

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Umum Rumah Sakit Umum *Queen* Latifa Yogyakarta

a. Sejarah RSUD *Queen* Latifa Yogyakarta

Rumah Sakit Umum *Queen* Latifa Yogyakarta merupakan Rumah Sakit yang terletak di Jl. Ringroad Barat Gamping dan berdiri pada tahun 1987. Dimulai dari tahun 2001, bangunan untuk pengobatan dan bersalin yang dilakukan oleh Bapak Syaifudin dan Ibu Siti Purwanti. Pada tahun 2003 mendapatkan prestasi sebagai Bidan Praktik Swasta terbaik II di DIY yang mana penghargaan tersebut didapatkan oleh Ibu Siti Purwanti. Kemudian pada tanggal 31 Desember 2009 mendapatkan ijin Operasional RSUD *Queen* Latifa yang diterbitkan oleh Dinas Kesehatan dan diresmikan.

b. Visi, Misi, Motto, dan Dasar RSUD *Queen* Latifa Yogyakarta

1) Visi

Menjadi Rumah Sakit yang terakreditasi “PARIPURNA” dan disukai oleh pelanggan.

2) Misi

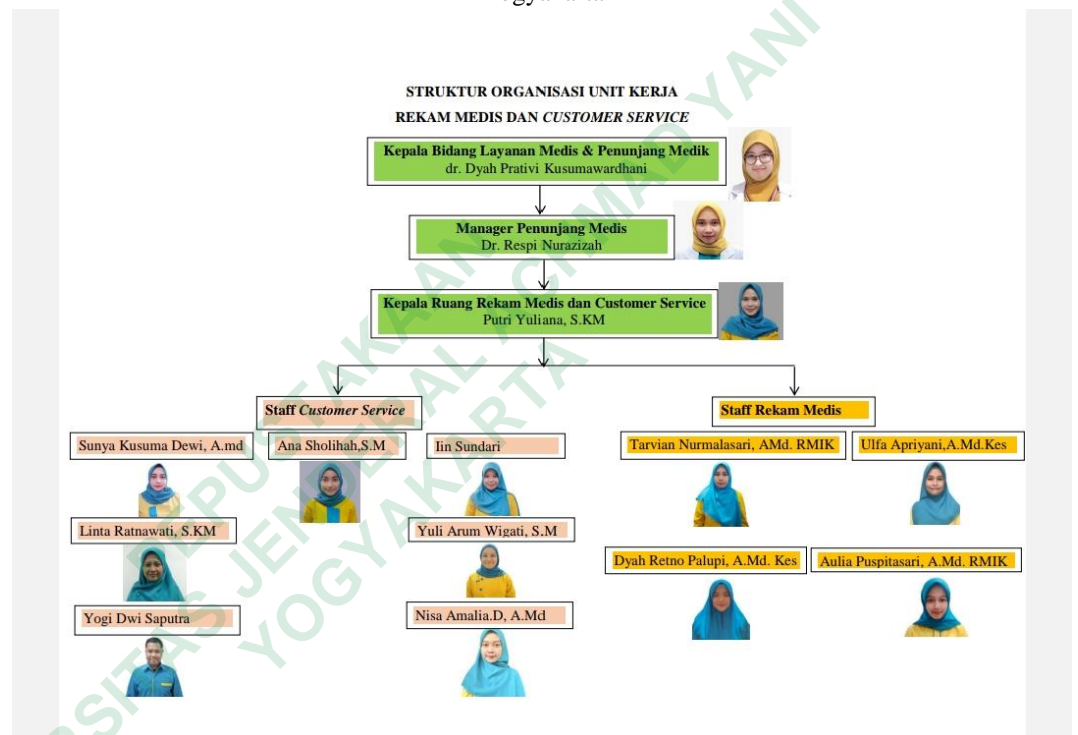
- a) Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara terus menerus;
- b) Meningkatkan *soft skill* dan ilmu pengetahuan karyawan dan spiritual karyawan;
- c) Menyelenggarakan layanan rumah sakit yang bersifat kekeluargaan dan bertanggungjawab;
- d) Meningkatkan kepuasan pelanggan rumah sakit.

3) Motto

Rumah sakit keluarga dan terpercaya

4) Nilai Dasar

- a) 3S : Salam, Senyum, dan Sapa.
- b) SEDAP : Semangat, Efisien, Disiplin, Asertif, dan Peduli

a. Struktur Organisasi Unit Rekam Medis RSU *Queen* Latifa YogyakartaGambar 2.3 Struktur Organisasi Unit Rekam Medis RSU *Queen* Latifa YogyakartaSumber: Unit Instalasi Rekam Medis RSU *Queen* Latifa Yogyakartab. Jenis-Jenis Pelayanan di RSU *Queen* Latifa Yogyakarta

- 1) Spesialis Obsgyn;
- 2) Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah;
- 3) Spesialis Kesehatan Anak;
- 4) Spesialis Mata;
- 5) Spesialis Saraf;
- 6) Spesialis Penyakit Dalam;
- 7) Spesialis Patologi Klinik;
- 8) Spesialis Radiologi;

- 9) Spesialis Bedah;
- 10) Spesialis Periodonti;
- 11) Spesialis Konservasi Gigi;
- 12) Spesialis THT;
- 13) Spesialis Kulit dan Kelamin;
- 14) Spesialis Kedokteran Jiwa;
- 15) Spesialis Rehab Medis;
- 16) Spesialis *Orthopedi*.

2. Karakteristik Informan

Table 1.3 Karakteristik Informan

Subjek	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Masa Jabatan	Jabatan
Informan A	32 tahun	Perempuan	D3 Medis	Rekam 6 tahun	Staff Rekam Medis
Informan B	22 tahun	Perempuan	D3 Medis	Rekam 1 tahun	Staff Rekam Medis dan <i>Customer Service</i>
Informan C	38 tahun	Perempuan	D3 Medis	Rekam 7 tahun	Staff Rekam Medis
Informan D	22 tahun	Perempuan	D3 Medis	Rekam 1 tahun	Staff Rekam Medis dan <i>Customer Service</i>

Berdasarkan hasil dari karakteristik informan diketahui bahwa informan berjumlah 4 petugas yang berjenis kelamin perempuan, rentang usia 22-38 tahun, berlatar belakang pendidikan D3 Rekam Medis, masa jabatan mulai dari 1 tahun – 7 tahun, dan memiliki jabatan staff rekam medis dan *customer service*.

3. Alur Tata Cara Pengodean *External Cause* Pada Kasus Cedera di RSUD Queen Latifa Yogyakarta.

Dari hasil wawancara dan observasi yang peneliti lakukan didapatkan bahwa pengodean *external cause* kasus cedera di RSUD Queen Latifa Yogyakarta menggunakan elektronik dan manual berikut langkah-langkahnya:

a. Pengodean menggunakan komputer (elektronik)

- 1) Petugas mengamati diagnosa pada SIMRS yang akan di kode.
- 2) Petugas menggunakan *ICD-10* elektronik untuk meng*coding* diagnosis yang ada pada SIMRS.
- 3) Jika diagnosis yang tertera di SIMRS menggunakan singkatan maka petugas akan *search* di google terkait singkatan tersebut, namun jika petugas mengetahui arti singkatan tersebut maka akan langsung di *coding* di SIMRS.
- 4) Dalam proses pengodean petugas *coder* mengikuti alur dari pengodean diagnosis sesuai ketentuan SIMRS.
- 5) Diagnosis yang sudah di kode oleh petugas harus berurutan sesuai dengan kaidah yang ada yaitu diagnosis utama sampai dengan diagnosis sekunder.
- 6) Jika kode sudah benar dan di inputkan di komputer sudah sesuai dan tepat, petugas kemudian melakukan *entry* terkait diagnosis yang sudah dikode.

b. Pengodean menggunakan *ICD-10* (manual):

- 1) Petugas rekam medis selesai melakukan *assembling* dan analisis, akan melakukan kode diagnosa penyakit dan tindakan.
- 2) Petugas rekam medis mengecek penulisan diagnosa penyakit pada lembar rekam medis.
- 3) Tugas mengkonfirmasi ke dokter yang bersangkutan untuk diagnosa penyakit yang sulit terbaca *ICD-10* volume 3.
- 4) Petugas rekam medis mencari kode diagnosa penyakit pada buku.

- 5) Petugas rekam medis mengecek kebenaran kode diagnosa penyakit pada buku *ICD 10* volume 1.
- 6) Petugas rekam medis membaca dan mengikuti petunjuk tanda baca yang tertera pada diagnosa tersebut.
- 7) Semua diagnosa penyakit yang mempengaruhi perawatan diberi kode *ICD 10*.

Berdasarkan hasil wawancara kepada informan mengenai SOP tentang *external cause* pada tanggal 23 Juni 2023, didapatkan hasil yaitu sebagai berikut:

“Kalau pengodean *external cause* belum ada dek, tapi untuk pengisian sudah ada kayaknya”

Informan A

“Kalau SOP nya itu sudah ada untuk *coding*, tapi belum kalau untuk kode *external cause* ini belum ada”

Informan B

“Ada”

Informan C

“Eee untuk *percodingan* ada, tapi kalo untuk *external cause* belum ada”

Informan D

Hal tersebut juga dipertegas oleh Triangulasi Sumber di RSU *Queen Latifa* Yogyakarta sebagai berikut:

“Kalau *percodingan* ada, tapi kalau perhusus nya *external cause* nya emang gak ada”

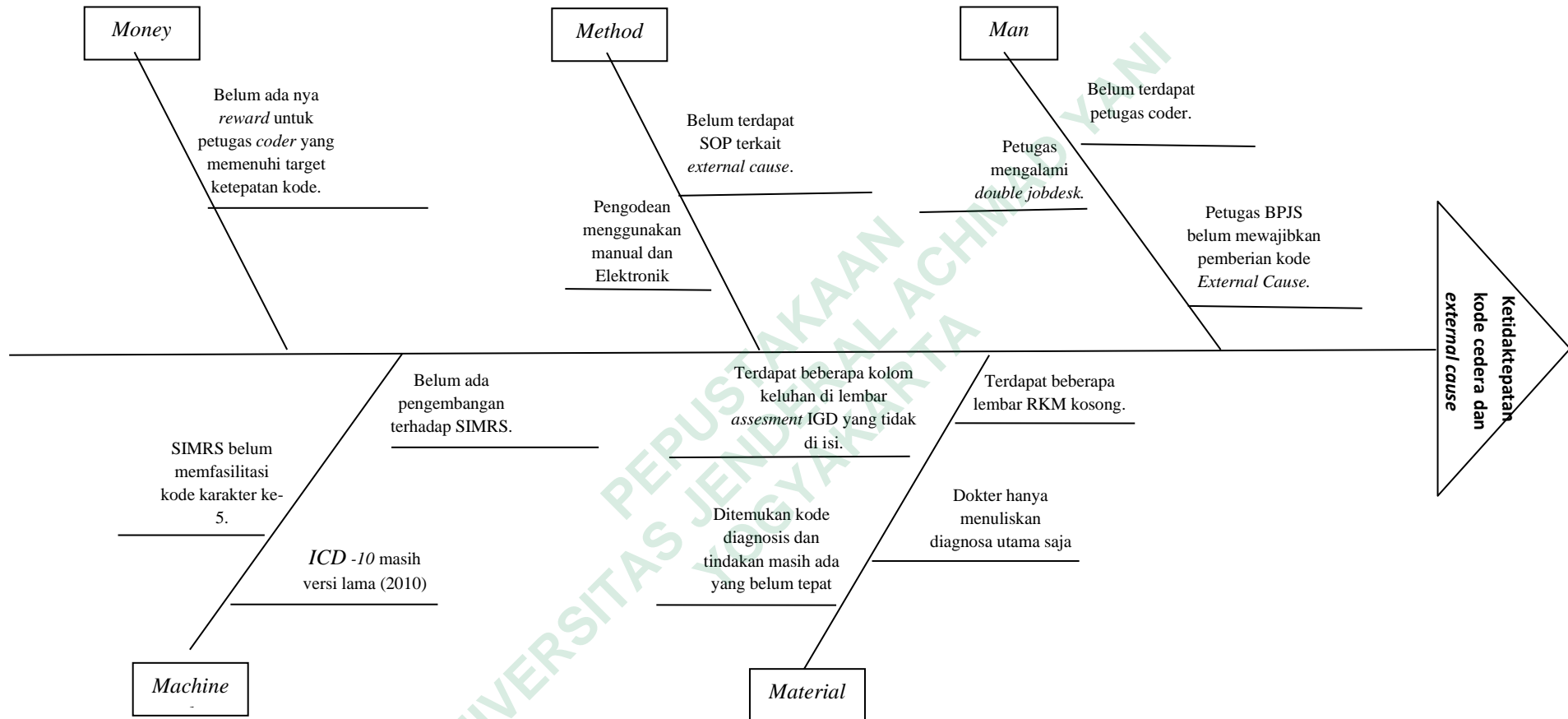
Triangulasi Sumber

Dari hasil wawancara di atas, mengenai SOP *external cause* belum tersedia, SOP yang ada yaitu mengenai pemberian kode dan tindakan yang dibuat pada tanggal 28 November 2022.

4. Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode *External Cause* di RSU Queen Latifa Yogyakarta

Berdasarkan wawancara selama penelitian di RSU Queen Latifa Yogyakarta terdapat faktor yang mempengaruhi ketidaktepatan pengodean kode *external cause* pada kasus cedera tahun 2023 yaitu berlandaskan pada faktor 5 M yang isinya yaitu *Man, Material, Machine, Methode, dan Money*. Dari hasil yang telah diketahui berdasarkan 5 M tersebut, didapatkan hasil yaitu sebagai berikut:

PEPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YAN
YOGYAKARTA



Gambar 2.4 Diagram Fishbone Faktor Ketidaktepatan Kode Cedera Dan External Cause Di RSUD Queen Latifa Yogyakarta

a. *Man* (manusia)

Faktor penyebab ketidaktepatan pengodean kode cedera dan *external cause* di RSUD Queen Latifa Yogyakarta yaitu disebabkan oleh faktor tenaga kerja (*man*) belum adanya petugas khusus *coder*, *volume* pekerjaan yang tinggi dan pekerjaan masih *double jobdesk* mulai dari pendaftaran, pengodean, *assembling*, *filing*, dan pelaporan. Seperti yang disampaikan oleh informan terkait penyebab ketidaktepatan dari segi SDM sebagai berikut:

“Kalo *coding* sebenarnya kita di sini belum ada khusus ya sebelum ada perubahan *staff* ya khusus ngerjain *coding* jadi di sini itu semua dikerjain begitu ada yang bantuan untuk ngoding kita bantuin untuk ngoding gitu, ya *double job* kita di sini ”

Informan A

“Iya, jadi belum ada petugas *coder* yang belum ada petugas khusus untuk yang ngode ”

Informan B

“Iya masih *double job*, karena belum ada petugas khusus ngecoding jadi semuanya dikerjain ”

Informan C

“Iyaa soalnya belum ada petugas khusus yang *coding* ”

Informan D

Hal tersebut diperjelas oleh triangulasi sumber, yaitu sebagai berikut:

“Eee iyaa karena memang kita itu rekam medis sama pendaftaran jadi satu dek, jadi memang *coder* itu gak harus khusus *coder*. Kalo kita rumah sakit kita kan memang masih lingkup kecil ya, jadi memang dia mengkode, tapi juga menganalisa, tapi juga bantu mendaftar kedepan, *filing*, *assembling* semua dilakukan jadi satu, jadi kaya unit UKRM gitu harus yang apa ya aja itu semuanya dikerjakan oleh satu orang, tapi memang kalo untuk pelaporan emang kita bagi-bagi, tapi memang ada beberapa *jobdesk* yang sama tapi ada beberapa yang tidak sesuai dengan pembagian uraian tugas kerja masing-masing”

Triangulasi Sumber

Dari wawancara di atas mengenai pekerjaan petugas masih *double jobdesk*, jadi perlu adanya petugas khusus *coder* untuk melakukan pengodean diagnosa agar kode yang dihasilkan sesuai.

Selain pekerjaan petugas yang *double jobdesk*, tidak diberikannya *external cause* disebabkan oleh petugas BPJS belum mewajibkan pemberian kode *external cause* dan dokter hanya menuliskan diagnosa utama saja, berikut keterangan yang disampaikan oleh Informan:

“Untuk kode *external* nya kita jarang ya soalnya itu kan nanti biasanya masuk klaim-klaiman BPJS, biasanya kalau semisal masuk klaim itu baru kita *coding*, kalau semisal enggak masuk itu enggak kita *coding*”

Informan A

“Karena sistemnya masih kurang berkembang, menurutku masih belum dikembangkan sistemnya”

Informan B

“Karena dokter hanya menuliskan diagnosa utama saja”

Informan C

“Kalau enggak diberikan itu dari dokternya juga cuman diagnosa utamanya aja yang diberikan terus kalau biasanya itu kita ya liat biasanya enggak lengkap ya penyebabnya apa kecelakaannya apa cuman ditulis *post KLL* tanpa tau kejadiannya seperti apa”

Informan D

Hal tersebut diperjelas oleh triangulasi sumber, yaitu sebagai berikut:

“Yang pertama memang kalo untuk pertama kali masuk kita mau mengkode tetapi memang tidak digunakan pada saat klaim BPJS tidak berpengaruh, makanya itu memang setiap untuk *external cause* tidak kita kode”

Triangulasi Sumber

Dari wawancara di atas mengenai pengodean *external cause* tidak diperlukan untuk klaim BPJS dan dokter hanya menuliskan diagnosa utamanya saja.

Selain itu untuk kode karakter ke-4 dan ke-5 pada diagnosis cedera dan *external cause* di berkas rekam medis tidak diberikan. Berikut keterangan yang disampaikan oleh Informan:

<p>“Kalo untuk <i>external cause</i> kita selama ini belum ada, belum ngoding yaa”</p> <p style="text-align: right;">Informan A</p>

<p>“Kalo karakter ke 5 itu belum ada kek nya”</p> <p style="text-align: right;">Informan B</p>
--

<p>“Tidak”</p> <p style="text-align: right;">Informan C</p>

<p>“4 dan 5 belum ada”</p> <p style="text-align: right;">Informan D</p>

Hal ini diperkuat dengan hasil triangulasi sumber, yang di kutip dalam hasil wawancara berikut:

<p>“Emm belum”</p> <p style="text-align: right;">Triangulasi Sumber</p>

Dari wawancara di atas mengenai pengodean *external cause* di berkas rekam medis tidak dikode.

Selain untuk tingkat pengetahuan petugas pengodean yang berbeda tentang pemberian kode *external cause* dan kurangnya kepedulian terhadap kode *external cause* juga menjadi salah satu faktor penyebabnya. Keterangan yang disampaikan oleh Informan:

<p>“Sebenarnya penting sih ya dek ya kalau semisal untuk kode biar kita bisa tau <i>external cause</i> nya karena apa, tapi selama ini kita hanya kode utamanya aja jadi kode itu penyakitnya aja”</p>
--

Informan A

“Menurut aku belum tau lebih jelas nya sih, soalnya belum pernah ngerjain laporan-laporan kek gitu ”

Informan B

“Ya ”

Informan C

“Iya lumayan penting”

Informan D

Keterangan tersebut diperkuat dengan hasil wawancara kepada kepala rekam medis di RSUD *Queen Latifa* Yogyakarta yang menerangkan bahwa tidak memberlakukan wajib pemberian kode *external cause* sampai karakter 5 belum merasa perlu dan dibutuhkan pada berkas rekam medis. Keterangan triangulasi sumber sebagai berikut:

“Sebenarnya kalo untuk meruntut kasus kejadian untuk pasien kecelakaan memang bisa kita lihat dengan pengodean apakah terjadinya kecelakaan itu dengan apa terjadi dimana itu memang sebenarnya eee.. sangat penting sih dek untuk eee.. kita bisa mengetahui bagaimana kejadian itu terjadi, jadi memang kalo sebenarnya nek diminta untuk *coder* sebenarnya kodenya memang penting tapi karena memang saat ini kita menggunakan BPJS gitu memang belum memperlakukan karakter itu jadi memang kita tidak memberlakukan wajib diberikan kode itu”

Triangulasi Sumber

Dari wawancara di atas mengenai kode *external cause* tidak terlalu diperhatikan dan dibutuhkan pada klaim BPJS.

Selain itu petugas *coder* belum mengetahui kalau ketidaktepatan kode *external cause* mempengaruhi pelaporan rumah sakit dan surat sertifikat kematian apabila pasien tersebut meninggal.

Berikut keterangan yang disampaikan oleh Informan:

“Sebelumnya semisal untuk kasus kematian itu memang itu harus ada *external cause* biasanya kita *coding* tapi kalo semisal yang lain-lain itu ya itu tadi gak kita *coding*”

Informan A

“Eee menurut aku belum tau lebih tau jelasnya sih soalnya belum pernah ngerjain laporan kek gitu”

Informan B

“Ya”

Informan C

“Terkait hal tersebut tidak mempengaruhi pelaporan rumah sakit dan sertifikat kematian dek, dan untuk sertifikat kematian tidak menggunakan kode *ICD* dek”

Informan D

Hal ini diperkuat dengan hasil triangulasi sumber, yang di kutip dalam hasil wawancara berikut:

“Kalo kita sertifikat kematian memang tidak menggunakan kode jadi memang hanya penyebab utama dari pasien meninggal itu apa terjadi memang tidak berpengaruh pada surat kematian terus kemudian yang satunya kalo pelaporan rumah sakit yang kita saat ini memang tidak disebutkan *external cause* nya tetapi memang ada pemaparan tentang kecelakaan nah pelaporan kecelakaan memang biasanya eee.. hanya dibutuhkan adalah laki-laki berapa perempuan berapa dan jumlah total berapa tidak berpengaruh pada *external cause* nya tidak ada, jadi kalo gak kejadian utama kecelakaan itu kita laporkan jadi kasus kecelakaan”

Triangulasi Sumber

Dari hasil wawancara di atas mengenai kode *external cause* tidak terlalu diperhatikan dan dibutuhkan pada pelaporan rumah sakit dan sertifikat kematian.

Selain itu petugas *coder* sudah ada beberapa melakukan pelatihan waktu kuliah dan kerja. Berikut keterangan yang disampaikan oleh Informan:

“Untuk pelatihan kita ada, untuk di rumah sakit sendiri sudah pernah”

Informan A

“Belum, cuma pas di kuliah dulu”

Informan B

“Pernah”

Informan C

“Selama kerja belum kuliah cuma praktek ya praktek ada”

Informan D

Hal ini diperkuat dengan hasil triangulasi sumber, yang di kutip dalam hasil wawancara berikut :

“Kalo pelatihan dulu pernah pada saat kuliah dek ada, kemudian pelatihan tentang *coding* cara mengode *external cause* itu kita udah”

Triangulasi Sumber

b. *Method* (metode)

Pelaksanaan pengodean di RSUD Queen Latifa Yogyakarta menggunakan sistem elektronik dan menggunakan buku *ICD-10* tahun 2010 atau secara manual yang dilakukan oleh *coder*. Pada pelaksanaannya berpedoman pada SOP dengan Nomor Dokumen 741/SPO/RSUQL/XI/2022 tentang Pengodean Diagnosa Penyakit *ICD-10* dan Tindakan *ICD-9 CM*. yang diterbitkan pada tanggal 28 November 2022. Berikut adalah hasil wawancara yang peneliti lakukan pada tanggal 23 Juni 2023 sebagai berikut:

“Kalo kita mengacu sama *ICD* jadi kita pake nya kadang elektronik yang sudah ada di sini tuh kan ada ya hemem.. kadang itu kadang juga kita menggunakan *ICD* nya, jadi kita di sistem kita itu sudah mengacu sama *coding* nya eh maksudnya ee.. *ICD* nya”

Informan A

“Biasanya pake *ICD* manual sama buka yang *INA-CBG'S* itu kan disitu ada kode nya biasanya caranya lewat situ ”

Informan B

“Manual dan elektronik”

Informan C

“Dua-duanya manual maupun elektronik”

Informan D

Hal ini diperkuat dengan hasil triangulasi sumber, yang di kutip dalam hasil wawancara berikut:

“Kalo kita dua-duanya make sih dek, tapi kalo elektronik memang ada tapi kebanyakan kita masih pake pada buku nya juga. ”

Triangulasi Sumber

Dari wawancara di atas mengenai pengodean sudah berpedoman terhadap SOP secara umum, untuk poin khusus *external cause* belum ada dan pengodean belum sepenuhnya menggunakan elektronik.

Selain itu petugas *coder* ketika melakukan pengodean diagnosis menggunakan *ICD-10* atau secara manual petugas *coder* juga menggunakan pengodean menggunakan elektronik atau SIMRS. Berikut keterangan yang disampaikan oleh Informan:

“Jadi kita di sistem kita itu sudah mengacu sama *coding* nya eh maksudnya ee *ICD* nya, jadi semisal yang ini ya eee... rawat inap kan kita di sini ada ringkasan pasien pulang di sini kita sudah mengacu jadi kita masukin kodenya misal ini ya kode E15 sudah ada di sini atau gak kita cari hipertensi nah di sini sudah ada jadi tinggal kita pilih mana yang sesuai penyakitnya pasien gitu”

Informan A

“Buka yang *INA-CBG'S* itu kan disitu ada kode nya biasanya carinya lewat situ ”

Informan B

“Iya dek di sini semua sudah pake komputer kalau ngoding, cuma *coding* nya itu kurang apdet dek karna udah lama kan pasti sekarang udah banyak perkembangan ya..”

Informan C

“Kalau untuk yang elektronik kita tinggal masukin aja diagnosanya di kolom itu terus nanti keluar kodenya terus tinggal pilih kode ne yang tepat”

Informan D

Hal ini diperkuat dengan hasil triangulasi sumber, yang di kutip dalam hasil wawancara berikut

“Sama kayak biasanya dek, kita cari diagnosa nya menggunakan SITIQL terus muncul kode diagnosa nya itu atau kalau kadang ada singkatan nya kita cari dulu lewat google atau konfirmasi ke DPJP nya gitu dek”

Triangulasi Sumber

Dari wawancara di atas mengenai petugas *coder* melakukan pengodean menggunakan elektronik atau menggunakan SITIQL.

Selain itu petugas *coder* menggunakan buku bantu untuk mempermudah proses pengodean. Berikut keterangan yang disampaikan oleh Informan:

“Kita kalo buku bantunya kita pernah buat tapi abis tu gk kita pake soalnya kita jarang di mintain tolong *coding* gitu jadinya kita sekarang gk pake buku bantu paling ya pake buku *ICD* aja”

Informan A

“Ya itu kode *ICD*, *ICD -10* dan *ICD 9 CM*”

Informan B

“Ada buku *ICD -10*”

Informan C

“Kalau di sini emang ada kita masih pake *ICD -10* aja”

Informan D

Hal ini diperkuat dengan hasil triangulasi sumber, yang di kutip dalam hasil wawancara berikut:

“Kalo buku bantu kita kemungkinan memang ada catatan tersendiri kasus-kasus yang sering terjadi tetep kita itu biasanya ada juga pada saat kita dengan kasus yang sama kita bisa melihat disitu ”

Triangulasi Sumber

Dari wawancara di atas mengenai petugas *coder* menggunakan buku bantu untuk mempermudah proses pengodean.

Selain itu petugas *coder* tidak melakukan pengodean *external cause* tetapi melakukan pengodean diagnosis penyakit biasa. Berikut keterangan yang disampaikan oleh Informan:

<p>“hee.. selama ini belum ada”</p> <p style="text-align: right;">Informan A</p>
<p>“Belum dijalankan”</p> <p style="text-align: right;">Informan B</p>
<p>“Menerima berkas RM pulang, membaca dan mencermati ringkasan keluar masuk, selanjutnya catatan terintegrasi dan kronologi kejadian, setelah itu <i>coding</i> dengan buku <i>ICD -10</i> dan <i>ICD 9 CM</i> koordinasi dengan DPJP dan menuliskan kode diagnosa pada lembar resume”</p> <p style="text-align: right;">Informan C</p>
<p>“Sebenarnya sama aja nanti kita kan <i>ngecheck</i> di ringkasan masuk keluar nanti dari biasanya kan kalo rawat inap kan ringkasan masuk dan keluar kalo misal dari UGD kita <i>ngecheck resume assesment gawat daruratnya</i> ”</p> <p style="text-align: right;">Informan D</p>

Hal ini diperkuat dengan hasil triangulasi sumber, yang dikutip dalam hasil wawancara sebagai berikut:

<p>“Kan untuk <i>external cause</i> nya tidak diberikan jadi klo untuk kode tergantung kasus nya sih dek, jadi memang untuk diagnosanya contoh kecelakaan yang itu kita ambil adalah kode <i>fractur</i>, contoh nih pasien kecelakaan mengalami <i>fractur post fractur</i> ya berarti kita lihat dari penyakitnya bukan dari dia kecelakaan sama apa-apa gk, tapi kita lihat kasus diagnosanya ya tergantung apa dia <i>fractur</i> atau CKR dilihat dari diagnosis nya”</p> <p style="text-align: right;">Triangulasi Sumber</p>

Dari wawancara di atas mengenai proses pengodean *external cause* dilihat dari kasus diagnosanya bukan dari aktivitas kecelakaanya.

c. *Material* (Material)

Pelaksanaan pengodean *external cause* di RSUD Queen Latifa Yogyakarta berpedoman pada formulir rumah sakit yang meliputi:

- 1) *Assesment* Gawat Darurat
- 2) Resume Pasien Pulang
- 3) Catatan Terintegrasi dan Kronologi Kejadian

Berdasarkan hasil wawancara terhadap Informan terkait formulir pendukung dalam menetapkan *external cause* sebagai berikut:

“Eee.. untuk formulir pendukung nya bisa tanyakan ke bu..”

Informan A

“Sejauh ini kayaknya belum ada”

Informan B

“Kronologi kejadian”

Informan C

“Kalo pendukung mungkin cuma ada kronologi kejadian seperti apa”

Informan D

Hal ini diperkuat dengan hasil triangulasi sumber, yang dikutip dalam hasil wawancara sebagai berikut:

“Formulir pendukung untuk *external cause* ada dek lembar *assesment* awal gawat darurat atau *assesment* awal dokter itu akan dijelaskan *anamnesa* atau eee.. kronologinya pasien itu datang dengan seperti apa itu ada disitu”

Triangulasi Sumber

Dari wawancara di atas mengenai formulir pendukung yang digunakan untuk menetapkan *external cause* meliputi formulir *assesment* gawat darurat atau *assesment* awal dokter namun belum ada informasi terkait aktivitas korban saat kecelakaan di kronologi kejadian.

Selain itu terkait formulir pendukung resume pasien pulang sebagai formulir pendukung *external cause*. Berikut keterangan yang disampaikan oleh informan:

“Tanyakan saja ke bu.. ya dik”

Informan A

“Semua digali, bisa dari assesment IGD, cppt, atau resume dll”

Informan B

“Ya kalau itu kan nulis diagnosisnya disitu nanti di periksa ke lembar lain seperti resume pasien pulang, cppt, dll sesuai enggak dengan semuanya”

Informan C

“Ringkasan masuk keluar resume masuk sama IGD nya sih biasanya yang kita check”

Hal ini diperkuat dengan hasil triangulasi sumber, yang dikutip dalam hasil wawancara sebagai berikut:

“Kalau formulir assesment gawat darurat sih udah pasti ya, terus sama dari lembar cppt, resume medis, ringkasan masuk keluar, dll, tapi kadang-kadang cuma ditulisnya post KLL saja”

Triangulasi Sumber

Dari wawancara di atas mengenai formulir pendukung yang digunakan untuk menetapkan *external cause* yaitu resume pasien pulang yang selalu di periksa sesuai dengan lembar yang lain atau tidak

Selain itu terkait penulisan diagnosis, kejelasan dan ketepatan diagnosis utama oleh dokter yang belum sepenuhnya tepat. Berikut keterangan yang disampaikan oleh Informan:

“Kalo ketepatan diagnosanya kalo dari dokternya kan sudah menuliskan biasanya kita ada kalo ada kesalahan kita koreksi”

Informan A

“Kalo untuk ketepatan diagnosa nya masih sedikit belum tepat kalo prosedurnya yo yang ngoding itu dokter dibantu sama perawat terus sama petugas RM nya nanti di *coding* lagi terus nanti mba.. yang meneliti lagi”

Informan B

“Ya, sudah jelas, tepat dan bisa dibaca”

Informan C

“Sudah

Informan D

Hal ini diperkuat dengan hasil triangulasi sumber, yang dikutip dalam hasil wawancara sebagai berikut:

“Kalo terbaca dan kejelasan udah, tapi kalo untuk ketepatan terkadang kami akan *mengecheck* kembali dan kalau terdapat kesalahan akan kami perbaiki ”

Triangulasi Sumber

Dari wawancara diatas mengenai kejelasan diagnosa dan terbaca diagnosa sudah jelas, akan tetapi untuk ketepatan diagnosis ketika ada kesalahan petugas *coder* akan mengoreksi dan memperbaikinya.

d. *Machine* (alat)

Pengodean diagnosa di RSUD Queen Latifa Yogyakarta menggunakan elektronik yang kemudian di periksa kembali menggunakan *ICD-10*, namun pada SIMRS tersebut belum memfasilitasi kode *external cause* sampai dengan karakter ke-5 dikarenakan belum adanya pengembangan terhadap SIMRS, Berikut keterangan yang disampaikan oleh Informan:

“Untuk kode karakternya sebenarnya aku belum pernah liat ya Cuma penulisan primer sama sekunder aja eee.. ini kayaknya sudah ini dek sudah masuk kedalam sini, nanti kita carinya di *ICD -9 CM*”

Informan A

“Di SIMRS nya itu belum ada sistem yang untuk mengcoding itu belum ada”	Informan B
“Ada”	Informan C
“Sudah di aplikasi ya”	Informan D

Hal ini diperkuat dengan hasil triangulasi sumber, yang dikutip dalam hasil wawancara sebagai berikut

“Karakter kode ke 4 dan ke 5 ada”	Triangulasi Sumber
-----------------------------------	--------------------

Dari wawancara di atas mengenai kode karakter ke-4 di SIMRS sudah memfasilitasi untuk diagnosa saja tetapi untuk *external causenya* belum memfasilitasi sampai kode ke-5. Berikut untuk tampilan SIMRS bagian pengodean:

Gambar 2.5 Tampilan *ICD-10* di SIMRS

Sumber: Unit Instalasi Rekam Medis RSU *Queen* Latifa Yogyakarta

Gambar 2.6 Tampilan Kode *ICD-9 CM* di SIMRS

Kondisi Penyakit	Jumlah	Biaya	Pemeriksaan	Aksi
73.51 Manually assisted delivery	1	65.000		
73.59 Other manually assisted delivery	3	300.000		
		365.000		

Sumber: Unit Instalasi Rekam Medis RSU *Queen* Latifa Yogyakarta

Selain itu buku *ICD-10* yang digunakan petugas *coder* masih edisi lama yaitu tahun 2010. Berikut keterangan yang disampaikan oleh Informan:

“Ya sudah *ICD* yang terbaru”

Informan A

“Masih yang lama tahun 2011 po yo lupa aku”

Informan B

“Belum”

Informan C

“Belum yang terbaru, masih yang lama”

Informan D

Hal ini diperkuat dengan hasil triangulasi sumber, yang dikutip dalam hasil wawancara sebagai berikut:

“Masih yang tahun 2010”

Triangulasi Sumber

Dari wawancara di atas mengenai buku *ICD-10* yang digunakan petugas *coder* masih edisi lama yaitu tahun 2010.

Selain itu terkait penulisan *external cause* di formulir instalasi gawat darurat belum sepenuhnya ditulis secara lengkap.

Berikut keterangan yang disampaikan oleh Informan

“Kalo formulir gawat darurat itu biasanya kita ketahui dari *anamnesa* dokter biasanya juga dokternya sudah menuliskan *external cause* nya kenapa biasanya IGD sering menuliskan *external cause* kalo poli itu langsung menuju ke diagnosanya aja biasanya kalo UGD memang harus ada *external cause* nya tapi kita kan sudah gak ini apa namanya kodenya cuma itu nya aja kode penyakitnya aja”

Informan A

“Belum”

Informan B

“Belum”

Informan C

“Belum”

Informan D

Hal ini diperkuat dengan hasil triangulasi sumber, yang dikutip dalam hasil wawancara sebagai berikut:

“Sudah”

Triangulasi Sumber

Dari wawancara di atas mengenai penulisan *external cause* di formulir instalasi gawat darurat belum sepenuhnya ditulis secara lengkap.

e. *Money* (uang)

Salah satu faktor penyebab yang tidak mempengaruhi ketepatan kode *external cause* pada kasus kecelakaan yaitu *money* (uang). Berdasarkan hasil wawancara ditemukan bahwa rumah sakit sudah menyediakan anggaran untuk pengembangan SDM. Berikut keterangan yang disampaikan oleh Informan:

“Kalo kita sih pernah pelatihan cuma apa namanya kalo untuk anggaran kita kurang tau ya”

Informan A

“Kalo sejauh ini belum ada pelatihan ya”

Informan B

“Tidak”

Informan C

“hmm enggak sih, enggak pernah tau juga enggak ada.”

Informan D

Hal ini diperkuat dengan hasil triangulasi sumber, yang dikutip dalam hasil wawancara sebagai berikut:

“Kalo pelatihan memang sesuai dengan pengajuan sih dek kalo ada seminar itu biasanya kita pengajuan juga ke SDM atau rumah sakitnya”

Triangulasi Sumber

Dari wawancara di atas mengenai penyediaan anggaran rumah sakit untuk pengembangan SDM rumah sakit sudah menyediakan.

Selain itu terkait *reward* jika petugas *coder* memenuhi target ketepatan kode belum dilakukan atau belum ada di RSUD *Queen Latifa* Yogyakarta. Berikut keterangan yang disampaikan oleh Informan:

“Kalo kita sih pernah pelatihan cuma apa namanya kalo untuk anggaran kita kurang tau ya”

Informan A

“Kalo sejauh ini belum ada sih soalnya ya itu orang nya itu serabutan job nya banyak gk cuma dicoding tok, jadi ya pindah-pindah gitu, tapi aku belum tau lebih jelasnya, soalnya di sini aku juga masih baru kan”

Informan B

“Sampai saat ini belum”

Informan C

“Enggak, belum ada”

Informan D

Hal ini diperkuat dengan hasil triangulasi sumber, yang dikutip dalam hasil wawancara sebagai berikut:

“Enggak ada”

Triangulasi Sumber

Dari wawancara di atas mengenai *reward* jika petugas *coder* memenuhi ketepatan kode tidak ada.

5. Dampak Ketidaktepatan Kode Cedera dan Kode *External Cause* di RSUD Queen Latifa Yogyakarta

Dari hasil wawancara yang peneliti lakukan didapatkan bahwa terkait pengetahuan petugas akan dampak ketidaktepatan kode cedera dan Kode *external cause* di RSUD Queen Latifa Yogyakarta masih minim, Seperti yang disampaikan oleh informan terkait:

“Emmm kalo untun dampak’e ndak ada eee”

Informan A

“Kalau dampak kayaknya sih enggak ada deh dek”

Informan B

“Tidak”

Informan C

“Kalau untuk keterlambatan klaim enggak berpengaruh soale kan emang disini belum ada pengodean *external cause* kalau diagnosa biasa juga gak ada masalah, jadi dampak nya nggak ada”

Informan D

Hal ini diperkuat dengan hasil triangulasi sumber, yang dikutip dalam hasil wawancara sebagai berikut:

“Kalo untuk dampak sih enggak ada masalah ya dek, apalagi sampai keterlambatan klaim gitu soalnya kan emang kita belum mewajibkan pemberian *external cause* dan soal keterlambatan klaim yang diagnosis umum juga gak ada masalah, jadi ya untuk saat ini permasalahan dampaknya belum ada”

Triangulasi Sumber

Dari wawancara di atas mengenai dampak ketidaklengkapan kode cedera dan kode *external cause* bahwa petugas tidak mengetahui akan dampak dari ketidaklengkapan kode cedera dan kode *external cause* tersebut seperti kode tidak akurat serta pengobatan yang tidak sesuai dengan diagnosa akibat tidak akurat kode diagnosis dan klaim asuransi kecelakaan pasien menjadi tidak benar dan tidak lengkap saat pengisian pasien kecelakaan formulir klaim asuransi.

B. Pembahasan

1. Alur Tata Cara Pengodean *External Cause* Pada Kasus Cedera Di RSUD Queen Latifa Yogyakarta

Berdasarkan pengamatan yang dilakukan petugas rekam medis di RSUD Queen Latifa Yogyakarta yang berlatar belakang pendidikan D3 Rekam Medis. Namun tidak ada poin dalam SOP yang menyebutkan penyebab eksternal karena penyebab eksternal tidak terlalu penting untuk pembiayaan rumah sakit akan tetapi penting untuk statistik rumah sakit. Inilah alasan utama mengapa petugas tidak memberikan *external cause*. Proses penentuan penyebab suatu masalah sudah ditetapkan dalam SOP untuk proses penentuan penyebab suatu masalah.

Berdasarkan PERMENKES Nomor 55 Tahun 2013, tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis bahwa kemampuan profesi dalam melakukan klasifikasi dan kodifikasi penyakit, masalah yang berkaitan dengan kesehatan, tindakan medis, kompetensi perekam medis mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai

klasifikasi di dalam buku *ICD-10* tentang penyakit dan tindakan medis dalam pelayanan dan manajemen kesehatan.

Mengklasifikasikan data diagnosis yang akurat bagi kepentingan informasi dan sistem pelaporan morbiditas yang diharuskan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Yuliana (2014) yang berjudul “*Review For External Cause Coding Of Injury Case On Medical Record di RSKB Banjarmasin*”, hasil penelitian menunjukkan belum ada SOP pengodean *external cause* tetapi sudah ada SOP untuk mendiagnosa penyakit pada umumnya, dengan 82% kasus menerima diagnosis lengkap dan 18% tidak menerima diagnosis sama sekali *external cause* kasus cedera pada spesialis orthopedi karena kecelakaan transportasi darat adalah 43%, lainnya sebesar 23%, dan penyebab eksternal lain sebesar 14%.

Faktor yang memengaruhi kode *external cause* adalah penggunaan media yang tidak dapat dibaca, tidak lengkap, tidak sesuai dengan peraturan, dan kurang dalam prosedur diagnostik audit. persamaan di penelitian ini adalah kelengkapan penulisan diagnosis *external cause* tidak sepenuhnya dituliskan perbedaan yang ada di lokasi rumah sakitnya dan waktunya.

2. Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode *External Cause* Pada Kasus Cedera di RSU *Queen* Latifa Yogyakarta

Sebuah diagram tulang ikan, juga dikenal sebagai diagram tulang ikan, digunakan di sini untuk menggambarkan dengan jelas setiap sumber *external cause* ketidaktepatan kode. Identifikasi masalah serta langkah awal dalam proses perbaikan (Kuniasih, 2020).

a. *Man* (Manusia)

Faktor penyebab ketidaktepatan kode *external cause* kasus cedera dari hasil wawancara yang sudah diakui bahwa petugas pengodean berlatar belakang pendidikan D3 rekam medis, dari tingkat pekerjaan yang tinggi dan tidak ada petugas khusus *coding*, petugas *coder* belum diwajibkan memberikan kode *external cause* dikarenakan tidak terlalu penting untuk pembiayaan rumah sakit dan dokter hanya memberikan

diagnosis utama saja, serta tingkat pengetahuan petugas pengodean yang berbeda tentang pemberian kode *external cause* dan kurangnya kepedulian untuk kode *external cause*.

Berdasarkan PERMENKES No. 55 tahun 2013 tentang penyelenggaraan pekerjaan rekam medis, segala sesuatu yang berkaitan dengan rekam medis untuk menyelesaikan pekerjaan yang berhubungan dengan rekam medis minimal D3 rekam medis dan mampu melaksanakan sistem klasifikasi klinis dan kodifikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis sesuai terminologi medis yang benar.

b. *Method* (Metode)

Pengodean di RSUD Queen Latifa Yogyakarta menggunakan manual dan elektronik, proses pelaksanaannya sudah berpedoman pada SOP dengan nomor dokumen 714/SPO/RSUQL/XI/2022 tentang Diagnosa Penyakit *ICD-10* dan Tindakan *ICD 9 CM* yang digolongkan menurut jenis penyakit, cedera dan faktor penyebab tetapi pada SOP tersebut belum terdapat *point* tentang pemberian kode *external cause* dan petugas *coder* masih menggunakan buku bantu untuk mempermudah proses pengodean.

Menurut Seomohadiwidjojo (2015) menjelaskan *Standard Operating Procedure* (SOP) ialah dokumen yang lebih jelas serta rinci menjelaskan prosedur yang digunakan untuk melaksanakan serta menegakkan kebijakan suatu organisasi sesuai dengan instruksi.

c. *Material* (Material)

Dari hasil yang sudah peneliti dapatkan terlihat bahwa penulisan kronologi pasien belum sepenuhnya ditulis di lembar *assesment*, selain itu beberapa kronologi kejadian tidak dituliskan, kejelasan diagnosa dan terbaca diagnosa sudah jelas, serta masih terdapat kode diagnosis dan tindakan yang belum tepat seperti: Karakter ke 5 pada *fracture* wajib dikode, banyak kode yg belum memakai karakter ke 5, contoh *fracture clavicle* -> S42.00 Karakter ke 4 pada tindakan *fracture*, lokasi

tindakan juga harus dikode, contoh *ORIF* pada *clavicle* -> 79.39, *CRIF* pada *tibia* -> 79.06, kemudian untuk tindakan *CRIF* dilakukan pada *regio tibia fibula* karena *fracture* lokasi terdapat di *wrist and hand*, seharusnya *CRIF* di *wrist and hand* dan masih banyak lagi yang belum dikode.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Rahmawati (2021) melakukan penelitian yang berjudul “Ketepatan Kode Penyakit pada dokumen Rekam Medis di Puskesmas Plumbon” kode harus tepat setiap karakter mulai dari karakter ke-1 hingga karakter ke-4. Terkait ketidaktepatan kode disebabkan karena kode penyakit yang tidak menggunakan karakter ke-4 sebanyak 20 dokumen rekam medis dengan tingkat akurasi 20% sehingga hasil kode tersebut belum tepat. Hal ini tidak sesuai dengan standar yang seharusnya dipenuhi oleh petugas *coder* profesional, dimana petugas *coder* harus melakukan kodifikasi yang tepat, komplit dan konsisten untuk menghasilkan data yang berkualitas, *coder* harus mengikuti sistem klasifikasi yang sedang berlaku dengan memilih kode diagnosa dan tindakan yang tepat.

a. *Machine* (Mesin)

Dari hasil yang sudah peneliti dapatkan bahwa terkait Pengodean diagnosa menggunakan elektronik dan *ICD-10*, tetapi SIMRS belum memfasilitasi kode *external cause* sampai dengan karakter ke-5 dikarenakan belum adanya pengembangan terhadap SIMRS, *ICD-10* masih menggunakan edisi 2010 serta penulisan *external cause* di formulir instalasi gawat darurat belum sepenuhnya ditulis secara lengkap oleh dokter.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Kristanti (2021) melakukan penelitian yang berjudul “Sistem Informai Manajemen Rumah Sakit” untuk mendukung perawatan pasien dan administrasinya, SIMRS mendukung penyediaan informasi, terutama tentang pasien dengan cara yang benar, relevan dan terbaru, mudah di akses oleh seseorang yang tepat pada lokasi yang berbeda dan dalam

format yang dapat digunakan. Transaksi data pelayanan dikumpulkan, informasi tentang kualitas perawatan pasien dan tentang kinerja rumah sakit serta biaya.

b. *Money* (Uang)

Dari hasil yang sudah peneliti dapatkan bahwa terkait *reward* jika petugas *coder* memenuhi target ketepatan kode belum dilakukan atau belum ada di RSUD *Queen* Latifa Yogyakarta serta anggaran terkait pengembangan SDM sudah disiapkan.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Hartinah (2017) melakukan penelitian yang berjudul “Analisis Kinerja Petugas dalam Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap di RSUD Waluyo Jati Krakasan Tahun 2017” *Reward* dilakukan bentuk apresiasi yang diberikan pimpinan kepada petugas atas apa yang telah dikerjakan sehingga memberi kepuasan tersendiri bagi petugas yang mendapatkannya. Penghargaan diberikan dapat berupa ucapan terimakasih telah melaksanakan pekerjaan dengan baik, tepat waktu dan konsisten, pimpinan harus mengetahui tentang pentingnya pemberian *reward* tersebut kepada petugas dan dampak yang timbul akibat tidak adanya *reward* yang diberikan kepada petugas.

1. Dampak Ketidaktepatan Kode Cedera dan Kode *External Cause* di RSUD *Queen* Latifa Yogyakarta

Dari hasil yang sudah peneliti dapatkan bahwa terkait dampak ketidaktepatan kode cedera dan kode *external cause* di RSUD *Queen* Latifa Yogyakarta bahwa petugas tidak mengetahui akan dampak dari ketidaklengkapan kode cedera dan kode *external cause* tersebut seperti kode tidak akurat serta pengobatan yang tidak sesuai dengan diagnosa akibat tidak akurat kode diagnosis dan klaim asuransi kecelakaan pasien menjadi tidak benar dan tidak lengkap saat pengisian pasien kecelakaan formulir klaim asuransi.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Herman (2018) melakukan penelitian yang berjudul “Tinjauan Kelengkapan Diagnosis *External Cause*

Pasien Rawat Inap” dampak yang terjadi jika salah memasukkan kode diagnosis adalah pasien harus mengorbankan banyak biaya, pengobatan tidak sesuai dengan diagnosis, dampak dari informasi *external cause* yang tidak lengkap akibatnya pengkodean *external cause* tidak akurat sehingga laporan indeks penyakit banyak kode yang tidak diinput dan laporan morbiditas pasien rawat inap tidak terisi secara lengkap, kode *external cause* dapat membantu pihak kepolisian untuk mengetahui jumlah kecelakaan dalam satu periode waktu tertentu.

C. Keterbatasan

1. Kesulitan
 - a. Peneliti kesulitan dalam melakukan wawancara dengan petugas *coder* dan kepala rekam medis karena terlalu sibuk sehingga jawaban yang diberikan menjadi kurang jelas.
 - b. Bagian instalasi rekam medis yang sibuk sehingga peneliti membutuhkan waktu yang cukup lama untuk mendapatkan informasi dan menganalisis berkas rekam medis.
 - c. Pada lembar *assesment* masih terdapat beberapa belum menuliskan kronologi kejadian aktivitas korban, sehingga peneliti tidak bisa menggali lebih dalam informasi yang berhubungan dengan *external cause*.
 - d. Peneliti kesulitan dalam melakukan analisis berkas rekam medis dikarenakan petugas hanya memberikan 20 berkas rekam medis dari jumlah sampel 27 berkas rekam medis, akan tetapi yang sesuai untuk analisis hanya 19 berkas rekam medis saja dan sisa berkas berjumlah 8 berkas rekam medis.
2. Kelemahan
 - a. Subjek yang digunakan pada penelitian ini hanya 4 Informan, sehingga hasil yang didapat mungkin akan menimbulkan perbedaan pendapat.
 - b. Metode pengumpulan data hanya menggunakan wawancara dan studi dokumentasi.