

# Analisis Mutu Rekam Medis Kasus Bedah Dengan Metode Kualitatif Di RSUD Dr R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga

Nur Amalia Sholikhah<sup>1</sup>, Sri Sugiarsi<sup>2</sup>, Astri Sri Warianti<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup> Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan STIKes Mitra Husada Karanganyar  
Email-Korespondensi: n.amalia.sh@gmail.com

## Abstract

*The quality of medical records can be seen from 3 criteria for completeness of content, accuracy, timeliness and fulfillment of legal aspects. Medical record quality analysis is carried out in two ways, namely quantitative analysis and qualitative analysis. The purpose of this study was to analyze the quality of medical records of surgical patients with qualitative methods at RSUD dr R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. This type of research is a mix method. The object population was 204 surgical case medical records and the subject population was 2 general surgeons and 4 nurses, object sampling using the Slovin formula with  $e = 0.1$  resulted in 67 files while subject sampling used purposive sampling. How to collect data by observation using Checklist and Unstructured Interview data processing techniques include 2 methods, namely Quantitative and Qualitative. The results of this study found that for consistency of diagnostic recording 57 (84%) files were consistent while 11 (14%) files were inconsistent. The consistency of recording medical record documents as much as 54 (80%) is consistent and 14 (20%) is inconsistent. The consistency of recording things done during treatment and treatment was 45 (66%) consistent and 23 (34%) inconsistent. The consistency of recording informed consent as much as 65 (95%) is consistent and 3(5%) is inconsistent. The analysis that could potentially lead to damages was 67 (99%) consistent and 1 (1%) inconsistent. Factors causing the inconsistency of medical record recording include man, material, machine, method factors.*

**Keywords:** Surgery, Qualitative, Quality, Medical Record.

## Abstrak

Mutu rekam medis dapat dilihat dari 3 kriteria kelengkapan isi, keakuratan, ketepatan waktu dan pemenuhan aspek hukum. Analisis mutu rekam medis dilakukan dengan dua cara yaitu analisis kuantitatif dan analisis kualitatif. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis mutu rekam medis pasien bedah dengan metode kualitatif di RSUD dr R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. Jenis penelitian ini adalah mix method. Populasi obyek sebanyak 204 rekam medis kasus bedah dan populasi subyek sebanyak 2 dokter bedah umum dan 4 perawat, pengambilan sampel obyek menggunakan rumus Slovin dengan  $e = 0.1$  dihasilkan sebanyak 67 berkas sedangkan pengambilan sampel subyek menggunakan cara purposive sampling. Cara pengumpulan data dengan observasi menggunakan Checklist dan Wawancara Tidak terstruktur teknik pengolahan data meliputi 2 metode yaitu Kuantitatif dan Kualitatif. Hasil penelitian ini ditemukan untuk kekonsistensian pencatatan diagnostic 57(84%) berkas konsisten sedangkan 11 (14%) berkas tidak konsisten. Kekonsistensian pencatatan dokumen rekam medis sebanyak 54 (80%) konsisten dan 14 (20%) tidak konsisten. Kekonsistensian pencatatan hal hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan sebanyak 45 (66%) konsisten dan 23 (34%) tidak konsisten. Kekonsistensian pencatatan informed consent sebanyak 65 (95%) konsisten dan 3(5%) tidak konsisten. Analisis yang berpotensi menyebabkan ganti rugi sebanyak 67 (99%) konsisten dan 1 (1%) tidak konsisten. Faktor penyebab ketidakonsistensian pencatatan rekam medis meliputi faktor man, material, machine, method.

**Kata Kunci :** Bedah, Kualitatif, Mutu, Rekam Medis.

## PENDAHULUAN

Rekam medis merupakan catatan yang penting bagi institusi kesehatan dalam menjalankan penyelenggaraan pelayanan. Setiap rumah sakit harus memiliki unit kerja rekam medis dalam menyediakan data-data kesehatan di Rumah Sakit untuk berbagai kepentingan. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 Pasal 29. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 24 Tahun 2022 pasal 1 ayat 1 bahwa Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Pencatatan dan pendokumentasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus lengkap, jelas, dan dilakukan setelah Pasien menerima pelayanan kesehatan dengan mencantumkan nama, waktu, dan tanda tangan Tenaga Kesehatan pemberi pelayanan Kesehatan. Kelengkapan berkas rekam medis oleh tenaga kesehatan akan memudahkan tenaga kesehatan lain dalam memberikan tindakan, atau terapi kepada pasien dan juga sebagai sumber data dalam pengolahan data yang kemudian akan menjadi sebuah informasi yang berguna bagi pihak manajemen dalam menentukan langkah - langkah strategis untuk pelayanan kesehatan (Hatta, 2014). Rekam medis dikatakan bermutu jika memenuhi kriteria: kelengkapan isi, keakuratan, ketepatan waktu dan pemenuhan aspek hukum (Hatta, 2010). Solusi yang dapat dilakukan yakni dilakukannya analisis mutu rekam medis. Analisis mutu rekam medis digunakan dua cara yaitu: analisis kuantitatif (jumlah atau kelengkapannya) dan analisis kualitatif (mutu). Analisis kualitatif yang bertujuan tercapainya isi rekam medis yang terhindar dari masukan yang tidak ajeg atau taat asas (konsisten) maupun pelanggaran terhadap rekaman yang berdampak pada hasil yang tidak akurat dan tidak lengkap. Analisis kualitatif terdiri dari analisis kualitatif administratif dan analisis kualitatif medis (Hatta, 2014).

Hasil penelitian Swaradibhagia (2021), menyebutkan bahwa Analisis kekonsistensian pencatatan dan justifikasi pengobatan kasus demam berdarah dengue di Rumah Sakit Mekar Sari Bekasi terdapat ketidakkonsistensian pada subkomponen skrining risiko cedera/jatuh sebesar 91,76% ini merupakan upaya pencegahan risiko cedera/jatuh sesuai skor yang diperoleh jika tidak konsisten pencatatannya keselamatan pasien resiko cedera/jatuh tidak terpantau. Pada komponen instruksi pemberian

obat dalam pencatatan waktu instruksi, nama, jenis dan dosis obat serta waktu pemberian obat sebesar 94,11% jika tidak konsisten pencatatan sediaan obat maupun dosisnya dapat menimbulkan kontraindikasi yg membahayakan kesehatan pasien. Komponen instruksi penghentian/penggantian obat dalam pencatatan waktu instruksi, nama, jenis dan dosis obat serta waktu pemberhentian/penghentian obat sebesar 61,17% bila terjadi kesalahan dalam penghentian/penggantian obat dapat berdampak buruk bagi kesehatan maupun keselamatan pasien dan pada komponen instruksi pemeriksaan penunjang sebesar 89,41% Dengan pemeriksaan penunjang yang memadai maka dapat diambil keputusan yang tepat bagi pengobatan pasien.

Hasil penelitian Damayanti (2016), menyimpulkan bahwa hasil analisis kualitatif dokumen rekam medis pada pasien Dengue Haemorrhagic Fever di Rumah Sakit Tk.III Slamet Riyadi Surakarta pada Triwulan I Tahun 2016, sebanyak 57 dokumen Review Kelengkapan dan Ketidakkonsistensian Diagnosis sebesar 9 formulir (15.80%). Review Kekonsistensian pencatatan Diagnosis sebesar 57 formulir (100%). Review Perawatan dan Pengobatan ketidakkonsistensian sebesar 35 formulir (61.40%). Review *Informed Consent* ketidakkonsistensian sebesar 57 formulir (100%). Review Praktik/ Cara Pencatatan ketidakkonsistensian sebesar 4 formulir (7%). Review Hal-hal yang menyebabkan tuntutan ganti rugi ketidakkonsistenan tertinggi sebesar 57 formulir 100%, pada item Pencantuman penanggung jawab pada formulir lembar konsultasi, informed consent, 21 formulir 36.85% pada item Identifikasi pada formulir lembar konsultasi.

Tujuan Penelitian Secara Umum Untuk menganalisis mutu rekam medis pasien bedah dengan metode kualitatif di RSUD dr R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga dan secara Khusus Menganalisis konsistensian pencatatan diagnosis pada kasus Bedah di RSUD dr R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga., Menganalisis kekonsistensian pencatatan dokumen rekam medis rawat inap pasien kasus bedah di RSUD dr R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga, Menganalisis pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan dokumen rekam medis rawat inap pasien kasus bedah., Menganalisis adanya *informed consent* yang seharusnya ada pada dokumen rekam medis rawat inap pasien kasus bedah di RSUD dr R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga, Menganalisis hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi

pada pasien kasus bedah di RSUD dr R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga, Menganalisis faktor penyebab pencatatan rekam medis tidak konsisten berkas rekam medis rawat inap pasien bedah di RSUD dr R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.

## METODE

Rancangan penelitian ini menggunakan *mixed method* yaitu metode penggabungan penelitian kuantitatif dan kualitatif. Penelitian kuantitatif utk menganalisis data konsistensi pencatatan rekam

medis rawat inap kasus bedah, sedangkan kualitatif digunakan utk menggali informasi pencatatan rekam medis tidak konsisten di RSUD dr R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Kelengkapan dan kekonsistensian diagnosis dokumen rekam medis rawat inap pada pasien kasus bedah di RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.

**Tabel 1.** Kelengkapan dan Kekonsistensian Diagnosis

SUB KOMPONEN	KONSISTEN		TDK KONSISTEN		JUMLAH	
	N	% N	%	N	%	%
Saat Masuk Rawat Kekonsistensian Diagnosis pada pengkajian IGD, pengantar rawat inap, pengkajian awal rawat inap	59	87	9	13	68	100
Sedang Dirawat Konsistensi diagnosis pada CPPT hari pertama s.d terakhir	62	91	6	9	68	100
Saat Akan Pulang Rawat Konsistensi diagnosis CPPT hari terakhir dan ringkasan pulang	62	91	6	9	68	100
Konsistensi Dignosis (Saat Masuk Rawat, Saat Sedang Dirawat, Saat Akan Pulang Rawat)	57	84	11	16	68	100

Berdasarkan Tabel 1 menunjukkan hasil analisis kualitatif pada komponen Kelengkapan dan Kekonsistensian Diagnosis dari ke 3 sub komponen proporsi kekonsistensian yang tertinggi adalah kekonsistensian diagnosa saat dirawat dan saat pulang yaitu 91 % sedangkan kekonsistensian terendah adalah kekonsistensian diagnosis saat

masuk rawat yaitu 87 %. Untuk persentase jumlah dokumen rekam medis kasus bedah di RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga yang lengkap dan konsisten dilihat dari saat masuk rawat, saat sedang dirawat, saat akan pulang adalah 84 % konsisten dan 16 % tidak konsisten.

**Tabel 2.** Kekonsistensian Pencatatan Rekam Medis

NO	SUB KOMPONEN	KONSISTEN		TDK KONSISTEN		JUMLAH	
		N	%	N	%	N	%
1	Saat Masuk						
	Konsistensi pencatatan pengkajian IGD dan pengkajian awal rawat inap	56	82	12	18	68	100
2	Sedang Dirawat						
	Konsistensi pencatatan Perkembangan hari pertama s.d terakhir	60	88	8	12	68	100
3	Instruksi PPA saat pulang	55	81	13	19	68	100
	Catat obat pada instruksi Dokter (ID)	50	74	18	26	68	100
	Catatan obat pada (CPO) oleh perawat	51	75	17	25	68	100
	Konsistensi Pencatatan Perkembangan pasien saat masuk, dirawat, pulang	54	80	14	20	68	100

Berdasarkan tabel 2 pada komponen kekonsistensian pencatatan rekam medis tertinggi terdapat pada sub komponen konsistensi pencatatan perkembangan hari pertama sampai hari terakhir (Saat Dirawat) yaitu 88% atau 60 berkas, dan angka terendah pada

catatan obat pada instruksi dokter (saat pulang) yaitu 74% atau 50 berkas. Dari keseluruhan komponen kekonsistensian pencatatan rekam medis saat masuk, saat dirawat, dan saat pulang sebanyak 80% atau 54 berkas konsisten.



**Tabel 3.** Kekonsistensian Pencatatan Hal-Hal yang Dilakukan Selama Perawatan dan Pengobatan

No	Sub Komponen Analisis	Konsisten		Tidak Konsisten		Total	
		N	%	N	%	N	%
Keselamatan Pasien							
1	Skrining risiko cedera/jatuh : apakah ada skor dan kategori (pengkajian awal IGD, pengkajian awal rawat inap, penilaian ulang risiko jatuh)	49	72	19	28	68	100
Tata Laksana Medis							
1	Pencatatan nama, jenis, dosis dan waktu instruksi pemberian obat (CPPT dan CPO)	42	62	26	38	68	100
2	Pencatatan nama, jenis, dosis dan waktu instruksi penggantian/pemberhentian obat (CPPT dan CPO)	41	60	27	40	68	100
3	Pencatatan nama, jenis dan waktu instruksi	48	71	20	29	68	100

Berdasarkan Tabel 3 kekonsistensian pencatatan hal-hal yang dilakukan selama perawatan dan pengobatan konsistensi tertinggi pada subkomponen Skrining risiko cedera/jatuh : apakah ada skor dan kategori (pengkajian awal IGD, pengkajian awal

rawat inap, penilaian ulang risiko jatuh) sebanyak 49 berkas atau 72%, sedangkan terendah pada sub komponen Pencatatan nama, jenis, dosis dan waktu instruksi penggantian/pemberhentian obat (CPPT dan CPO) sebanyak 41 berkas atau 60 % konsisten

**Tabel 4.** Kekonsistensian Pencatatan *Informed Consent*

No	Sub Komponen Analisis	Konsisten		Tidak Konsisten		Total	
		N	%	N	%	N	%
Bagian Pemberian Informasi							
1	Kesesuaian antara jenis dan informasi yang dijelaskan dokter ke pasien/keluarga terdekat	63	93	5	7	68	100
Bagian Persetujuan/Penolakan Tindakan							
2	Kesesuaian antara diagnosis dengan tindakan yang disetujui/ditolak pasien/keluarga terdekat	66	97	2	3	68	100
Kekonsistensian pencatatan <i>informed consent</i>		65	95	3	5	68	100

Berdasarkan tabel 4 pada komponen kekonsistensian pencatatan *informed consent* sebanyak 97% pada subkomponen Kesesuaian antara diagnosis dengan tindakan yang disetujui/ditolak pasien/keluarga

terdekat konsisten sedangkan pada sub komponen Kesesuaian antara jenis dan informasi yang dijelaskan dokter ke pasien/keluarga terdekat 93% konsisten.

**Tabel 5.** Kejadian Yang Berpotensi Menimbulkan Ganti Rugi

No	Sub Komponen Analisis	Konsisten		Tidak Konsisten		Total	
		N	%	N	%	N	%
1	Adanya catatan masuk RS kembali dengan kasus yang sama < 2hari di Formulir CPPT hari Pertama	67	99	1	1	68	100
2	Adanya pencatatan Prosedur batal dilakukan di Formulir CPPT	67	99	1	1	68	100
3	Adanya Pencatatan Komplikasi masalah pengobatan (Reaksi alergi obat / transfuse, infeksi sesudah masuk, infeksi sesudah operasi ) di Formulir CPPT	68	100	0	0	68	100
4	Adanya Pencatatan Pulang paksa / pasien pindah bukan alasan administrasi di Formulir CPPT hari terakhir	68	100	0	0	68	100
	<b>Kejadian yang Berpotensi Menimbulkan Ganti Rugi</b>	67	99	1	1	68	100

Berdasarkan table 5 pada komponen kejadian yang berpotensi menimbulkan ganti rugi konsistensi tertinggi pada sub komponen adanya Pencatatan Komplikasi masalah pengobatan (Reaksi alergi obat/transfuse, infeksi sesudah masuk, infeksi sesudah operasi ) di Formulir CPPT seluruh berkas 100% konsisten, kemudian angka terendah pada subkomponen Adanya catatan masuk RS kembali dengan kasus yang sama < 2 hari di Formulir CPPT hari Pertama sebanyak 99% konsisten. Pada komponen Kejadian Yang Berpotensi Menimbulkan Ganti Rugi rata – rata pengisian 99%.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa rata-rata persentase konsistensi diagnosis di di RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga yaitu sebesar 84%, dimana konsisten dengan persentase tertinggi pada sub komponen konsistensi diagnosis pada CPPT hari pertama sampai dengan hari terakhir dan sub komponen konsistensi diagnosis CPPT hari terakhir dan ringkasan pulang sebanyak 62 berkas atau 91%. Pada komponen ini persentase terendah pada sub komponen Kekonsistensian Diagnosis pada pengkajian IGD, pengantar rawat inap, pengkajian awal rawat inap yaitu sebanyak 59 berkas atau 87% konsisten. Hal ini dikarenakan diagnosis tidak tertulis dengan lengkap dan adanya hasil pengkajian yang berbeda antara gawat darurat dan pengkajian rawat inap dikarenakan gejala belum ditemukan pada saat pengkajian di Instalasi Gawat Darurat (IGD), gejala terkadang baru ditemukan pada saat proses perawatan karena pasien sudah bisa diajak komunikasi sehingga banyak informasi yang digali lebih dalam untuk menegakkan diagnosis.

Rata-rata persentase konsistensi pencatatan perkembangan pasien di RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga yaitu sejumlah 80 % atau 54 berkas. Pencatatan perkembangan pasien dengan persentase tertinggi pada sub komponen konsistensi pencatatan perkembangan hari pertama sampai hari terakhir yaitu sebesar 60 dokumen rekam medis (88 %) konsisten dan 8 dokumen rekam medis (12%) tidak konsisten, sedangkan konsistensi pencatatan perkembangan pasien terendah terdapat pada sub komponen Catatan obat pada Instruksi Dokter (ID ) yaitu sejumlah 50 dokumen rekam medis (74%) konsisten dan 18 dokumen rekam medis (26%) tidak konsisten, hal ini dikarenakan PPA mengisi data rekam medis tidak lengkap dan catatan kemajuan yang ditulis oleh personil asuhan kesehatan yang berbeda.Konsistensi pencatatan hal-hal penting selama perawatan dan pengobatan

meliputi konsistensi terkait keselamatan pasien dan tata laksana medis. Pencatatan rekam medis yang konsisten selama perawatan dan pengobatan diharapkan dapat menjadi upaya pencegahan risiko jatuh, adanya ketepatan pemberian dan penghentian obat dan ketepatan penegakkan diagnosis melalui instruksi tindakan dari dokter sebagai penanggungjawab pasien.Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa rata-rata konsistensi pencatatan hal-hal penting selama perawatan dan pengobatan sejumlah 66%. Pencatatan hal-hal penting selama perawatan dan pengobatan dengan persentase tertinggi pada sub komponen Skrining risiko cedera/jatuh : apakah ada skor dan kategori (pengkajian awal IGD, pengkajian awal rawat inap, penilaian ulang risiko jatuh) yaitu sebesar 49 dokumen rekam medis (72%), sedangkan konsistensi hal-hal penting selama perawatan dan pengobatan terendah terdapat pada Pencatatan nama, jenis, dosis dan waktu instruksi penggantian/ pemberhentian obat (CPPT dan CPO) yaitu sejumlah 41 dokumen rekam medis (60%). Hal ini menunjukkan bahwa penulisan skrining resiko jatuh sudah baik sedangkan untuk pencatatan nama, jenis, dosis dan waktu instruksi pemberian obat masih belum dijalankan secara baik, hal ini menjadi sanget penting karena menurut Swaradwibhagya dkk (2022) instruksi pemberian obat merupakan suatu proses pengobatan selama pasien dirawat dirumah sakit. Penyediaan obat yang tepat, baik dalam dosis maupun sediaan dapat memberikan hasil yang baik dan efektif bagi kesembuhan pasien, sebaliknya jika tidak dilakukan dengan baik maka akan menimbulkan kontraindikasi bagi kesehatan pasien. Adanya pencatatan hal-hal penting selama perawatan dan pengobatan yang tidak konsisten di di RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga karena adanya ketidaklengkapan dalam pengisian rekam medis.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara diketahui bahwa faktor *machine* yang menjadi penyebab masalah pencatatan rekam medis yang tidak konsisten adalah belum terdapatnya Standar Prosedur Operasional (SPO) mengenai penilaian konsistensi pencatatan rekam medis, yang menjadi dasar atau pedoman petugas untuk melaksanakan penilaian konsistensi rekam medis. Belum adanya Standar Prosedur Operasional (SPO) mengenai penilaian konsistensi pencatatan rekam medis ini tidak sesuai dengan teori yang disebutkan oleh WHO (2002), Hatta (2012) dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 512/

Menkes/PER/IV/2007 Tentang izin praktik dan pelaksanaan praktik kedokteran Bab I pasal I ayat 10. Namun, hal tersebut selaras dengan penelitian Jeililia Jihan Swaradwibhagia dkk (2021) bahwa faktor yang menjadi penyebab pencatatan rekam medis yang tidak konsisten adalah karena belum ada Standar Prosedur Operasional (SPO) terkait analisis kualitatif rekam medis.

## SIMPULAN

Dari sebanyak 68 dokumen rekam medis pasien rawat inap pada kasus bedah di RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga pada komponen Kelengkapan dan kekonsistensian diagnosis jika dilihat dari saat masuk rawat, saat sedang dirawat, saat akan pulang adalah 57 dokumen atau 84 % konsisten dan 11 dokumen atau 16 % tidak konsisten. Dari sebanyak 68 berkas rekam medis rawat inap pasien bedah pada komponen kekonsistensian pencatatan rekam medis saat masuk, saat dirawat, dan saat pulang didapatkan bahwa sebanyak 37 atau 54% konsisten dan sisanya 31 berkas atau 46% tidak konsisten. Dari sebanyak 68 berkas rekam medis pasien bedah pada komponen pencatatan hal – hal yang dilakukan selama perawatan terdapat 33 berkas atau 49% konsisten dan sisanya 35 berkas atau 51% tidak konsisten. Dari sebanyak 68 berkas pada komponen kekonsistensian pencatatan *informed consent* pada pasien bedah didapatkan 63 atau 93% konsisten dan sisanya 5 atau 7% tidak konsisten. Dari sebanyak 68 berkas pasien bedah sebanyak 67 berkas atau 99% tidak yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi sedangkan sisanya 1 berkas atau 1% berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi.

Faktor penyebab pencatatan rekam medis tidak konsisten pada kasus bedah di di RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga meliputi: *Man* kurangnya pengetahuan PPA dalam mengkaji lebih dalam terhadap kondisi pasien, kurangnya ketelitian PPA yang disebabkan karena kelelahan PPA dalam melayani banyaknya pasien dan tulisan dokter yang tidak terbaca menjadikan salah tafsir antar pemberi asuhan. *Material* tidak ada kendala dalam pencatatan rekam medis yang konsisten. *Machine* belum adanya lembar penilaian konsistensi pencatatan rekam medis. *Method*e belum mempunyai SPO terkait *review* konsistensi pencatatan rekam medis.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alamsyah, D. 2011. *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Azwar, A. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- A. A. Gde Muninjaya. (2014). *Manajemen Buku Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran
- Bare & Smeltzer. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddart* (Alih bahasa Agung Waluyo) Edisi 8 vol.3. Jakarta :EGC
- Budi, S.C. 2011. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.
- Citra, I (2014). Analisis Kuantitatif dan Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus Gastroenteritis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Cepu Periode Triwulan I Tahun 2014). internet] [Diakses tanggal 20 Oktober 2022] [http://eprints.dinus.ac.id/7963/1/jurnal\\_13780.pdf](http://eprints.dinus.ac.id/7963/1/jurnal_13780.pdf)
- Gunarti, Rina. 2019. *Manajemen Rekam Medis di Layanan Kesehatan*. Yogyakarta: Thema Publishing.
- Hatta, Gemala, R. 2014. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Huffman, Edna K. 1999. *Health Information Management*, Physicians Record Company, Edisi 10, Illinois: Berwyn.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2022. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 24 tentang *Rekam Medis*. Jakarta.
- Manulang, M. 1996. *Dasar-Dasar Manajemen*. Jakarta : Ghalia Indonesia.
- Muninjaya, Gde. 2014. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*.
- Sugiarsi, Sri, dkk. 2018. *Bahan Ajar RMIK Karya Tulis Ilmiah*, Jakarta: Kemenkes RI.
- Sudra, Rano Indradi. 2020. *Rekam Medis*. Jakarta : Universitas Terbuka.

Widjaya, Lily. 2014. *Modul 1A Manajemen Informasi Kesehatan (MIK)*. Jakarta : Universitas Esa Unggul.

Wijono, Djoko. 2014. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya : Airlangga University press

\_\_\_\_\_. 2015. *Modul Audit Pendokumentasian Rekam Medis*. Jakarta : Universitas Esa Unggul.