

ANALISIS KETEPATAN KODIFIKASI DIAGNOSA ICD-10 GUNA MENUNJANG EFEKTIVITAS PENGKLAIMAN PASIEN BPJS RAWAT JALAN

Rita Sulistiawati

Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Politeknik Piksi Ganesha Bandung

E-mail : sulistiawatirita3@gmail.com

ABSTRACT

This study aims to determine the description of the implementation, problems, and any efforts regarding the codification of ICD-10 diagnoses to support the effectiveness of outpatient BPJS patient claims at Muhammadiyah Hospital Bandung. The research method used is a qualitative research method with a descriptive approach, while data collection is done through literature study, interviews and observations. From the research that has been carried out, there are several problems found, namely empty diagnoses or not filled in by the doctor on the medical resume, unreadable diagnostic writing, the existence of diagnostic abbreviations that are not understood, the file that will be claimed is returned by BPJS to the Hospital. The suggestions given for this problem are, nurse remind doctors to always make sure outpatient medical resumes are filled out completely, socialization was held between the coder and the doctor, so that the writing of final diagnostic code on the medical resume can be understandable, a meeting was held between the coder and the doctor, for evaluation and discussion of which diagnoses were given abbreviation, before the file to be claimed is sent, it is better for the verifier officier to chrosscheck it first.

Keyword : *Codification, Effectiveness, BPJS Claims*

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran tentang pelaksanaan, masalah serta upaya mengenai kodifikasi diagnosa ICD-10 guna menunjang efektivitas pengklaiman pasien BPJS rawat jalan di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung. Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif, sedangkan pengumpulan data dilakukan melalui studi pustaka, wawancara dan observasi. Dari penelitian yang telah dilakukan, ada beberapa permasalahan yang ditemukan yaitu adanya diagnosa yang kosong atau belum diisi oleh dokter pada resume medik, penulisan diagnosa yang tidak terbaca, adanya

singkatan diagnosa yang kurang dimengerti, serta adanya berkas yang akan di klaim dikembalikan lagi oleh BPJS kepada Rumah Sakit. Maka dari itu, disarankan bagi perawat mengingatkan dokter untuk selalu memastikan resume medik pasien diisi dengan lengkap, diadakan sosialisasi antara koder dengan dokter agar penulisan kode diagnosa akhir pada resume medik pasien rawat jalan dapat dimengerti, diadakan rapat antara koder dengan dokter untuk evaluasi dan diskusi mengenai diagnosa mana saja yang akan diberikan singkatan, dan terakhir, sebaiknya sebelum berkas yang akan diklaim dikirim, sebaiknya petugas verifikator melakukan crosscheck terlebih dahulu.

Kata Kunci : Kodifikasi, Efektivitas, Pengklaiman BPJS

PENDAHULUAN

Seiring berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi, serta semakin mudahnya untuk mendapatkan informasi edukasi dari berbagai sumber, masyarakat mulai menyadari akan pentingnya kesehatan. Kesehatan merupakan salah satu faktor penting dalam menunjang segala aktivitas yang dijalani, suatu pekerjaan akan terhambat apabila kesehatan terganggu. Maka dari itu, sangat penting bagi masyarakat untuk menjaga kesehatan baik mental maupun fisik.

Dalam upaya menjaga kesehatan, masyarakat tidak hanya membutuhkan upaya secara personal, namun dibutuhkan juga sarana pelayanan untuk mendukung tercapainya

kesehatan yang maksimal. Sarana yang diperlukan tentunya sarana yang bergerak di bidang kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, maupun klinik.

Rumah Sakit merupakan salah satu sarana pelayanan kesehatan yang mempunyai tujuan untuk mencapai dan meningkatkan kesehatan secara maksimal, mencegah dan mengobati serta pemulihan penyakit baik secara individu (perorangan) maupun kelompok (masyarakat). Sehingga rumah sakit menjadi salah satu aspek yang penting untuk meningkatkan mutu kesehatan bagi masyarakat. Tidak hanya rumah sakit, salah satu faktor yang berperan penting dalam upaya

peningkatan pelayanan kesehatan adalah dengan adanya rekam medis.

Rekam medis merupakan salah satu faktor yang mendukung upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit, karena rekam medis dapat dijadikan sebagai sumber informasi terkait pasien, dimana didalamnya berisi catatan tentang identitas pasien, anamnesa, diagnosis, pengobatan serta tindakan yang telah diberikan oleh dokter atau perawat maupun petugas kesehatan lainnya. Salah satu kegiatan yang dilakukan dalam pengolahan data rekam medis yaitu proses kodifikasi / *Coding*.

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2006), coding adalah membuat kode atas diagnosis penyakit berdasarkan klasifikasi penyakit yang berlaku, yang bertujuan untuk mempermudah pengelompokkan penyakit dan operasi yang dapat dituangkan dalam bentuk angka. Coding bertujuan untuk

menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala dan faktor yang mempengaruhi kesehatan (Depkes RI, 2006).

Pelaksanaan kodifikasi diagnosa harus lengkap dan akurat sesuai dengan panduan ICD-10 (WHO, 2016). Kode diagnosa pasien yang tidak tepat akan mengakibatkan informasi yang dihasilkan memiliki tingkat validasi yang rendah, Hal ini tentunya dapat mengakibatkan ketidakakuratan pembuatan laporan, misalnya laporan morbiditas rawat jalan, laporan sepuluh besar penyakit ataupun klaim BPJS di Era JKN.

Menurut Peraturan Badan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Sosial No. 4 Tahun 2020 Tentang petunjuk teknis penjaminan pelayanan kesehatan dengan asuransi kesehatan , BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Sedangkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sendiri

adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta dapat memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Penelitian yang dilakukan oleh (Henny Maria Ulfa dkk, 2016) menyatakan bahwa banyaknya kasus terjadinya kesalahan dalam mengkode diagnosa oleh petugas rekam medis disebabkan ketidaklengkapan diagnosa yang ditulis oleh dokter. Selain itu ditemukan sejumlah penelitian yang menunjukkan bahwa ketidaktepatan kode diagnosa masih menjadi salah satu permasalahan di fasilitas pelayanan kesehatan. ketepatan kode diagnosa telah menunjukkan peningkatan pada beberapa tahun terakhir, tetapi tingkat ketepatannya masih berkisar antara 30-70 % (Angga Eko Pramono dkk, 2021).

Menurut Pramono et al (2013), ketepatan kode diagnosa di fasilitas

kesehatan tingkat primer (FKTP) berkisar antara 45,2% sedangkan menurut Maryati, dkk (2016), ketepatan kode di fasilitas rujukan tingkat lanjut (FKRTL) atau di Rumah Sakit yaitu berada di angka 60, 8).

Hal ini sejalan dengan beberapa permasalahan yang juga ditemui di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung. Seperti, diagnosa dokter yang tidak terbaca, singkatan diagnosa yang kurang jelas atau kurang dimengerti, hingga diagnosa yang tidak diisi. Hal tersebut tentunya akan mempengaruhi ketepatan pengisian kode diagnosa (coding) rawat jalan serta berpengaruh terhadap proses klaim BPJS, sehingga akan berdampak juga pada besar kecilnya klaim yang diterima oleh Rumah Sakit.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran lebih jelas dan terperinci, mengenai pelaksanaan kodifikasi diagnosa ICD-10 guna menunjang efektivitas pengklaiman pasien BPJS rawat jalan di Rumah Sakit

Muhammadiyah Bandung. Diharapkan juga, penelitian ini dapat menambah ilmu pengetahuan, wawasan serta pengalaman mengenai bidang rekam medis dan informasi kesehatan, khususnya ketepatan dalam proses pelaksanaan kodifikasi diagnosa ICD-10 di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung.

METODE

Jenis metode penelitian ini adalah metode kualitatif, dengan pendekatan deskriptif. Penelitian ini bertujuan untuk memberi gambaran bagaimana proses pelaksanaan kodifikasi diagnosa serta melihat sejauh

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian diperoleh dari wawancara terhadap petugas coder, telaah pada resume medik pasien, dokumen penulisan coding diagnosis ICD-10 dan hasil verifikasi klaim BPJS

A. Ketepatan Kodifikasi Diagnosa ICD-10

mana efektivitas pengklaiman BPJS di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung pada bulan Maret sampai bulan Mei. Penelitian dilakukan pada seluruh petugas coder rawat jalan yang berjumlah 3 orang. Populasi dan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah keseluruhan jumlah berkas yang di klaim pada periode per-triwulan yaitu pada bulan Desember 2021-Februari 2022, sebanyak 28.038 berkas. Teknik pengumpulan data menggunakan studi pustaka dan studi lapangan yang meliputi wawancara serta observasi.

yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 22 Maret sampai 22 Mei di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung. Dari penelitian tersebut diperoleh hasil sebagai berikut.

Tabel 1
Data Pending Rawat Jalan
Di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung

No	Tanggal	Medrek	Pendingan	Jawab	Keterangan
1	4/7/2022	773034	Pemeriksaan THT tanpa tindakan Z01.1	Ganti LIP	(Kode jadi Z01.1)
2	4/18/2022	863985	Pemeriksaan THT dengan kode H66.0	Ganti LIP	(Kode jadi H60)
3	4/19/2022	849381	Pemeriksaan THT dengan kode J00	Ganti LIP	(Kode jadi J02.9)
4	4/25/2022	864460	Pemeriksaan THT tanpa tindakan Z01.1	Ganti LIP	(Kode jadi Z01.1)
5	4/26/2022	864516	Pemeriksaan THT tanpa tindakan Z01.1	Ganti LIP	(Kode jadi Z01.1)

Sumber : Data Diolah Oleh Penulis 2022

Proses pelaksanaan kodifikasi di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung sudah dilakukan secara elektronik. Kodifikasi atau pengkodean dilakukan setiap hari sesuai dengan tanggal berkas pasien yang masuk dari tiap poli nya. Dalam menentukan kode diagnosa penyakit maupun tindakan, tentunya harus dilakukan secara tepat. Pada **Tabel 1** terdapat beberapa contoh ketidaktepatan dalam pemberian kode diagnosa yang berdampak pada proses klaim BPJS, yaitu klaim menjadi pending atau tertunda. Ketepatan dalam

Dari segi Standar Operasional Prosedur (SOP), pelaksanaan kodifikasi sudah

proses kodifikasi dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu sumber daya manusia (SDM), standar operasi dan prosedur (SOP) pengkodean, serta sarana dan prasarana.

Dari segi faktor SDM, petugas koding rawat jalan di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung berjumlah 3 orang dengan Lulusan Program Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (RMIK). Berdasarkan pengamatan dan wawancara, rata-rata kualifikasi para petugas coder sudah cukup baik yaitu berkaitan dengan pemahaman dan pengetahuan petugas dalam menentukan kode diagnosa sesuai panduan ICD-10 serta pengetahuan tentang istilah-istilah penyakit. Hanya saja, pada beberapa kode yang tidak tepat, hal ini disebabkan karena human error misalnya salah dalam mengentri kode pada komputer.

dilakukan sesuai dengan kebijakan dan standar operasional prosedur Rumah

Sakit Muhammadiyah Bandung. Proses coding dilakukan secara sistematis dari awal hingga akhir. Selain itu, sarana dan prasarana dalam proses kodifikasi diagnosa ICD-10 di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung juga sudah

B. Efektivitas Pengklaiman Pasien BPJS rawat jalan

Tabel 2
Berita Acara Hasil Verifikasi Klaim BPJS di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung

No	Bulan	Total Klaim	Status Verifikasi				Rawat Jalan
			Layak	Tidak Layak	Pending	Dispute	Biaya
1	Des 2021	9.637	9.543	0	94	0	-
2	Jan 2022	10.161	9.924	1	236	0	-
3	Feb 2022	8.240	8.084	0	156	0	-
TOTAL		28.038	27.551	1	486	0	-

Sumber : Data Diolah Oleh Penulis 2022

Pelaksanaan klaim pasien BPJS rawat jalan dilakukan melalui aplikasi E-Klaim, yaitu aplikasi online yang digunakan untuk penagihan tarif pembayaran atas pelayanan yang diberikan kepada pasien oleh Rumah Sakit kepada BPJS.

Berkas yang layak adalah berkas yang sudah memenuhi syarat untuk proses verifikasi klaim BPJS yaitu meliputi kelengkapan berkas dan ketepatan *entry* data pada aplikasi E-

mendukung. Pelaksanaan coding dilakukan dengan menggunakan ICD-10 elektronik, yang mana hal ini dapat memudahkan *coder* dalam mencari kode diagnosa secara tepat dan efisien, sehingga kinerja bisa lebih efektif.

Klaim, berkas pending atau tertunda adalah berkas yang disebabkan karena ketidaklengkapan berkas pasien dan ketidaktepatan dalam pengisian kode diagnosa maupun tindakan, sedangkan berkas yang tidak layak untuk mendapatkan klaim adalah apabila klaim yang diajukan melewati batas waktu yang ditentukan yaitu 15 hari setelah batas pengajuan.

Terakhir klaim dispute adalah jika hasil verifikasi klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit ada ketidaksesuaian atau ketidaksepakatan yang menyangkut pelayanan atau tindakan medis (didurigai adanya *fraud/kecurangan*).

Proses klaim BPJS dikatakan efektif apabila memenuhi beberapa indikator di bawah ini :

Tepat Waktu (Ketepatan waktu dalam proses klaim)

Berdasarkan berita acara hasil verifikasi klaim BPJS pasien rawat jalan di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung periode per-triwulan, dapat dilihat pada **Tabel 2** bahwa jumlah tertinggi berkas yang pending terjadi pada bulan Januari 2022 yaitu sebanyak 236 (2,32%) kasus sedangkan berkas yang tidak layak yaitu sebanyak 1 (0,1%) kasus.

Pada beberapa kasus yang ditemui di lapangan, penyebabnya adalah dikarenakan adanya berkas yang belum lengkap, kode diagnosa kurang tepat / kurang sesuai, atau ada juga karena berkas yang hilang atau terselip. Sehingga dalam hal ini, petugas segera mencari, memperbaiki dan melengkapi berkas-berkas tersebut agar bisa secepatnya di verifikasi untuk mendapatkan klaim.

Tepat Sasaran (Kelengkapan berkas pasien dan kesesuaian kode diagnosa)

Persyaratan untuk pengajuan klaim BPJS pasien rawat jalan maupun inap yaitu adanya berkas pasien yang lengkap. Pada pasien rawat jalan, berkas yang harus ada yaitu terdiri dari Surat Eligibilitas Peserta (SEP), fotocopi KTP, kartu BPJS, kartu keluarga, *resume* yang sudah diisi, penunjang dan billing. Namun, terkadang masih sering ditemukan berkas yang tidak lengkap misalnya, pada bagian *resume* medik tidak diisi nama dan tandatangan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP), kemudian pada SEP tidak tercantum tandatangan serta nama pasien, maka proses pengajuan klaim akan ditunda sampai berkas tersebut dilengkapi.

Selain itu, masih terdapat berkas yang dikembalikan lagi dikarenakan adanya kesalahan atau ketidaksesuaian kode yang di cantumkan, sehingga

perlu diperbaiki atau dilengkapi. Maka hal ini juga menjelaskan bahwa dari segi sasaran masih kurang optimal.

Tepat Guna (Tatif / biaya pelayanan kesehatan pasien)

Setiap pelayanan yang diberikan kepada pasien memiliki tarif penjaminan yang berbeda-beda. Besaran biaya pelayanan kesehatan yang dapat diklaim ditentukan oleh ketepatan kode diagnosa atau tindakan dalam rekam medis dengan mengacu pada tarif INA-CBGs. Apabila klaim dianggap lengkap, yaitu kode diagnosa sesuai dengan koding INA-CBGs, adanya tindakan serta tandatangan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) yang tercantum pada *resume* medik, maka klaim akan dibayarkan setelah keluarnya berita acara hasil verifikasi.

Dari penjelasan di atas maka bisa ditarik kesimpulan bahwa ketepatan kodifikasi sangat menentukan efektif atau tidaknya pengklaiman. Walaupun masih terdapat beberapa capaian yang

kurang maksimal yaitu dari segi waktu dan sasaran, namun pengklaiman pasien BPJS rawat jalan di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung bisa dikatakan sudah cukup efektif, hal ini dijelaskan berdasarkan data yang ada pada **Tabel 2** bahwa angka kelayakan berkas klaim lebih tinggi dibandingkan dengan berkas yang tidak layak, pending, maupun dispute.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di lapangan, penulis menemukan beberapa permasalahan yaitu, diantaranya adalah :

1. Diagnosa akhir yang kosong atau tidak diisi oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) pada *resume* medik yang disebabkan banyaknya pasien yang ditangani, sehingga petugas koding menjadi kesulitan dalam proses input data, yang pada akhirnya berkas tersebut dipisahkan untuk dilengkapi nantinya.

2. Banyak ditemukan penulisan diagnosa yang tidak jelas, sehingga petugas koding seringkali kesulitan dalam membaca diagnosa dan terkadang menimbulkan perbedaan persepsi dalam menentukan kode diagnosa yang tepat. Akibatnya proses kodifikasi menjadi terhambat.
3. Adanya diagnosa akhir yang disingkat pada *resume* medik rawat jalan yang kurang dimengerti, dan singkatan diagnosa tersebut belum tercantum pada komputer, sehingga petugas koding menjadi cukup kesulitan dalam mencari dan menentukan kode yang tepat.
4. Adanya berkas yang sudah diklaim, dikembalikan lagi oleh BPJS ke Rumah Sakit yang disebabkan karena terdapat kesalahan dalam pengkodean ataupun karena tidak lengkapnya berkas yang akan dikirim atau di verifikasi, sehingga terjadinya pending dalam proses klaim.

Adapun upaya yang dilakukan dalam memecahkan permasalahan tersebut yaitu sebagai berikut:

1. Upaya terkait adanya masalah diagnosa akhir yang kosong atau tidak diisi pada *resume* medik pasien rawat jalan, maka perawat menghimbau dan mengingatkan kepada dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) untuk melengkapi *resume* medik pasien.
2. Upaya terkait banyaknya penulisan diagnosa yang tidak jelas, maka harus diadakan sosialisasi antara *coder* dengan dokter, agar penulisan diagnosa akhir pada *resume* medik pasien rawat jalan bisa lebih jelas dan dapat dimengerti oleh petugas koding sehingga tidak menghambat proses kodifikasi dan verifikasi klaim BPJS.
3. Upaya terkait adanya diagnosa akhir yang disingkat, maka harus diadakan rapat antara *coder* dengan dokter untuk evaluasi dan diskusi

mengenai diagnosa mana saja yang akan diberikan singkatan.

4. Upaya terkait berkas rekam medis yang dikembalikan oleh BPJS sehingga mengalami pending pada saat proses verifikasi klaim yaitu dilakukan koordinasi dan

PENUTUP

Kesimpulan

Pelaksanaan *coding*/kodifikasi sudah sesuai dengan kebijakan dan SOP yang berlaku di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung. Adanya kode yang kurang tepat atau kurang sesuai, yaitu disebabkan karena penulisan diagnosa yang tidak jelas oleh dokter yang menangani, serta *human error*.

Meskipun ada beberapa capaian yang belum optimal yaitu dari segi ketepatan waktu dan sasaran, namun pengklaiman pasien BPJS rawat jalan di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung sudah bisa dikatakan efektif, hal ini dapat dilihat berdasarkan data

komunikasi yang baik kepada verifikator, bahwa sebelum berkas di kirim diharuskan untuk dilakukan pengecekan ulang, agar jika terdapat kesalahan maka bisa segera diketahui dan bisa segera di atas

yang ada, yaitu pada berita acara hasil verifikasi klaim BPJS di Rumah Sakit

Muhammadiyah Bandung bahwa angka kelayakan berkas lebih tinggi dibandingkan dengan berkas yang tidak layak, pending maupun dispute

Masih ditemukan beberapa permasalahan seperti, adanya penulisan diagnosa yang kosong atau tidak diisi pada *resume* medik oleh dokter yang menangani, penulisan diagnosa yang tidak jelas/tidak terbaca, adanya singkatan-singkatan diagnosa yang dimengerti, serta adanya berkas yang dikembalikan lagi oleh BPJS kepada Rumah Sakit.

Saran

1. Mengenai permasalahan diagnosa yang tidak diisi, maka sebaiknya perawat mengingatkan kepada dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) untuk selalu memastikan *resume* medik pasien rawat jalan diisi dengan lengkap. Jika dokter lupa, maka sebaiknya perawat mengingatkan dokter terkait untuk melengkapinya, agar tidak menghambat proses kodifikasi serta agar tidak terjadinya penumpukan berkas yang akan di koding. Sehingga proses verifikasi klaim BPJS agar bisa berjalan efektif.
2. Mengenai permasalahan penulisan diagnosa yang tidak jelas atau tidak terbaca, maka sebaiknya diadakan sosialisasi antara coder dengan dokter, agar penulisan diagnosa akhir pada *resume* medik pasien rawat jalan bisa lebih jelas dan dapat dimengerti oleh petugas koding sehingga tidak menghambat proses kodifikasi dan verifikasi klaim BPJS.
3. Mengenai permasalahan adanya singkatan yang kurang dimengerti, maka sebaiknya diadakan rapat untuk evaluasi dan diskusi mengenai diagnosa mana saja yang akan diberikan singkatan. Jika
4. terdapat kode diagnosa yang baru, diharapkan dokter bisa mensosialisasikan secara langsung kepada petugas koding, dan dibuatkan tabel singkatan-singkatan diagnosa yang banyak/sering dipakai oleh dokter, agar memudahkan petugas koding dalam menetapkan kode diagnosa yang dipilih, sehingga proses kinerja dapat lebih efektif dan efisien.
5. Selain petugas koding, peran verifikator juga penting dalam keberhasilan verifikasi klaim BPJS. Maka dari itu, diharapkan sebelum

berkas yang akan diklaim tersebut dikirim, sebaiknya petugas verifikator melakukan pengecekan ulang terlebih dahulu kesesuaian pengisian kode diagnosa agar lebih

meminimalisir lagi angka penundaan klaim (pending) akibat berkas yang dikembalikan lagi oleh BPJS pusat ke Rumah Sakit untuk dilengkapi.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggito, Albi. dkk. 2018. *Metodologi Penelitian Kualitatif* : CV Jejak
- Garmelia, Elise. dkk. 2017. *Klasifikasi, Kodifikasi Penyakit Dan Masalah Terkait I*. Jakarta : Kemenkes RI
- Handayuni, Linda. 2020. *Rekam Medis Dalam Manajemen Informasi Kesehatan*. Sumatera Barat : Insan Cendikia Mandiri
- Candra, Vivi, dkk. 2021. *Pengantar Metodologi Penelitian* : Yayasan Kita Menulis
- Raihan. 2017. *Metodologi Penelitian* : Universitas Islam Jakarta
- Sitanggang, Tiromsi. 2019. *Aspek Hukum Kepemilikan Rekam Medis Terhadap Perlindungan Hak Pasien* : Yayasan Kita Menulis
- World Health Organization 2016. ICD 10 (*International Statistical Classification Of Disease And Related Health Problems*) Volume 1
- World Health Organization 2016. ICD 10 (*International Statistical Classification Of*
- Disease And Related Health Problems*) Volume 2
- World Health Organization 2016. ICD 10 (*International Statistical Classification Of Disease And Related Health Problems*) Volume 3
- Indawati, Laela. dkk. (2016). Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUPP Fatmawati Tahun 2016. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7 (2), 105-113
- Manaida, Risky Joko, dkk. (2017). Analisis Prosedur Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Pancaran Kasih GMIM Manado. *Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi*, (2), 1-11
- Ulfa, Henny Maria. Dkk. (2016). Analisis Ketepatan Kode Diagnosa Penyakit Antara Rumah Sakit Dan BPJS Menggunakan ICD-10 Untuk Penagihan Klaim Di Rumah Sakit Kelas C Sekota Pekanbaru

Tahun 2016. *Jurnal INOHIM*, 5
(2), 119-124