melihat EPR (*Electronic Personal Record*) , misalnya, topik yang relevan dari domain teknis adalah sistemnya kompatibel dengan sistem lain (seperti sistem informasi rumah sakit), karena mudah diupgrade, mudah dipastikan dan sistemnya memiliki waktu respon yang cepat.

Mari kita simak topik yang relevan dari domain profesional adalah apakah sistem memenuhi kebutuhan profesional, apakah ramah pengguna, karena ini mempermudah pekerjaan profesional. Dari domain organisasi, relevan untuk mengetahui apakah organisasi siap menerapkan sistem baru, apakah tujuan implementasinya jelas dan sesuai dengan strategi organisasi.

Dari sisi ekonomi itu menarik untuk mengetahui berapa biayanya membeli sistem, pelatihan personil, perawatan dan sebagainya.

Dari sudut pandang etis, menarik untuk mengetahui efek data pasien elektronik apa adanya misalnya otonomi pasien atau komunikasi dokter-pasien.

Dari domain legal, akhirnya, topik seperti status hukum data pasien elektronik sangat penting.

Saudara, para mahasiswa, ketika seseorang mengambil alih domain dan fase pelaksanaannya, berbagai pertanyaan evaluasi yang relevan mungkin muncul. Pentingnya berbagai pertanyaan tergantung pada jenis teknologi dan fokus evaluasi.

Memperhatikan semua pertanyaan ini menawarkan kemungkinan untuk melakukan evaluasi menyeluruh, yang berarti seseorang dapat menilai desain formulir elektronik/sistem informasi pada semua aspek yang relevan.

Karena seseorang dapat mengajukan begitu banyak pertanyaan, relevansi pertanyaan evaluasi bergantung pada perspektive yang diambilnya. Ada banyak perspektives karena ada pemangku kepentingan dalam sebuah proyek evaluasi.

Sebagai contoh, pertanyaan evaluasi mengenai aspek teknis pemeliharaan, kompatibilitas dengan sistem lain, dan kemungkinan untuk melakukan *upgrade* relevan untuk departemen TI (Teknologi informasi), namun secara umum kurang mendapat prioritas untuk professionals (dokter, perawat) atau manajer yang bertanggung jawab atas efektivitas biaya suatu sistem informasi.

Pasien, misalnya, tertarik pada hasil pasien, tapi mungkin kurang tertarik dengan perkiraan biaya pembelian atau keandalan vendor. Independen dari alasan evaluasi, tujuan evaluasi adalah untuk menemukan jawaban atas pertanyaan evaluasi yang relevan.

Saudara mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, Isu-isu penting yang harus Anda pahami bahwa :

- a. Melakukan evaluasi menyeluruh umumnya tidak mungkin karena sumber daya selalu terbatas (pengetahuan, uang).
- b. Beberapa daerah lebih sulit untuk dievaluasi orang lain. Secara khusus, efek pada pengenalan Sistem Informasi pada hasil klinis atau manfaat biaya sulit diukur karena pengaruhnya membutuhkan banyak waktu untuk menjadi jelas.

Tantangan yang harus Anda hadapi adalah

- a. Harus jelas dari awal apa topik evaluasi.
- b. Penting, mengingat terbatasnya sumber daya, melewati kesempatan untuk melakukan bagian evaluasi (data sudah terkumpul, rapat sudah direncanakan dimana fokus wawancara dapat diadakan, dan sebagainya).
- c. tim proyek harus menyetujui (dan mendukung) relevansi dan kelayakan evaluasi.
- d. Pertanyaan evaluasi harus spesifik karena menghasilkan data yang berarti.

Langkah 4 Kesepakatan bagaimana mengevaluasi

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, mari Saudara mempelajari 3 (tiga) tahapan untuk melakukan kesepakatan bagaimana mengevaluasi

1. Pilih pendekatan studi

Dalam langkah ini, Anda harus mengklaim betapa pentingnya mendefinisikan pertanyaan evaluasi yang relevan, spesifik, dan layak. Selanjutnya, isi dari pertanyaan tersebut menentukan metode mana yang harus diterapkan.

Yang penting, dalam pilihan ini, adalah pertanyaan bagaimana - secara ilmiah berbicara 'keras' pada data perlu dilakukan. Dalam prakteknya ada keseimbangan antara keinginan untuk menghasilkan data yang kuat dan kewajiban upaya untuk menghasilkan data ini.

Desain eksperimental, misalnya, menghasilkan data 'keras' dibandingkan dengan rancangan non eksperimental, seperti studi kasus-kontrol atau sebelum-sesudahnya, namun juga memerlukan lebih banyak usaha (waktu, uang, pengetahuan).

Data 'objektif' lebih banyak tidak akan bisa berjalan saat manajer benar-benar membutuhkannya, dan juga tidak mungkin melukis luasnya masalah yang dipertaruhkan dalam pelaksanaannya ketika hanya berfokus pada beberapa parameter yang diukur.

2. Tentukan metode pengumpulan data yang tepat.

Setelah memilih desain yang tepat, pertanyaannya adalah metode mana yang paling sesuai untuk menjawab pertanyaan evaluasi. Jika seseorang, misalnya, ingin menyelidiki kepuasan pengguna, kuesioner seringkali sesuai.

Seseorang juga bisa melakukan observasi atau kombinasi kedua benda tersebut. Jika tujuan dari sistem ini adalah untuk memperbaiki hasil klinis, seseorang dapat meninjau catatan klinis dan pengukuran hasil atau meminta profesional perawatan kesehatan dan pasien apa persepsi mereka.

Jika tujuannya adalah untuk meningkatkan kelengkapan, studi banding dengan sampel catatan kertas dan catatan elektronik sesuai. Pilihan metode juga bergantung pada ruang lingkup evaluasi: kuesioner dan wawancara memungkinkannya mencakup banyak topik, sedangkan studi waktu (misalnya pada jumlah waktu yang dibutuhkan untuk menggunakan sistem resep elektronik dibandingkan dengan metode penyisipan kertas) menghasilkan data tentang beberapa aspek pelaksanaannya.

Saudara mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, di sini sekali lagi, tentu saja, isu 'menyeimbangkan biaya versus hasil' dalam desain evaluasi sangat penting. Hal ini sering pula Anda harus bijaksana untuk memulai dengan wawancara singkat dan pengamatan peserta singkat untuk memahami masalah yang dipertaruhkan. Dalam pengalaman Anda di Rumah Sakit, Anda bisa dikejutkan betapa seringnya Anda dapat memberi umpan balik kepada penerapan penting sebuah konsultasi hanya dengan mewawancarai beberapa pelaku inti dan telah menghabiskan beberapa hari di lokasi pelaksanaan.

3. Tentukan cara mengumpulkan data

Saudara mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, data untuk studi evaluasi mungkin berasal dari banyak sumber, beberapa di antaranya sudah ada, beberapa di antaranya harus dikumpulkan dari nol. Sumber data yang ada berguna untuk mengidentifikasi kriteria yang akan dievaluasi.

Dokumen yang berpotensi menarik adalah: tolok ukur lokal, sub-nasional dan nasional mengenai biaya referensi atau indikator kualitas dan kinerja, dokumen inisiasi proyek, standar lokal atau nasional.

Bila tidak ada data yang tersedia, seseorang dapat memutuskan untuk mengumpulkan data baru, misalnya dengan menggunakan kuesioner, wawancara, observasi, kelompok fokus, lokakarya, dll. Seseorang juga dapat menggunakan alat penilaian mandiri, seperti *balanced scorecard*: Kekuatan, Kelemahan, Peluang dan Ancaman (analisa SWOT) dan dan tolok ukur, yang memungkinkan pemangku kepentingan untuk mengidentifikasi kriteria proyek yang

penting bagi mereka, dan mendorong mereka untuk memikirkan masalah ini secara mendalam.

Ukuran kelompok studi yang tepat, akhirnya, bergantung pada ruang lingkup sistem yang sedang dikembangkan. Jika seseorang mengevaluasi sebuah sistem yang dimaksudkan untuk mencakup sejumlah besar pasien namun dampak potensial dari sistem mungkin kecil mengingat fakta bahwa data tersebut mungkin berguna hanya dalam sejumlah situasi klinis saja. Jika sistem ini dimaksudkan untuk mencakup sejumlah kecil pasien namun mengandung data mendalam, ukuran sampel potensial kecil namun dampak potensial pada pengambilan keputusan klinis lebih besar.

Langkah ini, selanjutnya, bukanlah pertanyaan tentang ketegasan ilmiah, tapi terutama soal penyeimbangan antara sumber daya situs yang sering kali terbatas, dan pertanyaan evaluasi yang diminta oleh kelompok kemudi atau kelompok proyek. Pilihan untuk desain penelitian bergantung pada waktu, pengetahuan dan kemungkinan finansial dari situs evaluasi.

Desain seperti studi kontrol dan intervensi mengenai penerapan misalnya *EPR (Electronic Personal Record)* tidak realistis bagaimana menemukan situs yang (kecuali untuk aplikasinya) benar-benar sebanding?

Mengenai ruang lingkup penelitian, adalah penting untuk menyeimbangkan antara sumber daya yang sering terbatas dan banyak kemungkinan dampak sistem dengan memusatkan perhatian pada domain-domain yang memandang pertanyaan evaluasi - dipandang paling relevan.

Fokus secara mendalam pada satu atau dua efek berbahaya karena banyak aspek lain yang lebih penting dari penggunaan sistem informasi kemudian dapat diabaikan. Selain itu, penting untuk mengetahui hubungan antara berbagai aspek penggunaan sistem. beberapa efek dari penggunaan teknologi informasi mungkin disebabkan oleh satu sama lain, mis. keuntungan dan kepuasan pengguna, namun yang lain mungkin tidak terkait, mis. peningkatan efisiensi praktik kerja dan dampak pada hasil pasien.

Saudara mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, beberapa isu yang perlu Anda cermati adalah

- a. Pemangku kepentingan sering menganggap bahwa uji coba terkontrol secara acak adalah satu-satunya cara untuk mengevaluasi sebuah sistem.
- b. Kurangnya pemahaman tentang bagaimana menyesuaikan pertanyaan desain dan evaluasi.
- c. Pemangku kepentingan meremehkan keterampilan dan waktu yang dibutuhkan untuk merancang kuesioner dan wawancara dan kelompok fokus.

Tantangan yang harus Anda hadapi adalah

- a. Pastikan bahwa evaluasi Sumber daya sesuai dengan ukuran dan jenis proyek.
- b. Yakinkan kelompok proyek dan kendali bahwa desain penelitian pragmatis adalah rancangan penelitian yang paling optimal untuk proyek evaluasi formatif.

Langkah 5 Menganalisa dan melaporkan

Saudara mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, interpretasi data bisa jadi rumit. Bahkan ketika seseorang memiliki pertanyaan penelitian yang sangat jelas dan terbatas, efek penerapan aplikasi bisa beragam dan tak terduga.

Pertama, beberapa elemen (seperti budaya rumah sakit mengenai inovasi, melek komputer profesional, kepuasan kerja atau cara kerja profesional) dapat mempengaruhi pelaksanaannya, dan karenanya harus disertakan dalam evaluasi. Namun, bahkan saat ini dilakukan, seringkali tetap merupakan tugas yang sulit untuk menganggap dampak dari berbagai elemen terhadap hasil yang diukur.

Kedua, meski dari data kelihatannya sistem tidak berdampak, ini tidak berarti begitu. Sebagai contoh, Hasil mungkin kontradiktif atau tidak jelas yang membuat tidak mungkin untuk menarik kesimpulan yang valid. Mungkin juga bahwa meskipun parameter yang digunakan dalam evaluasi tidak menunjukkan dampak, profesional atau pasien merasakan adanya perbedaan (pada parameter yang tidak diukur).

Ketiga, objek evaluasi sering berubah-ubah. karena perubahan staf atau alur kerja, modifikasi perangkat lunak, sesi pelatihan, dan lain-lain, sistem informasi mungkin berubah dan pada akhirnya sangat berbeda dari pada awal penelitian. Selain itu, untuk banyak aplikasi umumnya sulit untuk membuat pernyataan tentang keberhasilan atau kegagalan sebuah sistem segera setelah tahap implementasi, karena seringkali membutuhkan waktu bertahun-tahun agar sistem memiliki dampak maksimal.

Anda sangat membutuhkan waktu untuk proses kerja dalam menemukan keseimbangan yang optimal dengan sistem yang baru, untuk disain konseptual dan kesalahan implementasi yang harus diperbaiki, dan sebagainya. Ini disebut 'paradoks evaluasi': walaupun diinginkan untuk mendapatkan hasil evaluasi sesegera mungkin sehingga orang dapat memutuskan langkah-langkah berikut (misalnya menambahkan atau membatalkan sistem), seringkali tidak mungkin menghasilkan 'final' dalam waktu singkat.

Para mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, masalah yang harus Anda hadapi

- a. Implementasi teknologi informasi mengubah baik praktik kerja maupun teknologi itu sendiri. Fenomena yang akan diselidiki, kemudian, tidak stabil dalam evaluasi IS formatif.
- b. Cara data evaluasi disajikan dapat mengurangi interpretasi.

Tantangan yang harus Anda perhatikan

- a. Pastikan hasil evaluasi disajikan secara jelas dan ringkas.
- b. Menghasilkan laporan yang berbeda untuk berbagai pemangku kepentingan, yang mencerminkan perspektif dan kebutuhan mereka secara rinci.
- c. Tunjukkan bagaimana hasil yang berbeda saling terkait satu sama lain. Sebagai contoh, hasil kualitatif dapat menjelaskan temuan kuantitatif.

Langkah 6 Mengacu rekomendasi dan memutuskan tindakan

Saudara mahasiswa, bagian penting dari evaluasi adalah pertimbangan implikasi evaluasi. Dengan melakukan dengan cara yang benar, perbaikan terus menerus dan pengembangan budaya belajar perlu dirangsang.

Jika kita ingin belajar dari studi evaluasi, kita tidak hanya harus mempublikasikan hasil negatif, tapi juga bertindak atas mereka. Tentu tidak selalu mudah. Hasil evaluasi bisa mengarah pada kesimpulan bahwa, melihat tujuan sistem informasi, yang terbaik adalah membatalkan sistem.

Misalnya, sistem peringatan yang nampaknya tidak dapat diandalkan atau terlalu sering siaga terlalu cepat tidak akan diterima oleh personil atau manajemen rumah sakit. Apa yang Anda butuhkan, karenanya, adalah rencana aksi terdokumentasi formal yang disepakati oleh semua pemangku kepentingan dan mengalokasikan tanggung jawab untuk perbaikan dan mengidentifikasi rentang waktu.

Selain itu, penting bahwa ada komunikasi tindakan yang tepat dan penyesuaian yang diperlukan dilakukan, misalnya, kebijakan untuk memungkinkan tindakan tersebut dilakukan.

Untuk kepentingan komunitas perawatan kesehatan, penting agar temuan negatif juga dipandang sebagai dasar untuk pembelajaran bersama dan perencanaan tindakan. Karena banyak inisiatif lokal atau kurang identik, sangat penting bahwa pengalaman ini didokumentasikan dan orang-orang mengetahui tentang sistem dan lintasan implementasi didokumentasikan dan orang-orang mengetahui tentang sistem dan lintasan pelaksanaan yang berhasil dan yang telah gagal.

Melakukan hal ini memerlukan analisis melalui alasan keberhasilan atau kegagalan sistem informasi.

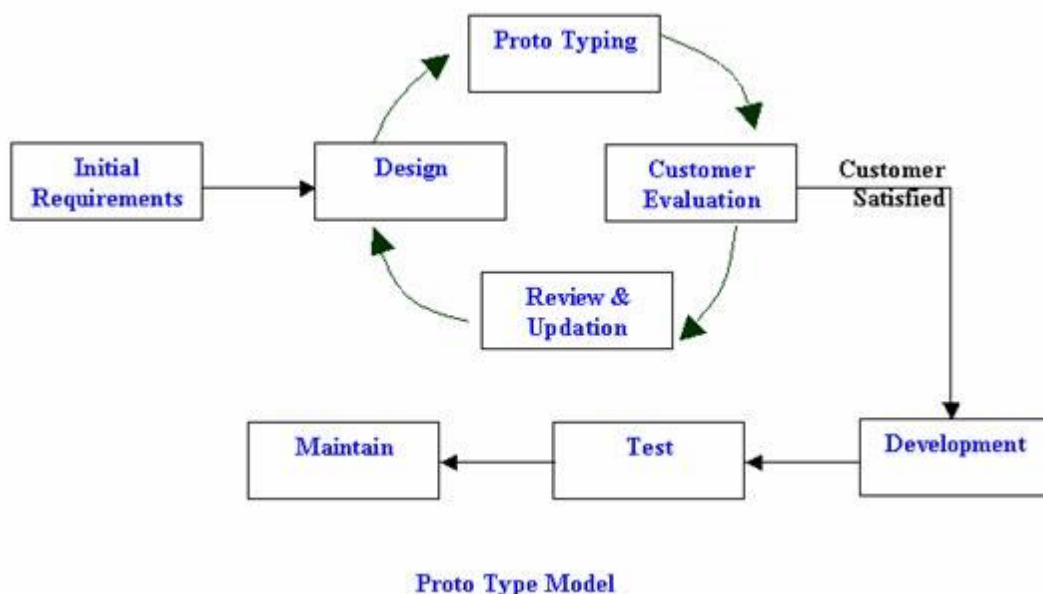
Saudara mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, beberapa isu penting yang harus Anda perhatikan adalah

- a. Pemangku kepentingan yang berbeda dapat secara selektif berfokus pada bit informasi tertentu dari keseluruhan konteks laporan evaluasi, untuk menggambarkan poin mereka sendiri.

- b. Meski hasil evaluasi positif, langkah selanjutnya mungkin akan membuat frustrasi.
- c. Seringkali tidak jelas siapa yang bertanggung jawab untuk mengambil tindakan terhadap hasil evaluasi.

Beberapa tantangan yang harus Anda rumuskan bahwa

- a. Berkomunikasi dengan jelas tentang inti hasil evaluasi dan tindakan yang tepat.
- b. Mendefinisikan siapa yang bertanggung jawab untuk mengambil tindakan terhadap hasil evaluasi.



(Sumber data : google.com, Rabu, 21 Februari 2018, pk. 2:28)

Alur 6.1 Contoh alur model implementasi desain interface

Saudara mahasiswa, program percepatan peningkatan tenaga kesehatan, alur 6.1 yang digambarkan pada contoh alur model implementasi desain interface menurut Amatayakul, Margret (2013), yang dapat Anda pakai sebagai rujukan desain evaluasi formulir elektronik alternatif yang lain.

Dapat dijelaskan bahwa sebuah perancangan formulir elektronik dimulai dari permohonan perancangan, pembuatan perancangan, membuat model-model, melakukan evaluasi bersama pengguna, mereview kembali dan melakukan perbaikan perancangan, dan seterusnya sampai adanya kesepakatan. Jika sudah dalam tahap kesepakatan maka perlunya pengelolaan desain formulir elektronik, melakukan tes evaluasi penggunaan formulir sampai tidak ada kesalahan-kesalahan, baru Anda bisa menetapkan kesepakatan.

C. CONTOH DISAIN INTERFACE DAN NETWORK EHR

Para mahasiswa, berikut contoh-contoh sederhana desain interface/formulir elektronik yang dapat Anda pelajari dan dapat Anda gunakan sebagai rujukan. Desain tersebut bisa dibuat oleh para ahli programmer ataupun analisis dan desain system informasi.

Dalam merancang formulir elektronik Anda perlu melakukan analisis dan desain system informasi berdasarkan informasi dari para pengguna dan tujuan pengumpulan data. Dalam hal ini profesi RMIK diharapkan dapat bekerja sama dengan professional teknologi informasi dalam membuat desain sistem informasi maupun formulir elektronik.

Pendaftaran Pasien Baru

Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya
Jl. K.H Mas Mansyur No 180 - 182 Surabaya Telp : 031-3522980 , 3570974
Sub Bidang Rekam Medis

Identitas Pasien

Nama: Tn.

Tgl. Lahir:

Usia: tahun, bulan, hari

Agama:

Pendidikan:

Pekerjaan:

Status Pernikahan:

Jenis Kelamin: ☒ Laki-Laki ☐ Perempuan

No. ID: (KTP/SIM/...)

Alamat Pasien

Telepon/HP:

Alamat Lengkap:

Kelurahan (Desa):

Kecamatan:

Kota (Kabupaten):

Propinsi:

Command Box

Keterangan Pendaftaran

Tanggal Pendaftaran: Response Time

Nomor Rekam Medis: ☐ Mode Otomatis ☒

Petugas Entry: alex

(Sumber data : google.com, Rabu, 21 Februari 2018, pk. 2:28)

Gambar 6.1 contoh interface formulir elektronik rekam medis

Tabular Result Entry for Patient: 17465676 - Mr Xzs cvvghg

Patient Demographics:

MRD No.: 17465676 Visit ID: OP0001
 Patient Name: Mr Xzs cvvghg Age: 45 Year(s)
 Order No.: 26 Sex: Male
 Sample ID: 432
 Service Name: Thyroid Profile (FT3, FT4, TSH)

Status: RPP
 Sr. No.: 124
 Lab No.: 343
 Inv. Required: Yes
 Clinical History: Thyroid Profile
 Comments: fddsa fassdlsa dsafdsafasdfsad

Thyroid Profile (By Elisa)

Test	Result	Normal Value
Free T3	1.4	1.40 - 4.20 pg/ml
Free T4	1.5	0.80 - 2.20 ng/dl
TSH	.2	0.28 - 6.82 µIU/ml

(Sumber data : google.com, Rabu, 21 Februari 2018, pk. 2:28)

Gambar 6.2 contoh interface formulir elektronik Rekam medis

192.168.1.48/medicalrecord/rawat/periksa/?p=108

Selamat Datang di Aplikasi Rekam Medis Elektronik RSU Cut Meutia 9 February 2012 | dr. Gunardi | Logout

RekamMedis ELEKTRONIK
RSU CUT MEUTIA

PTPN I (PERSERO)

BERANDA DOKTER RAWAT INFO

Home > Rawat > Periksa

Periksa Diagnosa Tindakan Kirim Resep Obat Riwayat Selesai

Cari Data Di Sini...

INFORMASI DATA RAWAT NO. 108

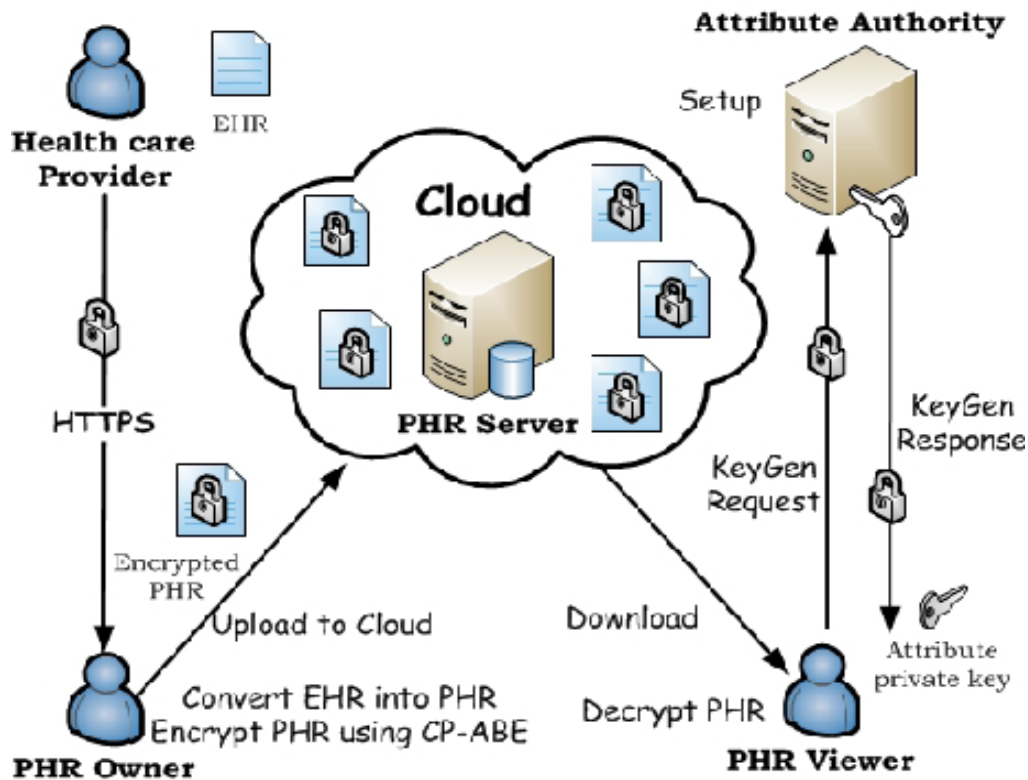
No. CM : 19 Kategori : Pasien Dalam
 Nama : Pasien Baru Pekerjaan : Volunteer
 Jenis Kelamin : Pria Alamat Kebun / Unit : Kantor Pusat
 Umur : 5 Thn Nomor K.I : -

Daftar Riwayat Perawatan dan Pemeriksaan Pasien

Tanggal Rawat	Pukul	Periksa	Diagnosa	Tindakan	Obat	Biaya	Proses
09-02-2012	22:39:01	Umum: Periksa Perut Internis: Scanning bagian perut sebelah kiri	Umum: Asam Lambung dan gejala Mag			Rp.100.000,-	Daftar -> Umum -> Internis

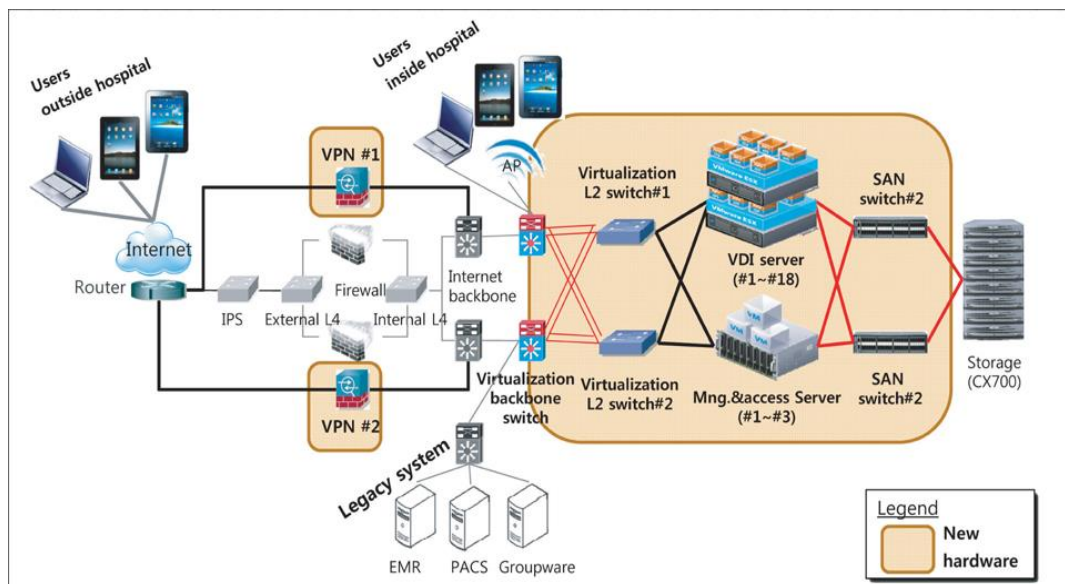
(Sumber data : google.com, Rabu, 21 Februari 2018, pk. 2:28)

Gambar 6.3 Contoh rekam medis elektronik



(Sumber data : <http://www.jmir.org/themes/63>, 21 November 2017)

Gambar 6.4 Contoh disain untuk otoritas atribut



(Sumber data : <http://www.jmir.org/themes/63>, 21 November 2017)

Gambar 6.5 Contoh gambaran network HER

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Sebutkan langkah-langkah tahapan evaluasi formulir elektronik!
- 2) Diskusikan bersama teman kelompok Anda, bagaimana mempersiapkan sebuah presentasi hasil evaluasi perancangan formulir.

Petunjuk Jawaban Latihan

Para mahasiswa, agar Anda dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan yang tertera dalam latihan, maka ikuti perintah berikut ini :

- 1) Lihat kembali alur tahapan evaluasi rancangan formulir elektronik dan pahami maksud dari setiap langkah satu persatu.
- 2) Dari pengalaman Anda atau dapat Anda tanyakan kepada teman atau atasan Anda dalam menjalankan pekerjaan, lakukan langkah-langkah mempersiapkan presentasi untuk Anda informasikan kepada pengguna.

Ringkasan

1. Perlunya persiapan yang matang dengan membuat perencanaan yang baik dalam memulai sesuai agar tidak menyimpang dari tujuan.
2. Perencanaan yang baik akan mendukung Anda untuk dapat mengerjakan permasalahan langkah demi langkah tanpa ada yang terlewat
3. Pembuatan jadwal atau agenda dengan baik dengan mengusahakan semua user hadir dalam acara evaluasi bersama.
4. melakukan evaluasi tidak hanya mengenai beberapa langkah dalam urutan tertentu. Merancang dan melakukan evaluasi adalah tindakan menyeimbangkan antara mengidentifikasi pertanyaan evaluasi yang spesifik dan mudah dipahami, dengan memanfaatkan jumlah sumber daya yang tersedia dan menentukan 'objektivitas' data yang mencukupi.
5. Membedakan langkah-langkah untuk evaluasi berguna karena ini merupakan kerangka kerja untuk mengenalkan dan mendiskusikan isu-isu yang relevan. Selain itu, langkah-langkahnya sama bergunanya sebagai kerangka untuk membimbing pekerjaan sendiri. Namun, persyaratan yang disengaja dalam praktik merancang dan melakukan evaluasi, seperti dalam merancang dan 'melakukan' sebuah system informasi, adalah tindakan

penyeimbang yang konkret antara sumber daya yang terbatas, tujuan yang terus berubah dan multidimensi, dan lingkungan yang berubah dimana setiap proyek berlangsung.

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Prinsip umum untuk Anda pertimbangkan dalam pengembangan tampilan format elektronik
 - A. Rancangan proses
 - B. Rancangan penilaian
 - C. Rancangan Data
 - D. Rancangan masukan

- 2) Perlunya rancangan evaluasi untuk validasi data adalah
 - A. Cek unsur masukan
 - B. Pemeriksaan konsistensi
 - C. Cek unsur keluaran
 - D. Pemeriksaan pangkasan data

- 3) Langkah awal yang perlu Anda lakukan dalam merancang evaluasi adalah
 - A. Kesepakatan kapan dievaluasi
 - B. Membuat kesepakatan apa yang dievaluasi
 - C. Membuat Analisa dan Laporan
 - D. Kesepakatan mengapa perlu evaluasi

- 4) Apa salah satu metode pengumpulan data untuk studi evaluasi?
 - A. Penelitian awal
 - B. Balance scorecard
 - C. Kartu cek lis
 - D. Evaluation score

- 5) Bagian terpenting evaluasi adalah pertimbangan implikasi evaluasi untuk...
- A. Pengembangan budaya belajar
 - B. Publikasi nilai
 - C. Mencerminkan perspektif kebutuhan
 - D. Membatalkan sebuah sistem

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) C
- 2) A
- 3) B
- 4) D
- 5) A

Tes 2

- 1) C
- 2) B
- 3) D
- 4) B
- 5) A

Glosarium

Agenda	: jadwal acara <i>Balanced scorecard</i> : <i>Balance</i> , berimbang untuk menunjukkan bahwa kinerja personel diukur secara berimbang dari aspek keuangan dan non keuangan, jangka pendek dan jangka panjang, intern dan ekster. <i>Scorecard</i> , kartu skor merupakan kartu yang digunakan untuk mencatat skor hasil kinerja seseorang. <i>Balance scorecard</i> merupakan suatu konsep pengukuran kinerja bisnis yang menyeimbangkan pengukuran atas kinerja sebuah organisasi bisnis.
Evaluasi	: pengukuran, penilaian untuk umpan balik.
EPR	: <i>Electronic Personal Record</i> , Rekam Kesehatan personal elektronik.
Implementasi	: tindakan/pelaksanaan/penerapan dari sebuah rencana, evaluasi
Interface	: Antar muka pengguna, fungsi dan atribut sensor dari suatu system (aplikasi, perangkat lunak, dll) yang berhubungan dengan pengoperasian pengguna.
Network	: koneksi teknologi, kumpulan dari komputer dan device yang saling berhubungan sehingga memungkinkan komunikasi antar user (pengguna) dan memperbolehkan user melakukan sharing file dengan user lainnya.
Stakeholder	: Pemangku keputusan
Validasi	: pembuktian, langkah-langkah

Daftar Pustaka

- Abdelhak, Mervat, *Health Information: Management of statagic Resources*, Elsevier- Health Sciences Division, USA, 2007.
- Alhaqbani, Bandar S., *Privacy and Trust Management for Electronic Health Records BCS (Computer Engineering)*, MIT (E-Business), A dissertation submitted for the degree of IF49 Doctor of Philosophy, 2010.
- Amatayakul, Margret K., FHIMSS., *Electronic Health Records a Practical Guide for Professionals and Organizations*, AHIMA, 2013, Chicago.
- Berg, Marc, *Health Information Management , Integating Information Technology in Health Care Work*, 2004, Rotterdam, New York.
- Bretscher, Paul, *An Analysis of Ontario's Electronic Health Record Project*, University Of Saskatchewan, 2011.
- Departemen Kesehatan RI, Badan PPSDM, 2007, Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, Jakarta
- Grider, Deborah J, *MEDICAL Record Chart Analizer*, AMA, 2002, Chicago.
- Grzybowski, Darice, MA, RHIA, FAHIMA, 2014, Strategiies for Electronic Document and Health Record Management, AHIMA, Chicago
- Huffman, Edna K, 1994, *Medical Record Management*, 9th edition, page:247, Illinois: Physician Record Company
- IFHIMA, *Learning Packages for Medical Record Practice*, 2012,P: 21-27 , Chicago
- Merida L, Johns, 2006, *Health Information Management: Technology*, AHIMA, Chicago
- Moody LE, et.al. health records documentation in nursing: nurses' perceptions, attitudes, and preferences, *Pub.Med.gov.US National Library of Medicine National Institue of Health*, 2004 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, Tgl. 10 Oktober 2014, pk.14.30)

Meyer, Linda , PhD., Journal of American Nurse Today Vol.6. No.5, 2011.
(www.AmericanNurseToday.com, Tgl. 17 Oktober 2014, pk. 15.00)

Whitten, Jeffry L, Benteley, Lonnie D., Dittman, Kevin C., Metode Desain & analisis Sistem. 6 Ed.,Mc.Graw Hill, education dan Penerbit Andi, 2004.

Noteboom, Cherie, Dhundy Bastola, Sajda Qureshi, Cycles of Electronic Health Records Adaptation by Physicians: How Do the Positive and Negative Experiences with the EHR System Affect Physicians' EHR Adaptation Process?, 45th Hawaii International Conference on System Sciences, 2012.

Paul C. Fu Jr., Daniel Rosenthal, Joshua M. Pevnick, Floyd Eisenberg, The impact of emerging standards adoption on automated quality reporting, Elsevier Inc., 2012.
(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>)

Shen, Tainlong, Jun Shi, Zhuangzhi Yan, The Design of Community EHR System Based on PDA, International Conference on Complex Medical Engineering, School of Communication and Information Engineering, Shanghai University, 200072, China Shanghai, 2007.

Skurka, Margaret Flett, 2003, *Health Information Management in Hospitals*, Chicago



MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN III

DESAIN FORMULIR

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

Badan Pengembangan dan Pemberdayaan
Sumber Daya Manusia Kesehatan

Jl. Hang Jebat III Blok F3,
Kebayoran Baru Jakarta Selatan - 12120

Telp. (021) 725 5429

Fax. (021) 739 8950