

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

##### **1. Gambaran Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang**

###### **a. Sejarah Rumah Sakit**

Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang sebagai Rumah Sakit TNI-AD dan pusat layanan rujukan kesehatan Angkatan Darat di wilayah Kodam IV/Diponegoro dalam perjalanannya telah banyak mengalami perkembangan dan pencapaian yang cukup pesat. Sejak saat didirikan sampai dengan tahun 1986 kondisi bangunan Rumah Sakit tidak banyak mengalami perubahan ataupun penambahan bangunan. Kalaupun ada sifat hanya pemeliharaan/perbaikan bangunan yang ada. Namun sejak 20 tahun terakhir tepatnya era tahun 2000 hingga sekarang. Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang telah mengalami perkembangan dan pencapaian yang sangat pesat.

Tanggal 6 Februari 2003 Unit Poliklinik menempati bangunan baru menghadap ke Jln. Urip Sumohardjo, yang merupakan bantuan dai Dephan, diikuti kemudian pada bulan Agustus 2003 pintu utama Rumah Sakit resmi menghadap ke Jln. Urip Sumohardjo. Kemudian pada Tahun 2007 dibuka unit Hemodialisa dan ruang Heat Stroke di UGD, pelayanan laboratorium dan radiologi 24 jam serta didirikan ruang perawatan Edelwis dimana pengoperasian ruang Edelwis tepatnya pada bulan April tahun 2008, dan ruang isolasi untuk HIV, H5N1 dan ruang Cempaka pada tahun 2010. Telah mengalami perkembangan dan pencapaian yang sangat pesat.

Tahun 2011 terdapat penambahan bangunan baru yaitu gedung ICU dengan kapasitas 12 tempat tidur yang merupakan bantuan hibah dari Pemerintah Provinsi Jawa Tengah yang pengoperasiannya secara resmi digunakan pada bulan April tahun 2012, serta perbaikan ruang rawat inap Truna juga pada tahun 2012. Pada tahun 2013 hingga tahun 2017 telah melakukan banyak perbaikan pada bidang sarana dan prasarana dengan

pendukung layanan rumah sakit, diantaranya pemasangan paving lapangan tenis, bangunan pagar lapangan tenis, pengeramikan ruang dan dinding luar kantor staff, pengadaan pintu kamar mandi ruang Edelwis, IGD dan Dahlia, pengecatan bertahap seluruh ruangan, pengeramikan dinding ruang HD, pembangunan ruang tunggu poliklinik, pengembangan kantor PPBP-AD, Pembangunan tempat Laundry, penambahan AC (*Air Conditioner*), serta pembuatan taman depan rumah sakit dll. Kesemuannya bertujuan agar pelayanan kesehatan yang diberikan di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang dapat dilaksanakan secara maksimal.

b. Visi, Misi, Motto dan Tujuan Rumah Sakit

Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang mempunyai visi, misi, motto dan tujuan sebagai berikut :

1) Visi

Menjadi rumah sakit kebanggaan setiap prajurit

2) Misi

a) Melaksanakan fungsi rujukan rumah sakit di jajaran Kodam IV/Diponegoro

b) Meningkatkan mutu pelayanan spesialis sesuai dengan standar rumah sakit TK.II

c) Memiliki sumber daya manusia, sarana dan prasarana yang cukup memadai secara kualitas maupun kuantitas

3) Motto

Senyum, Sapa, Sentuh, Sembuh (S4)

4) Tujuan

Terciptanya derajat kesehatan yang tinggi bagi prajurit TNI, PNS dan keluarganya

c. Data Rumah Sakit TK.II dr. Soedjono Magelang Tahun 2017

1) Data Umum

a) Nama Rumah Sakit : Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang

b) Status Kepemilikan : Rumah Sakit TNI-AD

- c) Jumlah TT : 204 TT
- d) Alamat : Jln. Urip Sumohardjo Nomor 48
- e) Kelurahan : Wates
- f) Kecamatan : Magelang Utara
- g) Kota : Magelang
- h) Provinsi : Jawa Tengah

## 2) Perkembangan Sarana Fisik dan Ketenagaan Kerja

### a) Sarana fisik

- (1) Status Tanah : TNI – AD
- (2) Luas Tanah :  $\pm 107.370 \text{ m}^2$
- (3) Luas Bangunan :  $\pm 13.250 \text{ m}^2$
- (4) Tahun Pembuatan : 1818

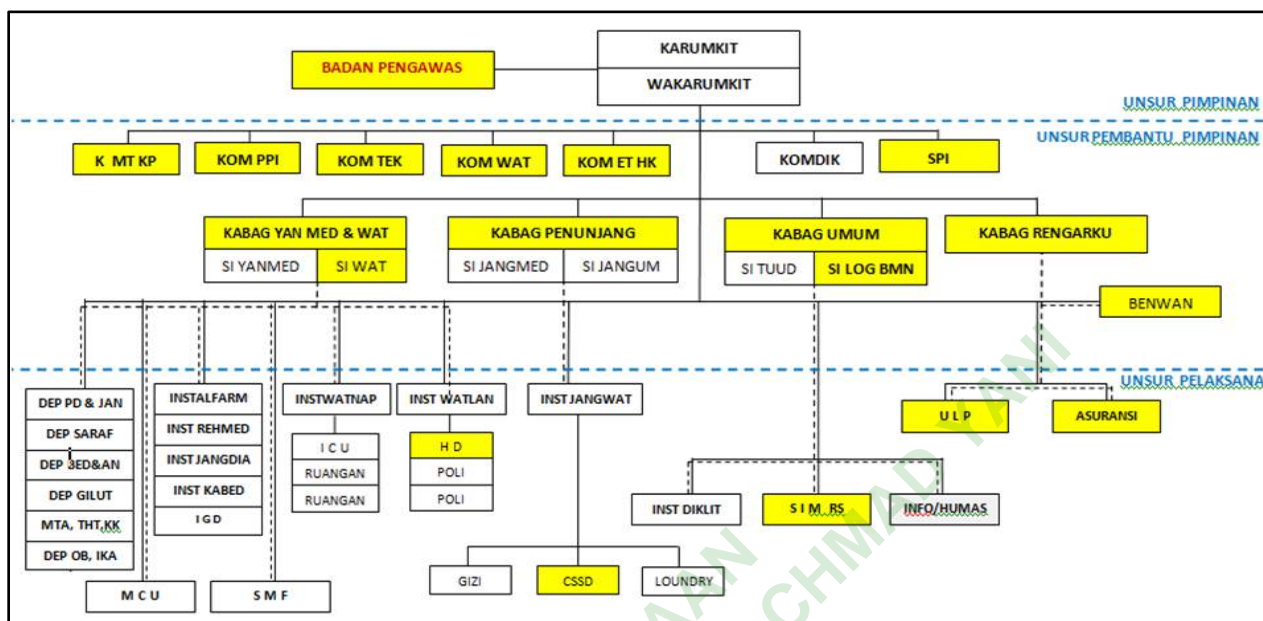
### 3) Ketenagaan Kerja

Tenaga rumah sakit sampai dengan bulan Desember 2017 sejumlah 719 orang dengan rincian :

- a) Tenaga Medis : 61
  - (1) Dokter Umum : 16
  - (2) Dokter Gigi : 6
  - (3) Dokter Ahli : 39
  - (4) Tenaga Para Medis : 372
  - (5) Tenaga Keteknisian Medis : 99
  - (6) Tenaga Non Paramedis : 187
  - (7) Tenaga Medis : 61

Kualitas sumber daya manusia senantiasa ditingkatkan, agar tercapai kualitas yang optimal dengan cara pelatihan, pendidikan, studi banding dan lain-lain.

## d. Struktur Organisasi Rumah Sakit TK.II dr. Soedjono Magelang



Gambar 4.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit TK.II dr. Soedjono Magelang  
 Sumber : Bagian Yanmed dan Keperawatan Rumah Sakit TK.II dr. Soedjono Magelang

## a. Pelayanan Rumah Sakit

## 1) Pelayanan Rawat Jalan

- a) Klinik Umum
- b) Klinik Gigi dan Mulut
- c) Klinik Penyakit Dalam
- d) Klinik Bedah Umum, Orthopedi, Bedah Saraf, Bedah Urologi dan Bedah Onkologi
- e) Klinik Anak
- f) Klinik Kebidanan dan Penyakit Kandungan
- g) Klinik Kulit dan Kelamin
- h) Klinik Paru
- i) Klinik Mata
- j) Klinik THT
- k) Klinik Syaraf
- l) Klinik Jiwa

- m) Klinik Rehab Medik
  - n) Klinik Jantung
  - o) Klinik Psikologi
  - p) Klinik Khusus
  - q) Klinik Akupuntur
  - r) Klinik Gizi
  - s) Klinik Kemoterapi
- 2) Pelayanan Rawat Inap
- a) Ruang Anggrek
  - b) Ruang Bougenville
  - c) Ruang Cempaka
  - d) Ruang Edelwis
  - e) Ruang Dahlia
  - f) Ruang Nusa Indah
  - g) Ruang Flamboyan
  - h) Ruang Melati
  - i) Ruang Mawar Ruang Seruni
  - j) ICU/ICCU
- 3) Pelayanan Penunjang
- a) Laboratorium
  - b) Radiologi
  - c) *Spirometry*
  - d) USG
  - e) EKG
  - f) CT Scan
  - g) *Tread Mill*
  - h) Endoscopi
- 4) Hemodialisa
- 5) Fisioterapi
- 6) Instalasi Farmasi
- 7) Penunjang Umum

- a) Instalasi Gizi
  - b) *Laundry*
  - c) Pemulasaraan Jenazah
- 8) IGD 24 Jam
- 9) Tempat tidur terpasang

## 2. Analisis Hasil

### a. Pelaksanaan Pengodean Kasus *Diabetes Mellitus* Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang

Dari hasil penelitian di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang untuk pengodean diagnosis dibagi menjadi 2 bagian yaitu pengodean rawat jalan, dan pengodean rawat inap. Pelaksanaan pengodean di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang telah menggunakan sistem komputerisasi dengan 2 petugas pengodean rawat jalan yang ditempatkan dibagian *casemix* dibagi menjadi 2 dengan tugas masing-masing 1 petugas pengodean diagnosis dan 1 petugas pengodean tindakan, serta 2 petugas pengodean rawat inap yang ditempatkan di unit rekam medis. Hal ini dijelaskan dari pernyataan dibawah ini:

“...dua *coder* rawat inap, dua *coder* rawat jalan yang ditempatkan di *casemix* dibagi menjadi kode diagnosis sendiri dan tindakan sendiri.. itu nanti urusannya untuk klaim....”(Responden A)

Maksud dari pernyataan Responden A adalah di rumah sakit ada 2 petugas pengodean dibagi menjadi petugas rawat jalan dan rawat inap, tetapi pada bagian rawat jalan dibagi menjadi 1 petugas pengodean diagnosis dan 1 petugas pengodean tindakan.

Dari hasil observasi yang dilakukan di ruang unit rekam medis dengan membuka berkas rekam medis diketahui bahwa diagnosis utama *Diabetes Mellitus* di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang ditulis pada formulir ringkasan masuk dan keluar (RM 1) dan *resume* keluar (RM 50) oleh dokter yang merawat pasien. Diagnosis *Diabetes Mellitus* ini didapatkan dari penyakit utama yang diderita pasien. Selain dari penyakit utama yang diderita pasien, juga berdasarkan pada kondisi klinis dan

ditunjang dengan hasil pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan *check* laboratorium, pemberian insulin dan non insulin, dan injeksi intravena. Kemudian diagnosis utama *Diabetes Mellitus* akan dilakukan pengodean oleh petugas menggunakan buku ICD-10 dan kode yang dihasilkan ditulis pada formulir ringkasan masuk dan keluar (RM 1) yang dilaksanakan oleh petugas pengodean. Peneliti melakukan observasi pada proses pengodean diagnosis yang dilakukan oleh petugas pengodean.

Hasil observasi dilakukan di ruang rekam medis dengan cara mengamati petugas pengodean dari proses dan pelaksanaannya apakah sudah berdasarkan SOP pengodean rumah sakit dengan apa yang dilakukan di lapangan, kemudian peneliti menyiapkan *checklist* proses pengodean untuk menilai pelaksanaan, selain itu peneliti juga meminta izin untuk pengamatan pada petugas dengan setiap 1 petugas dengan waktu 15 menit untuk 1 petugas pengodean. Dari pengodean diagnosis di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang dilakukan dengan melihat beberapa aspek dan diperoleh hasil yaitu petugas pengodean dalam menetapkan kode diagnosis menggunakan buku pedoman ICD-10, apabila ada kesulitan dalam membaca diagnosis petugas menggunakan kamus kedokteran, petugas juga menggunakan buku terminologi medis, tetapi petugas tidak menggunakan buku daftar singkatan dengan alasan belum adanya persetujuan persepsi antara dokter dan petugas pengodean. Kemudian dilihat dari pelaksanaan petugas dalam mengode membuka formulir ringkasan masuk dan *resume* medis, untuk memastikan diagnosis *diabetes mellitus* yang benar petugas membuka lembar hasil pemeriksaan penunjang diagnosis, tetapi petugas tidak membuka lembar pemberian obat, padahal dengan membuka lembar pemberian obat dan CPPT dapat dijadikan landasan jika masih ragu dalam menentukan hasil kodenya.

Konfirmasi dilakukan petugas apabila diagnosis tidak terbaca oleh petugas pengodean. Selain itu petugas menanyakan kepada rekan kerja pengodean bahwa ada kesulitan untuk membaca diagnosis. Hal ini dijelaskan dari pernyataan dibawah ini:

“...kalo ada diagnosis yang kurang jelas itu kita biasanya tanyakan sama petugas lainnya yang bisa baca...” (Responden B)

Maksud dari pernyataan Responden B adalah petugas pengodean meminta rekan kerjanya untuk membacakan diagnosis yang menurut petugas tersebut sulit untuk dibaca.

Tetapi dalam mengode petugas jarang untuk *check* kembali pada ICD-10 volume 1 yaitu dengan memperhatikan keterangan *include* dan *exclude* pada buku ICD-10. Setelah didapatkan kodenya petugas akan menuliskan pada formulir ringkasan masuk dan keluar. Petugas juga dibantu dengan program aplikasi pengodean yang ada pada komputer karena pengodeannya terkomputerisasi. Tetapi tidak adanya program *database* yang lengkap pada komputer. Dengan demikian jika ada kode yang tidak muncul dalam program *database* petugas pengodean mencari kode secara manual.

Hal ini juga ditinjau dari wawancara terkait pengodean diagnosis *Diabetes Mellitus* oleh petugas pengodean di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang bahwa masih jarang menggunakan ICD-10 volume 1 dan 2. Hal ini ditegaskan dari pernyataan dibawah ini:

“...kalo mengode....kita buka ICD-10 volume 1, volume 3 pasti volume 1, itu kalo kurang jelas aja yaa, tapi itu kalo udah tahu.. sudah kita enggak *check* ke volume 3 volume 1....”(Responden A)

“...kalo mengode aku tetap lihat ICD jadi enggak dari komputer langsung ditulis diberkas, cuma ada beberapa kasus yang emang sudah hafal yaa tinggal lihat aja di komputer terus tulis kodenya di berkas rekam medis....”(Responden B)

Maksud pernyataan dari Responden A dan Responden B menunjukkan bahwa untuk pengodean petugas menggunakan ICD-10 jika ditemukan kasus baru yang masih ragu untuk kodenya, untuk mengecek tepat atau tidaknya kode maka perlu menggunakan ICD-10 volume 3 dan volume 1 dan berdasarkan aturan ICD-10 volume 2.

Pengodean dilakukan secara elektronik jadi saat petugas mengetikkan diagnosis, secara otomatis sudah langsung muncul kode diagnosisnya. Disisi



lain program aplikasi pada komputer ada beberapa item-item yang masih samar-samar atau kurang jelas dengan alasan program aplikasi belum di *update*. Hal ini juga dijelaskan dari pernyataan dibawah ini:

“....SIMRS disini belum *terupdate* sama ICD elektroniknya juga belum *update* masih ICD jaman dulu yang versi lama (2004)....”(Responden B)

Maksud dari pernyataan Responden B adalah program aplikasi masih dengan versi yang lama (2004) sehingga hal ini jelas menghambat petugas.

**b. Persentase Ketidaktepatan Kasus *Diabetes Mellitus* Pada Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang**

Penelitian ini dilakukan pada bulan September tahun 2018 di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang terkait Pengodean diagnosis kasus *Diabetes Mellitus* pasien rawat inap tahun 2017 sebanyak 80 berkas rekam medis. Pada penelitian ini, peneliti mengambil sampel sebanyak 80 dokumen rekam medis rawat inap dengan diagnosis kasus *Diabetes Mellitus* bulan Januari sampai dengan bulan Desember pada periode tahun 2017. Studi dokumen yang dilakukan peneliti adalah dengan mencatat nomor rekam medis, diagnosis penyakit dan kode pada diagnosis tersebut. Kemudian peneliti mengambil data dari dokumen rekam medis rawat inap berupa diagnosis utama dan kode diagnosis pada lembar ringkasan masuk keluar (RM 1), *resume* keluar serta melihat catatan penunjang diagnosis seperti hasil pemeriksaan, penunjang lab, dan CPPT.

Untuk mengetahui tingkat persentase ketidaktepatan kode diagnosis kasus *Diabetes Mellitus* pasien rawat inap dengan buku pedoman ICD-10, peneliti membandingkan hasil kode yang ada pada lembar ringkasan masuk dan keluar (RM 1) atau *resume* keluar dengan melakukan validitas oleh pakar *coding* yang mengoreksi hasil kode peneliti dan akan dilakukan analisis.

Untuk hasil analisis ketidaktepatan kode diagnosis ditunjukkan pada tabel sebagai berikut :

Tabel 4.1 Analisis Rincian Ketidaktepatan Kode Diagnosis Kasus *Diabetes Mellitus* di Rumah Sakit dr. Soedjono Magelang

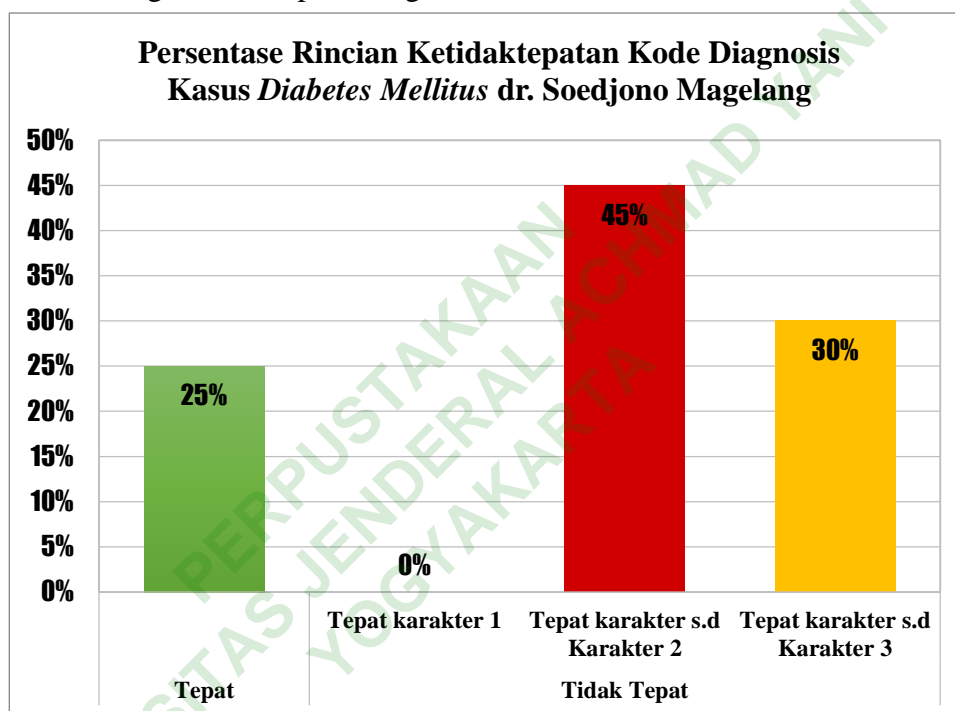
No.	Kategori	Jumlah	%
1.	Tepat	20	25%
	Tepat karakter 1	0	0%
2.	Tidak Tepat		
	Tepat karakter s.d Karakter 2	36	45%
	Tepat karakter s.d Karakter 3	24	30%
<b>Total</b>		<b>80</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan Tabel 4.1 diatas dan observasi *coding*, ketidaktepatan pengodean diagnosis kasus *Diabetes Mellitus* di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang dari 80 berkas rekam medis pada periode tahun 2017 yaitu masih terdapat kode yang tidak tepat. Dari hasil analisis kode yang tepat sampai karakter keempat sejumlah 20 (25%), kemudian untuk ketidaktepatannya berdasarkan tiap-tiap karakter, maka dapat diperoleh hasil pengodean 0 (0%) kode tidak tepat karakter pertama, 36 (45%) kode tidak tepat s.d karakter kedua, 24 (30%) kode tidak tepat s.d karakter ketiga.

Pada penggunaan kode tambahan Dagger dan Asterisk, dengan rincian hasil analisis diketahui bahwa dari 80 berkas rekam medis ada 9 berkas rekam medis yang menggunakan Dagger dan Asterisk, dari hasil tersebut diketahui bahwa ada 3 kode yang benar-benar tepat dari karakter pertama sampai dengan karakter keempat serta penggunaan dagger dan asterisk. Sedangkan untuk penggunaan Dagger dan Asterisk yang tidak tepat ada 6 kode.

Kode yang tidak perlu pada kategori tepat sejumlah 79 karena tidak menuliskan kode yang sama atau kode yang tidak menunjang diagnosis tersebut. Kemudian penggunaan kode yang tidak perlu diketahui bahwa pada hasil analisis ada 1 kode yang penulisannya yaitu dalam satu diagnosis ada 2 kode yang sama.

Lebih jelasnya, hasil analisis ketidaktepatan kode diagnosis *Diabetes Mellitus* digambarkan pada diagram dibawah ini :



Gambar 4.2 Persentase Rincian Ketidaktepatan Kode Diagnosis Kasus *Diabetes Mellitus* dr. Soedjono Magelang

Dari hasil (gambar 4.2) diketahui bahwa pengodean pada kasus *diabetes mellitus* belum mencapai ketepatan kode diagnosis sampai 100%, dari rincian analisis diatas ketepatan kode diagnosis *diabetes mellitus* hanya mencapai 25% dan ketidaktepatan kodenya didapat dari hasil rincian tiap-tiap karakternya, diketahui bahwa ketepatan kode yang benar berdasarkan ICD-10 mulai dari karakter pertama sampai dengan karakter keempat, dengan begitu pada diagram diatas menunjukkan angka ketidaktepatan kode belum seluruhnya tepat sampai karakter keempat hanya saja penulisan kode di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang masih banyak

penulisan kode diagnosis *diabetes mellitus* hanya sampai karakter kedua dan ketiga saja.

**c. Faktor Penyebab Ketidaktepatan Pengodean Diagnosis Kasus *Diabetes Mellitus* Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang**

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh penyebab ketidaktepatan pengodean dengan kasus *Diabetes Mellitus* di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang yaitu :

a) Dokter

Berdasarkan hasil wawancara dengan Responden A dan Responden B serta dilakukannya observasi pada berkas rekam medis ketepatan dan ketidaktepatan pengodean dipengaruhi oleh tulisan dokter terkait diagnosis pasien. Sering ditemukannya tulisan dokter yang kurang jelas dan susah dibaca oleh petugas pengodean sehingga menghambat pelaksanaan pengodean dimana petugas kesulitan untuk menentukan kode dengan tepat. Peneliti melakukan penelaahan kasus dengan menggunakan subjek 3 orang sebagai responden. Hal ini juga dijelaskan dari pernyataan dibawah ini:

“...kalo dokternya penyakit dalam yang kemarin itu beda, kalo yang ini sekarang malah enggak jelas, jadi nulis *diabetes mellitus* 2 NO, jadi kita enggak tahu maksudnya nomer 2 atau NO itu maksudnya NO itu tidak atau tipe 2 seperti itu....”(Responden A)

“....dokter itu.. terutama khususnya dokter penyakit dalam disini kalo nulis suka menambahkan diagnosis yang tidak menunjang diagnosis tersebut gitu....”(Responden B)

Dalam pernyataan Responden A dan Responden B menunjukkan bahwa penulisan dokter kurang jelas seperti pernyataan responden tentang penulisan *Diabetes Mellitus* 2 NO (DM2NO) hal ini petugas masih kurang jelas apakah maksud dari dokter tersebut bahwa penulisan DM2NO tersebut masuk dalam kategori DM tipe 2 atau DM bukan tipe 2, kemudian masih ditemukannya diagnosis yang tidak menunjang pada

diagnosis tersebut sehingga petugas pengodean sering merasa ragu untuk menuliskan kode diagnosis tersebut karena jika ada penulisan yang kurang jelas maka harus di konfirmasi ke bagian lain atau ke dokter tersebut sehingga petugas memerlukan waktu yang banyak.

Dari pernyataan Responden A dan Responden B, serta Triangulasi masih adanya penulisan dokter yang tidak lengkap dan kurang jelas. Hal ini juga ditinjau dari pernyataan dibawah ini:

“...kalo tentang kode diagnosis memang kita untuk dokter tidak ada materi seperti itu, hanya ada pelatihan bagaimana diagnosa itu dilakukan.. jadi untuk dokter hanya menulis diagnosa saja nanti untuk *coding* urusannya rekam medis.. untuk penulisan yang tidak lengkap.. yaa banyak, tapi waktu praktek dilapangan saya ada keterbatasan waktu juga, *response time* nya kita perhatikan....”(Responden C)

Dalam pernyataan Responden C menunjukkan bahwa materi tentang penulisan diagnosis ada tapi tentang penulisan yang sesuai dengan terminologi medis terkait kodefikasi memang tidak ada, selain itu penulisan diagnosis banyak yang disingkat dengan alasan dokter yang praktek dilapangan mengalami keterbatasan waktu.

#### b) Petugas Pengodean

Pelaksanaan pengodean diagnosis pasien rawat inap kasus *Diabetes Mellitus* di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr Soedjono Magelang dilakukan oleh 2 (dua) petugas pengodean yang berlatar belakang D-3 rekam medis dan non D-3 rekam medis. Hal ini juga dijelaskan dari pernyataan dibawah ini:

“....aku KesMas (Kesehatan Masyarakat) cuma konsentrasinya sih RM....”(Responden A)

Dalam pernyataan dari Responden A menunjukkan bahwa petugas pengodean masih ada yang dari non D-3 Rekam Medis. Proses pelaksanaan pengodean diagnosis kasus *Diabetes Mellitus* dilakukan dengan melihat diagnosis yang ditulis dokter di lembar ringkasan masuk dan keluar pasien (RM 1) dan lembar *resume* keluar pasien saja,

kemudian untuk melihat catatan lain seperti pada lembar hasil pemeriksaan, *check* laboratorium, maupun catatan perkembangan pasien masih jarang dilakukan, dengan demikian diagnosis *Diabetes Mellitus* yang diketahui belum lengkap, bahwa diketahui dengan melihat hasil pemeriksaan penunjang berupa injeksi intravena atau pemberian insulin pada pasien atau tidak adanya pemberian insulin dapat menjadi alasan pasien tersebut memang masuk dalam kategori pasien *Diabetes Mellitus*. Hal ini juga dijelaskan dari pernyataan dibawah ini:

“...kalo disini ngodingnya terbiasa dengan penulisan dokternya aja, kalo DM berarti tipe 1 yaa IDDM...”(Responden A)

“...kalo aku ngodingnya cuma lihat *resume* keluar soalnya itu kan buat klaim, jadi dokter juga lebih memperhatikan tulisannya disitu (*resume* keluar)...”(Responden B)

Dalam pernyataan dari Responden A dan Responden B menunjukkan bahwa pelaksanaan pengodean kasus *Diabetes Mellitus* hanya melihat lembar Ringkasan Masuk dan Keluar pasien (RM 1) dan *resume* medis, untuk melihat hasil catatan penunjang diagnosis masih jarang dilakukan.

#### c) Aplikasi SIMRS

Pengodean diagnosis kasus *Diabetes Mellitus* menggunakan komputerisasi dengan database program pengodean diagnosis berstandar ICD-10 kemudian kode yang dihasilkan di program tersebut selain di input di komputer kemudian akan ditulis pada lembar ringkasan masuk dan keluar pasien (RM 1) pada kolom pengisian kode diagnosis.

Pengodean dilakukan dengan komputerisasi dan petugas pengodean terkadang juga akan menggunakan buku ICD-10 karena dalam sistem aplikasi ICD-10 elektroniknya belum di *update*. Hal ini juga dijelaskan dari pernyataan dibawah ini:

“...kalo disini ini ada kendalanya, SIMRS nya *error*, jadi kalo ada pembaruan program di SIMRS itu kita harus memperbaruinya secara manual.. kan ICD tiap waktu ada revisi.. kalo di ICD elektronik kan kita

tinggal *install* yang baru, kalo di SIMRS itu enggak otomatis, jadi kita perbarui sendiri....”(Responden A)

“....aku sih terkendalanya ICD yang disini .. (di komputer) belum diupdate seperti di SIMRS itu ada beberapa diagnosa yang cuma di bagian tertentu enggak ada di ICD nya sini.. jadi enggak spesifik, kalo SIMRS data diagnosa yang di SIMRS enggak lengkap jadi harus *check* ke berkas rekam medis nya....”(Responden B)

Dalam pernyataan dari Responden A dan B menunjukkan bahwa petugas masih kesulitan dan belum maksimal dalam pelaksanaan pengodean karena terkendalanya pada sistem database program ICD elektroniknya dan SIMRS pada komputer untuk proses pengodeannya belum di *update*, kemudian ketika ada pembaruan atau revisi pada sistemnya petugas harus memperbarui secara manual. Hal ini menghambat proses pelaksanaan pengodean dikarenakan petugas juga menggunakan buku ICD-10 dengan demikian petugas harus kerja 2 (dua) kali.

d) Standar Operasional Prosedur (SOP)

Setiap unit kerja mempunyai Standar Operasional Prosedur (SOP) yang akan dijadikan landasan untuk bekerja. Dari hasil penelitian di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr.Soedjono Magelang sudah ada Standar Operasional Prosedur (SOP) yang mengatur tentang penentuan kode diagnosis. Hal ini juga dijelaskan dari pernyataan dibawah ini:

“....sudah.. dari awal pas masuk rumah sakit sudah di kasih tahu tentang sop kerjanya, tapi nanti kalo ada perubahan itu cuma di kasih tahu garis besarnya saja....”(Responden B)

Dari pernyataan Responden B menunjukkan bahwa di Rumah Sakit TK.II dr. Soedjono Magelang sudah ada Standar Operasional Prosedur (SOP) mengenai tata cara pengodean diagnosis. Di dalam SOP ada beberapa tata cara pelaksanaan pengodean tetapi belum dijelaskan secara rinci jika ada perubahan dalam SOP.

## B. Pembahasan

### 1. Pelaksanaan Pengodean Kasus *Diabetes Mellitus* Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang

Menurut Hatta (2013), proses pengodean dalam buku pedoman ICD-10 volume 2 dilakukan dengan menggunakan ICD-10 volume 3 dan menggunakan ICD-10 volume 1 untuk mengecek kebenaran kode dengan memperhatikan penggunaan tanda baca dan catatan yang harus dijalankan berdasarkan aturan tertulis di volume 1 untuk menghasilkan kode yang tepat dan akurat. Sedangkan pelaksanaan pengodean diagnosis kasus *diabetes mellitus* di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang berdasarkan hasil observasi dan wawancara masih jarang untuk *check* kembali pada buku ICD-10 volume 3 dan volume 1.

Penggunaan buku ICD-10 tidak dilakukan secara maksimal dikarenakan pengodean telah dilakukan secara komputerisasi dengan petugas menyetikan diagnosis yang ada di formulir ringkasan masuk dan keluar pada program aplikasi dan secara otomatis akan muncul kode penyakit dan petugas menuliskan kode diagnosis yang ada di program aplikasi pada formulir ringkasan masuk dan keluar di kolom kode penyakit. Menurut petugas dalam proses pengodean masih jarang memakai buku ICD-10 volume 3 dan volume 1 dikarenakan dapat menghemat waktu dalam pengerjaan dengan memakai program aplikasi.

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas pengodean dan triangulasi bahwa program aplikasi pengodean terkait SIMRS yang belum *terupdate* dan ICD elektronik yang digunakan petugas pengodean di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang masih dengan versi yang lama yaitu tahun 2004. Kurangnya item-item pada database program aplikasi di komputer beresiko pada petugas yang kesulitan untuk mencari bagian-bagian kode diagnosis yang lebih spesifik karena alasan program aplikasinya masih dengan versi yang lama. Tetapi apabila ditemukannya kasus baru yang masih samar-samar atau kurang jelas yang belum terdapat kode di dalam program aplikasi petugas tetap menggunakan buku ICD-10 dengan menggunakan volume 3 dan



volume 1 untuk mencari kode penyakit dan menginputkan pada program aplikasi.

Terkait aturan dan tata cara yang kurang maksimal dalam menggunakan buku pedoman ICD-10 volume 3 dan volume 1 untuk mencari kode diagnosis yang akan ditulis. Hal ini bertentangan dengan aturan dan tata cara pengodean diagnosis yang terdapat pada buku pedoman ICD-10 volume 2 tentang aturan dan tata cara menggunakan buku ICD-10 volume 3 dan volume 1. Di dalam ICD-10 volume 2 (2010) bahwa dijelaskan untuk mendapatkan hasil kode diagnosis yang akurat setelah menemukan kode diagnosis pada ICD-10 volume 3 kemudian dicocokkan dengan hasil kode yang terdapat pada ICD-10 volume 3. Hal tersebut dilakukan guna mengurangi kesalahandan ketidaktepatan dalam menentukan kode diagnosis.

## **2. Persentase Ketidaktepatan Kasus *Diabetes Mellitus* Pada Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang**

Berdasarkan hasil analisis terhadap ketidaktepatan kode diagnosis kasus *diabetes mellitus* di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang bulan Januari sampai dengan Desember periode tahun 2017 (lihat tabel 4.1), dapat dilihat bahwa persentase ketidaktepatan kode diagnosis kasus *diabetes mellitus* menunjukkan tingkat yang cukup tinggi. Persentase pada hasil analisis ketidaktepatan kode diagnosis kasus *diabetes mellitus* dengan kategori tepat yaitu ada (25%) dengan jumlah 20 dari 80 berkas rekam medis. Sedangkan untuk kategori kode tidak tepat s.d karakter keempat menunjukkan angka yang tinggi yaitu (75%) dengan jumlah 60 dari 80 berkas rekam medis. Hasil analisis persentase ketidaktepatan kode diagnosis kasus *diabetes mellitus* ditinjau dari kategori tidak tepat s.d karakter ketiga yang menunjukkan angka yang cukup tinggi yaitu (70%) dengan jumlah 24 dari 80 berkas rekam medis.

Kemudian persentase ketidaktepatan kode diagnosis kasus *diabetes mellitus* dengan kategori tidak tepat s.d karakter kedua yaitu (45%) dengan jumlah 36 dari 80 berkas rekam medis. Dengan kata lain dari 80 berkas rekam medis rawat inap yang digunakan sebagai sampel terdapat 20 berkas rekam

medis yang hasil kodenya tepat s.d karakter keempat. Sedangkan terdapat 24 berkas rekam medis yang hasil kodenya tidak tepat s.d karakter ketiga, dan terdapat 36 berkas rekam medis yang hasil kodenya tidak tepat s.d karakter kedua. Untuk kode tambahan Dagger dan Asterisk diketahui bahwa dari 80 ada 9 berkas menggunakan Dagger dan Asterisk tetapi hanya ada 3 berkas yang benar dalam penulisan dari karakter pertama sampai dengan karakter keempat serta kode dagger asterisk nya. Kemudian sisanya ada 6 berkas yang tidak tepat dalam penulisan dagger asterisk nya. Sedangkan untuk kode tidak perlu dari 80 berkas hanya ditemukan 1 kode yang tidak perlu dalam penulisan kode diabetes mellitus, dikarenakan penulisan satu diagnosis *diabetes mellitus* ditulis dengan 2 kode yang sama.

Pada (tabel 4.1) dapat dilihat bahwa kategori ketepatan kode diagnosis tidak semuanya tepat s.d karakter 4. Jika spesifikasinya kode pada ICD-10 mencantumkan kategori sampai dengan karakter keempat, maka penentuan kode harus tepat sampai karakter terakhir. Hal ini mengacu dengan teori WHO (2010), bahwa sub kategori karakter 4 digunakan paling tepat untuk identifikasi, misalnya variasi tempat yang berbeda pada kategori 3 karakter untuk penyakit tunggal, atau penyakit yang berdiri sendiri pada kategori 3 karakter untuk grup kondisi. Dengan hasil kategori kode tidak tepat s.d karakter keempat dijelaskan bahwa untuk kode yang tepat sejumlah 20 berkas rekam medis dan untuk kode yang tidak tepat sejumlah 60 berkas rekam medis, ditinjau dari ketidaktepatan kode pada karakter ke 2 dan ke 3. Hal ini diketahui bahwa kode tepat karakter pertama, kode tepat karakter s.d kedua, kode tepat karakter s.d ketiga, dikatakan tidak tepat karena selain pengodean yang tidak sampai dengan sub kategori keempat dinyatakan tidak tepat.

Ketidaktepatan kode diagnosis kasus *diabetes mellitus* di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang belum seluruhnya dilakukan secara maksimal ditinjau dari hasil analisis antara peneliti dan pakar *coding*. Hal ini bertentangan dengan teori menurut (Hatta, 2013) mengenai kualitas data terkode merupakan hal yang penting bagi kalangan tenaga personel

Manajemen Informasi Kesehatan, fasilitas asuhan kesehatan, dan para profesional Manajemen Informasi Kesehatan.

Pengodean memiliki fungsi yang sangat penting dalam pelayanan manajemen informasi kesehatan. Data data klinis yang terkode dibutuhkan untuk mendapatkan kembali informasi atas perawatan pasien, penelitian, perbaikan, pelaksanaan, perencanaan dan fasilitas manajemen dan untuk menentukan biaya perawatan kepada penyedia pelayanan kesehatan (Abdelhak, 2001)

### **3. Faktor Penyebab Ketidaktepatan Pengodean Diagnosis Kasus *Diabetes Mellitus* Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang**

#### **a. Dokter**

Menurut Permenkes Nomor 269 tahun 2008 pasal 5 ayat (1) bahwa setiap dokter atau dokter gigi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan wajib membuat rekam medis, ayat (2) disebutkan bahwa rekam medis yang disebutkan dalam ayat (1) harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan. Selain itu dalam ayat (3) juga disebutkan pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien, sedangkan berdasarkan hasil observasi dan wawancara diketahui bahwa dokter yang mengisi diagnosis pada dokumen rekam medis masih mengisi keterangan diagnosis yang disingkat-singkat tidak berdasarkan aturan terminologi medis dengan alasan dokter ada keterbatasan waktu untuk mengisi suatu diagnosis yang lengkap pada dokumen rekam medis. Hal ini berpengaruh pada kualitas kode yang dihasilkan dimana seharusnya kode yang dihasilkan haruslah tepat dan lengkap.

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas pengodean dan triangulasi bahwa petugas pengodean kesulitan untuk membaca tulisan dokter dengan alasan penulisan DM2NO tidak jelas apakah penulisan itu menunjukkan DM tipe 2 atau bukan tipe 2, selain itu penulisan dokter spesialis penyakit dalam sering menuliskan diagnosa tambahan yang tidak

menunjang diagnosis tersebut. Hal ini juga dilandasi oleh pernyataan triangulasi yang menyebutkan bahwa, jika ada konfirmasi diagnosis DM yang kurang jelas ke dokter, dokter sudah lupa diagnosis DM pada pasien yang mana, dengan demikian petugas pengodean akan menuliskan apa yang ditulis dokter, dimana penulisan DM yang tidak diketahui akan langsung ditulis E14.9 dimana kategori tersebut adalah DM *unspecified*.

Sedangkan ditinjau dari pernyataan dokter bahwa materi tentang diagnosis berdasarkan terminologi medis yang lengkap dan tidak disingkat terkait klasifikasi dan kodefikasi belum pernah mendapatkan, hanya saja ada pelatihan-pelatihan tertentu. Hal ini juga akan berpengaruh, disisi lain dokter beralasan ada keterbatasan waktu di praktek lapangan, sehingga dokter tersebut hanya menuliskan diagnosis yang singkat-singkat. Sehingga dalam hal ini dokter mempunyai kewajiban untuk menuliskan diagnosis secara lengkap pada berkas rekam medis pasien.

b. Petugas Pengodean

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas pengodean di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr.Soedjono Magelang dalam pengodean rekam medis rawat inap di lakukan oleh 2 *coder* yang berlatar belakang pendidikan D3 rekam medis dan non D3 rekam medis karena keterbatasan rumah sakit mengenai sumber daya manusia yang berlatar belakang D3 rekam medis, tetapi di rumah sakit sudah ada kebijakan bahwa petugas *coder* yang berlatar belakang non D3 rekam medis bisa melaksanakan tugas dengan syarat mengikuti pelatihan. Hal ini tidak sejalan dengan Permenkes Nomor 55 Tahun 2013 tentang penyelenggaraan Pekerjaan Rekam medis bahwa syarat minimal petugas harus berlatar belakang D3 rekam medis.

Sedangkan untuk menentukan kode diagnosis tersebut, petugas pengodean masih jarang untuk melihat hasil pemeriksaan penunjang atau *check* laboratorium, dari pengakuan responden diketahui bahwa penulisan kode berdasarkan apa yang ditulis dokter di *resume* keluar saja dengan alasan bahwa penulisan diagnosis yang ditulis dokter hanya DM saja dan dicari-cari tidak ditemukan laporan penunjang diagnosis tersebut apakah

dihasil pemeriksaan dikatakan tipe 2 atau tipe 1, maka petugas pengodean otomatis akan menuliskan kode E14.9 yaitu DM *unspecified*. Hal ini berkaitan dengan konfirmasi yang dilakukan petugas pengodean ke dokter jarang dilakukan. Hal ini petugas tidak memperhatikan suatu keterangan dan catatan pribadi tentang pasien, bahwa hal tersebut sebagai sumber data pada bagian pengolahan rekam medis, bahwa informasi tersebut harus akurat untuk menentukan langkah-langkah strategis dalam pelayanan kesehatan diantaranya data medis meliputi hasil pemeriksaan dan diagnosis.

Untuk meningkatkan pemahaman dapat dilakukan dengan mengikuti pelatihan dan seminar. Berdasar hasil wawancara dengan petugas pengodean selama ini petugas pengodean hanya mengikuti satu atau dua kali terkait pelatihan seminar. Padahal berdasar Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, pelatihan di bidang kesehatan diarahkan untuk meningkatkan keterampilan atau penguasaan pengetahuan di bidang teknis kesehatan.

c. Aplikasi SIMRS

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi dengan responden dan triangulasi di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang diketahui bahwa aplikasi SIMRS yang digunakan petugas pengodean Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang telah berbasis komputerisasi. Dengan demikian petugas dapat dengan mudah dan cepat melakukan pekerjaan pengodean dengan cara menginput diagnosis dan secara otomatis kode diagnosis akan muncul. Akan tetapi kode yang ada di program aplikasi belum seluruhnya tepat dan lengkap dikarenakan versi dari program aplikasi tersebut masih dengan versi yang lama, ditinjau dari pengakuan petugas pengodean bahwa sering terjadi *error system* dan tidak diupdatenya suatu program aplikasi ICD elektroniknya dan SIMRS, sehingga petugas harus memperbarui manual dan diharuskan *check* pada berkas rekam medis jika tidak ditemukan harus *check* lagi pada volume 3 dan volume 1, maka petugas pengodean sering mengikuti kode tersebut yang sudah ada di program aplikasi. Hal ini menyebabkan masih banyak ketidaktepatan dan

ketidaklengkapan kode diagnosis khususnya pada diagnosis *diabetes mellitus*.

Berdasarkan obesrvasi peneliti terkait program aplikasi pada komputer bahwa program aplikasinya belum ter-*update* masih dengan versi yang lama (2004) bahkan petugas sering mengikuti kode pada program aplikasi tersebut. Hal ini senada dengan teori faktor-faktor yang menyebabkan kesalahan pengodean menurut (Bowman, 1992) meliputi; kegagalan peninjauan seluruh catatan, pemilihan diagnosis utama yang salah, pemilihan kode yang salah, mengode diagnosis atau prosedur yang salah oleh karena isi catatan, dan kesalahan didalam memasukkan kode ke dalam *database* atau pada tagihan. Sehingga harus segera dilakukan *update* pada program aplikasi baik ICD elektroniknya maupun SIMRS.

d. Standar Operasional Prosedur (SOP)

Dalam melaksanakan suatu kegiatan haruslah memiliki SOP atau pedoman yang berisi prosedur-prosedur atau langkah-langkah untuk menjalankan tugasnya. Menurut (Tambunan, 2008) Standar Prosedur Operasional adalah pedoman yang berisi prosedur-prosedur operasional standar yang ada dalam suatu organisasi yang digunakan untuk memaastikan bahwa setiap keputusan, langkah-langkah atau tindakan, dan penggunaan fasilitas pemrosesan dilaksanakan oleh orang-orang di dalam suatu organisasi, telah berjalan efektif, konsisten standar, dan sistematis, sedangkan berdasarkan hasil wawancara dan observasi SOP pengodean pasien rawat inap di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang sudah ada akan tetapi masih belum dijelaskan secara rinci dan jelas untuk pengodeannya hanya diberitahu garis besarnya saja.

Berdasarkan observasi peneliti tentang SOP dan dilandasi oleh pengakuan triangulasi dikethui bahwa SOP yang ada belum di revisi akan tetapi setiap ada pergantian di revisi atau tidak direvisi akan dilakukan, dengan maksud bahwa SOP yang ada keluaran yaitu tahun 2015 hanya saja nanti di ganti tahun keluarannya. Hal ini mempengaruhi tata cara yang dilakukan petugas pengodean. Disisi lain dilihat dari aspek pelaksanaan

bahwa *methode* pengodean yang dilakukan petugas ketika berkas datang petugas kemudian memberi kode penyakit untuk diagnosis yang ditulis dokter menggunakan ICD-10 revisi 2004, terkadang petugas menggunakan ICD-10 volume 3 tanpa melihat ICD-10 volume 1, petugas memberikan kode tindakan menggunakan buku ICD-9 CM 2010 kemudian petugas menuliskan kode pada kolom di formulir ringkasan masuk dan keluar pasien, lalu petugas meng-*entry* kode dalam *database* SIMRS. Hal ini bertentangan dengan SPO/MKI/IV/2017 tentang pemberian kode penyakit dan kode tindakan di Rumah Sakit TK.II 04.05.01 dr.Soedjono Magelang yakni pengodean penyakit menggunakan buku ICD-10 revisi ke 10 dan menggunakan ICD-10 Volume 1, 2, dan 3.

### C. Keterbatasan

Penelitian ini memiliki berbagai keterbatasan yang mengakibatkan hasilnya belum sesuai yang diharapkan. Keterbatasan dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Ada kemungkinan responden menjawab kurang jujur sehingga hasil penelitian bisa menjadi bias.