

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum RSUD Queen Latifa Yogyakarta**

##### **1. Sejarah Singkat RSUD Queen Latifa Yogyakarta**

Sejarah Rumah Sakit Queen Laifa Yogyakarta berawal dari Balai Pengobatan dan Rumah Bersalin(BPRB) Queen Latifa yang dirintis oleh Bpk. Syaifudin dan Ibu Siti Purwanti pada tahun 2001, disertai dengan perkembangan kawasan Ring Road Barat meliputi kawasan perumahan dan perusahaan meningkatkan kebutuhan masyarakat akan layanan kesehatan, ditambah pada tahun 2003 Ibu Siti Purwanti mendapat prestasi sebagai Bidan Praktek Swasta terbaik II Se-Provinsi DIY meningkatkan kepercayaan masyarakat dan kebutuhan pelayanan kesehatan sehingga akhirnya BPRB meningkatkan kualitas pelayanan hingga akhirnya pada tanggal 31 Desember 2009 Ijin Operasional RSUD Queen Latifa diterbitkan dari Dinas Kesehatan diresmikan oleh Bupati Sleman.

Rumah Sakit Umum Queen Latifa merupakan salah satu Rumah Sakit Umum milik swasta atau lainnya kota Yogyakarta yang berbentuk Rumah Sakit Umum , dinaungi oleh PT Queen Latifa Husa perusahaan dan tercatat kealam Rumah Sakit Umum tipe D. Rumah Sakit Umum ini telah terdaftar sejak 01/07/2015 dengan nomor surat ijin 30/12/2014 dari Pemerintah Kabupaten Sleman dengan sifat perpanjangan, dan berlaku sampai 5 tahun. Setelah melaksanakan metode akreditasi RS seluruh Indonesia dengan proses pentahapan I (5 Pelayanan) akhirnya ditetapkan status tingkat utama akreditasi Rumah Sakit. Rumah Sakit Umum ini berlokasi di Jl. Ring Road Barat Mlangi Nogotirto Sleman, kota Yogyakarta, Indonesia.

- a. Visi, Misi dan Motto Rumah Sakit Queen Latifa Yogyakarta
- 1) Visi Rumah Sakit Queen Latifa Yogyakarta  
Visi Rumah Sakit Queen Latifa Yogyakarta adalah menjadi Rumah Sakit tipe C terbaik di Yogyakarta pada tahun 2015 dan disukai pelanggan.
- b. Misi Rumah Sakit Queen Latifa Yogyakarta
- 1) Memberikan Pelayanan Kesehatan secara professional, berkualitas, dan terpercaya dengan prinsip *Continuos improvement*.
  - 2) Menyelenggarakan Rumah Sakit yang dapat menjadi tempat pendidikan dan rujukan pelayanan dibawahnya.
  - 3) Merealisasikan Rumah Sakit Unggulan
  - 4) Melaksanakan pelayanan yang bersifat kekeluargaan dan bertanggungjawab, sehingga disukai pelanggan
  - 5) *BENCHMARK* Rumah Sakit yang lain yang lebih baik dan berprestasi.
- c. Motto Rumah Sakit Queen Latifa Yogyakarta  
Motto Rumah Sakit Queen Latifa Yogyakarta adalah untuk memudahkan seluruh anggota Rumah Sakit Umum Queen Latifa dalam melaksanakan misi sehingga bisa meraih visi, maka diluncurkan motto yaitu bahwa Rumah Sakit Umum Queen Latifa adalah “RUMAH SAKIT KELUARGA YANG TERPERCAYA”.
- d. Jumlah kunjungan pasien rawat inap bulan Juni-Agustus  
Jumlah kunjungan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Queen Latifa Yogyakarta selama bulan Juni, Juli, Agustus yaitu:

**Tabel 4.1 Jumlah kunjungan pasien rawat inap**

No	Bulan	Jumlah kunjungan pasien rawat inap
1	Juni	239
2	Juli	277
3	Agustus	245

*Sumber: Hasil observasi di RSU Queen Latifa, 2018*

## B. Hasil

### 1. Mengetahui proses pengisian diagnosa, pengolahan dan penyajian data

#### a. Proses pengisian diagnosa

Penulisan diagnosa ini merupakan salah satu proses untuk kegiatan pelaksanaan koding indeks penyakit rawat inap. Penulisan diagnosa pasien rawat inap ditulis diberkas rekam medis pasien. Penulisan diagnosa dilaksanakan oleh dokter dari masing-masing klinik yang bersangkutan. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara dengan responden A dan B:

“ Diisi oleh dokter penanggung jawab pasien dek”

Responden A

“ Yang menulis dokter”

Responden B

Hal ini juga disampaikan oleh kepala rekam medis sebagai triangulasi sumber bahwa pengisian diagnosa memang dilakukan oleh dokter yang bersangkutan merawat pasien.

Setelah ditulis oleh dokter yang bersangkutan, perawat poliklinik menuliskan diagnosa di rekapan sensus harian rawat inap kemudian setelah klinik tutup (sesuai pelayanan) rekapan tersebut diambil oleh bagian rekam medis untuk diproses menjadi suatu informasi. Hal ini sesuai dengan wawancara dengan responden. Berikut kutipan hasil wawancaranya:

“ Perawat yang mengisi diagnosa di rekapan sensus lalu nanti setelah selesai pelayanan petugas rekam medis muter untuk ngambilin sensus di tiap klinik kalo lagi rame kadang kadang kita(perawat). suka lupa tapi ntar langsung ndobel buat besoknya”

Responden A

“ Diagnosa ditulis sama dokter diberkas itu dan perawat menulis diagnosa itu di rekapan sensus karena kita masih manual belum komputerisasi”

Responden B

Hal tersebut diatas juga dibenarkan oleh kepala rekam medis RSUD Queen Latifa. Berikut kutipan hasil wawancaranya:

“Perawat masing-masing klinik yang menulis diagnosa direkapan sensus karena kita masih manual tetapi kalau diberkas yang mengisi dokter”

Responden C

Dan bila perawat menemukan diagnosa yang sulit dibaca ataupun sulit dimengerti, perawat akan segera menanyakan pada dokter yang menangani langsung agar tidak terjadi ketidaksesuaian diagnosis. hal ini sudah sesuai dengan wawancara, berikut kutipan wawancaranya:

“ Saat menulis diagnosa di rekapan gitu ada yang nggak jelas dan tidak terbaca nanti saya Tanya sama dokter penanggung jawab si pasien tadi”

Responden A

Di RSUD Queen Latifa diagnosa yang sudah ditulis oleh dokter di berkas rekam medis pasien yang bersangkutan dan yang sudah dibuat menjadi sensus harian rawat inap yang isinya meliputi nomor rm, nama pasien, kelas, diagnosa. Pasien ranap yang dibedakan menjadi pasien masuk ranap, pindahan unit lain, dipindahkan dan keluar.kemudian setelah sampai ke bagian rekam medis baik itu diantar oleh perawat ataupun diambil langsung oleh petugas rekam medis.Penginputan kode penyakit pasien rawat inap dilakukan oleh petugas rekam medis, hal ini sesuai dengan hasil kutipan wawancara dengan responden A dan C.. berikut hasil kutipan wawancaranya:

“Yang ngoding nanti dari tim petugas rekam medis”

Responden A

“Ngoding bagian kita dek(rekam medis) itupun kita ngodingnya kalo lagi gak rame dan kalo ada waktu kita nyempet-nyempetin buat ngoding”

Responden C

Hal tersebut juga dibenarkan oleh kepala unit rekam medis (triangulasi sumber) bahwa pengkodean penyakit dilaksanakan oleh petugas rekam medis. Berikut hasil kutipan wawancaranya:

“Rekam medis bagian koding yang ngode”

Responden D

Apabila ada diagnosa yang kurang jelas (tidak terbaca) dan apabila terdapat singkatan yang kurang umum maka petugas koding akan langsung menanyakan kepada dokter yang bersangkutan untuk kejelasan diagnosanya.

b. Pengolahan dan penyajian data

Berdasarkan hasil wawancara, proses pengolahan data untuk menjadi sebuah informasi khususnya morbiditas rawat inap adalah sebagai berikut:

1) *Coding*

Berdasarkan hasil observasi di RSUD Queen Latifa, kegiatan pengkodean masih manual yang dilakukan oleh petugas koding di bagian rekam medis. Pelaksanaan kegiatan koding dilakukan dengan cara mengecek penulisan diagnosis pada lembar resume. Apabila diagnosis kurang terbaca maka petugas mengkonfirmasi ke dokter yang bersangkutan kemudian petugas mencari kode diagnosis menggunakan ICD 10 volume 3. Kemudian bila kode sudah didapatkan tulis kode tersebut di lembar resume medis.

Dalam pelaksanaannya, di RSUD Queen Latifa sudah terdapat prosedur tetap tentang kegiatan pengkodean (*Coding*). Hal ini dibuktikan dengan hasil observasi terkait kegiatan pengkodean (*Coding*) penyakit pasien rawat inap:

**Tabel 4.2 Hasil Observasi**

Hasil pengamatan	Ya	Tidak
Terdapat prosedur tetap mengenai koding morbiditas	√	

*Sumber: Hasil observasi di RS Queen Latifa, 2018*

## 2) *Indexing*

Berdasarkan hasil wawancara, kegiatan *Indexing* di RSU Queen Latifa masih manual menggunakan buku indeks penyakit dan kegiatan pengindeksan baru mulai berjalan lagi pada bulan september tahun 2018 yang sebelumnya terhenti dari bulan januari 2016, dalam pelaksanaannya di RSU Queen Latifa belum terdapat prosedur tetap tentang Indeks. hal ini sesuai dengan wawancara dengan responden, berikut kutipan wawancaranya:

“Kalo kegunaan indeks penyakit untuk mempermudah pelaporan dek dan untuk indeks kita masih manual karena kita menggunakan buku, kita baru mulai ada indeks lagi ini karena terhentinya sekitaran 1 tahun lebih”

Responden B

Hal ini juga disampaikan oleh kepala rekam medis sebagai triangulasi sumber bahwa kegiatan indeksing penyakit masih manual.

“Kegunaan indeks ya untuk mengetahui jumlah total penyakit yg ada di RS berdasarkan kode ICD-10, kalo disini indeks kita masih pakai buku dek, indeks kita terhenti dari 2016 dek Kalo seperti spo indeks belum ada dek kita baru mau proses”

Responden C

### 3) Pengolahan laporan data yang sudah dikode

Berdasarkan wawancara, salah satu kegiatan pengolahan data yang sudah dikode yaitu pengolahan pelaporan data morbiditas rawat inap . Pengolahan pelaporan data morbiditas rawat inap di RSUD Queen Latifa sudah berbasis komputerisasi dan dilaksanakan oleh petugas rekam medis bagian pelaporan. kegiatan coding dan indexing sudah dilakukan oleh petugas coding. Untuk menampilkan laporan, petugas harus menginputkan periode laporan yang dibutuhkan pada program pelaporan tersebut. Hal ini sesuai dengan wawancara responden pelaporan. Berikut kutipan hasil wawancaranya:

“ tergantung periode nya bisa langsung dientri periodenya”

Responden B

Hal tersebut juga dibenarkan oleh kepala unit rekam medis (triangulasi sumber) bahwa pengolahan tergantung dari penginputan periode. Berikut hasil wawancaranya:

“ Nanti bisa disesuaikan kebutuhannya apa saja”

Responden C

Hasil laporan data morbiditas pasien rawat inap kemudian di ekspor dan kemudian di kirim melalui email sesuai permintaan pihak dinas maupun pihak luar dan diprint sesuai kebutuhan, hal ini sesuai wawancara responden, berikut hasil wawancaranya:

“ Nanti sudah berupa excel, tinggal mau dibikin apanya pokoknya export ke excel dulu lalu dikirim ke dinas melalui email”

Responden C



Pengolahan laporan tersebut di RSUD Queen Latifa sudah menggunakan sim rs. Dalam pelaksanaannya di RSUD Queen Latifa sudah terdapat prosedur tetap terkait pelaporan. Hal ini sesuai dengan hasil observasi langkah-langkah untuk mengentri hasil laporan data keadaan morbiditas pasien rawat inap (RL 4A) pada program simrs adalah sebagai berikut:

1. Buka program SIM RS
2. Pilih modul RM
3. Pilih menu laporan
4. Tentukan periode (tanggal)
5. Pilih laporan external (R L 4A)
6. Pilih tampilkan
7. Setelah muncul export file tersebut ke dalam bentuk excel
8. Simpan di excel

Setelah laporan tersebut diolah menjadi laporan morbiditas rawat inap, kemudian laporan tersebut dikirimkan ke pihak dinas melalui email tetapi sebelumnya diinputkan terlebih dahulu ke program SIRS (Sistem Informasi Rumah Sakit) versi VI

- 4) Penyajian (*output*) laporan data keadaan morbiditas penyakit rawat inap

Penyajian (*output*) merupakan hasil pengolahan laporan data keadaan morbiditas pasien rawat inap.

Berdasarkan hasil wawancara setelah diolah dan dientri pada program Sistem Informasi RS, maka laporan data morbiditas akan tersimpan menjadi penyajian dari hasil pengolahan pada program SIMRS tersebut, yang dapat berupa tabel, atau teks, dengan format file txt dan ms excel. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara dengan responden

berikut kutipan wawancaranya:

“Nanti sudah berupa excel, tinggal mau dibikin apanya pokoknya export ke excel dulu lalu dikirim ke dinas melalui email”

Responden C

2. Mengetahui Faktor penyebab terhentinya pengindeksan penyakit pasien rawat inap

a. Sumber Daya Manusia (*Man*)

Sumber daya manusia merupakan elemen organisasi yang sangat penting. Sumber daya manusia merupakan pilar utama sekaligus penggerak roda organisasi dalam upaya mewujudkan visi dan misi rumah sakit. Adapun pemaparan dari faktor penyebab terhentinya pengindeksan penyakit dilihat dari segi *Man*:

1) Dokter

Sulit membaca/ memahami diagnosis dan singkatan dan ketidaksesuaian dapat mempengaruhi proses dalam pengkodean penyakit. Namun di RS Queen Latifa sudah dapat diatasi dengan upaya petugas rm yang menanyakan langsung kepada dokter yang bersangkutan sehingga pada saat mengkode diagnosa dapat sesuai antara diagnosa yang ditulis dokter dan hasil kode, berikut kutipan wawancaranya:

“diagnosanya yang kurang dipahami, kadang-kadang memakai singkatan yang sulit dipahami juga, biasanya saya langsung tanya ke dokternya”

Responden C

2) Petugas koding morbiditas rawat inap

Berdasarkan hasil wawancara, petugas yang melaksanakan indeks penyakit saat ini adalah petugas koding yang

pekerjaanya merangkap sebagai petugas pelaporan, sensus dan pendaftaran terdapat 2 orang petugas. Melalui hasil wawancara dengan responden. diketahui bahwa masih kurangnya pegawai untuk bagian koding rawat inap dan koding rawat jalan, mengingat banyaknya pasien rawat inap yang berobat. Hal ini sesuai dengan wawancara dengan petugas koding rawat inap

“Ya kemarin cuma nambah satu tenaga SDM aja”

Responden B

### 3) Petugas Pelaporan

Berdasarkan hasil wawancara, petugas yang mengolah laporan-laporan dirumah sakit terdapat 2 orang petugas yang juga bertugas mengkode, sensus dan mendaftari pasien.

Terhentinya proses pengindeksan penyakit pasien rawat inap di RSUD Queen Latifa berakibat pada pengiriman pelaporan dan kelengkapan pelaporan. Hal ini sesuai dengan wawancara dengan petugas pelaporan.

Berikut kutipan wawancaranya:

“Untuk pelaporan kita masih jalan hanya saja pengirimannya terhambat saat indeks terhenti baik pelaporan eksternal dan internal . tapi kita tetap melaporkan karena ada buku register rawat inap yang isinya sama tetapi dengan sistem yang berbeda”

Responden B

Hal tersebut diatas juga dibenarkan oleh kepala unit rekam medis RS Queen Latifa. Berikut kutipan hasil wawancaranya:

“ Kalau untuk pelaporan saat indeks terhenti kita tetap jalan pelaporannya karena kita menggunakan buku register rawat inap yang sistemnya berbeda tetapi isinya sama, pelaporan itu dikirim ke dinas melalui email tiap tanggal 10 menggunakan SIRS online”

Responden C

**b. Machine (Mesin)**

Pengelolaan dan penginputan data terkait koding dan indeks penyakit rawat inap belum terkomputerisasi masih manual.

Tetapi terkait dengan *machines* tidak menjadi hambatan yang mendasar. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara, berikut kutipan wawancaranya:

“kalo kendala di mesin itu tidak ada sih dek, untuk mesin sudah mendukung”

Responden C

**c. Material(sarana/ sumber data)**

Di RSUD Queen Latifa sumber data yang digunakan dalam rangkaian proses kodefikasi indeks penyakit rawat inap adalah berkas rekam medis pasien rawat inap, buku register rawat inap, rekapan sensus pasien rawat inap dari masing-masing klinik. Dan sudah tidak mengalami kendala dalam pengumpulannya. Hal ini sesuai dengan wawancara dengan responden. Berikut kutipan wawancaranya:

“ Sumber data untuk kodefikasi indeks rawat inap ada dek, kalo pengumpulannya dan pengolahannya tidak ada kendala, Cuma terkadang kalau pas lagi sibuk kita lupa mengambil sensus harian rawat inap di bangsal, tapi terus perawatnya biasanya mengantarkan ke RM”

Responden C

**d. Methode( Pedoman, cara/sistem untuk mencapai tujuan)**

Dalam proses pelaksanaannya, Koding morbiditas rawat inap dan rawat jalan sudah terdapat SPO(Standar Prosedur Operasional) RS

Queen Latifa yang sudah disahkan oleh direktur tetapi untuk SPO Indeks belum dibuat, namun sosialisasi secara formil belum pernah dilaksanakan

Hal ini sesuai dengan hasil wawancara responden, berikut kutipan wawancaranya:

“SPO koding ada kalo indeks belum ada dek baru proses ...  
Sosialisasi secara resmi tidak ada sih, nggak ada kesulitan”

Responden B

“Koding ada SPO nya, indeks baru proses buat dek, kalo SPO indeks yang tahun kemaren juga blm ada... Sosialisasi formal nggak ada, karena ketika dia bertugas disini dia sudah tau kan, kalo nggak tau tanya. Ya cuma sebatas tanya saja sih kalo nggak tau nggak yang harus resmi”

Responden C

Hal ini dibuktikan dengan hasil observasi terkait pedoman pengindeksan:

**Tabel 4.3 Hasil Observasi**

Hasil pengamatan	Ya	Tidak
Terdapat prosedur tetap mengenai indeks		√

Sumber: Hasil Observasi di RS Queen Latifa, 2018

**e. Money**

Berdasarkan hasil wawancara dengan triangulasi sumber dari segi *money* tidak ada kendala untuk dana

Hal ini sesuai dengan hasil wawancara, berikut kutipan wawancaranya:

“Kendala dari segi dana sih nggak ada dek”

Responden C

3. Mengetahui Pengaruh terhadap pelaporan dari terhentinya pengindeksan penyakit

a. Laporan RL 4A tidak lengkap

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara dengan petugas rekam medis, laporan yang dikirimkan kepada pihak dinas masih ada yang tidak lengkap angkanya karena laporan yang dibuat dan dikirimkan terkait kodefikasinya sebagian masih ada yang belum diinputkan akan menyebabkan hasil laporan yang dikirimkan menjadi tidak lengkap. Hal ini sesuai hasil wawancara dengan responden B, berikut kutipan wawancaranya:

“Laporan yang dibuat masih tidak lengkap angkanya”

Responden B

### C. Pembahasan

1. Mengetahui proses pengisian diagnosa, pengolahan dan penyajian data

a. Proses pengisian Diagnosa

Diagnosa suatu penyakit merupakan salah satu bentuk praktik kedokteran. Di RS Queen Latifa pengisian diagnosa pada berkas rekam medis pasien ditulis (diisi) oleh dokter. Hal ini sesuai dengan yang disebut pada pasal 35 ayat (1) Undang-Undang nomor 29 Tahun 2006 tentang praktik kedokteran yang mengatakan bahwa dokter atau dokter gigi mempunyai wewenang melakukan praktik kedokteran sesuai dengan pendidikan dan kompetensi yang dimiliki. Salah satu praktik kedokteran yang dimaksud adalah menegakkan diagnosis. sebagaimana yang disebut dalam pasal 35 ayat (1) huruf d. Hal tersebut sudah sesuai wawancara dengan dokter dan perawat terkait dengan pelaksanaan pengisian diagnosa oleh dokter yang bersangkutan di RS Queen Latifa dimana setiap dokter yang

menangani pasien melakukan penulisan diagnosa pada berkas rekam medis pasien .

Menurut (Budi, 2011) salah satu kompetensi yang harus dimiliki oleh perawat adalah melaksanakan pengolahan data kesehatan sesuai aspek yang didelegasikan dan menurut (Budi, 2011) sensus dapat diolah oleh bagian admisi/*discharge*, layanan keperawatan, rekening pasien atau informasi kesehatan hal ini sudah sesuai dengan di RS Queen Latifa bahwa setelah ditulis oleh dokter yang bersangkutan, perawat poliklinik rawat inap menuliskan diagnosanya dikomputer dan di rekap sensus harian rawat inap kemudian setelah klik tutup (selesai pelayanan) rekap tersebut dikumpulkan menurut bangsal untuk nantinya diambil ataupun diberikan ke bagian rekam medis untuk diproses menjadi informasi.

Pelaksanaan sensus harian rawat inap di RS Queen Latifa masih manual dilakukan setiap hari setelah selesai semua pelayanan di klinik yang bersangkutan agar besoknya bisa diambil hal ini dikarenakan petugas sensus hanya bekerja pada waktu shift pagi (08-14.00) dan rekapitulasi tersebut untuk bahan pelaporan rumah sakit. Di RS Queen Latifa register penyakit masih dalam bentuk buku/manual. Hal ini sudah sesuai dengan (Budi, 2011) pengumpulan lembar sensus ke unit rekam medis dilakukan setiap kali setelah selesai pelayanan dan pengerjaannya dilakukan setelah selesai atau pada saat pelayanan. (Huffman, 1997) sensus bisa dikumpulkan secara manual atau komputerisasi. Menurut (Budi, 2011) register dapat dibuat dalam bentuk manual atau komputerisasi. Register manual dibuat dengan melakukan pencatatan pada buku register yang berisi data-data dalam sajian tabel sesuai keperluan masing-masing judul register.

Apabila perawat menemukan diagnosa yang sulit dibaca ataupun sulit dimengerti, perawat akan langsung segera menanyakan pada dokter yang menangani langsung agar tidak terjadi ketidaksesuaian pada diagnosa yang tertera di berkas rekam medis dengan yang

diisikan dalam rekapan sensus harian rawat inap. Hal ini sudah sesuai menurut Depkes RI (1997) diagnosis yang kurang jelas atau tidak lengkap seharusnya dikomunikasikan terlebih dahulu kepada dokter yang membuat diagnosis tersebut.

Menurut (Hatta, 2017) kegiatan dan tindakan serta diagnosis yang ada di dalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya diindeks agar memudahkan pelaporan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen dan riset bidang kesehatan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian di RS Queen Latifa dimana dilaksanakannya pembuatan koding penyakit pasien rawat inap dan dalam standar prosedur operasional mengenai kodefikasi dan klasifikasi penyakit dalam pelaksanaannya dilakukan oleh petugas RM bagian koding morbiditas.

b. Pengolahan dan penyajian data

Pengolahan data yaitu suatu kegiatan untuk menyusun data yang diperoleh seluruhnya menjadi suatu susunan yang dapat dianalisa dan ditarik kesimpulan. Pengolahan kodefikasi penyakit pasien rawat inap dilaksanakan untuk menghasilkan laporan yang terkait dengan pelaporan yang bersumber dari penyakit pasien rawat inap yang sudah dikode baik laporan untuk internal maupun eksternal. Pengolahan diagnosa untuk menjadi sebuah informasi untuk pelaporan di RS Queen Latifa meliputi *coding, indexing*.

1) *Coding*

Pemberian kode (*coding*) adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Kegiatan dan tindakan serta diagnosis yang ada dalam rekam medis harus diberi kode (Depkes RI, 1997).

Menurut (Hatta, 2008), sesuai peraturan Depkes RI, sistem klasifikasi yang harus digunakan sejak tahun 1996 sampai saat ini adalah ICD-10 dari WHO (*World Health*



*Organization*), fungsi ICD sebagai sistem klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan digunakan untuk kepentingan informasi statistik morbiditas dan mortalitas. Hal tersebut diatas sudah sesuai dengan hasil penelitian bahwa di RS Queen Latifa telah dilaksanakan kegiatan pengkodean dan sudah berpedoman pada ICD-10.

Menurut (Hatta, 2008), pengolahan data merupakan proses untuk memperoleh data atau ringkasan berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan. Semua bentuk catatan, baik hasil rekapitulasi harian maupun lembaran-lembaran formulir merupakan bahan yang perlu diolah, untuk selanjutnya dipakai sebagai laporan. Proses pengolahan data dibagi menjadi 5 tahap, yaitu: *editing, coding, sorting, entry, cleaning*. *Coding* di RS Queen Latifa dilakukan oleh dua orang petugas yang merangkap sebagai petugas pendaftaran dan pelaporan dan untuk mendapatkan informasi *coding* penyakit digunakan data-data yang berasal dari rekapitulasi harian pasien rawat inap dari masing-masing klinik dan buku register rawat inap.

## 2) *Indexing*

Menurut Budi (2011) Indeksing adalah pembuatan tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat kedalam kartu indeks atau komputerisasi. Diagnosis yang ada di dalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya diindeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi.

Menurut Budi (2011) indeks penyakit merupakan daftar tabulasi kode-kode penyakit yang disusun dalam masing-masing daftar sesuai dengan kode penyakitnya. Penerapan pengodean sistem ICD digunakan salah satunya untuk

mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan di sarana pelayanan kesehatan.

Budi (2011) hasil pengumpulan kode yang berasal dari data penyakit , operasi pasien dan pengumpulan data dari indeks yang lain sebagai bahan untuk penjajian data statistic kesehatan dan indeks penyakit adalah daftar tabulasi kode-kode penyakit yang disusun dalam masing-masing daftar sesuai dengan kode penyakitnya, dan setiap indeks penyakit memiliki ketentuan yaitu setiap nama penyakit harus diikuti dengan penulisan kode ICD (*International Statistical classification of diseases and related health problem*)

Kegiatan indeksing penyakit rawat inap di RS Queen Latifa prosesnya terhenti dari bulan januari tahun 2016 fungsi dari indeks digantikan dengan buku register rawat inap yang isinya sama yang meliputi nomor RM pasien, nama pasien, dan diagnosis pasien tetapi sistemnya berbeda. Sehingga pelaporan rumah sakit di RS Queen Latifa masih tetap berjalan hanya saja...Saat ini masih menggunakan buku/manual. Dan sumber indeks penyakit berasal dari sensus harian rawat inap dan berkas rekam medis rawat inap.

c. Pengolahan dan penyajian laporan data yang sudah dikode

1) Pengolahan

Menurut (Notoatmodjo, 2014) pengolahan data dapat dilakukan dengan dua cara yaitu dengan manual ataupun komputerisasi. Hal yang sama juga dikatakan oleh (Rustiyanto, 2010) bahwa pengolahan data dapat dilakukan dengan menggunakan tangan/manual maupun menggunakan alat elektronik sehingga akan menghasilkan keluaran (*output*) yang dapat berbentuk tabel, grafik atau ringkasan seperti jumlah

angka, persentase, dan sebagainya.

Di Rs Queen Latifa pengolahan data penyakit rawat inap yang sudah dikode salah satunya adalah pengolahan pelaporan data morbiditas rawat inap (RL 4A) dan dilakukan oleh petugas koding yang juga merangkap sebagai petugas pelaporan dan sensus.

Menurut Juknis SIRS tahun 2011, pengolahan data dalam SIRS yang dilakukan rumah sakit dilakukan dengan dua cara yaitu:

**a) Pengolahan data secara manual**

Dilakukan dengan cara merekapitulasi data-data yang sudah terkumpul pada unit pengolahan data untuk dibuatkan tabel/grafik yang sesuai dengan kebutuhan.

**b) Pengolahan data secara komputerisasi**

Dilakukan dengan cara memasukkan data, baik dari rekam medis yang berisi catatan atau diagnosis dokter yang dikodefikasi dan diolah didalam komputer sesuai dengan program masing-masing data.

Menurut (WHO, 2004) data morbiditas berguna untuk perumusan kesehatan dan program kesehatan, perumusan manajemen, pemantauan dan evaluasi. data morbiditas sampai saat ini dihasilkan dari hasil olahan pengkodean data diagnosis pasien. Hal tersebut juga sesuai dengan hasil wawancara jika kegiatan *coding* dan *indexing* sudah dilakukan oleh petugas koding tetapi program olah data pelaporan morbiditas pasien rawat inap di RS Queen Latifa tidak terintegrasi dengan komputer yang digunakan untuk pengolahan pelaporan morbiditas rawat inap karena pengolahan pelaporan masih manual. Hal tersebut juga sesuai dengan Juknis (SIRS, 2011) Pengolahan secara manual dilakukan dengan cara merekapitulasi data-data yang

sudah terkumpul pada unit pengolahan data untuk  
dibuatkan tabel/grafik yang sesuai dengan kebutuhan.

## 2) Penyajian data

Menurut (Rustiyanto,2010) *Output* dalam sistem informasi kesehatan rumah sakit berupa pemanfaatan informasi untuk menunjang manajemen dan pengembangan kegiatan kesehatan di rumah sakit. Informasi adalah sesuatu yang dapat memberikan makna dan manfaat sebagai bahan pengambilan keputusan bagi para manajer.

Menurut (Hatta, 2017), setelah data layanan kesehatan selesai dikumpulkan, maka data tersebut harus diubah menjadi sebuah informasi. Data yang sudah terkumpul dapat disajikan dengan cara tekstular, tabel dan grafik.

Berdasarkan hasil penelitian setelah diolah dan di entri pada SIRS maka laporan data keadaan morbiditas penyakit rawat inap akan tersimpan. Penyajian dari hasil pengolahan pada program SIRS tersebut dapat berupa tabel atau teks dengan format file txt dan ms excel.

## 2. Mengetahui Faktor penyebab terhentinya pengindeksan penyakit pasien rawat inap

Menurut (Herujito, 2001) manajemen mempunyai 5 unsur (5M) yaitu *:Man, Money, Materials, Machine dan Methods.*

### a. Man

Sumber Daya Manusia Kesehatan adalah seseorang yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan. Adapun pemaparan dari faktor penyebab terhentinya pengindeksan penyakit pasien rawat inap dilihat dari segi sumber daya manusia (man):

#### 1) Petugas rekam medis bagian pelaporan

Menurut (Rustiyanto, 2011) permasalahan yang ada di rumah sakit yaitu antara lain kurang berkesinambungan sistem informasi yang dihasilkan oleh pihak rumah sakit. Hal ini disebabkan salah satunya oleh sumber daya manusia yang belum memadai dan standar kualifikasi pendidikan petugas rekam medis. Hal ini belum sesuai dengan sumber daya manusia yang tersedia di bidang rekam medis RS Queen Latifa khususnya bagian pelaporan dan koding, berdasarkan hasil wawancara petugas pelaporan terdapat satu orang petugas yang melaksanakan tugas juga sebagai petugas koding dan pendaftaran pasien dan standar kualifikasi pendidikan petugas dari 9 orang petugas hanya 2 orang yang berlatarbelakang pendidikan D3 Rekam medis dan 1 orang berlatarbelakang pendidikan S1 SKM. Melalui hasil wawancara dengan responden diketahui bahwa masih kurangnya pegawai untuk bagian pelaporan, sementara beban kerjanya banyak. Dan berdasarkan hasil pengamatan peneliti, petugas pelaporan terkadang menunda-nunda pekerjaan dan kurang teliti terhadap pengisian pelaporan, sehingga pekerjaan yang sudah terlanjur menumpuk menjadi bertambah banyak dan mengakibatkan pelaporan RL 4A tidak lengkap.

## 2) Perawat Klinik

Perawat selain bertugas membantu dokter untuk menangani pasien, menurut SPO perawat rawat inap juga wajib membuat laporan harian untuk keperluan pelaporan rekam medis, hal ini sudah sesuai dengan keadaan di lapangan. Namun kewajiban utama perawat yakni membantu dokter menangani pasien sehingga pada saat membuat laporan harian rawat inap menjadi terburu-buru dan mengakibatkan penulisan diagnosa yang menggunakan

singkatan yang tidak dapat dipahami oleh petugas coding.

*b. Machine( Mesin)*

Menurut (Umar, 2007) , fasilitas atau sarana dan peralatan yang cukup harus disediakan agar tercapai pelayanan kesehatan yang efisien sarana dan prasarana dalam sistem informasi dapat berupa data yang baik, alat-alat tulis (kertas, pena, komputer dsb). Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa rekam medis di RS Queen Latifa masih manual.sehingga pengkodean dilakukan manual menggunakan ICD-10 dan kegiatan mengolah data dalam menjumlah hasil juga dilakukan dengan metode menghitung lidi.

*c. Materials(Bahan)*

*Material* merupakan faktor pendukung utama dalam proses produksi. Termasuk disini adalah bahan baku, bahan pembantu serta bahan lain untuk penunjang produksi. Materi terdiri dari bahan setengah jadi(*raw material*) dan bahan jadi.Berdasarkan hasil penelitian di RSU Queen Latifa, sumber data yang digunakan dalam rangkaian proses kodifikasi indeks penyakit rawat inap adalah berkas rekam medis pasien rawat inap, buku register rawat inap , rekapan sensus pasien rawat inap dari masing-masing klinik. Dan sudah tidak mengalami kendala dalam pengumpulannya pembuatan laporan morbiditas rawat inap dan laporan 10 besar penyakit saat indeks terhenti datanya bersumber dari buku register yang isinya mencakup nomor RM, nama pasien dan diagnosa

*d. Methode(Metode)*

Menurut (Sabarguna, 2010) prosedur berisi tentang langkah-langkah kerja yang dikerjakan pada pelayanan tertentu. Pelayanan yang dijalankan harus mempunyai

aturan-aturan tertentu, baik secara lisan atau secara tertulis. Aturan-aturan operasional sehari-hari, penting dibuat secara tertulis, untuk kepentingan berikut ini:

- 1) Kejelasan tindakan , dalam rangka latihan pegawai dan pembinaan pegawai
- 2) Pegawai jelas hak dan kewajiban minimal yang harus dikerjakan
- 3) Akan merupakan salah satu unsur dalam rangka menilai proses pelayanan
- 4) Secara berkelanjutan bisa dievaluasi dan ditingkatkan

Jadi dapat disimpulkan bahwa prosedur tetap sangat penting dalam mengatur setiap jenis kegiatan agar pekerjaan yang dilakukan dapat dilaksanakan dengan baik, cepat dan tepat. Kebijakan dan prosedur proses pembuatan indeks merupakan pedoman bagi petugas agar dapat melaksanakan proses pembuatan indeks dengan konsisten dan efektif.

Di RS Queen Latifa prosedur tetap maupun kebijakan terkait mengenai proses pembuatan indeks belum ada. Dengan begitu maka dapat diketahui bahwa tidak adanya kebijakan maupun prosedur tetap yang menjadi salah satu penyebab terhentinya proses indeksing. Hal tersebut menyebabkan petugas indeks tidak mempunyai pedoman dalam pelaksanaan pembuatan indeks dan petugas kurang paham terhadap sistem indeks yang mengakibatkan pelaporan RL 4A

tidak lengkap.

3. Mengetahui pengaruh terhadap pelaporan dari terhentinya pengindeksan penyakit.

a. Tidak lengkapnya laporan RL 4A

Menurut (Rustiyanto, 2011) tujuan informasi kesehatan rumah sakit yaitu dapat memberikan informasi yang akurat, tepat waktu untuk pengamilan keputusan diseluruh tingkat administrasi dalam perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, pengendalian dan penilaian di rumah sakit. Sistem informasi kesehatan rumah sakit terdiri dari 3 yaitu: *Input*, *Proses* dan *Output*.

1) *Input*:

- a. Sumber data informasi untuk menunjang upaya kesehatan dan manajemen kesehatan
- b. Instrumen pencatatan data
- c. Sumber daya (tenaga, biaya, fasilitas) untuk pengelolaan dan pemanfaatan data /informasi

2) *Proses*:

- a. Pengorganisasian dan tata kerja unit pengelolaan data/informasi termasuk aspek koordinasi, integrasi dan kerjasama antar unit pelayanan dan pengelola data (unit rekam medis)
- b. Pengolahan data/informasi rumah sakit

3) *Output*:

- a. Pemanfaatan data/informasi untuk menunjang manajemen dan pengembangan kegiatan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Hal tersebut sudah sesuai dengan tahap pelaksanaan pengolahan pelaporan di RS Queen Latifa yang meliputi input dan proses, namun belum sesuai dari segi output yaitu adalah hal ketidaklengkapan data morbiditas penyakit rawat inap yang diketahui dengan



wawancara oleh petugas pelaporan yang membuat laporan morbiditas penyakit rawat inap, dan *printout* pengiriman melalui email kepada pihak dinas. Dengan adanya ketidaklengkapan tersebut pihak dinas akan mengirimkan kembali laporan tersebut via email untuk dilengkapi, selain itu ketidaklengkapan akan menyebabkan kendala dalam pengambilan keputusan oleh manajemen maupun untuk menunjang pelaporan untuk pihak eksternal maupun internal.

Menurut (Rustiyanto, 2011) informasi yang terkandung dalam laporan rumah sakit diperlukan untuk berbagai pihak, antara lain:

- 1) Internal, meliputi direktur, wakil direktur, kepala bagian, kepala instansi, kepala subbagian/kepala seksi, kepala urusan( medis, paramedik dan non medis)
- 2) Eksternal, meliputi Departemen Kesehatan RI, Dinas Kesehatan propinsi, Kantor departemen/dinas kesehatan kabupaten/kota, Pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, pemilik RS( Bupati, walikota, ketua yayasan), kantor pajak, pemasok obat dan alat kesehatan dan lain-lain.

#### **D. Keterbatasan**

##### Kesulitan

Kesulitannya yaitu lama menunggu surat balasan penelitian dari rumah sakit, jadi peneliti tidak bisa secepatnya mengambil data untuk diolah dan juga pada saat pengambilan data, petugas tidak menyiapkan apa yang dibutuhkan mahasiswa untuk penelitian dan pada saat peneliti melakukan wawancara kepada responden terutama perawat dan dokter karena responden sulit untuk ditemui