

TINJAUAN KETEPATAN KODE DIAGNOSIS PADA KASUS BEDAH PASIEN RAWAT INAP DI RSKD DUREN SAWIT

Ririn Rahayu¹, Laela Indawati², Lily Widjaja³, Nanda Aula Rumana⁴

Fakultas ilmu-ilmu kesehatan, Universitas esa unggul Jakarta, Indonesia 1,2,3,4

ririnrahayuimut1234@gmail.com¹; laela.indawati@esaunggul.ac.id²;

lily.widjaja@esaunggul.ac.id³, nanda.rumana@esaunggul.ac.id⁴

Abstrak

Received: 01-11-2022

Revised : 07-11-2022

Accepted: 14-11-2022

Berdasarkan Kenmenkes RI tahun 2014 menjelaskan mengenai koding yang mempunyai arti sebagai kegiatan pemberian kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD-9CM. Ketidaktepatan pengodean dapat mempengaruhi pembiayaan pelayanan kesehatan, penelitian ini dilaksanakan untuk melihat ketepatan kode diagnosis utama dan sekunder kasus bedah pasien rawat inap di RSKD Duren Sawit dengan menggunakan metode penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif yaitu penulisan bertujuan dapat menggambarkan hasil yang didapatkan terhadap ketepatan kodifikasi diagnosis. Informan dalam penelitian ini adalah koder rawat inap di RSKD Duren Sawit, pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan teknik sampel jenuh. Pada hasil penelitian ini menunjukkan SPO pengodean menggunakan prosedur terbaru berdasarkan sistem elektronik, latar belakang pendidikan coder di RSKD Duren Sawit memiliki peran penting terhadap kualitas kode yang tepat. Seorang *coder* di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur diperkenankan untuk melakukan pelatihan pengodean diagnosis lebih dalam lagi, pada hasil penelitian pengodean pada kasus bedah pasien rawat inap ditemukan rata-rata kode diagnosis yang memiliki ketepatan yaitu 58 (63,74%) dan 33 (36,26%) yang tidak tepat, serta ditemukan juga hasil dari ketepatan diagnosis sekunder 84 (92,30%) dan 7 (7,70%) yang tidak tepat. Berdasarkan 4 karakter, ketidaktepatan terjadi pada diagnosis utama mayoritas pada karakter ke-4 sebanyak 31 (34,7%). Terdapat faktor yang menjadi hambatan dari identifikasi 5M, yaitu faktor man (manusia) kurang telitnya dokter dalam menginput diagnosis dan kurang telitnya petugas dalam memeriksa kembali kode diagnosis yang kurang tepat dan harus menjalani pembelajaran terkait pengodean lebih dalam lagi untuk petugas pengodean diagnosis yang tidak memiliki latar belakang akademik rekam medis.

Kata kunci: Ketepatan; Kodifikasi Penyakit; Bedah; 5M

Abstract

Based on Kemenkes RI in 2014, it explains about coding which has the meaning as an activity of providing main diagnosis codes and secondary diagnoses in accordance with ICD-10 and providing procedure codes in accordance with ICD-9 CM. Coding inaccuracies can affect the financing of health services, this study was conducted to see the accuracy of the main and secondary diagnosis codes of surgical cases of inpatients at Duren Sawit Hospital using descriptive research methods with a quantitative approach, namely writing aims to describe the results obtained on the accuracy of diagnosis codification. Informants in this study were inpatient coders at RSKD Duren Sawit, data collection in this study using saturated sample technique. The results of this study indicate that the coding SPO uses the latest procedures based on an electronic system, the educational background of the coder at RSKD Duren Sawit has an important role in the quality of the correct code. A coder at Duren Sawit Hospital, East Jakarta

is allowed to conduct more diagnosis coding training, on the results of coding research on surgical cases of inpatients, it was found that the average diagnosis code that had accuracy was 58 (63.74%) and 33 (36.26%) were inappropriate, and also found the results of the accuracy of the secondary diagnosis 84 (92.30%) and 7 (7.70%) were inappropriate. Based on 4 characters, inaccuracy occurred in the main diagnosis, the majority in the 4th character as many as 31 (34.7%). There are factors that become obstacles to the identification of 5M, namely the man factor, the lack of accuracy of doctors in inputting diagnoses and the lack of accuracy of officers in re-examining diagnosis codes that are less precise and must undergo learning related to coding more deeply for diagnosis coding officers who do not have an academic background in medical records.

Keywords : Accuracy, Disease Codification, Surgery, 5M

*Correspondence Author: Ririn Rahayu
Email: ririnrahayuimut1234@gmail.com



PENDAHULUAN

Rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Abduh, 2021). Rekam medis merupakan keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa penentuan fisik, laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang telah diberikan kepada pasien dan pengobatan baik di rawat inap, rawat jalan maupun yang mendapat pelayanan gawat darurat (Pasaribu & Sihombing, 2017).

Dalam melakukan pengkodean diagnosis pada rekam medis pasien, petugas coder menggunakan aturan pada ICD-10 (*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem*) untuk menetapkan kode diagnosis (Isnaini, 2019). Sistem klasifikasi penyakit merupakan sistem yang mengelompokkan penyakit dan prosedur-prosedur yang sejenis dalam suatu kelompok nomor kode penyakit dan tindakan yang sejenis (Irmawan et al., 2013).

Salah satu kompetensi utama yang harus dimiliki seorang Perkam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) adalah klasifikasi dan kodefikasi penyakit, masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis. Penggunaan prosedur dan istilah penyakit yang berbeda-beda mengakibatkan pengumpulan dan pengolahan data morbiditas dan mortalitas menjadi tidak akurat (Maryati et al., 2020).

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa kasus bedah adalah masalah kesehatan masyarakat (Siska, 2019). Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) *Global Health Estimate* (GHE) 2017, volume kebutuhan pembedahan terbagi menjadi tiga kategori yaitu : 64,2 juta jiwa penyakit menular, maternal, perinatal, dan kondisi gizi, 208,8 juta jiwa pada penyakit tidak menular atau *Non-Communicable Disease* (NCD). Prevalensi tindakan pembedahan di Indonesia diperkirakan sekitar 1.905 tindakan per 100.000 orang, jumlah tindakan operasi pada tahun 2017 sebanyak 1.920 pasien yang diambil dari bedah obgyn, bedah umum, dan bedah ortopedi. Persentase tindakan operasi bedah obgyn sebanyak 41,62%, bedah umum sebanyak 40,65% dan bedah orthopedi sebanyak 17,73%. Tahun 2015 *World Health Assembly* (WHA) mengeluarkan resolusi penguatan darurat dan perawatan bedah serta anestesi yang penting sebagai komponen

cakupan kesehatan universal atau Universal Health Coverage (UHC). Prosedur pembedahan menempati urutan ke-11 dari 50 penanganan pola penyakit di rumah sakit seluruh Indonesia ([World Health Organization](#), 2017).

Berdasarkan hasil penelitian ketepatan kode yang telah dilakukan oleh peneliti ketepatan kode diagnosis pada dokumen rekam medis pasien rawat jalan klinik Bedah masih kurang baik, persentase kode diagnosis yang tepat adalah 0% dan kode yang tidak tepat terdapat 100%. Rendahnya tingkat persentase ketepatan kode diagnosis disebabkan oleh beberapa hal, salah satu diantaranya yaitu tulisan dokter yang sulit untuk dibaca oleh petugas coder ([Afrillia](#), 2017).

Menurut hasil penelitian lain dari [Mussy](#), (2018) dengan judul Tinjauan ketepatan kode diagnosis utama kasus bedah pada pasien rawat inap di RSPAD Gatot Subroto Bulan Januari Tahun 2018, ketepatan kode diagnosis pada dokumen rekam medis kasus bedah pasien rawat inap menunjukkan hasil bahwa ketidaktepatan kode diagnosis pasien sebanyak 33 (45,3%), dan ketepatan pada kode diagnosis sebanyak 42 (54,7%).

Ketidaktepatan dalam pemberian kode penyakit dan tindakan dapat mempengaruhi jumlah biaya pelayanan kesehatan yang dibayarkan ke Rumah Sakit. Pembiayaan pelayanan kesehatan berbasis *Case Base Groups (CBGs)* sangat ditentukan oleh data klinik (terutama kode diagnosis dan prosedur medis) yang di input ke dalam *software* ([L Indawati](#), 2017). Terlihat dari dampak yang terjadi dari ketidaksesuaian pemberian kode penyakit, oleh karena itu ketepatan pada pemberian kode penyakit sangat penting ([Rahmadhani et al.](#), 2020).

Kasus bedah pasien rawat inap di RSKD Duren Sawit memiliki kode diagnosis utama, sekunder dan kode tindakan, peneliti hanya meneliti kode diagnosis utama dan sekunder yang masih memiliki ketidaktepatan kode diagnosis dikarenakan pada kode tindakan sudah sesuai dan tidak memiliki kode yang kurang tepat ([Laela Indawati](#), 2019).

Peneliti melakukan observasi awal dengan meninjau ketepatan diagnosis utama rekam medis kasus bedah dengan kode ICD-10 ([Nursausan & Sukawan](#), 2022). Berdasarkan hasil observasi awal terhadap 30 rekam medis kasus bedah pasien rawat inap pada bulan Juni – Juli 2021 ditemukan sebanyak 12 (40%) data rekam medis pasien bedah dengan diagnosa yang kurang tepat, dan terdapat 18 (60%) rekam medis yang tepat, ketidaktepatan terjadi disebabkan karena kurangnya ketelitian petugas *coder* dalam melaksanakan pengkodean diagnosis, dampak yang didapat dari ketidaktepatan pengkodean dapat menyebabkan terjadinya pending dan berpengaruh pada biaya pelayanan kesehatan yang diberikan ([Rohmah et al.](#), 2020).

Permasalahan pengkodean yang terjadi pada pasien bedah di RSKD Duren Sawit dikarenakan kurang telitinya dokter dalam pemilihan diagnosis pasien yang menggunakan sistem otomatis dalam *komputer* sehingga terdapat kode ICD-10 bedah yang tidak tepat, dengan permasalahan yang terjadi pada pengkodean diagnosis di RSKD Duren Sawit, salah satunya kurang telitinya petugas *coder* dalam memeriksa kembali kode diagnosis yang telah dilakukan secara otomatis ([Pardede](#), 2020).

METODE PENELITIAN

Tempat penelitian ini dilaksanakan di RSKD Duren Sawit yang berada di jalan Jl. Duren Sawit Baru No.2, RW.6, Pd. Bambu, Kec. Duren Sawit, Kota Jakarta Timur, Daerah

Khusus Ibukota Jakarta 13430, pada Unit Rekam Medis. Keseluruhan waktu penelitian ini dilaksanakan pada bulan November 2021 – Juli 2022. Metode penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kuantitatif yaitu penulisan bertujuan dapat menggambarkan hasil yang didapatkan terhadap ketepatan kodefikasi diagnosis yang didukung dengan hasil wawancara dan observasi di unit rekam medis RSKD Duren Sawit. Dengan pengumpulan data menggunakan teknik sampel jenuh, populasi pada penelitian ini diambil dari seluruh berkas rekam medis kasus bedah pasien rawat inap pada bulan Oktober –Desember 2021 berjumlah 91 Rekam medis. Sampel merupakan sebagian atau sebagai wakil dari populasi yang akan diteliti dari populasi tersebut, pada sampel penelitian ini menggunakan teknik sampel jenuh, dengan mengambil seluruh populasi yang ada yaitu 91 Rekam Medis.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit merupakan rumah sakit khusus milik Pemerintah Provinsi DKI Jakarta yang berlokasi di JL. Duren Sawit Baru No.2, RW.6, Pd.Bambu, Kecamatan. Duren Sawit, Kota Jakarta Timur, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 13430. RSKD Duren Sawit diresmikan pada tanggal 19 Juni 2002 oleh Bapak Sutiyoso sebagai Gubernur DKI Jakarta dengan status Satker Dinas Kesehatan DKI Jakarta berdasarkan Keputusan Gubernur DKI Jakarta No. 105 Tahun 2001.

Pada awal berdirinya, RSKD Duren Sawit ditetapkan sebagai Rumah Sakit Jiwa Khusus Kelas B berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 237/MenKes-kesos/SK/III/2001 dengan kapasitas 122 tempat tidur, yang ditingkatkan menjadi 127 tempat tidur. pada tahun 2006. Kemudian pada tahun 2006, berdasarkan SK Gubernur No. 2091 Tahun 2006, RSKD Duren Sawit ditetapkan sebagai unit kerja Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta dengan menerapkan model pengelolaan keuangan Unit Layanan Umum (BLUD) Kabupaten.

Selain itu, RSKD kelas Duren Sawit ditetapkan sebagai rumah sakit khusus kelas A sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 330/MenKes/SK/2009. Pada tahun 2014, Gubernur Provinsi DKI Jakarta menerbitkan Peraturan Daerah Nomor 215 Tahun 2014 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Khusus di Wilayah Duren Sawit.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan dengan observasi dan wawancara, RSKD Duren Sawit sudah memiliki SPO untuk menetapkan kode diagnosis yang diterbitkan pada tanggal 25 Agustus 2016, namun untuk saat ini masih dalam pelaksanaan revisi dan belum dijadikan sebagai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang disahkan. Menurut Undang-Undang No 44 Tahun 2009 Tentang rumah sakit terdapat menjelaskan Prosedur operasi standar adalah seperangkat instruksi atau langkah-langkah baku untuk menyelesaikan beberapa proses kerja rutin.

Tabel 1. Pelaksanaan Tahapan SPO Coding Tahun 2016 dan Tahapan Pelaksanaan SPO Coding Saat Ini

No	Tahapan Spo Coding 25 Agustus 2016	Tahapan Pelaksanaan Coding Saat Ini
1.	Petugas Mobilisasi Dana menerima berkas dari penata rekening dan melakukan verifikasi, menyatukan berkas yang belum lengkap misalnya hasil pemeriksaan penunjang, formulir resep dan lembar jasa medis sesuai DPJP.	Petugas <i>coder</i> menerima Data pasien JKN yang sudah lengkap dan terverifikasi sudah tersedia di folder bulan pelayanan pasien BPJS.
2.	Petugas Mobilisasi Dana melakukan penarikan data dari SIM RSKD Duren Sawit dengan sistem Bridging.	Tim koding, mengkoding berdasarkan diagnosa dan tindakan yang tertera di resume medis dengan memperhatikan tatalaksana dari setiap diagnosanya.
3.	Petugas <i>coder</i> Melakukan koding berdasarkan resume medis sesuai dengan ICD 10 dan ICD 9 CM.	Bila terdapat resume medis yang belum diisi atau kurang lengkap, tim koding menghubungi DPJP.
4.	Selanjutnya petugas <i>coder</i> melaksanakan grouper dengan aplikasi INA CBGs untuk menentukan besar tarif yang akan dibayarkan oleh BPJS untuk rumah sakit.	Tim koding, mengkode menggunakan ICD-10 volume III tahun 2016 untuk menemukan diagnosa yang dicari, dan menggunakan ICD-10 volume I tahun 2016 (<i>Tabular List</i>) untuk memeriksa kebenaran nomor kode diagnosa yang dipilih. Tindakan/Prosedur tim koding menggunakan ICD-9 CM tahun 2010
5.	Petugas <i>coder</i> Melakukan print lembar kemenkes untuk disatukan dengan berkas tagihan dan semua berkas diserahkan ke verifikator BPJS di verif layak / tidak layak	Tim koding mencantumkan kode diagnosa dan tindakan di aplikasi E-Klaim INA CBGs
6.	-	Sebelum di grouper dan final, tim koding kembali melakukan verifikasi untuk kesesuaian berkas antara lain : SEP, No.BPJS, tanggal masuk dan tanggal keluar, serta Nominal biaya yang tertera di E-Klaim.

Sumber referensi data tabel: Standar Prosedur Operasional Coding and Grouping

Terdapat perubahan signifikan pada isi prosedur SOP tersebut yang semula hanya 5 tahapan prosedur pengkodean menjadi 6 tahapan prosedur pengkodean yang mendetail pada prosedur nya yang akan dibuat. Sebelumnya staf mobilisasi dana melakukan penarikan data dari SIM RSKD menggunakan sistem bridging namun diganti dengan tim koding melakukan pengkodean berdasarkan resume medis menggunakan ICD-9 CM dan ICD-10 volume I tahun 2016 lalu menginput kode diagnosa dengan tindakan duplikasi INA CBG's untuk kemudian diverifikasi kembali berkas berupa SEP, No.BPJS, tanggal masuk dan tanggal keluar, nominal biaya yang tertera di E-Klaim.

Tabel 2. Hasil persentase ketepatan kode diagnosis kasus bedah pada pasien rawat inap bulan Oktober - Desember tahun 2021 di RSKD Duren Sawit

Ketepatan kode				
No	diagnosis Utama	Jumlah	Persentase	Keterangan
1	Tepat	58	63,74%	Terdapat 58 dari 91 rekam medis kasus bedah kode yang tepat
2	Tidak Tepat	33	36,26%	Terdapat 33 dari 91 rekam medis kasus bedah kode yang tidak tepat
TOTAL		91	100%	Total keseluruhan yang diambil adalah 91 rekam medis kasus bedah diagnosis utama

Ketepatan Kode				
No	diagnosis Sekunder	Jumlah	Persentase	Keterangan
1	Tepat	84	92,30%	Terdapat 84 dari 91 rekam medis kasus bedah kode yang tepat
2	Tidak Tepat		07,70%	Terdapat 7 dari 91 rekam medis kasus bedah kode yang tidak tepat
TOTAL		91	100%	Total keseluruhan yang diambil adalah 91 rekam medis kasus bedah diagnosis sekunder

Hasil dari persentase Akurasi kode diagnosis untuk kasus bedah pada pasien rawat inap bulan Oktober – Desember tahun 2021 di RSKD Duren Sawit diperoleh pada kode diagnosis utama sebanyak 58 (63,74%) rekam medis yang tepat, dan ditemukan sebanyak 33 (36,26%) rekam medis yang tidak tepat. Dan pada kode diagnosis sekunder memiliki nilai ketidaktepatan yang cukup rendah yaitu sebanyak 7 (0,92%) rekam medis dan kode diagnosis sekunder memiliki nilai ketepatan yang sangat tinggi yaitu sebanyak 84 (99,08%).

Tabel 3. Hasil persentase ketepatan kode diagnosis utama berdasarkan karakter kasus bedah pada pasien rawat inap bulan Oktober - Desember tahun 2021 di RSKD Duren Sawit

Karakter	Tepat		Tidak Tepat	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
1	90	98,90%	1	1,10%
2	90	98,90%	1	1,10%
3	88	96,70%	3	3,30%
4	60	63,93%	31	34,07%

Tabel 4. Hasil persentase ketepatan kode diagnosis sekunder berdasarkan karakter kasus bedah pasien rawat inap bulan Oktober - Desember tahun 2021 di RSKD Duren Sawit

Karakter	Tepat		Tidak Tepat	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
1	91	100%	0	0%
2	91	100%	0	0%
3	91	100%	0	0%
4	84	92,30%	7	7,70%

Sesuai dengan tabel yang telah ditampilkan terdapat hasil tertinggi dari persentase ketidaktepatan kode diagnosis utama pada karakter ke-4 sebanyak 31 (34,07%). dari hasil ketidaktepatan tersebut ada juga hasil tertinggi dari ketepatan kode diagnosis utama pada karakter ke-3 sebanyak 3 (3,30%) sedangkan hasil tertinggi dari persentase ketidaktepatan kode diagnosis sekunder terdapat pada karakter ke-4 sebanyak 7 (100%) rekam medis.

Hasil penelitian lain yang sejalan dengan penelitian ini, dilakukan oleh peneliti di RSPAD Gatot Subroto tahun 2018 mengenai ketepatan pengkodean diagnosa utama kasus bedah pada pasien rawat inap, penelitian tersebut mengambil sampel sebanyak 75 rekam medis, dari hasil penelitian tersebut didapatkan kode yang tidak tepat sebanyak 33 (45,3%) dan kode yang tepat sebanyak 42 (54,7%), ketidaktepatan kode terjadi karena faktor dari tulisan dokter yang sulit dibaca serta pengetahuan dan keterampilan petugas koding dalam mengkode diagnosis.

Terdapat hambatan dari identifikasi faktor 5M ketidaktepatan pengkodean, yang mempengaruhi ketepatan kode diagnosis kasus bedah pada pasien rawat inap di RSKD Duren Sawit ada 2 yaitu faktor man (manusia) karena kurang telit nya dokter dalam menginput diagnosis, serta kurang telitnya petugas koding dalam memeriksa kembali kode diagnosis yang tidak tepat, kompetensi petugas koding juga berpengaruh dalam pengkodean, petugas koding yang tidak memiliki latar belakang perekam medis memerlukan pembelajaran lebih dalam lagi khususnya terhadap pelaksanaan pengkodean, Menurut Undang-Undang Pasal 46 No 29 tahun 2004 menjelaskan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis,

rekam medis harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian dapat ditarik kesimpulan bahwa pada pelaksanaan pengkodean di RSKD Duren Sawit sudah memiliki Standar Prosedur Operasional Operasional (SPO) yang disahkan pada tahun 2016, namun untuk pelaksanaan pengkodean saat ini, menggunakan prosedur terbaru yang memiliki 6 tahapan pada tiap tahapannya sudah terlaksana dengan baik. Berdasarkan 91 kasus bedah pasien rawat inap bulan Oktober-Desember tahun 2021 ditemukan sebanyak 58 kode diagnosis utama pada rekam medis yang memiliki ketepatan dengan persentase sebesar (63,74%) Dan ditemukan sebanyak 33 kode diagnosis utama pada rekam medis yang memiliki kode kurang tepat dengan persentase sebesar (36,26%). Sedangkan pada kode diagnosis sekunder ditemukan sebanyak 84 rekam medis yang memiliki ketepatan dengan persentase sebesar (92,30%), ketidaktepatan pada kode diagnosis sekunder ditemukan lebih sedikit dibanding dengan ketidaktepatan kode diagnosis utama yaitu sebanyak 7 rekam medis dengan memiliki persentase sebesar (7,70%). Ketidaktepatan terjadi pada diagnosis utama terbanyak pada karakter ke-4 sebanyak 31 (34,07%) rekam medis dalam pemberian kode yang kurang sesuai. Ditemukan ketidaktepatan kode diagnosis sekunder sebanyak 7 rekam medis disebabkan karena pemberian kode yang kurang sesuai pada karakter ke-4. Hambatan yang terdapat pada pelaksanaan kodefikasi penyakit berdasarkan unsur 5M (Man, Money, Machine, Method, Material) didapatkan 1 faktor yang menjadi hambatan yaitu :Faktor Man (Manusia) Kurang telitinya dokter dalam memilih kode yang sesuai dengan diagnosis yang diberikan. Kurang telitinya petugas koding dalam memeriksa kembali diagnosis yang kurang tepat pada diagnosis. Petugas koding bukan lulusan dari akademi rekam medis sehingga masih harus menjalani pembelajaran lebih dalam lagi mengenai pengkodean diagnosis.

BIBLIOGRAFI

- Abduh, R. (2021). Kajian Hukum Rekam Medis Sebagai Alat Bukti Malpraktek Medis. *De Lega Lata: Jurnal Ilmu Hukum*, 6(1), 221–234. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.30596%2Fdll.v6i1.4661>
- Afrillia, I. (2017). *Ketepatan Kode Diagnosis pada Klinik Bedah berdasarkan ICD-10 di RSUD Wates Triwulan I 2017*. Stikes Jenderal Achmad Yani Yogyakarta.
- Indawati, L. (2017). *Identifikasi Unsur 5M Dalam Ketidaktepatan Pemberian Kode Penyakit Dan Tindakan (Systematic Review)*.
- Indawati, Laela. (2019). Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUP Fatmawati Tahun 2016. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMIKI)*, 7(2), 113. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33560/jmiki.v7i2.230>

- Irmawan, Kristina, S., & Qorbaniati, N. (2013). Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosis Neoplasma Di RSUD Banjarbaru. *Kesehatan Indonesia*, 4(3), 15–18.
- Isnaini, V. A. (2019). Strategi Perbaikan Ketidaktepatan Kodefikasi Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Jalan Berdasarkan Icd-10 Dengan Pdca Di Puskesmas Sukodono Lumajang. *Prosiding RMIK Politeknik Negeri Jember*, 1(1).
- Maryati, W., Rahayuningrum, I. O., & Sari, N. P. (2020). Dampak Beban Kerja Coder yang Tinggi Terhadap Ketidakkuratan Kode Diagnosis. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMIKI)*, 8(1), 49. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33560/jmiki.v8i1.252>
- Mussy, N. (2018). *Tinjauan Ketepatan kode Diagnosis utama Kasus Bedah Umum pada Pasien Rawat Inap di RSPAD Gatot Subroto Bulan Januari Tahun 2018*. Universitas Esa Unggul.
- Nur Sausan, R., & Sukawan, A. (2022). Accuracy Of Diagnostic Codes In Referral Patients Based On Icd–10 At Uptd Puskesmas Cigeureung. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 1(1), 23–30.
- Pardede, R. (2020). Kelengkapan Resume Medis Dan Keakuratan Kode Diagnosis Klaim Bpjs Rawat Inap Di RSUP Dr. M. Djamil Padang, Indonesia. *Jurnal Kesehatan Medika Sainika*, 11(2), 300–309. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.30633/jkms.v11i2.787>
- Pasaribu, J. S., & Sihombing, J. (2017). Perancangan Sistem Informasi Rekam Medis Pasien Rawat Jalan Berbasis Web Di Klinik Sehat Margasari Bandung. *Jurnal Ilmiah Teknologi Informasi Terapan*, 3(3), 2407–3911. <https://doi.org/10.33197/jitter.vol3.iss3.2017.139>
- Rahmadhani, I., Wijayanti, R. A., & Nuraini, N. (2020). Analisis Ketidaksesuaian Kode Diagnosis pada SIMRS dengan Berkas Klaim BPJS Klinik Obgyn. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(4), 545–552. <https://doi.org/https://doi.org/10.25047/j-remi.v1i4.2075>
- Rohmah, A. N., Nurmawati, I., Muflihatin, I., & Syaifuddin, S. (2020). Analisis Penerapan RME Pada Unit Coding Rawat Jalan RSUD KRMT Wongsonegoro Semarang. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(4), 431–438. <https://doi.org/https://doi.org/10.25047/j-remi.v1i4.2137>
- Siska, F. (2019). PENGARUH PEMBERIAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN PRE OPERASI APPENDIKTOMI DI RUMAH SAKIT PUSRI PALEMBANG. *Prosiding Seminar Nasional*, 47–55.
- World Health Organization. (2017). *World Health Organization (WHO) Global Health Estimate*.



© 2022 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY SA) license (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>).