

FAKTOR PENYEBAB KETIDAKLENGKAPAN DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP PADA KASUS *SINGLE LIVE BIRTH*

¹Riska Rosita *, ²Agusta Pinta Kurnia Rizky, ³Nike Nur Afifah, ⁴Harjanti

^{1,2,3}Universitas Duta Bangsa Surakarta

²STIKES Mitra Husada Karanganyar

*penulis korespondensi : riska_rosita@udb.ac.id

ABSTRAK

Setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan akreditasi untuk memenuhi standar mutu yang telah ditetapkan. Dokumen rekam medis yang tidak lengkap akan memperlambat pelayanan tindakan medis, tentunya hal ini bisa mempengaruhi mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Rumah Sakit Cakra Husada Klaten, capaian kelengkapan dokumen rekam medis sebesar 60%. Tentunya hal ini akan mempengaruhi penurunan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tujuan penelitian untuk menganalisis penyebab dokumen rekam medis tidak lengkap. Penelitian ini bersifat deskriptif dengan pendekatan retrospektif. Populasi berupa seluruh dokumen rekam medis pasien rawat inap kasus Single Live Birth di Rumah Sakit Cakra Husada Klaten tahun 2019 sebanyak 493. Sampel yang diambil sebanyak 83 dokumen dengan tehnik Simple Random Sampling. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ketidaklengkapan dokumen rekam medis disebabkan karena Faktor beban kerja petugas medis, faktor pengetahuan petugas medis tentang kelengkapan dokumen rekam medis, dan faktor kurangnya ketelitian petugas assembling dalam mengecek kelengkapan dokumen rekam medis. Kesimpulan, peran petugas medis dan petugas assembling sangat menentukan kelengkapan dokumen rekam medis.

Kata Kunci : ketidaklengkapan dokumen, manajemen mutu, rekam medis.

ABSTRACT

All hospitals must carry out accreditation to meet the quality standards that have been set. Incomplete medical record documents will slow down medical action, of course this can affect the quality of service and patient safety. Based on the results of a preliminary study conducted by researchers at Cakra Husada Hospital, Klaten, the achievement of completeness of medical record documents was 60%. Of course this will affect the decline in the quality of health services in hospitals. This study aims to determine the factors that cause incomplete medical record documents. This research is descriptive using a retrospective approach. The population in this study were all 493 inpatient medical record documents for Single Live Birth cases at Cakra Husada Hospital Klaten in 2019. The samples taken were 83 documents using the Simple Random Sampling technique. The results of this study indicate that the incompleteness of the medical record document is caused by the workload of the medical staff, the knowledge factor of the medical staff about the completeness of the medical record document, and the lack of thoroughness of the assembling staff in checking the completeness of the medical record document. In conclusion, the role of medical staff and assembling staff greatly determines the completeness of medical record documents.

Keywords: incomplete documents, quality management, medical records.

PENDAHULUAN

Semua rumah sakit dituntut untuk menjaga mutu pada setiap pelayanan yang diberikan kepada pasien. Mutu pelayanan kesehatan dapat dicapai dengan penilaian beberapa aspek, salah satunya adalah melalui kualitas kelengkapan pengisian berkas rekam medis (Swari et al. 2019). Kelengkapan tersebut harus mencapai standar 100% setelah pasien rawat inap keluar dari rumah sakit (Kementrian Kesehatan 2008).

Rekam medis harus berkualitas dan berisi data lengkap, sehingga dapat memberikan informasi (Febrianti, 2019). Oleh karena itu setiap periode tertentu perlu adanya monitoring dan evaluasi mutu isi kelengkapan dokumen rekam medis. Dalam evaluasi tersebut salah satunya bisa dilakukan dengan cara melakukan analisis kuantitatif dokumen rekam medis. Analisis ini ditujukan untuk mengecek adanya kekurangan pada dokumen pasien.

Analisis kuantitatif dokumen rekam medis direview berdasarkan standar Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM) yang meliputi organisasi dan manajemen, akses serta penyimpanan RM, dan RM pasien. Standar yang berkaitan dengan dokumen rekam medis terdapat pada MIRM 13.1; 13.2; 13.3; dan 13.4 yang meliputi identitas pasien, diagnosis, cara pengkoreksian yang terdiri dari coretan dengan paraf dan pembetulan masih terbaca identifikasi profesional pemberi asuhan (PPA) (nama terang dan tanda tangan/ paraf), tanggal, jam pelayanan, kejelasan kata, dan keterbacaan tulisan.

Analisis kuantitatif dokumen rekam medis direview berdasarkan empat komponen, yaitu meliputi review identifikasi untuk mengetahui kelengkapan identitas pasien. Review pelaporan untuk mengetahui kelengkapan semua bentuk laporan, hasil pemeriksaan penunjang dan setiap pencatatan laporan harus mencantumkan jam dan tanggal. Review autentifikasi untuk mengetahui kelengkapan nama dan tanda tangan penanggung jawab (cap atau stempel bila ada). Review pencatatan untuk mengetahui kelengkapan metode pencatatan dokumen rekam medis dengan menggunakan tinta permanen yang tidak mudah luntur.

Berdasarkan studi pendahuluan di Rumah Sakit Cakra Husada Klaten, capaian kelengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap dengan kasus *Single Live Birth* sebesar 60%. Kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap apabila tidak mencapai 100% maka akan berdampak pada kesalahan informasi medis. Apabila informasi medis tidak lengkap maka akan menghambat identifikasi riwayat penyakit pasien terdahulu dan berisiko untuk terjadi salah pengobatan (Winarti, 2013). Tentunya hal ini akan mempengaruhi penurunan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui prosentase ketidaklengkapan dokumen rekam medis pada kasus *Single Live Birth* berdasarkan standar SNASR pada elemen penilaian MIRM 13.1; 13.2; 13.3; dan 13.4. Selain itu penelitian ini juga bertujuan untuk mengetahui faktor penyebab ketidaklengkapan dokumen rekam medis.

METODE

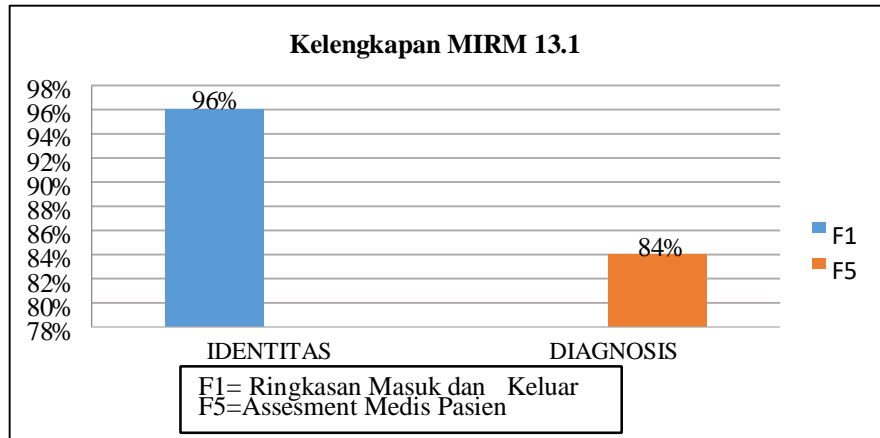
Penelitian ini bersifat deskriptif dengan menggunakan pendekatan retrospektif. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh dokumen rekam medis rawat inap kasus *Single Live Birth* di Rumah Sakit Cakra Husada Klaten tahun 2019 sebanyak 493. Sampel yang diambil sebanyak 83 dokumen dengan teknik *Simple Random Sampling*.

Adapun instrument yang digunakan dalam penelitian ini berupa checklist analisis kuantitatif dokumen rekam medis beserta alat tulis. Data yang digunakan terdiri dari data primer dan data sekunder. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi dan wawancara terhadap kepala rekam medis, petugas assembling dan petugas medis.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap pada kasus *Single Live Birth* Berdasarkan Elemen Penilaian MIRM 13.1

Pengisian dokumen rekam medis menunjukkan kelengkapan belum mencapai 100% pada item identitas dan diagnosis sebagaimana pada gambar berikut:



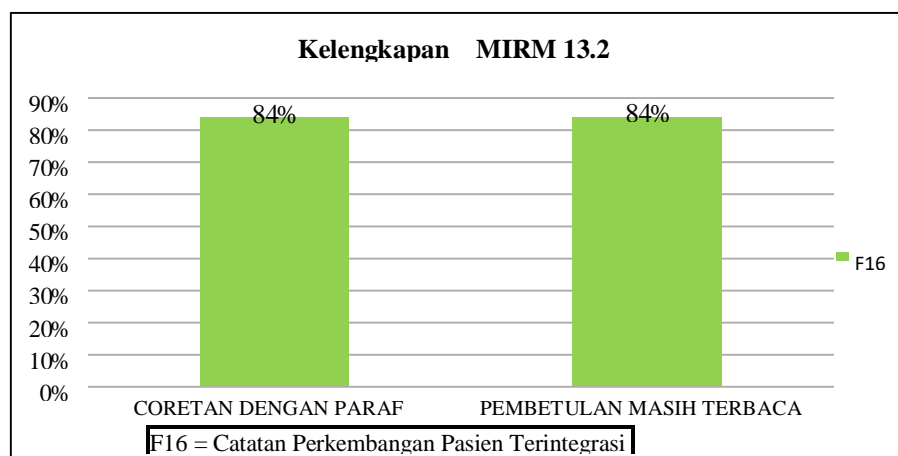
Gambar 1. Grafik kelengkapan dokumen rekam medis kasus *Single Live Birth*

Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui ketidaklengkapan identitas pasien dan item diagnosis disebabkan karena petugas kurang teliti dalam pengisian dokumen rekam medis. Karena penulisan identitas pasien masih manual sehingga petugas medis kerepotan bila harus menuliskan identitas pasien pada setiap formulir. Akibatnya jika formulir itu tercecer akan sulit untuk mengetahui pemilik formulir tersebut, bahkan bisa tertukar dengan pasien lain. Dampak ketidaklengkapan review identifikasi akan menyulitkan petugas dalam menggabungkan kembali apabila formulir terlepas dari dokumen rekam medis.

Item diagnosis menunjukkan kelengkapan terendah pada formulir Ringkasan Masuk dan Keluar disebabkan karena didalam ringkasan masuk dan keluar pada kolom pemberian kode ICDX/ICD9 CM belum terisi lengkap. Hal tersebut dapat menghambat coding dan pengklaiman.

Menurut Irmawati, dkk (2018) menyatakan bahwa apabila penulisan diagnosis tidak lengkap maka hal tersebut dapat menghambat proses coding, apabila proses coding terhambat maka proses pengklaiman juga terhambat, apabila proses pengklaiman terhambat maka pendapatan rumah sakit dapat terhambat juga, karena pendapatan rumah sakit itu didapat salah satunya dari pembayaran klaim tersebut. Solusinya yaitu petugas supaya lebih meningkatkan ketelitian dalam mengisi setiap formulir agar proses coding serta pengklaiman bisa cepat dan tepat.

Kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap pada kasus *Single Live Birth* Berdasarkan Elemen Penilaian MIRM 13.2



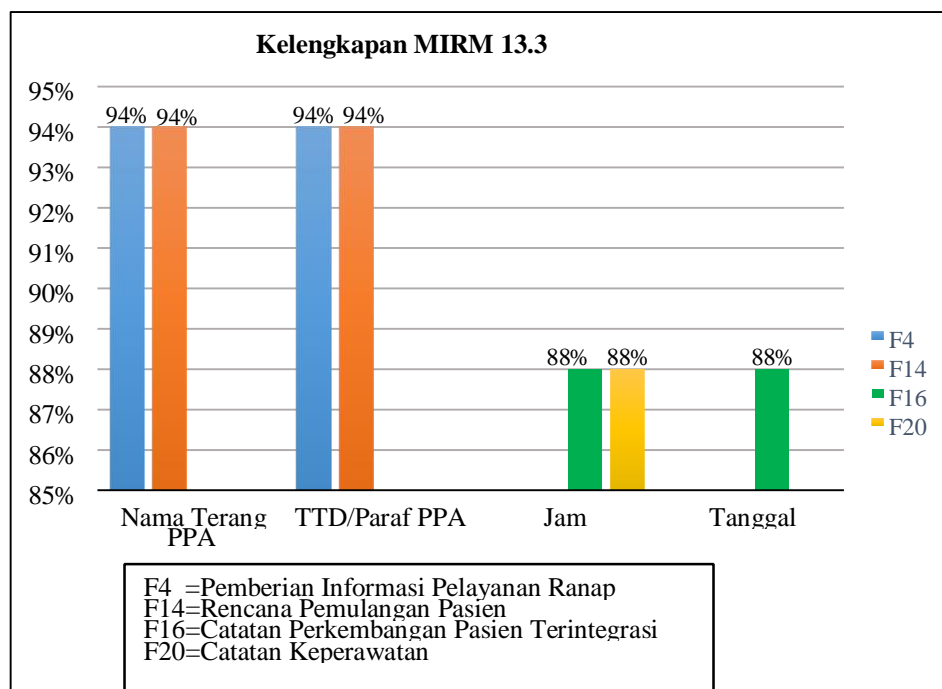
Gambar 2. Grafik kelengkapan dokumen rekam medis kasus *Single Live Birth* Berdasarkan MIRM 13.2

Berdasarkan MIRM 13.2 ditemukan kekurangan pada formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) yang berupa coretan tanoa paraf 16% dan penggunaan tipex juga 16%. Berdasarkan hasil wawancara petugas menerangkan bahwa hal tersebut disebabkan petugas PPA terburu-buru dalam menuliskan pengkajian di lembar CPPT. Parahnya ada petugas yang membetulkan tulisan dengan cara dicoret berulang kali, dan tanpa dibubuhi paraf. Hal ini tidak sesuai karena membuat kesalahan pada tulisan sebelumnya tidak dapat dibaca.

Menurut penelitian Samandari, dkk (2016) menyatakan bahwa tanda tangan dan atau paraf sangatlah penting untuk dibubuhkan, karena jika tidak dilakukan dapat dianggap sebagai perusakan alat bukti hukum dalam hal ini alat bukti yang dimaksud adalah rekam medis. Solusinya yaitu perlu adanya sosialisasi kepada petugas PPA tentang cara koreksi/pencatatan yang benar. Apabila ada yang salah cukup dicoret satu kali dan diberi paraf sesuai dengan SPO yang ada di rumah sakit.

Hasil penelitian tersebut diperkuat oleh Sudra (2014:6:9) jika terjadi salah tulisan maka untuk memperbaikinya tidak boleh menyebabkan tulisan yang salah tersebut hilang atau tidak terbaca lagi. Secara umum dianjurkan untuk mencoret satu kali pada tulisan yang salah, menuliskan perbaikannya diatas tulisan yang salah tersebut dan mencantumkan tanggal serta tanda tangan yang memperbaiki tulisan tersebut. Dengan demikian masih bisa dibaca dengan jelas riwayat isi rekam medis tersebut, dari tulisan apa menjadi apa, diubah oleh siapa, dan kapan pengubahannya.

Kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap pada kasus *Single Live Birth* Berdasarkan Elemen Penilaian MIRM 13.3



Gambar 3. Grafik kelengkapan dokumen rekam medis kasus *Single Live Birth* Berdasarkan MIRM 13.3

Berdasarkan MIRM 13.3 masih ditemukan kekurangan berupa tanda tangan dan nama terbagi penanggung jawab yang tidak lengkap. Selain itu penulisan jam dan tanggal juga belum mencapai lengkap 100%.

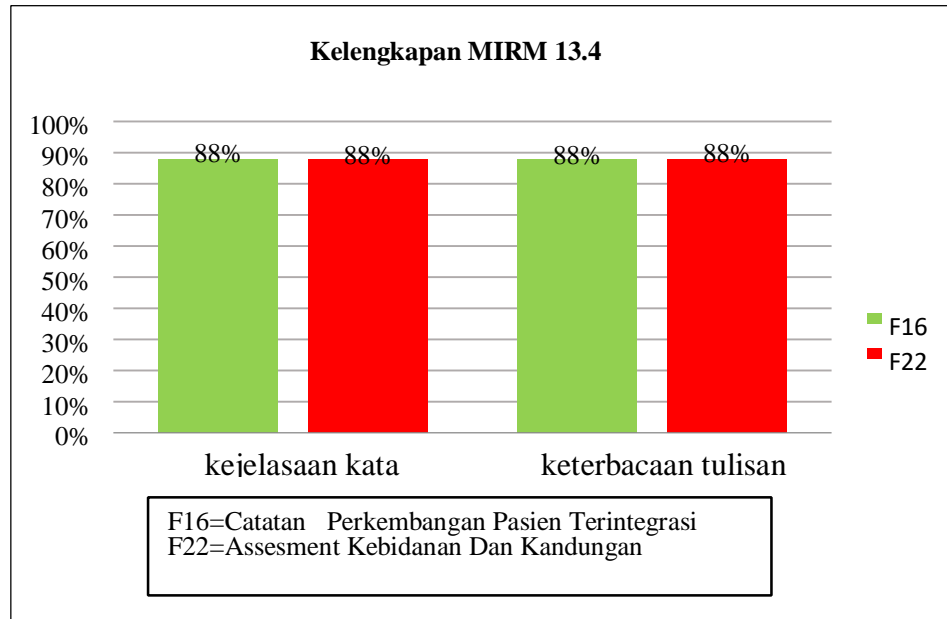
Menurut Dzulhanto (2018) menerangkan bahwa ketidaklengkapan nama dokter dapat berdampak pada legalitas dokumen rekam medis. Apabila tidak ada tanda tangan dokter atau petugas PPA maka akan sulit mencari penanggungjawab atas tindakan medis yang diberikan kepada pasien. Untuk mengatasi hal tersebut maka membuat SOP tentang penggunaan cap nama dokter beserta tanda tangan supaya lebih cepat dalam melengkapi dokumen rekam medis.

Ketidaklengkapan informasi jam dan pada formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) dan Catatan Keperawatan disebabkan karena petugas PPA lupa untuk mengisi. Dampak yang akan terjadi yaitu tidak diketahuinya Riwayat waktu pemberian tindakan kedokteran. Sehingga kesulitan mengetahui kapan dan jam berapa pasien dilakukan tindakan medis. Selain itu petugas administrasi akan kesulitan menentukan jumlah hari perawatan pasien. Hasil penelitian ini memiliki persamaan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dwi, dkk (2014) menyatakan bahwa ketidaklengkapan pada pelaporan penting untuk tanggal dan jam tidak lengkap disebabkan dokter/ perawat yang sebagian besar hanya mengisi tanggal saja dan tidak mengisi pada jam.

Menurut Sudra (2014:6:7:8) memeriksa kelengkapan semua bentuk laporan sesuai dengan kebutuhan kasus masing-masing pasien yang dimaksud laporan disini bukan hanya lembar formulir yang mencantumkan judul "laporan" saja (misalnya, laporan operasi, laporan anastesi, laporan persalinan, laporan anastesi) melainkan semua bentuk laporan. Setiap hal yang didapatkan dari pasien harus dilaporkan (tercantum) dalam rekam medisnya. Penting untuk diperhatikan bahwa dalam setiap pencatatan pelaporan ini harus mencantumkan tanggal dan jamnya. Dalam pengisian rekam medis berlaku juga prinsip bahwa setiap isian harus jelas siapa penanggungjawabnya. Kejelasan penanggung jawab ini diwujudkan dengan pencantuman nama terang dan tanda tangan.

Dampak ketidaklengkapan review pelaporan relevan dengan penelitian Naimah, dkk (2014) yaitu apabila pada setiap formulir belum terisi lengkap akan mengakibatkan riwayat penyakit pasien awal masuk sampai keluar rumah sakit tidak berkesinambungan sehingga dalam memberikan pelayanan medis dan pengobatan kepada pasien tidak maksimal. Dan akibatnya apabila suatu hari ketika dokumen rekam medis pasien dibutuhkan maka tidak bisa melihat riwayat jam dan tanggal pasien datang berkunjung terakhir di rumah sakit. Hal ini sudah sesuai dengan Sudra (2017) akan tetapi dalam pengisian item nama terang dan tanda tangan baik dokter, perawat, penanggung jawab maupun tenaga medis lainnya masih terdapat ketidaklengkapan.

Kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap pada kasus *Single Live Birth* Berdasarkan Elemen Penilaian MIRM 13.4



Gambar 4. Grafik kelengkapan dokumen rekam medis kasus *Single Live Birth* Berdasarkan MIRM 13.4

Ketidaklengkapan pada MIRM 13.4 disebabkan karena Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) melayani banyak pasien, sehingga dalam menuliskan diagnosis cenderung terburu-buru. Akibat yang akan terjadi yaitu coder akan kesulitan dalam mengkode, jika kode tidak akurat maka akan menghambat dalam proses pengklaiman.

Hasil penelitian ini diperkuat dengan Nurdiyansyah, dkk (2016) yang menyatakan bahwa dalam kegiatan coding sering terjadi kesalahan pemberian kode karena petugas coding tidak dapat membaca tulisan dokter. Penulisan diagnosis utama kurang jelas atau tidak terbaca akan menyulitkan terkodenya diagnosis utama sehingga petugas rekam medis perlu mencari informasi penulisan diagnosis yang lebih jelas pada lembar lain, apabila tidak menemukan penulisan diagnosis yang lebih jelas maka petugas rekam medis harus mengkonfirmasi kepada dokter yang bersangkutan. Solusinya yaitu sebaiknya untuk petugas PPA dan Dokter yang memberikan pelayanan kepada pasien dalam melakukan penulisan diagnosis atau pengkajian harus jelas dan dapat dibaca oleh petugas yang lain seperti petugas coding.

Menurut Sudra (2014:6:9) Rekam medis memiliki manfaat bagi banyak pihak sehingga harus ditulis dengan bahasa yang dipahami oleh para calon penggunanya. Tulisan harus bisa dibaca kembali dengan selayaknya dan tidak menimbulkan kesulitan atau beda persepsi.

Faktor penyebab ketidaklengkapan dokumen rekam medis

Berdasarkan hasil wawancara dengan semua responden tentang faktor-faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan dokumen rekam medis di Rumah Sakit Cakra Husada Klaten sebagai berikut :

Faktor beban kerja petugas medis

Jumlah kunjungan pasien semakin hari semakin bertambah. Namun jumlah petugas medis tidak ada penambahan kecuali pada periode waktu tertentu. Menurut penelitian Fatmawati, Ismawati and Suriawanto (2019) ada hubungan antara faktor beban kerja dengan kelengkapan asuhan keperawatan. Hasil penelitian ini memiliki persamaan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pamungkas, dkk (2015) menyatakan faktor ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis

disebabkan beban kerja dokter yang tinggi, sehingga waktu mengalami keterbatasan waktu. Perawat dengan beban kerja rangkap tidak mendokumentasikan dengan lengkap (Siswanto, 2013). Hasil penelitian ini sejalan dengan pendapat Ilyas (2012), bahwa beban kerja perawat mempengaruhi kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan.

Faktor pengetahuan petugas medis tentang kelengkapan dokumen rekam medis

Petugas medis yang mengisi dokumen rekam medis ialah dokter, perawat, labiran, dan lain sebagainya yang telah menangani pasien. Untuk mencatat dokumen rekam medis perlu adanya pemahaman tentang cara mengisinya. Terdapat hubungan antara faktor pengetahuan dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan (Fatmawati et al. 2019). Perilaku untuk melakukan dokumentasi asuhan keperawatan tergantung pengetahuan yang dimiliki. Perawat harus paham tentang pendokumentasian asuhan keperawatan agar dapat memberikan tindakan medis yang berkesinambungan. Hal ini penting dilakukan untuk membantu pasien mendapatkan asuhan keperawatan yang lebih baik (Iyer, 2004). Hasil penelitian ini memiliki persamaan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pamungkas, dkk (2015) menyatakan bahwa faktor yang menjadi penyebab utama ketidaklengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap adalah ketidakdisiplinan dokter dalam pengisian dokumen rekam medis.

Pengetahuan tentang aspek aspek rekam medis yang dimiliki oleh dokter dapat mempengaruhi dokter dalam melengkapi dokumen rekam medis. Karena dokter yang memiliki pengetahuan yang baik tentang rekam medis belum tentu mengisi rekam medis dengan baik dan benar tanpa didasari oleh kemauan yang kuat untuk melakukan apa yang dokter ketahui tentang Rekam medis (Eny and Rachmani 2010). Sebaiknya diberikan arahan kembali kepada petugas medis dan rekam medis dalam melakukan pengisian nama dan tanda tangan baik dokter, perawat maupun penanggung jawab lain, karena dalam hal ini sebagai bukti keabsahan secara hukum yang digunakan untuk mempertanggungjawabkan tindakan dan keputusan dokter selama merawat pasien. Selain itu perlu adanya peningkatan kesadaran dan kedisiplinan petugas yang bertanggung jawab dalam melengkapi formulir rekam medis.

Faktor kurangnya ketelitian petugas assembling dalam mengecek kelengkapan dokumen rekam medis

Dokumen rekam medis dari bangsal atau poliklinik maka sebaiknya diserahkan dulu ke bagian assembling sebelum pada akhirnya dikembalikan ke filing. Tugas pokok dari petugas assembling adalah merakit formulir sesuai urutan nomor formulir, dan mengecek/meneliti kekurangan yang ada pada dokumen rekam medis. Namun petugas assembling di Rumah Sakit Cakra Husada merangkap bagian dengan administrasi. Sehingga petugas lebih fokus pada perhitungan administrasi pasien, dan kurang teliti dalam mengecek isi dokumen pasien.

Penelitian ini sejalan dengan (Swari et al. 2019), bahwa kegiatan monitoring terhadap ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis yang kurang efektif karena tidak adanya evaluasi SPO pengisian berkas rekam medis rawat inap. Lembar checklist untuk meneliti kelengkapan berkas rekam medis rawat inap belum spesifik. Serta tidak ada sanksi dan penghargaan melainkan hanya sebatas pujian kepada petugas.

Peran kepala rekam medis sangat menentukan keberhasilan pada setiap tugas pokok di unit rekam medis. Oleh karena itu kepala rekam medis sebaiknya melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala pada kelengkapan dokumen rekam medis. Menurut Paulus (2019) membuktikan bahwa ada hubungan kepemimpinan dengan kelengkapan dokumen rekam medis.

Pengetahuan petugas assembling tentang elemen penilaian MIRM 13.1; 13.2; 13.3; dan 13.4 juga sangat penting. Ada hubungan status kepegawaian, pengetahuan, dan masa kerja dengan kelengkapan pengisian rekam medis (Indar, Indar, and Naiem 2013).

KESIMPULAN

Berdasarkan kriteria SNASR standar Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM), diketahui bahwa kelengkapan dokumen rekam medis di Rumah Sakit Cakra Husada Klaten belum mencapai 100%. Faktor penyebab ketidaklengkapan dokumen rekam medis disebabkan karena faktor beban kerja petugas medis, faktor pengetahuan petugas medis tentang kelengkapan dokumen rekam medis, dan faktor kurangnya ketelitian petugas assembling dalam mengecek kelengkapan dokumen rekam medis. Peran aktif petugas medis dan petugas assembling sangat menentukan kelengkapan dokumen rekam medis. Dokumen rekam medis yang lengkap akan sangat menunjang sistem keselamatan pasien dan mutu pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Dwi, Aprilia. dkk. (2014). *Analisis Kuantitatif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus Cedera Kepala Ringan di RSUD Kabupaten Karanganyar Tahun 2013*. Jurnal Rekam Medis.8.(2).
- Dzulhanto, Bima Yunus. (2018). *Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Penyakit Hernia dengan Metode Analisis Kuantitatif*. Jurnal Manajemen Informasi dan Administrasi Kesehatan (J-MIAK)01.(01).1-10.
- Eny, Yayuk, and Enny Rachmani. 2010. "Hubungan Pengetahuan Dokter Dengan Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan Di Poliklinik Neurologi Rsup Dr . Kariadi." 9(1):49–57.
- Fatmawati, Dwi, Ismawati, and Nelky Suriawanto. 2019. "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Dokumentasi Terhadap Kelengkapan Asuhan." *Journal of Midwifery and Nursing* 1(2):35–42.
- Febrianti, L. N. & Sugiarti, I. Kelengkapan Pengisian Formulir Laporan operasi Kasus Bedah obgyn Sebagai Alat Bukti Hukum. *J. Manaj. Kesehat. Indones.* 7, 1–9 (2019).
- Ilyas, Y. 2012. *Kinerja: Teor, Penilaian, dan penelitian (Edisi revisi)*. Depok (ID): Fakultas Kesehatan Masyarakat UI.
- Irmawati, dkk. (2018). *Analisis Kuantitatif Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Bangsal Mawar RSUD Ungaran*. Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.1.(1).
- Indar, Irmawaty, Indar, and M. Furqaan Naiem. 2013. "Faktor Yang Berhubungan Dengan Kelengkapan Rekam Medis Di RSUD H. Padjonga DG. Ngalle Takalar." *Jurnal AKK* 2(2):10–18.
- Iyer, P.W. 2004. *Dokumentasi Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan*. Jakarta. EGC.
- Kementerian Kesehatan. 2008. *Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta.
- Naimah, dkk. 2014. Analisis Kuantitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Dengan Diagnosa Vertigo di RSI Amal Sehat Periode Triwulan IV Pada Tahun 2012. *Jurnal Rekam Medis*. ISSN 1979-9551. Vol.VIII. No.2. Hal 68-76.
- Nurdiansyah, Andi Karisma, dkk. (2016). *Hubungan Keterisian dan Kejelasan Diagnosis Utama pada Lembar Ringkasan Masuk Dan Keluar dengan Terkodanya Diagnosis di RS Bhayangkara Yogyakarta*. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia.4.(2):2337-585X
- Pamungkas, Fantri, dkk. (2015). *Analisis Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi*. Jurnal Kedokteran Brawijaya.28(2).
- Samandari, dkk. (2016). *Kekuatan Pembuktian Rekam Medis Konvensional dan Elektronik*. Jurnal Hukum Kesehatan.2.(2).
- Siswanto L. H, Hariyati R.T.S, Sukihananto S. 2013. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. 16 (2);77-84.
- Swari, Selvia Juwita, Gamasio Alfiansyah, Rossalina Adi Wijayanti, and Rowinda Dwi Kurniawati. 2019. "Analisis Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Pasien Rawat

Inap RSUP Dr. Kariadi Semarang.” *ARTERI: Jurnal Ilmu Kesehatan* 1(1):50–56. doi: 10.37148/arteri.v1i1.20.

Wardani dan Sugiarsi. 2016. Analisis Kuantitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Gejala *Hematuria* di RSUD Dr. Moewardi. *Jurnal Rekam Medis*. ISSN 1979-9551. Vol. X. No 2.

Winarti, S. S. 2013. Analisis Kelengkapan Pengisian dan pengembalian Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit. *J. Adm. Kesehat. Indones.* 1, 345– 351.