

## **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **A. Hasil**

#### 1. Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Daerah dr. Tjitrowardojo Purworejo

##### a. Sejarah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Tjitrowardojo Purworejo

RSUD dr. Tjitrowardojo Purworejo didirikan pada tahun 1915 dengan nama Zenden. Rumah Sakit ini merupakan Rumah Sakit Pendidikan dengan kelas B yang telah resmi ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.03/I/0216/2014 yang menyatakan RSUD Saras Husada Purworejo sebagai Rumah Sakit Pendidikan pada tanggal 21 februari 2014. RSUD dr. Tjitrowardojo Purworejo terletak di Jl. Jenderal Sudirman No.60, Rw. I, Kel Doplang, Kec. Purworejo, Kabupaten Purworejo, Provinsi Jawa Tengah 54114. Saat ini, rumah sakit ini memiliki total kapasitas operasional sebanyak 278 tempat tidur dengan luas lahan mencapai 58.665 m<sup>2</sup>, dan luas bangunan sekitar 45.300 m<sup>2</sup>.

##### b. Visi, Misi, Tujuan, Strategi dan Arah Kebijakan Rumah Sakit Umum Daerah dr. Tjitrowardojo Purworejo

###### 1) Visi

Terwujudnya Kabupaten Purworejo yang Semakin Sejahtera Berbasis Pertanian, Pariwisata, Industri, dan Perdagangan yang Berwawasan Budaya, Lingkungan, dan Ekonomi Kerakyatan

###### 2) Misi

Mewujudkan Kabupaten Purworejo sebagai Kabupaten yang unggul di bidang Pendidikan dan pelayanan Kesehatan.

###### 3) Tujuan

Meningkatkan pelayanan Kesehatan rujukan yang berkualitas selama 24 jam untuk mewujudkan derajat Kesehatan yang

optimal melalui upaya Kesehatan bermutu, efektif dan efisien dengan senantiasa berorientasi pada keselamatan pasien (Patient Safety).

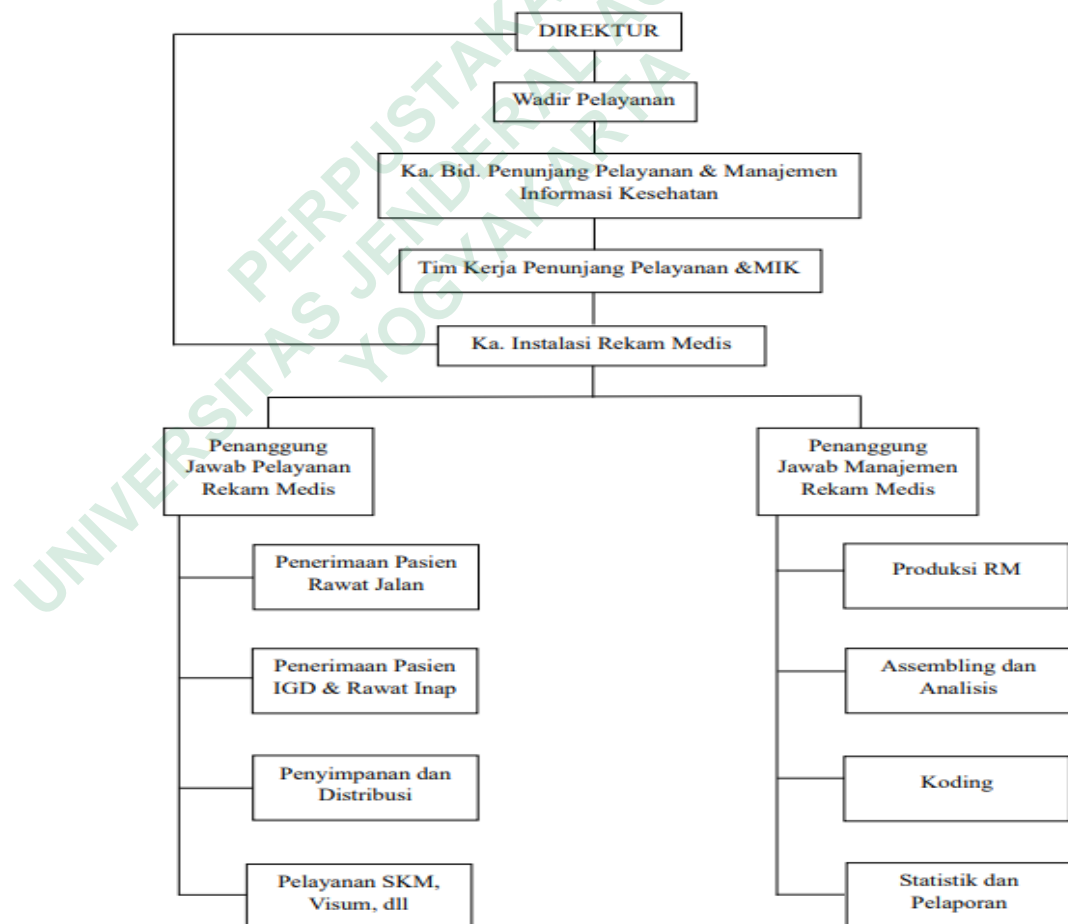
4) Strategi

Meningkatkan kualitas pelayanan Kesehatan rujukan selama 24 jam melalui pelayanan berdasarkan siklus daur kehidupan.

5) Arah Kebijakan

Pelayanan Kesehatan berdasar siklus daur kehidupan dengan pelayanan skrining dan pelayanan Kesehatan, peningkatan kualitas sarana prasarana Kesehatan, penanganan penyakit menular dan peningkatan Kesehatan lingkungan.

c. Struktur Organisasi Rekam Medis RSUD dr. Tjitrowardojo Purworejo



Gambar 4. 1 Struktur Organisasi Rekam Medis RSUD dr. Tjitrowardojo Purworejo  
Sumber : Rumah Sakit Umum Daerah dr. Tjitrowardojo Purworejo

## 2. Analisis Hasil

- a. Pendokumentasian penunjang klinis kasus fraktur pada rekam medis pasien BPJS Rawat Inap di RSUD dr. Tjitrowardojo Purworejo

Penanganan awal terhadap pasien dengan kasus fraktur di RSUD dr. Tjitrowardojo Purworejo dimulai saat pasien masuk ke Instalasi Gawat Darurat (IGD), tahap ini penting dalam menentukan diagnosis awal dan rencana terapi selanjutnya. Saat pasien tiba, perawat IGD langsung melakukan triase, anamnesis, pemeriksaan awal menggunakan metode ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*), yaitu pendekatan sistematis untuk menilai dan menstabilkan kondisi pasien secara cepat pada fase kegawatdaruratan. Informasi awal yang diperoleh kemudian dikonsultasikan ke dokter DPJP.

Setelah itu, dilakukan pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan radiologi untuk mendukung diagnosis awal. Pemeriksaan ini penting untuk mengetahui jenis dan tingkat keparahan fraktur. Seluruh hasil pemeriksaan penunjang langsung dicatat dalam sistem RME (Rekam Medis Elektronik), sehingga dapat diakses oleh tim medis lainnya dengan cepat. Informasi mengenai alur penanganan awal pasien fraktur di IGD disampaikan oleh informan dalam wawancara berikut ini :

“Pertama kalau di IGD melakukan triase dan melakukan assesmen lengkap mulai dari anamnesis hingga pemeriksaan ABCD. Terus kita melakukan pertolongan sesuai itu rw nya ada kegawatan ngga, kalau gawat kita tangani. Kalau fraktur kita ada pasang skaler dan melakukan pemeriksaan penunjang. Setelah hasil pemeriksaan penunjang keluar, kita konsulkan ke dokter DPJP nya”

**Informan Y**

“Kasus fraktur biasanya ya kita ee apa pasien datang di triase dulu termasuk ke apa triase yang mana, merah, kuning atau hijau terus nanti setelah itu di anamnesa, abis tu kita di anamnesa itu kan kita tindak lanjut kita laporkan ke dokternya terus nanti misalnya harus diapakan, terus nanti kita apa namanya anamnesa juga abcde nya kek rw nya terus brittingnya sirkulasinya gitu si dek”.

**Informan W**

Selain itu, informasi penyebab trauma juga dapat ditemukan dalam bagian anamnesis yang tercatat di RME atau formulir injury, seperti yang dijelaskan informan berikut:

“Biasanya untuk kasus fraktur itu kalo di IGD sini tu injury, form injury kalo nggak ya informed consent untuk tindakan pembedahan”

**Informan W**

“Selain di injury itu di anamnese juga ada penyebab traumanya itu apa diterangkan di RME nya”

**Informan Y**

Pernyataan dari informan diatas dikonfirmasi oleh triangulasi sumber melalui wawancara sebagai berikut:

“Kalau kecelakaan lalu lintas tambahannya form injury sama surat pernyataan”

**Triangulasi**

Setelah tindakan awal dilakukan, pasien menjalani pemeriksaan penunjang berupa foto rontgen dan pemeriksaan laboratorium, yang dilakukan sebelum dipindahkan ke bangsal. Hasil dari pemeriksaan ini otomatis terekam dalam sistem RME dan menjadi dasar pengambilan Keputusan medis serta penetapan diagnosis. Hal ini disampaikan oleh informan pada 10 juni 2025 sebagai berikut:

“Biasanya pemeriksaan penunjangnya ya laborat hasil laborat terus sama rontgen an nya harus diperiksa, kalau fraktur kan fraktur apanya nanti dari hasil rontgen nya itu juga”

**Informan W**

“Penunjang lanjutan kita biasane lihat di ERM nya, kan sudah ada RME jadi semua bisa dilihat di RME”

**Informan R**

Hal ini didukung oleh hasil wawancara dengan triangulasi sebagai berikut:

“Iya, diresume biasanya sudah ada radiologi dan laboratorium”

**Triangulasi Sumber**

Setelah pasien dipindahkan ke bangsal, perawat melanjutkan proses pengkajian lanjutan terhadap pasien, melengkapi data yang belum tercatat saat di IGD. Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan kepada informan di RSUD dr.tjitrowardojo didapatkan hasil seperti berikut:

“Apabila ada yang belum jelas kami menggali ulang ee kronologi ke pasien atau keluarganya”

**Informan R**

“Kalau belum lengkap, nanti kita tanya ulang dan kita kaji ulang. Kita disini juga ada formulirnya”

**Informan P**

Pernyataan kedua informan tersebut diperkuat melalui hasil wawancara triangulasi sebagai berikut :

Resume, anamnesis, CPPT, surat injury dan surat pernyataan atau SKKL. Formulir itu sangat penting bagi kami.

**Triangulasi Sumber**

Perawat tidak hanya bertugas melengkapi dokumen administratif, tetapi juga berperan dalam memastikan konsistensi informasi antara dokumen internal rumah sakit dan dokumen eksternal seperti SKKL maupun surat pernyataan. Ketidaksesuaian antara dokumen-dokumen tersebut dapat mempengaruhi kelancaran proses klaim pembiayaan. Hal ini disampaikan oleh informan sebagai berikut:

“Kadang surat keterangan kecelakaan sama injury itu berbeda. Jadi kita bingung buat nentuin ini jasa raharja atau BPJS. Kendalanya seperti itu, beda antara kronologi dari kepolisian sama surat injury yang dibuat oleh keluarga.”

**Informan P**

“Kalau pasiennya BPJS itukan disuruh bikin injury sama pernyataan, ee kadang itu beda lagi nanti sama SKKL”

**Informan R**

Pernyataan kedua informan tersebut diperkuat melalui hasil wawancara triangulasi sumber yang telah dilakukan oleh peneliti di RSUD dr. Tjitrowardojo Purworejo sebagai berikut :

“Paling kalau kasus fraktur itu dibagian dokumen pendukungnya, terutama kasus kecelakaan. Kadang formulir injury nya beda dengan SKKL yang dari kepolisian”.

**Triangulasi Sumber**

Berdasarkan hasil wawancara, diketahui bahwa dokumentasi penunjang klinis pada kasus fraktur tercatat dalam beberapa dokumen medis penting. Pendokumentasian tersebut meliputi lembar assesment gawat darurat, permintaan pemeriksaan radiologi, formulir injury dan surat pernyataan. Berikut formulir-formulir yang digunakan dalam proses dokumentasi klinis pada kasus fraktur:

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL  
YOGYAKARTA

RSUD  
dr. TJITROWARDOJO  
KABUPATEN PURWOREJO  
JL. JENDRAL SUDIRMAN NO 60  
PURWOREJO TELP. 0275321118

### ASESMEN AWAL PASIEN GAWAT DARURAT

Peri Tanda (\*) pada kotak yang tersedia, \*) Coret yang tidak perlu

Tgl : 1/6 Jan : 08.70	Pengantar : Nama : Tami Umur : Hubungan : Pmi Alamat / Telepon :
Rujukan <input type="checkbox"/> Ya : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tidak	Pemas <input type="checkbox"/>
Jenis : <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Kec. Lalu Lintas	<input type="checkbox"/> Non Trauma <input type="checkbox"/> Kasus Polisi <input type="checkbox"/> Bukan Kasus Polisi <input type="checkbox"/> Kec. Kerja <input type="checkbox"/> Kec. RumahTangga
ANAMNESIS P/s datang dicantar pmi dg keluhan muka kaku kanan pes jkt. tidak sadar saat kejadian. pusing, mual, luka lecet di pipi kiri bentu debu dan kaki kiri. Luka terbuka di punggung kaki kanan.	ORDER TINDAKAN/TERAPI IGD Jenis Tindakan/ Terapi INJEKSI 1. .... 2. .... 3. .... 4. .... 5. .... 6. .... TINDAKAN <input type="checkbox"/> Infus <input type="checkbox"/> Mikro <input type="checkbox"/> Makro <input type="checkbox"/> Transfusi <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> NGT <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> NEBULISER : ...../..... <input type="checkbox"/> Lain lain Pemeriksaan Penunjang LABORATORIUM RADIOLOGI <input type="checkbox"/> CT Scan Kepala <input type="checkbox"/> Thorak <input type="checkbox"/> Lain Lain <input type="checkbox"/> Kembali Ke IGD <input type="checkbox"/> Sambil Ke Rawat Inap <input type="checkbox"/> Sudah Dilakukan <input type="checkbox"/> Belum Dilakukan RENCANA TINDAK LANJUT <input type="checkbox"/> Rawat Inap <input type="checkbox"/> Rawat Jalan
Tekanan darah : 148/90 mmHg Pernafasan : 20 x/menit SpO2 : 98 % Nadi : 80 x/menit Suhu : 37.5 °C BB : 65 Kg TB : 170 cm Kesadaran : GCS : ..... V: M: V: <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> Somnolen <input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Stupor <input type="checkbox"/> Coma Nyeri : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Luka : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Sebutkan :	

Gambar 4. 2 Formulir Assesmen Awal IGD

Sumber: Rumah Sakit Umum Daerah dr. Tjitrowardojo Purworejo

Formulir ini berperan penting sebagai sarana pencatatan awal terhadap kondisi pasien yang pertama kali tiba di instalasi gawat darurat (IGD). Pada bagian anamnesis mencatat berbagai informasi penting, termasuk kondisi pasien saat pertama kali datang, kronologi kejadian yang dialami, serta indikasi awal mengenai cedera atau gangguan yang diderita oleh pasien.

**TJITROWARDOJO**  
SIKSIAN NO. 60 (0275) 321118, 325651, Pwrt 213

**SURAT PERMINTAAN PEMERIKSAAN RADIOLOGI**

lengkap & jelas

Pasien :	Dokter Pengirim :	
Jns. Kelamin : L / P	Tanggal :	
g/IRM :	Jaminan Pasien :	Umum / Askes / JPS
/ Kelas :		Jamsostek / SKTM
sa :		

**Pemeriksaan Non Kontras**

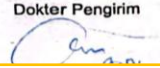
ium 3 pss	• Thorax	D / S	• BNO (dg persiapan)	• Pelvis
ium 2 pss	• Thorax Lateral	D / S	• Abdomen	• Femur D / S
ium 1 pss	• Clavucula	D / S	• Abdomen 3 pss	• Genu D / S
N	• Shoulder Joint	D / S	• Soft Tissue Leher	• Cruris D / S
stoid	• Humeri	D / S	• Cervikal AP Lat	• Ankle Joint D / S
ila Trusika	• Elbow Joint	D / S	• Cervikal AP Lat Obl	• Pedis D / S
ndibulla	• Antebrachi	D / S	• Thorakal	• Calcaneus D / S
axilla	• Wrist Joint	D / S	• Thorako Lumbal	• Gigi .....
S Nasal	• Manus	D / S	• Lumbo Sacral	

**Pemeriksaan Kontras**

IP	• Uretrocystografi
olon Inloop	• Cystografi
Fistulografi	• Uretrografi
DMD	• HSG
oesofagografi	• Uteri Sonde
Appendicogram	• .....
USG Abdomen Atas	• USG Obsgyn
USG Abdomen Bawah	• USG Doppler Thyroid
USG Urologi (Ginjal, VU, Prostat)	• USG Doppler Carotis
USG Mammae	• USG Doppler Arteria Vena Femoralis
USG Kepala	• USG Doppler .....
• CT Scan Kepala	Non Kontras / Kontras
• CT Scan SPN	
• CT Scan Nasopharing	
• CT Scan Thorax	Non Kontras / Kontras
• CT Scan Abdomen Atas	Non Kontras / Kontras
• CT Scan Abdomen Bawah	Non Kontras / Kontras
• CT Scan .....	

**Keterangan Foto**

Tanggal	Dipinjam (Nama & TTD Peminjam)	Ruang

Dokter Pengirim  


Gambar 4. 3 Lembar Permintaan Radiologi

Sumber: Rumah Sakit Umum Daerah dr. Tjitrowardojo Purworejo

Formulir permintaan pemeriksaan radiologi berisi data identitas pasien, dokter pengirim, serta jenis pemeriksaan radiologi yang diperlukan. Pemeriksaan radiologi ini membantu dalam menegakkan diagnosis klinis, khususnya untuk memastikan adanya fraktur atau kelainan pada struktur tulang yang tidak teridentifikasi melalui pemeriksaan fisik secara langsung.

Nama :

Alamat :

No. Hp :

Hubungan dengan peserta \*) : Ayah/Ibu/Kakak/Adik/Lain – lain sbg ..... dari peserta  
\*) coret yang tidak perlu

Menerangkan bahwa :

Nama :

Pekerjaan :

Alamat :

Nomor Kartu KIS :

Nomor SEP :

Rumah Sakit : Dr. Tjitrowardojo Purworejo

Keterangan :

- Hari / Tanggal : Minggu / 1 Juni 2025
- Lokasi Kejadian : Jl. Raya Jogja
- Keterangan Kejadian (sesuai anamnesa dokter/pengakuan peserta) :  
Terpeles dari motor di Jl. Raya arah Jogja, menghindari  
anjing belang

Demikian Surat Pernyataan ini Saya buat dengan sebenar-benarnya dan tanpa paksaan dari pihak manapun dan dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Purworejo : .....

Petugas Rumah sakit :

Yang Membuat Pernyataan :

( ..... ) ( ..... )  
Tanda tangan dan Nama terang Tanda tangan dan Nama terang

Gambar 4. 4 Formulir Injury  
Sumber: Rumah Sakit Umum Daerah dr. Tjitrowardojo Purworejo

Formulir ini mencatat kronologi kejadian yang diisi oleh keluarga pasien, yang meliputi informasi penting seperti hari dan tanggal kejadian, lokasi kejadian, serta deskripsi singkat mengenai penyebab trauma. Formulir ini berfungsi sebagai bukti administratif atas kronologi kejadian yang menyebabkan cedera atau trauma, serta menjadi pelengkap dalam dokumentasi medis.

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....  
 Alamat : .....  
 Menerangkan bahwa : .....  
 Hubungan dengan Pasien : .....

No RM : .....  
 Nama Pasien : .....  
 Tanggal Lahir/ Jenis Kelamin : .....  
 Alamat : .....  
 No Kartu BPJS : .....  
 NIK Pasien : .....

Menyatakan bahwa,

Paman saya terjatuh dari motor di jalan raya arah jogja  
 karena menghindari anjing lewat.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa paksaan dari pihak manapun dan dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Purworejo, ..... 1/6 2025

*[Signature]*

10000  
 METERAL TEMPEL  
 22BAMX260916833

Gambar 4. 5 Surat Pernyataan

Sumber: Rumah Sakit Umum Daerah dr. Tjitrowardojo Purworejo

Surat pernyataan ini berfungsi untuk menjelaskan kronologi kejadian yang dialami pasien berdasarkan keterangan keluarga, terutama jika pasien tidak mampu memberikan informasi secara langsung. Dokumen ini memuat identitas lengkap pihak yang memberikan pernyataan, data pasien, serta penjelasan singkat mengenai penyebab terjadinya cedera. Keberadaan surat ini menjadi dokumen tambahan yang berperan dalam melengkapi informasi terkait penyebab luar cedera.

- b. Persentase keakuratan kode cedera pada kasus fraktur pasien BPJS Rawat Inap di RSUD dr. Tjitrowardojo Purworejo

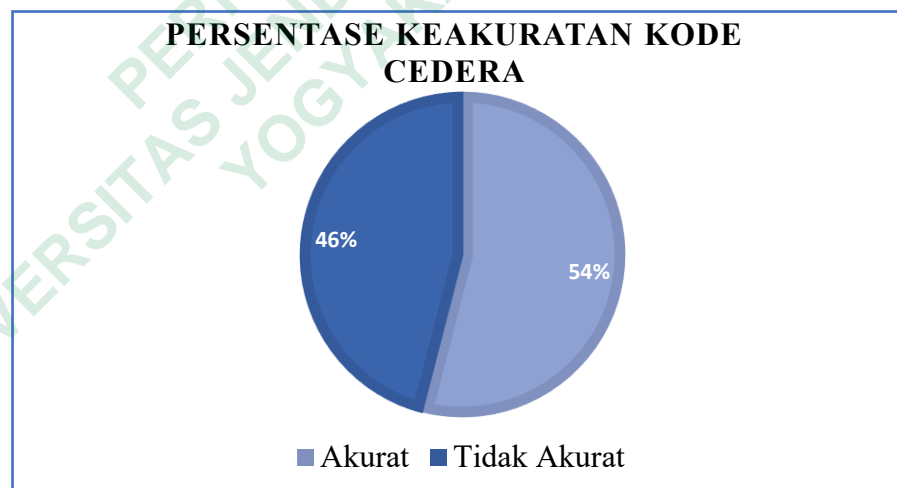
Berdasarkan hasil analisis terhadap pengodean cedera fraktur di RSUD dr. Tjitrowardojo Purworejo, ditemukan adanya perbedaan tingkat keakuratan. Untuk menunjukkan perbandingan tersebut, data disajikan dalam bentuk tabel berikut:

Tabel 4. 1 Persentase Keakuratan Kode Cedera

No	Keakuratan Diagnosa Fraktur	Jumlah (n)	Persentase (%)
1	Akurat	50	54
2	Tidak Akurat	42	46
Total		92	100

Sumber: data sekunder tahun 2024

Berdasarkan tabel diatas, dapat diketahui bahwa dari total 92 kasus fraktur yang dianalisis, sebanyak 50 berkas (54%) kasus telah dikodekan dengan akurat, sedangkan 42 berkas (46%) belum sesuai dengan pedoman ICD-10.



Gambar 4. 6 Persentase Keakuratan Kode Cedera  
Sumber: data sekunder tahun 2024

Gambar 4.5 diatas menyajikan perbandingan tersebut dalam bentuk diagram, yang menunjukkan bahwa ketidakakuratan pengodean dipengaruhi oleh dua faktor utama. Pertama, kurangnya ketelitian petugas dalam menelaah hasil pemeriksaan penunjang seperti radiologi, sehingga sub kategori keempat tidak sesuai dengan lokasi fraktur yang

sebenarnya. Kedua, pada kasus fraktur *multiple*, kode tambahan “T” tidak dicantumkan sesuai pedoman ICD-10. Hasil analisis ini menunjukkan pentingnya peningkatan pemahaman dan ketelitian dalam pengodean untuk memastikan keakuratan diagnosis.

- c. Persentase keakuratan kode *external cause* pada kasus fraktur pasien BPJS Rawat Inap di RSUD dr. Tjitrowardojo Purworejo

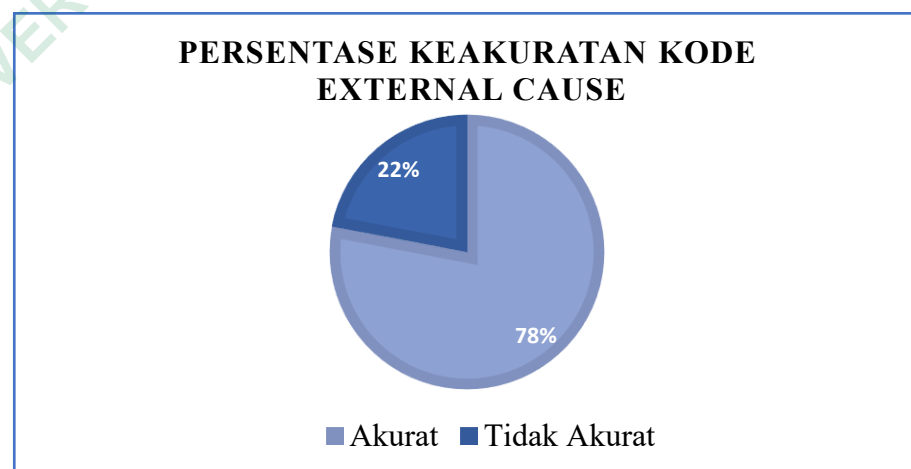
Berdasarkan hasil analisis terhadap pengodean *external cause* pada kasus cedera fraktur di RSUD dr. Tjitrowardojo Purworejo, ditemukan adanya perbedaan tingkat keakuratan. Untuk menunjukkan perbandingan tersebut, data disajikan dalam bentuk tabel berikut:

Tabel 4. 2 Persentase Keakuratan Kode *External Cause*

No	Keakuratan <i>External Cause</i>	Jumlah (n)	Persentase (%)
1	Akurat	72	78
2	Tidak Akurat	20	22
Total		92	100

Sumber: data sekunder tahun 2024

Berdasarkan tabel diatas, dapat diketahui bahwa dari total 92 *external cause* pada kasus fraktur yang dianalisis, sebanyak 72 berkas (78%) kasus telah dikode secara akurat, sedangkan 20 berkas (22%) lainnya belum sesuai dengan pedoman ICD-10.



Gambar 4. 7 Persentase Keakuratan Kode External Cause

Sumber: data sekunder tahun 2024

Gambar 4.6 diatas menyajikan perbandingan tingkat keakuratan dalam bentuk diagram, yang menggambarkan bahwa sebagian ketidakakuratan pengodean disebabkan oleh kurangnya ketelitian petugas coder dalam menentukan karakter ke-3, ke- 4 dan ke-5, serta informasi penyebab cedera yang belum lengkap dalam assesmen awal maupun resume medis oleh perawat atau petugas medis.

## **B. Pembahasan**

1. Pendokumentasian penunjang klinis kasus fraktur pada rekam medis pasien BPJS Rawat Inap di RSUD dr. Tjitrowardojo Purworejo

Dokumentasi penunjang klinis merupakan aspek penting dalam pengodean diagnosis, khususnya pada kasus cedera. Berdasarkan hasil penelitian di RSUD dr. Tjitrowardojo Purworejo, dokumentasi tersebut telah dilakukan secara elektronik melalui sistem RME. Sistem ini mencakup informasi penting seperti anamnesis, hasil pemeriksaan radiologi, dan laboratorium, serta *informed consent*. Selain itu, tersedia juga dokumen pendukung informasi penyebab luar seperti formulir injury, surat pernyataan dan Surat Keterangan Kepolisian Lalu Lintas (SKKL) yang mendukung proses pengodean *external cause*.

Salah satu bentuk awal dokumentasi yang menjadi langkah awal dalam menangani pasien cedera adalah formulir assesmen awal IGD. Berdasarkan Standar Akreditasi Rumah Sakit (STARKES) tahun 2022, assesmen awal pasien gawat darurat merupakan tahap penting yang harus dilaksanakan saat pasien tiba di IGD. Assesmen ini mencakup evaluasi fisik secara sistematis dengan pendekatan ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*) serta informasi tambahan seperti riwayat medis, alergi, status mental, spriritual, risiko jatuh dan aspek sosial.

Selanjutnya, ketika pasien dicurigai mengalami fraktur atau trauma lainnya, dokter akan mengisi formulir permintaan pemeriksaan radiologi. Menurut Rahardjo & Sensusiati (2022), formulir ini

berfungsi sebagai media komunikasi antara dokter dan petugas radiologi untuk memastikan bahwa pemeriksaan dilakukan sesuai dengan kebutuhan klinis pasien. Informasi yang dicantumkan seperti identitas pasien, kondisi medis, jenis pemeriksaan yang diminta, serta arah pengambilan gambar yang diperlukan. Selain itu, pemeriksaan radiologi berperan penting dalam menegakkan diagnosis secara cepat dan akurat dalam mengidentifikasi fraktur maupun kelainan struktur tulang, terutama pada kasus cedera ekstremitas bawah (Sahudin et al., 2025).

Selain pemeriksaan penunjang klinis, informasi kejadian cedera juga penting dalam menetapkan kode penyebab luar. Oleh karena itu, rumah sakit menyediakan formulir injury dan surat pernyataan yang diisi oleh pasien atau keluarganya. Formulir injury ini memuat informasi kronologis cedera, seperti waktu, lokasi, mekanisme terjadinya cedera, serta aktivitas saat kejadian. Sementara itu, surat pernyataan memuat identitas lengkap pihak yang membuat pernyataan, serta penjelasan singkat mengenai penyebab cedera. Dokumen ini tidak hanya sebagai bukti administratif, tetapi juga berfungsi dalam melengkapi data pada rekam medis pasien serta mendukung ketepatan pengodean ICD-10. Selain itu, formulir ini digunakan sebagai dokumen pendukung dalam pengajuan klaim ke penjamin pembiayaan seperti Jasa Raharja dan BPJS Kesehatan, terutama ketika laporan kepolisian belum lengkap atau dibutuhkan kejelasan kronologi peristiwa.

Pentingnya kelengkapan dokumentasi dijelaskan dalam penelitian Fahyanti et al., (2022), yang menyatakan bahwa untuk mendukung pelayanan kesehatan yang berkualitas dan menghasilkan informasi yang tepat serta akurat, diperlukan kelengkapan informasi penunjang yang memadai pada lembar formulir rekam medis. Hal ini sangat penting agar proses pengumpulan dan pengolahan data medis dapat dilakukan secara efektif.

Hasil pemeriksaan penunjang seperti rontgen dan laboratorium dilakukan untuk menentukan diagnosis. Selain itu, hasil tersebut juga menjadi faktor utama dalam mengidentifikasi jenis fraktur dan karakteristiknya, apakah fraktur tersebut tergolong tertutup atau terbuka. Dalam hal ini Suriya & Zuriati (2019) menyatakan, bahwa pemeriksaan foto radiologi dilakukan untuk menentukan lokasi dan luas kerusakan tulang, yang menjadi dasar dalam pemberian kode karakter kelima pada pengodean fraktur. Selain itu, informasi penyebab trauma tercantum dalam asesmen awal gawat darurat, formulir injury, surat pernyataan dan SKKL yang menjadi landasan dalam menentukan kode penyebab luar. Hal ini sesuai dengan penelitian Sukawan et al., (2024) bahwa pengisian anamnesa yang lengkap dan jelas pada formulir gawat darurat memiliki peran yang sangat penting dalam memastikan keakuratan kode diagnosis, terutama untuk kode penyebab luar.

Meskipun hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan radiologi sudah terdokumentasi dengan baik, namun masih ditemukan kekurangan dalam pencatatan penyebab luar secara detail oleh perawat atau dokter sehingga mengakibatkan ketidaktepatan dalam pengisian kode *external cause* hingga karakter kelima. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian oleh Utami et al., (2022) yang mengungkapkan bahwa 88% pengodean penyebab luar tidak akurat. Ketidakakuratan ini disebabkan oleh kurang lengkapnya informasi yang dicatat oleh tenaga kesehatan lainnya, seperti perawat, serta kurangnya ketelitian petugas coder dalam memberikan kode.

Ketersediaan dokumentasi medis yang lengkap menjadi faktor yang penting dalam menunjang keakuratan kode diagnosis ganda. Hal ini dijelaskan dalam penelitian Ulya et al., (2021) yang menyatakan bahwa dokumen seperti resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, dan catatan tindakan operasi harus tersedia secara lengkap untuk menjamin keakuratan dalam pengkodean. Hal ini tidak hanya berdampak pada validitas data klinis, tetapi juga terhadap akurasi

proses klaim pembiayaan melalui sistem INA-CBGs yang sangat bergantung pada kode diagnosis dan tindakan yang akurat.

2. Persentase keakuratan kode cedera pada kasus fraktur pasien BPJS Rawat Inap di RSUD dr. Tjitrowardojo Purworejo

Pelaksanaan pengodean diagnosis pada kasus cedera fraktur memerlukan tingkat ketelitian yang tinggi, karena setiap karakter dalam struktur kode ICD-10 memiliki makna yang berbeda. Dalam pengodean cedera, keakuratan pemilihan karakter ke empat sangat penting, hal ini dikarenakan karakter ke empat menunjukkan lokasi anatomi fraktur secara spesifik. Jika pemilihan lokasi tidak sesuai dengan dokumentasi, hal ini sangat berdampak pada akurasi kode diagnosis. Menurut WHO (2010), penggunaan kode diagnosis hingga karakter kelima sangat penting untuk memastikan akurasi dalam pelaporan kasus cedera serta mempermudah pengelompokan kasus dalam sistem INA-CBGs.

Berdasarkan hasil penelitian diatas, meskipun sebagian besar rekam medis telah dikode dengan benar, masih ditemukan kesalahan, terutama pada pemilihan karakter keempat dalam struktur kode ICD-10 yang menunjukkan lokasi spesifik dari cedera tulang. Ketidakakuratan ini disebabkan oleh kurangnya ketelitian petugas pengodean dalam membaca hasil pemeriksaan penunjang seperti radiologi, terutama dalam mengidentifikasi bagian anatomi yang mengalami fraktur. Hasil rontgen menjadi salah satu dokumen utama dalam penetapan lokasi cedera, karena berpengaruh langsung terhadap akurasi kode diagnosis.

Selain itu, ditemukan juga ketidakakuratan dalam pengodean kasus fraktur *multiple*, di mana petugas hanya mencantumkan kode "S" untuk satu lokasi cedera tanpa menambahkan kode "T" yang diperlukan untuk menggambarkan cedera pada beberapa lokasi anatomi. Berdasarkan pedoman ICD-10, kode T00-T14 digunakan untuk mengklasifikasikan cedera yang melibatkan beberapa bagian tubuh secara bersamaan atau cedera *multiple*.

Menurut Suriya dan Zuriati (2019), pemeriksaan radiologi sangat penting untuk menentukan lokasi dan luas fraktur dengan jelas, sehingga dapat membantu dokter dalam menegakkan diagnosis. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Herisandi dan Harmanto (2022) bahwa dari total 83 dokumen rekam medis kasus fraktur yang diteliti, sebanyak 55 dokumen (66,3%) dikode secara akurat sesuai pedoman ICD-10. Sementara itu, 28 dokumen (33,7%) tidak akurat. Ketidaktepatan tersebut disebabkan oleh kurangnya ketelitian petugas dalam memahami dan membaca informasi yang tercantum dalam dokumen medis, sehingga mengakibatkan pemberian kode diagnosis yang tidak sesuai.

3. Persentase keakuratan kode *external cause* pada kasus fraktur pasien BPJS Rawat Inap di RSUD dr. Tjitrowardojo Purworejo

Pengodean diagnosis fraktur tidak hanya berfokus pada jenis dan lokasi cedera, tetapi juga perlu dilengkapi dengan informasi mengenai penyebab luar (*external cause*) untuk memperoleh gambaran klinis yang menyeluruh. Kode *external cause* digunakan untuk menggambarkan mekanisme cedera, tempat kejadian, serta aktivitas yang sedang dilakukan pasien pada saat insiden terjadi. Berdasarkan pedoman WHO (2010), *external cause* diklasifikasikan dalam bab XX ICD-10 dan penggunaannya sangat dianjurkan sebagai pelengkap terhadap diagnosis cedera yang tercantum dalam bab XIX. Selain melengkapi aspek medis dalam dokumentasi, kode ini juga memiliki peran penting dalam aspek administratif dan hukum, seperti pelaporan kecelakaan, penyusunan dokumen legal, dan proses klaim asuransi.

Berdasarkan hasil penelitian diatas, meskipun sebagian besar rekam medis telah dikode dengan benar, masih ditemukan kesalahan dalam pengodean *external cause*. Ketidakakuratan pengodean kode tersebut pada disebabkan oleh beberapa faktor. Salah satunya adalah kurangnya ketelitian petugas coder dalam menentukan karakter ke-3, ke-4 dan ke 5, serta informasi penyebab luar yang tidak tercatat secara

lengkap pada assesmen awal dan resume medis. Hal ini sejalan dengan penelitian Utami et al. (2022), yang menyatakan bahwa ketidakakuratan pengodean *external cause* disebabkan oleh pencatatan informasi yang kurang lengkap dan spesifik oleh perawat IGD maupun tenaga medis lainnya, serta terbatasnya informasi dalam dokumen rekam medis.

### C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan dalam hal akses terhadap dokumen pendukung berbentuk fisik yang terdapat di dalam berkas rekam medis, seperti formulir injury. Meskipun dokumen tersebut tersedia, namun belum terintegrasi dalam sistem Rekam Medis Elektronik (RME). Oleh karena itu, penilaian terhadap keakuratan kode *external cause* dilakukan hanya berdasarkan data yang tercantum dalam sistem RME yaitu pada bagian resume medis. Penelusuran langsung terhadap dokumen fisik tidak dilakukan karena membutuhkan waktu yang cukup lama, sedangkan pelaksanaan penelitian ini dilakukan dalam waktu yang terbatas.