

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 340/MENKES/PER/III/2010 adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat.^[1]

2. Jenis – Jenis Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit

Jenis – jenis pelayanan rumah sakit yang minimal wajib disediakan oleh rumah sakit menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 129/MENKES/SK/II/2008 meliputi :

- a. Pelayanan gawat darurat.
- b. Pelayanan rawat jalan.
- c. Pelayanan rawat inap.
- d. Pelayanan bedah.
- e. Pelayanan persalinan dan perinatologi.
- f. Pelayanan intensif.
- g. Pelayanan radiologi.
- h. Pelayanan laboratorium patologi klinik.
- i. Pelayanan rehabilitasi medik.
- j. Pelayanan farmasi.
- k. Pelayanan gizi.
- l. Pelayanan transfusi darah.

- m. Pelayanan keluarga miskin.
- n. Pelayanan rekam medis.
- o. Pengelolaan limbah.
- p. Pelayanan administrasi manajemen.
- q. Pelayanan ambulans/kereta jenazah.
- r. Pelayanan pemulasaraan jenazah.
- s. Pelayanan laundry.
- t. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit.
- u. Pencegah Pengendalian Infeksi. ^[3]

B. Rekam Medis

1. Pengertian Rekam Medis

Menurut permenkes / no. 269/ MENKES/ Per / III/ 2008 Bab I, pasal 1, disebutkan bahwa rekam medis adalah berkas berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. ^[2]

Sedangkan menurut Huffman E.K, 1992Rekam medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana, dan bagaimana pelayanan yang diberikan pasien selama masa perawatan yang memuat pengetahuan mengenai pasien dan pelayanan yang diperolehnya serta memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, membenarkan diagnosis, dan pengobatan serta merekam hasilnya.^[4]

Dengan demikian rekam medis adalah rekaman atau catatan tentang identitas pasien, riwayat penyakit, anamnesa, pemeriksian,

pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan pada pasien pada sarana pelayanan kesehatan lainnya.

2. Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis

a. Tujuan Rekam Medis

Tujuan dari pengelolaan system rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit.^[4]

b. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis dengan singkatan ALFRED, yaitu :

1) *Administrasion* (Administrasi)

Data dan informasi yang dihasilkan rekam medis dapat digunakan untuk melaksanakan fungsinya guna pengelolaan sumber daya, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan para medis dalam mencapai tujuan.

2) *Legal* (Hukum)

Sebagai alat bukti hukum yang dapat melindungi hokum terhadap pasien, provider, kesehatan (dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya), serta pengelola dan pemilik sarana kesehatan karena isinya menyangkut masalah hukum adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka usaha menegakkan serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

3) *Financial* (Keuangan)

Setiap jasa yang diterima pasien bila dicatat dengan lengkap dan benar maka dapat digunakan untuk menghitung biaya yang harus dibayar oleh pasien. Karena isinya dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan di rumah sakit. Tanpa adanya bukti catatan tindakan atau pelayanan maka pembayaran pelayanan tidak dapat dipertanggung jawabkan.

4) *Research* (Penelitian)

Berbagai macam penyakit yang telah dicatat ke dalam dokumen rekam medis dapat dilakukan penelusuran guna kepentingan penelitian, karena isinya mengandung data informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

5) *Education* (Pendidikan)

Para mahasiswa atau pendidik atau peneliti dapat belajar dan mengembangkan ilmunya dengan menggunakan dokumen rekam medis, karena isinya menyimpan data atau informasi tentang perkembangan kronologis dari pelayanan medik yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat digunakan untuk referensi pengajaran dibidang profesi.

6) *Documentation* (Dokumentasi)

Rekam medis sebagai dokumen sebab memiliki sejarah medis seseorang, karena isinya menjadi sumber ingatan

yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.^[4]

C. Ergonomi

1. Pengertian Ergonomi

Ergonomi atau human Engineering menurut Tarwaka, dkk (2004) merupakan suatu ilmu, seni dan penerapan teknologi untuk menyeimbangkan antara alat atau fasilitas kerja, cara dan lingkungan kerja terhadap kemampuan dan keterbatasan baik fisik maupun mental manusia, sehingga manusia dapat bekerja secara optimal tanpa pengaruh buruk dari pekerjaannya.^[5]

Sedangkan menurut Wignyosoebroto, Sritomo (1995) ergonomi adalah suatu pengetahuan yang sistematis untuk memanfaatkan informasi mengenai sifat, kemampuan dan keterbatasan manusia untuk merancang suatu sistem kerja, sehingga orang dapat hidup dan bekerja dalam sistem kerja tersebut dengan baik.^[6]

2. Tujuan Ergonomi

Secara umum tujuan dari penerapan ergonomi menurut Tarwaka, dkk (2004: 7) adalah sebagai berikut:

- a. Meningkatkan kesejahteraan fisik dan mental melalui upaya pencegahan cedera dan penyakit akibat kerja, menurunkan beban kerja fisik dan mental, mengupayakan promosi dan kepuasan kerja.
- b. Meningkatkan kesejahteraan sosial melalui peningkatan kualitas kontak sosial, mengelola dan mengkoordinir kerja secara tepat

guna dan meningkatkan jaminan sosial baik selama kurun waktu usia produktif maupun setelah tidak produktif.

- c. Menciptakan keseimbangan rasional antara berbagai aspek yaitu aspek teknis, ekonomis, antropologis dan budaya dari setiap sistem kerja yang dilakukan sehingga tercipta kualitas hidup yang tinggi.^[5]

D. Filing

1. Sistem Pemberian Nomor Rekam Medis

Sistem pemberian nomor rekam medis adalah tata cara penetapan nomor rekam medis kepada pasien yang mendaftar untuk berobat dan semua formulir rekam medis atas nama pasien tersebut. Menurut Buku Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit (1991 : 13), pemberian nomor rekam medis ada 3 yaitu:

a. Pemberian Nomor Cara Seri (*Serial Numbering System*)

Dengan sistem ini setiap pasien mendapat nomor baru setiap kunjungan ke rumah sakit. Jika pasien berkunjung lima kali, mendapat lima nomor yang berbeda. Semua nomor yang diberikan kepada pasien tersebut harus di catat pada Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) pasien yang bersangkutan. Rekam medisnya disimpan diberbagai tempat sesuai nomor yang telah diperoleh.

b. Pemberian Nomor Cara Unit (*unit numbering system*)

Sistem ini memberikan hanya satu unit rekam medis kepada pasien baik pasien tersebut berobat jalan maupun rawat

inap. Pada saat seorang pasien berkunjung pertama kali ke rumah sakit apakah sebagai pasien berobat jalan ataupun untuk dirawat, kepadanya diberikan satu nomor (*admitting number*) yang akan dipakai selamanya setiap kunjungan berikutnya, sehingga pasien tersebut hanya mempunyai satu rekam medis yang tersimpan dibawah satu nomor.

c. Pemberian nomor cara seri unit (*serial unit numbering system*)

Sistem ini merupakan gabungan antara sistem seri dan sistem unit. Setiap pasien yang berkunjung ke rumah sakit diberikan satu nomor baru tetapi rekam medisnya yang terahuludigabungkan dan disimpan di bawah nomor yang paling baru sehingga terciptalah satu unit rekam medis. Apa bila satu rekam medis lama diambil dan dipindahkan tempatnya ke nomor yang baru, di tempat yang lama diberi tanda petunjuk yang menunjukkan kemana rekam medis tersebut dipindahkan. Tanda petunjuk tersebut diletakkan menggantikan tempat rekam medis yang lama.^[7]

2. Sistem Penyimpanan Dokumen Rekam Medis

Sistem penyimpanan rekam medis menurut Depkes (1991) ada 2, yaitu :

a. Sentralisasi

Yaitu penyimpanan rekam medis pasien dalam satu kesatuan termasuk catatan-catatan kunjungan ke poliklinik dan catatan-catatan selama ia dirawat. Bagi poliklinik rumah sakit yang secara tetap memberikan pelayanan setiap hari, sistem inilah

yang paling baik. Catatan medisnya semua disimpan di bagian rekam medis.

b. Desentralisasi

Yaitu pemisahan antara rekam medis poliklinik, dengan rekam medis penderita dirawat. Rekam medis poliklinik disimpan di poliklinik, sedangkan rekam medis penderita dirawat disimpan di bagian rekam medis, untuk suatu rumah sakit yang terdiri dari dua bagian gedung yang luas dan terpisah satu sama lain, memang seharusnya memakai sistem ini.^[7]

3. Sistem Penjajaran Dokumen Rekam Medis

Sistem penjajaran dokumen rekam medis menurut Depkes (1991) mengikuti urutan nomor rekam medis dengan 3 metode, yaitu :

a. *Straight Numerical Filing* (SNF)

Penyimpanan dengan sistem nomor langsung adalah penyimpanan berkas rekam medis dalam rak secara berurutan sesuai dengan urutan nomor rekam medis. Misalnya, 225023, 225024, 225025, 225026.

b. *Terminal Digit Filing* (TDF)

Sistem ini menggunakan nomor dengan 6 angka, yang dikelompokkan menjadi 3, masing-masing terdiri dari 2 angka. Angka pertama adalah kelompok 2 angka yang terletak paling kanan, angka kedua adalah kelompok 2 angka yang terletak di tengah dan angka ketiga adalah kelompok 2 angka yang terletak paling kiri.

c. *Midle Digit Filing* (MDF)

Dalam sistem penyimpanan angka tengah, rekam medis diurutkan dengan pasangan angka-angka. Angka yang terletak ditengah menjadi angka pertama, angka yang terletak paling kiri menjadi angka kedua, dan angka paling kanan menjadi angka ketiga.^[7]

E. Penyimpanan atau Arsip

1. Peralatan Penyimpanan atau Arsip

Menurut Sugiarto, dkk (2005) Peralatan arsip sering digunakan untuk menyimpan arsip dalam jumlah yang banyak. Peralatan dapat dikelompokkan menjadi 3 (tiga) jenis yaitu:

- a. Alat penyimpanan tegak seperti lemari arsip. Lemari arsip dapat berupa 2 laci, 3 laci, 4 laci, 5 laci, dan 6 laci yang mempunyai kegunaan sebagai tempat gantungan folder.
- b. Alat penyimpanan menyamping merupakan alat yang sama seperti alat penyimpanan tegak namun bedanya diletakkan menyamping bukan tegak. Alat ini biasa disebut dengan file lateral.
- c. Alat penyimpanan berat merupakan alat yang mempunyai fungsi menyimpan arsip lebih banyak dan dapat digerakkan kedepan atau kebelakang dan sering disebut dengan Roll O-Pack.^[8]

2. Perlengkapan Penyimpanan atau Arsip

Perlengkapan yang sering digunakan untuk mendukung penyimpanan arsip adalah :

- a. Map atau folder merupakan tempat yang berfungsi sebagai menyimpan arsip seperti map jepit, bantex, dll. Map berfungsi sebagai tempat menyimpan arsip sesuai dengan subjek atau perihal surat.
- b. Pembatas atau guide merupakan penunjuk sekaligus tempat berkas-berkas disimpan dan pemisah antara berkas-berkas.
- c. Kata tangkap merupakan singkatan yang dibuat untuk mempermudah dalam pencarian arsip sebagai tanda pengingat arsip yang disimpan.
- d. Perlengkapan lain merupakan alat-alat yang mendukung dalam penyimpanan arsip. Contoh dari perlengkapan lain ini berupa pensil, pena, penghapus, label, dll. ^[8]

3. Formula Kebutuhan Rak File

$$\text{Kebutuhan sub rak filing} = \frac{\text{jumlah berkas}}{\text{panjang sub rak} \cdot \text{rata-rata tebal DRM}} \times \text{periode (tahun)}$$

Dalam merencanakan unit penyimpanan, harus ditentukan panjang pengarsipannya, kemudian diperkirakan panjang pengarsipan ini dibagi panjang rak yang ditentukan, akan memberikan jumlah unit yang diperlukan.

4. Kapasitas Rak File

Untuk mengetahui kapasitas rak file perlu diperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhi, meliputi : volume rak, rata-rata berkas, sistem penjajaran yang digunakan. Di dalam aktifitas filing mungkin terjadi proses penambahan berkas (*admission*) dan penyusutan

(*discharge*), serta refilling teratur atau proses transaksi (pendistribusian berkas), untuk itu perlu diketahui berapa rata-rata penambahan dan penyusutan berkas. Selain itu kapasitas rak file itu juga dipengaruhi frekuensi berkas yang digunakan (*reference ration*), *Supreme Equepment & System Corporation* melaporkan tingkat referensi tercapai sekitar 25 sampai 40 penggunaan perjam. Untuk tingkat rasio referensi dari filing aktif ke filing in-aktif sekitar 5 sampai 10 persen.

5. *File Expantion*

Perencanaan untuk perluasan file dipengaruhi oleh pilihan sistem penomoran.

- a. Pada sistem penomoran dan pengarsipan unit perlu tersedia daerah kosong 25% karena akan dipakai untuk perluasan catatan medis.
- b. Pada sistem pengarsipan serial-unit yang memetik catatan medis lama kedepan akan terdapat celah-celah dirak arsip karena catatan tersebut dipindahkan. Hal ini akan mudah sekali terjadi kalau tingkat readmission tinggi.
- c. Dengan sistem penomoran dan pengarsipan serial jumlah rak akan konstan dan perluasan hanya terjadi pada satu arah pada saat diterbitkannya nomor baru untuk pasien yang akan datang.

6. *Time Series Data / Trend Data (Analisa Data Berkala)*

Pengertian analisa deret berkala adalah analisa variasi variable dari waktu ke waktu dalam bentuk-bentuk angka indeks. *Schumpeter* merumuskan deret berkala sebagai variable historis (*historical*

variable) dan merupakan hasil perpaduan antara kekuatan-kekuatan yang beraneka ragam. Faktor random dan non random justru lebih dominan dari faktor random. Analisa trend penelitian ini menggunakan metode kuadrat kecil (*least square*).

Metode Kuadrat Terkecil (*Least square*) merupakan metode murni matematik dengan persamaan rumus $Y = a + bX$. Rumus tersebut digunakan untuk mengolah data dalam memprediksi peningkatan jumlah pasien dari satu rumah sakit terhadap penambahan suatu berkas rekam medis pasien dari waktu ke waktu.

Y = Nilai variabel y pada suatu waktu tertentu.

a = Pemotongan antara garis trend dengan sumber tegak (x), a = nilai y , jika $x = 0$.

b = Kemiringan garis trend, besarnya perubahan variabel Y yang terjadi pada setiap perubahan satu unit variabel x .

X = Periode waktu deret berkala

Dalam penghitungan rata-rata ketebal dokumen rekam medis di bagian unit filing, dapat menggunakan rumus sebagai berikut :

Perhitungan ketebal dokumen rekam medis =

$\frac{\text{panjang DRM}}{\text{rata - rata jumlah DRM pada tiap sub rak per section}}$
--

Selain itu untuk penghitungan perencanaan rak penyimpanan untuk menghitung prediksi rak file x tahun yang akan datang di bagian unit *filing*, dapat digunakan rumus sebagai berikut :

Perhitungan rak dokumen penyimpanan DRM =

$$\frac{\sum \text{penambahan dokumen} \times \text{rata-rata ketebalan}}{\text{kapasitas}}$$

Untuk penghitungan perkiraan kebutuhan rak penyimpanan x tahun yang akan datang di bagian *filig*, dapat digunakan rumus sebagai berikut :

Perkiraan kebutuhan rak = Hasil perkiraan jumlah rak – jumlah rak yang sudah ada

Pada metode kuadrat kecil langkah-langkah yang digunakan adalah :

- a. Menyusun data sesuai dengan urutan tahunnya.
- b. Menentukan tahun yang terletak ditengah-tengah tahun.
- c. Hitunglah nilai XY dan X² kemudian cari jumlah Y, jumlah XY dan jumlah X².
- d. Mencari harga a dengan rumus :

$$a = \frac{\sum Y}{n}$$

Dan harga b dengan rumus :

$$b = \frac{\sum XY}{\sum X^2}$$

- e. Memasukkan nilai a dan b ke permasalahan trend $Y = a + bX$.
- f. Untuk meramalkan pada tahun yang akan datang maka lanjutkan bilangan atau kode tahun yang telah dibuat sampai pada kode tahun yang akan diramalkan.^[9]

7. Retensi

Retensi atau penyusutan DRM yaitu suatu kegiatan memisahkan antara DRM yang masih aktif dengan DRM yang dinyatakan non aktif

atau in-aktif. DRM aktif yaitu dokumen yang masih aktif digunakan untuk pelayanan pasien. DRM non aktif adalah dokumen yang sudah tidak digunakan lagi untuk pelayanan pasien.

Cara penetapan DRM dalam keadaan non aktif yaitu dihitung minimal 5 tahun dari sejak tanggal terakhir berobat. Tujuan retensi adalah mengurangi beban penyimpanan dan menyimpan kegiatan penelaigunaan rekam medis untuk kemudian diabadikan atau dimusnahkan. Kegiatan retensi penyimpanan (filing) secara periodik misalnya setiap bulan, tribulan atau tahunan tergantung banyaknya DRM yang disimpan.

Menurut Surat Edaran Direktorat Jendral Pelayanan Medis Depkes RI No.HK.00.06.1.5.01160.tentang tata cara pengadaan formulir rekam medis dan pemusnahan disebutkan bahwa batas waktu DRM diretensi dan lamanya disimpan secara non aktif sebagai berikut :

Tabel 2.1
Jadwal Retensi atau Lama Penyimpanan

No	Kelompok	Aktif		In-aktif	
		RJ	RI	RJ	RI
1	Umum	5 th	5 th	2 th	2 th
2	Mata	5 th	10 th	2 th	2 th
3	Jiwa	10 th	5 th	5 th	2 th
4	Orthopedi	10 th	10 th	2 th	2 th
5	Kusta	15 th	15 th	2 th	2 th
6	Ketergantungan Obat	15 th	15 th	2 th	2 th
7	Jantung	10 th	10th	2 th	2 th
8	Paru	5 th	10 th	2 th	2 th

Adapun peraturan Permenkes No. 269/Menkes/PER/III/2008, berdasarkan BAB IV, pasal 8 ayat a tentang penyimpanan dokumen rekam medis bahwa :

Rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal pasien berobat atau dipulangkan. ^[2]

F. Ruang Rekam Medis

Menurut Depkes Republik Indonesia, 1991 ruang rekam medis adalah ruang tempat penyimpanan rekam medis pasien yang telah selesai berobat di rumah sakit. Ruang rekam medis berperan sangat penting di suatu rumah sakit untuk menghindari dari kehilangan, pencurian, pembocoran isi rekam medis atau data rumah sakit yang sangat penting. Di ruang rekam medis petugas rekam medis bertanggungjawab penuh terhadap kelengkapan dan penyediaan berkas yang sewaktu-waktu dapat dibutuhkan oleh rumah sakit, petugas ini harus betul-betul menjaga agar berkas tersebut tersimpan dan tertata dengan baik dan terlindung dari kemungkinan pencurian berkas atau pembocoran isi rekam medis.^[7]

Lokasi ruangan rekam medis harus dapat memberi pelayanan yang cepat kepada seluruh pasien, mudah dicapai dari segala penjuru dan mudah menunjang pelayanan administrasi. Alat penyimpanan yang baik, penerangan yang baik, pengaturan suhu ruangan, pemeliharaan ruangan, perhatian terhadap faktor kesehatan petugas, bagi suatu ruangan penyimpanan rekam medis sangat membantu memelihara dan

mendorong kegairahan dan produktivitas pegawai. Ruang penyimpanan rekam medis harus memperhatikan beberapa hal sebagai berikut :

1. Ruang harus tetap terang dan sebaiknya menggunakan penerangan alami yaitu seperti sinar matahari.
2. Ruang hendaknya terhindar dari serangan hama untuk menghindari dapat digunakan sodium arsenite, dengan meletakkannya dicelah-celah lantai.
3. Ruang penyimpanan rekam medis sebaiknya terpisah dari ruang kantor lain untuk menjaga keamanan rekam medis tersebut. Mengingat bahwa rekam medis sifatnya rahasia, mengurangi dan menghindari pegawai lain memasuki ruang sehingga pencurian rekam medis dapat dihindari.
4. Alat penyimpanan rekam medis yang umumnya menggunakan rak terbuka (*open self file unit*). Agar petugas dapat mengambil dan menyimpan rekam medis lebih cepat.
5. Jarak antara dua buah rak untuk lalu lalang dianjurkan selebar 90 cm dan jika diletakkan saling berhadapan, maka harus disediakan ruang lowong paling tidak 150 cm.
6. Faktor-faktor keselamatan harus diutamakan pada bagian penyimpanan rekam medis.^[7]

G. Rawat Inap

1. Pelayanan Rawat Inap

Menurut SK Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, rawat inap terdiri dari :

- a. Unit ruangan perawatan umum.
- b. Unit ruangan perawatan penyakit dalam.
- c. Unit ruangan perawatan bedah.
- d. Unit ruangan perawatan obstetri ginekologi.
- e. Unit ruangan perawatan bayi.
- f. Unit ruangan perawatan pediatric. ^[10]

Menurut Azwar, 1996 menyatakan sejak pasien dirawat di rumah sakit hingga diperbolehkan pulang, maka pasien rawat inap akan mendapat pelayanan sebagai berikut :

- a. Pelayanan penerimaan.
- b. Pelayanan dokter.
- c. Pelayanan perawat.
- d. Pelayanan makanan/gizi.
- e. Pelayanan penunjang medik dan non medik.
- f. Kebersihan lingkungan. ^[11]

2. Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan menurut Azwar, 2007 adalah kesempurnaan dari suatu produk dalam pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pengguna jasa. Pelayanan yang bermutu merupakan penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan prosedur dan standar kode etik profesi yang telah ditetapkan, dengan

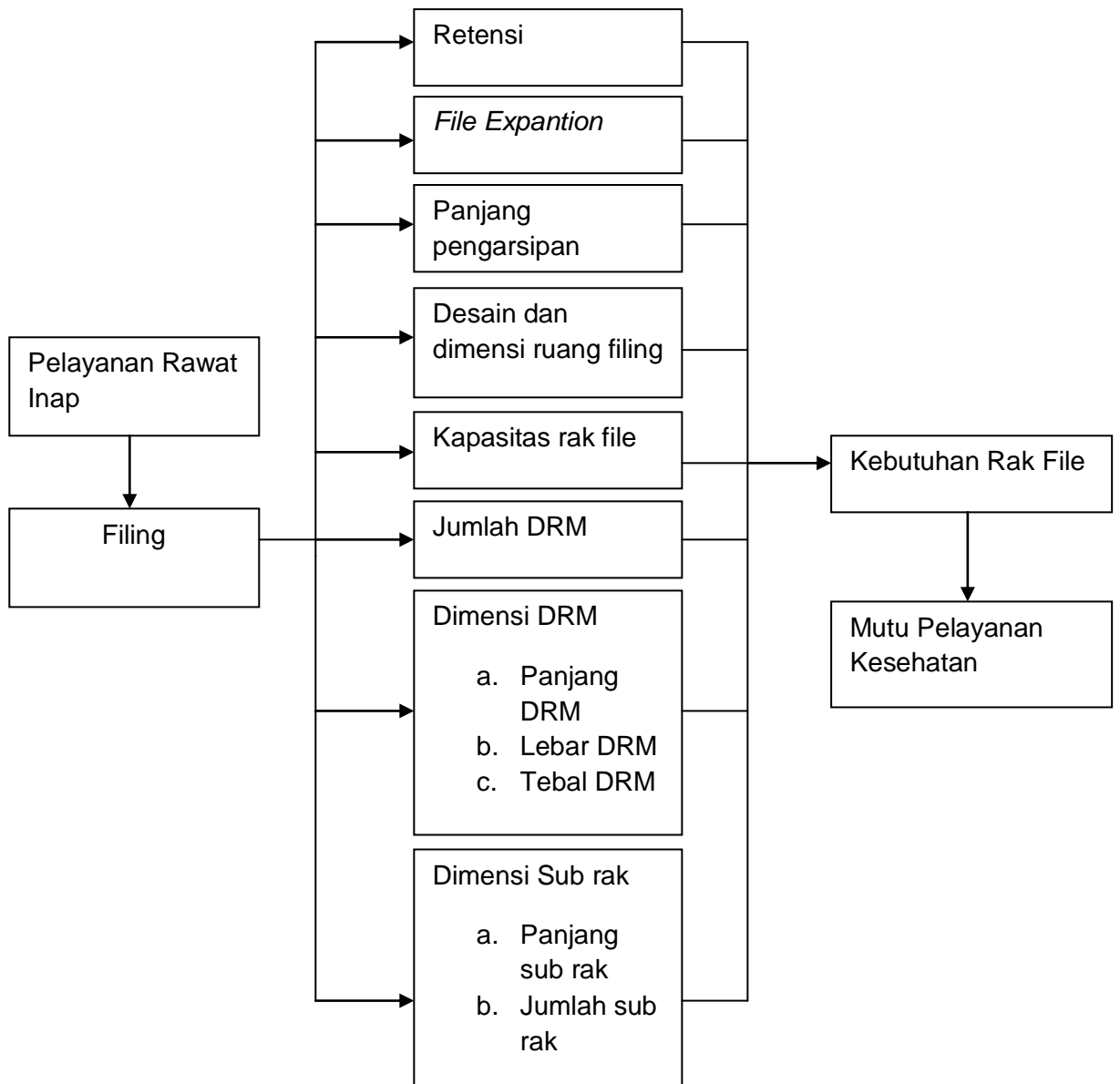
menyesuaikan potensi dari sumber daya yang tersedia secara aman dan memuaskan yang dilakukan secara wajar, efisien dan efektif dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dalam masyarakat konsumen.^[12]

Dalam pelayanan di unit rawat inap, agar mutu pelayanan baik maka diperlukan adanya pengorganisasian petugas medis dan non medis dengan baik. Salah satunya adalah petugas non medis di unit pengolahan data yaitu bagian filing.

Dokumen rekam medis rawat inap harus disimpan dengan baik dan harus didukung dengan peralatan yang efisien. Mutu pelayanan rawat inap yang baik dapat dilihat dari kepuasan pasien saat berobat ke rumah sakit tersebut.

Salah satunya adalah pasien dilayani dengan cepat dan tepat. Petugas filing harus cepat dalam menyediakan dan mempersiapkan dokumen rekam medis pasien agar alur penerimaan pasien rawat inap berjalan dengan lancar dan cepat. Lama waktu pendistribusian DRM dari filing ke bagian rawat inap juga dipengaruhi oleh kapasitas rak file dan ruang filing. Jika rak file tidak dapat menampung DRM maka petugas akan kesulitan dalam mencari DRM pasien dan mengakibatkan keterlambatan dalam pengiriman DRM ke bagian rawat inap.

H. Kerangka Teori



Gambar 2.1
Kerangka Teori
Sumber : 2, 7, 11, 12