

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Kajian Tentang Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009). Rumah Sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalisme, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien (Republik, 2009).

Didalam Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 pada pasal 3 menyatakan bahwa tujuan Rumah Sakit adalah :

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.

Didalam Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 pada pasal 5 menyebutkan bahwa fungsi Rumah Sakit yaitu :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.
2. Penyelenggaraan Pendidikan dan pelatihan dalam rangka peningkatan kemampuan pemberian pelayanan kesehatan.

3. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga.

2.2 Kajian Tentang Rekam Medis

2.2.1 Pengertian Rekam Medis

Berdasarkan Permenkes Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 dinyatakan bahwa:

“Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas sosial, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien dan memiliki lima manfaat yaitu sebagai dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien, sebagai alat bukti dalam proses penegakan hukum, sebagai keperluan pendidikan dan penelitian, sebagai dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan yang telah diterima pasien, sebagai bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan.” (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

2.2.2 Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah untuk 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 didalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

2.2.3 Kegunaan Rekam Medis

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia Revisi ke II Tahun 2006 Departemen Kesehatan (Depkes)

Republik Indonesia kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain :

1. Aspek Administrasi
Di dalam berkas 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 medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen risiko klinis serta keamanan/keselamatan pasien dan kembali biaya
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 sebagai 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. Kaitannya rekam medis dengan aspek keuangan sangat erat sekali dalam hal pengobatan
5. Aspek Penelitian
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data / informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan
6. Aspek Pendidikan
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 pendidikan kesehatan
7. Aspek Dokumentasi
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan laporan rumah sakit (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006)

2.3 Kajian Tentang Karakteristik Petugas Rekam Medis

Petugas rekam medis mempunyai karakteristik yang harus dipenuhi menurut Permenkes Nomor 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis menyatakan bahwa :

“Perekam Medis adalah seorang yang telah lulus pendidikan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang undangan. Berdasarkan pendidikan Perekam Medis dikualifikasikan sebagai berikut:

1. Standar kelulusan Diploma tiga sebagai Ahli Madya Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
2. Standar kelulusan Diploma empat sebagai Sarjana Terapan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
3. Standar kelulusan Sarjana sebagai Sarjana Rekam Medis dan Informasi Kesehatan; dan
4. Standar kelulusan Magister sebagai Magister Rekam Medis dan Informasi Kesehatan”.

2.4 Kajian Tentang Penyelenggaraan Rekam Medis

Penyelenggaraan rekam medis menurut Novita Nurani (2015) menyatakan bahwa:

“Penyelenggaraan Rekam Medis pada suatu sarana pelayanan kesehatan merupakan salah satu indikator mutu layanan di institusi tersebut. Berdasarkan data pada Rekam Medis tersebut akan dapat dinilai apakah pelayanan yang yang diberikan sudah cukup baik mutunya atau tidak, serta apakah sudah sesuai standar atau tidak, penyelenggaraan rekam medis meliputi (Nuraini, 2015):

1. Penerimaan pasien
2. Pencatatan
3. Pengelolaan rekam medis
4. Penyimpanan kembali rekam medis
5. Pengambilan kembali rekam medis

2.5 Kajian Tentang Penyimpanan Berkas Rekam Medis

2.5.1 Sistem Penyimpanan Berkas Rekam Medis

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II Tahun 2006 ada dua cara penyimpanan berkas didalam penyelenggaraan rekam medis yaitu:

1. Sentralisasi

Sentralisasi ini diartikan penyimpanan rekam medis seorang pasien dalam satu kesatuan baik catatan-catatan kunjungan poliklinik maupun catatan-catatan selama seorang pasien dirawat.

2. Desentralisasi

Dengan cara desentralisasi terjadi pemisahan antara rekam medis poliklinik dengan rekam medis penderita dirawat. Berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap disimpan tempat penyimpanan yang terpisah (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

2.5.2 Sistem Penjajaran Rekam Medis

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II Tahun 2006 tentang sistem penyimpanan rekam medis berdasarkan nomor, yang sering digunakan yaitu :

1. Sistem Nomor Langsung (*Straight Numerical Filing System*)

Penyimpanan dengan sistem nomor langsung adalah penyimpanan rekam medis dalam rak penyimpanan secara berturut sesuai dengan urutan nomornya.

2. Sistem Angka Akhir (*Terminal Digit Filing System*)

Penyimpanan dengan sistem angka akhir lazim disebut “*Terminal Digit Filing System*”. Disini digunakan nomor-nomor dengan 6 angka, yang dikelompokkan menjadi 3 kelompok masing-masing terdiri dari 2 angka. Angka pertama adalah kelompok 2 angka yang terletak paling kanan, angka kedua adalah kelompok 2 angka yang terletak paling kiri. Dalam penyimpanan dengan sistem angka akhir ada 100 kelompok angka pertama (*primary section*) yaitu 00 sampai dengan 99.

3. Sistem Angka Tengah (*Middle Digit Filing System*)

Disini penyimpanan rekam medis diurut dengan pasangan angka-angka sama halnya dengan sistem angka akhir, namun angka pertama, angka kedua dan angka ketiga berbeda letaknya dengan sistem angka akhir. Dalam hal ini angka yang terletak ditengah-tengah menjadi angka pertama. Pasangan angka yang terletak paling kiri menjadi angka kedua dan pasangan angka paling kanan menjadi angka ketiga (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

2.6 Kajian Tentang Standar Prosedur Operasional (SPO)

2.6.1 Pengertian Standar Prosedur Operasional (SPO)

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 512/Menkes/PER/IV/2007 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran bab I pasal 1 ayat 10 menyatakan bahwa:

“Standar Prosedur Operasional adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu yang memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk

melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi.

Peran dan manfaat Standar Operasional Prosedur bagi organisasi SOP berperan dalam memberikan acuan terkait dengan kegiatan-kegiatan yang dijalankan dalam organisasi untuk mencapai tujuan untuk mencapai tujuannya, baik yang bersifat jangka pendek atau jangka panjang” (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2007).

2.6.2 Tujuan dan Fungsi SPO

Berdasarkan Buku Pedoman Penyusunan SPO Untuk Rumah Sakit, Nico A. Lumenta (2001), dinyatakan bahwa:

Tujuan Umum SPO, adalah:

Agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif dan aman, serta senantiasa meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan pencapaian standar profesi dan standar pelayanan Rumah Sakit.

Fungsi SPO, adalah:

1. Untuk menjaga konsistensi dan tingkat penampilan kinerja suatu kegiatan secara optimal
2. Sebagai acuan (*checklist*) dalam pelaksanaan kegiatan tertentu bagi sesama pekerja, *supervisor*, *surveyor* dsb.
3. Untuk menghindari kegagalan/kesalahan, keraguan, duplikasi serta pemborosan dalam proses pelaksanaan kegiatan.
4. Merupakan parameter dalam meningkatkan mutu pelayanan
5. Untuk lebih menjamin penggunaan tenaga dan sumber daya secara efisien dan efektif

6. Untuk menjelaskan alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari petugas yang terkait
7. Sebagai dokumen yang akan menjelaskan dan menilai pelaksanaan proses kerja bila terjadi suatu kesalahan atau dugaan malpraktek dan kesalahan administratif lainnya, sehingga sifatnya melindungi rumah sakit dan petugas
8. Sebagai dokumen yang digunakan untuk pelatihan
9. Sebagai dokumen sejarah bila dibuat revisi SPO yang baru (Lumenta, 2001).

2.6.3 Manfaat SPO

Berdasarkan Permenpan Nomor 35 tahun 2012, Manfaat SPO atau yang sering disebut sebagai prosedur tetap (protap) adalah

1. Sebagai standarisasi cara yang dilakukan aparatur dalam menyelesaikan pekerjaan yang menjadi tugasnya;
2. Mengurangi tingkat kesalahan dan kelalaian yang mungkin dilakukan oleh seorang aparatur atau pelaksana dalam melaksanakan tugas;
3. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelaksanaan tugas dan tanggung jawab individual aparatur dan organisasi secara keseluruhan;
4. Membantu aparatur menjadi lebih mandiri dan tidak tergantung pada intervensi manajemen, sehingga akan mengurangi keterlibatan pimpinan dalam pelaksanaan proses sehari-hari;
5. Meningkatkan akuntabilitas pelaksanaan tugas;

6. Menciptakan ukuran standar kinerja yang akan memberikan aparatur cara konkrit untuk memperbaiki kinerja serta membantu mengevaluasi usaha yang telah dilakukan;
7. Memastikan pelaksanaan tugas penyelenggaraan pemerintahan dapat berlangsung dalam berbagai situasi;
8. Menjamin konsistensi pelayanan kepada masyarakat, baik dari sisi mutu, waktu, dan prosedur;
9. Memberikan informasi mengenai kualifikasi kompetensi yang harus dikuasai oleh aparatur dalam melaksanakan tugasnya;
10. Memberikan informasi bagi upaya peningkatan kompetensi aparatur;
11. Memberikan informasi mengenai beban tugas yang dipikul oleh seorang aparatur dalam melaksanakan tugasnya;
12. Sebagai instrumen yang dapat melindungi aparatur dari kemungkinan tuntutan hukum karena tuduhan melakukan penyimpangan;
13. Menghindari tumpang tindih pelaksanaan tugas;
14. Membantu penelusuran terhadap kesalahan-kesalahan procedural dalam memberikan pelayanan;
15. Membantu memberikan informasi yang diperlukan dalam penyusunan standar pelayanan, sehingga sekaligus dapat memberikan informasi bagi kinerja pelayanan (Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi RI, 2012)

2.6.4 Format SPO

Berdasarkan Buku Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi, Format SPO

adalah sebagai berikut:

1. Format SPO sesuai dengan lampiran Surat Edaran Direktur Pelayanan Medik Spesialistik nomer YM.00.02.2.2.837 tertanggal 1 Juni 2001, perihal bentuk SPO.
2. Format mulai diberlakukan 1 Januari 2002.
3. Format merupakan format minimal, format ini dapat diberi tambahan materi misalnya nama penyusun SPO, unit yang memeriksa SPO, dll, namun tidak boleh mengurangi item- item yang ada di SPO .
4. Format SPO sebagai berikut :

Tabel 2.1 Format SPO

NAMA RS DAN LOGO	JUDUL SPO		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
SPO	Tanggal terbit	Ditetapkan : Direktur RS	
PENGERTIAN			
TUJUAN			
KEBIJAKAN			
PROSEDUR			
UNIT TERKAIT			

Penjelasan :

Penulisan SPO yang harus tetap di dalam tabel/ kotak adalah : nama RS dan logo, judul SPO, SPO, no dokumen, no revisi, tanggal terbit dan tanda tangan Direktur RS, sedangkan untuk pengertian, tujuan, kebijakan, prosedur dan unit terkait boleh tidak diberi kotak/tabel (Komisi Akreditasi, 2012).

2.6.5 Isi SPO

Berdasarkan Buku Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi, isi dari SPO adalah:

Pengertian: berisi penjelasan dan atau definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian.

Tujuan: berisi tujuan pelaksanaan SPO secara spesifik. Kata kunci : ” Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk ”

Kebijakan: berisi kebijakan Direktur/Pimpinan RS yang menjadi dasar dibuatnya SPO tsb. Dicantumkan kebijakan yang mendasari SPO tersebut, kemudian diikuti dengan peraturan/keputusan dari kebijakan terkait.

Prosedur: bagian ini merupakan bagian utama yang menguraikan langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu.

Unit terkait: berisi unit-unit yang terkait dan atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2012).

2.7 Kajian Tentang Fisik Penyimpanan Berkas Rekam Medis

Penyimpanan BRM mempunyai fisik yang harus sesuai dengan standart menurut Depkes RI Revisi II Tahun 2006 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit menyebutkan bahwa:

“Alat penyimpanan yang baik, penerangan yang baik, pengaturan suhu dan pemeliharaan ruangan. Faktor keselamatan kerja petugas penting untuk dijadikan perhatian dalam ruangan penyimpanan rekam medis sehingga dapat membantu memelihara dan mendorong semangat kerja serta dapat meningkatkan produktivitas petugas yang bekerja di bagian bidang ruang penyimpanan.

Alat penyimpanan rekam medis yang umum dipakai:

1. Rak terbuka (*open self file unit*)
2. Lemari lima laci (*five-drawer file cabinet*)

3. *Roll O'Pack* (terdiri dari rak file statis dan dinamis)”

2.8 Kajian Tentang Pengendalian *Missfile*

1. Petunjuk Keluar (*Outguide*) atau *Tracer*

Petunjuk keluar merupakan sarana penting dalam mengontrol penggunaan rekam medis. Biasanya digunakan untuk menggantikan rekam medis yang keluar dari penyimpanan. *Tracer* ini tetap berada di penyimpanan sampai rekam medis yang dipinjam dikembalikan dan disimpan kembali. *Tracer* yang baik menggunakan triplek yang dilapisi plastik berwarna dan dislip kertas agar tidak hilang dan rusak serta mengetahui keterlambatan laporan sampai rekam medis dikembalikan ke *filig*. Karena *tracer* digunakan berulang-ulang, maka bahan yang digunakan bahan yang kuat.

Tracer yaitu pengganti rekam medis yang akan dikeluarkan dari penyimpanan untuk tujuan apapun. Harus terbuat dari bahan yang kuat dan berwarna. Petunjuk keluar atau *tracer* juga meningkatkan efisien dan keakuratan dalam peminjaman dengan menunjukkan dimana sebuah rekam medis untuk disimpan saat kembali (Anggraeni, 2013).

Jenis petunjuk keluar atau *tracer* yang baik adalah dalam bentuk kartu, biasanya ukuran sama atau sedikit lebih besar dari dokumen rekam medis, dan harus tercantum :

- a. Nomor rekam medis
 - b. Nama pasien
 - c. Tujuan rekam medis atau peminjaman
 - d. Tanggal keluar
2. Melakukan penataan ulang seluruh berkas dokumen rekam medis yaitu dengan cara:

- a. Menata ulang dokumen rekam medis yang ada di laci *filing* untuk mengecek apakah ada dokumen yang salah letak.
- b. Mengurutkan kembali dokumen rekam medis sesuai dengan sistem penjajaran yang digunakan, sehingga memudahkan petugas dalam pengembalian dan penyimpanan kembali dokumen rekam medis ke laci *filing*.
- c. Mengoreksi apakah ada dokumen rekam medis kemungkinan salah letak untuk dikembalikan ke tempat yang benar atau yang sesuai.

Langkah-langkah dengan pengembalian dokumen rekam medis yang salah letak dengan cara :

1. Petugas rekam medis harus mengecek kembali dokumen rekam medis yang salah letak dan mengembalikan dokumen rekam medis yang salah letak tersebut ke tempat yang benar atau yang sesuai.
2. Petugas harus lebih teliti dalam mengembalikan dokumen rekam medis ke dalam laci.

2.9 Penelitian Terdahulu

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

No.	Judul Penelitian dan Penulis	Proses Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Analisis Pengendalian Kejadian Salah Sisip Dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru Tahun 2018 (Sinta Yuliana, 2018)	D = Penelitian menggunakan metode kualitatif dengan desain <i>Rapid Assessment Procedures</i> (RAP) I = wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen dan pengolahan S = Petugas DRM 3 orang V = DRM	Kurangnya jumlah petugas, jarang adanya pelatihan khusus, tidak adanya <i>reward</i> untuk petugas terbaik, kurangnya jumlah rak, alas rak yang terbuat dari kayu dan triplek, SOP tidak di pajang (prosedur dan indikator mutu penyimpanan), tidak adanya <i>microfile</i> pada dokumen rekam medis yang tebal dan tidak adanya survey kepuasan petugas dibagian penyimpanan dokumen rekam medis.

No.	Judul Penelitian dan Penulis	Proses Penelitian	Hasil Penelitian
2.	Faktor-Faktor Penyebab terjadinya <i>Missfile</i> di Bagian Penyimpanan Berkas Rekam Medis Rumah Sakit Mitra Medika Medan Tahun 2017 (Simanjuntak, 2018)	D = Penelitian <i>deskriptif kuantitatif</i> I = <i>Kuesioner</i> dan Observasi S = <i>99 berkas rekam medis</i> V = <i>Missfile</i> dan DRM	Faktor yang dominan penyebab terjadinya <i>missfile</i> di bagian penyimpanan berkas rekam medis Rumah Sakit Mitra Medika Medan menunjukkan petugas 75% dapat menjadi faktor penyebab <i>missfile</i> dan 25% bukanlah faktor penyebab <i>missfile</i> .
3.	Analisis Penyebab Terjadinya <i>Missile</i> Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan pada Ruang Penyimpanan (<i>Filing</i>) di RSUD Kota Bengkulu Tahun 2017 (Nova Oktavia, 2017)	D = Penelitian observasional dengan rancangan deskriptif I = Observasi dan buku ekspedisi S = 385 dokumen rekam medis V = <i>Missfile</i> DRM	Dari 385 dokumen rekam medis rawat jalan, hampir seluruh yaitu 274 (71,1%) yang dokumen rekam medis rawat jalan tidak tercatat di buku ekspedisi dan tidak tahu keberadaannya. Dari 4 rak yang diamati terdapat 170 (44,1%) dokumen rekam medis yang mengalami <i>missfile</i> , yaitu tidak sesuai pada rak semestinya atau terletak pada rak lain.
4.	Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya <i>Missfile</i> Di Bagian <i>Filing</i> Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas Tahun 2013 (Retno Astuti, 2013)	D= Penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan <i>cross sectional</i> I = Observasi dan wawancara S = 8 petugas bagian <i>filing</i> V = <i>missfile</i> , <i>filing</i> , DRM	Dalam teori sistem penyimpanan <i>filing</i> rumah sakit Banyumas tidak tepat karena ada 3 pengarsipan (<i>filing center</i> , <i>filing soul polyclinic</i> dan <i>filing polyclinic VIP</i>) secara terpisah dan petugas harus bertukar proses penyimpanan berdasarkan DRM karena perawatan pasien tempat terakhir. Petugas tidak menggunakan sebagai pelacak pengganti DRM DRM keluar dan jika tidak ditemukan maka petugas harus melihat buku-buku ekspedisi dan komputer untuk melacak keberadaan DRM. Secara bersamaan pengarsipan tugas petugas untuk merakit dan mengajukan belum dilatih secara formal.
5.	Kejadian <i>Missfile</i> dan Duplikasi Berkas Rekam Medis Sebagai Pemicu Ketidaksinambungan Data Rekam Medis (Karlina, 2016)	D = Penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi I = wawancara S = petugas pendaftaran, <i>filing</i> , dan kepala TU Puskesmas V = <i>Missfile</i> , kesinambungan data rekam medis, duplikasi berkas	Penyebab utama <i>missfile</i> dan duplikasi berkas rekam medis adalah regulasi yang digunakan dalam sistem penyimpanan di bagian <i>filing</i> . Sehingga perlu adanya pembenahan dan pembuatan kebijakan untuk menciptakan manajemen rekam medis yang baik agar data dalam berkas rekam medis dapat terus berkesinambungan.