

EFEK HIMBAUAN PELATIHAN TERHADAP KELENGKAPAN REKAM MEDIS PASIEN RAWAT INAP DI RSU PANCARAN KASIH GMIM MANADO

THE EFFECTS OF ADVOCACY AND TRAINING ON THE RECORDS COMPLETENESS
OF INPATIENT MEDICAL IN PANCARAN KASIH GMIM HOSPITAL MANADO

Maria R.L. Koagouw¹, Hari Kusnanto², Andreasta Meliala²

¹Direktur Rumah Sakit Tonse Airmadidi, Sulawesi Utara

²Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Gadjah Mada,
Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Medical record is an instrumental tool to improve clinical care quality. The completeness of medical record in Pancaran Kasih Hospital is still unsatisfactory, while submission of the medical record files to the sub department of medical record was often late. Lack of knowledge and commitment to complete medical record chart may be responsible for in the inadequate management of medical records.

Methods: This study evaluated the effects of advocacy to full time and part time doctors and training to full time doctors on the changes of experimental design with control was used to estimate the changes in the completeness and timeliness of medical records.

Results: General improvement on completeness and timeliness of medical records was observed after advocacy and training.

Conclusion: Interventions to improve the knowledge and skills to fill and manage medical records and advocacy to enhance commitment to the completeness and timeliness of medical records, at least in the short run, produced positive results.

Keywords: medical record, advocacy, training

PENGANTAR

Dalam rangka menyongsong era tinggal landas pembangunan, maka upaya di bidang kesehatan masih perlu dikembangkan dan ditingkatkan kuantitas dan kualitasnya melalui penyelenggaraan manajemen kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna. Persaingan antarrumah sakit baik pemerintah, swasta ataupun asing akan semakin keras untuk merebut pasar yang semakin terbuka bebas. Selain itu, masyarakat harus dapat memberikan pelayanan dengan konsep *quality one stop services*. Arti konsep tersebut bahwa seluruh kebutuhan pelayanan kesehatan dan pelayanan yang terkait langsung dengan pasien harus dapat dilayani oleh rumah sakit secara cepat, akurat, bermutu dengan biaya terjangkau.¹

Rekam medis diartikan sebagai keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas pasien, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosis segala pelayanan, dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.² Kesalahan dalam kelengkapan rekam

medis yaitu tidak tercatatnya data, kesalahan panitia atau komisi rekam medis, dan kesalahan pendataan.³

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dan mutu pelayanan dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit.⁴ Menurut Depkes⁵, rata-rata tingkat kelengkapan rekam medis adalah 95% dari seluruh rekam medis yang ada.

Rekam medis mencerminkan kualitas pelayanan pasien yang diberikan oleh rumah sakit, sehingga merupakan salah satu pertimbangan dalam akreditasi.⁶ Salah satu usaha untuk melindungi rumah sakit terhadap tuntutan dan gugatan ganti rugi yaitu dengan mengusahakan rekam medis yang lengkap dan akurat.⁷

Rumah Sakit Umum Pancaran Kasih Gereja Masehi Injili di Manado (RSU Pancaran Kasih GMIM) adalah rumah sakit swasta yang mempunyai tenaga dokter umum *full time* dan *part time*. Umumnya dokter *part time* bekerja pula di rumah sakit yang lain, sehingga waktu dan tenaganya terbagi-bagi.

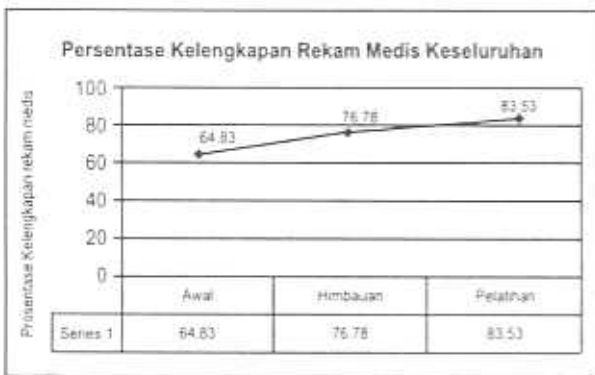
Dari hasil pengamatan dan wawancara terhadap para karyawan perawatan yang diperoleh menunjukkan adanya keluhan dari kepala ruangan karena dokter hanya mengisi bagian-bagian tertentu saja. Selain itu, bagian keuangan sering mengalami kesulitan untuk mengklaim kepada pihak yang menjalin kerja sama dengan rumah sakit karena terlambatnya *resume* keluar yang diisi oleh dokter. Oleh karena itu, maka dilakukan penelitian dengan intervensi dalam bentuk hibauan dan pelatihan. Penelitian ini diharapkan akan merubah sikap, perilaku dalam pengisian kelengkapan, dan ketepatan pengembalian rekam medis.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian quasi eksperimental dengan rancangan *pre test* dan *post test* dengan kontrol. Unit analisis adalah RSU Pancaran Kasih GMIM, Manado. Subyek penelitian 6 orang dokter *full time* dan 8 orang dokter *part time*. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan *check list* rekam medis yang digunakan di rawat inap.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil deskripsi karakteristik responden menunjukkan bahwa sebagian besar responden berumur 40-50 tahun dan lebih 60 tahun (28,6%), jenis kelamin responden mayoritas pria (64,3%), pendidikan responden spesialis (64,3%), masa kerja responden 10-15 tahun (50,0%), status kepegawaian responden (57,14%) adalah dokter tamu, dan mempunyai tempat kerja di rumah sakit lain dan melakukan praktik pribadi (50%).



Gambar 1. Hasil Kelengkapan Rekam Medis Keseluruhan

Skor kelengkapan pengisian rekam medis data awal didapatkan kelengkapannya sebesar 64,83%, jumlah rekam medis sesudah hibauan 76,78% dan sesudah pelatihan kelengkapan sebesar 83,53%. Selain itu, skor ketepatan pengembalian rekam medis data 3,897%, sesudah hibauan

16,9%, rekam medis sesudah pelatihan sebesar 24,4%.

1. Formulir tindakan perawatan

Lembaran ini merupakan *inform consent* atau persetujuan tindakan medis yang diberikan oleh pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang dilakukan terhadap pasien tersebut.⁴ Pengisian lembaran ini sejak awal hampir sempurna, sehingga intervensi dalam bentuk hibauan dan pelatihan tidak mempengaruhi. Menurut Guwandil⁸, informasi harus diberikan dengan iktikad baik, secara jujur, dan tidak menakut-nakuti atau memaksa.

2. Diagnosis masuk dan keluar

Bagian ini merupakan dasar bagi petugas dan dokter ruangan untuk memulai penanganan. Persentase kelengkapan pengisian pada lembaran ini meningkat setelah diadakan hibauan dan pelatihan. Penegakan diagnosis merupakan proses yang panjang dan dapat selalu berubah sesuai dengan keadaan pasien.⁹ Untuk menegakkan diagnosis diperlukan kemampuan yang cukup bagi seorang dokter dalam menegakkan diagnosis yang pasti. Cara lain untuk menegakkan diagnosis adalah perlunya suatu keterampilan yang patut dikembangkan secara terus menerus untuk mencapai kesempurnaan.¹⁰ Dokter berperan dalam mengisi rekam medis karenanya penting bagi dokter untuk menuliskan diagnosis agar rekam medis yang bermutu dapat terwujud.¹¹

3. Anamnesis, fisik diagnosis, dan terapi

Untuk bagian ini terjadi penurunan setelah hibauan dan naik kembali setelah pelatihan. Hal ini dilihat dari pendekatan administrasi karena dengan surat hibauan tidak efektif. Sesuai dengan aturan yang ada, dokter *triase* tidak mengisi lembaran ini pada kasus *emergency* yang nantinya diisi oleh dokter ruangan. Tetapi pada kenyataannya karena keterbatasan waktu dokter ruangan tersebut lupa atau tidak mengisi lembaran ini. Untuk itu dibutuhkan tambahan waktu bagi dokter untuk melengkapi rekam medis yang belum sempurna.¹² Meskipun rekam medis mempunyai banyak kegunaan, namun masih banyak para dokter klinik yang menganggap penyimpanan catatan rekam medis adalah sebuah tugas.¹³

4. Formulir perjalanan penyakit

Bagian ini merupakan wadah untuk monitor keadaan pasien dari waktu ke waktu. Bagian ini juga termuat deskripsi tentang aktivitas pelayanan pasien oleh tenaga medik yang dalam hal ini adalah dokter. Persentase kenaikan pengisian

kelengkapan rekam medis pada bagian ini tidak dipengaruhi oleh adanya himbauan dan pelatihan karena sejak awal kelengkapannya sudah memuaskan. Karena rekam medis sering tidak lengkap maka diperlukan kontak dengan dokter untuk memberikan tafsiran dan tambahan keterangan dalam rekam medis.¹⁴

5. Lembaran konsultasi

Lembar ini berfungsi sebagai sarana komunikasi antardokter jika mendapatkan kasus yang bukan menjadi keahlian dokter yang merawat. Oleh karena itu, diperlukan konsultasi untuk memecahkan masalah pada kasus yang dijumpai. Mengingat konsultasi sering dilakukan siang atau malam hari sesudah dokter melakukan *visite*, sewajarnya dokter menulis konsultasi pada *visite* berikutnya. Pengisian kelengkapan pada bagian ini masih kurang memuaskan karena kenaikan sesudah himbauan dan pelatihan tidak terlihat kenaikan yang berarti. Adapun tujuan konsultasi yaitu untuk melakukan evaluasi spesialisik, pendapat banding dan atau permintaan ambil alih.¹⁵

6. Formulir laboratorium, permintaan *rontgen*

Formulir ini merupakan bagian pemeriksaan penunjang bagi dokter untuk menegakkan diagnosis. Persentase kelengkapan pengisian pada formulir laboratorium tidak berpengaruh dengan adanya himbauan dan pelatihan karena dari awalnya sudah terisi. Untuk permintaan foto *rontgen* terjadi kenaikan yang tidak berarti. Perilaku tersebut terbentuk melalui proses tertentu dan berlangsung dalam interaksi manusia dengan lingkungan.¹⁶

7. Formulir laporan operasi, laporan anestesi, riwayat pemeriksaan obstetrik dan persalinan, serta grafik bayi baru lahir

Pengisian kelengkapan formulir laporan operasi, pascabedah, laporan anestesi terjadi kenaikan data sesudah himbauan dan pelatihan. Adapun formulir grafik bayi baru lahir sejak awal sudah terisi 100%. Pengisian formulir laporan operasi sangat mengecewakan. Hal tersebut disebabkan karena kesibukan dokter operator dan dokter anestesi yang merupakan dokter *part time* karena mempunyai waktu sedikit di RSUD Pancaran Kasih GMIM. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 749a/Menkes/PER/XII/1989¹⁷ adalah bahwa seluruh jajaran kesehatan tanpa terkecuali dalam keikutsertaannya di pelayanan kesehatan tidak dapat ditawar lagi karena harus mengetahui dan menerapkan pembuatan rekam medis.

8. Observasi khusus di ruang perawatan

Lembaran ini untuk kasus-kasus kontrol cairan. Pengisian bagian ini masih kurang diperhatikan. Padahal menurut Kusnanto¹⁸, rekam medis merupakan audit medik dalam upaya meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Oleh karena itu, komputer dapat dimanfaatkan secara optimal untuk memantau keberadaan maupun kelengkapan rekam medis. Pengisian rekam medis secara keseluruhan *item* mengalami kenaikan setelah himbauan dan pelatihan walaupun kenaikannya belum memuaskan.

9. Rujukan ke ICU

Kelengkapan untuk lembaran-lembaran ini setelah diadakan himbauan dan pelatihan sangat mencolok karena mencapai 100%. Hal ini sesuai dengan pendapat Hayt¹⁹, yang mengemukakan dokter bukan hanya melakukan perawatan medis yang berkualitas tinggi, tetapi juga harus membuktikan tindakan yang terbaik dan dalam hal ini adalah rekam medis. Karena itu, dokter harus mencatat semua yang telah dilakukan dan kapan hal itu dilakukan.

10. Lembaran rawat darurat

Lembaran ini hanya dikhususkan pada pasien darurat. Pada lembaran ini terdapat peningkatan kelengkapan pengisian walaupun masih terdapat kesimpangsiuran dari dokter yang mengisinya. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Burke dan Schmit²⁰ yang mengatakan bahwa untuk melakukan suatu perubahan atau penyempurnaan dalam suatu organisasi harus meliputi seluruh sistem, bukan hanya sumber daya manusianya saja.

11. Formulir *resume* ke luar

Pengisian lembaran ini dilakukan saat penderita dipulangkan. Selain itu merupakan lembaran yang berisi keseluruhan akan apa yang dialami dan dilakukan saat penderita di rumah sakit, serta akan kembali ke rumah. Pada lembaran ini terjadi kenaikan yang sangat berarti setelah diadakan himbauan dan pelatihan. Rekam medis menjadi alat penting bagi rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan klinik.²¹

Dengan pemanfaatan rekam medis yang seoptimal mungkin, rumah sakit akan memperoleh keuntungan dan berkembang di dalam aturan-aturan sistem pembayaran yang menimbulkan risiko finansial. Menurut *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*¹⁹, kualitas rekam medis adalah hal yang sangat penting karena rekam

medis memiliki hubungan yang sangat erat dengan perawatan medik yang baik.

12. Kesalahan dikoreksi

Persentase kelengkapan RMDA (39,39%), RSMH (41%), dan RMSP (48,98%). Bagian ini belum diperhatikan secara serius oleh dokter. Jika dilihat dari aspek administrasi maupun aspek hukum bagian ini sulit dipertanggungjawabkan apabila terjadi klaim dari pihak ketiga. Oleh karena itu, perlu mendapat perhatian ekstra dari dokter triase maupun dokter bangsal untuk mencegah hal-hal yang tidak diinginkan.

13. Ketepatan waktu pengembalian

Penilaian bagian ini berdasarkan waktu pengembalian rekam medis 2 x 24 jam ke subbagian rekam medis. Untuk RMDA (3,807%), RMSH (16,9%), dan RMSP (24,4%). Dengan data yang ada terlihat walaupun persentase kenaikan setelah himbauan dan pelatihan kecil, tetapi secara uji statistik bermakna.

14. Hasil uji statistik

Tabel 1. Hasil Analisis Perbedaan Kelengkapan Rekam Medis dan Skor Sikap Dokter Dilatih dan Tidak Dilatih

Paired t-test	Mean	SD	t	p
Kelengkapan rekam medis pada awal				
• dokter dilatih	-84,94	-11,79	4,54	0,00
• dokter tidak dilatih	-67,63	-19,28		
Kelengkapan rekam medis pada himbauan				
• dokter dilatih	-86,79	-11,51	5,895	0,002
• dokter tidak dilatih	-67,63	-16,84		
Kelengkapan rekam medis pada pelatihan				
• dokter dilatih	-89,71	-11,07	5,600	0,00
• dokter tidak dilatih	-78,11	-15,02		
Skor				
• dokter dilatih	-67,83	-4,26	5,895	0,002
• dokter tidak dilatih	-53,33	-3,72		

Dari Tabel 1 tampak bahwa pada kelompok dokter yang dilatih persentase kelengkapan rekam medisnya lebih tinggi dibanding pada kelompok dokter yang tidak dilatih. Hal ini terjadi pada awal sebelum himbauan dan sesudah pelatihan.

Terdapat perbedaan yang signifikan pada kelompok dokter yang dilatih dan tidak dilatih pada awal sebelum himbauan dan sesudah himbauan ($p=0,000<0,05$). Pada saat awal sebelum himbauan dan sesudah pelatihan ($p=0,02<0,05$). Pada saat sesudah himbauan dan sesudah pelatihan

($p=0,00<0,05$). Selain itu, untuk skor sikap antara kelompok dokter dilatih dan tidak dilatih ada perbedaan bermakna antara dokter yang dilatih dan tidak dilatih, tampak dari $p=0,02<0,05$. Skor sikap dokter yang dilatih lebih besar daripada dokter yang tidak dilatih.

Tabel 2. Hasil Analisis Perbedaan Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medis pada Awal, Himbauan, dan Pelatihan

Paired t-test	Mean	SD	t	P
Kelengkapan rekam medis				
• Awal	-64,83	-20,39	-5,819	0,000
• Saat himbauan	-76,78	-15,57		
Kelengkapan rekam medis				
• Awal	-64,83	-20,39	-10,139	0,000
• Pelatihan	-83,53	-15,00		
Kelengkapan rekam medis				
• Awal	-76,78	-15,57	8,643	0,000
• Himbauan	-83,53	-15,00		
Ketepatan pengembalian rekam medis				
• Awal	-3,80	-9,23	-3,002	0,010
• Himbauan	-16,90	-19,08		
Ketepatan pengembalian rekam medis				
• Awal	-3,80	-9,23	-2,245	0,043
• Pelatihan	-24,43	-32,98		
Ketepatan pengembalian rekam medis				
• Himbauan	-16,90	-19,08	-4,915	0,000
• Pelatihan	-24,43	-32,98		

Tabel 2 menunjukkan ada peningkatan persentase kelengkapan rekam medis sesudah diberi himbuan dan pelatihan. Terdapat perbedaan kelengkapan rekam medis yang signifikan pada awal sebelum himbauan dan saat himbauan ($p=0,00<0,05$). Pada awal sebelum himbauan dan sesudah pelatihan terdapat perbedaan yang signifikan ($p=0,00<0,05$). Pada saat himbauan dan sesudah pelatihan juga terdapat perbedaan yang signifikan ($p=0,00<0,05$). Hal ini berarti surat himbauan dan pelatihan mampu meningkatkan persentase kelengkapan rekam medis. Tanda minus pada baris pertama kolom t menunjukkan bahwa persentase kelengkapan rekam medis pada saat sesudah himbauan lebih besar daripada persentase kelengkapan rekam medis pada awal sebelum himbauan. Tanda minus pada baris kedua menunjukkan bahwa persentase kelengkapan rekam medis pada sesudah pelatihan lebih besar daripada awal sebelum himbauan. Demikian juga, tanda minus pada baris ketiga menunjukkan bahwa persentase kelengkapan rekam medis pada saat pelatihan lebih besar dari saat himbauan. Untuk

persentase ketepatan pengembalian rekam medis tampak bahwa hasil uji statistik:

- terdapat peningkatan persentase ketepatan pengembalian rekam medis yang bermakna antara awal dan hibauan. Hal tersebut terbukti dengan besarnya $p=0,010$. Nilai tersebut lebih kecil dari nilai p yang ditetapkan yaitu sebesar $<0,05$.
- Terjadi peningkatan persentase ketepatan pengembalian rekam medis yang bermakna pada saat awal sebelum hibauan dan sesudah pelatihan. Hal tersebut terbukti dengan besarnya $p=0,000$. Nilai tersebut lebih kecil dari signifikansi yang ditetapkan yaitu sebesar $<0,05$.
- Terdapat peningkatan yang bermakna dari saat sesudah hibauan dan sesudah pelatihan. Hal tersebut terbukti dengan besarnya $p=0,043$. Nilai tersebut lebih kecil dari signifikansi yang ditetapkan yaitu sebesar $<0,05$.
- Tanda minus pada baris keempat kolom t menunjukkan bahwa persentase ketepatan pengembalian rekam medis pada saat hibauan lebih besar dibanding pada saat awal.
- Tanda minus pada baris keenam kolom t menunjukkan bahwa persentase ketepatan pengembalian rekam medis pada saat pelatihan lebih besar dibanding pada saat hibauan.

Tabel 3. Hasil Analisis Perbedaan Kelengkapan Rekam Medis antara Kontrol dan Dokter Dilatih

	Mean	SD	Unpaired t-test	
			t	p
Perbedaan kelengkapan rekam medis				
- Kontrol	78,11	15,02	-5,437	0,000
- Dokter dilatih	89,71	11,07		

Dari Tabel 3 di atas terlihat adanya perbedaan yang signifikan antara kelompok kontrol dan kelompok dokter dilatih. Hal ini tampak dari $p=0,00$ yang lebih kecil dari $0,05$. Pada tahap sesudah pelatihan dibedakan antara kelompok kontrol yaitu kelompok dokter yang tidak diberi pelatihan dan kelompok dokter yang diberi pelatihan. Tanda minus pada nilai t menunjukkan bahwa kelengkapan rekam medis pada kelompok dokter yang dilatih lebih besar dari kontrol.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Kelengkapan pengisian rekam medis meningkat setelah hibauan kecuali lembaran anamnesa, pemeriksaan fisik, diagnostik. Di antara dokter tetap yang dilatih peningkatan kelengkapan rekam medis lebih nyata dan signifikan.
2. Perilaku dokter yang dilatih lebih positif dibandingkan yang tidak dilatih.

Saran

1. Dukungan pimpinan dalam bentuk komunikasi, hibauan atau pelatihan, secara berkesinambungan diperlukan untuk meningkatkan kelengkapan rekam medis.
2. Usaha untuk peningkatan kelengkapan dan ketepatan pengisian rekam medis melalui surat hibauan dan pelatihan perlu di *follow up* secara berkelanjutan dengan mengaktifkan panitia rekam medis yang ada dan melibatkan komite medik yang ada di rumah sakit.
3. Perlu pengawasan lebih ketat terhadap pengisian *item-item* yang sering tidak lengkap. Misalnya: lembaran konsultasi, lembaran observasi khusus ruangan, lembaran laporan anestesi, dan operasi terutama mengingat dimensi hukum.

KEPUSTAKAAN

1. Iyas, Y. Perencanaan SDM Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. Jakarta. 2000.
2. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis/Medical Record Rumah Sakit, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Depkes RI Jakarta, 1991.
3. Lau, H.S., Florax, C. The Completeness of Medication Histories Hospital Medical Records of Patients Admitted to General Internal Medicine Wards. Blacwell Science Ltd. Br. J. Clin Pharmacol. 2000.
4. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Depkes RI Jakarta. 1997.
5. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Draf Depkes RI Jakarta. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. 2004.
6. Sunartini. Kursus Mahir Perekam Medis Profesional, Program Magister Manajemen Rumah Sakit, UGM. Yogyakarta. 1999.

7. Koeswadji, H. Beberapa Permasalahan Hukum dan Medik. Cita Aditya. 1992.
8. Guwandi, J. Dokter dan Hukum. Monella. Jakarta. 1995.
9. Stein, J.H. Internal Medicine. Diagnosis and Therapy. Appleton Lange. Connecticut. 1989.
10. McGlynn, B. Diagnosis Fisik. Buku Kedokteran EGC. 1995.
11. Rider, E., Ahlberg, L. Medical Record Privacy. <http://www.ianrpubs.unl.edu/consumered/g1368.htm>. Diambil 27 April 2004.
12. Meliala, A. Telaah Rekam Medis Sebelum dan Sesudah Pelatihan Dalam Rekam Medis Pendidikan Dokter Spesialis Anak di IRNA II RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Tesis. Program Pascasarjana UGM, Yogyakarta. 2000.
13. Hanson, R., Roberts, R. Medical Record and Population Health. Diambil 23 April 2004 "<http://www.mja.com.au/public/issues>". Diambil 23 April 2004.
14. Hatta, G. Faktor-Faktor yang Berhubungan dalam Kualitas Pelayanan BEdah Cesaria di RSAB Harapan Kita: Suatu Telaah Rekam Medis Periode 1987-1991. Tesis. Program Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Jakarta. 1994.
15. Azwar, B. Sang Dokter. Kesaint Blanc Bekasi. Jakarta. 2002.
16. Notoatmodjo, S. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Rineka Cipta. 2003.
17. Soegandhi. Hukum Kesehatan. Kursus Mahir Perekam Medis Profesional. Program Magister Manajemen Rumah Sakit, UGM, Yogyakarta. 1996.
18. Kusnanto, H. Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Kursus Mahir Perekam Medis Profesional. Program Magister Manajemen Rumah Sakit, UGM. Yogyakarta. 1996.
19. Hayt, J. Legal Aspects of Medical Records. Physicians Record Company. Berwin. Illinois. 1964.
20. Thoha, M. Pembinaan Organisasi. Proses Diagnosa dan Intervensi. Fisipol UGM. PT. Raja Grafindo Persada. Jakarta. 1997.
21. Sunartini. Kursus Mahir Perekam Medis Profesional. Program Magister Manajemen Rumah Sakit, UGM. Yogyakarta. 1996.