



Analisis Ketepatan Kode Cedera dan Penyebab Luar Cedera pada RME Rawat Darurat di RSIJ Sukapura

Fazra Nanda^{1*}, Deasy Rosmala Dewi², Noor Yulia³, Bangsa Agung Satrya⁴

¹⁻⁴Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Esa Unggul, Indonesia

Alamat: Jalan Arjuna Utara No.9, RT.6/RW.2, Duri Kepa, Kebon Jeruk, RT.1/RW.2, Duri Kepa, Kb. Jeruk, Kota Jakarta Barat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta

Korespondensi penulis: fazra.nanda@gmail.com*

Abstract. *The accuracy of the diagnosis code is a statement that shows a code for a convincing diagnosis, and has been said to be certain and clear according to the ICD-10 guidelines. The purpose of this study was to obtain an overview of the analysis of the accuracy of injury codes and external causes of injury in emergency care electronic medical records at the Jakarta Islamic Hospital Sukapura. This research is descriptive research with a Mix Methode approach. Data collection techniques using observation and interview methods. Samples were taken using saturated sampling techniques totaling 81 electronic medical records of emergency care patients. The accuracy of the injury code is 22% correct, and the accuracy of the external cause of injury code incorporated in traffic accident cases and other accident cases is 0% correct. The low accuracy of injury codes was due to not adding character 5, block code errors, and errors in determining code categories. The results of the accuracy of the external cause of injury code obtained were 0% correct because 80 electronic medical records of emergency care patients did not contain the code for the external cause of injury. Factors that hinder the accuracy of injury codes and external causes of injury are influenced by man factors, namely high workload, dependence on ICD-10 codes on doctors, and lack of feedback audits. Then the influence of material factors, namely the incompleteness of supporting documents, lack of detail in diagnosis, and lack of chronological letters of events. Then the influence of method factors, namely unsupportive policies and procedures, lack of training and understanding, and weak application of external cause of injury codes.*

Keywords: *Accuracy, External causes of injury, Injury.*

Abstrak. Ketepatan kode diagnosis merupakan pernyataan yang menunjukkan suatu kode atas diagnosis yang menyakinkan, serta sudah dikatakan pasti dan jelas menurut pedoman ICD-10. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran analisis ketepatan kode cedera dan penyebab luar cedera pada rekam medis elektronik rawat darurat di Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura. Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan Mix Methode. Teknik pengumpulan data dengan metode observasi dan wawancara. Sampel diambil dengan menggunakan teknik sampling jenuh berjumlah 81 rekam medis elektronik pasien rawat darurat. Ketepatan pada kode cedera yaitu 22% yang tepat, dan ketepatan pada kode penyebab luar cedera yang tergabung dalam kasus kecelakaan lalu lintas dan kasus kecelakaan lain yaitu 0% yang tepat. Hasil ketepatan kode cedera yang rendah dikarenakan tidak menambahkan karakter 5, kesalahan blok kode, dan kesalahan menentukan kategori kode. Hasil dari ketepatan kode penyebab luar cedera yang diperoleh 0% yang tepat karena 80 rekam medis elektronik pasien rawat darurat tidak diisikan kode penyebab luar cedera. Faktor yang menghambat ketepatan kode cedera dan penyebab luar cedera dipengaruhi oleh faktor man yaitu dengan beban kerja tinggi, ketergantungan pada kode ICD-10 pada dokter, dan kurangnya audit umpan balik. Kemudian pengaruh faktor material yaitu ketidaklengkapan dokumen pendukung, kurangnya detail dalam diagnosis, dan kekurangan surat kronologis kejadian. Lalu pengaruh faktor metode yaitu kebijakan dan prosedur yang tidak mendukung, kurangnya pelatihan dan pemahaman, serta penerapan kode penyebab luar cedera yang lemah.

Kata kunci: Ketepatan, Penyebab luar cedera, Cedera.

1. LATAR BELAKANG

Rumah Sakit (RS) ialah beberapa jenis terkait Fasilitas Kesehatan (Faskes) yang memberikan perawatan medis pada segala macam penyakit kepada individu secara menyeluruh, termasuk pada rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Pelayanan medis dan penunjang medis, layanan keperawatan dan kebidanan, serta layanan nonmedik adalah semua bagian dari layanan kesehatan yang diberikan oleh RS (KEMENKES RI, 2020b). RS harus sesuai pada kemampuan dalam memberi pelayanan gawat darurat kepada pasien (KEMENKES RI, 2018a).

Gawat darurat didefinisikan terkait kondisi klinis terhadap pasien yang sangat perlu dengan tindakan medis secara cepat demi mencegah kematian atau kecacatan terhadap pasien (KEMENKES RI, 2018b). Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan fasilitas pintu masuk utama untuk pasien dalam keadaan gawat darurat di RS. Layanan gawat darurat sesuai dengan kapasitasnya, serta menetapkan, melaksanakan, dan memelihara standar pelayanan kesehatan sebagai panduan dalam merawat pasien. Cedera pada organ yang mengancam kehidupan seseorang dikenal sebagai trauma (Khalilati et al., 2024).

Cedera ialah kerusakan pada struktur atau fungsi tubuh menjadi degradasi, faktor yang mempengaruhinya berasal dari penyebab luar atau faktor luar seperti oleh trauma maupun dari kimiawi yang terjadi pada hari tersebut atau hari sebelumnya. Jenis-jenis cedera dan kategorinya, seperti fraktur tertutup, fraktur terbuka, cedera permukaan, cedera pada organ dalam, cedera pada jaringan dalam tubuh, luka terbuka, luka bakar, dan lain-lain. Penyebab cedera dapat terjadi karena Kecelakaan Lalu Lintas (KLL) dan non KLL yang menjadi dasar dalam penyebab luar cedera. KLL terjadi dalam lingkup transportasi sedangkan pada non KLL terjadi dari aktivitas seseorang yang mengalami musibah yang tidak diinginkan (Nuryati & Kresnowati, 2018). Data cedera dan penyebab luar cedera merupakan bagian dari data morbiditas dan data penyebab luar cedera yang termuat dalam Rekapitulasi Laporan (RL) 4b yang menjadi laporan bagi RS (Manalu et al., 2020).

Pelaporan RS ialah data yang mendeskripsikan informasi yang dihasilkan oleh RS yang meliputi data dasar RS, ketenagaan, rekapitulasi kegiatan pelayanan, dan kompilasi penyakit pada jenis pelayanan (KEMENKES RI, 2021). Pelaporan ini akan dikirim kepada Kementerian Kesehatan RI (SIRS online), dan Dinas Kesehatan Provinsi/ Kabupaten/ Kota (Surveillance online) guna untuk evaluasi dan pengawasan dalam memperbaiki kebijakan pelaksanaan dan perencanaan program. Oleh karena itu sumber data dalam membuat laporan seperti RL 4b harus valid berdasarkan RM pada kode diagnosis yang sudah di kodefikasi (Nau & Salsabila, 2020).

Penetapan diagnosis pada akhir episode perawatan yang memerlukan pemeriksaan atau perawatan tambahan, yang dikenal sebagai diagnosis utama. Diagnosis yang datang bersama diagnosis utama pasien saat menerima perawatan disebut diagnosis sekunder. Jika ada penyakit komorbiditas dan/atau komplikasi, ini dianggap sebagai diagnosis sekunder (KEMENKES RI, 2021). Pemberian diagnosis merupakan bagian hak kepada pasien dalam memperoleh informasi medis yang terkandung di rekam medis yang didapatkan dalam pelayanan kesehatannya (KEMENKES RI, 2018a).

Rekam Medis (RM) ialah berkas berisi informasi mengenai perawatan, pemeriksaan, prosedur, dan pelayanan yang lain ke pasien. Rekam Medis Elektronik (RME) merupakan wujud RM digital yang dirancang dan mempergunakan sistem elektronik yang ditujukan kepada yang mengatur RM secara terorganisir dan sistematis, dimana sistem informasi Faskes bisa saling terintegrasi beserta subsistem informasi lainnya. Operasional penyelenggara RME dioperasikan oleh staf RM, yang mampu bekerjasama pada unit kerja lain. Pengolahan informasi RME terdiri atas pengkodean, pelaporan, dan penganalisisan (KEMENKES RI, 2022c).

Pengkodean adalah suatu tindakan untuk menerjemahkan diagnosis penyakit dan masalah kesehatan lainnya dari kata-kata atau kalimat ke dalam kode alfanumerik berdasarkan pedoman International Classification of Diseases – 10 (ICD)-10 yang diterbitkan World Health Organization (WHO), yang dimana untuk memudahkan penyimpanan, pengambilan dan analisis data (WHO, 2016b). ICD-10 adalah standar internasional klasifikasi penyakit yang didefinisikan sebagai sistem kategori pada data morbiditas yang telah ditetapkan. Pembaruan secara resmi terhadap ICD-10 yang telah diterbitkan, tersedia dalam bentuk daftar perubahan tahunan di situs web WHO untuk klasifikasi setiap tahun pada pertemuan jaringan WHO (WHO, 2016a).

2. KAJIAN TEORITIS

Menurut penelitian oleh Afriliya Hayati dkk yang berjudul Analisis Ketepatan Pengkodean Kasus Cedera, Keracunan, dan Faktor Eksternal di Puskesmas Temon tahun 2022 menemukan bahwa ketepatan dari 69 RM pada kode cedera dan penyebab luar cedera sebesar 55% (38). Pengkodean cedera dan penyebab luar cedera yang tidak akurat dari staf coding disebabkan tidak paham pemberian kode berdasarkan pedoman ICD-10 dan tidak dituliskannya informasi penyebab luar cedera pada lembar assessment medis gawat darurat (Hayati et al., 2022).

Dari penelitian oleh Nara Nadia Puspitasari dan Cahyono Rahadiyanto yang berjudul Tinjauan Ketepatan Kodefikasi External Cause Kasus Cedera Dokumen RM Pasien Rawat Inap Berdasarkan ICD-10 di Rumah Sakit Umum Daerah Ra. Kartini Kabupaten Jepara Triwulan I tahun 2022 menemukan bahwa sebanyak 66 dokumen RM kasus cedera, Ketepatan pengkodean external cause pada berkas RM pasien rawat inap berdasarkan ICD-10 untuk kasus cedera sebesar 0 kasus (0%) dan ketidaktepatan sebanyak 66 kasus (100%). Karena tanpa adanya kode sebab eksternal disebabkan coder mengikuti sistem Ina Grouper yang belum memfasilitasi digit ke 5. Faktor lain dikarenakan informasi pada lembar asesmen awal medis kegawatdaruratan serta surat kronologi kejadian yang tanpa ditulis secara terperinci mengenai kasus kecelakaannya dan belum tersedianya Standar Prosedur Operasional (SPO) yang mengatur pengkodean sebab eksternal (external cause) (N. N. Puspitasari & Rahadiyanto, 2022).

Hasil penelitian Ikhwan dkk yang berjudul Tinjauan Ketepatan Kode Diagnosis Cedera dan Penyebab Luar Cedera (External Causes) Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Islam Siti Hajar Mataram tahun 2014 menemukan bahwa ketepatan kode cedera dari 50 RM sebesar 94% (47) dan ketepatan kode penyebab luar sebesar 0%. Penyebab ketidaktepatan cedera yaitu kesalahan pemilihan blok, Sub blok, dan kesalahan pada digit ke-4 dan ke-5. Untuk penyebab ketidaktepatan penyebab luar cedera ialah kode penyebab luar cedera tidak di input (Ikhwan et al., 2014).

Pada hasil penelitian Yeni Tri Utami dkk yang berjudul Keakuratan Kode Diagnosis Cedera dan External Cause di RSUD Ir. Soekarno Sukoharjo tahun 2022 menemukan ketepatan kode diagnosis injury dari sebanyak 189 RM, pasien cedera yang akurat dengan persentase 71%. Penyebab yang berkaitan dengan ketidaktepatan kode diagnosis cedera serta sebab eksternal ialah dokter yang menetapkan diagnosis kurang jelas dan tenaga RM (koder) juga tidak berkompeten dalam pemberian kode.(Utami et al., 2022).

Hasil penelitian Oktamianiza dkk yang berjudul Tinjauan Ketepatan Kode Cedera Multiple Pada Kasus External Cause di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023 menemukan dari 38 RM pasien dengan hasil frekuensi ketepatan diagnosa sebanyak 27 (71,1%) diagnosa tidak tepat, frekuensi kesesuaian diagnosa utama dan diagnosa sekunder sebanyak 19 (50,0%) diagnosa tidak sesuai, dan frekuensi ketepatan kode diagnosa sebanyak 29 (76,3%) kode tidak tepat. Penyebab ketidaktepatan pengkodean disebabkan ketepatan kode tidak sesuai dengan pedoman ICD-10 (Oktamianiza et al., 2023).

Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk mengambil judul penelitian Analisis Ketepatan Kode Cedera Dan Penyebab Luar Cedera Pada RME Rawat Darurat Di RSIJ Sukapura.

3. METODE PENELITIAN

Metode yang dipergunakan adalah penelitian deskriptif dengan Mix Methode atau campuran, dimana prosedur terhadap data kualitatif beserta kuantitatif dikumpulkan secara bersamaan. Penelitian untuk menemukan permasalahan yang menyangkut ketepatan kode di Ruang RM, dengan mendeskripsikan populasi dari RME pasien rawat darurat dari diagnosis dan kode yang disertai pedoman wawancara kepada informan yang terdiri dari kepala RM, pemberi kode RM, dan pelaporan RM untuk mengetahui hal-hal yang berkaitan dalam ketepatan kode. Besaran sampel menggunakan teknik pengambilan sampel non-probabilitas dengan menggunakan sampling jenuh, apabila jumlah anggota populasi relatif kecil atau sedikit (Pane et al., 2021). 81 RME pasien IGD merupakan sampel yang diambil secara total berdasarkan populasi dari data rekapitulasi pasien per IGD periode Juli sampai September tahun 2024 berdasarkan kode ICD-10 Bab XIX.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian tentang Analisis Ketepatan Kode Cedera Dan Penyebab Luar Cedera Pada RME Rawat Darurat Di RSIJ Sukapura pada Juni 2024 sampai dengan Februari tahun 2025, yang beralamat di jalan Tipar Cakung No. 5 Sukapura, Jakarta Utara, Indonesia dengan tahapan awal pada penelitian ini dimulai melalui rancangan kuantitatif, kemudian hasil dari analisis kuantitatif akan diteliti lebih lanjut dalam rancangan kualitatif. Pendekatan kuantitatif ini untuk mendeskripsikan tingkat ketepatan kode cedera dan kode penyebab luar cedera dengan meneliti dari RME pasien rawat darurat dalam kasus KLL maupun non KLL. Kemudian dilanjutkan dengan pendekatan kualitatif untuk mendeskripsikan analisis kelengkapan dan kekonsistenan diagnosis cedera dan penyebab luar, lalu jawaban terbuka dengan responden yaitu kepala RM, petugas coding, dan petugas pelaporan. Pengumpulan data populasi pasien cedera pada bulan Juli sampai September tahun 2024 menghasilkan 81 RME sebagai sampel penelitian yang dicari dalam database Healthical. Menganalisis RME pasien pada lembar assessment IGD, resume medis IGD, dan hasil radiologi jika kasus cedera memerlukan tes diagnostik. Menganalisis ketepatan kode diagnosis cedera dan penyebab luar. Memeriksa apakah kode diagnosis yang dianalisis oleh petugas pemberi kode di Ruang RM logis dan selaras dengan catatan diagnosis yang dibuat oleh dokter IGD. Mengoreksi kode diagnosis cedera dan penyebab luar cedera apakah lengkap dan konsisten dengan kaidah yang ditentukan ICD-10.

Membuat kalkulasi atas ketepatan serta kelengkapan dan kekonsistenan kode diagnosis cedera dan penyebab luar cedera sesuai atas dasar pedoman yang ditetapkan dalam ICD-10 dan pengaruh blok kode pada karakter. Melakukan wawancara dengan informan untuk mendapatkan gambaran SPO dan hambatan ketidaktepatan pengkodean cedera dan penyebab luar.

1. Identifikasi SPO Pengisian RME Rawat Darurat Di RSIJ Sukapura

SPO yang menjelaskan tata cara pengisian variabel anamnesis, asesmen awal IGD, pemeriksaan fisik, dan diagnosis disertai formatnya pada dokumen asesmen IGD dan resume medis IGD tidak tersedia. Di sisi lain, dokter IGD tetap mengisi informasi medis terkait anamnesis, hasil pemeriksaan pasien, dan diagnosis pada dokumen asesmen IGD dan resume medis tanpa harus memaknai pedoman.

Pengisian informasi medis sesuai dengan keputusan MENKES RI nomor HK.01.07/MENKES/1423/tahun 2022 tentang pedoman variabel dan meta data pada penyelenggaraan RME, menjelaskan bahwa Faskes berkewajiban menerapkan variabel yang mencakup elemen data yang harus ada dalam sistem RME, seperti identitas pasien, cara pembayaran, persetujuan umum (general consent), asesmen awal, pemeriksaan spesialisik, dan pengkajian resep. Metadata berkaitan dengan format, definisi, dan kodifikasi data yang digunakan dalam sistem (KEMENKES RI, 2022a).

Ketiadaan SPO yang mengatur dalam pengisian RME akan menimbulkan risiko seperti kelalaian pengisian dan audit medis terhadap kelengkapan dokumen medis di dalam Unit IGD. Pengisian RME rawat darurat oleh dokter IGD harus memiliki pedoman yang jelas terhadap pengisian dokumen medis yaitu asesmen IGD dan resume medis IGD. Pedoman harus menerangkan pengertian, tujuan, dan kebijakan yang mengharuskan adanya SPO pengisian RME rawat darurat.

Berdasarkan jurnal yang berjudul Tinjauan Kelengkapan Pengisian Resume Medis Berdasarkan Elemen Penilaian Akreditasi SNARS 1.1 Di RSUD Kembangan oleh Muammar Dzachwani dkk, SPO pengisian resume medis terdapat beberapa prosedur yaitu pada prosedur RM pasien rawat inap di cek untuk mengetahui sudah diisi atau belum pada pengisian resume medis dengan catatan yang penting, dan ketentuan untuk melengkapi pengisian resume medis yang ketentuan melengkapi pengisian resume medis selambat-lambatnya 2x24 jam setelah pasien pulang (Muammar Dzachwani et al., 2022).

Prosedur yang menginstruksikan dokter IGD dalam mengisi catatan yang penting, yang meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, dan penegakan diagnosis dalam asesmen IGD dan resume medis IGD. Prosedur lain yaitu terkait dalam me-review kelengkapan dokumen medis

IGD oleh komite review RM. Hal ini memastikan bahwa kesinambungan perawatan terhadap RME IGD yang lengkap memudahkan tenaga medis di unit lain seperti ruang rawat inap untuk memahami kondisi pasien secara tepat saat di IGD yang akan melanjutkan perawatan selanjutnya.

2. Identifikasi Identifikasi SPO Pengkodean Diagnosis Di RSIJ Sukapura

Berdasarkan hasil penelitian di RSIJ Sukapura bahwa SPO pengkodean diagnosis berisi prosedur secara umum dan tanpa menerangkan ketentuan yang ada pada pedoman ICD-10 tahun 2010 terkait hal yang spesifik yang ditujukan untuk pemberian kode untuk beberapa diagnosis khusus termasuk diagnosis cedera pada bab XIX dan penyebab luar cedera pada bab XX. Penekanan untuk merinci beberapa hal aturan pemberian kode harus ditekankan dalam SPO agar pemberian kode sesuai dan tepat, tentunya berkaitan dengan profesionalisme dari petugas RM yang bertanggung jawab pada kodifikasi.

Menurut Abd. Rohman Taufiq pada jurnal yang berjudul penerapan SOP dan akuntabilitas kinerja RS menjelaskan bahwa analisis sistem, prosedur kerja serta analisis tugas adalah semua langkah yang diperlukan untuk menyusun SOP. Analisis sistem dan prosedur kerja adalah upaya untuk menemukan fungsi utama dan langkah-langkah yang diperlukan untuk menyelesaikan suatu pekerjaan. Analisis tugas diperlukan dalam perencanaan organisasi karena sistem dan komponennya saling berhubungan dan mempengaruhi keseluruhan pekerjaan (Taufiq, 2019). Dalam merumuskan SPO terkait pemberian kode diagnosis perlu menganalisis sistem dan prosedur pengkodean yang mengikuti pada pedoman ICD-10 tahun 2010. Peraturan terkait langkah pengkodean perlu ditinjau oleh pihak RS terhadap beberapa kasus yang terjadi terutama cedera yang cukup signifikan di Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura.

3. Analisis Dokumentasi Pengkodean Diagnosis Cedera Dan Penyebab Luar cedera Di RSIJ Sukapura

Tabel 1 Kelengkapan Dokumen Medis Kasus Cedera Dan Penyebab Luar Cedera

Kelengkapan Dokumen Medis Cedera Dan Penyebab Luar Cedera						
No	Dokumen medis	Jumlah	Lengkap		Tidak Lengkap	
			Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
1	Asesmen IGD	81	81	100%	0	0%
2	Resume Medis IGD	81	81	100%	0	0%
3	Radiologi	35	32	91%	3	9%
4	Surat Kronologis kejadian	81	16	20%	65	80%

Dokumentasi pengkodean diagnosis adalah dokumen medis dari dokumen RME dalam berupa anamnesa dan hasil pemeriksaan pasien yang mendukung diagnosis yang ditetapkan oleh dokter. Lampiran dokumen medis seperti asesmen IGD, resume medis IGD, radiologi diagnostik, dan surat kronologis kejadian. Kelengkapan dokumen medis yaitu asesmen IGD

dan resume medis IGD memiliki hasil 100%, yang menandakan RS memenuhi ketersediaan akan informasi medis pasien mengenai kondisi pasien saat masuk, pemeriksaan yang dilakukan, diagnosis, tindakan yang diberikan, serta rencana tindak lanjut, terdokumentasi secara lengkap. Kelengkapan dokumentasi ini mencerminkan komitmen RS terhadap mutu pelayanan dan keselamatan pasien di IGD. Kelengkapan resume medis ini sejalan pada penelitian Saeful Fadhilah dkk, dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa kelengkapan resume medis memiliki peran krusial dalam menentukan mutu RM di RS X Kabupaten Bandung. Kontribusi sebesar 71,9% menunjukkan bahwa upaya peningkatan kelengkapan resume medis dapat menjadi strategi yang efektif untuk meningkatkan mutu RM secara signifikan (S. Fadhilah et al., 2021).

Kelengkapan hasil radiologi diagnostik memiliki hasil 91%. Pada kasus cedera dengan pemeriksaan tes diagnostik diwajibkan pada RME pasien IGD tersedia laporan hasil radiologi diagnostiknya yang mendukung diagnosis dokter. Menurut Jennifer Bash pada jurnal *Diagnostic Coding Series II: ICD-10 in Radiology* menjelaskan jika riwayat klinis tidak ada, tidak lengkap, tidak spesifik, atau tidak jelas, maka akan ada peningkatan risiko penolakan/tidak dibayar karena kurangnya dokumentasi pendukung untuk kebutuhan medis pemeriksaan. Penyedia layanan kesehatan bertanggung jawab untuk menyediakan dokumentasi diagnosis. Sangat penting radiologi untuk memiliki riwayat klinis yang relevan, termasuk tanda atau gejala yang dialami pasien (Bash, 2022).

Kelengkapan surat kronologis kejadian memiliki hasil 20%. Hal ini karena banyak pasien IGD dengan kasus cedera yang menggunakan biaya pribadi, sehingga tidak membuat surat kronologis kejadian. Pasien hanya menjelaskan kronologis kejadian melalui wawancara asesmen IGD kepada dokter IGD dan beberapa keterangan ada yang tidak lengkap, khususnya mengenai tempat kejadian, bagaimana kecelakaan itu terjadi secara detail, dan dalam kegiatan apa pasien sebelum terjadinya kecelakaan dalam anamnesa di asesmen IGD. Jika pasien itu menggunakan BPJS, petugas tempat pendaftaran pasien IGD akan memberitahukan langkah-langkah pasien dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dengan klaim BPJS yang mengharuskan pasien membuat surat kronologis kejadian.

Menurut penelitian oleh Faik Agiwahyunto dkk, menjelaskan bahwa untuk pasien yang mengalami kecelakaan, surat kronologis diperlukan untuk pengajuan klaim oleh BPJS kesehatan. Ini termasuk kasus jatuh luka lecet, terkena rantai motor, trauma jatuh terpeleset, luka kepala jatuh dari ayunan, atau luka robek terbuka (Agiwahyunto et al., 2021). Pasien kecelakaan baik dari kecelakaan lalu lintas maupun kecelakaan lain akan di minta oleh petugas tempat pendaftaran pasien IGD untuk dibuatnya surat kronologis kejadian dan perlu disetujui

oleh pasien, keluarga atau wali pasien untuk menjelaskan peristiwa yang terjadi kepada pasien yang menyebabkan pasien kecelakaan dan timbulnya cedera.

4. Analisis Ketepatan Kode Cedera Dan Penyebab Luar Cedera Di RSIJ Sukapura

Tabel 2 Hasil Ketepatan Kode Cedera Di Ruang Rekam Medis

Hasil Ketepatan Kode Cedera Di Ruang Rekam Medis					
No	Cedera	Tepat		Tidak Tepat	
		Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
1	Fraktur	2	2,5%	11	13,6%
2	Cedera Dalam	4	4,9%	7	8,6%
3	Cedera Disebabkan Benda Asing Masuk	2	2,5%	5	6,2%
4	Cedera Akibat Keracunan Obat Dan Lain-Lain	1	1,2%	2	2,5%
5	Luka Bakar	1	1,2%	0	0,0%
6	Luka Terbuka	8	9,9%	38	46,9%
Total		18	22%	63	78%

Ketepatan kode cedera dari 81 RME pasien IGD yaitu 22% yang tepat. Ketepatan kode cedera meliputi fraktur 2,5%, cedera dalam 4,9%, cedera disebabkan benda asing masuk 2,5%, cedera akibat keracunan obat dan lain-lain 1,2%, luka bakar 1,2%, dan luka terbuka 9,9%. Hasil analisis terhadap pengaruh ketepatan pemberian kode cedera pasien IGD dapat diidentifikasi jenis cedera berdasarkan dari pemeriksaan diagnosis dan tindakan dalam dokumen medis pada asesmen IGD, resume medis IGD, dan hasil radiologi. Beberapa jenis cedera seperti fraktur dipengaruhi ketidaksesuaian diagnosis dimana diagnosis awal tidak sesuai dengan hasil radiologi. Petugas memberi kode mengikuti diagnosis yang ditetapkan dokter tanpa memeriksa kembali dokumen medis lain. Pada cedera dalam dipengaruhi kesalahan petugas pemberi kode dalam menganalisis status lokalis cedera pada pasien, salah menentukan kode karena tidak memeriksa hasil radiologi mengenai trauma dalam, dan salah dalam interpretasi diagnosis dokter IGD. Pada cedera luka terbuka yang ditentukan dari tindakan hecting, debridement, cuci luka, dan lain-lain dipengaruhi kesalahan dalam menentukan hasil pemeriksaan pada lokasi regio cedera. Cedera yang melibatkan benturan pada kepala pada RME pasien IGD tidak ada hasil radiologi, sehingga memberikan kode ICD-10 mengenai luka kepada kulit kepala pada regio parietal. Kesalahan lain yang mempengaruhi ketepatan kode cedera ialah tidak tepatnya memilih karakter dalam blok kode.

Tabel 3 Hasil Tidak Tepat Blok Kode Cedera Dalam Karakter

Hasil Tidak Tepat Blok Kode Cedera Dalam Karakter				
No	Blok Kode	Jumlah	Tidak Tepat	
			Jumlah	Persentase
1	Karakter 1	63	11	17%
2	Karakter 2	63	21	33%
3	Karakter 3	63	46	73%
4	Karakter 4	63	58	92%
5	Karakter 5	14	14	100%

Blok kode adalah kumpulan karakter yang menentukan kode yang diberikan dalam kodifikasi terhadap diagnosis, oleh karena itu jika kode cedera salah dalam pemilihan blok kode terutama karakter pertama, maka semua karakter yang ada didalamnya juga salah. Hasil tidak tepat blok kode cedera terletak pada karakter 5 yaitu 100% pada cedera fraktur tulang, intrakranial, intratoraks, dan intra-abdomen. Petugas pemberi kode tidak memberikan karakter 5 yang akan mempengaruhi informasi lengkap dalam mengetahui kondisi cedera tersebut apakah terbuka atau tertutup. Pada karakter 4 dengan tidak tepat yaitu 92%, dimana mempengaruhi dalam menentukan spesifikasi lokasi, jenis, atau penyebab kondisi medis. Lalu karakter 3 dengan tidak tepat yaitu 73% yang mempengaruhi tingkatan jenis cedera yang mempengaruhi lokasi anatomi. Kemudian karakter 2 dengan tidak tepat yaitu 33% yang mempengaruhi lokasi anatomi dan karakter 1 tidak tepat yaitu 17% dimana kesalahan klasifikasi kategori penyakit. Hasil dari kesalahan karakter blok kode disebabkan ketidakpahaman terhadap hierarki blok kode dan konvensi karakter kode oleh petugas pemberi kode, hal ini terjadi karena ketergantungan pada hafalan, dan lalai dengan tanpa me-review kembali kode yang telah dimasukan oleh dokter dalam resume medis IGD apakah sudah sesuai dengan pedoman ICD-10.

Tabel 4. Hasil Ketepatan Kode Penyebab Luar Cedera Di Ruang Rekam Medis

Hasil Ketepatan Kode Penyebab Luar Cedera Di Ruang Rekam Medis					
No	Penyebab Luar Cedera	Tepat		Tidak Tepat	
		Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
1	Kasus Kecelakaan Lalu Lintas (KLL)	0	0%	15	19%
2	Kasus Kecelakaan Lain	0	0%	66	81%
Total		0	0%	81	100%

Penyebab luar cedera dibedakan dengan sebab KLL dan kecelakaan lain baik itu disengaja maupun tidak sengaja. Berdasarkan hasil penelitian, diperoleh dari 81 RME pada ketepatan kode penyebab luar cedera yang terbagi dengan kasus KLL dan kasus kecelakaan lain, diperoleh 0% yang tepat.

Tabel 5 Hasil Tidak Tepat Blok Kode Penyebab Luar Cedera Kasus KLL

Hasil Tidak Tepat 15 Blok Kode Penyebab Luar Cedera Kasus KLL					
No	Blok Kode	Tepat		Tidak Tepat	
		Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
1	Karakter 1	1	7%	14	93%
2	Karakter 2	1	7%	14	93%
3	Karakter 3	1	7%	14	93%
4	Karakter 4	0	0%	15	100%
5	Karakter 5	0	0%	15	100%

Blok kode penyebab luar cedera dalam ICD-10 terdiri dari tiga karakter utama yang menggambarkan mekanisme kejadian, diikuti oleh dua karakter tambahan yang memberikan konteks spesifik. Berdasarkan hasil tidak tepat 15 blok kode penyebab luar cedera kasus KLL

pada karakter 1, karakter 2, dan karakter 3 yaitu 93%, kemudian karakter 4 dan karakter 5 yaitu 100%.

Tabel 6 Hasil Kesalahan Karakter Kode Penyebab Luar Cedera Kasus Kecelakaan Lain

Hasil Tidak Tepat 66 Blok Kode Penyebab Luar Cedera Kasus Kecelakaan Lain					
No	Blok Kode	Tepat		Tidak Tepat	
		Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
1	Karakter 1	0	0%	66	100%
2	Karakter 2	0	0%	66	100%
3	Karakter 3	0	0%	66	100%
4	Karakter 4	0	0%	66	100%
5	Karakter 5	0	0%	66	100%

Berdasarkan hasil tidak tepat 66 blok kode penyebab luar cedera kasus kecelakaan lain pada karakter 1, karakter 2, karakter 3, karakter 4, dan karakter 5 yaitu 100%.

Ditemukan satu kode penyebab luar cedera pada kasus KLL yang diberi oleh petugas pemberi kode, tetapi kode tersebut salah pada karakter 4 dan tidak ada karakter 5. Kesalahan pada kode penyebab luar cedera disebabkan oleh tidak adanya kode yang diberikan oleh petugas pemberi kode, karena kode penyebab luar cedera tidak penting di RS dan juga tidak ada kebijakan untuk pemberian kode penyebab luar cedera.

Menurut penjelasan Irmawati Mathar bahwa kode penyebab eksternal perlu diberikan oleh petugas RM untuk melengkapi kode diagnosis utama, sehingga meningkatkan akurasi dan kelengkapan proses pengkodean secara keseluruhan. Konsistensi ini menuntut tingkat ketepatan yang berkelanjutan dalam praktik pengodean. Sebagai contoh, pemberian kode penyakit harus kuat dan tidak tergoyahkan, untuk memastikan bahwa kode yang tepat diterapkan secara konsisten pada kondisi medis yang sesuai. Dengan mematuhi prinsip-prinsip akurasi, kelengkapan, dan konsistensi ini, organisasi perawatan kesehatan dapat memastikan integritas dan keandalan data medis mereka, yang berfungsi sebagai fondasi untuk berbagai fungsi penting, termasuk pengambilan keputusan klinis, penelitian, dan alokasi sumber daya (Mathar, 2018).

5. Identifikasi Hambatan Ketepatan Kode Cedera Dan Penyebab Luar Cedera Di RSII Sukapura

a) Man

Hasil wawancara kepada kepala ruang RM, petugas pemberi kode, dan petugas pelaporan bahwa dalam Faskes, para profesional pengkodean sering kali menghadapi tantangan beban kerja dan tanggung jawab yang tinggi yang dapat menyebabkan situasi di mana petugas pemberi kode bekerja berdasarkan hafalan dan tidak menganalisis ulang kasus secara menyeluruh berdasarkan pedoman ICD-10, sehingga tingkat ketepatan kode kurang. Petugas pemberi kode juga mengandalkan peran dokter dalam membantu penginputan kode cedera pada kode utama di resume medis agar mempercepat tugas pemberian kode ICD-10.

Dokter hanya memberikan kode sesuai dengan diagnosis yang mereka tetapkan tanpa memahami pedoman dalam ICD-10 sehingga kode yang diberikan tidak akurat, terutama pada karakter tambahan untuk kasus cedera yang mempengaruhi fraktur tulang, intrakranial, intratoraks, dan intra-abdomen. Pemberi kode ICD-10 harus memainkan peran penting dalam memberikan kode secara akurat berdasarkan ICD-10 ke catatan medis pasien. Proses pengkodean ini sangat penting untuk melacak statistik morbiditas dan mortalitas serta memfasilitasi penelitian medis.

Masalah ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ikhwan dkk tahun 2014 di Rumah Sakit Islam Siti Hajar Mataram diketahui jumlah petugas RM hanya dibebankan kepada 2 orang yang seharusnya dikerjakan oleh 4 orang dalam melakukan kodefikasi sehingga petugas koding lalai dan tidak memprioritaskan kode penyebab luar (Ikhwan et al., 2014). Lalu pada penelitian oleh Gishella Nur Fadhilah dkk tahun 2021 di Rumah Sakit Angkatan Udara dr. M. Salamun diketahui setiap hari, petugas pemberi kode mengkodekan 300 RM dengan volume pekerjaan yang tinggi, yang merupakan faktor penyebab ketidaktepatan. akibatnya, petugas kurang memperhatikan riwayat kejadian cedera (G. N. Fadhilah & Herfiyanti, 2021).

b) Material

Hasil wawancara kepada kepala ruang RM, petugas pemberi kode, dan petugas pelaporan bahwa diagnosis dokter pada dokumen asesmen IGD ada yang tidak konsisten dengan dokumen pendukung seperti hasil radiologi dan diagnosis kurang detail terkait letak pasti bagian cedera sehingga petugas pemberi kode harus membuka semua dokumen medis pada RME terkait pendukung diagnosis. Ketidaksesuaian antara kode diagnosis yang tercantum di resume medis IGD dengan diagnosis yang diberikan oleh dokter yang merawat sering kali disebabkan oleh masalah interpretasi dan proses transkripsi yang terlibat dalam dokumentasi RM. Kurangnya pelaporan ini dapat menyebabkan catatan medis yang tidak lengkap, karena tidak ada kronologi yang mapan atau penjelasan rinci atau anamnesis tentang kejadian yang mengarah ke cedera atau kondisi tersebut. Untuk dokumen surat kronologis kejadian banyak pada setiap RME pasien IGD tidak dilengkapi sehingga informasi kejadian yang menyebabkan cedera sangat kurang. Hal ini dikarenakan pasien menggunakan biaya pribadi dan rata-rata malas untuk mengurus pembuatan surat kronologis kejadian. Hal ini perlu ditinjau kembali oleh komite review RM untuk memeriksa dan melaporkan kembali kekurangan dalam berkas RME di database RS.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ikhwan dkk tahun 2014 di Rumah Sakit Islam Siti Hajar Mataram menyimpulkan bahwa petugas RM, ketika memberikan kode untuk kasus cedera, sering kali gagal mendokumentasikan penyebab eksternal pada formulir

anamnesis atau formulir pendaftaran gawat darurat. Kelalaian ini berasal dari faktor individu yang terkait dengan staf medis. Dokumentasi yang komprehensif sangat penting dalam pengaturan perawatan kesehatan untuk memastikan diagnosis yang akurat, perencanaan perawatan yang tepat, dan pengkodean yang tepat untuk tujuan penagihan dan penggantian biaya. Penghilangan informasi penyebab eksternal untuk kasus cedera dapat menyebabkan RM yang tidak lengkap, sehingga menghambat kesinambungan perawatan dan berpotensi berdampak pada hasil akhir pasien (Ikhwan et al., 2014).

c) Methode

SPO yang mengatur tugas kodifikasi pada diagnosis yang berpedoman ICD-10 sudah terangkum secara umum dalam SPO pemberian kode International Classification of Diseases (ICD). Meskipun untuk pemberian kode kasus cedera dan kode penyebab luar cedera tidak dilampirkan secara spesifik, terdapat kalimat dalam bagian prosedur “Mencari kode diagnosa dengan menggunakan ICD 10”. Spesifikasi pada blok kode untuk diagnosis memerlukan aturan khusus, hal ini kembali lagi pada kemampuan petugas pemberi kode apakah menerapkan pedoman ICD-10 dengan baik atau tidak, jika di RS tidak menekankan aturan khusus terkait pemberian kode penyebab luar cedera, ini akan berpengaruh juga pada keputusan petugas pemberi kode karena beranggapan kode penyebab luar cedera tidak penting. RS sebaiknya perlu merevisi kembali terkait pemberian kode ICD-10 dengan menambahkan beberapa poin yaitu pedoman dan aturan yang berlaku dalam ICD-10 terhadap diagnosis yang memerlukan hal-hal khusus dalam pemberian kode agar Petugas Pemberi Kode bisa mengikuti apa yang diinstruksikan oleh RS.

SPO pengisian RME rawat darurat tidak ada, tetapi mengikuti SPO pendaftaran pasien rawat jalan poliklinik yang memasukan unit IGD dalam pelaksanaannya. Didalam SPO tersebut tidak melampirkan secara lengkap tata cara pengisian RM yang ada pada asesmen IGD, resume medis IGD, dan formulir IGD pengkajian awal keperawatan, hanya melampirkan prosedur tugas seorang tenaga medis dalam proses alur pendaftaran pasien. RSIJ Sukapura sebaiknya menerbitkan SPO yang mengatur pembuatan dokumen atau dokumen medis beserta pengisian catatan klinis dan demografi pasien secara lengkap agar meningkatkan kelengkapan berkas RM pasien elektronik di unit IGD dan mempercepat transisi peralihan ke elektronik.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

Analisis Ketepatan Kode Cedera Dan Penyebab Luar Cedera Pada RME Rawat Darurat Di RSIJ Sukapura menyiratkan beberapa hal. Ketepatan pada kode cedera yaitu 22% yang tepat, dan ketepatan pada kode penyebab luar cedera yang tergabung dalam kasus kecelakaan lalu lintas dan kasus kecelakaan lain yaitu 0% yang tepat. Hasil ketepatan kode cedera yang rendah dikarenakan tidak menambahkan karakter 5, kesalahan blok kode, dan kesalahan menentukan kategori kode. Hasil dari ketepatan kode penyebab luar cedera yang diperoleh 0% yang tepat karena 80 rekam medis elektronik pasien rawat darurat tidak diisikan kode penyebab luar cedera. Faktor yang menghambat ketepatan kode cedera dan penyebab luar cedera dipengaruhi oleh faktor man yaitu dengan beban kerja tinggi, ketergantungan pada kode ICD-10 pada dokter, dan kurangnya audit umpan balik. Kemudian pengaruh faktor material yaitu ketidaklengkapan dokumen pendukung, kurangnya detail dalam diagnosis, dan kekurangan surat kronologis kejadian. Lalu pengaruh faktor metode yaitu kebijakan dan prosedur yang tidak mendukung, kurangnya pelatihan dan pemahaman, serta penerapan kode penyebab luar cedera yang lemah.

Untuk meningkatkan keakuratan pengodean, rumah sakit harus mengatasi masalah-masalah ini. Strategi yang dapat dilakukan antara lain dengan penerapan SPO yang spesifik untuk pengisian RME pasien IGD yang mencakup pengertian, tujuan, kebijakan, dan prosedur yang jelas dan terperinci untuk pengisian dokumen penting seperti asesmen IGD, resume medis IGD, dan dokumen lainnya. RS perlu meningkatkan pengetahuan petugas pemberi kode mengenai pedoman ICD-10 yang mengatur beberapa kondisi khusus dan kepehaman akan pentingnya ketepatan pengkodean khususnya cedera dan penyebab luar cedera. Perlunya upaya meningkatkan sistem dokumentasi untuk memastikan bahwa semua informasi yang diperlukan untuk pengkodean tersedia dan lengkap, mendorong dokter untuk memberikan diagnosis yang lebih detail dan lengkap, serta memastikan bahwa surat kronologis kejadian selalu dilengkapi. Mengupayakan untuk menambahkan beberapa poin dalam SPO pengkodean diagnosis untuk memperjelas kebijakan terhadap prosedur terkait pemberian kode diagnosis cedera dan kode penyebab luar cedera, serta melakukan audit rutin untuk menilai ketepatan pengkodean dan memberikan umpan balik yang konstruktif kepada petugas manajemen RM.

DAFTAR REFERENSI

- Agiwahyunto, F., Anjani, S., & Juwita, A. (2021). Tinjauan penyebab pengembalian berkas klaim kasus gawat darurat. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 9(2), 125. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v9i2.318>
- Anggraini, M., Irmawati, Garmelia, E., & Kresnowati, L. (2017). Klasifikasi, kodifikasi penyakit, dan masalah terkait I: Anatomi, fisiologi, patologi, terminologi medis dan tindakan pada sistem kardiovaskuler, respirasi, dan muskuloskeletal. In A. Susilo, N. Fitriana, & N. Suwarno (Eds.), *Bahan ajar rekam medis dan informasi kesehatan (RMIK)* (Cetakan pertama, Vol. 01, hlm. 1–511). Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Astuti, W. (2019). *Buku ajar terminologi medis*. Indomedia Pustaka.
- Bash, J. (2022). *Diagnostic coding series II: ICD-10 in radiology*. (Tidak ada nama penerbit).
- Fadhilah, G. N., & Herfiyanti, L. (2021). Analisis ketepatan kode external cause di Rumah Sakit Angkatan Udara dr. M. Salamun. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 1(8), 960–970. <https://doi.org/10.36418/cerdika.v1i8.146>
- Fadhilah, S., Nur, R. H., & Setiatin, S. (2021). Pengaruh kelengkapan resume medis rawat inap terhadap mutu rekam medis di Rumah Sakit X Kabupaten Bandung. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 1(11), 1581–1592. <https://doi.org/10.36418/cerdika.v1i11.231>
- Haeriyah, Y. S., Purba, N. H. F., Kushayati, N., Mira, N., & Nurhidayat, S. (2023). *Asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan kasus non trauma* (N. A. Hardyati, Ed.; Cetakan pertama). Nuansa Fajar Cemerlang.
- Hayati, A., Putri, D. S., Dinasti, N. K., Rokhman, N., & Jayatullah, M. N. (2022). Analisis ketepatan pengodean kasus cedera, keracunan, dan faktor eksternal di Puskesmas Temon 1. 170–174. <https://www.puskesmastemon1.com/wp-content/uploads/2023/02/ARTIKEL-PKL-3.pdf>
- IFHIMA. (2018a). *Health classification systems - ICD-10 morbidity coding* (1st ed., Vol. 10). IFHIMA.
- IFHIMA. (2018b). *Module 1 - The health record – From paper to electronic* (1st ed., p. 6). IFHIMA.
- Ikhwan, Syamsuriansyah, & Irawan, M. M. P. (2014). Tinjauan ketepatan kode diagnosis cedera dan penyebab luar cedera (external causes) pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam “Siti Hajar” Mataram. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 4(1), 1–16. <https://doi.org/10.33560/v4i2.132>
- Ismatullah, N. K., Winarti, Y., Flora, H. S., Kusumaningrum, A. E., Syamsuriansyah, Silapurna, E. L., Amalin, A. M., Andriani, H., Surya, S., Yuliani, R. D., Husain, F. F., Chairunnisah, R., Rahmawati, M. A., & Tambunan, C. A. (2023). *Rekam medis* (N. Rismawati, Ed.). Widina Media Utama.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018a). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 tentang kewajiban rumah sakit dan kewajiban pasien* (Issue 1).

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018b). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 tentang pelayanan kegawatdaruratan.*
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020a). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: HK.01.07/MENKES/312/2020 tentang standar profesi perekam medis dan informasi kesehatan.*
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020b). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit.*
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam pelaksanaan jaminan kesehatan.*
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022a). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1423/2022 tentang pedoman variabel dan metadata pada penyelenggaraan rekam medis elektronik.*
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022b). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang organisasi dan tata kerja rumah sakit di lingkungan Kementerian Kesehatan.*
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022c). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang rekam medis.*
- Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia. (2012). *Pedoman penyusunan standar operasional prosedur administrasi pemerintahan.*
- Khalilati, N., Sihombing, F., Saputra, B., Irawan, E., Suprapti, F., Prastyawati, I. Y., Listianingsih, L. T., Chayati, N., Widianingtyas, S. I., Hutagalung, R., Wardhani, I. K., Hasnidar, Dinaryanti, R. S., Arianto, A. B., Wasijati, Khotimah, N. I. H. H., Rahayu, S. M., Ikbal, R. N., Malkis, Y., ... Lusiani, E. (2024). *Buku ajar keperawatan gawat darurat* (F. Sihombing, Ed.; Cet. Pe). Eureka Media Aksara.
- Manalu, D. F. C., Putra, D. H., Fannya, P., & Indawati, L. (2020). Analisis ketepatan kode cedera dan kode external cause pasien kecelakaan lalu lintas di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Soebroto tahun 2020. *Jurnal Manajemen Informasi dan Administrasi Kesehatan (JMIAK)*, 5(1), 22–32.
- Mathar, I. (2018). *Manajemen informasi kesehatan: Pengelolaan dokumen rekam medis* (H. Rahmadhani & T. Dwijayanti, Eds.; Cet. Pe). Penerbit Deepublish.
- Muammar Dzachwani, Dewi, D. R., Fannya, P., & Indawati, L. (2022). Tinjauan kelengkapan pengisian resume medis berdasarkan elemen penilaian akreditasi SNARS 1.1 di RSUD Kembangan. *Indonesian Journal of Health Information Management*, 2(1), 1–6. <https://doi.org/10.54877/ijhim.v2i1.37>
- Nau, K. Y. C., & Salsabila, S. (2020). Tinjauan pelaksanaan pengumpulan, validasi dan verifikasi data rekam medis guna mendukung laporan eksternal (RL4a dan RL5) di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang. *Prosiding 4 SENWODIPA*, 4(0), 39–46.

- Nisak, U. K. (2019). Buku ajar pengantar rekam medis dan informasi kesehatan. In S. B. Sartika & M. T. Multazam (Eds.), *Buku ajar mata kuliah pengantar rekam medis dan manajemen informasi kesehatan* (Issue 666). UMSIDA Press. <https://doi.org/10.21070/2019/978-623-7578-07-9>
- Nuryati, & Kresnowati, L. (2018). Klasifikasi, kodifikasi penyakit dan masalah terkait III: Anatomi, fisiologi, patologi, terminologi medis dan tindakan pada sistem panca indra, saraf, dan mental. In D. D. Mustafa, B. A. Darmanto, & N. Suwarno (Eds.), *Bahan ajar rekam medis dan informasi kesehatan (RMIK)* (Cet. Pe, Vol. 1, pp. 1–607). Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Oktamianiza, Billa, D. S., Putri, K. A., Yulia, Y., & Afridon. (2023). Tinjauan ketepatan kode cedera multiple pada kasus external cause di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 6(1), 36–42. <https://doi.org/10.31983/jrmik.v6i1.9187>
- Pane, I., Hadju, V. A., Maghfuroh, L., Akbar, H., Simamora, R. S., Lestari, Z. W., Galih, A. P., Wijayanto, P. W., Waluyo, Uslan, & Aulia, U. (2021). *Desain penelitian mixed method* (N. Saputra, Ed.). Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Puspitasari, N. N., & Rahadiyanto, C. (2022). Tinjauan ketepatan kodefikasi external cause kasus cedera dokumen rekam medis pasien rawat inap berdasarkan ICD-10 di Rumah Sakit Umum Daerah RA. Kartini Kabupaten Jepara Triwulan I 2022. *Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan*, 2, 1–7.
- Puspitasari, N., & Kusumawati, D. R. (2017). Evaluasi tingkat ketidaktepatan pemberian kode diagnosis dan faktor penyebab di Rumah Sakit X Jawa Timur. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo*, 3(2), 158. <https://doi.org/10.29241/jmk.v3i1.77>
- RSIJ Sukapura. (2022). Pemberian kode International Classification of Diseases (ICD). *Braz Dent J.*, 33(1), 1–12.
- Setiyawan, H., Rohman, H., & Nugraha, F. B. (2023). Analisis kelengkapan dan ketepatan kodefikasi terminologi medis obstetri di Puskesmas Jetis Bantul Yogyakarta. *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKESNas)*, 72–77.
- Sholichin. (2021). *Keperawatan gawat darurat* [Modul praktikum keperawatan gawat darurat]. <https://repository.unmul.ac.id/bitstream/handle/123456789/25665/Modul%20Keperawatan%20Gawat%20Darurat.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Taufiq, A. R. (2019). Penerapan standar operasional prosedur (SOP) dan akuntabilitas kinerja rumah sakit. *Profita: Komunikasi Ilmiah Akuntansi dan Perpajakan*, 12(1), 56. <https://doi.org/10.22441/profita.2019.v12.01.005>
- Utami, Y. T., Hastuti, N. M., & Sari, A. (2022). Keakuratan kode diagnosis cedera dan external cause di RSUD Ir. Soekarno Sukoharjo. *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKESNas)*, 458–466. <http://ojs.udb.ac.id/index.php/sikenas/article/download/2095/1653>

WHO. (2016a). *International statistical classification of diseases and related health problems (10th rev., Vol. 1)*. WHO.

WHO. (2016b). *International statistical classification of diseases and related health problems (10th rev., Vol. 2)*. WHO. <https://doi.org/10.4135/9781483392271.n276>