

Analisis Kualitatif Pendokumentasian Rekam Medis Rawat Inap Kasus Craniotomy Di RSUD Dr Moewardi Surakarta

Qualitative Analysis Of Medical Record Documentation Of Inpatient Craniotomy Cases At Dr Moewardi Hospital Surakarta

Dewi Ariani^{1*}, Sri Sugiarsi², Astri Sri Wariyanti³

¹RSUD Dr. Moewardi Surakarta

Jl. Kolonel Sutarto No.132, Jebres, Kec. Jebres, Kota Surakarta, Jawa Tengah 57126

^{2,3}STIKes Mitra Husada Karanganyar

Jl. Brigjen Katamso Barat, Gapura Papahan Indah, Papahan Kec.

Tasikmadu, Kabupaten Karanganyar, Jawa Tengah 57722

*e-mail korespondensi: dway.2345@gmail.com

Abstrak

Mutu rekam medis baik secara kuantitas maupun secara kualitas sangat mendukung untuk standarisasi akreditasi rumah sakit. Penelitian ini menggunakan rancangan *mixed method*. Penelitian kuantitatif digunakan untuk menganalisis kelengkapan dan kekonsistensian pencatatan rekam medis, sedangkan penelitian kualitatif dilakukan untuk mencari informasi terkait faktor penyebab pencatatan rekam medis yang tidak konsisten ditinjau berdasarkan aspek *man*, *material*, *mechine* dan *methode*. Hasil penelitian pendokumentasian rekam medis rawat inap kasus *craniotomy* di RSUD Dr Moewardi Surakarta di tinjau dari analisis kualitatif adalah konsistensi penulisan diagnosis pada saat masuk, dirawat dan pulang, dari 56 dokumen rekam medis rawat inap kasus *craniotomy* didapatkan 50 dokumen rekam medis (89,28%) konsisten dan 6 dokumen rekam medis (10,72%) tidak konsisten. Konsistensi pencatatan perkembangan pasien, rekam medis rawat inap kasus *craniotomy* didapatkan 54 dokumen rekam medis (96,4%) konsisten dan 2 dokumen rekam medis (4,5%) tidak konsisten. Konsistensi pencatatan hal-hal penting selama perawatan dan pengobatan, rekam medis rawat inap kasus *craniotomy* didapatkan 52 dokumen rekam medis (92,9%) konsisten dan 4 dokumen rekam medis (7,1%) tidak konsisten. Konsistensi pencatatan *informed consent*, rekam medis rawat inap kasus *craniotomy* didapatkan sejumlah 46 dokumen rekam medis (82,1%) konsisten dan 10 dokumen rekam medis (17,90%) tidak konsisten. Pencatatan kejadian yang berpotensi menimbulkan tuntutan ganti rugi, rekam medis rawat inap kasus *craniotomy* tidak ditemukan adanya pencatatan kejadian yang berpotensi menimbulkan ganti rugi. Faktor penyebab pencatatan rekam medis yang tidak konsisten pada kasus *craniotomy* dilihat dari segi *Man* yaitu kurangnya ketelitian PPA yang disebabkan karena kelelahan PPA dalam melayani banyaknya pasien. *Material* tidak ada kendala dalam pencatatan rekam medis yang konsisten. *Machine* kurangnya laptop atau komputer di ruang *nurse station* dan belum adanya lembar penilaian konsistensi pencatatan rekam medis. *Methode* belum mempunyai SPO terkait review konsistensi pencatatan rekam medis.

Kata kunci: *Craniotomy*, Pendokumentasian, Rekam Medis

Abstract

The quality of medical records, both in quantity and quality, is very supportive of standardizing hospital accreditation. This research uses a mixed method design. Quantitative research was used to analyze the completeness and consistency of medical record recording, while qualitative research was conducted to find information regarding the factors causing inconsistent medical record recording based on aspects of *man*, *material*, *machine* and *method*. Results of research documenting inpatient medical records for *craniotomy* cases at RSUD Dr. Moewardi Surakarta reviewed the qualitative analysis of the consistency of writing diagnoses at the time of admission, treatment and discharge.

From 56 inpatient medical record documents for craniotomy cases, 50 medical record documents (89.28%) were consistent and 6 medical record documents (10.72%) were inconsistent. Consistency in recording patient progress, inpatient medical records for craniotomy cases found 54 medical record documents (96.4%) were consistent and 2 medical record documents (4.5%) were inconsistent. Consistency in recording important things during care and treatment, inpatient medical records for craniotomy cases found 52 medical record documents (92.9%) were consistent and 4 medical record documents (7.1%) were inconsistent. The consistency of recording informed consent, inpatient medical records for craniotomy cases, found that 46 medical record documents (82.1%) were consistent and 10 medical record documents (17.90%) were inconsistent. Recording of events that could potentially give rise to claims for compensation, in the medical records of inpatient craniotomy cases, there were no records of events that could potentially give rise to compensation. The factor that causes inconsistent recording of medical records in craniotomy cases from a human perspective is the lack of accuracy of the PPA which is caused by the PPA's fatigue in serving the large number of patients. Material: There are no obstacles in consistently recording medical records. There is a lack of laptops or computers in the nurse station room and there is no assessment sheet for the consistency of medical record recording. Method does not yet have an SOP regarding reviewing the consistency of medical record recording

Keywords: Craniotomy, Documentation, Medical Records

PENDAHULUAN

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Rumah sakit dikatakan baik apabila mutu pelayanan kesehatan masyarakat dapat mencapai standar pelayanan minimal. Untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit di perlukan pencatatan dan pengelolaan data secara lengkap dan benar agar menghasilkan informasi yang akurat dan berkesinambungan. Salah satu unit pelayanan di rumah sakit yang berperan penting sebagai sarana penunjang adalah rekam medis.

Rekam medis merupakan salah satu bagian penting dalam membantu pelaksanaan pemberian pelayanan kepada pasien di rumah sakit. Hal ini berkaitan dengan isi rekam medis yang mencerminkan segala informasi menyangkut pasien sebagai dasar dalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan medis lain. Berdasarkan Permenkes No.24 tahun 2022 juga di jelaskan terkait rekam medis elektronik merupakan rekam medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang di peruntukkan bagi penyelenggaraan rekam medis. Hal ini menunjukkan bahwa media rekam medis mulai beralih dari berbasis kertas menuju elektronik. Namun demikian audit kelengkapan rekam medis tetap di lakukan,

walaupun medianya telah beralih ke elektronik (Kemenkes, 2022).

Komponen analisis kualitatif terdiri dari 6 komponen yaitu kelengkapan dan kekonsistensian diagnosis, kelengkapan dan kekonsistensian entry, kekonsistensian pencatatan klinis, penjelasan dan konfirmasi pengobatan yang dilakukan, pencatatan surat persetujuan (*Informed Consent*) / penolakan Tindakan Kedokteran (SPTK), hal-hal yang berpotensi tuntutan / kompensasi ganti rugi (Widjaya & Sugiarsi ,2023). Analisis kualitatif perlu dilakukan oleh para praktisi rekam medis yang telah terpercaya dan pengalaman karena komponennya harus ditelaah dari lembaran rekam medis saat pasien masuk, sedang dirawat dan saat akan keluar perawatan baik yang berbasis kertas maupun RME (Widjaya & Sugiarsi, 2023).

Berdasarkan hasil penelitian dari Nugraheni, dkk (2022) di RS PKU Muhammadiyah Surakarta tentang analisis kualitatif dokumen rekam medis rawat inap penyakit covid-19 ditemukan pencatatan diagnosis 40% tidak konsisten. Dan sebanyak 28% pencatatan perkembangan oleh dokter dan perawat tidak konsisten. Hal ini disebabkan karena faktor PPA (Profesional Pemberi asuhan) tidak konsisten dalam melakukan pengisian dokumen rekam medis rawat inap.

Berdasarkan studi pendahuluan terhadap 10 rekam medis rawat inap pada kasus craniotomy pada bulan Maret 2023 di RSUD Dr Moewardi menunjukkan bahwa sebanyak 20 % penulisan diagnosis tidak konsisten. Pencatatan perkembangan pasien dengan SOAP pada CPPT

hari pertama sampai terakhir tidak konsisten sebanyak 25%. Kesesuaian antara jenis dan informasi tindakan yang di jelaskan dokter ke pasien/keluarga terdekat pada informed consent 20 % tidak konsisten. Kekonsistensian pencatatan rekam medis kasus *craniotomy* masih menjadi masalah yang akan berdampak pada mutu dari rekam medis tersebut. Mutu rekam medis baik secara kuantitas maupun secara kualitas sangat mendukung untuk standarisasi akreditasi rumah sakit, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Analisis Kualitatif Pendokumentasian Rekam Medis Rawat Inap Kasus *Craniotomy* Di RSUD Dr Moewardi Surakarta “

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan *mixed method* yaitu penelitian yang mengkombinasikan antara penelitian kualitatif dengan penelitian kuantitatif. Populasi Obyek dalam penelitian ini adalah seluruh rekam medis kasus *craniotomy* periode triwulan 2 dan triwulan 3 yaitu bulan April-September 2023 dengan jumlah 129 dokumen rekam medis. Populasi subyek dalam penelitian ini adalah seluruh profesi pemberi asuhan yang mengisi dokumen rekam medis dan seluruh dokumen rekam medis rawat inap dengan kasus *craniotomy* dengan dokter spesialis bedah saraf 4 orang, dokter residen bedah saraf sebanyak 10 orang dan perawat di bangsal bedah saraf sebanyak 24 orang. Sampel objek dengan menggunakan teknik *simple random sampling*. Sedangkan untuk sampel subjek dengan cara *Purposive sampling*, yaitu cara menetapkan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi pengambilan informan dengan menetapkan syarat sebagai berikut: PPA dalam lama bekerja > 3 th 1 orang, Kepala Ruang (Karu) / Kepala Tim / Perawat Primer 1 orang, Perawat Associate 2 orang. Sedangkan untuk informan Dokter Penanggung Jawab Pasien Bedah Syaraf 1 orang, Dokter Residen di Bedah Syaraf 1 orang. Kriteria eksklusi adalah informan yang menolak untuk memberikan informasi atau sebagai responden.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Analisis Konsistensi Diagnosis

No	Komponen Analisis	Konsisten		Tidak Konsisten	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1.	Saat masuk Kekonsistensian Diagnosis Pada pengkajian awal IGD, Pengantar Rawat Inap, Asesmen awal pasien	53	94,64	3	5,36
2.	Saat dirawat Konsistensi diagnosis pada CPPT hari pertama s.d hari terakhir	50	89,28	6	10,72
3.	Saat keluar Konsistensi mulai saat masuk, CPPT, ringkasan masuk keluar dan resume medis	46	82,14	10	17,86
Rata-rata		50	89,28	6	10,72

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa masih ada penulisan diagnosis yang tidak konsisten di Rumah Sakit Dr Moewardi Surakarta. Hal ini ditunjukkan dengan rata-rata konsistensi penulisan diagnosis pada saat masuk, dirawat dan pulang sejumlah 89,28%. Penulisan diagnosis yang konsisten dengan persentase tertinggi pada sub komponen konsistensi diagnosis pada pengkajian gawat darurat, pengantar rawat inap, assesment pasien awal

yaitu sebesar 53 dokumen rekam medis (94,64%), sedangkan penulisan diagnosis yang konsisten terendah terdapat pada sub komponen konsistensi diagnosis mulai saat masuk, CPPT, ringkasan masuk keluar dan resume medis yaitu sebesar 46 dokumen rekam medis (82,14%).

Menurut Permenkes No. 24 Tahun 2022, rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Menurut Hatta (2012), rekam medis harus berisikan informasi kesehatan yang cukup lengkap dan rinci, akurat dan relevan, sehingga dapat menunjukkan bagaimana perawatan dan pengobatan telah diberikan kepada pasien. Kekonsistensian rekam medis dari awal pasien masuk, dalam perawatan hingga diperbolehkan pulang menjadi penting untuk diperhatikan agar terjalin kesinambungan dalam pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Rumah Sakit Dr Moewardi Surakarta mempunyai kewajiban untuk menjaga kelengkapan dan keakuratan rekam medis diharapkan mutu rekam medis menjadi lebih baik. Dengan menjaga kekonsistensian rekam medis, maka data/informasi dalam rekam medis dapat digunakan sesuai tujuan dan fungsinya secara optimal. Untuk memastikan kekonsistensian rekam medis, maka dapat dilakukan analisis rekam medis, salah satunya yaitu analisis kualitatif. Analisis kualitatif konsistensi pencatatan rekam medis terdiri dari 5 (lima) komponen yaitu konsistensi diagnosis, konsistensi pencatatan perkembangan pasien, konsistensi pencatatan hal-hal penting selama perawatan dan pengobatan, konsistensi pencatatan *informed consent* dan kejadian yang berpotensi menimbulkan ganti rugi.

Menurut Widjaya (2018) pernyataan diagnosis dalam rekam medis mencerminkan tingkat pengertian mengenai kondisi medis pasien. Misalnya, saat masuk ada diagnosis masuk (*admitting diagnosis*) yang menyatakan alasan pasien masuk rumah sakit dan pemeriksaan fisik harus dicatat sebagai provisional diagnosis yang harus dikonfirmasi dengan diagnosis tambahan (*additional diagnosis*) berdasarkan hasil pemeriksaan lanjutan.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa rata-rata persentase konsistensi diagnosis di Rumah Sakit Dr Moewardi Surakarta yaitu sebesar 89,28%, dimana konsisten dengan

persentase tertinggi pada sub komponen konsistensi diagnosis pada pengkajian IGD, pengantar rawat inap dan pengkajian awal rawat inap yaitu sebesar 53 dokumen rekam medis (94,64%) konsisten dan 3 dokumen rekam medis (5,36%) tidak konsisten, sedangkan penulisan diagnosis terendah terdapat pada sub komponen konsistensi diagnosis mulai saat masuk, CPPT, dan ringkasan pulang yaitu sejumlah 48 dokumen rekam medis (85,71%) konsisten dan 8 dokumen rekam medis (14,29%) tidak konsisten, hal ini dikarenakan diagnosis tidak tertulis dengan lengkap dan adanya hasil pengkajian yang berbeda antara gawat darurat dan pengkajian rawat inap dikarenakan gejala belum ditemukan pada saat pengkajian di Instalasi Gawat Darurat (IGD), gejala terkadang baru ditemukan pada saat proses perawatan karena pasien sudah bisa diajak komunikasi sehingga banyak informasi yang digali lebih dalam untuk menegakkan diagnosis dan hasil penunjang yang sudah jadi seperti CT Scan, MRI atau hasil laborat yang mendukung.

Hal ini belum sesuai dengan teori Sudra (2017) bahwa konsisten berarti bisa menunjukkan tuntutan pola pikir sejak awal menerima pasien hingga memulangkannya.

Menurut Nugraheni dkk (2022) titik sentral yang menjadi inti segala tindakan, pemeriksaan dan terapi terhadap pasien adalah diagnosisnya, dalam hal ini bukan hanya antara satu diagnosis dengan diagnosis lainnya yang harus menunjukkan adanya kekonsistenan, namun juga antara diagnosis dengan bagian pendukung lain dalam rekam medisnya. Dokumen rekam medis pasien pada review kekonsistenan pencatatan diagnosis dikatakan tidak lengkap terisi dan tidak konsisten. Konsisten berarti bisa menunjukkan tuntutan pola pikir sejak awal menerima pasien hingga memulangkannya, karena konsisten merupakan satu kecocokan antara satu bagian dengan bagian yang lain dimana dari awal catatan perkembangan, instruksi dokter dan catatan obat harus konsisten.

Tabel 2. Analisis Konsistensi Pencatatan Perkembangan Pasien

No	Komponen Analisis	Konsisten		Tidak Konsisten	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1.	Dokter				

No	Komponen Analisis	Konsisten		Tidak Konsisten	
		Jumlah	%	Jumlah	%
	Kesinambungan SOAP di CPPT hari pertama sampai hari terakhir	53	94,6	3	5,4
2.	Perawat				
	Konsistensi pencatatan perkembangan dan asuhan keperawatan	54	96,4	2	3,6
	Rata-rata	53,5	95,5	2,5	4,5

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa untuk konsistensi catatan perkembangan pasien tertinggi pada konsistensi perawat di formulir catatan terintegrasi asuhan keperawatan dari 54 dokumen rekam medis 96,4% konsisten dan 2 dokumen rekam medis 3,6 % tidak konsisten. Sedangkan terendah pada konsistensi dokter di formulir catatan terintegrasi SOAP dari 53 dokumen rekam medis 94,6% konsisten dan 3 dokumen rekam medis 5,4 % tidak konsisten.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa rata-rata persentase konsistensi pencatatan perkembangan pasien di Rumah Sakit Dr Moewardi Surakarta yaitu sejumlah 95,5% konsistensi catatan perkembangan pasien tertinggi pada konsistensi perawat di formulir catatan terintegrasi asuhan keperawatan dari 54 dokumen rekam medis 96,4% konsisten dan 2 dokumen rekam medis 3,6 % tidak konsisten. Sedangkan terendah pada konsistensi dokter di formulir catatan terintegrasi SOAP dari 53 dokumen rekam medis 94,6% konsisten dan 3 dokumen rekam medis 5,4 % tidak konsisten.

Menurut Duwi Lidia Radi dkk, bahwa pengisian konsisten dan kelengkapan merupakan suatu penyesuaian atau kecocokan antara satu bagian dengan bagian lain dimana dari awal catatan perkembangan, instruksi dokter dan catatan obat harus konsisten.

Hal ini belum sesuai dengan teori Sudra (2017) bahwa konsisten berarti setiap hal yang terjadi antara pasien sebagai penerima layanan dan tenaga kesehatan sebagai pemberi layanan

harus terekam atau tercatat dan mampu menunjukkan kondisi yang terjadi

Tabel 3. Analisis Konsistensi Pencatatan Hal-Hal Penting Selama Perawatan Dan Pengobatan

No	Komponen Analisis	Konsisten		Tidak Konsisten	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1.	Dokter				
	Kesesuaian adanya nama, jenis pemeriksaan penunjang, dosis, waktu pemberian obat (CPPT dan CPO) dan perubahan obat serta Tindakan yang di lakukan (CPPT dan hasil pemeriksaan penunjang)	51	91,7	5	8,3
2.	Perawat				
	Kesesuaian adanya nama, jenis pemeriksaan penunjang, dosis, waktu pemberian obat (CPPT dan CPO) dan perubahan obat serta Tindakan yang di lakukan (CPPT dan hasil pemeriksaan penunjang)	53	94,6	3	5,4
	Rata-rata	52	92,9	4	7,1

Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa masih ada pencatatan hal-hal penting selama perawatan dan pengobatan yang tidak konsisten di Rumah Sakit Dr Moewardi Surakarta, hal ini ditunjukkan dengan rata-rata konsistensi pencatatan hal-hal penting selama perawatan dan pengobatan sejumlah 92,9%. Pencatatan

hal-hal penting selama perawatan dan pengobatan dengan persentase tertinggi pada sub komponen perawat pencatatan nama, jenis dan waktu instruksi pelaksanaan pemeriksaan penunjang yaitu sebesar 53 dokumen rekam medis (92,9%), sedangkan konsistensi hal-hal penting selama perawatan dan pengobatan terendah terdapat pada sub komponen dokter konsistensi pencatatan nama, jenis, dosis dan waktu instruksi pemberian obat yaitu sejumlah 51 dokumen rekam medis (91,7%).

Konsistensi pencatatan hal-hal penting selama perawatan dan pengobatan meliputi konsistensi terkait keselamatan pasien dan tata laksana medis. Pencatatan rekam medis yang konsisten selama perawatan dan pengobatan diharapkan dapat menjadi upaya pencegahan risiko kekerasan fisik, adanya ketepatan pemberian dan penghentian obat dan ketepatan penegakkan diagnosis melalui instruksi tindakan dari dokter sebagai penanggungjawab pasien.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa rata-rata konsistensi pencatatan hal-hal penting selama perawatan dan pengobatan sejumlah 92,9%. Pencatatan hal-hal penting selama perawatan dan pengobatan dengan persentase tertinggi pada sub komponen perawat pencatatan nama, jenis dan waktu instruksi pelaksanaan pemeriksaan penunjang, dosis, waktu pemberian obat (CPPT dan CPO) dan perubahan obat serta tindakan yang dilakukan (CPPT dan hasil pemeriksaan penunjang) yaitu sebesar 53 dokumen rekam medis (94,6%), sedangkan konsistensi hal-hal penting selama perawatan dan pengobatan terendah terdapat pada sub komponen konsistensi dokter pencatatan nama, jenis, dosis dan waktu instruksi pelaksanaan pemeriksaan penunjang, dosis, waktu pemberian obat (CPPT dan CPO) dan perubahan obat serta tindakan yang dilakukan (CPPT dan hasil pemeriksaan penunjang) yaitu sejumlah 51 dokumen rekam medis (91,7%).

Hal ini menunjukkan bahwa pencatatan nama, jenis dan waktu instruksi pelaksanaan pemeriksaan penunjang, dosis, waktu pemberian obat (CPPT dan CPO) dan perubahan obat serta tindakan yang dilakukan (CPPT dan hasil pemeriksaan penunjang) telah dijalankan dengan baik namun masih belum dijalankan secara maksimal, hal ini menjadi sangat penting.

Tabel 4. Analisis Konsistensi Pencatatan *Informed Consent*

No	Komponen Analisis	Konsisten		Tidak Konsisten	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1.	Konsistensi antara jenis dan informasi yang dijelaskan dokter ke pasien/keluarga terdekat	56	100	0	0
2.	Konsistensi antara diagnosis dengan tindakan yang disetujui/ditolak pasien/keluarga terdekat	46	82,1	10	17,90
Rata-rata		51	91,0	5	9,0

Berdasarkan tabel 4 diketahui bahwa masih ada pencatatan *informed consent* yang tidak konsisten di Rumah Sakit Dr Moewardi Surakarta, hal ini ditunjukkan dengan rata-rata konsistensi pencatatan *informed consent* sejumlah 91,0%. Pencatatan *informed consent* dengan persentase tertinggi pada sub komponen konsistensi antara jenis dan informasi yang dijelaskan dokter ke pasien/keluarga terdekat yaitu sebesar 56 dokumen rekam medis (100%), sedangkan konsistensi pencatatan *informed consent* terdapat pada sub komponen konsistensi antara diagnosis dengan tindakan yang disetujui/ditolak pasien/keluarga terdekat yaitu sejumlah 46 dokumen rekam medis (82,1%).

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa rata-rata konsistensi pencatatan *informed consent* sejumlah 91,0%. Pencatatan *informed consent* dengan persentase tertinggi pada sub komponen konsistensi antara jenis dan informasi yang dijelaskan dokter ke pasien/keluarga terdekat yaitu sebesar 56 dokumen rekam medis (100%), sedangkan konsistensi pencatatan *informed consent* terdapat pada sub komponen konsistensi antara diagnosis dengan tindakan yang disetujui/ditolak pasien/keluarga terdekat

yaitu sejumlah 46 dokumen rekam medis (82,1%). Konsistensi pencatatan informed consent masih belum berjalan secara baik terbukti masih ditemukan ketidaklengkapan pengisian rekam medis sehingga menjadikan tidak konsisten.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Citrawati (2014) yang menyebutkan bahwa ketidakkonsistensian pencatatan informed consent dikarenakan ketidaklengkapan pengisian butir data jenis tindakan medis yang dilakukan. Hal ini dimaksudkan bahwa *informed consent* bukan sekedar menerima tandatangan pasien diatas formulir persetujuan rencana Tindakan kedokteran, namun harus diawali dengan memberikan penjelasan tentang rencana tersebut sehingga pasien memiliki cukup pengetahuan untuk mempertimbangkan keputusan.

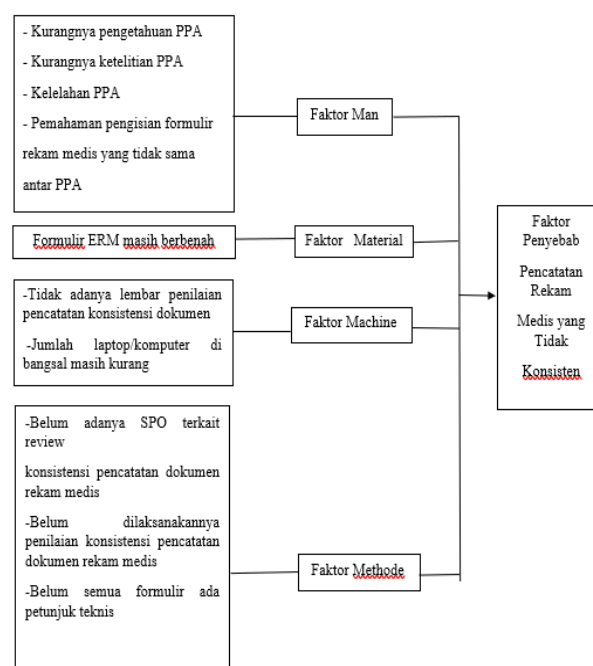
Tabel 5. Analisis Pencatatan Kejadian Yang Berpotensi Menimbulkan Tuntutan Ganti Rugi

No	Komponen Analisis	Ada		Tidak Ada	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1.	Masuk rumah sakit dengan kasus yang sama < 2 hari	0	0	56	100
2.	Komplikasi masalah pengobatan (reaksi alergi obat/transfusi darah, infeksi sesudah masuk, infeksi sesudah operasi)	0	0	56	100
3.	Prosedur batal dilakukan	0	0	56	100
4.	Pulang paksa/pasien pindah bukan alas an administrasi	0	0	56	100
	Rata-rata	0	0	56	100

Berdasarkan tabel 5 diketahui bahwa pencatatan kejadian yang berpotensi menimbulkan tuntutan ganti rugi di Rumah Sakit Dr Moewardi Surakarta sudah baik, pada 56 dokumen rekam medis tidak ditemukan adanya catatan kejadian masuk rumah sakit dengan

kasus yang sama < 2 hari, komplikasi masalah pengobatan (reaksi alergi obat/transfusi darah, infeksi sesudah masuk, infeksi sesudah operasi), prosedur batal dilakukan dan pulang paksa bukan dikarenakan administrasi dengan persentase sebesar 100%.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa pencatatan kejadian yang berpotensi menimbulkan tuntutan ganti rugi di Rumah Sakit Dr Moewardi Surakarta sudah baik, pada 56 dokumen rekam medis tidak ditemukan adanya catatan kejadian dan pulang paksa bukan dikarenakan administrasi. Pencatatan kejadian yang berpotensi menimbulkan ganti rugi telah dijalankan dengan sangat baik yaitu dengan persentase kelengkapan sebesar 100%. Hal ini sesuai dengan teori Sudra (2017) bahwa konsisten berarti setiap hal yang terjadi antara pasien sebagai penerima layanan dan tenaga kesehatan sebagai pemberi layanan harus terekam atau tercatat dan mampu menunjukkan kondisi yang terjadi.



Gambar 1. Faktor-Faktor Ketidakkonsistenan Pencatatan Rekam Medis

Man

Man atau sumber daya manusia merupakan unsur penting dalam pelaksanaan suatu kegiatan sehingga kegiatan tersebut dapat berjalan dengan baik dan tercapai tujuan yang diinginkan. Peran seluruh PPA di Rumah Sakit Dr Moewardi Surakarta sangat dibutuhkan untuk mendukung tercapainya kelengkapan dan kekonsistensian pencatatan rekam medis. Di

Rumah Sakit Dr Moewardi Surakarta yang memiliki kewenangan untuk mengisi rekam medis adalah PPA, dalam hal ini adalah dokter, perawat, nutrisisionis, psikolog dan terapis. Berkaitan dengan pengisian rekam medis, di Rumah Sakit dr Moewardi Surakarta telah dilakukan pelatihan internal kepada seluruh PPA mengenai cara pengisian rekam medis, data-data yang harus dituliskan dalam rekam medis, dan penulisan yang mudah terbaca. Pelatihan ini bertujuan agar seluruh PPA lebih memahami cara pengisian rekam medis sehingga data yang dituliskan dalam rekam medis dapat diperoleh dengan lengkap dan akurat.

Dalam proses pencatatan rekam medis ini, masih ditemukan pencatatan rekam medis yang tidak konsisten yaitu pencatatan diagnosis, pencatatan perkembangan pasien, pencatatan hal-hal penting selama perawatan dan pengobatan dan pencatatan *informed consent*. Pencatatan rekam medis yang tidak konsisten yang dilihat dari sisi man, dapat disebabkan beberapa hal yaitu terkadang ada poin pengkajian yang tidak tidak dikaji oleh PPA dikarenakan pengetahuan PPA yang kurang dalam mengkaji pasien sehingga mengakibatkan adanya ketidaksesuaian antara pengkajian gawat darurat dan pengkajian awal rawat inap yang menyebabkan pencatatan diagnosis yang tidak konsisten. Kurangnya ketelitian PPA dalam membaca kembali catatan sebelumnya oleh PPA lain yang dituliskan di dokumen rekam medis, sehingga mengakibatkan pengkajian ulang tidak sesuai, hal ini dikarenakan banyaknya volume pekerjaan sehingga menimbulkan kelelahan kerja. Kelelahan PPA inilah yang dapat mengakibatkan kurang telitinya PPA dalam mencatat data dalam rekam medis.

Hal ini sesuai dengan pernyataan responden berikut:

Perawat E : Karena kesibukan atau terkadang lebih memprioritaskan tindakan yg di dahulukan.

Perawat H : Penyebab nya bisa karena lupa, tidak sempat, banyaknya pasien tidak seimbang dengan jumlah perawat, banyaknya program pasien, beban kerja yang tinggi.

Manusia memiliki peran yang sangat penting dalam melakukan beberapa aktifitas, karena manusialah yang menjalankan semua program yang direncanakan. Man atau sumber daya manusia merupakan unsur penting dalam pelaksanaan suatu kegiatan sehingga kegiatan

tersebut dapat berjalan dengan baik dan tercapainya tujuan yang diinginkan. Peran seluruh PPA di Rumah Sakit Dr Moewardi sangat dibutuhkan untuk mendukung tercapainya pengisian rekam medis yang lengkap dan berdasarkan hasil observasi dan wawancara diketahui bahwa faktor *man* yang menjadi penyebab masalah pencatatan konsisten secara maksimal. Kurangnya ketelitian PPA dalam membaca kembali catatan sebelumnya oleh PPA lain yang dituliskan di dokumen rekam medis, sehingga mengakibatkan pengkajian ulang tidak sesuai sehingga terjadi perbedaan pencatatan perkembangan pasien antara pemberi asuhan, hal ini dikarenakan banyaknya volume pekerjaan sehingga menimbulkan kelelahan kerja. Kelelahan PPA inilah yang dapat mengakibatkan kurang telitinya PPA dalam mencatat data dalam rekam medis. Kurangnya pengetahuan PPA tentang pentingnya konsistensi pencatatan rekam medis menjadikan pemberi asuhan semacam asal mengisi tidak memperhatikan catatan yang telah dituliskan oleh pemberi asuhan. Berdasarkan faktor penyebab pencatatan rekam medis yang tidak konsisten dari segi man di Rumah Sakit Dr Moewardi Surakarta meliputi kurangnya ketelitian PPA dan kelelahan PPA, yang mana hal ini sejalan dengan penelitian Nugraheni (2022) yang menyebutkan bahwa ketidakkonsistensian pencatatan rekam medis disebabkan karena kesibukan dokter dengan jumlah pasien yang banyak mengakibatkan dokter tidak patuh dalam pengisian rekam medis.

Untuk meningkatkan mutu rekam medis di Rumah Sakit Dr Moewardi Surakarta, sebaiknya dilakukan sosialisasi tentang pentingnya mengisi rekam medis dengan lengkap dan akurat, sehingga nantinya diharapkan pencatatan rekam medis ini konsisten, membangun komunikasi yang baik antara Komite Rekam Medis dengan pemberi asuhan sehingga diharapkan mampu menerima evaluasi atas kinerja pencatatan rekam medis yang konsisten, dengan harapan terjadi perbaikan dalam pencatatan rekam medis yang konsisten.

Material

Material adalah bahan yang digunakan dalam pengisian rekam medis yaitu formulir rekam medis yang sudah beralih ke media ERM

merupakan fasilitas pendukung bagi PPA sebagai orang yang berhak mengisi rekam medis. Formulir yang digunakan di Rumah Sakit Dr Moewardi Surakarta sudah sesuai dengan standar akreditasi kementerian kesehatan, sehingga dapat dikatakan bahwa fasilitas ERM masih dalam tahap berbenah sehingga masih ada beberapa kendala perbaikan formulir ERM.

Dalam hal pengisian rekam medis, material atau bahan yang digunakan untuk mengisi rekam medis. Menurut Hatta (2012), bentuk fisik rekam kesehatan dipengaruhi oleh isi dan struktur, isi rekam kesehatan terkait dengan tujuan kegunaan informasi yang menyebabkan formulirnya didesain secara spesifik. Selain itu hal yang penting untuk diperhatikan dalam mengisi rekam Kesehatan adalah dilaksanakannya persyaratan pendokumentasian sesuai dengan teknologi format rekaman yang dipilih dalam hal pengisian rekam medis, material atau bahan yang digunakan untuk mengisi rekam medis. Menurut Hatta (2012), bentuk fisik rekam kesehatan dipengaruhi oleh isi dan struktur, isi rekam kesehatan terkait dengan tujuan kegunaan informasi yang menyebabkan formulirnya didesain secara spesifik. Selain itu hal yang penting untuk diperhatikan dalam mengisi rekam kesehatan adalah dilaksanakannya persyaratan pendokumentasian sesuai dengan teknologi format rekaman yang dipilih.

Dengan adanya desain formulir yang baik dan penanganan rekaman yang terpelihara, komunikasi antar pemberi pelayanan kesehatan dan para pengguna informasi kesehatan dapat ditingkatkan. Bagian penting dan adekuat dari isi rekam Kesehatan adalah fungsi rancangan formulir dan pengembangannya. Dalam rekam kesehatan berbasis kertas, unit kerja manajemen informasi kesehatan biasanya menentukan standar kelengkapan isi dan instruksi yang harus dijalankan pengisi, desain rekaman dan pengembangan formulir dan menjamin agar isi rekaman sesuai dengan akreditasi dan tata cara pendokumentasian yang benar.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara diketahui bahwa faktor material tidak menjadi penyebab masalah pencatatan rekam medis yang tidak konsisten, hal ini dikarenakan di Rumah Sakit Dr Moewardi Surakarta telah menerapkan formulir yang sesuai dengan akreditasi standar kementerian kesehatan. Hal ini sesuai dengan Hatta (2012),

bentuk fisik rekam kesehatan dipengaruhi oleh isi dan struktur, isi rekam kesehatan terkait dengan tujuan kegunaan informasi yang menyebabkan formulirnya didesain secara spesifik. Selain itu hal yang penting untuk diperhatikan dalam mengisi rekam kesehatan adalah dilaksanakannya persyaratan pendokumentasian yang konsisten dan lengkap.

Machine

Peralatan merupakan segala sesuatu yang digunakan oleh sumber daya manusia untuk mendukung pelaksanaan kegiatan pelayanan dalam dalam hal keajegan pencatatan rekam medis. Adanya peralatan sebagai sarana yang memadai dapat memaksimalkan pelayanan dan mendukung tercapainya pemenuhan elemen penilaian akreditasi yakni review rekam medis. Peralatan yang dapat digunakan petugas untuk mendukung dan membantu petugas dalam melaksanakan kegiatan penilaian kekonsistensian dari pencatatan rekam medis adalah tersedianya laptop atau komputer di ruang nurse station yang masih kurang, sehingga dokter atau perawat yang akan melakukan pengisian rekam medis terhambat atau menunggu giliran untuk mengisi rekam medis.

Di Rumah sakit dr Moewardi Surakarta belum terdapat lembar penilaian konsistensi untuk menunjang kegiatan review konsistensi pencatatan rekam medis. Hal ini dikarenakan belum ditetapkan kegiatan review konsistensi pencatatan rekam medis sebagai salah satu tugas pokok yang harus dilakukan oleh orang yang berkompeten sehingga belum mempersiapkan hal-hal yang mendukung kegiatan penilaian konsistensi pencatatan rekam medis termasuk formulir lembar penilaian konsistensi pencatatan rekam medis. Hal ini sesuai dengan pernyataan responden sebagai berikut;

Perawat A : Tim rekam medis, harusnya mengecek kekonsistensian rekam medis karena bisa mengecek bagian mana yang masih kurang setelah melihat keseluruhan rekam medis , tapi selama ini adem ayem saja , tidak ada laporan ke kita kurang nya apa dalam pengisian rekam medis, biasanya kalo mau ada penilaian akreditasi baru sibuk kita suruh nglengkapi rekam medis .

Dokter G : jumlah laptop di nurse station masih kurang , saya nggak enak kalo sering didahulukan sama mbak mbak perawatnya.

Menurut Hatta (2012), pimpinan manajemen sarana kesehatan bertanggung jawab menyediakan sarana unit rekam medis, yang meliputi ruang, peralatan dan tenaga yang memadai, sedemikian rupa sehingga pengelolaan rekam medis di sarana kesehatan tersebut dapat berjalan efektif. Berkaitan dengan rekam medis, suatu sarana pelayanan kesehatan harus memiliki alat memadai untuk mengaktifkan fungsi rekam medis dasar yang harus dilakukan yang kaitannya untuk keakuratan dan kelengkapan pencatatan data perawatan pasien (WHO, 2002) Berdasarkan hasil observasi dan wawancara diketahui bahwa faktor *machine* yang menjadi penyebab masalah pencatatan rekam medis yang tidak konsisten adalah kurangnya laptop atau *computer* di ruang nurse station dan belum adanya formulir penilaian konsistensi pencatatan rekam medis, dikarenakan belum dilaksanakan analisis secara kualitatif sehingga belum ada evaluasi berkaitan dengan konsistensi pencatatan rekam medis.

Hal ini tidak sesuai dengan Hatta (2012) yang menyebutkan bahwa salah satu cara sederhana dalam melakukan analisis atau penilaian isi rekam medis adalah dengan menggunakan formulir lembar penilaian. Untuk meningkatkan mutu rekam medis yang lengkap dan akurat di Rumah Sakit Dr Moewardi Surakarta, sebaiknya segera dilakukan penilaian terhadap kekonsistensian pencatatan rekam medis sehingga dengan adanya penilaian konsistensi pencatatan rekam medis diharapkan bisa dilaksanakan evaluasi terhadap kinerja pemberi asuhan dengan tujuan tidak ditemukan lagi pencatatan rekam medis yang tidak konsisten.

Method

Method merupakan sistem pelaksanaan kegiatan yang meliputi pedoman kerja atau Standar Prosedur Operasional (SPO) dan proses pelaksanaan kegiatan berkaitan dengan konsistensi pencatatan rekam medis. Dalam hal pelaksanaan kegiatan, Standar Prosedur Operasional (SPO) merupakan landasan atau pedoman petugas terkait dalam mengerjakan atau melakukan kegiatan kerja berdasarkan bagian kerjanya. Berkaitan dengan kelengkapan pengisian rekam medis, Standar Prosedur Operasional (SPO) merupakan hal utama yang harus dimiliki PPA untuk dapat melaksanakan

kelengkapan dan kekonsistensian pencatatan rekam medis.

Berdasarkan hasil wawancara, diketahui bahwa di Rumah Sakit Dr Moewardi Surakarta belum melaksanakan penilaian konsistensi pencatatan rekam medis, belum mempunyai SPO terkait review konsistensi pencatatan rekam medis. Hal ini dikarenakan komite rekam medis belum menetapkan kegiatan review konsistensi pencatatan rekam medis sebagai salah satu tugas pokok yang harus dilakukan oleh orang yang berkompeten.

Hal ini sesuai dengan pernyataan responden sebagai berikut Residen Bedah dr P : Saya tidak tahu untuk SOP terkait review konsistensi pencatatan rekam medis ada atau tidak dan saya juga belum pernah dengar.

Dalam pengisian rekam medis, metode dapat diartikan sebagai prosedur yang digunakan sebagai acuan petugas dalam melaksanakan pengisian rekam medis. Setiap negara harus memiliki prosedur nasional untuk catatan medis. Semua prosedur harus diletakkan secara tertulis, menjelaskan setiap tahapan dalam langkah demi langkah rinci. Prosedur tetap merupakan tata cara atau tahapan yang harus dilalui dalam suatu proses kerja tertentu, yang dapat diterima oleh seseorang yang berwenang atau yang bertanggung jawab untuk mempertahankan tingkat penampilan atau kondisi tertentu sehingga suatu kegiatan dapat diselesaikan secara efektif dan efisien.

Manfaat prosedur tetap adalah memperlancar tugas petugas atau tim, sebagai dasar hukum bila terjadi penyimpangan, mengetahui dengan jelas hambatan-hambatan dan mudah dilacak, mengarahkan petugas untuk sama-sama disiplin dalam bekerja dan sebagai pedoman dalam melaksanakan pekerjaan rutin. Semua prosedur harus diletakkan secara tertulis, menjelaskan setiap tahapan dalam langkah-demi-langkah rinci (WHO, 2002) prosedur operasional adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, dimana standar prosedur operasional memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara diketahui bahwa faktor *machine*

yang menjadi penyebab masalah pencatatan rekam medis yang tidak konsisten adalah belum terdapatnya Standar Prosedur Operasional (SPO) mengenai penilaian konsistensi pencatatan rekam medis, yang menjadi dasar atau pedoman petugas untuk melaksanakan penilaian konsistensi rekam medis. Belum adanya Standar Prosedur Operasional (SPO) mengenai penilaian konsistensi pencatatan rekam medis ini tidak sesuai dengan teori yang disebutkan oleh WHO (2002), Hatta (2012) dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 512/Menkes/PER/IV/2007 Tentang izin praktik dan pelaksanaan praktik kedokteran Bab I pasal I ayat 10. Namun, hal tersebut selaras dengan penelitian Jeililia Jihan Swaradwibhagia dkk (2021) bahwa faktor yang menjadi penyebab pencatatan rekam medis yang tidak konsisten adalah karena belum ada Standar Prosedur Operasional (SPO) terkait analisis kualitatif rekam medis.

SIMPULAN

Pendokumentasian rekam medis rawat inap kasus *craniotomy* di RSUD Dr Moewardi Surakarta di tinjau dari analisa kualitatif adalah konsistensi penulisan diagnosis pada saat masuk, dirawat dan pulang, dari 56 dokumen rekam medis rawat inap kasus *craniotomy* didapatkan 50 dokumen rekam medis (89,28%) konsisten dan 6 dokumen rekam medis (10,72%) tidak konsisten.

Konsistensi pencatatan perkembangan pasien, rekam medis rawat inap kasus *craniotomy* didapatkan 54 dokumen rekam medis (96,4%) konsisten dan 2 dokumen rekam medis (4,5%) tidak konsisten.

Konsistensi pencatatan hal-hal penting selama perawatan dan pengobatan, rekam medis rawat inap kasus *craniotomy* didapatkan 52 dokumen rekam medis (92,9%) konsisten dan 4 dokumen rekam medis (7,1%) tidak konsisten.

Konsistensi pencatatan *informed consent*, rekam medis rawat inap kasus *craniotomy* didapatkan sejumlah 46 dokumen rekam medis (82,1%) konsisten dan 10 dokumen rekam medis (17,90%) tidak konsisten.

Pencatatan kejadian yang berpotensi menimbulkan tuntutan ganti rugi, rekam medis rawat inap kasus *craniotomy* tidak ditemukan adanya pencatatan kejadian yang berpotensi menimbulkan ganti rugi.

Faktor penyebab pencatatan rekam medis yang tidak konsisten pada kasus *craniotomy* dilihat dari segi *Man* yaitu kurangnya ketelitian PPA yang disebabkan karena kelelahan PPA dalam melayani banyaknya pasien. *Material* tidak ada kendala dalam pencatatan rekam medis yang konsisten. *Machine* kurangnya laptop atau komputer di ruang *nurse station* dan belum adanya lembar penilaian konsistensi pencatatan rekam medis. *Method* belum mempunyai SPO terkait review konsistensi pencatatan rekam medis

REFERENSI

- Adika Citra Kinanti, Adiratna Sekar Siwi, 2022, *Application Of Airway Management In Patients Post Craniotomy Epidural Hematoma*, Program Studi Keperawatan Program Profesi Ners, Fakultas Kesehatan, Unuversitas Harapan Bangsa, SSN 2722-9475 (Cetak) Jurnal Inovasi Penelitian, ISSN 2722-9467 (Online), Vol.3 No.4 September 2022.
- Amran Rika, Apriyani, Anisah Dewi, Nadia Purnama, 2021, Peran Penting Kelengkapan Rekam Medik di Rumah Sakit, Baiturrahmah Medical Journal, BRMJ, Vol I No 1 September 2021
- Anatalia, D 2022. Analisis Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Pada Kasus Premature Rupture Of Membranes Di RSUD dr Soediran Mangun Sumarso Wonogiri.
- Artini, dkk 2018. Analisa Kualitatif Kelengkapan Pengisian Rekam Medis Di Rumah Sakit Dr A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung Tahun 2018.
- Asywaq 2020. Analisis Kualitatif Dokumen Rekam Medis Kasus Persalinan Caesarean Section Dalam Mendukung Keakuratan Kode Berdasarkan Icd-10 Di RSUD Ratu Zalecha Martapura Tahun 2020.
- Deno harmanto, Anggia Budiarti, Ari Herisandi, 2022, Gambaran Kelengkapan Informasi Medis Dan Keakuratan Kode Diagnosis Di Rumah

- Sakit Bhayangkara Bengkulu, Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan P-ISSN : 2503-5118, E-ISSN : 2622-0423. Vol. 7 No. 2 Desember 2022 : 65-75. Program Studi D III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Stikes Sapta Bakti.
- Depkes RI. 2006. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Jakarta: Depkes RI.
- Hatta,G. 2012. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Universitas Indonesia Press.
- Heryaningrum 2017. Analisa Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap pada pasien bayi baru lahir hidup Triwulan 1 pada Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang Tahun 2017.
- Lihawa, C., Mansur, M dan Wahyu, T 2015. Faktor-faktor Penyebab Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medis Dokter di Ruang Rawat Inap RSI Unisma Malang.
- Masturoh, Imas dan Anggita,N 2018. Metodologi Penelitian Kesehatan: Kemenkes
- Mentri Kesehatan RI. 2022. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis.
- Noor, Z.M. Dan Sugianto,Z 2014. Analisa Kuantitatif dan Kualitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Pada Periode Triwulan I Di RSUD Ungaran Tahun 2014
- Nugraheni,W.S. dkk 2022 Analisis Kualitatif Dokumen Rekam medis Rawat Inap Penyakit Covid -19 Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta.
- Pohan, I. S. 2006. Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapan. Jakarta: EGC
- Rohadi dan Priyanto, B 2023. Kegawatdaruratan di Bidang Bedah Syaraf: Salemba Medika
- Sastrodiningrat, A.G 2012. Neurosurgery Lecture Notes: USU Press Medan
- Swaradwibhagia, dkk 2022. Analisis Kualitatif Kekonsistensian Pencatatan Dan Justifikasi Pengobatan Pada Rekam Medis Kasus Demam Berdarah Dengue Di Rumah Sakit Mekar Sari Bekasi Tahun 2021
- Sudra, I.R, 2017. Rekam Medis. Tangerang Selatan: UI
- Tague, Nancy R. 2004. The Quality Toolbox, Second Edition. ASQ : Quality Press
- Qotimah,N.E.H 2022. Analisis Kualitatif Pendokumentasian Rekam Medis rawat Inap Pada Kasus Skizofrenia Di RSUD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah.
- Widjaya, L. 2018. Manajemen Mutu Informasi Kesehatan III Pendokumentasian Rekam Medis: Kemenkes
- Widjaya, L., dan Sugiarsi, S. 2023. Audit Rekam medis Melalui Analisis Kualitatif: Aptirmik
- Wirajaya, M.K.M dan Dewi, N.M.U.K, 2019. Analisis Ketidaklengkapan Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Dharma Kerti Tabanan