

TINJAUAN KELENGKAPAN KODE DIAGNOSA PADA JURNAL PASIEN RAWAT INAP TAHUN 2020 GUNA MENUNJANG PELAPORAN RL 4A DI RUMAH SAKIT TK II DUSTIRA

Rizqi Dimas Monica¹, Intan Pujilestari², Ayu Hendrati Rahayu³, Gerinata Ginting⁴
Rekam Medis dan Informasi Kesehatan¹⁾²⁾³⁾, Komputer Akuntansi⁴⁾, Politeknik TEDC Bandung
Email : monicarizqydimas@yahoo.com¹, intanpujilestari@poltektedc.ac.id²,
ayuhendrati@poltektedc.ac.id³, gerinata@gmail.com³

Abstrak

Berdasarkan studi pendahuluan tentang kelengkapan kode diagnosa yang dilakukan oleh penulis pada bulan Februari 2021, diambil dari sampel bulan Januari 2020 sebanyak 3.729 pasien dirawat inap dengan ketidaklengkapan kode diagnosa sebanyak 67 berkas dengan persentase 1,8%, ketidakakuratan kode diagnosa sebanyak 10 berkas dengan persentase 0,3%, dan ketidaktepatan waktu pelaporan sebanyak 67 berkas dengan persentase 1,8%. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui kelengkapan kode diagnosa pada jurnal pasien rawat inap tahun 2020 guna menunjang pelaporan rl 4a di Rumah Sakit TK II Dustira. Metode penelitian yang digunakan penulis adalah metode deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Hasil penelitian penulis dari sampel bulan Januari s/d Desember 2020 dengan total 23.006 sampel pasien rawat inap dengan jumlah hari perawatan sebanyak 89.800 hari. Dengan kelengkapan kode diagnosa pasien rawat inap yang terisi lengkap sebanyak 98%, keakuratan kode diagnosa pasien rawat inap sebanyak 99,85%, dan ketepatan waktu pelaporan pasien rawat inap sebanyak 98%, sehingga ketidaklengkapan kode diagnosa mempengaruhi ketepatan waktu pelaporan rl 4a pasien rawat inap tahun 2020. Kesimpulan dari penulis yaitu ketidaklengkapan kode diagnosa, ketidakakuratan kode diagnosa mempengaruhi ketepatan waktu pelaporan rl 4a pasien rawat inap tahun 2020, dimana masih terdapat ketidaklengkapan kode diagnosa mencapai diangka 500 berkas rekam medis.

Kata kunci : Kelengkapan, Pelaporan RL 4a, Rawat Inap, Kode Diagnosa

Abstract

Based on a preliminary study conducted by the author in February 2021, taken from the sample in Januari 2020 as many as 3.729 patients were hospitalized with incomplete diagnostic codes as many as 67 files with a percentage of 1,8%, inaccuracy of diagnostic codes as many as 10 files with a percentage of 0,3%, and the inaccuracy of reporting as many as 67 files with a percentage of 1,8%. The purpose of this study was to determine the completeness of the diagnostic code in the inpatient journal in 2020 to support the reporting of rl 4a at the TK II Dustira Hospital. The research method used by the author is a descriptive method with a quantitative approach. The results of the author's research from samples from January to December 2020 with a total of 23,006 samples of hospitalized patients with a total of 89,800 days of treatment. With the completeness of the inpatient diagnostic code that is completely filled out as much as 98%, the accuracy of the inpatient diagnostic code as much as 99.85%, and the timeliness of reporting inpatients as much as 98%, so that the incomplete diagnosis code affects the timeliness of reporting rl 4a inpatients. year 2020. The conclusion from the author is that the incomplete diagnosis code, the inaccuracy of the diagnostic code affects the timeliness of reporting rl 4a inpatients in 2020, where there are still incomplete diagnostic codes reaching 500 medical record files.

Keywords : Completeness, Reporting RL 4a, Inpatient, Diagnostic Code

I. PENDAHULUAN

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal 1 merumuskan bahwa upaya kesehatan lingkungan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Oleh karena itu, setiap kegiatan dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif (tidak membedakan), partisipatif, perlindungan dan berkelanjutan yang sangat penting artinya bagi pembentukan sumber daya manusia Indonesia, peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa, serta pembangunan Nasional.

Rumah Sakit merupakan salah - satu fasilitas

elayanan kesehatan yang memiliki peran penting dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun (2009) tentang rumah sakit bahwa rumah sakit mempunyai kewajiban pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai standar pelayanan rumah sakit.

Diagnosa dan tindakan digunakan rumah sakit untuk aspek keuangan rumah sakit. Menurut Kamus Saku Kedokteran Dorland, diagnosa adalah penentuan sifat penyakit atau membedakan satu penyakit dengan yang lainnya. Sedangkan menurut Permenkes Nomor 290/MENKES/PER/III/2008, ditetapkan bahwa tindakan kedokteran / kedokteran gigi yang selanjutnya disebut tindakan kedokteran adalah suatu tindakan medis berupa preventif, diagnostic, terapeutik, atau rehabilitative yang dilakukan oleh dokter atau dokter gigi

terhadap pasien.

Kehadiran rekam medis sangat diperlukan dalam menunjang terlaksananya kegiatan pelayanan kesehatan disuatu fasilitas pelayanan kesehatan. Seluruh pelayanan yang dibutuhkan oleh pasien harus tercatat pada berkas rekam medis yang berhubungan agar terdapat kesinambungan data rekam medis. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Pasal 1 ayat 1, yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Dengan adanya rekam medis tersebut, maka dibutuhkan pelaporan tentang semua kegiatan Rumah Sakit tersebut ke dalam sistem informasi rumah sakit. Mengingat ketentuan Pasal 52 ayat 1 UU Nomor 44 Tahun 2009 menyebutkan : "Setiap rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan Rumah sakit dalam bentuk Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit". RL 4a adalah data keadaan morbiditas pasien rawat inap yang merupakan formulir rekapitulasi dari jumlah pasien keluar rumah sakit (hidup dan mati) untuk periode tahunan. Data dikumpulkan dari tanggal 1 Januari sampai 31 Desember setiap tahunnya.

Berdasarkan hasil pendahuluan yang dilakukan pada bulan Februari 2021, diambil sampel pada bulan Januari 2020 sebanyak 3729 pasien dirawat inap dengan ketidaklengkapan kode diagnosa sebanyak 67 berkas dengan persentase 1,8%, ketidakakuratan kode diagnosa sebanyak 10 berkas dengan persentase 0,3%, dan ketidaktepatan waktu pelaporan sebanyak 67 berkas dengan persentase 1,8%. Walaupun angka kesalahan pada kodifikasi sangat kecil namun dapat mempengaruhi pelaporan rl 4a, karena jika terdapat kode yang belum lengkap maka dapat membuat pelaporan tersebut tidak tepat waktu.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Tinjauan Kelengkapan Kode Diagnosa Pada Jurnal Pasien Rawat Inap Tahun 2020 Guna Menunjang Pelaporan RL 4a di Rumah Sakit TK II Dustira".

Untuk mengetahui kelengkapan kodediagnosa pada jurnal pasien rawat inap tahun 2020 guna menunjang pelaporan rl 4a di Rumah Sakit TK II Dustira.

II. LANDASAN TEORI

A. Kelengkapan

Kelengkapan adalah ketelitian, kecermatan dan ketepatan. Kode adalah tanda (kata-kata, tulisan) yang disepakati untuk maksud tertentu (untuk menjamin kerahasiaan berita pemerintah) kumpulan peraturan yang bersistem, kumpulan prinsip yang bersistem (Lies Maesaroh, 2011).

B. Kode Diagnosa

Koding adalah pemberian penetapan kode diagnosis menggunakan huruf atau angka kombinasi huruf dalam rangka mewakili komponen data. Sedangkan pengkodean adalah bagian dari usaha pengorganisasian proses penyimpanan dan pengambilan kembali data yang memberi kemudahan

bagi penyajian informasi terkait (Retno Dwi Vika Ayu, 2012).

Koding menggunakan ICD-10 bertujuan untuk mendapatkan rekamansistematis, melakukan analisis, interpretasi, serta membandingkan datamorbidity dan mortalitas yang dilakukandari berbagai wilayah. ICD-10 digunakan untuk menerjemahkan diagnosis penyakit dan masalah kesehatan dari kata-kata menjadi alfanumerik yang akan memudahkan untuk penyimpanan mendapatkan kembali data dan analisis data (Retno Dwi Vika Ayu, 2012).

ICD - 10 adalah *International Classification of Disease and Reatd Health Problems - Tenth Revision*. Standarnasional untuk klasifikasi penyakit dan masalah yang terkait kesehatan revisi ke-10 yang dikeluarkan oleh WHO (Retno Dwi Vika Ayu, 2012).

C. Jurnal Pasien

Jurnal adalah data dari keseluruhan pasien yang dirawat inap pada tahun 2020 atau data kompilasi pasien rawat inap yang ada di rumah sakit. Data jurnal berisikan data kompilasi morbiditas dan mortalitas pasien rawat inap yang dilaporkan periodik setiap tahun (RS TK II Dustira).

D. Pasien

Pasien adalah orang yang memiliki kelemahan fisik atau mentalnya menyerahkan pengawasan dan perawatannya, menerima dan mengikuti pengobatan yang ditetapkan oleh tenaga kesehatan yang dikemukakan oleh Prabowo dalam (Wilhamda, 2011).

E. Rawat Inap

Rawat inap menurut Crosby dalam M. Nur Nasution (2010) adalah kegiatan penderita yang berkelanjutan ke rumah sakit untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berlangsung lebih dari 24 jam. Secara khusus pelayanan rawat inap ditujukan untuk penderita atau pasien yang memerlukan asuhan keperawatan secara terus menerus (Continuous Nursing Care) hingga terjadi penyembuhan.

Pelayanan rawat inap adalah suatu kelompok pelayanan kesehatan yang terdapat di rumah sakit yang merupakan gabungan dari beberapa fungsi pelayanan. Katagori pasien yang masuk rawat inap adalah pasien yang perlu perawatan intensif atau observasi ketat karena penyakitnya.

F. Pelaporan

Menurut Dirjen Yanmed (2006:65) pelaporan Rumah Sakit merupakan suatu alat organisasi yang bertujuan untuk dapat menghasilkan laporan secara cepat, tepat, dan akurat.

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat SIMRS menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 82 Tahun 2013 pasal 1 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan.

Permenkes 1171/2011 tentang SIRS : "Pasal 1 ayat (1) : Setiap rumah sakit wajib melaksanakan

Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)". Jenis laporan SIMRS terdiri dari :

- a. RL 1 berisikan data dasar rumah sakit yang dilaporkan setiap waktu apabila terdapat perubahan data dasar dari rumah sakit sehingga data ini dapat dikatakan data yang bersifat terbaru setiap saat.
- b. RL 2 berisikan formulir data ketenagaan yang dilaporkan periodik setiap tahun.
- c. RL 3 berisikan data kegiatan pelayanan rumah sakit yang dilaporkan periodik setiap tahun.
- d. RL 4 berisikan data morbiditas dan mortalitas pasien rawat inap dilaporkan periodik setiap tahun.
- e. RL 5 yang merupakan data bulanan dilaporkan secara periodik setiap bulan, berisikan data kunjungan dan data 10 (sepuluh) besar besar penyakit

G. Rumah Sakit

Rumah Sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

H. Rekam Medis

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269 / MENKES / PER / III / 2008 Pasal 1 ayat 1, yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien, catatan merupakan tulisan- tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi mengenai tindakan-tindakan yang telah dilakukan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan.

Rekam medis memiliki tujuh aspek/tujuan, yaitu :

- 1) Aspek Administrasi (*Administration*)
- 2) Aspek Medis (*Medical*)
- 3) Aspek Hukum (*Legal*)
- 4) Aspek Keuangan (*Finacial*)
- 5) Aspek Penelitian (*Research*)
- 6) Aspek Pendidikan (*Education*)
- 7) Aspek Dokumentasi

Konsil Kedokteran Indonesia (2006) menjelaskan manfaat rekam medis sebagai berikut :

- 1) Pengobatan Pasien
- 2) Peningkatan Kualitas Pelayanan
- 3) Pendidikan dan Penelitian
- 4) Pembiayaan
- 5) Statistik kesehatan
- 6) Pembuktian Masalah Hukum, Disiplin dan Etik

Selain manfaat diatas, berdasarkan Permenkes No.269 tahun 2008 pada pasal 13 ayat 1, rekam medis dapat dimanfaatkan sebagai dokumen yang berisi pemeliharaan dan pengobatan pasien, sebagai alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin dan etika kedokteran dan kedokteran gigi, untuk kebutuhan pendidikan dan penelitian, sebagai dasar pembayaran atas pelayanan kesehatan yang diberikan serta untuk statistik kesehatan.

Jenis dan isi rekam medis ada 3, yaitu :

1. Pasien Gawat Darurat

2. Pasien Rawat Jalan
3. Pasien Rawat Inap

III. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang akan digunakan penulis adalah deskriptif dengan menggunakan pendekatan kuantitatif. Untuk mengetahui dan menggambarkan sistem pelaporan terhadap kelengkapan kode diagnosa pasien rawat inap Tahun 2020 di Rumah Sakit TK II Dustira. Teknik ini ditunjukkan untuk mengamati langsung pelaksanaan kegiatan pelaporan di rumah sakit terkait sistem pelaporan terhadap kelengkapan kode diagnosa pasien rawat. Populasi yang digunakan penulis dalam penelitian ini yaitu jurnal RL4a data pasien rawat inap diinstalasi informasi kesehatan tahun 2020 di Rumah Sakit TK II Dustira. Diambil berdasarkan jumlah pasien rawat inap keluar hidup tahun 2020 dengan jumlah 23.006 jumlah penderita. Sampel dalam penelitian ini Untuk sampel dari penelitian yang dilakukan penulis sendiri adalah sebanyak 23.006 data pasien rawat inap tahun 2020

IV. HASI DAN PEMBAHASAN

A. Kelengkapan Kode Diagnosa Pada Jurnal Pasien Rawat Inap Tahun 2020 Guna Menunjang Pelaporan RL di Rumah Sakit TK II Dustira

Prosedur pengolahan data dan pelaporan pelayanan rawat inap di rumah sakit sudah ada, dimana Pelaporan rumah sakit sendiri merupakan rekapitulasi yang mencakup berbagai kegiatan rumah sakit seperti Laporan rawat inap, rawat jalan, dan pelayanan unit gawat darurat.

Alur dari pengolahan data guna menunjang pelaporan rl 4a di rumah sakit sebagai berikut :

- a. Di rumah sakit memiliki 2 jurnal, yaitu jurnal dinas dan non dinas, yang mana akan digabung menjadi satu jurnal. Jurnal merupakan gabungan dari laporan setiap ruangan, di rumah sakit memiliki 22 ruangan untuk pelayanan rawat inap.
- b. Setelah digabung menjadi satu jurnal, kemudian jurnal tersebut dikirim berdasarkan biodata pasien setiap bulannya.
- c. Jurnal dikirim ke ruangan informasi kesehatan melalui via online (via LAN jaringan rumah sakit).
- d. Jika sudah terkumpul, maka petugas pelaporan mengolah dan menganalisis jurnal untuk mengetahui jika masih ada data rekam medis yang kosong.
- e. Jika masih ada data rekam medis yang kosong maka petugas mengembalikan jurnal tersebut ke ruangan sebelumnya untuk dilengkapi.
- f. Kemudian jika sudah dilengkapi maka petugas ruangan mengirim kembali jurnal ke ruangan infokes.
- g. Jika sudah lengkap maka jurnal akan diolah oleh petugas pelaporan.

Pengolahan data dan pelaporan rl 4a pasien rawat inap tahun 2020 diambil dari jumlah pasien yang dirawat inap pada tahun 2020, dimana dilihat dari jurnal pasien rawat inap di rumah sakit, bisa dilihat dari tabel dibawah ini :

Tabel 4.1 Jumlah Pasien Rawat Inap Bulan Januari s/d Desember Tahun 2020

Bulan	Jumlah Pasien	Jumlah Hari Perawatan
Januari	3.729	13.938
Februari	3.398	12.749
Maret	2.638	10.376
April	704	2.655
Mei	883	3.358
Juni	1.924	7.266
Juli	1.627	6.424
Agustus	1.728	6.465
September	1.771	6.761
Oktober	1.580	6.621
November	1.451	6.224
Desember	1.573	6.903
Total	23.006	89.800

Dari tabel diatas maka dapat dilihat bahwa jumlah pasien rawat inap tahun 2020 sebanyak 23.006 pasien dengan jumlah hari perawatan sebanyak 89.800 hari. Dari jumlah seluruh pasien dirawat dirumah sakit tersebut maka penulis dapat menganalisis kelengkapan kode diagnosa.

Rekapitulasi Hasil Penelitian Kelengkapan, Keakuratan, dan Ketepatan Kode Diagnosa Pasien Rawat Inap Tahun 2020. Untuk rekapitulasi kelengkapan kodediagnosa, keakuratan kode diagnosa, dan ketepatan waktu peaporan dapat dilihat dari tabel dibawah ini :

Tabel 4.2 Rekapitulasi, Kelengkapan, Keakuratan, Ketepatan Kode Diagnosa Pasien Rawat Inap Tahun 2020

Keterangan	Jumlah	Persentase
Jumlah Pasien Dirawat	23.006	100%
Kelengkapan Kode Diagnosa	Lengkap	22.500 98%
	Tidak lengkap	506 2%
Keakuratan Kode Diagnosa	Akurat	22.955 99,80%
	Tidak akurat	51 0,20%

Ketepatan Waktu Pelaporan	Tepat	22.500	98%
	Tidak tepat	506	2%

Sumber : Hasil Penelitian

Dengan adanya tabel rekapitulasitersebut, peneliti dapat mengetahui bahwa proses pengolahan dan pelaporan data rl 4apatient rawat inap tahun 2020 di Rumah Sakit TK II Dustira sudah sangat baik, dimana kelengkapan kode diagnosamencapai 98%, keakuratan kode diagnosa mencapai 99,8%, dan ketepatan waktu pelaporan mencapai 98%. Dari tabel tersebut juga dapat diketahui, bahwa kelengkapan daripada kode diagnosa mempengaruhi ketepatan waktu laporan rl 4a pasien rawat inap tahun 2020.

B. Kendala Dari Ketidaklengkapan Kode Diagnosa Pada Pelaporan RL 4a Di Rumah Sakit TK II Dustrira

Dalam melakukan proses pengolahan dan pelaporan data rl 4a pasienrawat inap, ditemukan beberapa kendalayang dihadapi oleh petugas pelaporan di Rumah Sakit TK II Dustira, sebagai berikut :

- Kesalahan kodefikasi pada jurnal rekam medis pasien rawat inap, karena terjadi kesalahan koder dalam menelaah diagnosa rekam medis dan juga dikarenakan tulisan dokter yang sulit dibaca. Dampak tersebut menyebabkan kodifikasi menjadi tidak akurat untuk pelaporan rl 4a pasienrawat inap.
- Adanya ketidaklengkapan kode diagnosa pada jurnal pasien rawat inap, sehingga menjadi tidak efektif dan petugas pelaporan mengirim kembali jurnal ke ruangan untuk dilengkapi.

C. Upaya Apa Yang Dilakukan Pihak Rumah Sakit Dalam Mengatasi Permasalahan Di Pelaporan Rawat InapTahun 2020

Untuk mengatasi kendala yang dihadapi selama proses pengolahan dan pelaporan data rl 4a pasien rawat inap berlangsung, pihak rumah sakit melakukan upaya untuk menanggulangi kendala yang ada. Upaya yang dilakukan diantaranya sebagai berikut :

- Mengkonfirmasi kembali ke petugas kodifikasi supaya lebih teliti lagi pada saat mengkode penyakit pasien, dan mengirim kembali jurnal untuk diubah kode penyakit.
- Mengirim kembali jurnal keruangan untuk dilengkapi dimana terdapat kode yang kosong tersebut.

V. KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari pembahasan mengenai kelengkapan kode diagnosa pada jurnal pasien rawat inap tahun 2020 guna menunjang pelaporan rl 4a dirumah sakit TK II Dustira yang telah dipaparkan diatas, dapat diketahui bahwa :

- Standar Operasional Prosedurmengenai pengolahan data danpelaporan dirumah sakit sudah ada, namun belum menjelaskan secara sfesifik untuk menentukan suatu kebijakan tertentu dibidang kesehatan dan agar tercapainya pelayanan kesehatan yang optimal di Rumah Sakit TK II

- Dustira.
2. Proses pengolahan dan pelaporan data rl 4a pasien rawat inap tahun 2020 di Rumah Sakit TK II Dustira sudah berjalan dengan sangat baik, dimana dari beberapa indikator yang diteliti sudah mencapai angka persentase diatas 90%. Namun untuk kelengkapan dan keakuratan daripada kode diagnosa belum dapat dikatakan sempurna, karena masih terdapat kesalahan pada kodefikasi maka akan berpengaruh pada pelaporan rl 4a.
 3. Kendala yang dihadapi selama proses pengolahan dan pelaporan data rl 4a pasien rawat inap tahun 2020 diantaranya, kesalahan kodefikasi berkas rekam medis, dan adanya ketidaklengkapan kode diagnosa pada saat input data pasien rawat inap, dikarenakan adanya ketidakterbacaantulisan dokter.
 4. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi kendala yang dihadapi selama proses pengolahan dan pelaporan data rl 4a pasien rawat inap tahun 2020 diantaranya, mengkonfirmasi kembali ke petugas kodifikasi supaya lebih teliti, dan mengirim kembali jurnal keruangan untuk dilengkapi dimana terdapat kode yang kosong.

B. Saran

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan di Rumah sakit TK II Dustira penulis mengajukan beberapa saran, yaitu :

1. Sebaiknya untuk Standar Operasioanl Prosedur Pelaporan RL 4a harus dibuat karena bisa membantu petugas untuk mengelolah data agar lebih baik lagi.
2. Sebaiknya pihak instalasi rekam medis memberdayakan seseorang petugas untuk melakukan validasi data pada saat awal input data pasiendilakukan atau pada saat pasien didaftarkan.
3. Melakukan rapat rutin minimal 1 bulan sekali terkait dengan adanya diagnosa yang kosong supaya dapat diminimalisir, yang dihadiri olehpetugas pelaporan, dan kepala rekam medis.

DAFTAR PUSTAKA

- Aryani, D. D. (2019). Sanksi Pidana Tindakan Kedokteran. 2008. Jakarta: Menkes RI.
- Handiwidjojo, W. (2015). Sistem Informasi manajemen RumahSakit. 1.
- Henny Maria Ulfa, H. O. (2017). Analisis Ketepatan Kode Diagnosa Penyakit Antara Rumah Sakit Dan Bpjs Menggunakan Icd-10 Untuk Penagihan Klaim Di Rumah Sakit Kelas C Sekota Pekanbaru Tahun 2016.
- [Http://rsdustira.com/](http://rsdustira.com/). Diakses tanggal 02Juni 2021.
- Lies Maesaroh, R. I. (2011). Analisis Kelengkapan Kode Klasifikasi Dan Kode Morphology Pada Diagnosis Carcinoma Mammae Berdasarkan Icd-10 Di Rsud Kabupaten Karanganyar Tahun 2011. 2.

- Notoadmotjo, S. (2010). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nugraha, E. A. (2016). Telaah Data Penyakit Untuk Penyusunan Laporan Morbiditas Pasien Rawat Inap Di Rsup Dr. Hasan Sadikin. 28-32.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 82 Tahun 2013 pasal1 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.
- Peraturan Menteri Kesehatan RepublikIndonesia No 290/ Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Metode R & D. Bandung : Cv. Alfabeta
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269/Menkes/SK/III/2008 tentang Rekam Medis. 2008. Jakarta: Menkes RI.
- Peraturan Menteri Kesehatan RepublikIndonesia Nomor 30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit.
- Permenkes. (2021). Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1161/Menkes/Per/Vi/2021 Tentang Sistem Informasi RumahSakit. 1161.
- Retno Dwi Vika Ayu, D. E. (2012). Tinjauan Penulisan Diagnosis Utama Dan Ketepatan Kode Icd-10 Pada Pasien Umum Di Rsud Kota Semarang Triwulan I Tahun 2012.
- Sugiyono, (2014). Metode Penelitian Administrasi dilengkapi dengan Terhadap Rumah Sakit Yang Menelantarkan Pasien Dalam Memberikan Perawatan Menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Ditinjau Dalam Perspektif Hukum Pidana Islam. 2.
- Sugiyono, (2015). Metode Penelitian Administrasi dilengkapi dengan Metode R & D. Bandung : Cv. Alfabeta
- Sugiyono, (2017). Metode Penelitian Administrasi dilengkapi dengan Metode R & D. Bandung : Cv. Alfabeta
- Suryani, D. (2016). BAB II Tinjauan Pustaka, Pasien adalah orang yang memiliki kelemahan fisik atau mentalnya menyerahkan pengawasan dan perawatannya, menerima dan mengikuti pengobatan yang ditetapkan oleh tenaga kesehatan yang dikemukakan oleh Prabowo (dalam Wilhamda, 2011).
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentangKesehatan.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun (2009) tentang