

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum**

##### **1. Gambaran Umum RS PKU Muhammadiyah Bantul**

###### **a. Sejarah Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul**

Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul merupakan salah satu bentuk Amal Usaha Muhammadiyah (AUM) di sektor pelayanan kesehatan, yang berada di bawah naungan Pimpinan Daerah Muhammadiyah Kabupaten Bantul. Rumah sakit ini didirikan sebagai wujud komitmen organisasi Muhammadiyah dalam mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan medis yang profesional, islami, dan terjangkau.

Secara geografis, RSU PKU Muhammadiyah Bantul terletak di Jalan Jenderal Sudirman No. 124, Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta, yang merupakan salah satu akses utama wilayah kota Bantul. Lokasi strategis ini memudahkan masyarakat sekitar, baik dari kawasan perkotaan maupun pedesaan, untuk menjangkau layanan kesehatan yang disediakan. Selain melayani pasien umum dan peserta BPJS, rumah sakit ini juga menjadi sarana pendidikan dan praktik klinik bagi institusi pendidikan kesehatan.

Rumah Sakit Umum (RSU) PKU Muhammadiyah Bantul berawal dari sebuah Klinik dan Rumah Bersalin, yang secara resmi berdiri pada 1 Maret 1966 atau bertepatan dengan tanggal 09 Dzulqo'dah 1385 H, dengan nama “Klinik dan Rumah Bersalin PKU Muhammadiyah Bantul”. Klinik ini merupakan bagian dari upaya Muhammadiyah dalam menyediakan layanan kesehatan ibu dan anak di wilayah Bantul.

Seiring dengan meningkatnya kebutuhan masyarakat serta perkembangan layanan, pada tahun 1984, klinik ini mulai

mengembangkan layanan kesehatan anak, khususnya dalam aspek pertumbuhan dan perkembangan anak (layanan tumbuh kembang), selain tetap memberikan pelayanan kuratif (penyembuhan). Kemudian, pada tahun 1995, berdasarkan Surat Keputusan Izin Kanwil Departemen Kesehatan Provinsi DIY No. 503/1009/PK/IV/1995, status klinik tersebut resmi ditingkatkan menjadi Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak PKU Muhammadiyah Bantul, dengan cakupan layanan yang lebih luas dan profesional.

Melihat perkembangan yang sangat pesat dan kebutuhan masyarakat yang semakin kompleks, pada tahun 2001, rumah sakit ini mendapatkan izin operasional dari Dinas Kesehatan dengan nomor 445/4318/2001, dan secara resmi bertransformasi menjadi Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul, yang melayani berbagai kelompok usia dan jenis penyakit, baik secara preventif, kuratif, promotif, maupun rehabilitatif.

- b. Visi, Misi dan Moto RSU PKU Muhammadiyah Bantul
  - 1) Visi
 

Terwujudnya Rumah Sakit Islami yang mempunyai keunggulan kompetitif global dan menjadi kebanggaan umat
  - 2) Misi
    - a) Berdakwah melalui pelayanan kesehatan
    - b) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berkualitas
    - c) Menerapkan tata kelola organisasi dan klinis yang baik
    - d) Memberikan pelayanan yang peduli pada kaum dhuafa
    - e) Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan secara profesional
  - 3) Moto
 

“Layananku Ibadahku”

## 2. Karakteristik Informan

Dalam penelitian menggunakan informan dan triangulasi sumber yang memiliki karakteristik sebagai berikut:

**Tabel 4. 1 Karakteristik Informan**

<b>Informan</b>	<b>Jenis kelamin</b>	<b>Umur</b>	<b>pendidikan</b>		<b>jabatan</b>	
<b>Informan A</b>	Perempuan	38 tahun	D-3 Medis	Rekam	Coder Pusjamkes	RI
<b>Informan B</b>	Perempuan	39 tahun	D-3 Medis	Rekam	Coder Pusjamkes	RI
<b>Informan C</b>	Perempuan	36 tahun	S1 Dokter	Profesi	Dokter Verifikator Internal	&
<b>Triangulasi Sumber</b>	Perempuan	42 tahun	D-3 Medis	Rekam	Kepala Pusjamkes	

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa semua informan berjenis kelamin perempuan, dengan rincian 2 orang menjabat sebagai petugas *Coder* Rawat inap dengan pendidikan terakhir D-3 Rekam medis, 1 orang yang menjabat sebagai dokter dan verifikator internal rumah sakit dengan pendidikan terakhirnya yaitu S1 profesi dokter, dan 1 triangulasi sumber yang menjabat sebagai kepala Pusat Jaminan Kesehatan (Pusjamkes) dengan pendidikan terakhir D-3 Rekam medis.

## **B. Hasil Penelitian**

### 1. Ketepatan Kode Klinis Dari Aspek *Completeness*

Aspek *Completeness*, yaitu kelengkapan kode klinis yang digunakan dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Kelengkapan kode mencakup apakah seluruh diagnosis dan tindakan yang dilakukan selama perawatan pasien telah dikodekan secara menyeluruh, tanpa ada yang terlewat.

Sebanyak 64 berkas klaim rawat inap dengan diagnosis dan tindakan yang sama dianalisis. Hasilnya menunjukkan bahwa 62 berkas (97%) telah dikodekan secara lengkap oleh petugas coding, sedangkan 2 berkas (3%) tidak lengkap.

**Tabel 4. 2 Persentase ketepatan Kode Klinis Aspek *Completeness***

<b>Keterangan</b>		<b>Jumlah berkas</b>	<b>Persentase</b>
<b>Lengkap</b>	<b>Tidak Lengkap</b>		
<b>62</b>	<b>2</b>	<b>64</b>	<b>97%</b>

Hasil ini menunjukkan bahwa tingkat kelengkapan kode klinis di RSU PKU Muhammadiyah Bantul tergolong sangat tinggi, yaitu sebesar 97%. Hal ini mencerminkan bahwa sebagian besar berkas rekam medis telah dikodekan

dengan baik dan menyeluruh oleh petugas. Diagnosis utama, diagnosis penyerta, serta tindakan yang dilakukan selama perawatan sudah tercantum dengan lengkap pada dokumen pengajuan klaim.

Namun, terdapat 2 berkas yang tidak lengkap, sebagai contoh yaitu kasus pasien datang dengan Kondisi utama sesak nafas, Riwayat Penyakit Sekarang sesak nafas, disertai batuk dan tak mau makan, dan tidak ada riwayat penyakit dahulu. Diketahui diagnosis yang ditetapkan oleh dokter yaitu, *Anoreksia Geriatri, Pneumonia*, serta dehidrasi dengan pemeriksaan cek lab, *RO Thorax*, dan *Nebulizer*. Kode yang ditetapkan oleh koder rumah sakit yaitu, Diagnosa Utama J98.9 (*Respiratory disorder, unspecified*), dan tidak menetapkan kode diagnosis sekunder. Hal ini masuk ke dalam aspek *Completeness*, Dimana seharusnya terdapat diagnosa sekunder yaitu R63.0 (*Anorexia*) dan E86 (*Volume depletion, Incl.: Dehydration*). Kasus tersebut menunjukkan adanya ketidaklengkapan dalam aspek pengodean diagnosis sekunder yang umumnya disebabkan oleh:

- Tidak tercantumnya salah satu diagnosis penyerta yang relevan.
- Kode tindakan medis tertentu tidak dimasukkan meskipun jelas tercantum dalam resume medis pasien.
- Kemungkinan adanya interpretasi subjektif atau kelalaian dari *coder* dalam menangkap seluruh informasi yang ada di berkas rekam medis.

Ketidaklengkapan ini meskipun kecil jumlahnya, tetap perlu menjadi perhatian karena dapat mengganggu proses verifikasi klaim oleh pihak BPJS Kesehatan. Klaim yang tidak lengkap sering kali masuk dalam status "*pending*", sehingga dapat berdampak pada keterlambatan pembayaran klaim dan ketidakstabilan arus kas rumah sakit.

Tabel 4. 3 Hasil Ketepatan kode dari Aspek *Completeness*

No	No RM	Diagnosa Masuk	Anamnesa	Diagnosis	Tindakan	Kode RS	Kode Peneliti	Completeness		Keterangan
								Iya	Tidak	
1.	xxx48	gastroenteritis akut	keluhan utama : diare>8 kali sejak 1 minggu, ada darahnya+, demam naik turun, riwayat penyakit sekarang: diare>8 kali sejak 1 minggu, ada darahnya+, kadang bab warna merah kehitaman+, Riwayat penyakit dahulu : pengobatan TB masuk bulan 3 du RS UII	Disentri, GEA, Candidiasis	cek lab,	DU: A06.0 DS: B37.9 Tindakan: 90.59	DU: A06.0 DS: B37.9 Tindakan: 90.59	✓		
2.	xxx43	anorexia geriatri, obs febris h1	KU: sesek, demam, anorexia, RPD: HT	syok sepsis, DM II, AKI	EKG, cek darah rutin, cek urin, ro thorax	DU: R57.2 DS: E11, N19 Tindakan: 89.52, 90.59, 91.39, 87.49	DU: R57.2 DS: E11.9, N19 Tindakan: 89.52, 90.59, 91.39, 87.49	✓		
3.	xxx70	sesak nafas, obs vomitus profuse AKI	KU: sesek, lemes, muntah2, tak mau makan minum, RPS: mual muntah sejak 6 hari.	HHD dgn CHF dispepsia aki	EKG, RO THORAX, cek darah rutin, echo, nebulizer	DU: I11.0 DS: J44.9, N19 Tindakan: 89.52, 87.49, 90.59, 93.94	DU: I11.0 DS: K30, N19 Tindakan: 89.52, 87.49, 90.59, 93.94	✓		
4.	xxx40	febris hari ke 7 bakterial infection anorexia geriatri dispepsi kronis	Tidak mau makan minum, hanya sedikit kemudian dimuntahkan lagi RPD: HHD post stemi dengan dr andro sp.JP	bacterial infection, DM	Cek lab, rontgent thorax	DS: A49.9 DS: E11.9 Tindakan: 90.59, 87.49,	DS: A49.9 DS: E11.9 Tindakan: 90.59, 87.49,	✓		
5.	xxx45	abdominal pain	KU; nyeri perut, RPS: nyeri perut kanan bawah sudah beberapa hari. Demam disangkal, mual disangkal	appendiksitis akut	cek darah	DU: K35.8 DS: - Tindakan: 90.59	DU: K35.8 DS: - Tindakan: 90.59	✓		
6.	xxx85	anemia abdominal pain dd	KU; lemes, perut terasa nyeri, RPS: 2 minggu ini nyeri perut, ma/mi<<, mual +, muntah	anemia, gastritis,	transfusi PRC, cek	DU: D64.9 DS: K30	DU: D64.9 DS: K30,	✓		

		dispepsia/gastropati NSAID DM2NO	kadang kala, baba hitam-, lemes + rpd: HT, stroke, DM+rpo+alergi, RPD: HT, stroke, DM	DM2NO, HHD	darah, ro thorax	Tindakan: 99.04, 90.59 87.49	E11.9, I11.9 Tindakan: 99.04, 90.59, 87.49	
7.	xxx37	efusi pleura, CKD V, stroke	KU; pasien mengatakan sesek, nyeri perut, menggehe2, ckd on hd rabu-sabtu, RPS: sesek nafas, batuk, nyeri akut, tidak nyeri dada, RPD; CKD st 5 on HD. HT	infark cerebri, efusi pelura, EPA, CKD st v, hipertensi	pungsi pelura, HD, CT scan, RO Thorax	DU: J90 DS: I12.0, I63.9 Tindakan: 39.95, 34.91, 87.03, 87.49, 90.59	DU: J90 DS: I12.0, I63.9 Tindakan: 39.95, 34.91, 87.03, 87.49, 90.59	✓
8.	xxx03	obs penurunan kesadaran, NSTEMI CHF	KU; penkes dan nyeri dada > 20 menit. RPS: pasien mengeluh dada ampek dan nyeri hingga tembus ke punggung. RPD; TB sudah pengobatan	CKD stg 5, NSTEMI, CHF, UAP,hiper kalemia, anemia	hemodialisa, transfusi PRC, EKG, USG, Cek darah, RO Thorax	DU: I21.4 DS: N18.5, D63.8 Tindakan: 39.95, 90.59, 87.49, 89.52, 99.04	DU: I21.4 DS: N18.5, D63.8 Tindakan: 39.95, 90.59, 87.49, 89.52, 99.04	✓
9.	xxx65	GEA post stroke	KU; diare sejak 1 HSMRS disertai mual dan muntah. RPS; sejak semalam lemes disertai dengan bab cair>5 kali disertai mual dan muntah (+) demam-. RPD; riw stroke dan PPOK obat rutin dengan dr.resita, sp.s (obat tidak dibawa), riw PPOK rutin dengan dr.fikri sp.s obat tidak dibawa.	infeksi bakteri, GEA, DM2NO,p ost stroke, PPOK	cek darah, cek urin, RO Thorax, nebulizer	DU: A09.9 DS: A49.9 Tindakan: 87.49, 93.94, 90.59	DU: A09.9 DS: E11.9, J44.9 Tindakan: 87.49, 93.94, 90.59	✓
10.	xxx44	AS fistula pre auricular	KU; bengkak di telinga kiri, RPS; bengkak di telinga kiri sudah sejak 1 bulan lebih, nyeri hilang timbul. RPD; riw HT pengobatan rutin di klinik cahaya husada, amlodipin 10 mg, DM-, asma-, jantung-	AS fistula preaurikuler	fistulektomi preaurikuler, RO thorax, cek darah	DU: H61.1 DS: - Tindakan: 90.59, 87.49, 18.29	DU: H61.1 DS: - Tindakan: 90.59, 87.49, 18.29	✓
11.	xxx60	hernia inguinalis lateralis dextra	KU & RPS; benjolan di selangkangan kanan	hernia inguinal dextra	hernia repair, cek darah	DU: K40.9 DS: -	DU: K40.9 DS: -	✓

						Tindakan: 53.00, 90.59	Tindakan: 53.00, 90.59	
12.	xxx77	asma attack sedang-berat	KU; sesek batuk riw asma. RPS; sesak nafas, batuk 2 hari, pilek-, sudah di nebulizer 2x dirumah belum membaik, demam disangkal. RPD; riw asma+ terakhir mondok 2 bln yll dengan keluhan yang sama, terakhir sesak nafas 1 bln yll	bronkopneumonia, asma	RO thorax, nebulizer	DU: J18.0 DS: J45.9 Tindakan: 93.94, 87.49	DU: J18.0 DS: J45.9 Tindakan: 93.94, 87.49	✓
13.	xxx36	hemiparese sinistra dd SNH SH	KU; bicara pelo sejak jam 1 malam ini. RPS; mulai jam 01.00 Os tiba-tiba bicara pelo (+), pingsan (-), mual (-), muntah (-), riw stroke (+), DM (+), jantung (+). RPD; riwayat rutin jantung dan saraf di sardjito-+ 4 tahun, obat rutin belum dibawa, HT(+) DM (+). pasien mengatakan pernah operasi benjolan perut di sardjito-+ tahun 2022 bulan oktober --> infeksi operasi ulang di PKU Bantul --> ganti perban setiap hari sendiri	reccurent stroke infark DM HT CHF HHD infeksi luka operasi	CT Scan, perawatan luka, cek darah	DU : I69.3 DS: L02.2 Tindakan: 87.03, 90.59, 93.57	DU : I69.3 DS: E11.9, I11.0, T81.4 Tindakan: 87.03, 90.59, 93.57	✓
14.	xxx81	abdominal pain, nefrocalcinosis dan hidronefrosis dextra gr 1 cholecystolithiasis	KU; nyeri perut, RPS;nyeri perut tiba-tiba muncul, disertai mual. RPD; tidak ada	kolelithiasis simtomatik	laparoscopy kolestektomis, lab, EKG, RO thorax	DU: K81.1 DS: N19 Tindakan: 51.23, 90.59, 87.49, 89.52	DU: K80.2 DS: - Tindakan: 51.23, 90.59, 87.49, 89.52	✓
15.	xxx16	obs prolong febris, anorexia geriatri	KU; tidak mau makan memberat 3 HSMRS dan lemes (+). RPS; sejak 1 BSMRS, os mengeluh nafsu makan menurun (+), mual (+), muntah (-), demam disangkal, batuk (+) kadang2. RPD;ex smoker (+)	efusi pleura, hipoalbumin, TB empyema grade 3, gastritis	pungsi pleura, RO thorax, cek sputum, cek darah	DU: J90 DS: E88.0, A16.0 Tindakan: 34.91, 90.59, 91.39, 90.43	DU: A16.5 DS: E88.0, K29.7 Tindakan: 34.91, 87.49, 90.43, 90.59	✓
16.	xxx20	CKD, DM, HT	KU; lemas. RPD; DM,HT	CHF, hiperglike	HD, echo, ro thorax,	DU: I13.2 DS: R57.0,	DU: I13.2 DS: R57.0,	✓

				mia, CKD ST 5,hiperkale mia, anemia, syok kardiogeni c	lab, ekg	N39.0, E11.9 Tindakan: 90.59, 39.95, 87.49, 89.52, 88.72	E11.9 Tindakan: 90.59 39.95, 88.72, 87.49, 89.52	
17.	xxx64	sesak nafas	KU; pasien sesak sejak 3 hri yll, kaki bengkak. RPS; 3 hr os sesek nafas disertai dengan bengkak seluruh tubuh, semakin sesak untuk berbaring, riw CHF, HHD sesak (+) DD (+) OP (+) kaki bengkak (+) batuk (+). RPD; HT (+), DM (-)	CHF EF 36% HHD AR cardiomeg aly, oedem pulmo, VES, bronkhitis, omi anterior	ekg, ro thorax, lab	DU: I11.0 DS: I25.2 Tindakan: 89.52, 90.59, 87.49	DU: I11.0 DS: I25.2 Tindakan: 89.52, 90.59, 87.49	✓
18.	xxx75	syok hipovolemik, GEA	KU; diare, RPS; diare dan muntah2 terus sampai lemes, disertai demam. RPD; dyspepsia, gastritis	GEA, syok hipovolemi k	cek lab	DU: A09.9 DS: R57.1 Tindakan: 90.59	DU: A09.9 DS: R57.1 Tindakan: 90.59	✓
19.	xxx92	cystitis	KU&RPS; nyeri BAK	Cystitis	lab, ro thorax, cystoscopy	DU: N30.9 DS:- Tindakan: 90.59, 87.49, 57.32	DU: N30.9 DS:- Tindakan: 90.59, 87.49, 57.32	✓
20.	xxx86	hydronephrosis	KU & RPS; nyeri pada perut, mual+, mutah-, tidak mau makan minum, riw USG batu empedu	cholelitiasi s, cholecystit is, AKI, syok	cek lab, usg	DU: K80.1 DS: N19, R57.1 Tindakan: 90.59, 88.76	DU: K80.1 DS: N17.9 atau N19, R57.1 Tindakan: 90.59, 88.76	✓

				hypovolemik					
21.	xxx64	post jatuh hari jumat, nyeri boyok, HT tidak terkontrol	KU; post jatuh hari jumat, nyeri boyok, HT tidak terkontrol. RPS; post jatuh saat mau membuka kulkas 3 hari lalu, nyeri kaki kiri. RPD; HT(+), obat rutin amlodipin 1x10mg dari klinik, tidak terkontrol	fracture pubis, jatuh di rumah, HT	cek lab	DU: S32.50 DS: I10, W01.0 Tindakan: 90.59	DU: S32.50 DS: I10, W01.0 Tindakan: 90.59	✓	
22.	xxx51	vertigo, HT	KU; pusing berputar, lemes. RPS; os keluhan lemes, pusing berputar +- 2 bulan, nyeri perut, nafsu ma/mi berkurang, riw HT tdk terkontrol, 3 hr yll jatuh terjerembab saat duduk mau berdiri. RPD; HT(+) dislipidemia (+) berobat rutin di pkm lebih dari 10 tahun vertigo (+)	anorexia geriatri HT stg II, ISK, blefaritis	cek lab, ro thorax	DU: I15.9 DS: N39.0, H01.0 Tindakan: 87.49, 90.59	DU: I15.9 DS: N39.0, H01.0 Tindakan: 87.49, 90.59	✓	
23.	xxx43	anoreksia geriatri	KU; sesak nafas. RPS; sesak napas, disertai batuk dan tak mau makan	anoreksia geriatri pneumonia, dehidrasi	cek lab, RO thorax, Nebulizer	DU: J98.9 DS: - Tindakan: 90.59, 87.49, 93.94	DU: J18.9 DS: R63.0, E86 Tindakan: 90.59, 87.49, 93.94	✓	Diagnosis sekunder tidak dikode
24.	xxx62	abses di pipi	KU; nyeri di pipi kiri. RPS; pasien mengeluhkan nyeri di pipi kiri sejak 2 hari SMRS keluhan dirasakan semakin lama semakin memberat, disertai bengkak di area pipi dan dagu kiri hingga dada, sebelumnya pasien mengeluhkan sakit gigi. Sesak(-) ggn menelan (-)	deep neck abscess, HT, DM	cek lab, nebulizer, ro thorax, tracheostomi + incisi drainase abses	DU: L02.1 DS: E11.9, I10 Tindakan: 31.1, 86.09, 93.94, 90.59, 87.49	DU: L02.1 DS: E11.9, I10 Tindakan: 31.1, 86.04, 93.94, 90.59, 87.49	✓	
25.	xxx19	G1P0A0 hamil 36+3 KPD pre term	KU; hamil ke 1 hpl 4/3/25, merasakan keluar lendir jam 04.00 wib, keluar air ketuban banyak jam 06.30 wib, belum merasakan kencang2. RPS; keluar lendir darah, belum kencang2, sejak jam 04.00, air ketuban sudah keluar jam 6.30. RPD; tidak ada	G1P0A0 UK 36+4 minggu, hamil preterm, KPD 2 hari,	SC eracs	DU: O42.1 DS: O41.0, O60.1, O82.1, Z37.0 Tindakan:	DU: O42.1 DS: O41.0, O60.1, O82.1, Z37.0 Tindakan:	✓	

				oligohidra mion		90.59, 74.4	90.59, 74.4	
26.	xxx99	pelviectasis dextra	KU; masih nyeri pinggang sampai perut. RPS; masih nyeri pinggang sampai perut, mual hilang timbul. RPD; riw anak sering makan mie, makan pedas dan sering telat makan	APP akut, ISK, Cystitis, pelviectasis dextra, gastritis akut	laparoskop y, appendecto my	DU: k35.8 DS: - Tindakan: 47.01	DU: K35.8 DS: - Tindakan: 47.01	✓
27.	xxx26	PPROM, GH, G1POA0 hamil 36 minggu, bdp	KU; ibu mengatakan hamil ke 1 uk 36 mg keluar cairan jam 05.00 kenceng hilang timbul . RPS; keluar cairan dalam jalan lahir sejak jam 05.00. RPD; tidak ada	a.i induksi PPROM, GH, P1A0 KPD, partus spontan		DU: O42.1 DS: O60.1, O83.9, Z37.0 Tindakan: 90.59, 73.4	DU: O42.1 DS: O60.1, O83.9, Z37.0 Tindakan: 90.59, 73.4	✓
28.	xxx69	hidronefrosis kanan gr I	KU; nyeri pinggang kanan. RPS; nyeri pinggang kanan, BAK tersendat. RPD; -	hidronefro sis kanan gr I	URS	DU: N13.1 DS: - Tindakan: 56.0	DU: N13.1 DS: - Tindakan: 56.31	✓
29.	xxx69	obs koma reccurent stroke NH dg oedema cerebri hyperkalemia (sdh terkoreksi)	KU; tiba2 tidak sadar. RPS; HMRS keluarga pasien mengatakan pasien tiba2 tidak sadar dini hari ini+ pasien sempat di RJP di IGD rpd stroke infark. RPD; stroke infark HT disangkal	obs komaec reccurent SNH bronkopne umonia, heperkale mia teratasi AKI acidosis respiratori	ventilator	DU: I69.4 DS: N19, E87.2, J17.2, B37.1 Tindakan: 96.71	DU: I69.4 DS: N19,, B37.1† J17.2* , E87.2 Tindakan: 96.71	✓
30.	xxx22		KU; demam, sariawan pipi kanan	dengue fever		DU: A90 DS: R57.2	DU: A90 DS: -	✓

31.	xxx11	AKI, bacterial inf od leptospirosis, hiperglikemia pd DM, HT Asidosis vertebrata, HD syok Septic, ventilator	KU; sesak napas, demam, nyeri sendi, mual	AKI, bacterial inf od leptospirosis, hiperglikemia pd DM, HT Asidosis vertebrata, HD syok Septic	ventilator, HD	Tindakan: - DU: N19 DS: E11.9, R57.2, E87.2 Tindakan: 96.71, 39.95	Tindakan: - DU: A27.9 DS: E11.9, R57.2, E87.2, N19 Tindakan: 96.71, 39.95	✓
32.	xxx76	retenssi clot ec medical bleeding (CPG), BPH, batu buli	KU& RPS; hematuria. RPD; HT(+) stroke rutin di poli saraf	retensi bekuan darah	evakuasi cloth	DU: t81.0 DS: y84.9 Tindakan: 57.93	DU: N21.0 DS: - Tindakan: 57.93	✓
33.	xxx06	HT emergency CHF (EF40%) IHD HHD DM	KU; os mengeluh nyeri dada, berdebar2, sesak nafas. RPS; pasien datang dengan keluhan nyeri dada, berdebar2 dan sesak nafas sejak pagi ini pasien riw CHF kontrol rutin poli jantung dg dr.andro sesak(+), pusing (+), nyeri dada(+), nyeri gigi(+). RPD; CHF, DM	HT emergency CHF (EF 40%) IHD HHD DM AKI	x-ray, cek lab, EKG	DU: I11.0 DS: I25.9, E11.9, N19 Tindakan: 87.49, 90.59, 89.52	DU: I11.0 DS: I25.9, E11.9, N19 Tindakan: 87.49, 90.59, 89.52	✓
34.	xxx66	PEB, fetal compremisse hamil preterm dengan obesitas	KU; G1P0A0, HMP:9/6/2024. HPL: 16/3/2025, UK 37 mg, kenceng2, dirujuk karena tensi tinggi. RPS; rujukan pkm tensi tinggi. RPS; hipertensi	PEB, fetal compremisse hamil preterm dengan obesitas	SC eracs	DU: O14.9 DS: O60.1, O36.8, O82.1, Z37.0 Tindakan: 72.4, 90.59	DU: O14.1 DS: O68.9, O60.1, O36.3, O82.1, Z37.0 Tindakan: 74.4	✓

35.	xxx52	CA pankreas metastasis, syok septic	KU; nyeri perut, panas, muntah > 10x 1 hr. RPD; riw jaundice, cholecistitis, cholelithiasis	CA pankreas metastasis, syok septic	DC, NGT	DU: c25.9 DS: - Tindakan: 90.59	DU: c25.9 DS: R57.2 Tindakan: 57.94,96.6,	✓	Diagnosis sekunder dan tindakan tidak di kode
36.	xxx62	hipoglikemia, DM post SNH	KU; pasien tiba2 lemes, tak bisa komunikasi. RPS; pasien datang dengan keluhan lemas pasien sebelumnya diare namun sudah sembuh riw DM dan stroke. RPD; DM rutin dengan dr. Barkah stroke rutin dengan dr. Ana	reccurent stroke infark hipoglikemia, DM, CKD stg 5 ISK	HD	DU: E11.9 DS: N18.5, N39.0 Tindakan: 39.95,	DU: I69.3 DS: E16.2,E11.9, N18.5, N39.0 Tindakan: 39.95	✓	
37.	xxx87	closed fracture tibia plateu schatzker v	KU; pasien jatuh dari pohon angka kurang lebih ketinggian empat meter, nyeri di kaki kiri. RPS; os post jatuh dari pohon angka saat mengambil daun dan buah, ketinggian 4 meter nyeri tungkai kiri	CKR close FR tibia sinistra proximal HNP cervical, scoliasis VC	ORIF	DU: S82.20 DS: M47.89, W14.9 Tindakan: 79.36,	DU: S82.10 DS: M51.2, M41.92, W14.98 Tindakan: 79.36,	✓	
38.	xxx67	bacterial infeksi prolong febris	KU; demam sejak Kamis sore. RPS; demam sejak Kamis sore naik saat sore dan malam turun kembali saat pagi hari. Batuk pilek (-), muntah (-), BAB dan BAK dbn. RPD; riw asma tidak riw kejang tidak	bacterial infection prolonged febris ADB	cek lab	DU: a49.9 DS: - Tindakan: 90.59	DU: a49.9 DS: - Tindakan: 90.59	✓	
39.	xxx83	CKS vertigo multiple VL	KU; nyeri pusing luka lecet vl post kll tunggal. RPS; mame sering keluar cairan. RPD; asma tidak pengobatan rutin kambuh jika minum es	CKS vl vertigo	CT Scan	DU: S06.1 DS: V28.1 Tindakan: 87,03	DU: S06.1 DS: V28.1 Tindakan: 87,03	✓	
40.	xxx36	PLR anterior, letak lintang, oligohidramnion, HT kronis,	KU; ANC hamil 38+3 minggu, dengan tensi tinggi. RPS; anc tak	post SC, IUD + kistektomi dekstra a.i PLR	SC+insersi IUD + kistektomi dekstra	DU: o44.0 DS: O32.9, O13, O99.8, O82.0,Z37.0 Tindakan:	DU: o44.0 DS: O32.2,O41.0, O13, O99.8,	✓	

		G1P0A0 hamil 38 minggu, BDP		anterior, letak lintang, oligohidramnion, HT kronis, P1A0, ibu dengan kista ovarium dekstra		74.4, 65.29, 75.32, 91.72	N83.2, O82.0, Z37.0 Tindakan: 74.99, 69.7, 66.39		
41.	xxx68	GEA diare hari ke 6 anorexia CKD stg 2 HT stg 2 PPOK dispepsia CHF-CPC	KU; Os mengeluh perut nyeri, diare lebih dari 10 kali, pusing . RPS; pasien datang dengan keluhan diare kurang lebih 10x sehari. Pasien menolak makan. Pasien sudah ke pkm dan sudah diberi obat saat kontrol dengan dr barkah tapi keluhan tidak membaik. pasien tampak lemas. sekarang keluhan disertai batuk pilek. RPD; DM(-), HT(+)	GEA CKD stg 2 HT stg 2 PPOK dispepsia CHF-CPC	RO thorax, EKG, cek lab	DU: A09.9 DS: N19 Tindakan: 87.49, 89.52, 90.59	DU: A09.9 DS: I132,k30, J44.9 Tindakan: 87.49, 89.52, 90.59		✓
42.	xxx19	tonsilitis kronis pro TE	KU; nyeri tenggorokan	tonsilitis kronis	operasi tonsilektomi	DU: J35.0 DS: - Tindakan: 28.2	DU: J35.0 DS: - Tindakan: 28.2		✓
43.	xxx03	gagal nafas ec status asmaticus bronkopneumonia	KU; sesak nafas sejak kemarin, sudah diperiksa 1x belum membaik, memberat hari ini, GDS 231. RPS; sesak nafas sejak kemarin memberat sejak pagi HMRS. Pasien datang dalam keadaan tidak sadar penuh riw asma obat mandiri. RPD; asma	asma serangan berat gagal nafas tipe 2. bronkopneumonia berat gagal nafas tipe 2. hiperglike	ventilator, HD	DU: J45.9 DS: J15.8, E11.9, R57.2 Tindakan: 96.71, 90.59, 87.49	DU: J45.9 DS: J18.0, J96.9, E11.9, R57.2 Tindakan: 96.71, 39.95		✓

				mia dd DM sepsis					
44.	xxx00	GEA febris H4	KU; keluarga pasien mengatakan demam sudah 2 hari, batuk dan pilek 5 hari, diare 3x warna hijau berlendir, mual-, muntah kemarin, hari ini tidak. RPS; demam sejak Kamis pagi (3 hari), naik turun, sempat tidak demam, tapi sejak pagi ini demam terus menerus diare 5 kali hari ini, warna lendir kehijauan anak tampak lemes, tidak mau netek paracetamol terakhir jam 16. RPD; tidak ada riwayat kejang, asma-, riw lahir sempat dirawat di NICU karena sianosis (pecah ketuban, ketuban warna keruh)	GEA bronchopn eumonia diaper rash	RO thorax, cek lab	DU: A09.9 DS: J18.0 Tindakan: 87.49, 90.59	DU: A09.9 DS: J18.0 Tindakan: 87.49, 90.59	✓	
45.	xxx09	DM2NO dg hiperglikemia neuropati DM CKD on HD rutin HHD Bronchopneumonia	KU; lemes, pusing ngglijer gds: 313. RPS; demam hari ke 3, pusing dan ngglijer, tangan kiri gemetar, makan dan minum + rpd : ckd on hd, rabu-sabtu rpo+alergi-	Dm2NO pneumonia HHD CKD on HD rutin Obs, movement disorder dd neuropati DM	HD	DU: E11.9 DS: J15.8, I13.1 Tindakan: 39.95, 90.59, 87.49	DU: E11.9 DS: J15.8, I13.1 Tindakan: 39.95	✓	
46.	xxx94	syok septik dd hipovolumik ISK anoreksia geriatri aki	KU; demam. RPS; demam 1 minggu disertai lemes tak mau makan dan mual mual terus, batuk +. RPD; pos op katarak tgl 6/1/2025	syok septik dd Hipovolumik ISK anoreksia geriatri AKI	HD, cek lab, X-ray	DU: R57.2 DS: N19 Tindakan: 90.59	DU: R57.2 DS: N19 Tindakan: 90.59	✓	
47.	xxx90	sepsis AKI dd acute on CKD bronchopneumonia hipernatremia	KU; lemes, RPS; lemes memberat 2 hari terakhir. Batuk+ dahak+ demam+> RPD;HT	dispneu curiga CAP recurrent	pasang ngt, nebulasi, cek cat , gram	DU: J98.8 DS: I69.4, E11.9, N19	DU: J18.8 DS: E11.9, N19	✓	

		berat post stroke DM ISK		DM AKI dd CKD hipernatre mia, hiperklore mia	dahak cek urin rutin	Tindakan: 90.59, 89.52	Tindakan: 90.59, 89.52	
48.	xxx47	vertigo abdominal pain bacterial infection bronkopneumonia	KU;demam. RPS; demam 2 hari, disertai dengan sesak nafas dan nyeri dada bagian tangan, pusing berputar. RPD;DM	vertigo abdominal pain bacterial infection bronkopne umonia	RO thorax, Cek Lab, pemeriksaa n spesimen	DU: A49.9 DS:J15.9 Tindakan: 87.49, 90.59, 90.49	DU: A49.9 DS: J15.9 Tindakan: 87.49, 90.59, 90.49	✓
49.	xxx63	G1P0A0 hamil 36 minggu, PPI, KPD, infertil primer 3 th	KU & RPS; ibu mengatakan hamil ke 1 uk 36 mg keluar cairan dari jalan lahir jam 4.45 wib kenceng2 lendir darah-.	H0 a.i Kala II lama, malposisi, KPD, IUGR	SC	DU: O63.1 DS: o64.9, o60.1, o82.1, z37.0 Tindakan: 74.4, 90.59	DU: O63.1 DS: o64.9, o60.1, O42.9, O82.9, z37.0 Tindakan: 74.99	✓
50.	xxx36	PEB hamil preterm	KU; anc, hamil 36 mg. RPS; hamil dengan HDK dan riw op laparotomi	PEB , hamil preterm dengan riw inj deksameta son 1 seri rencana konservatif terapi	cek darah rutin	DU: O14.9 DS: O60.0 Tindakan: 90.59	DU: O14.1 DS: O60.0 Tindakan: 90.59	✓
51.	xxx40	G2P1A0 uk 35+3 mgg PPI	KU; ibu hamil ke 2, hpl 14-2-25, merasakan kencang2 dan keluar lendir darah rujukan dari	Hamil preterm 35 mg	cek darah rutin	DU: O47.0 DS: -	DU: O47.0 DS: -	✓

			pus banguntapan 2. RPS; kencing2 mau melahirkan, keluar lendir darah	tanpa persalinan		Tindakan: 90.59	Tindakan: 90.59	
52.	xxx12	demam	KU; muntah2 >15x, minum + tadi pagi sudah periksa ke PKU keluhan belum berkurang+, RPS: muntah 3-5x sejak pagi ini, demam-, diare-, babil-, mual muntah sejak semalam 5x bab bak dalam batas normal sudah minum obat namun keluhan belum berkurang, RPD; tidak ada riwayat kejang anak riwayat ISK dan balanopastitis sudah di sarankan sunat tapi belum dilaksanakan	bacterial infection, GEA vomitus profuse	cek darah rutin	DU : A49.9 DS: A09.9 Tindakan: 90.59, 90.99	DU : A04.9 DS: A09.9 Tindakan: 90.59	✓
53.	xxx57	abdominal pain	KU; nyeri perut, RPS; nyeri perut bagian kiri bawah, BAK sedikit2, badan terasa lemas, mudah lelah, RPD; HT dan CKD on HD rutin rabu sabtu.	multiple kista ovari susp keganasan, cronic renal disease bilateral, bisitopenia anemia cancer pain	transfusi PRC, USG abdomen, RO thorax, cek darah	DU: D64.9 DS: N83.2 Tindakan: 87.49, 99.04, 88.76, 90.59	DU: N83.2 DS: N18.-† D63.8* Tindakan: 87.49, 99.04, 88.76, 90.59	✓
54.	xxx76	perempuan usia 59 tahun dengan polip serviks pre pemuntiran polip	KU; manopause sdh 4 th, 10 hari ini kalau BAK katutan darah. RPS: post menopause bleeding. RPD; HT	polip cervix	pemuntiran polip dan curetase, PA	DU: N84.1 DS: - Tindakan: 67.39, 91.72	DU: N84.1 DS: - Tindakan: 67.39, 91.72	✓
55.	xxx41	kejang, demam, babil	KU; pasien datang dengan demam kejang batuk 1 mnggu, riw kejang. RPS; os datang dengan keluhan kejang durasi 2 menit disertai dengan batuk pilek (+), demam sejak semalam, riw kejang 2 kali riw keluarga kejang ayah (+). RPD; kejang dengan demam I; usia 17 bulan kejang dg demam II; usia 3,5 tahun	kejang, demam, bacterial infection, ispa	cek darah, ro thorax	DU: A49.9 DS: J06.9 Tindakan: 90.59, 87.49,	DU: A49.9 DS: J06.9 Tindakan: 90.59, 87.49	✓

56.	xxx20	UAP HT emergensi AKI dd CKD	KU; angina > 20 menit. RPS; merokok+keringat dingin+. RPD; HT tak terkontrol smoker	UAP HT emergensi AKI dd CKD COPD	EKG	DU: I20.0 DS: J06.9, N19 Tindakan: 90.59, 89.52, 87.49	DU: I20.0 DS: J06.9, I120 Tindakan: 90.59, 89.52, 87.49	✓
57.	xxx62	anoreksia geriatri dispepsia CHF	KU; mual, bak kurang lancar, pinggang terasa nyeri, lemas, makan berkurang. RPS; os keluhan lemes, nyeri perut, mual/muntah, nafsu ma/mi berkurang riw CHF rutin dg dr. Rano sp.jp. RPD; HT dan CHF rutin dr. Rano	anoreksia geriatri hipotensi acute on CKD CHF HHD IHD EF 30,7% MR mild VES dyspepsia Nefrolthias is dextra	RO Thorax, USG, EKG, cek lab	DU: I13.2 DS: R57.9 Tindakan: 87.49, 88.76, 89.52, 90.59	DU: I13.2 DS: I49.3, N20.1 Tindakan: 87.49, 88.76, 89.52, 90.59	✓
58.	xxx58	CRS maxillaris (D) post antrhal window pro FESS (D)	KU; nyeri pipi kanan. RPS; nyeri di pipi kanan yang dirasakan sejak 1 bulan SMRS, keluhan dirasakan semakin lama semakin berat, tidak membaik dengan pengobatan. RPD; 20th yll pernah operasi polip di hidung	CRS maxillaris (D) post antrhal window	pro FESS (D)	DU: J32.0 DS:- Tindakan: 90.59, 87.49, 22.62	DU: J32.0 DS:- Tindakan: 90.59, 87.49, 22.62	✓
59.	xxx02	DHF H4 ISK G1P0A0 H 6 minggu	KU; rujukan dri pkm sanden dengan keluhan demam sudah tiga hari, hamil 6mngg. RPS; rujukan dri pkm sanden dengan keluhan demam sudah tiga hari, hamil 6mngg pasien masih mengkonsumsi cetixime karena ISK	G1P0A0 UK 6 mngg dengan abortus imminens ISK DHF H4 heptopaty GEA	cek lab	DU: O98.5 DS: O98.8 Tindakan: 90.59	DU: O98.5 DS: O98.8 Tindakan: 90.59	✓

60.	xxx84	febris h3 infeksi bakterial hipoglikemia pneumonia vomitus tanpa dehidrasi	KU&RPS; demam sejak jumat malam batuk pilek nyeri perut muntah 2x. RPD riw kejang-, asma-	febris h7 infeksi bakterial hipoglikemia membaik pneumonia vomitus membaik tanpa dehidrasi	cek lab, nebulizer, ro thorax, tracheostomi + insisi drainase abses	DU: j18.0 DS: - Tindakan: 90.59, 93.94, 87.49	DU: j15.9 DS: - Tindakan: 90.59, 93.94, 31.1	✓
61.	xxx32	anemia hemel perdarahan GIT bagian atas pemanjangan diastase perdarahan AKI dd Acute OON CKD CHF	KU; lemes. RPS; lemes, disertai dengan BAB berdarah merah segar. RPD; HT+, CHF+	anemia hemel gastritis erosiva, pemanjangan diastase, perdarahan karena obat AKI, CHF	transfusi prc 1 kokf/12 jam, cek lab, RO Thorax	DU: K92.1 DS: K92.0, D64.9, N17.9 Tindakan: 99.04, 90.59, 87.49	DU: K92.1 DS: K92.0, D64.9, N17.9 Tindakan: 99.04, 90.59, 87.49	✓
62.	xxx41	snake bite	KU; nyeri tangan kiri, RPS; nyeri tangan kiri disertai dengan bengkak, setelah digigit ular warna hijau saat berkebum	snake bite regio antibrachii sinistra, pemanjangan diastase, perdarahan esensial, HT	RO Thorax, cek lab	DU: S63.0 DS: X20.0, I15.9 Tindakan: 87.49, 90.59	DU: S51.9 DS: W59.03, I15.0 Tindakan: 87.49, 90.59	✓

63.	xxx62	HEG dengan dehidrasi sedang ISK	KU; ibu mengatakan hamil kel uk 14+5 mg nyeri pinggang, BAK tdk lancar, anyang2en, mual muntah. RPS; sejak 3 hr yll os nggregesi, BAK anyang2an, perut sampai pinggang kiri nyeri (+), mual(+), muntah terus (+)	G1P0A0 uk 14+6mg HEG dengan dehidrasi sedang, ISK	USG	DU: o21.0 DS: o99.8 Tindakan: 88.76	DU: O21.0 DS: O99.8 Tindakan: 88.78	✓		
64.	xxx18	demam, DHF, BP	KU: demam sejak jumat, RPS; panas sejak 4 hr yll, batuk pilek, muntah mencret	DHF BRPN	cek darah rutin, ro thorax	DU: A90 DS: J18.0 Tindakan : 90.59, 87.49	DU : A90 DS: J18.0 Tindakan : 90.59, 87.49	✓		
								62	2	97%

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa angka *Completeness* (kelengkapan berkas) mencapai 97%. Dengan Rincian berkas dengan pencatatan lengkap, yaitu terdapat kode diagnosa utama, sekunder (jika diperlukan) dan Tindakan (jika ada) sebanyak 62 berkas, dan tidak lengkap sebanyak 2 berkas. Dua berkas tidak lengkap ditemukan karena salah satu diagnosis penyerta tidak dikodekan, atau tindakan medis yang tercatat pada resume tidak tercermin dalam kode klaim.

## 2. Ketepatan Kode Klinis Dari Aspek *Accuracy*

Aspek *Accuracy* dalam pengkodean klinis merujuk pada kesesuaian antara kode diagnosis dan tindakan medis yang tercantum dalam dokumen klaim dengan dokumentasi medis yang tersedia (resume medis masuk dan keluar, hasil pemeriksaan, dan laporan tindakan). Pengkodean dianggap akurat jika kode yang digunakan benar-benar mencerminkan kondisi klinis dan prosedur yang diberikan kepada pasien.

Berdasarkan hasil audit terhadap 64 berkas klaim pasien rawat inap dengan kasus dan layanan yang sama, ditemukan bahwa terdapat 40 berkas (63%) akurat dan 24 berkas (37%) tidak akurat.

**Tabel 4. 4 persentase Ketepatan Kode Dari Aspek *Accuracy***

Keterangan		Jumlah berkas	Persentase
<b>Akurat</b>	Tidak Akurat		
<b>40</b>	24	64	63%

Berdasarkan perhitungan 64 sampel berkas klaim tersebut, terdapat 24 berkas yang tidak akurat. Dari 24 berkas yang tidak akurat, terdapat sebanyak 10 berkas dengan kasus dimana seharusnya tidak dikode tetapi diberi kode atau sebaliknya. Dan 14 berkas dengan kasus kode tidak tepat ataupun digit kode tidak tepat. Sebagai contoh kasus seharusnya tidak dikode tetapi diberi kode atau sebaliknya yaitu kasus pasien datang dengan kondisi utama muntah-muntah >15x, minum + tadi pagi sudah periksa ke PKU keluhan belum berkurang+, Riwayat Penyakit Sekarang, muntah 3-5x sejak pagi ini, demam-,

diare-, bapil-, mual muntah sejak semalam 5x, bab, bak dalam batas normal, sudah minum obat namun keluhan belum berkurang, Riwayat Penyakit Dahulu, tidak ada riwayat kejang, anak riwayat ISK dan *Balanopastitis* sudah di sarankan sunat tapi belum dilaksanakan. Diketahui diagnosis yang ditetapkan oleh dokter yaitu, *Bacterial Infection, GEA, Vomitus Profuse* dengan tindakan cek darah rutin. Kode tindakan yang ditetapkan oleh *Coder* rumah sakit yaitu 90.59 (*Other Microscopic Examination Of Blood* ) dan 90.99 (*Other Microscopic Examination of Pecimen from Lower Gastrointestinal Tract and of Stool*), kasus tersebut masuk ke dalam kasus kode yang seharusnya diberi kode tapi tidak dikode atau sebaliknya karena terdapat kode 90.99, yang dimana tidak terdapat dalam catatan keterangan tindakan yang diberikan oleh dokter, meskipun tidak menutup kemungkinan bahwa tindakan tersebut memang dilakukan. Selanjutnya yaitu contoh kasus kode tidak tepat ataupun digit kode tidak tepat yaitu pasien datang dengan Kondisi Utama nyeri perut, Riwayat Penyakit Sekarang yaitu nyeri perut tiba-tiba muncul disertai mual, dan tidak terdapat Riwayat Penyakit Dahulu. Dokter menuliskan diagnosa yaitu Kolelithiasis simtomatik dengan tindakan laparoscopy dan kolestektomi. Kode yang ditetapkan oleh *Coder* rumah sakit yaitu Diagnosa utama K81.1 (*Chronic cholecystitis*) dimana kode tersebut tidak tepat dengan apa yang dituliskan oleh dokter, seharusnya kode yang ditetapkan adalah K80.2 (*Calculus of gallbladder without cholecystitis*). Dengan demikian didapatkan hasil bahwa:

- a. 40 berkas (63%) memiliki kode klinis yang tepat, sesuai dengan diagnosis dan tindakan yang terdokumentasi dalam resume medis pasien.
- b. 24 berkas (37%) menunjukkan ketidaktepatan kode, yang berpotensi menyebabkan kesalahan tarif *INA-CBG's* dan berkontribusi pada kasus *pending* klaim dari BPJS Kesehatan.

Tabel 4. 5 Hasil Ketepatan kode dari Aspek Accuracy

No	No RM	Diagnosa Masuk	Anamnesa	Diagnosis	Tindakan	Kode RS	Kode Peneliti	Ahli Coder	Accuracy		Keterangan
									Iya	Tidak	
1.	xxx48	gastroenteritis akut	keluhan utama : diare>8 kali sejak 1 minggu, ada darahnya+, demam naik turun, riwayat penyakit sekarang: diare>8 kali sejak 1 minggu, ada darahnya+, kadang bab warna merah kehitaman+, Riwayat penyakit dahulu : pengobatan TB masuk bulan 3 du RS UII	Disentri, GEA, Candidiasis	cek lab,	DU: A06.0 DS: B37.9 Tindakan: 90.59	DU: A06.0 DS: B37.9 Tindakan: 90.59	DU: A06.0 DS: B37.9 Tindakan: 90.59	✓		
2.	xxx43	anorexia geriatri, obs febris h1	KU: sesek, demam, anorexia, RPD: HT	syok sepsis, DM II, AKI	EKG, cek darah rutin, cek urin, ro thorax	DU: R57.2 DS: E11, N19 Tindakan: 89.52, 90.59, 91.39, 87.49	DU: R57.2 DS: E11.9, N19 Tindakan: 89.52, 90.59, 91.39, 87.49	DU: R57.2 DS: E11.9, N17.9 atau N19 Tindakan: 89.52, 90.59, 91.39, 87.49	✓		
3.	xxx70	sesak nafas, obs vomitus profuse AKI	KU: sesek, lemes, muntah2, tak mau makan minum, RPS: mual muntah sejak 6 hari.	HHD dgn CHF dispepsia aki	EKG, RO THORA X, cek darah rutin, echo, nebulizer	DU: I11.0 DS: J44.9, N19 Tindakan: 89.52, 87.49, 90.59, 93.94	DU: I11.0 DS: K30, N19 Tindakan: 89.52, 87.49, 90.59, 93.94	DU: I11.0 DS: K30, N17.9 atau N19 Tindakan: 89.52, 87.49, 90.59, 93.94	✓		Kode J44.9 tidak sesuai dengan catatan dokter
4.	xxx40	febris hari ke 7 bakterial infection	Tidak mau makan minum, hanya sedikit kemudian dimuntahkan lagi RPD: HHD	bacterial infection, DM	Cek lab, rontgent thorax	DS: A49.9 DS: E11.9 Tindakan:	DS: A49.9 DS: E11.9	DS: A49.9 DS: E11.9	✓		

		anorexia geriatri dispepsi kronis	post stemi dengan dr andro sp.JP			90.59, 87.49,	Tindakan: 90.59, 87.49,	Tindakan: 90.59, 87.49,	
5.	xxx45	abdominal pain	KU; nyeri perut, RPS: nyeri perut kanan bawah sudah beberapa hari. Demam disangkal, mual disangkal	appendiksi tis akut	cek darah	DU: K35.8 DS: - Tindakan: 90.59	DU: K35.8 DS: - Tindakan: 90.59	DU: K35.8 DS: - Tindakan: 90.59	✓
6.	xxx85	anemia abdominal pain dd dispepsia/gastro pati NSAID DM2NO	KU; lemes, perut terasa nyeri, RPS: 2 minggu ini nyeri perut, ma/mi<<, mual +, muntah kadang kala, baba hitam-, lemes + rpd: HT, stroke, DM+rpo+alergi, RPD: HT, stroke, DM	anemia, gastritis, DM2NO, HHD	transfusi PRC, cek darah, ro thorax	DU: D64.9 DS: K30 Tindakan: 99.04, 90.59 87.49	DU: D64.9 DS: K30, E11.9, I11.9 Tindakan: 99.04, 90.59, 87.49	DU: D64.9 DS: K30, E11.9, I11.9 Tindakan: 99.04, 90.59, 87.49	✓
7.	xxx37	efusi pleura, CKD V, stroke	KU; pasien mengatakan sesek, nyeri perut, mengge2, ckd on hd rabu-sabtu, RPS: sesek nafas, batuk, nyeri akut, tidak nyeri dada, RPD; CKD st 5 on HD. HT	infark cerebri, efusi pelura, EPA, CKD st v, hipertensi	pungsi pelura, HD, CT scan, RO Thorax	DU: J90 DS: I12.0, I63.9 Tindakan: 39.95, 34.91, 87.03, 87.49, 90.59	DU: J90 DS: I12.0, I63.9 Tindakan: 39.95, 34.91, 87.03, 87.49, 90.59	DU: J90 DS: I12.0, I63.9 Tindakan: 39.95, 34.91, 87.03, 87.49, 90.59	✓
8.	xxx03	obs penurunan kesadaran, NSTEMI CHF	KU; penkes dan nyeri dada > 20 menit. RPS: pasien mengeluh dada ampek dan nyeri hingga tembus ke punggung. RPD; TB sudah pengobatan	CKD stg 5, NSTEMI, CHF, UAP,hiper kalemia, anemia	hemodial isa, transfusi PRC, EKG, USG, Cek darah, RO Thorax	DU: I21.4 DS: N18.5, D63.8 Tindakan: 39.95, 90.59, 87.49, 89.52, 99.04	DU: I21.4 DS: N18.5, D63.8 Tindakan: 39.95, 90.59, 87.49, 89.52, 99.04	DU: I21.4 DS: N18.5, D63.8 Tindakan: 39.95, 90.59, 87.49, 89.52, 99.04	✓

9.	xxx65	GEA post stroke	KU; diare sejak 1 HSMRS disertai mual dan muntah. RPS; sejak semalam lemes disertai dengan bab cair>5 kali disertai mual dan muntah (+) demam-. RPD; riw stroke dan PPOK obat rutin dengan dr.resita, sp.s (obat tidak dibawa), riw PPOK rutin dengan dr.fikri sp.s obat tidak dibawa.	infeksi bakteri, GEA, DM2NO,p ost stroke, PPOK	cek darah, cek urin, RO Thorax, nebulizer	DU: A09.9 DS: A49.9 Tindakan: 87.49, 93.94, 90.59	DU: A09.9 DS: E11.9, J44.9 Tindakan: 87.49, 93.94, 90.59	DU: A04.9 DS: E11.9, J44.9 Tindakan: 87.49, 93.94, 90.59	✓	
10.	xxx44	AS fistula pre auricular	KU; bengkak di telinga kiri, RPS; bengkak di telinga kiri sudah sejak 1 bulan lebih, nyeri hilang timbul. RPD; riw HT pengobatan rutin di klinik cahaya husada, amlodipin 10 mg, DM-, asma-, jantung-	AS fistula preaurikuler	fistulektomi preaurikuler, RO thorax, cek darah	DU: H61.1 DS: - Tindakan: 90.59, 87.49, 18.29	DU: H61.1 DS: - Tindakan: 90.59, 87.49, 18.29	DU: H61.1 DS: - Tindakan: 90.59, 87.49, 18.29	✓	
11.	xxx60	hernia inguinalis lateralis dextra	KU & RPS; benjolan di selangkangan kanan	hernia inguinal dextra	hernia repair, cek darah	DU: K40.9 DS: - Tindakan: 53.00, 90.59	DU: K40.9 DS: - Tindakan: 53.00, 90.59	DU: K40.9 DS: - Tindakan: 53.00, 90.59	✓	
12.	xxx77	asma attack sedang-berat	KU; sesek batuk riw asma. RPS; sesak nafas, batuk 2 hari, pilek-, sudah di nebulizer 2x dirumah belum membaik, demam disangkal. RPD; riw asma+ terakhir mondok 2 bln yll dengan keluhan yang sama, terakhir sesak nafas 1 bln yll	bronkopneumonia, asma	RO thorax, nebulizer	DU: J18.0 DS: J45.9 Tindakan: 93.94, 87.49	DU: J18.0 DS: J45.9 Tindakan: 93.94, 87.49	DU: J18.0 DS: J45.9 Tindakan: 93.94, 87.49	✓	
13.	xxx36	hemiparese sinistra dd SNH SH	KU; bicara pelo sejak jam 1 malam ini. RPS; mulai jam 01.00 Os tiba-tiba bicara pelo (+), pingsan (-), mual (-),	reccurent stroke infark DM HT CHF	CT Scan, perawatan luka, cek darah	DU : I69.3 DS: L02.2 Tindakan: 87.03,	DU : I69.3 DS: E11.9, I11.0, T81.4 Tindakan:	DU : I69.3 DS: E11.9, I11.0, T81.4 Tindakan:	✓	L02.2 (Cutaneous abscess, furuncle and

			muntah (-), riw stroke (+), DM (+), jantung (+). RPD; riwayat rutin jantung dan saraf di sardjito+ 4 tahun, obat rutin belum dibawa, HT(+) DM (+). pasien mengatakan pernah operasi benjolan perut di sardjito+ tahun 2022 bulan oktober --> infeksi operasi ulang di PKU Bantul --> ganti perban setiap hari sendiri	HHD infeksi luka operasi		90.59, 93.57	87.03, 90.59, 93.57	87.03, 90.59, 93.57		<i>carbuncle of trunk</i> ) tidak akurat dengan catatan dokter
14.	xxx81	abdominal pain, nefrocalcinosis dan hidronefrosis dextra gr 1 cholecystolithiasis	KU; nyeri perut, RPS;nyeri perut tiba-tiba muncul, disertai mual. RPD; tidak ada	kolelithiasis simtomatik	laparoscopy kolestektomi, lab, EKG, RO thorax	DU: K81.1 DS: N19 Tindakan: 51.23, 90.59, 87.49, 89.52	DU: K80.2 DS: - Tindakan: 51.23, 90.59, 87.49, 89.52	DU: K80.2 DS: - Tindakan: 51.23, 90.59, 87.49, 89.52	✓	K81.1 ( <i>Chronic cholecystitis</i> ) tidak sesuai dengan diagnosa dokter.
15.	xxx16	obs prolong febris, anorexia geriatri	KU; tidak mau makan memberat 3 HSMRS dan lemas (+). RPS; sejak 1 BSMRS, os mengeluh nafsu makan menurun (+), mual (+), muntah (-), demam disangkal, batuk (+) kadang2. RPD;ex smoker (+)	efusi pleura, hipoalbumin, TB empyema grade 3, gastritis	pungsi pleura, RO thorax, cek sputum, cek darah	DU: J90 DS: E88.0, A16.0 Tindakan: 34.91, 90.59, 91.39, 90.43	DU: A16.5 DS: E88.0, K29.7 Tindakan: 34.91, 87.49, 90.43, 90.59	DU: A16.5 DS: E88.0, K29.7 Tindakan: 34.91, 87.49, 90.43, 90.59	✓	Kode DU tidak sesuai dengan catatan dokter, kode RO Thorax seharusnya yaitu 87.49 ( <i>Other Chest X-Ray</i> )
16.	xxx20	CKD, DM, HT	KU; lemas. RPD; DM,HT	CHF, hiperglikemia, CKD ST 5,hiperkale	HD, echo, ro thorax, lab, ekg	DU: I13.2 DS: R57.0, N39.0, E11.9 Tindakan:	DU: I13.2 DS: R57.0, E11.9 Tindakan: 90.59 39.95,	DU: I13.2 DS: R57.0, E11.9 Tindakan:	✓	

				mia, anemia, syok kardiogeni c		90.59, 39.95, 87.49, 89.52, 88.72	88.72, 87.49, 89.52	39.95, 88.72, 87.49, 89.52	
17.	xxx64	sesak nafas	KU; pasien sesak sejak 3 hri yll, kaki bengkak. RPS; 3 hr os sesek nafas disertai dengan bengkak seluruh tubuh, semakin sesak untuk berbaring, riw CHF, HHD sesak (+) DD (+) OP (+) kaki bengkak (+) batuk (+). RPD; HT (+), DM (-)	CHF EF 36% HHD AR cardiomeg aly, oedem pulmo, VES, bronkhitis, omi anterior	ekg, ro thorax, lab	DU: I11.0 DS: I25.2 Tindakan: 89.52, 90.59, 87.49	DU: I11.0 DS: I25.2 Tindakan: 89.52, 90.59, 87.49	DU: I11.0 DS: I25.2 Tindakan: 89.52, 90.59, 87.49	✓
18.	xxx75	syok hipovolemik, GEA	KU; diare, RPS; diare dan muntah2 terus sampai lemes, disertai demam. RPD; dyspepsia, gastritis	GEA, syok hipovolemi k	cek lab	DU: A09.9 DS: R57.1 Tindakan: 90.59	DU: A09.9 DS: R57.1 Tindakan: 90.59	DU: A09.9 DS: R57.1 Tindakan: 90.59	✓
19.	xxx92	cystitis	KU&RPS; nyeri BAK	Cystitis	lab, ro thorax, cystosco py	DU: N30.9 DS:- Tindakan: 90.59, 87.49, 57.32	DU: N30.9 DS:- Tindakan: 90.59, 87.49, 57.32	DU: N30.9 DS:- Tindakan: 90.59, 87.49, 57.32	✓
20.	xxx86	hydronephrosis	KU & RPS; nyeri pada perut, mual+, mutah-, tidak mau makan minum, riw USG batu empedu	cholelitiasis, cholecystitis, AKI, syok hipovolemik	cek lab, usg	DU: K80.1 DS: N19, R57.1 Tindakan: 90.59, 88.76	DU: K80.1 DS: N19, R57.1 Tindakan: 90.59, 88.76	DU: K80.1 DS: N19, R57.1 Tindakan: 90.59, 88.76	✓

21.	xxx64	post jatuh hari jumat, nyeri boyok, HT tidak terkontrol	KU; post jatuh hari jumat, nyeri boyok, HT tidak terkontrol. RPS; post jatuh saat mau membuka kulkas 3 hari lalu, nyeri kaki kiri. RPD; HT(+), obat rutin amlodipin 1x10mg dari klinik, tidak terkontrol	fracture pubis, jatuh di rumah, HT	cek lab	DU: S32.50 DS: I10, W01.0 Tindakan: 90.59	DU: S32.50 DS: I10, W01.0 Tindakan: 90.59	DU: S32.50 DS: I10, W01.0 Tindakan: 90.59	✓	
22.	xxx51	vertigo, HT	KU; pusing berputar, lemes. RPS; os keluhan lemes, pusing berputar +- 2 bulan, nyeri perut, nafsu ma/mi berkurang, riw HT tdk terkontrol, 3 hr yll jatuh terjerembab saat duduk mau berdiri. RPD; HT(+) dislipidemia (+) berobat rutin di pkm lebih dari 10 tahun vertigo (+)	anorexia geriatri HT stg II, ISK, blefaritis	cek lab, ro thorax	DU: I15.9 DS: N39.0, H01.0 Tindakan: 87.49, 90.59	DU: I10 DS: N39.0, H01.0 Tindakan: 87.49, 90.59	DU: I10 DS: N39.0, H01.0 Tindakan: 87.49, 90.59	✓	I15.9 ( <i>Secondary hypertension</i> , <i>unspecified</i> ) tidak sesuai dengan diagnose dokter.
23.	xxx43	anoreksia geriatri	KU; sesak nafas. RPS; sesak napas, disertai batuk dan tak mau makan	anoreksia geriatri pneumonia, dehidrasi	cek lab, RO thorax, Nebulizer	DU: J98.9 DS: - Tindakan: 90.59, 87.49, 93.94	DU: J18.9 DS: R63.0, E86 Tindakan: 90.59, 87.49, 93.94	DU: J18.9 DS: E86 Tindakan: 90.59, 87.49, 93.94	✓	DU J98.9 ( <i>Respiratory disorder, unspecified</i> ) tidak sesuai dengan catatan dokter dan ICD 10
24.	xxx62	abses di pipi	KU; nyeri di pipi kiri. RPS; pasien mengeluhkan nyeri di pipi kiri sejak 2 hari SMRS keluhan dirasakan semakin lama semakin memberat, disertai bengkak di area pipi dan dagu kiri hingga dada, sebelumnya	deep neck abcess, HT, DM	cek lab, nebulizer, ro thorax, tracheostomi + incisi	DU: L02.1 DS: E11.9, I10 Tindakan: 31.1, 86.09, 93.94,	DU: L02.1 DS: E11.9, I10 Tindakan: 31.1, 86.04, 93.94, 90.59, 87.49	DU: L02.1 DS: E11.9, I10 Tindakan: 31.1, 86.04, 93.94, 90.59, 87.49	✓	Tindakan 86.09 ( <i>Other incision of skin and subcutaneous tissue</i> ) tidak sesuai dengan

			pasien mengeluhkan sakit gigi. Sesak(-) ggn menelan (-)		drainase abces	90.59, 87.49				catatan dokter dan ICD 9 CM.
25.	xxx19	G1P0A0 hamil 36+3 KPD pre term	KU; hamil ke 1 hpl 4/3/25, merasakan keluar lendir jam 04.00 wib, keluar air ketuban banyak jam 06.30 wib, belum merasakan kencang2. RPS; keluar lendir darah, belum kencang2, sejak jam 04.00, air ketuban sudah keluar jam 6.30. RPD; tidak ada	G1P0A0 UK 36+4 minggu, hamil preterm, KPD 2 hari, oligohidra mnion	SC eracs	DU: O42.1 DS: O41.0, O60.1, O82.1, Z37.0 Tindakan: 90.59, 74.4	DU: O42.1 DS: O41.0, O60.1, O82.1, Z37.0 Tindakan: 90.59, 74.4	DU: O42.1 DS: O41.0, O60.1, O82.1, Z37.0 Tindakan: 90.59, 74.99	✓	
26.	xxx99	pelviectasis dextra	KU; masih nyeri pinggang sampai perut. RPS; masih nyeri pinggang sampai perut, mual hilang timbul. RPD; riw anak sering makan mie, makan pedas dan sering telat makan	APP akut, ISK, Cystitis, pelviectasi s dextra, gastritis akut	laparosk opy, appendec tomy	DU: k35.8 DS: - Tindakan: 47.01	DU: K35.8 DS: - Tindakan: 47.01	DU: K35.8 DS: - Tindakan: 47.01	✓	
27.	xxx26	PPROM, GH, G1P0A0 hamil 36 minggu, bdp	KU; ibu mengatakan hamil ke 1 uk 36 mg kluar cairan jam 05.00 kenceng hilang timbul . RPS; keluar cairan dalam jalan lahir sejak jam 05.00. RPD; tidak ada	a.i PPROM, GH, P1A0 KPD, partus spontan	induksi	DU: O42.1 DS: O60.1, O83.9, Z37.0 Tindakan: 90.59, 73.4	DU: O42.1 DS: O60.1, O83.9, Z37.0 Tindakan: 90.59, 73.4	DU: O42.1 DS: O60.1, O83.9, Z37.0 Tindakan: 90.59, 73.4	✓	
28.	xxx69	hidronefrosis kanan gr I	KU; nyeri pinggang kanan. RPS; nyeri pinggang kanan, BAK tersendat. RPD; -	hidronefro sis kanan gr I	URS	DU: N13.1 DS: - Tindakan: 56.0	DU: N13.1 DS: - Tindakan: 56.31	DU: N13.1 DS: - Tindakan: 56.31	✓	Tindakan 56.0 ( <i>transurethral removal of obstruction from the ureter or renal pelvis</i> )

										tidakn sesuai dengan catatan Tindakan dokter.
29.	xxx69	obs koma reccurent stroke NH dg oedema cerebri hyperkalemia (sdh terkoreksi)	KU; tiba2 tidak sadar. RPS; HMRS keluarga pasien mengatakan pasien tiba2 tidak sadar dini hari ini+ pasien sempat di RJP di IGD rpd stroke infark. RPD; stroke infark HT disangkal	obs komaec reccurent SNH bronkopne umonia, heperkalemia teratasi AKI acidosis respiratori	ventilator	DU: I69.4 DS: N19, E87.2, J17.2, B37.1 Tindakan: 96.71	DU: I69.4 DS: N19,, B37.1† J17.2* , E87.2 Tindakan: 96.71	DU: I69.3 DS: N19, J18.0 atau B37.1† J17.2* , E87.2 Tindakan: 96.71	✓	
30.	xxx22		KU; demam, sariawan pipi kanan	dengue fever		DU: A90 DS: R57.2 Tindakan: -	DU: A90 DS: - Tindakan: -	DU: A90 DS: - Tindakan: -	✓	Kode diagnosis R57.2 ( <i>Septic shock</i> ) tidak sesuai dengan catatan diagnosa dokter
31.	xxx11	AKI, bacterial inf od leptospirosis, hiperglikemia pd DM, HT Asidosis	KU; sesak napas, demam, nyeri sendi, mual	AKI, bacterial inf od leptospirosis,	ventilator , HD	DU: N19 DS: E11.9, R57.2, E87.2 Tindakan:	DU: A27.9 DS: E11.9, R57.2, E87.2,	DU: A27.9 DS: E11.9, R57.2, E87.2, N17.9 atau N19	✓	

		vertebrata, HD syok Septic, ventilator		hiperglikemia pd DM, HT Asidosis vertebrata, HD syok Septic		96.71, 39.95	N19 Tindakan: 96.71, 39.95	Tindakan: 96.71, 39.95		
32.	xxx76	retensi clot ec medical bleeding (CPG), BPH, batu buli	KU& RPS; hematuria. RPD; HT(+) stroke rutin di poli saraf	retensi bekuan darah	evakuasi cloth	DU: t81.0 DS: y84.9 Tindakan: 57.93	DU: N21.0 DS: - Tindakan: 57.93	DU: N32.8 DS: - Tindakan: 57.93	✓	Kode T81.0 (Haemorrhage and haematoma complicating a procedure, not elsewhere classified tidak sesuai dengan catatan dokter dan ICD 10.
33.	xxx06	HT emergency CHF (EF40%) IHD HHD DM	KU; os mengeluh nyeri dada, berdebar2, sesak nafas. RPS; pasien datang dengan keluhan nyeri dada, berdebar2 dan sesak nafas sejak pagi ini pasien riw CHF kontrol rutin poli jantung dg dr.andro sesak(+), pusing (+), nyeri dada(+) nyeri gigi(+). RPD; CHF, DM	HT emergency CHF (EF 40%) IHD HHD DM AKI	x-ray, cek lab, EKG	DU: I11.0 DS: I25.9, E11.9, N19 Tindakan: 87.49, 90.59, 89.52	DU: I11.0 DS: I25.9, E11.9, N19 Tindakan: 87.49, 90.59, 89.52	DU: I11.0 DS: I25.9, E11.9, N19 Tindakan: 87.49, 90.59, 89.52	✓	
34.	xxx66	PEB, fetal compremisse hamil preterm dengan obesitas	KU; G1P0A0, HMP:9/6/2024. HPL: 16/3/2025, UK 37 mg, kenceng2, dirujuk karena tensi	PEB, fetal compremisse hamil preterm	SC eracs	DU: O14.9 DS: O60.1, O36.8, O82.1,	DU: O14.1 DS: O68.9, O60.1, O36.3,	DU: O14.1 DS: O68.9, O60.1, O36.3,	✓	Kode 90.59 (Other Microscopic Examination

			tinggi. RPS; rujukan pkm tensi tinggi. RPS; hipertensi	dengan obesitas		Z37.0 Tindakan: 72.4, 90.59	O82.1, Z37.0 Tindakan: 74.4	O82.1, Z37.0 Tindakan: 74.99		<i>of Blood</i> ) tidak sesuai dengan pencatatan dokter
35.	xxx52	CA pankreas metastasis, syok septic	KU; nyeri perut, panas, muntah > 10x 1 hr. RPD; riw jaundice, cholecistitis, cholelithiasis	CA pankreas metastasis, syok septic	DC, NGT	DU: c25.9 DS: - Tindakan: 90.59	DU: c25.9 DS: R57.2 Tindakan: 57.94,96.6,	DU: c25.9 DS: R57.2 Tindakan: 57.94,96.6,	✓	Kode 90.59 ( <i>Other Microscopic Examination of Blood</i> ) tidak sesuai dengan pencatatan dokter
36.	xxx62	hipoglikemia, DM post SNH	KU; pasien tiba2 lemes, tak bisa komunikasi. RPS; pasien datang dengan keluhan lemas pasien sebelumnya diare namun sudah sembuh riw DM dan stroke. RPD; DM rutin dengan dr. Barkah stroke rutin dengan dr. Ana	recurrent stroke infark hipoglikemia, DM, CKD stg 5 ISK	HD	DU: E11.9 DS: N18.5, N39.0 Tindakan: 39.95,	DU: I69.3 DS: E16.2,E11.9, N18.5, N39.0 Tindakan: 39.95	DU: I69.3 DS: E16.2,E11.9, N18.5, N39.0 Tindakan: 39.95	✓	
37.	xxx87	closed fracture tibia plateu schatzker v	KU; pasien jatuh dari pohon angka kurang lebih ketinggian empat meter, nyeri di kaki kiri. RPS; os post jatuh dari pohon angka saat mengambil daun dan buah, ketinggian 4 meter nyeri tungkai kiri	CKR close FR tibia sinistra proximal HNP cervical, scoliosis VC	ORIF	DU: S82.20 DS: M47.89, W14.9 Tindakan: 79.36,	DU: S82.10 DS: M51.2, M41.92, W14.98 Tindakan: 79.36,	DU: S82.10 DS: M51.2, M41.92, W14.98 Tindakan: 79.36,	✓	Kode DU dan DS tidak sesuai dengan catatan dokter.
38.	xxx67	bacterial infeksi prolong febris	KU; demam sejak Kamis sore. RPS; demam sejak Kamis sore naik saat sore dan malam turun kembali saat pagi hari. Batuk	bacterial infection prolonged febris ADB	cek lab	DU: a49.9 DS: - Tindakan: 90.59	DU: a49.9 DS: - Tindakan: 90.59	DU: a49.9 DS: - Tindakan: 90.59	✓	

			pilek (-), muntah (-), BAB dan BAK dbn. RPD; riw asma tidak riw kejang tidak							
39.	xxx83	CKS vertigo multiple VL	KU; nyeri pusing luka lecet vl post kll tunggal. RPS; mamea sering keluar cairan. RPD; asma tidak pengobatan rutin kambuh jika minum es	CKS vl vertigo	CT Scan	DU: S06.1 DS: V28.1 Tindakan: 87,03	DU: S06.1 DS: V28.1 Tindakan: 87,03	DU: S06.00 DS: V99 Tindakan: 87,03	✓	
40.	xxx36	PLR anterior, letak lintang, oligohidramnion, HT kronis, G1POA0 hamil 38 minggu, BDP	KU; ANC hamil 38+3 minggu, dengan tensi tinggi. RPS; anc tak	post SC, IUD + kistektomi dekstra a.i PLR anterior, letak lintang, oligohidramnion, HT kronis, P1A0, ibu dengan kista ovari dekstra	SC+inser si IUD + kistektomi dekstra	DU: o44.0 DS: O32.9, O13, O99.8, O82.0,Z37.0 Tindakan: 74.4, 65.29, 75.32, 91.72	DU: o44.0 DS: O32.2,O41.0, O13, O99.8, N83.2, Tindakan: O82.0,Z37.0 Tindakan: 74.99, 69.7, 66.39	DU: o44.1 DS: O32.2,O41.0, O13, O99.8, N83.2, Tindakan: O82.0,Z37.0 Tindakan: 74.99, 69.7, 66.39	✓	Kode diagnosis O44.0 ( <i>Placenta praevia specified as without haemorrhage</i> ) tidak sesuai dengan diagnosa dokter.
41.	xxx68	GEA diare hari ke 6 anorexia CKD stg 2 HT stg 2 PPOK dispepsia CHF-CPC	KU; Os mengeluh perut nyeri, diare lebih dari 10 kali, pusing . RPS; pasien datang dengan keluhan diare kurang lebih 10x sehari. Pasien menolak makan. Pasien sudah ke pkm dan sudah diberi obat saat kontrol dengan dr barkah tapi keluhan tidak membaik. pasien tampak lemas. sekarang keluhan disertai batuk pilek. RPD; DM(-), HT(+)	GEA CKD stg 2 HT stg 2 PPOK dispepsia CHF-CPC	RO thorax, EKG, cek lab	DU: A09.9 DS: N19 Tindakan: 87.49, 89.52, 90.59	DU: A09.9 DS: I132,k30, J44.9 Tindakan: 87.49, 89.52, 90.59	DU: A09.9 DS: I132,k30, J44.9 Tindakan: 87.49, 89.52, 90.59	✓	

42.	xxx19	tonsilitis kronis pro TE	KU; nyeri tenggorokan	tonsilitis kronis	operasi tonsilektomi	DU: J35.0 DS: - Tindakan: 28.2	DU: J35.0 DS: - Tindakan: 28.2	DU: J35.0 DS: - Tindakan: 28.2	✓	
43.	xxx03	gagal nafas ec status asmaticus bronkopneumonia	KU; sesak nafas sejak kemarin, sudah periksa 1x belum membaik, memberat hari ini, GDS 231. RPS; sesak nafas sejak kemarin memberat sejak pagi HMRS. Pasien datang dalam keadaan tidak sadar penuh riw asma obat mandiri. RPD; asma	asma serangan berat gagal nafas tipe 2. bronkopneumonia berat gagal nafas tipe 2. hiperglikemia dd DM sepsis	ventilator, HD	DU: J45.9 DS: J15.8, E11.9, R57.2 Tindakan: 96.71, 90.59, 87.49	DU: J45.9 DS: J18.0, J96.9, E11.9, R57.2 Tindakan: 96.71, 39.95	DU: J45.9 DS: J18.0, J96.9, E11.9, R57.2 Tindakan: 96.71, 39.95	✓	Kode tindakan 90.59 ( <i>Other Microscopic Examination of Blood</i> ) dan 87.49 ( <i>Other chest x-ray</i> ) tidak sesuai dengan catatan dokter.
44.	xxx00	GEA febris H4	KU; keluarga pasien mengatakan demam sudah 2 hari, batuk dan pilek 5 hari, diare 3x warna hijau berlendir, mual-, muntah kemarin, hari ini tidak. RPS; demam sejak Kamis pagi (3 hari), naik turun, sempat tidak demam, tapi sejak pagi ini demam terus menerus diare 5 kali hari ini, warna lendir kehijauan anak tampak lemes, tidak mau netek paracetamol terakhir jam 16. RPD; tidak ada riwayat kejang, asma-, riw lahir sempat dirawat di nicu karna sianosis (pecah ketuban, ketuban warna keruh)	GEA bronchopneumonia diaper rash	RO thorax, cek lab	DU: A09.9 DS: J18.0 Tindakan: 87.49, 90.59	DU: A09.9 DS: J18.0 Tindakan: 87.49, 90.59	DU: A09.9 DS: J18.0 Tindakan: 87.49, 90.59	✓	

45.	xxx09	DM2NO dg hiperglikemia neuropati DM CKD on HD rutin HHD Bronchopneumonia	KU; lemes, pusing ngglijer gds: 313. RPS; demam hari ke 3, pusing dan ngglijer, tangan kiri gemetar, makan dan minum + rpd : ckd on hd, rabu-sabtu rpo+alergi-	Dm2NO HD pnemonia HHD CKD on HD rutin Obs, movement disorder dd neuropati DM		DU: E11.9 DS: J15.8, I13.1 Tindakan: 39.95, 90.59, 87.49	DU: E11.9 DS: J15.8, I13.1 Tindakan: 39.95	DU: E11.9 DS: J18.9 I13.1 Tindakan: 39.95	✓	
46.	xxx94	syok septic dd hipovolumik ISK anoreksia geriatri aki	KU; demam. RPS; demam 1 minggu disertai lemes tak mau makan dan mual mual terus, batuk +. RPD; pos op katarak tgl 6/1/2025	syok septic dd Hipovolumik ISK anoreksia geriatri AKI	HD, cek lab, X-ray	DU: R57.2 DS: N19 Tindakan: 90.59	DU: R57.2 DS: N19 Tindakan: 90.59	DU: R57.2 DS: N19 Tindakan: 90.59	✓	
47.	xxx90	sepsis AKI dd acute on CKD bronchopneumonia hipernatremia berat post stroke DM ISK	KU; lemes, RPS; lemes memberat 2 hari terakhir. Batuk+ dahak+ demam+> RPD;HT	dispneu curiga CAP recurrent DM AKI dd CKD hipernatremia, hiperkloremia	pasang ngt, nebulasi, cek cat , gram dahak cek urin rutin	DU: J98.8 DS: I69.4, E11.9, N19 Tindakan: 90.59, 89.52	DU: J18.8 DS: E11.9, N19 Tindakan: 90.59, 89.52	DU: J18.9 DS: E11.9, N19 Tindakan: 90.59, 89.52	✓	Kode J98.8 ( <i>Other specified respiratory disorders</i> ) tidak sesuai dengan ICD 10 dan catatan dokter.
48.	xxx47	vertigo abdominal pain bacterial infection bronkopneumonia	KU;demam. RPS; demam 2 hari, disertai dengan sesak nafas dan nyeri dada bagian tenggan, pusing berputar. RPD;DM	vertigo abdominal pain bacterial infection bronkopneumonia	RO thorax, Cek Lab, pemeriks aan spesimen	DU: A49.9 DS:J15.9 Tindakan: 87.49, 90.59, 90.49	DU: A49.9 DS: J15.9 Tindakan: 87.49, 90.59, 90.49	DU: A49.9 DS: J15.9 Tindakan: 87.49, 90.59, 90.49	✓	

49.	xxx63	G1P0A0 hamil 36 minggu, PPI, KPD, infertil primer 3 th	KU & RPS; ibu mengatakan hamil ke 1 uk 36 mg keluar cairan dari jalan lahir jam 4.45 wib kenceng2 lendir darah-.	H0 a.i Kala II lama, malposisi, KPD, IUGR	SC	DU: O63.1 DS: o64.9, o60.1, o82.1, z37.0 Tindakan: 74.4, 90.59	DU: O63.1 DS: o64.9, o60.1, O42.9, O36.4, Tindakan: O82.9, z37.0 Tindakan: 74.99	DU: O63.1 DS: o64.9, o60.1, O42.9, O36.4, Tindakan: O82.9, z37.0 Tindakan: 74.99	✓	Tindakan 90.59 ( <i>Other Microscopic Examination of Blood</i> ) tidak sesuai dengan Tindakan yang ditulis oleh dokter.
50.	xxx36	PEB hamil preterm	KU; anc, hamil 36 mg. RPS; hamil dengan HDK dan riw op laparotomi	PEB , hamil preterm dengan riw inj deksameta son 1 seri rencana konservatif terapi	cek darah rutin	DU: O14.9 DS: O60.0 Tindakan: 90.59	DU: O14.1 DS: O60.0 Tindakan: 90.59	DU: O14.1 DS: - Tindakan: 90.59	✓	Diagnosis O14.9 ( <i>Pre-eclampsia, unspecified</i> ) tidak sesuai dengan ICD 10
51.	xxx40	G2P1A0 uk 35+3 mgg PPI	KU; ibu hamil ke 2, hpl 14-2-25, merasakan kencang2 dan keluar lendir darah rujukan dari pus banguntapan 2. RPS; kenceng2 mau melahirkan, kluar lendir darah	Hamil preterm 35 mg tanpa persalinan	cek darah rutin	DU: O47.0 DS: - Tindakan: 90.59	DU: O47.0 DS: - Tindakan: 90.59	DU: O47.0 DS: - Tindakan: 90.59	✓	
52.	xxx12	demam	KU; muntah2 >15x, minum + tadi pagi sudah periksa ke PKU keluhan belum berkurang+, RPS: muntah 3-5x sejak pagi ini, demam-, diare-, bapil-, mual muntah sejak semalam 5x bab bak dalam batas normal sudah minum obat namun keluhan	bacterial infection, GEA vomitus profuse	cek darah rutin	DU : A49.9 DS: A09.9 Tindakan: 90.59, 90.99	DU : A04.9 DS: A09.9 Tindakan: 90.59	DU : A04.9 DS: - Tindakan: 90.59	✓	Tindakan 90.99 ( <i>Other specified complication s following surgical and medical care, not</i>

			belum berkurang, RPD; tidak ada riwayat kejang anak riwayat ISK dan balanopastitis sudah di sarankan sunat tapi belum dilaksanakan							<i>elsewhere classified</i> ) tidak sesuai dengan Tindakan yang dokter beri
53.	xxx57	abdominal pain	KU; nyeri perut, RPS; nyeri perut bagian kiri bawah, BAK sedikit, badan terasa lemas, mudah lelah, RPD; HT dan CKD on HD rutin rabu sabtu.	multiple kista ovari susp keganasan, cronic renal disease bilateral, bisitopenia anemia cancer pain	transfusi PRC, USG abdomen, RO thorax, cek darah	DU: D64.9 DS: N83.2 Tindakan: 87.49, 99.04, 88.76, 90.59	DU: N83.2 DS: N18.-† D63.8* Tindakan: 87.49, 99.04, 88.76, 90.59	DU: N83.2 DS: N18.-† D63.8* Tindakan: 87.49, 99.04, 88.76, 90.59	✓	Kode diagnosis D64.9 ( <i>Anaemia, unspecified</i> ) tidak sesuai dengan catatan dokter.
54.	xxx76	perempuan usia 59 tahun dengan polip serviks pre pemuntiran polip	KU; manopause sdh 4 th, 10 hari ini kalau BAK katutan darah. RPS: post menopause bleeding. RPD; HT	polip cervix	pemuntiran polip dan curetase, PA	DU: N84.1 DS: - Tindakan: 67.39, 91.72	DU: N84.1 DS: - Tindakan: 67.39, 91.72	DU: N84.1 DS: - Tindakan: 67.39, 91.72	✓	
55.	xxx41	kejang, demam, bapil	KU; pasien datang dengan demam kejang batuk 1 mnggu, riw kejang. RPS; os datang dengan keluhan kejang durasi 2 menit disertai dengan batuk pilek (+), demam sejak semalam, riw kejang 2 kali riw keluarga kejang ayah (+). RPD; kejang dengan demam I; usia 17 bulan kejang dg demam II; usia 3,5 tahun	kejang, demam, bacterial infection, ispa	cek darah, ro thorax	DU: A49.9 DS: J06.9 Tindakan: 90.59, 87.49	DU: A49.9 DS: J06.9 Tindakan: 90.59, 87.49	DU: A49.9 DS: J06.9 Tindakan: 90.59, 87.49	✓	

56.	xxx20	UAP HT emergensi AKI dd CKD	KU; angina > 20 menit. RPS; merokok+keringat dingin+. RPD; HT tak terkontrol smoker	UAP HT emergensi AKI dd CKD COPD	EKG	DU: I20.0 DS: J06.9, N19 Tindakan: 90.59, 89.52, 87.49	DU: I20.0 DS: J06.9, I120 Tindakan: 90.59, 89.52, 87.49	DU: I20.0 DS: J06.9, N17.9 Tindakan: 90.59, 89.52, 87.49	✓	
57.	xxx62	anoreksia geriatri dispepsia CHF	KU; mual, bak kurang lancar, pinggang terasa nyeri, lemas, makan berkurang. RPS; os keluhan lemes, nyeri perut, mual/muntah, nafsu ma/mi berkurang riw CHF rutin dg dr. Rano sp.jp. RPD; HT dan CHF rutin dr. Rano	anoreksia geriatri hipotensi acute on CKD CHF HHD IHD EF 30,7% MR mild VES dyspepsia Nefrolthias is dextra	RO Thorax, USG, EKG, cek lab	DU: I13.2 DS: R57.9 Tindakan: 87.49, 88.76, 89.52, 90.59	DU: I13.2 DS: I49.3, N20.1 Tindakan: 87.49, 88.76, 89.52, 90.59	DU: I13.2 DS: I49.3, N20.1 Tindakan: 87.49, 88.76, 89.52, 90.59	✓	Kode R57.9 (Shock, unspecified) tidak sesuai dengan catatan dokter
58.	xxx58	CRS maxillaris (D) post antrhal window pro FESS (D)	KU; nyeri pipi kanan. RPS; nyeri di pipi kanan yang dirasakan sejak 1 bulan SMRS, keluhan dirasakan semakin lama semakin berat, tidak membaik dengan pengobatan. RPD; 20th yll pernah operasi polip di hidung	CRS maxillaris (D) post antrhal window	pro FESS (D)	DU: J32.0 DS:- Tindakan: 90.59, 87.49, 22.62	DU: J32.0 DS:- Tindakan: 90.59, 87.49, 22.62	DU: J32.0 DS:- Tindakan: 90.59, 87.49, 22.62	✓	
59.	xxx02	DHF H4 ISK G1P0A0 H 6 minggu	KU; rujukan dri pkm sanden dengan keluhan demam sudah tiga hari, hamil 6mngg. RPS; rujukan dri pkm sanden dengan keluhan demam sudah tiga hari, hamil 6mngg pasien masih	G1P0A0 UK 6 mngg dengan abortus imminens ISK DHF	cek lab	DU: O98.5 DS: O98.8 Tindakan: 90.59	DU: O98.5 DS: O98.8 Tindakan: 90.59	DU: O98.5 DS: A91, O23.4 Tindakan: 90.59	✓	

			mengonsumsi cetixime karena ISK	H4 heptopatya GEA						
60.	xxx84	febris h3 infeksi bakterial hipoglikemia pneumonia vomitus tanpa dehidrasi	KU&RPS; demam sejak jumat malam batuk pilek nyeri perut muntah 2x. RPD riw kejang-, asma-	febris h7 infeksi bakterial hipoglikemia membaik pneumonia vomitus membaik tanpa dehidrasi	cek lab, nebulizer, ro thorax, tracheostomi + insisi drainase abces	DU: j18.0 DS: - Tindakan: 90.59, 93.94, 87.49	DU: j15.9 DS: - Tindakan: 90.59, 93.94, 31.1	DU: j15.9 DS: - Tindakan: 90.59, 93.94, 31.1	✓	Kode j18.5 ( <i>Bronchopneumonia, unspecified</i> ) tidak sesuai dengan catatan dokter.
61.	xxx32	anemia hemel perdarahan GIT bagian atas pemanjangan diastase perdarahan AKI dd Acute OON CKD CHF	KU; lemes. RPS; lemes, disertai dengan BAB berdarah merah segar. RPD; HT+, CHF+	anemia hemel gastritis erosiva, pemanjangan diastase, perdarahan karena obat AKI, CHF	transfusi prc 1 kokf/12 jam, cek lab, RO Thorax	DU: K92.1 DS: K92.0, D64.9, N17.9 Tindakan: 99.04, 90.59, 87.49	DU: K92.1 DS: K92.0, D64.9, N17.9 Tindakan: 99.04, 90.59, 87.49	DU: K92.1 DS: K92.0, D64.9, N17.9 Tindakan: 99.04, 90.59, 87.49	✓	
62.	xxx41	snake bite	KU; nyeri tangan kiri, RPS; nyeri tangan kiri disertai dengan bengkak, setelah digigit ular warna hijau saat berkebum	snake bite regio antebrachii sinistra, pemanjangan diastase, perdarahan	RO Thorax, cek lab	DU: S63.0 DS: X20.0, I15.9 Tindakan: 87.49, 90.59	DU: S51.9 DS: W59.03, I15.0 Tindakan: 87.49, 90.59	DU: S51.9 DS: W59.03, I15.0 Tindakan: 87.49, 90.59	✓	Kode S63.0 ( <i>Dislocation of wrist</i> ) dan X20.0 ( <i>Contact with venomous snakes and lizards</i> ) tidak

				esensial, HT						sesuai dengan catatan dokter.	
63.	xxx62	HEG dengan dehidrasi sedang ISK	KU; ibu mengatakan hamil kel uk 14+5 mg nyeri pinggang, BAK tdk lancar, anyang2en, mual muntah. RPS; sejak 3 hr yll os nggregesi, BAK anyang2an, perut sampai pinggang kiri nyeri (+), mual(+), muntah terus (+)	G1P0A0 uk 14+6mg HEG dengan dehidrasi sedang, ISK	USG	DU: o21.0 DS: o99.8 Tindakan: 88.76	DU: O21.0 DS: O99.8 Tindakan: 88.78	DU: O21.0 DS: O23.4 Tindakan: 88.78	✓	Tindakan 88.76 ( <i>Diagnostic Ultrasound of Abdomen and Retroperiton eum</i> ) tidak sesuai dengan catatan diagnose dokter.	
64.	xxx00	10313018	demam, DHF, BP	KU: demam sejak jumat, RPS; panas sejak 4 hr yll, batuk pilek, muntah mencret	DHF BRPN	cek darah rutin, ro thorax	DU: A90 DS: J18.0 Tindakan : 90.59, 87.49	DU : A90 DS: J18.0 Tindakan : 90.59, 87.49	✓		
									40	24	63%

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa Aspek *Accuracy* yaitu mengukur kesesuaian antara kode yang digunakan dan dokumentasi klinis yang tersedia. Dalam penelitian ini, tingkat akurasi kode klinis sebesar 63%, dan 37% berkas. Dengan rincian yaitu, berkas yang akurat sebanyak 40 dan yang tidak akurat sebanyak 24 berkas. Salah satu contoh ketidakakuratannya yaitu, dokter menuliskan *Dengue Fever* tanpa pemeriksaan penunjang, dengan hasil terdapat 2 kode yang ditetapkan yaitu, diagnosis utama kodenya A90 (*Dengue Fever [Classical Dengue]*) dan Diagnosis Sekunder kodenya R57.2 (*Septic shock*), berdasarkan hasil analisis dari Ahli *Coder*, kode yang digunakan cukup A90 (*Dengue fever [classical dengue]*) saja. Selain itu, contoh untuk ketidakakuratan tindakan yaitu, dokter menuliskan pada kolom tindakan berupa DC (*Dower Catheter*) dan NGT (*Nasogastric Tube*), tetapi kode yang ditetapkan yaitu 90.59 (*Other Microscopic Examination of Blood*), dimana kode tersebut merupakan kode untuk pemeriksaan laboratorium.

Angka ini mengindikasikan bahwa masih terdapat kesenjangan cukup besar dalam pemilihan kode, baik kode diagnosis maupun tindakan. Kesalahan paling sering adalah:

- a. Penggunaan kode *Unspecified* padahal informasi spesifik tersedia di rekam medis.
- b. Penempatan diagnosis utama yang tidak sesuai dengan kaidah *WHO* dan *INA-CBG's*, misalnya menjadikan komplikasi sebagai diagnosis utama.
- c. Pemberian kode tindakan meski tidak ada catatan prosedur pendukung.

Kesalahan pengkodean seperti ini tidak hanya berdampak pada nilai klaim yang diterima rumah sakit, tetapi juga dapat menyebabkan klaim masuk ke status pending dan memerlukan waktu perbaikan tambahan, yang berimbas pada arus kas rumah sakit.

### 3. Faktor-Faktor yang mempengaruhi ketepatan *Coding*

- a. Perbedaan pemahaman dalam penerapan pedoman antar *Coder*

Ketepatan pengodean diagnosis dan tindakan medis sangat bergantung pada pemahaman *coder* terhadap standar dan pedoman yang

berlaku. Berdasarkan hasil wawancara dalam penelitian ini, diketahui bahwa pedoman pengodean di RSUD Muhammadiyah Bantul telah menggunakan acuan resmi, seperti tertuang dalam PMK, PPK, DPM dan PNPK. Standar ini berlaku bagi seluruh kegiatan pengodean di puskesmas. Hal tersebut diperkuat dengan hasil wawancara sebagai berikut :

“Standarnya itu banyak dek, ada PMK—itu dari Kemenkes, ngatur soal INA-CBG’s. Terus ada PPK, ada juga DPM, itu yang dari BPJS, dibikin bareng KSM. Terakhir ada PNPK, yang dari Kemenkes juga, jadi semuanya itu jadi acuan *coder*.”

Dalam pelaksanaannya, standar pengodean juga mengacu pada sejumlah pedoman nasional, seperti PMK (Peraturan Menteri Kesehatan) terkait *INA-CBG's*, DPM (Daftar Penyakit dan Masalah Kesehatan) yang disusun oleh BPJS bersama KSM (Kelompok Staf Medis) spesialis, serta PNPK (Panduan Nasional Praktik Kedokteran) dari Kementerian Kesehatan yang bersifat nasional. Meskipun pedoman dan prosedur tersebut sudah tersedia, implementasi di lapangan masih dipengaruhi oleh pemahaman masing-masing *coder* terhadap dokumen-dokumen tersebut, yang dalam beberapa kasus belum dimanfaatkan secara maksimal. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan pada kutipan berikut:

"Keputusan mengode seharusnya sama, tapi tingkat pemahaman dan keyakinan tiap orang bisa berbeda."

Hal ini menunjukkan bahwa walaupun secara sistem dan dokumen rumah sakit telah mendukung proses pengodean yang sesuai standar, perlu dilakukan penguatan kapasitas SDM dan pemantauan rutin untuk memastikan penerapannya berjalan optimal.

Adapun dampak dari perbedaan pemahaman ini yaitu, terdapat kode yang dihasilkan oleh *Coder* yang berbeda memiliki hasil yang berbeda pula, salah satu contohnya terdapat pada data pending klaim berikut, dokter menuliskan *Appendiksitis* akut dengan pemeriksaan *Laparoscopy*, *Coder 1* memberikan hasil kode yaitu K35.8 (*Acute appendicitis, other and*

*unspecified*) dan 47.01 (*Laparoscopic appendectomy*), sedangkan *Coder 2* memberikan hasil kode K35.8 (*Laparoscopic appendectomy*) dengan hasil pemeriksaan 90.59 (*Other microscopic examination of blood*) dimana kode tersebut digunakan untuk pemeriksaan darah. Perbedaan ini bisa muncul karena adanya perbedaan pemahaman antar *Coder* ketika pengambil keputusan.

b. Ketidaktepatan antar *Coder*

Meskipun pengodean diagnosis dan tindakan klinis telah memiliki dasar yang jelas melalui pedoman seperti *ICD* dan regulasi BPJS, hasil wawancara menunjukkan bahwa tingkat konsistensi antar *Coder* dalam menetapkan kode masih bervariasi. Hal ini disebabkan oleh perbedaan tingkat pemahaman, interpretasi terhadap kasus, serta keterbaruan informasi yang dimiliki masing-masing *Coder*. Dalam praktiknya, satu kasus klinis yang sama seperti pasien dengan *Diabetes Mellitus* (DM) yang menjalani *Hemodialisis* (HD) dapat diberi urutan kode berbeda oleh *coder* yang satu dan lainnya. Ada yang mengutamakan DM sebagai diagnosis utama karena GDS tinggi, ada pula yang memprioritaskan CKD karena pasien rutin HD. Hal ini disampaikan oleh salah satu informan sebagai berikut:

“Kadang tuh beda-beda ya dek, misal pasien datang dengan gula darah tinggi, tapi dia juga pasien HD. Nah kadang diagnosa utamanya itu bisa CKD dulu, bisa juga DM dulu, tergantung siapa yang ngoding. Kalau aku lihat GDS-nya tinggi, ya aku DM dulu toh, tapi temenku mungkin lihatnya dari sisi HD, jadi CKD dulu. Itu kan ngaruh ke tarifnya toh. Harusnya sih sama, tapi ya pemahaman dan kemantapan masing-masing *coder* itu berbeda, nah itu.”

Perbedaan hasil pengodean ini umumnya disebabkan oleh perbedaan pemahaman, cara pandang, serta keyakinan masing-masing *coder* terhadap data medis yang tersedia, khususnya dalam kasus-kasus dengan lebih dari satu kemungkinan diagnosis utama.

Selain itu, perbedaan ini juga kerap disebabkan oleh kurangnya pembaruan pengetahuan dari sebagian *coder*, sehingga hasil pengodean

bisa berbeda tergantung siapa yang mengerjakannya. Hal ini menegaskan pentingnya penyamaan persepsi, pembaruan ilmu secara berkala, serta penguatan pemahaman terhadap regulasi terbaru agar pengodean yang dihasilkan lebih konsisten dan sesuai dengan standar yang berlaku. Hal ini diperkuat dengan hasil yang disampaikan oleh salah satu informan sebagai berikut:

“Sekarang kan ada yang baru dari BPJS, namanya DRG itu loh. Jadi kadang masih ada selisih perbedaan sedikit, tapi sebenarnya kalau dilihat dari nominalnya ya sama aja. Cuma ya memang butuh kesepakatan, misal kalau ketemu kasus seperti ini ya disepakati pakai kode yang itu. Soalnya dokter kan kadang nggak tau detail kodenya, ya akhirnya tergantung *coder*-nya gimana menterjemahkan diagnosa dokter, tapi tetep ngikutin kaidah pengodean.”

c. Keterbatasan sistem pendukung

Monitoring terhadap ketepatan hasil pengodean diagnosis dan tindakan merupakan salah satu aspek penting dalam menjamin kualitas klaim rumah sakit. Namun, hasil wawancara menunjukkan bahwa praktik monitoring di lapangan masih dilakukan dengan cara yang beragam serta belum dilaksanakan secara rutin dan terstruktur. Beberapa *Coder* menyatakan bahwa tidak ada monitoring khusus karena merasa pengodean sudah sesuai dengan PPK yang berlaku. Hal tersebut disampaikan dalam wawancara sebagai berikut:

"Monitoring rutin terhadap ketepatan kode dirasa tidak diperlukan jika proses pengodean sudah sesuai dengan PPK yang berlaku."

Selain itu, Ketersediaan alat bantu seperti checklist atau panduan praktis sangat penting dalam mendukung ketepatan dan konsistensi proses pengodean diagnosis dan tindakan. Namun, berdasarkan hasil wawancara, diketahui bahwa sistem pendukung berupa checklist resmi untuk pengodean belum tersedia secara optimal di lingkungan kerja *Coder*. Salah satu informan bahkan menyatakan bahwa ia menyusun catatan sendiri dalam bentuk file *Excel* sebagai bentuk inisiatif pribadi untuk membantu

memahami dan mengikuti aturan pengodean yang terus berkembang. Seperti yang disampaikan pada kutipan berikut :

"Karena masih dalam proses belajar *coding* dan latar belakang akademis saya terbatas, saya membuat catatan sendiri dalam bentuk *Excel* untuk mencatat aturan pengodean. Jika masih bingung, saya membuka referensi *ICD-10* dan *ICD-9-CM* sebagai acuan."

Hal ini menunjukkan bahwa sebagian *coder* masih mengandalkan cara belajar mandiri dan pengalaman lapangan, karena belum adanya sistem dokumentasi terstruktur yang dapat dijadikan rujukan bersama.

d. Kendala teknis dalam pengodean

Dalam proses pengodean, diagnosis sekunder sering kali menjadi elemen yang dipertimbangkan secara fleksibel tergantung pada kelengkapan data klinis dan kebijakan penjaminan. Berdasarkan hasil wawancara, ditemukan bahwa tidak semua diagnosis sekunder dikodekan, terutama jika tidak memiliki dukungan penunjang atau terapi yang sesuai dengan ketentuan dari BPJS. Beberapa *coder* memilih untuk tidak mengode diagnosis sekunder seperti gastritis atau *hipoalbumin* jika dirasa tidak memengaruhi tarif *INA-CBG's* atau jika syarat pengkodeannya, seperti hasil laboratorium dan terapi yang direkomendasikan, tidak terpenuhi. Meskipun diagnosis tersebut tercantum dalam resume medis, *coder* tetap harus melakukan penilaian apakah diagnosis tersebut layak diklaim atau hanya sebatas dokumentasi medis. Hal ini seperti yang disampaikan oleh salah satu informan sebagai berikut:

"Misalnya *Hipoalbumin*, meskipun pasien dapat *Octalbin*, kalau hasil lab nya 3 (bukan di bawah 2,5), ya tetap nggak dikode karena nggak memenuhi syarat diagnosis sekunder."

Situasi ini menunjukkan bahwa pengodean diagnosis sekunder memerlukan ketelitian tinggi, pengetahuan terbaru terhadap aturan penjaminan, dan dokumentasi medis yang memadai, agar dapat dilakukan secara tepat dan tidak merugikan rumah sakit dalam proses klaim.

e. Minimnya pelatihan

Pelatihan dan pengembangan kompetensi merupakan aspek penting dalam menjaga kualitas pengodean diagnosis dan tindakan di fasilitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara, diketahui bahwa akses terhadap pelatihan formal bagi *coder* masih bersifat terbatas dan tidak merata, baik dari segi frekuensi maupun keterlibatan peserta. Beberapa informan menyampaikan bahwa pelatihan bersifat *insidental* dan sangat tergantung pada anggaran rumah sakit, sehingga hanya beberapa orang saja yang ditunjuk atau mewakili dalam kegiatan tertentu. Selain itu, karena biaya pelatihan relatif mahal, sebagian *coder* memilih untuk mengikuti seminar-seminar secara mandiri, bahkan membiayai sendiri jika merasa perlu menambah wawasan, khususnya terkait pengodean. Hal ini seperti yang disampaikan dalam hasil wawancara sebagai berikut:

"Pelatihan jarang diikuti karena biayanya mahal. Biasanya hanya ikut seminar-seminar yang berkaitan dengan *coding* secara mandiri. Saya sendiri pernah ikut pelatihan dasar *ICD* sekali, itu pun sudah lama sekali."

Temuan ini menunjukkan bahwa meskipun ada kesadaran pentingnya pengembangan kompetensi, akses yang tidak merata serta belum adanya sistem pelatihan berkelanjutan secara formal masih menjadi tantangan, yang berdampak pada kesenjangan pemahaman antar *coder* terhadap aturan dan standar pengodean terbaru.

f. Ketidaklengkapan dokumentasi medis

Dalam proses pengodean diagnosis dan tindakan medis, ketersediaan data penunjang seperti hasil *laboratorium*, *radiologi*, maupun pencatatan medis yang lengkap menjadi faktor kunci dalam menentukan akurasi kode. Hasil wawancara menunjukkan bahwa *coder* sering menghadapi kesulitan dalam menetapkan kode karena terbatasnya informasi pendukung dalam rekam medis. Kondisi seperti diagnosis yang hanya tertulis sebagai "*fever*" atau "*Abdominal Pain*" tanpa adanya hasil pemeriksaan tambahan, membuat *coder* kesulitan untuk menegakkan kode yang tepat karena tidak memenuhi kaidah pengodean yang berlaku. Sebagaimana yang disampaikan dalam kutipan berikut:

"Sering ditemui diagnosis yang belum spesifik, seperti hanya *Fever* atau *Abdominal pain*, tanpa pemeriksaan penunjang seperti *USG* atau lab. Kadang memang hanya ditulis *Fever* tanpa kejelasan lebih lanjut."

Kendala serupa juga terjadi saat terdapat perbedaan antara tindakan medis yang tertulis dengan dokumentasi pendukung yang minim atau tidak lengkap. Misalnya, tindakan *debridemen* yang ditulis *ambigu* antara *eksisi* atau pembersihan luka, sehingga *coder* harus menelusuri lebih dalam atau melakukan klarifikasi ke DPJP. Selain itu, kasus-kasus baru yang jarang muncul juga menjadi tantangan tersendiri karena menuntut *coder* untuk kembali membuka referensi pengode. Seperti yang disampaikan dalam kutipan berikut:

"Pernah mengalami kebingungan saat menentukan tindakan, misalnya antara *debridemen* dan *eksisi*. Biasanya kami cek langkah-langkah tindakannya dulu. Kalau masih belum jelas, kami konfirmasi ke DPJP. Kesulitan juga muncul saat pencatatan tidak lengkap, diagnosis penunjang kurang, atau ada diagnosis baru dan jarang ditemukan, sehingga perlu membuka buku lagi untuk memastikan."

Situasi ini diperburuk dengan ketidakkonsistenan atau ketidaklengkapan pencatatan oleh dokter, sehingga *coder* harus melakukan interpretasi atau bahkan menghindari pengodean diagnosis tertentu demi menghindari klaim tidak layak. Temuan ini menggarisbawahi pentingnya kolaborasi yang baik antara tim medis dan *coder* serta perlunya pencatatan medis yang komprehensif sebagai landasan utama dalam pengodean yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

g. Kurangnya komunikasi langsung dengan dokter

Klarifikasi terhadap ketidakjelasan diagnosis atau data medis merupakan bagian penting dalam proses pengodean, terutama untuk memastikan bahwa kode yang ditetapkan sesuai dengan kondisi klinis pasien dan memenuhi ketentuan penjaminan. Berdasarkan hasil wawancara, diketahui bahwa mekanisme komunikasi antara *coder* dengan pihak medis dilakukan secara bertahap dan beragam, tergantung situasi dan struktur organisasi di rumah sakit. Sebagian besar informan

menyatakan bahwa klarifikasi awal dilakukan melalui atasan langsung atau dokter verifikator, sebelum berlanjut ke DPJP (dokter penanggung jawab pelayanan) apabila masih ditemukan keraguan atau ketidaksesuaian. Sebagaimana disampaikan dalam kutipan berikut:

“Proses klarifikasi biasanya dilakukan bertahap, dimulai dari *coder* ke atasan langsung seperti kepala pusjamkes atau dokter verifikator. Jika masih ada kebingungan atau informasi belum jelas, barulah diteruskan ke DPJP atau KSM. Hal ini dilakukan karena tidak semua *coder* memiliki akses langsung ke DPJP.

Beberapa *coder* menyebutkan bahwa mereka tidak berhubungan langsung dengan DPJP karena tidak memiliki akses kontak, sehingga harus melalui perantara seperti kepala unit atau verifikator.

### C. Pembahasan

#### 1. Ketepatan Kode Klinis Dari Aspek *Completeness*

*Completeness* merupakan kelengkapan penulisan kode diagnosis, yang mencakup diagnosis utama (*primer*) sebagai alasan utama pasien dirawat, diagnosis sekunder yang mendukung atau memperjelas kondisi pasien (jika terdapat), serta kode tindakan medis atau prosedur yang dilakukan selama masa perawatan (jika tersedia). Kelengkapan ini sangat penting karena berpengaruh langsung terhadap keakuratan klaim pembiayaan, analisis data klinis, dan pengambilan keputusan manajerial rumah sakit. Ketidaklengkapan kode dapat menyebabkan klaim *pending* atau ditolak, serta berisiko menimbulkan kesalahan informasi dalam data rekam medis elektronik. Oleh karena itu, memastikan *completeness* merupakan bagian krusial dalam menjaga mutu dokumentasi medis dan menjamin proses klaim berjalan lancar sesuai ketentuan dari BPJS Kesehatan atau sistem pembiayaan lainnya (K. S. Nasution & Hosizah, 2020).

Sejalan dengan penelitian ini, temuan dari (Oktamianiza & Reza, 2022) menyebutkan bahwa Berkas klaim mengalami status pending karena terdapat kendala dalam proses perbaikan kode. Permasalahan tersebut mencakup

beberapa aspek, antara lain kelengkapan data koding yang belum sesuai standar, seperti adanya kode yang tidak lengkap atau tidak akurat. Selain itu, informasi penunjang seperti hasil anamnesis dan pemeriksaan penunjang medis (laboratorium, radiologi, dsb.) dinilai kurang memadai untuk mendukung diagnosis yang diklaim. Kendala lainnya adalah kesalahan dalam penempatan diagnosis, di mana diagnosis utama dan sekunder tidak disusun sesuai dengan pedoman pengodean yang berlaku, sehingga menimbulkan ketidaksesuaian dalam proses verifikasi klaim.

Dari tabel 4.4 diketahui bahwa angka *Completeness* mencapai 97%. Dengan rincian yaitu berkas lengkap sebanyak 62, dan tidak lengkap sebanyak 2 berkas. Dari 2 berkas tersebut, terdapat ketidaklengkapan dalam diagnosa sekunder yang tidak diberi kode dan lainnya yaitu terdapat tindakan yang belum diberi kode.

Dari hasil analisis juga ditemukan bahwa terdapat 2 berkas rekam medis yang tidak lengkap. Sebagai contoh yaitu kasus pasien datang dengan Kondisi utama sesak nafas, Riwayat Penyakit Sekarang sesak nafas, disertai batuk dan tak mau makan, dan tidak ada riwayat penyakit dahulu. Diketahui diagnosis yang ditetapkan oleh dokter yaitu, *anoreksia geriatri*, *pneumonia*, serta *dehidrasi* dengan pemeriksaan cek lab, *RO Thorax*, dan *Nebulizer*. Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2147/2023 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana *Pneumonia* Pada Dewasa. Diagnosis *Pneumonia* dilakukan melalui *Anamnesis*, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang seperti *Radiologi* dan *Laboratorium*. Gejala serta tanda klinis tidak cukup akurat untuk memastikan *Pneumonia*. Diagnosis pasti dapat ditegakkan apabila pemeriksaan *Radiologi* menunjukkan adanya *Infiltrat*, *Opasitas*, *Konsolidasi*, atau *Air Bronchogram*, yang disertai dengan timbulnya gejala dan tanda seperti di bawah ini:

- a. Batuk
- b. Nyeri dada
- c. Sesak nafas

- d. Perubahan karakteristik sputum/purulent
- e. Suhu tubuh  $> 38^{\circ}\text{C}$  (aksila)/riwayat demam.
- f. Pada pemeriksaan fisis dapat ditemukan tanda-tanda konsolidasi, suara napas *bronkial* dan *ronki*.
- g. Jumlah leukosit  $> 10.000 \text{ sel}/\mu\text{L}$  atau  $< 4500 \text{ sel}/\mu\text{L}$  dengan peningkatan *neutrofil* batang atau *immature granulocytes*.

Adapun pemeriksaan penunjang guna mendukung penegakkan diagnosa *Pneumonia* yaitu:

a. Pemeriksaan *Radiologi*

Tanda dan gejala klinis saja memiliki tingkat akurasi yang rendah untuk menegakkan diagnosis *pneumonia* komunitas. Oleh karena itu, pemeriksaan *radiologi* diperlukan sebagai pemeriksaan penunjang, terutama pada pasien dengan gambaran klinis yang sesuai. Hasil *radiologi* yang dapat mendukung diagnosis *pneumonia* komunitas meliputi *konsolidasi*, *infiltrat*, *opasitas*, *nodul*, dan penebalan dinding *bronkial*.

b. Pemeriksaan *Mikrobiologi*

Pemeriksaan *mikrobiologi* diperlukan untuk mengidentifikasi kuman penyebab *pneumonia* dengan menggunakan sampel seperti *sputum*, darah, *aspirat endotrakeal*, *aspirat jaringan paru*, atau bilasan *bronkus*. Pengambilan sampel melalui prosedur *invasif*, misalnya *bronkoskopi*, umumnya hanya dilakukan pada kasus *pneumonia* berat atau *pneumonia* yang tidak menunjukkan respons terhadap *antibiotik*. Identifikasi patogen penyebab seringkali sulit dan membutuhkan waktu beberapa hari, sedangkan *pneumonia* dapat berakibat fatal bila tidak segera diobati. Oleh karena itu, terapi awal diberikan menggunakan antibiotik secara empiris.

Meskipun demikian, penentuan penyebab spesifik *pneumonia* tetap penting karena dapat memengaruhi penatalaksanaan yang sebelumnya bersifat empiris. Pemeriksaan lanjutan dilakukan berdasarkan dugaan patogen sesuai dengan data klinis dan epidemiologis, sehingga penggunaan antibiotik dapat diperluas (eskalasi), dipersempit (deeskalasi), atau diganti sesuai hasil uji kepekaan kuman.

Kode yang ditetapkan oleh koder rumah sakit pada kasus tersebut yaitu, Diagnosa Utama J98.9 (*Respiratory disorder, unspecified*), dan tidak menetapkan kode diagnosis sekunder. Hal ini masuk ke dalam aspek *Completeness*, Dimana seharusnya terdapat diagnosa sekunder yaitu R63.0 (*Anorexia*) dan E86 (*Volume depletion, Incl.: Dehydration*). Ketidaklengkapan ini pada umumnya disebabkan oleh beberapa faktor, di antaranya:

- a. Tidak tercantumnya salah satu diagnosis penyerta yang relevan

Pada beberapa kasus, diagnosis penyerta yang memiliki pengaruh terhadap kondisi pasien atau menentukan kompleksitas perawatan tidak dicantumkan di dalam ringkasan medis. Hal ini dapat terjadi karena kurang teliti dalam membaca keseluruhan catatan perkembangan pasien, atau akibat interpretasi yang tidak konsisten antara dokter dan petugas *coding* mengenai relevansi diagnosis tersebut.

- b. Kode tindakan medis tertentu tidak dimasukkan meskipun jelas tercantum dalam resume medis pasien

Terdapat temuan di mana prosedur medis yang dilakukan selama perawatan, seperti tindakan pemeriksaan penunjang atau prosedur terapeutik, telah dicatat dalam resume medis namun tidak dikodekan ke dalam sistem. Ketiadaan kode tindakan ini dapat membuat catatan layanan menjadi kurang representatif dan berpotensi memengaruhi nilai klaim.

- c. Adanya kemungkinan interpretasi subjektif atau kelalaian dari *coder* dalam menangkap seluruh informasi yang tercantum pada berkas rekam medis

*Coder* mungkin melewatkan informasi penting karena beban kerja yang tinggi, keterbatasan waktu, atau kurangnya pemahaman terhadap konteks klinis kasus. Dalam beberapa situasi, *coder* dapat mengandalkan interpretasi pribadi yang berbeda dari pedoman resmi, sehingga mengakibatkan data yang diinput menjadi tidak lengkap.

Walaupun secara kuantitatif jumlah berkas yang tidak lengkap ini relatif kecil, dampaknya tetap signifikan terhadap kelancaran proses administrasi klaim JKN. Berkas rekam medis yang tidak lengkap sering kali terdeteksi oleh sistem verifikasi BPJS Kesehatan dan masuk ke dalam status "*pending*", yang

artinya klaim tersebut tidak dapat langsung diproses untuk pembayaran. Kondisi ini dapat menyebabkan keterlambatan penerimaan dana klaim yang pada gilirannya memengaruhi stabilitas arus kas rumah sakit. Jika ketidaklengkapan ini tidak segera diperbaiki, risiko akumulasi klaim tertunda akan semakin besar, yang bisa berdampak pada operasional dan kemampuan rumah sakit dalam menyediakan layanan optimal bagi pasien.

## 2. Ketepatan Kode Klinis Dari Aspek *Accuracy*

*Accuracy* merupakan kesesuaian antara diagnosis yang ditetapkan oleh dokter dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien dengan kode diagnosis dan tindakan yang ditetapkan oleh *clinical coder* merupakan indikator penting dalam menjamin akurasi dan validitas data klinis. Proses ini mengacu pada kaidah klasifikasi internasional, yaitu *ICD-10* untuk diagnosis dan *ICD-9-CM* untuk tindakan atau prosedur, yang digunakan sebagai standar dalam sistem pelayanan kesehatan, termasuk dalam sistem klaim pembiayaan BPJS Kesehatan. Kesesuaian ini mencerminkan adanya sinkronisasi antara dokumentasi klinis oleh dokter dan interpretasi kode oleh *coder*, sehingga menghasilkan data yang konsisten, dapat dipertanggungjawabkan, dan sesuai dengan pedoman nasional maupun internasional. Ketidaksesuaian dalam proses ini dapat berakibat pada pending atau penolakan klaim, kesalahan analisis data, dan menurunnya mutu dokumentasi medis. Oleh karena itu, diperlukan komunikasi yang baik antara dokter dan *coder*, serta penguatan pemahaman *coder* terhadap konteks klinis untuk memastikan pengodean dilakukan secara tepat dan relevan (K. S. Nasution & Hosizah, 2020).

Dari tabel 4.7 diketahui bahwa angka *Accuracy* mencapai 63%, dengan rincian yaitu, berkas akurat sebanyak 40, dan yang tidak akurat sebanyak 24 berkas. Dari 24 berkas yang tidak akurat, terdapat sebanyak 10 berkas dengan kasus dimana seharusnya tidak dikode tetapi diberi kode atau sebaliknya. Dan 14 berkas dengan kasus kode tidak tepat ataupun digit kode tidak tepat. Sebagai contoh kasus seharusnya tidak dikode tetapi diberi kode atau sebaliknya yaitu kasus pasien datang dengan kondisi utama muntah-muntah >15x, minum +

tadi pagi sudah periksa ke PKU keluhan belum berkurang+, Riwayat Penyakit Sekarang, muntah 3-5x sejak pagi ini, demam-, diare-, bapil-, mual muntah sejak semalam 5x, bab, bak dalam batas normal, sudah minum obat namun keluhan belum berkurang, Riwayat Penyakit Dahulu, tidak ada riwayat kejang, anak riwayat ISK dan balanopostitis sudah di sarankan sunat tapi belum dilaksanakan. Diketahui diagnosis yang ditetapkan oleh dokter yaitu, *Bacterial Infection, GEA, vomitus profuse* dengan tindakan cek darah rutin. Kode tindakan yang ditetapkan oleh Coder rumah sakit yaitu 90.59 (*Other Microscopic Examination Of Blood* ) dan 90.99 (*Other Microscopic Examination of Pecimen from Lower Gastrointestinal Tract and of Stool*), kasus tersebut masuk ke dalam kasus kode yang seharusnya diberi kode tapi tidak dikode atau sebaliknya karena terdapat kode 90.99, yang dimana tidak terdapat dalam catatan keterangan tindakan yang diberikan oleh dokter, meskipun tidak menutup kemungkinan bahwa tindakan tersebut memang dilakukan.

Selanjutnya yaitu contoh kasus kode tidak tepat ataupun digit kode tidak tepat yaitu pasien datang dengan Kondisi Utama nyeri perut, Riwayat Penyakit Sekarang yaitu nyeri perut tiba-tiba muncul disertai mual, dan tidak terdapat Riwayat Penyakit Dahulu. Dokter menuliskan diagnosa yaitu *Kolelithiasis simtomatik* dengan tindakan *laparoscopy* dan *kolestektomi*. *Kolelithiasis* atau batu empedu merupakan terbentuknya kristal yang dapat berada di dalam kandung empedu, saluran empedu, maupun keduanya. Batu empedu dibedakan menjadi tiga jenis, yaitu batu kolesterol, batu pigmen (batu bilirubin), dan batu campuran. Batu pigmen terbagi menjadi dua jenis, yaitu pigmen coklat dan pigmen hitam, sedangkan batu kolesterol merupakan jenis yang paling sering ditemukan. Diagnosis *kolelithiasis* dapat ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pada anak, anamnesis meliputi riwayat penyakit hemolitik pada pasien maupun keluarga, sindrom metabolik, riwayat ikterus berulang, splenektomi, anemia, tanda disfungsi hati, penyakit hati kronis, riwayat keluarga dengan kematian akibat penyakit hati seperti *Wilson's Disease*, diare kronis, *steatorrhea*, penurunan berat badan, *pruritus*

berat seperti pada *Bayler Disease*, obesitas, serta faktor lain yang berhubungan dengan pembentukan batu empedu. Pemeriksaan penunjang pada *kolelitiasis* dapat dilakukan melalui pemeriksaan laboratorium dan *radiologi*. Pemeriksaan laboratorium dapat menunjukkan peningkatan kadar *kolesterol* serum, *fosfolipid*, *protrombin time*, sel darah putih, serta serum amilase, disertai penurunan *ester kolesterol* dan *urobilinogen*. Pada kasus sindroma *Mirizzi*, biasanya ditemukan peningkatan ringan *bilirubin* serum akibat tekanan batu pada *duktus koledokus*. Pada pemeriksaan *radiologi*, foto polos *abdomen* umumnya kurang bermanfaat karena hanya 10–15% batu empedu yang bersifat *radiopak*. Pemeriksaan *ultrasonografi* (USG) lebih banyak digunakan karena memiliki sensitivitas hingga 96% dan spesifisitas yang tinggi dalam mendeteksi *kolelitiasis*. USG mampu menemukan batu berukuran 2 mm dan membedakan adanya penebalan dinding kandung empedu akibat inflamasi. Pemeriksaan kolesistografi oral merupakan metode terbaik untuk menilai jenis batu, tetapi memiliki keterbatasan, misalnya pada kondisi ileus parolitik, muntah, kadar bilirubin >2 mg/dl, obstruksi pilorus, atau obstruksi hati, karena kontras tidak dapat mencapai organ sasaran. Pemeriksaan sonogram juga dapat digunakan untuk menilai ketebalan dinding kandung empedu. Selain itu, *Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP)* dapat memberikan visualisasi langsung saluran empedu dan *pankreas*. Prosedur ini dilakukan dengan memasukkan *endoskopi fleksibel* melalui *esofagus* hingga ke *duodenum* bagian *desendens*. Selanjutnya, kanula dimasukkan ke dalam *duktus koledokus* dan *pankreatikus*, lalu disuntikkan bahan kontras untuk mendeteksi batu serta mengevaluasi percabangan *bilier* (Adhata et al., 2022). Kode yang ditetapkan oleh *Coder* rumah sakit yaitu Diagnosa utama K81.1 (*Chronic cholecystitis*) dimana kode tersebut tidak tepat dengan apa yang dituliskan oleh dokter, seharusnya kode yang ditetapkan adalah K80.2 (*Calculus of gallbladder without cholecystitis*).

Kesesuaian antara diagnosis yang ditetapkan oleh dokter dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien dengan kode diagnosis dan tindakan yang ditetapkan oleh *clinical coder* merupakan indikator penting dalam menjamin

akurasi dan validitas data klinis. Proses ini mengacu pada kaidah klasifikasi internasional, yaitu *ICD-10* untuk diagnosis dan *ICD-9-CM* untuk tindakan atau prosedur, yang digunakan sebagai standar dalam sistem pelayanan kesehatan, termasuk dalam sistem klaim pembiayaan BPJS Kesehatan. Kesesuaian ini mencerminkan adanya sinkronisasi antara dokumentasi klinis oleh dokter dan interpretasi kode oleh *coder*, sehingga menghasilkan data yang konsisten, dapat dipertanggungjawabkan, dan sesuai dengan pedoman nasional maupun internasional. Ketidaksesuaian dalam proses ini dapat berakibat pada *pending* atau penolakan klaim, kesalahan analisis data, dan menurunnya mutu dokumentasi medis. Oleh karena itu, diperlukan komunikasi yang baik antara dokter dan *coder*, serta penguatan pemahaman *coder* terhadap konteks klinis untuk memastikan pengodean dilakukan secara tepat dan relevan (K. S. Nasution & Hosizah, 2020).

### 3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketepatan *Coding*

#### a. Perbedaan pemahaman dalam penerapan pedoman antar *Coder*

Prosedur standar pengodean untuk pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) rawat inap di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul dilakukan berdasarkan pedoman yang bersifat nasional dan internal rumah sakit. Secara umum, pengodean diagnosis dan tindakan dilakukan dengan mengacu pada *ICD-10* untuk diagnosis dan *ICD-9-CM* untuk prosedur atau tindakan medis. Selain itu, proses pengodean juga diarahkan oleh sejumlah dokumen standar seperti Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) terkait sistem INA-CBG's, Panduan Praktik Klinis (PPK) dari rumah sakit, Daftar Penyakit dan Masalah Kesehatan (DPM) dari BPJS Kesehatan, serta Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK) dari Kementerian Kesehatan. Hal ini sejalan dengan (Ilmi et al., 2024) yang mengatakan bahwa Rumah sakit wajib memiliki dan mengikuti Standar Operasional Prosedur (SOP) sebagai acuan dalam menjalankan prosedur pelayanan pasien maupun administrasi. Penyusunan SOP tersebut harus selaras dan tidak bertentangan dengan pedoman nasional yang telah ditetapkan.

Namun, implementasinya masih menghadapi tantangan, terutama terkait perbedaan pemahaman *coder* terhadap isi dan penggunaan pedoman tersebut. Hal ini dapat menimbulkan variasi hasil pengodean yang berdampak pada keakuratan klaim dan rekam medis. Oleh karena itu, peningkatan kapasitas SDM melalui pelatihan, supervisi, dan evaluasi berkala, serta pemantauan penerapan standar, sangat penting untuk memastikan hasil pengodean yang akurat dan konsisten.

b. Ketidaktepatan antar *Coder*

Meskipun proses pengodean sudah mengacu pada pedoman resmi seperti *ICD* dan regulasi dari BPJS, hasil wawancara menunjukkan bahwa tingkat konsistensi antar *coder* masih bervariasi. Perbedaan ini muncul akibat beragamnya pemahaman, interpretasi terhadap kasus klinis, dan keterbaruan informasi yang dimiliki oleh masing-masing *coder*.

Menurut (Suryandari et al., 2024), Faktor penyebab ketidakakuratan dalam pemberian kode penyakit dapat dilihat dari tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh petugas koding. Seorang koder dituntut untuk memahami dan menguasai proses kodifikasi penyakit berdasarkan pedoman dalam buku *ICD-10*. Kurangnya pemahaman atau pengetahuan koder dalam menetapkan kode diagnosis dapat mengakibatkan ketidaktepatan kode yang dicantumkan pada dokumen medis pasien.

Contohnya terlihat pada kasus pasien dengan *Diabetes Mellitus* (DM) yang juga menjalani *Hemodialisis* (HD). Ada *coder* yang menetapkan DM sebagai diagnosis utama karena kadar GDS tinggi, sementara yang lain memilih *Chronic Kidney Disease* (CKD) karena mempertimbangkan frekuensi tindakan HD. Ini menunjukkan bahwa penetapan diagnosis utama sangat dipengaruhi oleh sudut pandang dan keyakinan pribadi *coder*, terutama pada kasus dengan lebih dari satu kemungkinan diagnosis utama.

Selain itu, minimnya pembaruan pengetahuan turut menjadi penyebab terjadinya perbedaan hasil pengodean. Oleh karena itu, diperlukan penyamaan persepsi, pelatihan berkala, dan penguatan

pemahaman terhadap regulasi terkini, agar pengodean menjadi lebih akurat, seragam, dan sesuai dengan standar yang berlaku.

c. Keterbatasan sistem pendukung

Monitoring terhadap ketepatan kode diagnosis dan tindakan sangat penting untuk menjamin kualitas klaim rumah sakit. Namun, hasil wawancara menunjukkan bahwa monitoring belum dilakukan secara rutin dan terstruktur, serta masih bergantung pada inisiatif masing-masing individu. Beberapa *coder* bahkan menganggap tidak perlu adanya monitoring tambahan karena merasa telah mengikuti PPK yang berlaku.

Penelitian ini sejalan dengan temuan dari (Syahputri et al., 2024), yang menyebutkan bahwa Pengawasan memiliki peran penting dalam menjamin tercapainya tujuan secara optimal, baik bagi institusi layanan kesehatan maupun bagi seluruh pegawai, termasuk tenaga medis dan non-medis. Tanpa adanya pengawasan yang efektif, keberhasilan dalam mencapai tujuan tersebut berisiko menjadi kurang maksimal.

Selain itu, alat bantu seperti *checklist* atau panduan praktis belum tersedia secara optimal. Akibatnya, beberapa *coder* harus menyusun catatan pribadi, seperti dalam bentuk file *Excel*, untuk mengikuti aturan pengodean yang terus berkembang. Hal ini mencerminkan bahwa sistem pendukung masih terbatas, dan *coder* masih mengandalkan pembelajaran mandiri karena belum tersedia dokumentasi standar yang dapat digunakan bersama.

Kondisi ini menegaskan perlunya penguatan sistem pendukung berupa monitoring terstruktur dan penyediaan alat bantu resmi untuk mendukung konsistensi dan akurasi dalam proses pengodean.

d. Kendala teknis dalam pengodean

Dalam praktiknya, pengodean diagnosis sekunder seringkali dihadapkan pada kendala teknis, terutama terkait kelengkapan data klinis dan ketentuan dari BPJS.

Hal ini sejalan dengan temuan oleh (Rozza et al., 2024), Penyebab pengembalian klaim yang masuk dalam kategori *pending* di unit

penjaminan klaim RS UNS dapat dikelompokkan menjadi tiga faktor, yaitu masalah administrasi, ketidaktepatan dalam pengodean diagnosis, serta ketidaklengkapan resume medis atau dokumen penunjang lainnya. Kondisi ini umumnya dipicu oleh perbedaan pemahaman antara petugas rumah sakit dan pihak BPJS Kesehatan. Oleh karena itu, dibutuhkan sistem verifikasi internal yang efektif sebelum klaim diajukan ke BPJS, guna meminimalkan risiko terjadinya klaim pending.

Hasil wawancara menunjukkan bahwa tidak semua diagnosis sekunder dikodekan, terutama jika diagnosis tersebut tidak didukung oleh data penunjang atau terapi yang sesuai. Misalnya, kasus *gastritis* atau *hipoalbumin* sering diabaikan dalam pengodean jika tidak memengaruhi tarif *INA-CBG's* atau tidak memenuhi syarat pengodean, seperti hasil lab di bawah ambang batas atau tidak ada terapi yang relevan.

Meskipun diagnosis sudah tercantum dalam resume medis, *coder* tetap perlu menilai apakah diagnosis tersebut layak diklaim atau hanya sebatas dokumentasi klinis. Situasi ini menuntut *coder* untuk memiliki ketelitian tinggi, pemahaman terhadap aturan terbaru, serta akses pada dokumentasi medis yang lengkap, agar pengodean diagnosis sekunder dapat dilakukan secara tepat dan tidak berdampak negatif pada klaim rumah sakit.

e. Minimnya pelatihan

Pelatihan berperan penting dalam menjaga kualitas dan akurasi pengodean diagnosis serta tindakan medis. Namun, hasil wawancara menunjukkan bahwa akses terhadap pelatihan formal bagi *coder* masih terbatas dan tidak merata. Pelatihan yang tersedia bersifat *insidental*, tergantung anggaran rumah sakit, dan sering hanya diikuti oleh perwakilan tertentu.

Karena biaya pelatihan tergolong mahal, sebagian *coder* memilih mengikuti seminar secara mandiri, bahkan dengan biaya pribadi, demi menambah pengetahuan, khususnya dalam menghadapi pembaruan aturan pengodean.

Menurut (Budiarti & Iskandar, 2021), Pelatihan yang memadai bagi seorang *coder* sangat penting karena dapat meningkatkan kemampuan dalam mengolah dan menganalisis berbagai informasi klinis yang terdapat dalam rekam medis pasien. Dengan bekal pelatihan yang cukup, *coder* akan lebih terampil dalam memahami hubungan antar data medis, menyesuaikannya dengan pedoman pengodean yang berlaku, serta menentukan kode diagnosis dan tindakan yang paling sesuai secara akurat. Hal ini secara langsung berkontribusi pada peningkatan kualitas hasil pengodean dan ketepatan klaim pelayanan kesehatan.

Temuan ini mencerminkan bahwa meskipun ada kesadaran akan pentingnya peningkatan kompetensi, keterbatasan akses dan belum adanya sistem pelatihan berkelanjutan menjadi hambatan, yang berpotensi menimbulkan kesenjangan pemahaman antar *coder* dalam menerapkan standar terbaru.

f. Ketidaklengkapan dokumentasi medis

Akurasi pengodean sangat bergantung pada kelengkapan dokumentasi medis, seperti hasil lab, *radiologi*, dan pencatatan klinis. Namun, hasil wawancara menunjukkan bahwa *coder* sering mengalami kesulitan karena informasi penunjang dalam rekam medis sering tidak memadai. Contohnya, diagnosis yang hanya tertulis sebagai *fever* atau *abdominal pain* tanpa dukungan pemeriksaan tambahan menyulitkan *coder* dalam menetapkan kode yang sesuai standar.

Masalah serupa juga muncul ketika tindakan medis dicatat secara ambigu, seperti *debridemen* yang tidak dijelaskan secara rinci, sehingga *coder* harus menelusuri informasi lebih lanjut atau mengklarifikasi ke DPJP. Kasus yang jarang muncul pun menjadi tantangan karena mengharuskan *coder* membuka kembali referensi kode.

Sejalan dengan temuan yang dilakukan oleh (Zahra et al., 2024), Pengisian resume medis harus mencakup diagnosis utama, diagnosis tambahan, serta prosedur klinis yang dilakukan sesuai dengan kondisi pasien, guna menjamin ketepatan tarif klaim berdasarkan kelengkapan

dokumen. Ketidaksesuaian antara diagnosis utama dan data penunjang seperti hasil pemeriksaan laboratorium atau *radiologi* dapat menyebabkan kerugian finansial karena klaim menjadi tidak valid. Sesuai dengan Panduan Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan tahun 2014, verifikator memiliki wewenang untuk melakukan klarifikasi kepada petugas rumah sakit jika ditemukan ketidaksesuaian dalam berkas klaim. Apabila dokumen tidak memenuhi syarat, maka klaim akan dikembalikan kepada rumah sakit untuk dilengkapi atau diperbaiki.

Ketidakkonsistenan dan ketidaklengkapan pencatatan oleh dokter memperburuk situasi, membuat *coder* harus menafsirkan data sendiri atau bahkan tidak mengode diagnosis tertentu untuk menghindari klaim yang ditolak. Temuan ini menegaskan pentingnya kerja sama antara tim medis dan *coder* serta perlunya dokumentasi medis yang lengkap dan jelas untuk menghasilkan pengodean yang akurat dan valid.

g. Kurangnya komunikasi langsung

Komunikasi yang efektif antara *coder* dan dokter sangat penting untuk memastikan keakuratan kode diagnosis dan tindakan, terutama saat terdapat ketidakjelasan data medis. Namun, hasil wawancara menunjukkan bahwa komunikasi langsung antara *coder* dan DPJP masih terbatas. Sebagian besar *coder* melakukan klarifikasi melalui atasan atau dokter verifikator terlebih dahulu, dan hanya melibatkan DPJP jika masalah belum terselesaikan.

Beberapa *coder* juga menyampaikan bahwa mereka tidak memiliki akses langsung ke DPJP, sehingga harus melalui perantara seperti kepala unit atau verifikator. Mekanisme bertahap ini, meskipun membantu, sering memperlambat proses klarifikasi dan meningkatkan risiko kesalahan pengodean.

Menurut (Kurnianingsih, 2020), Fasilitas komunikasi di lingkungan kerja sebaiknya menjadi perhatian penting dalam mendukung kelancaran proses pengodean. Ketersediaan sarana seperti telepon, interkom, atau media komunikasi internal lainnya perlu dipastikan agar petugas koding

dapat dengan mudah melakukan konsultasi langsung dengan dokter penulis diagnosis. Hal ini bertujuan untuk mempercepat klarifikasi atas informasi yang belum jelas serta meningkatkan akurasi kode diagnosis yang ditetapkan, sehingga proses klaim dapat berjalan lebih efektif dan sesuai dengan standar yang berlaku.

Temuan ini menekankan perlunya peningkatan akses dan sistem komunikasi yang lebih terbuka dan efisien antara *coder* dan tim medis, guna mendukung ketepatan pengodean dan kelancaran proses klaim.

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA