

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit menyatakan bahwa : “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”.

2.1.1 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, dalam Bab III Pasal 4 menyatakan bahwa : “Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna”. Untuk menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, dalam pasal 5 disebutkan Rumah Sakit mempunyai fungsi :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan”.

2.1.2 Klasifikasi Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit menyatakan bahwa :
“Klasifikasi Rumah Sakit khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 terdiri atas:

1. Rumah Sakit khusus kelas A
2. Rumah Sakit khusus kelas B
3. Rumah Sakit khusus kelas C

Rumah Sakit khusus kelas C sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c hanya untuk Rumah Sakit khusus ibu dan anak. Rumah Sakit khusus kelas C sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (1) huruf c merupakan Rumah Sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medic spesialis dan subspecialis sesuai kekhususannya, serta pelayanan medik spesialis dasar dan spesialis lain yang menunjang kekhususannya yang minimal”.

2.2 Rawat Inap

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 560 Tahun 2003 tentang Pola Tarif Perjan Rumah Sakit menyatakan bahwa :
Rawat inap adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau upaya pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di rumah sakit.

2.3 Rekam Medis

2.3.1 Definisi Rekam Medis

Berdasarkan Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 , dinyatakan bahwa:
“Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

2.3.2 Tujuan Rekam Medis

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia Revisi ke II. Departemen Kesehatan RI (2006:13) dinyatakan bahwa :

“Tujuan Rekam Medis adalah Menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi sebagai mana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit”.

2.3.3 Kegunaan Rekam Medis

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II, Departemen kesehatan RI (2006:13-15) menyatakan bahwa kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain :

1. Aspek Administrasi
Di dalam berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
2. Aspek Medis
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen risiko klinis serta keamanan/keselamatan pasien dan kendali biaya.
3. Aspek Hukum
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan.
4. Aspek Keuangan
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai

aspek keuangan. Kaitan rekam medis dengan aspek keuangan sangat erat sekali dalam hal pengobatan, terapi serta tindakan-tindakan apa saja yang diberikan kepada seorang pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit.

5. Aspek Penelitian
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.
6. Aspek Pendidikan
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran dibidang profesi pendidikan kesehatan.
7. Aspek Dokumentasi
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 pada Bab V tentang Kepemilikan, Pemanfaatan dan Tanggung Jawab pasal 13 ayat (1) Pemanfaatan Rekam Medis dapat dipakai sebagai :

1. Pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien
2. Alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi dari penegakkan etika kedokteran dan etika kedokteran gigi.
3. Keperluan pendidikan dan penelitian.
4. Dasar pembayar biaya pelayanan kesehatan.
5. Data statistik kesehatan.

2.4 Pencatatan Kegiatan Pelayanan Medis

2.4.1 Penanggung Jawab Pengisian Rekam Medis

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II, Departemen kesehatan RI (2006:45) menyatakan bahwa :

“Rumah sakit sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat rekam medis. Yang membuat/mengisi rekam medis adalah dokter dan tenaga kesehatan lainnya :

1. Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang melayani pasien di rumah sakit
2. Dokter tamu yang merawat pasien dirumah sakit
3. Residen yang sedang melaksanakan kepaniteraan klinik
4. Tenaga para medis perawatan dan tenaga para medis non perawatan yang langsung terlihat didalam antara lain : Perawat, Perawat Gigi, Bidan, Tenaga Laboratorium Klinik, Gizi, Anastesi, Penata Rontgen, Rehabilitasi Medik dan lain sebagainya”.

2.4.2 Ketentuan Pengisian Rekam Medis

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II, Departemen kesehatan RI (2006:45-46) tentang ketentuan pengisian rekam medis, rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1x24 jam harus ditulis dalam lembaran rekam medis.
2. Semua pencatatan harus ditanda tangani oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnya serta diberi tanggal.
3. Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa kedokteran dan mahasiswa lainnya ditanda tangani oleh dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau oleh dokter pembimbingnya.

4. Catatan yang dibuat oleh residens harus diketahui oleh dokter pembimbingnya.
5. Dokter yang merawat, dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga serta dibubuhi paraf.
6. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.

2.4.3 Cara Pengisian Lembar Rekam Medis

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 pada Bab II tentang Jenis dan Isi Rekam Medis Pasal 3 ayat (2) : Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat:

1. identitas pasien;
2. tanggal dan waktu;
3. hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
4. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
5. diagnosis;
6. rencana penatalaksanaan;
7. pengobatan dan/atau tindakan;
8. persetujuan tindakan bila diperlukan;
9. catatan observasi klinis dan hasil pengobatan.
10. ringkasan pulang (*discharge summary*);
11. nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
12. pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu; dan
13. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

2.4.4 Formulir Rekam Medis

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II, Departemen kesehatan RI 2006 menyatakan bahwa : “Di dalam Rekam Medis dan Pasien Rawat Inap juga terdapat beberapa formulir antara lain :

1. Ringkasan Masuk dan Keluar (Formulir terlampir)

Lembaran Ringkasan Masuk Keluar ini sering disebut ringkasan atau lembaran muka. Selalu menjadi lembaran paling depan pada suatu berkas rekam medis. Lembaran ini berisi informasi tentang identitas pasien, cara penerimaan melalui cara masuk dikirim oleh, serta berisi ringkasan data pada saat pasien keluar.

2. Persetujuan Tindakan Kedokteran

Persetujuan Tindakan Kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien (Permenkes RI Nomor 290 Tahun 2008)

3. Catatan Perkembangan

Catatan perkembangan mencatat secara spesifik, perkembangan penyakit pasien yang ditulis dan di tanda tangani oleh dokter, catatan pertama dimulai dengan catatan pada saat pasien masuk, dan pencatatan selanjutnya adalah perkembangan pasien selama masa perawatan di Rumah Sakit sampai dengan pasien keluar dari Rumah Sakit atau meninggal. Catatan perkembangan pasien digunakan untuk mengetahui ringkasan keadaan umum pasien pada saat masuk hingga keluar, termasuk informasi-informasi penting yang belum tercatat pada anamneses dan pemeriksaan fisik. Informasi tersebut bisa didapat dari keluarga pasien, dokter yang mengirim atau dari Rumah Sakit lain. catatan perkembangan pasien harus dibuat setiap hari selama pasien dalam masa perawatan, setiap beberapa jam selama fase akutnya seorang pasien, dan seterusnya sesuai dengan perkembangan kesehatan pasien itu sendiri. Semua tindakan yang dilakukan dicatat jam, tanggal, dan jenis tindakan yang diberikan serta harus ditanda tangani oleh dokter pemeriksa.

4. Ringkasan Pasien Pulang

Ringkasan keluar dapat ditulis pada bagian akhir catatan perkembangan atau dengan lembaran tersendiri, bagi rumah sakit-rumah sakit kecil hal ini ditentukan oleh kegunaan catatan tersebut. Pengecualian bagi resum ini, terutama untuk pasien yang dirawat kurang dari 48 jam, cukup menggunakan rekam medis singkat”.

2.5 Simbol dan Singkatan

2.5.1 Definisi Simbol

Menurut buku panduan penggunaan kode, simbol, singkatan dan definisi Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya Simbol adalah lambang yang digunakan untuk menunjukkan obyek yang dituju atau yang dimaksud. Contoh simbol yang dipakai di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya sebagai berikut :

Tabel 2. 1 Contoh Simbol yang digunakan di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya

No	Simbol	Arti
1.	↑	Naik
2.	↓	Turun
3.	↓↓	Menurun
4.	+	Positif
5.	-	Negatif
6.	♀	Perempuan
7.	♂	Laki-laki
8.	†	Meninggal

2.5.2 Definisi Singkatan

Menurut buku panduan penggunaan kode, simbol, singkatan dan definisi Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya Singkatan adalah kependekan kata atau kata ringkasan dari suatu kalimat baik itu berupa kalimat pada umumnya,

diagnosa maupun tindakan. Contoh singkatan yang dipakai di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya sebagai berikut :

Tabel 2. 2 Contoh Singkatan yang digunakan di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya

No	Singkatan	Kepanjangan	Arti
1.	Ab	Antibiotik	Antibiotik
2.	Abd	Abdomen	Perut
3.	BOR	Ed Occupation Rate	Rata-rata penggunaan tempat tidur
4.	BP	Blood Presure	Tekanan Darah
5.	CH	Cirossis Hepatik	Penyakit Liver
6.	CM	Composmentis	Sadar
7.	COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease	Penyakit Paru yang lama
8.	Dext	Dexter	Kanan
9.	GEA	Gastro Entiritis	Diare
10.	HR	Heart Rate	Nadi

2.6 Tata Laksana Penggunaan Simbol dan Singkatan

2.6.1 Tata Laksana Penggunaan Simbol

Menurut buku panduan penggunaan kode, simbol, singkatan dan definisi Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya menggunakan simbol-simbol dalam menjalankan pelayanan kesehatan.

2.6.2 Tata Laksana Penggunaan Singkatan

Menurut buku panduan penggunaan kode, simbol, singkatan dan definisi Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya tata laksana penggunaan singkatan sebagai berikut :

1. Singkatan dipergunakan oleh praktisi medis dan para medis dalam memberikan pelayanan dan tertulis dilembar, form, lampiran dan berkas rekam medis selama pasien menjalani pemeriksaan di Rumah Sakit

2. Istilah singkatan dapat diartikan sebagai istilah umum/jamak yang dipergunakan untuk menyingkat nama, diagnosis dan arti lain dari keterangan diagnosis ataupun istilah-istilah medis lainnya.
3. Setiap tenaga profesi medis dan non medis wajib mengetahui istilah-istilah baku yang dipergunakan dan ditetapkan di Rumah Sakit.

2.7 Akreditasi Rumah Sakit

2.7.1 Definisi Akreditasi Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34

Tahun 2017 Tentang Akreditasi Rumah Sakit menyatakan bahwa :

“Akreditasi Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit, setelah dilakukan penilaian bahwa Rumah Sakit telah memenuhi Standar Akreditasi. Standar Akreditasi adalah pedoman yang berisi tingkat pencapaian yang harus dipenuhi oleh rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1.1 merupakan perbaikan dari SNARS edisi 1 yang mulai dipergunakan 1 Januari 2020. SNARS edisi 1.1 tidak berbeda dengan SNARS edisi 1 yaitu merupakan standar pelayanan berfokus pada pasien untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan pendekatan manajemen risiko di Rumah Sakit. SNARS edisi 1 berisi 16 bab yang mulai diberlakukannya sejak januari 2018. Penyelenggara Rekam Medis dalam SNARS edisi 1 masuk didalam kelompok Standar Manajemen Rumah Sakit tentang Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM). Salah satu standar penilaian dalam MIRM yaitu adanya standarisasi kode diagnosa, kode prosedur/tindakan, simbol, singkatan, dan artinya, yang terdapat dalam standar MIRM 12 (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2019). Pada elemen penilaian MIRM 12 terdapat penilaian :

1. Ada regulasi tentang standarisasi kode diagnosis, kode prosedur/tindakan, definisi, simbol yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan, singkatan yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan, serta dimonitor pelaksanaannya (R).
2. Ketentuan tersebut dilaksanakan dan dievaluasi (D,W) (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2019).

2.8 Evaluasi

2.8.1 Definisi Evaluasi

Evaluasi adalah suatu kegiatan untuk membandingkan antara hasil yang telah dicapai dengan rencana yang telah dibuat atau ditentukan (Rustiyanto, 2010).

Menurut Notoatmojdo (2012:30) Evaluasi adalah suatu pelaksanaan kegiatan atau program yang sedang dilakukan dalam rangka mencari umpan balik yang akan dijadikan dasar untuk memperbaiki suatu program atau sistem.

2.8.2 Tujuan Evaluasi

Menurut Rustiyanto (2010:129) Tujuan Evaluasi pelayanan rumah sakit yaitu meningkatkan daya guna dan hasil guna dari perencanaan dan pelaksanaan program, serta memberikan petunjuk dalam pengelolaan manajemen rumah sakit, misalnya dalam pengelolaan sumber daya manusia, dana dan program peningkatan untuk sekarang dan yang akan datang.

2.8.3 Jenis Evaluasi

Menurut Rustiyanto (2010:128) Dalam klasifikasi lain disebutkan ada 2 (dua) jenis evaluasi program kesehatan :

1. *Formative* evaluasi yaitu evaluasi yang dilaksanakan selama program sedang berjalan, dengan tujuan dapat memberikan umpan balik kepada manajer tentang hasil yang dicapai serta hambatan-hambatan yang dihadapi dalam pelaksanaan program.
2. *Sumative* evaluasi yaitu evaluasi yang dilaksanakan pada akhir kegiatan program, tujuannya untuk dapat melihat keseluruhan dari hasil pelaksanaan yang dihasilkan.

2.9 Ketepatan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, ketepatan berasal dari kata ‘tepat’ yang mendapat imbuhan awalan ke- dan imbuhan akhir –an. Kata tepat berarti hal yang betul atau lurus (arah, jurusan); kena benar (pada sasaran, tujuan, maksud, dan sebagainya); tidak ada selisih sedikitpun, tidak kurang dan tidak lebih, persis; betul (Setiawan, 2012).

2.10 Bab 4 Metode Penelitian

2.10.1 Definisi Retrospektif

Retrospektif artinya pengumpulan data dimulai dari efek atau akibat yang telah terjadi (Notoatmodjo, 2012).

2.10.2 Definisi Populasi

Populasi adalah keseluruhan atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2012).

2.10.3 Definisi Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

1. Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2012).
2. Teknik Pengambilan Sampel
 - a. *Random Sampling* yang merupakan pengambilan sampel secara random atau acak disebut random sampling, dan sampel yang diperoleh disebut sampel random (Notoatmodjo, 2012).

b. Pengambilan Sampel secara Acak Sederhana (*Simple Random Sampling*) adalah setiap anggota atau unit dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel. (Notoatmodjo, 2012).

c. Rumus Slovin

Jumlah anggota sampel total ditentukan melalui Rumus Taro Yoname dan Slovin dalam (Yunianto, 2013) , menurut Riduwan dan Engkos (2011: 49) bahwa “teknik pengambilan sampel menggunakan rumus Taro Yoname dan Slovin apabila populasi sudah diketahui”. Berikut adalah rumus tersebut :

$$n = \frac{N}{1+N(d)^2}$$

Keterangan :

n : jumlah anggota sampel

N : jumlah populasi

d : presisi (10%)

d. Rumus *Proportionate Stratified Random Sampling Proportional* Teknik ini digunakan karena populasinya tidak homogen, mengacu pendapat Sugiyono (2011 : 82) dalam (Yunianto, 2013) bahwa, “*Proportionate Stratified Random Sampling Proportional* digunakan bila populasi mempunyai anggota atau unsur yang tidak homogen dan berstrata secara proposional”. Berikut adalah rumus *Proportionate Stratified Random Sampling Proportional*:

$$ni = \frac{Ni}{N} \times n$$

Keterangan :

n_i : jumlah anggota sampel menurut strata

n : jumlah anggota sampel seluruhnya

N_i : jumlah anggota populasi menurut strata

N : jumlah anggota populasi seluruhnya

2.10.4 Definisi Checklist

Checklist adalah suatu daftar untuk men “cek”, yang berisi nama subjek dan beberapa gejala serta identitas lainnya dari sasaran pengamatan (Notoatmodjo, 2012).

2.10.5 Definisi Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden) (Notoatmodjo, 2012).

2.11 Penelitian yang Relevan

1. (Harjanti & Munawaroh, 2019) melakukan penelitian tentang “Ketepatan Penggunaan Singkatan Dan Simbol Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Diagnosis Schizophrenia”. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi ketepatan penggunaan simbol dan singkatan pada dokumen Schizophrenia. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ketidaktepatan simbol dan singkatan Karena buku pedoman yang ada di rumah sakit hanya ada satu dan tidak di klasifikasikan menjadi simbol, singkatan, dan tanda lainnya yang boleh digunakan dan tidak boleh digunakan.

2. (Maryati & Wannay, 2017) melakukan penelitian tentang “Standarize Of Simbol And System Using Medical Record Documents of inpatient Patients In RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta”. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi standar akreditasi terkait simbol dan singkatan MKI 13 pada Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta Tahun 2017. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ketidaktepatan penulisan simbol dan singkatan tidak sesuai dengan buku pedoman yang berlaku di rumah sakit. Oleh karena itu, peneliti menyarankan untuk dilakukan peninjauan kembali buku pedoman penggunaan simbol dan singkatan medis untuk melengkapi simbol dan singkatan yang belum terstandarisasi.
3. (Maharani, 2017) melakukan penelitian tentang “Tinjauan Petugas dalam Penggunaan Simbol dan Singkatan Medis Pada Berkas Rekam Medis Terkait Persiapan Akreditasi KARS Rumah Sakit HJ Anna Lasmanah Banjarnegara tahun 2017”. Penelitian ini bertujuan untuk menyamakan istilah yang dituliskan sebagai alat komunikasi antar tenaga medis. Hasil penelitian ini dapat diketahui bahwa ketidaktepatan penggunaan simbol dan singkatan disebabkan oleh tingkat kepatuhan petugas dalam menggunakan simbol dan singkatan. Peneliti menyarankan diadakan sosialisasi kepada petugas untuk meningkatkan kesadaran dalam penggunaan simbol dan singkatan yang sesuai dengan pedoman rumah sakit serta rumah sakit harus selalu menuliskan simbol dan singkatan yang baru agar buku selalu diperbaruhi untuk persiapan akreditasi kedepan.