

KELENGKAPAN PENGISIAN DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP KASUS *THYPOID FEVER* DI RUMAH SAKIT

¹Sri Wahyuningsih Nugraheni*, ²Erna Zakiyah, ³Noviana Dewi Herminingtyas, ⁴Mira Prabawaning Adélisa

^{1,4}Universitas Duta Bangsa Surakarta, sri_wahyuning@udb.ac.id, miraadelisa32@gmail.com

²Poltekkes Bhakti Mulia Sukoharjo, ernarmik01@gmail.com

³RSUD Tidar Kota Magelang, dewinoviana790@gmail.com

ABSTRAK

Salah satu upaya meningkatkan mutu pendokumentasian rekam medis dengan adanya analisis kuantitatif. Analisis kuantitatif dokumen rekam medis meliputi: review identifikasi, review pencatatan, review pelaporan, dan review autentifikasi. Kasus *typhoid fever* berdasarkan data WHO tahun 2018 mencapai 11-20 juta kasus setiap tahunnya dan mengakibatkan sekitar 128.000-161.000 kematian per tahun. *Typhoid fever* sering terjadi pada negara tropis. Pengumpulan data menggunakan alat hitung, checklist, pedoman wawancara dan observasi. Pengolahan data dengan collecting, editing, classification, tabulating, penyajian data menggunakan textular, tabular dan grafikal serta analisis data secara deskriptif. Hasil penelitian adalah review identifikasi menunjukkan 121 dokumen (90.98%) lengkap dan 12 dokumen (9.02%) tidak lengkap. Review pencatatan menunjukkan 121 dokumen (90.98%) lengkap dan 12 dokumen (9.02%) tidak lengkap. Review pelaporan menunjukkan 106 dokumen (79.70%) lengkap dan 27 dokumen (20.30%) tidak lengkap. Review autentifikasi menunjukkan 66 dokumen (49.62%) lengkap dan 67 dokumen (50.38%) tidak lengkap. Ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis dipengaruhi aspek alat dan material (label pasien dan alat cetak kurang memadai), machine (komunikasi), dokter merupakan dokter partime, dan terdapat formulir yang tidak terisi dikarenakan kurangnya kedisiplinan Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis berdampak pada proses pengajuan klaim dan akreditasi rumah sakit.

Kata Kunci: autentifikasi, identifikasi, kuantitatif, pelaporan, pencatatan

ABSTRACT

One of the efforts to improve the quality of medical record documentation is through quantitative analysis. Quantitative analysis of medical record documents includes: identification review, record review, reporting review, and authentication review. *Typoid fever* cases based on WHO data in 2018 reached 11-20 million cases annually and resulted in around 128,000-161,000 deaths per year. *Typoid fever* often occurs in tropical countries. Collecting data using calculators, checklists, interview guidelines and observations. Data processing by collecting, editing, classification, tabulating, presenting data using textular, tabular and graphical as well as descriptive data analysis. The results of the study were an identification review showing that 121 documents (90.98%) were complete and 12 documents (9.02%) were incomplete. The record review showed that 121 documents (90.98%) were complete and 12 documents (9.02%) were incomplete. The reporting review showed that 106 documents (79.70%) were complete and 27 documents (20.30%) were incomplete. The authentication review showed that 66 documents (49.62%) were complete and 67 documents (50.38%) were incomplete. Incomplete filling of medical record documents is influenced by aspects of tools and materials (patient labels and printing equipment are inadequate), machine (communication), doctors are part-time doctors, and there are forms that are not filled in due to lack of discipline of the Caregiving Professional (PPA). Incomplete filling of medical record documents has an impact on the process of submitting claims and hospital accreditation.

Keywords: authentication, identification, quantitative, reporting, recording

PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan tentunya rumah sakit harus menyelenggarakan rekam medis (Undang-Undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 1). Menurut Permenkes RI No 24 Tahun 2022 tentang rekam medis dalam Pasal 1 menyebutkan bahwa rekam medis adalah dokumen yang

berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien sangat memerlukan dokumen rekam medis guna mencatat pelayanan yang diberikan kepada pasien salah satunya yaitu pelayanan instalasi rawat inap. Instalasi rawat inap adalah tempat diselenggarakannya pelayanan kesehatan dengan menginap dan pemberian pelayanan dilaksanakan secara terus menerus selama 24 jam dengan standar yang telah ditentukan (Agusiady, 2022:15). Penyelenggaraan pelayanan kesehatan rawat inap harus dilaksanakan dengan sebaik mungkin dan digunakan suatu indikator untuk menunjang keberhasilan dalam peningkatan mutu informasi kesehatan. Menurut Sudra (2019:6.1) yang menyatakan bahwa berkaitan dengan mutu informasi kesehatan, maka terdapat rumusan mengenai mutu pendokumentasian (dalam hal ini adalah rekam medis) yang meliputi : tulisan dapat dibaca (*legible*), dapat dipercaya (*reliable*), tepat (*precise*), lengkap (*complete*), ajeg (*consistent*), jelas (*clear*), dan tepat waktu (*timely*).

Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dapat menjadi salah satu upaya untuk menunjang keberhasilan mutu rumah sakit yang tentunya juga perlu mengetahui tentang pentingnya *Quality Assurance Program* (QAP). *Quality Assurance Program* (QAP) atau program jaminan mutu adalah suatu upaya yang dilaksanakan secara berkesinambungan, sistematis, objektif, dan terpadu untuk menetapkan masalah mutu dan penyebabnya berdasarkan standar yang telah ditetapkan, menetapkan dan melaksanakan cara penyelesaian masalah sesuai dengan kemampuan yang tersedia (Muninjaya, 2019:130). Program jaminan mutu dengan penilaian mutu pelayanan di rumah sakit dapat dilakukan dengan cara mengetahui kelengkapan pengisian dokumen rekam medis melalui analisis kuantitatif dan analisis kualitatif. Dalam penelitian ini akan dibahas secara rinci mengenai analisis kuantitatif. Analisis kuantitatif dokumen rekam medis yaitu telaah/ *review* bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pencatatan rekam medis. Analisis kuantitatif dokumen rekam medis ini bertujuan untuk menentukan sekiranya ada kekurangan agar dapat dikoreksi dengan segera pada saat pasien dirawat, dan item kekurangan belum terlupakan, untuk menjamin efektivitas kegunaan isi rekam medis di kemudian hari (Sudra, 2019:6.5).

Salah satu upaya meningkatkan mutu pendokumentasian rekam medis dengan adanya analisis kuantitatif. Analisis kuantitatif dokumen rakam medis meliputi: *review* identifikasi, *review* pencatatan, *review* pelaporan, dan *review* autentifikasi. Pendokumentasian rekam medis mendukung pencapaian salah satu Standar Pelayanan Minimal (SPM) rekam medis yaitu kelengkapan pengisian rekam medis yaitu 100%. Kasus *thypoid fever* berdasarkan data WHO tahun 2018 mencapai 11-20 juta kasus setiap tahunnya dan mengakibatkan sekitar 128.000-161.000 kematian per tahun. *Thypoid fever* sering terjadi pada negara tropis karena kurangnya menjaga kebersihan sehingga mudah terpapar bakteri *salmonella thypi* yang menyebabkan timbulnya penyakit *thypoid fever*. Berdasarkan latar belakang masalah penelitian, maka tujuan penelitian adalah mengetahui kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap kasus *thypoid fever* di rumah sakit.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan retrospektif. Variabel dalam penelitian ini meliputi: *review* identifikasi, *review* pencatatan, *review* pelaporan, *review* autentifikasi, *Incomplete Medical Record Rate* (IMR), *Delinquent Medical Record Rate* (DMR), faktor ketidaklengkapan dokumen rekam medis, dan dampak ketidaklengkapan dokumen rekam medis. Populasi penelitian sejumlah 133 kasus *thypoid fever* pada tahun 2022 di Rumah Sakit Panti Waluyo Surakarta. Sampel adalah keseluruhan populasi, sehingga penelitian ini menggunakan teknik sampling *saturation sampling*. Pengumpulan data *checklist*, wawancara dan observasi, dengan menggunakan instrumen penelitian berupa alat hitung, pedoman *checklist*, pedoman wawancara dan pedoman observasi. Wawancara dilakukan kepada kepala rekam medis, petugas *assembling* dan perawat pendamping Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) kasus *thypoid fever*. Sedangkan observasi dilakukan terhadap pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap *thypoid fever*. Data primer dalam penelitian ini meliputi hasil wawancara, hasil observasi dan rekapitulasi hasil *checklist*. Sedangkan data sekunder adalah Standar Prosedur Operasional (SPO) tentang analisis kelengkapan pengisian rekam medis, laporan 10 besar penyakit dan profil rumah sakit. Pengolahan data meliputi: *collecting*, *editing*, *classification*,

tabulating, penyajian data menggunakan *textular*, *tabular* dan *grafikal* serta analisis data secara deskriptif. (Notoadmodjo, 2018., Sugiyono, 2014)

HASIL DAN PEMBAHASAN

Terdapat formulir khusus yang wajib digunakan pada kasus *thypoid fever* yaitu formulir medis spesialistik dan formulir medis spesialistik anak. Perbedaan pada kedua formulir tersebut yaitu pada formulir medis spesialistik digunakan untuk pasien dewasa sedangkan formulir medis spesialistik anak digunakan untuk pasien anak-anak. Isian penting pada formulir tersebut meliputi isian data obat, dosis obat, hasil pemeriksaan, dan diagnoa komplikasi.

Analisis kuantitatif rekam medis menggunakan empat *review* yaitu *review* identifikasi, *review* pencatatan, *review* pelaporan, dan *review* autentifikasi. Dokumen rekam medis rawat inap kasus *thypoid fever* terdiri dari sembilan formulir, yaitu: (1) formulir data pasien umum, (2) formulir medis spesialistik, (3) formulir status pasien, (4) formulir pengamatan Tanda-Tanda Vital (TTV), (5) formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT), (6) formulir Catatan Tindakan dan Catatan Perkembangan, (7) formulir Pengkajian Penilaian Kebutuhan Edukasi Terintegrasi Rawat Jalan dan Rawat Inap, (8) Hasil Pemeriksaan Laboratorium, dan (9) formulir ringkasan pulang.

Review identifikasi pada Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus *Thypoid Fever* di Rumah Sakit

Review identifikasi pada dokumen rekam medis rawat inap kasus *thypoid fever* terhadap item-item yaitu: (1) No RM, (2) Nama Pasien, (3) Alamat, (4) Umur/Tanggal Lahir, (5) Jenis Kelamin, dan (6) Ruang/Bangsal. Hasil kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap pada *review* identifikasi pasien per formulir dan per item dapat dilihat pada Tabel 1 sebagai berikut:

Tabel 1

Hasil Analisis Kuantitatif *Review* Identifikasi Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus *Thypoid Fever* di Rumah Sakit

No	Jenis Formulir	No. RM				Nama Pasien				Alamat				Umur / Tanggal Lahir				Jenis Kelamin				Ruang / Bangsal			
		L	%	T L	%	L	%	T L	%	L	%	T L	%	L	%	T L	%	L	%	T L	%	L	%	T L	%
1	Data Pasien Umum	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0
2	Medis Spesialistik	128	96.24	5	3.76	128	96.24	5	3.76	128	96.24	5	3.76	128	96.24	5	3.76	128	96.24	5	3.76				
3	Status Pasien	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0
4	Pengamatan TTV	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0
5	Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0
6	Format Catatan Tindakan dan Catatan Perkembangan	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0	131	98.50	2	1.50
7	Pengkajian Penilaian Kebutuhan Edukasi Terintegrasi RJ dan RI	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0				
8	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0
9	Ringkasan Pulang	133	100	0	0	133	100	0	0	132	99.25	1	0.75	133	100	0	0	132	99.25	1	0.75	130	97.74	3	2.26

Berdasarkan Tabel 1 menunjukkan hasil persentase *review* identifikasi dengan kelengkapan tertinggi terdapat pada formulir data pasien umum, formulir status pasien, formulir pengamatan tanda vital, formulir catatan pengembangan pasien terintegrasi, dan formulir hasil pemeriksaan laboratorium yaitu item nomor rekam medis, nama pasien, alamat, jenis kelamin, umur/ tanggal lahir, dan ruang/ bangsal sebanyak 133 formulir dengan persentase 100% lengkap. Sedangkan ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir medis spesialistik yaitu item nomor rekam medis, nama pasien, alamat, jenis kelamin, umur/ tanggal lahir, dan ruang/ bangsal sebanyak 5 formulir dengan persentase 3.76% tidak lengkap dengan keterangan bahwa formulir tersebut kosong.

Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh Gunarti (2019:112) bahwa setiap lembar rekam medis harus ada identitas pasien (No. RM, Nama) dan jika ada lembaran rekam medis yang tanpa identitas harus direview untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut. Hal tersebut juga sesuai dengan penelitian *literature review* Periani, dkk (2020:76) di rumah sakit menyebutkan bahwa, dilihat dari komponen *review* identifikasi rekam medis harus ada identitas pasien (No.RM, Nama, Jenis kelamin, Tempat tanggal lahir, Umur, Alamat, Pendidikan, Agama). Pengisian identifikasi pada rekam medis seharusnya diisi lengkap oleh dokter atau perawat di setiap bangsal karena di samping untuk mengetahui rekam medis tersebut milik siapa karena rekam medis tersebut sangat penting karena isinya menyangkut data klinis pasien yang dapat digunakan oleh berbagai pihak.

Review Pencatatan pada Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus *Thyphoid Fever* di Rumah Sakit

Review pencatatan pada dokumen rekam medis pasien rawat inap kasus *thyphoid fever* terhadap item-item: (1) Tidak ada cairan penghapus tulisan, (2) Tidak ada coretan tanpa paraf dan (3) Tidak ada penggunaan singkatan yang tidak baku. Hasil kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap pada *review* pencatatan pasien per formulir dan per item dapat dilihat pada Tabel 2 sebagai berikut:

Tabel 2

Hasil Analisis Kuantitatif *Review* Pencatatan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus *Thyphoid Fever* di Rumah Sakit

No.	Jenis Formulir	Tidak ada cairan penghapus tulisan				Tidak ada coretan tanpa paraf				Tidak ada penggunaan singkatan yang tidak baku			
		L	%	TL	%	L	%	TL	%	L	%	TL	%
1.	Data Pasien Umum	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0
2.	Medis Spesialistik	127	95.49	6	4.51	127	95.49	6	4.51	127	95.49	6	4.51
3.	Status Pasien	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0
4.	Pengamatan TTV	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0
5.	Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0
6.	Format Catatan Tindakan dan Catatan Perkembangan	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0
7.	Pengkajian Penilaian Kebutuhan Edukasi Terintegrasi RJ dan RI	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0
8.	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0
9.	Ringkasan Pulang	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0

Berdasarkan Tabel 2 menunjukkan hasil persentase *review* pencatatan dengan kelengkapan tertinggi terdapat pada formulir data pasien umum, formulir status pasien, formulir pengamatan tanda-tanda vital, formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi, formulir format catatan tindakan dan catatan perkembangan, formulir pengkajian penilaian kebutuhan edukasi terintegrasi rawat jalan dan rawat inap, formulir hasil pemeriksaan laboratorium, dan formulir ringkasan pulang yaitu item tidak ada cairan penghapus tulisan, tidak ada coretan tanpa paraf, dan tidak ada penggunaan singkatan yang tidak baku sebanyak 133 formulir dengan persentase 100% lengkap. Sedangkan ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir medis spesialistik yaitu item tidak ada cairan penghapus tulisan, tidak ada coretan tanpa paraf, dan tidak ada penggunaan singkatan yang tidak baku sebanyak 6 formulir dengan persentase 4.51% tidak lengkap dengan keterangan bahwa terdapat 5 formulir kosong atau tidak terisi. Pengisian pada formulir menggunakan singkatan yang tidak baku dan tidak mudah dibaca seperti penulisan diagnosa atau riwayat penyakit dan tindakan. Salah satu contoh, yaitu: penulisan riwayat penyakit pasien “demam” menjadi “demmm”.

Hal ini sesuai dengan Sudra (2019:6.9) yang menyatakan bahwa, lingkup dari *review* teknik pencatatan meliputi: penulisan hendaknya menggunakan istilah, singkatan, dan simbol yang baku, terdaftar, dan terstandar sehingga bisa dipahami dengan jelas dan pasti oleh pembacanya. Upaya rumah sakit dalam meningkatkan kelengkapan rekam medis berdasarkan *review* pencatatan yaitu rumah sakit menerbitkan daftar singkatan yang “jangan digunakan” (*do-not-use list*) yang berisi singkatan-singkatan yang sering sekali menimbulkan salah baca atau salah dimengerti dan berpotensi merugikan pihak pasien.

Hal tersebut juga sejalan dengan hasil penelitian Rahmadiliyani (2020:48-49) di RSD Idaman Kota Banjarbaru menyatakan bahwa, data di rekam medis harus dapat memenuhi permintaan informasi diperlukan standar universal yang meliputi struktur dan isi rekam medis, keseragaman dalam penggunaan simbol, tanda, istilah, singkatan dan ICD, kerahasiaan dan keamanan data. Kebijakan/ *policy* ini bertujuan agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku di rumah sakit. Standar Operasional Prosedur (SOP) membantu mengurangi kesalahan dan pelayanan di bawah standar dengan memberikan langkah-langkah yang sudah diuji dan disetujui dalam melaksanakan berbagai kegiatan. Sosialisasi regulasi simbol dan singkatan.

Review Pelaporan pada Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus *Thyphoid Fever* di Rumah Sakit

Review pelaporan pada dokumen rekam medis pasien rawat inap kasus *thyphoid fever* terhadap item-item: (1) Tanggal Pelayanan, (2) Jam Pelayanan, dan (3) Laporan yang harus ada. Hasil kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap pada *review* pelaporan pasien per formulir dan per item dapat dilihat pada Tabel 3 sebagai berikut:

Tabel 3
 Hasil Analisis Kuantitatif *Review* Pelaporan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus *Thyphoid Fever* di Rumah Sakit

No.	Jenis Formulir	Tanggal Pelayanan				Jam Pelayanan				Laporan yang harus ada			
		L	%	TL	%	L	%	TL	%	L	%	TL	%
1.	Data Pasien Umum	133	100	0	0	128	96.24	5	3.76	132	99.25	1	0.75
2.	Medis Spesialistik	132	99.25	1	0.75	121	90.98	12	9.02	133	100	0	0
3.	Status Pasien	133	100	0	0					133	100	0	0
4.	Pengamatan TTV	133	100	0	0					133	100	0	0
5.	Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi	131	98.50	2	1.50	130	97.74	3	2.26	133	100	0	0
6.	Format Catatan Tindakan dan Catatan Perkembangan	133	100	0	0	132	99.25	1	0.75	132	99.25	1	0.75
7.	Pengkajian Penilaian Kebutuhan Edukasi Terintegrasi RJ dan RI									132	99.25	1	0.75
8.	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	133	100	0	0	133	100	0	0	133	100	0	0
9.	Ringkasan Pulang	133	100	0	0	131	98.50	2	1.50	133	100	0	0

Berdasarkan Tabel 3 menunjukkan hasil persentase *review* pelaporan dengan kelengkapan tertinggi terdapat pada formulir status pasien, formulir pengamatan tanda tanda vital, dan formulir hasil pemeriksaan laboratorium yaitu item jam pelayanan, tanggal pelayanan, dan laporan yang harus ada sebanyak 133 formulir dengan persentase 100% lengkap. Sedangkan ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir medis spesialistik yaitu item jam pelayanan sebanyak 12 formulir dengan persentase 9.02% tidak lengkap.

Hal ini sesuai dengan Sudra (2019: 6.7) yang menyatakan bahwa pada *review* pelaporan bertujuan untuk memeriksa kelengkapan semua bentuk laporan sesuai dengan kebutuhan kasus masing-masing pasien. 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. Hal ini terkait erat dengan peraturan pengisian rekam medis dan sangat penting pada saat diperlukan pelacakan suatu kejadian. Oleh karena itu tanggal dan jam harus dicantumkan pada saat pasien melakukan perawatan karena untuk mengetahui kapan dan jam berapa pasien mendapatkan pelayanan dan harus mencantumkan laporan karena untuk mendapatkan informasi riwayat penyakit sebelumnya yang sudah diderita oleh pasien.

Hal tersebut juga sejalan dengan hasil penelitian Pujilestari, dkk (2021:4) di Rumah Sakit Umum Daerah Toto Kabila menyebutkan bahwa, kelengkapan pengisian pelaporan yang penting pada rekam medis rawat inap meliputi data yang sifatnya sangat penting dalam memantau perkembangan penyakit pasien. Data pelaporan yang penting dalam rekam medis antara lain diagnosa sekunder, diagnosa utama, keadaan keluar, tanggal masuk, jenis operasi, laporan operasi dan *informed consent*. Kelengkapan pengisian pada item pelaporan mempunyai arti penting karena dapat dijadikan informasi tentang perjalanan penyakit pasien di rumah sakit yang meliputi riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, observasi klinis dan kesimpulan pada akhir perawatan serta keterangan diagnosa akhir. Oleh karena itu, jam pelayanan sangat penting untuk dicantumkan dalam formulir pasien.

Review Autentifikasi pada Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus *Thyphoid Fever* di Rumah Sakit

Review autentifikasi pada dokumen rekam medis pasien rawat inap kasus *thyphoid fever* di rumah sakit terhadap item: (1) tanda tangan dan (2) nama terang. Hasil kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap pada *review* autentifikasi pasien per formulir dan per item dapat dilihat pada Tabel 4 sebagai berikut:

Tabel 4
Hasil Analisis Kuantitatif *Review* Autentifikasi Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus *Thyroid Fever* di Rumah Sakit

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan hasil persentase *review* autentifikasi dengan kelengkapan tertinggi terdapat pada formulir format catatan tindakan dan catatan perkembangan yaitu item tanda tangan sebanyak 133 formulir dengan persentase 100% lengkap. Sedangkan untuk ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir hasil pemeriksaan laboratorium yaitu item tanda tangan sebanyak 42

No.	Jenis Formulir	Tanda Tangan				Nama Terang			
		L	%	TL	%	L	%	TL	%
1.	Data Pasien Umum	129	97.00	4	3.00	130	97.74	3	2.26
2.	Medis Spesialistik	125	93.99	8	6.01	124	93.23	9	6.77
3.	Status Pasien								
4.	Pengamatan TTV					127	95.49	6	4.51
5.	Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi	131	98.50	2	1.50	130	97.74	3	2.26
6.	Format Catatan Tindakan dan Catatan Perkembangan	133	100	0	0	132	99.25	1	0.75
7.	Pengkajian Penilaian Kebutuhan Edukasi Terintegrasi RJ dan RI								
8.	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	91	68.42	42	31.58	130	97.74	3	2.26
9.	Ringkasan Pulang	126	94.74	7	5.26	109	81.95	24	18.05

formulir dengan persentase 31.58% tidak lengkap.

Berdasarkan hasil wawancara dengan narasumber dokter dan perawat, menyatakan bahwa pada *review* autentifikasi apabila tidak diisi dengan lengkap seperti tidak ada tanda tangan, nama terang dokter, perawat, pasien, atau orang yang bertanggungjawab (keluarga pasien) dalam suatu formulir maka akan mempengaruhi kegunaan rekam medis. Apabila terjadi permasalahan maka menyulitkan identifikasi penanggung jawab formulir dikarenakan tidak ada tanda tangan dan nama terang pada formulir rekam medis tersebut. Hal ini sesuai Gunarti (2019:112) yang menyatakan bahwa, pada analisis kuantitatif memeriksa autentifikasi dari pencatatan berupa tanda tangan, nama jelas termasuk cap/ stempel atau kode seseorang untuk komputersasi, dalam penulisan nama jelas harus ada gelar profesional (dokter, perawat).

Persentase Kelengkapan dan Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus *Thyroid Fever* di Rumah Sakit

Persentase kelengkapan dan ketidaklengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap kasus *thyroid fever* di rumah sakit disajikan dalam Tabel 5 sebagai berikut:

Tabel 5
Persentase Kelengkapan dan Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus *Thyroid Fever* di Rumah Sakit

No.	Jenis Dokumen	Jumlah	Persentase (%)
1.	Dokumen Lengkap	58	43.61
2.	Dokumen Tidak Lengkap	75	56.39
	Jumlah	133	100 %

Berdasarkan Tabel 5 dapat diketahui bahwa dokumen rekam medis rawat inap kasus *thyroid fever* yang lengkap sebesar 43.61% artinya dari 133 dokumen yang diteliti terdapat 58 dokumen rekam medis yang lengkap, sedangkan yang tidak lengkap sebesar 56.39% artinya dari 133 dokumen yang diteliti terdapat 75 dokumen rekam medis yang tidak lengkap.

Menurut Kepmenkes RI Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit, bahwa salah satu indikator SPM rekam medis adalah kelengkapan pengisian rekam medis sebesar 100%. Jadi, persentase kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap kasus *thyroid fever* pada penelitian ini belum memenuhi indikator SPM rekam medis di rumah sakit.

Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus *Thyphoid Fever* di Rumah Sakit

Faktor Penyebab Ketidaklengkapan pada *Review* Identifikasi

Review identifikasi dalam pengisian identitas pasien meliputi item nomor rekam medis, nama pasien, alamat, umur/ tanggal lahir, jenis kelamin, dan ruang/ bangsal. Ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir medis spesialistik pada item nomor rekam medis, nama pasien, alamat, umur/ tanggal lahir, jenis kelamin, dan ruang/ bangsal dengan keterangan bahwa formulir tersebut kosong.

Pada penelitian ini diketahui bahwa faktor penyebab ketidaklengkapan adalah aspek alat dan material yaitu karena ketersediaan stiker label identitas yang kurang mencukupi kebutuhan dan alat pencetak label identitas yang kurang memadai. Ketersediaan stiker label identitas sebesar 15-20 stiker untuk setiap dokumen rekam medis pasien rawat inap dan seringkali formulir pasien melebihi jumlah tersebut.

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian *literature review* Wirajaya (2019:161) yaitu salah satu faktor ketidaklengkapan dokumen rekam medis pada aspek alat dan material. Faktor lainnya karena tidak adanya suatu sistem *reward* dan *punishment*, serta motivasi, sehingga dalam menjalankan tugasnya atau dalam pengisian dokumen rekam medis akan dianggap sebuah hal atau pekerjaan yang biasa saja. Pada penelitian oleh Giyatno, dkk (2020:67) bahwa kelengkapan pengisian pada komponen identifikasi pasien pada pasien rawat inap diagnosa *fracture femur* di RSUD Dr. R.M Djoelham Binjai belum lengkap 100% dikarenakan isian identifikasi pasien masih ada yang terlewatkan tidak dilengkapi atau untuk ditulis oleh petugas yang bertanggung jawab serta keterbatasan *barcode* yang digunakan untuk menempel identitas pada formulir tersebut.

Faktor Penyebab Ketidaklengkapan pada *Review* Pencatatan

Ketidaklengkapan formulir medis spesialistik pada item tidak ada cairan penghapus tulisan, tidak ada coretan tanpa paraf, dan tidak ada penggunaan singkatan yang tidak baku seperti penulisan diagnosa atau riwayat penyakit dan tindakan yang dilakukan dikarenakan kurangnya pengetahuan perawat tentang tata cara pencatatan yang baik dan benar dalam rekam medis. Dengan kata lain faktor penyebab ketidaklengkapan pada *review* pencatatan terletak pada aspek Sumber Daya Manusia (SDM). Pada penelitian ini terjadi kurangnya sosialisasi mengenai adanya daftar singkatan dan istilah. Disamping itu Profesional Pemberi Asuhan (PPA) mempunyai cara atau catatan singkatan masing-masing sesuai dengan bidangnya akan tetapi tidak seragam/ sama, sehingga memungkinkan jika dokumen rekam medis kosong atau tidak lengkap dan menimbulkan suatu pencatatan seperti diagnosa kurang lengkap dan valid.

Penyebab ketidaklengkapan pada *review* pencatatan yaitu pada aspek *man* (pengetahuan petugas) terjadi pada penelitian Lihawa (2015:121) yaitu PPA belum mengetahui bahwa batas waktu pengisian kelengkapan rekam medis adalah 24 jam setelah pasien pulang/ dipulangkan. Selain itu, pada penelitian *literature review* Wirajaya (2019:161) pada aspek metode (prosedur kerja) yang menyatakan bahwa, masih ada rumah sakit yang belum memiliki panduan/ kebijakan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) di bagian rekam medis, tidak adanya sosialisasi mengenai SPO di bagian rekam medis, tidak adanya monitoring dan evaluasi terhadap ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis, dan masih ada rumah sakit yang menjalankan alur rekam medis yang tidak sesuai dengan standar. Hal tersebut sejalan dengan penelitian *literature review* Kusnadi (2022:195-196) pada fasilitas pelayanan kesehatan menyatakan bahwa, petugas medis terlalu sibuk dikarenakan jumlah pasien dan kurangnya pemahaman dari tenaga kesehatan terhadap pentingnya melakukan pengisian dokumen rekam medis serta ketidakpatuhan tenaga kesehatan dalam melakukan tanggung jawab kepada pasien.

Faktor Penyebab Ketidaklengkapan pada *Review* Pelaporan

Review pelaporan meliputi pengisian tanggal pelayanan, jam pelayanan dan laporan yang harus ada. Ketidaklengkapan tertinggi yaitu formulir medis spesialistik pada item jam pelayanan disebabkan karena PPA memberikan pelayanan dahulu setelah itu baru didokumentasikan atau dilakukan pencatatan jadi ada item yang tidak diisi atau karena lebih fokus pada pemeriksaan yang diberikan.

Hal ini sesuai dengan penelitian *literature review* Wirajaya (2019:161) yaitu aspek metode (prosedur kerja) yang menyatakan bahwa, masih ada rumah sakit yang belum memiliki panduan / kebijakan dan SPO di bagian rekam medis, tidak adanya sosialisasi mengenai SPO di bagian rekam medis, tidak adanya monitoring dan evaluasi terhadap ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis, dan masih ada rumah sakit yang menjalankan alur rekam medis yang tidak sesuai dengan standar dan aspek beban kerja petugas medis yang sangat tinggi sehingga memiliki waktu yang sedikit untuk mengisi dokumen rekam medis dan hanya terfokus pada pemeriksaan dengan tujuan peningkatan mutu dengan memberi pelayanan prima.

Selain itu sesuai dengan hasil penelitian Lihawa (2015:121) di RSI Unisma Malang faktor penyebab ketidaklengkapan rekam medis pada aspek *machine* (komunikasi) didapatkan hasil 37.63 % responden tidak mengetahui apakah terdapat wadah komunikasi antara dokter dengan manajemen penunjang medis dan 77.77 % responden (21 orang) menyatakan bahwa rapat membahas kelengkapan dokumen rekam medis tidak berjalan efektif dan para dokter spesialis merasa tidak dilibatkan didalamnya serta sebanyak 59.25% (16 orang) menyatakan bahwa mereka tidak mendapat penjelasan yang intens tentang dokumen rekam medis. Dapat disimpulkan bahwa karena jarang mendapat penjelasan intens tentang rekam medis maka PPA hanya terfokus pada pelayanan dan kurang memperhatikan pencatatan. Hal ini terjadi karena PPA kurang mengerti pentingnya rekam medis. Hal tersebut didukung dengan penelitian Pamungkas, dkk (2015:127) di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi menyebutkan bahwa, salah satu faktor *man* penyebab ketidaklengkapan dokumen rekam medis yaitu kurangnya waktu untuk mengisi dokumen rekam medis sehingga prioritas dokter adalah pelayanan.

Faktor Penyebab Ketidaklengkapan pada *Review* Autentifikasi

Review autentifikasi dokumen rekam medis meliputi pengisian nama terang dan tanda tangan. Pada penelitian ini ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir hasil pemeriksaan laboratorium pada item tanda tangan dokter penerima informasi. Faktor ketidaklengkapan dokumen rekam medis pada *review* autentifikasi ini karena kesibukan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) memiliki tanggung jawab lain di luar rumah sakit atau DPJP tidak selalu berada di rumah sakit sehingga petugas rekam medis atau perawat terkadang kesulitan berkoordinasi dengan dokter terkait aktivitas melengkapi isian rekam medis. Selain itu faktor lainnya adalah jadwal pulang pasien lebih awal dari jadwal visit dokter serta adanya pemeriksaan rujukan internal.

Faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan *review* autentifikasi terletak pada aspek sumber daya manusia yaitu kurangnya kedisiplinan, beban kerja dan motivasi petugas dalam mengisi dokumen rekam medis ditemukan pada penelitian *literature review* Wirajaya (2019:161) yaitu kurangnya kedisiplinan dokter dan perawat dalam melengkapi dokumen rekam medis, masih banyak petugas yang telat dalam mengembalikan dokumen rekam medis kepada pihak petugas rekam medis, beban kerja petugas medis yang sangat tinggi sehingga memiliki waktu yang sedikit untuk mengisi dokumen rekam medis dan kurangnya motivasi dari petugas sehingga masih banyak yang belum mengetahui dampak dari ketidaklengkapan rekam medis pasien.

Hal tersebut terjadi juga pada penelitian Swari, dkk (2019:54) di RSUP Dr. Kariadi Semarang menyebutkan bahwa, faktor *man* penyebab ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis yaitu kurangnya tingkat kesadaran dan kedisiplinan dokter dalam melengkapi berkas rawat inap sehingga dokter tidak segera menandatangani berkas rekam medis rawat inap. Tanda tangan dan nama dokter pada rekam medis sifatnya sangat penting karena merupakan legalitas dalam bentuk tanggung jawab terhadap pasien. Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung. Didukung juga oleh penelitian *literature review* Kusnadi (2022:193) di fasilitas pelayanan kesehatan yang menyatakan bahwa, pasien pulang saat dokter tidak masuk sehingga dokter tidak mengetahui kelanjutannya.

Dampak Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus *Thyphoid Fever* di Rumah Sakit

Dampak Ketidaklengkapan pada *Review* Identifikasi

Dampak ketidaklengkapan dokumen rekam medis *review* identifikasi pada penelitian ini adalah kemungkinan tertukarnya atau tercecernya lembar rekam medis pasien satu dengan pasien lainnya atau hilangnya formulir tersebut sehingga akan sulit dalam menggabungkan. Selain itu riwayat pelayanan kesehatan otomatis tidak utuh dan lengkap. Tentunya hal ini akan mempengaruhi kualitas pelayanan Kesehatan terhadap pasien rumah sakit.

Dampak ketidaklengkapan rekam medis *review* identifikasi dinyatakan pada penelitian Kurniawati, dkk (2016:153) di RSI Amal Sehat Sragen bahwa apabila ada formulir yang kurang lengkap dalam pengisian identitas akan mengakibatkan terjadinya kendala dalam proses pelayanan dan apabila ada formulir yang tercecer sulit untuk mengetahui formulir tersebut milik dokumen yang mana karena kurang adanya identitas tersebut.

Dampak Ketidaklengkapan pada *Review* Pencatatan

Dampak ketidaklengkapan dokumen rekam medis *review* pencatatan pada penelitian ini bahwa apabila ditemukan tulisan salah dan tidak bisa terbaca atau koreksi tanpa paraf maka sulit

mengidentifikasi pihak yang telah melakukan koreksi. Selain itu, jika pencatatan tidak dilakukan dengan lengkap dan valid maka informasi rekam medis menjadi tidak jelas dan sulit untuk dimengerti. Jika hal ini terjadi maka tujuan dan mutu rekam medis tidak akan tercapai. Selain itu, dalam proses pengajuan klaim akan terhambat dan akhirnya mempengaruhi pendapatan rumah sakit.

Hal ini sesuai dengan penelitian *literature review* Wirajaya (2019:163) menyebutkan bahwa ketidaklengkapan dokumen rekam medis menjadi salah satu masalah karena rekam medis seringkali merupakan satu satunya catatan yang dapat memberikan informasi terinci tentang apa yang sudah terjadi selama pasien dirawat di rumah sakit. Hal ini akan mengakibatkan dampak internal dan eksternal karena hasil pengolahan data menjadi dasar pembuatan laporan baik internal rumah sakit maupun bagi pihak eksternal. Laporan ini akan sangat berpengaruh terhadap perencanaan rumah sakit ke depannya, pengambilan keputusan dan menjadi bahan evaluasi pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit. Didukung pula pada hasil penelitian Wijayanti, dkk (2013) di RSUD Tugurejo Semarang menyebutkan bahwa apabila pencatatan pada rekam medis tidak dapat dibaca maka petugas coding tidak bisa mengkode diagnosa penyakit pasien. Jika hal itu terjadi maka informasi medis tidak bisa dihasilkan dengan baik dan jelas serta akan mempengaruhi dalam proses klaim asuransi. Oleh karena itu dalam penulisan atau pencatatan harus dilakukan dengan baik dan benar.

Dampak Ketidaklengkapan pada *Review* Pelaporan

Pada penelitian ini *review* pelaporan apabila tidak diisi dengan lengkap maka akan berdampak buruk dalam pengambilan keputusan untuk suatu tindakan medis, pemberian obat, pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Dewi, dkk (2022:131) di Rumah Sakit Umum Queen Latifa yang menyatakan bahwa ketidaklengkapan pada *review* pelaporan dapat menyebabkan petugas sulit untuk mengetahui tindakan maupun perawatan selanjutnya, hal ini karena setiap hal yang didapatkan pasien harus dilaporkan (*tercantum*) di dalam rekam medis. Pengisian laporan penting harus diperhatikan kelengkapannya, karena hal tersebut rekam medis bermanfaat sebagai pembuktian masalah hukum, apabila sewaktu-waktu terjadi tuntutan malpraktek dari pasien akibat kesalahan dalam pemberian pelayanan kesehatan, dengan adanya rekam medis yang lengkap dapat membantu dokter ataupun tenaga kesehatan lainnya sebagai bukti pelayanan yang telah diberikan sudah sesuai dengan prosedur (keputusan pelayanan medis).

Dampak Ketidaklengkapan pada *Review* Autentifikasi

Penelitian ini menyatakan bahwa apabila autentifikasi tidak diisi dengan lengkap seperti tidak ada tanda tangan, nama terang dokter, perawat, pasien orang yang bertanggung jawab (keluarga pasien), maka akan menyulitkan apabila sewaktu-waktu rekam medis dibutuhkan oleh pasien maupun oleh pihak ketiga.

Hal tersebut juga sejalan dengan hasil penelitian Anindyta (2014) di RSUD Kota Semarang menyebutkan bahwa, jika dalam lembar rekam medis pasien bagian nama dan tanda tangan dokter/perawat tidak diisi maka akan menyulitkan petugas rekam medis untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab atas isi rekam medis tersebut. Pada *review* ini ketidaklengkapan dalam pemberian tanda tangan dan nama terang sebagai bukti autentik dari dokumen rekam medis sering disebabkan karena petugas medis yang bertanggung jawab beranggapan bahwa dengan menuliskan nama atau tanda tangan saja sudah cukup. Apabila dalam *review* autentifikasi hanya dituliskan nama atau tanda tangan saja, tidak bisa mencakup aspek legalitas yang kuat serta tidak bisa dijadikan sebagai bukti kuat apabila sewaktu-waktu dibutuhkan dalam perkara hukum jika rumah sakit tersebut mendapat tuntutan dari pasien. Jadi, tanda tangan dan nama terang itu penting keduanya, bukan salah satu terkait dengan aspek legalitas formulir rekam medis.

Hasil penelitian ini didukung juga oleh hasil penelitian Christine, dkk (2014) di RSUD Kota Semarang yang menyatakan bahwa, jika dalam lembar RM pasien bagian nama dan tanda tangan dokter/perawat tidak diisi maka akan menyulitkan petugas RM untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab atas isi RM tersebut. Apabila dalam *review* autentifikasi hanya dituliskan nama atau tanda tangan saja, tidak bisa mencakup aspek legalitas yang kuat serta tidak bisa dijadikan sebagai bukti kuat apabila sewaktu-waktu dibutuhkan dalam perkara hukum jika rumah sakit tersebut mendapat tuntutan dari pasien. Nama dan tanda tangan dari tenaga medis menunjukkan aspek legalitas sebagai bukti pertanggungjawaban apabila sewaktu-waktu digunakan sebagai bukti dalam perkara hukum. Jika tidak bisa dijadikan sebagai bukti maka tujuan rekam medis tidak bisa tercapai.

Dampak ketidaklengkapan rekam medis pada penelitian ini adalah tertundanya klaim dan menghambat pendapatan rumah sakit. Selain itu juga akan mempengaruhi mutu rumah sakit serta mutu rekam medis karena indikator mutu rekam medis suatu rumah sakit tercapai apabila kelengkapan

pengisian rekam medis sebesar 100%. Selain itu juga akan mempengaruhi proses tertib administrasi dan akreditasi rumah sakit.

Hal tersebut didukung oleh hasil penelitian Khoiroh, dkk (2020:92) di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang menyatakan bahwa, ketidaklengkapan dokumen rekam medis dapat mempengaruhi mutu pelayanan rumah sakit yaitu, pending klaim sehingga pendapatan rumah sakit menurun. Selain itu, dampak ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis yaitu tidak dapat terpenuhinya tujuan rekam medis untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Selain itu, hal ini juga sesuai dengan penelitian *literature review* Wirajaya (2019:159) yang menyatakan bahwa dampak ketidaklengkapan rekam medis adalah terhambatnya proses klaim asuransi yang diajukan dan terhambatnya proses tertib administrasi. Kualitas rekam medis sangat penting karena ikut menentukan mutu pelayanan yang ada di rumah sakit. Hal ini karena rekam medis merupakan salah satu standar yang harus dipenuhi oleh instansi atau rumah sakit untuk mendapatkan predikat akreditasi.

SIMPULAN

Simpulan pada penelitian ini yaitu: (1) Pada *review* identifikasi ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir medis spesialistik yaitu item nomor rekam medis, nama pasien, alamat, jenis kelamin, umur/ tanggal lahir, dan ruang/ bangsal pada 5 formulir (3.76%), (2) Pada *review* pencatatan ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir medis spesialistik yaitu item tidak ada cairan penghapus tulisan, tidak ada coretan tanpa paraf, dan tidak ada penggunaan singkatan yang tidak baku sebanyak 6 formulir (4.51%), (3) Pada *review* pelaporan ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir medis spesialistik yaitu item jam pelayanan sebanyak 12 formulir (9.02%), (4) Pada *review* autentifikasi ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir hasil pemeriksaan laboratorium yaitu item tanda tangan sebanyak 42 formulir (31.58%), (5) Faktor ketidaklengkapan dokumen rekam medis rawat inap kasus *typhoid fever* di rumah sakit yaitu: aspek alat dan material (label pasien dan alat cetak kurang memadai), *machine* (komunikasi), dan Profesional Pemberi Asuhan (PPA), (6) Dampak ketidaklengkapan dokumen rekam medis rawat inap kasus *typhoid fever* di rumah sakit yaitu: tertundanya klaim sehingga menghambat pendapatan rumah sakit, mempengaruhi mutu rumah sakit dan mutu rekam medis serta mempengaruhi proses akreditasi rumah sakit.

Berdasarkan simpulan, maka dapat disarankan adanya sistem *reward punishment* bagi PPA, pelatihan kepada petugas PPA terkait tata cara pengisian dokumen rekam medis yang baik dan benar, adanya kebijakan rumah sakit terkait penyeragaman singkatan dan istilah baku, serta meningkatkan koordinasi antar PPA dengan petugas rekam medis dalam pencapaian indikator kelengkapan pengisian rekam medis sebesar 100%.

DAFTAR PUSTAKA

- Agusiady, R. Ricky, dkk. 2022. *Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Deepublish Publisher.
- Anindyta, Shita. 2014. Analisa Kuantitatif Dan Kualitatif Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Pada Pasien Diabetes Melitus Terhadap Akurasi Koding Di RSUD Kota Semarang Periode Triwulan I. Semarang. *Prodi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, Universitas Dian Nuswantoro.
- Christine, Eunike Riska. dkk. 2014. Analisa Kuantitatif dan Kualitatif Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis pada Pasien Typoid di RSUD Kota Semarang Periode Triwulan I. Semarang. *Prodi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, Universitas Dian Nuswantoro.
- Dewi, Aulia Kusuma, dkk. 2015. Analisis Kelengkapan Pengisian Rekam Medis Gawat Darurat berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1 di Rumah Sakit Umum Queen Latifa. *Jurnal Permata Indonesia*, 2 (13); 126-135.
- Giyatno, dkk. 2020. Analisis Kuantitatif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap dengan Diagnosa Fracture Femur di RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai. *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda*, 1 (5); 62-71.
- Gunarti, Rina. 2019. *Manajemen Rekam Medis (di Layanan Kesehatan)*. Yogyakarta: Thema Publishing.
- Khoiroh, Ana Nafidatul , dkk. 2020. Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Rekam Medis Rawat Inap di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 1 (2); 91-98.
- Kurniawati, Desi, dkk. 2016. Analisis Kuantitatif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Pasien Renal Cholic. *Jurnal Rekam Medis*, 2 (10); 145-156.

- Kusnadi, Agung dan Deni Maisa Putra. 2022. Analisis Ketidaklengkapan Pengisian Lembar Resume Medis pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan. *Administration & Health Information of Journal*, 2 (3); 192-200.
- Lihawa, Cicilia, dkk. 2015. Faktor-Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medis Dokter di Ruang Rawat Inap RSI Unisma Malang. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 2 (28); 119-123.
- Menkes RI. 2008. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta.
- Menkes RI. 2022. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis*. Jakarta.
- Muninjaya, GDE. 2019. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2018. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pamungkas, Fantri, dkk. 2015. Identifikasi Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 2 (28); 124-128.
- Periani, Ni Made, dkk. 2020. Tinjauan Literature: Studi Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medis Rawat Inap Kasus Interna. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 2 (3); 70-79.
- Pujilestari, Agustina, dkk. 2021. Kelengkapan Pengisian Rekam Medis Pasien Bedah di Rumah Sakit Umum Daerah Toto Kabila Tahun 2021. *Jurnal of Health Information*, 2 (1); 1-6.
- Rahmadiliyani, Nina, dkk. 2020. Tinjauan Penggunaan Simbol dan Singkatan pada Rekam Medis Rawat Inap dalam Menunjang Akreditasi SNARS Edisi 1.1 di RSD Idaman Kota Banjarbaru. *Jurnal Kesehatan Indonesia (The Indonesian Journal of Health)*, 1 (11); 41-52.
- Republik Indonesia. 2009. Undang Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 *tentang Rumah Sakit*.
- Sudra, Rano. Indradi. 2019. *Rekam Medis*. Tangerang Selatan: Universitas Terbuka.
- Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Swari, Selvia Juwita, dkk. 2019. Analisis Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap RSUP Dr. Kariadi Semarang. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 1 (1); 50-56.
- Wijayanti dan Jaka Prasetya. 2013. *Analisa Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus Hipertensi di Filling RSUD Tugurejo Semarang Triwulan I*. Semarang, Universitas Dian Nuswantoro. *Research*.
- Wirajaya, Made Karma Maha. 2019. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketidaklengkapan Rekam Medis Pasien pada Rumah Sakit di Indonesia. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 2 (7); 158-165.
- World Health Organization (WHO).2018. Fact Sheets. Diunduh dari <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/thypoid/> / 10 Februari 2023.