

**ANALISA KUANTITATIF DAN KUALITATIF KETIDAKLENGKAPAN
DOKUMEN REKAM MEDIS PADA PASIEN DIABETES MELITUS
TERHADAP AKURASI KODING DI RSUD KOTA SEMARANG PERIODE
TRIWULAN I TAHUN 2014**

Shita Anindyta

Abstract

The completeness of medical record document highly affects information that is generated that medical record document. We often find the incompleteness of medical record fulfillment and the inaccuracies of patient disease diagnosis, in RSUD Kota Semarang. The purpose of this research is to identify the completeness of medical record document fulfillment in quantitative and qualitative ways, the accuracy of patient diagnosis, calculate obstinacy amount of medical record document hospitalization, and also the relationship between the incompleteness of medical record document and the accuracy of diabetes melitus patient code diagnosis in the first quarterly period of 2014 in RSUD Kota Semarang.

This research uses descriptive method with cross sectional approach and collect data by observation, checklist, analyzing hospitalization medical record document on diabetes patient that has been filled. The sample of this research is 79 hospitalization medical records documents. The result of incompleteness in quantitative way in each reviews show that identification review 97%, reporting review 99%, recording review 77%, authentication review 97%. In qualitative way in each review show that completeness and diagnosis consistency review 8%, completeness and consistency reporting diagnosis review 5%, reporting on things are done during treatment and healing review 24%, informed consent review 33%, method or practical recording review 20%, things that potentially cause claim of compensation review 33%, inaccuracy patient diagnosis code 8%, and calculating of medical record document obstinacy 98,7%.

The conclusion of calculating result, there are still a lot medical record documents have incompleteness of their fulfillment. As suggestion, management and medical record unit refinement are needed, in order to make medical personnel write data recording completely and continuously.

Keywords : quantitative analysis, qualitative analysis, medical record document of diabetes melitus patient

PENDAHULUAN

Berdasarkan Surat Keputusan Direktorat Jendral Pelayanan Medis nomor 78 tahun 1991 tentang Penyelenggaraan

Rekam Medis di Rumah Sakit, bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas, anamnesis, pemeriksaan, diagnosa,

pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang pasien selama dirawat di rumah sakit yang dilakukan di unit-unit rawat jalan, unit gawat darurat, dan unit rawat inap. Agar dokumen rekam medis berkesinambungan maka pengisian dokumen rekam medis harus diisi selengkap-lengkapannya dan juga dijadikan sebagai alat bukti hukum apabila dibutuhkan. Maka pengisian dokumen rekam medis harus diisi sebaik mungkin untuk kesinambungan informasi.

Untuk menjaga hal tersebut maka pihak rumah sakit khususnya bagian rekam medis melaksanakan pemantauan kualitas tentang mutu berkas rekam medis rawat inap dengan melaksanakan analisa statistik, analisa kualitatif, dan kuantitatif. Yang bertujuan untuk mengetahui lengkap dan tidak lengkapnya suatu berkas rekam medis maka dilakukan analisa mutu rekam medis secara kuantitatif. Yaitu 4 review yang terdiri dari review identitas, review pencatatan, review pelaporan, dan review autentifikasi.

Di bagian assembling mempunyai tugas dalam meneliti kelengkapan DRM rawat inap, merakit DRM dan mengendalikan DRM rawat inap. Mengingat pentingnya pengisian DRM maka harus dianalisis dan dicek kembali oleh petugas Rekam Medis setelah pasien memperoleh pelayanan.

Di RSUD Kota Semarang petugas assembling dalam meneliti kelengkapan dokumen rekam medis hanya menggunakan 2 review yaitu review identifikasi dan review autentifikasi. Untuk 2 review lainnya seperti review pencatatan dan pelaporan tidak digunakan sebagai acuan untuk meneliti kelengkapan dokumen rekam medis. Dan peneliti melakukan survey awal dengan mengambil 10 sampel Dokumen Rekam Medis pasien

diabetes mellitus untuk mengetahui ketidaklengkapan isi DRM. Dengan hasil yang diperoleh adalah 90% tidak lengkap, karena masing – masing RM yang diteliti dengan 4 review, ada salah satu review yang tidak lengkap. Kebanyakan yang tidak lengkap adalah review otentifikasi yaitu nama atau tanda tangan dokter yang bertanggung jawab. Jadi dapat dikatakan bahwa hasil penelitian yang peneliti lakukan saat survey awal adalah 90% tidak lengkap. Peneliti memilih penyakit Diabetes Mellitus karena penyakit tersebut masuk dalam 10 besar penyakit di RSUD Kota Semarang.

Selain itu untuk proses pengkodean diagnosa pasien, petugas koding khususnya untuk pasien umum jarang menggunakan ICD-10 dan terbiasa menggunakan buku rangkuman kode diagnosa yang sering digunakan dalam mengkode. Dalam survey dari 10 dokumen rekam medis didapatkan 40% tidak akurat dan 60% akurat dikarenakan banyak penulisan diagnosa yang tidak sesuai dengan perjalanan penyakit pasien dan tidak spesifikasi. Hal ini akan berakibat menjadi kurang akuratnya data dan informasi yang dihasilkan dalam dokumen rekam medis rawat inap tersebut, selain itu juga akan berpengaruh pada tingkat akurasi koding.

TUJUAN PENELITIAN

Mengetahui hubungan kelengkapan analisa kuantitatif dan kualitatif dokumen rekam medis pada pasien diabetes mellitus terhadap akurasi koding di RSUD Kota Semarang periode triwulan I tahun 2014.

Tujuan Khusus :

a. Mengetahui kelengkapan analisa kuantitatif (review identifikasi, review pelaporan, review pencatatan, dan review autentifikasi) dokumen rekam

medis rawat inap pada pasien diabetes melitus periode triwulan I tahun 2014.

- b. Mengetahui kelengkapan analisa kualitatif (review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa, review kelengkapan dan kekonsistenan pencatatan diagnosa, review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan, review adanya *informed consent*, review cara atau praktek pencatatan, review hal-hal yang menyebabkan tuntutan ganti rugi) dokumen rekam medis rawat inap pada pasien diabetes melitus periode triwulan I tahun 2014.
- c. Mengetahui akurasi koding yang diakibatkan oleh dokumen rekam medis rawat inap yang tidak lengkap pada pasien diabetes melitus periode triwulan I tahun 2014.
- d. Mengetahui jumlah DMR (*Delinquent Medical Record*) pada dokumen rekam medis rawat inap pada pasien diabetes melitus.
- e. Mengetahui hubungan kelengkapan dokumen rekam medis dengan keakuratan diagnosa pada pasien diabetes melitus periode triwulan I tahun 2014

METODOLOGI PENELITIAN

Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis dan keakuratan diagnosa pasien diabetes melitus dengan analisa kuantitatif dan kualitatif.

JENIS PENELITIAN DAN RANCANGAN PENELITIAN

Jenis penelitian adalah deskriptif, yaitu jenis penelitian yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran atau tentang deskriptif dari suatu keadaan. Sedangkan pengambilan data secara observasi, dengan melakukan suatu prosedur yang

terencana, antara lain dengan melihat, mencatat, dan taraf aktivitas tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti dengan menggunakan metode pendekatan *cross sectional* dengan menggunakan data *retrospektif* yaitu dengan melihat data periode yang lalu yang dilakukan pada saat itu juga yaitu dokumen rekam medis rawat inap penyakit diabetes melitus di RSUD Kota Semarang.

POPULASI DAN SAMPEL

Populasi penelitian adalah jumlah dokumen rekam medis penyakit diabetes mellitus di RSUD Kota Semarang periode triwulan I tahun 2014 berjumlah 394 dokumen dengan sampel menggunakan teknik simple random dan dengan menggunakan rumus sampling yang berjumlah 79 dokumen.

Analisa data yang digunakan dalam penelitian adalah dengan analisis deskriptif yaitu menggambarkan hasil penelitian dan membandingkan dengan teori yang ada berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat ditarik kesimpulannya tanpa uji statistik.

PEMBAHASAN

A. Analisa Kuantitatif

1. Review Identifikasi

Dari 79 DRM yang diteliti ternyata review identifikasi dokumen rekam medis yang diamati terdapat butir data yang masih belum lengkap yaitu bagian umur, ruang dan kelas perawatan pasien. Dari hasil penelitian yang dilakukan diperoleh 2 dokumen lengkap dan 77 dokumen tidak lengkap. Ketidaklengkapan terdapat pada RM 1, RM 2, RM 3, RM 4, RM 5, RM 7, RMIJ 17, RM 19, RM 21, RM 22, RM 23. Ketidaklengkapan

tertinggi terdapat di RM 7 sebanyak 36 (46%) dokumen dari 79 dokumen yang diteliti dan ketidaklengkapan ada pada item umur, jenis kelamin, ruang, dan kelas perawatan pasien. Sedangkan ketidaklengkapan terendah terdapat pada RMIJ 8 sebanyak 0 (0%) dokumen. Sehingga jika di bagian identifikasi tidak lengkap terutama pada umur pasien maka akan mengakibatkan dokter kesulitan dalam memberikan takaran obat dan pengobatan yang sesuai dengan umurnya, jika yang tidak lengkap adalah bagian jenis kelamin maka dokter akan sulit membedakan gender pasien, jika yang tidak lengkap adalah bagian ruang dan kelas perawatan maka dokter sulit mengetahui ruang dan kelas perawatan pasien serta akan menyulitkan dokter yang menerima rujukan tentang pasien selama pasien dirawat.

2. Review Pelaporan

Dari hasil pengamatan menunjukkan review pelaporan dari 79 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap pada pasien diabetes melitus terdapat 1 yang lengkap (1%) dan 78 yang tidak lengkap (99%). Ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada RMIJ 17 yaitu sebanyak 78 (99%) dokumen, item yang tidak lengkap terdapat pada pengisian kolom resep obat. Jika ketidaklengkapan terdapat pada kolom resep obat maka akan mengakibatkan informasi yang tidak lengkap tentang pemberian obat kepada pasien tersebut. Ketidaklengkapan pada pengisian

pelaporan dapat menyebabkan data yang kurang valid apabila akan dijadikan bahan klaim asuransi, karena kurangnya informasi yang dituliskan pada dokumen rekam medis yang bersangkutan.

3. Review Pencatatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan review pencatatan dari 79 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap pada pasien diabetes melitus terdapat 18 yang baik (23%) dan 61 yang tidak baik (77%). Ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada RM 17 yaitu 19 (24%) dokumen dengan item ketidaklengkapan adalah adanya cairan penghapus / tip-ex dan adanya coretan. Ketidaklengkapan terendah adalah RMIJ 8 dengan angka 0 (0%) dokumen. Apabila dalam pengisian DRM masih terdapat beberapa coretan sampai tulisan tidak terbaca serta tidak ada pembetulan, tanda tangan pembetulan, adanya tip-ex dan tulisan tidak terbaca maka pencatatan tersebut dikatakan tidak baik, hal tersebut akan mempengaruhi keakuratan isi dokumen rekam medis tersebut.

4. Review Autentifikasi

Dari hasil pengamatan menunjukkan review autentifikasi 79 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap pada pasien diabetes melitus terdapat 2 yang lengkap (3%) dan 75 yang belum lengkap (97%). Ketidaklengkapan paling banyak terdapat pada RM 4 dan RMIJ 17 sebanyak 75 (95%) dokumen dengan item

ketidaklengkapan terdapat pada pengisian nama dan tanda tangan dokter. Ketidaklengkapan terendah adalah RMIJ 8 sebanyak 0 (0%) dokumen. Jika dalam lembar RM pasien bagian nama dan tanda tangan dokter/perawat tidak diisi maka akan menyulitkan petugas RM untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab atas isi RM tersebut. Pada review ini ketidaklengkapan dalam pemberian tanda tangan dan nama terang sebagai bukti otentik dari dokumen rekam medis sering disebabkan karena petugas medis yang bertanggung jawab beranggapan bahwa dengan menuliskan nama atau tanda tangan saja sudah cukup. Apabila dalam review autentifikasi hanya dituliskan nama atau tanda tangan saja, tidak bisa mencakup aspek legalitas yang kuat serta tidak bisa dijadikan sebagai bukti kuat apabila sewaktu – waktu dibutuhkan dalam perkara hukum jika Rumah Sakit tersebut mendapat tuntutan dari pasien.

B. Analisa Kualitatif

1. Review Kelengkapan dan Kekonsistenan

Dari hasil pengamatan menunjukkan review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa dari 79 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap pasien diabetes melitus terdapat 73 yang lengkap (92%) dan 6 yang tidak lengkap (8%). Ketidaklengkapan terdapat pada penulisan diagnosa dan kode diagnosa yang tidak akurat yang dikode hanya diagnosa utamanya saja dan dokter sering menyingkat penulisan diagnosa dan

tidak sesuai dengan ICD. Konsistensi merupakan suatu penyesuaian/kecocokan antara 1 bagian dengan bagian lain dan dengan seluruh bagian, dimana diagnosa dari awal sampai akhir harus konsisten, 3 hal yang harus konsisten yaitu catatan perkembangan, intruksi dokter, dan catatan obat.

2. Review Kelengkapan dan Kekonsistenan Pencatatan Diagnosa

Dari hasil pengamatan menunjukkan review kelengkapan pencatatan diagnosa dari 79 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap pasien diabetes melitus terdapat 75 yang lengkap (95%) dan 4 yang tidak lengkap (5%). Hal ini menunjukkan bahwa pencatatan diagnosa lengkap. Kekonsistenan dan kelengkapan pencatatan diagnosa pasien dalam satu lembar DRM tentu sangat penting. Yang perlu diperhatikan adalah kolom diagnosa masuk, diagnosa utama, diagnosa komplikasi (jika ada), diagnosa tindakan (jika ada).

3. Review Pencatatan Hal-Hal yang dilakukan saat Perawatan dan Pengobatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat pemeriksaan dan pengobatan dari 79 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap pasien diabetes melitus terdapat 60 yang lengkap (76%) dan 19 yang tidak lengkap (24%). Di review ini yang perlu diperhatikan pencatatan saat perawatan, pemeriksaan, dan

pengobatan. Misal adanya pencatatan perjalanan penyakit pasien dari awal masuk sampai pasien pulang, perintah dokter termasuk pengobatan/tindakan, serta tanggal pemeriksaan lengkap terisi semua dari pasien masuk sampai pasien pulang.

4. Review adanya *Informed Consent*

Dari hasil pengamatan menunjukkan review adanya informed consent dari 79 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap pasien diabetes melitus terdapat 53 yang lengkap (67%) dan 26 yang tidak lengkap (33%). Jika dalam DRM rawat inap pasien tidak terdapat informed consent, maka dokter tidak punya bukti hukum yang sah atas tindakan yang telah diberikan kepada pasien. Pada komponen ini merupakan hal terpenting yang berkaitan dengan bukti hukum jika ada pasien yang minta tuntutan atas tindakan malpraktek yang dokter atau tenaga medis lakukan, karena informed consent merupakan surat persetujuan tindakan saat pasien menjalani rawat inap, maka pasien akan di infus dan akan ada beberapa tindakan yang dilakukan dokter berkaitan dengan penyakit dan pengobatan pasien.

5. Review Cara atau Praktek Pencatatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan review cara atau praktek pencatatan dari 79 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap pasien diabetes melitus terdapat 63 yang lengkap (80%) dan 16 yang tidak lengkap (20%). Dalam review ini diharapkan

petugas medis baik dokter ataupun perawat tidak menulis hal – hal yang tidak berkaitan dengan pengobatan penyakit pasien, tidak ada waktu kosong dalam penulisan terlebih saat *emergency*. Serta dalam pencatatan tidak boleh menulis hal-hal yang diluar dari pemeriksaan dan pengobatan pasien.

6. Review Hal-Hal yang Menyebabkan Tuntutan Ganti Rugi

Dari hasil pengamatan menunjukkan review hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi dari 79 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap pasien diabetes melitus terdapat 53 yang lengkap (67%) dan 26 yang tidak lengkap (33%). Dari hasil yang diperoleh dapat dikatakan bahwa kelengkapan dalam hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi kurang lengkap. Hal-hal yang dilihat dalam lingkup tuntutan ganti rugi adalah informed consent, surat perawatan, jika dalam satu DRM pasien rawat inap tidak terdapat surat perawatan dan informed consent (bagi yang menerima tindakan) maka DRM tersebut tidak lengkap.

C. Keakuratan Diagnosa

Berdasarkan hasil perhitungan keakuratan kode diagnosa pasien diabetes melitus dari 79 dokumen rekam medis terdapat 73 dokumen akurat dan 6 dokumen tidak akurat untuk kode diagnosa tambahan atau komplikasi maupun kode tindakan. Selain ketidaksesuaian dalam kode diagnosis utama yang ditulis oleh petugas, dalam penelitian ini dijumpai

penulisan diagnosis yang kurang sesuai.

D. DMR (*Deliquent Medical Record*)

Berdasarkan analisa kuantitatif dan kualitatif diatas yaitu review identifikasi, pelaporan, pencatatan, autentifikasi, kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa, kelengkapan pencatatan diagnosa, pencatatan hal-hal yang dilakukan saat pemeriksaan dan pengobatan, adanya informed consent, cara atau praktek pencatatan, hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi, yang didapat dari hasil 79 dokumen rekam medis pasien yang diteliti terdapat 1 (1%) dokumen yang lengkap dan 78 (98,7%) dokumen yang tidak lengkap. Hal ini menunjukkan kelengkapan pengisian pada Dokumen Rekam Medis rawat inap pasien diabetes melitus masih banyak tingkat kebandelannya. Hal ini disebabkan karena dalam melakukan review, petugas hanya menggunakan analisa kuantitatif dan 2 review yaitu identifikasi dan autentifikasi.

E. Hubungan kelengkapan dokumen rekam medis dan keakuratan diagnosa pasien diabetes melitus

Hasil akhir dari ketidaklengkapan dokumen rekam medis dan keakuratan diagnosa pasien didapatkan hubungan antara 2 variabel tersebut yaitu hubungan ketidaklengkapan dokumen rekam medis dengan keakuratan diagnosa yang menghasilkan 4 kriteria yaitu Lengkap Akurat sebanyak 1 dokumen, Lengkap Tidak Akurat 0 dokumen, Tidak Lengkap Akurat sebanyak 72 dokumen, dan Tidak Lengkap Tidak Akurat 6 dokumen.

SIMPULAN

Dari hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Analisa kuantitatif dari 79 dokumen rekam medis pasien diabetes melitus untuk review identifikasi diperoleh 2 dokumen lengkap dan 77 dokumen tidak lengkap. Untuk review pelaporan terdapat 1 dokumen yang lengkap (1%) dan 78 dokumen yang tidak lengkap (99%). Review pencatatan didapatkan 18 yang baik (23%) dan 61 yang tidak baik (77%) dalam pencatatannya. Sedangkan untuk review autentifikasi didapatkan hasil 2 yang lengkap (3%) dan 75 yang belum lengkap (97%).
2. Analisa kualitatif dari 79 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap pasien diabetes melitus review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa terdapat 73 yang lengkap (92%) dan 6 yang tidak lengkap (8%). Review kelengkapan pencatatan diagnosa terdapat 75 yang lengkap (95%) dan 4 yang tidak lengkap (5%). Untuk review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat pemeriksaan dan pengobatan terdapat 60 yang lengkap (76%) dan 19 yang tidak lengkap (24%). Review adanya *informed consent* terdapat 53 yang lengkap (67%) dan 26 yang tidak lengkap (33%). Review cara atau praktek pencatatan terdapat 63 yang lengkap (80%) dan 16 yang tidak lengkap (20%). Sedangkan review hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi dari terdapat 53 yang lengkap (67%) dan 26 yang tidak lengkap (33%).
3. Berdasarkan hasil perhitungan keakuratan kode diagnosa pasien

- diabetes melitus dari 79 dokumen rekam medis terdapat 73 dokumen akurat dan 6 dokumen tidak akurat untuk kode diagnosa tambahan atau komplikasi maupun kode tindakan.
4. Hasil perhitungan DMR dengan rumus *sampling* dari 79 dokumen rekam medis pasien yang diteliti terdapat 1 (1%) dokumen yang lengkap dan 78 (98,7%) dokumen yang tidak lengkap.
 5. Hubungan antara 2 variabel tersebut yaitu hubungan ketidakeengkapan dokumen rekam medis dengan keakuratan diagnosa yang menghasilkan 4 kriteria yaitu Lengkap Akurat sebanyak 1 dokumen, Lengkap Tidak Akurat 0 dokumen, Tidak Lengkap Akurat sebanyak 72 dokumen, dan Tidak Lengkap Tidak Akurat 6 dokumen.

Saran

1. Sosialisasi pada setiap dokter dan perawat yang bertanggung jawab dalam pengisian Dokumen Rekam Medis dan mengenai isi dari prosedur tetap yang telah dibuat serta arti penting dari fungsi dokumen rekam medis, agar petugas menjadi lebih paham dan peduli dalam mengisi kelengkapan dokumen rekam medis Rumah Sakit.
2. Pembuatan prosedur tetap mengenai kelengkapan pengisian dokumen rekam medis yang lebih jelas mengenai item apa saja yang harus lengkap pada setiap dokumen rekam medis agar lebih jelas pengisiannya.
3. Bagian rekam medis harus lebih tegas lagi dalam mengingatkan dokter atau tenaga medis lainnya untuk sesegera mungkin melengkapi dokumen rekam medis pasien.
4. Untuk pengisian review identifikasi perlu diperhatikan kelengkapannya karena untuk mengidentifikasi milik siapa dokumen tersebut apabila nanti ada dokumen yang tercecer atau hilang.
5. Pada review pelaporan sebaiknya diisi dengan lengkap mengenai kegiatan yang dilakukan setiap petugas medis dengan jelas agar didapat informasi yang berkesinambungan serta dapat dipertanggung jawabkan.
6. Pada review pencatatan sebaiknya pengurangan penggunaan alat cairan penghapus / tipe-x, dan pembetulan tulisan yang salah harus sesuai prosedur tetap rumah sakit yang bersangkutan.
7. Pada review autentifikasi harus diisi dengan lengkap yang berisikan tanda tangan dan nama dokter yang bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien, sebagai bukti pertanggung jawaban apabila sewaktu-waktu diminta sebagai bukti hukum.
8. Sebaiknya dalam meneliti kelengkapan Dokumen Rekam Medis menggunakan analisa kuantitatif dengan 4 review yaitu identifikasi, pelaporan, pencatatan, dan autentifikasi agar isi rekam medis lebih lengkap.

DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes RI. Permenkes No. 269 / MENKES / PER / III. 208
2. Huffman, EK. *Translation in Health Information Management*. Jenifer Coffey, RRA. Apikes Dharma Lambaw Padang. 1999.
3. Departemen Kesehatan RI. Direktorat Jendral Pelayanan Medik. *Pedoman*

- Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Revisi I. Jakarta. 1997.
4. Notoatmodjo, Soekidjo. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta. 2002.
 5. Rustiyanto, Ery. *Etika Profesi Perekam Medis & Informasi Kesehatan*. Graha Ilmu. Yogyakarta. 2010
 6. Hatta, Gemala, R. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Universitas Indonesia. Jakarta. 2009
 7. Sugiyanto, Zaenal. *Analisis Perilaku Dokter dalam Mengisi Kelengkapan Data Rekam Medis Lembar Resume Rawat Inap*. <http://eprints.undip.ac.id>. 2014
 8. Azwar, Azrul. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Pustaka Sinar Harapan. Jakarta. 1996.
 9. Shofari, Bambang. Modul *Pembelajaran Mata Kuliah Quality Assurance Rekam Medis*. Semarang. 2008. (Tidak dipublikasikan)
 10. <http://livemedis.blogspot.com/2012/02/analisa-kuantitatif-dan-kualitatif-pada.html>
 11. *Prosedur Tetap RSUD Kota Semarang*. 2009
 12. Shofari, Bambang. *Modul Kuliah Rekam Medis di Pelayanan Kesehatan*. Semarang. 2008. (Tidak dipublikasikan)
 13. Manzi, Enry. Koding. 2010 (<http://www.enrymazni.com/2010/07/koding-koding-adalah-pemberian.html>)
 14. Budiarto, Eko. *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Buku Kedokteran EGC. Cetakan I. Jakarta. 2004
 15. Arief, TQ. 2003. *Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan CSGF (community of self help group forum)*.
 16. Dwi, Hermawan. *Analisa Kuantitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Hypertensi di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar*. Jurnal Kesehatan. APIKES Mitra Husada Karanganyar. 2009
 17. Kresnowati, Lily. Ariyani, Desi. Modul General Koding. 2008
 18. World Health Organization, ICD-10, Volume 1. Introduction, Geneva. 1992
 19. Pengertian dan Gejala Penyakit Diabetes Mellitus (<http://www.wikipedia.org/diabetes-mellitus.html>)
 20. Huffman, Edna K. *Health Information Management Phsycians Record Company Burwyn, Inois*, 1999
 21. Emzir, *Metodologi Penelitian Kualitatif Analisis Data*, Jakarta, 2010