

Gambaran Kelengkapan Pengisian Formulir Ringkasan Masuk Dan Keluar Pada Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu

Deno Hermanto¹, Fandji Sunandar Sebartha²

^{1,2}Program Studi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

²Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti

Email: deno86sapta@gmail.com

Abstrak

Berasarkan survei yang di Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu dengan melakukan observasi petugas tidak dapat membuat laporan rumah sakit dengan akurat dikarenakan data yang dihasilkan tidak lengkap/tidak dapat dibuktikan kebenarannya. Dari hasil observasi pada lembar ringkasan masuk dan keluar sebanyak 30 berkas rekam medis yang di ambil secara acak di unit *filling* rekam medis masih ditemukan ketidaklengkapan pada formulir ringkasan masuk dan keluar pada item identitas pasien, kode ICD, diagnosa pasien dan autentifikasi. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran kelengkapan pengisian formulir ringkasan masuk dan keluar pada berkas rekam medis di Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu tahun 2020. Penelitian ini menggunakan jenis metode penelitian deskriptif dengan rancangan *Cross Sectional*, yaitu penelitian hanya melakukan observasi dan pengukuran variabel pada satu saat tertentu saja. Subjek dalam penelitian ini adalah berkas rekam medis rawat inap. Objek dalam penelitian ini adalah berkas rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu. Dari 30 berkas data kelengkapan pengisian formulir dilakukan analisis serta disediakan dalam bentuk table dan narasi. Diketahui dari 30 formulir ringkasan masuk dan keluar terdapat ketidaklengkapan pengisian identitas pasien (70%) yang disebabkan pada pengisian penanggung jawab dan alamat penanggung jawab yang tidak lengkap, ketidaklengkapan pengisian kode diagnosis (73,3%), ketidaklengkapan diagnosis (53,3%) dan ketidaklengkapan pengisian autentikasi (66,6%) yang disebabkan pada pengisian nama dan tanda tangan dokter yang tidak lengkap. Hal ini dikarenakan belum dilaksanakannya laporan KLPCM (ketidaklengkapan pengisian catatan medis) pada Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu Sebaiknya dilakukan pengawasan terhadap petugas bagian *filling*, dilakukan seminar/pelatihan tentang dampak KLCPM terhadap rumah sakit, membuat SOP serta membuat laporan ketidaklengkapan pengisian catatan medis (KLPCM).

Kata kunci: Formulir masuk dan keluar, Kelengkapan, Berkas Rekam Medis

Abstract

Based on surveys in hospitals. X Bengkulu city by making observations can not make hospital reports accurately the resulting data is incomplete / cannot be verified. From observations on incoming and outgoing sheets as many as 30 medical record files taken randomly in the unit that filled in the medical records still found incompleteness on the entry and exit approval forms on patient identity items, ICD codes, patient diagnoses and authentication. To find an overview of the completeness of filling in and out of the medical record at the Harapan dan Doa Hospital City of Bengkulu in 2020. This research uses descriptive research method with cross sectional design, that is, the study only observes and measures variables at one particular time. The

subject in this study was the inpatient medical record file. The object of this research is the inpatient medical record file at Harapan dan Doa Hospital Bengkulu city. From 30 data files, completing forms was analyzed and provided in tables and narrations. It is known from 30 entry and exit registration forms that are incomplete filling the patient's identity (70%) related to the filling of the person in charge and the address of the person responsible for incomplete, incomplete diagnosis code filling (73.3%), incomplete diagnosis (53.3%), and incomplete authentication (66.6%) that depend on incomplete doctor's name and signature. This is because the KLPCM report (incomplete filling of medical records) has not been approved in the Regional Harapan dan Doa Hospital It is better to supervise the filling of officers, conduct seminars / training on improving KLCPM on hospitals, make SOP and make reports on the incompleteness of filling medical records (KLPCM).

Keywords : *Entry and exit forms, Completeness, Medical Record File*

PENDAHULUAN

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit wajib menyelenggarakan penyimpanan terhadap pencatatan dan pelaporan yang dilakukan untuk jangka waktu tertentu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pencatatan dalam bentuk dokumen yang berkaitan dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien disebut sebagai rekam medis.

Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen mengenai identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lainnya yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis dapat berupa rekaman dalam bentuk sistem informasi yang dapat digunakan untuk mengumpulkan segala informasi terkait dengan pelayanan yang diberikan di fasilitas pelayanan kesehatan sehingga dapat digunakan untuk berbagai kepentingan, seperti pengambilan keputusan pengobatan kepada pasien, bukti legal pelayanan yang telah diberikan dan dapat juga sebagai bukti tentang kinerja sumber daya manusia di fasilitas sumber daya pelayanan kesehatan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis).

Proses pengumpulan data ditempat penerimaan pasien dijadikan sebagai sumber data pasien yang berobat di klinik, bangsal atau pelayanan penunjang. Setelah mendapatkan masukan data, maka data akan diproses melalui tahapan penyusunan, pengecekan kelengkapan, pengkodean, pengindeksan dan rekap laporan. Hasil akhir dari kegiatan ini adalah informasi kesehatan yang cepat, tepat dan akurat mulai dari jumlah kunjungan pasien, jumlah pemanfaatan tempat tidur bangsal, rata-rata lama pasien dirawat, data pasien yang mengajukan klaim asuransi dan data pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (budi. 2011). Untuk mendapatkan hasil data tersebut, berkas rekam medis khususnya pada formulir masuk dan keluar wajib terisi dengan lengkap sesuai dg pelayanan minimal rumah sakit yaitu 100% (Kepmenes RI, 2006).

Formulir masuk dan keluar merupakan sumber informasi untuk mengindeks rekam medis, serta menyiapkan laporan bulanan/tahunan rumah sakit. Informasi yang mengenai empat komponen utama yaitu identifikasi pasien, pelaporan penting, autentikasi, serta pendokumentasian yang baik. Pada formulir masuk dan keluar dicatat oleh petugas rekam medis dibagian pendaftaran dan penerimaan pasien rawat inap. Sedangkan informasi yang diperoleh

selama pasien dirawat sampai keluar dari ruang rawat inap, pencatatan di lakukan oleh perawat di ruang keperawatan (Drijen yanmed, 2006).

Namun pada kenyataannya pelaksanaan pengisian formulir masuk dan keluar di rumah sakit masih banyak terjadi ketidaklengkapan. Hal ini dikarenakan ketidaktepatan petugas, kurangnya SDM khususnya dibagian rekam medis dan petugas tidak mengetahui nilai guna dari pentingnya kelengkapan formulir masuk dan keluar (Halid Maryam, 2015). Sedangkan menurut Budi (2011) unit rekam medis dan petugas kesehatan yang memberikan pelayanan bertanggung jawab atas kelengkapan rekam medis pasien agar proses pelayanan berjalan dengan baik.

Dampak langsung yang akan ditimbulkan karena tidak lengkapnya pengisian formulir masuk dan keluar pada berkas rekam medis adalah tidak dapat membuat pelaporan rumah sakit, proses pelayanan yang terhambat atau tidak berjalan dengan baik sehingga menimbulkan pemborosan waktu, tenaga, materi, ataupun pekerjaan yang tidak efisien serta akan merugikan pasien itu sendiri, misalnya kesalahan pemberian obat/tindakan (Budi, 2011). Untuk mengurangi ketidaklengkapan pada formulir masuk dan keluar, sebaiknya pihak rumah sakit menetapkan standar operasional prosedur (SOP) mengenai tata cara pengisian formulir masuk dan keluar sehingga petugas lebih teliti dalam pengisian. Kelengkapan pengisian berkas rekam medis dapat memudahkan tenaga kesehatan lain dalam memberikan tindakan atau pengobatan pasien dan dapat dijadikan sebagai sumber informasi yang berguna bagi manajemen rumah sakit dalam menentukan evaluasi dan pengembangan pelayanan kesehatan (Permenkes No. 269/Menkes/Per/2008). Berdasarkan

hasil penelitian musparlin Halid dan Maryam (2015) tentang tinjauan analisis kuantitatif review identifikasi pada ringkasan masuk dan keluar berkas rekam medis operasi Caesar dirumah sakit bhayangkara mataram menyatakan bahwa pengisian pada item-item ringkasan masuk dan keluar seperti nama 100% tanggal lahir 38% umur 98% alamat 81% pekerjaan 23% pendidikan terakhir 20% agama 80% nomor registrasi 98% no rekam medis 100% ruang 75% kelas 74% golongan darah 22% staf medis 29% alergi 10% bangsal 97% status perkawinan 89% pada identitas pasien masih banyak tidak lengkap disebabkan oleh kurang telitinya petugas dalam mengisi identitas pasien, kurangnya pengetahuan petugas mengenai ketidaklengkapan pengisian identitas pasien (Halid dan Maryam 2015).

METODE

Jenis Penelitian adalah deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Subjek dalam penelitian ini adalah 30 berkas rekam medis di ruang penyimpanan. Pengumpulan data menggunakan data primer.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Table 1. Distribusi Frekuensi Kelengkapan Pengisian Identitas Pasien

Keterangan	Jumlah Dokumen	Presentase
Lengkap	9	30%
Tidak lengkap	21	70%
Jumlah	30	100%

Sumber: data penelitian, 2020

Dari table 1. Menunjukkan bahwa sebagian besar 70% pengisian identitas pasien tidak

lengkap.

Table 2. Distribusi Frekuensi Kelengkapan Pengisian Kode ICD

Keterangan	Jumlah Dokumen	Presentase
Lengkap	8	26.7%
Tidak lengkap	22	73.3%
Jumlah	30	100%

Sumber Data penelitian, 2020

Dari tabel 2. Menunjukkan bahwa sebagian besar 73, 3 % pengisian kode ICD tidak lengkap.

Table 3. Distribusi Frekuensi Kelengkapan Pengisian Diagnosis

Keterangan	Jumlah Dokumen	Presentase%
Lengkap	14	46,7%
Tidak Lengkap	16	53,3%
Jumlah	30	100%

Sumber: data penelitian, 2020

Dari table 3. Menunjukkan bahwa dokumen pengisian diagnosis lengkap sebanyak 46,7% jumlah berkas lengkap dan yang tidak lengkap sebanyak 53.3%.

Table4. Distribusi Frekuensi Kelengkapan Pengisian Autentikasi

Keterangan	Jumlah Dokumen	Presentase%
Lengkap	10	33,3%
Tidak Lengkap	20	66,7%
Jumlah	30	100%

Sumber : data penelitian, 2020

Dari table 4. Menunjukkan bahwa dokumen pengisian autentikasi lengkap sebanyak 33,3% dan yang tidak lengkap sebanyak 66,7%.

1. Identitas Pasien

Identitas pasien merupakan proses pengumpulan data pertama sebelum pelayanan di fasilitas kesehatan. Data ini juga yang dijadikan dasar untuk pelayanan medis dan pelaporan, pengisian identitas pasien harus dilaksanakan dengan benar, teliti, akurat, dan lengkap. Sebaiknya identifikasi pasien dilakukan sebelum pasien dirawat/diperiksa dengan meminta atau keterangan mewawancarai pasien sendiri namun apabila tidak maka dimintakan keterangan kepada keluarga pasien terdekat pasien. Pengumpulan identifikasi pasien ini juga harus didukung dengan bukti legal pasien seperti KTP, SIM, kartu mahasiswa, dll. (Budi, 2011).

Berdasarkan table 4.2 ditemukan bahwa dengan sample 30 (100%) berkas rekam medis

presentase ketidaklengkapan pengisian identitas pasien pada formulir masuk dan keluar rawat inap dengan presentase lengkap 30% dan tidak lengkap dengan presentase 70%. Dengan terjadinya ketidaklengkapan pengisian item identifikasi pasien mencapai 70% sedangkan yang lengkap hanya 30% maka hal ini tentu belum sesuai dengan Kepmenkes RI No. 129 tahun 2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit. Untuk kelengkapan rekam medis yaitu 100%.

Dari hasil penelitian ini angka ketidaklengkapan pengisian identitas pasien masih sangat tinggi, seharusnya identitas pasien harus diisi dengan lengkap agar tidak terjadi kesalahan identifikasi pasien yang nantinya dapat berakibat fatal jika pasien menerima prosedur medis yang tidak sesuai, selain itu identitas pasien diperlukan untuk membedakan antara pasien satu dengan lainnya, untuk mempermudah pencarian berkas pasien, indeks pasien, untuk menjamin keselamatan pasien, untuk mempermudah mengidentifikasi pasien yang pernah berobat, untuk mengetahui sumber pemasukan rumah sakit dan untuk meningkatkan mutu rekam medis.

Ketidaklengkapan pengisian identitas pasien pada formulir masuk dan keluar berkas rekam medis rawat inap yang paling banyak pada item penanggung jawab sebanyak 15 dengan presentase 53% yang berdampak pada rumah sakit yaitu, rumah sakit tidak dapat membuat pelaporan rumah sakit dengan benar karena data yang dihasilkan tidak dapat dibuktikan kebenarannya dan dampak bagi pasien terhadap data data medis pasien dikarenakan bias saja ditemukan identitas yang sama dan berdampak pada salah dalam menentukan diagnose. Karena tidak ada penanggung jawabnya apabila terjadi kekeliruan pada data identitas pasien pada formulir masuk dan keluar. Selain itu penyebab ketidaklengkapan pengisian formulir masuk dan keluar yaitu belum dilaksanakannya laporan KLPCM (ketidaklengkapan pengisian catatan medis) yang menjadi dasar untuk evaluasi kinerja petugas yang bertanggung jawab terhadap kelengkapan pengisian rekam medis.

Maka hal ini tentu belum sesuai dengan Kepmenkes RI No. 129 (2008) tentang standar pelayanan minimal rumah sakit untuk kelengkapan pengisian rekam medis adalah 100%. Dapat dikatakan lengkap apabila seluruh terisi item yang ada pada item identitas terisi semua dengan lengkap.

2. Pengisian Kode ICD

Hatta (2016) disebutkan bahwa ICD-10 disebarluaskan dan digunakan secara internasional oleh WHO sejak tahun 1992. Indonesia menetapkan untuk menggunakan ICD-10 pada tahun 1998 melalui SK Menkes RI Nomor 50/MENKES/KES/SK/I/1998 (Budi, 2011). Menurut Hatta (2013) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems atau ICD adalah sistem klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara internasional. Sistem klasifikasi penyakit adalah sistem yang mengelompokkan penyakit- penyakit dan prosedur-prosedur yang sejenis ke dalam satu grup nomor kode penyakit dan tindakan yang sejenis. Penerapan pengodean sistem ICD digunakan untuk mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan di sarana pelayanan kesehatan, masukan bagi sistem pelaporan diagnosis medis, pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas, tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis, serta untuk penelitian epidemiologi dan klinis.

Berdasarkan table 4.3 ditemukan bahwa dengan sample 30 (100%) berkas rekam medis presentase ketidaklengkapan pengisian kode ICD pada formulir masuk dan keluar rawat inap dengan presentase lengkap 26.6% dan tidak lengkap dengan presentase 73.3%.

Dengan ketidaklengkapan pengisian kode ICD akan berdampak pada rumah sakit yaitu,

rumah sakit tidak dapat membuat pelaporan rumah sakit dengan benar karena data yang dihasilkan tidak dapat dibuktikan kebenarannya dan jika pasien dilakukan tindakan operasi dan tidak dicatat di lembar masuk dan keluar akan berdampak pada saat klaim pembiayaan.

Pengisian kode ICD harus diisi dengan lengkap karena memiliki tujuan yaitu untuk menjamin pelayanan medis dengan kualitas yang tinggi serta sebagai bahan yang berguna bagi dokter yang menerima pasien tersebut dirawat kembali. Sebagai bahan penilaian staff medis rumah sakit, untuk memenuhi permintaan dari badan-badan resmi atau perorangan tentang perawatan seseorang pasien (misalnya asuransi) untuk keperluan pendidikan dan penelitian, sebagai informasi statistik, indeks penyakit.

Penyebab ketidaklengkapan pengisian formulir masuk dan keluar yaitu belum dilaksanakannya laporan KLPCM (ketidaklengkapan pengisian catatan medis) yang menjadi dasar untuk evaluasi kinerja petugas yang bertanggung jawab terhadap kelengkapan pengisian rekam medis.

Dari hasil penelitian ini masih terdapat angka 73.3%. pengisian Kode-ICD tidak lengkap, hal ini belum sejalan dengan Kepmenkes RI No. 129 (2008) tentang standar pelayanan minimal rumah sakit untuk kelengkapan pengisian rekam medis adalah 100%. Dapat dikatakan lengkap apabila seluruh terisi item yang ada pada item terisi semua dengan lengkap.

2. Diagnosis

Berdasarkan table 4.4 ditemukan bahwa dengan sample 30 (100%) berkas rekam medis presentase ketidaklengkapan pengisian kode ICD pada formulir masuk dan keluar rawat inap dengan presentase lengkap 46.6% dan tidak lengkap dengan presentase 53.3%.

Dari hasil penelitian ini masih terjadi ketidaklengkapan pengisian Diagnosis Pasien mencapai 53.3%. sementara Diagnosis sangat digunakan dokter dalam menyebutkan suatu penyakit yang diderita oleh seseorang pasien atau keadaan yang menyebabkan seseorang pasien memerlukan atau menerima asuhan medis dengan tujuan untuk memperoleh pelayanan pengobatan, mencegah memburuknya suatu masalah kesehatan dan juga untuk meningkatkan kesehatan. Diagnosis utama adalah keadaan sakit, cacat, luka penyakit yang utama yang menyebabkan pasien dirawat di rumah sakit. Dengan batas diagnosis utama adalah diagnosis yang ditentukan dan ditegakan setelah cermat dikaji, menjadi alasan untuk dirawat dan menjadi arahan untuk dilakukan pengobatan (Ayu, 2012). Diagnosis merupakan klasifikasi seseorang berdasarkan suatu penyakit yang dideritanya atau satu abnormalitas yang dideritanya.

Diagnosis dalam ICD-10 batasannya adalah penyakit, cedera, cacat, keadaan masalah terkait kesehatan. Yang dimaksud dengan diagnosis utama adalah kondisi setelah pemeriksaan merupakan penyebab utama admisi pasien ke rumah sakit untuk dirawat. Diagnosis sekunder adalah masalah kesehatan yang muncul saat episode perawatan kesehatan dimana kondisi tersebut belum ada pada pasien sebelumnya (Yuniati, 2013).

Dengan ketidaklengkapan pengisian Diagnosis akan berdampak pada rumah sakit yaitu, rumah sakit tidak dapat membuat pelaporan rumah sakit dengan benar karena data yang dihasilkan tidak dapat dibuktikan kebenarannya dan jika pasien dilakukan tindakan operasi dan diagnosis tidak dicatat di lembar masuk dan keluar akan berdampak pada saat klaim pembiayaan.

Pengisian Diagnosis harus diisi dengan lengkap karena memiliki tujuan yaitu untuk menjamin pelayanan medis dengan kualitas yang tinggi serta sebagai bahan yang berguna bagi

dokter yang menerima pasien tersebut dirawat kembali. Sebagai bahan penilaian staff medis rumah sakit, untuk memenuhi permintaan dari badan-badan resmi atau perorangan tentang perawatan seseorang pasien (misalnya asuransi) untuk keperluan pendidikan dan penelitian, sebagai informasi statistik, indeks penyakit.

penyebab ketidaklengkapan pengisian formulir masuk dan keluar yaitu belum dilaksanakannya laporan KLPCM (ketidaklengkapan pengisian catatan medis) yang menjadi dasar untuk evaluasi kinerja petugas yang bertanggung jawab terhadap kelengkapan pengisian rekam medis.

Dari hasil penelitian ini masih terdapat angka 53.3%. pengisian Kode-ICD tidak lengkap, hal ini belum sejalan dengan Kepmenkes RI No. 129 (2008) tentang standar pelayanan minimal rumah sakit untuk kelengkapan pengisian rekam medis adalah 100%. Dapat dikatakan lengkap apabila seluruh terisi item yang ada pada item terisi semua dengan lengkap.

3. Autentifikasi

Kelengkapan dan keakuratan data rekam medis harus dipelajari disaksi dan ditanda tangani oleh dokter yang merawat. Nilai dari sebuah rekam medis adalah sesuai dengan standar pengobatan dan perawatan yang diberikan kepada pasien oleh dokter yang merawat. Oleh karena itu rekam medis sangat bernilai penting karena rekam medis berguna bagi pasien untuk kepentingan riwayat perkembangan pasien, rekam medis dapat melindungi rumah sakit maupun dokter dalam segi hukum, serta rekam medis dapat digunakan untuk meneliti rekaman kegiatan dan pencatatan medic maupun administratif atas pasien (Dirjen yanmed, 2006).

Autentifikasi harus diisi lengkap karena berguna untuk indeks dokter, untuk melindungi rumah sakit dan dokter dalam segi hukum atau disiplin kedokteran dan bukti pemberian pelayanan terhadap pasien. Berdasarkan Kepmenkes RI No. 120 tahun 2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit untuk kelengkapan pengisian rekam medis adalah 100%. Dapat dikatakan lengkap apabila seluruh item yang ada pada formulir rekam medis terisi dengan lengkap.

Berdasarkan table 4.5 ditemukan bahwa dengan sample 30 (100%) berkas rekam medis presentase ketidaklengkapan pengisian kode ICD pada formulir masuk dan keluar rawat inap dengan presentase lengkap 33.3% dan tidak lengkap dengan presentase 66.6% Ketidaklengkapan pengisian nama dan tanda tangan dokter mengakibatkan kerugian pada pasien, dokter maupun rumah sakit apabila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan seperti malpraktik dll. (Dirjen yanmed 2006).

Penyebab ketidaklengkapan pengisian nama dan tanda tangan dokter adalah karena dokter lebih mengutamakan pelayanan terhadap pasien terlebih dahulu dan belum dilaksanakannya pengawasan terhadap dokter yang bertanggung jawab terhadap pengisian rekam medis tersebut sehingga menyebabkan dokter yang bertanggung jawab belum konsisten dan disiplin dalam mengisi nama dan tanda tangan dokter pada formulir masuk dan keluar.

Dengan terjadinya ketidaklengkapan pengisian item autentifikasi mencapai 66.6% sedangkan yang lengkap hanya 33.3% maka hal ini tentu belum sesuai dengan Kepmenkes RI No. 129 tahun 2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit. Untuk kelengkapan rekam medis yaitu 100% Hal ini sejalan dengan pernyataan oleh Dirjen Yanmed 2006, bahwa ketidaklengkapan pengisian nama dan tanda tangan dokter mengakibatkan kerugian pada

pasien, dokter maupun rumah sakit apabila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan seperti malpraktik dll.

SIMPULAN

1. Diketahui dari 30 formulir masuk dan keluar gambaran kelengkapan pengisian identitas pasien pada formulir ringkasan masuk dan keluar sebesar 30% dan ketidaklengkapan sebesar 70%. Penyebab ketidaklengkapan terbanyak terdapat pada pengisian penanggung jawab dan alamat penanggung jawab.
2. Diketahui dari 30 formulir masuk dan keluar gambaran kelengkapan pengisian kode ICD pada formulir ringkasan masuk dan keluar sebesar 26,7% dan ketidaklengkapan sebesar 73,3%
3. Diketahui dari 30 formulir masuk dan keluar gambaran kelengkapan pengisian diagnosis pada formulir ringkasan masuk dan keluar sebesar 46,7% dan ketidaklengkapan sebesar 53,3%
4. Diketahui dari 30 formulir masuk dan keluar gambaran kelengkapan pengisian autentifikasi pada formulir ringkasan masuk dan keluar sebesar 33,4% dan ketidaklengkapan sebesar 66,6%. Penyebab ketidaklengkapan terbanyak terdapat pada pengisian nama dan tanda tangan dokter.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Budi, S. 2011. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta. Quantum Sinergis Media
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II*. Jakarta: Dirjen Yanmed.
- Halid, Musparlin & Maryam. 2016. *Tinjauan Analisis Kuantitatif Review Identifikasi Padan Ringkasan Masuk Keluar Berkas Rekam Medis Operasi Caesar di Rumah Sakit Bhayangkara Mataram*
- Hatta, G. 2013. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Hatta, G. 2013. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan Edisi Revisi 2*. Jakarta: UI-Press.
- Indradi, R. 2014. *Rekam Medis Edisi II*. Tangerang Selatan. Universitas Terbuka.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI (2006). *Tentang Pengisian Berkas Rekam Medis Departemen Kesehatan*. Jakarta
- Notoatmodjo, S. 2005. *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 *Tentang Rekam Medis*.

Rusdarti. 2008. *Etika Profesi dan Hukum Kesehatan*. Yogyakarta: PI Press.
Sudra, I. 2009. *Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis*, Depok : Graha Ilmu.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.

ugiyono. (2015). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R&D*. Bandung: Alfabeta