

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **Landasan Teori**

##### **A. Pengertian Rekam Medis**

Menurut (Peraturan Menteri Kesehatan, No. 269/MENKES/PER/III/2008) pasal 1, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan.

Dalam artian sederhana rekam medis hanya merupakan catatan dan dokumen yang berisi tentang kondisi keadaan pasien, tetapi jika di kaji lebih mendalam rekam medis mempunyai makna yang lebih kompleks tidak hanya catatan biasa, karena didalam catatan tersebut sudah tercermin segala informasi menyangkut seorang pasien yang akan di jadikan dasar didalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan medis lainnya yang di berikan kepada seorang pasien yang datang kerumah sakit (Depkes, 2006) Pedoman Pengelolaan Dokumen Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia.

##### **B. Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis**

###### **1. Tujuan Rekam Medis**

Tujuan dibuatnya rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa dukungan suatu sistem pengelolaan rekam medis baik sedangkan tertib administarsi merupakan salah satu faktor yang menentukan upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. (Rustiyanto, 2009)

Menurut (Anon., t.thn.) tujuan Rekam Medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

## 2. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis tersebut dapat dilihat dari beberapa aspek yang biasanya disingkat dengan “**ALFRED**” diantaranya :

- a. Aspek Administrasi (*Administrative*)
- b. Aspek Hukum (*Legal*)
- c. Aspek Keuangan (*Financial*)
- d. Aspek Penelitian (*Riset*)
- e. Aspek Pendidikan (*Education*)
- f. Aspek Dokumentasi (*Dokumentation*)

Menurut (Anon., t.thn., p. 13) dapat dilihat dari beberapa aspek, yakni:

1. Aspek Administrasi Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
2. Aspek Medis Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medik, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
3. 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 menegakkan keadilan.

4. Aspek Keuangan Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data /informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.
5. Aspek Penelitian Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.
6. Aspek Pendidikan Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran di bidang profesi di pemakai.
7. Aspek Dokumentasi Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.

### **C. Nilai Guna Rekam Medis**

Beberapa nilai guna rekam medis di bawah ini yaitu sebagai berikut (Rustiyanto, 2012)

1. Bagi Pasien
  - a. Menyediakan bukti Asuhan keperawatan atau tindakan Medis yang di terima oleh pasien.
  - b. Menyediakan data bagi pasien jika pasien datang untuk yang kedua kalinya dan seterusnya.
  - c. Menyediakan data yang dapat melindungi kepentingan hukum pasien dalam kasus-kasus kompensasi pekerjaan kecelakaan pribadi atau mal praktek.
2. Bagi fasilitas layanan kesehatan
  - a. Memiliki data yang di pakai untuk pekerjaan profesional kesehatan
  - b. Sebagai bukti atas biaya pembayaran pelayanan medis pasien
  - c. Mengevaluasi penggunaan sumber daya
3. Bagi pemberi pelayanan

- a. Menyediakan informasi untuk membantu seluruh tenaga profesional dalam merawat pasien.
- b. Membantu dokter dalam menyediakan data perawatan yang bersifat berkesinambungan pada berbagai tingkatan pelayanan kesehatan.
- c. Menyediakan data-data untuk penelitian pendidikan.

#### **D. Manfaat Rekam Medis**

Menurut Pasal 13 (Peraturan Menteri Kesehatan, No. 269/MENKES/PER/III/2008) Pemanfaatan rekam medis dapat dipakai sebagai:

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

#### **E. Isi Dokumen Rekam Medis**

Dalam menentukan isi rekam medis, para petugas medis memerlukan acuan yang benar sehingga tidak ada kesalahan ataupun hal yang tertinggal mengenai data atau keterangan yang menyangkut kepentingan perawatan pasien. Untuk itu berdasarkan (Peraturan Menteri Kesehatan, No. 269/MENKES/PER/III/2008), membagi isi rekam medis berdasarkan kondisi pasien yang sedang menjalani perawatan.

Menurut pasal 3 ayat (1) (Peraturan Menteri Kesehatan, No. 269/MENKES/PER/III/2008), isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang – kurangnya memuat:

- a. Identitas Pasien
- b. Tanggal dan waktu
- c. Hasil anamnesa, sekurang-kurangnya mencakup keluhan dan riwayat penyakit
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis

- e. Diagnosis
- f. Rencana penatalaksanaan
- g. Pengobatan dan/atau tindakan
- h. Pelayanan lain yang telah di berikan kepada pasien
- i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
- j. Persetujuan tindakan bila diperlukan

Pasal 3 ayat (2) (Peraturan Menteri Kesehatan, No. 269/MENKES/PER/III/2008), isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang – kurangnya memuat:

- a. Identitas
- b. Tanggal dan waktu
- c. Hasil anamnesa, sekurang-kurangnya mencakup keluhan dan riwayat penyakit.
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
- 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 memberikasn pelayanan kesehatan.
- l. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu
- m. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik

Pasal 3 ayat (2) (Peraturan Menteri Kesehatan, No. 269/MENKES/PER/III/2008), isi rekam medis untuk pasien Gawat Darurta sekurang-kurangnya memuat :

- a. Identitas pasien
- b. Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan

- c. Identitas pengantar pasien
- d. Tanggal dan waktu
- e. Hasil anamnesa, sekurang-kurangnya mencakup keluhan dan riwayat penyakit.
- f. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
- 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 pelayanan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
- k. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain; dan
- l. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

## **F. Konsep Kelengkapan Rekam Medis**

### **1. Pengertian Kelengkapan Rekam Medis**

Kelengkapan rekam medis adalah kajian atau telaah yang dilakukan kepada jumlah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan lamanya perawatan meliputi kelengkapan lembaran medis, para medis dan penunjang medis sesuai prosedur yang ditetapkan Direktorat Jendral (Dirjen , 1997, p. 7) pelayanan rekam medik, kelengkapan rekam medis adalah rekam medis yang berkaitan dengan kajian atau telaah isi pendokumentasian pelayanan atau menilai kelengkapan rekam medis (Huffman, 1999)

## 2. Syarat Rekam Medis Yang Baik Dan Berkualitas

Menurut (Hatta, 2004, p. 64) untuk mendukung rekam medis menjadi berguna maka diperlukan rekam medis yang:

1. Lengkap, Meliputi:
  - 1) Informasi yang cukup mengenai pasien
  - 2) Memberikan alasan dalam penetapandiagnosis dan perawatan
  - 3) Mencatat seluruh hasil pemeriksaan
2. Akurat
3. Terintegrasi (adanya kesinambungan antara data yang satu dengan yang lainnya).

## 3. Pertanggung Jawaban Pengisian Rekam Medis

Rumah sakit sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat rekam medis. Yang membuat atau pengisian rekam medis adalah Dokter dan tenaga kesehatan lainnya. Seperti menurut DepKes RI tahun 2006 :

- a. Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter spesialis yang melayani pasien dirumah sakit
- b. Dokter tamu yang merawat dirumah sakit
- c. Residen yang sedang melaksanakan kepanitaraan klinik
- d. Tenaga perawat dan tenaga medis non perawat yang langsung melihat di dalam antara lain: perawat, petrawat gigi, bidan, tenagala boratorium klinik, Gizi, anestesi, rontgen, rehabilitasi medik dan sebagainya
- e. Untuk dokter luar negeri yang melakukan alih teknologi kedokteran berupa tindakan atau konsultasi kepada pasien, maka yang membuat rekam medis pasien adalah dokter yang ditujuk oleh direktur rumah sakit

#### 4. Ketentuan Pengisian Rekam Medis

Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan dengan ketentuan, Menurut (Depkes RI tahun 2006:45) sebagai berikut :

- a. Setiap tindakan yang dilakukan kepada pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1x24 jam harus ditulis dalam berkas rekam medis.
- b. Semua pencatatan harus ditanda tangani oleh dokterrel tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangan dan di tulis nama terangnya serta diberiakn tanggal.
- c. Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa kedokteran dan mahasiswa lainnya ditanda tangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau oleh dokter pembimbingnya.
- d. Catatan yang dibuat oleh residen harus diketahui oleh dokter lainnya.
- e. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga serta dibubuhi paraf. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.

#### 5. Standar operasional Prosedur (SOP) Pengisian Rekam Medis RSJ Daerah Abepura

- a. Pengertian : Pengisian rekam medis adalah kegiatan memasukan biodata dan hasil pemeriksaan serta pengobatan pasien ke formulir rekam medis sesuai fungsi dan tujuan dari lembar rekam medis tersebut
- b. Tujuan : Supaya pengisian rekam medis dilakukan dengan benar dan sesuai kewenangan masing-masing.
- c. Kebijakan : Peraturan menteri kesehatan No. 269 tahun 2008 tentang Rekam medis
- d. Prosedure :
  - (a) Setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1 X 24 jam harus ditulis dalam lembaran medis.

- (b) Semua pencatatan harus ditandatangani oleh dokter/ tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnya serta diberi tanggal.
  - (c) Catatan yang dibuat oleh Residen harus diketahui oleh dokter pembimbingnya.
  - (d) Dokter yang merawat, dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga serta dibubuhi paraf.
  - (e) Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.
- e. Unit Terkait : Semua Unit terkait

#### 6. Kepemilikan Rekam Medis

Kepemilikan Menurut (Peraturan Menteri Kesehatan, No. 269/MENKES/PER/III/2008) Tentang Rekam Medis pada BAB V tentang kepemilikan pemanfaatan, dan tanggung Jawab pasal 12 yang berisi:

- Ayat (1) : Berkas Rekam Medis milik sarana pelayanan kesehatan
- Ayat (2) : isi rekam medis merupakan milik pasien.
- Ayat (3) : isi rekam medis sebagai mana dimaksud pada ayat (2) dalam bentuk ringkasan rekam medis.
- Ayat (4) : Ringkasan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat diberikan, dicatat atau dikopy oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu.

#### 7. Ketentuan Pengisian Rekam Medis

Ketentuan dan kebijakan pemerintah tentang rekam medis harus diisi dengan lengkap diantaranya yaitu:

(Peraturan Menteri Kesehatan, No. 269/MENKES/PER/III/2008) **Pasal 2 ayat 1** : "rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik".

**Pasal 5 ayat 2** : "rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat(1) harus dibuat segera dan lengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan".

Menurut standar nilai akreditasi rumah sakit standar 5 parameter 3, rekam medis harus diisi dengan jelas, benar, lengkap, dan tepat waktu oleh petugas dan wewenang".

### **G. Kegiatan Rekam Medis**

Menurut Direktorat jendral Bina Pelayanan medik DepKes RI (2006:6) Kegiatan Rekam Medis meliputi hal-hal sebagai berikut:

- a. Penerimaan pasien Pasien dilakukan pada penerimaan pasien baru dan pasien lama, baik rawat jalan, rawat inap, maupun gawat darurat. Ditempat pendaftaran melakukan pencatatan mengenai identitas pasien.
- b. Perekaman Kegiatan pelayanan medis  
Penanggung jawab berkas rekam medis menurut Direktorat Dirjen Bina Pelayanan Medik (2006:35) adalah sebagai berikut:
  1. Dokter Umum, dokter Spesialis dan dokter gigi yang melayani pasien di rumah sakit.
  2. Dokter tamu yang melayani pasien dirumah sakit.
  3. Residen yang melakukan penitraan klinik.
  4. Tenaga paramedis perawatan dan tenaga paramedis nonperawatan yang langsung terlibat didalamnya antara lain perawat, perawat gigi, bidan, tenaga laboratorium klinik, gizi, anastesi, penata rontge.
- c. Pengelolaan data rekam medis Menurut Direktorat Jendral Pelayanan Medik Depkes RI (2006:35), pengelolaan rekam medis terdiri dari:
  1. Assembling (perakitan rekam medis) Suatu kegiatan merakit rekam medis baik yang belum digunakan maupun setelah digunakan, menyusun formulir rekam medis yang belum terisi dan menyimpan ke sampul

rekam medis sehingga rekam medis tersebut siap digunakan, tertata rapi baik dari segi kualitas maupun kuantitas

2. Coding (Pemberian Kode Penyakit) Pemberian kode dengan memberikan huruf atau angka atau kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen data. Buku panduan yang digunakan adalah buku dikeluarkan oleh *World Health Organization (WHO)* dan kode penyakit digunakan ICD-10 dan untuk kode tindakan menggunakan buku ICD-9 CM. Indexing dan Membuat tabulasi dengan kode yang sudah dibuat kedalam indeks (dapat menggunakan kartu indeks maupun komputerisasi).

d. Penyimpanan rekam medis Menurut Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik Depkes RI (2006:35), ketentuan pokok yang harus ditaati dalam tempat penyimpanan adalah:

1. Tidak ada satupun rekam medis yang boleh keluar dari ruangan rekam medis tanpa kartu peminjaman atau kartu keluar.
2. Semua yang menerima atau yang meminjam rekam medis berkewajiban mengembalikan dalam keadaan baik dan tepat waktu
3. Rekam medis tidak dibenarkan diambil dari rumah sakit. kecuali permintaan pengadilan.
4. Dokter atau pegawai rumah sakit yang membawa rekam medis dengan sekam jam kerja, tetapi semua rekam medis harus dikembalikan ke ruangan rekam medis pada akhir jam kerja.

## **H. Pelaporan Rumah Sakit**

Menurut direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik (2006:36), pelaporan rumah sakit merupakan suatu alat organisasi yang bertujuan untuk dapat menghasilkan pelaporan secara cepat, tepat dan akurat secara garis besar jenis pelaporan dirumah sakit dibedakan menjadi dua kelompok yaitu laporan eksternal dan laporan internal rumah sakit.

## **I. Konsep Rumah Sakit**

### **1. 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 (UUD RI, No. 44 tahun 2009) Sesuai peraturan perundang - undangan yang berlaku di Indonesia, rumah sakit dibedakan menjadi beberapa macam, ditinjau dari kepemilikan meliputi : Rumah Sakit Pemerintah dan Rumah Sakit Swasta.

### **2. Tujuan Rumah Sakit**

Menurut Undang-undang No 44 tahun 2009 tujuan rumah sakit adalah sebagai berikut :

- a. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
- b. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan SDM di rumah sakit.
- c. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.
- d. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, SDM rumah sakit.

## **J. Tinjauan Tentang Analisis Kuantitatif**

### **1. Analisis kuantitatif**

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

Analisis kuantitatif adalah menilai kelengkapan dan kekurangan rekam medis rawat inap dan rawat jalan yang dimiliki oleh sarana pelayanan kesehatan (Hatta, 2017)

### **2. Tujuan analisis kuantitatif**

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 (Hatta, 2017)

3. Waktu menganalisis
  - a. Retsropective analisis : analisis dilakukan pada saat selesai pelayanan yang memungkinkan telaah dokumen rekam medis.
4. Hasil analisis kuantitatif
  - a. Identifikasi kekurangan pencatatan yang harus dilengkapi oleh pemberi pelayanan kesehatan dengan segera.
  - b. Kelengkapan rekam medis sesuai dengan peraturan yang ditetapkan jangka waktunya, perizinan, akreditasi dan keperluan sertifikasinya.
  - c. Mengetahui hal-hal yang berpotensi untuk membayar ganti rugi (Hatta, 2017)

#### **K. Komponen Analisis Kuantitatif**

1. Identifikasi Pasien

Minimal setiap lembar berkas mempunyai nama dan nomor rekam medis pasien untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut.
2. Laporan penting

Adanya lembar laporan yang umum terdapat dalam rekam medis, lembar riwayat pasien, pemeriksaan fisik, catatan perkembangan, observasi klinik, ringkasan penyakit. Penting ada tanggal pencatatan sebab ada kaitannya dengan aturan pengisian.
3. Autentikasi

Autentikasi dapat berupa tanda tangan, cap/stempel dan inisial yang dapat diidentifikasi dalam rekam medis atau kode seorang untuk komputerisasi.
4. Pencatatan yang baik

Memeriksa pencatatan yang tidak lengkap dan yang tidak dibaca dengan memeriksa baris perbaris dan bila ada barisan yang kosong digaris agar tidak diisi belakang.

## **L. Konsep Mutu Rekam Medis**

### **1. Pengertian Mutu**

Menurut (Azwar, 2010) Pengantar Administrasi Kesehatan, ada beberapa pengertian secara sederhana melukiskan hakekat mutu antara lain :

- a. Mutu adalah tingkat kesempurnaan dari penampilan sesuatu yang sedang diminati.
- b. Mutu adalah sifat yang dimiliki oleh suatu program
- c. Mutu adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan.
- d. Mutu adalah totalitas dari wujud serta ciri dari suatu barang atau jasa, yang didalamnya terkandung sekaligus pengertian rasa aman atau pemenuhan kebutuhan pengguna.

### **2. Mutu Rekam Medis**

Rekam Medis dapat dikatakan bermutu/berkualitas menurut (Anon., t.thn., p. 75) adalah sebagai berikut :

- a. Agar rekam medis lengkap dan dapat digunakan bagi referensi pelayanan kesehatan, melindungi minat hukum, sesuai dengan aturan.
- b. Menunjang informasi untuk aktifitas penjamin mutu (*quality assurance*).
- c. Membantu penetapan diagnosis dan prosedur pengkodean penyakit.
- d. Bagi riset medis, studi administrasi dan penggantian biaya penggantian biaya perawatan.

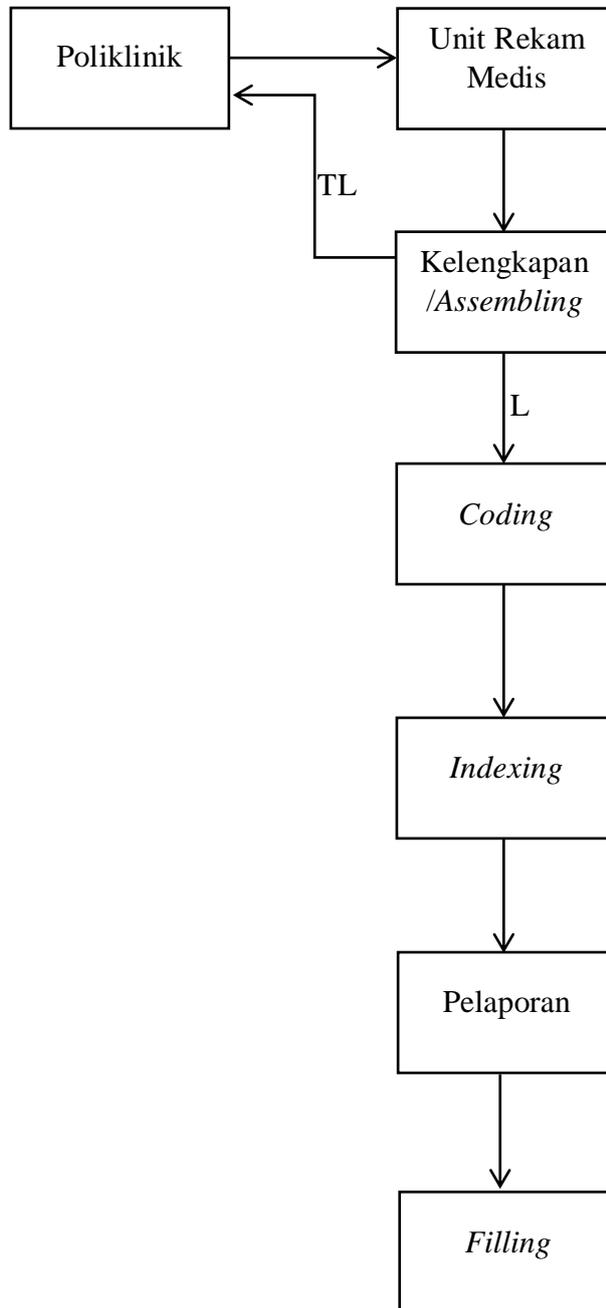
Adapun syarat rekam medis yang bermutu menurut (Hatta, 1993) adalah :

- a. Akurat : agar data menggambarkan proses atau hasil pemeriksaan pasien diukur secara benar.
- b. Lengkap : agar data mencakup seluruh karakteristik pasien dan sistem yang dibutuhkan dalam analisis hasil ukuran.

- c. Dapat dipercaya : agar sedapat mungkin data dikumpulkan dan dilaporkan mendekati waktu episode layanan.
- d. Valid : agar data dianggap sah dan sesuai dengan gambaran proses atau hasil akhir yang diukur.
- e. Tepat waktu : agar sedapat mungkin data yang dikumpulkan dan dilaporkan mendekati waktu episode layanan.
- f. Dapat digunakan : agar data yang bermutu menggambarkan bahasa dan bentuk sehingga diinterpretasi, dianalisis untuk pengambilan keputusan.
- g. Seragam : agar definisi elemen data dibakukan dalam organisasi dan penggunaannya konsisten dengan definisi diluar organisasi.

## M. Kerangka Teori

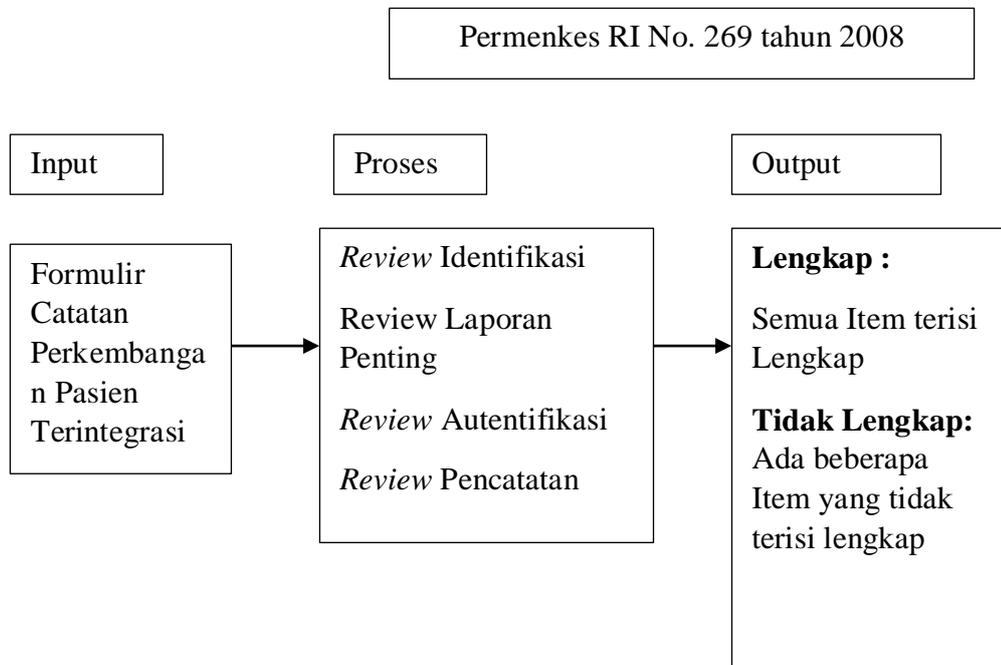
Alur pengembalian Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Jalan dari Poliklinik ke Unit Rekam Medis.



**Bagan 3.1** Alur pengembalian rekam medis

## N. Kerangka Konsep

Pada kerangka konsep ini menggunakan teori pendekatan sistem sebagai berikut :



*Bagan 3.2 Kerangka Konsep Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis*