

Tinjauan Ketidakeengkapan Berkas Rekam Medis Rawat Jalan Di Rs Tk III Dr. R Soeharsono Banjarmasin Tahun 2020

*Incomplete Review of Outpatient Medical Record Files at Rs Tk III Dr. R
Soeharsono Banjarmasin 2020*

Diah Elya Sari

Program Studi Perkam Dan Informasi Kesehatan, Sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan, Husada Borneo Banjarbaru

Abstract

Based on the Minimum Service Standards (SPM), a complete medical record is a medical record that has been filled out completely by a doctor within <24 hours after completing outpatient services or after an inpatient is decided to go home. Based on a preliminary study at TK.III Hospital Dr. R. SOeharsono Banjarmasin, from 18 samples of outpatient medical records it was found that 100% were incomplete. The incompleteness lies in filling in the medical record number, patient name, date of birth, date of visit, disease history, physical examination, diagnosis, disease code, and doctor's signature. This study aims to determine the incomplete filling of outpatient medical record files at TK III DR R Soeharsono Hospital Banjarmasin. This research was carried out with a descriptive method. The sample in this study were 85 medical record files of internal medicine polyclinic patients. The results of the study included the highest incompleteness criteria for the patient's disease code criteria, 85 incomplete files (100%), the patient history criteria for 48 incomplete files (56%), the criteria for date of birth / patient age 23 incomplete files (27%), criteria medical record number obtained 22 incomplete files (26%), patient name criteria obtained 22 incomplete files (26%), patient diagnosis criteria 16 incomplete files (19%), patient visit date criteria 14 incomplete files (16%), the patient's physical examination criteria were 14 incomplete files (16%), and the lowest incompleteness was in the doctor's signature criteria 14 incomplete files (16%). The conclusion of the study was the incompleteness of the medical record file at the internal medicine polyclinic at TK III DR R Soeharsono Banjarmasin Hospital contained in filling in the disease code, disease history, date of birth / patient age, medical record number, patient name, diagnosis, date of visit, physical examination, and signs. doctor's hand.

Keywords: *incompleteness, medical record, outpatient, internal medicine*

Pendahuluan

Menurut WHO (World Health Organization), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan

penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik. Departemen Kesehatan RI menyatakan bahwa

rumah sakit merupakan pusat pelayanan yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar dan medik spesialis, pelayanan penunjang medis, pelayanan perawatan, baik rawat jalan, rawat inap maupun pelayanan instalasi. Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan dapat diselenggarakan oleh pemerintah, dan atau masyarakat.

Praktik Kedokteran menekankan betapa pentingnya sistem rekam medis diadakan di setiap rumah sakit ataupun sarana pelayanan kesehatan lainnya bagi masyarakat. Permasalahan dan kendala utama dalam pelaksanaan rekam medis adalah dokter (tenaga medis) tidak menyadari sepenuhnya manfaat dan kegunaan rekam medis, baik dalam sarana pelayanan kesehatan maupun praktik perorangan, karena pada dasarnya para petugas kesehatan atau dokter itu sendiri tidak membuat rekam medis dengan lengkap, dengan jelas dan tidak tepat waktu (Konsil Kedokteran Indonesia 2017).

Adapun tujuan dibuatnya rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa dukungan suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar tertib administrasi di rumah sakit tidak akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan upaya pelayanan

kesehatan di rumah sakit (Rustiyanto, 2015).

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rekam Medis dalam KEPMENKES Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 yaitu rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume. Tergambarnya kecepatan

pelayanan pendaftaran rawat jalan. Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas. Dampak apabila dalam pengisian berkas rekam medis rawat jalan tidak lengkap maka tidak cukup memberikan informasi untuk pengobatan selanjutnya ketika pasien datang kembali ke sarana pelayanan kesehatan tersebut.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan Desember 2019 di rumah sakit TK III Dr. R Soeharsono dari 18 sampel rekam medis pasien rawat jalan didapatkan hasil pengisian nomor rekam medis terdapat 77,7% tidak

terisi lengkap pengisian nama pasien terdapat 77,7%, pengisian tanggal lahir 77,7% tidak terisi lengkap, pengisian tanggal kunjungan 77,7% tidak terisi lengkap, pengisian riwayat penyakit 66,6% tidak lengkap, pengisian pemeriksaan fisik 83,3% tidak terisi lengkap, pengisian diagnosis 61,1% tidak terisi lengkap, pengisian kode penyakit 94,4% tidak terisi lengkap serta pengisian tanda tangan dokter 61,1% tidak lengkap. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk mengangkat judul Tinjauan Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis Rawat Jalan Di Rs TK III Dr. R Soeharsono Banjarmasin.

Metode Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan metode deskriptif, menurut Notoatmodjo (2012) metode penelitian deskriptif yang dilakukan terhadap sekumpulan objek yang biasanya bertujuan untuk mengetahui Ketidaklengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Rawat Jalan di Rumah Sakit TK III Dr. R Soeharsono Banjarmasin.

Lokasi penelitian yang akan diteliti dilaksanakan di RS TK.III Dr. R. Soeharsono Banjarmasin. Waktu penelitian dimulai dari tanggal 04-11 Agustus 2020.

Populasi pada penelitian ini adalah berkas rekam medis pasien yang berobat di poliklinik penyakit dalam pada bulan Agustus 2020 berjumlah 586 berkas rekam medis.

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Teknik pengambilan

sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sampel bertujuan atau purposive sampling. Menurut Purwanto (2010) sampel bertujuan (*purposive sampling*) adalah pengambilan sampel yang dilakukan dengan memilih secara sengaja menyesuaikan dengan tujuan penelitian. Teknik penarikan sampel bertujuan biasanya dilakukan karena beberapa pertimbangan-pertimbangan yang peneliti buat dalam penelitian ini antara lain:

- 1) Berkas yang dijadikan sebagai responden merupakan Berkas rekam medis di RS TK.III Dr. R. Soeharsono Banjarmasin.
- 2) Berkas yang dijadikan responden benar-benar merupakan subjek paling banyak mengandung ciri-ciri yang terdapat pada tujuan.

untuk menentukan ukuran sampel peneliti menggunakan rumus Slovin, pengambilan sampel yang masih diinginkan (Sujarweni, 2015).

Sampel yang peneliti ambil menggunakan rumus Slovin dengan tingkat kepercayaan 90%, dan tingkat error 10% atau 0,1. Besarnya tingkat error yang diambil (10%) didasarkan pada banyaknya populasi berkas rekam medis. Karena tidak semua anggota populasi diteliti, diyakini hasil penelitian dari sampel itu taraf kepercayaannya akan mencerminkan seluruh anggota populasi. Maksudnya, data yang dihasilkan dari sampel itu benar-benar akan relatif sama dengan data yang diperoleh jika penelitian dilakukan terhadap seluruh anggota populasi.

Hasil

Pencatatan dalam berkas rekam medis harus selalu dilakukan dengan cara yang benar karena berkas rekam medis merupakan catatan penting yang harus diperhatikan penelitiannya (Swari, dkk. 2019: 53). Penelitian ini dilakukan terhadap 85 sampel berkas rekam medis di RS Tk III Dr. R. Soeharsono Banjarmasin. Berdasarkan hasil observasi, diperoleh hasil sebagai berikut:

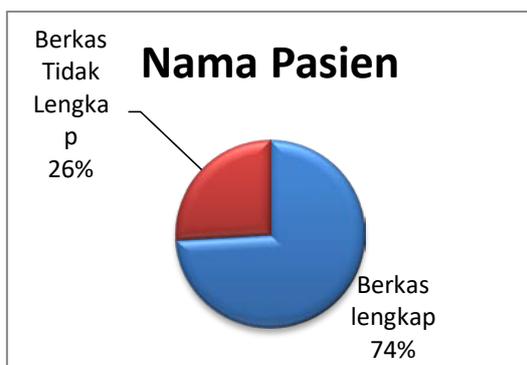
a. Nomor rekam medis



Gambar 4.2 Persentase hasil tinjauan nomor rekam medis

Berdasarkan hasil penelitian pada diagram di atas, didapat 63 berkas lengkap (74%), 22 berkas tidak lengkap (26%).

b. Nama pasien



Gambar 4.3 Persentase hasil tinjauan nama pasien

Berdasarkan hasil penelitian pada diagram di atas, didapat 63 berkas lengkap (74%), 22 berkas tidak lengkap (26%).

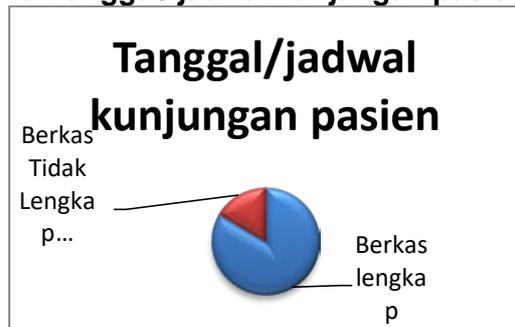
c. Tanggal lahir/umur pasien



Gambar 4.4 Persentase hasil tinjauan tanggal lahir/ umur pasien

Pada penelitian diperoleh 62 berkas lengkap (73%), 23 berkas tidak lengkap (27%).

d. Tanggal/ jadwal kunjungan pasien



Gambar 4.5 Persentase hasil tinjauan tanggal/jadwal kunjungan pasien

Hasil penelitian menunjukkan 71 berkas lengkap (84%), 14 berkas tidak lengkap (16%).

e. Riwayat penyakit pasien



Gambar 4.6 Persentase hasil tinjauan riwayat penyakit pasien

Hasil penelitian didapatkan 37 berkas lengkap (44%), 48 berkas tidak lengkap (56%).

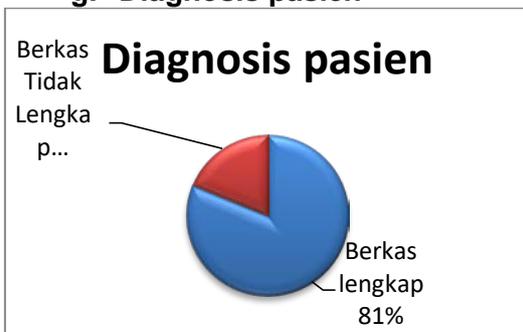
f. Pemeriksaan fisik pasien



Gambar 4.7 Persentase hasil tinjauan pemeriksaan fisik pasien

Hasil penelitian pada kriteria ini yaitu 71 berkas lengkap (84%), 14 berkas tidak lengkap (16%).

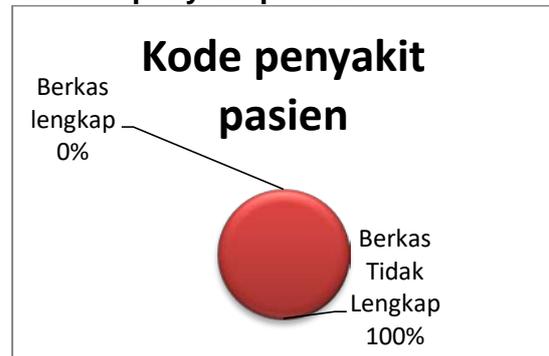
g. Diagnosis pasien



Gambar 4.8 Persentase hasil tinjauan diagnosis pasien

Hasil penelitian sebesar 69 berkas lengkap (81%), 16 berkas tidak lengkap (19%).

h. Kode penyakit pasien



Gambar 4.9 Persentase hasil tinjauan kode penyakit pasien

Hasil penelitian memperoleh hasil 0 berkas lengkap (0%), 85 berkas tidak lengkap (100%).

i. Tanda tangan dokter



Gambar 4.10 Persentase hasil tinjauan tanda tangan dokter

Hasil penelitian pada kriteria ini 71 berkas lengkap (84%), 14 berkas tidak lengkap (16%).

Berdasarkan diagram di atas, dari 9 (sembilan) kriteria tinjauan ketidaklengkapan berkas rekam medis di RS Tk III Dr. R Soeharsono Banjarmasin Tahun 2020 dengan sampel 85 berkas, diperoleh hasil data pada kriteria kode penyakit pasien 85 berkas tidak lengkap (100%), kriteria riwayat penyakit pasien 48 berkas tidak lengkap (56%), kriteria tanggal lahir/umur pasien 23 berkas tidak lengkap (27%), kriteria nomor rekam

medis didapat 22 berkas tidak lengkap (26%), kriteria nama pasien didapat 22 berkas tidak lengkap (26%), kriteria diagnosis pasien 16 berkas tidak lengkap (19%), kriteria tanggal kunjungan pasien 14 berkas tidak lengkap (16%), kriteria pemeriksaan fisik pasien 14 berkas tidak lengkap (16%), dan pada kriteria tanda tangan dokter 14 berkas tidak lengkap (16%).

Pembahasan

Pengukuran gambaran dari hasil tinjauan ketidaklengkapan Berkas rekam medis rawat jalan di Rs Tk III Dr. R Soeharsono Banjarmasin Tahun 2020 dengan metode deskriptif yaitu :

a. Nomor rekam medis

Berdasarkan hasil penelitian pada diagram di atas, didapat 63 berkas lengkap (74%), 22 berkas tidak lengkap (26%). Sistem apapun yang dipakai untuk Rekam Medis yang baru harus berdasarkan nomor yang di urut secara kronologis dan nomor tersebut digunakan oleh unit/bagian di RS/pelayanan kesehatan yang bersangkutan. Sistem penomoran dalam pelayanan rekam medis yaitu tata-cara penulisan nomor yang diberikan kepada pasien yang datang berobat sebagai bagian dari identitas pribadi pasien yang bersangkutan. Nomor rekam medis mempunyai beberapa kegunaan dan tujuan yaitu, sebagai identifikasi dari pasien, petunjuk pemilik folder dokumen rekam medis pasien yang bersangkutan, Registrasi pasien (Pada waktu admission), untuk pedoman dalam tata-cara penyimpanan (penjajaran) dokumen rekam medis, dan sebagai petunjuk dalam pencarian dokumen rekam medis yang telah disimpan di filing. Ketika pasien datang berobat,

petugas rekam medis harus memberikan nomor rekam medis dan mencatatnya kedalam beberapa formulir rekam medis (Nuraini, 2015:153).

b. Nama pasien

Berdasarkan hasil penelitian, didapat 63 berkas lengkap (74%), 22 berkas tidak lengkap (26%). Sistem penamaan adalah tata cara penulisan nama seseorang pasien dalam dokumen rekam medis (DRM), yang bertujuan untuk membedakan antara pasien yang satu dengan pasien yang lainnya. Secara teori memang terdapat banyak sekali tata cara pemberian nama pasien di Dokumen Rekam Medis berdasarkan jenis nama tersebut. Namun, tata acara pemberian nama yang sering dilakukan di lapangan biasanya lebih praktis dan memang menyesuaikan dengan kebijakan institusi kesehatan tersebut. Hal ini dimaksudkan agar pelayanan menjadi lebih cepat, dan biasanya disesuaikan dengan suatu efektifitas dan efisiensi yang ingin didapatkan oleh institusi kesehatan.

c. Tanggal lahir/umur pasien

Pada penelitian diperoleh 62 berkas lengkap (73%), 23 berkas tidak lengkap (27%), huruf abjad diurut berdasarkan nama keluarga (marga, nama pertama) yg diikuti nama pasien, bila ada nama keluarga pasien yang sama maka disusun menurut abjad nama pasien, jika nama diri juga sama maka di susun berdasarkan nama tengah. Jika semuanya sama maka disusun berdasarkan tanggal lahir atau usia, dimana usia lebih tua ditaruh mendahului usia lebih muda. Cara ini akan memudahkan dalam pengambilan kembali (retrieval), ada juga cara pengorganisasiannya berdasarkan tanggal & tahun kunjungan, hal ini akan menyulitkan dalam pengambilan kembali (retrieval). Manfaat dari penulisan tanggal lahir/umur ialah memudahkan dokter untuk menentukan

tindakan medis yang akan dilakukan. Dampak dari masalah yang terjadi apabila data tidak lengkap adalah kualitas data yang dihasilkan tidak baik dan tidak akurat sehingga dapat merugikan manajemen RS sendiri dalam pengambilan keputusan (Rani, dkk, 2015: 3).

d. Tanggal/jadwal kunjungan pasien

Hasil penelitian menunjukkan 71 berkas lengkap (84%), 14 berkas tidak lengkap (16%). Manfaat dari jadwal kunjungan ini adalah menghemat waktu bagi dokter dan mencegah timbulnya kekeliruan. Tanpa adanya catatan jadwal tersebut, gambaran pasien dari waktu ke waktu kepada petugas yang harus merawat pasien tersebut harus dijelaskan sendiri-sendiri (Sarake, 2018:71).

e. Riwayat penyakit pasien

Hasil penelitian didapatkan 37 berkas lengkap (44%), 48 berkas tidak lengkap (56%). Riwayat penyakit dari seorang pasien (sering disebut anamnesa) adalah informasi yang diperoleh dokter dengan cara menanyakan pertanyaan tertentu, dan pasien dapat memberikan jawaban yang sesuai (dalam kasus ini, sering kali disebut *heteroanamnesa*). Riwayat kesehatan dapat didokumentasikan yang biasa kita kenal dengan rekam medis. Seorang dokter biasanya akan berusaha memperoleh informasi mengenai masalah atau keluhan utama pasien dan riwayatnya, riwayat kesehatan pada masa lalu (seperti penyakit berat, operasi/pembedahan, atau penyakit yang tengah diderita seperti diabetes), kelainan pada organ, riwayat keluarga, riwayat penyakit pada masa kanak-kanak, status sosial, pekerjaan, penggunaan obat, tembakau, alkohol, penggunaan obat rutin, alergi dan kehidupan seks dari pasien. Jika bagian riwayat penyakit pasien tidak lengkap/tidak tertulis, maka akibatnya yang mungkin terjadi adalah kesalahan dalam penanganan medis kepada pasien (Akbar, 2015:5).

f. Pemeriksaan fisik pasien

Hasil penelitian pada kriteria ini yaitu 71 berkas lengkap (84%), 14 berkas tidak lengkap (16%). Pemeriksaan fisik atau pemeriksaan klinis adalah sebuah proses dari seorang ahli medis memeriksa tubuh pasien untuk menemukan tanda klinis penyakit. Hasil pemeriksaan akan dicatat dalam rekam medis. Pemeriksaan fisik dan rekam medis akan membantu dalam penegakan diagnosis dan perencanaan perawatan pasien.

Biasanya, pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis, mulai dari bagian kepala dan berakhir pada anggota gerak, yaitu kaki. Pemeriksaan secara sistematis tersebut disebut teknik *head to toe*. Setelah pemeriksaan organ utama diperiksa dengan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, beberapa tes khusus mungkin diperlukan seperti tes neurologi.

Dengan petunjuk yang didapat selama pemeriksaan riwayat dan fisik, ahli medis dapat menyusun sebuah diagnosis banding, yakni sebuah daftar penyebab yang mungkin menyebabkan gejala tersebut. Beberapa tes akan dilakukan untuk meyakinkan penyebab tersebut. Sebuah pemeriksaan yang lengkap akan terdiri dari penilaian kondisi pasien secara umum dan sistem organ yang spesifik. Dalam praktiknya, tanda vital atau pemeriksaan suhu, denyut dan tekanan darah selalu dilakukan pertama kali.

g. Diagnosis pasien

Hasil penelitian sebesar 69 berkas lengkap (81%), 16 berkas tidak lengkap (19%). Diagnosis pasien adalah penentuan kondisi kesehatan yang sedang dialami oleh seseorang sebagai dasar pengambilan keputusan medis untuk prognosis dan pengobatan. Diagnosis dilakukan untuk menjelaskan gejala dan tanda klinis yang dialami oleh seorang pasien, serta membedakannya dengan kondisi lain

yang serupa. Penegakan diagnosis diawali dengan mengumpulkan informasi melalui anamnesis yang dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik terhadap pasien. Seringkali, pemeriksaan lanjutan seperti pencitraan diagnostik dengan sinar-x, ultrasonografi, atau pengujian laboratorium seperti pemeriksaan darah dan urin diperlukan selama proses diagnosis. Jika diagnosis pasien tidak lengkap atau tidak diisi, maka dikhawatirkan akan terjadi kesalahan penanganan pasien dan mengakibatkan malpraktek dan dapat terkena sanksi hukum (UU No. 29 Tahun 2004)

h. Kode penyakit pasien

Hasil penelitian memperoleh hasil 0 berkas lengkap (0%), 85 berkas tidak lengkap (100%). Kegiatan dan tindakan serta diagnosis yang ada didalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya di index agar memudahkan pelayanan data penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen, dan riset bidang kesehatan. Kode klasifikasi penyakit oleh WHO (*World Health Organization*) bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cidera, gejala dan faktor yang mempengaruhi kesehatan. Tindakan tidak valid atau tidak sesuai dengan isi dalam berkas rekam medis, maka kode penyakit atau tindakan yang dihasilkan menjadi kurang akurat sehingga dapat memperlambat proses penanganan (Gouw, dkk, 2017:23).

i. Tanda tangan dokter

Hasil penelitian pada kriteria ini 71 berkas lengkap (84%), 14 berkas tidak lengkap (16%). Setiap pencatatan kedalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tandatangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberi pelayanan kesehatan secara langsung. Yang dimaksud dengan tandatangan pada catatan tersebut adalah tanda tangan basah dari dokter atau tenaga

kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kepada pasien.

Setiap pembuat catatan/dokumen pada catatan/dokumen rekam medis sebaiknya juga sebagai pemberi pelayanan. Tetapi ada kalanya pembuat catatan/dokumen berbeda dengan pemberi pelayanan (biasanya pada rumah sakit pendidikan), dalam hal ini tetap catatan/dokumen tersebut harus dimintakan tandatangan dan nama jelas dari dokter penanggungjawab pelayanan. Akibat dari berkas rekam medis yang tidak ditandatangani oleh petugas atau dokter ialah berkas tersebut dianggap tidak valid atau kurang keabsahannya (Gouw, dkk, 2017:27).

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian pada tinjauan ketidaklengkapan berkas rekam medis rawat jalan di RS Tk III Dr. R Soeharsono Banjarmasin tahun 2020, maka dapat disimpulkan bahwa :

- a. Pengisian nomor pada dokumen rekam medis di rumah sakit TK III DR R Soeharsono Banjarmasin, didapat 63 berkas lengkap (74%), 22 berkas tidak lengkap (26%).
- b. Pengisian nama pasien pada dokumen rekam medis di rumah sakit TK III DR R Soeharsono Banjarmasin didapat 63 berkas lengkap (74%), 22 berkas tidak lengkap (26%).
- c. Pencatatan dan pengisian tanggal lahir/umur pasien pada dokumen rekam medis di rumah sakit TK III DR R Soeharsono Banjarmasin diperoleh 62 berkas lengkap (73%), 23 berkas tidak lengkap (27%).
- d. Pencatatan tanggal kunjungan pasien pada dokumen rekam medis di rumah sakit TK III DR R

Soeharsono Banjarmasin, hasil penelitian menunjukkan 71 berkas lengkap (84%), 14 berkas tidak lengkap (16%).

- e. Pengisian riwayat penyakit pasien pada dokumen rekam medis di rumah sakit TK III DR R Soeharsono Banjarmasin didapatkan 37 berkas lengkap (44%), 48 berkas tidak lengkap (56%).
- f. Pencatatan pemeriksaan fisik pasien pada dokumen rekam medis di rumah sakit TK III DR R Soeharsono Banjarmasin, hasil penelitian pada kriteria ini yaitu 71 berkas lengkap (84%), 14 berkas tidak lengkap (16%).
- g. Pencatatan diagnosis pasien pada dokumen rekam medis di rumah sakit TK III DR R Soeharsono Banjarmasin, hasil penelitian sebesar 69 berkas lengkap (81%), 16 berkas tidak lengkap (19%).
- h. Pengisian kode penyakit pasien pada dokumen rekam medis di rumah sakit TK III DR R Soeharsono Banjarmasin, hasil penelitian memperoleh hasil 0 berkas lengkap (0%), 85 berkas tidak lengkap (100%).

Pengisian tanda tangan dokter pada dokumen rekam medis di rumah sakit TK III DR R Soeharsono Banjarmasin, hasil penelitian pada kriteria ini 71 berkas lengkap (84%), 14 berkas tidak lengkap (16%).

Daftar Pustaka

1. Akbar, Ridha. (2015). *Analisis Yuridis Terhadap Peranan Rekam Medis Dalam Mengungkap Terjadinya Kesalahan Medis*. Bagian Hukum Pidana Fakultas Hukum Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Alaydrus, Salmah. (2011). *Perbandingan Kelengkapan Pengisian Rekam Medis Antara Dokter Spesialis di Paviliun Garuda dan Residen di Bangsal Penyakit dalam RUSP dr. Kariadi Semarang Periode Agustus 2010*. UNDIP. Semarang.
3. Amir, Amri & Hanafiah, Jusuf. (2014). *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan Edisi 4*. Jakarta. EGC.
4. Andri Malan. (2017). *Analisis Kelengkapan Berkas Rekam Medis Rawat Jalan di Puskesmas Gamping I Sleman Yogyakarta*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jenderal Achmad Yani Yogyakarta. Skripsi.
5. Azwar, Azrul. (2010). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara.
6. Departemen Kesehatan RI. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia 2015*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
7. Depkes RI Dirjen Pelayanan Medik. (2005). *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Revisi 1*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI Direktorat Jendral Pelayanan Medik.
8. DepKes RI Dirjen YanMed. (2006). *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta : DepKes.
9. Depkes, RI. (2016). *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.
10. Dewi, Vivian Nanny Lia; Sunarsih, Tri. (2011). *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas*. Jakarta : Salemba Medika.
11. Edna K.Huffman. (1994). *Health Information Management, Edisi 10*. Berwyn Illionis: Physicians' record company.
12. Gouw, dkk. (2017). *Tinjauan Kompetensi Koder Dalam Penentuan Kode Penyakit Dan*

- Tindakan Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.* Jurnal INOHIM, Volume 5 Nomor 1, Juni 2017.
13. Hatta, G. (2014). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan.* Jakarta: UI-Press.
 14. Hernandita Pritantyara (2017). *Analisis Kelengkapan Pengisian Rekam Medis Rawat Inap di RS TK. II 04.05.01 dr.Soedjono Magelang.* Magelang. Skripsi.
 15. Huffman, Edna K. (1994). *Health Information Management.* Phisicians Record Compani Berwyn Illinouis.
 16. Kemenkes RI. (2011). *Bulletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan.* Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
 17. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (1999). Nomor: 1333/Menkes/SK/XII/1999. Standar Pelayanan Rumah Sakit.
 18. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 135/KEP/M.PAN/12/2002 Tentang Jabatan Fungsional Perkam Medis dan Angka Kreditnya.
 19. Konsil Kedokteran Indonesia. (2017). *Standar kompetensi dokter gigi. ed 3.* Jakarta Selatan: Konsil Kedokteran Indonesia.
 20. Menkes RI. (2008). *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.* Jakarta.
 21. Nuraini, Novita. (2015). *Analisis Sistem Penyelenggaraan Rekam Medis di Instalasi Rekam Medis RS "X" Tangerang Periode April-Mei 2015.* Jurnal ARSI/Juni 2015.
 22. Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta. Rineka Cipta.
 23. Ray Midge, Noel. (2015). *Health Information Management of a Strategic Resource Chapter 1.* W.b. Saunders Company.
 24. Rustiyanto, Ery. (2015). *Etika Profesi: Perkam Medis Informasi Kesehatan.* Yogyakarta: Graha Ilmu.
 25. Sarake, Mukhsen. (2018). *Buku Ajar Rekaman Medis.* Universitas Hasannudin.
 26. Schroeder, Roger G. (2007). *Operations Management: Contemporary Concepts and Cases, 3rd ed.,* Singapore: McGraw Hill.
 27. Soedarmono Soejitno dkk, (2016). *Reformasi Perumah Sakitan Indonesia. Dirjen Pelayanan Medik DepKes RI- WHO.* Jakarta.
 28. Sujarweni, Wiratna. (2012). *Statistika Untuk Penelitian.* Yogyakarta: Graha Ilmu.
 29. Swari, dkk, (2019). *Analisis Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap RSUP Dr. Kariadi Semarang.* ARTERI : Jurnal Ilmu Kesehatan. Vol. 1, No. 1, Nopember 2019, hlm. 50-56.
 30. Rani, dkk. (2015). *Analisa Kuantitatif Dan Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Pada Pasien Dengue Haemorrhagic Fever Di Rumah Sakit Permata Medika Semarang Periode Triwulan I Tahun 2015.* Fakultas Kesehatan, UDINUS
 31. Uma Sekaran. (2006). *Metodologi Penelitian Untuk Bisnis.* Jakarta: Salemba Empat.
 32. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Jakarta.
 33. WHO.(2016). *Global Report On Diabetes.* France: World Health Organization.