

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum

1. Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Daerah RAA Tjokronegoro Purworejo

Rumah Sakit Umum Daerah R.A.A. Tjokronegoro mulai digagas pendiriannya pada tahun 2015, oleh Bupati Purworejo, karena di Kabupaten Purworejo belum ada RSUD Tipe C. Dasar pemikiran pembangunan RSUD R.A.A. Tjokronegoro karena selain belum adanya RSUD Tipe C milik Pemerintah di Kabupaten Purworejo, juga karena RSUD Tipe B yang ada di Kabupaten Purworejo sudah tidak mampu lagi menampung pasien rujukan dari Faskes tingkat pertama, sehingga dirasa perlu untuk mendirikan RSUD Tipe C.

Pembangunan Fisik RSUD R.A.A. Tjokronegoro di mulai sejak tahun 2018. Berdasarkan Keputusan Bupati Purworejo Nomor 180.18/550/ 2017 tentang Penetapan. Lokasi Pembangunan Gedung Rumah Sakit Umum Daerah Tipe C Kabupaten Purworejo seluas 19.755 m² yang tercatat dalam Sertifikat Hak Pakai Nomor 009 dengan luas 5.980 m², Sertifikat Hak Pakai Nomor 00010 dengan luas 1.126 m², Sertifikat Hak Pakai Nomor 00011 dengan luas 1.809 m², Sertifikat Hak Pakai Nomor 00012 dengan luas 1.456 m², Sertifikat Hak Pakai Nomor 00013 dengan luas 800 m², Sertifikat Hak Pakai Nomor 00023 dengan luas 4.113 m², Sertifikat Hak Pakai Nomor 27 dengan luas 923 m², dan C Desa No. 1 Persil 67 Klas S. II dengan luas ± 3.548 m² terletak di Kelurahan Borokulon, Kecamatan Banyuurip Kabupaten

2. Gambaran Unit Kerja Rekam Medis RSUD RAA Tjokronegoro Purworejo

Unit Rekam Medis RSUD R.A.A. Tjokronegoro merupakan bagian penting dalam struktur organisasi rumah sakit yang memiliki peran

strategis dalam mendukung kelancaran pelayanan kesehatan. Unit ini bertanggung jawab atas pengelolaan data rekam medis pasien, mulai dari tahap pendaftaran, pengolahan data rekam medis, hingga penyimpanan dan pelaporan. Unit Rekam Medis memiliki 13 orang tenaga, namun hanya 2 petugas yang menangani pengolahan rekam medis rawat inap secara langsung. Dalam pelaksanaan tugasnya, Unit Rekam Medis membawahi sejumlah sub-kegiatan, antara lain pendaftaran pasien rawat jalan dan rawat inap, assembling dan filing berkas rekam medis, analisis kelengkapan dokumen, pemberian kode penyakit dan tindakan (*coding*), serta penyusunan laporan baik internal maupun eksternal. Dalam pelaksanaannya pengodean dilakukan oleh dokter pada pasien rawat inap dan dilakukan oleh PMIK untuk rawat jalan. Seluruh proses ini bertujuan untuk menjamin tersedianya data medis yang lengkap, akurat, dan tepat waktu sebagai dasar pengambilan keputusan medis, administratif, hingga keuangan dan klaim.

3. Visi dan Misi RSUD RAA Tjokronegoro Purworejo

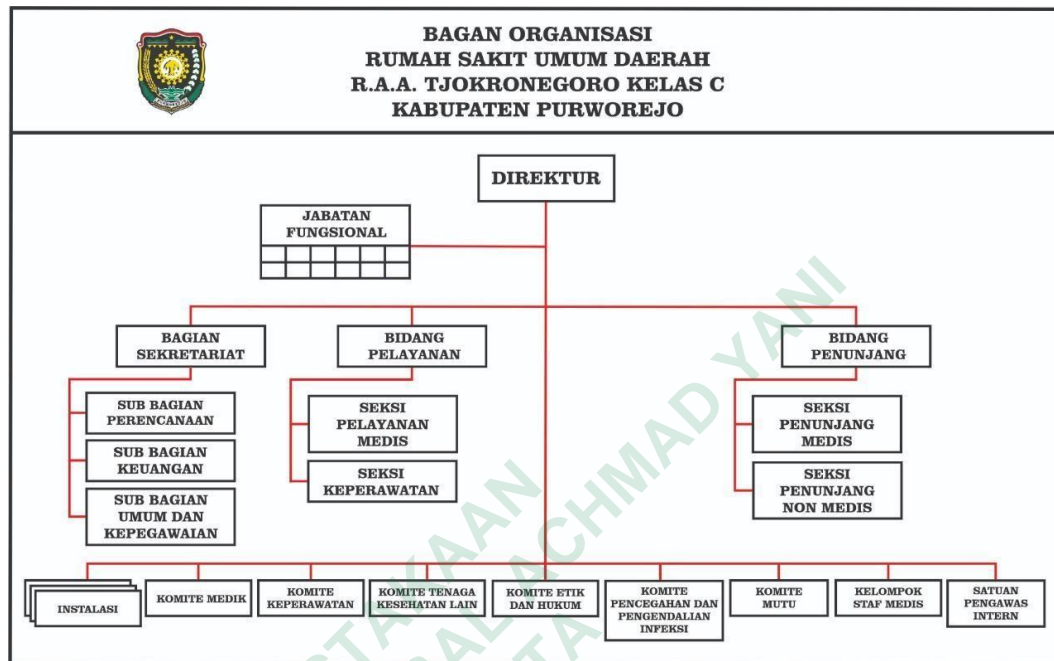
a. Visi

Terwujudnya Rumah Sakit Umum Daerah yang handal, modern, dan berbudaya.

b. Misi

- 1) Memberikan pelayanan yang professional dan berkualitas
- 2) Mengembangkan pelayanan berbasis teknologi
- 3) Menyediakan pelayanan yang terjangkau
- 4) Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman.

4. Struktur RSUD RAA Tjokronegoro Purworejo



Gambar 4.1 Struktur RSUD RAA Tjokronegoro

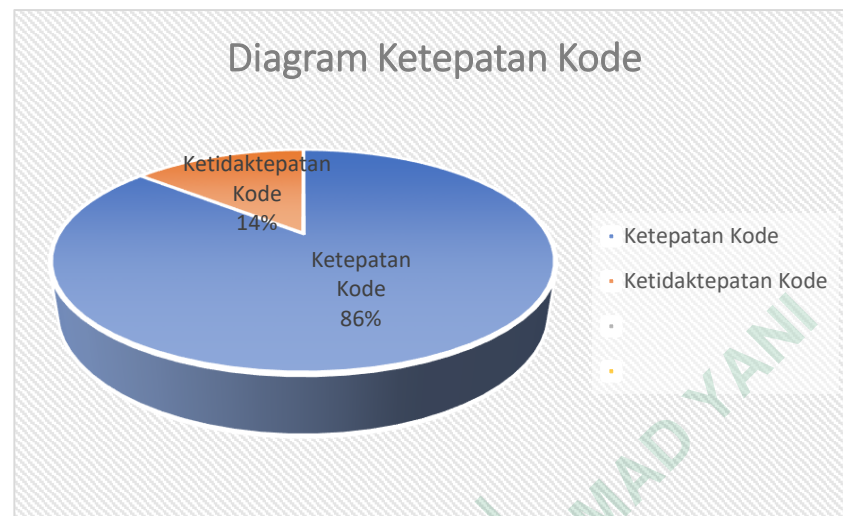
B. Hasil Penelitian

1. Tingkat Ketepatan Kode ICD-10

Hasil penelitian ketepatan kode pada 71 sampel diagnosis kasus fraktur di unit rekam medis RSUD RAA Tjokronegoro Purworejo melalui lembar *checklist* ketepatan, didapatkan hasil pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.1 Ketepatan Kode Kasus Fraktur Pasien Rawat Inap

Keterangan	Jumlah berkas	Persentase
Tepat	61	86%
Tidak Tepat	10	
Karakter ke 4	6	14%
Karakter ke 5	5	
Jumlah	71	100%



Gambar 4.2 Diagram Ketepatan Kode

Berdasarkan gambar 4.2 diketahui bahwa tingkat ketepatan kode diagnosis fraktur pasien rawat inap di RSUD RAA Tjokronegoro Purworejo sebesar 86% (61 rekam medis) dan ketidaktepatan kode sebesar 14% (10 rekam medis). Ketidaktepatan ini ditemukan pada kode karakter ke empat dan ke lima (close/open)

2. Hasil Identifikasi Terkait Pelaksanaan Pengodean Pada Kasus Fraktur

Informan A : Dokter Umum/PIC JKN

Informan B : Koordinator Rekam Medis

Informan C : Dokter Umum

a. Prosedur dan Alur Pengodean Diagnosis

Hasil penelitian pelaksanaan pengodean di RSUD RAA Tjokronegoro Purworejo sesuai dengan Standar Operasional Prosedur yang ada yaitu nomor 0531/916/2021 No Revisi 00 Hal 02/02 tentang Kodifikasi Penyakit dan Tindakan. Untuk kasus fraktur sendiri tidak ada Standar Operasional Prosedur spesifik tentang fraktur. Standar Operasional Prosedur pengodean bersifat umum dan belum diperbaharui sesuai kebutuhan saat ini. Pengodean menggunakan

standar *ICD-10* versi 2010 serta kebijakan dari BPJS. Hal tersebut diperkuat oleh hasil wawancara dengan

“Kalo prosedur kan berarti SOP ya kita ada makenya yang umum, kalau untuk fraktur sendiri itu sebelumnya belum tak bikin..”

Informan A

Ini senada dengan pernyataan dari triangulasi sumber

“Kalo secara SPO nya kita SPO umum ya eee standar prosedur operasional pengodean. Tapi kalo misalnya terkait fraktur sendiri memang sudah masuk kesitu. Karna juga tahun depan mulai akreditasi lagi tahun ini targetnya kita memperbarui SOP lagi yang expired.”

Informan B

Selanjutnya ditinjau dari alur kerja pengodean, ke tiga informan menyampaikan bahwa proses dimulai dari rekam medis pasien yang telah dilayani kemudian diperiksa dan *coding* oleh dokter untuk pasien rawat inap dan oleh perekam medis pada rawat jalan. Hal ini didukung berdasarkan hasil wawancara berikut.

“Alur kerja ya, rekam medis yang sudah ee pasien yang sudah selesai pelayanan rekam medisnya diolah oleh rekam medis. Diagnosanya kita *coding* lalu tindakannya juga ada operasi atau tidak”

Informan A

Ini senada dengan pernyataan dari triangulasi sumber

“Kalo alurnya misalnya dari pasien rawat inap, pasien rawat inap nanti dari dokter dpjp mendiagnosis. Nanti dari situ eeee dokter coder ini tidak semerta-merta melihat hanya dari diagnosa dari dpjp saja, tapi juga melihat dari misalnya penunjangnya”

Informan B

“Tentunya sudah dengan pemeriksaan akan di eee akan di diagnosa ya. Jadi nanti kita pastikan semua ni lab nya eee rontgennya sudah mendukung nanti kita ke diagnosis kita *coding* diagnosis pakai *ICD-10* untuk tindakannya pakai *ICD-9*”

Informan C

b. Pelaksanaan Pengodean di RSUD RAA Tjokronegoro Purworejo

Hasil penelitian didapatkan bahwa pelaksanaan pengodean dirawat inap dipegang oleh dokter umum tanpa adanya keterlibatan pmik. Hal ini terjadi karena faktor beban klaim yang diperkuat berdasarkan hasil wawancara kepada triangulasi sumber:

“Masalah klaim si. Karena rawat inap kan klaimnya besar ya jadi eeee jadi dibebankan ke saya karena berkaitan dengan medisnya terutama.”

Informan A

Hal ini senada dengan pernyataan triangulasi sumber sebagai berikut.

“Nah karena kalau sebenarnya rawat jalan itu kan lebih simpel ya kadang misalnya ya kontrol eee penyakit-penyakit juga lebih simpel penunjangnya hanya terbatas.”

Informan B

Selain itu, penanggungjawab pengodean masing-masing unit disebabkan karna kebijakan dari rumah sakit. Hal ini diperkuat berdasarkan hasil wawancara

“Nah untuk coder menurut eee dari direktur sini untuk rawat jalan mampu untuk perseorang perekam medis tapi kalau misalnya dari rawat inap itu eee apaa ya lebih memikirkan ketepatan diagnosanya, sebenarnya bukan kok dari rekam medisnya ga mampu ya tapi direkturnya sendiri lebih mempercayakan ini kedokter karena lebih peka terhadap medis”

Informan B

Pernyataan ini senada dengan triangulasi sumber:

“Iya sesuai kebijakan rumah sakit. Kan itu atas perintah direktur juga kan.”

Informan C

Selain itu dokter yang melakukan pengodean hanya mengikuti pelatihan singkat dan merasa kurang kompeten dibanding dengan teman-teman pmik. Hal ini berpotensi menimbulkan kesalahan *coding*

karena keterbatasan pemahaman terhadap aturan-aturan khusus dalam pengodean.

“Pelatihan ngga ada, aku aja baru latihan sekali. Baru ikut pelatihan aja 3 hari udah wes langsung terjun”

Informan A

Ini senada dengan pernyataan triangulasi sumber

“Kalau pelatihan itu sebetulnya ada ya dokter yang memang asli coder dan PIC BPJS itu ada ya cuma kalau saya eee itu belum pernah mengikuti pelatihan”

Informan C

Alasan lain yaitu kurangnya sumber daya pmik yang ada dirumah sakit tersebut. Ini diperkuat dengan hasil wawancara

Selama ini satu-satunya dokter baru saya yang megang ini, terus petugas temen-temen rekam medis juga terbatas jumlahnya, sdm nya terbatas

Informan A

Hal ini senada dengan pernyataan triangulasi sumber sebagai berikut:

Kalau semakin banyak nanti mungkin sumber daya manusia ya semakin banyak pasiennya pasti semakin butuh sumber daya lebih lagi mungkin eee sdm dari rekam medis yang bisa turut membantu gitu

Informan C

Dalam hasil penelitian, diketahui bahwa tidak ada proses verifikasi internal atau *medical review* terhadap hasil pengodean diagnosis. Tanggung jawab *coding* ada pada dokter (rawat inap) dan sehingga proses verifikasi dilakukan secara informal, oleh *coder* sendiri, Hal ini disampaikan oleh informan sebagai berikut

“idealnya pmik sebagai *coder*, dokter sebagai verifikator nah ini karena ngga ada pmik nya otomatis *coder* sama verifikator dilakukan sekaligus oleh dokter”

Informan B

Ini senada dengan triangulasi sumber

“Kalo verifikasi kita untuk kita sendiri ngga pernah ya, itu dari pihak luar dari pihak internal kalo kita mau klaim BPJS mereka yang memverifikasi. Cuma untuk memverifikasi *codingnya* bener atau nggak dari kita sendiri ngga ada”

Informan A

Dari pernyataan di atas menunjukkan bahwa di RSUD RAA Tjokronegoro Purworejo, alasan yang menyebabkan mengapa pengodean khususnya di rawat inap dilakukan oleh dokter karena faktor beban klaim, kebijakan rumah sakit serta kurang sumber daya perekam medis. Juga tidak dilakukannya *medical review* terhadap hasil pengodean yang dilakukan.

c. Pengodean *External Cause* di RSUD RAA Tjokronegoro Purworejo

Hasil penelitian didapatkan bahwa pengodean *external cause* tidak dilakukan. Hal ini disebabkan karena beberapa faktor. *External cause* hanya didokumentasikan tetapi tidak dilakukan pengodean oleh *coder*. Alasan utamanya yaitu karena *external cause* tidak diwajibkan oleh sistem klaim BPJS. Berdasarkan hasil wawancara informan A (dokter umum/ PIC JKN) menyatakan:

“Sama BPJS juga atau Jasa Raharja juga ga pernah mempertanyakan *external cause*. Yang penting ada syarat-syarat dari klaim, berkas-berkas klaim nya ada ya udah”

Informan A

Hal ini diperkuat oleh triangulasi sumber yaitu informan B selaku koordinator rekam medis:

“Juga dari BPJS tidak mengharuskan *external cause* nya makannya tidak dilakukan pengodean untuk itu”

Informan B

Alasan kedua tidak dilaksanakannya pengodean *external cause* yaitu sumber daya yang terbatas dan hanya fokus pada pengodean

diagnosis utama serta tindakan. Hal ini di sampaikan oleh koordinator rekam medis sebagai berikut:

“Eee keteteran mba, misal target satu bulan sekitar 700 sampai 900 itu akan keteteran sekali ketika kok ada penambahan external cause, itu kan akan memakan waktu lebih baik untuk mengerjakan hal lain yang lebih wajib gitu”

Informan B

Hal ini senada dengan pernyataan triangulasi sumber

“Misal pasien tadi eumm apa rawat inap satu bulan bisa sampai 800 harus kita *coding* itu ngga mungkin kita bukain satu-satu penyebabnya apa itu biasanya kita memang hanya frakturnya apa close apa open dan tindakannya apa”

Informan C

Selain itu, tidak dilakukannya pengodean *external cause* ini berdampak pada pelaporan rumah sakit ke SIRS yang terintegrasi dengan kemenkes, sehingga data yang seharusnya dilaporkan menjadi kosong. Akan tetapi hingga saat ini belum mendapat teguran dari dinas setempat. Hal ini disampaikan oleh koordinator rekam medis berdasarkan hasil wawancara:

“Pentingnya di statistic ya kalo kita mau mencari data, ee misalkan eeee terutama karena kecelakaan lalu lintas atau bahkan karena bisa juga karena kecelakaan kerja atau karena apakan kita bisa jadi tau kalau ada *external cause* nya”

Informan A

“Sebenarnya untuk *external cause* sendiri kan juga tetap kita laporkan di SIRS itu sistem informasi rumah sakit yang ter integrasi dengan kemenkes, kita tidak pernah mengoding *external cause* otomatis ya kode-kode yang di *external cause* itu Y, X itu akan kosong semuanya dalam artian kita tidak ada laporan untuk *external cause* nya

Informan B

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, mencerminkan bahwa waktu dan tenaga *coder* sangat terbatas, sehingga aspek kode pelengkap seperti *external cause* diabaikan demi efisiensi. Akibatnya, *external cause* meskipun secara teoritis penting untuk pelaporan dan

statistik, tidak menjadi prioritas dalam pelaksanaan pengodean di lapangan.

C. Pembahasan

1. Tingkat Ketepatan Kode *ICD-10*

Berdasarkan tabel 4.1 ketepatan kode diagnosis kasus fraktur di RSUD RAA Tjokronegoro Purworejo dibagi menjadi tepat dan tidak tepat. Dapat dilihat bahwa persentase ketepatan kode sebesar 86% dan ketidaktepatan sebesar 14%. Permasalahan umumnya terletak pada pengisian kode pada karakter ke empat yaitu lokasi spesifik terjadinya fraktur dan karakter ke lima yaitu jenis fraktur (*open/close*). Kode dianggap tepat dan akurat bila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai aturan klasifikasi yang digunakan (F. A. A. Harahap et al., 2024). Pencantuman kode diagnosis karakter ke empat dan ke lima yang tepat sangat penting karena berpengaruh terhadap akurasi tindakan medis, validitas data hukum, serta mutu pelaporan rumah sakit yang berdampak pada kualitas layanan secara menyeluruh (Herisandi & Harmanto, 2022)

2. Hasil Identifikasi Terkait Pelaksanaan Pengodean Pada Kasus Fraktur

a. Prosedur dan Alur Pengodean Diagnosis

Di RSUD RAA Tjokronegoro Purworejo, standar operasional prosedur (SOP) digunakan sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pemberian kode diagnosis penyakit maupun kode tindakan serta memudahkan pencatatan, pengumpulan dan pengambilan kembali informasi sesuai diagnosis ataupun tindakan medis atau operasi yang diperlukan. SOP kodifikasi penyakit dan tindakan No 0531/916/2021 No.Revisi 00 Hal 02/02 RSUD RAA Tjokronegoro meliputi:

- 1) Petugas rekam medis menerima berkas rekam medis rawat jalan/rawat inap yang telah lengkap termasuk diagnosis dan tindakan.

- 2) Petugas *coding* menentukan diagnosis dan tindakan yang akan dikode dan mencari istilah utama (*leadterm*)
- 3) Petugas *coding* menggunakan buku *ICD 10* atau *ICD 10* elektronik dan *ICD-9 CM* sebagai kamus petunjuk.
- 4) Petugas *coding* membaca dan mengikuti petunjuk/tanda baca yang tertera pada diagnosis/tindakan pada *ICD-10* dan *ICD-9 CM*
- 5) Semua diagnosis yang memengaruhi perawatan diberi kode *ICD-10*. Kode yang dicantumkan harus berurutan secara benar dan yakni dimulai dari diagnosis utama baru kemudian diagnosis sekunder.
- 6) Petugas *coding* dalam mengode diagnosis morbiditas pasien perlu memperhatikan aturan MB 1 sampai MB 5 (*ICD 10 Volume 2*)
- 7) Petugas *coding* mengode tindakan medis/operasi yang berkaitan dengan asuhan pasien sesuai dengan *ICD-9 CM*
- 8) Petugas *coding* mencantumkan kode tersebut pada kolom kode diagnosis dan tindakan di lembar resume medis dan lembar ringkasan masuk dan keluar (RMK)
- 9) Petugas *coding* memasukkan kode diagnosis dan kode tindakan ke SIMRS “Rekammedik”

Dari standar prosedur operasional tersebut (SPO) yang ada petugas *coding* secara umum telah mengikuti SPO Kodifikasi dan Tindakan, meskipun tidak terdapat SOP khusus yang mengatur secara detail pengodean kasus fraktur. Prosedur ini meliputi langkah-langkah awal seperti pemeriksaan rekam medis yang telah selesai dilayani, identifikasi diagnosis oleh dokter (untuk rawat inap), dan pencantuman kode berdasarkan *ICD-10* dan *ICD-9 CM* untuk tindakan. Juga dalam memastikan diagnosis didukung data pemeriksaan penunjang sebelum dilakukan pengodean. Hal ini sejalan dengan Pramono et al., 2021 langkah-langkah pengodean seharusnya mencakup identifikasi lead term serta memperhatikan *inclusion* dan *exclusion* notes agar kode yang dipilih sesuai dengan kondisi klinis pasien.

b. Pelaksanaan Pengodean di RSUD RAA Tjokronegoro Purworejo

Pelaksanaan pengodean untuk pasien rawat inap dipegang oleh dokter umum, bukan oleh tenaga PMIK. Hal ini terjadi karena keterbatasan sumber daya manusia, kebijakan rumah sakit dan beban klaim dengan pertimbangan bahwa dokter lebih memahami aspek

klinis. Hal ini tidak sejalan dengan Weningsih & Arintaka, (2022) yang menyatakan bahwa peranan seorang PMIK sangat penting dalam proses pengodean, sebab PMIK harus memiliki kemampuan dan keahlian dalam memahami peraturan-peraturan pengodean yang ada, di antara lain adalah peraturan pada *ICD-10* dan *ICD-9-CM*, standar prosedur pengodean, serta ketentuan kesepakatan (untuk pengodean BPJS). Meskipun secara administratif pembagian tugas ini berjalan, penggunaan dua jenis tenaga pengodean (dokter dan PMIK) tanpa standarisasi pelatihan menimbulkan risiko ketidakkonsistenan dalam hasil pengodean.

Selain itu dokter yang melakukan pengodean hanya mengikuti pelatihan singkat dan merasa kurang kompeten dibanding dengan teman-teman PMIK. Hal ini berpotensi menimbulkan kesalahan *coding* karena keterbatasan pemahaman terhadap aturan-aturan khusus dalam pengodean. Dokter selaku petugas *coding* juga perlu terus memperbarui pengetahuan ilmiah mereka dengan mengikuti pelatihan di bidang rekam medis untuk meningkatkan keterampilan dan profesionalisme mereka. Melalui pelatihan tersebut, seorang *coder* akan memperoleh informasi mengenai metode penentuan kode diagnosis yang tepat.

Selain itu dalam pelaksanaan pengodean tidak dilakukannya verifikasi internal yang melibatkan pihak ke dua (*verifikator independen*) terhadap kode diagnosis yang telah dimasukkan oleh *coder*. *Coder* bertindak langsung sebagai pelaksana sekaligus verifikator. Hal ini berisiko terhadap terjadinya kesalahan sistematis dalam pelaporan atau pengajuan klaim. Sejalan dengan (Tarigan et al., 2022) bahwa salah satu alasan terjadinya keterlambatan dalam pembayaran adalah kurangnya pemahaman dari verifikator internal mengenai aturan koding yang sedang berlaku. Verifikasi dilakukan oleh pihak BPJS sehingga menyebabkan ketergantungan dari pihak BPJS. Hal ini menunjukkan bahwa pengodean belum mendukung

optimalisasi *medical review* terhadap pelayanan pasien. *Medical review* bertujuan untuk menjamin akurasi kode diagnosis dari sisi medis maupun teknis sesuai dengan kaidah *ICD-10* dan kebutuhan administrasi rumah sakit.

c. Pengodean *External Cause* di RSUD RAA Tjokronegoro Purworejo

Hampir seluruh kasus fraktur tidak dilengkapi dengan kode penyebab luar atau *external cause*. Pengodean untuk tujuan statistik belum dijalankan secara optimal. Tidak dilakukannya pengodean *external cause* disebabkan karena dari pihak BPJS yang tidak mengharuskan untuk menyertakan kode pelengkap sehingga *coder* lebih mengutamakan syarat atau berkas yang harus ada dalam klaim. Padahal, dalam teori Herisandi, (2022) pentingnya kode penyebab *eksternal cause* pada kasus fraktur adalah untuk mempermudah pengumpulan data mengenai diagnosis serta tindakan yang dibutuhkan dan penerapan kodifikasi untuk sistem pembayaran serta bahan laporan mengenai morbiditas dan mortalitas serta untuk kepentingan *statistic, medical review* dan *reimbursement*. Mengingat betapa pentingnya ketepatan kode penyebab eksternal bagi pembuatan keputusan dan formulasi kebijakan di rumah sakit serta pelaporan yang dilakukan, maka jika data yang digunakan tidak valid, hal tersebut akan mengakibatkan laporan ke kementerian kesehatan juga menjadi tidak akurat. Hal ini juga bisa berdampak pada hilangnya potensi informasi epidemiologis penting seperti penyebab dominan cedera misalnya kecelakaan lalu lintas atau jatuh.

Selanjutnya alasan ke dua yaitu sumber daya yang terbatas dan hanya fokus pada pengodean diagnosis utama serta tindakan. Beban kerja pengodean yang tinggi 700-900 berkas per bulan, menyebabkan pengodean hanya fokus pada unsur wajib untuk klaim. Hanya tiga PMIK menangani *coding* rawat jalan, sementara rawat inap dikerjakan oleh satu atau dua dokter umum. Sehingga jika dilakukan pengodean pada *external cause* maka *coder* harus membuka rekam medisnya satu per satu dan

mencari, dimana, penyebabnya seperti apa sehingga lebih memilih tidak dilakukan pengodean.

D. Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian ini, peneliti memiliki keterbatasan sehingga hasilnya belum sesuai dengan yang diharapkan. Keterbatasan penelitian ini yaitu:

1. Petugas *coding* rawat inap yang bukan berlatar belakang dari PMIK sendiri dan belum lama bekerja, sehingga menghasilkan jawaban yang kurang komperhensif
2. Kode pelengkap kasus fraktur yang tidak disertakan mengakibatkan hasil dari pada penelitian kurang optimal.

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA