



**MODUL AUDIT PENDOKUMENTASIAN REKAM MEDIS
IRQ534**

**TOPIK 6
AUDIT PENDOKUMENTASIAN RM LEMBARAN UMUM**

**DISUSUN OLEH
LILY WIDJAJA, SKM., MM.**

**UNIVERSITAS ESA UNGGUL
FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN
PROGRAM STUDI REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN**

2020

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	ii
PENDAHULUAN	1
SUBTOPIK 1.....	2
KONSEP DASAR ANALISIS KUANTITATIF	2
A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan	2
B. Uraian dan Contoh	2
1. Pengertian Dan Tujuan Analisis Kuantitatif	2
2. Komponen-Komponen Analisis Kuantitatif	3
C. Latihan	6
D. Ringkasan.....	7
SUBTOPIK 2.....	8
ANALISIS KUANTITATIF LEMBARAN UMUM.....	8
E. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan	8
F. Uraian dan Contoh.....	8
3. Cara Menyiapkan RM yang akan dianalisis.....	8
4. Analisis-Evaluasi Hasil Audit Kuantitatif RM	15
5. Memberikan Rekomendasi dari Analisis-Evaluasi Hasil Audit Kuantitatif RM.....	16
G. Latihan	16
KUNCI JAWABAN	17
H. Kunci Jawaban Subtopik 1	17
I. Kunci Jawaban Subtopik 2	17
DAFTAR PUSTAKA.....	18

PENDAHULUAN

Edna K.Huffman (1995) menyatakan: “*An Adequated Medical Records Indicates Adequate Care and A Poor Medical Records Indicates Poor Care*”. Dapat diartikan bahwa: “Rekam Medis yang lengkap menandakan bahwa pasien tersebut mendapat asuhan yang memadai, tetapi Rekam Medis yang tidak lengkap menandakan bahwa pasien tersebut tidak mendapatkan asuhan yang memadai”. Perlu dilakukan audit pendokumentasian agar rekam medis dapat digunakan untuk berbagai keperluan.

Di Amerika, *Departement of Health and Human Services (HHS)* bagian *Office Inspector General (OIG)* merekomendasikan petunjuk kelengkapan minimum pendokumentasian RM wajib:

- a. RM lengkap dan dapat dibaca
- b. Tercantum diagnosa yang lalu dan sekarang dalam RK
- c. Mengidentifikasi factor resiko kesehatan secara tepat
- d. Ada alasan untuk meminta pemeriksaan diagnostik dan penunjang lain
- e. Mendokumentasikan perkembangan pasien dan reaksi perubahan pengobatan dan revisi lain dari diagnose.
- f. Pendokumentasian saat masuk perawatan harus ada alasan dirawat bersama riwayat yang relevan, temuan dari pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan awal, penilaian- penilaian, kesan klinis, diagnose, rencana asuhan, tanggal pelayanan dan identitas pemberi pelayanan yang dapat dibaca

Mari dipelajari audit secara analisis kuantitatif dengan kompetensi dasar ini diharapkan mahasiswa memahami konsep dasar analisis kuantitatif :

Subtopik 1: Konsep dasar Analisis Kuantitatif

Subtopik 2: Komponen-komponen Dasar Analisis Kuantitatif

SUBTOPIK 1

KONSEP DASAR ANALISIS KUANTITATIF

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari subtopik ini, diharapkan mahasiswa mampu :

Sub kompetensi ke-1: Pengertian dan tujuan analisis kuantitatif

Sub kompetensi ke-2: Komponen-komponen dasar analisis kuantitatif

B. Uraian dan Contoh

1. Pengertian Dan Tujuan Analisis Kuantitatif

a. Pengertian

Seperti telah dijelaskan dalam bab sebelumnya bahwa A. Kuantitatif adalah telaah */review* bagian tertentu dari isi RM dengan maksud menemukan kekurangan, khususnya yang berkaitan dengan pendokumentasian RM.

Analisis kuantitatif dilakukan oleh tenaga RM perlu “tahu”/ kompetensi dengan arti dapat mengidentifikasi, mengenal dan menemukan bagian yang tidak lengkap atau belum tepat pengisiannya tentang jenis formulir yang digunakan, jenis formulir yang harus ada, orang yang berhak mengisi RM dan orang yang harus melegalisasi penulisan

Perlu ada daftar dari seluruh catatan yang harus ada, sehingga dapat diperiksa bagian mana yang tidak ada atau tidak dilengkapi.

Contoh:

- Tidak ada hasil pemeriksaan Patologi Anatomi.
- Tidak ada catatan perkembangan
- Resume tidak lengkap

- Diagnosa akhir tidak ada
- *Informed consent* (Surat Persetujuan Tindakan Kedokteran=SPTK) belum ditandatangani pasien
- Penulisan diagnosa dengan singkatan yang tidak lazim

b. Tujuan Analisis Kuantitatif

Analisis Kuantitatif mempunyai tujuan sebagai berikut:

- 1) Menentukan sekiranya ada kekurangan agar dapat dikoreksi dengan segera pada saat pasien dirawat, dan item kekurangan belum terlupakan, untuk menjamin efektifitas kegunaan isi RM di kemudian hari. Yang dimaksud dengan koreksi ialah perbaikan sesuai keadaan yang sebenarnya terjadi.
- 2) Untuk mengidentifikasi bagian yang tidak lengkap yang dengan mudah dapat dikoreksi dengan adanya dibuat suatu prosedur sehingga Rekam Medis menjadi lebih lengkap dan dapat dipakai untuk guna rekam medis yaitu untuk *Administratif, Legal, Fiscal, Reseach, Education, Documentation, Public-Health*, dan *Marketing-Planning* atau disingkat dengan ALFRED-PH-MP.

Hal ini yang terpenting adalah untuk:

- 1) Pelayanan pasien
- 2) Melindungi semua pihak dari kasus Hukum
- 3) Memenuhi Peraturan yang ada
- 4) Agar analisis Data dan Statistik akurat

2. Komponen-Komponen Analisis Kuantitatif

Dalam melakukan audit kuantitatif, pendokumentasian rekam medis dibagi dalam beberapa komponen dasar. Komponen dasar ini meliputi suatu review Rekam Medis:

- a. Memeriksa identifikasi pasien pada setiap lembaran Rekam Medis
- b. Adanya semua laporan/pencatatan yang penting sebagai bukti rekaman.

- c. Adanya autentikasi penulis/ Keabsahan Rekaman
- d. Terciptanya pelaksanaan rekaman/ pendokumentasian yang baik.

Keempat komponen ini merupakan bagian yang akan dianalisis dan dikontrol agar pendokumentasiannya lengkap dan baik sebagai syarat minimal kelengkapan RM secara kuantitatif.

a. Memeriksa identifikasi pasien pada setiap lembaran Rekam Medis

Minimal setiap lembar RM mempunyai :

Nama dan Nomor Rekam Medis pasien.

Bila ada lembaran yang tanpa identitas harus di review untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut. Dalam hal ini bila audit dilakukan sebelum pasien pulang (*Concurrent Analysis*) lebih baik oleh karena lebih cepat mengetahui identitasnya daripada dilakukan setelah pasien pulang (*Retrospective Analysis*).

b. Apakah adanya semua Laporan/ Catatan yang penting sebagai bukti rekaman

Ada lembaran laporan yang standar terdapat dalam Rekam Medis.

Contoh:

- 1) Mulai dari saat pasien mendaftar rawat inap sebagai bukti penjelasan tentang hak dan kewajiban pasien dalam bentuk “Persetujuan Umum (*General Consent*)”
- 2) Saat baru masuk ke ruang rawat inap: adanya Formulir Pasien Masuk dan Keluar, pengkajian perawat, pengkajian awal dokter berupa Lembar Anamnesa dan Riwayat penyakit pasien dan/ keluarga dan Pemeriksaan Fisik, diagnosa awal,
- 3) Saat sedang dirawat; adanya Rencana penatalaksanaan berupa Asuhan Keperawatan oleh perawat dan diikuti instruksi dokter, catatan Perkembangan baik oleh dokter dan perawat, Observasi klinik, kalau

perlu ada catatan intake-output cairan

- 4) Terakhir saat akan pulang berupa Rencana pasien pulang (*Discharge Planning*), ringkasan perawat dan Ringkasan riwayat pulang (*Discharge summary*)

Lembaran tertentu kadang kala ada tergantung kasus pasien. Contoh: bila ada tindakan/ operasi ditambahkan form: Catatan pre op dan postoperasi, Laporan operasi, laporan anestesi dan hasil Patologi Anatomi.

Penting ada tanggal dan jam pencatatan , sebab ada kaitannya dengan peraturan pengisian. Contoh: Lembaran riwayat pasien dan pemeriksaan fisik harus diisi kurang dari 24jam sesudah pasien masuk rawat. Analisis Kuantitatif harus dilakukan dengan cara *Concurrent Analysis* agar dapat segera dibuat. Tetapi bila sesudah pasien pulang (*Retrospective Analysis*) maka ini sudah dianggap dengan “*deficiency*”. Demikian juga bila pasien dioperasi dan tidak dibuat laporan operasi saat dioperasi maka tidak dapat ditambahkan belakangan. (= “*deficiency*”). Bila pasien yang dirawat tidak dikunjungi oleh dokter pada hari tertentu maka tidak ada catatan perkembangan yang ditulis oleh dokter pada hari tersebut. Berarti dokter tersebut tidak boleh diminta membuatnya pada hari berikutnya.

c. Review Autentikasi/ Keabsahan Rekaman

Autentikasi dapat berupa:

- 1) Nama atau Cap/ stempel , dan inisial yang dapat diidentifikasi
- 2) Tanda tangan, dalam Rekam Medis atau
- 3) Kode seseorang untuk komputerisasi.
- 4) Harus ada titel/ gelar profesional (Dokter, Perawat)

Penulis suatu catatan , tidak boleh ditanda tangani oleh orang lain selain penulis, kecuali bila ditulis oleh dokter jaga atau mahasiswa maka tanda tangan si penulis di tambah *countersign* oleh supervisor dan *ditulis* “telah direview dan dilaksanakan atas instruksi dari atau telah diperiksa oleh

d. Review Tata Cara Pendokumentasian

- 1) Analisis Kuantitatif memeriksa pencatatan yang tidak lengkap dan yang tidak dapat dibaca . Hal ini dapat dilengkapi dan diperjelas .
- 2) Memeriksa baris perbaris dan bila ada yang kosong diberi tanda/ digaris sehingga tidak dapat diisi belakangan.
- 3) Tidak diperbolehkan menggunakan singkatan yang belum diatur dalam buku Pedoman Pelayanan Rekam Medis
- 4) Bila ada salah pencatatan maka bagain yang salah digaris dan catatan tersebut masih terbaca, kemudian diberi keterangan disampingnya bahwa catatan tersebut salah / salah menulis Rekam Medis pasien lain.

Universitas
Esa Unggul

C. Latihan

- a. Latihan soal ke-1: Sebutkan analisis komponen analisis kuantitatif
Latihan soal ke-2: Pada analisis kuantitatif untuk komponen 2 saat dirawat apa saja subkomponennya??

D. Ringkasan

Analisis kuantitatif dilakukan oleh tenaga RM perlu “tahu”/ kompetensi dengan arti dapat mengidentifikasi, mengenal dan menemukan bagian yang tidak lengkap atau belum tepat pengisiannya tentang jenis formulir yang digunakan, jenis formulir yang harus ada, orang yang berhak mengisi RM dan orang yang harus melegalisasi penulisan



SUBTOPIK 2

ANALISIS KUANTITATIF LEMBARAN UMUM

E. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Sub kompetensi ke-1: Cara menyiapkan/ menyeleksi RM yang akan dianalisis
2. Sub kompetensi ke- 2: Analisis-Evaluasi Hasil Audit Kuantitatif RM
3. Sub kompetensi ke- 3: Memberikan Rekomendasi dari Analisis-Evaluasi Hasil Audit Kuantitatif RM

F. Uraian dan Contoh

3. Cara Menyiapkan RM yang akan dianalisis

RM yang akan dianalisis telah disiapkan dengan arti telah ditata/ assembling sehingga saat menganalisis telah rapi dan mudah mereview bagian yang belum dilengkapi (lihat Bab penataan RM). RM yang telah siap untuk diaudit maka dilakukan :

- a. Menyiapkan instrumen Pengumpulan, Pengolahan, dan Penyajian Data analisis kuantitatif
 - 1) Pengumpulan data: Lembaran Kerja Analisis Kuantitatif RM (Tabel 6.1)
 - 2) Pengolahan data: Lembaran Kerja rekapitulasi tiap komponen Analisis Kuantitatif RM (Tabel 6.2, 6.3, dan 6.4)
 - 3) Penyajian data: Lembaran Kerja Rekapitulasi Keempat Komponen analisis Kuantitatif RM (Tabel 6.5)

- b. Menyiapkan Lembaran kerja dari analisis ini dapat dilihat pada table 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5



Universitas
Esa Unggul

Tabel 6.1 a. Lembaran Kerja Pengumpulan Data Untuk Audit Kuantitatif R M

Jumlah RM yang dianalisis= M. Nama Tgl. -----pelaksana Rumah Sakit

o.	No.RM	IDENTIFIKASI PASIEN				KELENGKAPAN LAPORAN/CATATAN YANG PENTING										AUTENTIKASI PENULIS				CATATAN YANG BAIK			KETE RANGAN		
		Nama	No.RM	Tgl. Lahir/ umur	Jenis K.	Saat Pendaftaran		Saat baru masuk Rawat Inap		Saat Sedang Dirawat			Saat akan Pulang			Bila ada Lemb. lain	Nama Dr.	TT.Dr	Nam perawat	Tt. Perawat	Tdk ada coretan	tdk ada tipp- ex		Tdkadabag. Kosong	
						Surat Rujukan	Persetujuan Umum	Pengkajian awal Perawat	Pengkajian awal Medis	CPPT	Askep	Observasi Klinis	CPO	Rencana Pasien Pulang	Resume Keperawatan										Ringkasan Pulang
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
	Σ	1a	1b	1c	1d	2a	2b	2c	2d	2e	2f	2g	2h	2i	2j	2k	2l	3a	3b	3c	3d	4a	4b	4c	

Pengolahan data Komponen 1 Kelengkapan Identitas Pasien.

Dilakukan dengan menggunakan table 6.2 seperti d bawah ini:

Tabel 6.2
Lembaran Kerja Pengolahan data Analisis Kuantitatif
Komponen 1 Kelengkapan Identitas Pasien

Jumlah RM yang dianalisis= M

NO.	KOMPONEN ANALISIS YANG I: KELENGKAPAN IDENTITAS PASIEN	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	PERSENTASE
1	2	3	4
1.	Nama	1a	$A1 = 1a/M \times 100\%$
2.	No.Rekam Medis	1b	$A2 = 1b/M \times 100\%$
3.	Tanggal Lahir	1c	$A3 = 1c/M \times 100\%$
4.	Jenis Kelamin	1d.	$A4 = 1d/M \times 100\%$
	Average	A=Avg 1a,1b,1c, 1d	$AVG\% = (A1+A2+A3+A4) / 4\%$

Tabel 6.3
Lembaran Kerja Pengolahan data Analisis Kuantitatif
Komponen 2 Kelengkapan Laporan/ Catatan yang Penting

Jumlah RM yang dianalisis= M

NO.		KOMPONEN ANALISIS	KELENGKAPAN	
			JUMLAH	PROSENTASE
		KELENGKAPAN LAPORAN/ CATATAN YANG PENTING		
1.		Saat Pendaftaran		
	1	a. Surat Rujukan	2a	$B2a = 2a/M \times 100\%$
	2	b. <i>General Consent</i>	2b	$B2b = 2b/M \times 100\%$
2.		Saat baru masuk Rawat Inap:		
	3	a. Pengkajian awal Perawat	2c	$B2c = 2c/M \times 100\%$
	4	b. Pengkajian awal Medis	2d	$B2d = 2d/M \times 100\%$
3.		Saat sedang dirawat		
	5	a. Catatan Perkembangan	2e	$B3e = 2e/M \times 100\%$
	6	b. Asuhan keperawatan	2f	$B3f = 2f/M \times 100\%$
	7	c. Observasi Klinis	2g	$B3g = 2g/M \times 100\%$
	8	d. Catatan Pemberian Obat	2h	$B3h = 2h/M \times 100\%$
4.		Cat. Saat akan pulang		
	9	i. Rencana pasien Pulang	2i	$B4i = 2i/M \times 100\%$
	10	j. Ringkasan Perawat	2j	$B4j = 2j/M \times 100\%$
	11	k. Ringkasan Pulang	2k	$B4k = 2k/M \times 100\%$
5.		Bila ada Lembaran Khusus		
	12	Lembaran	2l	$B5l = 2l/M \times 100\%$
		Average	B= Avg 2a..2l	AVG%= (B1a+...B5l)/12%

Tabel 6.4
Lembaran Kerja Pengolahan data Analisis Kuantitatif
Komponen Keempat Adanya Catatan Yang Baik

Jumlah RM yang dianalisis= M

NO.	KOMPONEN ANALISIS CATATAN YANG BAIK	KELENGKAPAN	
		JUMLAH	PROSENTASE
1.	2	3	4
1.	Tidak ada Coretan	4a	$D1=4a/M \times 100\%$
2.	Tidak ada Tipp-ex	4b	$D2= 4b/M \times 100\%$
3.	Tidak ada bagian yang kosong	4c	$D3=4c/M \times 100\%$
	Average	D=Avg 4a,4b,4c	AVG%= (D1+D2+D3)/3 %

Universitas
Esa Unggul

c. Penyajian Rekapitulasi Hasil analisis Kuantitatif

Tabel 6.5

Rekapitulasi Seluruh komponen Audit Kuantitatif RM secara terperinci
 Jumlah Berkas yang dianalisis=M Tanggal:

NO.	KRITERIA ANALISIS	KELENGKAPAN / BAIK	
		JUMLAH	PROSENTASE
1	2	3	4
A. IDENTITAS PASIEN			
1.	Nama		
2.	No.Rekam Medis		
3.	Tanggal Lahir		
4.	Jenis Kelamin		
	Average		
B. KELENGKAPAN LAPORAN/ CATATAN YANG PENTING			
1.	Saat Pendaftaran		
	Surat Rujukan		
	<i>General Consent</i>		
2.	Saat baru masuk Rawat Inap:		
	d. Pengkajian awal Perawat		
	e. Pengkajian awal Medis		
3.	Saat sedang dirawat		
	e. Catatan Perkembangan		
	f. Asuhan keperawatan		
	g. Observasi Klinis		
	h. Catatan Pemberian Obat		
4.	Cat. Saat akan pulang		
	a. Rencana pasien Pulang		
	b. Ringkasan Perawat		
	c. Ringkasan Pulang		
5.	Bila ada Lembaran Khusus		
	Average		
C. AUTENTIKASI PENULIS			
1.	Nama Dokter		
2.	T.tangan Dokter		
3.	Nama Perawat		
4.	T.tangan Perawat		
	Average		
D. CATATAN YANG BAIK			
1.	Tidak ada Coretan		
2.	Tidak ada Tipp-ex		
3.	Tidak ada Bagian yang kosong		
	Average		
	TOTAL AVERAGE	Z	Z%

Kesan dan Saran

c. Memilih metode Analisis.

Dalam melakukan analisis tidak selalu dilakukan untuk semua lembaran RM, bisa dilakukan hanya 1 lembar . Dapat dikatakan “Kebutuhan menentukan kekhususan”. Setiap fasilitas (RS) mempunyai aturan yang berbeda, sehingga Analisis Kuantitatifnya juga *sangat bervariasi* . Jadi audit pendokumentasian RM baik berupa analisis kuantitatif maupun kualitatif dapat dilakukan dengan metode secara umum dan khusus yaitu:

- 1) Menganalisis Lembaran Umum: Analisis semua lembaran RM secara lengkap
- 2) Menganalisis Lembaran Khusus: Analisis lembaran yang dianggap penting

Bila suatu analisis telah ditentukan maka telaah dapat dilaksanakan oleh petugas RM yang telah terlatih khusus untuk keperluan ini. Bila metode yang dilakukan berupa 1 lembaran khusus, lembaran yang dianalisis biasanya lembaran yang sering berkaitan dengan tuntutan *malpraktek* dan asuransi.

4. Analisis-Evaluasi Hasil Audit Kuantitatif RM

Dari analisis ini diharapkan:

- Dapat mengidentifikasi kekurangan-kekurangan pencatatan yang harus dilengkapi oleh pemberi pelayanan kesehatan dengan segera.
- Kelengkapan Rekam Medis sesuai dengan Peraturan yang ditetapkan jangka waktunya, perizinan, akreditasi, keperluan sertifikat lainnya.
- Mengetahui hal-hal yang berpotensi menyebabkan rumah sakit atau pemberi pelayanan membayar ganti rugi.

5. Memberikan Rekomendasi dari Analisis-Evaluasi Hasil Audit Kuantitatif RM

Laporan dibuat secara berkala; bulanan, triwulan, semester dan tahunan. Dapat berupa tabel atau grafik. Dilakukan dengan memprosentasikan kelengkapan, membandingkan antar periode, melihat trendline, melihat hasil sesudah dilakukan tindak lanjut/ feedback. Rekomendasi dapat berupa saran kepada **komite Rekam Medis, Atasan Langsung** untuk melakukan perbaikan. Hal ini penting agar saat mengevaluasi pada bulan-bulan yang akan datang terlihat persentase kelengkapan Rekam Medis yang memberikan trend peningkatan. Hal ini yang diharapkan dalam memenuhi elemen akreditasi, bahwa adanya “*Action*” yang dilakukan dari hasil analisis kuantitatif ini sehingga perbaikan terlihat dengan angka yang meyakinkan.

G. Latihan

1. Latihan soal ke-1: Apa subkomponen dari komponen 1 analisis kuantitatif identifikasi pasien?
2. Latihan soal ke-2: Instrumen dibagi atas 3 bagian jelaskan!

KUNCI JAWABAN

H. Kunci Jawaban Subtopik 1

1. Jawaban latihan soal ke-1
 - a. Review identifikasi pasien
 - b. Review laporan yang penting
 - c. Review autentikasi penulis
 - d. Review pencatatan yang baik
2. Jawaban latihan soal ke-2
Subkomponen 2: Mereview ada dan kelengkapan:
 - a. Saat pendaftaran: Surat rujukan + General Consent
 - b. Saat masuk: Pengkajian awal perawat dan medis
 - c. Saat dirawat: CPPT+ observasi klinis+askep+ CPO
 - d. Saat akan pulang: Rencana pasien pulang dan Ringkasan Perawat dan Penyakit

I. Kunci Jawaban Subtopik 2

1. Subkomponen identifikasi pasien:
 - a. Nama pasien
 - b. NoRM
 - c. Tanggal lahir/ umur
 - d. Jenis kelamin
2. Jawaban latihan soal ke-2
Menyiapkan instrument Pengumpulan, Pengolahan, dan Penyajian Data analisis kuantitatif
 - a. Pengumpulan data: Lembaran Kerja Analisis Kuantitatif R M
 - b. Pengolahan data: Lembaran Kerja rekapitulasi tiap komponen Analisis Kuantitatif RM
 - c. Penyajian data: Lembaran Kerja Rekapitulasi Keempat Komponen analisis Kuantitatif RM

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan, 1997, *Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis*, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik
- Departemen Kesehatan, 2007, Kepmenkes 377/Menkes/III/ 2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia, Jakarta:Dirjen Pelayanan Medik
- Departemen Kesehatan, 2008, Permenkes 269.MENKES/ PER/ III/ 2008 Tentang Rekam Medis, Jakarta: Dirjen. PelayananMedik
- Departemen Kesehatan, 2008, Permenkes 290.MENKES/ PER/ III/ 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik
- Farenhpltz, 2013, Cheryl G and Russo, Ruthan, *Documentation for Health Records*,(AHIMA, Chicago, Illinois, USA
- Hatta, Gemala, 2008, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan*, Jakarta, UI Press
- Huffman, Edna K.,1995 *Health Information M,anagement* 10th edition, Berwyn, Illinois : Physician Record Co
- International Federation of Health Information Management Association, 2012, *Education Modules for Basic Health Records*, Chicago, Illionis
- Widjaja, Lily, 2018, *Manajemen Mutu Informasi Kesehatan III, Pendokumentasian RM*, Jakarta: PPSDMKes, BPSDM