

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Rumah Sakit**

###### **a. Pengertian Rumah Sakit**

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit (PERMENKES No. 56 tahun 2014).

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Rumah Sakit didefinisikan sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

###### **b. Tujuan Rumah Sakit**

Rumah Sakit Umum mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan. Menurut UU No. 44 tahun 2009, fungsi rumah sakit adalah:

- 1) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- 2) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.

- 3) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- 4) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

## **2. Rekam Medis**

### **a. Pengertian Rekam Medis**

Menurut PERMENKES No 269 tahun 2008 tentang rekam medis, menyatakan bahwa Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

### **b. Tujuan Rekam Medis**

Menurut DEPKES RI tahun 2006 pelaksanaan rekam medis bertujuan untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medik yang baik dan benar, maka mustahil tertib administasi rumah sakit akan berhasil dicapai sebagaimana yang diharapkan, sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

### **c. Kegunaan Rekam Medis**

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, diantaranya:

- 1) Aspek Administrasi: karena isi rekam medis menyangkut tindakan berdasar atas wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga kesehatan profesional pemberi asuhan (PPA) dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
- 2) Aspek Medis: karena catatan/rekaman tersebut dipergunakan sebagai dasar merencanakan pengobatan/asuhan yg harus diberikan kepada seorang pasien.

- 3) Aspek Hukum: karena menyangkut masalah jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka upaya menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.
- 4) Aspek Keuangan: karena mengandung data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai dasar pembiayaan.
- 5) Aspek Penelitian: karena menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai dasar penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.
- 6) Aspek Pendidikan: karena menyangkut data/informasi perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan referensi pengajaran di bidang kesehatan.
- 7) Aspek Dokumentasi: karena menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban serta laporan rumah sakit.

Informasi yang terkandung di dalam rekam medik memberikan kegunaan tersendiri untuk masing-masing pihak. Adapun nilai rekam medik bagi pihak tersebut adalah:

- 1) Bagi pasien, menyediakan bukti asuhan keperawatan, merupakan data untuk pengobatan selanjutnya dan memberikan perlindungan hukum dalam kasus-kasus tertentu.
- 2) Bagi fasilitas layanan kesehatan, memiliki data untuk pekerja tenaga medis, bukti untuk tagihan pembayaran, mengevaluasi sumber daya, mengevaluasi mutu pelayanan, dan membantu dalam membuat perencanaan dan pemasaran.
- 3) Bagi pemberi pelayanan, menyediakan informasi untuk membantu seluruh tenaga medis, membantu dokter dalam menyediakan data perawatan dan sebagai data untuk penelitian.

### 3. Kelengkapan Rekam Medis

Rekam Medis harus dibuat dan dilengkapi segera setelah pasien menerima pelayanan kesehatan (PERMENKES No.269/MENKES/PER/III/2008). Berdasarkan standar pelayanan minimal rumah sakit, kelengkapan pengisian rekam medis <24 jam setelah selesai pelayanan harus mencapai 100% dan kelengkapan *informed consent* setelah mendapatkan informasi yang jelas mencapai 100%. (KEPMENKES RI No.129/MENKES/SK/II/2008).

**Tabel 2.1 Standar Pelayanan Minimal Rekam Medis**

<b>Jenis Layanan</b>	<b>Indikator</b>	<b>Standar</b>
Rekam Medis	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%
	Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%
	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	$\leq 15$ menit

Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis sangat penting dikarenakan informasi yang terkandung dalam rekam medis dapat digunakan oleh rumah sakit dan organisasi kesehatan terkait sebagai basis daya statistik, riset dan sumber perencanaan untuk peningkatan mutu pelayanan.

Pengisian catatan pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan yang dilakukan terhadap pasien merupakan tanggung jawab dokter atau dokter gigi yang bertanggungjawab terhadap pasien. Hal ini sesuai dengan UU Praktik Kedokteran N0.29 Tahun 2004 pasal 46 ayat (1) : “Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis”.

### 4. Analisis Dokumen Rekam Medis

Menurut Dirjen Yanmed (1994:72), analisis adalah segenap rangkaian perbuatan pikiran yang mencegah sesuatu hal secara mendalam, terutama

mempelajari bagian-bagian dari mutu kebutuhan untuk mengetahui ciri, hubungan dan peranan dalam kebutuhan yang dibuat.

a. Analisis Kualitatif

Menurut Dirjen Yanmed (1994:24), Analisis kualitatif adalah suatu review pengisian Rekam Medis yang berkaitan tentang kekonsistenan isi Rekam Medis.

Tujuan Analisis kualitatif menurut Hatta (2013:354) adalah demi terciptanya isi Rekam Medis yang terhindar dari masukan yang tidak ajeg/taat asas (konsisten) maupun pelanggaran terhadap rekaman yang berdampak pada hasil yang tidak akurat dan tidak lengkap.

Komponen Analisis Kualitatif menurut Huffman (1994:27) adalah:

- 1) *Review* kelengkapan dan kekonsistenan diagnose.
- 2) *Review* kekonsistenan pencatatan diagnosa.
- 3) *Review* pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan.
- 4) *Review* informed consent yang seharusnya ada.
- 5) *Review* cara atau praktek pencatatan.
- 6) *Review* hal-hal berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi.

b. Analisis Kuantitatif

Menurut Edna K Huffman (1994), analisis kuantitatif adalah telaah *review* bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pencatatan rekam medis.

Kegiatan analisis kuantitatif dimaksudkan untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam kesehatan rawat inap dan jalan yang dimiliki oleh sarana pelayanan kesehatan (Hatta, 2013:350).

Tujuan analisis Kuantitatif menurut Huffman (1994:23) adalah Untuk mengidentifikasi informasi yang jelas dan selalu terjadi, yang bisa diperbaiki dengan mudah pada prosedur norma Rumah Sakit.

Prosedur ini membuat catatan medis lengkap untuk dirujuk pada asuhan yang berkesinambungan, untuk melindungi kepentingan hukum pasien, dokter, Rumah Sakit dan untuk memenuhi persyaratan lisensi, akreditasi, dan sertifikasi.

Menentukan sekiranya ada kekurangan agar dapat dikoreksi dengan segera pada saat pasien dirawat, dan item kekurangan belum terlupakan, untuk menjamin efektifitas kegunaan isi rekam medis dikemudian hari. Yang dimaksud dengan koreksi ialah perbaikan sesuai keadaan yang sebenarnya terjadi.

Komponen Analisis kuantitatif menurut Huffman (1994:25) adalah:

- 1) Mengoreksi identifikasi pasien pada setiap formulir
- 2) *Review* semua laporan yang perlu
- 3) *Review* Autentifikasi
- 4) *Review* cara pencatatan

## **5. Konsep Pendokumentasian Klinis**

Menurut Lily (2015) dokumentasi klinis adalah dasar dari setiap rekam medis pasien. Semua orang yang mendokumentasikan dalam catatan harus memenuhi standar dokumentasi klinis. Catatan tersebut mendukung keparahan kondisi pasien, penilaian dan evaluasi yang mengarah pada diagnosis dan manajemen perawat. Tanpa dokumentasi yang baik menjadi sulit untuk mendukung kebutuhan medis dari layanan yang diberikan, membuka pintu untuk permintaan informasi tambahan, menyandi ulang, atau menolak layanan.

Koder memerlukan dokumentasi berkualitas tinggi untuk menentukan kualitas dan akurasi pengkodean, dan tidak dapat mengambil diagnosis kecuali didokumentasikan oleh penyedia. Ada tujuh Kriteria Pendokumentasian klinis yang berkualitas prima yaitu:

- a. Dapat dibaca/Legible
  - 1) Tulisan dokter yang tidak dapat ditafsirkan.

- 2) Keterbacaan Dokumen Klinis (hal yang diharapkan oleh setiap badan regulasi dan hokum).
  - 3) Ketidak jelasan tulisan tangan umumnya hasil dari praktek pendokumentasian yang tergesa-gesa dan ceroboh
- b. Dapat dipercaya/Reliable
- 1) Dapat dipercaya
  - 2) Aman
  - 3) Memberikan hasil yang sama saat diulang
- c. Tepat/Precise
- Terperinci atau dokumen harus mengandung detail yang cukup untuk mendukung kondisi pasien.
- d. Lengkap/Complete
- Perhatian dokter sepenuhnya ditujukan dalam membuat rekam medis pasien. Kelengkapan juga termasuk dalam ketepatan autentikasi dokter, yang biasanya termasuk tanggal dan tandatangan.
- e. Konsisten/Consistent
- Pendokumentasian klinis pasien tidak bertentangan satu sama lain:
- 1) Pada catatan perkembangan dokter yang satu dengan dokter lainnya tidak sependapat.
  - 2) Terjadi pendokumentasian yang bertentangan dokter Penanggung jawab pasien (DPJP) mempunyai hak lebih tinggi.
- f. Jelas/Clear
- Ketidakjelasan terjadi jika informasi pendokumentasian tidak sepenuhnya menggambarkan kondisi pasien.
- g. Tepat waktu/Timely
- 1) Ketepatan waktu pendokumentasian klinis merupakan hal yang penting, untuk pengobatan yang terbaik bagi pasien.
  - 2) Adanya pendokumentasian saat masuk mempengaruhi penelitian, penagihan, indikator kualitas dan perencanaan.

- 3) Dokumentasi yang tepat waktu sangat penting untuk hasil optimal pasien. Ini termasuk catatan kemajuan harian, hasil diagnostik, ringkasan pemulangan, apakah diagnosis ada pada saat masuk, dan masukan dari penyedia konsultasi.

Kriteria 1 hingga kriteria 6 difokuskan pada saat petugas melakukan kegiatan review dokumen rekam medis, sedangkan untuk kriteria “*timely*” tidak dapat dikoreksi bila suatu bagian ditulis terlambat maka tetap akan terlambat.

## 6. Informed Consent (Persetujuan Tindakan)

Berdasarkan PERMENKES No. 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran Pasal 1 ayat (1), persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien.

Berdasarkan PERMENKES No. 290/Menkes/Per/III/2008 Pasal 3, tujuan dari dilaksanakannya informed consent adalah:

- a. Memberikan perlindungan kepada pasien terhadap tindakan dokter yang sebenarnya tidak diperlukan dan secara medik tidak ada dasar pbenarannya yang dilakukan tanpa sepengetahuan pasiennya.
- b. Memberi perlindungan hukum kepada dokter terhadap suatu kegagalan dan bersifat negatif, karena prosedur medik modern bukan tanpa resiko, dan pada setiap tindakan medik ada melekat suatu resiko.

Menurut Konsil Kedokteran Indonesia, persetujuan tindakan kedokteran adalah pernyataan sepihak pasien atau yang sah mewakilinya yang isinya berupa persetujuan atas rencana tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang diajukan oleh dokter atau dokter gigi, setelah menerima informasi yang cukup untuk dapat membuat persetujuan atau penolakan. Suatu persetujuan dianggap sah apabila:

- a. Pasien telah diberi penjelasan/ informasi
- b. Pasien atau yang sah mewakilinya dalam keadaan cakap (kompeten) untuk memberikan keputusan/persetujuan.

c. Persetujuan harus diberikan secara sukarela.

Berdasarkan Pasal 45 UU Praktik Kedokteran memberikan batasan minimal informasi yang selayaknya diberikan kepada pasien, yaitu:

- a. Diagnosis dan tata cara tindakan medis
- b. Tujuan tindakan medis yang dilakukan
- c. Alternatif tindakan lain dan risikonya
- d. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi
- e. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan

Dengan mengacu kepada kepustakaan, KKI memberikan 12 kunci informasi yang sebaiknya diberikan kepada pasien:

- a. Diagnosis dan prognosis secara rinci dan juga prognosis apabila tidak diobati
- b. Ketidakpastian tentang diagnosis (diagnosis kerja dan diagnosis banding) termasuk pilihan pemeriksaan lanjutan sebelum dilakukan pengobatan
- c. Pilihan pengobatan atau penatalaksanaan terhadap kondisi kesehatannya, termasuk pilihan untuk tidak diobati
- d. Tujuan dari rencana pemeriksaan atau pengobatan; rincian dari prosedur atau pengobatan yang dilaksanakan, termasuk tindakan subsider seperti penanganan nyeri, bagaimana pasien seharusnya mempersiapkan diri, rincian apa yang akan dialami pasien selama dan sesudah tindakan, termasuk efek samping yang biasa terjadi dan yang serius.
- e. Untuk setiap pilihan tindakan, diperlukan keterangan tentang kelebihan/keuntungan dan tingkat kemungkinan keberhasilannya, dan diskusi tentang kemungkinan risiko yang serius atau sering terjadi, dan perubahan gaya hidup sebagai akibat dari tindakan tersebut.
- f. Nyatakan bila rencana pengobatan tersebut adalah upaya yang masih eksperimental.

- g. Bagaimana dan kapan kondisi pasien dan akibat sampingannya akan dimonitor atau dinilai kembali
- h. Nama dokter yang bertanggungjawab secara keseluruhan untuk pengobatan tersebut, serta bila mungkin nama-nama anggota tim lainnya.
- h. Bila melibatkan dokter yang sedang mengikuti pelatihan atau pendidikan, maka sebaiknya dijelaskan peranannya di dalam rangkaian tindakan yang akan dilakukan.
- i. Mengingatkan kembali bahwa pasien dapat mengubah pendapatnya setiap waktu. Bila hal itu dilakukan maka pasien bertanggungjawab penuh atas konsekuensi pembatalan tersebut.
- j. Mengingatkan bahwa pasien berhak memperoleh pendapat kedua dari dokter lain.
- k. Bila memungkinkan, juga diberitahu tentang perincian biaya.

Pada pasien yang tidak mau menerima informasi perlu dimintakan siapa yang dia tunjuk sebagai wakil dalam menerima informasi dan membuat keputusan apabila ia menghendakinya demikian, misalnya wali atau keluarga terdekatnya. Demikian pula pada pasien yang tidak mau menandatangani formulir persetujuan, padahal ia menghendaki tindakan tersebut dilakukan. Yang dapat menyatakan persetujuan dan mendapatkan informasi ialah pasien/wali pasien yang kompeten. Seseorang dianggap kompeten untuk memberikan persetujuan, apabila:

- a. Mampu memahami informasi yang telah diberikan kepadanya dengan cara yang jelas, menggunakan bahasa yang sederhana dan tanpa istilah yang terlalu teknis.
- b. Mampu mempercayai informasi yang telah diberikan.
- c. Mampu mempertahankan pemahaman informasi tersebut untuk waktu yang cukup lama dan mampu menganalisisnya dan menggunakannya untuk membuat keputusan secara bebas.

Pada pasien yang tidak kompeten yang menghadapi keadaan gawat darurat medis, sedangkan yang sah mewakilinya memberikan persetujuan tidak

ditemukan, maka dokter dapat melakukan tindakan kedokteran demi kepentingan terbaik pasien. Dalam hal demikian, penjelasan dapat diberikan kemudian.

Berikut format formulir *informed consent* menurut panduan manual persetujuan tindakan kedokteran oleh Konsil Kedokteran Indonesia.

Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi informasi			
Penerima Informasi / pemberi persetujuan *			
	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (v)
1	Diagnosis (WD & DD)		
2	Dasar Diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi Tindakan		
5	Tata Cara		
6	Tujuan		
7	Risiko		
8	Komplikasi		
9	Prognosis		
10	Alternatif & Risiko		
	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi			tandatangan
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya			tandatangan
* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat			
<b>PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN</b>			
Yang bertandatangan di bawah ini, saya, nama _____, umur _____ tahun, laki-laki/ perempuan*, alamat _____,			
dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukannya tindakan _____ terhadap saya / _____ saya* bernama _____, 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.			
_____, tanggal _____ pukul _____			
Yang menyatakan *		Saksi:	
(_____)		(_____)	

## 7. Desain Formulir Rekam Medis

### a. Desain Formulir

Desain yang baik harus disesuaikan dengan situasi atau kondisi perusahaan dan kebutuhan penggunanya. Desain formulir sebaiknya sederhana, menarik, dan mudah atau nyaman untuk diisi. Selain itu memuat instruksi atau pertanyaan yang lengkap untuk menampung semua informasi yang diperlukan. Formulir mempunyai bagian-bagian penting, yaitu:

#### 1) Pendahuluan

- a) Identitas perusahaan
- b) Tanggal dibuat dan ditandatangani
- c) Nomor formulir
- d) Tujuan Formulir
- e) Judul Formulir

#### 2) Tempat pengisian/pencatatan

Tempat pengisian/pencatatan dapat berupa tempat, tabel, atau kolom yang memuat instruksi pertanyaan pendahuluan mengenai data dan informasi yang harus diisi.

#### 3) Penutup

- a) Tanggal dibuat dan ditandatangani (apabila tidak tercantum di pendahuluan).
- b) Tanda tangan. Instruksi tambahan (jika ada)

### b. Pertimbangan dalam Mendesain Formulir

Aspek-aspek desain formulir menurut Huffman (199:41-50) untuk pertimbangan khusus mendesain formulir kertas yaitu:

#### 1) Aspek anatomi suatu formulir, meliputi:

##### a) Kepala formulir (*heading*)

Mencakup judul dan informasi mengenai formulir. Judul formulir bisa terdapat pada satu dari beberapa tempat. Posisi standar adalah kiri atas, tengah, kanan atas, kiri bawah, atau kanan bawah. Informasi lain tentang formulir mencakup:

(1) Identitas formulir

Jika formulir terdiri dari beberapa halaman terpisah atau tercetak dihalaman balik, identifikasi harus ada di sisi dan setiap halaman.

(2) Tanggal penerbitan

Tanggal penerbitan harus muncul pada setiap formulir. Biasanya terdapat setelah nomor formulir.

(3) Nomor halaman

Nomor halaman bisa berupa urutan angka atau alfabet, terletak pada sudut kanan-atas atau kanan bawah.

b) Pendahuluan (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.

c) Perintah (Instruction)

Instruksi umum harus singkat dan berada pada bagian atas formulir. Pengguna harus bisa dengan segera menentukan berapa kopi yang diperlukan, siapa yang harus mengajukan formulir, dan kepada siapa kopiannya harus dikirimkan. Instruksi bisa diletakkan pada bagian depan formulir kalau terdapat tempat yang cukup. Kalau diperlukan instruksi yang lebih detail sisi baik formulir bisa digunakan namun harus ada rujukan mengenai hal ini pada bagian instruksi umum.

d) Badan formulir (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 diminta tersedia yang mencakup pengelompokan, pengurutan, dan penyusunan tepi (*'aligning'*) yang sepantasnya. Pertimbangan juga

harus diberikan untuk *margins, spacings, rules, type styles*, dan cara pencatatan.

(1) Margin

Margin dengan syarat sebagai berikut:

- (a) Margin atas dengan batas minimum disediakan  $2/16$
- (b) Margin bawah dengan batas minimum disediakan  $3/6$
- (c) Margin 6666 pada sisi-sisi dengan batas minimum disediakan rata kanan kiri (kedua sisi kanan atau kiri)  $3/10$
- (d) Perforasi stock kartu minimal  $1/8$  pada kedua sisi

(2) Spacings

Spasi adalah spasi ukuran area entry data, antara lain:

- (a) Spasi horizontal disediakan  $1/12$  untuk huruf 'elite' dan  $1/10$  untuk huruf 'pica'
- (b) Spasi vertical disediakan  $1/16$  untuk huruf 'elite' maupun 'pica'
- (c) Untuk spasi dengan tulisan tangan disediakan  $1/10$  sampai dengan  $1/12$  untuk spasi horizontal. Untuk spasi vertical  $1/4$  s.d  $1/3$ . Jika diisi dengan tulisan tangan ataupun mesin ketik spasi vertical  $1/3$ .

(3) Rules

Sebuah *rule* adalah sebuah garis *vertical* atau *horizontal*. Garis ini bisa *solid* (langsung), *dotted* (putus-putus), atau paralel berdekatan yang melayani berbagai tujuan. *Rules* membagi formulir atas bagian-bagian logis, mengarahkan penulis untuk memasukkan data pada tempat yang semestinya, menginstruksikan penulis mengenai panjang yang diinginkan dari data yang dimasukkan, membimbing pembaca melalui komunikasi, dan menambah daya tarik fisik formulir. *Rules* sering dipakai untuk membuat kotak-kotak.

(4) Type style

Jenis huruf ini penting dalam keterbacaan dan penonjolan. 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

(5) 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 '*bar code*', yang bekerja sebagai input langsung ke dalam computer. Sebagai tambahan pada prinsip umum desain formulir yang baik, pertimbangan khusus untuk adanya peralatan OCR atau '*bar code*' merupakan hal yang penting.

e) Bagian penutup formulir (Close)

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

2) Aspek fisik suatu formulir meliputi:

a) Tinta

Pertimbangan harus diberikan pada penggunaan jenis tinta tertentu dan warna khusus. Tinta harus memberikan kontras yang semestinya pada kertas dan hendaknya memberikan cetakan yang jelas, seragam, dan rata.

b) Kertas

Dalam aspek fisik terdapat lima sifat fisik dari kertas yang perlu dipertimbangkan yaitu *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.

c. Aturan Dasar Desain Formulir

Formulir merupakan ruang yang membutuhkan isi data yang telah ditentukan. Formulir dapat berupa kertas ataupun dalam bentuk elektronik. Kegunaan formulir ini adalah untuk mengumpulkan data agar mendapatkan data yang seragam, merekam data, mengirimkan data, menyimpan data dan data mengambilnya kembali saat kapan saja ketika dibutuhkan. Formulir sangat penting untuk kebutuhan pengumpulan data. Tujuan dari adanya formulir adalah untuk menyeragamkan informasi yang dikumpulkan dan yang dikeluarkan, serta menyederhanakan kegiatan pengumpulan dan pembagian data (Savitri Citra Budi, 2013).

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

- 1) Sesuai kebutuhan penggunaPelajari tujuan dan pemakaian formulir dan buatlah rancangan sesuai kebutuhan pengguna. Untuk mengetahui kebutuhan pengguna dapat dilakukan dengan mengidentifikasi kebutuhan pengguna dan studi dokumentasi dengan mempertimbangkan standar isi formulir. Identifikasi kebutuhan dilakukan dengan menggunakan alat ceklist.
- 2) Membuat formulir sesederhana mungkinRancanglah formulir sesederhana mungkin, hilangkan data atau informasi yang tidak diperlukan. Untuk mendapatkan formulir yang sederhana dapat dilakukan dengan analisis kebutuhan item data antar formulir dalam petugas yang sama.

- 3) Terminologi yang standar Gunakan terminologi standar untuk semua elemen data atau gunakan definisi-definisi, beri label semua informasi. Untuk dapat menggunakan terminologi standar, maka perlu dibuat kebijakan tertulis yang disahkan tentang terminologi standar dan singkatan yang digunakan di rumah sakit.
- 4) Adanya pedoman pengumpulan dan interpretasi data  
Jika perlu masukan pedoman untuk menjamin agar pengumpulan dan interpretasi data konsumen. Pedoman pengisian diperlukan untuk contoh:
  - a) Isian pilihan (disilang, dicentang, dilingkar, dicoret, dll)
  - b) Item yang idiannya lebih dari satu, misal laki-laki atau L atau pria
- 5) Urutan penempatan item yang logis  
Untuk mendapatkan urutan penempatan item yang logis dapat dilakukan dengan menempatkan item formulir sesuai dengan alur pengisiannya atau alur mendapatkan informasi, misal: data sosial didapatkan lebih dahulu daripada data medis, sehingga penempatan data sosial lebih dahulu setelah itu data medis.

## B. Kerangka Konsep

