

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Umum RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

a. Sejarah Rumah sakit

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada awalnya merupakan sebuah klinik dan poliklinik yang bernama PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem) didirikan oleh KH. Achmad Dahlan pada tanggal 15 februari 1923. Seiring dengan berjalannya waktu, nama PKO berubah menjadi PKU (Pembina Kesejahteraan Umat). Pada tahun 1970-an status klinik dan poliklinik berubah menjadi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Pada tahun 2000-an, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta terakreditasi menjadi rumah sakit tipe C dengan dua belas bidang pelayanan dan bersertifikat ISO 9001: 2000. Kemudian tanggal 12 Mei 2014, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta meningkat menjadi rumah sakit swasta tipe B dengan berdasarkan keputusan dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Pada September 2008, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta berhasil meraih sertifikat ISO 9001:2000. Selanjutnya, tidak lama berselang pada tahun 2010 sertifikat berhasil ditingkatkan dari ISO 9001:2000 menjadi ISO 9001:2008 hingga saat ini.

b. Sejarah Rekam Medis RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Rekam medis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta telah dilaksanakan sejak tahun 1976 berupa berkas yang masih sederhana. Pada tahun 1986 sistem penyimpanan rekam medis menggunakan sistem disentralisasi. Setelah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta melaksanakan akreditasi pada tahun 1997 sistem penyimpanannya berubah menjadi sentralisasi. Pada saat itu sistem komputerisasi telah diterapkan tetapi masih sederhana dan manual. Seiring perkembangan teknologi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta mulai menggunakan *software* khusus rekam medis yaitu *My Hospital X-Information System* sampai saat ini.

2. Analisis Hasil

a. Persentase kelengkapan dan keakuratan kode kasus neoplasma pada berkas rekam medis

Pada penelitian ini peneliti mengambil sampel sebesar 80 berkas rekam medis dari total populasi sebesar 389 berkas rekam medis rawat inap kasus neoplasma pada tahun 2017. Peneliti melakukan studi dokumentasi terhadap kelengkapan kode morfologi dan keakuratan kode topografi pada lembar resume medis rawat inap. Berikut persentase kelengkapan kode morfologi dan keakuratan kode topografi kasus neoplasma pada BRM rawat inap tahun 2017:

1) Persentase kelengkapan kode morfologi kasus neoplasma

Tabel 4.1 Kelengkapan kode morfologi kasus neoplasma pada BRM rawat inap tahun 2017

	Σ	%
Lengkap	0	0%
Tidak lengkap	80	100%
Σ	80	100%

Sumber: Hasil perhitungan *checklist* kelengkapan kode morfologi kasus neoplasma pada BRM rawat inap tahun 2017

Dari tabel di atas diketahui bahwa kelengkapan kode morfologi di berkas rekam medis rawat inap tahun 2017 RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta 80 (100%) tidak lengkap dan 0 (0%) lengkap. Berikut diagram persentase kelengkapan kode morfologi kasus neoplasma tahun 2017 :



Gambar 4.1 Persentase kelengkapan kode morfologi kasus neoplasma pada BRM rawat inap tahun 2017

Sumber: Hasil perhitungan *checklist* kelengkapan kode morfologi kasus neoplasma pada BRM rawat inap tahun 2017

Dari hasil wawancara dengan menggunakan pedoman wawancara untuk mengetahui apakah dalam *coding* neoplasma *coder* telah melakukan *coding* pada kode topografi dan kode morfologi didapatkan bahwa salah satu *coder* tidak selalu mengode kode morfologi dan ada yang tidak mengode kode morfologinya. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari responden 1 berikut:

“ Kadang iya kadang enggak, topografi selalu dikoding, morfologi itu kembali lagi ke kepentingannya dan software itu kurang memadai untuk mengkode morfologi”.

“Kemudian ketika terkait dengan beban kerja, jadi untuk mempersingkat waktu memang kita kebanyakan itu mengkode lebih ke topografinya dulu, morfologi cuma terkadang”.

Responden 1

Maksud dari pernyataan responden 1 yaitu *coder* dalam melakukan *coding* morfologi pada kasus neoplasma hanya terkadang, dikarenakan untuk mempersingkat waktu dan “*my hospital*” yang digunakan (SIMRS) kurang memadai sehingga *coder* lebih melakukan *coding* pada topografi. Pernyataan lain juga dikemukakan oleh responden 2:

“Hehehe enggak, di berkas rekam medisnya enggak”.

“Gak dikode, mungkin karena terburu-buru kali ya, lebih efektifin waktu, kita juga ini sih.. karena gak ada *pressure*, gak *pressure* juga sih, gak ada yang memotivasi kita buat ngoding. Kayak misalnya itu digunakan buat nanti narik data. Nek itu, gak pernah buat narik data kode morfologinya, tapi ya susahnya itu untuk penelitian, tapi karena gak banyak juga sih ya yang minta itu jadi enggak dikode, tapi kalau aku lho.. gak tau kalau temen-temen”.

Responden 2

Maksud pernyataan dari responden 2 yaitu kode morfologi tidak dikode dikarenakan *coder* terburu-buru dalam melakukan *coding*, tidak ada motivasi untuk *coding* kode morfologi dan untuk menghemat waktu sehingga kode morfologi tidak dikode. Hal yang sama juga diterangkan oleh responden 3 yaitu:

“Nah hahaha sebenarnya itu tergantung dari *coder* nya sih, mungkin kaitannya dengan SPO khusus untuk diagnosis masing-masing kan memang tidak ada, hanya baru untuk umum pelakuan kodingnya, jadi tergantung dari masing-masing *codernya*”.

Responden 3

Maksud dari responden 3 yaitu *coder* diberi kebebasan dalam *coding* kasus neoplasma karena belum ada SPO untuk memberi kode morfologi pada kasus neoplasma.

2) Persentase keakuratan kode topografi kasus neoplasma

Tabel 4.2 keakuratan kode topografi kasus neoplasma pada BRM rawat inap tahun 2017

	Σ	%
Akurat	69	86%
Tidak akurat	11	14%
Σ	80	100%

Sumber: Hasil perhitungan checklist keakuratan kode topografi kasus neoplasma pada BRM rawat inap tahun 2017

Dari grafik di atas diketahui bahwa keakuratan kode topografi kasus neoplasma pada berkas rekam medis rawat inap tahun 2017 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah 11 (14%) tidak akurat dan 69 (86%) akurat. Berikut diagram persentase keakuratan kode topografi kasus neoplasma tahun 2017:



Gambar 4.2 Persentase keakuratan kode topografi kasus neoplasma pada BRM rawat inap tahun 2017

Sumber: Hasil perhitungan *checklist* keakuratan kode topografi kasus neoplasma pada BRM rawat inap tahun 2017

Ketidakkuratan kode topografi pada berkas rekam medis rawat inap tahun 2017 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dibagi menjadi tiga kategori, yaitu kode diagnosis empat karakter yang hanya dikode sampai karakter ketiga, kode diagnosis yang berbeda karakter ketiga dan/atau keempat dan kode salah reseleksi. Berikut distribusi kategori kode topografi yang tidak akurat pada BRM rawat inap tahun 2017:

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi kode topografi yang tidak akurat pada BRM rawat inap tahun 2017

No.	Kategori	Tidak akurat	
		Frekuensi	%
1.	Berbeda karakter ketiga, dan/atau keempat	4	36%
2.	Hanya sampai karakter ketiga	1	9%
3.	Salah reseleksi	6	55%
Jumlah		11	100%

Sumber: Berkas rekam medis rawat inap tahun 2017

Keakuratan kode topografi salah satunya tergantung pada kejelasan penulisan diagnosis yang ditulis oleh dokter. Apabila terdapat penulisan diagnosis yang tidak jelas khususnya pada kasus neoplasma maka *coder* akan melihat riwayat penyakit pasien, melihat catatan dokter, membaca bukti-bukti penunjang diagnosis, melihat hasil PA (Patologi Anatomi) dan konfirmasi dengan dokter. Hal ini sejalan dengan pernyataan dari responden berikut:

“Pertama acuan kita itu di resume medis, itu jelas, misalnya kurang jelas kemudian kita cek di pemeriksaan dokter yang lain baik itu yang tertulis di CPPT atau di lembar-lembar lain, atau jika kurang jelas lagi baru kita cek di hasil PA, jadi ini juga harus saling beriringan, kita membuka resume medis, kita membuka hasil PA”

Responden 1

Maksud dari responden 1 adalah apabila penulisan diagnosis kurang jelas *coder* melakukan *cross check* pada lembar pemeriksaan dokter dan hasil PA.

Pernyataan yang lain diberikan oleh responden 2 yaitu:

“ Kalau rawat inap misal di resume ya yang gak jelas, kita bisa buka lagi yang di depan-depannya, dalam catatan dokter misalnya kan dokter gak Cuma nulis sekali jadi pasti ada yang bisa dibaca, terus kalau tetap gak bisa kebaca dari penunjangnya, misalnya ada laboratorium Cito itu PA-nya yang eemm.. menegakkan neoplasma kan dari Cito kan, itu”

Responden 2

Maksud pernyataan di atas adalah *coder* membuka catatan dokter pada pemeriksaan sebelumnya dan melihat dari hasil patologi anatominya apabila terdapat penulisan diagnosis yang kurang jelas.

Pernyataan serupa diperjelas oleh responden 3:

“Kita bisa melihat *history* dan sebagainya, riwayat mulai pasien masuk, dari anamnesa, dari pemeriksaannya kemudian dari hasil PA nya, macem-macem kan bukti penunjangnya bisa untuk itu, kalau udah mentok gak bisa, gak ada penunjangnya dan lain-lainnya ya konfirmasi dokter, kita ada ranah untuk konfirmasi, by wa (*whatsapp*) juga bisa, difoto nanti tinggal tanya bacaannya apa dok?”

Responden 3

Maksud dari pernyataan responden 3 tersebut adalah apabila penulisan diagnosis yang ditulis oleh dokter kurang jelas maka *coder* dapat melihat riwayat penyakit pasien mulai dari anamnesa, hasil pemeriksaan atau hasil PA. apabila penulisan dokter masih belum jelas maka *coder* diperbolehkan untuk menanyakan langsung terkait penulisan dokter yang kurang jelas tersebut kepada dokter yang bersangkutan.

b. Pemahaman *coder* terhadap kelengkapan dan keakuratan pemberian kode diagnosis kasus neoplasma

Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pemberian kode dilakukan oleh *coder* berpendidikan D-3 rekam medis termasuk *coder* rawat inap. Peneliti melakukan pengamatan terhadap *coder* terkait pengisian kode di berkas rekam medis rawat inap dengan *checklist* observasi, berikut hasil pengamatan:

Tabel 4.4 Checklist observasi pengodean

No	Aspek Yang Di amati	Ya	Tidak
1	<i>Coder</i> membuka formulir ringkasan masuk dan keluar	✓	
2	<i>Coder</i> membaca diagnosis yang dituliskan dokter	✓	
3	<i>Coder</i> melihat hasil pemeriksaan penunjang (bagi yang sudah ada hasilnya)	✓	
4	<i>Coder</i> mencari <i>leadterm</i> /kata kunci	✓	
5	<i>Coder</i> menentukan pilihan kode istilah diagnosis sesuai diagnosis yang tertera pada lembar resume medis pada ICD-10 volume 3 dengan memperhatikan semua perintah, keterangan, <i>includes</i> , <i>excludes</i> , <i>use additional code</i> dan lain-lain yang menyertainya	✓	
6	<i>Coder</i> mencocokkan hasil kode diagnosis yang ada di ICD-10 volume 3 dengan yang ada di ICD-10 volume 1	✓	
7	Menuliskan hasil kode diagnosis pada lembar resume medis	✓	

Sumber: Hasil *checklist* observasi pengodean

Dari tabel di atas diketahui bahwa *coder* dalam melakukan *coding* diagnosis yaitu pertama, membuka formulir ringkasan masuk dan keluar untuk mengetahui diagnosis yang ditulis oleh dokter, melihat hasil penunjang apabila sudah ada, kemudian mencari kode di ICD-10 volume 3 menggunakan *leadterm* dari diagnosis tersebut, setelah itu kode yang telah didapat dicocokkan di ICD-10 volume 1, terakhir *coder* menuliskan kode diagnosis pada lembar resume medis.

Peneliti juga melakukan wawancara kepada 3 *coder* rawat inap sebagai responden dan triangulasi sumber pada tanggal 04 dan 07 Agustus 2018. Berikut transkrip hasil wawancara yang sesuai dengan pedoman wawancara:

Tabel 4.5 Distribusi frekuensi kategori jawaban wawancara *coder* rawat inap

No	Kategori Jawaban	Frekuensi	Persentase
1.	Singkatan ICD-10 dan ICD-O		
	a. <i>International statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-Tenth Revision</i>	0	0%
	b. <i>International statistical of Diseases For Oncology</i>	0	0%
2.	Pedoman <i>coding</i> neoplasma		
	a. ICD-10	3	100%
	b. ICD-O	0	0%
3.	Membuka ICD-10 volume 3 dan volume 1		
	a. Ya	2	67%
	b. Tidak	0	0%
	c. Kadang-kadang	1	33%
4.	Mengetahui aturan <i>coding</i> neoplasma memberikan kode topografi dan kode morfologi		
	a. Ya	3	100%
	b. Tidak	0	0%
5.	Telah memberi kode topografi dan kode morfologi di BRM rawat inap		
	a. Ya	2	67%
	b. Tidak	1	33%
6.	Pentingnya kode topografi dan kode morfologi		
	a. Kode topografi menunjukkan lokasi neoplasma dan kode morfologi menunjukkan sifat neoplasma	1	33%
	b. Pengelompokan data	1	33%
	c. Kepentingan statistik, penelitian dan register kanker	1	33%
7.	SPO untuk melengkapi kode neoplasma dengan kode morfologi		
	a. Ya	0	0%
	b. Tidak	3	100%
8.	Pelatihan <i>coding</i> terkait neoplasma		
	a. Ya	2	67%
	b. Tidak	1	33%

Sumber: Hasil wawancara dengan *coder* rawat inap, 2018

Berdasarkan tabel di atas *coder* rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dalam menyampaikan singkatan dari ICD-10 dan ICD-O kurang benar, dalam melakukan *coding* neoplasma *coder* berpedoman atau menggunakan pada ICD-10 dengan membuka volume 3 dan 1, tidak menggunakan ICD-O. *Coder* mengetahui aturan untuk memberikan kode topografi dan kode morfologi pada kasus neoplasma. Namun, 2 *coder* tidak memberi kode morfologi dan 1 *coder* terkadang. 1 *coder* menjawab pentingnya kode topografi dan kode morfologi untuk menunjukkan lokasi dan sifat neoplasma, 2 *coder* yang lain menyebutkan pentingnya kode topografi dan kode morfologi untuk pengelompokan data, statistik, penelitian dan register kanker. Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta belum ada SPO untuk melengkapi kode morfologi dan untuk pelatihan *coding* terkait neoplasma 2 *coder* pernah mengikuti dan 1 *coder* belum pernah mengikuti pelatihan terkait *coding* khusus neoplasma.

c. Pengaruh pemahaman *coder* terhadap kelengkapan dan keakuratan pemberian kode diagnosis kasus neoplasma

Dari hasil penelitian dari pemahaman *coder* terhadap kelengkapan dan keakuratan pemberian kode diagnosis kasus neoplasma pada berkas rekam medis rawat inap tahun 2017 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, ditemukan bahwa ada pengaruh antara pemahaman *coder* dengan kelengkapan dan keakuratan pemberian kode kasus neoplasma sehingga H_0 diterima. Dalam hal ini *coder* memahami bahwa dalam melakukan *coding* kasus neoplasma diharuskan memberi kode pada kode topografi dan morfologi, namun *coder* tidak melaksanakannya karena faktor waktu, beban kerja dan belum ada SPO yang mengatakan untuk memberi kode morfologi dari rumah sakit.

B. Pembahasan

a. Persentase kelengkapan dan keakuratan kode kasus neoplasma pada berkas rekam medis

Dari hasil penelitian terhadap kelengkapan dan keakuratan kode diagnosis kasus neoplasma pada berkas rekam medis rawat inap tahun 2017 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dapat dilihat pada persentase kelengkapan kode morfologi berdasarkan skala linkert tidak baik yaitu 0 (0%) dengan kata lain kode morfologi dalam 80 berkas rekam medis rawat inap tidak terkode. Sedangkan menurut ICD-10 *coding* pada kasus neoplasma diharuskan memberi kode pada kode topografi dan kode morfologi.

Kelengkapan kode neoplasma dengan memberi kode morfologi sangat penting dilakukan. Menurut ICD-10 kode morfologi yang terdiri dari 6 karakter (M800-M998) menunjukkan histologi dan sifat dari neoplasma atau tingkat keganasan neoplasma. Apabila *coder* tidak mencantumkan kode morfologi maka dapat mempengaruhi sifat dari neoplasma tersebut. Kelengkapan kode morfologi dari neoplasma penting untuk diketahui. Hal ini sejalan dengan (Maesaroh, Sudra, & Q, 2011) yaitu kelengkapan kode berperan penting untuk meminimalisir kesalahan tindakan, perawatan yang akan diberikan kepada pasien dan pembiayaan kesehatan yang harus dibayarkan.

Sedangkan pada presentasi keakuratan kode topografi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada berkas rekam medis rawat inap tahun 2017 hanya 11(14%) tidak akurat. Menurut ICD-10 kode topografi yang terdiri dari 3 atau 4 karakter (C00-D48) menunjukkan lokasi dari neoplasma. Sehingga keakuratan dari kode topografi sangat penting dilakukan. Menurut (Utami, 2015) yaitu keakuratan kode memberikan pengaruh terhadap biaya klaim jamkesmas.

Namun, dari hasil penelitian yang telah dilakukan tingkat keakuratan kode topografi tahun 2017 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta berdasarkan skala linkert sangat baik.

b. Pemahaman *coder* terhadap kelengkapan dan keakuratan pemberian kode diagnosis kasus neoplasma

Berdasarkan (Kemenkes, 2013) nomor 55 pasal 13 yaitu *coder* mendapatkan kewenangan untuk melaksanakan sistem klasifikasi klinis dan kodifikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis sesuai terminologi medis yang benar. Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pelaksanaan klasifikasi dan kodifikasi (*coding*) telah dilakukan oleh *coder* dengan latar belakang pendidikan D-3 rekam medis.

Pelaksanaan *coding* membutuhkan pemahaman *coder*. Pemahaman menurut (Notoadmojo, 2007) yaitu suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut dengan benar. Dari hasil penelitian *coder* memahami akan aturan dari ICD-10 yang mengharuskan mengode kode topografi dan kode morfologi. Namun, dalam pelaksanaannya *coder* belum melakukan *coding* pada kode morfologinya, hanya pada kode topografinya.

Menurut *coder* pentingnya kode topografi dan kode morfologi yaitu untuk pengelompokkan kode, statistik kasus neoplasma dan penelitian. Salah satu *coder* yang lain menyebutkan bahwa pentingnya kode topografi yaitu untuk mengklasifikasikan jenis dan sifat dari neoplasma, untuk kode morfologi menjelaskan bentuk dari neoplasma tersebut. Sedangkan menurut ICD-10 kode topografi penting untuk menunjukkan lokasi organ, kode morfologi menunjukkan histologi dan sifat neoplasma.

Dari kepentingan kode topografi dan kode morfologi tersebut dalam pelaksanaannya *coder* tetap tidak melakukan *coding* dengan memberi kode morfologinya dikarenakan keterbatasan waktu, "*My hospital*" yang kurang memadai dan belum adanya SPO yang mengatakan untuk melengkapi kode morfologi pada kasus neoplasma.

c. Pengaruh Pemahaman *coder* terhadap kelengkapan dan keakuratan pemberian kode diagnosis kasus neoplasma

Pemahaman *coder* berpengaruh terhadap kelengkapan dan keakuratan pemberian kode diagnosis pada kasus neoplasma. *Coder* paham akan aturan *coding* kasus neoplasma yang mengharuskan memberi kode morfologi dan kode topografi menurut ICD-10. Namun, *coder* tidak mengikuti aturan tersebut sehingga mempengaruhi hasil dari kelengkapan dan keakuratan pemberian kode kasus neoplasma pada berkas rekam medis rawat inap tahun 2017 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Sedangkan menurut ICD-10 kelengkapan kode yaitu kode morfologi penting untuk menunjukkan sifat atau tingkat keganasan neoplasma dan kode topografi penting untuk menunjukkan lokasi dari neoplasma. Kelengkapan dan keakuratan kode tersebut menurut (Maesaroh *et al*, 2011) dapat mempengaruhi pelayanan yang diberikan kepada pasien, meminimalisir kesalahan tindakan, perawatan dan pembiayaan kesehatan.

C. Keterbatasan

Penelitian ini mempunyai keterbatasan dan hambatan yaitu keterbatasan waktu penelitian dan terkait aturan penelitian di rumah sakit yang membatasi peminjaman 20 berkas per hari.