

Kelengkapan Informasi Medis Dalam Penetapan Kode Morbiditas, Pada Kasus Chronic Kidney Disease Di Rumah Sakit Panti Wiloso Dr Cipto Semarang

Dyah Ernawati¹, Laurensia Rossandra²

¹Dosen Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang

²Alumni Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang

email : dyah_ernawati@dsn.dinus.ac.id

ABSTRACT

Observations were made on the medical record documents of the Chronic Kidney Disease (CKD) case, found incomplete medical information, namely the results of X-rays of 70%, other tests of 20%, writing of disease history of 10% and some of the stages of disease were not written. The results of the interview with one of the coders were due to the lack of accuracy in filling in medical supporting data. The aim of the study was to describe the medical information in determining morbidity coding in CKD cases.

Using a quantitative descriptive research approach, data from observations of 63 documents of CKD inpatient medical records were completed with information from one of the inpatient coder officers.

The results showed that, there was still incomplete medical information such as the results of investigations and medical history. And several documents were found whose examination result sheets were not in DRM. The procedure for determining the code in the RS Panti Wilasa Dr Cipto in the CKD case did not differ in giving morbidity codes with other cases. The flow is in accordance with the implementation guidelines for coding in ICD 10 Revision 2010. However, in determining the code the main obstacle is the lack of clarity in writing medical diagnoses, and there is an incomplete history. The conformity of the morbidity code based on ICD-10 version 2010 in the case of CKD in Dr Cipto Panti Wilasa Hospital was 71.42% and the code mismatch was 28.58%. This is due to incomplete medical information and unclear stages of CKD disease.

It is advisable for the coder to confirm to the DPJP if there is a diagnosis that is illegible or less specific so that the code generated is appropriate and precise, especially in the diagnosis of CKD. The need to complete medical information and double-check medical record documents before coding

Keywords: Medical Record Documents, Chronic Kidney Diseases, Morbidity Code, ICD-10

ABSTRAK

Observasi dilakukan pada dokumen rekam medis kasus *Chronic Kidney Disease* (CKD) ditemukan informasi medis kurang lengkap, yaitu hasil pemeriksaan rontgen 70%, pemeriksaan lainnya 20%, penulisan riwayat penyakit 10% dan beberapa tidak dituliskan tahapan penyakit. Hasil wawancara dengan salah satu *coder* disebabkan kurang teliti dalam mengisi data penunjang medis. Tujuan penelitian mendeskripsikan informasi medis dalam penetapan kode morbiditas pada kasus CKD.

Menggunakan pendekatan penelitian deskriptif kuantitatif, data dari observasi 63 dokumen rekam medis rawat inap kasus CKD dan dilengkapi dengan informasi dari salah satu petugas *coder* rawat inap.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa, masih terdapat ketidaklengkapan informasi medis seperti hasil pemeriksaan penunjang dan riwayat penyakit. Dan ditemukan beberapa dokumen yang lembar hasil pemeriksaan tidak ada dalam DRM. Alur prosedur penetapan kode di RS Panti Wilasa Dr Cipto kasus CKD tidak terdapat perbedaan dalam melakukan pemberian kode morbiditas dengan kasus yang lainnya. Alur tersebut sudah sesuai dengan pedoman pelaksanaan pemberian kode pada ICD 10 Revisi 2010. Namun, dalam penetapan kode kendala utamanya adalah ketidakjelasan dalam penulisan diagnosis medis,

dan terdapat anamnesis yang kurang lengkap. Kesesuaian kode morbiditas berdasarkan ICD-10 versi 2010 pada kasus CKD di RS Panti Wilasa Dr Cipto sebesar 71,42% dan ketidaksesuaian kode sebesar 28,58%. Hal tersebut diakibatkan karena adanya ketidaklengkapan informasi medis dan ketidakjelasan tahapan penyakit CKD.

Sebaiknya *coder* melakukan konfirmasi kepada DPJP apabila terdapat diagnosis yang tidak terbaca maupun kurang spesifik sehingga kode yang dihasilkan sesuai dan tepat, khususnya pada diagnosis CKD. Perlunya melengkapi informasi medis dan mengecek kembali dokumen rekam medis sebelum dilakukan *coding*

Kata Kunci: Dokumen Rekam Medis, *Chronis Kidney Diseases*, Kode Morbiditas, ICD-10

PENDAHULUAN

Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan kesehatan individu dengan pelayanan berupa rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat ⁽¹⁾. Salah satu unit yang ada di Rumah Sakit adalah Unit Rekam Medis yang meliputi pendaftaran, coding/indexing, assembling, filing, analisis/reporting. petugas rekam medis juga memiliki tanggung jawab dalam menginput diagnosis dan tindakan sesuai yang dituliskan oleh dokter. Dokter bertanggung jawab akan isi dokumen rekam medis ⁽²⁾.

Kelengkapan informasi medis sangat penting dalam penegakkan diagnosis dan penentuan kode penyakit, Informasi medis ini meliputi hasil pemeriksaan penunjang, pemeriksaan fisik, anamnesis, serta riwayat penyakit. Jika salah satu di antaranya belum terisi maka akan mempengaruhi dalam penentuan kode morbiditas.

Chronic Kidney Diseases (CKD)/Gagal Ginjal Kronis adalah kondisi masalah kesehatan dengan jumlah insidensi yang meningkat terus-menerus, CKD

merupakan penyakit ditandai dengan adanya penurunan fungsi ginjal yang dapat disebabkan oleh minuman beralkohol, merokok, dan lain-lain ⁽³⁾. Selain faktor tersebut, terdapat riwayat penyakit yang dapat mengakibatkan gagal ginjal diantaranya hipertensi, diabetes melitus, inflamasi, dan lain-lain ⁽⁴⁾. Setiap keluhan yang dirasakan oleh pasien akan berbeda-beda, sehingga hasil pemeriksaan juga akan menentukan stadium atau tingkat keparahan penyakit tersebut ⁽⁵⁾.

Hasil Observasi yang dilakukan pada dokumen rekam medis khususnya *kasus Chronic Kidney Disease* (CKD) ditemukan informasi medis yang kurang lengkap, yaitu hasil pemeriksaan rontgen 70%, pemeriksaan lainnya 20%, penulisan riwayat penyakit 10% dan beberapa tidak dituliskan tahapan penyakit. Dari aspek Man (Petugas) disebabkan karena kurang teliti dalam mengisi data penunjang medis. Dalam kerangka penelitian ini akan dianalisis pentingnya informasi medis dalam penetapan kode morbiditas, khususnya pada kasus *Chronic Kidney*

Disease (CKD) di Rumah Sakit Panti Wiloso dr Cipto Semarang.

wawancara dengan satu orang coder yang bertanggung jawab pada rawat inap

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah deskriptif kuantitatif yaitu penelitian yang berfungsi untuk mendeskripsikan atau memberi gambaran terhadap data atau sampel yang terkumpul. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa pentingnya informasi medis dalam penetapan kode morbiditas, khususnya pada kasus *Chronic Kidney Disease* (CKD) pada bagian coding dengan pendekatan yang digunakan yaitu cross sectional. Sumber data dari 63 DRM Rawat Inap pada kasus CKD, dan

HASIL

1. Kelengkapan Informasi Medis Kasus *Chronic Kidney Diseases* (CKD) / Gagal Ginjal Kronis

Berdasarkan hasil observasi di dapatkan hasil sbb :

Tabel 1. Kelengkapan Dokumen Rekam Medis

No.	Kategori	Jumlah DRM	Persentase (%)
1.	Lengkap	6	10%
2.	Tidak Lengkap	57	90%
Total		63	100%

Tabel 2. Kelengkapan Informasi Medis

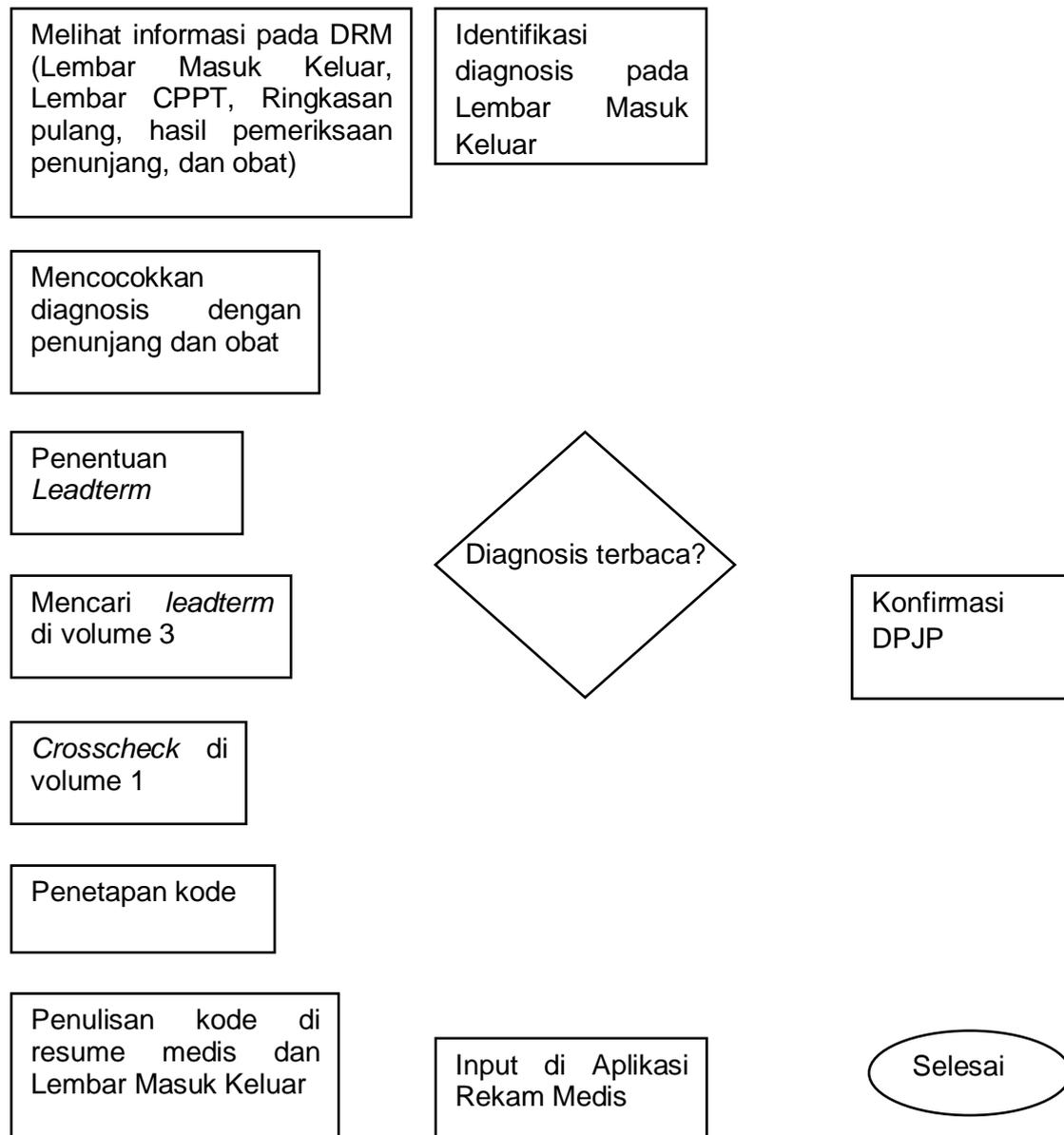
No.	Kelengkapan Informasi medis	Jumlah		Persentase (%)	
		Lengkap	Tidak Lengkap	Lengkap	Tidak Lengkap
1.	Ringkasan Masuk Keluar	63	-	100%	-
2.	Anamnesis	63	-	100%	-
3.	Laboratorium	58	5	92%	8%
4.	Rontgen	49	14	78%	22%
5.	EKG (<i>Electrocardiogram</i>)	59	4	93%	7%
6.	USG (<i>Ultrasonography</i>)	12	51	19%	81%
7.	Lain-lain	9	54	14%	86%
8.	Pemeriksaan Fisik	63	-	100%	-
9.	Riwayat Penyakit	24	39	38%	62%

Tabel 1.1 menggambarkan bahwa tingkat kelengkapan dokumen rekam medis dengan kategori lengkap sebesar 10% dan tidak lengkap sebesar 90%. Tabel 1.2 menggambarkan bahwa terdapat ketidaklengkapan informasi medis pada hasil laboratorium, rontgen, EKG, USG, lain-lain dan

riwayat penyakit. Hal ini disebabkan karena adanya hasil pemeriksaan yang tidak terdapat di dalam dokumen rekam medis.

2. Penetapan Kode Morbiditas Kasus *Chronic Kidney Diseases* (CKD)/Gagal Ginjal Kronis

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara di dapatkan hasil :



Gambar 1. Alur Penetapan Kode

3. Kesesuaian Kode Morbiditas Kasus *Chronic Kidney Diseases* (CKD) / Gagal Ginjal Kronis

Tabel 3. Persentase Kesesuaian Kode Gagal Ginjal Kronis

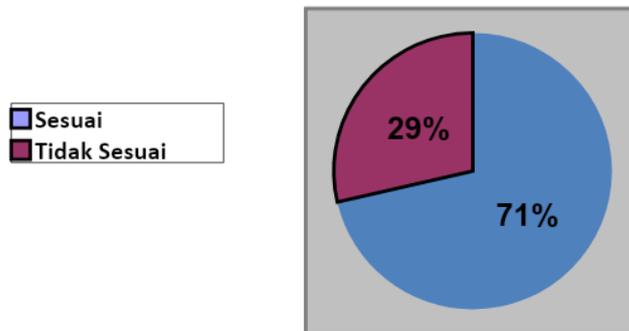
No.	Kategori	Jumlah Kode	Persentase (%)
1.	Kode Sesuai	45	71,42%
2.	Kode Tidak sesuai	18	28,58%
	Total	63	100%

Tabel 3 menggambarkan bahwa dari 63 dokumen rekam medis yang dianalisis jumlah kesesuaian kode gagal ginjal kronis pada lembar resume medis sebanyak 45 dokumen. Sedangkan untuk ketidaksesuaian kode sebanyak 18 dokumen, karena terdapat diagnosis yang kurang jelas tahapannya dan terdapat ketidaklengkapan informasi medis. Untuk lebih jelasnya,

terdapat perbandingan kesesuaian dan ketidaksesuaian kode gagal

ginjal kronis sebagai berikut :

Persentase Kesesuaian Kode Kasus Gagal Ginjal Kronis



Gambar 2

Diagram di atas menggambarkan bahwa kesesuaian kode kasus gagal ginjal kronis masih banyak yang belum sesuai dari 63 DRM sebanyak 18 dokumen tidak sesuai atau sebesar 28,58%, sisanya 45 dokumen dinyatakan sudah sesuai sebesar 71,42%. Dari 18 kode diagnosis, ketidaksesuaian terbanyak yaitu diagnosis CKD dengan Hipertensi dan CKD dengan tahapan yang kurang jelas, karena petugas hanya menginputkan kode kombinasi dan tidak menginputkan kode yang menunjukkan tingkat keparahan ginjal dalam penyakit CKD. Misal CKD dengan HT diinputkan kode I12.0 tetapi untuk menunjukkan tingkat keparahan penyakit CKDnya belum terinput N18.

PEMBAHASAN

1. Kelengkapan Informasi Medis Kasus *Chronic Kidney Diseases* (CKD) / Gagal Ginjal Kronis

Kelengkapan informasi medis yang ditulis dalam dokumen rekam medis memiliki peranan yang penting dalam menentukan kode diagnosis. Selain itu, informasi dari dokumen rekam medis dapat diolah untuk pihak manajemen dalam menentukan langkah-langkah upaya pengembangan pelayanan kesehatan. Tenaga rekam medis harus mampu menjaga mutu dokumen rekam medis berupa kelengkapan informasi medis yang berkaitan dengan pasien awal dilakukan perawatan hingga pasien pulang ⁽⁵⁾. Informasi yang dituliskan dalam dokumen rekam medis harus sesuai dengan yang diberikan pada

pasien untuk memudahkan pengobatan selanjutnya maupun penegakkan diagnosis.

Dalam penelitian ini kelengkapan informasi medis yang digunakan adalah Ringkasan masuk keluar, anamnesis, pemeriksaan penunjang (laboratorium, rontgen, EKG, USG, dan lain-lain), pemeriksaan fisik dan riwayat penyakit pasien penderita gagal ginjal kronis, rekam medis yang menyebutkan bahwa syarat rekam medis untuk pasien rawat inap sekurang-kurangnya berisi identitas pasien, anamnesis mencakup keluhan dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik ⁽²⁾.

Hasil penelitian di RS Panti Wilasa Dr Cipto menggambarkan bahwa dari 63 dokumen rekam medis yang diteliti terdapat dokumen rekam medis dengan kategori lengkap sebesar 10% dan tidak lengkap sebesar 90%. Ketidaklengkapan informasi medis terbanyak pada pemeriksaan lain-lain (86%),USG (81%), riwayat penyakit (62%), rontgen (22%), hasil pemeriksaan laboratorium (8%) dan terakhir EKG (7%). Hal ini disebabkan beberapa hasil pemeriksaan tidak berada di dalam 1 DRM hanya tercatat dalam Lembar Masuk Keluar tetapi lembar hasil tidak berada pada DRM. Hal ini

berdampak terhadap dokumen rekam medis yang tidak lengkap dan kodefikasi yang kurang sesuai. Contoh : dalam DRM pasien gagal ginjal kronis dengan hipertensi memiliki riwayat penyakit hipertensi dan diabetes melitus, pasien tersebut dilakukan pemeriksaan darah untuk mengetahui kadar *ureum* dan *creatinin* serta GDS, pemeriksaan rontgen, EKG, USG dan dilakukan *colonoscopy*. Namun hasil pemeriksaan USG dan *colonoscopy* tidak disertakan di dalam DRM hanya dituliskan pada Lembar Masuk Keluar sehingga terdapat ketidaklengkapan informasi medis.

Hal ini berbeda dengan penelitian Rini Arintya, dr. Rano Indrardi di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri bahwa terdapat ketidaklengkapan informasi medis berupa anamnesis sebesar 69,09% dikarenakan petugas tidak mengetahui formulir anamnesis yang disertai hasil pemeriksaan EKG ⁽⁶⁾. Ketidaklengkapan informasi medis akan berdampak pada mutu dokumen dan ketidaksesuaian kode diagnosis pada suatu kasus, hal ini penting dan harus diperhatikan oleh perekam medis dalam menjaga mutu dokumen rekam medis adalah kelengkapan informasi medis yang berhubungan dengan riwayat

penyakit pasien yang dimulai dari awal perawatan sampai pulang dari rumah sakit, berisi tentang pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang lainnya.⁽²²⁾

2. Penetapan Kode Diagnosis Kasus *Chronic Kidney Diseases (CKD) / Gagal Ginjal Kronis*

Penetapan kode merupakan salah satu bagian dari tugas seorang *coder*. Dalam pelaksanaan kodifikasi diperlukan ketelitian dan pemahaman dalam mengidentifikasi diagnosis pasien. Pelaksanaan kodifikasi menggunakan standar atau pedoman yang ada dalam ICD 10 Revisi 2010 dengan berupa kode *alphabetical*⁽⁷⁾. Kejelasan penulisan diagnosis pasien juga sangat berperan penting, dan memiliki pengaruh yang besar dalam menginput kode diagnosis maupun kode tindakan. Pelaksanaan penetapan kode dilakukan dengan cara membaca diagnosis yang meliputi keluhan, pemeriksaan penunjang, bahkan hingga letak anatomi yang spesifik. Selanjutnya diagnosis akan diubah menjadi kode-kode yang dapat diterjemahkan pada ICD 10 dan digunakan untuk proses klaim.

Di RS Panti Wilasa Dr Cipto didapatkan alur prosedur penetapan kode diagnosis atau penyakit, yang berdasarkan hasil wawancara

dengan *coder* dimana menyebutkan pelaksanaan penetapan kode diagnosis gagal ginjal kronis tidak memiliki perbedaan dengan kasus yang lainnya. Beberapa formulir dijadikan acuan oleh *coder* untuk melaksanakan proses *coding* diantaranya ringkasan pulang, lembar masuk keluar, lembar CPPT, hasil pemeriksaan penunjang dan obat. Pelaksanaan pemberian kode yang telah diatur dalam Standar Operasional Prosedur tentang pemberian kode penyakit (ICD-10) dan pemberian kode tindakan medis (ICD-9 CM). Standar Operasional Prosedur mengenai pemberian kode penyakit sebagai berikut :

- a. Dokumen rekam medis pasien yang akan dikode merupakan dokumen dari bagian assembling untuk pasien rawat inap.
- b. *Coder* akan mengidentifikasi pernyataan di ICD 10 Volume 3. Jika pernyataannya adalah penyakit atau cedera atau lainnya di klasifikasikan dibab I-XIX dan bab XX-XXI. Jika pernyataannya adalah penyebab luar atau cedera di klasifikasikan pada bab XX.
- c. *Coder* akan menentukan *leadterm*.
- d. *Coder* akan mencari *leadterm* pada ICD 10 Volume 3 dan

mengikuti semua catatan yang tertulis di bawah kata kunci.

- e. *Coder* akan mengecek ketepatan kode pada ICD 10 Volume 1.
- f. *Coder* akan menentukan kode yang tepat dengan membaca setiap catatan *include*, *exclude*, tanda kurung atau petunjuk lainnya.
- g. Proses *coding* dilakukan sesuai dengan diagnosis yang ditegakkan oleh dokter.
- h. Apabila diagnosis kurang jelas dan ditemukan inkonsistensi pencatatan diagnosis, maka *coder* harus melakukan klarifikasi pada DPJP.
- i. Jika *coder* dalam melakukan klarifikasi tidak berhasil, maka *coder* akan menggunakan Rule MB1 - Rule MB 5 untuk memilih kembali diagnosis utama (re-seleksi).

Alur tersebut sesuai dengan pedoman pemberian kode menurut ICD 10 ⁽⁸⁾. Alur penetapan kode sudah sesuai dan dapat menghasilkan kode yang sesuai. Namun, masih terdapat anamnesis yang kurang lengkap dan penulisan diagnosis oleh dokter yang susah dibaca sehingga mudah terjadi kekeliruan. Hal ini sesuai dengan penelitian Hudiyati Agustini, S. Agustina di RSUD Pasar Rebo

bahwa pelaksanaan kode penyakit menggunakan buku pedoman pengodean penyakit ICD 10 dan kode tindakan ICD 9CM ⁽⁹⁾.

3. Kesesuaian Kode Morbiditas Kasus *Chronic Kidney Diseases* (CKD) / Gagal Ginjal Kronis

Kegiatan pemberian kode merupakan kegiatan penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka dan kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. *Coding* merupakan pendukung pelayanan rekam medis dalam perbaikan kualitas data di rumah sakit ⁽¹⁰⁾. Peran yang paling berpengaruh dalam *coding* yaitu peran dokter dan seorang *coder*. Kelengkapan rekam medis, menunjukkan baik buruknya rekam medis dan mencerminkan kualitas pelayanan medis yang diberikan, ketepatan dan kelengkapan informasi (pengodean) menentukan penilaian kualitas pelayanan ⁽¹¹⁾. Kodefikasi penyakit gagal ginjal kronis juga ditentukan dari tahapan penyakit gagal ginjal sendiri. Tahapan pada penyakit gagal ginjal ini, sangat berpengaruh terhadap proses kodefikasi dan penetapan kode.

Hasil penelitian di RS Panti Wilasa Dr Cipto menggambarkan bahwa dari 63 dokumen didapatkan 45 dokumen (71,42%) dengan kode

sesuai dan 18 dokumen (28,58%) kode tidak sesuai. Hal ini disebabkan oleh kelengkapan informasi yang kurang dan penulisan diagnosis yang kurang jelas oleh dokter. Terlebih kurangnya kelengkapan informasi mengenai tahapan atau *stage* dalam penyakit gagal ginjal kronis yang berpengaruh pada suatu kode. Menurut *coder expert* dari RSUP Dr. Kariadi Semarang, penulisan diagnosis yang kurang jelas merupakan faktor utama, kelengkapan informasi berupa hasil pemeriksaan penunjang dan riwayat penyakit pasien sebelumnya juga mempengaruhi kesesuaian kode. Beberapa dokumen dengan tingkat keparahan gagal ginjal 3-5 ditemukan tidak disertai kode yang menunjukkan kondisi ginjal dalam penyakit gagal ginjalnya. Melainkan hanya kode kombinasi penyakit tersebut misal pada kode I12.0 yang menjelaskan bahwa penyakit gagal ginjal tersebut diakibatkan oleh hipertensi tetapi tidak disertakan kode N18.-. Jika dalam dokumen terdapat diagnosis gagal ginjal dengan hipertensi dan pada gagal ginjalnya tertulis tingkat keparahannya 3-5 maka, kode diagnosis N18.3 - N18.5 harus disertakan untuk menjelaskan tingkat keparahan penyakit gagal

ginjal dan dapat digunakan menjadi bukti ke BPJS ketika dilakukan hemodialisis.

Hal ini sesuai dengan penelitian Tri Purnama, Tesa Herta di RSI Ibnu Sina Pekanbaru bahwa kode penyakit gagal ginjal dengan kombinasi dilakukan pengodean dengan cara menggunakan kode kombinasi. Hal ini akan dipengaruhi oleh seorang *coder* yang masih kurang berkompeten meskipun *coder* memiliki latar belakang pendidikan D3 RMIK dan telah mengikuti pelatihan maupun seminar, namun kurangnya pemahaman terminologi medis, farmakologi dan kimia klinik⁽¹²⁾. Hal ini juga terjadi pada penelitian Lelimafi Setyani, Tri Lestari dan Putu Suriyasa di RSUD Dr. Moewardi bahwa terdapat kode yang tidak akurat disebabkan oleh ketidaklengkapan diagnosis, kemampuan *coder* dalam membaca diagnosis yang ditulis oleh dokter⁽¹³⁾.

SIMPULAN DAN SARAN

SIMPULAN

Kelengkapan informasi medis mengenai kasus CKD/gagal ginjal kronis di RS masih terdapat ketidaklengkapan informasi khusus pada hasil pemeriksaan penunjang dan riwayat penyakit. Alur penetapan kode CKD/gagal ginjal kronis

sama dengan kasus penyakit yang lainnya dan sesuai dengan kaidah ICD 10 Revisi 2010. Kesesuaian kode CKD/gagal ginjal kronis sebesar 71,42% dan ketidaksesuaian kode sebesar 28,58%, dikarenakan adanya ketidaklengkapan informasi medis dan ketidakjelasan tahapan penyakit CKD/ gagal ginjal kronis.

SARAN

Sebaiknya *coder* melakukan konfirmasi kepada DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) apabila terdapat diagnosis yang tidak terbaca maupun kurang spesifik sehingga kode yang dihasilkan sesuai dan tepat, khususnya pada diagnosis CKD dengan tahapan penyakit yang kurang spesifik. Perlunya melengkapi informasi medis dan mengecek kembali dokumen sebelum dilakukan *coding*.

DAFTAR PUSTAKA

1. UU No 44 2009. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. Jakarta. 2009.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis. Jakarta: Depkes RI. 2008.
3. Hidayati Titiek, Kushadiwijaya Haripurnomo S. Hubungan Antara Hipertensi, Merokok dan Minuman Suplemen Energi dan Kejadian Penyakit Ginjal Kronik. *Ber Kedokt Masy.* 2008;24(2):90–102.
4. Na L, Panggabean S, Lengkong JVM, Christine I. Kecemasan pada Penderita Penyakit Ginjal Kronik yang menjalani Hemodialisis di RS Universitas Kristen Indonesia. 2012;46:151–6.
5. Maryati W, Rosita R, Zanuri AP. Hubungan Antara Kelengkapan Informasi Medis Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Carcinoma Mammæ di RSUD Dr. Moewardi. *J Infokes.* 2019;9(1):24–31.
6. Rini Arintya dr. RI. Kelengkapan Informasi Penunjang Dalam Penentuan Keakuratan Kode Diagnosis Utama Chronic Renal Failure Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri Tahun 2013. 2014;15(2):82–93. Available from: <https://ejurnal.stikesmhk.ac.id/index.php/rm/article/view/316>
7. Pratiwi YE. Ketepatan Penentuan Kode Penyebab Dasar Kematian Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga Triwulan IV Tahun 2010. *J Infokes.* 2010;89–96.
8. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (International Classification of Diseases)(ICD) 10th Revision - Version:2010. Occupational Health. 2010.

9. Agustini H, Agustina S. Pelaksanaan Kode Penyakit dan Kode Tindakan di Klinik Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo. Pelaks kode penyakit dan kode tindakan di Klin bedah rumah sakit umum Drh pasar rebo [Internet]. 2016;03(01):1–8. Available from: <http://akademiperekammedis.ac.id/jurnal/index.php/medicordhif/article/view/20/19>
10. Rahayu H, Ernawati D, Kresnowati L, Fakultas A, Universitas K, Nuswantoro D, et al. Akurasi Kode Diagnosis Utama Pada RM 1 Dokumen Rekam Medis Ruang Karmel Dan Karakteristik Petugas Koding Rawat Inap Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus Periode Desember 2009. 2011;10(1):5–11. Available from: [http://dinus.ac.id/wbsc/assets/dokumen/majalah/Akurasi Kode Diagnosa U tama Pada RM 1 Dokumen Rekam](http://dinus.ac.id/wbsc/assets/dokumen/majalah/Akurasi Kode Diagnosa Utama Pada RM 1 Dokumen Rekam Medis Ruang Karmel dan Karakteristik Petugas Koding Rawat Inap Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus Periode Desember 2009.pdf)
11. Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arber,MI, Heal Adm Press. 1980;
12. Pela , Tesa Herta ., Sari PT. Penyakit Jantung Dan Penyakit Ginjal Berdasarkan ICD 10 Di Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru. 2017;53–9.
13. Setiyani L, Lestari T, Suriyasa P. Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosis Utama Pasien Rawat Inap Penyakit Cronic Renal Failure End Stage Berdasarkan ICD 10 Di RSUD Dr. Moewardi Bulan Januari Tahun 2013. J Rekam Medis [Internet]. 2013;VII(2):1–8. Available from: [https://www.ejurnal.stikesmhk.ac.id/in dex.php/rm/article/viewFile/282/256](https://www.ejurnal.stikesmhk.ac.id/index.php/rm/article/viewFile/282/256)