

## Halaman Pengesahan Artikel Ilmiah

TINJAUAN PELAKSANAAN STANDAR MKI 11 DAN MKI 12 DALAM  
RANGKA PERSIAPAN AKREDITASI KARS 2012 DI BAGIAN FILING RAWAT  
INAP RSUD MAJENANG KABUPATEN CILACAP TAHUN 2016

Disusun Oleh :  
WIWIT PANGESTI  
D22.2013.01373

Telah diperiksa dan disetujui untuk di *upload* di Sistim Informasi  
Tugas Akhir (SIADIN)

Pembimbing  
  
Eti Rimawati, SKM, M.Kes



# Tinjauan Pelaksanaan Standar MKI 11 dan MKI 12 Dalam Rangka Persiapan Akreditasi Kars 2012 di Bagian Filing Rawat Inap RSUD Majenang Kabupaten Cilacap Tahun 2016

Wiwit Pangesti<sup>1</sup>, Eti Rimawati<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Staf Pengajar Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang

Email : [wiwitpangesti94@gmail.com](mailto:wiwitpangesti94@gmail.com)

## ABSTRACT

**Background** : Standard of MKI 11 set up security of information included integrity of data also standard MKI 12 that arrange the policy of retention period / storage of documents, data and information. Accreditation of KARS standards demand the compliance of MKI 11 and 12. The purpose of this study determined the implementation of standard MKI 11 and MKI 12 in order to prepare the accreditation KARS 2012 in inpatient filing of Majenang Hospital Cilacap in 2016.

**Methods** : This was descriptive study with case study approach. The data collected by observation on the policy and implementation assessment the element of MKI Standards 11 and 12, also interviews with the chief of medical records unit and filing officer.

**Results** : The results showed, policies that support the MKI 11 and 12 unfulfilled, also in practice. The results of score calculation showed that implementation of standards MKI 11 achieved partly (56.6%, score 5) while the implementation of the standard MKI 12 also achieved partly (44.4%, a score of 5). This was because from the 5 elements of standard MKI 11 there was one unfulfilled element while the standard MKI 12 showed that assessment of all elements did not implemented. Obstacles that perceived of officers that implementation of Standard Operating Procedures did not in accordance, limited of human resources and therefore can not perform the retention.

**Conclusion** : To support the achievement scores of MKI 11 and 12, 100% is reach, then the hospital need to complete the policy and compliance implementation of policies by Medical Records officers and monitoring activities by the Chief of Medical Record Unit.

**Keywords** : Accreditation, KARS, MKI 11, MKI 12

## ABSTRAK

**Latar Belakang** : Standar MKI 11 mengatur keamanan informasi termasuk integritas data serta Standar MKI 12 mengatur kebijakan tentang masa retensi/ penyimpanan dokumen, data dan informasi. Akreditasi KARS menuntut terpenuhi standar MKI 11 dan 12. Tujuan

penelitian ini adalah mengetahui pelaksanaan standar MKI 11 dan MKI 12 untuk persiapan akreditasi KARS 2012 di bagian filling rawat inap RSUD Majenang Kabupaten Cilacap tahun 2016.

**Metode** : Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi terhadap kebijakan dan pelaksanaan elemen penilaian Standar MKI 11 dan 12, serta wawancara terhadap kepala rekam medis dan petugas filing.

**Hasil** : Hasil penelitian menunjukkan, kebijakan yang mendukung standar MKI 11 dan 12 belum terpenuhi, juga dalam pelaksanaannya. Hasil perhitungan skor diperoleh bahwa pelaksanaan standar MKI 11 tercapai sebagian (56,6%, skor 5) sedangkan pelaksanaan standar MKI 12 juga tercapai sebagian (44,4%, skor 5). Hal ini disebabkan karena dari 5 elemen penilaian standar MKI 11 masih 1 elemen yang belum terpenuhi sedangkan standar MKI 12 semua elemen penilaian belum dilaksanakan. Kendala yang dirasakan petugas yaitu terdapat pelaksanaan yang belum sesuai Standar Operasional Prosedur, terbatasnya sumber daya manusia sehingga tidak dapat melakukan retensi.

**Kesimpulan** : Untuk mendukung pencapaian skor MKI 11 dan 12, 100% tercapai, maka rumah sakit perlu melengkapi kebijakan dan kepatuhan pelaksanaan kebijakan oleh petugas Rekam Medis dan kegiatan pemantauan oleh Kepala Unit Rekam Medis .

**Kata kunci** : Akreditasi, KARS, MKI 11, MKI 12

## PENDAHULUAN

Akreditasi adalah pengakuan terhadap Rumah Sakit yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri, setelah dinilai bahwa rumah sakit itu memenuhi standar pelayanan rumah sakit yang berlaku untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berkesinambungan. Standar pelayanan rumah sakit adalah semua standar pelayanan yang berlaku di rumah sakit antara lain standar prosedur operasional, standar pelayanan medis, dan standar asuhan keperawatan.<sup>(1)</sup>

Pelayanan yang bermutu bukan hanya pada pelayanan medis saja, tetapi juga pada penyelenggaraan Rekam Medis. Seperti yang tercantum pada Instrumen Akreditasi Rumah Sakit Standar Akreditasi Versi 2012 standar MKI (*Manajemen Komunikasi dan Informasi*) 11 yang menitikberatkan pada keamanan informasi termasuk integritas data dijaga dan MKI (*Manajemen Komunikasi dan Informasi*) 12 tentang rumah sakit mempunyai kebijakan tentang masa retensi/penyimpanan dokumen.<sup>(2)</sup>

Berdasarkan hasil survei awal yang dilakukan oleh peneliti di RSUD Majenang akan mengadakan akreditasi KARS 2012 , namun terkait dengan persiapan akreditasi ditemukan bahwa di ruang filling Rawat Inap DRM (*Dokumen Rekam Medis*) milik pasien umum disimpan di dalam kardus berdasarkan bangsal dan bulan pasien dirawat, sedangkan milik

pasien BPJS (*Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*) disimpan dalam rak berdasarkan tanggal keluar padahal di dalam SOP (*Standar Operational Prosedure*) penjajaran menggunakan TDF (*Terminal Digit Filling*) hal ini tentunya membuat petugas kesulitan saat mencari DRM (*Dokumen Rekam Medis*) sehingga sering terjadi kehilangan DRM (*Dokumen Rekam Medis*) yang tentunya menyebabkan kebutuhan akan data dan informasi tidak terpenuhi, tidak adanya retensi yang menyebabkan kekurangan kapasitas ruang penyimpanan DRM (*Dokumen Rekam Medis*), selain itu tidak adanya petugas khusus filling RI. Sehingga masih perlu adanya persiapan lanjutan dari standar MKI (*Manajemen Kesehatan dan Informasi*) 11 dan MKI (*Manajemen Komunikasi dan Informasi*) 12 supaya pada saat Akreditasi Rumah Sakit Tahun 2016 dapat terlaksana dengan baik.

Berdasarkan uraian masalah tersebut peneliti tertarik meneliti tentang “ *Tinjauan Pelaksanaan Standar MKI 11 Dan MKI 12 Dalam Rangka Persiapan Akreditasi Kars 2012 di Bagian Filling Rawat Inap RSUD Majenang Kabupaten Cilacap Tahun 2016*”.

## METODE

Jenis penelitian yang digunakan yaitu penelitian deskriptif dengan meninjau pelaksanaan standar MKI 11 dan 12 dalam rangka persiapan akreditasi kars 2012 di filling rawat inap RSUD Majenang Kabupaten Cilacap Tahun 2016. Penelitian ini menggunakan metode observasi dan wawancara dengan pendekatan *studi kasus* yaitu memahami atau mendalami suatu kejadian yang dianggap sebagai suatu masalah.<sup>(3)</sup>

Populasi penelitian adalah sebanyak 8 petugas rekam medis. Sampel yang digunakan adalah sebagian dari populasi yaitu 1 orang kepala rekam medis dan 2 orang petugas filling, dengan kategori inklusi memiliki latar belakang pendidikan D3 Rekam Medis, Bekerja  $\geq$  1 tahun, tidak sedang cuti, dan bersedia menjadi responden.

## HASIL PENELITIAN

### A. Gambaran pelaksanaan standar mki 11

#### 1. Hasil observasi kebijakan standar MKI 11

Tabel 1 Hasil Observasi Kebijakan Standar MKI 11

No	Objek Observasi	Ada	Tidak ada	Keterangan
1.	Rumah sakit mempunyai kebijakan tertulis untuk mengatur keamanan informasi, termasuk integritas data yang didasarkan pada atau konsisten dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku	√		Terdapat pada : - Kebijakan direktur no 01/IV/2007 - Protap keamanan rekam medis - Protap peminjaman DRM

No	Objek Observasi	Ada	Tidak ada	Keterangan
2.	Kebijakan meliputi tingkat keamanan untuk setiap kategori data dan informasi yang diidentifikasi		√	Belum ada kebijakan
3.	Kebijakan tentang mereka yang membutuhkan, atau jabatan apa yang mengizinkan akses terhadap setiap kategori data dan informasi, diidentifikasi	√		Terdapat pada kebijakan direktur no 01/IV/2007
4.	Kepatuhan terhadap kebijakan dimonitor	√		Terdapat pada protap pengendalian mutu dengan monitoring pengelolaan rekam medis

Berdasarkan hasil observasi diatas dapat diketahui bahwa terdapat satu elemen penilaian yang belum memiliki kebijakan (skor 0). Sedangkan untuk elemen yang lain kebijakan tersedia ( skor 10).

## 2. Hasil wawancara pelaksanaan standar MKI 11

Berdasarkan hasil wawancara terhadap dua petugas filing diperoleh jawaban bahwa rumah sakit tidak memiliki kebijakan tentang keamanan informasi termasuk integritas data (skor 0). Tidak memiliki kebijakan tentang tingkat keamanan setiap untuk setiap kategori data dan informasi diidentifikasi (skor 0). Memiliki kebijakan tentang mereka yang membutuhkan, atau jabatan apa yang mengizinkan akses terhadap setiap kategori data dan informasi diidentifikasi ( skor 10). Tidak memiliki kebijakan tentang kepatuhan terhadap kebijakan dimonitor ( skor 0)

## 3. Hasil observasi elemen penilaian standar MKI 11

Tabel 2 Hasil observasi elemen penilaian standar MKI 11

No.	Objek observasi	Ya	Tidak	Keterangan
1.	Rumah sakit mempunyai kebijakan tertulis untuk mengatur keamanan informasi, termasuk integritas data yang didasarkan pada atau konsisten dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Di ruang filing rawat inap diberi tanda larangan peringatan "Dilarang masuk kecuali petugas"</li> <li>- Dilarang mengutip isi rekam medis oleh siapapun kecuali yang telah ditetapkan oleh peraturan yang berlaku</li> <li>- Hanya petugas rekam medis yang diijinkan masuk ruang penyimpanan</li> </ul>		√	Tidak terdapat larangan di ruang filing rawat inap  Isi dikutip hanya untuk keperluan visum dan asuransi  Setiap pengambilan dan pengembalian DRM petugas rekam medis yang melakukannya

No.	Objek observasi	Ya	Tidak	Keterangan
2.	Kebijakan meliputi tingkat keamanan untuk setiap kategori data dan informasi yang diidentifikasi		√	Belum ada kebijakan
3.	Mereka yang membutuhkan, atau jabatan apa yang mengizinkan akses terhadap setiap kategori data dan informasi, diidentifikasi: - Peminjaman dokumen rekam medis untuk keperluan pendidikan, penelitian oleh mahasiswa ataupun untuk kepentingan lain menulis di buku bon pinjam dan disetujui oleh Kepala Urusan Rekam Medis	√		Menulis di buku bon peminjaman DRM (lampiran 17)
4.	Kebijakan dilaksanakan/diimplementasikan:	√		Hanya petugas rekam medis yang mengambil dokumen rekam medis pasien Mahasiswa yang akan melakukan penelitian tetap menggunakan dokumen rekam rekam medis di ruang filling Pengambilan / peminjaman dokumen rekam medis disertai tracer dan ditulis di buku ekspedisi
5.	Kepatuhan terhadap kebijakan dimonitor:		√	Hanya memonitor peminjaman DRM melalui buku bon pinjam

Berdasarkan hasil observasi diatas dapat diketahui bahwa tidak semua kebijakan dilaksanakan. Elemen penilaian pertama dilaksanakan sebagian ( skor 5), elemen penilaian kedua tidak dilaksanakan ( skor 0 ), elemen penilaian ketiga dan keempat dilaksanakan (skor 10), elemen penilaian kelima tidak dilaksanakan (skor 0).

#### 4. Rekapitulasi hasil penilaian

Tabel 3 rekapitulasi hasil penilaian

No	Elemen Penilaian	Kebijakan	Wawancara	Observasi	Kesimpulan
1.	Rumah sakit mempunyai kebijakan tertulis untuk mengatur keamanan informasi, termasuk integritas data yang didasarkan pada atau konsisten dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku	10	0	5	Tercapai sebagian (50 %)
2.	Kebijakan meliputi tingkat keamanan untuk setiap kategori data dan informasi yang diidentifikasi	0	0	0	Tidak tercapai (0%)
3.	Kebijakan tentang mereka yang	10	10	10	Tercapai penuh (100%)

	membutuhkan, atau jabatan apa yang mengizinkan akses terhadap setiap kategori data dan informasi, diidentifikasi				
4.	Kebijakan dilaksanakan/diimplementasikan	10	10	10	Tercapai penuh (100%)
5	Kepatuhan terhadap kebijakan dimonitor	10	0	0	Tercapai sebagian (33,3%)
Persentase ketercapaian					56,6 %
Kesimpulan ketercapaian					Tercapai sebagian

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap ketersediaan kebijakan , wawancara terhadap petugas , serta observasi terhadap elemen penilaian standar MKI 11 diperoleh hasil bahwa pelaksanaan standar MKI 11 tercapai sebagian (56,6 %, skor 5).

## B. Gambaran pelaksanaan standar mki 12

### 1. Hasil observasi kebijakan standar MKI 12

Tabel 4 Hasil observasi kebijakan standar MKI 12

No.	Objek observasi	Ada	Tidak ada	Keterangan
1.	Apakah ada kebijakan tentang masa penyimpanan (retensi) berkas rekam medis klinis, data serta informasi lainnya dari pasien	√		Terdapat pada : - Kebijakan direktur no 01/IV/2077 - Protap prosedur pemisahan & penyimpanan dokumen no aktif
3.	Kebijakan tentang proses retensi memberikan kerahasiaan dan keamanan		√	Belum ada kebijakan
4.	Kebijakan tentang catatan /records, data dan informasi dimusnahkan dengan semestinya.	√		Terdapat pada : - Kebijakan direktur no 01/IV/2007 - Protap pemusnahan dokumen rekam medis

Berdasarkan hasil observasi diatas dapat diketahui bahwa terdapat satu elemen penilaian yang belum memiliki kebijakan (skor 0). Sedangkan untuk elemen yang lain kebijakan tersedia ( skor 10).

### 2. Hasil wawancara pelaksanaan standar MKI 12

Berdasarkan hasil wawancara terhadap dua petugas filing diperoleh jawaban bahwa rumah sakit memiliki kebijakan tentang masa penyimpanan (retensi) berkas rekam medis klinis, data serta informasi lainnya dari pasien ( skor 10). Tidak memiliki kebijakan tentang proses retensi memberikan kerahasiaan dan keamanan ( skor 10). Memiliki kebijakan tentang catatan/records, data dan informasi dimusnahkan dengan semestinya (skor 10).

### 3. Hasil observasi elemen penilaian standar MKI 12

Tabel 5 Hasil observasi elemen penilaian standar MKI 12

No.	Objek observasi	Ya	Tidak	Keterangan
1.	Rumah sakit mempunyai kebijakan tentang masa penyimpanan (retensi) berkas rekam medis klinis, data serta informasi lainnya dari pasien		√	Belum pernah diadakan retensi
2.	Proses retensi memberikan keamanan dan kerahasiaan yang diharapkan		√	Belum pernah dilaksanakan proses retensi
3.	Catatan /records, data dan informasi dimusnahkan dengan semestinya.		√	Belum pernah melakukan proses pemusnahan

Berdasarkan hasil observasi diatas dapat diketahui bahwa semua elemen penilaian tidak dilaksanakan (skor 0).

#### 4. Rekapitulasi hasil penilaian

Tabel 6 Rekapitulasi hasil penilaian

No	Elemen Penilaian	Kebijakan	Wawancara	Observasi	Kesimpulan
1.	Rumah sakit mempunyai kebijakan tentang masa penyimpanan (retensi) berkas rekam medis klinis, data serta informasi lainnya dari pasien	10	10	0	Tercapai sebagian (66,7%)
2.	Proses retensi memberikan keamanan dan kerahasiaan yang diharapkan	0	0	0	Tidak tercapai (0 %)
3.	Catatan /records, data dan informasi dimusnahkan dengan semestinya	10	10	0	Tercapai sebagian (66,7%)
Persentase ketercapaian					44,4 %
Kesimpulan ketercapaian					Tercapai sebagian

Berdasarkan penelitian yang dilakukan terhadap ketersediaan kebijakan, wawancara petugas , serta observasi elemen penilaian standar MKI 12 diperoleh hasil bahwa pelaksanaan standar MKI 12 tercapai sebagian ( 44,4%, skor 5 ).

#### C. Kendala persiapan menuju akreditasi

Berdasarkan hasil wawancara terhadap kepala rekam medis dan petugas filing rawat inap terkait dengan persiapan akreditasi diketahui bahwa rumah sakit telah menugaskan pokja (kelompok kerja) khusus yang menangani MKI (manajemen komunikasi dan informasi). Hanya saja petugas yang masuk dalam pokja akreditasi

khususnya bagian MKI tidak diberi pelatihan khusus untuk mengelola filing, kepala rekam medis mengatakan ketika rumah sakit melakukan study banding ke rumah sakit lain petugas tidak diajak, hal ini menyebabkan petugas tidak tahu kondisi filing yang baik seperti apa sehingga petugas belum bisa mengkondisikan filing di RSUD Majenang dengan baik. terdapat kebijakan yang belum dilaksanakan seperti sistem penjajaran dokumen rekam medis yang digunakan berdasarkan tanggal keluar bukan TDF (*Terminal Digit Filing*) seperti yang disebutkan di dalam SOP. Hal ini menjadi kendala dalam pelaksanaan salah satu MKI yaitu tentang retensi dan pemusnahan, karena petugas merasa kesulitan untuk memilah antara dokumen in aktif dengan dokumen aktif. Karena retensi belum dapat dilaksanakan maka pemusnahan juga tidak dilaksanakan. Terlepas dari kebijakan, kurangnya sumber daya manusia juga menjadi kendala dalam persiapan akreditasi

## **PEMBAHASAN**

### **A. Gambaran Pelaksanaan Standar MKI 11**

Pelaksanaan standar MKI 11 di RSUD Majenang baru mencapai 56,6 %, berdasarkan wawancara dan observasi yang dilakukan hal ini dikarenakan masih terdapat 1 butir dari 5 butir elemen penilaian standar MKI 11 yang belum tersedia yakni kebijakan yang mengatur tingkat keamanan untuk setiap kategori data dan informasi yang diidentifikasi. Selain itu petugas juga belum sepenuhnya paham dan tahu dengan kebijakan yang ada sehingga untuk pelaksanaan standar MKI 11 masih belum baik. Mengingat dalam teori disebutkan bahwa pelaksanaan akreditasi rumah sakit sangatlah diperlukan berbagai dokumen rumah sakit, dokumen tersebut dapat dalam bentuk regulasi dimana regulasi tersebut berisi kebijakan, pedoman/panduan, prosedur dan program.<sup>(4)</sup> Sehingga rumah sakit harus mempersiapkan segala sesuatunya seperti SOP dan kebijakan.

### **B. Gambaran Pelaksanaan Standar MKI 12**

Pelaksanaan standar MKI 12 di RSUD Majenang baru mencapai 44,4 %, berdasarkan wawancara dan observasi yang dilakukan hal ini dikarenakan dari ketiga butir elemen penilaian standar MKI 12 belum ada yang dilaksanakan, rumah sakit sudah memiliki kebijakan dan petugas telah paham dengan kebijakan tersebut hanya saja sejak RSUD Majenang berdiri belum pernah melaksanakan standar MKI 12 yakni retensi dan pemusnahan, mengingat dalam teori disebutkan bahwa "rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan, setelah batas waktu 5 (lima) tahun rekam medis dimusnahkan".<sup>(5)</sup> Maka

RSUD Majenang harus segera melakukan retensi agar standar MKI 12 terpenuhi sehingga akreditasi dapat dicapai dengan baik

### **C. Kendala Persiapan Pelaksanaan Menuju Akreditasi**

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada kepala rekam medis dan dua petugas filing RSUD Majenang Kabupaten Cilacap dengan pertanyaan yang telah ditanyakan terkait dengan kendala atau hambatan yang dialami oleh masing-masing petugas yaitu adanya dokumen/kebijakan yang belum terlaksana seperti pengelolaan filing belum sesuai dengan SOP/kebijakan seperti penjajaran yang masih menggunakan tanggal keluar sehingga proses retensi belum bisa dilaksanakan. Dengan tidak dilaksanakannya retensi tentunya menyebabkan kendala yang lain seperti dokumen rekam medis yang menumpuk karena kondisi ruang yang kecil dan rak yang masih kurang sehingga membuat kondisi filing yang tidak rapih yang menyebabkan petugas merasa kesulitan saat mencari dokumen. Dengan tidak terlaksananya proses retensi maka proses pemusnahan pasti tidak dapat dilaksanakan juga, selain itu sumber daya manusia yang kurang memadai untuk melakukan persiapan akreditasi karena petugas yang masuk ke dalam pokja(kelompok kerja) MKI tidak diberi pelatihan dalam pelaksanaan akreditasi.

### **KESIMPULAN**

1. Hasil perhitungan skor diperoleh bahwa pelaksanaan standar MKI 11 baru tercapai sebagian (56,6%, skor 5), hal ini disebabkan karena dari 5 elemen penilaian standar MKI 11 masih 1 elemen yang belum terpenuhi.
2. Hasil perhitungan skor diperoleh bahwa pelaksanaan standar MKI 12 baru tercapai sebagian (44,4%, skor 5), hal ini disebabkan karena semua elemen penilaian standar MKI 12 belum dilaksanakan.
3. Kendala / hambatan dalam persiapan akreditasi yaitu terdapat pengelolaan filing belum sesuai dengan SOP seperti penjajaran yang masih menggunakan tanggal keluar sehingga proses retensi belum bisa dilaksanakan, terbatasnya sumber daya manusia, SOP yang masih dalam proses revisi.

### **SARAN**

1. Mengevaluasi kebijakan dan SOP yang terkait dengan masing- masing elemen penilaian standar MKI 11.
2. Menambahkan item dari masing – masing elemen penilaian MKI 12 pada kebijakan dan SOP tentang proses retensi memberikan keamanan dan kerahasiaan.
3. Melaksanakan retensi dan pemusnahan agar dokumen rekam medis tidak menumpuk.

4. Menerapkan sistem penjajaran sesuai dengan kebijakan yakni menggunakan sistem TDF (*Terminal Digit Filing*) agar memudahkan proses retensi yang selanjutnya.
5. Melakukan pelatihan terkait dengan sistem penjajaran TDF (*Terminal Digit Filing*).

#### **DAFTAR PUSTAKA**

1. Permenkes RI Nomor 12 tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit. [Diakses 22 Maret 2016] tersedia pada:  
<https://www.google.com/search?q=standar+akreditasi+kars+20112&ie=utf-8&oe=utf-8#q=standar+akreditasi+rumah+sakit+2012+pdf>
2. Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Instrumen Akreditasi Rumah Sakit (Edisi-1). 2012
3. Notoatmodjo, Soekidjo. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : Renika Cipta. 2012
4. Buku Panduan Penyusunan Dokumentasi Akreditasi Komisi Akreditasi Rumah Sakit 2012
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/Menkes/Per/2008 tentang Penyimpanan, Pemusnahan, dan Kerahasiaan Rekam Medis