

**Tinjauan Keterlambatan Pengajuan Klaim Pelayanan  
Rawat Inap Pasien Bpjs Kesehatan Di Rumah Sakit  
Umum Daerah Harapan Dan Doa Kota Bengkulu  
Periode Januari-Maret Tahun 2021**

**Ulfatun Nikmah<sup>1</sup>, Liza Putri<sup>2</sup>, Bella Shintia<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> RS Harapan dan Do'a Kota Bengkulu, Jl. Basuki Rahmat, Padang Jati Kota Bengkulu

<sup>2,3</sup> STIKes Sapta Bakti Bengkulu, Jl. Mahakam Raya No.16 Lingkar Barat, Kota Bengkulu

<sup>1</sup>[Ulfatunnikmah@gmail.com](mailto:Ulfatunnikmah@gmail.com), <sup>2</sup>[Lizaputri7@yahoo.co.id](mailto:Lizaputri7@yahoo.co.id), <sup>3</sup>[shintiabella570@gmail.com](mailto:shintiabella570@gmail.com)

**Abstrak**

Keterlambatan pengembalian berkas klaim pasien rawat inap disebabkan karena berkas rekam medis yang kembali dari bangsal rawat inap tidak lengkap sehingga harus dikembalikan untuk dilengkapi oleh dokter penanggung jawab. Dari hasil wawancara dengan petugas coding di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2021, Diketahui pada bulan Januari 96 berkas klaim, Pada bulan Februari 71 berkas klaim dan Pada bulan Maret 38 berkas klaim. Selain itu tidak terdapat SPO pelaksanaan coding dan pengajuan klaim. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui keterlambatan pengajuan klaim BPJS khusus pasien rawat inap Di Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu Periode Januari-Maret 2021. Metode penelitian merupakan metode penelitian yang digunakan untuk meneliti kondisi objek yang alamiah, dimana peneliti berperan sebagai instrument kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), Analisis data bersifat induktif dan hasil kualitatif memberikan penekanan lebih kepada makna dari pada generalisasi. Dari 205 berkas klaim yang dikembalikan oleh BPJS, Hanya sebagian kecil berkas yang tidak sesuai administrasi kepesertaannya, yaitu 17 (8,2%) berkas dikarenakan tidak sesuai Nomor SEP, Tidak sesuai kelas perawatan dan tidak sesuai tanggal keperawatan. Dari 205 brkas klaim yang dikembalikan oleh BPJS sebagian berkas tidak tepat dalam pemilihan kode diagnosa dan prosedur.

**Kata Kunci:** Penyebab Keterlambatan, Klaim BPJS

***REVIEW OF SERVICE CLAIM DELAYS INPATIENT BPJS HEALTH IN HOSPITAL  
GENERAL AREA OF HOPE AND PRAYER IN BENGKULU CITY  
PERIOD JANUARY-MARCH 2021***

***Abstract***

The delay in submitting the inpatient claim file is caused by the file the medical record returned from the inpatient ward is incomplete so it must be returned to be completed by the doctor in charge. From the results of interviews with coding officers at the Harapan and Prayer Hospital Bengkulu City in 2021, it is known that in January there were 96 claim files, in February 71 claim files and in March 38 claim files. It is known the delay in submitting BPJS claims specifically for inpatients at Harapan and Doa Hospital Bengkulu City for the January-March 2021 period. The research method is a research method used to

examine the condition of natural objects, where the researcher acts as a key instrument, data collection techniques are carried out by triangulation (combined), data analysis is inductive and qualitative results emphasize meaning rather than generalization. Of the 205 claim files returned by BPJS, only a small portion of the files did not match the membership administration, namely 17 (8.2%) files due to inappropriate SEP Numbers, inappropriate treatment classes and inappropriate nursing dates. Of the 205 claim files returned by BPJS, some of the files were incorrect in the selection of diagnostic codes and procedures.

**Keywords:** *Cause of Delay, BPJS Claim*

## PENDAHULUAN

Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa, serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat. Rekam medis merupakan sumber dari data yang dipakai untuk menyusun statistik medis dan juga bukti tentang proses pelayanan yang diberikan oleh dokter dan tenaga medis lainnya terhadap pasien, hal ini merupakan cermin kerjasama ahli medis untuk memberikan pelayanan medis terbaiknya dan bukti tertulis pelayanan yang dilakukan setelah pemeriksaan, tindakan pengobatan sehingga dapat dipertanggung jawabkan (Permenkes, 2013).

Rekam medis memiliki fungsi yaitu untuk secara akurat dan lengkap mendokumentasikan sejarah kehidupan dan kesehatan pasien, penyakit masa lalu dan sekarang, serta pengobatan dengan penekanan kejadian kejadian yang mempengaruhi pasien selama periode perawatan dan menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan di rumah sakit karena tanpa didukung suatu pengelolaan Rekam Medis yang baik dan benar maka tertib administrasi Rumah Sakit tidak akan berhasil sebagaimana yang diharapkan (Edna, 2011).

Dalam rekam medis memiliki langkah alur prosedur, Pertama merupakan Pendaftaran Proses awal terjadinya rekam medis di setiap fasilitas pelayanan kesehatan ditempat pendaftaran pasien akan di data identitas pribadi pasien serta keperluan kunjungannya ke rumah sakit. Kedua, Assembling merupakan kegiatan merakit berkas rekam medis pasien rawat inap difasilitas pelayanan kesehatan serta mengecek kelengkapan pengisian berkas rekam medis dan formulir yang harus ada pada berkas rekam medis pasien rawat inap. Ketiga, Koding merupakan membuat kode atas diagnosis penyakit berdasarkan klasifikasi penyakit yang berlaku dan bertujuan untuk mempermudah pengelompokan penyakit dan operasi yang dapat dituangkan dalam bentuk angka. Keempat, Indeking merupakan membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat kedalam indeks-indeks. Kelima, Analising merupakan unit rekam medis yang berfungsi sebagai penganalisis dan pelapor dalam sistem pelayanan rekam medis, sebagai penganalisis semua data rekam medis yang masuk ke unit rekam medis. Keenam, Filling merupakan sistem penataan rekam medis dalam suatu tempat yang khusus agar penyimpanan dan pengembalian menjadi lebih mudah dan cepat (Depkes RI, 2013).

Dalam pelayanan rekam medis dirumah sakit menggunakan bentuk pelayanan umum dan jaminan asuransi seperti BPJS. Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) merupakan lembaga untuk menyelenggarakan program jaminan sosial diindonesia berdasarkan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011. BPJS berfungsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan, jaminan

kesehatan kecelakaan kerja, program jaminan kematian, program jaminan pensiun dan jaminan hari tua.

Prosedur klaim BPJS yang meliputi pembuatan surat eligibilitas peserta (SEP) dilakukan dengan menggunakan e-klaim, proses *entry* dan coding dilakukan menggunakan aplikasi INA-CBG's dengan memasukkan data berdasarkan resume medis pasien sesuai aturan pengkodean berdasarkan ICD 10 untuk kode diagnose tindakan menggunakan ICD 9 CM. Dalam proses pengklaiman terdapat syarat kelengkapan berkas yang harus dilengkapi, antara lain Surat Bukti Pelayanan (SBP), Riwayat Perjalanan Penyakit, Tanda Tangan Dokter, dan Kode Diagnosis. Untuk kelengkapan kartu BPJS, foto copy KK/KTP, rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama dan Surat Eligibilitas Pasien (SEP) atau surat keabsahan sebagai peserta BPJS. Pelayanan Kesehatan Pada JKN, penyelenggaraan pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan yaitu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL).

Di Indonesia terdapat banyak sekali Rumah Sakit yang mengalami keterlambatan klaim BPJS, adapun beberapa contohnya seperti Rumah Sakit Kebon Jati di Jawa barat mengalami keterlambatan tertinggi pada tahun 2019 dengan persentase sebanyak 78,36% (Siti Rahmah, 2019), sedangkan Rumah Sakit Umum Madani Medan Sumatera Utara yang mengalami keterlambatan tertinggi pada tahun 2020 dengan persentase sebanyak 72,41% (Erlindai, 2020),

Menurut Artanto (2016), bahwa keterlambatan klaim BPJS Kesehatan disebabkan karena tidak lengkapnya resume medis, tidak ada tanda tangan dokter penganggung jawab. Misal kejadian pada bulan Januari maka seluruh berkas klaim pasien rawat inap pada bulan Januari harus disetorkan ke BPJS kesehatan jika adanya berkas klaim yang tidak lengkap maka berkas dikembalikan untuk dilengkapi dan berkas tersebut akan termasuk pada berkas klaim atau tagihan tertunda. Hal ini sejalan dengan Kusari (2013), penyebab keterlambatan berkas klaim pasien BPJS diinstalasi rawat inap disebabkan oleh administrasi berkas pasien dan tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang atau pendukung lainnya. Menurut penelitian Valentina (2018), keterlambatan klaim terjadi karena kesalahan pengkodean, indikasi medis, dan administrasi.

Keterlambatan klaim BPJS kesehatan akan berdampak pada kompetensi, misalnya pengklaiman BPJS mengalami keterlambatan berarti sikap kerja petugas tidak sesuai standarisasi yang di harapkan juga berdampak pada efisiensi, misalnya perubahan sistem pelayanan kesehatan disebabkan terjadi keterlambatan pencairan pembayaran klaim BPJS kesehatan dan rendahnya tarif INA-CBG's (Anya, 2020). Untuk menghindari terjadinya keterlambatan klaim BPJS kesehatan sebaiknya rumah sakit mengadakan secara rutin mengenai kepatuhan pengembalian berkas rekam medis dalam waktu 2x24 jam, membuat SOP mengenai tata cara pengembalian berkas rekam medis, mengadakan konsekuensi bagi dokter penanggung jawab pasien yang tidak melengkapi rekam medis 1x24 jam (Estri, 2017).

Menurut Ayu (2012), Untuk mengatasi keterlambatan klaim sebaiknya rumah sakit menerapkan bridging system untuk meminimalisasi terjadinya kesalahan dalam input data pada aplikasi INA-CBG's juga sebaiknya petugas coding diberikan kesempatan untuk mengikuti pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan tugasnya sebagai petugas coding. Hal ini bertujuan agar dalam pemberian kode diagnosis petugas coding lebih teliti sehingga kode diagnosis yang dihasilkan tepat sesuai dengan kaidah.

Berdasarkan hasil surveil pada 30 April 2021 diketahui bahwa pada tahun 2021 terdapat 96 berkas klaim yang dikembalikan pada bulan Januari, 71 berkas klaim yang dikembalikan pada bulan Februari, 38 berkas klaim yang dikembalikan pada bulan maret.

Berdasarkan hasil wawancara pada petugas diruang casemix, keterlambatan pengklaiman berkas disebabkan diagnosa dan kode yang diinputkan tidak tepat, tarif tidak terbaca pada lembar administrasi, tidak ada dilampirkan laporan dari kepolisian bagi pasien yang mengalami kecelakaan, tidak terdapat dokumen atau berkas yang menyatakan adanya indikasi rawat inap, dan belum terintegrasi (penggabungan) antara SIMRS dan Aplikasi INA-CBG's.

Hal ini sejalan dengan Malonda *et al*, 2015, Keterlambatan disebabkan karena tidak lengkapnya dokumen, belum adanya *billing system* (sebuah aplikasi dan sistem yang diterapkan pada Rumah Sakit yang membantu dalam pengelolaan data pada seluruh layanan rumah sakit), tidak ada lembar operasi untuk pasien yang akan di lakukan operasi serta tidak ada lembar laboratorium.

Rumah Sakit Harapan dan Doa kota Bengkulu merupakan rumah sakit dengan klasifikasi "C". Penelitian ini akan dilakukan di ruang filling untuk mengamati DRM pasien rawat inap pasien BPJS. Adapun memilih pasien rawat inap karena memiliki jumlah pasien BPJS lebih banyak dibandingkan rawat jalan.

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik melakukan penelitian yang berjudul "Tinjauan keterlambatan pengajuan klaim pelayanan rawat inap pasien BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Harapan dan Doa kota Bengkulu Periode Januari-Maret tahun 2021"

## BAHAN DAN METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan kuantitatif. Lokasi yang digunakan untuk penelitian ini adalah di Rumah Sakit Umum Daerah Harapan dan Doa Kota Bengkulu khususnya di Unit Rekam Medis. Adapun waktu penelitian ini dimulai 30 April-10 Juni 2021 yaitu mulai dari pengumpulan data, pengolahan data, analisis data sampai pembuatan laporan penelitian.

Populasi dalam penelitian ini adalah 205 berkas rekam medis rawat inap pada periode bulan Januari-Maret 2021. Jumlah pengambilan sampel sama dengan populasi sebanyak 205 berkas rekam medis. Variabel penelitian ini adalah keterlambatan klaim BPJS.

Instrument penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu lembar *check-list*. Metode yang digunakan oleh penulis dalam pengumpulan data penelitian yaitu observasi. Tahapan pengolahan data yang dilakukan dalam suatu penelitian yaitu *editing, coding, tabulating dan entry data*. Data akan dianalisis dengan program komputer Statistical Productand Service Solution (SPSS) 17.0 for windows (Santoso, 2005). Analisis pada penelitian ini menggunakan analisis univariate.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### 1. Distribusi Frekuensi Kelengkapan Berkas Klaim BPJS

**Tabel 1.** Distribusi Frekuensi Kelengkapan Berkas Klaim BPJS

Kelengkapan Berkas Klaim	Jumlah Berkas (N)	Presentase (%)
Lengkap	188	91,7
Tidak Lengkap	17	8,3

<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>
--------------	------------	------------

Berdasarkan distribusi frekuensi kelengkapan berkas klaim didapatkan 91,7% berkas klaim lengkap dan 8,3 % berkas klaim tidak lengkap. Ketidaklengkapan berkas klaim di rumah sakit harapan dan doa kota Bengkulu disebabkan tidak lengkapnya berkas klaim seperti, SEP yang tidak terbaca, tanggal pasien dirawat dan keluar yang tidak ada, tanda tangan dokter penanggung jawab tidak ada, lembar instruksi operasi tidak (ada bagi pasien yang akan dilakukan operasi).

Menurut Irmawati (2016), Penyebab ketidaklengkapan pada berkas klaim dikarenakan belum lengkapnya data seperti identitas, tanggal keluar dan cara keluar pada resume medis sehingga menyebabkan data tersebut kosong dan isinya menjadi berbeda dengan data yang di inputkan dalam aplikasi INA-CBG's.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Megawati (2016), ketidaklengkapan berkas klaim disebabkan tidak adanya nomor SEP antara nomor SEP pada laporan individual pasien dengan dilampirkan lembar SEP berbeda akibatnya data tidak di temukan atau sering disebut data tidak ada, Kelas perawatan pada pelaporan individual berbeda dengan keterangan yang ada di lampiran SEP ataupun dilembar resume medis, tanggal masuk pada laporan individual pasien berbeda dengan tanggal masuk pada SEP.

Dampak yang dapat ditimbulkan dari tidak lengkapnya data tersebut dengan yang di inputkan yaitu klaim tersebut tidak bisa dibayarkan segera, Sehingga menyebabkan kerugian material, laporan hasil tertunda, rencana kedepan tertunda, proses pelaporan RL 5 tidak dapat dilakukan tepat waktu (Irmawati, 2016).

Oleh karena itu, untuk meminimalisasi terjadinya ketidaklengkapan berkas klaim dengan yang di inputkan dalam aplikasi INA-CBG's adalah dengan menerapkan Bridging system yang bertujuan untuk meningkatkan akurasi data peserta, proses verifikasi dan klaim jadi lebih cepat, kecepatan pengolahan data dan informasi layanan bisa meningkat, Serta adanya transparansi pembiayaan karena perekaman data pada setiap sistem sama.

## 2. Distribusi Frekuensi Keakuratan Kode Diagnosa pada Pasien Rawat Inap

**Tabel 2.** Distribusi Frekuensi Keakuratan Kode Diagnosa pada Pasien Rawat Jalan

<b>Keakuratan Kode Diagnosis</b>	<b>Jumlah Berkas (N)</b>	<b>Presentase (%)</b>
Tepat	78	38
Tidak Tepat	127	62
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Berdasarkan hasil penelitian ini dari 205 berkas didapatkan 38% kode diagnosa yang tepat dan 62% terdapat ketidaktepatan kode diagnosa. Misalnya pada kode 84.91 (Amputation, not otherwise specified) Jadi 84.01 (Amputation and Disarticulation of Finger) Kode lebih tepat. Ketidaktepatan kode yang terjadi dikarenakan kesalahan menentukan diagnosa primer dan sekunder, Tidak sesuai dengan diagnosa primer dengan

DPJP yang menangani pasien, tidak adanya tanda tangan DPJP pada resume medis, serta tidak ada laporan penunjang yang mendukung kode tindakan yang ditegakkan.

Kode diagnosis merupakan salah satu variabel perhitungan biaya rumah sakit. Verifikator BPJS dapat melakukan terkait tidak sesuai kode penyakit dan tindakan yang diberikan oleh koder untuk memperoleh bukti terhadap klaim yang ditagihkan (Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim, 2014).

Ketepatan data diagnosis sangat penting dibidang manajemen data klinis, Penagihan kembali biaya, beserta hal-hal lain yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan. Ketepatan pemberian kode diagnosis berpengaruh terhadap statistic morbiditas, masalah tentang epidemiologi dan pengambilan keputusan (Puspitasari, 2017)

Menurut Megawati (2016), Pada diagnosis sekunder, Diagnosis primer dan tindakan/prosedur yang menyebabkan klaim dikembalikan yaitu ketidaktepatan dikoding oleh koder. Hal ini sejalan dengan puspitasari, 2017, Kelengkapan hasil pemeriksaan penunjang medis mempengaruhi ketepatan pemberian kode diagnosa yang ditetapkan oleh tenaga medis kurang jelas atau lengkap.

Selain itu, menurut Sri 2018, menyebabkan terjadinya ketepatan pemberian kode diagnosa salah satunya ketidakpahaman petugas dalam mengkode, tidak pahamnya petugas tentang tata laksana pengkodean, kurangnya pengalaman kerja petugas, SPO tentang pengkodean yang tidak terlaksana, serta kurang lengkapnya sarana kerja seperti tersedianya ICD.

Oleh karena itu, Untuk mengurangi adanya angka ketidaktepatan kode diagnosa dan prosedur dapat dilakukan dengan mengikuti pelatihan koding terkait pelaksanaan klaim INA-CBG's, mempelajari tata laksana menentukan kode berdasarkan ICD-10 dan ICD-9 CM memberitahukan kepada petugas kesehatan lain untuk melengkapi isi berkas rekam medis dan laporan penunjang yang mendukung ditegakkannya diagnosa, serta dibuatnya SPO terkait pelaksanaan koding.

### 3. Distribusi Frekuensi Laporan Penunjang Pada Pasien Rawat Inap

**Tabel 3.** Hasil Uji Statistik Hubungan Ketepatan Terminologi Medis dengan Keakuratan Kode Diagosis Rawat Jalan

Laporan Penunjang	Jumlah Berkas (N)	Presentase (%)
Ada	145	70
Tidak Ada	60	30
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Distribusi frekuensi sebab pengembalian berkas klaim berdasarkan tidak adanya laporan penunjang terdapat 60 (30%) yang artinya hampir sebagian besar berkas klaim dikembalikan karena tidak dilampirkan laporan penunjang. Tidak adanya laporan penunjang yang dilampirkan di berkas klaim disebabkan karena laporan penunjang yang diajukan tidak disertai dengan laporan operasi dan laporan anastesi. Hal tersebut dikarenakan tidak terdapat petugas assembling yang bertugas melakukan analisis kuantitatif berkas rekam medis, Sehingga ketidaklengkapan berkas tidak segera dilengkapi.

Menurut Basaryadi (2013), Laporan penunjang merupakan laporan dari suatu rangkaian pemeriksaan medis yang dilakukan atas indikasi tertentu guna memperoleh

keterangan yang lebih lengkap. Apabila Laporan penunjang tidak ada atau tidak lengkap dalam pengajuan syarat klaim BPJS pada Verifikator BPJS maka akan dikembalikan untuk dilengkapi atau dilampirkan.

Kelengkapan hasil pemeriksaan penunjang medis mempengaruhi ketepatan pemberian kode diagnosis karena dapat dijadikan sebagai informasi pendukung apabila diagnosis yang ditetapkan oleh tenaga medis kurang jelas atau tidak lengkap. Kekurangan lembar pemeriksaan penunjang akan berpengaruh pada keabsahan penagihan dan perhitungan biaya perawatan pasien karena lembar penunjang merupakan bukti pasien telah melakukan pelayanan tambahan (Megawati, 2016).

Hal ini sejalan dengan Pratiwi (2016), Tidak dilampirkannya lembar laporan penunjang pada berkas syarat pengajuan klaim BPJS pasien rawat inap, juga ditemukan kasus diagnosis pada tindakan atau prosedur yang memerlukan laporan penunjang sehingga pihak verifikator BPJS meminta kelengkapan dengan pengembalian klaim BPJS. Oleh karena itu, Diperlukan adanya petugas Assembling untuk menyusun dan merakit berkas serta melakukan analisis kuantitatif untuk mengetahui bagian apa yang belum terisi dengan lengkap dan tepat.

## SIMPULAN

Dari hasil penelitian dan pembahasan Karya Tulis Ilmiah, maka dapat disimpulkan dari 205 berkas klaim pasien rawat inap, berkas klaim yang dikembalikan oleh BPJS hanya sebagian kecil berkas yang tidak lengkap sebanyak 8,3 %. Berkas klaim yang dikembalikan oleh BPJS sebagian besar berkas tidak tepat dalam pemilihan kode diagnosa dan prosedur, yaitu terdapat 127 (62%) berkas. Hal ini dikarenakan kode yang dipilih tidak sesuai dengan DPJP yang menangani dan tidak dilampirkannya laporan pendukung. Dan dari 205 berkas klaim yang dikembalikan oleh BPJS, hampir sebagian berkas yaitu terdapat 60 (30%) berkas tidak terdapat laporan penunjang.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdelhak, M., Grostik, S. A., Jacob, E. 2010. *Health Information of A Strategic Resource 2<sup>nd</sup> Edition*. Philadelphia: Sunders Company.
- Anggraini. savitri. 2017. *Bahan Ajar Rekam Medis dan informasi Kesehatan (RMIK) Klasifikasi Kodefikasi Penyakit dan Masalah Terkait I*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Anwar, M., Baziad, A., & Prabowo, R.P. 2011. *Ilmu Kandungan*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Arikunto. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ayu, D.V. dan Ernawati, D. (2012). *Tinjauan Penulisan Diagnosis Utama dan Ketepatan Kode ICD-10 pada Pasien Umum di RSUD Kota Semarang Triwulan 1*. Main Diagnosis, *Code Of Disease, ICD-10*. UDINUS: Skripsi
- Budi, S. (2011). *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta. Quantum Sinergis Media.
- Defa dan Rita. (2017). *Hubungan Ketepatan Terminologi Medis dengan Keakuratan Kode Diagnosis Rawat Jalan oleh Petugas Kesehatan di Puskesmas Bambanglipuro Bantul*. 2(1) : 113-121.

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2006). *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II*. Jakarta: Dirjen Yanmed.
- Hamid. 2013. *Hubungan Ketepatan Penulisan Diagnosis dengan Keakuratan Kode Diagnosis Kasus Obstetri Gynecology Pasien Rawat Inap di RSUD. Dr. Saiful Anwar Malang*. UMS: Skripsi
- Hatta. R. G. 2011. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan, Edisi Revisi*. Jakarta : UI Press.
- Hastono, Sutanto Priyo. 2016. *Analisa Data Pada Bidang Kesehatan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Perkasa
- Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) versi *Online* [internet]. <http://kbbi.web.id/> Diakses pada tanggal 04 Januari 2021.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2007. Kepmenkes Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 *Tentang Standar Profesi Perekamedis dan Informasi Kesehatan*. Jakarta: Menteri Kesehatan.
- Murti, Bhisma. 2010. *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan edisi ke-2*. Yogyakarta: UGM press.
- Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan disarana Pelayanan Kesehatan* .2013. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Riwidikdo, handoko. 2009. *Statistik Kesehatan: Belajar mudah teknik analisis data dalam Penelitian Kesehatan (Plus Aplikasi Software SPSS)*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press.
- Riduwan.2010. *Dasar-Dasar Statistika*. Bandung : Alfabeta.
- Sastroasmoro S, Ismael S. 2010. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta:Sagung Seto
- Syamarta, Sucihati. 2014. *Skripsi: Gambaran pengelolaan Klaim Rawat Jalan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) RSUD dr. Adnaan WD Kota Payakumbuh*. Depok : Universitas Indonesia
- Sugiyono .2015. *Metode Penelitian Kombinasi (Mix Methods)*. Bandung: Alfabeta