

**FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB PERBEDAAN TARIF REAL RUMAH SAKIT
DENGAN TARIF INA-CBG'S PADA KASUS *PECUTANEOUS TRANSLUMINAL
CORONARY ANGIOPLASTY*(PTCA)
DI RSUP DR.M.DJAMIL PADANG TAHUN 2017**

Oktamianiza

oktamianiza@gmail.com

Prodi D-3 RMIK STIKES Dharma Landbouw Padang

Abstrak

Rumah Sakit Umum Pusat Dr.M.Djamil Padang, merupakan rumah sakit tipe B plus, yang telah ditetapkan sebagai salah satu dari 15 rumah sakit yang ditunjuk menjadi Pilot Project dalam penerapan system casemix di Indonesia. Namun dalam penerapannya masih ditemukan perbedaan tarif real rumah sakit dengan tarif INA-CBG's, penulisan diagnosa tidak tepat, dan lama rawat pasien tidak efisien. Tujuan dalam penelitian ini untuk diketahuinya faktor-faktor penyebab perbedaan tarif real RS vs tarif INA-CBG's.

Jenis penelitian deskriptif, penelitian ini dilaksanakan di RSUP Dr.M.Djamil Padang. Pengumpulan data dengan cara observasi menggunakan tabel checklist oleh Team Pengumpul data. Teknik pengambilan sampel total sampling, jumlah sampel sebanyak 50 kasus PTCA. Penelitian ini menggunakan analisa univariat.

berdasarkan hasil didapatkan bahwa terdapat perbedaan tarif real RS vs tarif INA-CBG's sebesar 50 kasus (100,0%), 13 kasus (26,0%) penulisan diagnosa utama tidak tepat, 32 kasus (64,0%) tingkat keparahan penyakit pasien pada level III, 35 kasus (70,0%) lama rawat pasien tidak efisien.

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan penulisan diagnosa utama pasien masih kurang baik, dikarenakan penulisan diagnosa belum mengacu pada kaidah ICD-10 dan ICD-9 CM, dokter seharusnya menuliskan diagnosa dengan lengkap, tepat dan dapat dibaca. Sehingga dapat mengurangi terjadinya kesalahan kode, penetapan severity level pasien, dan tidak terjadi kesalahan dalam grouping tarif pelayanan pasien.

Kata Kunci: klaim, INA-CBG's, Pembayaran Kesehatan

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan suatu hal yang sangat penting dan mahal harganya. Didalam era globalisasi seperti sekarang, banyak orang yang berbondong-bondong untuk menjaga dirinya agar tetap sehat. Peningkatan biaya kesehatan menjadi masalah utama bagi masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, salah satu cara yang ditempuh pemerintah dalam pembiayaan kesehatan adalah dengan pelaksanaan program JamKesMas, yang merupakan upaya untuk menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Metode pembayaran prospektif sudah diterapkan di Indonesia sejak tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) yaitu metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan, contohnya *global budget, per diem, kapitasi dan case based payment* (Permenkes, 2014). Berbeda dengan metode pembayaran retrospektif atau disebut juga dengan sistem pembayaran *fee for service*, merupakan metode pembayaran yang dilakukan atas layanan

kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktifitas yang diberikan, semakin banyak pelayanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan.

Dasar pengelompokkan dalam *INA-CBG* menggunakan sistem kodefikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan *ICD-10* untuk diagnosis penyakit dan *ICD-9 CM* untuk tindakan/prosedur (Permenkes, 2014). Sistem *INA-CBG* telah diterapkan di rumah sakit seluruh Indonesia, salah satunya adalah RSUP Dr.M.Djamil Padang. Penerapan *INA-CBG* di rumah sakit diharapkan dapat memberikan pelayanan yang lebih efisien. Namun penerapan *INA-CBG* masih memiliki kendala dan terlihat belum efektif, hal tersebut diperoleh dari hasil penelitian terdahulu yang menunjukkan kecenderungan besaran tarif *INA-CBG* lebih besar dibanding tarif real rumah sakit terutama untuk kasus-kasus Non Bedah. Sebaliknya untuk kasus-kasus Bedah kecenderungan tarif *INA-CBG* jauh lebih rendah dibanding tarif real rumah sakit.

Penyakit jantung termasuk dalam daftar sepuluh penyakit terbanyak di RSUP Dr.M.Djamil Padang. Dengan jumlah kunjungan rawat jalan 61535 pasien, sedangkan pada kunjungan rawat inap 1573 pasien pada periode Januari-Desember 2016. Penyakit jantung Koroner (PJK) adalah penyakit yang terjadi karena rusaknya dinding pembuluh darah, dan merupakan salah satu indikasi penyakit jantung yang bila telah diperiksa dengan jenis pemeriksaan jantung *invasive*, yaitu kateterisasi jantung, dan ditemukan adanya penyempitan pembuluh darah koroner. Maka intervensi selanjutnya adalah dengan metode pemasangan cincin pada pembuluh darah koroner pasien yang bersangkutan *PTCA* sertatindakan *Percutaneous Coronary Angioplasti (PCI)*, yang merupakan tindakan intervensi non bedah untuk membuka kembali pembuluh darah arteri koroner yang menyempit atau tersumbat dengan memasukkan balon atau *stent* melalui kateter yang dimasukkan ke dalam lumen arteri melalui insisi kecil pada kulit.

Berdasarkan survey pendahuluan yang penulis bersama dengan tim lapangan lakukan di RSUP Dr.M.Djamil Padang pada tanggal 23 Maret 2017, peneliti mengamati formulir verifikasi *INA-CBG* kasus *PTCA*. Berdasarkan observasi yang peneliti lakukan, diperoleh hasil; Penulisan diagnosa yang tepat 56% dan tidak tepat 44%. Penulisan kode diagnosa yang tepat 96% dan tidak tepat 4%. LOS tertinggi 5 hari dan terendah 3 hari serta tingkat keparahan penyakit pasien *PTCA* rata-rata pada *level III*.

Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti melakukan penelitian lebih lanjut tentang “Faktor-Faktor Penyebab Perbedaan Tarif Real Rumah Sakit Dengan Tarif *INA-CBG* Pada kasus *PTCA* di RSUP Dr.M.Djamil Padang Tahun 2017”.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah deskriptif, yaitu penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau mendeskripsikan tentang suatu keadaan secara objektif. Maksudnya untuk meninjau faktor-faktor penyebab perbedaan tarif real rumah sakit dengan tarif *INA-CBG* pada kasus *PTCA*, di RSUP Dr.M.Djamil Padang tahun 2017. Data diambil dari observasi dokumen rekam medis yang masuk keruangan BPJS yang sudah diolah, dikoding, dan di entry sebagai data primer. Pendekatan penelitian adalah *cross sectional* yaitu meneliti data secara langsung pada saat penelitian.

Sampel dalam penelitian ini adalah 50 rekam medis pasien JKN dengan kasus *PTCA* bulan Januari-Maret 2017. Cara pengumpulan data dalam penelitian ini adalah observasi data pasien pulang rawat inap bangsal jantung dengan kasus *PTCA* triwulan pertama di RSUP Dr.M.Djamil Padang Tahun 2017, dengan menggunakan tabel *checklist*. Penelitian ini menggunakan analisa univariat untuk mengetahui distribusi frekuensi kelengkapan

pengisian diagnosa penyakit, ketepatan kode diagnosa dan perbedaan tarif rumah sakit antara tarif real rumah sakit dengan tarif INA-CBG's pada kasus *Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty* (PTCA) di Rumah Sakit Umum Pemerintah Dr.M.Djamil Padang Tahun 2017.

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

1. Perbedaan Tarif Real Rumah Sakit Dengan Tarif INA-CBG's.

Berdasarkan hasil penelitian di RSUP Dr.M.Djamil Padang, didapatkan bahwa secara keseluruhan terjadinya perbedaan tarif real rumah sakit dengan tarif INA-CBG's pasien JKN dengan kasus PTCA sebesar 50 kasus (100%).

Tabell
Perbedaan Tarif Real Rumah Sakit Dengan Tarif INA-CBG's

Perbedaan Tarif	<i>f</i>	%
Berbeda	50	100,0
Tidak Berbeda	0	0,0
Total	50	100,0

Pada perbedaan tarif real rumah sakit dengan tarif INA-CBG's di RSUP Dr.M.Djamil Padang, tarif realnya dihitung per rincian jenis pelayanan, dalam hal ini satandar tarifnya telah ditentukan dalam Peraturan Daerah. Sedangkan tarif INA-CBG's dihitung berdasarkan akumulasi atau penggabungan kode diagnosa dan kode prosedur/tindakan kedalam software CBG, yang standar tarif nya ditetapkan oleh pemerintah pusat (*Centre for casemix* Kemenkes RI). Perbedaan tarif terlihat begitu jelas, karena standar tarif dalam peraturan daerah Sumbar khususnya untuk kasus PTCA jauh lebih tinggi dari pada tarif INA-CBG's, yang ditetapkan oleh pemerintah pusat. Hal tersebut terjadi karena tarif real rumah sakit (Perda) disesuaikan dengan kemampuan ekonomi masyarakat setempat.

Perbedaan standar tarif tersebut turut mempengaruhi tarif pelayanan kesehatan di RSUP Dr.M.Djamil Padang. Perhitungan tarif real rumah sakit menggunakan metode pembayaran *retrospektif*, yaitu metode pembayaran kesehatan yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien, semakin banyak aktivitas/pelayanan kesehatan yang diberikan, semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Sedangkan sistem INA-CBG's menggunakan metode pembayaran prospektif yaitu metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besaran biayanya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan (PerMenKes RI No 76 Tahun 2016).

Upaya untuk menghindari terjadinya perbedaan tarif real rumah sakit dengan tarif INA-CBG's pasien JKN dengan kasus PTCA. Sebaiknya rumah sakit membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya, untuk meninjau biaya pelayanan kesehatan yang di tetapkan oleh PERDA dan menyesuaikan dengan perkembangan atau pembaharuan yang terjai. Serta menjamin mutu pelayanan kesehatan dengan menerapkan *clinical pathway*, sebagai pedoman rumah sakit dalam memberikan pelayanan khususnya pada pasien PTCA.

2. Ketepatan Penulisan Diagnosa

Berdasarkan hasil penelitian di RSUP Dr.M.Djamil Padang, didapatkan bahwa sebagian kecil 13 berkas (26,0%) terjadinya ketidak tepatan penulisan diagnosa pasien JKN dengan kasus PTCA pada formulir verifikasi INA-CBG's.

Tabel2
Ketepatan Penulisan Diagnosa

Ketepatan penulisan	<i>f</i>	%
Tepat	37	74,0
Tidak Tepat	13	26,0
Total	50	100,0

Penulisan diagnosa utama pasien yang tidak tepat pada formulir verifikasi INA-CBG's, disebabkan oleh dalam penulisan diagnosa belum mengacu pada ICD-10 dan ICD-9-CM, dokter tidak menuliskan diagnosa penyakit dengan lengkap dan sebagian dokter hanya menuliskan singkatan diagnosa, Salah satu contoh penulisan diagnosa "*Atherosclerosis Heart Disease*" dokter hanya menuliskan "ASHD". Hal tersebut jika dibiarkan begitu saja akan sangat mempengaruhi proses *Costing*, jika penulisan diagnosa salah maka kode diagnosa pasien berkemungkinan besar salah dan jika kode diagnosa pasien salah maka akan mempengaruhi besaran biaya pelayanan pasien. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Widya Dharmika di RSUP Dr.M.Djamil Padang tahun 2016, yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kelengkapan pengisian diagnosa, ketepatan koding dan ketepatan biaya pelayanan.

Ketidaktepatan penulisan diagnosa penyakit pada formulir verifikasi *INA-CBG's*, akan berdampak pada kesalahan tarif, pending klaim, serta memperlambat proses pengklaiman biaya pengobatan pasien karena berkas verifikasi *INA-CBG's* yang tidak tepat tidak akan di klaim (Permenkes No.27:2014). Upaya untuk menghindari terjadinya ketidaktepatan penulisan diagnosa penyakit pada formulir verifikasi *INA-CBG's*, sebaiknya rumah sakit membuat Standar Prosedur Operasional (SPO) dalam penulisan diagnosa, membuat daftar singkatan diagnosa yang telah disepakati antara dokter dan tenaga koder yang disahkan.

3. Ketepatan Kode Diagnosa

Berdasarkan hasil penelitian di RSUP Dr.M.Djamil Padang, didapatkan bahwa secara keseluruhan 50 berkas (100%) petugas rekam medis tepat dalam mengode diagnosa utama penyakit pasien JKN dengan kasus *PTCA* pada formulir verifikasi *INA-CBG's*.

Tabel3
Ketepatan Kode Diagnosa

Ketepatan Kode Diagnosa	<i>f</i>	%
Tepat	50	100,0
Tidak Tepat	0	0,0
Total	50	100,0

Hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga rekam medis adalah ketepatan dalam pemberian kode diagnosis. Pengkodean yang tepat dan akurat diperlukan rekam medis yang lengkap. Rekam medis harus memuat dokumen yang akan dikode seperti lembar ringkasan masuk keluar, lembaran operasi, dan laporan tindakan, laporan patologi, dan resume pasien keluar. (Hatta, 2012).

Di RSUP Dr.M.Djamil Padang, petugas yang bekerja di bagian rekam medis sebagian besar telah memiliki ilmu pengetahuan dan pengalaman dibidangnya masing-masing, serta pembagian kerja telah dimanajemen dengan baik. Khususnya petugas koding, sebagian besar petugas berlatar belakang pendidikan rekam medis yang ahli dalam bidang koding,

sehingga kesalahan dalam proses pengkodean diagnosa dapat diminimalisir. Ketepatan kode diagnosa pasien sangatlah penting pada penerapan sistem INA-CBG's, sistem INA-CBG's merupakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, berbasis data *costing* dan *coding* penyakit mengacu *International Classification of Diseases* (ICD) yang disusun oleh WHO dengan acuan ICD-10, untuk diagnosis dan CD-9-CM (*Clinical Modifications*) untuk tindakan/prosedur (BPJS Kesehatan 2014).

Di RSUP Dr.M.Djamil Padang secara keseluruhan petugas koding melakukan tugasnya dengan baik, dan tepat dalam menetapkan kode diagnosa pasien. Meskipun demikian peneliti mengharapkan petugas koder tidak cepat merasa puas, dan terus melakukan *update* ilmu tentang pengkodean diagnosa penyakit serta terus menjaga kualitas kode yang dihasilkan.

4. Tingkat Keparahan Penyakit Pasien

Berdasarkan hasil penelitian di RSUP Dr.M.Djamil Padang, diketahui tingkat keparahan penyakit pasien JKN dengan kasus *PTCA* pada *Severity level III* (Berat) lebih besar sebanyak 32 kasus (64.0%) dibandingkan dengan *Severity level II* dan *Severity level I*.

Tabel4
Tingkat Keparahan Penyakit

Tingkat Keparahan	<i>f</i>	%
<i>Severity level I</i> (Ringan)	7	14,0
<i>Severity level II</i> (Sedang)	11	22,0
<i>Severity level III</i> (Berat)	32	64,0
Total	50	100,0

Rumah sakit Dr.M.Djamil Padang merupakan rumah sakit rujukan terbesar di Sumatera Barat dan merupakan salah satu rumah sakit yang dapat menangani kasus *PTCA*, banyak pasien yang datang dengan kasus *PTCA* dari dalam maupun luar Sumatra Barat, dengan tingkat keparahan penyakit atau *severity level* yang bervariasi. Diagnosis utama akan menentukan *Major Diagnostic Category* (MDC) atau sistem organ yang terlibat. Tingkat keparahan penyakit (*severity level*) ditentukan oleh diagnosis sekunder, prosedur dan umur pasien (UU Praktek Kedokteran).

Semakin tinggi tingkat keparahan pasien, maka akan berdampak pada biaya yang dikeluarkan untuk pelayanan kesehatan juga semakin besar, dan akan mempengaruhi mutu pelayanan di RSUP Dr.M.Djamil Padang. Upaya untuk menghindari kesalahan dalam penetapan tingkat keparahan pasien (*severity level*), dokter harus lengkap dan tepat dalam menuliskan diagnosa, kode diagnosa pasien, pemilihan diagnosa utama dan diagnosa sekunder, komplikasi serta komorbiditi harus tepat. Sehingga tidak terjadi kesalahan dalam penetapan *severity level* pasien. (UU Praktek Kedokteran).

5. Lama Rawat Pasien (LOS)

Berdasarkan hasil penelitian di RSUP Dr.M.Djamil Padang, didapatkan bahwa sebagian besar 35 kasus (70,0%) lama rawat pasien JKN dengan kasus *PTCA* tidak efisien.

Tabel5
Lama Rawat Pasien (LOS)

Lama Rawat	f	%
Efisien	15	30,0
Tidak Efisien	35	70,0
Total	50	100,0

Di RSUP Dr.M.Djamil Padang lama rawat pasien yang efisien 6-9 hari sebesar 15 pasien (30,0%), lama rawat pasien < 6 hari sebesar 31 pasien (62,0%) dan lama rawat pasien > 9 hari hanya 4 pasien (8,0%). Dari persentase tersebut dapat diketahui bahwa lama rawat pasien JKN dengan kasus PTCA rata-rata < 6 hari, dengan diterapkannya sistem paket *INA-CBG's* yang penentuan tarifnya tidak mementingkan lama rawat pasien, sehingga pihak RS berusaha semaksimal mungkin untuk mengurangi lama rawat pasien. Meskipun demikian pihak rumah sakit harus memperhatikan kondisi pasien, apakah pasien masih memerlukan perawatan di RS atau tidak.

Dampak dari tidak efisiennya hari perawatan pasien PTCA, jika pasien dirawat kurang dari 6 hari maka perawatan pasien yang diberikan oleh tenaga kesehatan kurang optimal dan jika pasien dirawat lebih dari 9 hari (semakin lama dirawat pasien di rumah sakit) risiko infeksi semakin besar, dan sangat mempengaruhi tinggi atau rendahnya biaya real rumah sakit. AVLOS (Average Length of Stay) adalah rata-rata lama rawat seorang pasien, indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan. Secara umum nilai LOS yang ideal antara 6-9 hari (DepKes RI, 2005).

Clinical Pathway telah diterapkan Di RSUP Dr.M.Djamil Padang pada delapan kasus penyakit, tetapi kasus PTCA belum termasuk dalam daftar delapan penyakit tersebut. Tujuan dari *clinical pathway* sendiri antara lain mengurangi variasi dalam pelayanan sehingga biaya lebih mudah diprediksi, pelayanan lebih terstandarisasi, meningkatkan kualitas pelayanan, dan meningkatkan prosedur *Costing*.Sebaiknya pihak rumah sakit lebih memperhatikan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien, serta menerapkan *clinical pathway* sebagai pedoman dalam pemberian pelayanan kesehatan.Tujuan dari *clinical pathway* sendiri antara lain mengurangi variasi dalam pelayanan sehingga biaya lebih mudah diprediksi, pelayanan lebih terstandarisasi, meningkatkan kualitas pelayanan (*Quality of Care*), dan meningkatkan prosedur *Costing*.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr.M.Djamil Padang tahun 2017 maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Terdapat perbedaan (100%) tarif real rumah sakit dengan tarif *INA-CBG's* pasien JKN dengan kasus *PTCA*.
2. Sebagian kecil 13 berkas (26,0%), terjadinya ketidak tepatan penulisan diagnosa penyakit pasien JKN dengan kasus *PTCA* pada formulir verifikasi *INA-CBG's*.
3. Padasarnya (100%) petugas koding telat tepat dalam mengkode diagnosa utama penyakit pada formulir verifikasi *INA-CBG's*.
4. Sebagian besar (64%) tingkat keparahan penyakit pasien JKN dengan kasus *PTCA* pada *Severity level III* (Berat).
5. Sebagian besar (70,0%), lama rawat pasien JKN dengan kasus *PTCA* tidak efisien/tidak sesuai.

SARAN

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan diatas, adapun saran yang diberikan peneliti sebagai berikut:

1. Disarankan kepada pihak rumah sakit untuk membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya, pada waktu yang ditentukan tim mengkaji ulang kesesuaian tarif yang ditentukan oleh PERDA, dengan pembaharuan atau perubahan biaya yang dapat terjadi seiring dengan berjalannya waktu. Sehingga selisih atau perbedaan tarif real RS dengan tarif *INA-CBG's* dapat diminimalisir.
2. Disarankan kepada pihak rumah sakit untuk membuat/merancang Standar Prosedur Operasional (SPO) dalam penulisan diagnosa, agar diagnosa yang ditulis dokter dapat mengacu pada *ICD-10* dan *ICD-9-CM* dan membuat daftar singkatan diagnosa yang baku.
3. Disarankan kepada petugas koding untuk terus melakukan *update* ilmu tentang koding, dengan melakukan seminar, workshop dan pelatihan. Serta terus meningkatkan dan menjaga kualitas koding yang dihasilkan.
4. Sebaiknya dalam penetapan tingkat keparahan penyakit pasien (*severity level*), dokter menuliskan diagnosa dengan lengkap, tepat serta dapat dibaca. Dan pemilihan diagnosa utama, sekunder, komplikasi dan komorbiditi harus tepat juga. Agar tidak terjadi kesalahan sistem dalam menentukan tingkat keparahan penyakit pasien.
5. Disarankan kepada pihak rumah sakit untuk lebih memperhatikan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien, serta merancang dan menerapkan *clinical pathway* sebagai pedoman dalam pemberian pelayanan kesehatan. Agar dapat mengurangi variasi dalam pelayanan.

DAFTAR PUSTAKA

- Depertemen Kesehatan RI, 2006, *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Revisi II*, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Jakarta, : DepKes RI.
- 2007, *Buku Tarif INA-DRG's Rumah Sakit Umum dan Khusus Kelas II*, Jenderal Bina Pelayanan Medik, Jakarta : DepKes RI.
- 2008, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan Revisi Buku Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis*, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Jakarta : DepKes RI.
- Firdaus, Sunny Ummul, 2007, *Rekam Medis Dalam Sorotan Hukum dan Etika*, Cetakan I, Lembaga Pengembangan Pendidikan (LPP) UNS, Surakarta, UNS Press.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI No 377, 2007, *Standar Profesi Perekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, Menteri Kesehatan, Jakarta : KepMenKes RI.
- No 340, 2010, *Klasifikasi Rumah Sakit*, Menteri Kesehatan, Jakarta : KepMenKes RI.
- Mandels, Rudy J, 2013 *Tingkat Akurasi Kodefikasi Morbiditas Rawat Inap Guna Menunjang Akurasi Pelaporan di Bagian Rekam Medis Rumah Sakit Cahya Kawaluyan* : STIKes Borromeus [online] Dari <http://ejournal.stikesborromeus.ac.id> (diakses 25 Maret 2017).
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No 269, 2008, *Rekam Medis*, Menteri Kesehatan, Jakarta : PerMenKes RI.
- 27, 2014 *Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's)*, Menteri Kesehatan, Jakarta : PerMenKes RI.

- 52, 2016, *Standar Tarif Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*, Menteri Kesehatan, Jakarta : PerMen Kes RI.
- Rustiyanto, Ery.2009. *Etika Profesi Perekam Medis dan Informatika Kesehatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Sabarguna, MARS, 2004, *Manajemen Keuangan Rumah Sakit*, KONSORSIUM Rumah Sakit Islam Jateng, Yogyakarta : Konsorsium.
- Saryono, SKp, M.Kes, 2011, *Metodologi Penelitian Kesehatan Penuntun Praktis Bagi Pemula*, Mitra Cendikia Press, Yogyakarta : Mira Cendikia.
- Wijayanti, Sugiarsi.2014, *Analisis Perbedaan Tarif Real Rumah Sakit Dengan Tarif Paket INA-CBG's Pada Pembayaran Klaim JAMKESMAS Pasien Rawat Inap di RSUD Kabupaten Sukoharjo*. Jurnal. Sukoharjo: Apikes Mitra Husada Karanganyar.