



Literatur Review Management Analysis of Medical Record Management System in Community Health Center

M Yusuf KOHAR^a, Rizky PRATAMA^b

^a*Health Information Management Study Program, Politeknik Kesehatan Kesuma Bangsa, Bandar Lampung, Indonesia*

^b*Student of Health Information Management Study Program, Politeknik Kesehatan Kesuma Bangsa, Bandar Lampung, Indonesia*

*Corresponding author: myusufkohar22@gmail.com

Abstract

The medical record management system at the community health center level is the same as the hospital medical record management. This study aims to determine the management of the medical record system in health centers. This study is a *literature review* using methods of traditional review to seek, identify, evaluate, and interpret theoretical references relevant to the management of medical record systems in public health centers. The numbering system used in the health center is the *Unit Numbering System*, the medical record naming system uses a direct naming system, a centralized medical record document storage system at the health center, a medical record document alignment system at the health center, namely a direct number alignment system and alignment system per region area. according to alphabetical order, activities assembling have not been carried out properly because there is no standard operating procedure for its implementation. The coding implementation at the community health centers did not use the ICD-10 book as a guideline for providing disease codes, the community health centers did not have a fixed retention schedule so the retention and destruction of medical record documents at the Community Health centers had not been implemented. Conclusion: The numbering and naming system implemented at the community health centers is inappropriate, for the implementation of the medical record data processing system at the community health centers has not been optimal.

Keywords: Medical record, system management, community health centers

Literature Review Analisis Manajemen Pengelolaan Sistem Rekam Medis di Puskesmas

Abstrak

Sistem pengelolaan rekam medis di tingkat puskesmas sama dengan pengelolaan rekam medis rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengelolaan sistem rekam medis di

Puskesmas. Penelitian ini merupakan tinjauan pustaka dengan menggunakan metode tinjauan tradisional untuk mencari, mengidentifikasi, mengevaluasi, dan menafsirkan referensi teoritis yang relevan dengan pengelolaan sistem rekam medis di puskesmas. Sistem penomoran yang digunakan di puskesmas adalah Sistem Penomoran Unit, sistem penamaan rekam medis menggunakan sistem penamaan langsung, sistem penyimpanan dokumen rekam medis terpusat di puskesmas, sistem penyelarasan dokumen rekam medis di puskesmas yaitu a sistem penajajaran bilangan langsung dan sistem penajajaran per luas wilayah. sesuai urutan abjad, kegiatan perakitan belum terlaksana dengan baik karena belum adanya standar operasional prosedur pelaksanaannya. Penerapan pengkodean di Puskesmas belum menggunakan buku ICD-10 sebagai pedoman dalam pemberian kode penyakit, Puskesmas tidak memiliki jadwal retensi yang tetap sehingga retensi dan pemusnahan dokumen rekam medis di Puskesmas terhambat. belum dilaksanakan. Kesimpulan: Sistem penomoran dan penamaan yang diterapkan di puskesmas belum tepat, sehingga penerapan sistem pengolahan data rekam medis di puskesmas belum optimal.

Kata kunci: Pengelolaan sistem, rekam medis, Puskesmas

Ucapan terimakasih: Terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penelitian ini.

Untuk kutipan:

Kohar, M. Y., & PRATAMA, R. (2024). Literatur Review Management Analysis of Medical Record Management System in Community Health Center, *Radinka Journal of Science and Systematic Literature Review*, 1(4), 140-148.

Pendahuluan

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat (Kwame & Petrucka, 2021); . Dalam kegiatan pelayanan kesehatan dapat diperoleh mulai dari tingkat puskesmas, rumah sakit umum/swasta, klinik dan institusi pelayanan kesehatan lainnya diharapkan kontribusinya agar lebih optimal dan maksimal. Dengan semakin berkembangnya dunia kesehatan di Indonesia, rekam medis mempunyai peranan penting dalam menunjang pelaksanaan SistemKesehatan Nasional (SKN) (Wiseman et al., 2018); (Harahap et al., 2022). Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis. Denganpelaksanaan rekam medis yang baik, tentunya akan menunjang terselenggaranya upaya peningkatan pelayanan kepada masyarakat. Berdasarkan Permenkes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008, rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikankepada pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan. Sarana pelayanan kesehatan wajib menyediakan fasilitas yang diperlukan dalam rangka penyelenggaraan rekammedis. Pada dasarnya dokumen rekam medis adalah milik sarana pelayanan kesehatan dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab atas hilang, rusak, pemalsuan dan/atau penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak terhadap rekam medis sedangkan isi rekam medis adalah milik pasien.

Tujuan dibuatnya rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertibadministrasi dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit/puskesmas/tempat pelayanan kesehatan lainnya. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar,

tertib administrasi tempat pelayanan kesehatan tidak akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan dalam upaya pelayanan kesehatan yang bermutu. Dalam *medical record administration*, bahwa rekam medis yang baik pada umumnya menggambarkan asuhan medis yang baik, sedangkan ketidaklengkapan rekam medis akan mencerminkan kurang baiknya asuhan medis (11). Untuk menciptakan pelayanan rekam medis yang baik, maka diperlukan pengelolaan rekam medis yang baik yang sesuai dengan prosedur dan pedoman.

Sistem pengelolaan rekam medis pada tingkat puskesmas pada dasarnya sama dengan pengelolaan rekam medis rumah sakit (11). Menurut pedoman penyelenggaraan rekam medis rumah sakit terbagi menjadi tiga yaitu: pendaftaran, penyimpanan (*filing*) dan pengolahan data rekam medis. Di dalam sistem pendaftaran ada sistem registrasi, sistem penomoran, sistem penamaan dan sistem KIUP (Kartu Indeks Utama Pasien). Selain itu dalam pengolahan data terdapat berbagai kegiatan yaitu *assembling* (menata dan merapikan urutan susunan formulir dokumen rekam medis), *analysis* (pemeriksaan kelengkapan dokumen rekam medis), *coding* (pemberian kode), *indexing* (tabulasi), (retensi dan pemusnahan) serta pelaporan rekam medis.

Berdasarkan observasi awal (Noviliana et al., 2022); Pengelolaan rekam medis di puskesmas masih dilakukan secara manual mulai dari pelayanan pendaftaran, pencarian dokumen rekam medis, pencatatan rekam medis sampai dengan penyimpanan dokumen rekam medis, di sebutkan bahwa “kelemahan penyimpanan dokumen rekam medis pasien secara manual adalah kemungkinan terjadinya *misfiled*, *redudansi data*, *unintegrated data*, *human error* dan terlambatnya informasi”. Pada tempat penyimpanan dokumen rekam medis di puskesmas belum tertangani dengan baik. Terdapat dokumen rekam medis pasien yang memiliki jumlah ganda, memiliki nomor rekam medis yang sama, dokumen rekam medis pasien yang terselip di rak yang tidak sesuai dengan nomor penyimpanan serta tidak di temukan dokumen rekam medis pasien di rak penyimpanan salah satunya di sebabkan karena keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis dari ruangan pemeriksaan selama beberapa hari hal ini tidaksesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) pengembalian rekam medis. Disebutkan dalam SOP bahwa batas waktu pengembalian catatan medis pasien adalah ≤ 24 jam terhitung setelah selesai memberikan pelayanan kepada pasien atau setelah pasien di nyatakan pulang. Permasalahan tersebut juga mengakibatkan petugas kesulitan dalam mencari rekam medis pasien, sehingga proses pelayanan melebihi standar waktu yang telah ditentukan yaitu ≤ 10 menit. Jika dalam jangka waktu ≥ 10 menit tidak ditemukan maka, pasien akan di buatkan formulir baru, sehingga pelayanan klinis menjadi tidak berkesinambungan dan gambaran riwayatpenyakit pasien tidak akurat.

Pengelolaan rekam medis yang tidak dilakukan sesuai prosedur dan pedoman dapat mengakibatkan hilangnya suatu informasi terhadap catatan rekam medis. Masalah seperti ini dapat terjadi terhadap suatu fasilitas pelayanan kesehatan yang tidak menjalankan sistem pengelolaan rekam medis dengan baik. Setiap sarana pelayanan kesehatan memerlukan manajemen dalam mengelola rekam medis agar kegiatan rekam medis berjalan dengan baik sehingga dapat menghasilkan informasi yang lengkap dan akurat untuk menunjang kualitas pelayanan di sarana pelayanan kesehatan. Sarana pelayanan kesehatan wajib membuat Standar Operasional Prosedur (SOP) mengenai rekam medis agar seluruh kegiatan dapat dilakukan sesuai dengan kebijakan SOP yang telah dibuat (Rizki et al., 2020).

Berdasarkan uraian masalah yang dikemukakan diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Literature Review Analisis Manajemen Pengelolaan Sistem Rekam Medis Di Puskesmas”. Sebagai alternatif solusi masalah dengan uraian penelitian menggunakan format PICO yang mana P (*problem*) = Sistem pengelolaan rekam medis dan O (*Outcome*) = Pelaksanaan.

Metode

Penelitian ini adalah *literature review* dengan menggunakan metode *traditional* atau *narrative review* untuk mencari, mengumpulkan, mengidentifikasi, mengevaluasi dan menginterpretasikan referensi teori yang relevan mengenai manajemen pengelolaan sistem rekam medis di puskesmas. Dari 5 penelitian yang dilakukan *review* semua peneliti menggunakan metode observasi dan wawancara dengan desain penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan fenomenologi sebanyak 2 dan deskriptif pendekatan kualitatif sebanyak 3.

Hasil dan Pembahasan

A. Pencarian *Literature*

1. Kata Kunci

Kata kunci (*keyword*) merupakan satu kata atau frase yang menonjol (*significant*) pada judul, tajuk subjek, catatan isi, abstrak atau teks sebuah cantuman pada katalog online dan database bibliografi, yang dapat digunakan sebagai istilah pencarian dalam pencarian bebas untuk menemukan seluruh cantuman yang memuat kata kunci tersebut (14). Adapun kata kunci yang digunakan dalam pencarian jurnal di *database* adalah "Pengelolaan sistem rekam medis".

2. Database pencarian

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang diperoleh bukan dari pengamatan langsung, akan tetapi diperoleh dari hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti-peneliti terdahulu. Sumber data sekunder yang didapat berupa artikel jurnal bereputasi nasional dengan tema yang sudah ditentukan. Pencarian *literature* dalam *literature review* ini menggunakan *database Google Scholar*, Garba Rujukan Digital (GARUDA), dan Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMIKI).

3. Strategi pencarian

Strategi pencarian yang dimaksud adalah bagaimana cara kita mendapatkan *literature* atau artikel yang kita cari sesuai dengan kriteria yang telah kita tetapkan, salah satu strategi dalam pencarian *literature* ini adalah penggunaan *Boolean system* yaitu perintah yang digunakan pada mesin pencarian seperti penggunaan kata AND untuk menghasilkan artikel-artikel yang hanya mengandung kata kunci tertentu pada *Database Google scholar*.

Tabel 1. Strategi pencarian *Literature*

DATABASE	STRATEGI PENCARIAN JURNAL
Google Scholar	Pengelolaan Sistem and Rekam Medis
Garuda	Pengelolaan Sistem Rekam Medis
JMIKI	Pengelolaan Sistem Rekam Medis

4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau syarat yang harus dipenuhi artikel tersebut agar bisa dijadikan data untuk dilakukan *literature review* (Blasini et al., 2023); (Porzsolt et al., 2019). Kriteria eksklusi adalah indikator ketika itu ditemukan pada artikel tersebut maka artikel tersebut tidak

diambil dalam proses *literature review*. Adapun kriteria inklusi dan kriteria eksklusi pada *literature* ini yaitu:

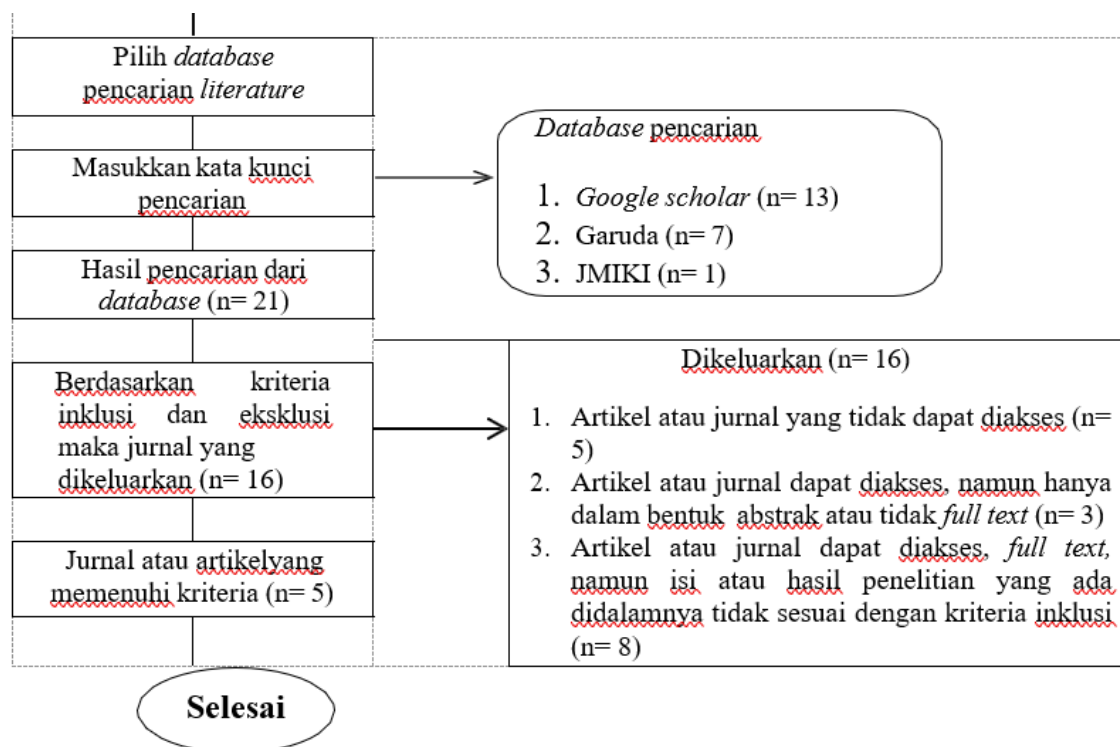
Tabel 2. Kriteria inklusi dan eksklusi

Kriteria Inklusi	Kriteria Eksklusi
Jurnal Tahun 2014-2021	Jurnal dibawah tahun 2014
Penyelenggaraan sistem identifikasi pasien	Jurnal yang hanya menampilkan abstrak atau tidak full text
Sistem pengolahan data rekam medis	Penelitian dengan metode yang tidak jelas tercantum dalam jurnal

C. Sintesis Hasil Literature

a. Hasil Pencarian Literature

Berdasarkan hasil pencarian jurnal di database yang akan digunakan pada *literature* ini di dapatkan hasil 21 jurnal dengan rincian yaitu 13 jurnal pada *Google Scholar*, 7 jurnal pada GARUDA dan 1 jurnal pada JMIKI. Setelah dilakukan seleksi pada 21 jurnal berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi maka tersisa 5 jurnal yang kemudian dilakukan ekstraksi data.



Gambar 1. Diagram flow penyeleksian hasil pencarian Literature

Tabel 3. Hasil ekstrasi data *literature review*

Nama Peneliti (Author) ,Tahun	Nama Jurnal, Volume, No	Judul	Desain Penelitian	Metode Pengumpulan Data	Populasi (Sampel)	Faktor Penghambat Pengelolaan Rekam Medis
Linda Handayuni & Loli Fitria Handayani, 2020	<i>Administration & Health Information Of Jurnal</i> Vol.1 No.1	Analisis Pelaksanaan Pengelolaan Rekam Medis Di Puskesmas MuaraMadras Kec. Jangkat ProvinsiJambi	Kualitatif pendekatan fenomenologi	Observasi dan wawancara	6 Informan petugas puskesmas	Belum adanya petugas yang berlatar belakang pendidikan rekam medis, kedisiplinan petugas yang kurangbaik dan sarana prasarana yang belum mendukung.
Vonny Yulia Miranda dkk, 2019	MaKMA Vol.2 No.3	Pengelolaan Rekam Medis DiPuskesmas Ketabang Kota Surabaya	Deskriptif pendekatan kualitatif	Observasi dan wawancara	3 petugas rekam medis	Belum adanya standar operasional prosedur kegiatan rekam medis.
Muhammad Iqbal Maliang Dkk, 2019	Jurnal Kesehatan, Vol .2 No.4	Sistem Pengelolaan Rekam Medis DiPuskesmas Tamalate Makassar	Kualitatif pendekatan fenomenologi	Observasi dan wawancara	Kepala rekam medis dan 4 petugas rekam medis	Pengelolaan rekam medis masih dilakukan secara manual dan sarana prasarana yang belum mendukung.
Retno Astuti S Dkk, 2014	Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia Vol 2, No. 1	Sentralisasi Pengelolaan Rekam Medis DiPuskesmas Binaan Mijen Kota Semarang	Deskriptif pendekatan kualitatif	Observasi dan wawancara	7 Informan petugas rekam medis dan kepala puskesmas	Kurangnya SDM diunit rekam medis dan kurangnya pelatihan terhadap petugas yang ada.
Finy J.A Rumpa dkk, 2020	Jurnal Kesmas, Vol. 9 No.4	Sistem Manajemen Rekam Medis DiPuskesmas Terakreditasi Madya dan Terakreditasi Dasar Kota Manado	Deskriptif pendekatan kualitatif	Observasi dan wawancara	5 Informan petugas rekam medis dan kepala puskesmas	Kurangnya SDM, tidak adanya pelatihan terhadap petugas dan sarana prasarana guna menunjang pekerjaan petugas belum memadai.

Pembahasan

1. Sistem identifikasi pasien di Puskesmas

- Sistem penomoran yang digunakan di puskesmas yaitu *Unit Numbering System* (UNS) terdapat pada hasil penelitian (Hanauer et al., 2019).
- Sistem penamaan rekam medis di puskesmas menggunakan sistem penamaan langsung

yaitu ditulis dengan dua suku kata sesuai dengan Kartu Tanda Penduduk (KTP) serta untuk membedakan nama yang sama ditulis nama orang tua apabila belum menikah, dan apabila pasien sudah menikah maka akan ditulis nama suaminya dibelakang namanya atau nama keluarga.

2. Sistem pengolahan data rekam medis di Puskesmas

- a. Pada hasil penelitian (Akyar, 2012), Kegiatan *assembling* dokumen rekam medis di puskesmas belum dilaksanakan dengan baik karena belum ada standar operasional prosedur untuk pelaksanaannya. Pada Kegiatan pelaksanaan pengkodean belum terlaksana dengan baik karena yang melakukan pengkodean adalah pemegang program masing-masing poliklinik yaitu dokter dengan cara menginputkan diagnosa pasien ke komputer dengan berpedoman kepada ICD-10, akan tetapi kegiatan penginputan kode hanya untuk pasien BPJS saja, dan untuk pelaksanaan pengkodean di DRM pasien jarang dilakukan baik pasien BPJS maupun pasien umum. Pada hasil penelitian (Masud et al., 2023) terdapat Surat Keputusan (SK) dan Standar Operasional Prosedur (SOP) mengenai pembakuan kode klasifikasi diagnosis. Pembakuan kode klasifikasi diagnosis menggunakan ICD-10 sebagai pedoman pemberian kode penyakit (Beam et al., 2021); (Golpira et al., 2021); (Pfaff et al., 2023); (Sammani et al., 2021); (Rico et al., 2021); (Song et al., 2023).
- b. Sistem penjajaran *family folder* (DRM keluarga), yang digunakan di puskesmas yaitu *straight numerical filing system* terdapat pada hasil penelitian sedangkan pada hasil penelitian (Van Kempen et al., 2022); (Nowell et al., 2017); dimana sistem penjajaran *family folder* yang digunakan di puskesmas yaitu penjajaran perwilayah dan sesuai abjad.
- c. Kegiatan *filing* atau penyimpanan dokumen rekam medis di puskesmas menggunakan sistem sentralisasi terdapat pada hasil penelitian (Vos et al., 2020) dan Kegiatan retensi dan pemusnahan belum dilakukan sesuai dengan SOP yang dimiliki puskesmas (Antameng et al., 2022); . Puskesmas tidak memiliki jadwal retensi tetap. Selain itu berkas inaktif yang telah diretensi tidak disimpan dalam kotak arsip melainkan tetap jadi satu dengan berkas rekam medis yang aktif terdapat pada hasil penelitian Untuk retensi sudah dilakukan dimana berkas rekam medis yang aktif dipisahkan dengan berkas rekam medis yang inaktif. Namun untuk pemusnahan berkas rekam medis belum pernah dilakukan oleh puskesmas.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis *literature review* dari 5 penelitian maka dapat disimpulkan bahwa Sistem penomoran dan penamaan yang diselenggarakan di puskesmas sudah sesuai, yaitu dengan menggunakan sistem penomoran unit dan sistem penamaan langsung. Dari semua hasil penelitian yang telah dianalisis diketahui hampir semua pelaksanaan sistem pengolahan data rekam medis di puskesmas belum berjalan optimal.

Daftar Pustaka

- Akyar, I. (2012). Standard Operating Procedures (What Are They Good For ?). In I. Akyar (Ed.), *Latest Research into Quality Control*. InTech. <https://doi.org/10.5772/50439>
- Antameng, R. F., Sy. Effi Daniati, & Sivia Sumarda. (2022). Implementasi Standar Operasional Prosedur (SOP) Di Puskesmas Simpang Tiga Pekanbaru Tahun 2021. *Jurnal Rekam*

- Medis (Medical Record Journal)*, 1(3), 271–286. <https://doi.org/10.25311/jrm.Vol1.Iss3.377>
- Beam, K. S., Lee, M., Hirst, K., Beam, A., & Parad, R. B. (2021). Specificity of International Classification of Diseases codes for bronchopulmonary dysplasia: An investigation using electronic health record data and a large insurance database. *Journal of Perinatology*, 41(4), 764–771. <https://doi.org/10.1038/s41372-021-00965-3>
- Blasini, R., Buchowicz, K. M., Schneider, H., Samans, B., & Sohrabi, K. (2023). Implementation of inclusion and exclusion criteria in clinical studies in OHDSI ATLAS software. *Scientific Reports*, 13(1), 22457. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-49560-w>
- Golpira, R., Azadmanjir, Z., Zarei, J., Hashemi, N., Meidani, Z., Vahedi, A., Bakhshandeh, H., Fakharian, E., & Sheikhtaheri, A. (2021). Evaluation of the implementation of International Classification of Diseases, 11th revision for morbidity coding: Rationale and study protocol. *Informatics in Medicine Unlocked*, 25, 100668. <https://doi.org/10.1016/j.imu.2021.100668>
- Hanauer, D. A., Mei, Q., Vydiswaran, V. G. V., Singh, K., Landis-Lewis, Z., & Weng, C. (2019). Complexities, variations, and errors of numbering within clinical notes: The potential impact on information extraction and cohort-identification. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 19(S3), 75. <https://doi.org/10.1186/s12911-019-0784-1>
- Harahap, N. C., Handayani, P. W., & Hidayanto, A. N. (2022). Barriers and facilitators of personal health record adoption in Indonesia: Health facilities' perspectives. *International Journal of Medical Informatics*, 162, 104750. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104750>
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: Barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>
- Masud, J. H. B., Kuo, C.-C., Yeh, C.-Y., Yang, H.-C., & Lin, M.-C. (2023). Applying Deep Learning Model to Predict Diagnosis Code of Medical Records. *Diagnostics*, 13(13), 2297. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13132297>
- Noviliana, T., Siswati, Puteri Fannya, & Wiwik Viatiningsih. (2022). Overview of the Implementation of Medical Record Maintenance at Tarakan Hospital Jakarta in 2021: A Qualitative Study. *Open Access Indonesian Journal of Medical Reviews*, 2(2), 211–216. <https://doi.org/10.37275/oaijmr.v2i2.181>
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 160940691773384. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Pfaff, E. R., Madlock-Brown, C., Baratta, J. M., Bhatia, A., Davis, H., Girvin, A., Hill, E., Kelly, E., Kostka, K., Loomba, J., McMurry, J. A., Wong, R., Bennett, T. D., Moffitt, R., Chute, C. G., Haendel, M., The N3C Consortium, & The RECOVER Consortium. (2023). Coding long COVID: Characterizing a new disease through an ICD-10 lens. *BMC Medicine*, 21(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02737-6>
- Porzsolt, F., Wiedemann, F., Becker, S. I., & Rhoads, C. J. (2019). Inclusion and exclusion criteria and the problem of describing homogeneity of study populations in clinical trials. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 24(3), 92–94. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2018-111115>
- Rico, J., Echevarría-González De Garibay, L. J., García-López, M., Guardiola-Villarraig, S., Maceda-Roldán, L. A., Zurriaga, Ó., & Cervero-Carbonell, C. (2021). The interoperability between the Spanish version of the International Classification of Diseases and ORPHAcodes: Towards better identification of rare diseases. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 16(1), 121. <https://doi.org/10.1186/s13023-021-01763-y>

- Rizki, F., Noor, N. B., Adellia U.A. Mangilep, & Irwandy. (2020). Analysis of Standard Operational Procedures implementation on medical records completion at Stella Maris Hospital in Makassar, Indonesia. *Enfermería Clínica*, 30, 35–39. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.07.023>
- Sammani, A., Bagheri, A., Van Der Heijden, P. G. M., Te Riele, A. S. J. M., Baas, A. F., Oosters, C. A. J., Oberski, D., & Asselbergs, F. W. (2021). Automatic multilabel detection of ICD10 codes in Dutch cardiology discharge letters using neural networks. *Npj Digital Medicine*, 4(1), 37. <https://doi.org/10.1038/s41746-021-00404-9>
- Song, Z., Wan, L., Wang, W., Li, Y., Zhao, Y., Zhuang, Z., Dong, X., Xiao, W., Huang, N., Xu, M., Clarke, R., Qi, L., & Huang, T. (2023). Daily stair climbing, disease susceptibility, and risk of atherosclerotic cardiovascular disease: A prospective cohort study. *Atherosclerosis*, 386, 117300. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2023.117300>
- Van Kempen, M., Kim, S. S., Tumescheit, C., Mirdita, M., Lee, J., Gilchrist, C. L. M., Söding, J., & Steinegger, M. (2022). *Fast and accurate protein structure search with Foldseek*. <https://doi.org/10.1101/2022.02.07.479398>
- Vos, J. F. J., Boonstra, A., Kooistra, A., Seelen, M., & Van Offenbeek, M. (2020). The influence of electronic health record use on collaboration among medical specialties. *BMC Health Services Research*, 20(1), 676. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05542-6>
- Wiseman, V., Thabrany, H., Asante, A., Haemmerli, M., Kosen, S., Gilson, L., Mills, A., Hayen, A., Tangcharoensathien, V., & Patcharanarumol, W. (2018). An evaluation of health systems equity in Indonesia: Study protocol. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0822-0>