

PERBANDINGAN KELENGKAPAN PENGISIAN RESUME MEDIS PASIEN RAWAT INAP JAMINAN BPJS DAN NON BPJS TERHADAP PENAGIHAN BIAYA DI RSUD KABUPATEN KARIMUN KEPULAUAN RIAU

Sumiati¹, Siswati²

^{1,2}Universitas Esa Unggul, Jakarta

Jalan Arjuna Utara No.9, Kebon Jeruk, Jakarta 11510

miasumiati56@gmail.com

Abstrak

Kelengkapan resume medis merupakan salah satu syarat pemberkasan administrasi penagihan biaya. Jenis jaminan pembayaran pasien yang terdapat di RSUD Kabupaten Karimun Kepulauan Riau terdiri dari jaminan BPJS dan non BPJS. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbandingan kelengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap jaminan BPJS dan non BPJS terhadap penagihan biaya. Jenis penelitian adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan studi analitik, menggunakan rancangan cross sectional study. Populasi adalah seluruh resume medis pasien jaminan periode Juli sampai September 2014. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 61 resume medis untuk jaminan BPJS dan 59 resume medis untuk jaminan non BPJS. Analisa data menggunakan uji chi square dan uji *t independent*. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata persentase kelengkapan pengisian resume medis pasien BPJS 86.31%, standar deviasi 7.79% sedang rata-rata kelengkapan pengisian resume medis pasien jaminan non BPJS 83.45%, standar deviasi 7,36%. Dimana diperoleh hasil bahwa ada perbedaan antara kelengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap jaminan BPJS dengan non BPJS, dari ada perbedaan proporsi penagihan antara jaminan BPJS dan non BPJS

Kata kunci : Kelengkapan pengisian resume medis, jaminan, penagihan biaya

Pendahuluan

Untuk menunjang kesehatan dalam masyarakat dibutuhkan sarana pelayanan kesehatan, baik berupa praktek dokter klinik, puskesmas maupun rumah sakit. Sarana pelayanan kesehatan di rumah sakit memiliki berbagai pelayanan kesehatan yang bersifat preventif, kuratif, rehabilitatif dan promotif. Semua kegiatan dilakukan guna mencapai tujuan kesehatan yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Untuk memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang lebih variatif pelayanannya, rumah sakit merupakan pilihan yang tepat.

Berbagai pilihan pelayanan kesehatan yang diharapkan selalu berhubungan dengan pembiayaan. Pembiayaan kesehatan tersebut dapat diterjemahkan sebagai dana yang harus dikeluarkan oleh pasien untuk mendapat pelayanan kesehatan yang diharapkan. Biaya pelayanan kesehatan yang terus meningkat dari tahun ke tahun karena adanya tuntutan dan teknologi. Berbagai pihak berupaya untuk melakukan pengendalian biaya pelayanan kesehatan dengan berbagai cara pembayaran.

Secara umum pembayaran di rumah sakit dapat dibagi dua yaitu dengan cara sistem pembayaran retrospektif dan sistem pembayaran prospektif. Sistem pembayaran

retrospektif artinya besaran biaya dan jumlah biaya yang harus dibayar oleh pasien ditetapkan setelah pelayanan diberikan. Sedangkan sistem pembayaran prospektif artinya pembayaran yang jumlahnya sudah disepakati di awal, meskipun pembayarannya dilakukan setelah pelayanan diberikan. Dan system inilah yang saat ini sedang dilaksanakan di rumah sakit-rumah sakit di Indonesia baik pemerintah maupun di beberapa rumah sakit swasta yang dikenal dengan program BPJS. Menurut peraturan Presiden Republik Indonesia No. 12 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan, BPJS kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Peserta BPJS adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Pelaksanaan BPJS Kesehatan dimulai sejak 01 Januari 2014 di rumah sakit pemerintah dan secara bertahap di rumah sakit swasta.

RSUD Kabupaten Karimun Kepulauan Riau adalah rumah sakit tipe C dengan kapasitas 164 tempat tidur. Berdasarkan data 2013, persentasi rasio tempat tidur terisi (BOR) 47.14% dan lama rawat (LOS) 4 hari. Rumah sakit ini telah RSUD Kabupaten Karimun telah melaksanakan Program BPJS sejak 01 Januari 2014. Jenis pembayaran

dan jaminan kesehatan pasien yang digunakan saat mendapat pelayanan kesehatan di rumah sakit terdiri dari: BPJS (PBI dan Non PBI), Jamkesda Karimun, Jamkesda Luar Karimun, Asuransi, Perusahaan, Dinas Sosial, dan Karyawan RSUD.

Untuk pelayanan pasien BPJS, rumah sakit telah memiliki alur dan prosedur penerimaan pasien yang ditetapkan oleh Direktur. Begitu juga untuk proses penagihan biaya. Menurut Munawir, S (2002), bahwa piutang adalah klaim kepada pelanggan atau pihak lain berupa uang, barang atau jasa. Untuk tujuan pelaporan digolongkan dalam piutang usaha dan piutang non usaha, dilaporkan pada neraca sebagai aktiva lancar (jangka pendek) atau aktiva (jangka panjang). Piutang lancar diperkirakan akan dapat diterima dalam satu tahun atau selama siklus operasi mana yang lebih lama. Untuk proses penagihan biaya jaminan BPJS maupun non BPJS, kelengkapan resume medis merupakan salah satu syarat dalam pemberkasan klaim verifikasi rawat inap pasien jaminan, khususnya BPJS. Resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien. Ketidaklengkapan resume medis adalah bagian dari ketidaklengkapan rekam medis, selain mempengaruhi penagihan biaya juga sangat mempengaruhi kegiatan pengelolaan rekam medis antara lain klasifikasi kodefikasi, pembuatan statistik kesehatan dan laporan baik internal maupun eksternal rumah sakit.

Rekam medis adalah kumpulan dari fakta-fakta yang berhubungan dengan keadaan kesehatan pasien, termasuk riwayat penyakit dan pengobatan masa lalu serta saat ini, yang ditulis oleh profesi kesehatan yang berkontribusi pada pelayanan pasien tersebut (Edna K. Huffman, 1994). Satu diantara kegunaan rekam medis adalah suatu rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan. Resume medis merupakan isi rekam medis pasien rawat inap. Menurut Hatta, Gemala R (2013) resume medis merupakan ringkasan dari seluruh masa perawatan dan pengobatan pasien sebagaimana yang telah diupayakan oleh para tenaga kesehatan dan pihak terkait. Lembar ini harus ditandatangani oleh dokter yang merawat pasien. Lazimnya informasi yang terdapat di dalamnya adalah mengenai

jenis perawatan yang diterima pasien, reaksi tubuh terhadap pengobatan, kondisi saat pulang serta tindak lanjut pengobatan setelah pulang perawatan.

Untuk mengetahui persentase kelengkapan resume medis pasien rawat inap perlu dilakukan analisis kuantitatif. Saat ini RSUD Kabupaten Karimun belum melakukan analisis kuantitatif terhadap rekam medis khususnya pada lembar resume. Analisis kuantitatif adalah telaah/review bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan, khususnya yang berkaitan dengan pencatatan rekam medis. (Widjaya, lily 2012).

Berdasarkan Permenkes No. 269/MenKes/Per/III/2008, bab II pasal 4 ayat (2) isi ringkasan pulang sekurang-kurangnya memuat: (1) identitas pasien; (2) diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat; (3) ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnose akhir, pengobatan dan tindak lanjut; (4) nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberi pelayanan kesehatan.

Tujuan dibuatnya resume adalah (1) menjamin kontinuitas pelayanan medis dengan kualitas yang tinggi serta sebagai bahan referensi yang berguna bagi dokter yang menerima, apabila pasien tersebut dirawat kembali di rumah sakit. (2) bahan penilaian staff medis rumah sakit (3) memenuhi permintaan dari badan-badan resmi atau perorangan tentang perawatan seorang pasien, misalnya dari perusahaan asuransi (dengan persetujuan pimpinan), (4) untuk memberikan tembusan kepada system ahli yang memerlukan catatan tentang pasien yang pernah mereka rawat (Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Revisi II tahun 2006).

Ketidaklengkapan pengisian resume medis pasien di RSUD Kabupaten Karimun menjadi salah satu masalah dalam penagihan biaya yang perlu melampirkan resume medis pasien. Dari hasil penelitian Desi Safitri (2013) diketahui bahwa ada hubungan antara kelengkapan resume medis rawat inap dan kecepatan penagihan klaim asuransi di Rumah Sakit Prikasi, Jakarta. Peneliti Imelda Retna Weningsih (2013) menambahkan ada hubungan antara kelengkapan resume medis dengan ketepatan pembayaran asuransi kesehatan di Rumah Sakit Santo Yusuf Baandung.

Dengan adanya program BPJS diharapkan kelengkapan resume medis

menjadi lebih baik karena resume digunakan sebagai salah satu syarat administrasi pemberkasan klaim tagihan. Menurut penelitian Tuty Suryanie (2013) bahwa ada perbedaan kelengkapan pengisian resume medis sebelum dan sesudah menggunakan INA-CBGs di RSUD Kabupaten Belitung.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui perbandingan antara kelengkapan pengisian resume pasien rawat inap jaminan BPJS dan non BPJS terhadap penagihan biaya di RSUD Kabupaten Karimun Kepulauan Riau..

Metode Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Unit Kerja Rekam Medis dan Unit Keuangan RSUD Kabupaten Karimun Kepulauan Riau pada 23 Desember 2014 sampai 02 Januari 2015. Sampel penelitian merupakan resume medis pasien rawat inap dengan jaminan, periode Juli - September 2014. Jumlah sampel sebanyak 120 resume medis yang terdiri dari 61 sampel resume medis pasien rawat inap jaminan BPJS dan 59 resume medis pasien rawat inap jaminan non BPJS. Sampel diambil secara acak sistematis (*systematic random sampling*). Variabel penelitian terdiri dari variabel independen kelengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap jaminan BPJS dan non BPJS dan variabel dependen adalah penagihan biaya. Analisa bivariate dilakukan untuk mengetahui perbedaan kelengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap jaminan BPJS dan resume medis pasien rawat inap jaminan non BPJS dengan uji beda dua mean independen yaitu uji t independen. Sedangkan untuk mengetahui hubungan kelengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap jaminan BPJS dan non BPJS terhadap penagihan biaya dengan menggunakan uji chi square.

Hasil dan Pembahasan

Dari hasil penelitian diperoleh gambaran penagihan biaya pelayanan pasien dari 61 sampel dengan jaminan BPJS sebanyak 31 tagihan (51%) yang sudah ditagih dan 30 tagihan (49%) yang belum ditagih. Sedangkan gambaran penagihan biaya pelayanan pasien dari 59 sampel dengan jaminan non BPJS sebanyak 44 tagihan (74,6%) yang sudah ditagih dan 15 tagihan (25,6%) yang belum ditagih.

Dari hasil analisis kuantitatif pada 27 dan 29 Desember 2014 terhadap resume medis pasien rawat inap jaminan BPJS

diperoleh rata-rata kelengkapan 86,31%, median 88,24%, standar deviasi 7,79%, persentasi kelengkapan terendah 71% dan tertinggi 100%. Sedangkan hasil analisis kuantitatif terhadap resume medis pasien rawat inap jaminan non BPJS diperoleh rata-rata kelengkapan 83,45%, median 82,35%, standar deviasi 7,36%, persentasi kelengkapan terendah 59% dan tertinggi 100%.

Sebelum melakukan analisis perbandingan kelengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap jaminan BPJS dan non BPJS, peneliti melakukan uji analisis hubungan kelengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap jaminan BPJS dan non BPJS terhadap penagihan biaya. Adapun hasil analisis tersebut adalah:

1. Analisis Hubungan Kelengkapan Pengisian Resume Medis Pasien Rawat Inap Jaminan BPJS terhadap Penagihan Biaya

Dari hasil analisis diperoleh persentase kelengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap jaminan BPJS yang lengkap lebih banyak yang sudah ditagih yaitu 53,1% (17 tagihan) dibandingkan yang lengkap dan belum ditagih yaitu 46,9% (15 tagihan).

Resume medis yang tidak lengkap lebih banyak yang belum ditagih yaitu 51,7% (15 tagihan) dibandingkan resume tidak lengkap yang sudah ditagih yaitu 48,3% (14 tagihan).

Hasil uji statistic dengan chi square diperoleh nilai $p=0.903$ ($p>0.05$), artinya H_0 gagal ditolak, dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara kelengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap jaminan BPJS dengan penagihan biaya. nilai $OR=1.214$ artinya penagihan biaya yang sudah ditagih mempunyai peluang 1,21 kali untuk lengkap dibandingkan penagihan biaya yang belum ditagih

2. Analisis Hubungan Kelengkapan Pengisian Resume Medis Pasien Rawat Inap Jaminan Non BPJS terhadap Penagihan Biaya

Dari hasil analisis diperoleh persentase kelengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap jaminan non BPJS yang lengkap lebih banyak yang sudah ditagih yaitu 90,9% (20 tagihan) dibandingkan yang lengkap dan belum ditagih yaitu 9,1% (2 tagihan).

Resume medis yang tidak lengkap lebih banyak yang sudah ditagih yaitu 64,9% (24 tagihan) dibandingkan resume tidak lengkap yang belum ditagih yaitu 35,1% (13 tagihan).

Hasil uji statistic dengan chi square diperoleh nilai $p=0.056$ dan $OR=5,417$ dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara kelengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap jaminan non BPJS dengan penagihan biaya. nilai $OR=5,417$ artinya penagihan biaya yang sudah ditagih mempunyai peluang 5,4 kali untuk lengkap dibandingkan penagihan biaya yang belum ditagih

Perbandingan Kelengkapan Pengisian Resume Medis Pasien Rawat Inap Jaminan Non BPJS dan Non BPJS

Rata-rata kelengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap jaminan BPJS 86,31% dengan standar deviasi 7,79%. Sedangkan rata-rata kelengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap jaminan non BPJS 83,45% dengan standar deviasi 7,36%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,041$ artinya ada perbedaan yang signifikan antara kelengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap jaminan BPJS dengan non BPJS.

Hubungan Jaminan Pembayaran Pasien dengan Penagihan Biaya

Dari hasil analisis diperoleh persentase tagihan jaminan BPJS yang sudah ditagih lebih banyak 50,8% (31 tagihan) dibandingkan yang belum ditagih 49,2% (30 tagihan). tagihan jaminan non BPJS yang sudah ditagih lebih banyak 74,6% (44 tagihan) dibandingkan dengan yang belum ditagih 25,4% (15 tagihan) hasil uji statistic diperoleh nilai $p=0,012$ dan $OR=2,839$ artinya ada perbedaan proporsi kejadian penagihan biaya antara jaminan BPJS dan non BPJS. Penagihan biaya yang sudah ditagih mempunyai peluang 2,8 kali untuk jaminan Non BPJS dibandingkan jaminan BPJS.

1. Hubungan Kelengkapan Pengisian Resume Medis Pasien Rawat Inap Jaminan BPJS terhadap Penagihan Biaya

Hasil uji statistic diperoleh nilai $p=0,903$ ($p\text{-value}>0,05$) artinya H_0 gagal ditolak, dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara kelengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap jaminan BPJS dengan penagihan

biaya. Nilai $OR=1.214$ artinya penagihan biaya yang sudah ditagih mempunyai peluang 1,21 kali untuk lengkap dibandingkan penagihan biaya yang belum ditagih.

Berdasarkan Buku Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan (2014), syarat verifikasi administrasi untuk penagihan biaya pasien rawat inap adalah : 1) surat perintah rawat inap, 2) Surat Eligibilitas Peserta (SEP), 3) resume medis yang mencantumkan diagnose dan prosedur serta ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pasien, 4) pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim di luar INA-CBG diperlukan tambahan bukti pendukung. Dapat disimpulkan sudah ditagih atau belum ditagih biaya pelayanan kesehatan pasien dengan jaminan BPJS tidak selalu karena resume medis belum lengkap, tetapi bisa disebabkan faktor lain.

Penagihan biaya untuk jaminan BPJS di RSUD Kabupaten Karimun dilakukan secara bertahap, yaitu dilakukan pada resume yang sudah lengkap. Resume yang lengkap tetapi belum ditagih karena terlambat dilengkapi. Kebanyakan resume medis diselesaikan pada beberapa hari berikutnya, bahkan beberapa minggu ataupun bulan kemudian. Resume medis menjadi bagian dari lembar rekam medis yang tidak lengkap pada saat dikembalikan ke Unit Kerja Rekam Medis. Perlu kerja sama antara perawat dan petugas rekam medis untuk saling mengingatkan dokter dalam melengkapi resume medis ≤ 24 jam setelah pasien rawat inap dinyatakan boleh pulang.

2. Hubungan Kelengkapan Pengisian Resume Medis Pasien Rawat Inap Jaminan Non BPJS terhadap Penagihan Biaya

Hasil uji statistic dengan chi square diperoleh nilai $p=0.056$ dan $OR=5,417$, dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara kelengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap jaminan non BPJS dengan penagihan biaya. nilai $OR=5,417$ artinya penagihan biaya yang sudah ditagih mempunyai peluang 5,4 kali untuk lengkap dibandingkan penagihan biaya yang belum ditagih.

Berdasarkan Buku Pedoman Penye-lenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, revisi

II tahun 2006, tujuan dibuatnya resume medis diantaranya adalah untuk memenuhi permintaan dari badan-badan resmi atau perorangan tentang perawatan seorang pasien, misalnya dari perusahaan asuransi (dengan persetujuan pimpinan).

Menurut penelitian Imelda Retna Weningsih (2013) bahwa ada hubungan antara kelengkapan resume medis dengan ketepatan pembayaran asuransi kesehatan. begitu juga menurut Desi Safitri (2013) ada hubungan kelengkapan resume medis rawat inap dengan kecepatan penagihan klaim asuransi.

Penagihan biaya untuk jaminan non BPJS dilakukan setiap periode pelayanan kesehatan pada bulan berikut. Untuk penagihan yang menggunakan resume medis pasien sebagai dokumen pendukung harus melengkapi resume medis pasien, sedangkan bagi tagihan yang tidak membutuhkan resume cukup dengan faktur tagihan dan dokumen pendukung lainnya.

Perbandingan Kelengkapan Pengisian Resume Medis Pasien Rawat Inap Jaminan Non BPJS dan Non BPJS

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,041$ ($p\text{-value}>0,05$) artinya ada perbedaan yang signifikan antara kelengkapan pengisian resume pasien rawat inap jaminan BPJS dengan non BPJS.

Menurut penelitian Tuty Suryanie (2013) bahwa ada perbedaan kelengkapan pengisian resume medis pasien sebelum dan sesudah menggunakan INA-CBGs. Kelengkapan dan mutu dokumen rekam medis akan sangat berpengaruh pada coding, grouping dan tarif INA-CBGs. Sehingga rumah sakit perlu memperbaiki mutu rekam medis karena output pelayanan akan tergambar pada diagnosis akhir (baik itu diagnosis utama maupun diagnosis sekunder).

Hubungan Jaminan Pembayaran Pasien dengan Penagihan Biaya

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,012$ dan $OR=2,839$ artinya ada perbedaan proporsi kejadian penagihan biaya antara jaminan BPJS dan non BPJS. Penagihan biaya yang sudah ditagih mempunyai peluang 2,8 kali untuk jaminan Non BPJS dibandingkan jaminan BPJS.

Menurut Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, pasal 38 bahwa BPJS wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap. Pasal 39 ayat (3) BPJS melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan berdasarkan cara Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs).

Tertundanya penagihan biaya jaminan BPJS di RSUD Kabupaten Karimun disebabkan oleh beberapa kendala antara lain; aktifasi kartu peserta, ketepatan kodefikasi penyakit dan tindakan, kelengkapan resume medis, tidak sinkronnya istilah medis pada faktur tagihan dengan lembar resume, dan kurang dokumen pendukung lainnya serta tidak adanya verifikasi internal. Sedangkan tertundanya penagihan biaya jaminan non BPJS karena longgarnya tenggang waktu pembayaran oleh pihak penjaminan. Tidak adanya penalty atau ancaman bagi perusahaan penjaminan atau pihak asuransi yang terlambat membayar.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan penelitian maka dapat disimpulkan bahwa, (1) tidak ada hubungan antara kelengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap jaminan BPJS terhadap penagihan biaya, (2) ada hubungan kelengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap jaminan non BPJS terhadap penagihan biaya, (3) ada perbedaan antara kelengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap jaminan BPJS dan non BPJS, (4) ada perbedaan proporsi penagihan biaya antara jaminan BPJS dan non BPJS. Perlu dibuat standar prosedur operasional (SPO) kelengkapan pengisian resume medis 24 jam setelah selesai pelayanan, perlu melakukan koordinasi antara bagian keuangan dengan unit kerja rekam medis untuk melakukan pemeriksaan silang terhadap jumlah kunjungan pasien setiap hari (rawat jalan maupun rawat inap), perlu melakukan review tagihan yang sudah ditagih secara berkala untuk dianalisa, guna membantu pihak manajemen dalam menentukan kebijakan yang berkaitan dengan pengendalian biaya dan mutu pelayanan yang diberikan

Daftar Pustaka

- Abdelhak, M. (2001). *Health information: Management of a strategic resource*, (Second Edition). USA: Saunders.
- Amir, A. (1997). *Bunga rampai hukum kesehatan*. Jakarta: Widya Media.
- BPJS Kesehatan. (2014). *Petunjuk teknis verifikasi klaim*.
- Budiman. (2011). *Penelitian kesehatan*, (Buku Pertama). Refika Aditama.
- Badudu, J. S., & Zain, S. M. (2011). *Kamus umum bahasa Indonesia*. Jakarta: Sinar Harapan.
- Depkes RI, Dirjen Yanmed. (2006). *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Revisi II.
- Hatta, G. R. (2013). *Pedoman manajemen informasi kesehatan di sarana pelayanan kesehatan*, (edisi Revisi 2). Penerbit Universitas Indonesia.
- Hufman, E. K. (1994). *Health information management*, (tenth edition). Berwin Illionis: Physician Record Company.
- Indar, I. (2013,). Faktor yang berhubungan dengan kelengkapan rekam medis di RSUD H. Padjonga Dg.Ngalle Takalar. *Journal AKK*, 2(2), hal: 10-18.
- Kieso., Donald, R., Jerry, J., Weygandt, D., & Warfield. (2002). *Akuntansi intermediate*. (edisi kesepuluh). Jakarta: Erlangga.
- Munawir, S. (2002). *Akuntansi keuangan dan manajemen*, (edisi Pertama). Yogyakarta: BPFE.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT.Rineka Cipta.
- Permenkes RI No. 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem INA-CBGs
- Permenkes RI No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.
- Soemarso. (2004). *Akuntansi suatu pengantar*, (buku 1, edisi 5, revisi). Jakarta: Salemba Empat.
- Safitri, S. (2013). Hubungan kelengkapan resume medis rawat inap dengan kecepatan penagihan klaim asuransi di RS Prikasi Jakarta. [Skripsi]. Universitas Esa Unggul. Jakarta.
- Skurka, M. K. (2003). *Health information management, principles and organization for health information service*, (Fifth Edition). Jossey-Bass, A Wiley Imprint.