

## Peran Tenaga Medis dan Koder dalam Mewujudkan Kelengkapan Data dan Akurasi Klaim *INA-CBG's* (Studi Kasus *Sectio Cesaria* Pasien Jamkesmas di RSUD Kota Semarang)

Dyah Ernawati<sup>1</sup>, Eni Mahawati<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang 50131

E-mail : dyahernawatikhanza@yahoo.co.id

<sup>2</sup>Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang 50131

E-mail: ema.rafafiku@gmail.com

### Abstrak

Penerapan sistem pembiayaan model *case-mix*, mengakibatkan perubahan yang signifikan pada aspek pengelolaan dokumen rekam medis, khususnya terkait koding data klinis. Pembiayaan pelayanan kesehatan berbasis DRG sangat ditentukan oleh data klinis (terutama kode diagnosis dan prosedur medis) yang dimasukkan ke dalam software DRG untuk proses 'grouping'. Besaran klaim yang dibayarkan sangat tergantung dari kode DRG yang dihasilkan. Sehingga defisiensi dalam kualitas maupun kuantitas kode diagnosis maupun prosedur ini akan membawa dampak besar terhadap pendapatan RS. Kelengkapan dan akurasi data rekam medis dijadikan dasar penting untuk perincian biaya pelayanan kesehatan secara tepat. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis Peran Tenaga Medis dan Koder Dalam Mewujudkan Kelengkapan Data dan Akurasi Klaim *INA-CBGs* (Studi Kasus *Sectio Caesaria* Pasien Jamkesmas di RS Semarang).

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif didukung data kualitatif dengan FGD (Focus Group Discussion) dengan metode observasional dimana dilakukan pemeriksaan kelengkapan pengisian data rekam medis terhadap 71 dokumen rekam medis kasus *sectio cesaria* pasien Jamkesmas di RSUD Kota Semarang sebagai sampel penelitian. Data dianalisis secara deskriptif berdasarkan 6 aspek review kualitatif yaitu review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa, review kekonsistensian pencatatan diagnosa, review pencatatan hal-hal yg dilakukan saat perawatan dan pengobatan, review adanya informed consent, review cara/praktek pencatatan, review hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi dan dilengkapi dengan data kualitatif dari hasil Focus Group Discussion dan data akurasi kode penyakit.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelengkapan dokumen rekam medis pasien Jamkesmas kasus *sectio cesaria* di RSUD Kota sudah baik berdasarkan 6 aspek review analisis kualitatif, yang menunjukkan bahwa kelengkapannya adalah 100% kecuali pada aspek kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa yang masih menunjukkan 98,59%. Sedangkan akurasi koding adalah ketepatan kode penyakit dan tindakan medis, sesuai dengan kaidah ICD-10 dan ICD-9 CM yang menunjukkan akurasinya adalah 100%. artinya adalah koder telah melakukan tugasnya sesuai dengan keilmuan yang diperoleh dan pengalaman yang cukup dalam penentuan kode penyakit.

Oleh karena masih adanya DRM yang belum lengkap disarankan untuk diupayakan peran aktif dan kerjasama antara petugas rekam medis dan tenaga medis maupun paramedis terkait pengisian data RM terutama aspek kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa.

**Kata kunci:** *analisis review kualitatif, dokumen rekam medis, sectio cesaria*

## 1. Pendahuluan

Pelayanan kesehatan di Indonesia tumbuh dan berkembang secara tradisional mengikuti perkembangan pasar dan sedikit sekali pengaruh intervensi pemerintah dalam system pembayaran. Dokter, klinik dan rumah sakit pemerintah maupun swasta sama-sama menggunakan system pembayaran jasa per pelayanan (fee for service) karena secara tradisional system itulah yang berkembang. Saat ini sebagian besar rumah sakit menggunakan sistem fee for services, yaitu rumah sakit mengenakan biaya pada setiap pemeriksaan dan tindakan akan dikenakan biaya sesuai dengan tarif yang ada. Besarnya biaya pengobatan dan perawatan tergantung pada setiap tindakan pengobatan dan jasa pelayanan yang diberikan rumah sakit.

Dengan adanya system pembiayaan model *case-mix*, terjadi perubahan yang signifikan pada aspek pengelolaan dokumen rekam medis, khususnya terkait koding data klinis. Pembiayaan pelayanan kesehatan berbasis DRG sangat ditentukan oleh data klinis (terutama kode diagnosis dan prosedur medis) yang dimasukkan ke dalam software DRG untuk proses 'grouping'. Besaran klaim yang dibayarkan sangat tergantung dari kode DRG yang dihasilkan. Sehingga defisiensi dalam kualitas maupun kuantitas kode diagnosis maupun prosedur ini akan membawa dampak besar terhadap pendapatan RS. <sup>(1,2,3,4,5)</sup>

Mengingat pentingnya kelengkapan pengisian dokumen rekam medis yang pemanfaatannya termasuk untuk klaim BPJS dalam kaitannya dengan penerimaan keuangan rumah sakit; maka peneliti melakukan penelitian untuk menganalisis peran petugas medis maupun koder yang diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap peningkatan kualitas mutu pelayanan yang menguntungkan pihak pasien maupun rumah sakit.

RS Kota Semarang merupakan lembaga teknis daerah kota Semarang yang memberi pelayanan medis tipe B, yang juga melaksanakan fungsi sebagai rumah sakit pendidikan membuat RS Kota Semarang terus berbenah memperbaiki kualitas data dan mutu pelayanan.

## 2. Metode Penelitian

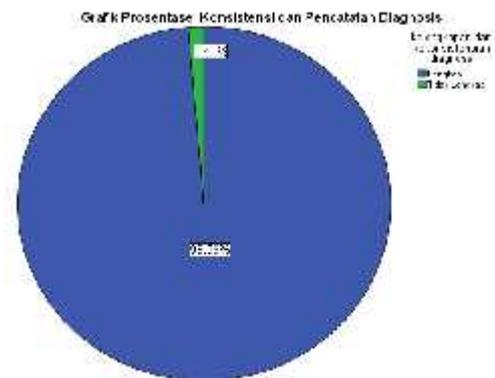
1. Metode kuantitatif yaitu dengan mereview kelengkapan dokumen rekam medis secara metode analisis kualitatif dengan 6 aspek serta meneliti kesesuaian kode diagnosis khususnya pada DRM pasien *sectio cesaria* peserta jamkesmas.
2. Metode kualitatif yaitu dengan FGD pada petugas rekam medis dan dokter

## 3. Hasil dan Pembahasan

### 3.1 Kelengkapan dan Kekonsistensian Diagnosis

Tabel 1. Kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa

Hasil Analisis		%
Lengkap	70	98.6
Tidak Lengkap	1	1.4
Total	71	100.0



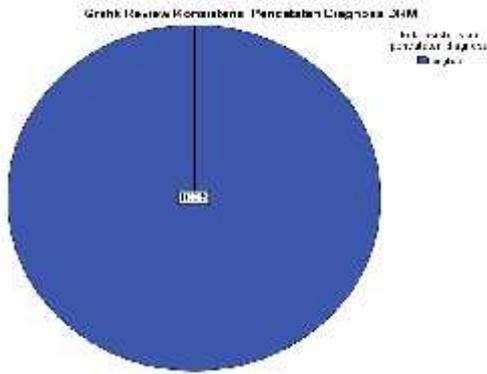
Grafik 1. Kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa

Konsistensi pencatatan diagnosis meliputi diagnosa saat masuk (admitting diagnosis) "alasan masuk rawat", Diagnosa tambahan, Differensial diagnosis, Preoperative diagnosis, Postoperative diagnosis, Photological diagnosis "dari hasil PA", Clinical diagnosis (penyebab sakit /etiologi), Diagnosa akhir (diagnosis klinis)& prosedur, Diagnosa utama (principal diagnosis), Diagnosa kedua (secondary diagnosis). Hasil pengolahan data pada grafik 1.1 menunjukkan kelengkapan dan konsistensi pencatatan diagnosis adalah 98.59% dan yang tidak lengkap 1.41%. Kesimpulannya yaitu Tenaga Medis dan Koder secara dominan telah mewujudkan kelengkapan data pada konsistensi pencatatan diagnosis.

### 3.2 Kekonsistensian Pencatatan Diagnosis

Tabel 2. Kekonsistensian pencatatan diagnose

Hasil Analisis		%
Lengkap	71	100.0
Tidak Lengkap	0	0
Total	71	100.0



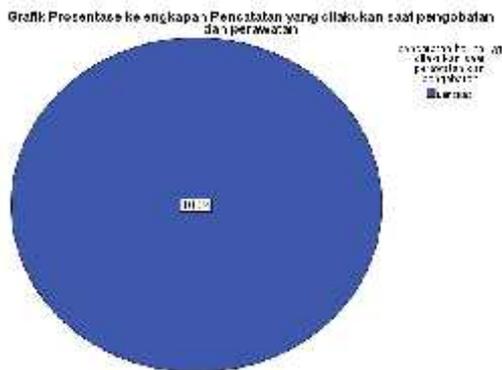
**Grafik 2. Kekonsistensian pencatatan diagnosa**

Konsistensi merupakan suatu penyesuaian/kecocokan antara 1 bagian dengan bagian lain & seluruh bagian. Konsistensi ini meliputi : Diagnosa awal sampai dengan akhir, Pencatatan harus mencerminkan perkembangan informasi mengenai kondisi pasien, Fasilitas pelayanan rawat jalan, hanya symptom dan hasil pemeriksaan, fasilitas pelayanan rawat inap, hasil operasi, hasil pemeriksaan PA, hasil pemeriksaan diagnostik lainnya & surat pernyataan tindakan harus konsisten. Perbedaan yang ada akan melihat Rekam Medis yang buruk. 3 hal yang konsisten : adalah catatan perkembangan, instruksi dokter, catatan obat . Pada grafik 2.1 menunjukkan review konsistensi pencatatan diagnosis menunjukkan kelengkapan 100% . Kesimpulannya yaitu Tenaga Medis dan Koder telah mewujudkan konsistensi pencatatan diagnosis dengan baik.

**3.3 Pencatatan Hal-Hal yang Dilakukan Saat Perawatan dan Pengobatan**

**Tabel 3. Pencatatan hal-hal yg dilakukan saat perawatan dan pengobatan**

Hasil Analisis		%
Lengkap	71	100.0
Tidak Lengkap	0	0
Total	71	100.0



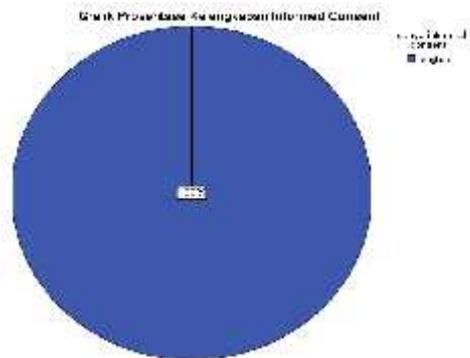
**Grafik 3. Pencatatan hal-hal yg dilakukan saat perawatan dan pengobatan**

Rekam Medis menjelaskan keadaan pasien selama dirawat, & harus menyimpan seluruh hasil pemeriksaan & mencatat tindakan yang telah dilakukan kepada pasien. Contoh : hasil tes normal, pas dalam keadaan baik, pasien diberi penjelasan dan petunjuk. Semua hal di atas harus ada catatan yang melihat kondisi tersebut dalam Rekam Medis. Alasan-alasan merupakan petunjuk dari setiap keputusan baik untuk melakukan suatu tindakan ataupun tidak melakukan tindakan Pada grafik 3.1 yaitu pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan sudah dilakukan 100%. Kesimpulannya yaitu Tenaga Medis dan Koder telah mewujudkan kelengkapan data pada konsistensi pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan secara baik.

**3.4 Kelengkapan Informed Consent**

**Tabel 4. Adanya informed consent**

Hasil Analisis		%
Lengkap	71	100.0
Tidak Lengkap	0	0
Total	71	100.0



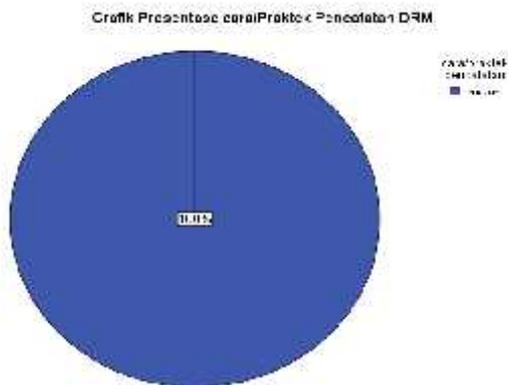
**Grafik 4. Adanya informed consent**

Informed consent merupakan surat pernyataan dari pasien untuk suatu pengobatan yang harus digambarkan secara hati-hati. Dokter harus didorong tidak hanya sekedar memenuhi peraturan seperti menjelaskan efek samping obat yang mungkin timbul. Jika perlu ditambahkan dalam surat pernyataan. Grafik 5.8 menunjukkan kelengkapan informed consent adalah 100%. Dengan demikian kesimpulannya adalah Tenaga Medis dan Koder telah mewujudkan kelengkapan data pada informed consent secara baik

**3.5 Cara/Praktek Pencatatan**

**Tabel 5. Cara/praktek pencatatan**

Hasil Analisis		%
Lengkap	71	100.0
Tidak Lengkap	0	0
Total	71	100.0



**Grafik 5. Cara/praktek pencatatan.**

Cara dan praktek pencatatan meliputi waktu pencatatan harus ada, mudah dibaca, tulisan bagus, tinta yang dipakai harus tahan lama, penulisan dilakukan dengan hati-hati dan lengkap. Menggunakan singkatan yang umum : harus dapat dibaca dan jelas. Tidak menulis komentar/hal-hal yang tidak ada kaitan dengan pengobatan pasien. Pada grafik 5.1 menunjukkan review pada cara dan praktek pencatatan DRM adalah 100% lengkap. Kesimpulannya adalah Tenaga Medis dan Koder telah mewujudkan kelengkapan data pada cara dan praktek pencatatan DRM , dilakukan dengan baik.

### 3.6 Hal-Hal Yang Menyebabkan Tuntutan/Ganti Rugi

**Tabel 6. Hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi**

Hasil Analisis		%
<b>Lengkap</b>	71	100.0
<b>Tidak Lengkap</b>	0	0
<b>Total</b>	71	100.0



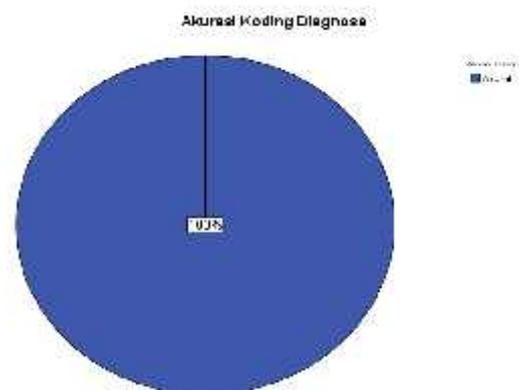
**Grafik 6. Hal-hal yg berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi**

Rekam medis mempunyai semua catatan mengenai kejadian yang dapat menyebabkan atau berpotensi tuntutan kepada institusi pelayanan kesehatan / pemberi pelayanan sendiri, baik oleh pasien maupun oleh pihak ketiga. Pada grafik 6.1 menunjukkan bahwa hal-hal yg berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi adalah 100% tidak ada. Kesimpulannya adalah Tenaga Medis dan Koder telah mewujudkan kelengkapan data pada hal-hal yg berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi dengan baik.

### 3.7 Akurasi Kode Diagnosa

**Tabel 7. Akurasi Koding**

Hasil Analisis		%
<b>Lengkap</b>	71	100.0
<b>Tidak Lengkap</b>	0	0
<b>Total</b>	71	100.0



**Grafik 7. Akurasi Koding**

Akurasi koding adalah ketepatan kode penyakit dan tindakan medis, sesuai dengan kaidah ICD-10 dan ICD-9 CM serta kebijakan-kebijakan yang berlaku. Pada grafik 5.10 menunjukkan akurasi\_koding adalah 100%. Kesimpulannya adalah Koder telah melakukan tugasnya sesuai dengan keilmuan yang diperoleh dan pengalaman yang cukup dalam penentuan kode penyakit. Adapun menurut (Latour-Maki, 2010) kualitas dari kode data klinis dipengaruhi oleh beberapa factor, diantaranya sebagai berikut :

1. Pelatihan yang memadai bagi semua orang yang terlibat dalam proses koding, termasuk koder, koding pengawas, dokter dan tenaga keuangan.
2. Acuan dan sumber daya yang cukup, termasuk buku-buku koding yang *up-to-date*, dan perangkat pendukung lainnya.
3. Dokumentasi klinis yang akurat dan lengkap yang mencakup setiap kondisi yang bersangkutan dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien.

4. Adanya dukungan dari manager senior yang tahuakan pentingnya koding terhadap keberlangsungan organisasi secara terus menerus. <sup>(1,5,6,8,9,11,12)</sup>

### 3.8 Hasil FGD

#### Pertanyaan 1

Apa yang anda ketahui tentang kelengkapan data DRM ?

D1 DRM harus dilengkapi oleh dokter secara lengkap

D2 Harus dilengkapi

K1 Pengisian harus lengkap, tiap lembar dokumen, untuk dapat menceritakan perjalanan penyakit

K2 Harus diisi dengan lengkap untuk memudahkan koder dalam menentukan kode yang akurat (no RM, identitas, laporan pemeriksaan penunjang, anamnesa, laporan operasi)

K3 Kelengkapan sangat penting, karena berkaitan dengan riwayat kesehatan pasien dan pembiayaan asuransi , terutama BPJS

K4 Kelengkapan sangat penting, berpengaruh pada pendapatan RS

#### Pertanyaan 2

Apakah manfaat kelengkapan data DRM ?

D1 Mengetahui kronologi perjalanan penyakit, riwayat operasi terdahulu, mengetahui keberhasilan terapi

D2 Mengetahui riwayat kesehatan, pengelolaan yang sudah diberikan dan dasar pembiayaan

K1 Semakin lengkap DRM, semakin akurat kode penyakitnya

K2 DRM yang lengkap merupakan bukti administrasi yang tertib dan pelayanan yang baik

K3 Untuk administrasi, legalitas, financial, penelitian, edukasi dan dokumentasi

K4 Mempermudah petugas koding dalam menentukan kode, mempercepat proses klaim biaya, mengurangi froud

#### Pertanyaan 3

Apakah sudah ada SOP tentang kelengkapan pengisian data DRM ?

D1 Ada

D2 Ada

K1 Ada

K2 Ada

K3 Ada

K4 Ada

## 4. Pembahasan

Agar dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang baik, banyak syarat yang harus dipenuhi. Salah satu syarat yang dimaksud adalah tersedianya data yang lengkap. Selain tentang keadaan kesehatan pasien yang menjadi tanggung jawab dokter tetapi juga tentang keadaan lingkungan fisik serta lingkungan non fisik masing-masing. Kesemuanya perlu dicatat serta disimpan sebaik-baiknya. Untuk kemudian apabila diperlukan dapat dengan mudah diambil kembali, sesuai dengan kepentingan. Berkas atau catatan yang berisikan data dalam praktek kedokteran disebut **Rekam Medis (Medical Record)** atau Dokumen Rekam Medis. <sup>(1,6,7,8,9,11,12)</sup>

Peranan dokter dan petugas rekam medis dalam pelayanan kesehatan relatif sangat penting. Apalagi saat ini sebagian besar rumah sakit menggunakan sistem **fee for services**, yaitu rumah sakit mengenakan biaya pada setiap pemeriksaan dan tindakan akan dikenakan biaya sesuai dengan tarif yang ada. Besarnya biaya pengobatan dan perawatan tergantung pada setiap tindakan pengobatan dan jasa pelayanan yang diberikan rumah sakit. Dengan adanya system pembiayaan model *case-mix*, terjadi perubahan yang signifikan pada aspek pengelolaan dokumen rekam medis, khususnya terkait koding data klinis. Pembiayaan pelayanan kesehatan berbasis DRG sangat ditentukan oleh data klinis (terutama kode diagnosis dan prosedur medis) yang dimasukkan ke dalam software DRG untuk proses 'grouping'. Besaran klaim yang dibayarkan sangat tergantung dari kode DRG yang dihasilkan. Sehingga defisiensi dalam kualitas maupun kuantitas kode diagnosis maupun prosedur ini akan membawa dampak besar terhadap pendapatan RS. <sup>(1,2,3,5,8,10)</sup>

Di RSUD Kota Semarang sudah ada SOP tentang kelengkapan pengisian data pada DRM, sudah tersosialisasikan dibuktikan dengan dokter dan petugas RM sudah mengetahui adanya SOP tersebut. Namun dalam pelaksanaan analisis review kuantitatif dan review kualitatif dokumen belum dilakukan secara maksimal. artinya pelaksanaan sudah dilakukan tetapi pendokumentasiannya belum dilakukan karena tidak ada format atau checklist tentang analisis dokumen tersebut. Adapun kendala dalam proses melengkapi DRM antara lain :

- 1) Kendala bagi dokter antara lain karena keterbatasan waktu dan sangat banyaknya pasien yang harus dilayani dan harus cepat pelayanannya sehingga seringkali tidak melengkapi pengisian DRM sesuai ketentuan
- 2) Koder kesulitan menentukan kode diagnosa yang tepat dan lengkap apabila pengisian dokter tidak lengkap, apalagi harus berkoordinasi terus dengan verifikator yang seringkali tidak sepaham dan harus klarifikasi untuk kepastian kode tepat. Hal ini menambah beban kerja koder sekaligus memerlukan

waktu yang lebih banyak jika diperlukan beberapa perubahan/pemetulan atau bahkan kelengkapan data terkait pemetulan kode yang diperlukan.

- 3) Koder seringkali harus berupaya aktif untuk melengkapinya berdasarkan dokumen / formulir rekam medis terkait apabila dokter yang bersangkutan tetap tidak melengkapinya sampai batas waktu yang diberikan untuk bisa dikode secara tepat dan lengkap. Biasanya dokter tertentu yang sulit untuk melengkapi dikarenakan tidak ada sanksi riil terkait hal tersebut. Aturan sanksi sudah disampaikan terkait dengan hal tersebut namun implementasinya belum dapat direalisasikan dengan baik sehingga belum dirasakan dampaknya terhadap perubahan perilaku dokter dalam melengkapi diagnosa/DRM yang sesuai ketentuan. Belum adanya realisasi konsekuensi sanksi dan kerugian bagi dokter yang tidak melengkapi DRM selama ini merupakan penyebab utama sulitnya perubahan perilaku dokter dalam mendukung terwujudnya kelengkapan DRM.

Kelengkapan pengisian Dokumen Rekam Medis wajib dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlibat dalam pelayanan pasien, mengingat manfaat rekam medis adalah <sup>(6,7,11)</sup> :

1. Menjamin kelengkapan administrasi pasien
2. Membantu memperlancar administrasi keuangan pasien
3. Memudahkan perencanaan dan penilaian pelayanan medis
4. Memperlancar komunikasi antar petugas kesehatan
5. Melindungi kepentingan hukum dari berbagai pihak
6. Sebagai kelengkapan dokumentasi sarana pelayanan kesehatan
7. Sebagai bahan rujukan pendidikan dan pelatihan
8. Sebagai sumber data penelitian

Peran petugas medis maupun koder yang diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap peningkatan kualitas mutu pelayanan yang menguntungkan pihak pasien maupun rumah sakit dalam aspek kelengkapan data pada DRM di RSUD Kota Semarang sudah di jalankan, namun belum maksimal karena hasil review kelengkapan DRM (Quality Assurance DRM) belum di dokumentasikan untuk menjadi pelaporan secara kontinyu pada manajemen Rumah Sakit. Ketepatan penulisan diagnosis sangat berpengaruh terhadap administrasi rumah sakit. Karena sebagai tujuan utama rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit, tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tertib administrasi rumah sakit tidak akan berhasil sebagaimana yang

diharapkan. Menurut Depkes RI, 2008 sekitar 65% rumah sakit di Indonesia yang ikut berpartisipasi dalam sistem *case mix / INA-CBG's* belum membuat diagnosis yang lengkap dan jelas berdasarkan ICD-10 serta belum tepat pengkodeannya. Apabila diagnosis yang dicantumkan pada dokumen rekam medis penulisannya tidak tepat, maka kemungkinan kode diagnosis juga tidak akurat dan berdampak pada biaya pelayanan kesehatan. Ketidakakuratan kode diagnosis akan mempengaruhi data dan informasi laporan, ketepatan tarif *INA-CBG's* yang pada saat ini digunakan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan pasien jamkesmas, jamkesda dan jampersal di Indonesia. Apabila petugas kodifikasi (*coder*) salah dalam memberi kode diagnosis, maka jumlah pembayaran klaim juga akan berbeda<sup>(1,2,3,6,7,9,11,12)</sup>

## 5. Kesimpulan dan Saran

### 5.1 Kesimpulan

1. Kelengkapan dokumen rekam medis pasien Jamkesmas kasus *sectio cesaria* di RSUD Kota sudah baik berdasarkan 6 aspek review analisis kualitatif , yang menunjukkan bahwa kelengkapannya adalah 100% kecuali pada aspek kelengkapan dan kekonsistensian diagnose yang masih menunjukkan 98,59%
2. Akurasi koding adalah ketepatan kode penyakit dan tindakan medis, sesuai dengan kaidah ICD-10 dan ICD-9 CM menunjukkan akurasinya adalah 100%. Koder telah melakukan tugasnya sesuai dengan keilmuan yang diperoleh dan pengalaman yang cukup dalam penentuan kode penyakit.

### 5.2 Saran

Masih adanya DRM yang tidak lengkap disarankan untuk diupayakan peran aktif dan kerjasama antara petugas rekam medis dan tenaga medis maupun paramedis terkait pengisian data RM terutama aspek kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa.

## 6. Daftar Pustaka

1. Gemala Hatta, 2008, Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan, UI Press, Jakarta
2. <http://www.enrymazni.com/2011/03/sistem-pembiayaan-dan-pembayaran.html>
3. Permenkes No 27 tahun 2014 tentang Juknis INA CBGs
4. [Http://arifknp.wordpress.com/2007/10/06/ina-drg-case-mix-solusi-menuju-pemeraataan-pelayanan-kesehatan/](http://arifknp.wordpress.com/2007/10/06/ina-drg-case-mix-solusi-menuju-pemeraataan-pelayanan-kesehatan/). Diakses tgl 3 Maret 2013

5. *World Health Organization, ICD-10, 1993, Volume 1,2 dan 3, Geneva*
6. Dirjen YanMed, Depkes RI, 1997, Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. DepKes RI, Jakarta
7. Dirjen YanMed, Depkes RI, 1994, Pedoman Sistem Pencatatan Rumah Sakit (Rekam Medis/Medical Record). DepKes RI, Jakarta
8. Naga, Mayang Anggraini, 26-30 Mei 2003. Modul TOT ICD-10 : General Coding. Apikes Indonusa Esa Unggul & Pusdiknakes RI. Jakarta
9. Huffmann, K.Edna, Cofer, Jennifer, 1994. Health Information Management, 10th Ed., Physicians Record Company, Illinois .
10. Kepmenkes 377 – 2007 Standart Profesi Perekam Medis
11. Savitri Citra Budi, MPH, 2011, Manajemen Unit Kerja Rekam Medis, Quantum Sinergis Media, Jogjakarta
12. Sabarguna, Boy, S, Dr, dr, MARS, 2004, Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit, KONSORSIUM Rumah Sakit Islam Jateng-DIY