

Tinjauan Pelaksanaan Pengumpulan, Validasi dan Verifikasi Data Rekam Medis Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Rawat Inap Guna Mendukung Pelaporan Eksternal (RL 4a dan RL 5) di RSUD Ratu Zalecha Martapura

Review Of Collection, Validation And Data Verification Of Patient Medical Record Inpatient National Health Insurance To Support The Reporting Of External (RL 4a and RL 5) In Ratu Zalecha Martapura Hospital in 2016

Ulfa Sukmasari^{1*}, Zainal Abidin², Noor Huda³

¹ STIKES Husada Borneo, Jl. A. Yani Km 30,5 No.4 Banjarbaru, Kalimantan Selatan

² Puskesmas Guntung Payung, Jl. Sapta Marga, Landasan Ulin Timur., Landasan Ulin, Kota Banjarbaru, Kalimantan Selatan

³ Alumni STIKES Husada Borneo, Jl. A. Yani Km 30,5 No.4 Banjarbaru, Kalimantan Selatan
*korespondensi : vermouh.sukma@gmail.com

Abstract

Delay in the return of medical records after discharge from the inpatient room. Lack of medical record data is validated and verified prior, the medical records of outpatient and inpatient care for the created external reports. The purpose of this research is to review the implementation of the collection, validation and data verification of patient medical record inpatient national health insurance to support the reporting of external (RL 4a and RL 5) in Ratu Zalecha Martapura Hospital. This research is a descriptive study, population in this study the medical records of patients JKN in Ratu Zalecha Martapura Hospital period January-March 2016 as many as 2159 medical records. The sample in this study is the medical records of patients hospitalized JKN totaled 96 inpatient medical records with the Slovin formula. The result of this research were reporting lines at the Ratu Zalecha Hospital Martapura is appropriate only delay the collection of medical records, reporting at the Ratu Zalecha Martapura Hosiptal in the medical record data collection practices were in accordance with the applicable SOP but there is still a delay in the collection of medical records, the process of collecting data from the room to UKRM not timely and data is not valid, external reporting and verification (RL 4a and RL 5) has not been made and there are some data that have not been validated.

Keywords : *Collection, Validation, Data verification, Medical record, National Health Insurance, RL 4a, RL 5*

Pendahuluan

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (1).

Organisasi Unit Kerja Rekam Medis merupakan bagian dari struktur organisasi Rumah Sakit yang sangat kompleks. Kepala Unit Kerja Rekam Medis mempunyai kewajiban untuk bertanggungjawabkan kegiatannya kepada atasan. Kepala Unit Rekam Medis mempunyai wewenang untuk mengatur manajemen yang ada di rekam medis termasuk mengarahkan sumber daya manusia di dalamnya, seperti bagian penerimaan pasien, *assembling*, pengkodean dan pengindekan, penyimpanan berkas, pelaporan dan SKM

(Surat Keterangan Medis), dan logistik pada bagian unit rekam medis(2).

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien (3).

Statistik fasilitas pelayanan kesehatan merupakan statistik yang menggunakan dan mengolah sumber data dari pelayanan kesehatan di suatu tempat. Sistem statistik Rumah Sakit bertanggungjawab terhadap beberapa urusan diantaranya: menangani urusan sensus harian dan morbiditas pasien rawat inap, pelaporan Rumah Sakit dan pelayanan surat keterangan medis (4).

Rumah Sakit wajib melaksanakan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) adalah suatu proses pengumpulan, pengolahan, dan pengumpulan dan penyajian data rekam medis (5). Pelaporan

Rumah Sakit bertujuan untuk dapat menghasilkan laporan secara cepat, tepat, dan akurat. Pelaporan di Rumah Sakit terbagi menjadi dua kelompok yaitu laporan internal Rumah Sakit yaitu laporan yang dibuat sesuai kebutuhan Rumah Sakit dan laporan eksternal Rumah Sakit yaitu laporan yang dibuat dan ditujukan kepada pihak luar seperti Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Dati I (Provinsi) dan Dinas Kesehatan Dati II (Kabupaten/Kota) (6).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah yang sudah terlaksana mulai dari 1 Januari 2014 untuk masyarakat umum (7).

Surat Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 tahun 2013 tentang penyelenggaraan pekerjaan perekam medis pada pasal 3 ayat 8 yang menjelaskan bahwa ahli madya rekam medis dan informasi kesehatan harus mampu melaksanakan pengumpulan, validasi dan verifikasi data sesuai ilmu statistik Rumah Sakit (8).

Validitas adalah sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsinya (9). Verifikasi adalah konfirmasi, melalui penyediaan bukti objektif, bahwa persyaratan yang ditentukan telah dipenuhi (10).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 28 Maret 2016 di RSUD Ratu Zalecha Martapura di Unit Kerja Rekam Medis melalui wawancara kepada Kepala Unit Kerja Rekam Medis oleh peneliti laporan RL 4 dan RL 5 didapatkan dari data rekam medis rawat inap pasien Jaminan Kesehatan Nasional dari ruangan dikirimkan ke Unit Kerja Rekam Medis setiap 2-5 hari sekali baik untuk pasien baru dan lama rawat inap, sedangkan data rekam medis rawat jalan pasien Jaminan Kesehatan Nasional dikirim ke Unit Kerja Rekam Medis 2-3 hari sekali, bagian Unit Kerja Rekam Medis menerima rekam medis dari bagian

unit pelayanan. Di Unit Kerja Rekam Medis diperiksa kelengkapan pengisian rekam medis dan yang belum lengkap dikembalikan ke unit pelayanan untuk dilengkapi. Batas waktu melengkapi sampai dengan 1 hari, petugas mengolah data yang sudah lengkap, dikoding dan diindeks untuk membuat laporan eksternal tanpa divalidasi dan diverifikasi lebih dahulu pada data rekam medis rawat jalan dan rawat inap. Hal ini berdampak pada keterlambatan pengumpulan data rekam medis yang tidak tepat waktu. Keinginan peneliti meninjau pelaksanaan pengumpulan RL 4a dan RL 5 karena terkait data morbiditas mortalitas rawat inap, dan sepuluh penyakit terbanyak. Laporan tersebut penting untuk pengambilan keputusan, kebijakan dan manajemen Rumah Sakit.

Peneliti mengambil sampel berdasarkan perbandingan ringkasan masuk keluar dan resume medis dari 10 sampel data rekam medis pasien JKN diperoleh 2 data rekam medis yang kurang valid dan 8 data rekam medis yang valid. Verifikasi data berupa angka belum dilakukan, verifikasi yang dilakukan hanya berupa diagnosa penyakit di RSUD Ratu Zalecha Martapura.

Berdasarkan uraian di atas, maka muncul keinginan peneliti untuk melakukan penelitian tentang "Tinjauan pelaksanaan pengumpulan, validasi dan verifikasi data rekam medis pasien Jaminan Kesehatan Nasional rawat inap guna mendukung pelaporan eksternal (RL 4 dan RL 5) di RSUD Ratu Zalecha Martapura".

Metode Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan penelitian *deskriptif*. Metode penelitian *deskriptif* dilakukan terhadap sekumpulan objek yang biasanya bertujuan untuk melihat gambaran fenomena yang terjadi didalam situasi tertentu (11).

Populasi dalam penelitian ini adalah rekam medis pasien Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Ratu Zalecha Martapura periode Januari-Maret 2016 sebanyak 2159 rekam medis.

Variabel penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, obyek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (12)

Teknik pengumpulan data dengan melakukan observasi, wawancara dan *checklist* mengenai validasi data rekam medis pasien Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Inap di RSUD Ratu Zalecha Martapura.

Hasil Penelitian

A. Alur Pelaporan Eksternal (RL 4a dan RL 5) Rekam Medis Pasien JKN

Keterangan Alur :

1. Data rekam medis dari Ruang Rawat Inap Pasien JKN.
2. Dikirim ke Unit Kerja Rekam Medis di analisis kelengkapannya, jika diagnosa tidak lengkap akan dikembalikan ke ruangan.
3. Rekam medis yang sudah lengkap dikoding sesuai dengan petunjuk buku ICD-10.
4. Setelah itu diagnosa penyakit pada rekam medis pasien diindeks sesuai dengan klasifikasi penyakitnya.
5. Direkapitulasi menjadi 10 besar penyakit dan menghasilkan data bulanan
6. Laporan dibuat setiap satu bulan sekali dan direkap menjadi laporan tahunan untuk dilaporkan.
7. Laporan dikirimkan ke bagian manajemen Rumah Sakit dan ke pihak luar Departemen Kesehatan RI, Departemen Kesehatan (Provinsi), dan Dinas Kesehatan (Kabupaten) secara online.

B. Standar Prosedur Operasional (SPO) Pelaporan RL 4a dan RL 5

1. SPO pengolahan data eksternal

Berdasarkan hasil penelitian di RSUD Ratu Zalecha Martapura SPO pengolahan data eksternal, memuat prosedur sebagai berikut :

- a. Data keadaan morbiditas pasien rawat inap (RL 4a)
 - Data di isi secara komputerisasi ke dalam RL 4a yang diambil dari formulir Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) yang diserahkan oleh petugas Admin Ruang setiap harinya
 - Data juga bisa diambil dari Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
- b. Data keadaan morbiditas pasien rawat inap penyebab kecelakaan (RL 4a)

- Data di isi secara komputerisasi ke dalam RL 4a yang diambil dari formulir SHRI yang diserahkan oleh petugas Admin Ruang setiap harinya
 - Data juga bisa diambil dari SIMRS
- Berdasarkan hasil penelitian di RSUD Ratu Zalecha Martapura SPO pengolahan data eksternal untuk RL 5 memuat prosedur sebagai berikut :

- a. RL 5.1 Pengunjung Rumah Sakit
 - Data diperoleh dari laporan pengunjung didalam SIMRS
- b. RL 5.3 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap
 - Data diperoleh dari laporan pengunjung didalam SIMRS

Di RSUD Ratu Zalecha Martapura formulir SHRI yang telah diisi oleh petugas Admin Ruang rawat inap tidak diserahkan setiap hari ke Unit Kerja Rekam Medis.

2. Prosedur Pengembalian Rekam Medis

Adapun prosedurnya sebagai berikut:

1. Rekam medis yang sudah digunakan harus segera dikembalikan ke ruang rekam medis :
 - a. Rekam medis rawat jalan < 24 jam
 - b. Rekam medis rawat inap 2 x 24 jam
2. Pada saat rekam medis dikembalikan ke ruang rekam medis harus dianalisa oleh petugas analisis
3. Rekam medis diberi kode sesuai dengan petunjuk buku pada ICD-10
4. Rekam medis diindeks sesuai dengan klasifikasinya.
5. Rekam medis disortir menurut nomor rekam medis sebelum disimpan
6. Rekam medis dimasukkan ke dalam rak penyimpanan dan tracer yang terpasang diambil.

C. Proses Pengumpulan, Validasi dan Verifikasi Pelaporan Eksternal (RL 4a dan RL 5)

1. Proses Pengumpulan Berdasarkan hasil penelitian di RSUD Ratu Zalecha Martapura data rekam medis yang didapatkan dari ruangan pelayanan rawat inap pasien JKN dikirim ke Unit Kerja Rekam Medis setiap 2-5 hari sekali baik untuk pasien baru dan lama rawat inap, rekam medis dikirim ke Unit Kerja Rekam Medis. Di Unit Kerja Rekam Medis diperiksa kelengkapan pengisian data rekam medis pada bagian unit analisis

rekam medis diidentifikasi oleh petugas analisis kelengkapannya yang belum lengkap dikembalikan ke Unit Pelayanan untuk dilengkapi batas waktu melengkapi sampai dengan 1 hari, petugas mengolah data rekam medis yang sudah lengkap, rekam medis diberi kode sesuai dengan petunjuk buku ICD-10, dan diagnosa penyakit diindeks sesuai klasifikasi penyakitnya. Rekam medis disortir menurut nomor rekam medis sebelum disimpan. Rekam medis dimasukkan ke dalam rak penyimpanan.

2. Validasi dan verifikasi pelaporan eksternal (RL 4a dan RL 5) di RSUD Ratu Zalecha Martapura data rekam medis belum dilakukan verifikasi hanya saja pada diagnosa dokter sudah dilakukan, untuk data yang lainnya berupa angka atau perhitungan belum dilakukan verifikasi oleh pihak Rumah Sakit. Diagnosa yang dikirimkan dari pelayanan ruangan ke Unit Kerja Rekam Medis diverifikasi kevalidan datanya, apabila data tersebut belum valid maka data rekam medis berupa diagnosa dikembalikan lagi kepihak dokter untuk diperbaiki. Verifikasi disini dilakukan dengan cara melihat ulang diagnosa penyakit di ringkasan masuk keluar dan resume medis apabila sesuai diagnosa dikatakan valid. Data dikatakan valid apabila data diringkasan masuk keluar sesuai dengan data yang ada diresume medis bagian diagnosa penyakit dan umur.

D. Hasil Pelaporan Eksternal (RL 4a dan RL 5)

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil data rekam medis kevalidan diagnosa penyakit melalui perbandingan lembar resume medis, ringkasan masuk keluar dan perbandingan perhitungan tanggal lahir dan umur pasien, tidak terisi atau perhitungan tidak sesuai. Pengambilan sampel pasien JKN rawat inap pada periode Januari, Februari dan Maret tahun 2016 di RSUD Ratu Zalecha Martapura, dari sampel 96 pasien JKN terdapat 11 sampel data rekam medis termasuk dalam kategori tidak valid, dari 11 data rekam medis yang tidak valid terdapat 7 diagnosa penyakit yang tidak valid dan 4

data rekam medis tidak valid bagian umur pasien yang tidak sesuai dengan perhitungan tanggal lahir, dan sisa sampel sebanyak 85 sampel kategori valid.

Pembahasan

A. Alur Pelaporan Eksternal (RL 4a dan RL 5) Rekam Medis Pasien JKN

Berdasarkan hasil penelitian di RSUD Ratu Zalecha Martapura didapatkan bahwa alur pelaporan eksternal (RL 4a dan RL 5.) Di RSUD Ratu Zalecha Martapura terdapat keterlambatan pada pengiriman data rekam medis dari ruangan rawat inap ke UKRM, dan keterlambatan pada pengembalian rekam medis oleh dokter untuk perbaikan data rekam medis yang belum lengkap. Dampak dari keterlambatan pengembalian tersebut adalah pelaporan klaim yang terlambat dan pelaporan yang terlambat. Sebaiknya di UKRM khususnya pada bagian analisis diberlakukan tentang validasi dan verifikasi pada bagian data rekam medis. Validasi dan verifikasi yang dilakukan pada data rekam medis dapat membuat laporan eksternal (RL 4a dan RL 5) akurat, akuratnya data pelaporan akan berdampak baik bagi kepentingan Rumah Sakit.

B. Standar Prosedur Operasional (SPO) Pelaporan RL 4a dan RL 5

Di RSUD Ratu Zalecha Martapura SPO pengolahan data eksternal formulir SHRI yang telah diisi oleh petugas Admin Ruang rawat inap diserahkan setiap hari ke Unit Kerja Rekam Medis, sedangkan yang terjadi dilapangan berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti di RSUD Ratu Zalecha Martapura pelaksanaan pengolahan data sudah sesuai dengan SPO yang ada, hanya saja terjadi keterlambatan pada SHRI yang tidak dikirimkan setiap harinya oleh petugas admin ruangan rawat inap ke Unit Kerja Rekam Medis (UKRM).

Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2012 Tentang Pedoman Penyusunan Standar Prosedur Operasional Administrasi Pemerintahan tentang Standar Prosedur Operasional adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas organisasi, bagaimana dan kapan harus

dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan. Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di Rumah Sakit harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan Rumah Sakit, standar operasional prosedur yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien (13).

1. Prosedur Pengembalian Rekam Medis

Berdasarkan penelitian yang dilakukan peneliti di RSUD Ratu Zalecha Martapura prosedur pengembalian rekam medis sudah berjalan sesuai dengan SPO, hanya saja terdapat keterlambatan pada pengembalian rekam medis dari ruangan pelayanan ke UKRM dimana rekam medis di kirim lebih dari 2x24 jam, pada saat rekam medis dikembalikan ke ruang rekam medis harus dianalisa kelengkapannya oleh petugas analisis, apabila rekam medis bagian diagnosa tidak lengkap rekam medis dikembalikan lagi ke dokter yang bersangkutan. Dalam melengkapi rekam medis yang dilakukan oleh dokter juga mengalami keterlambatan.

C. Proses Pengumpulan, Validasi dan Verifikasi Pelaporan Eksternal (RL 4a dan RL 5)

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan di RSUD Ratu Zalecha Martapura pengumpulan data rekam medis dari ruangan pelayanan rawat inap mengalami keterlambatan dimana data rekam medis seharusnya dikirim dalam waktu maksimal 2x24 jam setelah pasien pulang, sedangkan yang terjadi dilapangan pengiriman data rekam medis ke UKRM bisa mencapai 5 hari lamanya.

Proses pengumpulan data pertama kali disuatu fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan di Unit Rekam Medis pada urusan penerimaan pasien. Data ditempatkan penerimaan pasien dijadikan sebagai sumber data pasien yang berobat di klinik, bangsal, atau pelayanan penunjang. Setelah mendapatkan masukan data dari penerimaan pasien dan bagian pelayanan medis data akan diproses melalui tahapan penyusunan, pengecekan kelengkapan, pengkodean, pengindekan, dan rekap laporan. Pada proses ini kegiatan pengelolaan rekam medis manual sangat nyata bentuk kegiatannya. Artinya kegiatan rekam medis manual tahapan proses

tersebut dapat diamati satu-persatu. Sedangkan untuk kegiatan rekam medis elektronik kegiatan tersebut akan secara otomatis terisikan dari pertama kali petugas memasukan data sesuai dengan bagiannya. Data yang ada di komputer ini langsung dapat dijadikan perhitungan statistik pelaporan tanpa menghitung manual dan sensus, register, atau berkas rekam medis. Hal ini juga tergantung pada pada sistem informasi yang digunakan untuk menyelenggaraan rekam medis elektronik. Hasil akhir kegiatan adalah informasi kesehatan yang, cepat, tepat dan akurat pada fasilitas pelayanan kesehatan. Informasi tersebut dapat berupa jumlah kunjungan pasien kepada bagian tertentu, jumlah pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan. Informasi tersebut dapat disajikan untuk kepentingan internal Rumah Sakit maupun pelaporan keluar Rumah Sakit (2).

1. Validasi dan Verifikasi Pelaporan Eksternal (RL 4a dan RL 5)

Hasil penelitian yang dilakukan peneliti di RSUD Ratu Zalecha Martapura pengumpulan data rekam medis tidak tepat waktu. Data rekam medis belum dilakukan verifikasi hanya saja pada diagnosa dokter sudah dilakukan, untuk data yang lainnya berupa angka atau perhitungan belum dilakukan verifikasi oleh pihak Rumah Sakit. Bagian validasi data rekam medis yang diperiksa ada data yang kurang valid adalah bagian diagnosa formulir resume medis, ringkasan masuk keluar, dimana kedua data dibandingkan dan terdapat data yang kurang sesuai atau bisa dikatakan data kurang valid. Data yang kurang valid sudah dilakukan verifikasi oleh petugas analisiske bagian pelayanan, hanya saja diagnosa dikembalikan ke UKRM lagi tanpa adanya perbaikan oleh dokter yang bersangkutan, sehingga didapatkan hasil bahwa sebagian data rekam medis tersebut kurang valid. Ahli madya rekam medis dan informasi kesehatan harus mampu melaksanakan pengumpulan, validasi dan verifikasi data sesuai ilmu statistik Rumah Sakit (8).

D. Hasil Pelaporan Eksternal (RL 4a dan RL 5)

Berdasarkan hasil perhitungan didapatkan hasil data rekam medis

kevalidan diagnosa penyakit melalui perbandingan lembar resume medis, ringkasan masuk keluar dan kesesuaian tanggal lahir dan umur pada pasien Jaminan Kesehatan Nasional rawat inap pada periode Januari, Februari dan Maret tahun 2016 di RSUD Ratu Zalecha Martapura, dari sampel 96 pasien JKN terdapat 11 sampel data rekam medis termasuk dalam kategori kurang valid dan 85 sampel kategori valid.

Pembuatan pelaporan rumah sakit merupakan salah satu kewenangan perekam medis. Ahli madya rekam medis dan informasi kesehatan harus mampu melaksanakan pengumpulan, validasi dan verifikasi data sesuai ilmu statistik Rumah Sakit (8).

Hasil akhir kegiatan dari informasi kesehatan yang, cepat, tepat dan akurat pada fasilitas pelayanan kesehatan. Informasi tersebut dapat berupa jumlah kunjungan pasien kepada bagian tertentu, jumlah pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan. Informasi tersebut dapat disajikan untuk kepentingan internal Rumah Sakit maupun pelaporan keluar Rumah Sakit (2).

Kesimpulan

Alur pelaporan di RSUD Ratu Zalecha adanya keterlambatan pengiriman data rekam medis setelah pasien pulang dari ruangan ke Unit Kerja Rekam Medis (UKRM).

Standar Prosedur Operasional (SPO) pelaporan di RSUD Ratu Zalecha Martapura dalam pelaksanaan pengumpulan Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) dan data rekam medis terjadi keterlambatan.

Proses pengumpulan data dari ruangan ke UKRM tidak tepat waktu sebagian data belum valid, dan verifikasi pelaporan eksternal (RL 4a dan RL 5) belum dilakukan.

Hasil pelaporan eksternal (RL 4a dan RL 5) di RSUD Ratu Zalecha Martapura terdapat 11,5% data rekam medis pada ringkasan masuk keluar dan resume medis pada bagian diagnosa dan umur yang belum valid.

Daftar Pustaka

1. Depkes RI. 2010. *Permenkes RI. Nomor 340 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit.*

- Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
2. Budi, S.C. 2011. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis.* Yogyakarta : Quantum Sinergis Media.
 3. Depkes RI. 2008. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis.* Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
 4. Huffman, Edna. K. 1994. *Sistem Statistik.* Yogyakarta : Quantum Sinergis Media.
 5. Depkes RI. 2011. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1171 tahun 2011, tentang Sistem Informasi Rumah Sakit.* Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
 6. Rustiyanto, Ery. 2015. *Etika Profesi dan Hukum Kesehatan dalam Manajemen Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan.* Yogyakarta: Politeknik Kesehatan Permata Indonesia/PI Press.
 7. Undang-Undang RI. 2004. Nomor 40 Tahun 2004 Tentang *Sistem Jaminan Sistem Nasional.* Jakarta : Indonesia.
 8. Kemenkes RI. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis.* Jakarta : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
 9. Azwar, S. 2011. *Tes Prestasi: Fungsi Dan Pengembangan Pengukuran Prestasi Belajar.* Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
 10. Adam, Hatta. 2005. *Quality Management Systems-Fundamentals and vocabulary* Mei 2016.
 11. Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan* Jakarta : Rineka Cipta.
 12. Darmawan, Deni. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif.* Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.
 13. Depkes RI. 2009. *Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.* Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia.