

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran RSUD Wonosari

a. Sejarah RSUD Wonosari

Sejarah RSUD Wonosari Kabupaten Gunungkidul tidak lepas dari sejarah Rumah Sakit Petronella Zaman Hindia Belanda. Dimulakan oleh rumah sakit yang tertua dan terbesar yaitu rumah sakit *Petronella*, pada kuadran pertama abad ke-20 beberapa rumah sakit *zending Petronella* didirikan dan dikembangkan di sejumlah wilayah termasuk Wonosari di Gunungkidul. Keadaan saat itu membawa banyak tantangan serta kekurangan sarana dan prasarana mengakibatkan rumah sakit *Petronella* dan *Zending Petronella* menghadapi tugas yang sangat sulit, terutama ketika Gunungkidul dilanda wabah Pathek, Pes, Kwasiorkor, HO, Marasmus, serta Penyakit Kulit. Pelayanan kesehatan senantiasa diberikan melalui perawatan serta pemberian obat setiap saat.

Balai Pengobatan *Zending Petronella* berusaha mengenalkan cara penyembuhan ala negara barat terhadap penduduk asli Gunungkidul. Terbatasnya tenaga dokter, alat-alat medis, kamar perawatan, perawat yang ahli dan terlatih serta obat-obatan yang terbatas menjadi rintangan saat itu. Bagi ratusan ribu penduduk asli obat bagaikan “setetes air”.

Zending Petronella Wonosari kemudian mengadakan pelatihan “juru rawat” bagi masyarakat asli. Mereka diajarkan dan dibimbing untuk mendeteksi adanya bakteri dengan menggunakan mikroskop, hingga perlahan mereka dapat memahami dan menguasai cara pengobatan barat. Dengan adanya juru rawat pribumi meningkatkan kepercayaan masyarakat kepada *Zending Petronella* Wonosari.

Semakin dipercaya masyarakat *Zending Petronella* Wonosari, kemudian Rumah Sakit Petronella Pusat di Kota Yogyakarta memiliki cita-cita untuk memajukan *Zending Petronella* menjadi seperti Balai

Pengobatan. Selepas pengkajian, bisa disimpulkan bahwasanya diperlukan balai pengobatan yang baik yang dikelola oleh rumah sakit pusat Kota Yogyakarta. Selain itu juga memiliki rencana untuk mempunyai kendaraan untuk mengangkut pasien yaitu ambulance.

Menghadapi kondisi kesehatan penduduk asli saat itu, dr. *H.S. Pruys* (pimpinan *Petronella* Pusat/Induk di Kota Yogyakarta) berusaha membangun rumah sakit pembantu dengan membuat kerjasama dengan Pemerintah Kesultanan Yogyakarta pada tahun 1912. Pemerintah kolonial belanda saat itu tak seluruhnya setuju dengan cara yang diusahakan oleh dr. *H.S. Pruys*, karena penanganan dan penyembuhan kepada masyarakat dilakukan oleh para tenaga yang tidak profesional. Tak hanya itu situasi keuangan masyarakat dan kurangnya tenaga medis mempengaruhi perawatan medis. Tantangan itu malah mendorong dr. *H.S. Pruys* untuk mewujudkan impiannya.

Guru besar ilmu pengobatan tropik dari Universitas Amsterdam *Prof. Snijders* selepas mengunjungi rumah sakit *Zending* di Pulau Jawa membuat analisa bahwa kehadiran rumah sakit dan balai pengobatan *zending* kian menarik dan stabil. Hal ini dikarenakan *Zending* yang paling akrab dengan rakyat pribumi. Alhasil semua dokter di *Zending Petronella* di Jawa berupaya yakin menjalani panggilan hidup mereka dengan berbaur dan bersatu dengan penduduk asli.

Sebagai rumah sakit pusat, *Petronella* dilengkapi peralatan dengan tenaga perawat Eropa dan pribumi yang banyak. Sementara itu balai pengobatan *Zending Petronella* digunakan sebagai rumah sakit tambahan yang dipimpin seorang perawat berpengalaman. Didukung telepon yang terhubung dengan rumah sakit pusat serta mempunyai mobil poliklinik yang rutin melakukan perjalanan untuk masyarakat.

Akhirnya Balai Pengobatan *Zending Petronella* Wonosari saat akhir pendudukan Jepang dan awal kemerdekaan Indonesia dialihkan ke Balai Pengobatan di Dusun Jeruksari Wonosari. Pemindahan itu berlandaskan data arsip tertulis dari kantor Arsip Nasional Republik

Indonesia yang terdapat informasi bahwa Balai Pengobatan Klinik Wonosari telah ditutup sejak 1 Desember 1948. Setelah ditutup Balai Pengobatan *Zending Petronella* Wonosari dipindahkan ke daerah yang sekarang disebut Jeruksari. Atas persetujuan dan pertimbangan tersebut maka diputuskan hari lahir RSUD Wonosari pada tanggal 24 Desember 1948.

Dari awal pembentukan hingga saat ini, RSUD Wonosari sudah banyak mengalami peningkatan baik pada fisik bangunan, sarana dan prasarana maupun sumber daya manusianya. Tak hanya itu, berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 201/MENKES/SK/II/1993 tanggal 26 Februari 1993 rumah sakit mengalami peningkatan status mulai dari tipe D menjadi tipe C pada tahun 1993.

b. Visi dan Misi RSUD Wonosari

1) Visi dan Misi

a) Visi :

“Rumah Sakit Pilihan Masyarakat, Mandiri, Berbudaya, Bermutu Dalam Pelayanan dan Pendidikan”

b) Misi :

(1) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, mengutamakan pasien dan terjangkau.

(2) Menyelenggarakan pendidikan dan penelitian berkualitas yang bersinergi dengan pelayanan.

(3) Meningkatkan kapasitas sumber daya manusia profesional, inovatif, berkarakter dan berbudaya.

(4) Mengoptimalkan sarana dan prasarana pelayanan yang terstandar.

2. Karakteristik Informan

Berikut ini adalah karakteristik informan utama dalam penelitian ini terkait dengan Faktor Ketidaktepatan Pengodean Diagnosis pada Kasus Patah Tulang Rawat Inap di RSUD Wonosari yaitu:

Tabel 4. 1 Karakteristik Informan Utama

| Informan | Jenis Kelamin | Umur | Latar Pendidikan | Masa Kerja |
|----------|---------------|----------|------------------|------------|
| A | Perempuan | 32 tahun | D3 Rekam Medis | 4 tahun |
| B | Perempuan | 24 tahun | D3 Rekam Medis | 4 tahun |
| C | Perempuan | 26 tahun | D3 Keperawatan | 1 tahun |

Sumber: data primer

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa terdapat 3 informan utama semua berjenis kelamin perempuan dengan usia paling rendah 24 tahun dan paling tinggi 32 tahun. Dengan latar belakang pendidikan D3 (Diploma 3). Lama bekerja paling lama yaitu 4 tahun dan terbaru adalah 1 tahun. Informan Triangulasi sumber berjumlah 1 orang yaitu Kasubag Data dan Rekam Medis dengan latar belakang pendidikan S2.

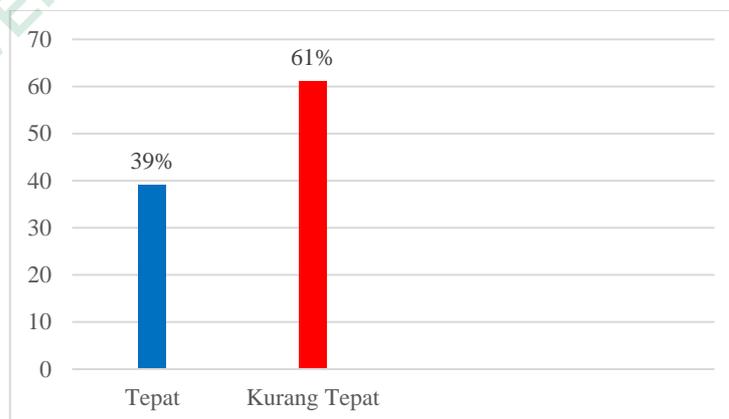
3. Ketepatan Pengodean Diagnosis Patah Tulang Rawat Inap

Dibawah ini adalah data tentang analisis ketepatan kode diagnosis kasus patah tulang rawat inap yang ada di RSUD Wonosari.

Tabel 4. 2 Persentase Ketepatan Pengodean Diagnosis Kasus Patah Tulang RI Tahun 2022

| Kategori | Jumlah | Persentase (%) |
|--------------|--------|----------------|
| Tepat | 32 | 39 |
| Kurang Tepat | 50 | 61 |
| Jumlah | 82 | 100 |

Sumber: data primer



Gambar 4. 1 Persentase Ketepatan Pengodean Diagnosis Kasus Patah Tulang RI Tahun 2022 di RSUD Wonosari

Sumber: data primer

Berdasarkan Tabel 4.2 dan Gambar 4.1 menunjukkan dari sampel sebanyak 82 berkas, jumlah kode diagnosis yang tepat sebesar 32 berkas (39%) dan kode diagnosis yang kurang tepat sebanyak 50 berkas (61%). Berikut adalah contoh diagnosis hasil penelitian di RSUD Wonosari:

Tabel 4. 3 Hasil Pengodean

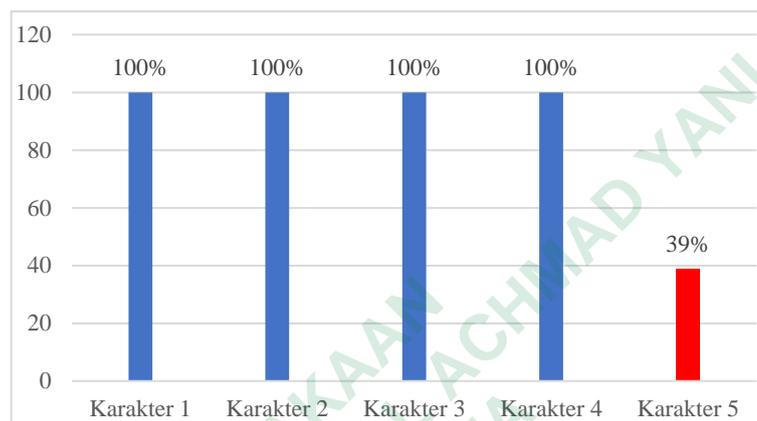
| No | Diagnosis | Hasil Kode | Karakter | | | | | Tepat | Kurang Tepat | Koreksi Mahasiswa | Koreksi Ahli Coder |
|-----|---|------------|----------|---|---|---|---|-------|--------------|-------------------|--------------------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| 1. | Fracture of nasal bones | S02.2 | | | | √ | | √ | S02.20 | S02.20 | |
| 2. | Fracture of nasal bones, closed | S02.20 | | | | | √ | √ | | S02.20 | |
| 3. | Fracture of other parts of forearm | S52.8 | | | | √ | | √ | S52.80 | S52.80 | |
| 4. | Fracture of other finger | S62.6 | | | | √ | | √ | S62.60 | S62.60 | |
| 5. | Fracture of upper end of tibia | S82.1 | | | | √ | | √ | S82.10 | S82.10 | |
| 6. | Fracture of lower end of radius, open | S52.51 | | | | | √ | √ | | S52.51 | |
| 7. | Fracture of lower end of humerus | S42.4 | | | | √ | | √ | S42.40 | S42.40 | |
| 8. | Fracture of shaft of tibia | S82.2 | | | | √ | | √ | S82.20 | S82.20 | |
| 9. | Fracture of femur, part unspecified | S72.9 | | | | √ | | √ | S72.90 | S72.90 | |
| 10. | Fracture of other toe, closed | S92.50 | | | | | √ | √ | | S92.50 | |
| 11. | Fracture of thumb | S62.5 | | | | √ | | √ | S62.50 | S62.50 | |
| 12. | Fracture of nasal bones | S02.2 | | | | √ | | √ | S02.20 | S02.20 | |
| 13. | Fracture of other metacarpal bone, closed | S62.30 | | | | | √ | √ | | S62.30 | |
| 14. | Fracture of clavicle | S42.0 | | | | √ | | √ | S42.00 | S42.00 | |
| 15. | Fracture of shaft of humerus | S42.3 | | | | √ | | √ | S42.30 | S42.30 | |
| 16. | Fracture of tooth, closed | S02.50 | | | | | √ | √ | | S02.50 | |
| 17. | Fracture of fibula alone | S82.4 | | | | √ | | √ | S82.40 | S82.40 | |
| 18. | Fracture of first metacarpal bone | S62.2 | | | | √ | | √ | S62.20 | S62.20 | |
| 19. | Fracture of femur, part unspecified, closed | S72.90 | | | | | √ | √ | | S72.90 | |
| 20. | Fracture of clavicle, closed | S42.00 | | | | | √ | √ | | S42.00 | |
| 21. | Fracture of lower end of radius, open | S52.51 | | | | | √ | √ | | S52.51 | |
| 22. | Fracture of patella | S82.0 | | | | √ | | √ | S82.00 | S82.00 | |
| 23. | Fracture of lower end of both ulna and radius | S52.6 | | | | √ | | √ | S52.60 | S52.60 | |

| No | Diagnosis | Hasil Kode | Karakter | | | | | Tepat | Kurang Tepat | Koreksi Mahasiswa | Koreksi Ahli Coder |
|-----|---|------------|----------|---|---|---|---|-------|--------------|-------------------|--------------------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| 24. | Fracture of lumbar vertebra | S32.0 | | | | √ | | √ | S32.00 | S32.00 | |
| 25. | Fracture of rib, closed | S22.30 | | | | | √ | √ | | S22.30 | |
| 26. | Fracture of pubis | S32.5 | | | | √ | | √ | S32.50 | S32.50 | |
| 27. | Fracture of other finger, open | S62.61 | | | | | √ | √ | | S62.61 | |
| 28. | Fracture of patella | S82.0 | | | | √ | | √ | S82.00 | S82.00 | |
| 29. | Fracture of clavicle | S42.0 | | | | √ | | √ | S42.00 | S42.00 | |
| 30. | Fracture of malar and maxillary bones, closed | S02.40 | | | | | √ | √ | | S02.40 | |
| 31. | Fracture of upper end of tibia | S82.1 | | | | √ | | √ | S82.10 | S82.10 | |
| 32. | Fracture of other parts of forearm, closed | S52.80 | | | | | √ | √ | | S52.80 | |
| 33. | Fracture of thumb | S62.5 | | | | √ | | √ | S62.50 | S62.50 | |
| 34. | Fracture of foot, unspecified | S92.9 | | | | √ | | √ | S92.90 | S92.90 | |
| 35. | Fracture of lower leg, part unspecified | S82.9 | | | | √ | | √ | S82.90 | S82.90 | |
| 36. | Fracture of other metacarpal bone, open | S62.31 | | | | | √ | √ | | S62.31 | |
| 37. | Fracture of shafts of both ulna and radius | S52.4 | | | | √ | | √ | S52.40 | S52.40 | |
| 38. | Fracture of rib | S22.3 | | | | √ | | √ | S22.30 | S22.30 | |
| 39. | Fracture of other toe, closed | S92.50 | | | | | √ | √ | | S92.50 | |
| 40. | Multiple fractures of forearm, closed | S52.70 | | | | | √ | √ | | S52.70 | |
| 41. | Fracture of shaft of ulna | S52.2 | | | | √ | | √ | S52.20 | S52.20 | |
| 42. | Multiple fractures of foot, open | S92.71 | | | | | √ | √ | | S92.71 | |
| 43. | Fracture of patella | S82.0 | | | | √ | | √ | S82.00 | S82.00 | |
| 44. | Fracture of fibula alone | S82.4 | | | | √ | | √ | S82.40 | S82.40 | |
| 45. | Fracture of thumb, open | S62.51 | | | | | √ | √ | | S62.51 | |
| 46. | Fracture of nasal bones | S02.2 | | | | √ | | √ | S02.20 | S02.20 | |
| 47. | Fracture of nasal bones, closed | S02.20 | | | | | √ | √ | | S02.20 | |
| 48. | Fracture of other metacarpal bone | S62.3 | | | | √ | | √ | S62.30 | S62.30 | |
| 49. | Fracture of metatarsal bone | S92.3 | | | | √ | | √ | S92.30 | S92.30 | |
| 50. | Fractures of other parts of femur | S72.8 | | | | √ | | √ | S72.80 | S72.80 | |
| 51. | Fracture of lumbar vertebra, closed | S32.00 | | | | | √ | √ | | S32.00 | |

| No | Diagnosis | Hasil Kode | Karakter | | | | | Tepat | Kurang Tepat | Koreksi Mahasiswa | Koreksi Ahli Coder |
|-----|---|------------|----------|---|---|---|---|-------|--------------|-------------------|--------------------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| 52. | Fracture of clavicle | S42.0 | | | | √ | | √ | S42.00 | S42.00 | |
| 53. | Fracture of scapula, closed | S42.10 | | | | | √ | √ | | S42.10 | |
| 54. | Fracture of nasal bones | S02.2 | | | | √ | | √ | S02.20 | S02.20 | |
| 55. | Fracture of first metacarpal bone | S62.2 | | | | √ | | √ | S62.20 | S62.20 | |
| 56. | Fracture of fibula alone | S82.4 | | | | √ | | √ | S82.40 | S82.40 | |
| 57. | Fracture of lower end of radius, closed | S52.50 | | | | | √ | √ | | S52.50 | |
| 58. | Multiple fractures of forearm, closed | S52.70 | | | | | √ | √ | | S52.70 | |
| 59. | Fracture of femur, part unspecified, closed | S72.90 | | | | | √ | √ | | S72.90 | |
| 60. | Fractures of other parts of femur | S72.8 | | | | √ | | √ | S72.80 | S72.80 | |
| 61. | Fracture of other finger | S62.6 | | | | √ | | √ | S62.60 | S62.60 | |
| 62. | Fracture of clavicle | S42.0 | | | | √ | | √ | S42.00 | S42.00 | |
| 63. | Fracture of shaft of tibia | S82.2 | | | | √ | | √ | S82.20 | S82.20 | |
| 64. | Fracture of other and unspecified parts of wrist and hand, closed | S62.80 | | | | | √ | √ | | S62.80 | |
| 65. | Fracture of upper end of radius | S52.1 | | | | √ | | √ | S52.10 | S52.10 | |
| 66. | Fracture of calcaneus | S92.0 | | | | √ | | √ | S92.00 | S92.00 | |
| 67. | Fracture of other carpal bone(s), open | S62.11 | | | | | √ | √ | | S62.11 | |
| 68. | Fracture of shaft of tibia | S82.2 | | | | √ | | √ | S82.20 | S82.20 | |
| 69. | Fracture of other parts of forearm | S52.8 | | | | √ | | √ | S52.80 | S52.80 | |
| 70. | Fracture of shaft of radius, closed | S52.30 | | | | | √ | √ | | S52.30 | |
| 71. | Fracture of fibula alone, closed | S82.40 | | | | | √ | √ | | S82.40 | |
| 72. | Fracture of lower end of radius, closed | S52.50 | | | | | √ | √ | | S52.50 | |
| 73. | Fracture of shaft of humerus | S42.3 | | | | √ | | √ | S42.30 | S42.30 | |
| 74. | Fracture of neck of femur | S72.0 | | | | √ | | √ | S72.00 | S72.00 | |
| 75. | Fracture of clavicle | S42.0 | | | | √ | | √ | S42.00 | S42.00 | |
| 76. | Fracture of patella, closed | S82.00 | | | | | √ | √ | | S82.00 | |
| 77. | Fracture of lower end of both ulna and radius | S52.6 | | | | √ | | √ | S52.60 | S52.60 | |
| 78. | Fracture of shaft of radius, closed | S52.30 | | | | | √ | √ | | S52.30 | |
| 79. | Fracture of medial malleolus | S82.5 | | | | √ | | √ | S82.50 | S82.50 | |

| No | Diagnosis | Hasil Kode | Karakter | | | | | Tepat | Kurang Tepat | Koreksi Mahasiswa | Koreksi Ahli Coder |
|-----|----------------------------------|------------|----------|---|---|---|---|-------|--------------|-------------------|--------------------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| 80. | Fracture of thumb | S62.5 | | | | √ | | √ | S62.50 | S62.50 | |
| 81. | Fracture of talus, open | S92.11 | | | | | √ | √ | | S92.11 | |
| 82. | Fracture of other finger, closed | S62.60 | | | | | √ | √ | | S62.60 | |

Sumber: data primer



Gambar 4. 2 Hasil Ketidaktepatan Berdasarkan Karakter di ICD-10

Sumber: data primer

Berdasarkan tabel 4.2 dan gambar 4.1 penyebab tingginya presentase kode yang kurang tepat dapat dilihat di tabel 4.3 dikarenakan pengodean patah tulang tidak lengkap hingga karakter ke 5. Penambahan karakter ke-5 diperlukan untuk menjelaskan jenis patah tulang terbuka atau tertutup apabila diagnosis patah tulang tidak disebutkan terbuka atau tertutup maka diklasifikasikan sebagai patah tulang tertutup.

4. Faktor Yang Mempengaruhi Ketidaktepatan Pengodean Diagnosis Kasus Patah Tulang Rawat Inap Aspek Man

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan di RSUD wonosari diketahui bahwa petugas yang melakukan pekerjaan pengodean adalah petugas *coder* yang berlatarbelakang D3 rekam medis dan terdapat 4 petugas *coder*. Namun, belum semua petugas *coder* mengikuti pelatihan *coding*. Hal ini dijelaskan oleh pernyataan informan sebagai berikut:

“Pernah, tapi cuma ee... baru saya”.

Informan A

“Iyaa pernah mengikuti pelatihan”.

Informan B

Hal ini juga sejalan dengan pernyataan triangulasi sumber. Hal ini ditegaskan sebagai berikut:

“Iyaa pelatihan. Karena kita yang pokok kan 4 orang ya kalau yang lainnya tu cuma membantu walau pun perekam medis gitu, yang 4 itu yang terakhir kemarin habis kita kirim yang 3 terus nanti yang 1 rencananya di bulan Juli itu juga dikirim lagi”.

Triangulasi

Salah satu penyebab ketidaktepatan pengodean yaitu terdapat kendala saat melakukan pengodean. Hal ini dinyatakan oleh pernyataan informan sebagai berikut:

“Eee ada sih dek, kadang di resume nya sama hasil penunjangnya beda to”.

Informan A

“Yaa terdapat kendala terkait kelengkapan rekam medis dan tulisan yang tidak terbaca seperti di RMK”.

Informan B

Maksud dari pernyataan informan A dan B adalah petugas kesulitan pada saat mengode di lembar ringkasan masuk dan keluar karena masih dalam bentuk manual jadi diagnosis harus dibaca secara manual dan sebagian besar tulisan tidak terbaca. Hal ini juga sejalan dengan pernyataan triangulasi sumber. Hal ini ditegaskan sebagai berikut:

“Ada... jadi eee kalau kita kan ngodingnya yang diresume ya... nah ketika ngoding di resume itu kan kita ngodingnya masih sesuai yang apa yang ditulis di resume sedangkan kadang-kadang ee DPJP atau PPA yang ada di rawat inap apa yang ada di pelayanan itu kadang-kadang nulis diagnosanya nggak tepat... kaya misalkan kemarin kita sedang audit klinis untuk stroke ya nah ditulisnya tu SNH sedangkan ada hasil CT scan nya ada infark misalkan kaya gitu nah kadang-kadang mempengaruhi to kodenya jadi tidak tepat”.

Triangulasi

Maksud dari triangulasi sumber tersebut adalah para petugas *coder* melakukan pengodean diagnosis masih sesuai dengan apa yang tertulis di resume medis saja.

5. Faktor Yang Mempengaruhi Ketidaktepatan Pengodean Diagnosis Kasus Patah Tulang Rawat Inap Aspek *Material*

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan diketahui bahwa untuk resume medis sudah dalam bentuk elektronik sehingga memudahkan petugas *coder* dalam membaca diagnosis namun terkadang terdapat perbedaan diagnosis antara e-resume dengan RMK. Namun jika menemui kesulitan saat membaca diagnosis diberkas rekam medis maka petugas akan melakukan konfirmasi kepada dokter. Hal ini dijelaskan oleh triangulasi sumber sebagai berikut:

“Iyaa... pernah... kadang tulisan dokter kan kadang-kadang wong dokter tu kadang-kadang ada yang ndak bisa baca tulisannya sendiri gitu to. Yaa nanti akhirnya kita konfirmasi ke dokternya kita bawa rekam medisnya, kalau dari rekam medis nya dari CPPT nya kan kelihatan ooo ini ki ini gitu”.

Triangulasi

Perawat juga melakukan konfirmasi kepada dokter apabila diagnosis tidak tertulis secara lengkap dan tulisan dokter yang tidak jelas. Hal ini dijelaskan oleh pernyataan informan sebagai berikut:

“Misal ada yang kurang lengkap atau ada tulisan yang kurang jelas atau ada advis-advis dokter pasti kita evaluasi ulang bener apa engga kaya gitu”.

Informan C

Hasil wawancara dengan informan juga masih terdapat kendala pada berkas yang lainnya karena masih dalam bentuk manual karena masih ada tulisan dokter yang tidak jelas seperti di ringkasan masuk dan keluar. Hal ini juga ditegaskan oleh triangulasi sumber sebagai berikut:

“Ringkasan masuk dan keluar... kemungkinan masih... tapi dikit kalau itu karena kan banyak pilihannya kalau yang ringkasan masuk keluar kalau yang diresume nya kita sudah pakai elektronik tapi kalau yang ringkasan masuk keluar... yaa mungkin satu dua yaa kalau sekarang karna kan yang disitu data sosial di atas sudah ada lainnya kan cuma pilihan-pilihan, cuma nulis yang didiagnosa, sementara itu saya rasa enggak itu kayanya aman kalau yang untuk ringkasan masuk keluar”.

Triangulasi

6. Faktor Yang Mempengaruhi Ketidaktepatan Pengodean Diagnosis Kasus Patah Tulang Rawat Inap Aspek *Method*

Berdasarkan hasil wawancara terdapat SPO untuk penentuan diagnosis secara keseluruhan yaitu tidak dikhususkan hanya untuk penentuan karakter ke 5 seperti kasus patah tulang. Hal ini dijelaskan oleh pernyataan informan sebagai berikut:

“Untuk di SPO nya belum dituliskan untuk penentuan karakter ke 5 tapi kita ngodingnya sudah ini karakter ke 5”.

Informan A

“SPO itu masih secara umum terkait penentuan kode diagnosis, untuk karakter ke 5 sudah include di SPO nya itu”.

Informan B

Pernyataan informan A dan B juga sepadan dengan pernyataan dari triangulasi sumber sebagai berikut:

“Karakter ke 5 berarti dikasih titik lagi gitu untuk sub sub kecil itu kita belum. SPO nya itu jadi satu to dek sama SPO *coding*, kita masih SPO jadi satu karena asumsinya ya *coder* udah paham kalau itu *close* itu *open* itu udah mengikuti”.

Triangulasi

Di RSUD Wonosari sudah terdapat SPO *coding* yang mengacu dari ICD-10. Selain itu diketahui dari pernyataan informan bahwa SPO sudah dipatuhi dan dilaksanakan dengan baik oleh petugas *coder*.

Dalam melakukan pengodean petugas *coder* juga melakukan analisis ulang pada hasil pemeriksaan penunjang atau formulir pendukung lainnya. Hal ini juga dijelaskan oleh triangulasi sumber sebagai berikut:

“Iyaa, yang sekarang iyaa, sekarang kalau ngoding mereka pegang rekam medis nya sama dia kan lihat kalau ndak jelas tetep jelas ndak jelas dia tetep lihat CPPT nya di hasil-hasil penunjang lainnya, karena dari beberapa pengalaman tadi ternyata kalau cuma apa percaya diresumennya kadang-kadang ada yang nggak tepat”.

Triangulasi

7. Faktor Yang Mempengaruhi Ketidaktepatan Pengodean Diagnosis Kasus Patah Tulang Rawat Inap Aspek *Machine*

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi di RSUD Wonosari menyediakan buku ICD-10 *version* 2010 sebagai pedoman dalam melakukan pengodean diagnosis. Hal tersebut dijelaskan oleh pernyataan informan sebagai berikut:

“Dalam bentuk buku sama elektronik”.

Informan A

“ICD-10 yang digunakan disini masih menggunakan yang 10 revision 2010, ada manual dan ada yang elektronik”.

Informan B

Dari hasil wawancara informan mengatakan bahwa SIMRS sudah memadai dalam melakukan pengodean diagnosis. Hal ini juga dijelaskan oleh pernyataan triangulasi sumber sebagai berikut:

“Iyaa, jadi sekarang di resume itu ada diagnosis yang ditulis oleh dokternya Bahasa Indonesia atau Bahasa yang biasa gitu yang dia pake latin atau apa, nah terus nanti disampingnya itu ada kode ICD nya beserta deskripsinya kaya gitu, Ketika kita ngoding itu di SIMRS sudah ada data base nya, jadi ketika kita ketik I10 ya berarti hipertensi”.

Triangulasi

Dalam pelaksanaan pengodean didukung dengan SIMRS dan pengodean dilakukan secara elektronik. Di dalam sistem sudah tersedia hingga karakter ke 5 tetapi petugas *coder* tidak mencantumkan karakter ke 5 pada kasus patah tulang.

8. Faktor Yang Mempengaruhi Ketidaktepatan Pengodean Diagnosis Kasus Patah Tulang Rawat Inap Aspek *Money*

Berdasarkan hasil wawancara RSUD Wonosari menyediakan biaya atau pendanaan untuk melakukan pelatihan *coding* guna menunjang pelayanan. Hal ini dijelaskan oleh pernyataan informan sebagai berikut:

“Iyaa, pernah diadakan untuk *coding* pelatihan itu dulu di hotel Cyka Raya itu yang mengikuti perekam medis, ada dokter juga, eee... terus perawat itu juga mengikuti pelatihan itu.

Informan A

“Iyaa... dibiayai rumah sakit”.

Informan B

Hasil wawancara dengan informan juga menjelaskan bahwa RSUD Wonosari juga menyediakan pendanaan untuk perbaikan SIMRS. Hal ini dijelaskan oleh pernyataan triangulasi sumber sebagai berikut:

“Ada, kita ada pemeliharaan, terus ada pemeliharaan komputer, ada pemeliharaan untuk informatika. Kalau pengembangannya ee perbaikannya maksudnya develop kan...develop pengembangan atau ketika rusak dibenerin? jadi kalau rusak itu dibenerin itu kita pake pemeliharaan, ee kalau yang di aplikasi kita develop kita ada karena kita punya *programmer* sendiri jadi kita pengembangan sendiri. Jadi memang *programmer* itu tugasnya men-develop, temen-temen SIMRS nanti akan men-develop sesuai permintaan dari PPA dari manajemen dari hasil eee evaluasi monitor evaluasi dibutuhkan apa nah itu kita develop”.

Triangulasi

Berdasarkan hasil wawancara diatas bahwa terdapat ketersediaan dana untuk pengembagan SDM berupa pelatihan dan untuk perbaikan SIMRS.

B. Pembahasan

1. Ketepatan Pengodean Diagnosis Patah Tulang Rawat Inap

Ketepatan dan kesesuaian kode diagnosis sangat penting di dalam pelayanan kesehatan hal ini dapat menunjukkan rekam medis tersebut berkualitas. Oleh sebab itu, setiap petugas yang melaksanakan pengodean harus cermat dan paham dalam menetapkan kode diagnosis yang sesuai dengan petunjuk di dalam ICD-10. Pada kasus patah tulang kode dinilai tepat apabila kode telah sesuai dengan klasifikasi pada bab XIX blok S00-S09 hingga T08-T14 dengan menerapkan kategori hingga karakter ke-5 (WHO, 2010). Pada penelitian ini masih ditemukan tingginya angka ketidaktepatan pada kasus patah tulang rawat inap di RSUD Wonosari.

Berdasarkan tabel 4.1 ketepatan kode diagnosis patah tulang berdasarkan ICD-10 di RSUD Wonosari pada tahun 2022 dinilai masih kurang di mana dari total 82 kode hanya ada 32 (39%) kode yang dapat dinilai tepat dan sebanyak 50 (61%) kode dinilai kurang tepat. Kode dinilai kurang tepat karena tidak terisinya kode hingga karakter ke-5. Hal ini sependapat dengan

penelitian Meilany et al., (2022) bahwa ketidaktepatan pengodean kasus patah tulang dapat disebabkan karena kelalaian petugas *coder* dalam memberikan kode karakter ke 5.

2. Faktor Yang Mempengaruhi Ketidaktepatan Pengodean Diagnosis Kasus Patah Tulang Rawat Inap Aspek *Man*

Berdasarkan hasil penelitian di RSUD Wonosari petugas *coder* kurang profesional karena tidak memberikan kode secara lengkap sampai karakter ke 5 untuk kasus patah tulang. Hal ini tercantum dalam PMK Nomor 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis, kualifikasi para petugas *coder* sudah sesuai yaitu berlatar belakang D3 Rekam Medis. Petugas *coder* sudah melakukan penelusuran penunjang namun kode tidak ditulis secara lengkap. Menurut Hatta, (2017) petugas *coder* harus memilah kondisi dan prosedur yang perlu dikode dari berkas rekam medis dan harus mengamati pernyataan tentang gejala, pengobatan dan tindakan medis yang menuju ke pernyataan diagnosis serta prosedur yang kurang lengkap demi menghasilkan tambahan informasi terkait diagnosis yang ditulis dokter.

Petugas *coder* dituntut untuk melakukan komunikasi efektif hal ini dijelaskan di dalam KMK Nomor 312 Tahun 2020 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan untuk melakukan komunikasi dengan tenaga kesehatan yang lain. Hal ini dijelaskan di penelitian Octaria, (2017) bahwa sebaiknya melakukan komunikasi antara petugas *coder* dengan dokter agar pemahaman antara kedua tenaga kesehatan sama dan menghasilkan kode yang tepat. Pada penelitian ini petugas *coder* sudah melakukan komunikasi efektif dengan profesi terkait, tetapi yang menjadi masalah pada aspek ini yaitu petugas kurang disiplin dalam menjalankan tugasnya.

3. Faktor Yang Mempengaruhi Ketidaktepatan Pengodean Diagnosis Kasus Patah Tulang Rawat Inap Aspek *Material*

Berdasarkan hasil penelitian di RSUD Wonosari petugas *coder* masih menemukan tulisan yang tidak terbaca pada berkas rekam medis manual seperti di ringkasan masuk dan keluar. Hasil penelitian tersebut juga didukung dalam penelitian Indawati, (2017) yaitu tulisan dokter yang tidak terbaca jelas

kemudian memicu salah pemahaman dan berakibat salah dalam memberikan kode. Diagnosis yang tidak terbaca, membutuhkan komunikasi yang baik antara petugas *coder* dengan tenaga medis yang bersangkutan sehingga tidak ada lagi kesalahan dalam memberikan kode.

Di RSUD Wonosari resume medis dalam bentuk elektronik sehingga memudahkan petugas *coder* dalam melakukan pengodean. Hal ini juga didukung dalam penelitian Habib et al., (2018) resume medis elektronik tidak ditulis dengan tangan, tetapi diketik dalam formulir elektronik sistematis, untuk memastikan tulisan dapat dibaca dan memudahkan petugas dalam proses telaah. Ketidakterbacaan diagnosis di lembar RMK, saat ini sudah dapat diselesaikan dengan melihat lembar resume medis elektronik.

4. Faktor Yang Mempengaruhi Ketidaktepatan Pengodean Diagnosis Kasus Patah Tulang Rawat Inap Aspek *Method*

Berdasarkan hasil penelitian di RSUD Wonosari Standar Prosedur Operasional (SPO) mengenai pengodean sudah ada, akan tetapi Instruksi Kerja mengenai penambahan karakter ke-5 untuk diagnosis tertentu seperti kasus patah tulang belum ada. Menurut Ekasari, (2017) instruksi kerja merupakan prosedur kerja yang mengatur jelas rangkaian suatu aktivitas agar pekerjaan berjalan dengan lancar. Menurut Tutu et al., (2023) Standar Prosedur Operasional yaitu langkah yang disamakan yang harus dijalani untuk menyelesaikan suatu pekerjaan tertentu. Standar Prosedur Operasional (SPO) Pengkodean Diagnosa Berkas Rekam Medis Secara Elektronik nomor 01/1474.RM/VI/2022 di RSUD Wonosari dilakukan pemberian kode diagnosis yang ditulis di lembar resume medis elektronik dengan melihat pedoman ICD-10 baik buku maupun elektronik.

5. Faktor Yang Mempengaruhi Ketidaktepatan Pengodean Diagnosis Kasus Patah Tulang Rawat Inap Aspek *Machine*

Berdasarkan hasil penelitian di RSUD Wonosari diketahui bahwa terdapat ICD-10 untuk melakukan pengodean dalam bentuk buku dan elektronik. Hal ini sesuai dengan penelitian Isnaini (2019) bahwa kegiatan pengodean diagnosis terdapat sarana dan prasarana yang menunjang seperti

buku ICD-10 atau aplikasi ICD-10 yang sudah terinstal di komputer. SIMRS juga sudah memadai dalam memfasilitasi pengodean diagnosis hal ini tentunya memudahkan petugas *coder* dalam menjalankan pekerjaannya. Menurut Permenkes Nomor 82 Tahun 2013 Tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit, SIMRS yaitu suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan semua alur proses dalam pelayanan rumah sakit demi menunjang pelayanan kesehatan. Hal ini sependapat oleh penelitian Putra et al., (2020) yaitu SIMRS memudahkan petugas dan membantu dalam mengelola informasi.

6. Faktor Yang Mempengaruhi Ketidaktepatan Pengodean Diagnosis Kasus Patah Tulang Rawat Inap Aspek *Money*

Berdasarkan hasil penelitian di RSUD Wonosari bahwa terdapat pendanaan untuk pelatihan *coding* dan perbaikan SIMRS. Hal ini didukung di dalam penelitian (Kurnianingsih, 2020) bahwa rumah sakit melakukan pelatihan *coding* bagi petugas *coder* agar memiliki keterampilan dalam menetapkan kode diagnosis yang diberikan oleh dokter. Hal ini juga sesuai dengan KMK Nomor 312 Tahun 2020 Tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan menjelaskan bahwa perkam medis wajib mengembangkan metode, teknik, dan konsep baru sesuai dengan perkembangan IPTEK dalam bidang RMIK.

Namun di RSUD Wonosari belum menerapkan *reward* dan *punishment*. Maksud dari sistem *reward* adalah supaya petugas terdorong untuk tekun melaksanakan tanggung jawabnya dengan dihadiahkan atas hasil kerjanya, sehingga petugas bekerja dengan maksimal. Tujuan dari sistem *punishment* adalah untuk mencegah pelanggaran yang dilakukan oleh petugas, agar mendorong petugas melakukan tugasnya dengan baik. Jika *punishment* diterapkan dengan tegas kesalahan serta pelanggaran yang dilakukan petugas akan berkurang nantinya (Swari et al., 2019). Berdasarkan penelitian Loren et al., (2020) *reward* diberikan kepada petugas *coder* yang melakukan pengodean diagnosis secara tepat dan akurat serta dapat diselesaikan dengan tepat waktu, sedangkan *punishment* diberikan kepada petugas *coder* yang melakukan

pekerjaannya dengan lambat dan selama melakukan pengodean diagnosis terdapat kesalahan.

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini mempunyai keterbatasan jadi hasilnya belum sesuai dengan yang diharapkan peneliti. Keterbatasan tersebut yaitu dokter spesialis orthopedi sangat sibuk sehingga peneliti susah untuk mendapatkan data, sedangkan waktu penelitian ini amat terbatas.

PEPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA