Hubungan Ketepatan Kode Diagnosis Pada Pasien Rawat Inap Dengan Persetujuan Klaim BPJS Di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

The Relationship Between The Accuracy Of The Diagnosis Code In Inpatients With The Approval Of BPJS Claims at dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Hospital

Dwi Hapsari[1], Astri Sri Wariyanti[2], Erna Adita Kusumawati[3]

[1]RSUP dr. Suradji Tirtonegoro Klaten
Jl. Dr. Soeradji Tirtonegoro No.1, Tegalyoso, Klaten Selatan, Klaten, Jawa Tengah 57424
Email: sarihapsari212@gmail

[2,3]STIKes Mitra Husada Karanganyar
Jl. Brigjen Katamso Barat, Gapura Papahan Indah, Papahan Kec.
Tasikmadu,Kabupaten Karanganyar, Jawa Tengah 57722
Email: [2,3]astrimhk@gmail.com, ernaadita@gmail.com

Abstrak

Ketepatan kode diagnosis merupakan penulisan kode diagnosis penyakit yang sesuai dengan klasifikasi yang ada di dalam ICD-10. Kualitas hasil pengodean bergantung pada kelengkapan diagnosis, keterbacaan tulisan dokter, serta profesionalisme dokter dan petugas koding. Koding sangat penting dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke Rumah Sakit. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan ketepatan kode diagnosis dengan persetujuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 1514 berkas. Pengambilan sampel menggunakan rumus Slovin maka didapatkan sampel sebanyak 93. Teknik pengambilan sampel menggunakan simple random sampling. Cara pengumpulan data dengan observasi menggunakan checklist dan wawancara tidak terstruktur. Analisis data yang digunakan yaitu univariate dan bivariate. Hasil penelitian ini ditemukan bahwa pengodean diagnosis tepat 76 (81,7%) dan tidak tepat 17 (18,3%), sedangkan persetujuan klaim BPJS Kesehatan layak sebanyak 78 (83,9%) dan tidak layak sebanyak 15 (16,1%). Berdasarkan uji statistik Fisher Exact Test Ho ditolak dan Ha diterima sehingga disimpulkan bahwa Ada hubungan antara ketepatan kode diagnosis dengan persetujuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Kata kunci: abstrak, ketepatan, koding, pending, klaim

Abstract

The accuracy of the diagnosis code is the writing of a disease diagnosis code that corresponds to the classification in ICD-10. The quality of coding results depends on the completeness of the diagnosis, the readability of the doctor's writing, as well as the professionalism of the doctor and coding officer. Coding is very important in a prospective financing system that will determine the amount of fees paid to the Hospital. The purpose of this study was to determine the relationship between the accuracy of the diagnosis code and the approval of BPJS Kesehatan inpatient claims at Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Hospital. The population in this study was 1514 files. Sampling using the Slovin formula then obtained a sample of 93. The sampling technique uses simple random sampling. How to collect data by observation using checklists and unstructured interviews. The data analysis used is univariate and bivariate. The results of this study found that the coding of the diagnosis was exactly 76 (81.7%) and incorrectly 17 (18.3%), while the approval of BPJS Kesehatan claims was feasible as many as 78 (83.9%) and not feasible as many as 15 (16.1%). Based on the statistical test, the Fisher Exact Test Ho was rejected and Ha was accepted so that it was concluded that there was a relationship between the accuracy of the diagnosis code and the approval of bpjs kesehatan inpatient claims at Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Hospital.

Keywords: abstract, accuracy, coding, pending, claims

PENDAHULUAN

Berdasarkan Perpres No.12 Tahun 2013, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan salah satu lembaga berbadan hukum di Indonesia yang dibentuk oleh pemerintah Indonesia untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Implementasi BPJS Kesehatan dimulai sejak 01 Januari 2014 di Fasilitas pelayanan Kesehatan seperti Puskesmas ataupun rumah sakit.

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Undang-Undang Republik Indonesia, 2009). Dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, rumah sakit didukung dengan berbagai unit pelayanan, salah satunya adalah rekam medis.

Permenkes No.24 Tahun 2022 menyebutkan bahwa rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis merupakan salah satu bagian penting dalam membantu pelaksanaan pemberian pelayanan kepada pasien di rumah sakit. Hal ini berkaitan dengan isi rekam medis yang mencerminkan segala informasimenyangkut pasien sebagai dasar dalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan medis lain.

Penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit melalui beberapa tahapan salah satunya adalah proses c*oding*. Proses *coding* merupakan kegiatan pemberian kode klasifikasi klinis sesuai dengan klasifikasi internasional penyakit dan tindakan medis yang terbaru atau *International Statistical Classification of Disease and Related Helath Problems.* Pada tahap *coding* petugas rekam medis melakukan pengodean pada diagnosis yang ditegakkan oleh dokter.

Diagnosis merupakan penyebutan suatu penyakit yang diderita oleh pasien atau keadaan sebagai penyebab individu mendapatkan asuhan medis. Tahap pengodean diagnosis pada berkas rekam medis harus dilakukan dengan teliti, lengkap, dan akurat (Reza, 2022). Ketepatan pengodean diagnosis sangat berpengaruh terhadap besaran klaim yang diajukan oleh rumah sakit terhadap BPJS Kesehatan (Kemenkes, 2021).

Penentuan tarif pada era JKN di rumah sakit mengacu pada *INA - CBG*s (*Indonesian Case Base Groups*). *INA-CBGs* dilakukan dengan mengelompokkan diagnosis penyakit berdasarkan diagnosis atau kasus yang relatif sama sehingga rumah sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan rata-rata biaya yang dihabiskan untuk suatu kelompok diagnosis. Rumah sakit memiliki sebuah sistem aplikasi *INA-CBGs* yang digunakan dalam membantu pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan yaitu permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan (rumah sakit) kepada BPJS Kesehatan (Kemenkes, 2015).

Dalam pengajuan klaim dilakukan proses verifikasi terhadap persyaratan pengajuan klaim yang menjadi dasar penagihan biaya. Dalam proses verifikasi dilakukan pemeriksaan terhadap laporan, pernyataan, penghitungan uang, dan sebagainya. Kelengkapan menjadi salah satu aspek yang penting untuk diperhatikan terutama kelengkapan berkas administrasi kepesertaan dan administrasi pelayanan. Kelengkapan dokumen klaim BPJS di rumah sakit meliputi rekapitulasi pelayanan dan berkas pendukung pasien yang terdiri dari Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis, keterangan diagnosis dari dokter yang merawat, dan bukti pelayanan lainnya. Rumah sakit berkewajiban untuk melengkapi dokumen persyaratan klaim sebelum diajukan ke pihak BPJS Kesehatan untuk memperoleh penggantian biaya perawatan pasien sesuai dengan tarif *INA-CBGs* (Valentina & Halawa, 2018).

Salah satu kendala yang terjadi dalam proses pengajuan klaim adalah penolakan berkas oleh verifikator yang berujung pada *pending* klaim dan sampai pada penolakan klaim. Beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya penolakan klaim antara lain adalah pengodean yang tidak atau kurang tepat, tidak adanya pemeriksaan penunjang medis, dan resume yang tidak lengkap (Siswati & Pratami, 2015).

Penelitian yang dilakukan oleh Indawati (2016) menyebutkan bahwa penyebab pengembalian klaim pasien rawat inap adalah terkait dengan akurasi koding diantaranya karena kurangnya pemeriksaan penunjang pendukung diagnosis, ketidaktepatan pemberian kode oleh koder, dan ketidaksesuaian dengan aturan reseleksi morbiditas dan kesepakatan. Hal yang sama disebutkan Sari (2020) dalam penelitianya menunjukkan bahwa

Ketidaktepatan kode disebabkan karena faktor petugas koder (kurangnya pelatihan bagi koder, koder kurang teliti, dan kurangnya pengetahuan koder), tenaga medis (tulisan dokter yang sulit dibaca, kurangnya kepatuhan dokter dalam melengkapi rekam medis dan diagnosis pasien, dan penggunaan singkatan yang tidak sesuai), kelengkapan dokumen rekam medis (dokumen rekam medis yang tidak lengkap dan pemeriksaan penunjang yang tidak lengkap), dan kebijakan (tidak terdapat SOP).

Sedangkan penelitian yang dilakukan Icha (2020) menunjukkan bahwa penyebab pengembalian berkas rekam medis berdasarkan *dispute coding* yaitu koding yang tidak sesuai dengan diagnosis, ketidakjelasan pada penulisan dokter sehingga diagnosis yang diajukan tidak tepat serta tidak terisinya diagnosis akhir di resume medis.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Oktamianiza, dkk (2020) menyebutkan bahwa ketepatan pemberian kode dari suatu diagnosis dipengaruhi oleh kerjasama penulisan dan kelengkapan diagnosis. Diagnosis yang tepat akan menghasilkan data kode yang tepat pula. Apabila terjadi kesalahan dalam pengodean hal ini akan berdampak terhadap klaim biaya pelayanan kesehatan.

Berdasarkan survey pendahuluan yang dilakukan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten didapatkan informasi bahwa masih ditemukan berkas yang dikembalikan kepada pihak rumah sakit atau *pending* klaim pada periode bulan Agustus 2022. Dari 10 berkas klaim yang diambil secara acak terdapat 7 berkas (70%) layak klaim sedangkan 3 berkas (30%) tidak layak klaim. Dari sampel tersebut dihasilkan bahwa ada 2 rekam medis yang kode diagnosisnya tidak tepat sedangkan 8 lainya sudah tepat. Hal ini menunjukkan bahwa di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten masih terdapat hambatan dalam proses pengajuan klaim ke pihak BPJS Kesehatan.

METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian observasi analitik yaitu menganalisis hubungan antara variabel bebas yaitu ketepatan kode diagnosis pasien rawat inap dengan variabel terikat yaitu persetujuan klaim di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Metode pendekatan yang digunakan adalah *cross sectional* yaitu penelitian yang dilakukan pada saat bersamaan antara ketepatan kode diagnosis dan persetujuan berkas klaim BPJS Kesehatan.

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh berkas klaim pasien BPJS Kesehatan pada bulan September 2022 yaitu sebanyak 1.514 berkas klaim. Sedangkan sampel dalam penelitian ini adalah berkas klaim rawat inap BPJS Kesehatan yang diambil dari ruang rekam medis di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebanyak 93 berkas yang diambil dengan cara sampel acak sederhana (S*imple Random Sampling*).

Instrument dalam penelitian ini berupa Checklist dan Pedoman wawancara tidak terstruktur. Teknik analisis data dalam penelitian menggunakan analisis univariat yaitu analisis deskriptif yang mendeskripsikan hasil dari gejala pada masing – masing variabel. Juga menggunakan analisis bivariat yang digunakan untuk menguji hubungan antara dua variabel. Dalam penelitian ini uji yang digunakan adalah *Fisher Exact Test.*

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Persentase Persetujuan Klaim Pasien Rawat Inap Di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

No	Ketepatan koding	Jumlah	
		f	%
1	Tepat	76	81,7
2	Tidak Tepat	17	18,3
	Jumlah	93	100

Dari tabel 1 dapat diketahui bahwa dari 93 jumlah sampel didapatkan sebanyak 76 berkas atau 81,7 % kode tepat, sedangkan sisanya sebanyak 17 berkas atau 18,3 % kode tidak tepat.

Ketepatan pengodean yang tepat salah satunya adalah pada resume medis Dokter menulis diagnosis CKD 5 dan hyponatremia dan koder memilih kode diagnosis N18.5 dan E87.1, sedangkan kode tidak tepat salah satunya pada resume Dokter menulis sistitis, thypoid, bronchitis pada koder menuliskan N30.9, A01.0, J20.9 seharusnya A01.0, N30.9. J20.9 karena setelah diobservasi lebih lanjut pasien ini masuk dengan demam dan hasil laboratorium *thypoid* positif dan penatalaksanaan *thypoid*. Masih adanya berkas rekam medis yang tidak tepat pengodeanya disebutkan juga dalam penelitian Purwanti (2016) hasil penelitianya menyebutkan

bahwa bahwa persentase kode penyakit yang tepat pada diagnosis adalah sebesar 233 (79%) diagnosis dan persentase kode penyakit yang tidak tepat sebesar 61 (21 %) diagnosis. Hal senada juga disebutkan oleh penelitian Zebua (2022) menyebutkan bahwa tingkat ketepatan kode diagnosis khususnya kasus fraktur belum mencapai angka 100%. Tingkat ketepatan kode diagnosis bisa dikatakan rendah karena hanya mencapai angka 40% dengan ketidaktepatan kode mencapai angka 60%.

Dari banyak penelitian dapat digambarkan bahwa masih ada ketidaktepatan pengodean diagnosis. Koding merupakan pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Koder rekam medis bertanggung jawab terhadap penemuan dan penulisan kode penyakit dan operasi yang tertulis pada dokumen rekam medis berdasarkan kode yang telah ditetapkan pada *ICD – X* dan *ICOPIM* atau *ICD – 9 CM* (Gunarti, 2019). Ketepatan diagnosis sangat penting dalam proses klaim kepada BPJS Kesehatan. Ketepatan kode diagnosis merupakan penulisan kode diagnosis penyakit yang sesuai dengan klasifikasi yang ada di dalam *ICD – 10* (Depkes, 2006).

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas koding ketidaktepatan pengodean disebabkan karena tulisan dokter yang tidak terbaca dan tidak lengkap. Diagnosis yang ditulis dokter terkadang tidak ada hasil pemeriksaan pendukung diagnosis tersebut. Hal ini juga terjadi pada penelitian Zebua (2022) menyebutkan bahwa rendahnya tingkat persentase ketepatan disebabkan oleh beberapa hal, seperti tulisan dokter tidak rapi, dan sulit dipahami oleh petugas dan juga sebagian diagnosis kasus fraktur pada berkas rekam medis tidak disertai dengan keterangan *close* maupun *open*.

Selain keterbacaan tulisan dokter, petugas koding atau koder juga menjadi penyebab ketidaktepatan pengodean diagnosis. kesalahan pada koder yaitu kurang membaca dengan teliti diagnosis dan pemeriksaan pendukungnya. Selain itu Jumlah berkas yang dikoding terlampau banyak sehingga petugas koding terburu buru untuk menyelesaikan pekerjaannya. Dalam penelitian Purwanti (2016) menyebutkan bahwa berdasarkan wawancara ketidaktepatan kode diagnosis terjadi karena kurang telitinya petugas rekam medis dalam membaca dan memahami diagnosis yang ditulis oleh dokter. Berdasarkan buku Depkes (2006) menyebutkan bahwa faktor – faktor yang mempengaruhi kecepatan dan ketepatan koding adalah tenaga medis, petugas koding, dan petugas kesehatan lainnya. Petugas pengkodean atau koder merupakan kunci utama dalam ketepatan kode diagnosis. Perlu adanya pelatihan untuk koder agar dapat meningkatkan ketepatan koder dalam memberikan kode diagnosis. Koder dengan latar belakang pendidikan rekam medis, sering mengikuti pelatihan pengodean serta teliti dalam melihat seluruh isi rekam medis dapat meningkatkan peluang ketepatan kode diagnosis.

Ketepatan kode diagnosis dan tindakan sangat berpengaruh terhadap hasil gruper dalam aplikasi *INA - CBGs*. Dalam Permenkes Nomor 26 tahun 2021 disebutkan bahwa koding sangat penting dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan). Aturan dan pedoman koding yang digunakan dalam aplikasi *INA - CBGs* adalah aturan koding morbiditas. Adanya komunikasi yang baik dan efektif akan menunjang ketepatan pengodean diagnosis sehingga mengurangi ketidaktepatan pengodean baik itu *upcoding* ataupun *undercoding.*

Tabel. 2 Persentase Persetujuan Klaim Pasien Rawat Inap Di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

No	Kelayakan Berkas	Jumlah	
		f	%
1	Layak	78	83,9
2	Pending	15	16,1
	Jumlah	93	100

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa sebanyak 15 atau 16,1% dikembalikan oleh verifikator atau pending klaim karena konfirmasi pengodean diagnosis. Tidak layak klaim atau pending klaim yang terjadi pada berkas klaim adalah konfirmasi kesalahan pengodean diagnosis sebanyak 6 berkas contohnya pada kasus demam yang dirawat inap menurut verifikator BPJS Kesehatan kode yang tepat adalah Z03.9 sedangkan dari koder R50.9, tertukarnya diagnosis utama dengan diagnosis sekunder (reseleksi) sebanyak 5 berkas misalnya pada resume medis pasien dokter menuliskan *contusio cerebri* dan *vertigo*, koder menuliskan kode diagnosis S06.0 sebagai diagnosis utama

dan H81.4 sebagai diagnosis sekuder, sedangkan dari verifikator BPJS Kesehatan menginginkan vertigo (H81.4) sebagai diagnosis utama karena pada kasus pasien ini tidak ada riwayat trauma. Diagnosis yang tidak perlu dikode terpisah (*omit code*) sebanyak 4 berkas misalnya pada resume medis dokter menuliskan skull defect dan anemia, koder memberikan diagnosis M95.2 dan D64.9 sedangkan dari verifikator BPJS Kesehatan menuliskan bahwa kode D64.9 (anemia) tidak bisa dikoding karena transfuse dilakukan selama pre operasi sesuai dengan *ICD 10*, koding anemia tidak bisa di entry jika merupakan bagian dari penyakit lainya dan dilakukan secara bersamaan.

Pending klaim juga, terjadi pada penelitian yang dilakukan oleh Indawati (2016) menyebutkan bahwa rata – rata pengembalian berkas klaim rawat inap per bulan sebesar 20,88% dimana 36 % dari total klaim rawat inap yang dikembalikan adalah pengembalian untuk konfirmasi koding. Penelitian Rohman dkk (2019) juga menyebutkan persentase jumlah klaim yang mengalami pending klaim pada sistem vedika BPJS Kesehatan mencapai 7% berkas yang dikembalikan. Faktor penyebabnya yaitu persentase ketidaktepatan pemberian koding 43%, ketidaklengkapan berkas 23% dan diagnosis tidak sesuai kriteria 34%.

Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan dalam hal ini rumah sakit pada BPJS Kesehatan (Kemenkes, 2015) sedangkan klaim pending yaitu pengembalian klaim dimana belum ada kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit terkait kaidah koding maupun medis (*dispute claim*), namun penyelesaian dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan (BPJS, 2018). Dalam pengajuan klaim dilakukan proses verifikasi terhadap persyaratan pengajuan klaim yang menjadi dasar penagihan biaya.

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas klaim RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, faktor - faktor yang mempengaruhi persetujuan klaim adalah kelengkapan berkas klaim, ketepatan kode diagnosis dan ketepatan kode tindakan medis. Dalam menentukan besaran klaim tergantung dengan diagnosis dan tidakan medis yang dimasukan ke dalam *INA-CBGs. INA- CBGs* adalah *CBGs* yang dikaitkan dengan tarif yang dihitung berdasarkan data *costing* di Indonesia dan dijalankan dengan menggunakan *United Nation University Grouper* (Depkes, 2011). Perhitungan biaya perawatan pada sistem ini dilakukan berdasarkan diagnosis akhir pasien saat dirawat inap di rumah sakit.

Penerapan pembayaran *case base groups* berdasarkan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh beberapa rumah sakit untuk suatu diagnosis. Besarnya biaya perawatan pasien dengan diagnosis akan berbeda apabila tipe rumah sakit tersebut berbeda (Thabrany, 2014). Sistem pembayaran C*ase Base Groups* berdasarkan diagnosis pasien keluar perawatan. Rumah sakit mendapatkan penggantian biaya perawatan berdasarkan rata-rata biaya yang yang dihabiskan oleh rumah sakit dalam penatalaksanaan satu diagnosis penyakit. Sistem *INA-CBGs* merupakan solusi untuk pengendalian biaya pelayanan kesehatan karena berhubungan dengan mutu, pemerataan, dan jangkauan dalam sistem kesehatan yang menjadi salah satu unsur dalam pembelanjaan kesehatan serta mekanisme pembayaran untuk pasien berbasis kasus campuran (Kemenkes RI, 2010).

SIMPULAN

Berdasarkan uji statistik fisher *exact test* didapatkan nilai *p value* sebesar 0.005, sehingga nilai *p value* 0,005 < 0.05. dari hasil tersebut maka H0 ditolak dan Ha diterima yang artinya bahwa Ada hubungan antara ketepatan kode diagnosis pasien rawat inap dengan persetujuan klaim BPJS Kesehatan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Perlu adanya pelatihan bagi koder terkait standart dan cara penggunaan *ICD-10* dan *ICD-9* sebagai pedoman penentuan kode diagnosis atau pelatihan terkait perkembangan ilmu kodefikasi diagnosis yang berhubungan dengan klaim BPJS. sehingga dapat meningkatkan kemampuan koder dalam menentukan ketepatan kode diagnosis penyakit.

Melakukan Sosialisasi secara berkala untuk mengingatkan kepada Petugas pemberi asuhan terutama dokter penanggungjawab pasien, terkait dengan pentingnya ketepatan dan keterbacaan penulisan diagnosis serta kelengkapan penunjang pemeriksaan dalam penegakkan diagnosis. sehingga dapat dilakukan pengodean secara tepat agar tidak menyebabkan kerugian bagi RS.

REFERENSI

Adeleke I, Lawal A, Adio R, et al. (2014) Information technology skills and training needs of health information management professionals in Nigeria: a nationwide study. *Health Information Management Journal* 44(1): 1–9

Damayanti. 2021. *Literature Review* Analisis Pending Klaim Terkait Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (Bpjs) Pelayanan Rawat Inap Di Rumah Sakit. Makasar.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2006). Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Depkes RI.

Grooms, J., Enderle, P., & Sampson, V. (2015). Coordinating Scientific Argumentation and the Next Generation Science Standards through Argument Driven Inquiry. *Science Educator*, *24*(1), 45–50.

Gunarti, R. 2019. Manajemen Rekam Medis di Layanan Kesehatan. Yogyakarta: *Thema Publishing*.

Hatta, G. 2008. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta: UI Press

_____. 2014. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Universitas Indonesia.

Hanafiah, M. Yusuf dan Amri Amir, 1999. Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan, Kedokteran EGC, Jakarta.

Indawati, L. 2016. Analisis Akurasi Koding pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap di RSUP Fatmawati, *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*. Volume 7 Nomor 2 Oktober 2019. e-ISSN: 2337-6007.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2010. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340 tentang *Klasifikasi Rumah Sakit*. Jakarta.

_____. 2022. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 24 tentang *Rekam Medis*. Jakarta.

_____. 2021. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 26 tentang *Pedoman Inacbgs dalam Pelakasaan Jaminan Kesehatan*. Jakarta.

Republik Indonesia, 2013. Undang-Undang RI Nomor 12 Tahun 2013 Tentang *Jaminan Kesehatan*. Jakarta: Indonesia.

_____. 2009. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang *Rumah Sakit*. Jakarta: Indonesia

_____. 2004. Undang Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 Tentang *Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Indonesia

Purwanti, 2016. Ketepatan Kode Berdasarkan Kelengkapan Diagnosis di Rumah Sakit PKU Muhammadyah Yogyakarta. ISBN: 978621433218.

Republik Indonesi. (2020). Keputusan Menteri Kesehatan No. 312 Tahun 2020 tentang Standar Profesi Perekam Medis Dan Informasi Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Reza, I. A. (2022). Tinjauan Ketepatan Kode dengan Pending Klaim Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSUD dr . Adnaan Wd Payakumbuh Tahun 2021. *Review of Code Accuracy with Pending Claims of BPJS Health in Patiens at RSUD dr . Adnaan Wd Payakumbuh 2021*. Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKES Dharma Landbouw Padang Jl . Jhoni Anwar No . 29F Ulak Karang Padang, Sumatera Barat *ICD-10* dengan tarif *Indonesian Case Base Groups*. *5*(1), 37–46.

Santiasih. 2021. Analisis Penyebab pending klam BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD Dr. RM Djoelham Binjai. *JRMIKSTIAMALANG*. ISSN: 2722 – 9831.

Siswati, S., & Pratami, S. L. (2015*).* Hubungan Ketepatan Pemberian Kode Diagnosis Dan Tindakan Terhadap Persetujuan Klaim

BPJS. *Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM), 3*(2), 52–60.

Sudra, R.I. 2020. Statistik Rumah Sakit, Yogyakarta: Graha Ilmu.

Thabrany, H. 2014. Jaminan Kesehatan Nasional. PT.Raja Grafindo Persada.

Valentina & Halawa, M. N. . (2018). Analisis Penyebab *Unclaimed* Berkas BPJS Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia (RSU IPI) Medan. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda, 3*(2), 480–485

Zebua, A. J. 2020. Tingkat Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Pada Rekam Medis di Rumah Sakit Elisabeth Medan. *Jurnal Ilmiah kesehatan Masyarakat*. Volume 1 Nomor 3. e-ISSN 2810-0492.