

**Medical Record Audit of Patients with Diabetes Mellitus,
Gastroenteritis, and Pneumonia : Audit Rekam Medis Pasien
Diabetes Mellitus, Gastroenteritis, dan Pneumonia**

Eka Nur Safitri¹⁾ , Mohammad Tajuddin²⁾, Cholifah, Umi Khoirun Nisak³⁾

¹⁾Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo,
Indonesia

²⁾ Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo,
Indonesia

*Email Penulis Korespondensi: umikhoirun@umsida.ac.id

Abstract. General Background: Hospitals provide comprehensive health services and require complete medical record documentation to ensure quality care and accreditation. Specific Background: Incomplete medical records reduce the reliability of health data and hinder administrative and insurance processes. Knowledge Gap: Limited studies have analyzed the completeness of inpatient medical records for specific diseases in Indonesian hospitals. Aims: This study aims to analyze the completeness of medical record audits for patients with Diabetes Mellitus, Gastroenteritis, and Pneumonia at Bhayangkara Pusdik Shabara Porong Hospital. Results: Quantitative analysis of 76 inpatient records (34 Diabetes Mellitus, 25 Gastroenteritis, and 17 Pneumonia) from October 2021–October 2022 revealed that the completeness of social data review was 23.7%, record evidence 30.3%, record validity 67.1%, and recording procedure 56.6%. Novelty: The study provides a disease-specific evaluation of medical record completeness using standardized criteria. Implications: Findings highlight the need for continuous audits to improve documentation accuracy, ensure compliance with accreditation standards, and support hospital administration.

Highlights:

1. Medical record audits revealed low completeness in social data and record evidence.
2. Record validity was relatively higher but still below standard requirements.
3. Continuous audits are essential for accreditation and service quality improvement.

Keywords: Hospital, Medical Record Audit, Diabetes Mellitus, Gastroenteritis, Pneumonia

Published : 15-08-2025

Introduction

Rumah sakit adalah fasilitas pelayanan medis yang mutlak oleh semua kalangan masyarakat dalam upaya untuk menaikkan tingkat yang diperlukan kesehatan individu dan masyarakat secara keseluruhan. Untuk memenuhi kebutuhan tersebut, rumah sakit

Indonesian Journal on Health Science and Medicine

Vol 2 No 2 (2025): October

ISSN 3063-8186. Published by Universitas Muhammadiyah Sidoarjo
Copyright © Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of
the Creative Commons Attribution License (CC-BY).

<https://doi.org/10.21070/ijhsm.v2i2.220>

perlu menyediakan pelayanan yang baik dan memuaskan pasien. Itu sebabnya rumah sakit harus dapat meningkatkan kualitas pelayanannya, antara lain peningkatan kualitas kelengkapan penyusunan rekam medis [1]. Saat ini, rumah sakit dan profesional kesehatan rentan terhadap tuntutan mulai dari tuntutan kualitas pendokumentasian rekam medis, tuntutan tunjangan karyawan, tuntutan hukum dari pihak pasien maupun dari pesaing rumah sakit lain. Maka dari itu diperlukan upaya peningkatan mutu pelayanan, termasuk kelengkapan dokumen rekam medis guna menunjang akreditasi suatu rumah sakit[2].

Dalam memberikan pelayanan kesehatan, rumah sakit harus mampu menyediakan data dan informasi medis untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di kalangan masyarakat dapat dilakukan kegiatan audit ini harus secara berkala minimal 3 tahun sekali [3]. Salah satu upaya untuk memberikan data dan informasi yang akurat maka diperlukan audit rekam medis. Kegiatan audit merupakan peranan penting dalam pengakreditasi rumah sakit, maka dalam memberikan pelayanan kesehatan, rumah sakit harus mampu menyediakan data dan informasi medis untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di kalangan masyarakat. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia No.129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit menjelaskan bahwa kelengkapan atau penyusunan rekam medis adalah 100%[4]. Audit rekam medis dapat menentukan apabila adanya kekurangan ataupun pengoreksian yang dapat dilakukan segera pada saat pasien masih dirawat. Audit rekam medis dapat dianggap berkualitas sangat baik jika dapat dibaca, dapat diandalkan, akurat, lengkap, konsisten, jelas dan tepat. Oleh karena itu, dengan adanya ketentuan tersebut maka ketidaklengkapan rekam medis dapat dikurangi sehingga berkas rekam medis tersebut bisa dikatakan berkualitas dan lengkap[5].

Peneliti menemukan pada Rumah Sakit Bhayangkara Pusdik Shabara Porong baru terlaksanakannya kegiatan audit pendokumentasian rekam medis "kegiatan audit baru dilakukan beberapa bulan yang lalu oleh petugas rekam medis yang baru" ujar salah satu senior petugas rekam medis. kegiatan seperti diatas harus dilakukan secara intens, karena berkas rekam medis rawat inap yang belum lengkap berpengaruh pada data informasi rekam medis[6]. Mengingat rekam medis merupakan salah satu standar yang harus dipenuhi oleh rumah sakit untuk mendapatkan predikat akreditasi[1]. Jika audit rekam medis tidak dilakukan maka akan muncul beberapa dampak seperti :

Terhambatnya proses klaim asuransi oleh pihak ketiga yaitu BPJS Kesehatan karena didalamnya terdapat penulisan diagnosa utama dan juga diagnosa tambahan lainnya yang berpengaruh terhadap besaran klaim asuransi yang diajukan [7], Terhambatnya ketertiban administrasi dimana dokumen rekam medis yang seharusnya sudah berada di ruang rekam medis atau penyimpanan, masih dikembalikan lagi ke dokter penanggung jawab untuk dilengkapi [8].

Methods

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kuantitatif yang dilakukan dengan menjelaskan serta menggambarkan variabel-variabel yang akan diamati atau dikumpulkan. Rancang bangun dengan cross-sectional yang dilakukam dengan cara mengumpulkan data dalam waktu bersamaan dengan penelitian. Dimana penelitian ini menggunakan checklist sesuai dengan PERMENKES RI No.269/Menkes/Per/III/2008 seperti identitas pasien, tanggal dan waktu, pengobatan dan atau tindakan, nama dan tanda tangan dokter, perbaikan kesalahan dibubuhi tanda tangan tanpa dihapus yang kemudian digambarkan dengan tabulasi hasil penelitian sesuai keadaan yang sebenarnya dan pengambilan datanya secara retrospektif (setelah pasien pulang)[10].

Pengambilan data dilakukan pada bulan Oktober 2021 sampai dengan Oktober 2022. Dokumen rekam medis yang dianalisis adalah 76 berkas rekam medis yang dikategorikan sebagai berikut : 34 dokumen rekam medis pasien dengan diagnosa Diabetes Mellitus, 25 dokumen rekam medis pasien dengan diagnosa Gastro Enteritis, dan 17 dokumen rekam medis pasien dengan diagnosa Pneumonia. Dari setiap 1 dokumen yang dianalisis meliputi : Formulir Lembar Masuk dan Keluar RS , Formulir Surat Persetujuan Umum / General Consent, Formulir Pemberian Informasi Tata Tertib, Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi, Formulir Assesment Awal Keperawatan RI, Formulir Resume Medis.

Pengumpulan data sesuai audit rekam medis ada 4 komponen yang terdiri dari : Data Sosial Pasien (Nama lengkap, Nomor RM, Alamat lengkap, Jenis kelamin, Usia, Orang yang dapat dihubungi,TTD persetujuan), Bukti Rekaman Pasien (Pemeriksaan Penunjang, Catatan Keluhan), Keabsahan Rekaman Pasien (Tanggal Pemeriksaan, Nama Terang DPJP, TTD DPJP), Tata cara mencatat (Tanggal Pelayanan, Waktu Pelayanan, Penulisan Tetap Sesuai Baris, Koreksi Tidak Ada Tipe-ex)[11].

Indonesian Journal on Health Science and Medicine

Vol 2 No 2 (2025): October

ISSN 3063-8186. Published by Universitas Muhammadiyah Sidoarjo
Copyright © Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of
the Creative Commons Attribution License (CC-BY).

<https://doi.org/10.21070/ijhsm.v2i2.220>

Kriteria penelitian terdapat 4 evaluasi penilaian (M) yaitu Meet adalah penilaian untuk dokumen rekam medis yang terisi lengkap . (NI) yaitu Need Improvement adalah penilaian untuk dokumen rekam medis yang masih ada bagian terisi kurang seperti alamat kurang lengkap sehingga perlu perbaikan, (NM) yaitu Not Met adalah penilaian untuk dokumen rekam medis yang tidak terisi secara lengkap , (NA) yaitu Not Applicable adalah penilaian dokumen rekam medis yang tidak terisi sama sekali sehingga kosong[12]. Kemudian dari kategori tersebut dirubah menjadi angka dengan metode suksesif interval untuk memenuhi syarat suatu uji, dikatakan suatu dokumen rekam medis lengkap jika prosentasi penilaian mencapai 100% dari seluruh penilaian tersebut.

Results and Discussion

3.1 Hasil

Tabel 1. Data Sosial Rekam Medis Pasien Diabetes Mellitus, Gastro Enteritis, dan Pneumonia di Rumah Sakit Bhayangkara Pusdik Shabara Porong

No	Data Sosial Pasien	Jumlah	Presentase	No	Data Sosial Pasien	Jumlah	Presentase
1	Nama Lengkap	76	100%	4	Usia		
2	No Rm	76	100%		M (ada)	18	23,7%
3	Alamat Lengkap				NM (tidak ada)	58	76,3%
	M (ada)	48	63,2%	5	Orang Yang Dapat Dihubungi		
	NI (Ada & Perbaikan)	19	25%		M (ada)	63	82,9%
	NM (tidak ada)	9	11,8%		NM (tidak ada)	13	17,1%

No	Data Sosial Pasien	Jumlah	Presentase	No	Data Sosial Pasien	Jumlah	Presentase
6	Jenis Kelamin			7	TTD Persetujuan		
	M (ada)	63	82,9%		M (ada)	18	89,5%
	NM (tidak ada)	13	17,1%		NM (tidak ada)	58	10,5%

Tabel 1 menjelaskan bahwa analisis audit rekam medis pasien penyakit Diabetes Mellitus, Gastro Enteritis, dan Pneumonia pada komponen data sosial pasien dari 76 berkas rekam medis yaitu untuk kelengkapan tertinggi yaitu pada item nama dan nomor rekam medis pasien sebanyak 100%. Ketidak lengkapan tertinggi pada item usia sebanyak 23,7%, dimana tidak kekonsistensian penulisan usia pada keseluruhan formulir sehingga perlu perbaikan dalam kelengkapan usia pasien tersebut. Sedangkan penulisan usia secara lengkap akan sangat berpengaruh terhadap proses input data dan pencarian dokumen rekam medis, apalagi jika sudah menggunakan sistem komputerisasi[14].

Identitas pasien merupakan data demografi yang harus diisi secara lengkap, jika tidak terisi maka akan berdampak tidak dapat memberikan informasi identitas pasien sebagai basis data statistik, penelitian dan sumber perencanaan rumah sakit atau

organisasi pelayanan kesehatan[13].jika dilihat pada ketentuan yang baru yaitu Peraturan Menteri Kesehatan No 24 Tahun 2022 ayat (1) mejelaskan bahwa identitas pasien paling sedikit berisi nama pasien, nomor rekam medis, nama pasien, Nomor Induk Kependudukan (NIK), agama , pekerjaan, pendidikan, dan status perkawinan.

Tabel 2. Bukti Rekaman Rekam Medis Pasien Diabetes Mellitus, Gastro Enteritis, dan Pneumonia di Rumah Sakit Bhayangkara Pusdik Shabara Porong.

No	Bukti Rekaman Pasien	Jumlah	Presentase
1	Pemeriksaan Penunjang		
	M (ada)	23	30,3%
	NM (tidak ada)	53	69,7%
2	Catatan Keluhan		
	NI (Ada & Perbaikan)	68	89,5%
	NM (tidak ada)	8	10,5%

Tabel 2 menjelaskan bahwa analisis audit rekam medis penyakit Diabetes Mellitus, Gastro Enteritis, dan Pneumonia dari 76 berkas rekam medis pada komponen bukti rekaman pasien yaitu kelengkapan tertinggi pada item catatan keluhan yaitu sebanyak 89,5% sedangkan ketidaklengkapan tertinggi pada item pemeriksaan penunjang sebanyak 30,3%.

Rekam medis pasien rawat inap sekurang-kurangnya harus memuat adanya hasil anamnesa yang mencakup keluhan dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang yang dilakukan kepada pasien [6]. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh [15] menerangkan bahwa rekam medis merupakan informasi yang berkaitan dengan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan medis, sehingga pengisian kelengkapan pada item pemeriksaan penunjang sangat berpengaruh. Jika ada ketidaklengkapan pada pemeriksaan penunjang, maka informasi ketidakjelasan pada hasil laboratorium ini sangat berpengaruh pada penegakan diagnosa, tindakan, serta obat.

Tabel 3. Keabsahan Rekaman Rekam Medis Pasien Diabetes Mellitus, Gastro Enteritis, dan Pneumonia di Rumah Sakit Bhayangkara Pusdik Shabara Porong.

No	Keabsahan Rekaman Pasien	Jumlah	Presentase
1	Tanggal Pemeriksaan		
	M (ada)	51	67,1%
	NM (tidak ada)	25	32,9%
2	Nama Terang DPJP		
	NI (Ada & Perbaikan)	56	73,7%
	NM (tidak ada)	20	26,3%
3	TTD DPJP		
	M (ada)	54	71,1%
	NM (tidak ada)	22	28,9%

Indonesian Journal on Health Science and Medicine

Vol 2 No 2 (2025): October

ISSN 3063-8186. Published by Universitas Muhammadiyah Sidoarjo
Copyright © Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of
the Creative Commons Attribution License (CC-BY).

<https://doi.org/10.21070/ijhsm.v2i2.220>

Tabel 3 menjelaskan bahwa analisis audit rekam medis penyakit Diabetes Mellitus, Gastro Enteritis, dan Pneumonia dari 76 berkas rekam medis pada komponen keabsahan rekaman yaitu kelengkapan tertinggi pada item nama terang DPJP yaitu sebanyak 73,7%, sedangkan untuk ketidaklengkapan tertinggi pada item tanggal pemeriksaan yaitu sebanyak 67,1%.

Keabsahan rekaman pasien pada dokumen berkas rekam medis mencakup tanggal pemeriksaan, nama terang serta TTD oleh DPJP. Apabila suatu saat terjadi permasalahan, bukti keabsahan bisa menjadi alat pertanggungjawaban berlandaskan hukum sesuai PERMENKES No.749 a Tahun 1989 : "setiap pencatatan berkas rekam medis harus disertakan nama, dan tanda tangan petugas atau tenaga kesehatan yang telah memberikan pelayanan kepada pasien". Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh [9] dalam jurnalnya yang menjelaskan bahwa nama dan tanda tangan yang memberikan pelayanan kesehatan harus disertakan tiap pengisian berkas rekam medis.

Tabel 4. Tata Cara Mencatat Rekam Medis Pasien Diabetes Mellitus, Gastro Enteritis, dan Pneumonia di Rumah Sakit Bhayangkara Pusdik Shabara Porong.

No	Tata Cara Mencatat Pasien	Jumlah	Presentase
1	Tanggal Pemeriksaan		
	M (ada)	58	76,3%
	NM (tidak ada)	18	23,7%
2	Nama Terang DPJP		
	NI (Ada & Perbaikan)	43	56,6%
	NM (tidak ada)	33	43,4%
3	Penulisan Barisan Sesuai Baris	76	100%
4	Koreksi (ada tipe-ex)	76	100%

Tabel 4 menjelaskan bahwa bahwa analisis audit rekam medis penyakit Diabetes Mellitus, Gastro Enteritis, dan Pneumonia dari 76 berkas rekam medis pada komponen tata cara mencatat pasien yaitu kelengkapan tertinggi pada item penulisan yang memang sudah sesuai barisan dan koreksian bahwa keseluruhan formulir tidak ada coretan berupa tipe-ex sebanyak 100%, sedangkan ketidaklengkapan tertinggi pada item waktu pelayanan yaitu sebanyak 56,6%.

Pencatatan dokumen rekam medis harus dilakukan dengan benar mulai tanggal pelayanan, waktu pelayanan, penulisan sesuai baris, dan sesuai dengan ketentuan yang ada. Jika ada kesalahan dalam penulisan tidak boleh langsung dicoret menggunakan tipe-ex melainkan yang salah digaris satu kali lalu dibubuhi dengan paraf. Pernyataan ini diperkuat dengan adanya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.749a/MENKES/PER/XII/1989 pasal 6 yang berbunyi : "Pembetulan kesalahan catatan dilakukan pada tulisan yang salah dan diberi paraf oleh petugas yang bersangkutan, Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan".

3.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil wawancara kepada petugas terkait komponen identitas pasien dalam kelengkapan berkas rekam medis secara keseluruhan sudah memahami pentingnya data demografi pasien (identitas pasien) bahkan dalam identitas pasien sudah ada label khusus hanya saja terdiri dari item nama, nomor rekam medis, dan tgl lahir. Data sosial pasien bisa disebut dengan identitas pasien merupakan identitas yang bersifat permanen pada pribadi pasien dan sangat penting misalnya, nama, tgl lahir, umur, jenis kelamin, alamat, dan lain lain termasuk nomor rekam medis yang diberikan pada tiap pasien. Oleh sebab itu item yang terdapat pada komponen data sosial yang telah disediakan dalam setiap formulir agar diisi dan dilengkapi [4].

Terkait kebijakan serta standar pelayanan minimal yang harus diberikan kepada pasien dalam penerapannya ada yang masih belum maksimal. Sesuai dengan pendapat [7], bahwa setiap melakukan pelayanan pasien harus menyertakan bukti rekaman adanya jam, tanggal, dan laporan-laporan yang seharusnya ada dengan kelengkapan adanya hasil dan pencatatan yang lengkap dan akurat sangat membantu saat mengambil keputusan tentang terapi, tindakan dan penentuan diagnosis pasien serta kesinambungan pelayanan.

Kurangnya pemahaman tentang pentingnya keabsahan rekaman pasien sebagai bukti otentik telah diberikan saat pelayanan kepada pasien, sehingga kualitas pelayanan yang dihasilkan masih belum dikatakan akurat. Para dokter, perawat atau tenaga medis harus membubuhkan tanda tangan dan nama terang setiap saat melakukan pencatatan hasil pemeriksaan terhadap pasien setelah menerima pelayanan di rumah sakit sesuai dengan kewenangan yang telah ada, disisi lain hal tersebut dapat berfungsi sebagai bukti otentik yang dapat dipertanggung jawabkan secara hukum.

Dalam kelengkapan berkas rekam medis tersebut diantaranya karena kurang kekonsistensian dalam melakukan pencatatan. Beberapa tanggal dan waktu pelayanan yang masih kosong, hal ini menyebabkan dokumen tersebut masih belum lengkap dan tidak akurat. Menurut [4] semua pencatatan harus ditanda tangani oleh dokter, perawat, atau tenaga medis lainnya sesuai dengan kewenangan setelah menerima pelayanan di rumah sakit dan membubuhkan nama terang serta diberi tanggal dan waktu pelayanan.

Conclusions

Adanya ketidklengkapan pada dokumen rekam medis sehingga mempengaruhi keakuratan dokumen rekam medis. Sehingga kegiatan audit dapat dijadikan sebagai salah satu upaya untuk mengurangi ketidaklengkapan dokumen rekam medis, terutama pada bagian identitas social pasien.

Conflict of interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

Indonesian Journal on Health Science and Medicine

Vol 2 No 2 (2025): October

ISSN 3063-8186. Published by Universitas Muhammadiyah Sidoarjo
Copyright © Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of
the Creative Commons Attribution License (CC-BY).

<https://doi.org/10.21070/ijhsm.v2i2.220>

Ethical Clearance: The research Ethical Committee at scientific research by ethical approval of both environmental and health and higher education and scientific research ministries in Iraq.

References

- [1] T. Wahyu Pamungkas, T. Marwati, and Universitas Ahmad Dahlan, "Analisis Ketidاكلengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis," 2010.
- [2] A. A. Hanafiah and M. Jusuf, *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*. Jakarta, Indonesia: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2012.
- [3] Komisi Akreditasi Rumah Sakit, *SNARS Edisi 1: Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit*, vol. 1. Jakarta, Indonesia: KARS, 2017.
- [4] Menteri Kesehatan Republik Indonesia, *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta, Indonesia: Kemenkes RI, 2008.
- [5] L. Widjaya and S. Siswati, "Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian terhadap Kelengkapan Rekam Medis," *J. Manaj. Inf. Kesehat. Indones.*, vol. 7, no. 1, pp. 51–59, 2019, doi: 10.33560/jmiki.v7i1.220.
- [6] L. Widjaya, *Manajemen Mutu Informasi Kesehatan III*. Jakarta, Indonesia: Universitas Esa Unggul Press, 2018.
- [7] S. J. Swari and M. Verawati, "Faktor Penyebab Ketidاكلengkapan Pengisian Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit," *J-REMI: J. Rekam Med. dan Inf. Kesehat.*, vol. 3, no. 4, pp. 269–275, 2022, doi: 10.25047/j-remi.v3i4.3256.
- [8] C. Lihawa, M. Mansur, and T. W. S., "Faktor Penyebab Ketidاكلengkapan Pengisian Rekam Medis Dokter di Ruang Rawat Inap RSI Unisma Malang," *J. Kedokt. Brawijaya*, vol. 28, no. 2, pp. 119–123, 2015.
- [9] Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung, Indonesia: Alfabeta, 2011.
- [10] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis*. Jakarta, Indonesia: Kemenkes RI, 2008. [Online]. Available: <http://dinkes.surabaya.go.id>
- [11] L. Widyaningrum, "Pengaruh Pre-Akreditasi JCI terhadap Kelengkapan Data Rekam Medis Resume Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta,"

Indonesian Journal on Health Science and Medicine
Vol 2 No 2 (2025): October

ISSN 3063-8186. Published by Universitas Muhammadiyah Sidoarjo
Copyright © Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of
the Creative Commons Attribution License (CC-BY).

<https://doi.org/10.21070/ijhsm.v2i2.220>

- INFOKES: J. Inform. Kesehat., vol. 3, no. 3, pp. 1–13, 2013. [Online]. Available:
<https://ejournalinfokes.apikescm.ac.id/index.php/infokes/article/view/112>
- [12] Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit. Jakarta, Indonesia: Kemenkes RI, 2010.
- [13] G. Hatta, Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Pelayanan Kesehatan. Jakarta, Indonesia: Universitas Indonesia Press, 2010.
- [14] Hardani et al., Buku Metode Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif. Yogyakarta, Indonesia: Pustaka Ilmu, 2020.
- [15] U. K. Nisak, Buku Ajar Pengantar Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Yogyakarta, Indonesia: Pustaka Baru Press, 2019.