

## **Audit Pengkodean Klinis Menggunakan Aturan Morbiditas di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah Banjarmasin**

*An Audit of Clinical Coding Using Morbidity Rules in Inpatient Medical Records at Sultan Suriansyah Regional General Hospital Banjarmasin*

Ayu Dwi Anissa<sup>1</sup>, Nina Rahmadiliyani<sup>1\*</sup>, Khairunnisa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Program Studi D3 Perkam dan Informasi Kesehatan, STIKes Husada Borneo

\*Korespondensi: [ninaroshan.nr@gmail.com](mailto:ninaroshan.nr@gmail.com)

### **Abstract**

*Clinical coding audits are necessary to review and analyze identified errors and to trace their sources by comparing the information produced by clinical coders with the data documented in patients' medical records. Sultan Suriansyah Regional General Hospital Banjarmasin has never conducted a clinical coding audit. This study aimed to evaluate clinical coding audits using morbidity rules in inpatient medical records. This study employed a mixed-method approach with a quantitative design supported by qualitative data. A total of 99 inpatient medical record files were reviewed. The main informant was the inpatient coding officer, while triangulation informants included the inpatient BPJS doctor/verifier and the head of the medical records unit. Data were collected through observation and interviews using observation and interview guidelines, and analyzed using univariate analysis. The results of the study showed that, based on morbidity rules, the reliability of diagnosis coding was 91% consistent (90 medical records) and 9% inconsistent (9 medical records), mainly due to preliminary diagnoses that required supporting examinations to establish final diagnoses. Diagnosis completeness reached 100% (99 medical records), as completeness has been established as a standard. Coding accuracy was 93% accurate (92 medical records) and 7% inaccurate (7 medical records), primarily due to differences in ICD-10 code selection. Relevance of coding was 96% appropriate (95 medical records) and 4% inappropriate (4 medical records), which was influenced by the high workload of coding officers, leading to coding errors. In conclusion, clinical coding audits using morbidity rules at Sultan Suriansyah Regional General Hospital Banjarmasin revealed that several audit elements, particularly reliability, accuracy, and relevance, have not yet achieved optimal results.*

**Keywords:** *Audit, Clinical Coding, Morbidity Rules*

### **Pendahuluan**

Rekam medis merupakan dokumen yang berisi data identitas pasien serta pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien. Hal ini sejalan dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 (1) tentang Rekam Medis yang menegaskan bahwa rekam medis tidak hanya mencakup identitas pasien, tetapi juga memuat secara lengkap informasi mengenai pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang diterima pasien selama proses pelayanan kesehatan.

Selanjutnya, IImi (2018) menyatakan bahwa salah satu komponen yang wajib dicatat secara lengkap dan akurat dalam rekam medis adalah diagnosis, karena kelengkapan diagnosis akan memudahkan

petugas koder dalam menetapkan kode diagnosis maupun tindakan secara tepat, serta setiap fasilitas pelayanan kesehatan diwajibkan untuk menyelenggarakan rekam medis secara baik dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku (2).

Undang-Undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 39 ayat 1 (3) menyatakan bahwa dalam penyelenggaraan rumah sakit harus dilakukan audit. Maka audit pengkodean klinis juga termasuk dari bagian pelaksanaan audit. Audit pengkodean klinis adalah proses pemeriksaan pendokumentasian rekam medis untuk memastikan bahwa proses dan hasil pengkodean diagnosis dan tindakan yang dihasilkan adalah akurat, presisi dan tepat waktu sesuai dengan aturan ketentuan

kebijakan dan perundang-undangan yang berlaku (4).

Audit pengkodean klinis perlu dilakukan untuk *review* dan menganalisis kesalahan yang ditemukan dan berusaha untuk menelusuri sumbernya, membandingkan informasi yang dihasilkan oleh *clinical coder* dengan informasi yang tertera di dalam rekam medis pasien, dan mengidentifikasi area praktik pengkodean yang perlu peningkatan. Dampak dari tidak melakukan audit pengkodean yaitu berisiko mengalami kerugian finansial (4) dan dari hasil studi pendahuluan melalui wawancara kepada Kepala Instalasi Rekam medis dikatakan bahwa memang belum pernah dilakukannya audit pengkodean klinis.

Pengkodean bisa dinilai dari beberapa elemen, yaitu *reliability* adalah konsistensi diagnosis utama, diagnosis sekunder dan tindakan. *Completeness* adalah kode diagnosis utama, diagnosis sekunder dan tindakan yang lengkap. *Accuracy* adalah keakuratan kode diagnosis utama, diagnosis sekunder dan tindakan dengan ICD-10 dan ICD-9CM dan *relevancy* adalah kode diagnosis utama, diagnosis sekunder dan tindakan yang dihasilkan harus sesuai dan dapat digunakan untuk statistik pelaporan (4).

Penentuan kode diagnosis seorang koder wajib memperhatikan kondisi mana yang seharusnya menjadi diagnosis utama seperti dalam aturan morbiditas. Pemberian koding yang tepat dan akurat sangat berpengaruh pada data yang digunakan sebagai bahan analisis statistik morbiditas dan mortalitas (2). Dalam buku ICD-10 Volume 2 tahun 2016 (5), terdapat aturan mortalitas dan morbiditas yang digunakan untuk pengkodean penyakit dan untuk mengetahui keakuratan kode diagnosis utama pasien pada angka kesakitan, yaitu dengan aturan morbiditas. Aturan morbiditas adalah kondisi utama yang ditangani atau diselidiki selama episode layanan kesehatan. Kondisi utama didefinisikan sebagai suatu kondisi, yang didiagnosis pada akhir episode pelayanan kesehatan, yang terutama bertanggung jawab atas kebutuhan pasien akan pengobatan atau pemeriksaan penunjang.

Adapun hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah

Sultan Suriansyah Banjarmasin melalui observasi terhadap 10 sampel rekam medis pasien rawat inap yang dipilih secara acak menunjukkan bahwa dari 10 rekam medis tersebut terdapat 3 rekam medis yang mengalami ketidakakuratan dalam penetapan kode diagnosis utama serta ketidaksesuaian dengan aturan morbiditas. Sementara itu, 7 rekam medis lainnya telah dinilai konsisten, lengkap, akurat, dan sesuai dengan aturan morbiditas. Temuan tersebut didukung oleh hasil wawancara dengan informan penelitian, yang menyimpulkan bahwa ketidaktepatan pengkodean diagnosis utama umumnya disebabkan oleh diagnosis awal yang belum bersifat final serta perlunya hasil pemeriksaan penunjang dalam penetapan diagnosis akhir.

### Metode Penelitian

Metode penelitian yang digunakan adalah metode kombinasi (*mixed methods*), kuantitatif yang didukung oleh kualitatif. Sampel penelitian ini berjumlah 99 rekam medis rawat inap dengan teknik pengambilan sampel adalah *Simple Random Sampling*. Subjek yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu 1 informan utama selaku Petugas Koding Rawat Inap dan 2 orang informan triangulasi terdiri dari Dokter/Verifikator BPJS Rawat Inap dan Kepala Instalasi Rekam Medis. Teknik pengumpulan data menggunakan observasi dan wawancara.

### Hasil Penelitian

#### 1. Audit Pengkodean Klinis Menggunakan Aturan Morbiditas Dari Elemen *Reliability*

Tabel 1. Audit Pengkodean Klinis Menggunakan Aturan Morbiditas Dari Elemen *Reliability*

Kategori	(n)	(%)
Konsisten	90	91%
Tidak Konsisten	9	9%
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan hasil observasi sebagaimana tercantum pada Tabel 1, diketahui bahwa dari 99 rekam medis rawat inap yang diteliti, terdapat 9 rekam medis (9%) yang menunjukkan ketidakkonsistenan dalam pencatatan

diagnosis utama, diagnosis sekunder, dan tindakan, sedangkan 90 rekam medis (91%) dinilai konsisten. Ketidakkonsistenan tersebut ditunjukkan oleh adanya perbedaan atau ketidaksesuaian pencatatan antara Ringkasan Masuk dan Resume Medis, seperti diagnosis utama yang tercantum pada Ringkasan Masuk tidak sama dengan diagnosis utama pada Resume Medis, atau tidak terisinya diagnosis sekunder maupun tindakan pada salah satu dokumen, padahal berdasarkan riwayat pengobatan pasien seharusnya informasi tersebut dicantumkan. Sebagai contoh, pada beberapa rekam medis ditemukan diagnosis utama pada Ringkasan Masuk berupa suspek gastritis, sementara pada Resume Medis tercantum dispepsia tanpa adanya penjelasan perubahan diagnosis yang didukung oleh pemeriksaan penunjang. Kondisi tersebut menyebabkan pencatatan diagnosis menjadi tidak konsisten antar dokumen rekam medis.

Temuan hasil observasi ini didukung oleh hasil wawancara dengan informan, yaitu petugas koding rawat inap, yang menyatakan bahwa perbedaan diagnosis utama antara Ringkasan Masuk dan Resume Medis kerap ditemukan, sehingga dalam proses pengkodean diagnosis petugas koding harus mengacu pada lembar Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT). Meskipun perbedaan tersebut tidak selalu memengaruhi penetapan kode diagnosis, namun dapat berdampak pada proses verifikasi dan klaim penagihan BPJS.

### 1. Audit Pengkodean Klinis Menggunakan Aturan Morbiditas Dari Elemen *Completeness*

Tabel 2. Audit Pengkodean Klinis Menggunakan Aturan Morbiditas Dari Elemen *Completeness*

Kategori	(n)	(%)
Lengkap	99	100%
Tidak Lengkap	0	0%
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan hasil observasi sebagaimana tercantum pada Tabel 2, diketahui bahwa dari 99 rekam medis rawat inap yang diteliti, seluruh rekam medis (100%) dinilai lengkap dalam pencatatan kode diagnosis utama, diagnosis sekunder, dan tindakan. Penilaian kelengkapan tersebut didasarkan pada terpenuhinya pengisian diagnosis utama, diagnosis sekunder (jika ada komplikasi atau keluhan tambahan), serta tindakan medis yang dicantumkan secara lengkap pada dokumen rekam medis pasien.

Hasil ini menunjukkan bahwa dari aspek kelengkapan, proses pengkodean klinis telah memenuhi standar rekam medis yang berlaku. Dalam pelaksanaannya, Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah Banjarmasin menggunakan pedoman pengkodean diagnosis berdasarkan ICD-10 yang diterapkan dalam sistem rumah sakit dan aplikasi klaim INA-CBGs sesuai ketentuan Kementerian Kesehatan, sedangkan peneliti menggunakan ICD-10 WHO Volume 2 edisi 2016 sebagai acuan penelitian. Perbedaan penggunaan edisi ICD-10 tersebut tidak memengaruhi penilaian kelengkapan pengkodean, karena seluruh diagnosis dan tindakan telah dicatat secara lengkap pada rekam medis.

Temuan ini didukung oleh hasil wawancara dengan informan, yang menyatakan bahwa kelengkapan penulisan diagnosis merupakan kewajiban dalam penyelenggaraan rekam medis dan telah menjadi standar serta persyaratan dalam proses pelayanan, akreditasi rumah sakit, dan pengkodean klinis.

### Audit Pengkodean Klinis Menggunakan Aturan Morbiditas Dari Elemen *Completeness*

Berdasarkan hasil wawancara, diketahui bahwa audit pengkodean klinis menggunakan aturan morbiditas dari segi kelengkapan menunjukkan bahwa penulisan diagnosis merupakan syarat atau ketentuan wajib dalam rekam medis. Diagnosis utama harus selalu

dicantumkan, sedangkan diagnosis sekunder hanya diisi apabila pasien mengalami komplikasi atau keluhan tambahan. Oleh karena itu, tidak semua rekam medis pasien memiliki diagnosis sekunder.

## 2. Identifikasi Audit Pengkodean Klinis Menggunakan Aturan Morbiditas Dari Elemen *Accuracy*

Tabel 3. Audit Pengkodean Klinis Menggunakan Aturan Morbiditas Dari Elemen *Accuracy*

Kategori	(n)	(%)
Akurat	92	93%
Tidak Akurat	7	7%
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel diatas didapatkan hasil mengenai identifikasi kode diagnosis utama, kode diagnosis sekunder dan kode tindakan, ditemukan 92 rekam medis dengan keakuratan yaitu 93% dan yang ketidakakuratan ditemukan 7 rekam medis dengan persentase 7%.

Adapun hasil wawancara yang dapat disimpulkan bahwa keakuratan kode diagnosis sudah sesuai dengan *rules* MB (*Rules* MB adalah aturan reseleksi diagnosis yang digunakan untuk memilih diagnosis utama yang tepat) tetapi jika ditemukan ketidakakuratan maka dilakukan perbaikan dan faktor yang bisa mempengaruhi terjadinya ketidakakuratan pada kode yaitu tidak lengkapnya resume medis, penulisan dokter yang sulit dibaca, pemeriksaan penunjang yang tidak lengkap, pasien pulang sebelum diagnosis ditegakkan oleh dokter dan Salah satu penyebab ketidakakuratan kode diagnosis adalah perbedaan acuan ICD-10 yang digunakan, di mana Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Suriansyah Banjarmasin menggunakan ICD-10 yang terintegrasi dalam sistem pelayanan rumah sakit dan aplikasi klaim INA-CBGs sesuai ketentuan Kementerian Kesehatan, sedangkan peneliti menggunakan ICD-10 WHO Volume 2 edisi 2016 sebagai pedoman dalam proses penilaian dan analisis kode diagnosis. Perbedaan acuan tersebut dapat menyebabkan

perbedaan dalam penetapan kode diagnosis, khususnya pada pemilihan karakter tambahan dan penentuan diagnosis utama. Upaya penanggulangan terhadap ketidakakuratan pengkodean dilakukan dengan melengkapi rekam medis terlebih dahulu serta melakukan konfirmasi kepada dokter penanggung jawab pelayanan terkait penetapan diagnosis utama, disertai dengan pelaksanaan audit pengkodean klinis secara berkala.

## 3. Identifikasi Audit Pengkodean Klinis Menggunakan Aturan Morbiditas Dari Elemen *Relevancy*

Tabel 4. Audit Pengkodean Klinis Menggunakan Aturan Morbiditas Dari Elemen *Relevancy*

Kategori	(n)	(%)
Sesuai	95	96%
Tidak Sesuai	4	4%
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100%</b>

Dari paparan pada tabel diatas didapatkan hasil mengenai identifikasi kode diagnosis utama, kode diagnosis sekunder dan kode tindakan, ditemukan 95 rekam medis dengan kesesuaian yaitu 96% dan yang ketidaksesuaian ditemukan 4 rekam medis dengan persentase 4%.

Keterangan diatas didukung dengan hasil wawancara yang dapat disimpulkan bahwa jika terdapat ketidaksesuaian kode diagnosis utama maka yang dilakukan adalah perbaikan diagnosis utama secara bersama-sama dengan petugas rekam medis dan wajibnya seorang koder tau akan kode gabungan, kode kandungan, *dagger* & *asteriks* serta aturan yang ada pada ICD-10.

## Pembahasan

### 1. Audit Pengkodean Klinis Menggunakan Aturan Morbiditas Dari Elemen *Reliability*

Ketidakkonsistenan pengisian rekam medis ditemukan pada perbedaan penetapan diagnosis utama antara Ringkasan Masuk dan Resume Medis, yaitu sebesar 9% dari total 99

rekam medis yang diteliti. Berdasarkan hasil wawancara, petugas koding menyatakan bahwa perbedaan diagnosis utama antara Ringkasan Masuk dan Resume Medis pernah ditemukan, sehingga dalam proses pengkodean diagnosis petugas koding mengacu pada lembar Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT). Kondisi tersebut tidak selalu memengaruhi penetapan kode diagnosis, namun dapat berdampak pada proses verifikasi dan klaim penagihan BPJS.

Konsistensi pencatatan diagnosis dalam rekam medis hendaknya mampu menunjukkan runtutan pola pikir tenaga medis sejak pasien pertama kali diterima hingga pasien dipulangkan. Perubahan dugaan dokter terhadap kemungkinan penyakit pasien selama proses perawatan merupakan hal yang wajar, sepanjang perubahan tersebut didukung oleh alasan yang rasional serta bukti yang kuat, seperti hasil pemeriksaan penunjang (6).

Berdasarkan hasil penelitian terdahulu, hasil review kelengkapan dan konsistensi pencatatan diagnosis menunjukkan bahwa sebanyak 27% rekam medis tidak lengkap dan tidak konsisten dalam pencatatan diagnosis, hal ini menunjukkan bahwa konsistensi pencatatan diagnosis sangat penting karena mencerminkan kejelasan dasar pelayanan yang diberikan kepada pasien serta harus didukung oleh hasil pemeriksaan penunjang yang memadai (7).

## **2. Audit Pengkodean Klinis Menggunakan Aturan Morbiditas Dari Elemen *Completeness***

Semua sampel rekam medis lengkap dengan persentase 100%, kelengkapan penulisan diagnosis memang diharuskan karena sudah menjadi syarat/aturan rekam medis serta untuk standar akreditasi dan diagnosis sekunder akan terisi apabila pasien mengalami komplikasi atau keluhan sebagai diagnosis sekunder.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketidaklengkapan pengisian rekam medis disebabkan oleh masih

banyak tenaga medis yang belum mengetahui dampak dari ketidaklengkapan pengisian rekam medis, serta kurangnya pemahaman mengenai manfaat dan kegunaan rekam medis pasien bagi keberlangsungan dan mutu pelayanan di rumah sakit (8). Hal tersebut akan mempengaruhi koder dalam melakukan pengkodean diagnosis pasien.

## **3. Audit Pengkodean Klinis Menggunakan Aturan Morbiditas Dari Elemen *Accuracy***

Terdapat perbedaan kode diagnosis utama dan karakter ke-5 pada kode tidak ada. Keakuratan kode diagnosis sudah sesuai dengan rules MB t (*Rules MB* adalah aturan reseleksi diagnosis yang digunakan untuk memilih diagnosis utama yang tepat) tetapi jika ditemukan ketidakakuratan maka dilakukan perbaikan dan faktor yang bisa mempengaruhi terjadinya ketidakakuratan pada kode yaitu tidak lengkapnya resume medis, penulisan dokter yang sulit dibaca, pemeriksaan penunjang yang tidak lengkap, pasien pulang sebelum diagnosis ditegakkan oleh dokter dan salah satu penyebab ketidakakuratan kode diagnosis adalah perbedaan acuan ICD-10 yang digunakan, di mana rumah sakit mengacu pada ICD-10 dalam sistem pelayanan dan aplikasi klaim INA-CBGs, sedangkan peneliti menggunakan ICD-10 WHO Volume 2 edisi 2016. Perbedaan acuan tersebut dapat memengaruhi penetapan kode diagnosis, terutama pada pemilihan karakter tambahan dan diagnosis utama. Upaya penanggulangan dilakukan dengan melengkapi rekam medis, melakukan konfirmasi kepada dokter penanggung jawab pelayanan, serta melaksanakan audit pengkodean klinis secara berkala.

Hasil penelitian yang menyatakan bahwa "faktor yang menyebabkan ketidaktepatan pengodean diagnosis penyakit adalah tulisan dokter yang tidak jelas, penulisan diagnosis yang tidak lengkap, dan ketidaktepatan dalam menetapkan diagnosis utama. Serta adanya dokter yang menggunakan

singkatan yang tidak sesuai dengan singkatan baku dirumah sakit, terminologi yang tidak sesuai dengan ejaan". (9)

#### 4. Audit Pengkodean Klinis Menggunakan Aturan Morbiditas Dari Elemen Relevancy

Terdapat kode diagnosis utama dan kode diagnosis sekunder terbalik dikarenakan pada diagnosis sekunder yang lebih banyak menggunakan *resources* (SDM, bahan pakai habis, peralatan medik, tes pemeriksaan dan lain-lain) sesuai dengan aturan morbiditas. Jika terdapat ketidaksesuaian kode diagnosis utama maka yang dilakukan adalah perbaikan diagnosis utama guna mengetahui mengenai kode gabungan, kode kandungan, *dagger* & *asteriks* serta aturan yang ada pada ICD-10.

Hasil penelitian menyatakan bahwa apabila petugas koding menemukan diagnosis utama dengan istilah yang masih bersifat umum, sementara pada pencatatan lain terdapat diagnosis yang lebih spesifik dan menggambarkan kondisi dasar pasien, maka diagnosis yang lebih spesifik tersebut seharusnya ditetapkan sebagai diagnosis utama. Ketidaktepatan atau ketidaksesuaian kode diagnosis dengan ICD-10 Volume 2 dapat berdampak pada penurunan mutu pelayanan rumah sakit serta memengaruhi keakuratan data, pelaporan, dan penetapan tarif INA-CBGs sebagai metode pembayaran pelayanan pasien (10).

#### Kesimpulan

Audit pengkodean klinis menggunakan aturan morbiditas dari elemen *Reliability* didapatkan bahwa penilaian konsisten diagnosa terdapat pada 90 rekam medis (91%) dan tidak konsisten terdapat pada 9 rekam medis (9%). Hal ini dikarenakan diagnosis pada ringkasan masuk hanya berupa diagnosis dugaan dan untuk menetapkan diagnosis akhir pada resume medis memerlukan bukti berupa pemeriksaan penunjang.

Audit pengkodean klinis menggunakan aturan morbiditas dari elemen *Completeness* dikategorikan

lengkap dengan 99 rekam medis (100%). Hal ini dikarenakan petugas mengerti kelengkapan diagnosis sudah menjadi standar atau aturan dari rekam medis.

Audit pengkodean klinis menggunakan aturan morbiditas dari elemen *Accuracy* didapatkan akurat 92 rekam medis (93%) dan tidak akurat 7 rekam medis (7%). Hal ini dikarenakan perbedaan pada ICD-10 yang digunakan rumah sakit dan yang digunakan peneliti.

Audit pengkodean klinis menggunakan aturan morbiditas dari elemen *Relevancy* didapatkan sesuai 95 rekam medis (96%) dan tidak sesuai 9 rekam medis (9%). Hal ini dikarenakan beban kerja petugas yang banyak mengakibatkan kesalahan dalam pengkodean.

#### Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
2. Ilmi, L. R. (2018). Tinjauan Kelengkapan Kode Kasus Kecelakaan Dan External Cause DI RST. TK. II dr. Soedjono TK II Magelang Jawa Tengah. *Jurnal Aptirmik*. 56-62.
3. Departemen Kesehatan. (2009). *Undang – Undang No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*. Jakarta: Kementrian Kesehatan.
4. Hatta, G. R. (2017). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan (3rd ed.)*. Jakarta: UI-Press.
5. WHO. (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10 Vol 2*. World Health Organization.
6. Anggriyani, F., Santoso, A., Wicaksono, T., Sasongko, B.A.B.W.. (2021). Analisis Tingkat Mortalitas pada Laporan Tahunan di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu Blitar. *Journal of Information System for Public Health*. 6 (3): 01-09.
7. Khotimah, S dan Masturoh, I. (2020). Analisis Kelengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus Thypoid dalam Klaim BPJS dengan

- Metode Hatta. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*. 8(1): 54-65.
8. Wirajaya, M. K. & Nuraini, N. (2019). Faktor Faktor yang Mempengaruhi Ketidaklengkapan Rekam Medis Pasien pada Rumah Sakit di Indonesia. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*. 7(2): 158-165.
  9. Endika, R., Laela, I., Puteri, F., dan Lily, W., (2023). Ketepatan Pengodean Diagnosis Pasien Klinik Penyakit dalam di RSAL Dr. Mintohardjo Jakarta Pusat 2021. *COMSERVA: Jurnal Penelitian dan Pengabdian Masyarakat*. 2(09): 1935-1941.
  10. Wulandari, S. (2019). *Tinjauan Penggunaan Morbidity Rule 4 Terkait Kasus Diabetes Mellitus Di Rs Bhayangkara Mappaoudang Makassar*. Program Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Stikes Panakkukang Makasar.