

ANALISIS KELENGKAPAN BERKAS KLAIM RAWAT INAP DIRUMAH SAKIT HARAPAN DAN DOA KOTA BENGKULU

Liza Putri¹, Nofri Heltiani²

^{1,2}STIKES Sapta Bakti

Email: lizaputri363@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Klaim BPJS yang tidak layak untuk rawat jalan dan rawat inap di Harapan dan Doa Kota Bengkulu selama 1 tahun (2022) sebanyak 67 berkas rawat jalan dan 205 berkas untuk rawat inap. Penelitian ini bertujuan Untuk menganalisis prosedur pengajuan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rawat Inap Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu

Metode : Menggunakan metode kualitatif dengan indepth interview yang diambil dari 4 informan. Pemeriksaan atau pengecekan keabsahan data menggunakan triangulasi sumber dan triangulasi metode.

Hasil : Hasil penelitian diperoleh untuk rekapitulasi pelayanan masih terdapat hal- hal yang perlu diperbaiki antara lain banyak perawat dan juga DPJP yang masih sering salah dalam mengisi tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar, berkas yang tidak terisi diagnosa penyakit dan perlu konfirmasi lagi dengan dokter yang menangani pasien tersebut selain itu untuk berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya masih ada hal-hal yang perlu diperbaiki oleh pihak rumah sakit mulai dari diagosa dari dokter yang tidak tepat, perbedaan koding antara rumah sakit dan koding BPJS dan hasil pemeriksaan penunjang yang tidak ada berkasnya.

Simpulan : Kesimpulan yang di dapat adalah Prosedur pengajuan klaim untuk poin rekapitulasi pelayanan dan berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya masih ada hal-hal yang masi perlu di perbaiki lagi oleh pihak rumah sakit. Saran bagi Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu untuk memperkuat kerja sama dengan dokter dan perawat agar tidak terjadi kesalahan penulisan data pasien dan untuk BPJS agar lebih memperbanyak pelatihan mengenai pengajuan klaim BPJS kesehatan dengan pihak Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu

Kata Kunci: Klaim BPJS, Rawat Inap, Rumah Sakit, BPJS Kesehatan

ABSTRACT

Background : BPJS claims are submissions for the costs of treating BPJS participant patients by the hospital to BPJS Health, carried out collectively and billed to BPJS Health every month. BPJS claims that are not eligible for outpatient and inpatient care at Harapan and Doa Bengkulu City for 1 year (2022) are 67 files for outpatient care and 205 files for inpatient care.

Method : This study aims to analyze the procedures for filing claims for the Health Social Security Administering Body (BPJS) at Inpatient Hope and Prayer Hospitals in Bengkulu City using qualitative methods with in-depth interviews taken from 4 informants.

Results : Checking or checking the validity of the data using source triangulation and method triangulation. The research results obtained for the recapitulation of services there are still

things that need to be corrected, including many nurses and also DPJP who are still often wrong in filling in the date of admission and date of discharge, files that do not contain disease diagnoses and need confirmation again with the doctor who treats these patients besides that for patient support files and other evidence of services there are still things that need to be corrected by the hospital starting from the diagnosis from the doctor who is not right, the difference in coding between the hospital and the BPJS coding and the results of supporting examinations where there is no file.

Conclusion : *The conclusion that can be obtained is that the procedure for submitting claims for service recapitulation points and patient support files and other evidence of services there are still things that still need to be improved by the hospital. Suggestions for Hope and Prayer Hospital of Bengkulu City to strengthen cooperation with doctors and nurses so that there are no errors in writing patient data and for BPJS to increase training on filing BPJS health claims with Harapan and Prayer Hospital in Bengkulu City*

Keywords: *BPJS Claims, Hospitalization, Hospitals, BPJS Health*

PENDAHULUAN

Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa, serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat. Rekam medis merupakan sumber dari data yang dipakai untuk menyusun statistik medis dan juga bukti tentang proses pelayanan yang diberikan oleh dokter dan tenaga medis lainnya terhadap pasien, hal ini merupakan cermin kerjasama ahli medis untuk memberikan pelayanan medis terbaiknya dan bukti tertulis pelayanan yang dilakukan setelah pemeriksaan, tindakan pengobatan sehingga dapat dipertanggung jawabkan (Permenkes, 2013).

Rekam medis memiliki fungsi yaitu untuk secara akurat dan lengkap mendokumentasikan sejarah kehidupan dan kesehatan pasien, penyakit masa lalu dan sekarang, serta pengobatan dengan penekanan kejadian kejadian yang mempengaruhi pasien selama periode perawatan dan menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan di rumah sakit karena tanpa didukung suatu pengelolaan Rekam Medis yang baik dan benar maka tertib administrasi Rumah Sakit tidak akan

berhasil sebagaimana yang diharapkan (Edna, 2011).

Dalam rekam medis memiliki langkah alur prosedur, Pertama merupakan Pendaftaran Proses awal terjadinya rekam medis di setiap fasilitas pelayanan kesehatan ditempat pendaftaran pasien akan di data identitas pribadi pasien serta keperluan kunjungannya ke rumah sakit. Kedua, Assembling merupakan kegiatan merakit berkas rekam medis pasien rawat inap difasilitas pelayanan kesehatan serta mengecek kelengkapan pengisian berkas rekam medis dan formulir yang harus ada pada berkas rekam medis pasien rawat inap. Ketiga, Koding merupakan membuat kode atas diagnosis penyakit berdasarkan klasifikasi penyakit yang berlaku dan bertujuan untuk mempermudah pengelompokan penyakit dan operasi yang dapat dituangkan dalam bentuk angka. Keempat, Indeking merupakan membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat kedalam indeks-indeks. Kelima, Analising merupakan unit rekam medis yang berfungsi sebagai penganalisis dan pelapor dalam sistem pelayanan rekam medis, sebagai penganalisis semua data rekam medis yang masuk ke unit rekam medis. Keenam, Filling merupakan sistem penataan rekam medis dalam suatu tempat yang khusus agar penyimpanan dan pengembalian menjadi lebih mudah dan cepat (Depkes RI, 2013).

Dalam rekam medis bentuk pelayanan menggunakan jaminan asuransi seperti BPJS. Bentuk pembayaran menjadi dua bagian Umum dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). BPJS merupakan lembaga untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia berdasarkan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011. BPJS berfungsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan, jaminan kesehatan kecelakaan kerja, program jaminan kematian, program jaminan pension dan jaminan hari tua (pasal 5 ayat 2 UU.24 tahun 2011).

Dalam proses pengklaiman terdapat syarat kelengkapan berkas yang harus dilengkapi, antara lain Surat Bukti Pelayanan (SBP), Riwayat Perjalanan Penyakit, Tanda Tangan Dokter, dan Kode Diagnosis. Untuk kelengkapan kartu BPJS, foto copy KK/KTP, rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama dan Surat Egibilitas Pasien (SEP) atau surat keabsahan sebagai peserta BPJS. Pelayanan Kesehatan Pada JKN, penyelenggaraan pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan yaitu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL).

Berdasarkan penelitian Santos (2008), bahwa keterlambatan klaim BPJS Kesehatan disebabkan karena tidak lengkapnya resume medis, tidak ada tanda tangan dokter penganggung jawab. Misal kejadian pada bulan Januari maka seluruh berkas klaim pasien rawat inap pada bulan Januari harus disetorkan ke BPJS kesehatan jika adanya berkas klaim yang tidak lengkap maka berkas dikembalikan untuk dilengkapi dan berkas tersebut akan termasuk pada berkas klaim atau tagihan tertunda.

Menurut Nuryati (2015), Menyatakan bahwa penyebab keterlambatan berkas klaim pasien BPJS diinstalasi rawat inap disebabkan oleh

administrasi berkas pasien dan tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang atau pendukung lainnya. Menurut penelitian Naga (2013), keterlambatan klaim terjadi karena kesalahan pengkodean, indikasi medis, dan administrasi. Selain itu, dapat mengakibatkan beban kerja petugas bertambah. Untuk mengatasi masalah keterlambatan klaim oleh BPJS kesehatan, perlu dilakukannya evaluasi kinerja dan kepatuhan petugas dalam pengisian berkas yang akan dilampirkan (Eramo, 2012). Menurut penelitian Lenty (2016), Penyebab keterlambatan berasal dari petugas, tidak adanya tanda tangan dokter penanggung jawab, dan petugas pengodean yang latar belakangnya bukan rekam medis, Server dari BPJS sering down dan bridging system atau sistem penghubung yang masih terbatas, pengimplementasian SOP yang belum lancar.

Berdasarkan hasil survei awal diketahui bahwa pada tahun 2020 terdapat 96 berkas klaim yang dikembalikan pada bulan Januari, 71 berkas klaim yang dikembalikan pada bulan Februari, 38 berkas klaim yang dikembalikan pada bulan maret. Berkas tersebut terlambat di klaim karena terkait dengan diagnosa dan kode yang diinputkan pada resume medis tidak sesuai dengan kode dari BPJS kesehatan, tarif tidak terbaca pada lembar administrasi, tidak ada dilampirkan laporan dari kepolisian bagi pasien yang mengalami kecelakaan, tidak terdapat dokumen atau berkas yang menyatakan adanya indikasi rawat inap, dan belum terintegrasi (penggabungan) antara SIMRS dan Aplikasi INA-CBG's.

Untuk mengatasi keterlambatan klaim sebaiknya rumah sakit menerapkan bridging system untuk meminimalisasi terjadinya kesalahan dalam input data pada aplikasi INA-CBG's juga sebaiknya petugas coding diberikan kesempatan untuk mengikuti pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan tugasnya sebagai petugas coding. Hal ini bertujuan agar dalam pemberian kode diagnosis petugas coding

lebih teliti sehingga kode diagnosis yang dihasilkan tepat sesuai dengan kaidah (Ayu, 2012).

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif. Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu pada bulan Juni 2022. informan ialah 4 (orang) orang yang terlibat langsung dalam pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rawat Inap Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu yaitu Kepala Bagian Keuangan, Verifikator BPJS Kesehatan Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu dan Petugas Koder/Petugas Entry. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri dan dibantu dengan pedoman wawancara, alat perekam suara (*voice recorder*), dan alat tulis-menulis. Validitas hasil penelitian dengan triangulasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Rekapitulasi Pelayanan

Rekapitulasi pelayanan adalah data-data yang berhubungan dengan pasien yang diperlukan dalam *software INA-CBGs* yaitu nama, nomor identitas, diagnosa penyakit, tanggal masuk dan tanggal keluar perawatan, jumlah hari rawat, besarnya tarif paket dan jumlah tagihan paket (Depkes, 2013). Pengajuan klaim BPJS kesehatan di Rumah Sakit Harapan dan doa Kota Bengkulu terdapat kendala didalam teknis pelaksanaanya, pengajuan klaim di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu menjadi tanggung jawab dari bagian keuangan dengan bekerjasama dengan BPJS kesehatan yang ada di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu, selama ini bagian keuangan memiliki tanggung jawab penuh dalam pelaksanaan pengajuan klaim sama. Bagian keuangan Rumah Sakit memiliki peran penting didalam kelengkapan berkas rekapitulasi pelayanan yang nantinya akan di input pada *software INA-CBGs* dan akan

diverifikasi oleh pihak BPJS kesehatan.

Kelengkapan dokumen pada klaim BPJS pada rekapitulasi pelayanan sudah berjalan dengan dengan baik hal ini dilihat dari kelengkapa berkas rekapitulasi pelayanan dari ruangan rawat inap yang dimasukan diloket keuangan sudah lengkap, perawat jaga dan dokter sudah melengkapi berkas rekapitulasi pelayanan sebelum dimasuk diloket keuangan. Berkas rekapitulasi pelayanan harus terisi dengan benar karena hal itu dapat digunakan dalam penginputan di *software INA-CBGs* untuk tahapan pengklaiman pasien BPJS agar rumah sakit juga mendapat biaya perawatan untuk pasien BPJS tersebut.

Kelengkapan berkas klaim BPJS kesehatan pada poin rekapitulasi pelayanan di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu memang sudah lengkap namun untuk pencatatannya sendiri ditemui masih ada beberapa masalah mulai dari kesalahan penulisan tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar perawatan oleh perawat jaga dan DPJP yang nantinya bisa berpengaruh pada penolakan berkas klaim oleh pihak BPJS kesehatan. Ditemukan juga hampir 25% berkas klaim yang disetiap bulannya dikembalikan karena tidak ada diagnosa penyakit, walaupun prosedurnya cepat, berkasnya lengkap terutama pada pencatatan petugas yang masih banyak kurang.

Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berjalan (Depkes, 2013). Hal itu juga dilaksanakan pada Rumah Sakit harapan dan Doa Kota Bengkulu sehingga harus melihat kelengkapan berkas sebelum dilakukan penginputan

data klaim.

Pelaksanaan monitoring dilaksanakan oleh direktur Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu dan pelaksanaanya dilakukan oleh bagian keuangan. Bagian keuangan yang melaksanakan monitoring didalam pelaksanaan klaim BPJS mulai dari kelengkapan berkas sampai pada verifikasi berkas klaim. Di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu sudah ada bentuk verifikator BPJS kesehatan baik itu internal dan eksternal, untuk verifikator internal itu sendiri adalah bagian keuangan mereka bertanggung jawaban melaksanakan verifikasi berkas klaim yang ada sebelum dimasukan kepada verifikator eksternal yaitu BPJS kesehatan, walaupun ada berkas klaim yang dinyatakan tidak layak oleh verifikator eksternal maka akan dikembalikan kepada verifikator internal rumah sakit untuk direvisi kembali dan dimasukan lagi

Penyebab kendala yang masih ditemui pada pelaksanaan prosedur klaim BPJS pada poin rekapitulasi pelayanan dimana masih banyak perawat dan juga DPJP yang masih sering salah dalam mengisi tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar, hal ini terlihat tidak terlalu penting padahal dalam kenyataanya verifikator BPJS sangat teliti didalam melakukan verifikasi berkas klaim akibatnya berkas klaim sering dikembalikan dan diperbaiki akibat kesalahan pengisian tanggal. Selain itu ada juga beberapa berkas yang tidak terisi diagnosa penyakit dan perlu konfirmasi lagi dengan dokter yang menangani pasien tersebut.

2. Berkas Pendukung Pasien dan Bukti Pelayanan Lainnya

Berkas pendukung pasien terdiri dari ; Surat Eligibilitas Peserta (SEP),

Surat perintah rawat inap, resume medis dan bukti pelayanan lainnya berupa laporan operasi, protokol terapi dan *regimen* (jadwal pemberian obat), perincian tagihan rumah sakit (*automatic billing*) (Depkes RI, 2013). Prosedur pengajuan klaim BPJS kesehatan pada poin rekapitulasi pelayanan sudah berjalan dengan baik, akan tetapi masi banyak hal-hal yang masih diperbaiki oleh pihak rumah sakit, untuk SEP yaitu surat keabsahan peserta BPJS kesehatan langsung dibuat saat pasien masuk di rumah sakit dan jika pasien dari rawat jalan akan di rawat inap SEP langsung diubah setelah pasien dirawat 6-12 jam.

Proses administrasi klaim dimulai dari loket pendaftaran sebagai tahap awal yang paling krusial dalam menentukan kelengkapan dokumen persyaratan pasien JKN. Hal tersebut sering diabaikan oleh petugas dalam memastikan kelengkapan dokumen klaim bukan hanya kewajiban dari petugas loket pendaftaran saja, namun seluruh petugas yang bertanggung jawab dalam administrasi klaim termasuk pada ruang poliklinik, petugas kasir, petugas *coding* juga wajib berperan dalam menjaga kelengkapan dokumen klaim. Selain itu, karena proses administrasi klaim melibatkan petugas dari berbagai bagian di dalam rumah sakit dan diserahkan dari petugas satu ke petugas lain maka seharusnya petugas yang menerima dokumen klaim dari petugas sebelumnya perlu menghitung, mencatat dan melakukan pengecekan ulang kelengkapan dokumen klaim sehingga dapat dilakukan pelacakan apabila terdapat dokumen klaim yang hilang (Ernawati, 2013).

Pencatatan dan kelengkapan dokumen klaim BPJS kesehatan pada poin

berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya belum berjalan dengan baik, khususnya untuk pencatatan *resume* medis yang masih mempunyai kekurangan, masih banyak dokter dan perawat jaga yang kadang tidak melengkapi *resume* medis sehingga banyak *resume* medis yang dikembalikan oleh BPJS untuk dikonfirmasi lagi kepada dokter dan perawat jaga, sama seperti penelitian dari Putra (2016) di RS PKU Muhammadiyah Gamping, dimana Tingkatan permasalahan klaim di RS PKU Muhammadiyah Gamping tertinggi didapatkan pada aspek dokter penanggung jawab pasien tidak lengkap dalam hal mengisi rekam medis.

Ketika ada berkas klaim yang dikembalikan maka verifikator internal rumah sakit langsung mengkonfirmasi kembali kepada perawat dan dokter jaga yang ada. Pelaksanaan prosedur klaim sudah berjalan dengan dengan cepat namun untuk proses pencatatannya sendiri masih banyak kekurangan.

Untuk proses monitoring dalam prosedur klaim BPJS kesehatan pada poin berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya tidak jauh berbeda dengan rekapitulasi pelayanan karena untuk monitoringnya dilakukan secara bersamaan oleh verifikator internal rumah sakit yaitu bagian keuangan dan diawasi langsung oleh direksi rumah sakit. Untuk kelengkapan dan pelaksanaan prosedur klaim itu sendiri dimonitoring oleh verifikator internal rumah sakit, ketika pasien rawat inap pulang maka perawat jaga dan dokter yang ada di ruangan akan melengkapi berkas klaim dan akan dimasukkan di loket keuangan untuk di proses dalam pembuatan jaminan untuk biaya perawatan selama pasien di rawat di rumah sakit, walaupun ada kelengkapan

berkas klaim yang tidak lengkap maka verifikator akan internal akan mengkonfirmasi lagi ke ruangan untuk memberikan arsip yang ada di ruangan tentang data pasien rawat inap tersebut.

Ada beberapa kendala yang sering terjadi pada pelaksanaan Prosedur Klaim BPJS Kesehatan dimana berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan seperti pada diagnosa penyakit, dari hasil verifikasi klaim banyak pasien yang seharusnya dirawat jalan kemudian dirawat inap kan hal ini disebabkan karena diagnosa dari dokter yang tidak tepat sehingga berkas klaim rawat inap menjadi rawat jalan setelah diverifikasi oleh BPJS. Hal itu berdampak pada besarnya biaya perawatan selama pasien itu di rawat di rumah sakit karena ada perbedaan antara biaya perawatan pasien rawat inap dan rawat jalan.

Selain itu perbedaan coding antara rumah sakit dan coding BPJS juga sering menjadi kendala selama ini, ketika berkas yang sudah di *entry* di *software INA-CBGs* dengan coding penyakit yang ada kemudian diverifikasi oleh BPJS, sering terjadi perubahan coding penyakit dan dari pihak rumah sakit ketika terjadi hal seperti ini mengikuti saja coding dari BPJS agar tidak terjadi *upcoding* dan juga sudah ada komitmen untuk bekerja sama dengan BPJS dalam hal coding penyakit. Ada juga berkas pendukung lain yang tidak seperti berkas hasil pemeriksaan padahal hal tersebut menjadi pertimbangan oleh verifikator BPJS saat melakukan verifikasi berkas yang klaim sehingga bisa di katakan tidak layak dan dikembalikan lagi untuk direvisi kembali.

KESIMPULAN

1. Pelaksanaan prosedur pengajuan klaim BPJS kesehatan pada poin rekapitulasi

pelayanan di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu, masih ada hal-hal yang perlu diperbaiki antara lain banyak perawat dan juga DPJP yang masih sering salah dalam mengisi tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar, berkas yang tidak terisi diagnosa penyakit dan perlu konfirmasi lagi dengan dokter yang menangani pasien tersebut.

2. Pelaksanaan prosedur pengajuan klaim BPJS kesehatan pada poin berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu, masih ada hal-hal yang perlu diperbaiki oleh pihak rumah sakit mulai dari diagnosa dari dokter yang tidak tepat, perbedaan coding antara rumah sakit dan coding BPJS dan hasil pemeriksaan penunjang yang tidak ada berkasnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Atmoko, Tjipto. 2011. Standar Operasional Prosedur (SOP). Unpad, Bandung
- Citra Budi, Savitri. 2011. Manajemen Unit Kerja Rekam Medis. Quantum Sinergis Media: Yogyakarta
- Dimick, Chris. . (2010). Achieving Coding Consistency. *Journal of AHIMA*, 81. No. 7.
- Departemen Kesehatan RI, 2008, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008, tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Jakarta.
- Depkes RI. 2006. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Jakarta: Depkes RI.
- Differences between bacterial and viral infection - HealthDirect. (2020). Retrieved December 11, 2020,
- Eramo, Lisa A. (2012). Don't let fear prevent coders from learning ICD-10.
- Ernawati, D; Kresnowati, L. (2013). Studi Kualitatif tentang Kompetensi Tenaga Koder dalam Proses Reimbursement Berbasis System Case-mix di Beberapa Rumah Sakit yang Melayani Jamkesmas. *Penelitian Internal LPPM Universitas Dian Nuswantoro Semarang*.
- Huffman, K Edna, (1972), Medical Records Management, Physician Record Company Berwyn, Chicago (1999), Health Information Management, APIKES Dharma Lanbaw, Padang.
- Indar I, Indar dan Naiem MF. 2013. Faktor yang Berhubungan dengan Kelengkapan Rekam Medis di RSUD H. Padjonga Dg. Ngalle Takalar. *Jurnal Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 2013;2(2):10-18
- Mawarni D dan Wulandari RD., 2013. Identifikasi Ketidakkelengkapan Rekam Medis pasien Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan. *Jurnal Administrasi Kesehatan*. 2013;1(2):192-199
- MenKes. 2007. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 377/Menkes/SK/III/2007 Tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan. Jakarta.
- Murty H dan Srimulyani VA., 2013. Pengaruh Motivasi terhadap Kinerja Pegawai dengan Variabel Pemediasi Kepuasan Kerja pada PDAM Kota Madiun. *Jurnal Riset Manajemen dan Akuntansi*. 2013;1(1);10-17
- Naga, dr. ayang Anggraini. (2013). *Buku Kerja Praktik Pengkodean Klinis Berdasarkan Rules dan Konvensi ICD-10, WHO*.
- Nuryati, Niko Tesni Saputro. (2015). Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis di Puskesmas Mojolaban Sukoharjo Jawa Tengah. *Jurnal Manajemen*

- Informasi Kesehatan Indonesia*, ISSN:2337-585X, Vol.3, No.1, Maret 2015.
- Oktamianiza, SKM, M. K. (2016). Ketepatan Pengodean Diagnosa Utama Penyakit Pada Rekam Medis Pasien Rawat Inap Jkn (Jaminan Kesehatan Nasional) Di Rsi Siti Rahmah Padang Tahun 2016. *MENARA Ilmu* Vol. X Jilid 1 No.72 November 2016, X(72), 159–167.
- Pamungkas F, Hariyanto T Dan Utami E.W., Identifikasi Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Di Rsud Ngudi Waluyo Wlingi. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*. 2015;28 (2): 124-128.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis
- Paul, J., Modi.A.,& Patel.J (2016). *Predicting Green Product Consumption Using Theory Of Planned Behavior And Reason Action. Journal Of Retailing And Consumer Service*
- Rahmadhani I.S., Sugiansi S., dan Pujiastuti A., Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap dalam Batas Waktu Perlengkapan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta. *Jurnal Kesehatan*. 2008;2(2):82-88
- Rustiyanto, E. (2009). *Etika Perkam Medis dan Sistem Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Republik Indonesia, 2014, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit, Jakarta.
- Santos, Suong; Murphy, Gregory; et.al., (2008). Organizational Factors Affecting The Quality of Hospital Clinical Coding. *Health Information Management Journal*, Vol. 37, No. 1. .
- Sahfitri, Y. (2017). Tinjauan Aspek Keamanan Berkas Rekam Medis Di Ruang Penyimpanan RST.DR. Soetarjo Yogyakarta. *Jurnal Perkam Dan Informasi Kesehatan*.
- Syah, M. Z. S. (2015). Manajemen Citra Kampung Jetis sebagai Sentra Batik di Sidoarjo. Available at: <http://digilib.uinsby.ac.id/4126>.
- S. Supriyanto Dan Ernawati, 2010. Judul : Pemasaran Industri Jasa Kesehatan. Penerbit Cv Andi Offset : Yogyakarta.
- Setianto, D. B. (2013) *Tinjauan Keakuratan P e n e t a p a n K o d e D i a g n o s i s Utama Berdasarkan Spesifikasi Penulisan Diagnosa Utama Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Permata Me di ka Semarang Periode 2012*. Dian Nuswantoro. A v a i l a b l e
- Tambunan. 2013. Standar Operasional Prosedur. Jakarta, Pt Suku Buku
- Undang – Undang Republik Indonesia nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- WHO (2010) *International Statistical Clasification Of Diseases And Related Health Problems*
- WHO. World Health Statistics: World Health Statistics 2015. Geneva; 2015; p. 55-86.
- Wuryandari, G., 2013. Peningkatan Kelengkapan Rekam Medis. *Jurnal Administrasi Kebijakan Kesehatan*. 2013;11(2):60-65