

KEAKURATAN KODEFIKASI DIAGNOSIS PENYAKIT SISTEM URINARIA DI RSUD KANJURUHAN

Febrianne Arum Sukmawati¹⁾, Endang Sri Dewi Hastuti Suryandari²⁾

^{1),2)} *D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Poltekkes Kemenkes Malang*
Email : arumfebrianne02@gmail.com

ABSTRAK

Keakuratan kode diagnosis penyakit sistem urinaria di RSUD Kanjuruhan belum mencapai 100%. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keakuratan kode diagnosis penyakit sistem urinaria di RSUD Kanjuruhan. Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan retrospektif. Populasi yang digunakan sebanyak 303 DRM (Dokumen Rekam Medis) penyakit sistem urinaria periode Triwulan II 2024. Penentuan sampel menggunakan *Simple Random Sampling*, didapat sebanyak 75 DRM penyakit sistem urinaria. Instrumen penelitian menggunakan lembar *checklist* untuk mencatat hasil analisis keakuratan kode diagnosis yang tertera dalam DRM. Analisis data menggunakan analisis univariat. Hasil observasi terhadap 75 DRM menunjukkan kode diagnosis yang akurat yaitu sebanyak 38 DRM (51%) dan kode diagnosis yang tidak akurat sebanyak 37 DRM (49%) Hasil analisis berdasarkan 3 komponen keakuratan didapatkan, *completeness* dan *validity* masing-masing sebesar 56% dan *reliability* sebesar 51%. Perlu dilakukan pelatihan koding berkelanjutan dan peningkatan ketelitian petugas koding untuk meningkatkan keakuratan dalam melakukan kodefikasi diagnosis penyakit.

Kata Kunci: Keakuratan, Kode Diagnosis, Sistem Urinaria

ABSTRACT

Background consists of 2-3 sentences containing the basic background of the research The accuracy of the urinary system disease diagnosis codes at Kanjuruhan Regional General Hospital (RSUD) has not yet reached 100%. This study aims to determine the accuracy of the urinary system disease diagnosis codes at RSUD Kanjuruhan. This type of research is a quantitative descriptive study with a retrospective approach. The population used consists of 303 medical record documents (DRM) for urinary system diseases in the second quarter of 2024. The sample selection was done using Simple Random Sampling, resulting in 75 DRM for urinary system diseases. The research instrument used was a checklist sheet to record the results of the diagnosis code accuracy analysis in the DRM. Data analysis used univariate analysis. The results of the observation of 75 DRMs showed that the accurate diagnosis code was found in 38 DRMs (51%), while the inaccurate diagnosis code was found in 37 DRMs (49%). Based on the analysis of three accuracy components, completeness and validity were 56% each, and reliability was 51%. Ongoing coding training and improvement of coding staff accuracy are needed to enhance the precision of disease diagnosis coding.

Keywords: Accuracy, Diagnosis Code, Urinary System

PENDAHULUAN

Berdasarkan Permenkes Nomor 24 Tahun 2022, rekam medis berisi data identitas pasien,

pemeriksaan klinis, diagnosis, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes RI, 2022). Salah satu hal

utama dalam DRM adalah diagnosis, terbagi menjadi dua yaitu diagnosis utama dan diagnosis sekunder. Diagnosis ini akan dikode oleh petugas coding untuk memudahkan pelayanan rumah sakit (Kemenkes RI, 2021). Pengkodean merupakan kegiatan menerjemahkan diagnosis penyakit ke dalam bahasa terminologi medis kemudian diterjemahkan menjadi kode alfanumerik sesuai buku ICD-10 volume 1 dan 3.

Pengkodean berpengaruh terhadap perawatan dan pengobatan lanjutan kepada pasien, pengambilan keputusan oleh direktur rumah sakit dan proses klaim biaya pada pasien. Selain itu, coding akan menentukan biaya yang dibayarkan ke FKRTL, ketepatannya berpengaruh terhadap hasil grouper dalam aplikasi INACBG.

Penyakit sistem urinaria seperti gagal ginjal dan batu saluran kemih semakin meningkat setiap tahunnya. Prevalensi penyakit gagal ginjal di Indonesia tercatat sebanyak 3,8% atau sebanyak 739.208 jiwa (Alfianto, 2024).

Berdasarkan studi pendahuluan di RSUD Kanjuruhan pada bulan Agustus 2024 dari 10 DRM diperoleh hasil 4 DRM (40%) kode tidak akurat. Ketidakakuratan kode diagnosis terjadi sebab penulisan kode pada karakter ke-4 masih belum tepat. Contohnya, diagnosis *colic of ureter with hydronephrosis* terkode N13.2 akan tetapi peneliti menemukan pada hasil pemeriksaan laboratorium tertulis positif bakteri *E.coli*, maka menurut pedoman ICD-10 Tahun 2010 volume 1, 2, dan 3 kode yang tepat adalah N13.6 B96.2.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Widyaningrum di RS Panti Waluyo Surakarta membuktikan bahwa kesalahan pemilihan kode dan adanya diagnosis yang tidak dikode menjadi penyebab ketidakakuratan pengkodean diagnosis penyakit genitourinaria sebesar 47% dari 100 sampel DRM. Faktor yang mempengaruhi adalah tulisan dokter yang tidak terbaca dan keterbatasan ilmu pengetahuan koder (Widyaningrum *et al.*, 2021). Hasil penelitian lainnya oleh Maryati tentang ketepatan kode diagnosis *Chronic Kidney Disease* dalam mendukung kelancaran klaim BPJS didapat 4,1% kode tidak akurat dari 97 sampel DRM. Ketidakakuratan kode disebabkan karena kesalahan penggunaan kode kombinasi. Contohnya, diagnosis utama CKD stage 5 dan diagnosis sekunder CHF terkode I13.2 padahal tidak ada komplikasi hipertensi dan prosedur yang dilakukan adalah hemodialisis maka kode yang tepat adalah N18.5 I50.0 (Maryati *et al.*, 2023).

Berdasarkan latar belakang diatas maka penelitian ini dilakukan untuk mengidentifikasi proses pelaksanaan kodefikasi dan mengukur tingkat keakuratan kode diagnosis penyakit sistem urinaria di RSUD Kanjuruhan.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan retrospektif. Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Kanjuruhan selama bulan September sampai dengan bulan November 2024. Populasi dalam penelitian ini adalah dokumen rekam medis rawat inap

penyakit sistem urinaria periode Triwulan II 2024 sebanyak 303 DRM. Peneliti mengambil sampel menggunakan teknik simple random sampling sebanyak 75 DRM rawat inap penyakit sistem urinaria periode triwulan II 2024. Hasil kodefikasi yang ada dalam DRM dianalisa keakuratannya dengan mengacu pada pedoman klasifikasi kodefikasi ICD-10 tahun 2010 volume 1, 2, dan 3 serta tiga komponen keakuratan (*validity*, *reliability*, dan *completeness*). Analisis data pada penelitian ini adalah analisis univariat.

HASIL PENELITIAN

Proses Pelaksanaan Kodefikasi di RSUD Kanjuruhan

Pelaksanaan kodefikasi diagnosis berkas rekam medis rawat inap di RSUD kanjuruhan dilakukan oleh 2 koder dengan latar belakang D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Dalam program kerja unit rekam medis yaitu pelatihan petugas rekam medis salah satunya terdapat pelatihan kodefikasi. Pelaksanaan kodefikasi diagnosis menggunakan ICD-10 revisi tahun 2010 volume 1, 2, dan 3. RSUD Kanjuruhan telah memiliki SPO kodefikasi diagnosis sebagai pedoman tata cara pemberian kode penyakit. Dalam SPO kodefikasi tersebut dijelaskan bahwa pemberian kode diagnosis dilakukan sesuai dengan langkah langkah yang ada di ICD-10 revisi tahun 2010 volume 2, yakni dengan 8 langkah.

Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Sistem Urinaria di RSUD Kanjuruhan

Hasil penelitian oleh peneliti dicatat pada lembar checklist keakuratan kode diagnosis. Pedoman dalam melakukan kodefikasi diagnosis menggunakan buku ICD-10 revisi 2010. Kode diagnosis akurat diberi skor 1 dan kode tidak akurat diberi kode 0. Berdasarkan pada lembar checklist dari sampel sebanyak 75 DRM diagnosis penyakit sistem urinaria di RSUD Kanjuruhan tahun 2024 diperoleh hasil sebagai berikut:

Table 1. Hasil Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Sistem Urinaria

Keakuratan	Jumlah	Persentase (%)
Kode Akurat	38	51%
Kode Tidak Akurat	37	49%
Total	75	100%

Berdasarkan tabel 1, dapat diketahui bahwa dari sampel 75 DRM diperoleh kode akurat sebanyak 38 DRM dengan persentase 51% dan kode tidak akurat sebanyak 37 DRM dengan persentase 49%.

Penentuan keakuratan kode pada lembar checklist didasari oleh tiga komponen keakuratan, yakni *reliability*, *completeness*, dan *validity* dengan diperoleh hasil seperti tertera pada tabel 2.

Berdasarkan tabel 2, hasil keakuratan kode berdasar tiga komponen diperoleh hasil komponen *reliability*/konsisten sebanyak 38 DRM dengan persentase 51% dan kode tidak konsisten sebanyak 37 DRM dengan persentase 49%. Komponen *completeness*/lengkap dan *validity*/tepat memperoleh hasil yang sama yakni

sebesar 42 DRM dengan persentase 56%. Sedangkan, kode tidak lengkap dan tidak tepat sebanyak 33 DRM dengan persentase 44%.

Table 2. Hasil Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Sistem Urinaria Berdasarkan 3 Komponen

Komponen Keakuratan	Jumlah	Persentase (%)
Reliability		
a. Konsisten	38	51%
b. Tidak konsisten	37	49%
Total	75	100%
Completeness		
a. Lengkap	42	56%
b. Tidak Lengkap	33	44%
Total	75	100%
Validity		
a. Tepat	42	56%
b. Tidak tepat	33	44%
Total	75	100%

Faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis yaitu kesalahan pemilihan kode blok, kode tidak lengkap, dan kesalahan pemilihan kode karakter ke-4.

PEMBAHASAN

Proses Pelaksanaan Kodefikasi

Kegiatan kodefikasi dilakukan oleh dua petugas koding dengan latar belakang ahli madya Rekam Medis dan Infomasi Kesehatan. Hal ini sesuai dengan Kepmenkes Nomor 312 Tahun 2020 dan Permenkes Nomor 55 Tahun 2013. Bahwasanya, salah satu kompetensi yang dilakukan oleh perekam medis adalah pelaksanaan sistem klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit yang berkaitan dengan

kesehatan dan tindakan medis. Dalam peningkatan keterampilan koder pun disediakan program pelatihan kodefikasi untuk koder. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Catur Faizah, bahwa kurangnya pelatihan koding dapat mempengaruhi tingkat keakuraatan kode. Maka, petugas koding perlu mengikuti pelatihan untuk menambah pengetahuan dan keterampilan koding (Catur Faizah *et al.*, 2024).

Pelaksanaan koding di RSUD Kanjuruhan berpedoman kepada SPO pelaksanaan kodefikasi diagnosis yang ada di rumah sakit dan aturan di ICD-10 revisi tahun 2010 volume 1, 2, dan 3. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Heby Rivaldo pada tahun 2021, penerapan standar perekam medis terkait keterampilan klasifikasi kodefikasi penyakit di RSUD Anna Medika Madura belum terdapat SPO pelaksanaan kodefikasi diagnosis sehingga menyebabkan kesalahan dalam mengkode (Rivaldo, 2021). Sehingga disimpulkan bahwa koder RSUD Kanjuruhan memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi terhadap SPO pelaksanaan kodefikasi diagnosis untuk menghasilkan kode yang akurat.

Keakuratan Kodefikasi Diagnosis Penyakit Sistem Urinaria

Keakuratan kodefikasi diagnosis penyakit sistem urinaria di RSUD Kanjuruhan didapatkan dengan cara menganalisis catatan yang terdapat pada lembar assesmen awal pasien, catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT), resume medis, lembar pemeriksaan penunjang, dan laporan operasi. Terdapat 75 DRM sebagai

sampel penelitian, diperoleh hasil sebanyak 38 DRM kode akurat dengan persentase 51%, sedangkan kode yang tidak akurat sebanyak 37 DRM dengan persentase 49%. Dengan hasil persentase tersebut jika dianalogikan ke dalam kinerja pengkodean menurut buku Hatta termasuk kategori tidak memuaskan (Hatta, 2017).

Penentuan keakuratan kode dilihat dari tiga komponen keakuratan menurut Hatta, dengan masing-masing perolehan sebagai berikut:

1. *Reliability*/konsisten

Komponen *reliability* sebanyak 38 DRM kode konsisten dengan persentase 51%, sedangkan kode tidak konsisten sebanyak 37 DRM dengan persentase 49%. Hampir setengah sampel pengkodean DRM yang dikode oleh tiga koder menghasilkan kode yang berbeda.

Contoh kasus dari komponen *reliability* adalah diagnosis infeksi saluran kemih dengan kondisi pasien hamil terkode N39.0. Kode tersebut memang benar untuk mengkode penyakit infeksi saluran kemih, akan tetapi dengan kondisi pasien hamil maka peneliti dan validator memilih kode yang lebih tepat sesuai dengan ICD-10 revisi tahun 2010 volume 1 adalah O23.4 (*unspecified infection of urinary tract in pregnancy*). Contoh lainnya yaitu, diagnosis penyakit *stricture uretra* dan trauma uretra terkode N35.9. Kode tersebut benar untuk diagnosis *stricture uretra*, tetapi pada diagnosis dibunyikan juga trauma uretra sehingga kode yang lebih tepat sesuai dengan ICD-10 revisi

tahun 2010 volume 1 adalah N35.0 (*post-traumatic urethral stricture*).

Perbedaan pemilihan kode disebabkan karena kurangnya ketelitian membaca informasi pasien pada DRM dan pengetahuan antar koder yang berbeda. Kesalahan dalam memilih kode dapat berpengaruh pada proses klaim biaya, pelaporan dan informasi tentang penyakit tidak akurat. Banyaknya *pending claim* disebabkan karena ketidaksesuaian informasi medis dengan kode yang dipilih sehingga terdapat perbedaan tagihan yang harus dibayarkan oleh BPJS/asuransi lain kepada RS. Hal ini menunjukkan bahwa RS dapat mengalami kerugian yang cukup besar apabila banyak tagihan yang tidak terbayarkan. Secara menyeluruh, informasi yang diberikan tidak akurat sehingga dapat menyebabkan kesalahan pemberian keputusan baik oleh direktur RS maupun dinas kesehatan terhadap RS, pasien, maupun masyarakat sekitar.

Selaras dengan penelitian terdahulu oleh Khumaira tahun 2024, dari 84 DRM yang diteliti didapat 22 DRM atau 26,19% kode tidak akurat dengan kesalahan tertinggi pada kategori salah kode sebanyak 12 DRM. Ketidaktepatan kode diagnosis ini mempengaruhi klaim biaya rumah sakit ke pihak penyelenggara jaminan kesehatan/asuransi (Khumaira et al., 2024). Untuk mendapatkan hasil *reliability* koder harus memiliki pengetahuan terkait tata cara koding dan pengetahuan klinis, serta ketelitian dalam menganalisis dokumen rekam medis. Selain itu, koder juga harus memiliki pengetahuan mengenai

pemeriksaan penunjang, hasil pemeriksaan laboratorium, dan terapi obat (Ningsih *et al.*, 2024).

2. *Completeness*/lengkap

Dari komponen *completeness*, dihasilkan sebanyak 42 DRM kode lengkap dengan persentase 56% dan sebanyak 33 DRM tidak lengkap dengan persentase 44%. Kode yang tidak lengkap ini sering terjadi pada diagnosis sekunder dan kode tambahan untuk mengidentifikasi bakteri (kode B95-B97).

Contohnya, diagnosis *acute kidney injury* dan infeksi saluran kemih terkode N39.0. Dari hasil observasi, peneliti menemukan kultur urin teridentifikasi adanya bakteri *Escherichia coli* yang cukup tinggi. Terdapat pula diagnosis AKI tetapi tidak dikode. Maka, sesuai dengan ICD-10 revisi tahun 2010 volume 1 kode yang lebih tepat adalah N39.0 B96.2 (*urinary tract infection, site not specified*) dan N17.9. (*acute renal failure, unspecified*).

Beberapa dokumen rekam medis yang diteliti tidak mencakup hasil laboratorium yang lengkap, hasil radiologi, dan hasil penunjang lain. Padahal, hasil penunjang tersebut dapat membantu koder untuk menentukan kode diagnosis primer dan diagnosis sekunder pasien. Apabila data tersebut tidak lengkap, kode yang ditentukan dapat berpeluang salah. Kode diagnosis yang tidak lengkap dapat berpengaruh pada INA-CBG karena adanya kode diagnosis sekunder serta tindakan-tindakan atau obat-obatan yang diberikan kepada pasien dapat berpengaruh kepada tagihan rawat inap.

Selaras dengan penelitian terdahulu oleh Hutasoit tahun 2024, dari 31 DRM penyakit CKD yang diteliti, didapat 12 DRM (38,70%) kurang tepat dengan salah satu penyebabnya adalah ketidakengkapan pengisian dan tidak ditulisnya diagnosis penyakit (Hutasoit *et al.*, 2024). Aspek *completeness* dianalisis dari pemberian kode diagnosis yang mencakup diagnosis primer, diagnosis sekunder, dan tindakan. Keberadaan semua data yang diperlukan dan setiap elemen data wajib dalam kumpulan data dan harus dilengkapi (Ningsih *et al.*, 2024).

3. *Validity*/tepat

Komponen *validity* mendapatkan sebanyak 42 DRM kode tepat atau sebesar 56% dan 33 DRM kode tidak tepat atau sebesar 44%. Contoh kasusnya yaitu diagnosis CKD *stage 5* terkode N18.5. Pemilihan kode N18.5 kurang tepat karena untuk diagnosis CKD *stage 5* diperlukan tindakan hemodialisis dan hasil hitung lab kreatin (3.24) dengan usia 70 tahun dan jenis kelamin laki-laki menunjukkan CKD *stage 4*. Maka sesuai dengan ICD-10 revisi tahun 2010 volume 1, kode yang lebih tepat adalah N18.4 (*Chronic Kidney Disease, stage 4*).

Ketidakakuratan tersebut terjadi karena kesalahan pemberian kategori ke-4 dan diagnosis yang tertulis tidak sesuai dengan tindakan yang diberikan kepada pasien. Dapat disimpulkan, bahwa isi dokumen rekam medis masih belum lengkap 100% dan penentuan diagnosis yang tidak tepat. Sesuai dengan komponen *completeness*, isi dokumen rekam medis selama

pasien dirawat inap sangat penting untuk menentukan diagnosis dan kode. Pemberian diagnosis yang tidak tepat dapat menyebabkan kesalahan pemberian tindakan atau obat kepada pasien sehingga dapat berakibat serius pada pemulihan pasien.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ningsih tahun 2024, keakuratan kode meningkat dari tahun ke tahun, rata-rata keakuratan berkisar 30-70%. Keakuratan kode akan berdampak kepada kualitas dan sangat penting dalam bidang manajemen informasi kesehatan (Ningsih et al., 2024). Pengkodean diagnosis yang salah menyebabkan data memiliki tingkat validasi yang rendah dan dengan demikian menyebabkan ketidakakuratan dalam laporan petugas analisis dan pelaporan (Pira Triyana et al., 2025).

Komponen tertinggi yang menyumbang ketidakakuratan adalah *completeness* dan *validity* karena ketidakteelitian koder dalam menganalisis DRM, tulisan dokter yang sulit terbaca, dan kurangnya pelaksanaan program pelatihan koding. Didukung dengan penelitian oleh Afridyahwati, bahwa petugas koding yang mengikuti pelatihan ≥ 1 kali menunjukkan sebagian besar (83,3%) kode akurat (Rahayu et al., 2024). Selain keterampilan dan pengetahuan koder, kelengkapan dokumentasi rekam medis juga mendukung penentuan kode diagnosis agar kode yang dihasilkan *legible*. Apabila kode yang dihasilkan salah, maka akan berdampak pada pengajuan klaim, dapat menurunkan mutu rekam medis, menyebabkan ketidaktepatan informasi kesehatan, dan meningkatkan beban kerja koder

karena harus memperbaiki kembali rekam medis yang dikembalikan oleh pihak jaminan kesehatan/asuransi.

PENUTUP

Hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Kanjuruhan menunjukkan bahwa proses pengkodean dilakukan oleh 2 petugas dengan latar belakang D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Pelaksanaan pengkodean sudah sesuai dengan SPO yang ada dan terdapat pelatihan. Keakuratan kode dari 75 DRM sebesar 51% (38 DRM). Keakuratan kodefikasi diagnosis penyakit sistem urinaria berdasarkan tiga komponen keakuratan didapatkan, *completeness* dan *validity* masing-masing sebesar 56% dan *reliability* sebesar 51%. Perlu dilakukan pelatihan koding berkelanjutan dan peningkatan ketelitian petugas koding untuk meningkatkan keakuratan dalam melakukan kodefikasi diagnosis penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfianto, R. (2024). *Kemenkes Catat Angka Penyakit Urologi di Indonesia Terus Meningkat, Faktor Gaya Hidup Sangat Berpengaruh*. JawaPos.Com. <https://www.jawapos.com/kesehatan/014411768/kemenkes-catat-angka-penyakit-urologi-di-indonesia-terus-meningkat-faktor-gaya-hidup-sangat-berpengaruh>
- Catur Faizah, S., Agung Priyadi, F., & Wijaya, A. (2024). Ketepatan Pengkodean Diagnosis Penyakit Diabetes Mellitus Di Rumah Sakit X Kota Malang. *IJHIMR: Indonesian Journal of Health Insurance and Medical Records*, 1(1), 30–38.
- Hatta, G. R. (2017). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Universitas Indonesia.

- Hutasoit, T., Sitorus, M. S., Erlindai, E., Christy, J., & Syahputri, M. A. (2024). Faktor – Faktor Penentu Ketepatan Kode Diagnosa Chronic Kidney Disease (Ckd) Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2023. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 5(4), 12261–12268. <https://doi.org/10.31004/jkt.v5i4.37033>
- Kemenkes RI. (2021). *PMK No 26 Tahun 2021* (26). 26.
- Kemenkes RI. (2022). *PMK No 24 Tahun 2022* (24). 24. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/245544/erkenkes-no-24-tahun-2022>
- Khumaira, N. F., Wahyuni, A., & Siska, S. (2024). Ketidaktepatan Kode Diagnosis Kasus Bedah RSUD ‘Aisyiyah berdasarkan ICD-10. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 5(4), 299–306. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v5i4.5080>
- Maryati, W., Rahayuningrum, I. O., & Hestiana. (2023). Ketepatan Kode Diagnosis Chronic Kidney Disease Dalam Mendukung Kelancaran Klaim BPJS Di Rumah Sakit. *Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM)*, 11(1), 43–49. <https://doi.org/10.47007/inohim.v11i1.497>
- Ningsih, K. P., Nisak, U. K., & Widjaja, L. (2024). *Audit Kode Klinis Pasien Rawat Inap Jaminanan BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit Tipe C Dan D Wilayah DIY*. 9(2), 189–199.
- Pira Triyana, E., Dewi Rahmawati, F., Aryani, B., Haryanto, Y., Medis dan Informasi Kesehatan, R., & Kemenkes Tasikmalaya, P. (2025). *Review of the Accuracy of Coding for Inpatient Urinary Tract Stone Cases in Cirebon Regency*. 4(1), 219–224. <https://jurnal.undhirabali.ac.id/index.php/jakasakti/index>
- Rahayu, A., Sri, E., Hastuti, D., Sangkot, H. S., & Wijaya, A. (2024). *HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK PETUGAS KODING DENGAN AKURASI*. 13(2), 118–126.
- Rivaldo, R. H. (2021). Tinjauan Penerapan Standar Kompetensi Perekam Medis Terkait Keterampilan Klasifikasi Kodefikasi Penyakit Dan Masalah Kesehatan. *Jurnal Rekam Medik & Manajemen Informasi Kesehatan*, 1(1), 5–13.
- Widyaningrum, L., Safira, N. A., Kesehatan, F. I., Duta, U., & Surakarta, B. (2021). Hubungan Ketepatan terminologi medis dengan Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Sistem Genitourinary. *Jurnal Manajemen Informasi Dan Administrasi Kesehatan (JMIK)*, 4, 96–103.