

## **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **A. Gambaran Umum Rumah Sakit**

#### **1. Sejarah Rumah Sakit**

Berdasarkan profil rumah sakit Tk.II dr. Soedjono Magelang tahun 2017 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 sifatnya 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 telah mengalami perkembangan dan pencapaian yang sangat pesat.

Tanggal 6 Februari 2003 Unit Poliklinik menempati bangunan baru menghadap ke jl. Urip sumohardjo, yang merupakan bantuan dari Dephan, diikuti kemudian pada bulan Agustus 2003 pintu utama rumah sakit resmi menghadap ke jl. Urip sumohardjo. Tahun 2007 dibuka unit hemodialisa dan ruang heat stroke di UGD, pelayanan laboratorium dan radiologi 24 jam serta didirikan ruang perawatan Edelweis dimana pengoperasian ruang edelweis pada april 2008, 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 pengoperasionalannya secara resmi digunakan bulan April Tahun 2012, serta perbaikan ruang rawat inap Taruna juga pada tahun 2012. Tahun 2013 hingga tahun 2017 telah diperbaikinya sarana dan prasarana pendukung pelayanan rumah sakit, diantaranya pemasangan paving lap tenis, bangunan pagar lap tenis, pengeramikan ruang dan dinding luar kantor staf, pengadaan pintu kamar mandi ruang Edelweis, IGD dan Dahlia, pengecatan bertahap seluruh ruangan, pengeramikan dinding ruang HD, Pembangunan Ruang tunggu poliklinik, Pembangunan kantor PPBP-AD, Pembangunan tempat Laundry, Penambahan AC (*Air Conditioner*), pembuatan taman depan rumah sakit dll. Kesemuanya bertujuan agar pelayanan kesehatan yang diberikan di Rumah sakit Tk II dr. Soedjono dapat dilaksanakan secara maksimal.

2. Visi, Misi, motto dan tujuan RST Dr. Soedjono Magelang

Rumah sakit Tk.II Dr. Soedjono Magelang mempunyai visi, misi, moto dan tujuan sebagai berikut:

a. Visi

Menjadi rumah sakit kebanggaan setiap prajurit

## b. Misi

- 1) Melaksanakan fungsi rujukan rumah sakit di jajaran Kodam IV/ Diponegoro
- 2) Meningkatkan mutu pelayanan spesialis sesuai dengan standar rumah sakit tk. II.
- 3) Memiliki sumber daya manusia, sarana dan prasarana yang cukup memadai secara kualitas maupun kuantitas.

## c. Motto

Senyum, Sapa, Sentuh, Sembuh (S4)

## d. Tujuan

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

## 3. Rumah sakit Tk.II Dr. Soedjono Magelang Tahun 2018

## 1. Data Umum

- 1) Nama Rumah Sakit : Rumah sakit Tk.II 04.05.01 dr. Soedjono
- 2) Status Kepemilikan : Rumah Sakit TNI-AD
- 3) Jumlah TT : 204 TT
- 4) Alamat : Jl.Oerip Soemohardjo No. 48
- 5) Kelurahan : Wates
- 6) Kecamatan : Magelang Utara
- 7) Kota : Magelang
- 8) Propinsi : Jawa Tengah

#### 4. Perkembangan Sarana fisik dan Tenaga Kerja

##### a. Sarana fisik

- 1) Status Tanah : TNI – AD
- 2) Luas Tanah :  $\pm 107.370$  m<sup>2</sup>
- 3) Luas Bangunan :  $\pm 13.250$  m<sup>2</sup>
- 4) Tahun Pembuatan : 1818

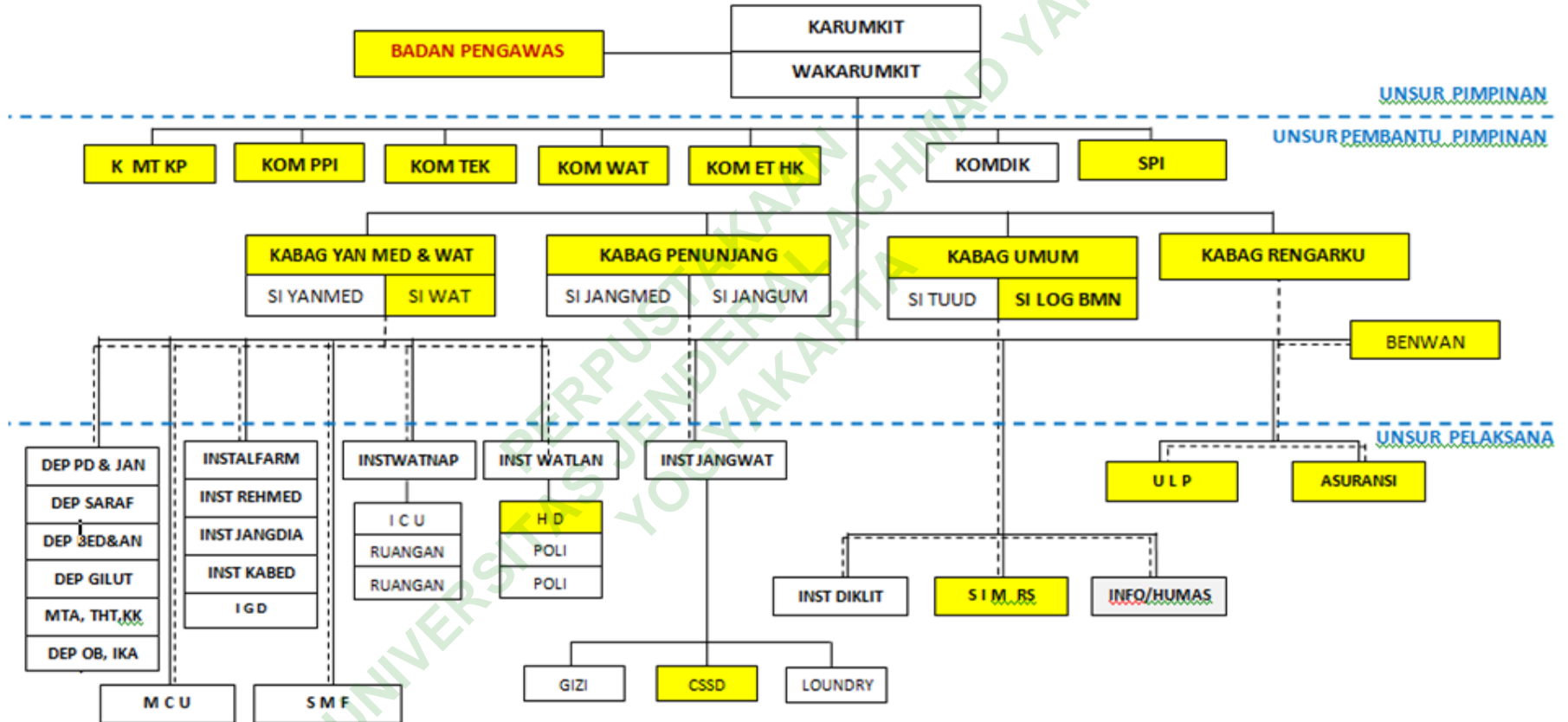
##### b. Tenaga kerja

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

- 1) Tenaga Medis : 61
  - a) Dokter umum : 16
  - b) Dokter gigi : 6
  - c) Dokter ahli : 39
  - d) Tenaga Para Medis : 372
  - e) Tenaga Keteknisian Medis : 99
  - f) Tenaga Non Paramedis : 187
  - g) Tenaga Medis : 61

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

## 5. Struktur Organisasi RS Tk.II dr. Soedjono Magelang



Gambar 4.1 Struktur Organisasi RS Tk.II dr. Soedjono Magelang  
 Sumber: Bagian Yanmed dan Keperawatan RS Tk.II dr. Soedjono Magelang

## 6. Pelayanan Rumah Sakit

### a. Pelayanan Rawat Jalan

- 1) Klinik Umum
- 2) Klinik Gigi dan Mulut
- 3) Klinik Penyakit Dalam
- 4) Klinik Bedah Umum, Orthopedi, Bedah saraf, Bedah Urologi dan bedah onkologi
- 5) Klinik Anak
- 6) Klinik Kebidanan dan Penyakit Kandungan
- 7) Klinik Kulit dan Kelamin
- 8) Klinik Paru
- 9) Klinik Mata
- 10) Klinik THT
- 11) Klinik Syaraf
- 12) Klinik Jiwa
- 13) Klinik Rehab Medik
- 14) Klinik Jantung
- 15) Klinik Psikologi
- 16) Klinik Khusus
- 17) Klinik Akupunktur
- 18) Klinik Psikologi
- 19) Klinik Gizi
- 20) kemoterapi

## b. Pelayanan Rawat Inap

- 1) Ruang Anggrek
- 2) Ruang Bougenville
- 3) Ruang Cempaka
- 4) Ruang Edelweis
- 5) Ruang Dahlia
- 6) Ruang Nusa Indah
- 7) Ruang Flamboyan
- 8) Ruang Melati
- 9) Ruang Mawar
- 10) Ruang Seruni
- 11) ICU/ICCU

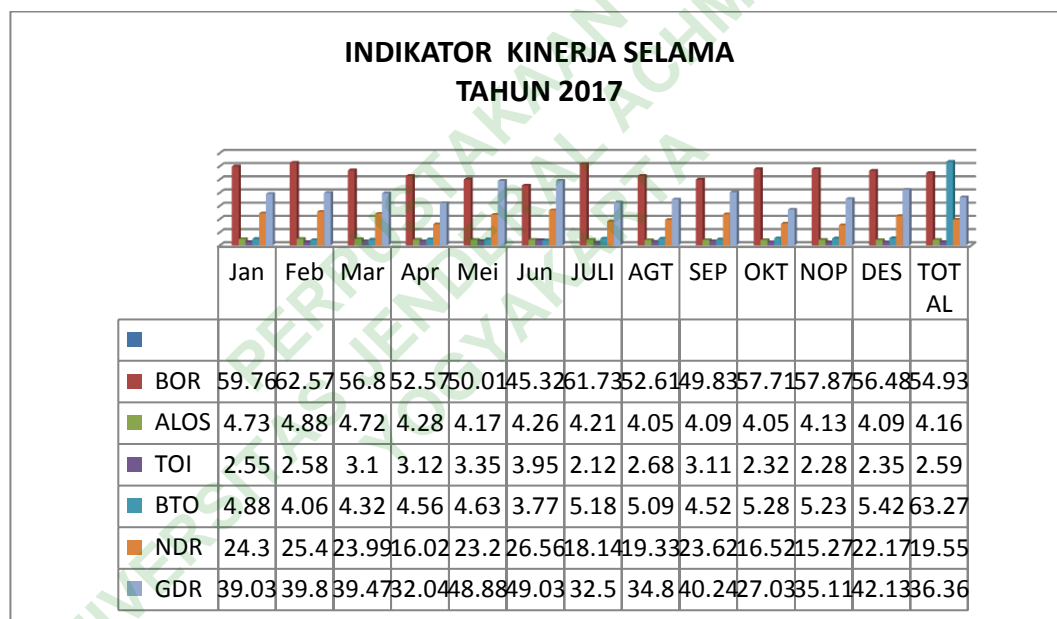
## c. Pelayanan Penunjang

- 1) Laboratorium
- 2) Radiologi
- 3) *Spirometry*
- 4) USG
- 5) EKG
- 6) CT Scan
- 7) *Tread mill*
- 8) Endoscopi

## d. Hemodialisa

## e. Fisioterapi

- f. Instalasi Farmasi
  - g. Penunjang Umum
    - 1) Instalasi Gizi
    - 2) *Laundry*
    - 3) Pemulasaraan Jenazah
  - h. IGD 24 jam
  - i. Tempat tidur terpasang
7. BOR, LOS, TOI, BTO, NDR, GDR Tahun 2017



Gambar 4.2 Indikator Kinerja RS Tk.II dr. Soedjono Magelang selama tahun 2017  
Sumber: Bagian Yanmed dan Keperawatan RS Tk.II dr. Soedjono Magelang

Berdasarkan indikator pelayanan rawat inap data di atas dapat dijelaskan BOR yaitu rata-rata pemakaian/pemanfaatan tempat tidur pada Tahun 2017 adalah 54,93%, AvLOS yaitu lama hari dirawat di Tahun 2017 rata-rata 4,16 hari, TOI yaitu rata-rata tempat tidur tidak terpakai di Tahun 2017 yaitu 2.59 hari, BTO yaitu frekuensi pemakaian tempat tidur di Tahun 2017 yaitu 63,27, NDR yaitu angka kematian pasien diatas 48 jam dirawat. Pada Tahun 2017



terdapat 292 kasus pasien meninggal setelah 48 jam dari jumlah 14.954 pasien keluar hidup dan mati, diperoleh nilai yaitu 19,08%. ditinjau dari segi capaian NDR di Tahun. 2017 berada pada angka ideal yang diharapkan yaitu  $< 25\%$ . GDR yaitu angka kematian umum, di Tahun 2017 terdapat 547 kasus kematian dari 14.954 pasien keluar hidup dan mati, diperoleh nilai yaitu 35,20%, dari segi capaian GDR di Tahun 2017 berada pada angka normal sesuai standar yaitu  $< 45\%$ .

#### 8. Kunjungan rawat jalan Tahun 2017

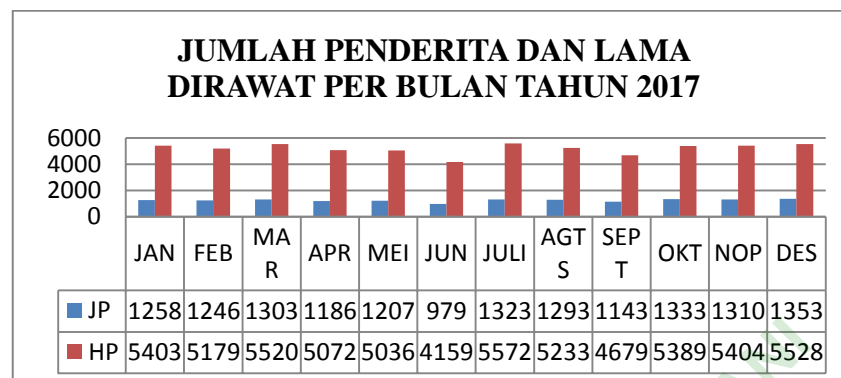
Tabel 4.1 Kunjungan Rawat Jalan

BULAN	KUNJUNGAN	
	BPJS	UMUM
Januari	11477	920
Februari	11961	894
Maret	11801	739
April	11802	731
Mei	13766	887
Juni	11518	668
Juli	14138	1015
Agustus	14621	831
September	16801	737
Oktober	18242	861
November	17292	744
Desember	14540	750
	<b>167959</b>	<b>9777</b>
	<b>177736</b>	

Sumber: Bagian Yanmed dan Keperawatan RS Tk.II dr. Soedjono Magelang

Pada tabel di atas, selama Tahun 2017 bahwa kunjungan tertinggi terjadi pada bulan Oktober dengan jumlah kunjungan 18242 pada pasien BPJS, sedangkan pada pasien umum kunjungan tertinggi terjadi pada bulan Julidengan jumlah pengunjung 1015. Secara keseluruhan jumlah kunjungan baik pasien BPJS maupun umum yaitu 177.736 kunjungan.

## 9. Jumlah Penderita dan Lama Dirawat per bulan Tahun 2017



Gambar 4.3 Jumlah Penderita dan Lama Dirawat Per Bulan RS Tk. II dr. Soedjono Magelang Tahun 2017

Sumber: Bagian Yanmed dan Keperawatan RS Tk.II dr. Soedjono Magelang

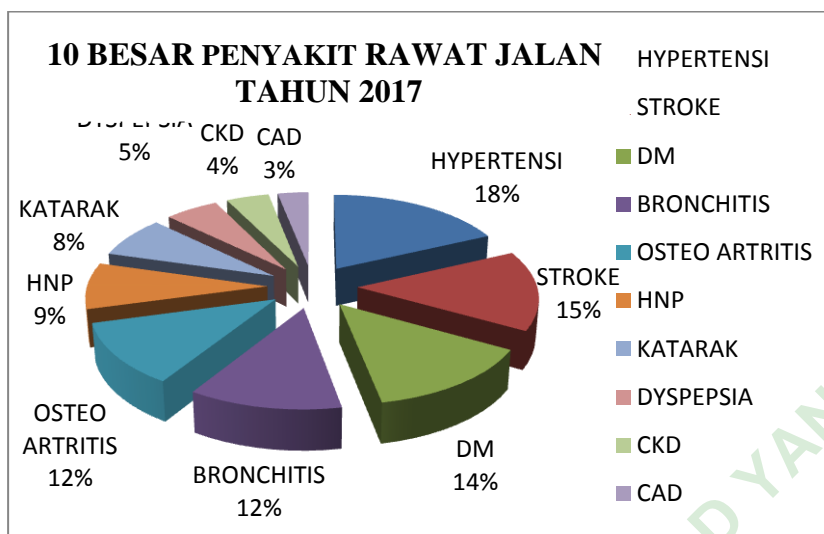
Dari grafik tersebut di atas terlihat bahwa jumlah penderita tertinggi pada bulan Desember yaitu 1.353 pasien dengan jumlah hari rawat 5528 hari sedangkan jumlah penderita terendah pada bulan Juni yaitu 979 pasien dengan jumlah hari rawat 4.159 hari.

## 10. Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Jalan Tahun 2017

Tabel 4.2 : Daftar 10 Besar penyakit Rawat Jalan

No	ICD X	Diagnosa	Jumlah	%
1	I 10	HYPERTENSI	3233	18,14
2	I 69.4	STROKE	2661	14,93
3	E 14,9	DM	2479	13,91
4	J 20.9	BRONCHITIS	2155	12,09
5	M19.9	OSTEO ARTRITIS	2093	11,74
6	M 51	HNP	1539	29,72
7	H 25	KATARAK	1370	7,68
8	K 30	DYSPEPSIA	972	5,45
9	N18	CKD	770	4,32
10	L 25.1	CAD	555	3,11

Sumber: Bagian Yanmed dan Keperawatan RS Tk.II dr. Soedjono Magelang



Gambar 4.4 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Jalan RS Tk.II dr. Soedjono Magelang Tahun 2017

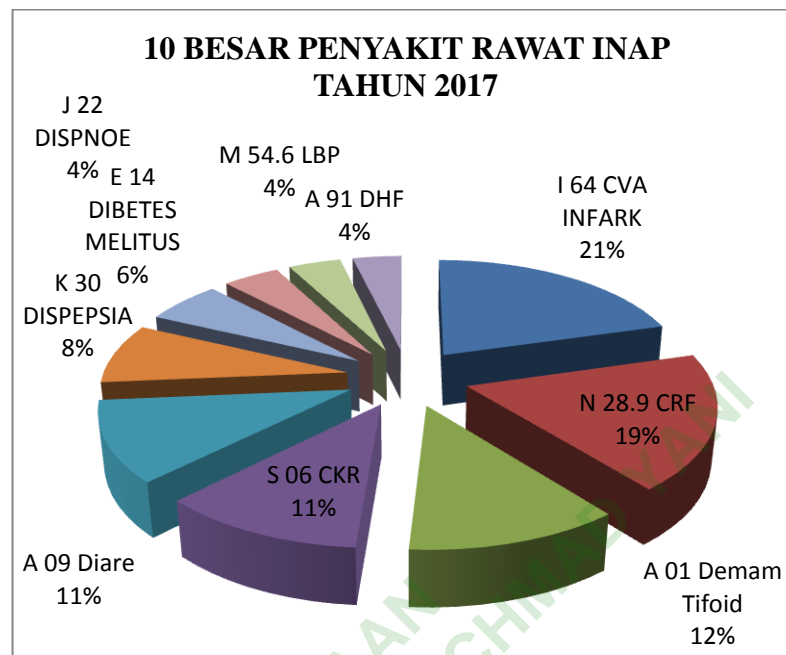
Sumber: Bagian Yanmed dan Keperawatan RS Tk.II dr. Soedjono Magelang

Rangking sepuluh besar penyakit pada Instalasi Rawat jalan tahun 2017 berturut-turut adalah *Hypertensi, Stroke, Diabetes Melitus, Bronchitis Cronis, Osteoarthritis, HNP, Katarak, Dispepsia, CKD dan CAD*. Selama tahun 2017, dapat disimpulkan bahwa pola penyakit terbanyak pada kasus Internis, saraf, paru, sebagian Mata dan urologi.

#### 11. Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap Tahun 2017

Tabel 4.3 Daftar 10 Besar penyakit Rawat Inap

No	Kode	Diagnosa	Jumlah	%
1	I 64	CVA INFARK	734	20,6
2	N 28.9	CRF	666	18,7
3	A 01	DEMAM TIFOID	424	11,9
4	S 06	CKR	408	11,4
5	A 09	Diare	395	11,1
6	K 30	DISPEPSIA	297	8,3
7	E 14	DIBETES MELITUS	211	5,9
8	J 22	DISPNOE	155	4,3
9	M 54.6	LBP	144	4,0
10	A 91	DHF	134	3,8



Gambar 4.5 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap RS Tk.II dr. Soedjono Magelang Tahun 2017

Sumber: Bagian Yanmed dan Keperawatan RS Tk.II dr. Soedjono Magelang

Jenis penyakit pada kelompok sepuluh besar penyakit selama Tahun 2017 CVA menempati rangking pertama disusul kemudian dengan CRF, *Tifoid*, CKR, *GE*, *Dispepsia*, *DM*, *Dispnoe*, *LBP* dan *DHF*. Selama Tahun 2017, dapat disimpulkan bahwa pola penyakit pada instalasi rawat inap terbanyak pada kasus Saraf, urologi, internis, dan Bedah. Kasus muskuloskeletal masuk dalam kasus saraf, salah satu cuntohnya diagnosis LBP (*Low Back Pain*).

## B. Hasil

### 1. Pelaksanaan pengodean Diagnosis Kasus Muskuloskeletal

Berdasarkan hasil observasi terhadap petugas pengodean pelaksanaan pengodean diagnosis kasus mukuloskeletal dilakukan dengan cara:

- a. petugas melihat diagnosis pada lembar ringkasan masuk dan keluar (RM01) dan pada lembar ringkasan keluar (RM05)
- b. petugas melihat pada laporan penunjang untuk memastikan kebenaran diagnosis
- c. petugas menentukan *lead term*
- d. diagnosis dikode menggunakan aplikasi ICD-10 revisi tahun 2004 volume 3
- e. petugas menginputkan kode kedalam SIMRS
- f. menuliskan kode pada lembar ringkasan masuk dan keluar (RM01) dan pada lembar ringkasan keluar (RM05)

untuk kode karakter kelima sudah ada tetapi untuk kode *dagger asterisk* belum ada dalam *database* SIMRS. Hal ini juga dijelaskan dari pernyataan Responden A dan pernyataan Triangulasi:

SIMRS disini belum ter *updatesama* ICD elektroniknya juga belum *update* masih ICD jaman dulu yang versi lama

Responden A

kita rata-rata menggunakan ICD-10 aplikasi, itu pun tidak sesuai SOP, SOP menggunakan buku tetapi pada kenyataannya menggunakan ICD-10 elektronik kemudian pengodean sesuai alur prosedur, tetapi aplikasi ICD-10 belum ter *update* yaitu tahun 2004 hal ini jelas menghambat

Triangulasi

Maksud pernyataan dari triangulasi adalah dalam SOP pengodean menggunakan buku ICD-10 tetapi kenyataannya pengodean dilakukan menggunakan aplikasi ICD-10 yang belum di *update* yakni menggunakan aplikasi ICD-10 revisi tahun 2004, dan terkadang petugas

juga menggunakan buku ICD-10 hal ini menghambat dalam proses pengodean karena petugas harus kerja dua kali.

Dalam pelaksanaan pengodean di RS Tk. II dr. Soedjono Magelang dilakukan oleh 2 (dua) *coder* rumah sakit yang berlatar belakang D-3 rekam medis dan non D-3 rekam medis. Hal ini juga dijelaskan dari pernyataan Responden B:

enggak, saya lulusan S1 Kesmas tapi konsentrasinya ke SIRM (Sistem Informasi Rekam Medis)  
Responden B

Dalam pernyataan dari Responden B menunjukk bahwa *coder* masih ada yang dari non D-3 Rekam Medis. Kemudian terdapat kendala yang ada dalam pengodean diagnosis yaitu ditemukan penelitian diagnosis yang kurang jelas dan belum sesuai dengan terminologi medis yang benar.

Hal ini di kemukakan oleh Triangulasi:

yang pertama penelitian diagnosis yang tidak lengkap atau tidak jelas tidak bisa di akses.. itu yang pertama,, kedua konfirmasi ke DPJP itu susah tentang konfirmasi diagnosis tersebut, akhirnya *coder* membuat kesimpulan sendiri.  
Triangulasi

Dari hasil tersebut dapat diketahui bahwa proses pengodean diagnosis pada pasien rawat inap kasus muskuloskeletal di RS Tk.II dr. Soedjono Magelang belum maksimal, karena penulisan diagnosis tidak lengkap atau tidak jelas dan sulit untuk konfirmasi ke DPJP sehingga *coder* mengambil keputusan sendiri, berdasarkan hasil observasi petugas mengode tanpa melihat ICD-10 volume 1.

Hasil observasi proses pengodean diagnosis di RS Tk. II dr. Soedjono Magelang dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.4 Hasil Observasi Proses Pengodean Diagnosis di RS Tk. II dr. Soedjono Magelang

No	Aspek Yang Diamati	Ya	Tidak
1	Petugas menggunakan aplikasi ICD-10 dalam mengkode	√	
2	Apabila petugas kesulitan menggunakan aplikasi ICD-10 petugas akan menggunakan buku ICD-10	√	
3	Pelaksanaan pengodean sesuai dengan langkah-langkah pengodean pada ICD-10 volume 2		√
4	Petugas membuka lembar ringkasan masuk dan keluar	√	
5	Petugas melihat hasil pemeriksaan penunjang	√	
6	Terdapat kamus kedokteran untuk menunjang dalam pembacaan diagnosis	√	
7	Terdapat catatan baku untuk pedoman diagnosis yang disingkat	√	
8	Petugas menuliskan kode diagnosis pada lembar ringkasan masuk dan keluar	√	
9	Petugas memasukkkan kode diagnosis dalam SIMRS	√	
10	Petugas kurang spesifik dalam mengode	√	

## 2. Persentase Ketepatan Kode Diagnosis Kasus Muskuloskeletal

Pada penelitian ini, peneliti melakukan studi dokumen dengan mengambil sampel sebanyak 81 berkas rekam medis pasien rawat inap dengan kasus muskuloskeletal semester 1 tahun 2018. 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 dan kode diagnosis pada lembar ringkasan masuk dan keluar.

Untuk mengetahui persentase ketepatan kode diagnosis kasus muskuloskeletal pasien rawat inap dengan ICD-10, peneliti membandingkan hasil kode yang ada pada lembar ringkasan masuk dan

keluar dengan kode koreksi yang berasal dari pakar *coding*. Hasil analisis ketepatan kode diagnosis ditunjukkan pada tabel berikut:

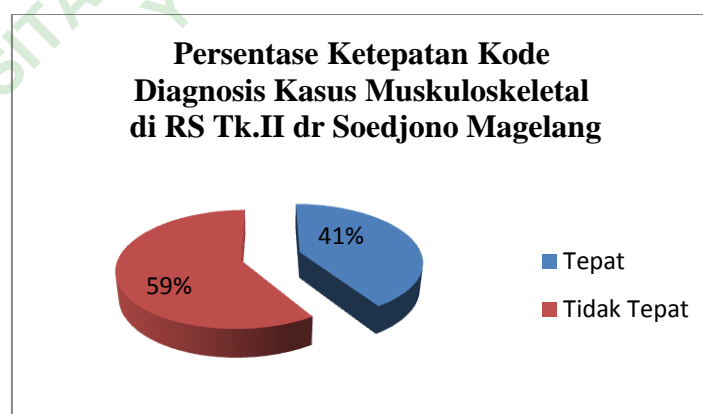
Tabel 4.5 Analisis Keteptan Kode Diagnosis Kasus Muskuloskeletal

No	Kategori	Jumlah	Persentase
1	Kategori Tepat	55	41%
2	Kategori Tidak Tepat	78	59%
<b>Total</b>		133	100%

Sumber: Data Sekunder Rekam Medis di RS Tk. II dr. Soedjono Magelang Semester 1 Tahun 2018

Pada tabel 4.5 dapat dilihat mengenai ketepatan kode diagnosis kasus muskuloskeletal Semester 1 tahun 2018 pada dokumen rekam medis rawat inap di RS Tk.II dr. Soedjono Magelang yaitu masih terdapat kode yang tidak tepat. Dari hasil analisa di peroleh hasil 55 (41%) kode tepat dan kode tidak tepat 78 (59%).

Lebih jelasnya, perbandingan analisis ketepatan pengodean diagnosis kasus muskuloskeletal dengan ICD-10 antara pengodean dari RS Tk. II dr. Soedjono Magelang dengan pakar *coding* dapat dilihat pada grafik berikut:



Gambar 4.6 Persentase Ketepatan Kode Diagnosis Kasus Muskuloskeletal

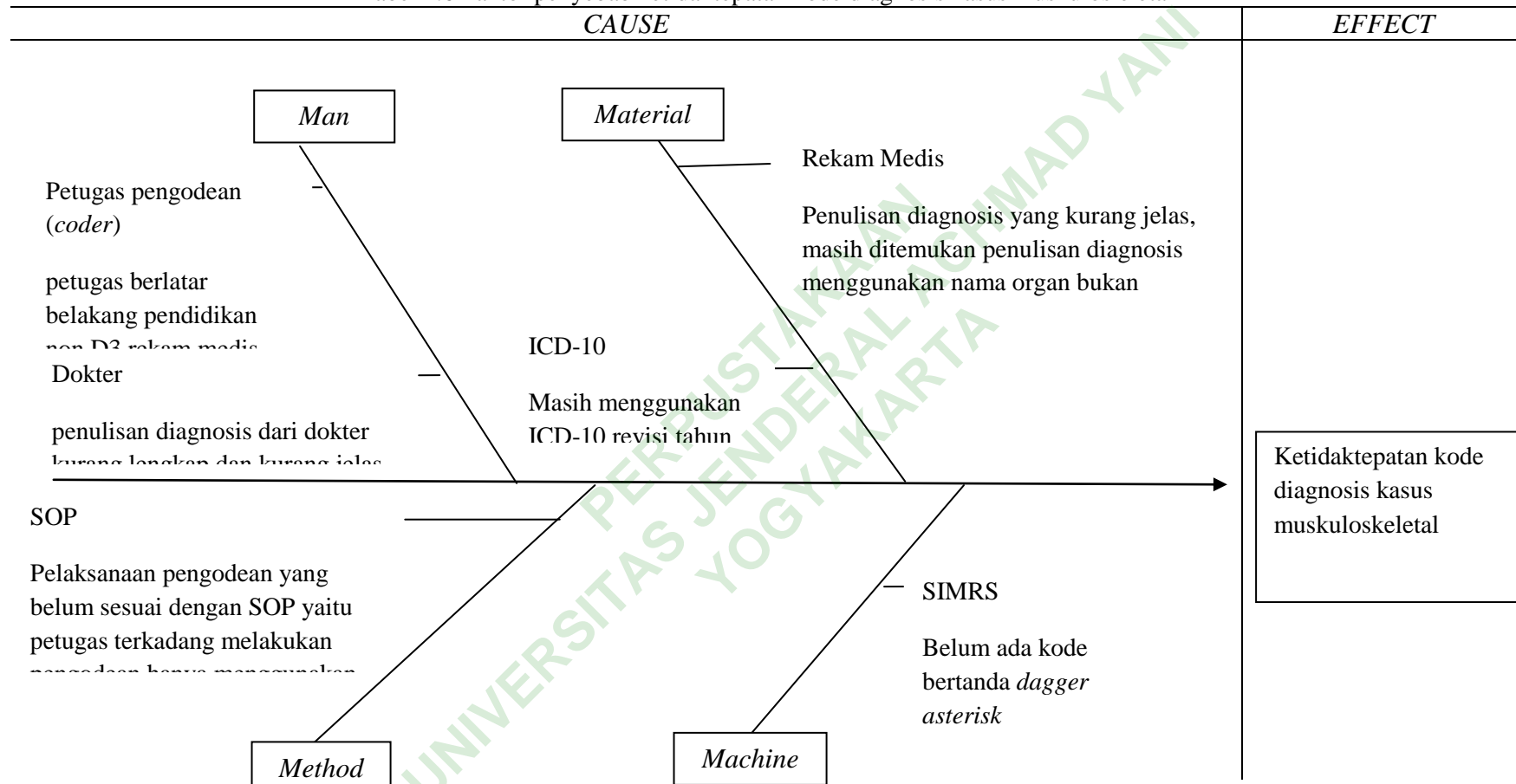


Dari grafik persentase ketepatan kode diagnosis kasus muskuloskeletal adalah 41% kode tepat dan 59% kode tidak tepat. Dalam pengodean kasus muskuloskeletal kode karakter kelima yang menunjukkan tempat atau lokasi penyakit tidak dikode, Selain itu ada kode yang seharusnya menggunakan kode *dagger asterisk* tetapi di rumah sakit dikode tanpa menggunakan *dagger asterisk*.

### **3. Faktor penyebab Ketidaktepatan kode diagnosis kasus muskuloskeletal**

Pada penelitian ini peneliti ingin mengetahui faktor penyebab ketidaktepatan pengodean diagnosis kasus muskuloskeletal. Dari hasil analisis ketepatan pengodean diagnosis kasus muskuloskeletal di peroleh faktor-faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis muskuloskeletal, dengan menggunakan diagram *fishbone*, faktor tersebut antara lain:

Tabel 4.6 Faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis kasus muskuloskeletal



Berdasarkan tabel diatas diketahui faktor-faktor yang menyebabkan ketidaktepatan pengodean diagnosis kasus muskuloskeletal, yaitu dari segi *Man, Material, Method, Machine*. Berikut rincian permasalahan dari empat faktor tersebut:

a. *Man*

1) Dokter

Tulisan dokter kurang jelas atau kurang lengkap sehingga dapat menyebabkan ketidaktepatan dalam pengodean. Hal ini sesuai pernyataan dari Responden B:

<p>penelitian diagnosis tidak jelas atau tidak lengkap Responden B</p>
----------------------------------------------------------------------------

Maksud dari Responden B yaitu *coder* dirumah sakit sering mengalami kesulitan dalam pengodean yaitu penulisan diagnosis yang tidak jelas atau tidak lengkap dan kesulitan dalam konfirmasi ke dokter. Hal ini di juga dikemukakan oleh Triangulasi:

<p>yang pertama penelitian diagnosis yang tidak lengkap atau tidak jelas tidak bisa di akses.. itu yang pertama,, kedua konfirmasi ke DPJP itu susah tentang konfirmasi diagnosis tersebut, akhirnya <i>coder</i> membuat kesimpulan sendiri Triangulasi</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2) Petugas Pengodean

Setiap petugas memiliki kemampuan yang berbeda dalam melakukan tugasnya, dalam hal ini yaitu pengodean diagnosis, Pengodean di RS Tk. II dr. Soedjono Magelang dilakukan oleh 2 (dua) *coder* yang berlatar belakang D-3 rekam medis dan non D-3 rekam medis.

Hal ini sesuai pernyataan Responden B:

<p>enggak, saya lulusan S1 Kesmas tapi konsentrasinya ke SIRM Responden B</p>
-----------------------------------------------------------------------------------

b. *Method*

Dalam setiap kegiatan haruslah ada kebijakan maupun Standar Operasional Prosedur (SOP) yang akan menjadi pedoman dalam bekerja. Dari hasil penelitian di RS Tk. II dr. Soedjono Magelang sudah ada terkait tentang kegiatan pengodean diagnosis. Namun dalam kesehariannya yang dilakukan belum sesuai dengan SOP. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari Triangulasi:

kita rata-rata menggunakan ICD-10 aplikasi, itu pun tidak sesuai SOP, SOP menggunakan buku tetapi pada kenyataannya menggunakan ICD-10 elektronik kemudian pengodean sesuai alur prosedur, tetapi aplikasi ICD-10 belum ter <i>update</i> yaitu tahun 2004, hal ini jelas menghambat
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Triangulasi

Maksud pernyataan dari Triangulasi adalah untuk pengodean menggunakan aplikasi ICD-10 yang belum ter *update* yaitu ICD-10 revisi tahun 2004 sedangkan di dalam SOP menggunakan buku revisi terbaru dan berdasarkan observasi petugas mengode tanpa melihat ICD-10 volume 1 hanya menggunakan ICD-10 volume 3.

c. *Material*

Pelaksanaan pengodean diagnosis di RS Tk. Dr. Soedjono Magelang dilakukan dengan menggunakan aplikasi ICD-10 revisi tahun 2004. Dalam pengodean diagnosis petugas mengaku sering mengalami kesulitan untuk membaca tulisan dokter karena kurang jelas dan kurang lengkapnya penelitian diagnosis yang ada.

Hal ini diperjelas dengan pernyataan Responden A:

Terkadang tulisan diagnosis kurang jelas sih
----------------------------------------------

Responden A

Maksud dari pernyataan Responden A adalah dalam penelitian diagnosis yang kurang jelas.

Keterangan yang sama juga diungkapkan dalam kutipan wawancara dengan Responden B dan Triangulasi:

Penulisan diagnosis tidak jelas atau tidak lengkap

Responden B

penulisan diagnosis yang tidak lengkap atau tidak jelas tidak bisa di akses

Triangulasi

d. *Machine*

Alur pengodean di RS Tk. II dr. Soedjono Magelang dengan petugas membaca Ringkasan Masuk dan Keluar kemudian mengode menggunakan aplikasi ICD-10 tahun 2004, Setelah itu petugas menginputkan kode kedalam SIMRS, tetapi untuk kode *dagger asterisk* belum tersedia dalam database SIMRS. Hal ini juga dijelaskan oleh Triangulasi:

SIMRS nya.....ada, *dagger asterisk* nya yang enggak ada

Triangulasi

## B. Pembahasan

### 1. Pelaksanaan Pengodean Diagnosis Kasus Muskuloskeletal

pelaksanaan pengodean diagnosis kasus mukuloskeletal dilakukan dengan cara petugas melihat diagnosis pada lembar ringkasan masuk dan keluar (RM01) dan pada lembar ringkasan keluar (RM05), lalu petugas melihat pada laporan penunjang untuk memastikan kebenaran diagnosis, setelah itu petugas menentukan *lead term*, kemudian diagnosis dikode menggunakan aplikasi ICD-10 revisi tahun 2004 volume 3, setelah itu petugas akan menginputkan kode kedalam SIMRS dan menuliskan kode pada lembar ringkasan masuk dan keluar (RM01) dan pada lembar ringkasan keluar (RM05). Sedangkan dalam SPO/MKI/IV/2017 tentang pemberian kode penyakit dan kode tindakan

yakni pengodean penyakit menggunakan buku ICD-10 revisi ke 10 dan menggunakan ICD-10 Volume 1, 2, dan 3.

Pelaksanaan pengodean diagnosis kasus muskuloskeletal di RS Tk.II dr Soedjono Magelang di lakukan oleh 2 *coder*. Salah satu *coder* berlatar belakang pendidikan non D3 rekam medis hal ini karena keterbatasan rumah sakit tentang sumber daya manusia yang berlatar belakang D3 rekam medis dan mempunyai sertifikat pelatihan *coder*. maka dari itu pihak rumah sakit membuat kebijakan mengenai petugas *coding* bisa dilakukan oleh petugas non D3 rekam medis dengan syarat sudah melakukan pelatihan *coding*. hal ini bertentangan dengan Permenkes Nomor 55 Tahun 2013 tentang penyelenggaraan pekerjaan perekam medis bahwa syarat minimal petugas harus berlatar belakang D3 Rekam Medis.

## 2. **Persentase Ketepatan Kode Diagnosis Kasus Muskuloskeletal**

Ketepatan kode diagnosis kasus muskuloskeletal di RS Tk. II dr. Soedjono Magelang tahun 2018 dengan jumlah sampel 81 berkas rekam medis, dapat dilihat bahwa persentase ketepatan kode diagnosis sebanyak 41% kode tepat dan 59% kode tidak tepat. Dalam pengodean kasus muskuloskeletal kode karakter kelima yang menunjukkan tempat atau lokasi penyakit tidak dikode, Selain itu ada kode yang seharusnya menggunakan kode *dagger asterisk* tetapi di rumah sakit dikode tanpa menggunakan *dagger asterisk*.

Hal ini karena penulisan diagnosis yang tidak lengkap sehingga petugas harus konfirmasi ke dokter yang merawat pasien sedangkan petugas sulit untuk konfirmasi ke dokter dan petugas kurang memperhatikan *inclusion*, *exclusion* dan catatan yang ada dalam ICD volume 1. Dari hasil tersebut dapat dikatakan ketepatan pengodean masih ada yang kurang tepat. Kualitas data dan informasi pelayanan kesehatan membutuhkan keakuratan dan kekonsistenan data yang dikode.

Menurut Hatta (2014) Ketepatan data diagnosis sangat krusial di bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal lain yang berkaitan dengan asuhan dan pelayann kesehatan. Oleh karena itu diharap petugas pengoden lebih teliti lagi dalam melakukan pengodean sehingga dapat menghasilkan kode yang lebih tepat.

### **3. Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis Kasus Muskuloskeletal**

#### **a. Man**

##### **1) Dokter**

Masih kurangnya kesadaran dokter dalam pendokumentasian diagnosis secara lengkap dan sesuai termonilogi medis yang benar sehingga dapat menjadi hambatan dalam penentuan kode diagnosis kasus muskuloskeletal. Hal ini bertentangan dengan Permenkes No. 269/Menkes/Per/III/2008 pada pasal 5 Ayat (1) disebutkan 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 di buat segera dan dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan. Ayat 3 menyebutkan bahwa pembuatan rekam medis dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah di berikan kepada pasien. Sehingga dalam hal ini dokter mempunyai kewajiban untuk menuliskan diagnosis secara lengkap pada rekam medis pasien.

##### **2) Petugas Pengodean (*Coder*)**

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas pengodean di RS Tk. II 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 No. 55 Tahun 2013 tentang penyelenggaraan Pekerjaan Rekam medis bahwa syarat minimal petugas harus berlatar belakang D3 rekam medis.

b. *Method*

Dalam melaksanakan suatu kegiatan haruslah memiliki SOP atau pedoman yang berisi prosedur-prosedur atau langkah-langkah untuk menjalankan tugasnya. Dari hasil penelitian di RS Tk.II dr Soedjono Magelang sudah terdapat SOP yaitu SPO/MKI/IV/2017 tentang pemberian kode penyakit dan kode tindakan yakni pengodean penyakit menggunakan buku ICD-10 revisi ke 10 dan menggunakan ICD-10 Volume 1, 2, dan 3. Namun berdasarkan hasil wawancara dan observasi di dapat bahwa pelaksanaan pengodean menggunakan aplikasi ICD-10 revisi tahun 2004 dan dalam mengode petugas hanya menggunakan ICD-10 volume 3 tanpa melihat ICD-10 volume 1.

c. *Material*

Dalam kode diagnosis yang tepat memerlukan rekam medis yang informasinya jelas dan lengkap, dalam pengodean di RS Tk.II dr. Soedjono Magelang untuk pelaksanaan pengodean diagnosis mendapat kendala salah satunya adalah informasi yang ada dalam rekam medis yang belum lengkap dan kesulitan dalam membaca tulisan dokter. Hal ini sesuai dengan apa yang didapatkan saat melakukan wawancara terhadap responden. Petugas mengatakan ada beberapa kendala yang didapatkan dalam pengodean diagnosis seperti diagnosis yang ditulis tidak lengkap atau tidak jelas. Terkait hal ini, menurut Budi (2011) penetapan diagnosis pasien merupakan



hak, kewajiban, dan tanggung jawab tenaga medis yang memberikan perawatan pada pasien, dan tenaga *coding* di bagian unit rekam medis tidak boleh mengubah (menambah atau mengurangi) diagnosis yang ada. Tenaga rekam medis bertanggung jawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh tenaga medis. Apabila ada hal yang kurang jelas, tenaga rekam medis mempunyai hak dan kewajiban menanyakan atau berkomunikasi dengan tenaga tenaga kesehatan yang bersangkutan

d. *Machine*

Dalam pelaksanaan pengodean di RS Tk.II dr. Soedjono Magelang petugas membaca Ringkasan Masuk dan Keluar kemudian mengode menggunakan aplikasi ICD-10 tahun 2004, Setelah itu petugas menginputkan kode kedalam SIMRS, tetapi untuk kode *dagger asterisk* belum tersedia dalam *database* SIMRS.