**DESAIN FORMULIR RAWAT INAP UNTUK KELENGKAPAN REKAM MEDIS PUSKESMAS KARANGDORO SEMARANG TAHUN 2018**

**Priska Erlik Budiharja1), Retno Astuti Setijaningsih1)**

*1Fakultas Kesehatan,Universitas Dian Nuswantoro Semarang*

email: [*priskaerlikbudiharja1714@gmail.com*](mailto:priskaerlikbudiharja1714@gmail.com)*;* [*retnoastutis@yahoo.co.id*](mailto:retnoastutis@yahoo.co.id)

***Abstract***

*Every hospital usually has the medical records and health information form. The medical records and health information form is very important because it is records every data and history about the patient’s illness. Then, the officer must to be writes the form complete and orderly. So, the hospital have a good management in the administration. During the research, the researcher found mostly 40% that the filling of the assement forms are not complete. The aim of this study are to analyze the hospitalization’s design form of the subjective objective assessment plan in the Karangdoro Semarang Primary Health Care (Puskesmas). This research uses descriptive research type. The object of this research is the in-patient medical record form. The subjects of this study were doctors, nurses, and medical record staff. The research instruments used in this study are questionnaires and observation guidelines. Data processing in this research is editing and charging data. Data analysis in this study is to analyze the data obtained, evaluate the suitability of the form design with the theory, the complaint of the use of the form, redesign the design of the inpatient SOAP form for the Primary Health Care (Puskesmas). Based on the findings, the researcher found that the forms of The Karangdoro Semarang Primary Health Care (Puskesmas) are still not compatible to be the medical records form. In the Karangdoro Semarang Primary Health Care (Puskesmas), they are still using HVS Paper 70 gr as the material for the form. Then, the information and the content are not compatible to become a good medical records form. In the form, there is no an instructions, the margin is also not suitable for the form, and also the patient’s information when the patient have to be hospitalization in hospital. And the form are not orderly make in a good package. Suggestion in this research is design of SOAP form according to result of analysis to complaint and analysis of complaint according to theory, so officer will be easier to fill it. the completeness of the forms can be improved by making efficient design forms based on the results of complaints and theories analysis.*

***Keywords:*** *SOAP, in-patient form, form design*

1. **PENDAHULUAN**

Pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) adalah kesatuan organisasi yang fungsional dalam menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat. Puskesmas mempunyai 3 (tiga) fungsi, yakni sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan. Selanjutnya, juga merupakan pusat pemberdayaan keluarga dan masyarakat. Fungsi puskesmas yang ketiga adalah sebagai pusat pelayanan kesehatan strata 1. Untuk fungsi yang terakhir tersebut, puskesmas memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat (*public goods*) dan pelayanan kesehatan secara perorangan (*private goods*).(1)

Dalam menjalankan fungsinya, puskesmas membutuhkan pencatatan /perekaman data dan pelaporan informasi kesehatan yang lengkap dan akurat. Untuk itu, puskesmas memerlukan dukungan formulir rekam medis yang mampu mendokumentasikan kebutuhan data secara lengkap. Selain itu, juga pengelolaan rekam medis yang tertib administrasi.

Permenkes Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 memberikan definisi bahwa rekam medis adalah dokumen yang berisi identitas pasien, anamnesa, pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien selama dirawat di rumah sakit, baik di unit rawat jalan, unit gawat darurat, ataupun unit rawat inap. Dengan demikian, jika rekam medis berisi catatan dan keterangan pasien secara lengkap, maka akan menghasilkan informasi yang akurat, tepat waktu, dan dapat dipercaya.(2)

Berdasarkan hasil survei terhadap 10 formulir rawat inap, ditemukan adanya ketidaklengkapan pengisian *subjective, objective, assesment*, serta *plan*. *Assesment* merupakan simpulan dari keluhan pasien dan data yang diobservasi oleh dokter atau perawat.

Jadi, terdapat 40 % ketidaklengkapan pengisian *assement* pada formulir *subjective*, *objective, assessment, plan* rekam medis rawat inap. Ketidaklengkapan pengisian *aseesment*, seperti diagnosa masuk atau diagnosa utama. Ketidaklengkapan formulir *subjective*, *objective*, *assessment*, serta *plan* rawat inap kemungkinan terjadi karena belum pernah diadakan analisis desain formulir. Selain itu, desain formulirnya juga belum pernah direvisi.

Analisis desain formulir ini menggunakan pendekatan *Problem Oriented Medical Record* (*POMR*). *POMR* *is a scientific method of record keeping using a client – centered problem – solving approach paralling the phases of the nursing/medical proses.* Artiny*a,* pengetahuan tentang metode pencatatan yang terpusat pada pemecahan masalah klien dengan pendekatan pada tahapan proses pelayanan medis dan keperawatan. Cara mendokumentasikan hasil pelayanan kepada pasien ke dalam rekam medis dengan pendekatanan sistem. Jadi, dokumentasi dapat merefleksikan pemikiran yang logis bagi dokter dan perawat yang merawat atau melayani pasien tersebut.

*Subjective* adalah keluhan pasien saat ini yang didapatkan dari anamnesa (autoanamnesa atau alloanamnesa). Sedangkan *objective* adalah hasil pemeriksaan fisik, termasuk pemeriksaan tanda-tanda vital, skala nyeri, dan hasil pemeriksaan penunjang pasien pada saat ini. *Assesment* ialah penilaian keadaan adalah berisi diagnosis kerja, diagnosis diferensial atau problem pasien, yang didapatkan dari menggabungkan penilaian subjektif dan obyektif. Selain itu, *plan* berisi rencana untuk menegakkan diagnosis.(3)

1. **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitiannya adalah *deskriptif*. Pendekatan yang digunakan adalah *cross sectional.* Variabel penelitiannya meliputi: desain formulir SOAP rawat inap Puskesmas Karangdoro Semarang.

Objek penelitiannya adalah formulir SOAP rekam medis rawat inap yang ada di Puskesmas Karangdoro Semarang. Subjeknya adalah 2 orang dokter Puskesmas Karangdoro Semarang. Perawat sebanyak 3 orang. Sedangkan petugas rekam medisnya ada 2 orang.

Instrumen penelitiannya adalah angket dan pedoman observasi. Jenis datanya merupakan data primer dan data sekunder. Penelitian ini menggunakan metode pengumpulan data wawancara dan observasi.

Data diolah dengan editing dan penyajian data. Selanjutnya, data akan dianalisa secara deskriptif.

1. **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Dalam melakukan penelitian di Puskesmas Karangdoro Semarang, peneliti menyebarkan angket kepada petugas loket (rekam medis), perawat, dan dokter. Hasil Angket yang dilakukan peneliti oleh petugas loket (rekam medis), perawat, dan dokter adalah sebagai berikut:

1. Hasil wawancara dengan dokter terhadap aspek fisik

Hasil angket dokter terhadap Aspek Fisik tentang formulir Subjective *Objective Assessment Plan* rawat inap sebesar 50% menyatakan tidak setuju bahwa ukuran untuk formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap adalah A4. Sebesar 50% menyatakan tidak setuju bahwa pemberian kemasan adalah amplop.

1. Hasil wawancara dengan dokter terhadap aspek anatomic

Berdasarkan hasil angket dokter terhadap Aspek Anatomik sebesar 50% menyatakan perlu adanya penjelasan tentang tujuan formulir. Sebesar 50% menyatakan tidak setuju perlunya sub judul pada formulir tersebut dikarenakan formulir sudah jelas. Sebesar 50% menyatakan tidak setuju dengan margin yang ideal.

1. Hasil wawancara dengan dokter terhadap aspek isi

Berdasarkan hasil angket dokter terhadap Aspek sebesar 50% menyatakan tidak setuju dengan butir data medis pasien yang ada sudah sesuai.

1. Hasil wawancara dengan perawat terhadap aspek fisik

Berdasarkan hasil angket perawat terhadap Aspek Fisik sebesar 33,33% menyatakan tidak setuju bahwa bahan adalah HVS. Sebesar 33,33% menyatakan tidak setuju bahwa bentuk pengisian formulir portrait. Sebesar 66,67% menyatakan tidak setuju bahwa ukuran formulir sudah sesuai dengan teori. Sebesar 33,33% menyatakan tidak setuju dengan warna yang digunakan adalah warna putih.

1. Hasil wawancara dengan perawat terhadap aspek anatomic

Berdasarkan hasil angket perawat terhadap Aspek Anatomik sebesar 33,33% menyatakan tidak setuju terhadap perlu adanya sub judul pada formulir tersebut. Sebesar 33,33% menyatakan tidak setuju bahwa perlu adanya identitas institusi. Sebesar 33,33% menyatakan tidak setuju bahwa pengelompokan butir data identitas social pasien dengan data medis pasien. Sebesar 33,33% menyatakan tidak setuju bahwa cara pengisian *check box* mempermudah pengguna untuk mengisi tersebut. Sebesar 33,33% tidak menuliskan nama dan tanda tangan sebagai pertanggungjawaban mereka atas tindakan yang mereka berikan ke pasien. Sebesar 33,33% menyatakan tidak setuju dengan margin yang ideal.

1. Hasil wawancara dengan perawat terhadap aspek isi

Berdasarkan hasil angket perawat terhadap Aspek Isi sebesar 100% menyatakan tidak setuju dengan adanya butir data social pasien yang sudah sesuai. Sebesar 33,33% menyatakan tidak perlu adanya butir data social pasien yang ditambahkan.

1. Hasil wawancara dengan petugas loket terhadap aspek fisik

Berdasarkan hasil angket petugas loket (rekam medis) sebesar 50% menyatakan tidak setuju bahwa bahan untuk formulir Subjective Objective Assessment Plan rawat inap adalah HVS,. Sebesar 50% menyatakan tidak setuju diberikan kemasan untuk formulir Subjective Objective Assessment Plan.

1. Hasil wawancara dengan petugas loket terhadap aspek anatomic

Berdasarkan hasil angket petugas loket (rekam medis) sebesar 50% menyatakan tidak setuju mengenai sudah sesuai pengelompokan data identitas social pasien dengan data medis. Sebesar 50% menyatakan tidak setuju bahwa cara pengisian check box mempermudah pengguna untuk mengisi tersebut. Sebesar 50% menyatakan tidak setuju dengan margin yang ideal untuk formulir.

1. Hasil wawancara dengan petugas loket terhadap aspek isi

Berdasarkan hasil angket petugas loket (rekam medis) sebesar 50% menyatakan tidak setuju bahwa butir data medis pasien yang ada sudah sesuai.

Hasil Observasi Desain formulir *Subjective Objective Assessment Plan* dari 3 Aspek adalah sebagai berikut :

Tabel 3.1 Hasil Obsevasi terhadap Aspek Fisik

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Jenis** | **Keterangan** |
| 1 | Bahan | Bahan dari formulir ini adalah HVS 70 gr |
| 2 | Bentuk | Bentuk dari formulir ini adalah persegi panjang (*landscape*) |
| 3 | Ukuran | Ukuran dari formulir ini adalah F4 Folio (21 cm x 33 cm) |
| 4 | Warna | Warna dari formulir ini adalah putih |
| 5 | Kemasan | Tidak ada kemasan untuk formulir ini |

Sumber : Data Primer

Table 3.2 Hasil Observasi terhadap Aspek Anatomik

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Jenis** | **Keterangan** |
| 1 | *Heading* | *Heading* pada formulir ini berupa *Rekam Medis SOAP Rawat Inap* |
| Sub Judul | Pada formulir ini tidak terdapat sub judul |
| ID Puskesmas | ID Puskesmas adalah Puskesmas Karangdoro |
| ID Form | ID Form adalah Rekam Medis SOAP |
| Nomor Edisi | Tidak adanya nomor edisi |
| Nomor Halaman | Terdapat nomor halaman pada lembar ini |
| 2 | *Introduction* | Bagian pendahuluan pada formulir ini sudah ditunjukkan oleh judul formulir yaitu Rekam Medis SOAP Rawat Inap |
| 3 | *Instruction* | Tidak adanya instruksi pada formulir tersebut |
| 4 | *Body* Pengelompokan | Pada formulir ini pengelompokan antara data social dan data klini sudah ada pengelompokannya sendiri |
| Margin | Atas : 2 cm Kanan : 1 cm  Bawah : 0,5 cm Kiri : 1 cm |
| Spasi | Spasi yang digunakan 1 spasi horizontal dan 1,5 spasi vertikal |
| Jenis huruf dan Ukuran | Ukuran huruf yang digunakan untuk judul formulir adalah 16 pt, identitas Puskesmas 16 pt, dan butir data 11 pt. jenis huruf yang digunakan adalah arial. |
| 5 | *Close* | Tanda tangan |

Sumber : Data Primer

Tabel 3.3 Hasil Observasi terhadap Aspek Isi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Jenis** | **Keterangan** |
| 1 | Keleng kapan Butir Data | Data Identitas Pasien  1. Nama Pasien  2. Jenis Kelamin  3. Nomor Rekam Medis  4. Agama  5. Tempat tanggal lahir  6. No Asuransi  7. Umur  8. Nama DPJP  9. Nama PPJP |
| 2 | Termino logi | Tidak adanya terminologi |
| 3 | Singkatan | Tidak adanya singkatan |
| 4 | Simbol | Tidak adanya simbol |

Sumber : Data Primer

Menurut Wijaya, bahwa aspek fisik yang perlu dipertimbangkan dalam mendesain formulir rekam medis adalah *weight, grade, grain, finish* dan *colour,* sifat-sifat ini berhubungan dengan *permanency, durability*, mutu penulisan kertas, keterbacaan, dan pembuatan mikrofilm. Penggunaan kertas yang berkualitas desain formulir yang dihasilkan dapat bertahan lama dari kerusakan begitu juga sebaliknya jika bahan yang digunakan kurang berkualitas maka hasil dari desain formulir yang dibuat tidak akan bertahan lama.(17)

Bahan

Bahan yang digunakan pada formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap di Puskesmas Karangdoro Semarang yaitu kertas HVS dengan berat 70 gram. Mendesain formulir sebaiknya patut dipertimbangkan masalah bahan yang tidak mudah rusak atau kuat dan tahan berapa lama untuk disimpan sehingga harus perbedaan antara bahan formulir yang bersifat abadi dan bahan formulir yang bersifat biasa digunakan.

Jadi, bahan yang seharusnya digunakan pada formulir ini yaitu HVS dengan berat 80 gram karena formulir ini bersifat abadi. Rancangan ulang formulir peneliti menggunakan bahan HVS dengan berat 80 gram untuk formulir resume medis dikarenakan formulir resume medis akan diabadikan.

Bentuk

Bentuk kertas yang digunakan pada formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap di Puskesmas Karangdoro Semarang berupa lembar yakni persegi panjang. Kertas dengan bentuk lembar satuan ini lebih efektif dan efisien dalam penyimpanan, karena tidak membutuhkan tempat yang besar.

Menurut teori bentuk formulir harus di sesuaikan dengan standart atau kebutuhan, pada umumnya berbentuk persegi panjang. Hal ini dimaksudkan agar penyimpanannya dapat di seragamkan dengan kertas – kertas yang lainnya. Sehingga bisa terlihat rapi, pada rancangan yang dibuat oleh peneliti menggunakan bentuk kertas persegi panjang.(12)

Ukuran

Ukuran kertas yang digunakan

pada formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap di Puskesmas Karangdoro Semarang yakni menggunakan kertas ukuran panjang 33cm dan lebar 21cm. Menurut teori cara yang baik dalam ukuran formulir adalah dengan ukuran standart, akan lebih memudahkan jika formulir tersebut akan diabadikan atau diarsipkan. Peneliti merangcang ulang formulir yang baru menggunakan ukuran A4, sehingga formulir yang baru ukurannya sama dengan berkas – berkas yang lain.(12)

Warna

Warna yang digunakan yakni kertas warna putih dengan tulisan tinta warna hitam, berdasarkan hasil angket 100% dokter dan 66,67% perawat dan 100% petugas loket setuju jika formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap menggunakan warna putih dan hanya 33,33% perawat yang setuju formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap menggunakan warna yang berbeda. Menurut teori Pertimbangan dalam penggunaan warna harus diberikan kepada petugas dalam menggunakan jenis tinta dan warna dapat disesuaikan dengan keinginan dan kebutuhan saat merangcang sebuah formulir. Penggunaan warna menolong untuk mengenali formulir dengan cepat.(12)

Kemasan

Kemasan yang digunakan pada formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap di Puskesmas Karangdoro Semarang yakni menggunakan map berwarna. Berdasarkan teori, formulir tersebut disimpan dalam folder dokumen rekam medis dengan formulir lain sehingga tidak memerlukan kemasan karena sudah menggunakan map.

Puskesmas Karangdoro memiliki sistem penyimpanan sentralisasi. Pada penyimpanan ini adaah penggabungan dokumen rekam medis rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat jadi satu, sehingga kemasan untuk melindungi dokumen rekam medis pasien harus benar – benar kuat dan tahan lama.

1. Aspek Anatomik
2. *Heading*

*Heading* atau kepala formulir pada formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap sudah sesuai yaitu adanya judul formulir *REKAM MEDIS SOAP RAWAT INAP* nama instansi Puskesmas Karangdoro Semarang dan identitas formulir yaitu *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap. *Heading* dimaksudkan untuk identitas formulir, khususnya untuk diketahui oleh organisasi-organisasi lain. Tetapi *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap termasuk formulir yang keluar, maka perlu melampirkan alamat puskesmas itu sendiri.

1. Judul

Formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inapmemiliki judul formulir *Rekam Medis SOAP Rawat Inap* dan terletak pada bagian tengah atas agar informasi mudah terlihat. Menurut Wijaya (2013) menyatakan bahwa judul sebuah formulir bias terdapat pada satu dan beberapa tempat. Untuk posisi judul yang standard adalahkiri atas, tengah, kanan atas, kiri bawah atau kanan bawah. Hal ini sudah sesuai dengan teori. Rancangan ulang formulir yang baru terbagi menjadi 3 formulir dan ketiga formulir tersebut sudah memiliki judul yang menjelaskan tujuan formulir masing-masing.(17)

1. Sub Judul

Formulir *Subjective*

*Objective Assessment Plan* rawat inap tidak memiliki subjudul. Berdasarkan teori subjudul harus digunakan apabila judul utama memerlukan penjelasan. Sehingga hal ini sudah sesuai dengan teori karena judul formulir sudah memberikan penjelasan terhadap isi dari formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap. Pada formulir assesmen awal pasien rawat inap terdapat beberapa sub judul antara lain :pengkajian medis, review pengkajian nyeri, review resiko jatuh menurut morse fall scale, dan review keterangan pasien. (12)

1. Identitas Puskesmas

Formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap memiliki Identitas Puskesmas yaitu *PUSKESMAS KARANG-DORO* yang terletak di tengah atas. Kementrian Sosial Republik Indonesia menyatakan bahwa logo adalah sebuah simbol yang tersirat kedalam suatu bentuk atau gambar. Jika pada desain formulir terdapat logo maka jika terjadi berkas tercecer atau jatuh dapat segera diketahui bahwa formulir tersebut adalah milik Puskesmas begitu juga sebaliknya.(18)

Jadi hal ini belum sesuai dengan teori yaitu Identitas Puskesmas belum tercantum alamat puskesmasnya dan logo. Pada rancangan formulir yang baru terdapat nama instansi dan logo instansi. Apabila formulir ini akan dikirim ke orang lain di luar instansi atau organisasi. Identitas Formulir Identitas formulir dalam formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inaptidak ada. Berdasarkan teori, identitas formulir digunakan sebagai sarana untuk mengidentifikasi formulir agar tidak tertukar dengan formulir lain..(12)

1. Nomor Edisi

Formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap tidak memiliki nomor edisi. Berdasarkan teori, nomor edisi adalah nomor yang digunakan untuk membantu dan menentukan apakah formulir ini edisi terbaru yang sedang digunakan dan membantu dalam pembuatan stok yang tidak dipakai lagi. Hal ini belum sesuai teori, maka perlu menggunakan nomor edisi. Rancangan formulir yang dibuat oleh peneliti sudah terdapat nomor edisi, sehingga pengguna bisa membedakan formulir dengan mudah melalui nomor edisi setiap formulir.(12)

1. Nomor Halaman

Dalam formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap tidak terdapat nomor halaman karena formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap hanya memiliki 1 (satu) halaman. Nomor halaman digunakan apabila formulir memiliki lebih dari satu halaman. Menurut Wijaya, informasi mengenai formulir mencakup identifikasi formulir, tanggal penerbitan dan nomor halaman. Assembling formulir rekam medis akan lebih mudah apabila apabila nomor halaman berada pada bagian kanan atas, apabila formulir tercetak lebih dari 1 halaman. Peneliti merancang ulang formulir yang baru memberikan nomor halaman apabila formulir tersebut lebih dari satu halaman.(17)

1. *Introduction*

Bagian introduksi atau pendahuluan terdapat identitas pasien yang meliputi nama pasien, jenis kelamin, tanggal lahir, alamat, nomor rekam medis dan waktu berkunjung. Menurut permenkes 269 Tahun 2008 menyatakan bahwa data identitas pasien meliputi nama, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, umur, alamat, pekerjaan, pendidikan, golongan darah, status perkawinan, nama orang tua, pekerjaan orangtua, nama suami atau istri. Data-data identitas tersebut dapat ditambahkan dan dilengkapi sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan di Puskesmas.(17)

Formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap di Puskesmas Karangdoro tidak memiliki *introduction. Introduction* merupakan bagian pendahuluan yang dapat menggambarkan tujuan atau dapat juga berbentuk penjelasan atau pernyataan yang berupa nama formulir yaitu *REKAM MEDIS SOAP RAWAT INAP*.

1. *Instruction*

*Instruction* pada formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap di Puskesmas Karangdoro belum ada. Menurut Wijaya 2013 menyatakan bahwa intruksi umum harus disingkat dan berada pada bagian atas formulir, jika diperlukan instruksi yang lebih detail atau instruksi yang panjang bisa diletakkan pada lembaran atau buku kecil yang terpisah. Instruksi tidak boleh diletakkan diantara ruang-ruang entri, karena akan membuat formulir terkesan berantakan dan mempersulit pengisian. Instruksi juga harus diberikan pada entri data yangberupa pilihan..(17)

Hal ini belum sesuai dengan teori karena formulir ini belum tercantum instruksi untuk kolom-kolom isian, sedangkan untuk entri data belum ada instruksi yang jelas bagaimana cara mengisinya.

1. *Body*

Menurut Permenkes 269 tahun 2008 data-data yang harus dimasukan kedalam rekam medis rawat jalan antara lain identitas pasien, tanggal dan waktu, anamnesis (sekurang-kurangnya keluh-an, riwayat penyakit), hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik, diagnosis, rencana penatalaksanaan, pengobatan dan atau tindakan pelayanan yang telah diberikan kepada pasien, untuk kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik dan persetujuan tindakan bila perlu. (17)

1. Pengelompokan

Bagian pengelom-pokan, untuk rancangan formulir baru peneliti sudah membedakan antara identitas pasien yang berada di sebelah kanan atas dan identitas medis atau data klinis pasien dibawah identitas pasien. Pengelompokan ini supaya pengguna yang akan mengisi formulir dapat dengan mudah mengisi tanpa salah pengisian.

1. Margin

Margin dari formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap adalah margin:

Atas : 2 cm

Kanan : 1 cm

Bawah : 0,5 cm

Kiri : 1 cm

Berdasarkan teori, margin minimal yang digunakan adalah margin:

Atas : 2/16”

Kanan : 3/10”

Bawah : 3/6”

Kiri : 3/10”

Dengan demikian margin yang digunakan dalam formulir tersebut belum sesuai dengan teori karena batas margin jauh dari ketentuan dari teori.

1. Spasi

Spasi yang digunakan dalam formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap adalah 1,5 spasi vertical dan 1 spasi horizontal. Untuk spacing yang dibuat dengan tulisan tangan, berikan horizontal spacing 1/10” sampai 1/12” per karakter. Vertical spacing memerlukan 1/4” sampai 1/3” akan menerima baik entry tulisan tangan ataupun mesin. Sehingga spasi yang digunakan belum sesuai dengan teori. Rancangan yang dibuat oleh peneliti menggunakan spasi sesuai dengan teori.

1. *Close*

Menurut permenkes 269 tahun 2008 menyatakan bahwa pemanfaatan rekam medis dapat dipakai sebagai alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi dan penegakan etika kedokerteran dan kedokteran gigi. Berdasarkan opini rekam medis yang lengkap sangat membantu dan melindungi petugas ketika suatu saat terjadi tuntutan.(17)

1. Tempat

Dalam formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap tidak terdapat keterangan tempat. Berdasarkan teori, close pada formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap harus ada keterangan tempat, karena formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap merupakan formulir yang dibawa keluar dari instansi pelayanan kesehatan. Sehingga penilaian terhadap tempat pada close formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap belum sesuai berdasarkan teori. Rancangan yang dibuat oleh peneliti terdapat keterangan tempat sesuai dengan teori yang ada.

1. Tanggal

Desain yang ada dari formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap tidak ada tanggal pada bagian *close.* Berdasarkan teori, tanggal pada bagian *close* tidak harus ada karena tanggal akhir pelayanan sudah terdapat pada kolom tanggal keluar pasien. Sehingga tanggal pada bagian *close* sudah sesuai dengan teori. Pada rancangan formulir baru sudah terdapat ketengan tanggal pada bagian *close.*

1. Waktu

Pada formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap tidak terdapat keterangan waktu pada bagian close. Menurut teori pada bagian penutup formulir tidak ada waktu dalam penandatanganan. Apabila dibutuhkan, waktu sudah dapat ditunjukkan pada kolom jam keluar. Sehingga penilaian terhadap waktu pada close sudah sesuai dengan teori. Rancangan pada formulir baru yang dibuat oleh peneliti sudah terdapat keterangan waktu pada bagian *close.*

1. Tanda Tangan

Desain yang ada dalam *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap pada bagian penutup terdapat tanda tangan dokter yang merawat. Berdasarkan teori formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap harus ada tanda tangan dokter yang sebagai tanda autentifikasi. Maka penilaian terhadap tanda tangan pada formulir *Subjective Objective Assessment Plan* rawat inap sudah sesuai denganteori. Pada bagian *close* peneliti sudah menambahkan tandatangan dan nama terang pada rancangan ulang formulir yang baru.

1. Aspek Isi

Menurut Permenkes 269 tahun 2008 data-data yang harus dimasukan kedalam rekam medis antara lain identitas pasien (nama, jenis kelamin,tempat tanggal lahir, umur, alamat, pekerjaan, pendidikan, golongan darah, status perkawinan, nama orang tua, pekerjaan orang tua, nama suami atau istri), tanggal dan waktu, anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit), hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik, diagnosis, rencana penatalaksanaan, pengobatan dan atau tindakan pelayanan yang telah diberikan kepada pasien, untuk kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik dan persetujuan tindakan bila perlu. (17)

1. Kelengkapan butir data

Butir data yang sifatnya isian pada dasarnya sudah cukup memadai dalam artian disediakan cukup untuk memuat semua informasi yang dibutuhkan pengguna. Demikian juga dengan butir data yang sifatnya pilihan, jawaban yang disediakan belum sesuai. Kolom yang disediakan terlalu kecil sehingga banyak informasi yang tidak bisa di bubuhkan dalam formulir tersebut.

Formulir SOAP dibagi menjadi 3 formulir baru yaitu assesmen awal pasien rawat inap, lembar catatan terintegrasi, dan resume medis pasien pulang. Formulir assesmen awal pasien rawat inap terdapat butir data mulai dari pasien masuk sampai dengan review ketergantungan pasien. Formulir lembar catatan terintegrasi memilki butir data antara lain pelayanan atau catatan setelah melakukan tindakan tenaga medis ke pasien. Formulir resume medis pasien pulang memilki butir data mulai dari alasan rawat inap sampai dengan keadaan atau kondisi pasien saat pulang.

1. Terminologi

Tidak adanya penggunaan terminologi di Puskesmas Karangdoro Semarang. Menurut teori dimana butir data di formulir rekam medis penggunaan terminologi sebaiknya menggunakan istilah yang mudah dimengerti dan dipahami oleh semua orang.

1. Singkatan

Tidak adanya penggunaan singkatan di Puskesmas Karangdoro Semarang. Menurut teori setiap instansi mempunyai singkatan tersendiri yang sesuai dengan kebijakan instansi.

1. Simbol

Tidak adanya penggunaan simbol di Puskesmas Karangdoro Semarang. Menurut teori setiap instansi menggunakan simbol standar tersendiri yang sesuai dengan kebijakan instansi. Rancangan formulir yang baru terdapat simbol (\*) untuk memberikan pengisian ceklist (√) pada formulir.

1. **KESIMPULAN**

Bahwa aspek fisik, anatomik,

ataupun isi Formulir SOAP Rawat Inap Puskesmas Karangdoro Semarang harus dirancang ulang menurut kebutuhan penggunanya, yakni dokter, perawat, maupun petugas loketnya. Hal ini sejalan dengan penerapan teori POMR. Dapun

1. **REFERENSI**
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
3. Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 269/Menkes/III/ 2008 tentang Rekam Medis.
4. Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), Pengertian Rekam Medis,2018 (diakses tanggal 10 februari 2018) Diakses dari :<https://kbbi.kemdikbud.go.id>.
5. Sutanta, Edhy. *Sistem Informasi Managemen*. Graha Ilmu. Yogyakarta, 2003.
6. Wildan,Moh. Dokumentasi Kebidanan. (diakses tanggal 13 Februari 2018) diakses dari: https:// books.google.co.id/books
7. Budi,S.C. *Buku 3 Bahan Ajar Desain Formulir Rekam Medis*. Yogyakarta: Sekolah Vokasi Diploma Rekam Medis Universitas Gadjah Mada.2003
8. Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jendral *Pelayanan Medis. Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*, Revisi I, Jakarta,1997.
9. Gemala,R Hatta. *Menjaga Kualitas Rekam Medis dalam Menunjang Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta. 2004
10. Akreditasi Rumah Sakit Indonesia. Subjective Objective Assesment Plan (SOAP) (diakses tanggal 28 Maret 2018) diakses dari :http://akreditasi. my.id/rs/panduan-pengisian-catatan-dokter-metode-s-o-a-p/.
11. Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) (diakses tanggal 10 februari 2018) Diakses dari :https://kbbi. kemdikbud.go.id/.
12. Pengertian Subjective Objective Assesment Plan (SOAP) (diakses tanggal 30 Maret 2018) diakses dari : https://www.scribd.com/doc/312547360/Pengertian-Soap