

SKRIPSI

**GAMBARAN BEBAN KERJA PMIK, DAN KETEPATAN
CODING EXTERNAL CAUSE RAWAT INAP
DI RSUD HAJI PROVINSI
JAWA TIMUR**



OLEH :

**BHIMO PUTRO LAKSONO
NIM. 2150002**

**PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN
MANAJEMEN INFOMASI KESEHATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2025**

SKRIPSI

**GAMBARAN BEBAN KERJA PMIK, DAN KETEPATAN
CODING EXTERNAL CAUSE RAWAT INAP
DI RSUD HAJI PROVINSI
JAWA TIMUR**

**Diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Terapan Rekam Medis
dan Informasi Kesehatan (S.Tr.RMIK) di Sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



OLEH :

**BHIMO PUTRO LAKSONO
NIM. 2150002**

**PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN
MANAJEMEN INFOMASI KESEHATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2025**

HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Bhimo Putro Laksono

NIM : 2150002

Tanggal Lahir : 08 Oktober 2003

Program Studi : Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan

Menyatakan bahwa skripsi yang berjudul "Gambaran Beban Kerja PMIK, Dan Ketepatan *Coding External Cause* Rawat Inap di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur" ini saya susun tanpa melakukan tindakan plagiat, sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Apabila di kemudian hari terbukti bahwa saya melakukan tindakan plagiat, maka saya bersedia bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 14 Juni 2025



NIM. 2150002

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Bhimo Putro Laksono
NIM : 2150002
Program Studi : Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan
Judul : Gambaran Beban Kerja PMIK, Dan Ketepatan *Coding*
External Cause Rawat Inap di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar :

SARJANA TERAPAN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN (S.Tr.RMIK)

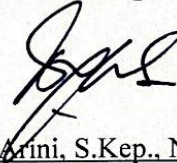
Pembimbing I



Anna Rosarini, A.Md.PK, S.H., M.H., M.Kes

NIP. 03095

Pembimbing II



Dr. Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes

NIP. 03003

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 06 Agustus 2025

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dari :

Nama : Bhimo Putro Laksono

NIM : 2150002

Program Studi : Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan

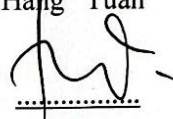


Judul : Gambaran Beban Kerja PMIK, Dan Ketepatan *Coding External Cause* Rawat Inap di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Skripsi di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar "SARJANA TERAPAN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN" pada Prodi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Dr. Nuh Huda, S.Kep.,Ns., M.Kep., Ns., Sp.Kep.MB.
NIP. 03020

Penguji II : Anna Rosarini, A.Md.PK, S.H., M.H., M.Kes
NIP. 03095

Penguji III : Dr. Diyah Arini, S.Kep., Ns.,M.Kes
NIP. 03003


.....

.....

.....

Mengetahui,

Ka Prodi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan



Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 07 Agustus 2025

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Kuasa, atas limpahan rahmat, kasih sayang, serta petunjuk-Nya yang senantiasa mengiringi langkah penulis, sehingga akhirnya penulis dapat menyusun skripsi yang berjudul “Gambaran Beban Kerja PMIK, Dan Ketepatan *Coding External Cause* Rawat Inap Di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur”.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu bentuk tanggung jawab akademik dalam menempuh pendidikan pada Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Dalam proses penyusunannya, penulis memperoleh banyak ilmu, pengalaman, serta bimbingan berharga dari berbagai pihak. Penulis sepenuhnya menyadari bahwa skripsi ini masih terdapat beberapa keterbatasan, baik dalam hal isi, sistematika, maupun kedalaman analisis yang masih jauh dari kata sempurna. Namun, dengan segala keterbatasan yang ada, penulis telah berusaha menyusunnya dengan penuh kesungguhan dan tanggung jawab. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan demi perbaikan dan penyempurnaan ke depannya.

Skripsi ini tidak akan selesai tanpa bantuan, do'a, dukungan moral, dan motivasi, serta arahan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini, penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya, atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan selama penulis menjalani

pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan.

2. dr. Tauhid Islamy, Sp.OG., Subsp.K.Fm., selaku Kepala RSUD Haji Provinsi Jawa Timur atas pemberian izin untuk melakukan penelitian di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur.
3. Herawati Nur Azizah, Amd. PK selaku Kepala Instalasi Rekam Medis RSUD Haji Provinsi Jawa Timur, yang telah memberikan izin untuk pelaksanaan penelitian di unit Rekam Medis Pusat, Casemix, dan IGD RSUD Haji Provinsi Jawa Timur.
4. Dr. Diyah Arini, S.Kep., Ns.,M.Kes selaku Pembantu Ketua I STIKES Hang Tuah Surabaya dan Dosen Pembimbing II yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan serta terima kasih atas kesabaran, perhatian dan bimbingan pada penulis dalam setiap tahapan penyusunan skripsi ini memberikan masukan yang sangat berharga.
5. Dr. Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes selaku Pembantu Ketua II STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan.
6. Dr. Dhian Satya R., S.Kep., Ns., M.Kep selaku Pembantu Ketua III STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan.

7. Ibu Ari Susanti, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan.
8. Dr. Nuh Huda, S.Kep.,Ns., M.Kep., Ns., Sp.Kep.MB selaku Penguji I, atas kritik, saran, dan masukan yang sangat berarti dalam penyempurnaan skripsi ini.
9. Ibu Anna Rosarini, A.Md.PK, S.H., M.H., M.Kes selaku Dosen Pembimbing I yang penuh kesabaran, perhatian dan membimbing penulis dalam setiap tahapan penyusunan skripsi ini serta memberikan masukan yang sangat berharga.
10. Seluruh dosen, staf, dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan ilmu, bantuan, dan dukungan selama penulis mengemban pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan.
11. Para responden penelitian, yang telah meluangkan waktu dan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.
12. Ibu dan ayah tercinta beserta keluarga yang senantiasa mendoakan dan memberi semangat setiap hari.
13. Rekan-rekan seperjuangan Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan angkatan Kumara 27, atas kerja sama dan kebersamaan selama penyusunan skripsi ini.

14. Semua pihak yang telah memberikan bantuan dan memberikan doa dalam penyusunan skripsi ini yang namanya tidak dapat penulis sebut satu persatu.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan balasan rahmat dari Allah Yang Maha Pemurah. Akhirnya peneliti berharap bahwa skripsi ini bermanfaat bagi kita semua. Amin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, 14 Juni 2025

Bhimo Putro Laksono

ABSTRAK

Ketepatan *coding external cause* pada rekam medis pasien rawat inap merupakan aspek penting dalam mendukung validitas data medis, klaim pembiayaan, serta pengambilan keputusan klinis maupun manajerial. Namun, pada praktiknya masih ditemukan ketidaktepatan coding yang diduga dipengaruhi oleh beban kerja Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) yang tinggi. Kondisi ini dapat menurunkan kualitas data rekam medis dan berpotensi merugikan rumah sakit baik secara administratif maupun finansial.

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif kuantitatif. Populasi penelitian meliputi seluruh PMIK yang bertugas sebagai *coder* di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur sebanyak 13 orang, yang diambil dengan teknik total sampling. Besar sampel dokumen rekam medis rawat inap kasus cedera diperoleh 64 sampel dokumen. Instrumen penelitian berupa kuesioner beban kerja yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya, serta lembar observasi untuk menilai ketepatan *coding external cause*. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan dengan bantuan SPSS, sedangkan analisis data menggunakan distribusi frekuensi dan persentase.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas PMIK memiliki beban kerja dalam kategori sedang sebesar 76,9%. Sementara itu, tingkat ketepatan *coding external cause* masih rendah, yaitu hanya 1% yang tepat, 52% tidak lengkap, dan 47% tidak tepat. Kesalahan paling banyak ditemukan pada pemilihan kode, ketidaksesuaian dengan standar ICD-10, serta ketidaklengkapan elemen kode penyebab luar.

Temuan penelitian ini menunjukkan adanya kecenderungan bahwa tingginya beban kerja berkontribusi terhadap rendahnya ketepatan *coding external cause*. Hal ini berdampak pada kualitas data rekam medis dan proses klaim pembiayaan rumah sakit. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi dari pihak manajemen rumah sakit terkait alokasi tugas *coder*, penambahan tenaga PMIK bila diperlukan, serta peningkatan pelatihan dan pengawasan terhadap pelaksanaan *coding diagnosis*, khususnya pada kasus yang memerlukan pengkodean *external cause*.

Kata kunci: Beban Kerja, PMIK, Ketepatan *Coding, External Cause*, Rekam Medis, ICD-10.

Title: Overview of Medical Records and Health Information Officer Workload, and the Accuracy of Inpatient External Cause Coding RSUD Haji Provinsi Jawa Timur

ABSTRACT

The accuracy of *external cause* coding in inpatient medical records is crucial to support the validity of medical data, reimbursement claims, and both clinical and managerial decision-making. However, inaccuracies in coding are still frequently found and are suspected to be influenced by the high workload of Medical Record and Health Information Officers (PMIK). This condition may decrease the quality of medical record data and potentially cause administrative and financial losses for hospitals.

This study employed a quantitative descriptive design. The population comprised all 13 coders at Haji General Hospital in East Java Province, drawn using a total sampling technique. A total of 64 inpatient medical record documents for injury cases were used as samples. The research instruments consisted of a workload questionnaire, which had been tested for validity and reliability, and an observation sheet to assess the accuracy of external cause coding. Validity and reliability tests were conducted using SPSS, while data analysis used frequency distribution and percentages.

The findings revealed that most PMIK officers experienced a moderate workload category (76,9%). Meanwhile, the accuracy of *external cause* coding remained low, with only 1% coded accurately, 52% incompletely, and 47% inaccurately. The most frequent errors were related to incorrect code selection, non-compliance with ICD-10 standards, and incomplete elements of *external cause* codes.

These results indicate a tendency that high workload contributes to the low accuracy of *external cause* coding. Such inaccuracies negatively affect the quality of medical record data and hospital reimbursement claims. Therefore, it is recommended that hospital management evaluate coder task allocation, consider adding PMIK staff if necessary, and strengthen training and supervision of the coding process, particularly for *external cause* codes.

Keywords: Workload, PMIK, *Coding Accuracy*, *External Cause*, Medical Records, ICD-10.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Dasar Peraturan Tentang RM.....	7
2.2 Standar Kompetensi PMIK.....	8
2.3 Skala <i>Likert</i>	9
2.4 <i>Coding</i>	11
2.5 ICD-10	12
2.6 <i>External Cause</i>	13
2.7 Beban Kerja	14
2.7.1 Beban Kerja	14
2.7.2 Pengaruh Beban Kerja	16
2.8 BPJS Ketenagakerjaan	17
2.9 Penelusuran Jurnal / Artikel.....	18
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL	22
3.1 Kerangka Konseptual.....	22
BAB 4 METODE PENELITIAN	23
4.1 Desain Penelitian	23

4.2	Kerangka Kerja	24
4.3	Waktu dan Tempat Penelitian.....	24
4.4	Populasi dan Sampel	25
4.4.1	Populasi.....	25
4.4.2	Sampel.....	25
4.4.3	Besar Sampel	25
4.4.4	Teknik Sampling.....	25
4.5	Identifikasi Variabel.....	26
4.6	Definisi Operasional	26
4.7	Pengumpulan, Pengolahan dan Analisis Data	28
4.7.1	Pengumpulan Data.....	28
4.7.2	Pengolahan Data	32
4.7.3	Analisis Data.....	37
4.8	Etika Penelitian	38
BAB 5	PEMBAHASAN	40
5.1	Hasil Penelitian	40
5.1.1	Gambaran Umum Tempat Penelitian.....	41
5.1.2	Gambaran Umum Karakteristik Responden Penelitian	42
5.1.3	Data Khusus Hasil Penelitian.....	45
5.2	Pembahasan Penelitian.....	74
5.2.1	Mengidentifikasi beban kerja PMIK di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur... 74	
5.2.2	Mengidentifikasi ketepatan coding external cause rawat inap oleh PMIK di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur.....	82
5.2.3	Keterbatasan Penelitian.....	87
BAB 6	PENUTUP.....	88
6.1	Kesimpulan	88
6.2	Saran	89
	LAMPIRAN.....	94

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 <i>Review Jurnal</i>	18
Tabel 4.1 Defnisi Operasional.....	26
Tabel 5.1 Karakteristik petugas berdasarkan usia di RSUD Haji	43
Tabel 5.2 Karakteristik petugas berdasarkan jenis kelamin di RSUD Haji	43
Tabel 5.3 Karakteristik petugas berdasarkan pendidikan terakhir di RSUD Haji	43
Tabel 5.4 Karakteristik petugas berdasarkan status pernikahan di RSUD Haji.....	44
Tabel 5.5 Karakteristik petugas berdasarkan status kepegawaian di RSUD Haji.....	44
Tabel 5.6 Karakteristik petugas berdasarkan lama bekerja sebagai PMIK di RSUD Haji	45
Tabel 5.7 Karakteristik petugas berdasarkan unit penempatan di RSUD Haji	45
Tabel 5.8 Tabel Distribusi Kategori Beban Kerja PMIK (n=13).....	46
Tabel 5.9 Ketidaktepatan <i>coding external cause</i>	52

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Faktor Yang Mempengaruhi Beban Kerja.....	22
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	<i>Curriculum Vitae</i>	94
Lampiran 2	Motto dan Persembahan	95
Lampiran 3	Surat Permohonan Ijin Studi Pendahuluan dari STIKES Hang Tuah Surabaya.....	98
Lampiran 4	Nota Dinas Pengambilan Data Pendahuluan Penelitian di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur	99
Lampiran 5	Nota Dinas Penelitian di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur	100
Lampiran 6	Etik Penelitian RSUD Haji Provinsi Jawa Timur.....	101
Lampiran 7	Lembar <i>Information Of Consent</i>	102
Lampiran 8	Lembar Persetujuan Responden	103
Lampiran 9	Data Demografi Responden.....	104
Lampiran 10	Lembar Wawancara.....	105
Lampiran 11	Kuesioner Beban Kerja.....	108
Lampiran 12	Lembar Observasi Ketepatan Coding External Cause	110
Lampiran 13	<i>Output</i> SPSS Uji Validitas dan Reliabilitas Volume Tugas	112
Lampiran 14	<i>Output</i> SPSS Uji Validitas dan Reliabilitas Waktu Pengerjaan	113
Lampiran 15	<i>Output</i> SPSS Uji Validitas dan Reliabilitas Kompleksitas Diagnosis/Tindakan.....	114
Lampiran 16	<i>Output</i> SPSS Uji Validitas dan Reliabilitas Tugas Tambahan	115
Lampiran 17	<i>Output</i> SPSS Karakteristik Responden.....	115
Lampiran 18	<i>Output</i> SPSS Karakteristik Responden.....	117
Lampiran 19	Hasil Turnitin.....	118

DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL

1) Singkatan

PMIK	: Perekam Medis dan Informasi Kesehatan
ICD	: <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>
RM	: Rekam Medis
UU	: Undang - undang
AI	: <i>Artificial Intelligence</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
STIKES	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
RME	: Rekam Medis Elektronik
MENKES	: Menteri Kesehatan
WHO	: <i>World Health Organization</i>
PT	: Perseroan Terbatas
SPO	: Standar Prosedur Operasional
SIMRS	: Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
SPSS	: <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SS	: Sangat Setuju
S	: Setuju
TS	: Tidak Setuju
STS	: Sangat Tidak Setuju
dll	: Dan lain lain

2) Simbol

□	: Persegi putih
>	: Lebih dari
<	: Kurang dari

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Salah satu kompetensi yang harus dimiliki oleh Perkam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) adalah kemampuan sebagai *coder* yaitu kemampuan dalam menggunakan berbagai jenis klasifikasi klinis, pengkodean penyakit, serta permasalahan kesehatan lainnya dan prosedur klinis menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/312/2020 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan. Penggunaan klasifikasi dan kode tersebut mengacu pada *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* atau ICD-10 (Kemenkes R.I., 2020). Salah satu penggunaan kode yang sangat kompleks dalam ICD-10 adalah kode *external cause*. Kode ini dapat dijumpai pada kasus cedera yang dalam proses penetapannya harus diikuti pengkodean penyebab luar (*external cause*) untuk menggambarkan sifat kondisi dan keadaan yang menimbulkannya, dengan penegakan diagnosis medis cedera sesuai panduan dari buku ICD-10 bab 19 (Maxelly, 2021). Banyak faktor yang dapat menyebabkan ketidaktepatan dalam pengkodean *external cause* salah satunya adalah ketidaksesuaian beban kerja dengan kapasitas petugas. Dalam hal ini, beban kerja merujuk pada volume pekerjaan yang harus diselesaikan seorang pekerja dalam jangka waktu tertentu. Oleh karena itu, bagi seorang PMIK beban kerja bisa sangat bervariasi tergantung jenis dan volume kegiatan yang dilakukan hal ini karena standar beban kerja sendiri didasarkan pada norma waktu (rata-rata waktu kegiatan) dan

waktu kerja yang tersedia (Lestari et al., 2024). Hasil studi pendahuluan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur didapatkan petugas PMIK yang khususnya bertugas sebagai *coder* rawat inap merasakan beban kerja yang tinggi karena mereka tidak hanya mengerjakan tugas utama mereka sebagai *coder* melainkan harus mengerjakan tugas lain seperti pelayanan kepada pasien dan pengelolaan berkas rekam medis pasien.

Beberapa sumber yang mencatat terjadi kasus tentang ketidaktepatan kode diagnosis di rumah sakit luar negeri dengan persentase 12,71% (Farzandipour et al., 2010; Cheng et al., 2009; Dalal dan Roy, 2009; Thigpen et al., 2015; Cummings et al., 2011), kasus serupa juga pernah terjadi di salah satu rumah sakit di Indonesia yaitu di RS DR. Moewardi dengan hasil coding external cause yang akurat sebanyak 12 (13,64%) kode, lalu untuk coding external cause yang tidak akurat sebanyak 76 (86,36%) kode (Shalatiya et al., 2022), tidak hanya itu penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Aulia dan Subinarto (2020) pada tingkat ketidaktepatan coding external cause adalah 100% dari 92 rekam medis dan penelitian oleh Hidayah, Ninawati, Widjokongko (2015) tingkat ketidaktepatan coding external cause ada pada angka 76%. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur pada tanggal 30 Januari hingga 28 Februari 2025, diketahui bahwa jumlah tenaga rekam medis di rumah sakit tersebut adalah kurang lebih 25 orang. Namun, sesuai dengan fokus penelitian, pihak rumah sakit hanya memberikan data terkait petugas PMIK yang bertugas sebagai *coder*, baik untuk pelayanan rawat jalan maupun rawat inap, yang berjumlah 13 orang yang terbagi sebagai berikut : 7 *coder* rawat jalan, 2 *coder* rawat inap yang bertugas di unit RM Pusat dan 2 *coder*

rawat jalan, 2 coder rawat inap yang bertugas di unit Casemix. Sementara itu, 12 orang lainnya tidak dijelaskan secara rinci perannya karena tidak termasuk dalam ruang lingkup penelitian ini, selain itu dalam studi pendahuluan juga di ketahui BOR RSUD Haji Provinsi Jawa Timur pada tahun 2024 senilai 64,64% dengan jumlah total kunjungan pasien rawat inap, rawat jalan, dan IGD yang harus ditangani mencapai 307.168 pasien, sedangkan dari pengamatan pada 20 rekam medis pasien kecelakaan lalu lintas hanya terdapat 2 dokumen rekam medis yang tepat kodenya sedangkan 18 (90%) rekam medis lainnya tidak tepat dalam penetapan *coding external cause*.

Jumlah ketidaktepatan dalam pengkodean penyebab luar (*external cause*) dapat disebabkan oleh berbagai faktor, salah satunya adalah beban kerja yang tinggi dan tidak seimbang dengan kapasitas sumber daya manusia yang tersedia. Dalam konsep manajemen beban kerja, ketidakseimbangan antara volume tugas dan jumlah tenaga yang menangani dapat menurunkan ketelitian dalam pelaksanaan tugas, termasuk dalam proses klasifikasi dan kodifikasi diagnosis. Menurut (Nur Fadhilah & Herfiyanti, 2021), akurasi dalam penentuan kode, khususnya kode *external cause*, memiliki peran penting dalam menjaga validitas data medis, kelancaran proses klaim, serta stabilitas finansial rumah sakit. Ketidaktepatan dalam pengkodean tidak hanya berdampak pada kesalahan administratif, tetapi juga dapat menghambat proses pelaporan dan analisis epidemiologis yang berbasis data rekam medis. Oleh karena itu, akurasi pengkodean merupakan elemen krusial dalam mendukung sistem informasi kesehatan dan keberlangsungan layanan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Untuk mengatasi permasalahan ketidaktepatan dalam pengkodean *external cause*, diperlukan berbagai strategi yang bersifat komprehensif. Berdasarkan (Angga

Eko Pramono et al., 2021) beberapa langkah yang dapat diterapkan mencakup penambahan jumlah tenaga PMIK sesuai analisis kebutuhan, redistribusi tugas agar tidak menumpuk di satu bagian, pelatihan manajemen waktu dan coding ICD-10, penerapan teknologi rekam medis elektronik. Selain itu, pemanfaatan teknologi informasi seperti kecerdasan buatan (AI) dan integrasi sistem informasi kesehatan juga menjadi komponen penting dalam meningkatkan akurasi coding. Peneliti juga berharap penelitian ini dapat memberikan informasi, gambaran, dan solusi mengenai kondisi beban kerja PMIK yang menangani coding external cause. Berdasarkan temuan tersebut, solusi yang dapat dipertimbangkan antara lain adalah analisis alokasi tugas yang lebih efisien untuk menciptakan pembagian kerja yang optimal, optimalisasi sistem informasi guna mengotomatisasi proses yang repetitif, serta penambahan tenaga staf PMIK jika diperlukan. Langkah-langkah ini diharapkan mampu mengurangi beban kerja berlebih yang berpotensi memengaruhi akurasi hasil coding (Girato et al., 2020). Dengan demikian, peneliti tertarik mengambil judul " Gambaran Beban Kerja PMIK, dan Ketepatan Coding External Cause Rawat Inap Di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur ".

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran beban kerja PMIK dan ketepatan *coding external cause* rawat inap di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menggambarkan beban kerja PMIK dan ketepatan *coding external cause* rawat inap di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi beban kerja PMIK di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur.
- b. Mengidentifikasi ketepatan *coding external cause* rawat inap oleh PMIK di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber informasi pada penelitian berikutnya yang berkaitan dengan beban kerja dan ketepatan *coding external cause*, serta dapat menambah wawasan keilmuan dalam bidang manajemen informasi kesehatan, khususnya terkait dengan akurasi pengkodean penyakit dan efisiensi beban kerja tenaga PMIK.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi RSUD Haji Provinsi Jawa Timur

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan evaluasi dan perbaikan berkelanjutan terhadap sistem pembagian tugas *coder* dan peningkatan ketepatan *coding external cause*. Sehingga, kualitas layanan rekam medis dan ketepatan pelaporan dapat terus ditingkatkan.

2. Bagi STIKES Hang Tuah Surabaya

Penelitian ini dapat dijadikan referensi ilmiah untuk pengembangan keilmuan di bidang Manajemen Informasi Kesehatan, khususnya dalam penelitian tentang beban kerja dan ketepatan coding, serta menjadi sumber kajian bagi mahasiswa di masa mendatang.

3. Bagi Manajemen Informasi Kesehatan

Penelitian ini bermanfaat sebagai sumber data dan referensi dalam penyusunan kebijakan internal terkait manajemen beban kerja, pelatihan *coder* PMIK, serta pengawasan kualitas pengkodean rekam medis pasien.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menyajikan landasan teoretis dan kajian pustaka yang relevan untuk memahami hubungan antara beban kerja dan ketepatan *coding* penyebab luar cedera (*external cause*) rawat inap oleh pmik. Konsep dan teori yang dibahas meliputi: 1) Dasar Peraturan RM, 2) Standar Kompetensi, 3) Skala Likert, 4) *Coding*, 5) *ICD-10*, 6) *External Cause*, 7) Beban Kerja, 8) BPJS Ketenagakerjaan.

2.1 Dasar Peraturan Tentang RM

Pengelolaan Rekam Medis (RM) merupakan aspek krusial dalam pelayanan kesehatan yang diatur secara ketat oleh regulasi di Indonesia. Landasan utama regulasi Rekam Medis telah mengalami perkembangan signifikan, terutama dengan adanya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022. Peraturan ini secara eksplisit menggarisbawahi kewajiban bagi setiap fasilitas pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan sistem pencatatan riwayat medis pasien secara elektronik (Rekam Medis Elektronik/RME), menegaskan pentingnya implementasi digital dalam pengelolaan data pasien. Definisi Rekam Medis sendiri, sebagaimana termaksud dalam peraturan sebelumnya seperti Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes R.I., 2022a).

Transformasi digital ini mendorong adaptasi dalam peraturan, memastikan bahwa sistem pencatatan medis modern selaras dengan kebutuhan pelayanan

kesehatan saat ini. Pentingnya Rekam Medis, baik dalam bentuk fisik maupun elektronik, tidak hanya terbatas pada aspek legalitas dan kepatuhan regulasi, tetapi juga sebagai alat komunikasi antar profesional kesehatan, dasar perencanaan pelayanan, hingga sarana riset dan pendidikan. Studi yang dilakukan oleh Belrado, Harmendo, dan Wahab (2024) dalam "Analisis Penggunaan Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit" menunjukkan bahwa penggunaan RME sangat esensial untuk meningkatkan kualitas pelayanan, mempermudah proses pelayanan pasien, serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara keseluruhan di fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, kepatuhan terhadap peraturan mengenai Rekam Medis dan pemahaman mendalam tentang definisinya menjadi fundamental bagi seluruh pihak yang terlibat dalam sistem pelayanan kesehatan, seiring dengan evolusi menuju sistem yang semakin terintegrasi dan berbasis teknologi (Rahmi Nuzula Belrado, Harmendo, 2024).

2.2 Standar Kompetensi PMIK

Standar Kompetensi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) adalah panduan esensial yang menjamin kualitas dan profesionalisme tenaga PMIK di Indonesia, sebagaimana diatur secara rinci dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/MENKES/1424/2022 tentang Standar Kompetensi Kerja Bidang Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Dokumen ini secara eksplisit menguraikan unit-unit kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang PMIK, termasuk peran krusial seorang koder medis. *Coder* bertanggung jawab dalam melakukan pengodean diagnosis dan tindakan medis berdasarkan sistem klasifikasi

penyakit internasional seperti ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM (serta sistem klasifikasi tindakan lainnya yang relevan) untuk tindakan. Seorang *coder* PMIK harus memiliki kompetensi mendalam dalam memahami terminologi medis yang kompleks, anatomi, fisiologi, serta patologi penyakit, sehingga mampu menerjemahkan informasi klinis yang terdapat dalam rekam medis ke dalam kode alfanumerik yang tepat dan akurat. Ketepatan pengodean ini sangat vital tidak hanya untuk memengaruhi proses klaim asuransi kesehatan atau pembayaran (misalnya BPJS Kesehatan), tetapi juga untuk kepentingan statistik kesehatan, riset epidemiologi, serta perencanaan kebijakan kesehatan. Kesalahan dalam pengodean dapat berakibat pada kerugian finansial bagi fasilitas pelayanan kesehatan, data statistik yang bias, hingga potensi penanganan pasien yang tidak optimal. Oleh karena itu, Standar Kompetensi Kerja Bidang Rekam Medis dan Informasi Kesehatan menegaskan pentingnya pengetahuan dan keterampilan detail dalam klasifikasi dan pengodean penyakit serta tindakan medis untuk memastikan integritas dan akurasi data rekam medis (Kemenkes R.I., 2022b).

2.3 Skala *Likert*

Skala *Likert* merupakan instrumen pengukuran yang sederhana namun efektif karena mampu mengubah sikap atau pendapat responden menjadi data kuantitatif yang dapat dianalisis secara statistik. Responden diminta untuk menunjukkan tingkat persetujuan atau ketidaksetujuan terhadap suatu pernyataan. Umumnya, skala ini terdiri atas 4 sampai 5 kategori jawaban dengan skor tertentu yang mencerminkan intensitas respon. Menurut Riduwan (2018), skala *Likert* mempermudah peneliti dalam mengkuantifikasi data kualitatif sehingga lebih objektif dan terukur. Selain itu,

skala ini juga fleksibel untuk diterapkan pada berbagai bidang penelitian, mulai dari pendidikan, kesehatan, hingga manajemen. Beberapa penelitian terdahulu telah banyak menggunakan skala *Likert* untuk mengukur tingkat sikap, kepuasan, maupun efektivitas suatu program atau sistem.

- a. Dalam penelitian (Penelitian, 2022), skala *Likert* digunakan untuk menilai implementasi sistem merit dalam pelayanan publik. Hasil perhitungan menunjukkan skor yang diperoleh adalah 316 dari skor ideal 320, yang berarti mayoritas responden menilai pelayanan publik masih sangat tidak baik hingga tidak baik (98,75%).
- b. Penelitian (Wardhani et al., 2025) menggunakan skala *Likert* untuk menilai kualitas aplikasi edukasi berbasis web tentang toxic parenting. Hasil penilaian dengan skala *Likert* mencapai 81,8%, yang menunjukkan aplikasi tersebut dinilai layak dan bermanfaat bagi pengguna.
- c. Penelitian (Idayani & Purwanto, 2017) dalam pengembangan modul pembelajaran berbasis kearifan lokal juga menerapkan skala *Likert* untuk menilai kelayakan modul dari aspek materi, media, dan bahasa. Hasilnya, diperoleh skor rata-rata 3,7 hingga 4,0 yang dikategorikan sangat valid.
- d. Penelitian (Yunita, 2021) pada skripsinya juga menggunakan skala *Likert* sebagai instrumen untuk mengukur persepsi responden terhadap kualitas pelayanan, dengan hasil menunjukkan validitas dan reliabilitas instrumen yang memadai.

Skala *Likert* memiliki kelebihan berupa kemudahan penggunaan, kemampuan mengubah data kualitatif menjadi kuantitatif, serta hasil yang mudah dianalisis

menggunakan statistik deskriptif maupun inferensial. Namun, skala ini juga memiliki keterbatasan, misalnya adanya potensi bias responden seperti kecenderungan memilih jawaban tengah (*central tendency*) atau selalu memilih jawaban positif (*leniency effect*). Oleh karena itu, peneliti perlu merancang pernyataan dengan hati-hati dan menyeimbangkan item positif maupun negatif

2.4 Coding

Coding berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/MENKES/1424/2022 tentang Standar Kompetensi Kerja Bidang Rekam Medis dan Informasi Kesehatan pasal 18 berbunyi kegiatan pemberian kode pada diagnosa penyakit atau masalah kesehatan lainnya yang telah ditegakkan oleh dokter, kode yang telah ditentukan bertujuan untuk memudahkan petugas dalam melakukan penyimpanan, pengambilan, dan analisis data kesehatan, dalam penentuan kode setiap penyakit maupun tindakan petugas *coding* atau yang biasa disebut *coder* hal ini mencakup kemampuan untuk mengidentifikasi dan mengklarifikasi data diagnosis, menerapkan kode diagnosis, mengidentifikasi dan mengklarifikasi data tindakan medis, serta menerapkan kode tindakan medis sesuai dengan standar yang berlaku. Kode-kode ini bertujuan untuk memudahkan petugas dalam melakukan penyimpanan, pengambilan, dan analisis data kesehatan. Dalam penentuan kode setiap penyakit maupun tindakan, seorang *coder* menggunakan buku panduan yang telah ditetapkan secara internasional, yaitu *International Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD). ICD-10 memiliki arti sebagai sistem klasifikasi standar yang digunakan untuk mengkodekan dan mengklasifikasikan penyakit,

kondisi medis, dan masalah kesehatan lainnya. ICD-10 sendiri, yang diterbitkan oleh *World Health Organization* (WHO) pada tahun 1893 dan telah digunakan di Indonesia sejak tahun 1979 hingga saat ini, memiliki fungsi dasar sebagai klasifikasi penyakit, cedera, dan sebab kematian untuk tujuan statistik, menyatukan kepentingan data kesehatan global dan nasional (Kemenkes R.I., 2022b).

2.5 ICD-10

Saat ini penggunaan buku ICD-10 pada rumah sakit, puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang ada di Indonesia terdiri dari empat jenis yaitu Volume 1, 2, 3 dan ICD 9 CM. Dari keempat jenis buku tersebut masing-masing memiliki fungsinya tersendiri seperti Volume 1 yang berfungsi untuk mencari kode dari diagnosis penyakit yang telah di tentukan, Volume 2 untuk mengetahui aturan atau pedoman dalam menggunakan Volume 1 dan 3, lalu untuk Volume 3 berfungsi sebagai indeks alfabetik bagi klasifikasi penyakit yang nantinya akan di cari pada Volume 1 untuk menentukan kode yang benar. Untuk ICD 9 CM memiliki fungsi khusus yaitu sebagai standar dalam penamaan prosedur dan tindakan medis. Setiap kode pada ICD-10 memiliki keunikan dan kegunaannya masing-masing, dan karena keunikan tersebut sebagai lulusan PMIK harus mampu menetapkan klasifikasi klinis, kodifikasi penyakit, dan masalah kesehatan serta prosedur klinis dengan tepat, dikarenakan hal tersebut masuk ke dalam 7 standar kompetensi seorang PMIK tepatnya pada standar kompetensi nomor 5 dan hal tersebut dijelaskan secara lengkap pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/MENKES/312/2020 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi

Kesehatan (Kemenkes R.I., 2020). Ketepatan dalam pemilihan kode penyakit dan tindakan seperti yang disebutkan di atas memiliki pengaruh yang sangat signifikan dalam berbagai aspek terutama dalam bidang kesehatan dan administrasi. Karena pengaruh tersebut di perlukan keahlian dan ketelitian seorang *coder* dalam menetapkan setiap kode penyakit maupun tindakan, terlebih jika *coder* bertemu dengan kode yang kompleks seperti kode *external cause* yang mana kode ini memiliki fungsi untuk menunjukkan penyebab luar dari suatu penyakit dan dapat digunakan sebagai opsi tambahan, salah satu contoh kasus penggunaan kode *external cause* dapat ditemukan pada kasus kecelakaan lalu lintas (Iin et al., 2021).

2.6 External Cause

Pada kasus kecelakaan lalu lintas, kode harus menyertakan penyebab luarnya. Ini karena penyebab luar cedera merupakan alasan mengapa pasien mengalami cedera. Penyebab luar atau *external cause* merupakan klasifikasi tambahan yang mengklasifikasikan kemungkinan kejadian, lingkungan dan keadaan sebagai penyebab cedera, keracunan dan efek samping lainnya, menurut pedoman pengkodean ICD-10, diagnosis cedera juga harus mencakup penyebab luarnya. Dalam kasus seperti itu, diagnosis harus termasuk penyebab luarnya, yang terdiri dari karakter ke-4 yang menunjukkan lokasi cedera dan karakter ke-5 yang menunjukkan aktivitas yang terjadi saat cedera terjadi. Oleh karena itu, penetapan dan pemberian kode penyakit harus lengkap dan tepat. Untuk memastikan bahwa seluruh pihak atau lembaga terkait yang membutuhkan data tersebut menerima informasi yang tepat dan akurat, penyebab luar (*external cause*) harus dilengkapi dan dikoding. Salah satu

contoh adalah lembaga kepolisian, lembaga lingkungan, lembaga pekerjaan, asuransi, dan lembaga lainnya yang terkait dengan kasus. Semua pihak yang terlibat sangat membutuhkan data pasien yang lengkap. Sebagai contoh, dalam kasus pasien kecelakaan lalu lintas di jalan raya, polisi harus memiliki semua data pasien, termasuk alasan kecelakaan (apakah pasien berkendara dalam keadaan mabuk atau lalai berkendara), tabrakan dengan pengendara lain, atau kecelakaan tunggal dan lain-lain. Pelaporan morbiditas dan mortalitas rumah sakit harus dilengkapi dengan *coding* penyebab luar, serta ketepatan penghitungan pembiayaan atau pembayaran klaim, serta data statistik kecelakaan lalu lintas untuk kepolisian.

Oleh karena itu, *coding* sebab luar dapat mencantumkan atau mengidentifikasi informasi penting yang berkaitan dengan keadaan, lingkungan, moda, dan sarana terjadinya cedera dan keracunan. Kode sebab luar juga digunakan untuk mengidentifikasi penyakit dan kondisi medis tertentu yang disebabkan oleh penggunaan obat atau zat kimia tertentu (disebabkan oleh obat). Dalam situasi ini, kode Bab XX ICD-10 ini dapat digunakan sebagai kode opsional tambahan, jika diperlukan, untuk mengidentifikasi obat-obatan atau bahan kimia yang menyebabkan penyakit atau masalah kesehatan tersebut (Shalatiya et al., 2022).

2.7 Beban Kerja

2.7.1 Beban Kerja

Dalam pembuatan laporan skripsi ini, tidak terlepas dari hasil pencarian berbagai penelitian, buku-buku, maupun skripsi terdahulu yang digunakan sebagai bahan perbandingan dan kajian. Adapun hasil-hasil pencarian dari berbagai sumber

tersebut masih berkaitan dengan judul yang digunakan untuk memperoleh landasan teori ilmiah, salah satunya mengenai beban kerja. Beban kerja merupakan sesuatu yang muncul dari interaksi antara tuntutan tugas-tugas, lingkungan kerja sebagai tempat pelaksanaan tugas, keterampilan, perilaku, dan persepsi dari pekerja (Hart & Staveland, 1988 dalam (Zahra & Prastawa, 2023). Seorang tenaga kerja memiliki kemampuan unik untuk menyelesaikan tugasnya, mungkin beberapa orang lebih cocok untuk tanggung jawab fisik, mental, atau sosial. di mana setiap individu hanya mampu mengangkat beban dengan berat tertentu. Beban kerja yang ideal bagi seseorang adalah ketika seseorang mempekerjakan karyawan yang tepat pada pekerjaan yang tepat atau mempekerjakan karyawan yang paling sehat untuk pekerjaan yang paling sehat juga. Kecocokan pengalaman, keterampilan, dan motivasi, antara lain, adalah faktor yang menentukan ketepatan penempatan kerja (Mahawati et al., 2021).

Secara umum tubuh manusia dibuat untuk melakukan aktivitas sehari-hari, dengan massa otot yang beratnya hampir separuh berat tubuh, kita dapat menggerakkan tubuh kita dan melakukan pekerjaan yang dibutuhkannya. Di satu sisi, mencapai kehidupan yang produktif adalah tujuan hidup karena pekerjaan sangat penting untuk kemajuan dan peningkatan prestasi. Sebaliknya, bekerja berarti tubuh menerima tekanan dari luar dan jika tekanan tersebut dirasa berlebihan maka tubuh akan mengalami penurunan energi untuk melanjutkan aktivitas terutama bekerja, hal ini sering di artikan sebagai tanda bahwa tubuh kita telah kelelahan. Kelelahan sendiri merupakan sebuah sistem pertahanan tubuh agar terhindar dari kerusakan yang lebih parah sehingga diharuskan untuk beristirahat sebagai bentuk pemulihan. Meskipun

kelelahan umumnya dikaitkan dengan penurunan efisiensi, kapasitas kerja, dan ketahanan tubuh, namun kondisi ini dapat berbeda-beda untuk setiap orang. Kelelahan yang berkadar tinggi dapat menyebabkan seseorang tidak mampu lagi bekerja, berhenti bekerja, atau bahkan tertidur karena kelelahan. Jika seorang pekerja mulai merasa lelah dan terus bekerja, kelelahan akan semakin meningkat, yang mengganggu kelancaran pekerjaan dan berdampak buruk pada pekerja yang bersangkutan (Mahawati et al., 2021).

2.7.2 Pengaruh Beban Kerja

Gambaran antara beban kerja dan ketepatan koding merupakan topik yang kompleks yang dapat dipengaruhi berbagai macam faktor seperti faktor eksternal dan internal, untuk maksud dari faktor eksternal sendiri yaitu beban kerja yang berasal dari sumber eksternal. Biasanya, pekerjaan dilakukan dalam lingkungan atau kondisi yang akan menambah tekanan fisik dan mental bagi mereka yang bekerja. Faktor lingkungan termasuk fisik, kimia, biologi, ergonomi, dan psikologi. Tugas itu sendiri, organisasi, dan tempat kerja biasanya termasuk dalam beban kerja eksternal. Sedangkan yang dimaksud faktor internal yaitu faktor yang berasal dari dalam tubuh sebagai reaksi terhadap tekanan dari luar. Reaksi tubuh ini disebut strain. Penilaian berat ringan strain dapat dilakukan baik secara objektif maupun subjektif. Penilaian objektif didasarkan pada perubahan reaksi fisiologis, sedangkan penilaian subjektif didasarkan pada perubahan reaksi psikologis dan perilaku. Karena itu, strain secara subjektif berhubungan dengan harapan, keinginan, kepuasan, dan penilaian lainnya yang subjektif (Mahawati et al., 2021).

2.8 BPJS Ketenagakerjaan

Sebagian besar manusia di muka bumi, terutama yang berkebangsaan Indonesia, menyadari bahwa dalam pelaksanaan pembangunan nasional, tenaga kerja memiliki peran dan kedudukan yang sangat penting. Peran ini menuntut adanya kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat, termasuk para pekerja. Untuk mewujudkan tujuan tersebut, telah dibentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) melalui Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Undang-undang ini menegaskan bahwa sistem jaminan sosial nasional merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial. Pembentukan BPJS didasarkan pada prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial seluruhnya untuk pengembangan program serta untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta. Melalui BPJS, pembangunan ketenagakerjaan dapat ditingkatkan kualitasnya, termasuk melalui penguatan perlindungan dan peningkatan peran serta kesejahteraan pekerja/buruh, sesuai dengan harkat dan martabat kemanusiaan (Pemerintah, 2011).

Dalam mewujudkan perlindungan bagi tenaga kerja BPJS Ketenagakerjaan hadir sebagai payung perlindungan bagi tenaga kerja dari berbagai risiko yang mungkin terjadi selama bekerja, BPJS Ketenagakerjaan sendiri merupakan sebuah jaminan sosial dan proteksi (perlindungan) bagi pekerja Indonesia maupun pekerja asing yang bekerja di Indonesia sekurang-kurangnya enam bulan. BPJS Ketenagakerjaan adalah hasil transformasi dari PT Jamsostek, yang sebelumnya

bertanggung jawab langsung kepada Presiden dan menangani masalah jaminan sosial dan perlindungan ketenagakerjaan bagi pekerja Indonesia dan asing yang telah bekerja di Indonesia selama sekurang-kurangnya enam bulan. Dengan transformasi ini, semua kegiatan dan program PT Jamsostek dialihkan ke BPJS Ketenagakerjaan. Selain itu berdasarkan Pasal 9 ayat (2) dari Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menyebutkan BPJS Ketenagakerjaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf b berfungsi menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, program jaminan kematian, program jaminan pensiun, dan jaminan hari tua (Pemerintah, 2011). Kecelakaan kerja yang dimaksud berdasarkan fungsi dari BPJS Ketenagakerjaan yaitu semua insiden yang tidak disengaja yang terjadi di tempat kerja atau terkait dengannya yang menyebabkan luka, penyakit, cacat tubuh, atau kematian, dan hal ini menjadikan kecelakaan yang Tidak Berkaitan dengan Pekerjaan atau Kecelakaan di Luar Jam Kerja tidak bisa diklaim, dan karena itulah dalam penulisan dokumen rekam medis pasien diperlukan informasi penyebab cederanya pasien. Dengan adanya informasi tersebut dapat digunakan oleh pihak BPJS Ketenagakerjaan untuk menilai apakah cedera yang dialami pasien memiliki hubungan langsung dengan pekerjaan yang dilakukan oleh pasien atau tidak, dan juga dapat digunakan untuk mencegah adanya klaim palsu atau penyalahgunaan program dari BPJS Ketenagakerjaan.

2.9 Penelusuran Jurnal / Artikel

Tabel 2. 1 Review Jurnal

No	Judul Penelitian / Penulis/Tahun	Metode (Desain, Sample, Variabel, Intrument dan Analisis)	Hasil
----	----------------------------------	---	-------

1	<p>Analisis Beban Kerja Tenaga Rekam Medis (Studi Kasus Klinik Medika Sainatika) Doni Damara, Chamy Rahmatika (2023)</p>	<p>Desain : Penelitian deskriptif dengan pendekatan observasional analitik. Sample : Rata-rata volume kerja 32 berkas rekam medis per hari, tanpa petugas tetap di bagian filling. Variabel : Beban kerja tenaga filling rekam medis. Instrumen : Observasi langsung pekerjaan harian. Analisis : Workload Analysis Staff Need (Analisis kebutuhan tenaga kerja berdasarkan waktu kerja efektif).</p>	<p>Berdasarkan perhitungan workload analysis, waktu kerja efektif petugas adalah 3,92 jam/hari (14104 detik), sedangkan waktu kerja yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tugas adalah 3,91 jam/hari (14080 detik). Klinik membutuhkan 1 orang tenaga tetap di bagian filling karena saat ini pekerjaan tersebut masih ditangani oleh petugas administrasi/pendaftaran.</p>
2	<p>Tinjauan Kelengkapan Penulisan dan Ketepatan Kode <i>External Cause</i> Kasus Kecelakaan Lalu Lintas di Siloam Hospital Kebon Jeruk Uli Shalatiya, Lily Widjaja, Laela Indawati, Noor Yulia (2022)</p>	<p>Desain : Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kuantitatif. Sample : 64 dokumen rekam medis pasien kecelakaan lalu lintas diambil dengan teknik <i>total sampling</i> (sampel jenuh). Variabel : Kelengkapan penulisan dan ketepatan kode <i>external cause</i>. Instrumen : Observasi, wawancara, dan studi kepustakaan. Analisis : Analisis dilakukan secara deskriptif terhadap kelengkapan dan ketepatan kode berdasarkan ICD-10.</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa Siloam Hospital Kebon Jeruk belum memiliki SPO khusus pemberian kode <i>external cause</i>. Kelengkapan penulisan sebesar 57,81% dan ketepatan kode sebesar 64,96%. Ketidaktepatan disebabkan oleh: dokter tidak menuliskan <i>external cause</i> secara lengkap, ketidaktepatan koder, tidak adanya SPO khusus, dan SIMRS yang belum memadai untuk penggunaan karakter ke-5.</p>
3	<p>Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Bronchitis Pasien Rawat Jalan Dengan Metode Fishbone di Rumah Sakit X Tangerang Kevin Girato, Ambarwati, Hosizah (2020)</p>	<p>Desain : Penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Sample : 82 dokumen rekam medis pasien rawat jalan dengan teknik <i>random sampling</i>. Variabel : Ketepatan kode diagnosis penyakit bronchitis.</p>	<p>Dari 82 sampel, 65 kode diagnosis tepat (79%) dan 17 tidak tepat (21%). Penyebab dominan ketidaktepatan adalah faktor manusia (kurangnya pelatihan, beban kerja tinggi, kurangnya tenaga, dan kurang money) serta</p>

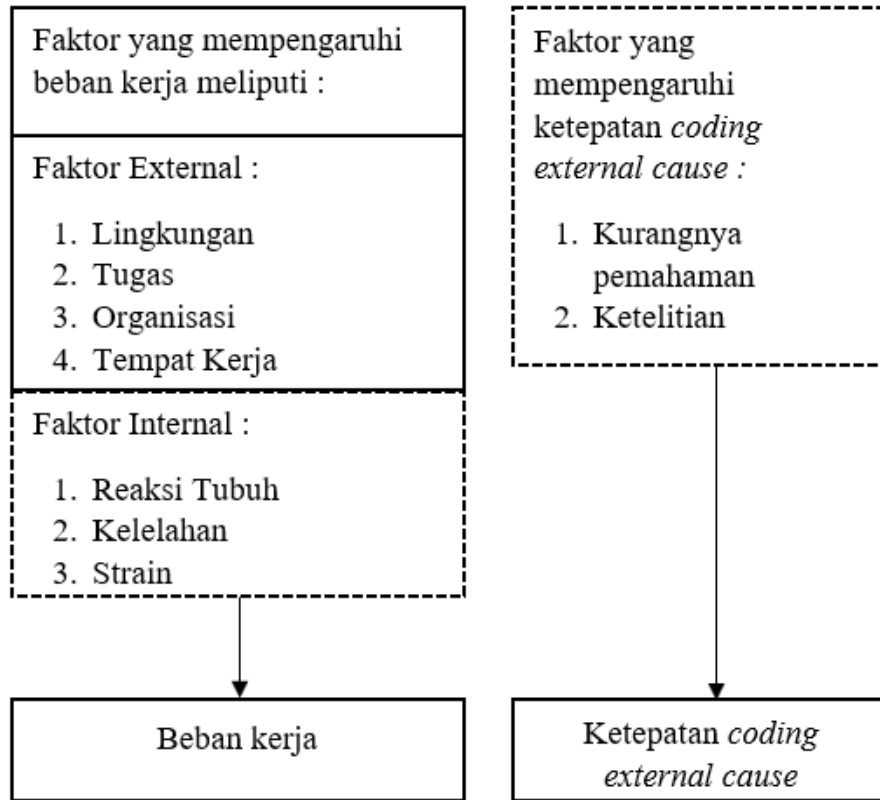
		<p>Instrumen : Observasi dan wawancara serta penggunaan data rekam medis dan SPO pengkodean diagnosis.</p> <p>Analisis : Analisis menggunakan metode <i>fishbone diagram</i> untuk mengetahui faktor penyebab ketidaktepatan kode.</p>	<p>mesin (program SIM-RS yang belum lengkap). Disarankan pelatihan koding, penambahan staf, dan peningkatan evaluasi.</p>
4	<p>Hubungan Beban Kerja Coder dengan Keakuratan Kode Diagnosis pada Pasien Rawat Inap Bangsal Melati di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta Tahun 2018 Warsi Maryati, Indriyati Oktaviano Rahayuningrum, Niar Perdana Sari (2020)</p>	<p>Desain : Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan desain cross sectional.</p> <p>Sample : 99 dokumen rekam medis pasien rawat inap bangsal Melati, dengan teknik <i>proportionate stratified random sampling</i>.</p> <p>Variabel : Variabel bebas: beban kerja coder; variabel terikat: keakuratan kode diagnosis.</p> <p>Instrumen : Lembar observasi, analisis beban kerja coder, analisis keakuratan kode diagnosis, dan ICD-10.</p> <p>Analisis : Analisis univariat dan bivariat menggunakan uji Chi-Square.</p>	<p>Hasil menunjukkan terdapat hubungan signifikan antara beban kerja dengan keakuratan kode diagnosis ($\rho < 0,01$). Bangsal Melati III memiliki beban kerja tinggi dan tingkat ketidakakuratan kode sebesar 70%, sedangkan bangsal Melati I dan II memiliki beban kerja rendah dengan tingkat ketidakakuratan masing-masing lebih rendah (22%). Disimpulkan bahwa semakin tinggi beban kerja coder, semakin tinggi potensi ketidakakuratan kode diagnosis.</p>
5	<p>Ketepatan Kode <i>External Cause</i> Kasus Kecelakaan Lalu Lintas di RSO Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta Cantika Putri Yulia Puspita, Rika Andriani, Prita Devy Igiyany (2022)</p>	<p>Desain : Penelitian deskriptif kualitatif dengan desain studi kasus.</p> <p>Sample : 229 lembar <i>external cause</i> (EC) dari populasi 801 dokumen rawat inap tahun 2021, diambil menggunakan simple random sampling.</p> <p>Variabel : Tingkat ketepatan kode <i>external cause</i> dan faktor penyebab ketidaktepatan.</p>	<p>Tingkat ketepatan kode <i>external cause</i> sebesar 39% dan ketidaktepatan sebesar 61%. Ketidaktepatan terbanyak disebabkan oleh tidak adanya kode <i>external cause</i> (57%) dan kesalahan pada karakter kelima (21%). Faktor penyebab utamanya adalah tidak</p>

		<p>Instrumen : Lembar studi dokumentasi, pedoman observasi, pedoman wawancara.</p> <p>Analisis : Analisis deskriptif dengan validasi triangulasi dari hasil coding peneliti dan informan.</p>	<p>lengkapya pengisian kronologi kejadian oleh tenaga medis dan belum adanya SOP khusus pengkodean <i>external cause</i> di rumah sakit.</p>
--	--	---	--

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :

Variabel diteliti :

Variabel tidak di teliti :

Berpengaruh : \longrightarrow

Berhubungan : _____

Gambar 3. 1 Kerangka Konseptual Faktor Yang Mempengaruhi Beban Kerja

BAB 4

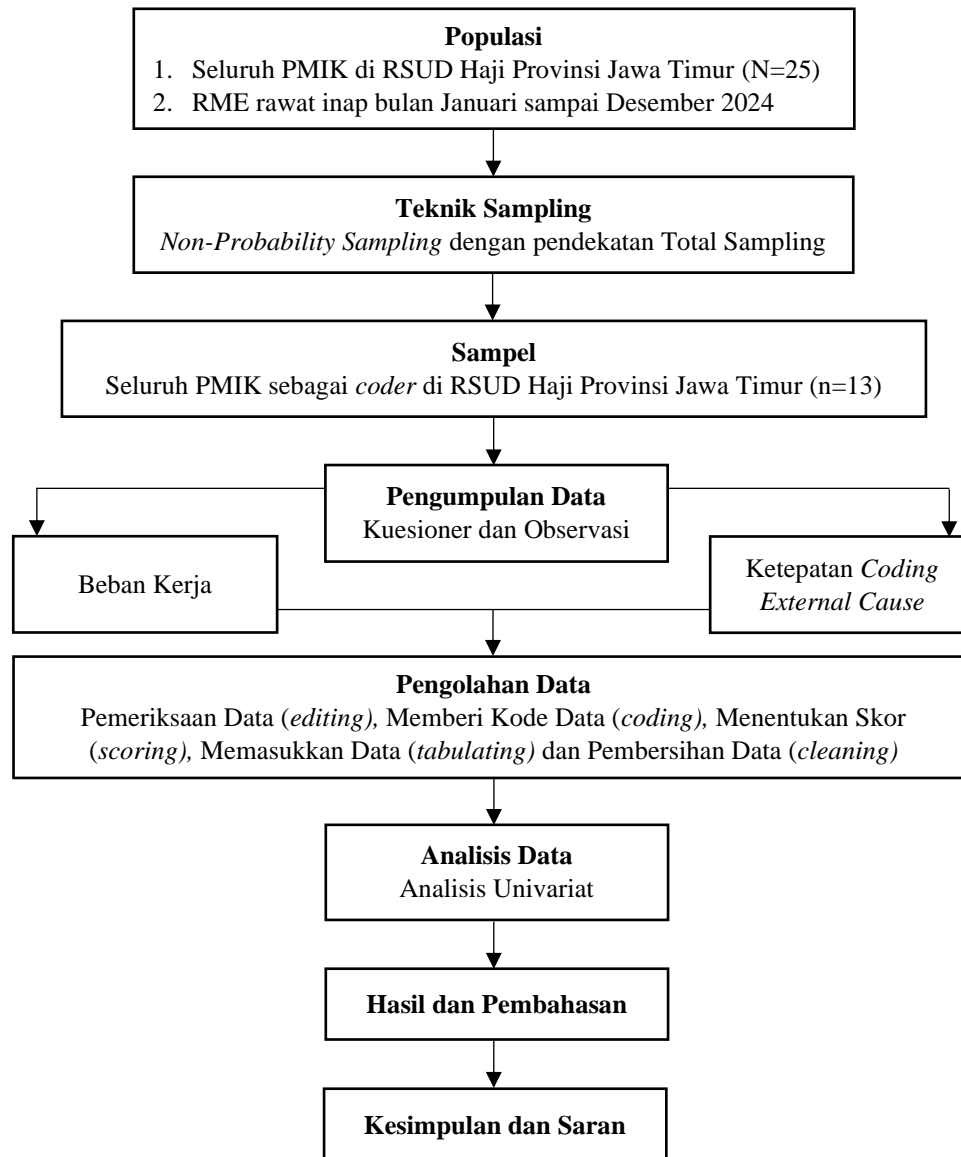
METODE PENELITIAN

Bab metode penelitian ini akan menjelaskan mengenai: 1) Desain Penelitian, 2) Kerangka Kerja, 3) Waktu dan Tempat Penelitian, 4) Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling, 5) Identifikasi Variabel, 6) Definisi Operasional, 7) Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data, dan 8) Etika Penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain deskriptif. Tujuannya adalah untuk menggambarkan beban kerja Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK), dan menggambarkan ketepatan *coding external cause* rawat inap, serta mengetahui gambaran antara keduanya. Data beban kerja PMIK diperoleh melalui kuesioner terstruktur yang disebarkan kepada seluruh 13 petugas PMIK yang telah diketahui dan teridentifikasi peran aktifnya sebagai *coder*, baik di rawat inap maupun rawat jalan. Selain itu, dilakukan pula wawancara langsung dengan format terstruktur kepada ke-13 PMIK untuk memperkuat dan memperdalam informasi terkait beban kerja yang dirasakan selama menjalankan tugas pengkodean. Sementara itu, data ketepatan *coding external cause* akan diperoleh melalui review dokumen rekam medis hasil *coding* yang dilakukan oleh PMIK rawat inap di unit Rekam Medis Pusat, yang bertugas melakukan pengkodean *external cause* pada periode Januari hingga Desember 2024.

4.2 Kerangka Kerja



4.3 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan pada tanggal 16 Juli – 16 Agustus 2025 di Bagian Rekam Medis Pusat RSUD Haji Provinsi Jawa Timur. Lokasi ini dipilih karena merupakan tempat bertugas salah satu PMIK rawat inap yang menjadi responden penelitian dan data *coding external cause* yang akan di cek ketepatan hasil *coding* nya.

4.4 Populasi dan Sampel

4.4.1 Populasi

Populasi menurut Sugiyono (2010) diartikan sebagai wilayah generalasi yang terdiri atas obyek atau sumber yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Niarti, 2021). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh PMIK yang bekerja di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur sejumlah 13 petugas.

4.4.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik total sampling, yaitu seluruh anggota populasi yang relevan dengan fokus penelitian dijadikan sebagai sampel. Di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur terdapat 13 orang yang diketahui menjalankan tugas sebagai *coder* baik pada pelayanan rawat inap maupun rawat jalan.

4.4.3 Besar Sampel

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif dengan melibatkan seluruh PMIK yang bertugas sebagai *coder* di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur. Dari total 25 PMIK yang ada, sebanyak 13 orang diketahui secara aktif menjalankan tugas sebagai *coder*, baik pada pelayanan rawat jalan maupun rawat inap.

4.4.4 Teknik Sampling

Mengingat jumlah populasi petugas Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) yang berperan sebagai *coder* di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur relatif kecil, maka untuk variabel beban kerja digunakan teknik total sampling. Dengan demikian, seluruh 13 orang *coder* yang terdiri dari *coder* rawat inap maupun rawat jalan

dijadikan responden penelitian. Teknik ini dipilih agar seluruh populasi yang relevan dapat terwakili secara menyeluruh tanpa adanya proses pemilihan secara acak.

4.5 Identifikasi Variabel

Variabel diartikan segala sesuatu yang menjadi objek pengamatan dalam penelitian (Melani Haifa et al., 2025). Dalam penelitian ini memiliki tujuan untuk memberikan gambaran antara beban kerja dengan ketepatan *coding external cause* oleh PMIK di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur.

4.6 Definisi Operasional

Definisi operasional menunjukkan bagaimana mengukur variabel. Definisi operasional suatu variabel merupakan suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel dengan memberi makna atau menetapkan kegiatan atau membenarkan operasi yang diperlukan guna mengukur variabel tersebut (Sugiyono, 2018).

Tabel 4. 1 Defnisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
Beban Kerja Petugas PMIK	Beban kerja adalah jumlah volume pekerjaan yang ditangani oleh PMIK sebagai <i>coder</i> rawat inap maupun rawat jalan, yang meliputi tekanan waktu, kompleksitas tugas, konsentrasi, serta jumlah berkas <i>coding</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Volume tugas <i>coding</i> (jumlah berkas) 2. Durasi waktu penyelesaian <i>coding</i> 3. Kompleksitas diagnosis/prosedur 4. Tugas tambahan lainnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kuesioner terstruktur sebagai alat ukur utama 2. Wawancara semi terstruktur 	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Skala ordinal: Rendah, Sedang, Tinggi 2. Skor numerik: jika dikonversi ke skor volume tugas atau waktu kerja

	yang diselesaikan. Definisi ini juga mempertimbangkan tugas tambahan yang dilakukan di unit Rekam Medis Pusat dan unit <i>Casemix</i> .				
Ketepatan <i>Coding External Cause</i>	Ketepatan <i>coding external cause</i> adalah kesesuaian antara kode <i>external cause</i> yang dicantumkan oleh petugas <i>coder</i> pada rekam medis pasien rawat inap dengan standar klasifikasi ICD-10 yang berlaku. Penilaian dilakukan melalui review DRM dan observasi <i>coding</i> berdasarkan pedoman standar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesesuaian kode dengan informasi kejadian pada rekam medis 2. Kesesuaian dengan standar ICD-10 3. Kelengkapan elemen penyebab luar (external cause) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Checklist penilaian ketepatan <i>coding</i> 2. Panduan observasi <i>coding</i> 	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kode Tepat = 1 2. Kode Tidak Tepat = 0 <p>Total skor dihitung dalam bentuk persentase (jumlah kode tepat ÷ jumlah yang di review × 100%)</p>

4.7 Pengumpulan, Pengolahan dan Analisis Data

4.7.1 Pengumpulan Data.

Metode pengumpulan data adalah cara peneliti mengumpulkan informasi yang dibutuhkan untuk penelitian. Dalam penelitian ini, teknik pengumpulan data yang digunakan adalah lembar kuesioner, wawancara dan observasi.

a. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan untuk mengukur variabel dalam penelitian ini adalah:

Tabel 4. 2 *Blue print* kuesioner beban kerja

Kuesioner	Jumlah Pertanyaan	Paramater	Favorabel	Unfavorabel
Volume Tugas Coding	2 soal	Rata-rata jumlah berkas rekam medis yang dikoding dalam sehari	1	
		Target jumlah berkas yang harus diselesaikan dalam sehari/pekan		2
Durasi Waktu Penyelesaian	2 soal	Rata-rata waktu penyelesaian satu berkas koding external cause	1	
		Efisiensi waktu dalam menyelesaikan beban kerja	2	
Kompleksitas Diagnosis/Prosedur	2 soal	Pengaruh kualitas dokumentasi medis terhadap proses koding	1	

		Tingkat kesulitan coding external cause dibanding diagnosis lain		2
Tugas Tambahan	2 soal	Keterlibatan dalam tugas di luar tanggung jawab utama sebagai koder		1
		Frekuensi menerima tugas tambahan selain koding		2

Tabel 4. 3 *Blue print* lembar observasi ketepatan *coding external cause*

Kuesioner	Jumlah Pertanyaan	Paramater	Favorabel	Unfavorabel
Kesesuaian Kode dengan Informasi Kejadian	3 soal	Kode yang digunakan sesuai dengan narasi kejadian pada rekam medis	1	
		Kode yang dipilih mencerminkan kronologi kejadian pasien	2	
		Tidak terdapat perbedaan signifikan antara informasi medis dan kode yang digunakan	3	
Kesesuaian dengan Standar ICD-10	3 soal	Penggunaan kode mengacu pada pedoman resmi ICD-10	1	
		Pemilihan kode mengikuti hierarki struktur ICD-10 yang tepat	2	

		Koder memahami definisi dan aturan ICD-10 untuk external cause	3	
Kelengkapan Elemen External Cause	3 soal	Kode mencakup mekanisme kejadian (misal jatuh, tertabrak, dll.)	1	
		Kode mencakup tempat kejadian (misal rumah, jalan raya, tempat kerja)	2	
		Kode mencakup status aktivitas saat kejadian (misal bekerja, bermain, dll.)	3	

b. Sumber Data

Data yang didapatkan adalah data beban kerja dan ketidaktepatan *coding*, karena data tersebut diperoleh langsung dari petugas PMIK melalui proses pembagian lembar kuesioner, wawancara dan observasi hasil *coding* melalui data base index penyakit di lokasi penelitian (RSUD Haji Provinsi Jawa Timur).

c. Cara Pengumpulan Data

Sebelum melakukan pengumpulan data, peneliti akan mengajukan izin penelitian kepada pihak manajemen RSUD Haji Provinsi Jawa Timur. Setelah izin didapatkan, peneliti akan menghubungi ke 13 petugas PMIK yang menjadi sampel penelitian ini dengan metode sensus. Pengumpulan data dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Peneliti akan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian kepada ke 13 petugas PMIK responden.
- 2) Setelah PMIK memahami dan menyetujui untuk berpartisipasi, mereka akan diminta untuk menandatangani lembar *informed consent* sebagai bukti persetujuan menjadi responden.
- 3) Pengumpulan data untuk variabel beban kerja dilakukan menggunakan kuesioner terstruktur yang diisi secara mandiri oleh responden dan wawancara secara langsung. Kuesioner ini dirancang untuk menggali informasi mengenai volume tugas, durasi waktu penyelesaian, kompleksitas diagnosis/prosedur, serta adanya tugas tambahan yang mempengaruhi beban kerja. Setiap jawaban responden akan dikodekan dan diolah lebih lanjut sesuai dengan pedoman penilaian yang telah ditentukan dalam definisi operasional. Sedangkan wawancara akan dilakukan secara langsung dengan petugas PMIK yang bertugas sebagai *coder* rawat inap dan *coder* rawat jalan yang bertujuan untuk mendukung hasil review dokumen dan mendapatkan pemahaman yang lebih mendalam terkait proses *coding external cause*. Wawancara dilakukan dengan menggunakan wawancara terstruktur ketika pewawancara telah mempersiapkan daftar pertanyaan sebelum wawancara dimulai, dan urutan pertanyaannya tidak diubah selama wawancara berlangsung (Rahmawati et al., 2024). Hasil wawancara digunakan untuk mengidentifikasi kendala, persepsi, serta faktor-faktor lain yang mempengaruhi ketepatan *coding external cause*.

- 4) Observasi dilakukan untuk mengamati hasil *coding external cause* pada berkas rekam medis dari bulan Januari sampai bulan Desember 2024 dengan total ada 64 berkas rekam medis dan mencatat ketepatan *coding* berdasarkan ceklist penilaian yang telah disiapkan.
- 5) Selama pembagian kuesioner dan observasi, peneliti tidak akan melakukan intervensi yang dapat memengaruhi jawaban atau tindakan responden.
- 6) Semua data yang diperoleh dari kuesioner dan observasi akan dikelompokkan, dan kemudian akan dilakukan tabulasi hasil untuk memudahkan analisis.

4.7.2 Pengolahan Data

Peneliti melakukan pengolahan data setelah data terkumpul melalui tahapan Pemeriksaan Data (Editing), Pembuatan Kode (*Coding*), Penjumlahan Data (Scoring), Memasukkan Data (Tabulating), dan Pembersihan Data (Cleaning).

a. Pemeriksaan Data (Editing)

Proses editing yaitu mengecek atau memeriksa kelengkapan data yang diperoleh agar dapat di pertanggung jawabkan (Liu et al., 2023) pada kuesioner yang telah diisi oleh responden, lembar observasi (review rekam medis) serta hasil wawancara terstruktur yang dilakukan kepada 13 orang PMIK agar data yang diperoleh agar dapat di pertanggung jawabkan. Peneliti melakukan pemeriksaan terhadap kelengkapan jawaban pada pedoman kuesioner yang diisi oleh responden. Selain itu, peneliti juga memeriksa kelengkapan dan kejelasan pencatatan hasil review pada lembar observasi ketepatan *coding external cause*

serta memastikan bahwa transkrip hasil wawancara mencerminkan informasi yang disampaikan oleh narasumber secara akurat dan utuh. Jika semua jawaban, pencatatan hasil observasi, dan data wawancara telah terisi lengkap dan konsisten, peneliti memberikan kode unik untuk setiap responden (PMIK), setiap rekam medis yang di review, dan setiap narasumber yang diwawancarai.

b. Pembuatan Kode (*Coding*)

Pemberian kode (*coding*) dalam penelitian ini dilakukan secara operasional untuk mengubah data kualitatif hasil kuesioner, observasi, dan wawancara menjadi data kuantitatif yang dapat dianalisis secara statistik. Untuk variabel beban kerja, data diperoleh melalui dua metode utama, yaitu kuesioner tertutup dan wawancara langsung terstruktur kepada 13 responden PMIK yang bertugas sebagai *coder* rawat inap dan *coder* rawat jalan. Setiap jawaban pada kuesioner diberi kode atau nilai numerik berdasarkan skala pengukuran yang telah ditetapkan, misalnya skala Likert 1–4 untuk menilai persepsi terhadap beban kerja, atau angka riil untuk jumlah dokumen yang dikoding per hari. Sedangkan dari hasil wawancara terstruktur, informasi kualitatif yang dikumpulkan juga dikoding berdasarkan tema atau kategori yang sesuai dengan indikator beban kerja untuk selanjutnya dikonversi ke dalam bentuk data kuantitatif pendukung. Proses ini bertujuan untuk memudahkan input dan analisis data menggunakan perangkat lunak statistik. Sementara itu, untuk variabel ketepatan *coding external cause*, data diperoleh melalui metode observasi/review terhadap dokumen rekam medis yang telah dikoding oleh PMIK dari unit Rekam Medis Pusat. Peneliti menggunakan lembar observasi review yang berisi indikator

ketepatan berdasarkan standar ICD-10. Setiap dokumen dinilai dengan pemberian skor kategorik, misalnya: nilai '1' untuk coding yang tepat dan nilai '0' untuk *coding* yang tidak tepat. Penilaian mencakup aspek kesesuaian kode dengan informasi kejadian, kesesuaian dengan standar ICD-10, serta kelengkapan elemen *external cause* seperti mekanisme kejadian, tempat kejadian, dan aktivitas saat kejadian. Seluruh skor dari hasil observasi kemudian direkapitulasi dan dianalisis secara deskriptif kuantitatif.

c. Penjumlahan Data (*Scoring*)

Scoring merupakan kegiatan pengolahan data untuk memperoleh nilai kuantitatif dari variabel yang diukur, dengan cara memberikan nilai pada setiap kelas parameter. Nilai tersebut kemudian dikalikan dengan bobot sehingga menghasilkan skor total yang merepresentasikan pengaruh tiap kelas terhadap suatu kejadian (Fauzi, 2022). Untuk variabel Beban Kerja, data diperoleh dari kuesioner yang berisi indikator-indikator seperti volume tugas, durasi waktu, kompleksitas diagnosis, dan tugas tambahan sebanyak 8 pertanyaan. Kriteria penilaiannya yaitu, Selalu (4), Sering (3), Kadang - kadang (2), dan Tidak pernah (1) dan dihitung menggunakan rumus statistik. Jawaban responden akan diberikan skor numerik sesuai dengan skala yang

$$P = \frac{\text{Nilai Tertinggi} - \text{Nilai Terendah}}{\text{Banyak Kelas}}$$

$$P = \frac{32 - 8}{3} = \frac{24}{3} = 8$$

digunakan (misalnya skala Likert 1–4). Selanjutnya, total skor masing-masing responden akan dijumlahkan untuk memperoleh nilai kumulatif beban kerja.

Skor ini kemudian diklasifikasikan ke dalam kategori ordinal sebagai berikut:

- 1) Rendah : 8 - 16
- 2) Sedang : 17 - 24
- 3) Tinggi : 25 - 32

Jika terdapat data berupa angka riil, seperti jumlah dokumen yang di *coding* atau durasi waktu kerja, maka nilai tersebut dicatat secara langsung sebagai skor numerik dan dianalisis sebagai bagian dari komponen beban kerja. Untuk variabel Ketepatan *Coding External Cause*, data diperoleh dari lembar observasi review terhadap hasil *coding* yang dilakukan oleh petugas PMIK dari unit RM Pusat. Penilaian dilakukan berdasarkan ketepatan kode *external cause* dengan ketentuan berikut:

- 1) Tepat : diberi skor 1
- 2) Tidak Tepat : diberi skor 0

Total skor dari seluruh rekam medis yang di review akan dijumlahkan, kemudian dihitung persentase ketepatan *coding* untuk masing-masing PMIK dengan rumus :

$$\frac{\text{Jumlah data sesuai atau tidak sesuai dalam sebuah periode}}{\text{Jumlah semua data di periode yang sama}} \times 100\%$$

Persentase ini digunakan untuk menilai tingkat akurasi *coding external cause* secara kuantitatif dan mendeskripsikan performa masing-masing PMIK dalam penelitian ini (Setiyawan, 2022).

d. Memasukkan Data (Tabulating)

Tabulasi merupakan proses menyusun data ke dalam bentuk tabel sesuai dengan tujuan penelitian atau kebutuhan peneliti (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian ini, hasil data kuantitatif akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan/atau tabel kontingensi untuk menggambarkan beban kerja dari 13 petugas PMIK rawat inap maupun rawat jalan, serta ketepatan *coding* external cause yang dilakukan oleh petugas PMIK unit Rekam Medis Pusat di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur. Selain itu, peneliti juga melakukan wawancara langsung dengan format terstruktur kepada 13 petugas PMIK yang sama, guna memperoleh pemahaman yang lebih mendalam mengenai persepsi dan pengalaman mereka terkait beban kerja maupun praktik *coding* external cause. Hasil wawancara tersebut tidak disajikan dalam bentuk angka, melainkan ditampilkan dalam bentuk rangkuman jawaban dari masing-masing responden. Selanjutnya, data baik kuantitatif maupun kualitatif akan diinterpretasikan berdasarkan variabel yang diteliti dengan mengacu pada kriteria dan teori yang relevan.

e. Pembersihan Data (Cleaning)

Pembersihan data (data cleaning) yaitu data yang sudah dimasukkan ke dalam perangkat lunak statistik harus diperiksa kembali dari kesalahan-kesalahan yang mungkin terjadi, seperti typo saat entry data, data yang hilang (missing values), atau outlier yang tidak wajar. Tujuan data cleaning adalah memastikan bahwa data yang akan dianalisis betul-betul sudah tidak terdapat kesalahan lagi dan siap untuk dianalisis guna menjawab pertanyaan penelitian.

4.7.3 Analisis Data

Dalam penelitian ini, data yang sudah terkumpul selanjutnya akan diolah dan dianalisis menggunakan teknik statistik. Proses pemasukan data dan pengelolaan data akan menggunakan aplikasi perangkat lunak komputer *SPSS (Statistical Program for Social Science)*. Mengingat tujuan penelitian untuk melihat hubungan antar variabel dan karakteristik data, analisis data pada penelitian ini akan menggunakan analisis univariat.

a. Analisis *Univariat* (Analisis Satu Variabel)

Analisis univariat digunakan untuk mengetahui deskripsi karakteristik setiap variabel penelitian (Adityaningrum et al., 2021). Pada umumnya, dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel. Dalam penelitian ini, analisis univariat akan digunakan untuk mendeskripsikan:

- 1) Karakteristik Beban Kerja PMIK : Mendeskripsikan distribusi tingkat beban kerja (misalnya, rendah, sedang, tinggi) dari 13 petugas PMIK rawat inap maupun rawat jalan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur.
- 2) Karakteristik Ketepatan *Coding External Cause* : Mendeskripsikan distribusi tingkat ketepatan *coding external cause* (misalnya, persentase ketepatan atau jumlah kesalahan) dari petugas PMIK rawat inap yang terlibat dalam pengkodean *external cause*. Hasil analisis univariat akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan persentase.

4.8 Etika Penelitian

Penelitian ini melibatkan manusia sebagai subjek penelitian, oleh karena itu, pelaksanaannya tidak boleh bertentangan dengan prinsip-prinsip etika penelitian. Etika penelitian diperlukan untuk menciptakan sebuah iklim penelitian yang kondusif bagi para peneliti maupun responden penelitian yang terlibat. Mengingat bahwa penelitian ini melibatkan pembagian kuesioner dengan individu (petugas PMIK) yang mungkin membahas tentang beban kerja, beberapa pertimbangan etis yang penting perlu diperhatikan. Beberapa langkah yang akan diterapkan oleh peneliti dalam penelitian ini yang melibatkan individu meliputi (Hansen, 2023):

1. Persetujuan Responden (*Informed Consent*)

Peneliti akan memastikan bahwa 13 petugas PMIK rawat inap maupun rawat jalan yang menjadi responden sepenuhnya memahami tujuan penelitian tentang gambaran beban kerja dengan ketepatan *coding external cause*, proses pembagian kuesioner dan observasi (review rekam medis), potensi risiko (minimal) dan manfaat, serta hak-hak mereka sebelum memberikan persetujuan. Peneliti akan menjelaskan secara rinci bagaimana data yang dikumpulkan (hasil kuesioner dan review rekam medis) akan diperlakukan, dijaga kerahasiaannya, dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ini. Formulir *informed consent* akan diberikan dan ditandatangani oleh responden sebagai bukti persetujuan mereka.

2. Partisipasi Sukarela (*Voluntary Participation*)

Peneliti akan menjamin bahwa partisipasi 13 petugas PMIK dalam penelitian ini adalah suatu pilihan yang sepenuhnya sukarela dan tidak ada tekanan atau

paksaan dalam bentuk apapun untuk berpartisipasi. Responden memiliki hak untuk menolak berpartisipasi atau menarik diri dari penelitian kapan saja tanpa konsekuensi negatif.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Peneliti akan memastikan bahwa semua informasi yang diberikan oleh partisipan, baik melalui pembagian kuesioner maupun hasil observasi (review rekam medis terkait performa *coding*), akan dijaga kerahasiaannya secara ketat. Data yang terkumpul akan dianonimkan atau diberi kode khusus sehingga identitas responden tidak dapat diidentifikasi secara langsung. Hasil penelitian akan disajikan secara agregat atau menggunakan kode responden, dan tidak akan mengungkapkan informasi pribadi yang dapat mengidentifikasi individu PMIK. Dokumen dan data penelitian akan disimpan dengan aman untuk mencegah akses yang tidak sah.

BAB 5

PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan mengenai hasil penelitian dan pembahasan berdasarkan data yang telah dikumpulkan, yang mencakup gambaran beban kerja Perkam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) serta ketepatan *coding external cause* rawat inap di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur.

5.1 Hasil Penelitian

Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 16 Juli hingga 16 Agustus 2025 dengan melibatkan 13 petugas PMIK yang bertugas sebagai *coder*, baik di pelayanan rawat jalan maupun rawat inap, melalui teknik total sampling. Pengumpulan data untuk variabel beban kerja dilakukan dengan menggunakan kuesioner terstruktur yang dibagikan kepada seluruh responden, selain itu, peneliti juga melakukan wawancara langsung dengan format terstruktur kepada ke-13 petugas PMIK untuk memperdalam pemahaman terhadap persepsi mereka mengenai beban kerja serta kendala yang dihadapi dalam proses pengkodean. Sedangkan untuk variabel ketepatan *coding external cause* dilakukan melalui review terhadap dokumen rekam medis hasil pengkodean oleh *coder* rawat inap yang bertugas di unit Rekam Medis Pusat. Bagian hasil penelitian menyajikan gambaran umum lokasi penelitian, data umum berupa karakteristik responden, serta data khusus terkait masing-masing variabel penelitian yang selanjutnya dianalisis secara deskriptif guna menjawab tujuan penelitian.

5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Haji Provinsi Jawa Timur, yang berlokasi di Jl. Manyar Kertoadi, Klampis Ngasem, Kec. Sukolilo, Surabaya, Jawa Timur, Kodepos 60116, Telepon (031) 5924000. RSUD Haji merupakan rumah sakit milik Pemerintah Provinsi Jawa Timur yang memiliki tugas pokok dan fungsi yaitu memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna sebagaimana dituangkan dalam Undang-Undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Sedangkan didalam menunjang penyelenggaraan tugas pokok dan fungsi, maka Rumah Sakit Umum Haji Surabaya mempunyai fungsi antara lain :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan tingkat ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi serta bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan
5. Penyelenggaraan kegiatan administrasi manajemen
6. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Gubernur dan atau Kepala Dinas Kesehatan sesuai dengan bidang tugasnya

Rumah sakit ini menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan dan memiliki berbagai fasilitas, termasuk pelayanan rawat jalan, rawat inap, instalasi gawat darurat, laboratorium, farmasi, radiologi, serta instalasi rekam medis dan casemix. Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur memiliki Visi, Misi dan Motto adalah sebagai berikut :

Visi :

Rumah Sakit Pilihan Masyarakat, Prima dan Islami dalam Pelayanan yang berstandar Internasional, didukung Pendidikan dan Penelitian yang Berkualitas.

Misi :

1. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan menuju standar internasional di dukung pendidikan dan penelitian yang berkualitas.
2. Menyediakan SDM yang profesional, jujur, amanah dan mengutamakan kerjasama.
3. Meningkatkan sarana dan prasarana sesuai perkembangan IPTEKDOK
4. Meningkatkan Kemandirian Rumah Sakit dan Kesejahteraan Karyawan

Motto :

“Menebar Salam dan Senyum dalam Pelayanan “

5.1.2 Gambaran Umum Karakteristik Responden Penelitian

Data umum hasil penelitian merupakan gambaran tentang karakteristik responden meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, status pernikahan, status kepegawaian, lama bekerja sebagai PMIK, dan unit penempatan.

- a. Karakteristik Petugas rekam medis berdasarkan jenis kelamin

Tabel 5. 1 Karakteristik petugas berdasarkan usia di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur bulan Juli 2025

Usia Kategori	Frekuensi (n)	Persentase (%)
20-32 Tahun	6	46.2
33-46 Tahun	7	53.8
Total	13	100.0

Berdasarkan Tabel 5.1, mayoritas responden berada pada kategori usia 33-46 tahun dengan frekuensi 7 orang (53.8%), diikuti oleh kategori 20-32 tahun sebanyak 6 orang (46.2%). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar petugas PMIK yang menjadi responden memiliki usia yang produktif.

b. Karakteristik Petugas rekam medis berdasarkan usia

Tabel 5. 2 Karakteristik petugas berdasarkan jenis kelamin di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur bulan Juli 2025

Jenis Kelamin	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Laki-laki	4	30.8
Perempuan	9	69.2
Total	13	100.0

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa mayoritas responden adalah perempuan, yaitu sebanyak 9 orang (69.2%), sedangkan laki-laki sebanyak 4 orang (30.8%). Hal ini mencerminkan dominasi gender perempuan dalam profesi PMIK di lokasi penelitian.

c. Karakteristik Petugas rekam medis berdasarkan pendidikan terakhir

Tabel 5. 3 Karakteristik petugas berdasarkan pendidikan terakhir di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur bulan Juli 2025

Pendidikan Terakhir	Frekuensi (n)	Persentase (%)
D3	12	92.3
D4	1	7.7
Total	13	100.0

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki latar belakang pendidikan D3, yaitu sebanyak 12 orang (92.3%), dan 1 orang (7.7%) berpendidikan D4. Ini mengindikasikan bahwa kualifikasi pendidikan D3 merupakan standar umum bagi petugas PMIK di rumah sakit ini.

d. Karakteristik Petugas rekam medis berdasarkan status pernikahan

Tabel 5. 4 Karakteristik petugas berdasarkan status pernikahan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur bulan Juli 2025

Status Pernikahan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Menikah	11	84.6
Belum Menikah	2	15.4
Total	13	100.0

Berdasarkan Tabel 5.4, sebagian besar responden telah menikah, yaitu sebanyak 11 orang (84.6%), sementara 2 orang (15.4%) belum menikah. Ini menunjukkan bahwa mayoritas petugas PMIK yang menjadi responden memiliki stabilitas keluarga.

e. Karakteristik Petugas rekam medis berdasarkan status kepegawaian

Tabel 5. 5 Karakteristik petugas berdasarkan status kepegawaian di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur bulan Juli 2025

Status Kepegawaian	Frekuensi (n)	Persentase (%)
ASN	10	76.9
Non-ASN	3	23.1
Total	13	100.0

Tabel 5.5 mengindikasikan bahwa sebagian besar responden adalah Aparatur Sipil Negara (ASN), yaitu sebanyak 10 orang (76.9%), sedangkan sisanya adalah Non-ASN sebanyak 3 orang (23.1%). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar petugas PMIK memiliki status kepegawaian yang tetap.

f. Karakteristik Petugas rekam medis berdasarkan lama bekerja sebagai PMIK

Tabel 5. 6 Karakteristik petugas berdasarkan lama bekerja sebagai PMIK di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur bulan Juli 2025

Lama Bekerja Sebagai PMIK	Frekuensi (n)	Persentase (%)
< 2 tahun	2	15.4
2-5 tahun	2	15.4
> 5 tahun	9	69.2
Total	13	100.0

Berdasarkan Tabel 5.6, mayoritas responden memiliki pengalaman kerja sebagai PMIK lebih dari 5 tahun, yaitu sebanyak 9 orang (69.2%). Sementara itu, masing-masing 2 orang (15.4%) memiliki pengalaman kerja kurang dari 2 tahun dan antara 2-5 tahun. Ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pengalaman kerja yang cukup lama dalam bidang PMIK

g. Karakteristik Petugas rekam medis berdasarkan unit penempatan

Tabel 5. 7 Karakteristik petugas berdasarkan unit penempatan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur bulan Juli 2025

Unit Penempatan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Casemix	6	46.2
RM Pusat	3	23.1
IGD	2	15.4
Lainnya	2	15.4
Total	13	100.0

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa unit Casemix memiliki jumlah responden terbanyak yaitu 6 orang (46.2%), diikuti oleh RM Pusat dengan 3 orang (23.1%). Unit IGD dan "Lainnya" masing-masing memiliki 2 responden (15.4%). Hal ini mencerminkan sebaran petugas PMIK di berbagai unit pelayanan rekam medis.

5.1.3 Data Khusus Hasil Penelitian

a. Gambaran Beban Kerja PMIK

Tabel 5. 8 Tabel Distribusi Kategori Beban Kerja PMIK (n=13)

Kategori Beban Kerja	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Rendah	3	23,1
Sedang	10	76,9
Tinggi	0	0,0
Total	13	100,0

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa beban kerja PMIK di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur yaitu Rendah sebanyak 3 responden (23,1%) dan Sedang sebanyak 10 responden (76,9%), sementara tidak ada yang termasuk dalam kategori Tinggi. Responden dengan beban kerja Rendah (R6, R7, dan R11) cenderung memberikan jawaban “tidak pernah” atau “kadang-kadang” pada hampir seluruh pertanyaan kuesioner. Hal ini menunjukkan bahwa mereka tidak merasa terbebani baik dari segi jumlah rekam medis, keterbatasan waktu, maupun adanya tugas tambahan. Bahkan, salah satu responden menyebut tidak pernah menghadapi banyak rekam medis rawat inap setiap hari, serta tidak pernah mengalami kekurangan waktu atau lembur. Kondisi ini menggambarkan bahwa beban kerja mereka relatif ringan dan stabil.

Sementara itu, mayoritas responden berada pada kategori beban kerja Sedang (R1, R2, R3, R4, R5, R8, R9, R10, R12, dan R13). Mereka umumnya menjawab antara “sering” hingga “kadang-kadang” pada berbagai indikator, yang mencerminkan tidak tetapnya beban kerja. Responden pada kelompok ini melaporkan bahwa waktu kerja kadang tidak mencukupi, sesekali harus lembur, serta masih mendapat tambahan tugas administratif di luar pengkodean. Faktor-faktor seperti volume rekam medis, keterbatasan waktu, dan keterlibatan dalam pekerjaan tambahan menjadi penentu utama persepsi beban kerja. Analisis

wawancara memperkuat temuan ini, dengan menunjukkan bahwa beban kerja tidak hanya dipengaruhi jumlah rekam medis, tetapi juga oleh konteks penugasan. Pertanyaan mengenai “Saya menangani jumlah rekam medis rawat inap yang cukup banyak setiap hari” mendapatkan jawaban yang sangat beragam, mulai dari “selalu” hingga “tidak pernah”. Variasi ini menunjukkan perbedaan nyata antar responden, tergantung unit penempatan dan jenis pelayanan. Selain itu, adanya tugas tambahan atau *scope creep* menjadi faktor yang memperberat persepsi beban kerja. Beberapa di antaranya adalah penerimaan berkas pasien keluar rumah sakit (KRS), simulasi klaim pasien naik kelas, pendaftaran pasien, penyiapan ATK, hingga penanganan pertanyaan asuransi dan edukasi pasien. Seperti yang disampaikan oleh salah satu responden berikut :

“Tugas tambahan di luar tupoksi adalah mengurus asuransi, terutama BPJS dan Jasa Raharja yang memakan waktu karena mencakup pelaporan denda serta edukasi pasien/keluarga mengenai prosedur klaim. Waktu pengerjaan bervariasi, sekitar 5 menit untuk BPJS dan bisa mencapai 10–15 menit untuk Jasa Raharja, tergantung pada tingkat pemahaman pasien dan keluarga.”

Responden 4

Kutipan ini memperlihatkan bahwa meskipun secara angka mayoritas responden masuk dalam kategori beban kerja “Sedang”, adanya beban administratif tambahan di luar tugas utama pengkodean turut memperkuat persepsi tingginya beban kerja yang dirasakan. Tidak terdapat responden yang masuk kategori beban kerja Tinggi, sehingga secara umum dapat disimpulkan bahwa beban kerja

PMIK di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur berada pada level menengah. Namun, pengalaman yang dirasakan tetap beragam, dipengaruhi oleh volume kerja, unit penempatan, serta adanya tugas tambahan di luar tanggung jawab utama.

Tugas-tugas *non-coding* ini secara substansial mengurangi waktu yang tersedia untuk tugas *coding* inti, yang seringkali menyebabkan petugas merasa "Waktu yang tersedia tidak cukup untuk menyelesaikan seluruh tugas *coding*" dan "sering lembur untuk menyelesaikan pekerjaan *coding*". Kebutuhan untuk lembur atau bahkan bekerja dari rumah, seperti yang disebutkan oleh responden 9, menunjukkan bahwa alokasi staf atau deskripsi pekerjaan saat ini mungkin tidak selaras dengan tuntutan operasional yang sebenarnya. Selain itu, kompleksitas kasus juga menjadi penyumbang beban kerja. Responden melaporkan bahwa "Diagnosis dan tindakan medis pada rekam medis sering kali sulit dipahami sehingga memperlambat *coding*" dan "sering mengalami kebingungan saat menemukan kasus cedera dengan banyak penyebab (*external cause*)". Kendala ini diperkuat oleh wawancara yang menyebutkan masalah dokumentasi yang tidak lengkap atau tidak jelas, singkatan yang tidak familiar, serta perbedaan informasi antara laporan kronologi dan resume medis. Salah satu responden yang bertugas di unit *Casemix* mencontohkan kesulitan dalam kasus kecelakaan lalu lintas (KLL) yang memerlukan laporan polisi yang seringkali belum tersedia. Kesulitan dalam memahami diagnosis atau tindakan medis, serta kebingungan dalam *coding external cause*, tidak hanya memperlambat proses tetapi juga memerlukan upaya tambahan untuk klarifikasi, seperti menghubungi dokter atau perawat.

Secara keseluruhan, meskipun skor kuantitatif menunjukkan beban kerja "Sedang" bagi sebagian besar PMIK, analisis kualitatif mengungkap bahwa beban kerja ini bersifat multidimensional. Ini bukan hanya tentang volume berkas, tetapi juga tentang kompleksitas tugas, tekanan waktu akibat tugas tambahan, dan tantangan dalam memahami dokumentasi medis. Ini menunjukkan bahwa beban kerja yang "Sedang" sekalipun dapat menjadi sangat menekan karena sifat tugas dan kendala yang ada, yang pada akhirnya dapat memengaruhi kesejahteraan petugas dan kualitas pekerjaan mereka.

b. Gambaran Ketepatan *Coding External Cause*

Tabel 5. 9 Tabel Ketepatan *Coding External Cause*

Kategori Ketepatan <i>Coding</i>	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Tepat	1	1
Tidak tepat	30	47
Tidak lengkap	33	52
Total	64	100,0

Praktik *coding external cause* di RSUD Haji menunjukkan variasi di antara PMIK berdasarkan unit penempatan dan fokus tugas mereka. PMIK seperti ibu D dan ibu (Y.Coder Rawat Inap Casemix) secara aktif terlibat dalam coding external cause untuk klaim rawat inap, beliau secara spesifik menyatakan bahwa ia mengkode diagnosis penyakit pasien dan tindakan medis di aplikasi INA CBG's, dan untuk kode *external cause*, ia harus melihat laporan kronologi atau laporan polisi untuk menentukan kode ICD-10 yang tepat. Demikian pula, yang dilakukan oleh salah satu responden yang bertugas di unit *Casemix* memeriksa apakah kasus tersebut merupakan kecelakaan, seperti kecelakaan lalu lintas, jatuh, atau luka bakar, dan mencari detail spesifik seperti lokasi jatuh atau

penyebab luka bakar. Di unit IGD, responden 4 dan 10 juga melakukan *coding external cause* karena pasien IGD seringkali datang dengan diagnosis campuran, termasuk kasus kecelakaan. Berdasarkan penuturan dari responden 4 bahwa untuk kasus trauma, ia melihat anamnesis dokter dan laporan kronologi pasien, serta langsung mencari kode *external cause* di ICD Volume 1 karena ia sudah familiar dengan rentang kode kecelakaan (V0-V20). Namun, ada juga PMIK yang jarang atau tidak pernah mengkode *external cause*. Seperti yang di alami oleh responden 6, meskipun sudah bekerja sejak 2014 tetapi beliau jarang mengkode *external cause* secara spesifik karena ia langsung mengkode diagnosis yang diberikan dokter (misalnya, kode patah tangan untuk kasus kecelakaan tanpa mengkode *external cause* nya)

“Sejak awal masuk kerja pada tahun 2014. koding external cause jarang saya coding. Soalnya saya ngodingnya itu langsung diagnosa yang diberikan dokter (misalnya kode patah tangan untuk kasus kecelakaan) ya langsung koding pata tangannya jadi external causenya nggak dikoding”

Responden 6

Hal ini menunjukkan kurangnya standardisasi dalam praktik *coding external cause* di seluruh unit, yang dapat menyebabkan potensi tingginya tingkat kelalaian atau ketidakakuratan data *external cause*. Alur kerja *coding external cause* umumnya melibatkan pemeriksaan berkas pasien, seperti resume medis atau lembar MRS (Medical Record Summary), untuk mengidentifikasi diagnosis utama dan tambahan yang termasuk *external cause*. Penggunaan sistem

informasi seperti HEIS (Health Information System) dan SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) adalah bagian integral dari proses ini, di mana petugas melihat klinis dan anamnesis pasien sebelum menginput kode. Setelah *coding*, hasil seringkali diverifikasi secara internal oleh tim kerja sama sebelum diajukan klaim ke BPJS.

Dari 64 rekam medis kasus cedera, ditemukan bahwa hanya 1% yang memiliki pengkodean *external cause* yang tepat, 47% tidak tepat, dan 52% tidak dikodekan sama sekali. Ketepatan pengkodean terlihat pada kasus yang melibatkan penelaahan dokumen pendukung seperti laporan kronologi atau laporan polisi, serta dilakukan oleh *coder* berpengalaman (Responden 1). Sebaliknya, ketidaktepatan terjadi karena kode tidak sesuai dengan klasifikasi ICD-10 atau kronologi kejadian. Misalnya, pasien jatuh dari sepeda dikodekan V19.3, padahal seharusnya V18.0. Ketidaklengkapan disebabkan oleh kurang lengkapnya dokumen pendukung, keterbatasan waktu kerja (*coder* baru bisa fokus *coding* pukul 13.00–15.00), beban kerja tambahan, dan tidak adanya SPO khusus *external cause*. Hal ini diperkuat oleh pernyataan Responden 2 dan 4 yang menyebutkan kendala seperti ketidaksesuaian antara resume medis dan kronologi, serta dokumen kronologi yang tidak diunggah. Meskipun begitu, beberapa kasus ditemukan telah dikodekan dengan tepat, misalnya kode V18.0 untuk kasus jatuh sendiri saat bermain sepeda di depan rumah. Dari beberapa penjelasan di atas berikut hasil pengamatan atau analisis keseluruhan pada 64 rekam medis pasien kasus cedera :

Tabel 5. 10 Ketidaktepatan *coding external cause*

No	No Rm	Diagnosis & Koding Awal	Pembetulan Kode	Kronologi	Kode External Awal	Revisi Kode External
1	83-xx-xx	DU : S2400 DS : V29.4		Korban dari arah Gedangan menuju arah waru posisi di jalur tengah, ada pengendara motor dari waru putar balik memotong ke arah Wage, korban rem mendadak dan menabrak motor di depannya kemudian terjatuh.	V29.4	V22.4
2	96-xx-xx	DU : S8230 DS : V29.4		Posisi dalam perjalanan berangkat kerja sekitar pukul 06 pagi, melaju dari arah belakang dengan kecepatan tinggi menyerempet sepeda motor korban hingga terjatuh dengan korban jatuh di sebelah kanan dan kaki	V29.4	V22.4

No	No Rm	Diagnosis & Koding Awal	Pembetulan Kode	Kronologi	Kode External Awal	Revisi Kode External
				tertimpa sepeda motor hingga menyebabkan korban patah tulang kaki kanan.		
3	96-xx-xx	DU : S060 DS : V29.8		Pada saat berangkat kantor menggunakan sepeda motor sdr R mengalami hilang kendali saat menggunakan sepeda motor yang mengakibatkan sdr R terjatuh dan terbentur ke aspal dan terbentur di bagian kepala.	V29.8	V28.4
4	73-xx-xx	DU : S8210 DS : V29.8		Kecelakaan sendiri jatuh di balai kota Surabaya habis pulang kerja di Surabaya pusat, hindari jeglongan di pos belokan ke arah balai kota Surabaya.	V29.8	V28.4
5	52-xx-xx	DU : S809 DS : V29.8		Pada saat pulang dari membeli buka	V29.8	V28.4

No	No Rm	Diagnosis & Koding Awal	Pembetulan Kode	Kronologi	Kode External Awal	Revisi Kode External
				puasa, menghindari penyeberang jalan, pas ada polisi tidur kaget, terpentak jatuh. Sempet serempetan dengan orang bermotor tp dilepaskan.		
6	97-xx-xx	DU : S060 DS : V29.8		Pasien dibonceng mengendarai sepeda motor perjalanan menuju kampus dengan kecepatan lumayan lalu pengendara motor lain membelok tanpa melihat situasi jalan raya lalu mengakibatkan kecelakaan ini.	V29.8	V32.6
7	03-xx-xx	DU : S5250 DS : V29.8		Menurut keterangan ditempat kejadian terdapat mobil berhenti karena habis bensin (tidak pada tempat	V29.8	V27.4

No	No Rm	Diagnosis & Koding Awal	Pembetulan Kode	Kronologi	Kode External Awal	Revisi Kode External
				yang seharusnya / setelah pertigaan). Kemudian karena tidak melihat, pasien menabrak bagian belakang mobil.		
8	98-xx-xx	DU : S6251 DS : W23.0		Jari jempol ke genjet rantai sepeda motor sendiri saat mencuci / membersihkan sepeda motor sendiri saat membersihkan motor dalam keadaan menyala tidak sengaja tergas dengan jari masih berada di sekitar rantai sehingga jempol tangan kiri terjepit hingga mengalami luka.	W23.0	W23.9.3
9	98-xx-xx	DU : S019 DS : V18.0		Saat pulang sekolah melewati depan masjid As saddah keputih kepala	V18.0	V18.0.4

No	No Rm	Diagnosis & Koding Awal	Pembetulan Kode	Kronologi	Kode External Awal	Revisi Kode External
				terasa pusing dan silau terkena sinau matahari, saat naik sepeda ontel menjadi oleng dan menabrak pembatas jalan, terpental dari sepeda ontel dan terjatuh di trotoar.		
10	99-xx-xx	DU : S017 DS : V29.8		Pada saat mau berangkat kerja dr kos sekitar jam 07.39 wib sampai perumahan araya +- 07.50 wib karena hujan jalanan licin ban oleng kemudian pasien jatuh posisi jatuh (ndlosor) muka / bagian wajah depan langsung ke aspal tergores ke aspal, sehingga bagian mulut sobek kemudian di antar ke RS	V29.8	V28.4

No	No Rm	Diagnosis & Koding Awal	Pembetulan Kode	Kronologi	Kode External Awal	Revisi Kode External
				putri tapi krn RS putri tdk bisa jait bagian mulut/muka yg sobek maka di rujuk di RS haji.		
11	99-xx-xx	DU : S5290 DS : V29.8		Korban berkendara motor dari arah Rungkut madya mau ke arah UPN tabrakan terjadi di perempatan lampu merah merr - gunung anyar, bagian belakang motor ditabrak oleh mobil dari arah sebelah kiri menyebabkan korban terjatuh dari motor. Dari saksi warga sekitar mobil setelah menabrak langsung pergi dari tempat kejadian.	V29.8	V23.4
12	99-xx-xx	DU : S5250 DS : V28.5		Pulang dari rumah saudara sekitar pukul 03.45 R dibonceng	V28.5	V32.6

No	No Rm	Diagnosis & Koding Awal	Pembetulan Kode	Kronologi	Kode External Awal	Revisi Kode External
				temannya saat naik motor saat melewati jalan Medokan ada lubang tapi yg menyetir tidak melihat, akhirnya R yang di gonceng dibelakang langsung jatuh dengan menahan tangan kanannya supaya kepala tidak terbentur kejadian di dalam gang (bukan jalan raya).		
13	99-xx-xx	DU : S4230 DS : V29.8		Dari arah galaxy mall belok kanan arah Kertajaya indah pas jalan kecepatan pelan tiba tiba ada motor potong jalan dari arah kiri habis cari makan daerah Kenjeran enggak jadi karena antri setelah itu pulang dan	V29.8	V22.4

No	No Rm	Diagnosis & Koding Awal	Pembetulan Kode	Kronologi	Kode External Awal	Revisi Kode External
				yang nabrak melarikan diri.		
14	99-xx-xx	DU : S430 DS : V29.8		Saat mau menyeberang ada sepeda motor melayu cepat terus menyenggol bahu sebelah kanan sehingga mengakibatkan nyeri pada bahu, pinggang hingga paha kanan karena terjatuh ke sisi kanan.	V29.8	V02.1
15	99-xx-xx	DU : S024 DS : V29.8		Saat nongkrong di warung kopi pasien perjalanan pulang mengendarai sepeda motor boncengan tiga bersama temannya terus terjatuh di jalan menghindari lubang di runkut Transmart terjatuh sendiri.	V29.8	V28.4

No	No Rm	Diagnosis & Koding Awal	Pembetulan Kode	Kronologi	Kode External Awal	Revisi Kode External
16	99-xx-xx	DU : S063 DS : V29.8		Pas berangkat kerja naik motor berdua tiba tiba jatuh setelah jatuh mengalami kejang kejang dan sempat lupa kejadian dan muntah.	V29.8	V29.9
17	98-xx-xx	DU : S025 DS : V19.3, S017		Jatuh dari sepeda angin/kayuh krn kecepatan tinggi, tidak seimbang jatuh ke kanan. Bibir terbentur aspal waktu bermain sama teman.	V19.3	V18.0
18	93-xx-xx	DU : S628 DS : V19.3		Td pagi ke pasar, blm nyampai udah jatuh, karena naik sepeda pegangan siku tangan terus oleng dan jatuh (naik sepeda ontel).	V19.3	V18.0
19	77-xx-xx	DU : S4230 DS : V18.0		Bermain dg teman2nya naik spd. Jatuh sendiri waktu belok. Kejadian di depan rumah sendiri bukan	V18.0	V18.0

No	No Rm	Diagnosis & Koding Awal	Pembetulan Kode	Kronologi	Kode External Awal	Revisi Kode External
				kecelakaan yang di sebabkan oleh orang lain. Murni jatuh sendiri saat naik sepeda. V18.0		
20	43-xx-xx	DU : S5261 DS : V18.0		Pasien bersama teman temannya naik sepeda keliling dari rumah di Jl. Semampir ke arah pandugo terus kejadian jatuh lokasi di jalan belakang universitas dinamika pada pukul 21.00 terjatuh karena bersenggolan dengan temannya (naik sepeda angin).	V18.0	V11.4
21	76-xx-xx	DU : T13.2 DS :		Korban dari arah Gedangan menuju arah waru posisi di jalur tengah, ada pengendara motor dari waru putar balik memotong ke		V22.4.9

No	No Rm	Diagnosis & Koding Awal	Pembetulan Kode	Kronologi	Kode External Awal	Revisi Kode External
				arah Wage, korban rem mendadak dan menabrak motor di depannya kemudian terjatuh.		
22	97-xx-xx	DU : T14.0 DS :		Kecelakaan kerja di proyek kena besi, lokasi bumi wonorejo asri blok A.06		W20.6.2
23	97-xx-xx	DU : T23.1 DS : W85.0		Luka bakar akibat listrik tangan kanan, luka bakar dalam, luka bakar pada tangan kiri pro operasi (pasien memegang kabel di masjid, lama kontak tdk diketahui)	W85.0	W87.2.8
24	97-xx-xx	DU : T30.2 DS :		Pasien datang dengan keluhan luka bakar pro operasi dan tatalaksana, pasien datang dengan keluhan luka bakar sejak 1 jam simrs, luka akibat		W87.9.8

No	No Rm	Diagnosis & Koding Awal	Pembetulan Kode	Kronologi	Kode External Awal	Revisi Kode External
				tersengat listrik saat sedang memanjat pohon. Tidak ada riwayat pingsan, muntah, mual, pasien langsung dibawa ke RS Haji		
25	97-xx-xx	DU : T31.1 DS :		Pasien luka bakar, pasien dengan keluhan luka bakar pada kedua ekstremitas tangan dan kaki, akibat tersengat listrik saat sedang memegang besi dan tersangkut di kabel listrik besar (jalan raya). Pasien merupakan pegawai Telkom. Tangan kanan pasien nyeri bengkak dan susah digerakkan		W85.4.2

No	No Rm	Diagnosis & Koding Awal	Pembetulan Kode	Kronologi	Kode External Awal	Revisi Kode External
26	90-xx-xx	DU : T18 DS :		Pasien mengeluh nyeri perut setelah menelan jarum peniti jam 8.30 tadi, pasien tidak sengaja menelan peniti saat menggigit peniti, setelah menelan peniti pasien belum BAB dan kentut, pasien saat ini mengeluh agak nyeri di bagian ulu hati, mual muntah disangkal, nyeri perut post menelan jarum peniti		W44.9.8
27	97-xx-xx	DU : T31.1 DS : T75.4		Pasien luka bakar, pasien dengan keluhan luka bakar pada kedua ekstremitas tangan dan kaki, akibat tersengat listrik saat sedang memegang		W87.9.8

No	No Rm	Diagnosis & Koding Awal	Pembetulan Kode	Kronologi	Kode External Awal	Revisi Kode External
				besi dan tersangkut		
28	97-xx-xx	DU : T16 DS : J209		<p>telinga kiri dimasukkan mainan sejak 4 hari yll , Benda asing sudah di coba disemprot di UGD RSUD Dr. Soetomo oleh PPDS THT KL namun tidak berhasil,direncanakan pengambilan dengan pembiusan namun masih antri, pasien datang ke UGD RSH diarahkan ke poli krn letak benda asing terlalu dalam Di poli THT RSUD Haji dilakukan irigasi telinga dan ekstrasi namun gagal ,</p>		W44.9.8
29	97-xx-xx	DU : T312 DS : W860, G936		Luka bakar di kepala dan kedua kaki , Luka bakar di kepala dan kedua kaki	W860	W85.0.3

No	No Rm	Diagnosis & Koding Awal	Pembetulan Kode	Kronologi	Kode External Awal	Revisi Kode External
				akibat terkena listrik tegangan tinggi saat sedang membetulkan genteng rumah sendiri. Riwayat pingsan +, mual -, muntah -. Nyeri + ,		
30	97-xx-xx	DU : T203 DS : S058, T261		wajah terkena ledakan gas LPG saat memasang air hangat, luka bakar pada wajah, mengenai mata , luka bakar akibat api mengenai wajah dan mata, merasa pandangan kabur ,		W36.0.3
31	91-xx-xx	DU : T233 DS :T754, S017, S063		pasien luka bakar di bagian telapak tangan saat hendak mandi namun kesetrum arus listrik sanyo lokasi di rumah		W87.0.8

No	No Rm	Diagnosis & Koding Awal	Pembetulan Kode	Kronologi	Kode External Awal	Revisi Kode External
32	93-xx-xx	DU : S4230 DS : W010		Jatuh di kamar saat mati lampu lokasi di rumah siku tangan kanan retak/bengkok	W010	W01.0.9
33	97-xx-xx	DU : T01 DS : W014		Tabrakan motor dengan mobil pickup sehingga kaki luka	W014	V23.9
34	97-xx-xx	DU : T253 DS : E116, K30, B181		Pasien luka bakar pada kedua telapak kaki karena direndam di dalam air panas		X10.9.8
35	97-xx-xx	DU : T302 DS : X10		Ketumpahan minyak saat menggoreng ikan di dapur	X10	X10.0.3
36	97-xx-xx	DU : T311 DS : I517, X110		Ketumpahan air mendidih di tempat kerja	X110	X10.8.8
37	97-xx-xx	DU : T311 DS : X108		Anaknya tertumpah air panas di dapur rumah	X108	X10.0.8
38	94-xx-xx	DU : T311 DS :		Kesulut gagang kompor saat memasak mie di rumah		X15.0.3

No	No Rm	Diagnosis & Koding Awal	Pembetulan Kode	Kronologi	Kode External Awal	Revisi Kode External
39	97-xx-xx	DU : S819 DS : T1461, W014		Jatuh sendiri saat naik sepeda motor, rodanya selip saat melintasi polisi tidur karena berhenti mendadak dari arah barat ke timur Jl. Raya ITS Surabaya	W014	V87.8
40	98-xx-xx	DU : T251 DS : X100		Tersiram air panas karena terpeleset	X100	X11.9.8
41	97-xx-xx	DU : T302 DS :		Tertumpah air panas saat membuat minuman susu milo di rumah		X10.0.4
42	97-xx-xx	DU : T302 DS : T310		Saat menuang ocha panas tergelincir dan tertumpah air panas di tempat kerja		X10.8.4
43	97-xx-xx	DU : T303 DS : I10		Saat angkat kuah rawon pasien tersiram air panas kuah rawonnya		X10.9.4
44	71-xx-xx	DU : T303 DS :		Tertumpah mie saat akan dipindahkan dari kompor ke meja makan		X10.9.3

No	No Rm	Diagnosis & Koding Awal	Pembetulan Kode	Kronologi	Kode External Awal	Revisi Kode External
45	95-xx-xx	DU : T95.3 DS :		Terkena air panas di rumah		X11.0.9
46	96-xx-xx	DU : T93.2 DS :		Luka pada kaki kiri semenjak paska jatuh		W19.9.9
47	97-xx-xx	DU : T02.90 DS :		Jatuh saat membetulkan plafon rumah karena bocor		W13.9.3
48	97-xx-xx	DU : T13.8 DS :		Ditabrak dari belakang pemotor atau penabrak hilang dari TKP		V22.9
49	97-xx-xx	DU : T31 DS :		Terkena api saat kompor gas meledak 2 hari yang lalu		W36.9.8
50	96-xx-xx	DU : T31.3 DS :		Luka bakar dikedua tangan dan kaki akibat terkena api dari minyak tanah di wajan saat sedang membersihkan wajan di dapur		X10.0.8
51	97-xx-xx	DU : T31.0 DS :		Pasien luka bakar listrik pada tangan		W87.9.9
52	98-xx-xx	DU : T303 DS : X10		Terkena air panas di alami 1 jam smrs daerah kena sempat disiram	X10	X10.9.8

No	No Rm	Diagnosis & Koding Awal	Pembetulan Kode	Kronologi	Kode External Awal	Revisi Kode External
				air dingin 5 menit pada leher dan dada kulit melepuh		
53	59-xx-xx	DU : L04 DS : T930		Kaki kanan anaknya terbentur ujung meja saat di pondok 2 minggu yang lalu		W01.2.8
54	98-xx-xx	DU : T233 DS : M2454		Post luka bakar di tangan kanan dan perut akibat terkena arang panas setelah pasien kejang dan kondisi sedang memasak ayam		X02.9.3
55	86-xx-xx	DU : S063 DS : T019		Rem mendadak mobil depan jam 11.48 minta izin keluar ijinnya ngopi jam 10.15 anaknya menelepon bilang katanya jatuh untuk kecepatan berapa kurang informasi pas kejadian tiba tiba nge rem mendadak		V23.8

No	No Rm	Diagnosis & Koding Awal	Pembetulan Kode	Kronologi	Kode External Awal	Revisi Kode External
				karena ada mobil dari arah depan		
56	86-xx-xx	DU : S052 DS : T019, H44		Pasien luka terbuka pada hidung akibat terkena baling baling kipas yang jatuh		W29.9.9
57	92-xx-xx	DU : S521 DS : T019		Jatuh di tangga posisi angkat jemuran di rumah, saat turun hujan terpeleset karena sandal jepit terpelintir akhirnya jatuh ke samping bawah		W10.0.3
58	98-xx-xx	DU : T302 DS : X140		Pasien datang dengan keluhan luka bakar di wajah dan tangan kiri akibat terkena air panas pagi ini posisi pasien mau mandi pagi tadi	X140	X11.0.4
59	68-xx-xx	DU : T618 DS : R11		Pasien habis makan kerang tadi pagi muntah lebih dari 5 kali sering sejak tadi pagi nafas		X26.9.4

No	No Rm	Diagnosis & Koding Awal	Pembetulan Kode	Kronologi	Kode External Awal	Revisi Kode External
				sesak tangan keram		
60	98-xx-xx	DU : T310 DS :		Ketika anak bersama pembantu di Manyar Airdas 2 no 23 dan ketika membuat air panas untuk minuman teko air panas ditarik pasien sehingga air tumpah mengenai tangan dan punggungnya		X10.0.3
61	70-xx-xx	DU : T310 DS :		Pasien datang dengan keluhan nyeri dan luka akibat tersiram air panas pada area paha, lipatan paha, dan kemaluan sisi kanan		X11.9.9
62	99-xx-xx	DU : T782 DS : N390, I119, I10		Waktu mancing tersengat ubur ubur posisi tidak bekerja lokasi di laut keneran di pantai keputih		X26.8.1
63	98-xx-xx	DU : S065		Jatuh dari ketinggian		W13.6.2

No	No Rm	Diagnosis & Koding Awal	Pembetulan Kode	Kronologi	Kode External Awal	Revisi Kode External
		DS : S062, G936, G935		kurang lebih 2 meter saat bekerja di pergudangan romo kalisari		
64	92-xx-xx	DU : T30 DS : J180		Berawal batuk panas dingin anak saya mau saya terapi uap dengan air panas dan di tetes minyak kayu putih tidak sengaja anak saya narik baskom berisi air panas dan terkena pantat dan pahanya dari tumpahan air panas tersebut yang menggenang di lantai rumah		X10.0.8

Temuan ini menguatkan observasi dari hasil wawancara bahwa masih terdapat inkonsistensi dalam praktik *coding external cause*. PMIK yang memiliki pemahaman lebih baik dan secara proaktif mencari detail kronologi cenderung menghasilkan kode yang lebih tepat. Namun, PMIK yang hanya berfokus pada diagnosis klinis utama tanpa menggali *external cause* secara mendalam, atau yang kurang familiar dengan rentang kode V0-Y84, menunjukkan tingkat ketepatan yang lebih rendah.

5.2 Pembahasan Penelitian

Penelitian ini dirancang untuk menggambarkan secara umum beban kerja PMIK dan ketepatan *coding external cause* rawat inap di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur sesuai dengan tujuan penelitian maka, akan dibahas hal-hal sebagai berikut :

5.2.1 Mengidentifikasi beban kerja PMIK di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur

Bab ini menyajikan pembahasan hasil penelitian yang telah diuraikan pada Bab 4, yaitu mengenai identifikasi beban kerja Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur. Pembahasan ini bertujuan untuk menganalisis temuan data secara lebih mendalam, menghubungkan hasil dengan landasan teori yang relevan, serta memberikan interpretasi yang komprehensif terhadap implikasi praktis dari penelitian ini. Hasil penelitian, baik dari kuesioner maupun wawancara, menunjukkan bahwa PMIK di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur melaksanakan berbagai jenis pekerjaan yang terbagi dalam beberapa kategori utama, meliputi:

1) Catatan dan Pengodean Diagnosa/Tindakan

Ini merupakan inti dari pekerjaan PMIK. Beberapa PMIK menyatakan tugas utamanya adalah coding diagnosa rawat jalan dan rawat inap. Coder di IGD juga melakukan coding khusus pasien IGD, baik rawat jalan maupun sebagian rawat inap. Selain coding diagnosis, coding tindakan medis juga menjadi bagian tugas. Mayoritas PMIK (Sering) menangani jumlah rekam medis rawat inap yang cukup banyak setiap hari. Beban kerja pada kategori ini cenderung tinggi mengingat volume pasien yang dilayani RSUD Haji Provinsi Jawa Timur. Kesalahan dalam

pengodean dapat berimplikasi pada aspek klaim asuransi (INA-CBG's) dan kualitas data statistik kesehatan.

2) Pengelolaan Berkas Rekam Medis

Meliputi penyimpanan berkas filing, penanganan berkas pasien yang Keluar Rumah Sakit (KRS) dari ruangan, assembling, retensi, dan filing rekam medis. Beban kerja pada area ini sangat dipengaruhi oleh sistem penyimpanan dan tingkat mobilitas berkas.

3) Pelayanan Informasi Rekam Medis

Meskipun tidak secara eksplisit disebutkan sebagai tugas utama oleh semua responden, pelaporan menjadi bagian dari tugas PMIK. Beberapa PMIK juga memiliki tugas pendaftaran pasien baru/lama, rawat inap, dan rawat jalan di IGD.

4) Pelaporan dan Statistik

Meliputi kompilasi data rekam medis menjadi laporan periodik. Salah satu *coder* PMIK menyatakan tugasnya juga di pelaporan.

“coding diagnosa rawat jalan. Ada juga di pelaporan. Terus ini penyimpanan berkas filing. Plus sama retensinya”

Responden 3

Berdasarkan penuturan dari responden di atas menyebutkan ada laporan jumlah penyakit tertinggi, meskipun ada unit lain yang mengolahnya. Beban kerja pada kategori ini dipengaruhi oleh ketersediaan sistem informasi yang terintegrasi.

5) Administrasi dan Tugas Lain-lain

Meliputi penyiapan alat tulis kantor (ATK) seperti kertas, stapler, dan pensil. Beberapa PMIK juga ditugasi pelayanan pasien/administratif lainnya, seperti

mendaftarkan pasien, membuat jaminan BPJS dan asuransi lainnya, melaporkan denda BPJS, membantu proses *logout* pasien pulang (KRS), simulasi pasien naik kelas, pengajuan akta lahir dan kematian, dan edukasi pasien terkait asuransi. Kuesioner juga menunjukkan bahwa PMIK sering ditugasi pelayanan pasien/administratif lainnya selain tugas *coder*. Mayoritas PMIK (Sering) juga harus mengerjakan input data lain di luar *coding* (misalnya, SIMRS atau rekapan manual). Meskipun mungkin tidak terkait langsung dengan rekam medis inti, tugas-tugas ini penting untuk peningkatan kapasitas dan koordinasi internal. Identifikasi jenis pekerjaan ini sangat krusial dalam memahami spektrum tanggung jawab PMIK. Beban kerja tidak hanya diukur dari kuantitas, tetapi juga dari kompleksitas dan *skill* yang dibutuhkan untuk setiap jenis pekerjaan. Selain itu beban kerja Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur juga sangat dipengaruhi oleh volume tugas coding, durasi pengerjaan, kompleksitas diagnosis/prosedur, dan tugas tambahan yang harus mereka selesaikan.

Berdasarkan tabel 5.8 menunjukkan bahwa sebagian besar PMIK (76,9%) berada dalam kategori beban kerja "Sedang", sementara 23,1% berada dalam kategori "Rendah". Tidak ada responden yang melaporkan beban kerja dalam kategori "Tinggi". Tiga responden (R6, R7, dan R11) yang menempatkan mereka dalam kategori "Rendah" berdasarkan data wawancara yang telah dilakukan menunjukkan bahwa keduanya tidak merasa terbebani secara signifikan dalam menjalankan tugas pengkodean. Responden 6 menyebut bahwa volume coding yang dikerjakannya cukup besar, yakni 150–200 pasien rawat jalan per hari,

namun waktu yang dibutuhkan relatif singkat, sekitar 1–2 menit per berkas.

Menurutnya,

“kalau dibilang kewalahan insyaallah enggak, sebagian besarnya enggak tapi sebagian kecilnya iya, karna SIMRS kadang lemot”

Responden 6

Dengan demikian, tantangan utama lebih kepada hambatan teknis sistem informasi, bukan pada beban kerja yang berlebihan. Hal serupa juga ditunjukkan oleh Responden 7, yang rata-rata menangani 100–130 berkas per hari dengan waktu pengerjaan sekitar 30 detik–1 menit per berkas. Ia menegaskan bahwa pekerjaan tetap dapat diselesaikan tanpa merasa kewalahan, karena adanya pembagian tugas tim:

“tetap diselesaikan ini kan tim harus satu dan satu jalan”

Responden 7

Tugas tambahannya pun relatif ringan, seperti menerima berkas pasien KRS dan menyiapkan ATK. Dari triangulasi data, terlihat bahwa meskipun jumlah berkas yang ditangani kedua responden cukup banyak, namun proses pengerjaannya cepat, target penyelesaian fleksibel (maksimal 2 hari), serta ada pembagian kerja tim. Hambatan yang muncul lebih bersifat teknis (misalnya SIMRS lemot) daripada beban kerja yang menumpuk.

Sementara itu, sebagian besar PMIK berada pada kategori beban kerja “Sedang”, yang ditunjukkan oleh 10 responden (R1, R2, R3, R4, R5, R8, R9, R10, R12, dan R13). Secara umum, kelompok ini menunjukkan jawaban “sering” hingga

“kadang-kadang” pada indikator kuesioner, mencerminkan adanya tantangan beban kerja yang tidak tetap. Dari wawancara, responden unit rawat inap *Casemix* (R1 dan R2) menjelaskan bahwa pekerjaannya tidak hanya mengkode diagnosis penyakit pasien, tetapi juga harus memastikan kelengkapan klaim rawat inap.

“coder rawat inap tugas tambahan mengkoding diagnosa KRS naik kelas sebelum pasien membayar di kasir dan simulasi pasien baru naik kelas”

Responden 1

sedangkan responden dari unit yang sama juga menambahkan,

“tugas tambahannya itu kayak KRS... simulasi pasien-pasien naik kelas itu kita simulasi dia diagnosanya berapa terus dia harus nambah berapa”

Responden2

Hal ini menunjukkan adanya beban tambahan di luar coding utama yang menyita waktu. Pada unit rawat jalan RM Pusat, responden (R3 dan R9) menanggung volume kerja yang tinggi dengan menyampaikan bahwa ia menangani hingga

“ratusan, saya punya 12 poli, mungkin 100 lebih”

Responden 3

sementara responden yang lain bahkan menyebut

“rawat jalan itu rata-rata 200–300 berkas dalam sehari”

Responden 9

Jumlah berkas yang besar inilah yang membuat beban kerja mereka berada pada tingkat sedang, ditambah dengan tugas administratif seperti filing, retensi, dan pelaporan. Responden dari unit IGD (R4 dan R10) menghadapi tantangan yang berbeda. Beban kerja mereka dipengaruhi oleh ketidakpastian jumlah pasien.

“di IGD itu satu hari coding sekitar 20–30 berkas, tapi kalau pasien ramai bisa sampai tidak istirahat”

Responden 4

Hasil ini sejalan dengan penelitian (Lestari et al., 2024) yang menemukan bahwa rata-rata berkas klaim yang harus dikerjakan di RSUD Haji Surabaya adalah 446 berkas per hari untuk rawat jalan dan 43 berkas per hari untuk rawat inap. Selain itu, rata-rata waktu kegiatan petugas koding rawat jalan adalah 1 hingga 3 menit per kegiatan, sedangkan untuk rawat inap adalah 2 hingga 8 menit per kegiatan. Temuan ini memperkuat bahwa beban kerja rawat jalan memiliki volume yang jauh lebih tinggi dibandingkan rawat inap. Hal ini juga didukung oleh penelitian (Bangun et al., 2021) di RS Imanuel Bandar Lampung yang mencatat rata-rata kunjungan harian pasien rawat jalan sebanyak 217 orang dan rawat inap sebanyak 28 orang. Rata-rata waktu koding per berkas di RS tersebut adalah 0,84 menit untuk rawat jalan dan 4,69 menit untuk rawat inap. Data ini menunjukkan bahwa meskipun volume pasien rawat jalan lebih besar, waktu yang dibutuhkan untuk koding rawat inap cenderung lebih lama, mengindikasikan kompleksitas yang lebih tinggi. Beban kerja yang tinggi dan tidak seimbang, seperti yang terjadi ketika petugas harus mengerjakan tugas rangkap, dapat menyebabkan

pekerjaan menjadi tidak optimal dan petugas mengalami kelelahan. Dengan demikian, volume koding bukan hanya soal jumlah berkas, tetapi juga sangat dipengaruhi oleh kompleksitas kasus, yang memerlukan waktu penyelesaian lebih lama, khususnya pada kasus rawat inap.

Sementara itu, responden lain juga menambahkan adanya beban administratif lain,

“tugasnya ya mendaftarkan pasien, membuat jaminan BPJS, melaporkan denda-denda BPJS, selain coding khusus pasien IGD”

Responden 10

Kondisi ini menggambarkan bahwa meskipun jumlah berkas tidak setinggi rawat jalan, keragaman tugas membuat beban kerja tetap terasa sedang. Pada unit rawat inap RM Pusat (R8 dan R13), beban kerja digambarkan oleh jumlah berkas yang cukup stabil, sekitar 50–70 per hari.

“coding, assembling, retensi, filling, laporan”

Responden 8

Sedangkan responden lain menyampaikan bahwa ia juga merangkap pendaftaran rawat jalan dan laporan kematian. Beban kerja mereka tergolong sedang karena adanya kombinasi antara *coding* dan tugas tambahan administratif yang harus diselesaikan bersamaan. Triangulasi data menunjukkan bahwa meskipun kategori beban kerja mereka sama-sama “Sedang”, konteks yang melatarbelakangi berbeda di tiap unit. Rawat jalan terbebani oleh volume berkas

yang sangat tinggi, rawat inap menghadapi kelengkapan klaim dan simulasi KRS, IGD tertekan oleh ketidakpastian jumlah pasien dan beban administratif asuransi, sementara rawat inap RM Pusat dipengaruhi oleh kombinasi *coding* dengan pekerjaan administratif. Dengan demikian, persepsi beban kerja sedang ini tidak semata-mata ditentukan oleh jumlah rekam medis, tetapi juga oleh variasi tugas tambahan di setiap unit. Hal ini mengindikasikan bahwa mereka tidak merasa terbebani secara signifikan dalam menjalankan tugas, baik dari segi volume kerja, waktu yang tersedia, maupun keterlibatan dalam tugas tambahan. Salah satu dari mereka bahkan menyatakan tidak pernah menangani jumlah rekam medis rawat inap dalam jumlah banyak, serta tidak pernah merasa kekurangan waktu atau harus lembur. Meskipun sebagian besar PMIK berada dalam kategori beban kerja “Sedang” secara kuantitatif, analisis kualitatif dari wawancara mengungkapkan adanya kompleksitas di balik angka-angka tersebut. Beban kerja tidak hanya ditentukan oleh volume rekam medis, tetapi juga oleh faktor lain yang memengaruhi persepsi dan pengalaman petugas. Hal ini terlihat dari variasi jawaban kuesioner pada pernyataan “Saya menangani jumlah rekam medis rawat inap yang cukup banyak setiap hari”, di mana respons bervariasi mulai dari “selalu” hingga “tidak pernah”. Variabilitas ini menggambarkan bahwa volume pekerjaan sangat bergantung pada unit penempatan, fluktuasi jumlah pasien, dan jenis pelayanan yang diberikan. Selain volume kerja, beban kerja PMIK juga diperberat oleh adanya tugas tambahan atau *scope creep* di luar fungsi utama *coding*. Wawancara mengungkapkan bahwa tugas-tugas ini mencakup penerimaan berkas pasien keluar rumah sakit (KRS), simulasi klaim pasien naik

kelas, pendaftaran pasien, penyiapan ATK, hingga pelaporan denda BPJS dan edukasi pasien terkait asuransi. Kombinasi antara tanggung jawab administratif dan teknis inilah yang semakin memperkuat persepsi beban kerja, meskipun secara angka masih tergolong “Sedang”.

Analisis ini menguatkan konsep bahwa beban kerja tidak hanya bergantung pada jumlah PMIK, tetapi juga pada efisiensi proses kerja, dukungan teknologi informasi, dan volume layanan rumah sakit. Perbedaan beban kerja antar PMIK juga mungkin terjadi tergantung pada unit penempatan (rawat jalan, rawat inap, IGD) dan pembagian tugas spesifik. Kuesioner menunjukkan bahwa beberapa PMIK (Sering) merasa waktu yang tersedia tidak cukup untuk menyelesaikan seluruh tugas *coding*, dan beberapa (Sering) juga sering lembur untuk menyelesaikan pekerjaan *coding*.

5.2.2 Mengidentifikasi ketepatan coding external cause rawat inap oleh PMIK di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan review terhadap 64 dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur pada Tabel 5.9, tingkat ketepatan pengkodean *external cause* oleh PMIK masih rendah, yaitu 1 (1%). Sebaliknya, ditemukan 30 (47%) dokumen rekam medis dengan pengkodean *external cause* yang tidak tepat. Ketidaktepatan penggunaan kode ini diartikan ketika kode yang digunakan tidak sesuai dengan klasifikasi ICD-10, baik dari segi struktur kode maupun relevansi terhadap kronologi kejadian, jenis cedera, atau mekanisme penyebab luka yang tercantum dalam dokumen medis. Ketidaktepatan ini contohnya berupa penggunaan kode yang tidak menggambarkan penyebab luar yang sebenarnya seperti salah menuliskan kode jatuh padahal pasien mengalami kecelakaan lalu lintas. Rendahnya

ketepatan penggunaan kode ini dapat disebabkan oleh berbagai macam faktor, hal hal seperti kurangnya informasi lengkap dalam rekam medis, tidak tersedianya kronologi atau laporan polisi, serta waktu kerja yang dimiliki *coder* terbatas akibat beban kerja tinggi juga bisa menjadi salah satu penyebabnya, selain dari ketidaktepatan beberapa faktor di atas juga dapat menyebabkan hal lain seperti ketidaklengkapan pada pengisian kode terutama kode *external cause*. Ketidaklengkapan sendiri memiliki arti yakni kolom kode dalam hal ini kode *external cause* dibiarkan kosong, meskipun informasi tentang penyebab luar seperti kecelakaan, jatuh, atau luka bakar sebenarnya sudah tertulis dalam ringkasan masuk, resume medis, atau dokumen lainnya, dan jika mengikut informasi dari Tabel 5.9 diketahui persentase ketidaklengkapan pada pengisian kode terutama *external cause* di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur terbilang cukup tinggi dengan 33 (52%) pengkodean *external cause* yang tidak lengkap.

Berdasarkan faktor penyebab yang sudah disebutkan pada paragraf sebelumnya dan berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan peneliti dengan narasumber, diketahui bahwa sebagian besar *coder* rawat inap terutama di luar unit *Casemix* baru dapat mulai fokus melakukan *coding* pada pukul 13.00 hingga 15.00, sehingga tidak memiliki cukup waktu untuk melakukan pengecekan ulang atau berkonsultasi dengan dokter apabila terjadi keraguan dalam pengkodean. Hal ini diperparah dengan beban kerja tambahan yang harus mereka tangani, seperti pendaftaran pasien, penyiapan dokumen KRS, hingga edukasi asuransi. Beberapa *coder* bahkan menyatakan bahwa tidak adanya SPO khusus tentang *coding external cause* membuat alur pengkodean menjadi tidak konsisten antar petugas.

Sebagaimana dijelaskan oleh (Responden 2):

“Eksternal cost enggak ada kronologi. Biasanya kan kronologinya belum di-upload atau kronologi sama resume gitu berbeda. Jadi, misalkan di kronologi ee di kronologi tulisannya dia jatuh dari sepeda. Cuma nanti di resume itu tulisannya jatuh. jatuh dari tempat tidur kayak gitu. Itu kan akhirnya kita harus yang benar yang mana kayak gitu.”

Dan diperkuat oleh (Responden 4):

“Satu, anenesa nya enggak jelas. Enggak jelas itu pasti jatuh. Jatuh saja enggak ada keterangannya. Nah, terus kendalannya lagi kan kita kan buat kronologi kan. Itu enggak kemudian kan harusnya kan discan terus di entry. Dientry ke RME itu kan itu enggak di-entry. Jadi kan kita kan cuma jatuh gitu aja ya.”

Sementara itu, pada 1 kasus (1%) yang tergolong tepat menunjukkan bahwa pengkodean dilakukan secara hati-hati dan sesuai prosedur, dengan melibatkan pemeriksaan terhadap kronologi kejadian dan/atau laporan tambahan seperti laporan polisi, serta dilakukan oleh coder yang memiliki pelatihan dan pengalaman yang memadai. Contohnya sebagaimana dijelaskan :

“lembar MRS setelah itu coder melihat diagnosa di resume medis baik itu diagnosa penyakit maupun external cause, untuk kode external cause coder harus melihat laporan kronologi atau laporan polisi untuk diketahui kode icd 10, setelah itu coder mengentry kode icd 10 tahun 2010 ke aplikasi INA CBG's sesuai diagnosa yang tertera di resume medis, jika sudah coder klik grouper untuk diketahui nominal klaim. Hasil entry coder akan di verifikasi internal oleh instalasi kerjasama setelah itu proses klaim ke BPJS.”

Responden 1

Dalam penelitian ini variabel yang dikaji mencakup aspek ketepatan, ketidaktepatan, dan ketidaklengkapan penetapan kode diagnosis utama maupun sekunder, khususnya yang berkaitan dengan kode *external cause* berdasarkan klasifikasi ICD-10. Ketepatan pengkodean dinilai dari kesesuaian kode terhadap kronologi kejadian yang terdokumentasi, hasil pemeriksaan medis, serta pemenuhan unsur informasi tambahan seperti mekanisme kejadian (misalnya jatuh, tertabrak), lokasi kejadian (misalnya rumah, jalan raya, tempat kerja), dan aktivitas saat kejadian (misalnya bekerja, bermain, atau berkendara). Berdasarkan hasil observasi dan telaah dokumen rekam medis, ditemukan bahwa pengkodean *external cause* seringkali menghadapi kendala akibat tidak lengkapnya informasi pendukung tersebut. Kondisi ini berimplikasi pada meningkatnya risiko kesalahan dalam penetapan kode ICD-10, baik dalam bentuk ketidaktepatan maupun ketidaklengkapan kode. Temuan ini selaras dengan hasil penelitian sebelumnya, antara lain oleh Aulia dan Subinarto (2020) yang melaporkan tingkat ketidaktepatan pengkodean *external cause* mencapai 100%, serta studi oleh (Shalatiya et al., 2022) yang mencatat tingkat ketepatan hanya sebesar 13,64%. Temuan-temuan tersebut mengindikasikan bahwa penetapan kode *external cause* merupakan salah satu aspek tersulit dalam proses klasifikasi penyakit ICD-10. Kesalahan pengkodean ini tidak hanya berdampak pada kualitas dokumentasi medis, tetapi juga dapat memengaruhi validitas data statistik rumah sakit, proses verifikasi klaim oleh pihak ketiga (seperti BPJS Kesehatan), serta akurasi data epidemiologi nasional. Dalam penelitian ini, peneliti mendokumentasikan beberapa contoh kasus yang mencerminkan berbagai bentuk

ketidaktepatan dan ketidaklengkapan pengkodean *external cause*. Salah satu contoh ketidaktepatan pengkodean ditemukan pada kasus berikut:

1. Kronologi : Pasien jatuh dari sepeda angin/kayuh akibat kecepatan tinggi dan kehilangan keseimbangan, membentur aspal pada bagian bibir saat bermain bersama teman.

2. Kode Diagnosis Sekunder yang Ditetapkan : V19.3

Penetapan kode V19.3 tidak sesuai dengan kronologi kejadian. Berdasarkan klasifikasi ICD-10, kejadian tersebut seharusnya dikodekan sebagai V18.0, karena pasien terjatuh sendiri saat mengendarai sepeda kayuh tanpa tabrakan. Digit keempat “0” menunjukkan bahwa pasien merupakan pengemudi, bukan penumpang. Contoh lain menunjukkan bentuk ketidaklengkapan pengkodean:

1. Kronologi : Pasien mengalami kecelakaan kerja di lokasi proyek dan tertimpa besi, dengan lokasi kejadian disebutkan secara spesifik.

2. Kode Diagnosis Sekunder yang Ditetapkan : Tidak diisi (kosong).

Berdasarkan informasi kronologis, seharusnya ditetapkan kode W20.6.2, yang mencerminkan kejadian tertimpa benda keras (besi) di lingkungan industri saat pasien sedang melakukan aktivitas bekerja. Ketiadaan kode ini mencerminkan ketidaklengkapan yang berdampak terhadap kualitas data medis dan administratif rumah sakit. Namun demikian, tidak semua temuan menunjukkan kesalahan. Peneliti juga mengidentifikasi contoh pengkodean yang tepat, sebagai berikut:

1. Kronologi : Pasien bermain dengan teman dan jatuh sendiri saat berbelok dengan sepeda, tanpa keterlibatan pihak lain. Kejadian berlangsung di depan rumah.

2. Kode Diagnosis Sekunder yang Ditetapkan : V18.0

Penggunaan kode V18.0 telah sesuai dengan kaidah ICD-10, karena mencerminkan jatuh sendiri saat mengendarai sepeda kayuh, dan digit keempat “0” tepat menggambarkan posisi pasien sebagai pengemudi. Secara keseluruhan, temuan ini menunjukkan bahwa keberhasilan dalam pengkodean external cause sangat bergantung pada kelengkapan informasi kronologis dalam dokumen rekam medis. Kurangnya informasi tersebut menjadi faktor utama penyebab rendahnya ketepatan pengkodean dan perlu menjadi perhatian dalam upaya peningkatan kualitas dokumentasi serta kompetensi tenaga perekam medis dan informasi kesehatan (PMIK).

5.2.3 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, antara lain:

- a. Jumlah subjek yang terbatas hanya 13 orang *coder* rawat inap maupun *coder* rawat jalan karena pendekatan *total sampling* pada unit RM Pusat, *Casemix*, dan IGD.
- b. Kualitas dokumentasi dalam rekam medis menjadi faktor penghambat dalam menilai ketepatan *coding*.
- c. Tidak semua faktor yang mempengaruhi beban kerja dan akurasi *coding* dapat dianalisis secara mendalam karena keterbatasan waktu dan sumber data.

BAB 6

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai gambaran beban kerja PMIK dan ketepatan *coding external cause* rawat inap di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur, maka dapat disimpulkan hal-hal sebagai berikut:

1. Beban Kerja PMIK

PMIK yang bertugas sebagai coder rawat inap di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur sebagian besar berada pada kategori beban kerja sedang (76,9%). Kondisi ini dipengaruhi oleh adanya tugas tambahan di luar fungsi utama coding, seperti pelayanan kepada pasien dan pengelolaan berkas, serta keterbatasan jumlah tenaga kerja yang menyebabkan distribusi beban kerja belum proporsional

2. Ketepatan *Coding External Cause*

Tingkat kelengkapan dan ketepatan coding *external cause* rawat inap masih tergolong rendah. Dari 64 dokumen yang dianalisis, hanya 1% yang tepat, sementara 52% tidak lengkap dan 47% tidak tepat. Tingginya angka ketidaklengkapan dan ketidaktepatan ini dipengaruhi oleh kualitas dokumentasi medis yang kurang, keterbatasan pelatihan *coder*, serta beban kerja yang berdampak pada ketelitian dalam proses pengkodean.

6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan yang diperoleh, maka peneliti memberikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi Manajemen RSUD Haji Provinsi Jawa Timur
 - a. Perlu dilakukan evaluasi terhadap distribusi beban kerja PMIK, terutama bagi petugas yang memiliki tanggung jawab sebagai *coder*.
 - b. Perlu mempertimbangkan penambahan tenaga PMIK berdasarkan analisis beban kerja agar produktivitas dan ketelitian kerja tetap optimal.
 - c. Disarankan menyelenggarakan pelatihan rutin terkait update ICD-10, khususnya *coding external cause*, untuk meningkatkan keterampilan dan ketepatan *coder* dalam pengkodean diagnosis cedera dan penyebab luar.
2. Bagi PMIK sebagai *Coder*
 - a. Disarankan meningkatkan pemahaman mandiri terhadap pedoman ICD-10 melalui pembelajaran literatur atau pelatihan daring.
 - b. Mendorong peningkatan komunikasi dengan tim medis agar informasi dalam rekam medis lebih lengkap, terutama informasi kontekstual yang diperlukan untuk pengkodean *external cause*.
3. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini dapat menjadi referensi dalam pengembangan kurikulum terkait pengkodean ICD-10, terutama penguatan materi mengenai *external cause* dan manajemen beban kerja di lingkungan pelayanan kesehatan.
4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan penelitian selanjutnya melibatkan jumlah responden yang lebih besar dan memperluas ruang lingkup, termasuk analisis faktor-faktor lain seperti kualitas dokumentasi medis dan sistem manajemen rekam medis elektronik.

DAFTAR PUSTAKA

- Adityaningrum, A., Arsad, N., & Herlina, J. (2021). Faktor Penyebab Stunting Di Indonesia: Analisis Data Sekunder Data Ssgi Tahun 2021 Factors Causing Stunting in Indonesia: 2021 Ssgi Secondary Data Analysis. *Jambura Journal of Epidemiology*, 3(1), 1–10. <https://ejurnal.ung.ac.id/index.php/jje>
- Angga Eko Pramono, P., Nuryati, Dian Budi, S., & Marko Ferdian, S. (2021). Ketepatan Kodifikasi Klinis Berdasarkan ICD-10 di Puskesmas dan Rumah Sakit di Indonesia: Sebuah Studi Literatur. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 4(2), 42–50. <https://doi.org/10.31983/jrmik.v4i2.7688>
- Bangun, G. E., Putra, D. H., & Widjaja, L. (2021). Kerja Unit Rekam Medis Di Rs Imanuel Bandar Lampung. *Jurnal Manajemen Informasi Dan Administrasi Kesehatan*, 04(02), 37–44.
- Fauzi, R. Al. (2022). Analisis tingkat kerawanan banjir Kota Bogor menggunakan metode overlay dan scoring berbasis sistem informasi geografis. *Geomedia Majalah Ilmiah Dan Informasi Kegeografian*, 20(2), 96–107. <https://doi.org/10.21831/gm.v20i2.48017>
- Girato, K., Ambarwati, & Hosizah. (2020). Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Bronchitis Pasien Rawat Jalan Dengan Metode Fishbone Di Rumah Sakit X Tangerang. *Prosiding 4 SENWODIPA 2020, November*, 47–52.
- Hansen, S. (2023). Etika Penelitian: Kajian Rektraksi Artikel Ilmiah Teknik Sipil. *Jurnal Teknik Sipil*, 30(1). <https://doi.org/10.5614/jts.2023.30.1.15>
- Idayani, S., & Purwanto, A. (2017). *Jurnal Pendidikan dan Konseling*. 105(2), 79. <https://doi.org/10.31004/jpdk.v4i3>
- Iin, I., Widyaningrum, L., & Listyorini, P. I. (2021). Studi Literatur Keakuratan Kode External Cause Pada Kasus Kecelakaan Lalu Lintas Berdasarkan Icd-10. *Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKesNas)*, 269, 209–218. <https://ojs.udb.ac.id/index.php/sikenas/article/view/1254>
- Kemendes R.I. (2020). *STANDAR PROFESI PEREKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN*.
- Kemendes R.I. (2022a). *Peraturan Menteri Kesehatan RI No 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis*.
- Kemendes R.I. (2022b). *STANDAR KOMPETENSI KERJA BIDANG REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN*.
- Lestari, D. J. E., Chalidyanto, D., & Rakhmawati, R. (2024). Analisis Kebutuhan Jumlah Petugas Koding BPJS dengan Metode Analisis Beban Kerja Kesehatan di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. *Media Gizi Kesmas*, 13(1), 362–369. <https://doi.org/10.20473/mgk.v13i1.2024.362-369>

- Liu, M. D., Hedewata, A., & Jacob, Y. M. Y. (2023). Permohonan Pengangkatan Anak Di Pengadilan Negeri Bajawa Pada 04 Januari 2021. *ArtemisLawJournal*, 1(November), 336–343.
- Mahawati, E., Yuniwati, I., Ferinia, R., Rahayu, P. P., Fani, T., Sari, A. P., Setijaningsih, R. A., Fitriyatinur, Q., Sesilia, A. P., Mayasari, I., Dewi, I. K., & Bahri, S. (2021). Analisis Beban Kerja Dan Produktivitas Kerja dan Produktivitas Kerja. In *Yayasan Kita Menulis*.
- Maxelly, R. O. (2021). Hubungan Kelengkapan Anamnesa Formulir Gawat Darurat Dengan Ketepatan Kode ICD 10 Sebab Eksternal Kasus Kecelakaan Di Rumah Sakit Panti Nirmala Malang. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 9(2), 144. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v9i2.330>
- Melani Haifa, N., Nabilla, I., Rahmatika, V., Hidayatullah, R., & Harmonedi. (2025). Identifikasi Variabel Penelitian, Jenis Sumber Data dalam Penelitian Pendidikan. *Dinamika Pembelajaran: Jurnal Pendidikan Dan Bahasa*, 2(2), 256–270. <https://doi.org/10.62383/dilan.v2i2.1563>
- Niarti, U. (2021). Analisis Akuntansi Persediaan Produk Rusak Pada Toko Rosmart Sukaraja Kecamatan Curup Timur. *Jurnal Ilmiah Raflesia Akuntansi*, 7(1), 1–7. <https://doi.org/10.53494/jira.v7i1.54>
- Nur Fadhilah, G., & Herfiyanti, L. (2021). Analisis Ketepatan Kode External Cause di Rumah Sakit Angkatan Udara dr.M.Salamun. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 1(8), 960–970. <https://doi.org/10.36418/cerdika.v1i8.146>
- Pemerintah. (2011). *UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 24 TAHUN 2011*.
- Penelitian, J. (2022). *All Fields of Science J-LAS*. 2(4), 88–92.
- Rahmawati, A., Halimah, N., Karmawan, & Setiawan, A. A. (2024). Optimalisasi Teknik Wawancara Dalam Penelitian Field Research. *Jurnal Abdimas Prakasa Dakara*, 136.
- Rahmi Nuzula Belrado, Harmendo, S. W. (2024). Analisis Penggunaan Rekam Medis Elektronik Di Rumah Sakit. *British Medical Journal*, 6(5474), 1779–1798.
- Setiyawan, H. (2022). Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Berdasarkan Kode Icd-10 Pasien Rawat Jalan Di Puskesmas Pleret Bantul. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Setya Medika*, 7(1), 8–13. <https://doi.org/10.56727/bsm.v7i1.63>
- Shalatiya, U., Lily, W., Laela, I., & Noor, Y. (2022). Tinjauan Kelengkapan Penulisan dan Ketepatan Kode External Cause Kasus Kecelakaan Lalu Lintas di Siloam Hospital Kebon Jeruk. *COMSERVA Indonesian Journal of Community Services and Development*, 2(3), 287–299. <https://doi.org/10.59141/comserva.v2i3.249>
- Wardhani, I., Hendajani, F., & Pramaishella, D. (2025). Implementasi Pengukuran Skala Likert Pada Aplikasi Edukasi Bahaya Toxic Parentberbasis Web. *Journal*

Computer and Technology, 3(1), 08–19.

Yunita, D. (2021). Pengaruh Disiplin Belajar terhadap Hasil Belajar Afektif Siswa pada Mata Pelajaran Akidah Akhlak di Kelas Tinggi MI Nahdlatul Ulama II Tembilahan. *Repository Stai Auliaurasyidin*, 1–15. <https://repository.stai-tbh.ac.id/handle/123456789/136>

Zahra, A. H., & Prastawa, H. (2023). Pengukuran Beban Kerja Mental Menggunakan Metode Nasa – Task Load Index Pada Karyawan Pt . Pln (Persero) Unit Layanan Pelanggan Semarang Tengah. *Industrial Engineering Online Journal*, 12(3).

LAMPIRAN**Lampiran 1 *Curriculum Vitae******CURRICULUM VITAE*****A. Identitas Diri**

Nama : Bhimo Putro Laksono
NIM : 2150002
Program Studi : D4 Manajemen Informasi Kesehatan
Tempat/Tgl Lahir : Nganjuk, 08 Oktober 2003
Jenis Kelamin : Laki - laki
Agama : Islam
Alamat : Perum The Suam Residence Blok P-09 Kota
Mojokerto
No. Telepon : 0853-3597-6008
Email : bhimomjk123@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

2008 – 2009 : TK. RA. Kusuma Putra
2009 – 2010 : SDN. Kalipecabean
2010 – 2015 : SDN. Kedundung II
2015 – 2018 : UPT SMP Negeri 5 Kota Mojokerto
2018 – 2021 : SMA Negeri 3 Mojokerto

Lampiran 2 Motto dan Persembahan

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

*“ If you’re having a bad day, don’t give up.
The long journey is still waiting for you ”*

-Bennett-

PERSEMBAHAN

1. Terima kasih kepada Allah SWT atas segala nikmat dan rahmat serta karunia pertolongan-Nya selama penulisan skripsi ini.
2. Terima kasih yang sebesar-besarnya kepada orang tua tersayang yakni ayah Siswoyo Eko Laksono dan ibu Endang Sunarsih, yang tidak pernah henti-hentinya memberikan do’a dan kasih sayang yang tulus, selalu memberikan dukungan dan motivasi ketika penulis merasa hilang arah, terima kasih karena selalu perhatian menanyakan kondisi penulis. Terima kasih untuk selalu berada di sisi penulis dan menjadi alasan bagi penulis dalam menyelesaikan penulisan skripsi ini. Semoga dengan adanya skripsi ini bisa membuat ayah dan ibu lebih bangga karena telah berhasil menjadikan anak laki-laki pertamanya ini menyandang gelar sarjana terapan seperti yang diharapkan. Besar harapan penulis semoga ayah dan ibu selalu sehat, panjang umur, selalu menemani penulis dan bisa menyaksikan keberhasilan lainnya yang akan penulis raih di masa yang akan datang.
3. Terima kasih kepada ibu Anna Rosarini, A.Md.PK, S.H., M.H., M.Kes dan ibu Dr. Diyah Arini, S.Kep., Ns.,M.Kes selaku dosen pembimbing yang bukan hanya

membimbing secara akademik, tetapi juga menjadi pengarah, penyemangat, dan motivator. Terima kasih atas waktu, kesabaran, dan perhatian yang ibu berikan selama penulisan skripsi ini. Tanpa adanya bimbingan dan dukungan dari ibu yang tulus, mungkin skripsi ini belum bisa selesai. Terima kasih karena selalu membuka pintu konsultasi dengan lapang dan memahami setiap kesulitan yang penulis hadapi.

4. Terima kasih kepada teman saya Reynaldo Prasetyawan A.Md.Kes yang telah mendukung dan membantu saya dalam proses pengerjaan skripsi serta teman-teman seperjuangan Yusuf Alfat'h, Maria Nadya Novena Bebo, Devia Rosa Fauzan, Regita Verry Kusuma Wardani, Windi Anindya Putri, Sofie Puspita Ayu, Laili Cahya Rahmasari, Firda Purbaningrum, Reza Rizki Safitri, dan Siti Kholifah yang selalu membantu dan memberikan semangatnya yang luar biasa untuk segera menyelesaikan skripsi.
5. Terima kasih kepada semua orang yang disekitar penulis, yang tidak bisa disebutkan satu persatu, terima kasih telah mendoakan dan menyemangati penulis agar bisa menyelesaikan penyusunan proposal hingga skripsi.
6. Terakhir, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada diri sendiri, Bhimo Putro Laksono, terima kasih karena telah bertahan sejauh ini. Terima kasih karena tidak menyerah ketika jalan di depan terasa gelap, ketika keraguan datang silih berganti, dan ketika langkah terasa berat untuk dilanjutkan. Terima kasih karena tetap memilih untuk melanjutkan, walaupun kerap kali tidak tahu pasti ke mana arah ini akan membawa. Terima kasih karena telah menjadi teman paling setia bagi diri sendiri, hadir dalam sunyi, dalam lelah, dalam diam yang penuh

tanya. Terima kasih karena sudah berani melangkah dan berproses. Meski terkadang harus menghadapi kegagalan, kebingungan, bahkan perasaan ingin menyerah. Terima kasih karena tetap jujur pada rasa takut, namun tidak membiarkan rasa takut itu membatasi langkah. Karena keberanian bukanlah tidak adanya rasa takut, melainkan keinginan untuk tetap melangkah meskipun rasa takut masih melekat erat. Dan yang paling penting, terima kasih karena sudah berani memilih, memilih untuk mencoba, memilih untuk belajar, dan memilih untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai.

Lampiran 3 Surat Permohonan Ijin Studi Pendahuluan dari STIKES Hang Tuah Surabaya



YAYASAN NALA
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
 Jl. Gadang No. 1 Surabaya 60144 Telp./Fax. (031) 8411721
 www.stikeshangtuah-sby.ac.id email : info@stikeshangtuah-sby.ac.id

Surabaya, ☞ Januari 2025

Nomor : B / 19 / W2025/SHT
 Klasifikasi : BIASA
 Lampiran : -
 Perihal : Permohonan Ijin Studi Pendahuluan

& Pengambilan Data Penelitian Yth.

Kepada
 Direktur RSUD Haji
 Prov. Jawa Timur
 Jl. Manyar Kertoadi,
 Klampis Ngasem, Sukolilo
 di
Surabaya

1. Dalam rangka penyusunan Skripsi bagi mahasiswa Prodi D-IV Manajemen Informasi Kesehatan (MIK) STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2024/2025, mohon kiranya Direktur RSUD Haji Prov. Jawa Timur berkenan memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk mengambil studi pendahuluan dan data penelitian di RSUD Haji Prov. Jawa Timur.
2. Tersebut titik satu, mahasiswa STIKES Hang Tuah yang melaksanakan penelitian atas nama :
 Nama : Bhima Putro Laksana
 Nim : 2150002
 Judul Penelitian : Hubungan Beban Kerja terhadap Ketepatan Koding External Cause oleh Coder di RS X
3. Demikian atas perhatian dan bantuannya disampaikan terima kasih.

A.n. Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya
 Puket I





Oyiah, M. H., S.Kep., Ns., M.Kes.
 NIP. 03003

Tembusan -

1. Ketua Pengurus Yayasan Nala
2. Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya (Sbg. Lap.)
3. Kabag Diklat RSUD Haji Prov. Jawa Timur
4. Kabag Instalasi Rekam Medis RSUD Haji Prov. Jawa Timur
5. Puket II, III STIKES Hang Tuah Surabaya
6. Ka Prodi S1 Kep. STIKES Hang Tuah Surabaya

Lampiran 4 Nota Dinas Pengambilan Data Pendahuluan Penelitian di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur

SURAT PERJANJIAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN DI RSUD HAJI PROVINSI JAWA TIMUR	
Yang bertanda tangan dibawah ini :	
Nama	: BHIMO PUTRO LAKSONO
NIM	: 2150002
Judul Penelitian	: HUBUNGAN BEBAN KERJA TERHADAP KETEPATAN KOPING EXTERNAL CAUSE OF CODED PIRS X
Lama Penelitian	: 30 JANUARI - 28 FEBRUARI 2025
Institusi	: STIKES KHANG TUAH SURABAYA
Dengan ini saya berjanji bahwa, saya :	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami dan melaksanakan VISI, MISI dan MOTTO RSUD Haji Provinsi Jawa Timur 2. Menaati peraturan yang telah ditetapkan 3. Tidak membebani RSUD Haji Provinsi Jawa Timur atau pasien dari segi biaya 4. Memegang rahasia jabatan serta kode etik yang berhubungan dengan penelitian 5. Bila penelitian saya menggunakan manusia sebagai subyek yang apabila ada dampak/hal yang tidak terduga dalam proses penelitian, maka saya bertanggung jawab sepenuhnya dan memberikan kompensasi (baik berupa biaya atau apapun) ke responden. 6. Apabila dalam penelitian ada hal-hal yang mengharuskan berkunjung ke rumah pasien, maka harus seijin rekam medik dan membawa surat pengantar dari rumah sakit melalui bidang Diklit 7. Menjaga dan memelihara fasilitas-fasilitas rumah sakit yang digunakan dalam penelitian 8. Bertanggung jawab sepenuhnya terhadap segala akibat/efek samping yang timbul akibat penelitian seperti kerusakan/hilangnya fasilitas rumah sakit 9. Segala data dan hasil penelitian berupa karya tulis, publikasi dan data akhir menjadi milik bersama dengan RSUD Haji Provinsi Jawa Timur 10. Sebelum pengambilan data di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur wajib menunjukkan hasil Swab Antigen terbaru terutama selama masa pandemi Covid-19. 11. Menggunakan alat pelindung diri berupa masker, face shield, sarung tangan selama pengambilan data di lingkungan RSUD Haji Provinsi Jawa Timur terutama selama masa pandemi Covid-19. 12. Membersihkan tangan dengan menggunakan sabun/handsanitizer sebelum penelitian dan mengulangnya secara periodik 13. Menyerahkan hasil penelitian di Bidang Diklit RSUD Haji Provinsi Jawa Timur berupa buku 2 (dua) buah dan "Soft Copy" ke email litbang. 14. RSUD Haji Provinsi Jawa Timur dapat menjadi salah satu penguji dalam ujian tugas akhir (skripsi, tesis, disertasi) dan dibuatkan penunjukan pembimbing dari Institusi Pendidikan. 15. Dilakukan Seminar Hasil baik di Kampus atau di RSUD Haji Propinsi Jawa Timur. 	
Demikian perjanjian ini saya buat dan apabila dikemudian hari terdapat hal-hal yang tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku maka penelitian dapat dibatalkan secara sepihak oleh rumah sakit.	
Mengetahui Pembimbing Akademik	Surabaya 23 MARET 2025. Yang Membuat Perjanjian
 Artha Rosarini SH, MH, N, KES	 BHIMO PUTRO L
 Mengetahui dan Menyetujui Ka. Bidang Diklit Dr. H. RACHMAD CAHYADI, M. Kes	

Lampiran 5 Nota Dinas Penelitian di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HAJI
BIDANG PENDIDIKAN DAN PENELITIAN****NOTA DINAS**

Kepada : Yth. Ka. Instalasi Rekam Medik
Dari : Kepala Bidang Diklit
Tanggal : 16 Juli 2025
Nomor : 400.7.2.3/ 209 /102.02/8.2/2025
Lampiran : -
Perihal : Penghadapan Mahasiswa

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Berdasarkan permohonan ijin Penelitian yang telah disetujui oleh Ka. Instalasi Rekam Medik dan Komite Etik bersama ini kami hadapkan mahasiswa,

Nama : Bhimo Putro Laksono
NIM : 2150002
Institusi : D4 Manajemen Informasi Kesehatan STIKES Hang Tuah Surabaya
Judul : Gambaran Beban Kerja PMIK, dan Ketepatan Coding External Cause di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur.

Untuk melaksanakan penelitian di unit kerja Saudara dalam rangka penyusunan skripsi terhitung mulai tanggal 16 Juli 2025 s.d 16 Agustus 2025. Untuk kebenaran data serta memantau pelaksanaan penelitian oleh peneliti tersebut, dimohon memberikan tanda tangan pada lembar monitoring bagi pemberi data dan pembimbing di unit kerja.

Demikian atas perhatian dan kerja sama yang baik, disampaikan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.




Ka. Bidang Diklit



Dr. dr. RACHMAD CAHYADI, M.Kes
Pembina
NIP. 19801225 200604 1 011

Tembusan :
Ka. Instalasi Kerjasama

Lampiran 6 Etik Penelitian RSUD Haji Provinsi Jawa Timur

	
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD HAJI PROVINSI JAWA TIMUR	
KETERANGAN KELAIKAN ETIK ("ETHICAL CLEARANCE") No. 445/133 /KOM.ETIK/2025	
<p>KOMITE KELAIKAN ETIK PENELITIAN RSUD HAJI PROVINSI JAWA TIMUR TELAH MEMPELAJARI SECARA SEKSAMA PROPOSAL PENELITIAN YANG DIUSULKAN, MAKA DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN BERJUDUL:</p>	
<p><i>"GAMBARAN BEBAN KERJA PMIK, DAN KETEPATAN CODING EXTERNAL CAUSE DI RSUD HAJI PROVINSI JAWA TIMUR."</i></p>	
PENELITI	: BHIMO PUTRO LAKSONO
INSTITUSI	: D4 MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN STIKES HANG TUAH SURABAYA
TEMPAT	: RSUD HAJI PROVINSI JAWA TIMUR
DINYATAKAN LAIK ETIK	
Surabaya, 16 Juli 2025	
	
Dr.dr. RITA VIVERA PANE, Sp.KFR(K).FIPP NIP. 19641026 199901 2 002	

Lampiran 7 Lembar Information Of Consent

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (*INFORMATION OF CONSENT*)

Kepada Yth.

Bapak/Ibu Responden

di Tempat

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan STIKES Hang Tuah Surabaya, yang saat ini sedang melaksanakan penelitian sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Terapan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (S.Tr.RMIK).

Penelitian ini berjudul:

“ Gambaran Beban Kerja PMIK, Dan Ketepatan *Coding External Cause* Rawat Inap di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur ”.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kondisi beban kerja Perkam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) yang bertugas sebagai *coder* rawat inap, serta ketepatan dalam melakukan pengkodean penyebab luar (*external cause*) berdasarkan standar ICD-10. Data akan dikumpulkan melalui kuesioner dan observasi terhadap proses coding oleh PMIK. Saya sangat mengharapkan kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Partisipasi Bapak/Ibu bersifat sukarela, artinya Bapak/Ibu bebas untuk ikut serta atau menolak tanpa adanya sanksi dalam bentuk apapun. Jika Bapak/Ibu bersedia menjadi responden, mohon untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) yang telah disediakan. Seluruh informasi yang diberikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk keperluan akademik dalam penelitian ini. Setelah penelitian selesai, data identitas responden akan dihapus sesuai prinsip etika penelitian.

Atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Yang menjelaskan,

Yang dijelaskan,

Bhimo Putro Laksono

.....

NIM. 2150002

Lampiran 8 Lembar Persetujuan Responden

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN (*INFORMED CONSENT*)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bersedia untuk ikut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi DIV Manajemen Informasi Kesehatan STIKES Hang Tuah Surabaya atas nama:

Nama : Bhimo Putro Laksono

NIM : 2150002

Judul : “ Gambaran Beban Kerja PMIK, Dan Ketepatan *Coding External Cause* Rawat Inap di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur ”

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Saya telah menerima informasi dan penjelasan yang cukup mengenai maksud dan tujuan dari penelitian ini, serta memahami peran saya sebagai responden.
2. Saya memahami bahwa seluruh informasi dan jawaban yang saya berikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk keperluan analisis data dalam penelitian ini.
3. Saya menyadari bahwa penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran tentang beban kerja PMIK dan ketepatan pengkodean *external cause* sebagai bahan evaluasi dan perbaikan layanan rekam medis di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur.

Oleh karena itu, saya menyatakan bersedia secara sukarela untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Peneliti

Surabaya, Juni 2025

Responden

Bhimo Putro Laksono

NIM. 2150002

.....

Lampiran 9 Data Demografi Responden

Kode Responden
(Diisi Peneliti)

DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

Petunjuk pengisian :

1. Kuesioner diisi oleh PMIK.
2. Berilah tanda silang (√) pilihan jawaban anda.
3. Pilihlah salah satu jawaban sesuai persepsi atau pengalaman anda yang ada pada setiap pertanyaan.

No	Pertanyaan	Pilihan Jawaban
1	Jenis kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/> Lainnya
2	Usia Tahun
3	Pendidikan terakhir	<input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> D4 <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3
4	Status perkawinan	<input type="checkbox"/> Belum menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Cerai
5	Status kepegawaian	<input type="checkbox"/> ASN <input type="checkbox"/> Non-ASN <input type="checkbox"/> Honorer
6	Lama bekerja sebagai PMIK	<input type="checkbox"/> <2 <input type="checkbox"/> 2-5 Tahun <input type="checkbox"/> >5 Tahun
7	Unit penempatan	<input type="checkbox"/> RM Pusat <input type="checkbox"/> <i>Casemix</i> <input type="checkbox"/> IGD <input type="checkbox"/> Lainnya.....

Lampiran 10 Lembar Wawancara

Kode Responden
(Diisi Peneliti)

WAWANCARA PENELITIAN**GAMBARAN BEBAN KERJA PMIK DI RSUD HAJI PROVINSI JAWA****TIMUR**

Nama Pewawancara :

Tanggal Wawancara :

Nama Narasumber (Inisial) :

Jabatan :

Lokasi :

Bagian I. Kompetensi *Coder* PMIK

1. Apa saja tugas dan tanggung jawab Anda sebagai *coder* di instalasi rekam medis?
2. Sejak kapan Anda bertugas melakukan *coding* diagnosa, khususnya *external cause*?
3. Apakah Anda memiliki pelatihan khusus atau sertifikasi sebagai koder? Jika ya, pelatihan atau sertifikasi apa saja?
4. Bisa dijelaskan alur atau runtutan kerja dalam melakukan proses *coding*, khususnya dalam *coding external cause*?

5. Apakah ada SPO (Standard Operating Procedure) khusus terkait *coding external cause* di rumah sakit ini?
6. Bagaimana proses verifikasi atau validasi hasil *coding* yang telah Anda kerjakan?
7. Dalam satu hari, berapa jumlah berkas rekam medis yang Anda *coding*?
8. Berapa rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk mengerjakan satu berkas *coding external cause*?
9. Apakah ada target jumlah berkas yang harus diselesaikan dalam sehari/pekan?
10. Selain *coding*, apakah Anda juga memiliki tugas tambahan lain yang mempengaruhi beban kerja?
11. Apa saja kendala atau hambatan yang sering Anda temui dalam melakukan *coding external cause*?
12. Bagaimana kualitas dokumentasi dari dokter atau tenaga medis mempengaruhi proses *coding external cause*?
13. Dalam kondisi beban kerja tinggi, bagaimana Anda menyiasati agar hasil *coding* tetap akurat?
14. Apakah Anda pernah merasa kewalahan dalam menyelesaikan tugas *coding* sesuai target waktu?
15. Apakah ada audit atau evaluasi berkala terhadap hasil *coding* Anda? Jika ya, bagaimana prosesnya?
16. Apakah Anda merasa perlu ada pembaruan atau pelatihan rutin untuk meningkatkan akurasi *coding*?
17. Sejauh mana Anda mengikuti ICD-10 sebagai pedoman dalam melakukan *coding external cause*?

Bagian II. Alasan Tidak Dilakukannya *Coding External Cause*

1. Dalam praktik sehari-hari, apakah Bapak/Ibu selalu melakukan pengkodean *external cause* jika terdapat kasus cedera atau kecelakaan? Mengapa?
2. Apa kendala utama yang Bapak/Ibu hadapi sehingga tidak melakukan *coding external cause*?
 - Dokumentasi medis tidak lengkap
 - Waktu yang terbatas
 - Beban kerja yang tinggi
 - Kurangnya pemahaman atau pelatihan
 - Tidak ada SOP khusus
 - Lainnya, sebutkan : _____
3. Bagaimana sistem informasi manajemen rekam medis (SIMRS) rumah sakit mendukung atau justru menghambat proses *coding external cause*?
4. Menurut Bapak/Ibu, apa solusi yang tepat untuk meningkatkan ketepatan pengkodean *external cause* di rumah sakit ini?

Catatan Tambahan Pewawancara:

.....

.....

.....

Lampiran 11 Kuesioner Beban Kerja

--

Kode Responden

(Diisi Peneliti)

KUESIONER PENELITIAN**GAMBARAN BEBAN KERJA PMIK DI RSUD HAJI PROVINSI JAWA****TIMUR****Petunjuk pengisian :**

1. Kuesioner diisi oleh PMIK.
2. Berilah tanda \surd pada kolom jawaban yang anda pilih
3. Pilihlah satu jawaban pada setiap pertanyaan

Tanggal pengisian :

Nama :

Jenis kelamin :

Usia :

Keterangan :

Selalu : 4

Sering : 3

Kadang kadang : 2

Tidak pernah : 1

No	Pertanyaan	Selalu	Sering	Kadang kadang	Tidak pernah
	Volume Tugas	4	3	2	1
1	Saya menangani jumlah rekam medis				

	rawat inap yang cukup banyak setiap harinya				
2	Saya harus mengerjakan berkas <i>coding</i> lebih dari tanggung jawab saya				
Waktu Pengerjaan					
3	Waktu yang tersedia tidak cukup untuk menyelesaikan seluruh tugas <i>coding</i>				
4	Saya sering lembur untuk menyelesaikan pekerjaan <i>coding</i>				
Kompleksitas Diagnosis/Tindakan					
5	Diagnosis dan tindakan medis pada rekam medis sering kali sulit dipahami sehingga memperlambat <i>coding</i>				
6	Saya sering mengalami kebingungan saat menemukan kasus cedera dengan banyak penyebab (external cause)				
Tugas Tambahan					
7	Selain tugas sebagai coder, saya juga ditugasi pelayanan pasien/administratif lainnya				
8	Saya harus mengerjakan input data lain di luar <i>coding</i> (misal SIMRS/rekapan manual)				

Lampiran 12 Lembar Observasi Ketepatan Coding External Cause

Nama Observer (Peneliti) :

Tanggal Observasi :

Nama PMIK (Inisial/Kode) :

Kode Dokumen Rekam Medis :

Tanggal Dokumen :

1. Penilaian Ketepatan Kode *External Cause* (Berdasarkan ICD-10 Bab XX)

No.	Aspek Penilaian	Kriteria	Penilaian	Keterangan (Opsional)
1	Kesesuaian Kode dengan Informasi Kejadian	Kode yang digunakan sesuai dengan narasi kejadian dalam rekam medis	<input type="checkbox"/> Tepat <input type="checkbox"/> Tidak Tepat	
		Kode mencerminkan kronologi kejadian yang terjadi pada pasien	<input type="checkbox"/> Tepat <input type="checkbox"/> Tidak Tepat	
		Tidak terdapat selisih informasi antara kode dan kejadian di rekam medis	<input type="checkbox"/> Tepat <input type="checkbox"/> Tidak Tepat	
2	Kesesuaian dengan Standar ICD-10	Kode mengacu pada klasifikasi dan pedoman resmi ICD-10	<input type="checkbox"/> Tepat <input type="checkbox"/> Tidak Tepat	
		Penetapan kode sesuai penggunaan pada bab 19 dan 20	<input type="checkbox"/> Tepat <input type="checkbox"/> Tidak Tepat	
		Penggunaan digit ke 5 untuk mendefinisikan aktivitas yang dilakukan	<input type="checkbox"/> Tepat <input type="checkbox"/> Tidak Tepat	

3	Kelengkapan Elemen <i>External Cause</i>	Kode mencakup mekanisme kejadian (jatuh, tertabrak, dll.)	<input type="checkbox"/> Tepat <input type="checkbox"/> Tidak Tepat	
		Kode mencakup lokasi kejadian (rumah, jalan raya, tempat kerja, dll.)	<input type="checkbox"/> Tepat <input type="checkbox"/> Tidak Tepat	
		Kode mencakup aktivitas saat kejadian (bekerja, bermain, berkendara, dll.)	<input type="checkbox"/> Tepat <input type="checkbox"/> Tidak Tepat	

2. Hasil Skoring

Jumlah item yang dinilai : 9

Jumlah skor tepat : []

Jumlah skor tidak tepat : []

Skor akhir ketepatan = (jumlah skor tepat ÷ 9) × 100% = %

Catatan Observasi Tambahan :

.....

.....

.....

Tanda Tangan Observer

Nama:

Tanggal:

Lampiran 13 Output SPSS Uji Validitas dan Reliabilitas Volume Tugas

Correlations

		p1	p2	Total1
p1	Pearson Correlation	1	,446	,857**
	Sig. (2-tailed)		,127	<,001
	N	13	13	13
p2	Pearson Correlation	,446	1	,844**
	Sig. (2-tailed)	,127		<,001
	N	13	13	13
Total1	Pearson Correlation	,857**	,844**	1
	Sig. (2-tailed)	<,001	<,001	
	N	13	13	13

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	13	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	13	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,617	2

Lampiran 14 Output SPSS Uji Validitas dan Reliabilitas Waktu Pengerjaan

Correlations

		p3	p4	Total2
p3	Pearson Correlation	1	,580*	,856**
	Sig. (2-tailed)		,038	<,001
	N	13	13	13
p4	Pearson Correlation	,580*	1	,918**
	Sig. (2-tailed)	,038		<,001
	N	13	13	13
Total2	Pearson Correlation	,856**	,918**	1
	Sig. (2-tailed)	<,001	<,001	
	N	13	13	13

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	13	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	13	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,718	2

Lampiran 15 Output SPSS Uji Validitas dan Reliabilitas Kompleksitas Diagnosis/Tindakan

Correlations

		p5	p6	Total3
p5	Pearson Correlation	1	,544	,867**
	Sig. (2-tailed)		,055	<,001
	N	13	13	13
p6	Pearson Correlation	,544	1	,889**
	Sig. (2-tailed)	,055		<,001
	N	13	13	13
Total3	Pearson Correlation	,867**	,889**	1
	Sig. (2-tailed)	<,001	<,001	
	N	13	13	13

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	13	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	13	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,703	2

Lampiran 16 Output SPSS Uji Validitas dan Reliabilitas Tugas Tambahan

Correlations

		p7	p8	Total4
p7	Pearson Correlation	1	,501	,859**
	Sig. (2-tailed)		,081	<,001
	N	13	13	13
p8	Pearson Correlation	,501	1	,873**
	Sig. (2-tailed)	,081		<,001
	N	13	13	13
Total4	Pearson Correlation	,859**	,873**	1
	Sig. (2-tailed)	<,001	<,001	
	N	13	13	13

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	13	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	13	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,667	2

Lampiran 17 Output SPSS Karakteristik Responden

Frequencies

		Statistics						
		Jenis_kelamin	Usia	Pendidikan_terakhir	Status_perkawinan	Status_kepegawaian	Lama_bekerja	Unit_penempatan
N	Valid	13	13	13	13	13	13	13
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		1,6154	2,1538	1,0000	1,0769	1,4615	1,8462	2,6923
Minimum		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum		2,00	3,00	1,00	2,00	3,00	2,00	4,00

Frequency Table

		Jenis_kelamin			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	5	38,5	38,5	38,5
	Perempuan	8	61,5	61,5	100,0
Total		13	100,0	100,0	

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	29–32 tahun	2	15,4	15,4	15,4
	33–35 tahun	7	53,8	53,8	69,2
	40–41 tahun	4	30,8	30,8	100,0
Total		13	100,0	100,0	

Pendidikan_terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	D3	13	100,0	100,0	100,0

Status_perkawinan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menikah	12	92,3	92,3	92,3
	Belum menikah	1	7,7	7,7	100,0
Total		13	100,0	100,0	

Lampiran 18 Output SPSS Karakteristik Responden

Status_kepegawaian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ASN	8	61,5	61,5	61,5
	Non-ASN	4	30,8	30,8	92,3
	Honorar	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Lama_bekerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2-5 tahun	2	15,4	15,4	15,4
	>5 tahun	11	84,6	84,6	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Unit_penempatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	RM Pusat	3	23,1	23,1	23,1
	IGD	2	15,4	15,4	38,5
	Casemix	4	30,8	30,8	69,2
	Lainnya	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Lampiran 19 Hasil Turnitin

Gambaran Beban Kerja PMIK, Dan Ketepatan Coding External Cause Rawat Inap Di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur

ORIGINALITY REPORT

21 %	20 %	7 %	8 %
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source	3 %
2	comserva.publikasiindonesia.id Internet Source	2 %
3	perpustakaan.poltekkes-malang.ac.id Internet Source	2 %
4	rsuhaji.jatimprov.go.id Internet Source	1 %
5	sipora.polije.ac.id Internet Source	1 %
6	www.scribd.com Internet Source	<1 %