

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Rumah Sakit

a. Pengertian Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Menurut American Hospital Association (Azwar, 2010: 88), Rumah sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien.

b. Tujuan Rumah Sakit

Tujuan rumah sakit seperti yang dimuat dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 adalah sebagai berikut.

- 1) Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

- 2) Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit.
- 3) Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.
- 4) Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan Rumah Sakit.

c. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugasnya, rumah sakit mempunyai fungsi sebagai berikut.

- 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.

d. Klasifikasi dan Jenjang Rumah Sakit

Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.

- 1) Rumah sakit umum memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Jenjang rumah sakit umum jika diurutkan dari yang tertinggi terdiri dari Kelas A, Kelas B, Kelas C, Kelas D, dan Kelas E.
- 2) Rumah sakit khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya. Jenjang rumah sakit khusus jika diurutkan dari yang tertinggi terdiri dari Kelas A, Kelas B, Kelas C, dan Kelas D.

e. Jenis-Jenis Pelayanan Rumah Sakit

Menurut Kepmenkes RI Nomor 129 Tahun 2008, jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang minimal wajib disediakan oleh rumah sakit meliputi:

- 1) Pelayanan gawat darurat.
- 2) Pelayanan rawat jalan.
- 3) Pelayanan rawat inap.
- 4) Pelayanan bedah.
- 5) Pelayanan persalinan dan perinatologi.
- 6) Pelayanan intensif.
- 7) Pelayanan radiologi.
- 8) Pelayanan laboratorium patologi klinik.

- 9) Pelayanan rehabilitasi medik.
- 10) Pelayanan farmasi.
- 11) Pelayanan gizi.
- 12) Pelayanan transfusi darah.
- 13) Pelayanan keluarga miskin.
- 14) Pelayanan rekam medis.
- 15) Pengelolaan limbah.
- 16) Pelayanan administrasi manajemen.
- 17) Pelayanan ambulans/kereta jenazah.
- 18) Pelayanan pemulasaraan jenazah.
- 19) Pelayanan laundry.
- 20) Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit.
- 21) Pencegah Pengendalian Infeksi.

2. Rekam Medis

1) Pengertian Rekam Medis

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien di sarana pelayanan kesehatan (Gemala Hatta, 2012: 73). Sedangkan, menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 tahun 2013, rekam medis diartikan sebagai berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan.

2) Komponen Rekam Medis

Dokumen rekam medis pada umumnya terdiri dari beberapa komponen berikut ini.

- 1) Formulir rekam medis.
- 2) Pengikat lembar (paper clip/ paper fastener) untuk menyatukan lembarlembar kertas.
- 3) Pembatas bagian (divider) untuk menjadi tanda batas antar episode pelayanan.
- 4) Map rekam medis (folder).

3) Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis dibagi dalam dua kelompok besar, yaitu tujuan primer dan tujuan sekunder.

1) Tujuan primer

Tujuan primer rekam medis ditujukan kepada hal yang paling berhubungan langsung dengan pelayanan pasien.

2) Tujuan sekunder

Tujuan sekunder rekam medis ditujukan kepada hal yang paling berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien namun tidak berhubungan langsung secara spesifik, yaitu untuk kepentingan edukasi, riset, peraturan dan pembuatan kebijakan (Hatta, 2009).

4) Aspek dan Kegunaan Rekam Medis

Menurut Depkes RI (1993), kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek yang dikenal dengan sebutan ALFREDS (Administrative, Legal, Financial, Research, Education, Dokumentation, and Service), yaitu:

1) Administrative (Aspek Administrasi)

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

2) Legal (Aspek Hukum)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk penegakkan hukum.

3) Financial (Aspek Keuangan)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai keuangan, karena isinya dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran layanan pada fasilitas pelayanan kesehatan. Tanpa adanya bukti catatan tindakan/pelayanan, maka pembayaran tidak dapat dipertanggungjawabkan. Data/informasi yang ada dapat digunakan sebagai aspek keuangan.

4) Research (Aspek Penelitian)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena informasi yang dikandungnya dapat digunakan sebagai bahan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

5) Education (Aspek pendidikan)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dari kegiatan pelayanan rekam medis yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran dibidang profesi si pemakai.

6) Documentation (Aspek Dokumentasi)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban laporan rumah sakit.

7) Service (Aspek Medis)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai medik, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.

5) Isi Rekam Medis

Berdasarkan informasi yang terkandung di dalamnya, isi rekam medis mencakup data demografi dan data klinis.

1) Data Administratif

Data administratif mencakup data demografi, keluarga terdekat, keuangan, serta informasi tertulis lain yang berhubungan dengan pasien seperti surat persetujuan, surat kuasa, dan sebagainya yang membutuhkan pernyataan persetujuan atau penolakan dari pasien.

2) Data Klinis

Data klinis diartikan sebagai data hasil pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan yang dilakukan oleh praktisi kesehatan dan penunjang medis terhadap pasien rawat inap maupun rawat jalan (termasuk darurat).

Berdasarkan jenis pelayanannya, isi rekam medis adalah sebagai berikut.

1) Isi rekam medis rawat jalan.

- 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.
 - j) Persetujuan tindakan bila diperlukan.
- 2) Isi rekam medis rawat inap.
- 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) Persetujuan tindakan bila diperlukan.
 - i) Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan.
 - j) Ringkasan pulang (*discharge summary*).
 - k) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
 - l) Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu.
 - m) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

- 3) Isi rekam medis gawat darurat.
 - a) Identitas pasien.
 - b) Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan.
 - c) Identitas pengantar pasien.
 - d) Tanggal dan waktu.
 - e) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit.
 - f) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik.
 - g) Diagnosis.
 - h) Pengobatan dan/atau tindakan.
 - i) Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut.
 - j) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
 - k) Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain.
 - l) Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

- 6) Kepemilikan dan Pemanfaatan Rekam Medis

Menurut Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis, berkas rekam medis adalah milik sarana pelayanan kesehatan, sedangkan isinya merupakan milik pasien. Isi yang dimaksud adalah dalam bentuk ringkasan rekam medis. Ringkasan rekam medis tersebut dapat diberikan, dicatat, atau dicopy oleh

pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu.

Pemanfaatan rekam medis dapat dipakai sebagai berikut.

- 1) Pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien.
 - 2) Alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi dan penegakan etika kedokteran dan etika kedokteran gigi.
 - 3) Keperluan pendidikan dan penelitian.
 - 4) Dasar pembayar biaya pelayanan kesehatan.
 - 5) Data statistik kesehatan.
- 7) Kerahasiaan Rekam Medis

Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan. Informasi tersebut dibuka dalam hal sebagai berikut.

- 1) Untuk kepentingan kesehatan pasien.
- 2) Memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan.
- 3) Permintaan dan/atau persetujuan pasien sendiri.
- 4) Permintaan institusi/lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan.
- 5) Untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien.

8) Penyelenggaraan Rekam Medis

Menurut Permenkes 269 Tahun 2008, setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis. Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan. Pembuatan rekam medis dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. 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.

Apabila terjadi kesalahan dalam pencatatan rekam medis dapat dilakukan pembetulan yang hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan. Dokter, dokter gigi dan/atau tenaga kesehatan tertentu bertanggung jawab atas catatan dan/atau dokumen yang dibuat dalam rekam medis.

9) Proses Pengelolaan Rekam Medis

Proses pengolahan berkas rekam medis melalui lima tahap yang saling berkaitan, yaitu dimulai dari kelengkapan penataan berkas (Assembling), pemberian kode (Coding), Tabulasi (Indeksing), Analisa (Analising), dan terakhir penyimpanan (Filling).

1) Assembling (Perakitan)

Assembling adalah kegiatan penataan ulang formulir rekam medis sesuai dengan urutan yang telah ditetapkan. Pada kegiatan *assembling* ini pun juga dilakukan analisis kuantitatif dan kualitatif rekam medis.

Penataan berkas rekam medis rawat inap menurut Depkes (2006) adalah sebagai berikut.

- a) Ringkasan
- b) Pembatas masuk
- c) Ringkasan masuk dan keluar
- d) Surat dokumen pengantar
- e) Intruksi dokter
- f) Instruksi pra/pasca bedah (untuk kasus bedah)
- g) Catatan anastesi (untuk kasus bedah)
- h) Laporan pemmbedahan (Untuk kasus bedah)
- i) Lembar obstetric (untuk kasus kebidanan)
- j) Catatan persalinan (untuk kasus kebidanan)
- k) Riwayat Kelahiran (untuk kasus bayi lahir)
- l) Grafik bayi (untuk kasus bayi lahir)
- m) Lembar konsultasi
- n) Catatan perawat
- o) Catatan perkembangan
- p) Grafik suhu, nadi, dan pernafasan
- q) Pengawasan khusus

- r) Hasil pemeriksaan laboratorium
- s) Hasil pemeriksaan radio diagnostic
- t) Salinan resep
- u) Resume/laporan kematian

Menurut Budi (2011), kegiatan assembling termasuk juga mengecek kelengkapan pengisian berkas rekam medis dan formulir yang harus ada pada berkas rekam medis.

2) Coding

Coding adalah kegiatan pemberian dan penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Kegiatan dan tindakan serta diagnosis yang ada di dalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya di indeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen, dan riset bidang kesehatan.

Kode klasifikasi oleh WHO (World Health Organization) bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala dan faktor yang mempengaruhi kesehatan. (ICD-10, International Statistical Clasification Diseases and Health Problem).

Penetapan diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggungjawab dokter (tenaga medis) yang terkait. Setiap pasien yang telah selesai mendapatkan

pelayanan baik rawat jalan maupun rawat inap, maka dokter yang bertanggungjawab harus segera membuat diagnosis akhir (Depkes, 2006).

3) Tabulasi (Indeksing).

Indeksing adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat ke dalam indeks-indeks (dapat menggunakan kartu indeks atau komputerisasi). Di dalam kartu indeks tidak boleh mencantumkan nama pasien.

Jenis-jenis indeks yang dibuat adalah sebagai berikut.

- a) Indeks penyakit.
- b) Indeks dokter.
- c) Indeks tindakan/operasi.
- d) Indeks kematian.

4) Filing

Filing adalah kegiatan mengembalikan atau mengambil dokumen rekam medis dari rak penyimpanan. Bentuk penyimpanan yang diselenggarakan di dalam pengelolaan instalasi rekam medis dibagi menjadi dua, yaitu sentralisasi dan desentralisasi.

a) Sentralisasi

Sentralisasi adalah bentuk penyimpanan formulir rekam medis rawat inap dan rawat jalan yang diletakkan dalam satu map yang sama.

b) Desentralisasi

Desentralisasi adalah bentuk penyimpanan formulir rekam medis rawat inap dan rawat jalan yang diletakkan dalam dua map yang berbeda.

3. Rawat Inap

1) Pengertian Rawat Inap

Rawat Inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medis dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit pemerintah atau swasta, serta puskesmas perawatan dan rumah bersalin, yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap (Sjafii, 2004:9).

Sedangkan menurut Kepmenkes 560 Tahun 2003, Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau upaya pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di rumah sakit.

2) Alur Pasien Rawat Inap

The Health Board Executive (2003) menyatakan bahwa setiap pasien yang mendapatkan pelayanan admisi di rumah sakit, khususnya pasien rawat inap akan menjalani beberapa tahap sebagai berikut.

- 1) Tahap Pra Admisi (pre admission), pada tahap ini pasien harus jelas dulu apakah masuk dari unit rawat jalan atau gawat darurat dan harus berdasarkan keputusan dokter.

- 2) Tahap Admisi (electif admission) yaitu perencanaan, bagian ini bertanggung jawab dalam pendaftaran pra penerimaan pasien, penerimaan pasien dan dalam penentuan ruang perawatan. Tata cara penerimaan pasien yang disebut admitting procedure harus wajar sesuai dengan keperluannya (Jhon M. Echols dikutip dari Pahlevi 2009).
- 3) Tahap Pembayaran, baik itu secara langsung maupun dengan jaminan asuransi dll.

4. Profesi Perkam Medis

a) Pengertian Perkam Medis

Menurut Permenkes Nomor 55 Tahun 2013, Perkam Medis adalah seorang yang telah lulus pendidikan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Sedangkan menurut Permenpan Nomor 30 Tahun 2013, Perkam Medis adalah Pegawai Negeri Sipil yang diberi tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan kegiatan pelayanan rekam medis informasi kesehatan pada sarana kesehatan.

b) Jabatan Fungsional dan Tugas Pokok

Jabatan fungsional Perkam Medis termasuk dalam rumpun kesehatan. Perkam Medis berkedudukan sebagai pelaksana teknis fungsional di bidang pelayanan rekam medis informasi kesehatan pada sarana kesehatan instansi pemerintah. Tugas pokok Perkam Medis adalah melakukan kegiatan pelayanan rekam medis informasi

kesehatan yang meliputi persiapan, pelaksanaan, dan pelaporan dan evaluasi (Permenpan Nomor 30, 2013: 5).

5. Analisis Kuantitatif Rekam Medis

a) Pengertian Analisis Kuantitatif Rekam Medis

Menurut Budi (2011), kegiatan mengecek kelengkapan pengisian berkas rekam medis termasuk bagian *assembling*. Menurut Sugiharto (2018), analisis kuantitatif rekam medis adalah telaah/review bagian tertentu dari isi rekam medis guna menemukan kekurangan khusus yang terkait dengan pencatatan rekam medis.

Menurut Gemala R. Hatta (2013), analisis kuantitatif dimaksudkan untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam kesehatan (RK) rawat inap dan rawat jalan yang dimiliki oleh sarana pelayanan kesehatan.

b) Tujuan Analisis Kuantitatif Rekam Medis

Menurut Buku MMIK Depkes (2018), analisis kuantitatif mempunyai tujuan sebagai berikut:

- a. Menentukan sekiranya ada kekurangan agar dapat dikoreksi dengan segera pada saat pasien dirawat, dan item kekurangan belum terlupakan, untuk menjamin efektifitas kegunaan isi RM di kemudian hari. Yang dimaksud dengan koreksi ialah perbaikan sesuai keadaan yang sebenarnya terjadi.
- b. Untuk mengidentifikasi bagian yang tidak lengkap yang dengan mudah dapat dikoreksi dengan adanya dibuat suatu prosedur sehingga rekam medis menjadi lebih lengkap dan dapat dipakai

untuk guna rekam medis yaitu untuk Administratif, Legal, Fiscal, Reseach, Education, Documentation, Public-Health, dan Marketing-Planning atau disingkat dengan ALFRED–PH- MP.

c) Komponen-Komponen Analisis Kuantitatif

Menurut Gemala Hatta (2013) metode analisis kuantitatif dititikberatkan pada empat kriteria *review* rekam medis antara lain:

- a) Menelaah kelengkapan data sosial pasien (demografi): meliputi informasi tentang identitas pasien: nama lengkap yang terdiri dari nama sendiri dan nama ayah/suami/marga/she; nomor pasien; alamat lengkap, usia, orang yang dapat dihubungi, serta tanda tangan persetujuan.
- b) Menelaah kelengkapan bukti rekaman yang ada. Bukti rekaman yang dapat dipertanggungjawabkan secara lengkap yaitu adanya data/ info kunjungan yang memuat alasan, keluhan pasien (kalau ada), riwayat pemeriksaan, data tambahan (lab), USG, EKG, EMG dll, diagnosis/kondisi, rujukan (kalau dilakukan).
- c) Menelaah tanda bukti keabsahan rekaman dari tenaga kesehatan maupun tenaga lain terlibat dalam pelayanan kepada pasien sehingga informasi dapat dipertanggungjawabkan secara hukum.
- d) Menelaah tata cara mencatat (administratif) yang meliputi adanya tanggal, keterangan waktu, menulis pada baris yang tetap serta menerapkan cara koreksi yang benar. Keempat

unsur ini merupakan hal yang sering disepelekan dalam pencatatan sehingga pelaksanaannya diidentikkan dengan tingkat kedisiplinan pengisi rekaman.

Sedangkan dalam Buku MMIK III Depkes (2018), dalam melakukan aduti kuantitatif, pendokumentasian rekam medis dibagi dalam beberap komponen dasar. Komponen dasar ini meliputi suatu review rekam medis yang di antaranya adalah sebagai berikut.

- 1) Memeriksa identifikasi pasien pada setiap lembaran Rekam Medis.

Minimal, setiap lembar rekam medis mempunyai nama dan nomor rekam medis pasien. Bila ada lembaran yang tanpa identitas harus di-*review* untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut.

- 2) Adanya semua laporan/pencatatan yang penting sebagai bukti rekaman.

Ada lembaran laporan yang standar terdapat dalam Rekam Medis. Sebagai contohnya:

- a. Mulai dari saat pasien mendaftar rawat inap sebagai bukti penjelasan tentang hak dan kewajiban pasien dalam bentuk “Persetujuan Umum (*General Consent*)”.
- b. Formulir Pasien Masuk dan Keluar.
- c. Pengkajian awal dokter berupa Lembar Anamnesa dan Riwayat penyakit pasien dan/ keluarga dan

Pemeriksaan Fisik, diagnosa awal dan Pengkajian Perawat.

- d. Rencana penatalaksanaan berupa Asuhan Keperawatan oleh perawat dan diikuti instruksi dokter.
- e. Kemudian diikuti dengan Catatan Perkembangan baik oleh dokter dan perawat.
- f. Observasi klinik, kalau perlu ada catatan intake-output cairan.
- g. Terakhir berupa Rencana pasien pulang, ringkasan perawat dan Ringkasan riwayat pulang.

Lembaran tertentu kadangkala ada tergantung kasus pasien, seperti:

- a. Laporan operasi, anestesi dan hasil Patologi Anatomi. Penting ada tanggal dan jam pencatatan, sebab ada kaitannya dengan peraturan pengisian.
- b. Lembaran riwayat pasien dan pemeriksaan fisik harus diisi kurang dari 24 jam sesudah pasien masuk rawat. Analisis Kuantitatif harus dilakukan dengan cara *Concurrent Analysis* agar dapat segera dibuat. Tetapi, bila sesudah pasien pulang (*Retrospective Analysis*) maka ini sudah dianggap dengan “deficiency”. Demikian juga bila pasien dioperasi dan tidak dibuat laporan operasi saat dioperasi maka tidak dapat

ditambahkan belakangan (= “deficiency”). Bila pasien yang dirawat tidak dikunjungi oleh dokter pada hari tertentu, maka tidak ada catatan perkembangan yang ditulis oleh dokter pada hari tersebut. Berarti dokter tersebut tidak boleh diminta membuatnya pada hari berikutnya.

3) Adanya autentikasi penulis/Keabsahan Rekaman

Autentikasi dapat berupa:

- a. Nama atau Cap/ stempel dan inisial yang dapat diidentifikasi.
- b. Tanda tangan, dalam Rekam Medis, atau
- c. Kode seseorang untuk komputerisasi.
- d. Harus ada titel/ gelar profesional (Dokter, Perawat)

Rekam medis tidak boleh ditanda tangani oleh orang lain selain penulis, kecuali bila ditulis oleh dokter jaga atau mahasiswa maka tanda tangan si penulis di tambah *countersign* oleh supervisor dan ditulis “telah direview dan dilaksanakan atas instruksi dari atau telah diperiksa oleh

- 4) Terciptanya pelaksanaan rekaman/pendokumentasian yang baik.
 - a. Analisis Kuantitatif memeriksa pencatatan yang tidak lengkap dan yang tidak dapat dibaca. Hal ini dapat dilengkapi dan diperjelas .
 - b. Memeriksa baris perbaris dan bila ada yang kosong diberi tanda/digaris sehingga tidak dapat diisi belakangan.
 - c. Tidak diperbolehkan menggunakan singkatan yang belum diatur dalam buku Pedoman Pelayanan Rekam Medis.
 - d. Bila ada salah pencatatan maka bagian yang salah digaris dan catatan tersebut masih terbaca, kemudian diberi keterangan disampingnya bahwa catatan tersebut salah / salah menulis Rekam Medis pasien lain.
- d) Analisis Kuantitatif dalam Telaah Rekam Medis

John, dkk. (2002) dalam Hatta (2013) mengemukakan bahwa telaah rekam kesehatan secara kuantitatif dilaksanakan dengan mengevaluasi kelengkapan berbagai jenis formulir dan data/informasi (manual kertas maupun elektronik) seperti pada:

- a) Semua laporan yang dianggap penting, bentuk *entry* data atau tampilan layar (pada RKE).
- b) Semua laporan yang dianggap penting, bentuk *entry* data atau tampilan layar, termasuk keakuratan informasi identitas

pasien (nama lengkap, nomor pasien, kelamin, dokter yang merawat, dan lainnya).

- c) Semua jenis perizinan yang diperlukan pasien, ragam otorisasi atau pengesahan yang telah ditandatangani pasien atau wali pasien yang berwenang.
- d) Semua tes jenis diagnostik yang diinstruksikan oleh dokter serta hasilnya.
- e) Pelaksanaan semua konsultasi medis yang diinstruksikan oleh dokter dan laporan konsultan.
- f) Semua masukan dan laporan yang harus diberi pengesahan telah ditandatangani serta diberi tanggal sesuai dengan peraturan kebijakan sarana pelayanan kesehatan.
- g) Riwayat dan laporan pemeriksaan fisik telah lengkap, termasuk pendokumentasian diagnosis saat mendaftar.
- h) Ringkasan riwayat pulang (resume) lengkap.
- i) Dokumentasi dokter termasuk semua diagnosis utama dan sekunder serta prosedur utama tambahan.
- j) Untuk pasien bedah, selain kelengkapan data di atas, juga ditelaah kelengkapan: (i) Semua laporan anestesi saat pra dan intra serta pascaoperasi; (ii) Semua laporan operasi, laporan patologi dan catatan perkembangan pascaoperasi; (iii) Semua laporan ruang pemulihan (recovery room) dan catatan perkembangan.

- k) Untuk pasien meninggal saat dirawat dan diautopsi memiliki laporan awal dan akhir proses autopsi.
- e) Menyiapkan/Menyeleksi RM yang Akan Dianalisis

Rekam medis yang akan dianalisis telah disiapkan dengan arti telah ditata/ assembling sehingga saat menganalisis telah rapi dan mudah mereview bagian yang belum dilengkapi. Rekam medis yang telah siap untuk diaudit maka dilakukan persiapan instrumen dan pemilihan metode analisis.

 - 1. Menyiapkan instrument
 - 2. Memilih metode analisis yang digunakan dalam mengumpulkan formulir
- f) Instrumen Pengumpulan, Pengolahan, dan Penyajian Data
 - 1) Lembaran Kerja Pengumpulan Data Audit Kuantitatif RM

Tabel 2. 1 Lembaran Kerja Pengumpulan Data Audit Kuantitatif
RM

Ada = 1 Tidak ada = 0 Nama pelaksana Tgl. Rumah Sakit

No.	No.RM	IDENTIFIKASI PASIEN				KELENGKAPAN LAPORAN/ CATATAN YANG PENTING				AUTENTIKASI PENULIS				CATATAN YANG BAIK			KETE RANGAN
		Nama	No.RM	Tgl. Lahir/ umur	Jenis K.	Pengkajian awal	Cat.Perkembangan	Informed C.	Bukti Pengobatan &	Cat. Saat pulang	Nama Dr.	TT.Dr	Nam perawat	Tt. Perawat	Tdk ada coretan	tdk ada tipp- ex	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
	Σ																

2) Lembaran Kerja Rekapitulasi Data guna Pengolahan Data Audit Kuantitatif RM

Tabel 2. 2 Lembaran Kerja Rekapitulasi Data Audit Kuantitatif RM

Jumlah Berkas yang dianalisis		Tanggal:	
NO.	KRITERIA ANALISIS	KELENGKAPAN / BAIK	
		JUMLAH	PROSENTASE
IDENTITAS PASIEN			
1.	Nama		
2.	No.Rekam Medis		
3.	Tanggal Lahir		
4.	Jenis Kelamin		
	Average		
KELENGKAPAN LAPORAN/ CATATAN YANG PENTING			
1.	Pengkajian awal		
2.	Cat.Perkembangan		
3.	Informed C.		
4.	Bukti Pengobatan & Perawatan		
5.	Cat. Saat pulang		
	Average		
AUTENTIKASI PENULIS			
1.	Nama Dokter		
2.	T.tangan Dokter		
3.	Nama Perawat		
4.	T.tangan Perawt		
	Average		
CATATAN YANG BAIK			
1.	Tidak ada Coretan		
2.	Tidak ada Tipp-ex		
3.	Tidak ada Bagian yang kosong		
	Average		
	AVERAGE		

Kesan:

Saran:

3) Lembaran Kerja Rekapitulasi Keempat Komponen guna Penyajian Data Audit Kuantitatif RM

Tabel 2. 3 Lembaran Kerja Analisis Kuantitatif Komponen 1 Identitas Pasien

NO.	KOMPONEN ANALISIS	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	PROSENTASE
	IDENTITAS PASIEN		
1.	Nama	a	$a/M \times 100\%$
2.	No.Rekam Medis	b	$b/M \times 100\%$
3.	Tanggal Lahir	c	$c/M \times 100\%$
A	Average	A=avg a,b,c	$(a+b+c)/M \times 100\%$

M = Jumlah RM yang dianalisis

Tabel 2. 4 Lembaran Kerja Analisis Kuantitatif Komponen Kedua Catatan yang Penting

NO.	KOMPONEN ANALISIS	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	PROSENTASE
	KELENGKAPAN CATATAN YANG PENTING		
1.	Pengkajian Awal	d	$d/M \times 100\%$
2.	Catatan Pengobatan dan perawatan	e	$e/M \times 100\%$
3.	Informed C.	f	$f/M \times 100\%$
4.	Bukti Pengobatan & Perawatan	g	$g/M \times 100\%$
5.	Cat. Saat pulang	h	$h/M \times 100\%$
B	Average	B=avg d,e,f,g,h	$(d+e+f+g+h)/M \times 100\%$

M = Jumlah RM yang dianalisis

Tabel 2. 5 Lembaran Kerja Analisis Kuantitatif Komponen Ketiga Autentikasi Penulis/Keabsahan Rekaman

NO.	KOMPONEN ANALISIS	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	PROSENTASE
	AUTENTIKASI PENULIS		
1.	Nama Dokter	i	$i/M \times 100\%$
2.	Tanda tangan Dokter	j	$j/M \times 100\%$
3.	Nama Perawat	k	$k/M \times 100\%$
4.	Tanda tangan Perawat	l	$l/M \times 100\%$
C	Average	C=avg i,j,k,l	$(j+k+l)/M \times 100\%$

M= Jumlah RM yang dianalisis

Tabel 2. 6 Lembaran Kerja Analisis Kuantitatif Komponen Keempat Catatan yang Baik Rekam Medis

NO.	KOMPONEN ANALISIS	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	PROSENTASE
	CATATAN YANG BAIK		
1.	Tidak ada Coretan	m	$m/M \times 100\%$
2.	Tidak ada Tipp-ex	n	$n/M \times 100\%$
3.	Tidak ada bagian yang kosong	o	$o/M \times 100\%$
	Average	D=avg m,n,o	$(m+n+o)/M \times 100\%$

M = Jumlah RM yang dianalisis

g) Memilih Metode Analisis yang Digunakan

Bila suatu analisis telah ditentukan, maka telaah dapat dilaksanakan oleh petugas RM yang telah terlatih khusus untuk keperluan ini. Adapun bagian yang ditelaah biasanya bagian yang sering berkaitan dengan tuntutan malpraktek dan asuransi. Keputusan penggunaan komputer memerlukan pengaturan khusus, terutama yang menyangkut keharusan adanya legalisasi pendokumentasian dengan penandatanganan form isian, kewenangan membuka dokumen dsb. Setiap fasilitas (RS) mempunyai aturan yang berbeda, sehingga Analisis Kuantitatifnya juga sangat bervariasi.

- 1) Menganalisis Lembaran Umum: Analisis semua lembaran RM secara lengkap.
- 2) Menganalisis Lembaran Khusus: Analisis lembaran yang dianggap penting.

Contoh kasus:

- a. Rumah sakit (RS) A mempunyai prosedur Analisis Kuantitatif hanya untuk mereview Catatan Dokter. Hal ini karena perawat,

dan pemberi pelayanan lainnya jarang melakukan malpraktek, serta kekurangan dalam pencatatannya tidak seperti catatan dokter.

- b. RS B hanya mereview tanda tangan dan laporan yang diperlukan untuk akreditasi dan perizinan. RS ini hanya mereview catatan dalam Rekam Medis secara terperinci untuk keperluan khusus untuk staf medis. Rekam Medis diambil secara sampling.
 - c. RS C mereview informed consent, dalam hal ini menganalisis “Surat Pernyataan Persetujuan/Penolakan Tindakan/Operasi.
 - d. RS D Memprioritaskan kelengkapan resume/ringkasan riwayat pulang maka dilakukanlah hanya lembaran resume saja.
- h) Hasil Analisis-Evaluasi Hasil Audit Kuantitatif RM

Laporan dibuat secara berkala; bulanan, triwulan, semester dan tahunan. Dapat berupa tabel atau grafik. Dilakukan dengan mempresentasikan kelengkapan, membandingkan antar periode, melihat trendline, melihat hasil sesudah dilakukan tindak lanjut/*feedback*.

- i) Statistik Ketidaklengkapan

Menurut Depkes (2018), pengontrolan ketidaklengkapan rekam medis dapat dilakukan dengan cara berikut:

- 1) *Incomplete Medical Record (IMR)*

IMR adalah rekam medis dengan kekurangan yang spesifik yang masih dapat dilengkapi oleh pemberi pelayanan kesehatan, dapat dicari dengan cara:

$$\text{Inc.MR Rate} = \frac{\text{Inc.MR}}{\text{Jumlah Pas Pulang selama periode melengkapi RM tsb}} \times 100\%$$

2) *Deliquent Medical Record (DMR)*

DMR adalah Rekam Medis yang masih tidak lengkap sesudah melewati batas waktu IMR.

$$\text{DMR Rate} = \frac{\text{D. MR}}{\text{Rata-rata jumlah pas pulang selama periode melengkapi RM tsb}} \times 100\%$$

j) Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 129/Menkes/SK/II/2008, kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 7 Standar Pelayanan Minimal untuk Kelengkapan Pengisian Rekam Medis

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume.
Frekuensi pengumpulan	1 bulan

data	
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung Jawab	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik

6. Desain Blangko Berbasis Dekstop

1) Pengertian Desain

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), desain adalah kerangka bentuk atau rancangan. Pengertian tersebut dapat berkembang seperti yang dikemukakan Coirul Amin (2010), arti desain adalah suatu kerangka bentuk, rancangan, motif, pola, dan corak, yang diimplementasikan terhadap suatu objek.

Sementara, pengertian desain menurut JB Reswick adalah kegiatan kreatif yang melibatkan penciptaan sesuatu yang baru dan berguna yang tidak ada sebelumnya. Lebih lanjut, Yasraf menjelaskan, dengan demikian desain merupakan kegiatan kreatif-progresif dengan produk, yang produk akhirnya adalah kebaruan dan perbedaan (Pilliang, 2008: 384).

2) Pengertian Blangko

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), blangko berarti kosong (belum diisi) atau surat isian.

3) Pengertian Basis Dekstop

Menurut Folarium (2018), berbasis dekstop adalah suatu aplikasi yang mampu beroperasi secara offline. Sedangkan menurut JMC (2015), *web based* adalah aplikasi yang dibuat berbasis web yang membutuhkan web server dan browser untuk menjalankannya.

4) Pengertian Desain Blangko Berbasis Desktop

Berdasarkan pengertian-pengertian tersebut, desain blangko berbasis dekstop berarti suatu rancangan sebuah bentuk isian yang hanya dapat diisi melalui dekstop menggunakan perangkat keras seperti komputer atau laptop.

Dalam penelitian ini, aplikasi yang digunakan untuk membuat desain blangko tersebut adalah aplikasi *Microsoft Excel*.

7. *Microsoft Excel*

a) Pengertian *Microsoft Excel*

Menurut Susandra (2010:1), *Microsoft Excel* merupakan program aplikasi *spreadsheet* (lembar kerja elektronik). Fungsi dari *Microsoft Excel* adalah untuk melakukan operasi perhitungan serta dapat mempresentasikan data ke dalam bentuk tabel. *Microsoft Excel* merupakan lembar kerja *spreadsheet* yang dibuat dan didistribusikan oleh *Microsoft Corporation* untuk sistem informasi *Microsoft Windows* dan *Mac OS* (Musyafa, 2014:1).

b) Unsur-Unsur Utama Microsoft Excel

Menurut Susandra (2012:1-2), unsur-unsur utama Microsoft Excel adalah sebagai berikut.

c. Judul

Judul menampilkan judul program dan dokumen aktif atau nama file dari lembar kerja yang aktif.

d. Office Button

Berisi barisan perintah untuk pengoperasian program yang standar misalnya membuat dokumen baru, membuka dokumen lama, menyimpan, mencetak dan mempublish dokumen.

e. Akses Cepat Toolbar (Quick Access Toolbar)

Merupakan sarana yang disediakan Microsoft Excel untuk mempercepat akses berkomunikasi dengan misalnya menyimpan, mencetak dan sebagainya.

f. Toolbar

Merupakan deretan tool-tool (gambar-gambar) yang mewakili perintah dan berfungsi untuk mempermudah dan mengefisienkan pengoperasian program.

g. Help

Bila kita ingin bertanya sesuatu, maka ketik pertanyaan anda pada tempat tersebut, Ms Excel akan memberikan alternatif jawaban terhadap pertanyaan yang dimaksud.

h. Lembar kerja (Workbook)

Baris ini berisikan informasi halaman, section, letak insertion point dan tombol pengendali.

i. Cell

Cell merupakan nomor baris, nomor kolom, nama range, fungsi dan penghubung vertical dan horisontal untuk memudahkan dalam membaca suatu dokumen dengan menggulung layar vertikal dan horisontal.

j. Column Heading

Berisi tentang petunjuk kolom pada lembar kerja sheet yang aktif.

k. Sel

Penggabungan antara baris dan kolom pada lembar sheet.

l. Range

Penggabungan antar sel/beberapa sel pada lembar sheet.

8. Akreditasi Rumah Sakit SNARS 1

a) Pengertian Akreditasi

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), akreditasi adalah pengakuan terhadap lembaga pendidikan yang diberikan oleh badan yang berwenang setelah dinilai bahwa lembaga itu memenuhi syarat kebakuan atau kriteria tertentu.

b) Pengertian Akreditasi Rumah Sakit

Menurut Permenkes RI Nomor 012 Tahun 2012, akreditasi rumah sakit adalah pengakuan terhadap rumah sakit yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri, setelah dinilai bahwa rumah sakit itu memenuhi Standar Pelayanan Rumah Sakit yang berlaku untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berkesinambungan.

c) Pengertian SNARS 1

SNARS merupakan kepanjangan dari Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, yaitu standar akreditasi baru yang bersifat nasional dan diberlakukan secara nasional di Indonesia. Disebut dengan edisi 1, karena di Indonesia baru pertama kali ditetapkan standar nasional untuk akreditasi rumah sakit.

d) Pengelompokan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1

Standar dikelompokkan menurut fungsi-fungsi penting yang umum dalam organisasi perumahsakit. Pengelompokan berdasarkan fungsi, saat ini paling banyak digunakan di seluruh dunia. Standar dikelompokkan menurut fungsi-fungsi yang terkait

dengan penyediaan pelayanan bagi pasien; juga dengan upaya menciptakan organisasi rumah sakit yang aman, efektif, dan terkelola dengan baik.

Pengelompokan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 (SNARS Edisi 1) adalah sebagai berikut.

I. SASARAN KESELAMATAN PASIEN

SASARAN 1 : Mengidentifikasi pasien dengan benar

SASARAN 2 : Meningkatkan komunikasi yang efektif

SASARAN 3 : Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai (High Alert Medications)

SASARAN 4 : Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar.

SASARAN 5 : Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

SASARAN 6 : Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

II. STANDAR PELAYANAN BERFOKUS PASIEN

1. Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (ARK)

2. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)

3. Asesmen Pasien (AP)

4. Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)

5. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
6. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)
7. Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)

III. STANDAR MANAJEMEN RUMAH SAKIT

2. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
3. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
4. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)
5. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
6. Kompetensi dan Kewenangan Staf (KKS)
7. Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)

IV. PROGRAM NASIONAL

1. Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi.
2. Menurunkan Angka Kesakitan HIV/AIDS.
3. Menurunkan Angka Kesakitan TB
4. Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)
5. Pelayanan Geriatri

e) Hubungan Standar Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM) terhadap Kegiatan KLPCM

1) Hubungan Standar MIRM dengan Kegiatan KLPCM

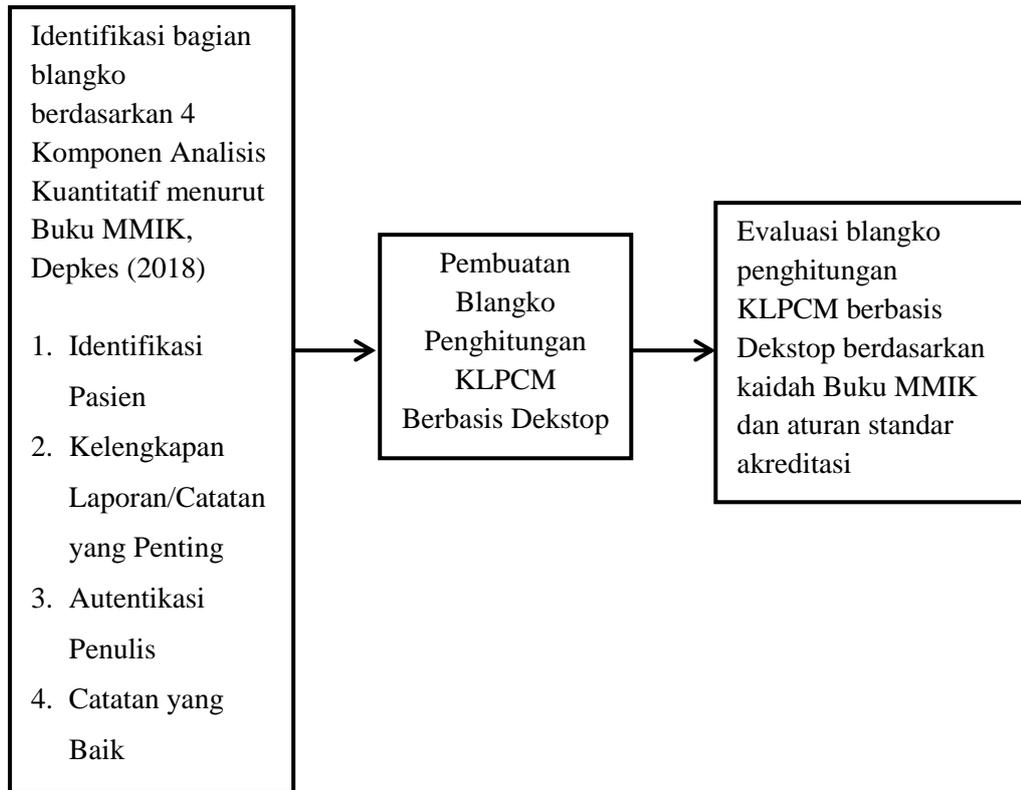
Standar MIRM yang berkaitan dengan KLPCM adalah MIRM 13.4, yang menjelaskan bahwa dalam upaya perbaikan kinerja, rumah sakit secara teratur melakukan evaluasi atau *review* rekam medis.

Setiap rumah sakit sudah menetapkan isi dan format rekam medis pasien dan mempunyai proses untuk melakukan asesmen terhadap isi dan kelengkapan berkas rekam medis. Proses tersebut merupakan bagian dari kegiatan peningkatan kinerja rumah sakit yang dilaksanakan secara berkala.

2) Elemen Penilaian MIRM 13.4

1. Rumah sakit menetapkan individu atau tim yang melakukan *review* rekam medis secara berkala.
2. Rekam medis pasien di-*review* secara berkala.
3. *Review* menggunakan sampel yang mewakili.
4. Fokus *review* adalah pada ketepatan waktu, keterbacaan, dan kelengkapan rekam medis.
5. Proses *review* termasuk isi rekam medis harus sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan.
6. Proses *review* termasuk rekam medis pasien yang masih dirawat dan pasien yang sudah pulang.
7. Hasil *review* dilaporkan secara berkala kepada direktur rumah sakit.

B. Kerangka Konsep



Keterangan:

————— : yang diteliti

----- : yang tidak diteliti

Gambar 2. 1 Kerangka Konsep