

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum RSPAU dr. S Hardjolukito Yogyakarta

1. Sejarah RSPAU dr. S Hardjolukito Yogyakarta

Berawal dari bangunan sederhana di bentuk TPS (Tempat Pengobatan Sementara) pada tahun 1945 yang berada di dalam area Lanud adi Sutjipto. Dalam perjalanan waktu pada tanggal 9 april 1990 TPS dengan penambahan beberapa bangunan ruang pemeriksaan dan perawatan serta pendukung lainnya secara resmi diubah menjadi Rumah Sakit TNI angkatan Udara “ dr. Suhardi Hardjolukito “ yang bertepatan dengan hari ulang tahun TNI AU (Rumah Sakit Tingkat IV/Tipe D). Tepat pada tanggal 1 Maret 2004 Status RSAU dr. S. Hardjolukito yang berlokasi didalam kompleks perkantoran Lanud Adi Sutjipto telah dinaikan menjadi Rumah Sakit Tingkat III dengan Skep KASAU nomor : Kep/5/III/2004 tanggal 1 Maret 2004.

Tanggal 29 Mei 2006 secara bertahap kegiatan dukungan dan pelayanan kesehatan RSAU dr.S. Hardjolukito dipindahkan ke bangunan yang baru yang berlokasi di Jln. Raya Janti Blok “O” dan dilanjutkan peresmian penggunaannya pada tanggal 2 Agustus 2007 oleh Kepala Staf Angkatan Udara. Selanjutnya seiring dengan perjalanan waktu, tepatnya tanggal 22 Januari 2009 ditetapkan menjadi Rumah Sakit Tingkat II dengan dasar Perkasau no : 8/I/2009 tentang peningkatan Status RSAU dr. S. Hardjolukito dari Tk. III ke Tk. II.

Tidak membutuhkan waktu yang lama RSAU dr. S. Hardjolukito di tingkatkan kembali menjadi Rumah Sakit Pusat TNI AU dengan keluarnya Perpres No 10 tahun 2009 dengan Perkasau no : 93 /X / 212. Dimana tanggal 22 Oktober Operasional RSPAU dr. S. Hardjolukito diresmikan oleh Kepala Staf Angkatan Udara dengan Ka RSPAU pertama adalah Marsekal Pertama TNI dr. Hari Haksono.Sp.THT- KL., Sp.KP.(12 September 2012 s/d 29 Januari 2013)

2. Motto, Visi dan Misi Rumah Sakit

a. Motto

Melayani dengan Profesional dan Penuh Kasih

b. Visi

Menjadi Rumah Sakit rujukan TNI ANGKATAN UDARA yang mampu melaksanakan kegiatan dukungan operasi dan memberikan kualitas pelayanan kesehatan secara profesional di wilayah Indonesia khususnya Jawa Tengah dan DIY.

c. Misi

- 1) Menjamin pelayanan Prima yang berkualitas dan paripurna bagi anggota TNI AU/TNI, PNS dan keluarga serta Masyarakat Umum.
- 2) Mengembangkan SDM yang profesional dan kompeten di bidang pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien serta kesehatan penerbangan pada khususnya secara berkesinambungan.
- 3) Menyelenggarakan pengembangan pendidikan dan latihan, penelitian bidang kesehatan guna menunjang dukungan kesehatan dan pelayanan kesehatan yang optimal.
- 4) Meningkatkan sarana prasarana dan pemeliharaan peralatan serta materiil penunjang lainnya, membangun kerjasama bidang kesehatan, pelayanan masyarakat dan Diklat litbangkes lainnya.

3. Sarana Rumah Sakit

Untuk sarana dan prasaran yang harus dipenuhi misalnya Tempat Tidur pasien harus 400 TT, secara bertahap pada tahun 2012 sudah ada penambahan sebanyak 100 TT hasil dari pengadaan Yanmasum serta bantuan dari APBN sebanyak 30 sehingga berjumlah menjadi 215. Bangunan yang diharapkan dapat menampung 400 TT sudah dibangun pada tahap I yaitu 1 (satu) gedung dengan 3 lantai dengan pembagian Lantai 1 sebagai ruang poliklinik (Jantung, Cath Lab, Lasik, BMD, ESWL, Gama Camera, Fluroskopi, dll), Lantai 2 sebagai ruang perawatan Bedah dan Lantai 3 di peruntukan untuk Ruang perawatan Penyakit

Dalam. Dalam memenuhi kebutuhan 400 TT sudah di bangun satu bangunan yang sama seperti pada tahap 1 serta direncanakan satu lagi bangunan yang sama. Sudah dibangun pula bangunan Ruang Jenazah pada akhir tahun 2013 dan pada akhirnya pembangunan tahap III akan dibangun pada Tahun Anggaran 2014.

RSPAU dr. S. Hardjolukito memiliki Layanan klinik rawat jalan Poliklinik Gilut , Poliklinik Penyakit Dalam, Poliklinik Anak, Poliklinik Bedah, Poliklinik Obsgyn, Poliklinik Saraf, Poliklinik Mata, Poliklinik THT, Poliklinik Kulmin, Poliklinik Umum/*Air crew*, Poliklinik Urologi, Poliklinik Jantung, Poliklinik Orthopaedi, Rehabmedik, Poliklinik Paru, Poliklinik Jiwa, Poliklinik Akupunktur, Poliklinik Bedah Mulut, Poliklinik Bedah Saraf, Poliklinik Onkologi dan Poliklinik VCT. Untuk Rawat Inap RSPAU dr. S. Hardjolukito saat ini memiliki 6 (enam) bangsal, bangsal kebidanan, bangsal penyakit Anak, bangsal bedah kelas III, bangsal Bedah kelas 1 dan 2, bangsal Penyakit dalam kelas 1 dan 2 serta ruang ICU/ICCU/NICU/PICU.

Beberapa bangunan di dirikan pada tahun 2013 dengan dana non APBN hasil Yanmasum meliputi: Pembangunan Ruang Rekam Medis dan SIM RS, Ruang tunggu VIP, penjernih air yang merupakan sumbangan dari KASAU, Pengadaan CCTV, Pemeliharaan Ipal, Ruang pelayanan apotik di UGD, Instalasi Gizi dengan standar Kemenkes RI. Pengadaan ruang tunggu Apotik, Pengadaan Mobil Dinas 1 Unit. Fasilitas Umum yang ada di RSPAU dr. S. Hardjolukito adalah lahan parkir yang memadai, Layanan ATM, Pemulasaraan Jenazah, Kantin “Melati” Koperasi RSPAU dr. S. Hardjolukito.

B. Hasil

1. Pelaksanaan Pengodean Diagnosis Fraktur Pada Pasien Rawat Inap

Pelaksanaan pengodean diagnosis pasien rawat inap di RSPAU dr. S. Hardjolukito Yogyakarta dilakukan dengan cara melihat diagnosis utama pada formulir ringkasan riwayat masuk dan keluar dan resume oleh dokter yang merawat pasien, kemudian diagnosis utama di kode menggunakan buku ICD-10 selanjutnya kode yang didapatkan ditulis pada formulir ringkasan riwayat masuk dan keluar. Kemudian akan di *crosscheck* dibagian SIMRS. Hal ini juga dijelaskan dari pernyataan Responden A :

Eeeee..... Dalam pengodean rawat inap tetep nanti kita akan mengkode di rekam medis pakai buku ICD-10, eeee... Dan tetap juga akan di *crosscheck* di SIMRS. Dikarenakan kode di SIMRS sudah disesuaikan dengan ICD-10. Dimana kalo perawat masukin diagnosis ke SIMRS akan langsung terkode secara otomatis

Responden A

Maksud pernyataan dari Responden A adalah dalam pengodean rawat inap di dalam rekam medis menggunakan buku ICD-10, kemudian kode yang didapatkan akan tetap di *crosscheck* di SIMRS dikarenakan dalam kode SIMRS sudah sesuai dengan ICD-10.

Dari hasil tersebut dapat diketahui bahwa proses pengodean diagnosis fraktur pada pasien rawat inap di RSPAU dr. S. Hardjolukito Yogyakarta belum maksimal, yaitu pengodean langsung dikode dengan menggunakan ICD-10 Volume 3 dalam pengodean diagnosis tanpa melihat pada ICD-10 Volume 1 untuk *crosscheck* kode diagnosisnya. Kemudian terdapat beberapa kendala yang ada dalam pengodean diagnosis yaitu sering dijumpai diagnosis yang kurang jelas dalam penulisannya.

Serta terdapat rekam medis yang telah dikode di SIMRS, tapi kodenya tidak dituliskan di formulir ringkasan keluar dan masuk. Dalam hal ini peneliti melakukan observasi pada proses pengodean diagnosis yang dilakukan oleh petugas rekam medis. Hasil obeservasi proses

pengodean diagnosis di RSPAU dr. S. Hardjolukito Yogyakarta dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.1 Hasil Observasi Proses Pengodean Diagnosis di RSPAU dr. S. Hardjolukito Yogyakarta

No	Aspek yang diamati	Ya	Tidak
1.	Petugas menggunakan buku ICD-10 dalam pengodean	✓	
2.	Petugas pengodean membuka lembar ringkasan masuk dan keluar	✓	
3.	Petugas pengodean melihat hasil pemeriksaan penunjang		✓
4.	Apabila diagnosis tidak terbaca oleh petugas, petugas menanyakan kepada dokter	✓	
5.	Terdapat kamus kedokteran untuk menunjang dalam pembacaan diagnosis		✓
6.	Terdapat catatan baku untuk pedoman diagnosis yang disingkat	✓	
7.	Pengodean dilakukan secara komputerisasi menggunakan program	✓	
8.	Pelaksanaan pengodean sesuai dengan langkah-langkah pengodean pada ICD-10 volume 2		✓
9.	Terdapat kode diagnosis yang tidak ada di program database ICD-10		✓
10.	Petugas kurang spesifik dalam mengode	✓	
11.	Apabila kode tidak muncul dalam database petugas mencari kode secara manual		✓
12.	Petugas menuliskan hasil kode diagnosis pada lembar ringkasan masuk dan keluar		✓

2. Persentase Ketepatan Pengodean Diagnosis Kasus Fraktur Pada Pasien Rawat Inap

Pada penelitian ini, peneliti melakukan studi dokumentasi dengan mengambil sampel sebanyak 70 rekam medis pasien rawat inap dengan diagnosis fraktur tahun 2017. Studi dokumentasi 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 fraktur 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*.

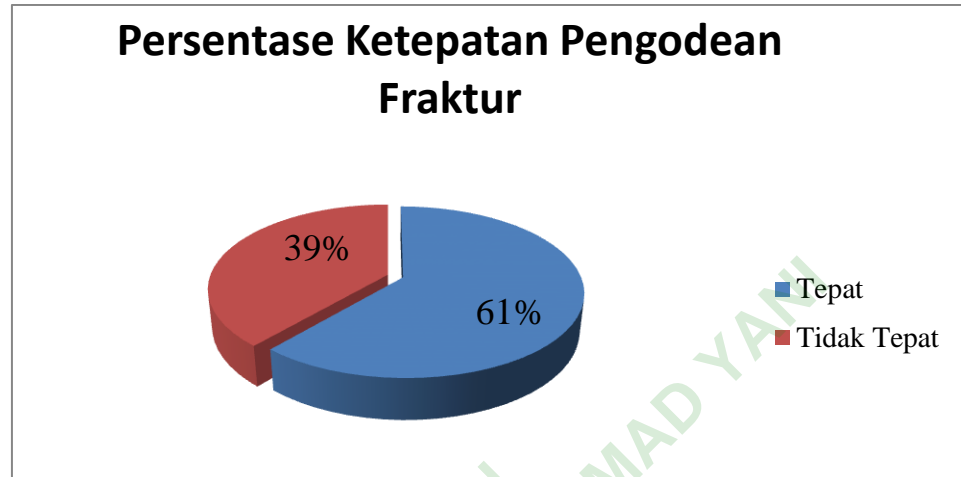
Untuk hasil perbandingan analisis ketepatan kode diagnosis ditunjukkan pada tabel berikut:

Tabel 4. 2 Hasil Perbandingan Analisis Ketepatan Kode Diagnosis

No	Hasil	Tepat	Tidak tepat	Persentase (%)	
				Tepat	Tidak Tepat
1.	Kode Fraktur	43	27	61,42%	38,58%
2.	Kode <i>External Cause</i>	0	100	0	100%

Lebih jelasnya, perbandingan hasil analisis ketepatan kode diagnosis fraktur pasien rawat inap dengan ICD-10 antara pengodean dari RSPAU dr. S Hardjolukiti Yogyakarta dengan pakar *coding* di bagi menjadi 2 hasil, yaitu hasil dari pengodean diagnosis fraktur dan hasil pengodean penyebab luar (*external cause*) yang dapat dilihat pada grafik berikut:

a. Pengodean Diagnosis Fraktur



Gambar 4.1 Persentase Ketepatan Pengodean Fraktur

Dari grafik persentase ketepatan pengodean fraktur di atas, dapat diketahui persentase ketepatan dalam pengodean diagnosis fraktur dan ketidaktepatan pengodean diagnosis fraktur. Dari 70 rekam medis yang dianalisis didapatkan 43 atau 61% rekam medis yang kode diagnosisnya dikatakan tepat dan 27 atau 39% rekam medis yang kode diagnosisnya dikatakan tidak tepat.

Hal ini diperkuat oleh hasil wawancara oleh Responden A terkait apakah anda mengalami kendala dalam melakukan pengodean diagnosis fraktur :

Iyaa karena yang melakukan pengodean disini, kerjanya masih sembrautan de, yaa kamu taukan disini kerjanya masih banyak yang dobel-dobel jadi tidak terlalu fokus disatu kerja aja de, trus kalau seumpamanya ada pengodean yang tidak tepat yaa itu karna kayak gini... eee job tugasnya masih dobel-dobel jadi tidak terlalu bisa fokus kerjanya disitu aja de.

Responden A

Pernyataan di atas menunjukkan bahwa terdapat pengodean yang tidak tepat dikarenakan dalam pengodean diagnosis rawat inap petugas tidak hanya terfokus dalam tugasnya yang melakukan mengkode saja,

tetapi terdapat tugas – tugas lainnya yang dapat mengganggu proses kegiatan pengodean diagnosis pada rawat inap.

b. Pengodean *External Cause*

Dari hasil analisis pengodean *external cause* di RSPAU dr. S Hardjolukito Yogyakarta terhadap 70 rekam medis didapatkan 100% rekam medis yang kode *external cause* nya tidak tepat dikarenakan dalam pengodean *external cause* di RSPAU dr. S Hardjolukito Yogyakarta belum dilakukan.

Hal ini diperkuat oleh hasil wawancara oleh Responden A terkait apakah pengodean kasus cedera fraktur di sini menggunakan kode cedera fraktur dan kode penyebab luar (*external cause*) :

Soalnya di sini tidak ada yang meminta untuk data *external cause*, kayak gitu juga belum menemukan manfaat tee apa, emang kalau di SPO yaa mengacu kepada ICD-10 yang mengharuskan dikode yaa, tapi selama ini belum pernah menemukan permintaan terhadap kode *external cause*.

Responden A

Hal ini senada dengan hasil wawancara dengan Responden B :

Kalau untuk *external cause* gak dikode, soalnya diagnosisnya gak lengkap atau gak detail untuk *external causenya*, gitu sih de.

Responden B

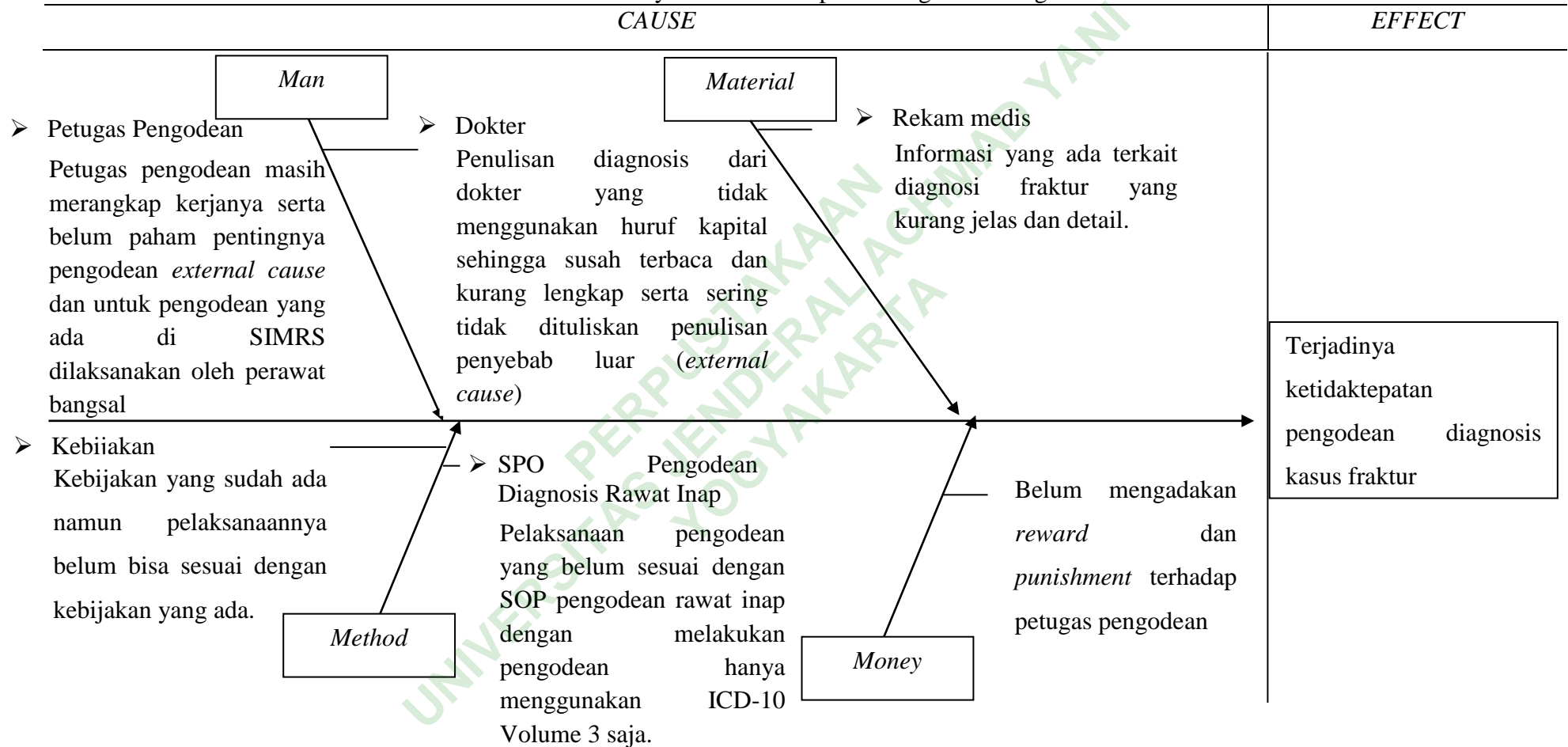
Pernyataan di atas menunjukkan bahwa untuk pengodean *external cause* belum terlaksanakan, dikarenakan petugas belum paham akan pentingnya dari kode *external cause*, serta belum ada permintaan data terkait kode *external cause* dan informasi yang didapatkan dalam rekam medis untuk *external cause* masih belum lengkap, sehingga belum dapat terlaksanakannya pengodean *external cause*.

3. Faktor Penyebab Ketidaktepatan Pengodean Diagnosis Kasus Fraktur Pada Pasien Rawat Inap

Pada penelitian ini peneliti ingin mengetahui faktor penyebab ketidaktepatan pengodean diagnosis fraktur. Dari hasil analisis ketepatan pengodean diagnosis kasus fraktur diperoleh faktor – faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis fraktur, dengan menggunakan diagram fishbone. Faktor – faktor tersebut antara lain, yaitu:

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

Tabel 4.3 Faktor Penyebab Ketidaktepatan Pengodean Diagnosis Fraktur



Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa faktor-faktor yang menyebabkan keterlambatan pendistribusian rekam medis pada rawat jalan, yaitu dari segi *man, method, material, money*. Berikut rincian permasalahan dari empat faktor tersebut:

a. *Man*

1) Dokter

Tulisan dokter yang sulit untuk dibaca dan dokter yang merawat pasien tidak terlalu lengkap dalam penulisan diagnosis fraktur serta jarang menulis penyebab luar. Sehingga dapat menyebabkan ketidaktepatan dalam pengodean yang dilakukan oleh petugas pengodean dan petugas pengodean tidak bisa melakukan pengodean terkait *external cause*. Hal ini didukung oleh pernyataan Responden B:

Kalau..... kalau lengkap dan jelas dokternya nulis diagnosis dan penyebabnya de kita akan kode sampai external causenya juga, tapi dari rekam medisnya tidak lengkap dan jelas yaa jadinya kami gak ngode dee. Trus emang gak ada ketentuan juga disini yang mengharuskan ngode nya sampai external cause de.

Responden B

2) Petugas Pengodean

Setiap petugas memiliki kemampuan yang berbeda dalam melakukan tugasnya, dalam hal ini yaitu pengodean diagnosis, dalam melakukan tugas pengodean di RSPAU dr. S. Hardjolukito Yogyakarta dilaksanakan secara komputerisasi dan juga manual, pengodean komputerisasi dilakukan oleh perawat yang berada di bangsal sedangkan yang manual dilakukan oleh petugas yang saat itu bertugas di *assembling* dan akan langsung melakukan kegiatan pengodean kedalam rekam medis.

Hal ini sesuai dengan hasil wawancara terhadap Responden A :

Di sini tu petugas yang ngode sudah ada di struktur, cuman kan selama ini tau sendiri to de, yang disini pokoknya orang rm yang nge *assembling* sekalian dengan ngode dan yang ngode di SIMRS tu udah terkode langsung di bangsal oleh perawatnya de.

Responden A

Maksud dari pernyataan Responden A adalah untuk kegiatan pengodean sudah ada penanggungjawabnya di dalam struktur di Kasi Rekam Medis, namun untuk kesehariannya yang melakukan pengodean diagnosis rawat inap dilakukan langsung pada saat petugas rekam medis melakukan kegiatan *assembling*, dan untuk kegiatan pengodean pasien rawat inap secara komputerisasi yaitu ketika perawat memasukan data diagnosis pasien ke dalam SIMRS, diagnosis tersebut akan langsung terkode secara otomatis. Untuk pengodeaan diagnosis fraktur petugas pengodean masih kurang peduli terhadap pengodean *external cause*, hal ini sesuai dengan wawancara yang dilakukan terhadap Responden A :

Soalnya di sini tidak ada yang meminta untuk data *external cause*, kayak gitu juga belum menemukan manfaat tee apa, emang kalau di SPO yaa mengacu kepada ICD-10 yang mengharuskan dikode yaa, tapi selama ini belum pernah menemukan permintaan terhadap kode *external cause*.

Responden A

b. *Method*

Dalam setiap kegiatan haruslah mempunyai kebijakan serta Standar Prosedur Operasional (SPO) yang akan dijadikan landasan untuk bekerja. Dari hasil penelitian di RSPAU dr. S. Hardjolukito Yogyakarta sudah terdapat kebijakan serta SPO terkait tentang kegiatan pengodean diagnosis. Dan terdapat kebijakan yang

mengatur tentang petugas yang melakukan kegiatan pengodean penyakit. Namun dalam kesehariannya kegiatan yang dilakukan belum sesuai dengan kebijakan serta SPO yang ada dengan mendapatkan tugas yang tidak hanya melakukan pengodean saja, tetapi melaksanakan kegiatan lainnya dan dalam pengodean petugas biasanya hanya melihat ICD-10 dengan Volume 3 saja. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari Triangulasi :

Kebijakannya kurang dilaksanakan dengan sempurna yaa, dengan petugas yang dapat giliran bertugas di *assembling* langsung merangkap melakukan tugas pengodean.

Triangulasi

Maksud pernyataan dari Triangulasi adalah untuk petugas yang melakukan pengodean yaitu petugas yang saat itu bertugas di *assembling* kemudian akan merangkap tugasnya dengan melakukan pengodean di rekam medis.

Kemudian berdasarkan hasil wawancara dengan Responden B, didapatkan :

Yaa pengodeannya masih juga pakai buku ICD-10, biasanya pake Volume 3 tapi nanti dicocokin di Volume 1. Tapi biasanya yaa cukup sampai di volume 3 aja.

Responden B

Maksud pernyataan dari Responden B adalah untuk pengodean ICD-10 yang digunakan yaitu ICD-10 Volume 3, karena dari ICD Volume 3 sudah terdapat kodenya. Hal ini senada dengan hasil wawancara yang dilakukandengan Responden A :

Yaa tetep kita makai panduan dan kaidah yang ada di ICD-10 de, tapi biasanya menggunakan ICD-10 Volume 3 untuk cari *leadterm* kemudian lebih jelasnya di *crosscheck* di SIMRS nya de, kan kode yang ada di SIMRS sudah sesuai dengan kode ICD-10 nya

Responden A

Maksud pernyataan dari Responden A adalah untuk pengodean yang digunakan yaitu ICD-10 Volume 3 dulu untuk mencari kode dengan menggunakan *leadtermnya*, kemudian hasilnya akan di *crosscheckkan* di SIMRS, dikarenakan kode yang ada di SIMRS sudah mengacu terhadap ICD-10.

c. *Material*

Pelaksanaan pengodean diagnosis pada pasien rawat inap di RSPAU dr. S. Hardjolukito Yogyakarta dilakukan menggunakan ICD-10 pada rekam medis. Dalam pengodean diagnosis, petugas mengaku sering mengalami kesulitan untuk membaca diagnosis di rekam medis, dikarenakan informasi di rekam medis terkait diagnosis serta *external cause* belum jelas dan terkadang kesulitan dalam membaca tulisan dokter dan kurang spesifiknya diagnosis yang ada. Hal ini diperjelas dengan pernyataan responden A :

Dalam penulisan diagnosis disini sering dijumpai yang penulisannya kurang jelas loo de
Responden A

Maksud dari pernyataan Responden A adalah dalam penulisan diagnosis banyak terdapat diagnosis yang penulisannya kurang jelas. Keterangan yang sama juga diungkapkan dalam kutipan wawancara dengan Responden B :

Penulisan diagnosisnya sih masih bisa dibaca karna udah kebiasaan sih yaa, jadi yah gini.... tapi ada beberapa juga yang gak kebaca. Dan banyak juga yang kurang jelas dan ada sih beberapa, seperti paling cuma fraktur ankle tapi gak spesifik tidak dituliskan terbuka atau tertutup. Trus *part-part* nya di feraktur kan harus jelas yaa tapi gak terlalu detail.

Responden B

d. *Money*

Dalam kegiatan pengodean di RSPAU dr. S. Hardjolukito Yogyakarta belum terdapat pemberian *reward* atau *punishment* untuk petugas pengodean. Hal ini diperjelas dari hasil wawancara terhadap Responden A :

Sudah ada sih de, tapi itu gak di khususin per apa-apa gitu de, cuman dilihat dari kinerja kita seperti apa.

Responden B

Hal yang berbeda diberikan oleh Triangulasi sumber :

Neng kene ki ora ono ee, belum..belum... belum ada, karena kita di sini dengan keterbatasan yang ada jadi kita belum terpikir, tapi kedepan musti kalau sudah tercikupi personilnya perbagian, mungkin nanti akan ke sana arahnya

Triangulasi

Dari hasil wawancara tersebut dapat menunjukkan bahwa belum diadakannya pemberian *reward* serta *punishment*.

C. Pembahasan

1. Pelaksanaan Pengodean Diagnosis Fraktur Pada Pasien Rawat Inap

Berdasarkan hasil penelitian mengenai pelaksanaan pengodean diagnosis fraktur pada pasien rawat inap di RSPAU dr. S. Hardjolukito Yogyakarta, pengodean diagnosis dilakukan dengan menggunakan buku ICD-10 dalam mengkode di rekam medis. Hal ini telah sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 50 Tahun 1998 tentang pemberlakuan klasifikasi statistik nasional mengenai penyakit yang menetapkan ICD-10 sebagai klasifikasi statistik nasional.

Dalam hal terkait ini di RSPAU dr. S. Hardjolukito Yogyakarta menetapkan bahwa dalam pengodean diagnosis menggunakan ICD-10 sebagai acuannya, seperti yang ada di SPO dalam pengodean diagnosis

menggunakan ICD-10 Volume 1, 2 dan 3 sebagai pedoman untuk menentukan kode diagnosis. Namun dalam penerapannya pengodean diagnosis di RSPAU dr. S. Hardjolukitp Yogyakarta tidak menggunakan ICD-10 volume 1, pengodean diagnosis hanya berdasarkan pada ICD-10 Volume 3. Setelah mendapatkan kode yang ada terkait *leadterm* petugas hanya meng*crosscheck* nya di SIMRS dan terkadang tidak menuliskan kodenya di formulir lembar masuk dan keluar.

Hal ini tentu bertentangan dengan prosedur pengodean yang ada pada ICD-10 Volume 2. Menurut Hatta (2008), bahwa dalam penentuan pengodean diagnosis harus memperhatikan aturan-aturan khusus seperti perintah *see* dan *see also* yang terdapat pada indeks pada Volume 1, kemudian lihatlah pada volume 1 untuk mencari kode yang paling tepat serta terdapat kode tambahan pada kasus fraktur yang menunjukkan fraktur terbuka atau tertutup, apabila fraktur tidak jelas terbuka atau tertutup maka akan dikode sebagai fraktur tertutup. setelah itu di ICD-10 Volume 2 menjelaskan bahwa dalam pengodean kasus cedera harus dilengkapi dengan kode *external cause* yang terklasifikasi dalam ICD-10 Volume 1 Bab XIX.

Pada kenyataannya di RSPAU dr. S. Hardjolukito Yogyakarta belum melakukan pengodean pada *external cause* dengan alasan informasi yang di dapatkan di rekam tidak lengkap karena dokter terkadang menuliskan penyebab cedera kurang lengkap serta terkadang dokter tidak menuliskan keterangan di item penyebab cedera yang ada di formulir ringkasan masuk dan keluar. Selain itu banyak diagnosis yang tidak dituliskan kodenya di dalam formulir ringkasan masuk dan keluar pada rekam medis. Sehingga saat dilakukan telaah kelengkapan rekam medis maka rekam medis dalam keadaan tidak lengkap serta petugas pengodean harus menuliskan kode pada rekam medis agar kelengkapan rekam medis dapat dikatakan lengkap.

2. Persentase Ketepatan Pengodean Diagnosis Kasus Fraktur Pada Pasien Rawat Inap

a. Pengodean Diagnosis Fraktur

Berdasarkan hasil analisis terhadap ketepatan kode fraktur pada pasien rawat inap di RSPAU dr. S. Hardjolukito Yogyakarta tahun 2017, dapat dilihat bahwa persentase ketepatan kode diagnosis sebanyak 62.42% sedangkan persentase kode diagnosis yang tidak tepat sebanyak 37,58% dengan kata lain dari 70 rekam medis rawat inap dengan diagnosis fraktur yang digunakan sebagai sampel terdapat 43 rekam medis yang tepat kodenya. Dari hasil tersebut dapat dikatakan keakuratan atau ketepatan pengodean masih ada yang kurang tepat. Kualitas data dan informasi pelayanan kesehatan membutuhkan keakuratan dan kekonsistenan data yang dikode.

Menurut Skurka (2003), kualitas dari data yang dikode sangat penting bagi fasilitas pelayanan kesehatan. Keakuratan pengodean sangat penting dalam manajemen data, pembayaran, dan lainnya. Oleh karena itu diharapkan petugas pengodean lebih teliti lagi dalam melakukan pengodean sehingga dapat menghasilkan kode yang lebih akurat atau tepat.

b. Pengodean *External Cause*

Berdasarkan hasil analisis terhadap 70 rekam medis terkait ketepatan pengodean *external cause* pada diagnosis kasus fraktur pasien rawat inap di RSPAU dr. S. Hardjolukito Yogyakarta tahun 2017, didapatkan bahwa dalam pengodean *external cause* menunjukkan hasil angka yang sangat rendah yaitu mencapai 0 % dengan kata lain tidak ada satupun kode *external cause* yang tepat dikarenakan masih belum terlaksananya pengodean *external cause*, dengan alasan bahwa belum ada permintaan dari rumah sakit dan kurangnya informasi yang ada di rekam medis seperti tidak dituliskannya penyebab cedera yang ada pada formulir ringkasan masuk dan keluar. Hal ini bertentangan dengan ICD-10 Volume 2 yang menjelaskan bahwa kode *external*

cause digunakan untuk melengkapi kode diagnosis dengan kasus cedera, keracunan dan konsekuensi lain dari penyebab luar yang terklasifikasi dalam ICD-10 Volume 1 Bab XIX. Oleh karena itu perlunya kesadaran petugas untuk mengisi informasi terkait *external cause* serta melaksanakan pengodean *external cause* sehingga menghasilkan rekam medis yang lengkap dan tepat.

3. Faktor Penyebab Ketidaktepatan Pengodean Diagnosis Kasus Fraktur Pada Pasien Rawat Inap

a. Man

1) Dokter

Masih kurangnya kesadaran dokter dalam pendokumentasian diagnosis kasus fraktur secara lengkap pada rekam medis rawat inap, hal ini dapat mengakibatkan ketidakterisian kode *external cause*. Dalam penulisan diagnosis dari dokter masih kurang lengkap seperti belum spesifiknya diagnosis fraktur yang dialami pasien dengan menuliskan diagnosis secara umum tanpa keterangan fraktur terbuka atau tertutup sehingga dapat menjadi hambatan dalam penentuan kode fraktur karakter ke-5. Hal ini tidak sesuai 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 dibuat 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 diberikan kepada pasien. Sehingga dalam hal ini dokter mempunyai kewajiban untuk menuliskan diagnosis secara lengkap pada rekam medis pasien.

2) Petugas pengodean

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas pengodean di RSPA dr. S. Hardjolukito Yogyakarta dikatakan dalam pengodean rekam medis rawat inap dilaksanakan pada 2 tempat yaitu di rekam medis dan di SIMRS. Petugas yang melaksanakan pengodean rekam medis rawat inap pada rekam medis yaitu petugas pengodean yang berasal dari lulusan D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan yang tugasnya tidak hanya melakukan pengodean saja, tetapi melakukan tugas tambahan seperti *assembling* kemudian setelah melakukan *assembling* terhadap rekam medis petugas akan langsung memberikan kode diagnosis rekam medis tersebut, dengan alasan kurangnya personil petugas yang mengakibatkan dalam kegiatan di rekam medis petugas harus mendapatkan tugas yang tidak di suatu tempat saja. Sehingga dalam melakukan tugas pengodean petugas tidak dapat fokus dan dapat melakukan kesalahan dalam pengodean diagnosis. Hal ini tentunya bertentangan oleh Hatta (2008) yang menyebutkan bahwa sumber daya manusia adalah petugas yang mampu bertanggungjawab dan mampu bekerja secara optimal untuk mencapai tujuan organisasi. Oleh karena itu dilakukannya penambahan petugas baru, sehingga petugas dapat bekerja di satu pekerjaan saja yang diharapkan hasilnya akan lebih optimal lagi. Sedangkan petugas yang melaksanakan pengodean diagnosis pasien rawat inap pada SIMRS adalah perawat yang berada di bangsal yang tidak memiliki kompetensi dalam melakukan klasifikasi dan kodefikasi.

Hal ini tidak sejalan dengan Permenkes No. 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Rekam Medis, dikatakan bahwa seorang perakam medis harus mampu melaksanakan sistem klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tidakan medis sesuai terminologi medis yang benar.

Serta kurang pedulinya petugas untuk melakukan pengodean *external cause* pada rekam medis dan sering ditemukan rekam medis yang kode diagnosisnya belum dituliskan dalam formulir ringkasan masuk dan keluar, yang mengakibatkan ketidaktepatan pengodean *external cause* dikarenakan belum terkodenya sama sekali. Terkait hal ini petugas memberikan alasan bahwa belum pemahamannya hasil data pengodean yang akan digunakan untuk apa dan belum pernah menerima permintaan data terkait *external cause*. Hal ini tidak sejalan dengan Skurka (2003) menyebutkan bahwa petugas rekam medis bertanggung jawab untuk mengkode dan mengklasifikasikan data, memastikan informasi kesehatan lengkap dan tersedia sewaktu-waktu untuk pengguna yang sah. Oleh karena itu petugas pengodean diharapkan untuk melakukan pengodean *external cause* serta melakukan penulisan kode diagnosis pada formulir ringkasan masuk keluar untuk menghasilkan informasi yang lengkap.

b. *Method*

Dalam melaksanakan setiap pekerjaan yang ada di rumah sakit haruslah mempunyai kebijakan yang terkait suatu kegiatan tersebut agar dalam melaksanakan tugasnya petugas sudah mempunyai dasar sebagai acuan. Kebijakan yaitu rangkaian konsep dan yang menjadi garis besar dan dasar bagi rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, serta konsisten dengan tujuan organisasi. Kebijakan yang efektif haruslah rasional, relevan, wajar, direvisi bila diperlukan, disosialisasikan dengan adekuat (Lumeta, 2001).

Dalam hal ini kebijakan di RSPAU dr. S. Hardjolukito Yogyakarta terkait pengodean diagnosis rawat inap sudah ada, namun dalam pelaksanaannya sehari-hari petugas masih belum bisa mengikuti kebijakan yang ada terkait kegiatan pengodean sehingga dalam kegiatan di rekam medis petugas harus mendapatkan tugas yang tidak di suatu tempat saja. Yang sebaiknya untuk pelaksanaan kegiatan

haruslah mengacu terhadap kebijakan yang ada sehingga dalam melaksanakan kegiatannya petugas lebih konsentrasi atau bisa berfokus ke tugas itu saja sehingga hasil dari pekerjaannya lebih maksimal.

Kemudian untuk melaksanakan suatu kegiatan rumah sakit haruslah memiliki SPO. Menurut Tambunan (2008) dalam penelitian Rina dkk (2013) SPO adalah pedoman yang berisi prosedur-prosedur operasional yang ada dalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa setiap keputusan, langkah atau tindakan dan penggunaan fasilitas pemrosesan dilaksanakan oleh orang-orang di suatu organisasi, telah berjalan dengan efektif, konsisten standar dan sistematis. Sedangkan di Instalasi rekam medis di RSPAU dr. S. Hardjolukito Yogyakarta telah ada SPO terkait pengodean diagnosis yang menyebutkan bahwa petugas pengodean harus menggunakan ICD-10 sebagai acuan dalam melaksanakan pengodean diagnosis, dengan menggunakan ICD-10 pada Volume 2 sebagai petunjuk dalam penggunaan ICD-10 dan petugas pengodean harus menuliskan kode pada formulir ringkasan masuk dan keluar. Namun berdasarkan hasil wawancara terhadap responden didapatkan bahwa dalam pelaksanaan pengodean tidak menggunakan ICD-10 volume 1 atau melakukan *crosscheck* di SIMRS dan biasanya hanya melihat ICD-10 dengan Volume 3 dengan alasan bahwa pengodean sudah cukup dikode dengan melihat volume 3 atau di SIMRS yang kodenya telah mengacu pada ICD-10. Dalam suatu kegiatan rekam medis SPO mempunyai pengaruh besar terhadap keberhasilan dalam pelayanan kesehatan yang diberikan di rumah sakit dan menurut Bowman (2001) dalam penelitian Rina dkk (2013) menyebutkan, seperti kebijakan dan prosedur organisasi lainnya, kebijakan dan prosedur pengodean dibutuhkan untuk meningkatkan konsistensi. Oleh karena itu untuk mencapai hasil pengodean yang lebih baik lagi petugas sebaiknya mengikuti SPO yang telah ada.

c. *Material*

Dalam pengodean diagnosis yang akurat memerlukan rekam medis yang informasinya jelas dan lengkap, dalam pengodean di RSPAU dr. S. Hardjolukito Yogyakarta untuk pelaksanaan pengodean diagnosis mendapatkan kendala salah satunya adalah informasi yang ada di 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 fraktur seperti diagnosis yang ditulis belum lengkap atau kurang spesifik serta penulisan diagnosis yang terkadang tidak sesuai dengan diagnosis yang ada di ICD-10. Terkait hal ini, menurut Depkes RI (2006), penetapan diagnosis pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggungjawab dokter, tidak boleh diubah oleh karenanya diagnosis yang ada dalam rekam medis harus diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada buku ICD—10. Oleh karena itu dalam penulisan diagnosis di dalam rekam rekam medis haruslah lengkap sehingga sangat diperlukanya koordinasi antara rekam medis dengan dokter yang merawat pasien.

d. *Money*

Dalam pelaksanaan pengodean di RSPAU dr. S. Hardjolukito Yogyakarta belum melaksanakan *reward* dan *punishment* dengan alasan keterbatasan yang ada, kemudian belum terpikirkan hal terkait ini dan masih belum menentukanya tugas di instalasi rekam medis yang dilaksanakan oleh seorang petugas. Sehingga belum dilaksanakannya pemberian *reward* dan *punishment* untuk petugas pengodean.

Menurut Tahar (2012) konsep *reward* yang dikaitkan dengan jasa atau prestasi kerja seseorang atau manfaat yang telah diberikan karyawan kepada organisasi. Konsep *reward* ini merupakan sistem pembayaran yang mengaitkan imbalan dengan prestasi kerja. Implikasi dari konsep *reward* bahwa seseorang yang memiliki kinerja yang baik,

maka memperoleh imbalan yang lebih tinggi begitu pula sebaliknya. Oleh sebab itu perlu diadakannya konsep *reward* dan *punishment* sehingga dapat meningkatkan kinerja dari petugas rekam medis khususnya petugas pengodean.

D. Hambatan

Pada penelitian ini peneliti mendapatkan hambatan, yaitu :

1. Pertanyaan yang diajukan kepada triangulasi belum semua terjawab karena tidak bisa memberikan keterangan dengan alasan uraian pekerjaan yang berbeda.
2. Adanya kemungkinan responden menjawab kurang jujur, yang menyebabkan hasil penelitian bisa menjadi bias.

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA