

## BAB 2

### GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT SIAGA RAYA

#### 2.1. Sejarah Rumah Sakit Siaga Raya

Rumah Sakit Siaga Raya merupakan salah satu unit usaha PT. Siaga Bhakti Wirasta yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan yang bersifat swasta pribumi. PT. Siaga Bhakti Wirasta tidak semata-mata mencari keuntungan melainkan menitikberatkan kepada kemanusiaan. PT. Siaga Bhakti Wirasta didirikan pada tanggal 29 Maret 1988 oleh lima orang yang bergerak di bidang kesehatan. Pada saat itu Rumah Sakit Siaga Raya merupakan Rumah Sakit Khusus Orthopedi dan Bedah Umum.

Anggaran dasar PT. Siaga Bhakti Wirasta dibuat Akte Notaris Warda Sungkar Alurmei, SH, Nomor 214, pada tanggal 29 Maret 1988, dengan demikian PT. Siaga Bhakti Wirasta yang salah satu kegiatannya mengelola Rumah Sakit menjadi badan hukum yang sah dan diakui Pemerintah Indonesia. Atas dasar keinginan untuk mengembangkan Rumah Sakit ini, maka pada tahun 1997 dilakukan peningkatan fasilitas pelayanan, yang disertai dengan penambahan poliklinik, penambahan ruang rawat, serta penambahan bagian, sehingga Rumah Sakit ini menjadi Rumah Sakit Umum.

Rumah Sakit Siaga Raya sebagai Rumah Sakit Umum yang mengutamakan pada pelayanan Orthopedi dan Traumatologi (Bedah Tulang), karena dilatarbelakangi oleh faktor berikut:

1. Belum adanya rumah sakit orthopedi yang dikelola swasta dan berlokasi di Jakarta

2. Semakin banyaknya kecelekaan yang terjadi dan semakin pesatnya industri yang menyebabkan meningkatnya tingkat kecelakaan
3. Salah satu pencetus berdirinya Rumah Sakit Siaga Raya ini adalah Prof. Dr. Chihab Hilmy, Sp.OT, FICS, seorang ahli orthopedi, yang menginginkan ilmu bedah orthopedi lebih berkembang di Indonesia
4. Terletak di kawasan perumahan penduduk yang belum memiliki rumah sakit orthopedi.

Pada tanggal 18 Agustus 1990 telah dilakukan “*Soft Opening*” yang ditandai pembukaan praktek pertama Prof.Dr.Chehab Rukni Hilmy, Sp.OT,FICS. Pada tanggal 3 November 1990. Peresmiannya dilakukan oleh Dr. Broto Warsito, selaku Dirjen Pelayanan Medis Departemen Kesehatan.

## **2. 2. Landasan Hukum RS. Siaga Raya**

Akta pendirian PT. Siaga Bahkti Wirasta sesuai Akta Notaris Warda Sungkar Alurmei, SH. Nomor 214 tanggal 19 Maret 1988.

*Dasar Hukum:*

Akte Berita Acara Rapat Umum Pemegang Saham Luar Biasa PT. SIAGA BHAKTI WIRASTA No. 1 tanggal 3 Desember 2007 (Notaris Warda Sungkar Alurmei, S.H).

*Perizinan Umum:*

Surat ijin Penyelenggaraan Rumah Sakit (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. YM.02.04.3.5.4288 tentang ijin Penyelenggaraan Rumah Sakit Umum “Rumah Sakit Siaga Raya” tanggal 27 September 2005)

### 2.3. Motto, Visi, Misi dan Tujuan RS. Siaga Raya

#### A. Motto

*“Kesembuhan Anda adalah Kebahagiaan Kami”*

#### B. Visi

Menjadi Rumah Sakit Siaga Raya memberikan pelayanan kesehatan khususnya dibidang bedah Orthopedi paripurna secara tuntas sehingga menjadi pusat rujukan Orthopedi Indonesia.

#### C. Misi

- a. Memberikan pelayanan kesehatan yang optimal menuju Indonesia Sehat 2010
- b. Sebagai unggulan memberikan pelayanan kesehatan paripurna di bidang Orthopedi yang bermutu tinggi dan menjamin pelanggan melalui manajemen yang mandiri dan modern
- c. Penguasaan ilmu dan teknologi dalam bidang ilmu bedah Orthopedi
- d. Pengembangan pelayanan Subspesialis Orthopedi dalam bidang:
  1. Total Joint Replacement
  2. Arthroscopic Surgery
  3. Orthopedic Traumatology
  4. Sport Injury
  5. Spine Injury
  6. Hand Microsurgery
  7. Pediatric Orthopedic Surgery
  8. Limb Salvage Surgery
  9. Orthopedic Rehabilitaton

- e. Mengembangkan sumber daya manusia yang selalu mengikuti perkembangan mutakhir dalam bidang ilmu bedah orthopedi

D. Tujuan Rumah Sakit Siaga Raya adalah sebagai berikut:

- a. Menjadi rumah sakit pilihan sebagai pusat rujukan orthopedi di Indonesia
- b. Menyediakan pelayanan paripurna, khususnya orthopedi, traumatologi dan cedera olahraga yang menjamin kepuasan pelanggan
- c. Menyelenggarakan dan mengembangkan manajemen Rumah Sakit modern yang tepat guna dan berhasil guna dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan sebagai lahan pengabdian profesi medis khususnya orthopedi, traumatologi, degeneratif.

#### **2.4. Fungsi dan Kegiatan RS. Siaga Raya**

Dalam upaya mencapai maksud dan tujuan pendiriannya Rumah Sakit berfungsi sebagai pusat pelayanan spesialis Orthopedi, Traumatologi, Cedera Olahraga dalam segala aspek pengembangannya secara terpadu sesuai dengan kepuasan pasien dan keluarganya dengan menggunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran sesuai dengan standar profesi.

Ruang lingkup kegiatan-kegiatan rumah sakit dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan diatas meliputi bidang:

- a. Promosi Kesehatan
- b. Perlindungan khusus baik terhadap pasien maupun terhadap tenaga medis
- c. Pencegahan penyakit terutama dalam bidang degeneratif
- d. Pengobatan-Penyembuhan
- e. Rehabilitasi

f. Pendidikan dan pelatihan profesi

Beberapa rincian kegiatan rumah sakit adalah:

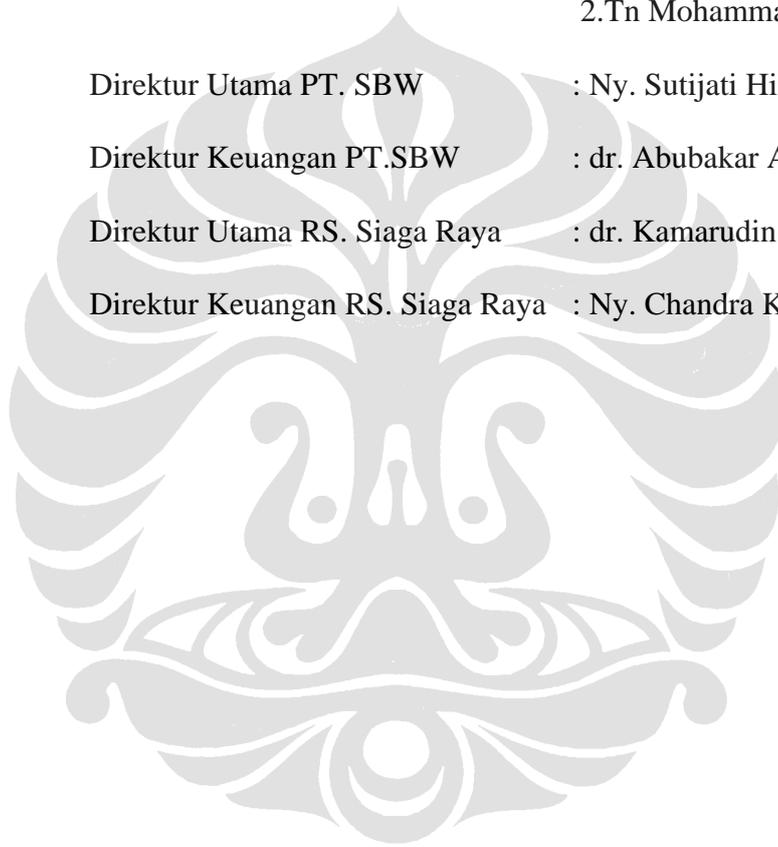
1. Menerapkan konsep pelayanan prima dengan pendekatan manajemen mutu dan keselamatan pasien
2. Meningkatkan pangsa pasar dengan menciptakan proyek-proyek unggulan
3. Mengembangkan unit-unit penunjang Rumah Sakit menjadi unit *revenue center*
4. Mengembangkan kerjasama strategis/ kemitraan dengan lembaga, RS. Swasta, Unit Kesehatan dan Laboratorium swasta lain
5. Mengembangkan dan melengkapi infrastruktur, prasarana, sarana dan peralatan kedokteran
6. Merealisasikan pengembangan Sistem Informasi Manajemen (SIM) RS. Siaga raya berbasis rekam medis
7. Kebijakan dalam bidang sumber daya manusia melalui:
  - a. Pengorganisasian pekerjaan
  - b. Pelatihan
  - c. Pengembangan karir
8. Pengupahan
9. Manajemen sumber daya manusia
10. Komunikasi Internal

## 2.5 Susunan Komisaris dan Direksi

Berdasarkan Rapat Umum Pemegang Saham Luar Biasa Perseroan Terbatas PT. Siaga Bhakti Wirasta dan Akta berita Acara RUPSLB PT. Siaga Bhakti Wirasta

tertanggal 3 Desember 2007 Nomor I yang dibuat oleh Notaris Warda Sungkar Alurmei SH, menerangkan bahwa Susunan Anggota Direksi dan Komisaris Perseroan adalah sebagai berikut:

Komisaris Utama	: Ny. Martinia Sonny Paago
Komisaris	:1. Ny. Cherine Pedia 2. Tn Mohammad Reza Hilmy
Direktur Utama PT. SBW	: Ny. Sutijati Hilmy, S.si
Direktur Keuangan PT.SBW	: dr. Abubakar Alatas, Sp. An
Direktur Utama RS. Siaga Raya	: dr. Kamarudin Harahap, Sp. An
Direktur Keuangan RS. Siaga Raya	: Ny. Chandra Kirana S, SE. Ak



## **BAB 3**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **3.1. Rekam Medis**

##### **3.1.1. Falsafah Rekam Medis**

Menurut pasal 46 ayat 10 Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran disebutkan bahwa yang dimaksud “Rekam Medis” adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien. (Depkes, 2006)

Rekam Medis merupakan bagian dari petunjuk pembuktian menurut Undang-Undang, oleh karena itu diperlukan pemahaman khusus tentang unsur-unsur penting dalam peraturan Rekam Medis. Unsur-unsur yang dimaksud adalah: (1) Unsur Informasi, (2) Unsur Proses Pembuatan, (3) Unsur Pemilikan, (4) Unsur Sistematisasi Isi Rekam Medis, (5) Organisasi Pengelola dan Tanggung Jawab, (6) Tenggang Waktu Penyimpanannya dan Sangsi Pelanggarannya. (Depkes, 2006)

Dengan demikian Falasafah Rekam Medis mencantumkan nilai Administrasi, Legal, Finansial, Riset, Edukasi, Dokumen, Akurat, Informatif, dan dapat dipertanggung jawabkan (ALFRED AIR). (Depkes, 2006)

##### **3.1.2. Pengertian Rekam Medis**

Rekam Medis diartikan sebagai “*keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamneses, penentuan fisik laboratorium, diagnosis serta pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik*”

*yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat*". Kalau diartikan secara dangkal, rekam medis seakan-akan hanya merupakan catatan dan dokumen tentang keadaan pasien, namun kalau dikaji lebih dalam rekam medis mempunyai makna yang lebih luas dari pada hanya catatan biasa, karena didalam catatan tersebut sudah tercermin segala informasi menyangkut seorang pasien yang akan dijadikan dasar menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan medis lainnya yang diberikan kepada seorang pasien yang datang ke rumah sakit. (Depkes, 2006)

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

#### **A. Tujuan Rekam Medis**

Tujuan dari rekam medis menurut Pedoman Prosedur dan Penyelenggaraan Rekam Medis Di Rumah Sakit (2006) adalah menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, mustahil tertib administrasi rumah sakit berhasil seperti apa yang diharapkan.

#### **B. Kegunaan Rekam Medis**

##### **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 menegakan hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakan keadilan.

## 4. Aspek Keuangan

Suatu 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 dibidang kesehatan.

## 6. Aspek Pendidikan

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

## 7. Aspek Dokumentasi

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

Dengan melihat beberapa aspek tersebut di atas, Rekam Medis mempunyai kegunaan yang sangat luas, karena tidak hanya menyangkut antara pasien dengan pemberi pelayanan saja. Kegunaan Rekam Medis secara umum adalah:

1. Sebagai alat komunikasi antara dokter dan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian di dalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien
2. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/ perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien
3. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit, dan pengobatan selama pasien berkunjung/ dirawat di Rumah Sakit
4. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien
5. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya
6. Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan
7. Sebagai dasar di dalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis pasien
8. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan.

### 3.1.4. Pertanggungjawaban terhadap Rekam Medis

#### A. Tanggung Jawab dokter yang merawat

Tanggung jawab utama akan kelengkapan rekam medis terletak pada dokter yang merawat. Tahap untuk mempedulikan ada tidaknya bantuan yang diberikan kepadanya dalam melengkapi rekam medis oleh staf lain di rumah sakit. Dia mengemban tanggungjawab terakhir akan kelengkapan dan kebenaran isi rekam medis. Di samping itu untuk mencatat beberapa keterangan medis seperti riwayat penyakit, pemeriksaan penyakit, pemeriksaan fisik dan ringkasan keluar (resume) kemudian bisa didelegasikan kepada *Coasisten*, asisten ahli, dan dokter lainnya. (Depkes, 2006)

Dokter bertanggung jawab terhadap rekam medis pasien (Jackobalis, 2005.), sesuai dengan Undang-Undang No. 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran yaitu:

1. Pasal 46 ayat 1

*Setiap dokter/ dokter gigi dalam menjalankan praktik wajib membuat rekam medis*

2. Pasal 46 ayat 2

*Rekam medis harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan*

3. Pasal 46 ayat 3

*Setiap rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tandatangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan*

4. Pasal 47 ayat 1

*Dokumen rekam medis merupakan milik dokter, dokter gigi atau sarana pelayanan kesehatan, sedangkan isi rekam medis merupakan milik pasien*

5. Pasal 47 ayat 2

*Rekam medis harus disimpan dan dijaga kerahasiannya oleh dokter/ dokter gigi dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.*

B. Tanggungjawab Petugas Rekam Medis

Petugas Rekam Medis membantu dokter yang merawat dalam mempelajari kembali rekam medis. Personil rekam medis bertanggungjawab untuk mengevaluasi kualitas rekam medis itu sendiri guna menjamin konsistensi dan kelengkapan isinya.

C. Tanggung Jawab Pimpinan Rumah Sakit

Pimpinan Rumah Sakit Bertanggung Jawab menyediakan fasilitas unit rekam medis yang meliputi ruang, peralatan, dan tenaga yang memadai. Dengan demikian tenaga di bagian rekam medis dapat bekerja secara efektif, memeriksa kembali, membuat indeks, penyimpanan dari semua sistem rekam medis, dalam waktu singkat. Ruangan untuk memeriksa berkas rekam medis harus cukup, untuk mencatat melengkap, mengulangi kembali, tandatangan bagi dokter.

D. Tanggung Jawab Staf Medik

Staf medis juga mempunyai peranan penting di rumah sakit dan pengorganisasian staf rekam medik tersebut secara langsung menentukan kualitas pelayanan kepada pasien. Agar dapat melaksanakan tugasnya dengan tepat dan baik. Direktur Rumah Sakit Wakil Direktur Medik membuat peraturan-peraturan yang akan mengatur para anggota staf medik dan membentuk komisi khusus yang diperlukan yang keanggotaannya diambil diantara anggota-anggota staf medis,

menunjuk komite staf medis untuk melaksanakan beberapa tanggungjawab khusus yang diperlukan Wakil Direktur Medik yang merupakan atasan dari seluruh staf rekam medis rumah sakit. Tanggung jawab dari pada wakil direktur medis ini disesuaikan dengan ketentuan yang telah ditetapkan dalam keputusan Menteri Kesehatan R.I. tentang organisasi dan tata kerja rumah sakit umum kelas A, B dan C.

### **3.1.5. Analisis Kuantitatif dan Kualitatif Dokumen Rekam Medis/ Kesehatan**

Analisa mutu rekam medis digunakan dua cara yaitu: analisa kualitas (mutu) dan analisa kuantitas (jumlah/ kelengkapannya). Untuk itu Gemala Hatta dalam pedoman rekam medis menyatakan bahwa mutu dalam pengisian memang menjadi tanggung jawab para tenaga kesehatan. Dalam SK. Permenkes No.749a dalam Pasal 2 berbunyi:

*Setiap sarana pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat rekam medis.*

Selanjutnya dalam Pasal 3:

*Rekam medis sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 dibuat oleh dokter dan atau tenaga kesehatan lain yang memberi pelayanan langsung kepada pasien.*

Dalam Pasal 4:

*Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan.*

Penganalisaan isi rekam medis harus dilaksanakan pada keesokan hari setelah pasien dipulangkan atau meninggal, sehingga data yang kurang ataupun diragukan bisa dibetulkan sebelum fakta pasien terlupakan. Dalam penganalisaan ini petugas Rekam Medis harus melakukan analisis kuantitatif dan kualitatif yang bertujuan

untuk mengevaluasi kualitas rekam medis itu sendiri guna menjamin konsistensi dan kelengkapan isinya. (Kresna, 1999)

Analisis kualitatif (analisa mutu) yang dilakukan petugas Unit Rekam Medis yaitu menilik balik (review) isi rekam medis yang mengandung unsur ketidaktepatan ataupun bila ada penghapusan yang dapat menyebabkan rekam medis menjadi tidak akurat atau tidak lengkap. Untuk melaksanakan tugas penganalisaan biasanya tugas ini dilakukan oleh rekam medis yang sudah mahir dan mendapat pendidikan khusus.

Analisis kuantitatif rekam medis dapat dibagi dalam dua kategori:

1. Pihak medis yang melaksanakan rekaman medis harus mengisi lembaran-lembaran rekam medis dengan benar, para perawat yang menyatukan lembaran-lembaran formulir dan kronologis, jangan sampai ada lembaran yang berceceran
2. Petugas Unit Rekam Medis berkewajiban menemukan hal-hal yang kurang dalam perekaman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.

Analisa kuantitatif diperlukan untuk mengidentifikasi ada atau tidaknya sesuatu yang dihilangkan. Disamping itu agar rekam medis lengkap dan dapat dipergunakan bagi referensi pelayanan kesehatan, melindungi minat hukum, sesuai dengan peraturan yang ada.

### **3.1.6. Isi Rekam Medis**

Sehubungan Peraturan Menteri Kesehatan RI. No. 749a/ MenKes/ Pers/ XII/ 1989 tentang rekam medis maka:

1. Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan dapat dibuat selengkap-lengkapnyanya dan sekurang-kurangnya memuat: identitas, anamnesis, diagnosis, dan tindakan/ pengobatan

2. Isi rekam medis untuk pasien rawat inap sekurang-kurangnya memuat: identitas pasien, anamnesis, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan laboratorium, diagnosis, persetujuan tindakan medis, tindakan pengobatan, usaha keperawatan, catatan observasi, resume akhir dan evaluasi pengobatan.
3. Informasi yang diminta pada identitas, meliputi: nama pasien, nomor rekam medis, tempat/ tanggal lahir, jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan, agama, nama ayah, nama ibu, alamat.
4. Riwayat poliklinik berisi informasi: tanggal kunjungan, poliklinik yang melayani, diagnosis, tindakan yang diberikan, dokter yang melayani.

Pasal 5 Permenkes RI nomor:749/ MENKES/ PER/ XII/ 1989

*Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan dan tindakan.*

Sedangkan ketentuan Isi Rekam Medis menurut Pedoman Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia adalah:

1. Pengisian rekam medis hanya dilakukan oleh orang yang berhak di rumah sakit itu, diberi catatan tanggal, jam, dan nama
2. Tiap rekam medis meliputi identifikasi pasien yaitu nomor rekam medis/ registrasi, nama lengkap pasien, alamat, jenis kelamin, orang yang terkait dengan pelayanan gawat darurat

### **3.2. Standar Dalam Program Menjaga Mutu**

Standar menunjuk pada tingkat ideal tercapai yang diinginkan (Azwar, 1996).

Lazimnya ukuran tingkat ideal tercapai tersebut tidaklah disusun terlalu kaku,

melainkan dalam bentuk minimal dan maksimal (*range*). Penyimpangan yang terjadi namun masih dalam batas-batas yang dibenarkan disebut toleransi.

Standar dalam Program Menjaga Mutu secara umum dapat dibedakan menjadi 2 macam yaitu (Azwar, 1996):

1. Standar Pelayanan Minimal

Yang dimaksud dalam standar persyaratan minimal adalah yang menunjuk pada keadaan minimal yang harus dipenuhi untuk dapat menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu. Standar Pelayanan Minimal ini dibedakan menjadi 3 macam yaitu:

- a. Standar Masukan
- b. Standar Lingkungan
- c. Standar Proses

2. Standar penampilan minimal

Standar Penampilan Minimal adalah yang menunjuk pada penampilan pelayanan kesehatan yang masih dapat diterima. Standar ini, karena menunjuk pada unsur keluaran (*standard of output*), atau populer juga dengan standar penampilan (*standard of performance*). Untuk mengetahui apakah mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan masih dalam taraf wajar atau tidak, ditetapkan standar keluaran.

Bentuk Program Menjaga Mutu dapat dibedakan menjadi 3 macam yaitu:

1. Program Menjaga Mutu Prospektif (*Prospective Quality Assurance*)

Yang dimaksud dengan Program Menjaga Mutu Prospektif adalah yang diselenggarakan sebelum pelayanan kesehatan. Pada bentuk ini, perhatian utama lebih ditujukan pada standar masukan serta standar lingkungan. Untuk menjamin

terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, dilakukan pemantauan dan penilaian terhadap tenaga pelaksana, dana dan sarana, di samping terhadap kebijakan organisasi dan manajemen institusi kesehatan.

Prinsip-prinsip pokok Program Menjaga Mutu Prospektif ini sering dimanfaatkan dan tercantum dalam banyak peraturan perundang-undangan. Beberapa diantaranya adalah:

a. Standarisasi (*standardization*)

Untuk dapat menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, ditetapkanlah standarisasi institusi kesehatan. Izin menyelenggarakan kesehatan hanya diberikan kepada institusi kesehatan yang telah memenuhi standar yang telah ditetapkan.

b. Perizinan

Sekalipun standarisasi telah terpenuhi, bukan lalu berarti mutu pelayanan selalu dapat dipertanggungjawabkan. Untuk mencegah pelayanan yang tidak bermutu, standarisasi perlu diikuti dengan perizinan yang lazimnya ditinjau secara berkala. Izin menyelenggarakan hanya diberikan kepada institusi kesehatan dan atau tenaga pelaksana yang tetap memenuhi standar yang ditetapkan.

c. Sertifikasi

Sertifikasi adalah tindak lanjut dari perizinan, yakni memberikan sertifikat (pengakuan) kepada institusi kesehatan dan atau tenaga pelaksana yang benar-benar telah dan atau tetap memenuhi persyaratan.

d. Akreditasi

Akreditasi adalah bentuk lain dari dari sertifikasi yang nilainya lebih tinggi. Akreditasi Rumah Sakit menurut Depkes adalah suatu pengakuan yang diberikan oleh pemerintah pada rumah sakit karena telah memenuhi standar yang ditentukan (Lumerta, 2008). Dengan kriteria penilaian rumah sakit yang lulus akrediasi apabila mempunyai skor nilai rata-rata di atas 75%, rumah sakit yang lulus bersyarat (skor 60-75%) atau tidak lulus (skor di bawah 60%)

## 2. Program Menjaga Mutu Konkruen (*Concurrent Quality Assurance*)

Yang dimaksud dengan Program Menjaga Mutu Konkruen adalah yang diselenggarakan bersamaan dengan pelayanan kesehatan. Pada bentuk ini, perhatian utama lebih ditujukan pada standar proses, yakni memantau dan menilai tindakan medis dan nonmedis yang dilakukan.

## 3. Program Menjaga Mutu Retrospektif (*Retrospective Quality Assurance*)

Yang dimaksud dengan Program Menjaga Mutu Retrospektif adalah yang diselenggarakan setelah selesainya pelayanan kesehatan. Pada bentuk ini, perhatian utama lebih ditujukan pada standar keluaran, yakni memantau dan menilai penampilan pelayanan kesehatan. Jika penampilan tersebut berada di bawah standar yang ditetapkan, maka berarti pelayanan kesehatan yang diselenggarakan kurang bermutu. Beberapa contoh program menjaga mutu retrospektif adalah rewi rekam medis (*record review*), rewi jaringan (*tissue review*), survei klien (*client survey*)

### 3.3. Mutu Rekam Medis

Rekam medis merupakan catatan atau dokumen dan bukti yang otentik pelayanan yang diberikan kepada penderita oleh petugas kesehatan serta dapat digunakan untuk menilai mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit. Oleh karena itu mutu yang baik dapat mencerminkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan baik pula. (Huffman, 1994)

Rekam medis yang bermutu diperlukan untuk persiapan evaluasi/ audit medis terhadap pelayanan medis. Caranya yaitu dengan melakukan penelaahan secara retrospektif terhadap rekam medis. Tanpa dipenuhinya syarat mutu rekam medis, maka dokter maupun rumah sakit akan sukar membela diri di depan pengadilan apabila ada tuntutan malpraktik medis.

Faktor-faktor yang mempengaruhi mutu kelengkapan rekam medis sangat dipengaruhi faktor-faktor sumberdaya tenaga kesehatan, termasuk antara lain tenaga, sarana, metode, teknologi, yang digunakan dan pembiayaan. Berhasil tidaknya peningkatan mutu tergantung monitoring faktor-faktor di atas dan umpan balik dari hasil pelayanan yang dihasilkan untuk perbaikan lebih lanjut. (Wasistho, 1993)

- a. Faktor Sumber Daya tenaga kesehatan, terutama dokter, paramedis, perawat dan petugas lainnya dalam ketaatan pengisian rekam medis. Karakteristik tenaga pengisi tersebut antara lain pendidikan, pelatihan tentang rekam medis, masa kerja petugas, pembagian tugas yang sesuai dengan beban kerja. Sesudah dokter memeriksa pasien, membuat diagnosis, memberikan pengobatan, dan instruksi perlu untuk meluangkan waktu segera mengisi rekam medis secara lengkap, akurat, jelas, dan tepat waktu. Sedangkan untuk tenaga medis perawat yang sepanjang hari berhubungan dengan pasien dan mengikuti instruksi dokter, memberikan obat, makanan dan lainnya, juga memerlukan ketelitian. Disamping

kesabaran dalam melayani pasien. Segala sesuatu yang dilakukan terhadap pasien harus dicatat secara cermat pada rekam medis

- b. Faktor sarana dan prasarana untuk pengisian rekam medis adalah alat tulis, komputer, lembar status pasien dan tempat penyimpanan berkas rekam medis.
- c. Faktor prosedur, '*Standard Operating Procedure*' (SOP) untuk pengisian rekam medis, agar pengisian sesuai dengan standar yang ada. Perlu adanya pemantauan yang dilakukan secara berkesinambungan dan konsekuen terhadap prosedur kerja rekam medis.
- d. Faktor pembiayaan, perlu adanya anggaran yang memadai untuk pengisian rekam medis, baik untuk petugas, sarana/ prasarana yang dibutuhkan untuk pelaksanaan rekam medis.

### **3.3.1. Standar Pelayanan Rekam Medis**

Menurut Azrul Azwar (1996), Standar berfungsi untuk memandu para pelaksana program dalam menjaga mutu maka diperlukan suatu standar yang harus dipenuhi. Begitupula rekam medis, karena rekam medis merupakan salah satu dari indikator mutu rumah sakit, maka rekam medis harus mempunyai standar pelayanan. Standar Pelayanan Rekam Medis menurut Pedoman akreditasi tahun 1994 adalah sebagai berikut:

#### Standar 1. Falsafah dan tujuan

Rumah sakit harus menyelenggarakan rekam medis yang merupakan bukti tentang proses pelayanan medis kepada pasien.

Kriteria

Rekam medis harus memuat informasi yang cukup dan akurat tentang identitas pasien, diagnosis, perjalanan penyakit, proses pengobatan, dan tindakan medis serta dokumentasi hasil pelayanan.

### Standar 2. Administrasi dan pengelolaan

Rekam Medis diorganisasi dan dikelola untuk mendukung pelayanan medis yang efektif

Kriteria:

1. Suatu pernyataan tertulis yang memuat tujuan yang menggambarkan peranan unit rekam medis dan kegiatan pelayanannya
2. Harus ada bagan organisasi yang menggambarkan garis komando tanggung jawab, dan hubungan kerja dengan unit lain.
3. Uraian tugas dan kewajiban kerja tertulis harus diberikan kepada setiap pegawai dan meliputi hal:
  - a. Kualifikasi pemegang jabatan
  - b. Garis kewenangan/ perintah
  - c. Fungsi dan tanggung jawab
  - d. Frekuensi dan evaluasi staf
  - e. Kondisi kerja
4. Adanya komite rekam medis atau unit kerja yang ditunjuk dan yang serupa bertanggung jawab kepada pimpinan rumah sakit dengan tugas:
  - a. Menentukan standar dan kebijakan pelayanan
  - b. Mengusulkan upaya yang perlu dalam penanggulangan masalah pelayanan rekam medis

- c. Mengusulkan upaya yang perlu dalam penanggulangan masalah pelayanan rekam medis
  - d. Menganalisis secara teratur isi Rekam Medis untuk menentukan apakah informasi klinik sudah cukup dalam asuhan pasien
5. Susunan komite rekam medis ditentukan oleh pimpinan rumah sakit, komite rekam medis harus :
- a. Melakukan rapat secara teratur
  - b. Membuat laporan rapat
  - c. Melaporkan kepada pimpinan Rumah Sakit
  - d. Menghadiri rapat yang terkait
6. Informasi statistik harus dibuat oleh unit rekam medis dan dibagikan kepada unit lain yang terkait, meliputi:
- a. Jumlah pasien yang dirawat dan pulang
  - b. Kelahiran dan kematian
  - c. Tindakan yang dilakukan
  - d. Diagnosis
  - e. Lama rawat inap (hari)
  - f. Komplikasi
  - g. Otopsi
7. Kepala unit rekam medis bertanggung jawab atas pengelolaan sumberdaya yang ada.

### Standar 3. Staf dan pimpinan

Pelayanan rekam medis diselenggarakan untuk mencapai tujuan pelayanan rumah sakit

#### Kriteria

1. Unit rekam medis yang dipimpin oleh kepala bagian dengan latar belakang pendidikan dan pengalaman yang sesuai
2. Jumlah dan jenis staf sesuai kebutuhan

### Standar 4. Fasilitas dan Peralatan

Fasilitas dan perawatan yang cukup harus disediakan agar tercapai pelayanan yang efisien.

#### Kriteria

1. Unit rekam medis mempunyai lokasi sedemikian rupa sehingga pengambilan dan distribusi rekam medis lancar
2. Ruang kerja harus memadai untuk staf agar dapat mengelola rekam medis termasuk *microfilm*
3. Harus ada ruang penyimpanan dokumen

#### Pengertian:

- a. Ruang penyimpanan cukup untuk rekam medis aktif yang masih digunakan;
  - b. Ruang penyimpanan cukup untuk menjamin bahwa rekam medis non aktif yang tidak digunakan lagi sesuai peraturan yang ada
4. Ruang yang ada harus cukup menjamin bahwa Rekam Medis aktif dan non aktif tidak hilang, rusak atau diambil oleh yang tidak berhak

### Standar 5. Kebijakan dan Prosedur

Kebijakan dan prosedur tertulis harus tersedia yang mencerminkan pengelolaan unit Rekam Medis dan menjadi acuan bagi staf rekam medis yang bertugas

#### Kriteria

1. Harus ada Rekam Medis untuk setiap pasien

#### Pengertian:

- a. Rekam medis yang meliputi data pasien baik rawat inap, rawat jalan atau gawat darurat. Rekam Medis itu berada dalam satu map dan mempunyai satu nomor
  - b. Bila terpaksa Rekam Medis tidak dalam satu sistem, maka harus dimungkinkan informasi silang dari satu dokumen ke dokumen lainnya
2. Harus ada sistem identifikasi, indeks induk, dan sistem dokumen yang memudahkan penarikan rekam medis. Pencarian ini 24 jam
  3. Harus ada kebijakan agar informasi dalam rekam medis tidak hilang, rusak atau digunakan oleh orang yang tidak berhak

#### Pengertian:

Harus ada izin khusus untuk menggunakan informasi medis oleh orang yang tidak terlibat langsung

Rekam medis hanya dapat dibawa keluar rumah sakit dengan izin tertulis

4. Dokter, perawat dan paramedik non profesi bertanggung jawab akan kebenaran dan ketepatan pengisian Rekam Medis dan hal ini diatur dalam anggaran dasar peraturan dan panduan kerja Rumah Sakit.

#### Pengertian:

- a. Riwayat penyakit, dan hasil pemeriksaan sudah lengkap dalam 24 jam setelah pasien dirawat dan sebelum tindakan operasi
  - b. Tindakan pembedahan dan prosedur lain harus segera dilaporkan setelah tindakan paling lambat pada hari yang sama
  - c. Semua rekam medis harus sudah dilengkapi paling lambat 14 hari setelah pasien pulang kecuali bila hasil tes dan otopsi belum ada
  - d. Semua rekam medis diberi kode dan indeks dalam waktu 1 bulan setelah pasien pulang
5. Harus ada kebijakan mengenai penyimpanan rekam medis dan cara penyimpanan dari rekam medis yang masih berlaku atau tidak
  6. Ada sistem untuk memantau rekam medis yang keluar dari rumah sakit
  7. Ada kebijakan dan peraturan prosedur yang dapat ditinjau setiap tiga tahun
  8. Rekam Medis harus cukup rinci agar:
    - a. Pasien mendapat informasi yang berkesinambungan tentang perawatannya
    - b. Ada informasi yang efektif antara dokter dan perawat
    - c. Konsulen mendapat informasi yang dibutuhkan
    - d. Dokter lain dapat menilai pelayanan pasien
    - e. Dapat menilai kualitas pelayanan saat itu secara retrospektif
  9. Pengisian rekam medis hanya dilakukan oleh orang yang berhak di Rumah Sakit itu, diberi catatan tanggal, jam, dan nama pemeriksa
  10. Pengisian dan perubahan nama Rekam Medis harus diketahui
  11. Singkatan dan symbol yang dipakai ialah yang diakui oleh panitia Rekam Medis
  12. Bila mungkin semua laporan asli oleh dokter, perawat dan paramedic non profesi disimpan dalam rekam medis

13. Tiap laporan medis meliputi identifikasi pasien:

- a. Nomor Rekam Medis registrasi
- b. Nama lengkap pasien
- c. Alamat
- d. Jenis kelamin
- e. Orang yang terkait pada pelayanan gawat darurat

Pengertian:

Nama pasien dan nomor registrasi harus ditulis pada tiap lembar Rekam Medis

14. Tanda bahaya/ peringatan misalnya ALERGI harus ditulis di halaman depan Rekam Medis

15. Rekam Medis mencantumkan diagnosis waktu pasien diterima oleh dokter

16. Rekam Medis mencakup riwayat pasien yang berkaitan dengan kondisi/ penyakit pasien meliputi:

- a. Riwayat dan perjalanan penyakit
- b. Riwayat dan penyakit keluarga
- c. Keadaan sosial

17. Rekam medis mencakup pemeriksaan fisik secara rinci oleh dokter pada pasien masuk rumah sakit

Pengertian:

Bila pasien sudah pernah diperiksa maka catatan yang ada dapat digunakan sepanjang informasi itu berkaitan dengan penyakit yang ada pada saat pasien masuk

18. Ada catatan pasien menerima penjelasan penyakit dan izin tindakan (informed consent)

Pengertian:

Catatan tersebut sesuai dengan kebijakan rumah sakit dan diberikan oleh dokter. Izin khusus diperlukan misalnya untuk terapi syok listrik, abortus dan sterilisasi

19. Perintah pemberaian obat dibuat tertulis oleh dokter
20. Perintah terapi dan diagnostic khusus dibuat tertulis
21. Ada rencana perawatan dan pengobatan secara tertulis
22. Catatan kemajuan, hasil observasi, dan konsultasi dibuat tertulis oleh dokter, perawat dan paramedis lainnya untuk mencatat semua perubahan yang ada pada kondisi pasien dan hasil pengobatan
23. Dokter membuat diagnosis prabedah sebelum operasi dan kemudian harus ada laporan operasi segera setelah pembedahan yang meliputi:
  - a. Rincian dan keadaan yang ditemukan
  - b. Prosedur yang dilakukan
  - c. Jaringan yang dibuang
  - d. Diagnosis
  - e. Instruksi pasca bedah
  - f. Tanda tangan pembedah
24. Rekam medis anestesi meliputi hal berikut:
  - a. Catatan penilaian prabedah oleh dokter bagian anestesi
  - b. Obat, cara, dan dosis pemberian
  - c. Pemantauan tanda vital
  - d. Terapi cairan

- e. Instruksi pasca anestesi
  - f. Nama dan tandatangan dokter anestesi
  - g. Hal lain yang sesuai dengan peraturan formal yang berlaku
25. Halaman depan rekam medis meliputi diagnosis dan prosedur tindakan yang dilakukan sesuai dengan terminology terbaru ICD atau modifikasi yang diakui
26. Untuk tiap pasien yang pulang harus ada ringkasan penyakit yang dibuat dalam 14 hari setelah pasien pulang; sehelai tembusan diserahkan pada Bagian Rekam Medis.
- Ringkasan tersebut meliputi:
- a. Diagnosis akhir waktu pulang
  - b. Prosedur tindakan yang dilakukan
  - c. Rencana pemeriksaan lanjutan
  - d. Instruksi pada pasien, bila perlu
- Bila pasien dirujuk, maka ringkasan harus meliputi:
- a. Kondisi waktu pasien keluar
  - b. Rekapitulasi kondisi pasien saat dirawat
27. Bila dilakukan otopsi diagnosis harus dicantumkan paling lambat 72 jam kemudian dan rekam medis dilengkapi paling lambat satu bulan setelah kematian

#### Standar 6. Pengembangan staf dan program pendidikan

Semua staf mempunyai kesempatan untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan yang berguna untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan

Kriteria

1. Program orientasi diselenggarakan untuk staf baru agar mengetahui pekerjaan dan tanggung jawabnya
2. Ada mekanisme identifikasi kebutuhan dan pengembangan staf yang berkaitan dengan peningkatan prestasi
3. Ada kesempatan bagi semua staf untuk mengikuti latihan kerja dan pendidikan berkelanjutan yang sesuai

Pengertian:

Bila rumah sakit tidak mempunyai hal itu, dapat dimintakan pada sumber di luar

4. Staf profesional perlu dibantu untuk dapat menghadiri pertemuan dan program profesi

#### Standar 7. Evaluasi dan Pengendalian mutu

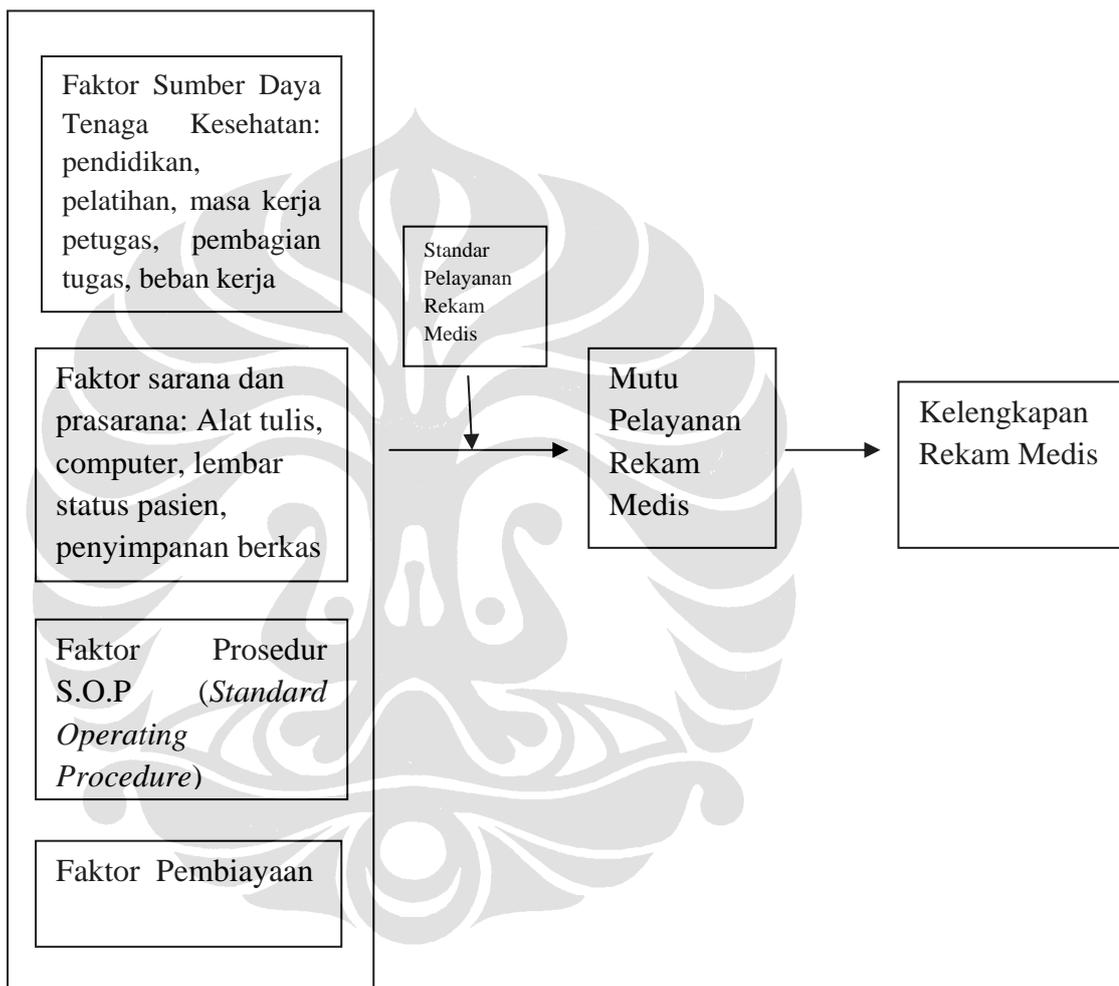
Adanya prosedur baku untuk menilai kualitas pelayanan dan menanggulangi masalah yang timbul

Kriteria

1. Pelayanan rekam medis merupakan bagian dari program pengendalian mutu rumah sakit
2. Pelayanan terus menerus dipantau dan dinilai
3. Pengendalian mutu meliputi hal berikut:
  - a. Pemantauan pengumpulan informasi rutin mengenai pelayanan
  - b. Analisis penilaian berkala untuk identifikasi masalah penting dalam pelayanan dan kemungkinan perbaikan
  - c. Tindakan bila ada masalah, tindakan penyelesaian dilakukan dan kemudian dicatat

- d. Evaluasi: efektivitas tindakan dinilai untuk peningkatan jangka panjang
- e. Umpan balik: hasil kegiatan disebarluaskan kepada staf

### 3.4. Kerangka Teori

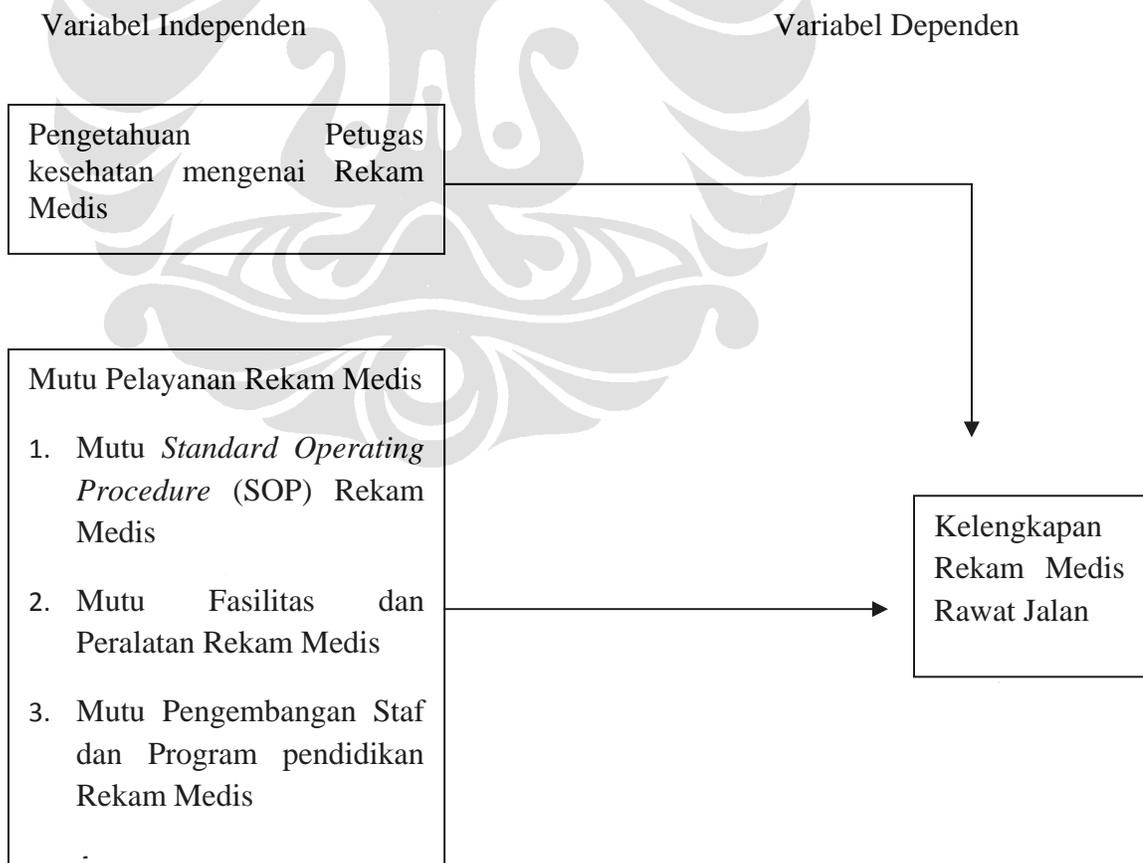


## BAB 4

### KERANGKA KONSEP

#### 4.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan pada bahasan sebelumnya yaitu latar belakang, gambaran umum instansi, tinjauan pustaka, serta kerangka teori, maka dikembangkan kerangka konsep untuk menentukan hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Kerangka konsep pada penelitian ini adalah sebagai berikut:



## 4. 2. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep maka disusun Hipotesa sebagai berikut:

1. Ada perbedaan yang signifikan antara Nilai Mutu Pengetahuan Petugas Kesehatan dengan Kelengkapan Rekam Medis Rawat Jalan
2. Ada perbedaan yang signifikan antara Nilai Mutu *Standard Operating Procedure* (SOP) rekam medis dengan Kelengkapan Rekam Medis Rawat Jalan
3. Ada perbedaan yang signifikan antara Nilai Mutu Fasilitas dan Peralatan Rekam Medis dengan Kelengkapan Rekam Medis Rawat Jalan
4. Ada perbedaan yang signifikan antara Nilai Mutu Pengembangan staf dan Program Pendidikan Rekam Medis dengan Kelengkapan Rekam Medis Rawat Jalan
5. Ada perbedaan yang signifikan antara Nilai Mutu pelayanan rekam medis dengan Kelengkapan Rekam Medis Rawat Jalan

### 4.3. Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Variabel Independen					
1. Pengetahuan rekam medis	Kemampuan kognitif yang dimiliki Responden mengenai rekam medis yang meliputi 10 pertanyaan mengenai rekam medis yaitu kegunaan, kepemilikan, hal yang harus dicantumkan dalam rekam medis, Tanggung jawab terhadap rekam medis,	Kuesioner	Wawancara	Skor	Nominal
2. Mutu <i>Standard Operating Procedure</i> (SOP)	Penilaian responden terhadap pengorganisasian, pengolahan dan kebijakan yang menunjang pelayanan rekam medis menurut Pedoman akreditasi pelayanan Rumah Sakit yang meliputi administrasi dan pengelolaan rekam medis, kebijakan dan prosedur Rekam Medis	Kuesioner	Wawancara	Skor	Nominal
3. Mutu Fasilitas dan Peralatan Rekam Medis	Penilaian responden terhadap lokasi unit rekam medis, ruang kerja staf, ruang penyimpanan dokumen dan peralatan yang menunjang pelayanan rekam medis menurut Pedoman akreditasi Pelayanan Rumah Sakit	Kuesioner	Wawancara	Skor	Nominal
4. Mutu	Penilaian responden terhadap	Kuesioner	Wawancara	Skor	Nominal

Pengembangan staf dan program pendidikan rekam medis	pengembangan staf yang berupa pelatihan atau program pendidikan yang dapat menambah skill petugas rekam medis menurut Pedoman Akreditasi Pelayanan Rumah Sakit			Skor	
5. Mutu Pelayanan Rekam Medis	Penilaian responden terhadap tingkat kesempurnaan pelayanan rekam medis sesuai dengan standar pelayanan minimal rekam medis menurut Pedoman Akreditasi Pelayanan Rumah Sakit yang terdiri atas mutu SOP, fasilitas dan peralatan rekam medis, serta Pengembangan staf dan program pendidikan rekam medis	Kuesioner	Wawancara		Nominal
Kelengkapan Pengisian Rekam Medis	Kelengkapan pengisian rekam medis berdasarkan Pedoman Akreditasi Rumah Sakit, Depkes yaitu Identitas responden Anamnesa, Diagnosis dokter, Tindakan/ Pengobatan dan aspek legal rekam medis	Daftar Tilik	Observasi	Skor	Nominal
1. Identitas	Ciri khas atau jatidiri pasien yang	Daftar Tilik	Observasi	1. Ada	Ordinal

Pasien	terdiri dari Nomor rekam medis, nama pasien, Jenis Kelamin Pasien, TTL pasien, Pekerjaan pasien, Status Perkawinan, Agama Pasien, Nama Penjamin, Alamat Pasien)			0. Tidak Ada	
Nomor Rekam Medis	Nomor identifikasi permanen untuk staf administrasi dan sebagai nomor identifikasi rekam medis karena nomor ini dipergunakan untuk menyimpan rekam medis	Daftar Tilik	Observasi	1. Ada 0. Tidak Ada	Ordinal
Nama pasien	Nama pasien pada rekam medis berfungsi sebagai ciri khas/ data jati diri seseorang yang dapat membedakan pasien satu dengan pasien lainnya	Daftar Tilik	Observasi	1. Ada 0. Tidak Ada	Ordinal
Jenis Kelamin	Pasien laki-laki dan perempuan yang sebagai jati diri untuk mengidentifikasi seseorang	Daftar Tilik	Observasi	1. Ada 0. Tidak Ada	Ordinal
Tempat Tanggal Lahir Pasien	Suatu ciri khas atau jati diri seseorang yang permanen dan untuk menentukan umur seseorang	Daftar Tilik	Observasi	1. Ada 0. Tidak Ada	Ordinal
Pekerjaan Pasien	Usaha yang dikerjakan secara tetap	Daftar Tilik	Observasi	1. Ada	Ordinal

	untuk menghasilkan uang guna membiayai kehidupan pribadi/keluarga			0. Tidak Ada	
Status Perkawinan	Memiliki status perkawinan yang diakui oleh pemerintah	Daftar Tilik	Observasi	1. Ada 0. Tidak Ada	Ordinal
Agama	Memiliki keyakinan/ <i>religion</i> terhadap Tuhan	Daftar Tilik	Observasi	1. Ada 0. Tidak Ada	Ordinal
Nama Penjamin	Nama orang yang bertanggungjawab atas pasien yang terdiri atas nama ayah dan ibu atau nama suami. Untuk laki-laki yang sudah menikah data ini tidak diisi karena dia yang bertanggungjawab secara langsung	Daftar Tilik	Observasi	1. Ada 0. Tidak Ada	Ordinal
Alamat Pasien	Data tempat tinggal pasien saat ini	Daftar Tilik	Observasi	1. Ada 0. Tidak Ada	Ordinal
2. Anamnesa	Riwayat pasien yang berkaitan dengan kondisi/ penyakit pasien yang meliputi: a. Riwayat dan perjalanan penyakit b. Riwayat dan penyakit keluarga c. Keadaan sosial	Daftar Tilik	Observasi	1. Ada 0. Tidak Ada	Ordinal
3. Diagnosis	Penentuan penyakit pasien	Daftar Tilik	Observasi	1. Ada 0. Tidak Ada	Ordinal

4. Tindakan/ Pengobatan	Tindakan/ pengobatan yang harus dilakukan petugas kesehatan untuk menyembuhkan pasien	Daftar Tilik	Observasi	1. Ada 0. Tidak Ada	Ordinal
5. Aspek legal (hukum)	Pemenuhan aspek hukum dalam pengisian rekam medis yaitu, diberi nama petugas kesehatan, tanda tangan, tanggal, dan jam	Daftar Tilik	Observasi	1. Ada 0. Tidak Ada	Ordinal
Nama Petugas	Adanya nama petugas yang menulis di dalam rekam medis misalnya nama dokter/ perawat	Daftar Tilik	Observasi	1. Ada 0. Tidak Ada	Ordinal
Tandatangan	Adanya tandatangan sebagai identitas yang menulis di dalam rekam medis	Daftar Tilik	Observasi	1. Ada 0. Tidak Ada	Ordinal
Tanggal	Tanggal kedatangan / pemeriksaan pasien atau tindakan	Daftar Tilik	Observasi	1. Ada 0. Tidak Ada	Ordinal
Waktu	Jam kedatangan/ pemeriksaan pasien/ tindakan	Daftar Tilik	Observasi	1. Ada 0. Tidak Ada	Ordinal