

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

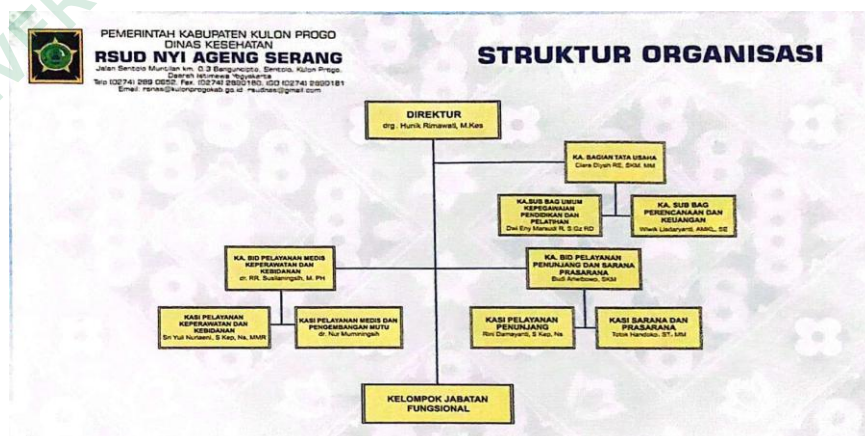
#### A. Hasil

##### 1. Gambaran Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Nyi Ageng Serang dibentuk berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Kulon Progo No 12 Tahun 2015 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Nyi Ageng Serang, dengan uraian tugas sesuai Peraturan Bupati Kulon Progo No 61 Tahun 2015 tentang Uraian Tugas Pada Rumah Sakit Umum Daerah Nyi Ageng Serang. Untuk izin operasionalnya berdasarkan Keputusan Kepala Badan Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Kulon Progo No 445/01/I/2019 tentang Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C.

Sesuai dengan Peraturan Daerah Kabupaten Kulon Progo Nomor 12 Tahun 2015 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja RSUD Nyi Ageng Serang, RSUD merupakan Perangkat Daerah penyelenggara pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. RSUD dipimpin oleh Direktur yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

##### a. Struktur organisasi



Gambar 4. 1 Struktur Organisasi RSUD Nyi Ageng Serang

Sumber : Profil RSUD Nyi Ageng Serang

b. Visi Misi Rumah Sakit

1) Visi

Menjadi Rumah Sakit Rujukan dan Jejaring Pendidikan yang berkualitas dan terjangkau.

2) Misi

- a) Memberikan pelayanan kesehatan secara paripurna, bermutu dan mengutamakan keselamatan pasien.
- b) Meningkatkan mutu pelayanan dan profesional sumber daya manusia secara berkesinambungan.
- c) Meningkatkan kesediaan sarana dan prasarana yang berkualitas.
- d) Menyelenggarakan pelayanan pendidikan, pelatihan dan penelitian yang professional.
- e) Mewujudkan tata kelola rumah sakit yang professional, akuntabel dan transparan.

3) Tujuan

- a) Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
- b) Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit.
- c) Meningkatkan mutu dan mempertahankan standart pelayanan rumah sakit.
- d) Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit.

c. Alur dan Prosedur Coding

Berdasarkan SOP pemberian kode penyakit dan tindakan dalam Surat Keputusan Direktur RSUD Nyi Ageng Serang NO 400/001/MRMIK/2023 kebijakan Pedoman Pelayanan Rekam Medis RSUD Nyi Ageng Serang dijelaskan menyatakan alur dan prosedur pemberian kode yaitu:

- 1) Dokumen rekam medis yang telah dirakit/ di *assembling* diterima oleh petugas coding.
  - 2) Petugas menuliskan kode penyakit berdasarkan buku ICD-10 dan ICD 9 untuk kode Tindakan.
  - 3) Seluruh diagnosis penyakit, baik itu diagnosis utama maupun diagnosis sekunder, tindakan dilakukan pengkodean.
  - 4) Petugas mencari kode penyakit pada buku ICD 10 dan menuliskannya pada dokumen rekam medis pasien, serta mencari kode tindakan pada buku ICD 9.
  - 5) Status rekam medis yang sudah dikode diserahkan ke bagian penyimpanan.
2. Kelengkapan berkas penunjang RME pada penyakit Tuberkulosis

Kelengkapan berkas penunjang dalam Rekam Medis Elektronik (RME) merupakan elemen penting dalam menjamin mutu dan kontinuitas pelayanan kesehatan, khususnya pada kasus penyakit menular seperti tuberkulosis (TB). Diagnosis TB memerlukan data pendukung yang akurat, seperti hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi, guna memastikan ketepatan diagnosis serta keberlanjutan terapi yang diberikan kepada pasien.

Dalam sistem pencatatan elektronik, dokumen penunjang ini menjadi bagian tak terpisahkan dari catatan medis pasien yang harus terdokumentasi secara lengkap dan tepat waktu. Ketidakterpenuhinya dokumen penunjang dapat berdampak pada keterlambatan diagnosis, pengobatan yang tidak tepat, hingga kesalahan dalam pelaporan kasus ke program pengendalian TB nasional.

Pada penelitian ini, dilakukan penilaian terhadap kelengkapan berkas penunjang dalam RME pasien tuberkulosis, yang mencakup dokumen hasil pemeriksaan laboratorium (seperti uji dahak, TCM) dan hasil radiologi (seperti foto toraks). Penilaian ini bertujuan untuk mengetahui sejauh mana dokumen-dokumen tersebut telah terintegrasi dalam sistem RME, serta mengidentifikasi kendala yang mungkin terjadi dalam proses dokumentasinya

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan terhadap dokumen rekam medis pasien tuberkulosis, diperoleh data mengenai kelengkapan berkas

penunjang yang meliputi formulir laboratorium dan radiologi. Data kelengkapan ini disajikan dalam bentuk tabel guna memberikan gambaran yang lebih terstruktur mengenai sejauh mana dokumen penunjang telah dilengkapi sesuai standar pelayanan pasien tuberkulosis. Adapun hasil observasi tersebut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4. 1 Tabel Hasil Cheklist Observasi Kelengkapan Berkas Penunjang

No.	Kelengkapan	Jumlah	Presentase
1	Lengkap	95	93%
2	Tidak Lengkap	7	7%
Total		102	100%

Sumber : Data Primer 2025

Dari tabel tersebut diketahui bahwa sebagian besar dokumen rekam medis pasien tuberkulosis telah dilengkapi dengan berkas penunjang secara optimal. Sebanyak 95 dokumen (93%) dinyatakan lengkap karena memuat hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi yang dibutuhkan untuk mendukung diagnosis tuberkulosis. Sementara itu, terdapat 7 dokumen (7%) yang belum dilengkapi sepenuhnya, yang berpotensi memengaruhi akurasi diagnosis maupun proses pengkodean selanjutnya.

Temuan ini menunjukkan bahwa dari sisi dokumentasi penunjang, rumah sakit telah memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi terhadap kelengkapan dokumen, meskipun masih diperlukan perbaikan untuk memastikan seluruh dokumen memenuhi standar.

### 3. Ketepatan kode

Ketepatan pengodean diagnosis merupakan salah satu indikator penting dalam penilaian mutu dokumentasi rekam medis, khususnya pada kasus tuberkulosis yang memerlukan pencatatan yang akurat sesuai dengan pedoman pengodean yang berlaku. Ketepatan pengodean diagnosis tuberkulosis dalam Rekam Medis Elektronik (RME) merupakan aspek penting dalam menjamin keakuratan data medis, kelancaran proses klaim, serta keabsahan pelaporan kasus kepada program pengendalian TB nasional.

Dalam penelitian ini, dilakukan penilaian terhadap ketepatan pengodean diagnosis TB dengan membandingkan kode diagnosis yang tercantum dalam sistem RME rumah sakit dengan hasil pengodean ulang oleh ahli coder yang mengacu pada pedoman ICD-10 dan dokumen medis pasien. Penilaian ini digunakan untuk mengukur sejauh mana kode yang digunakan oleh rumah sakit telah sesuai dengan data klinis dan standar klasifikasi yang berlaku.

Hasil observasi yang dilakukan terhadap 102 dokumen rekam medis pasien tuberkulosis guna mengetahui sejauh mana ketepatan pemberian kode diagnosis yang tercantum. Hasil observasi tersebut disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 4. 2 Tabel Ceklist Observasi Ketepatan Kode

No.	Kelengkapan	Jumlah	Presentase
1	Tepat	48	47%
2	Tidak Tepat	54	53%
Total		102	100%

Sumber :Data Primer 2025

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa hanya 48 dokumen (47%) yang memiliki kode diagnosis yang tepat, yaitu sesuai dengan diagnosis klinis dan klasifikasi ICD-10. Sedangkan 54 dokumen (53%) menunjukkan adanya ketidaktepatan dalam pengkodean. Kode yang tidak sesuai dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti ketidaklengkapan data klinis yang mendukung, kesalahan dalam interpretasi diagnosis oleh koder, atau tidak dilakukannya verifikasi diagnosis ke dokter yang bersangkutan.

Proporsi dokumen dengan kode diagnosis yang tidak tepat lebih tinggi dibandingkan dengan yang tepat. Temuan ini mengindikasikan perlunya perbaikan dalam proses pengkodean diagnosis tuberkulosis di rumah sakit, baik melalui peningkatan kompetensi koder, penyusunan ulang SOP, maupun pelaksanaan audit coding secara berkala.

## B. Pembahasan

### 1. Kelengkapan Berkas Penunjang Pasien Tuberkulosis.

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti terhadap 102 dokumen rekam medis pasien tuberkulosis di rumah sakit, ditemukan bahwa sebagian besar dokumen telah dilengkapi dengan berkas penunjang, seperti hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi. Dari total dokumen yang ditinjau, sebanyak 95 dokumen (93%) tergolong lengkap, sedangkan 7 dokumen (7%) dinyatakan tidak lengkap. Hasil ini menunjukkan bahwa proses dokumentasi pemeriksaan penunjang dalam penanganan tuberkulosis di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut umumnya telah dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku. Pemeriksaan seperti BTA, Tes Cepat Molekuler (TCM), dan foto toraks merupakan bagian penting dalam proses penegakan diagnosis tuberkulosis. Keberadaan hasil pemeriksaan tersebut di dalam rekam medis sangat menentukan validitas informasi klinis serta keakuratan kode diagnosis yang digunakan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2025).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2025 juga menegaskan bahwa diagnosis TB wajib dilandasi oleh pemeriksaan penunjang, baik dari laboratorium maupun radiologi. Dengan demikian, kelengkapan dokumen tersebut tidak hanya mendukung pelayanan medis, tetapi juga berkontribusi terhadap mutu data rekam medis dan akurasi pelaporan dalam program pengendalian TB nasional. Meskipun mayoritas dokumen telah lengkap, keberadaan 7% dokumen yang belum memenuhi standar kelengkapan tetap menjadi perhatian penting. Ketidaklengkapan dokumen tersebut berpotensi menimbulkan kesalahan dalam proses pengodean diagnosis, keterlambatan administrasi, hingga ketidaksesuaian dalam pelaporan data TB. Penelitian oleh (Rahmawati et al., 2024) menyatakan bahwa kelengkapan dokumen penunjang sangat memengaruhi ketepatan kode diagnosis, dan kekurangannya dapat menurunkan kualitas data rekam medis secara keseluruhan.

Oleh karena itu, meskipun hasil observasi menunjukkan tingkat kelengkapan yang tinggi, tetap diperlukan upaya peningkatan pengawasan dan

verifikasi terhadap alur dokumentasi pemeriksaan penunjang, guna memastikan seluruh informasi klinis terdokumentasi secara lengkap dan tepat waktu.

## 2. Ketepatan kode

Ketepatan kode Berdasarkan hasil observasi terhadap 102 dokumen rekam medis pasien tuberkulosis di RSUD Nyi Ageng Serang, ditemukan bahwa hanya 48 dokumen (47%) yang dikodekan secara tepat, sementara 54 dokumen (53%) mengandung ketidaktepatan dalam pengodean diagnosis. Dalam data tersebut terdapat ketidaktepatan pengkodean pada beberapa kasus TB, seperti pada kasus TB dengan efusi pleura yang seharusnya menggunakan A16.5, namun di rumah sakit dikodekan secara terpisah. Selain itu, terdapat juga penggunaan kode yang kurang spesifik, seperti pada kasus *Tuberkulosis of bones and joints* yang seharusnya dikodekan dengan A18.0† M90.0\*, tetapi di rumah sakit hanya dikodekan dengan A18.0 saja.

Proporsi ini menunjukkan bahwa lebih dari separuh dokumen tidak dikodekan sesuai dengan klasifikasi penyakit yang berlaku dengan kaidah ICD-10. Ketepatan kode diagnosis merupakan indikator penting dalam sistem pencatatan dan pelaporan penyakit, terutama untuk TB yang merupakan penyakit menular dengan pengawasan khusus dari pemerintah. Kode diagnosis yang tidak tepat dapat mengakibatkan kesalahan dalam perhitungan angka morbiditas, ketidaksesuaian dalam klaim pembiayaan, serta pelaporan data program TB yang bias dan tidak akurat.

Hasil ini mencerminkan adanya indikasi kelemahan dalam pelaksanaan prosedur koding di rumah sakit, yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti kurangnya pemahaman petugas koding terhadap pedoman klasifikasi ICD-10, khususnya blok A15–A19 untuk tuberkulosis, tidak dilakukan verifikasi atau klarifikasi dengan dokter apabila informasi klinis dalam rekam medis belum lengkap atau tidak konsisten, belum optimalnya penerapan Standar Operasional Prosedur (SOP) dalam proses pengodean diagnosis. Sejalan dengan Anggraini et al., (2017) Proses koding sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor penting, yaitu peran dokter dalam memastikan kelengkapan data klinik, kompetensi petugas koding dalam menetapkan kode secara akurat,

kelengkapan dokumen rekam medis yang menjadi dasar pengodean, serta ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai.

Ketiadaan atau ketidaktegasan implementasi SOP menyebabkan inkonsistensi praktik koding antar petugas serta lemahnya acuan dalam menentukan langkah verifikasi atau konfirmasi data klinis. Tanpa SOP yang jelas dan diterapkan secara konsisten, proses koding cenderung bergantung pada persepsi individual, yang berpotensi menimbulkan variasi dan ketidaktepatan. Selain itu, penguatan supervisi dari atasan langsung atau manajer rekam medis berfungsi untuk memastikan bahwa prosedur koding dilaksanakan sesuai standar dan dapat mendeteksi secara dini bila terjadi penyimpangan atau kesalahan.

Urgensi verifikasi diagnosis antara koder dan dokter juga tidak dapat diabaikan. Proses klarifikasi langsung, baik secara tertulis maupun lisan, sangat penting untuk memastikan bahwa kode yang dipilih benar-benar mencerminkan kondisi klinis pasien. Hal ini sejalan dengan prinsip validitas data rekam medis sebagai dasar pengambilan keputusan medis, administratif, dan kebijakan publik.

Temuan ini diperkuat oleh hasil penelitian Kamalia, (2024) yang menunjukkan bahwa hanya 56% dokumen rekam medis dikodekan secara tepat, sementara sisanya tidak sesuai dengan pedoman. Ketidaktepatan tersebut berdampak serius pada kesalahan manajemen klaim, data statistik yang bias, serta pengambilan kebijakan yang tidak akurat. Sementara itu, menurut Anggraini et al., (2017) tingginya tingkat ketidaktepatan kode diagnosis sering kali mencerminkan sistem koding yang belum berjalan optimal, baik dari aspek sumber daya manusia, ketersediaan SOP, hingga lemahnya pengawasan internal.

Dengan demikian, ketidaktepatan kode diagnosis pada lebih dari separuh dokumen perlu ditanggapi secara serius sebagai indikator mutu dokumentasi yang belum optimal. Upaya peningkatan kapasitas koder melalui pelatihan berkala, penegakan SOP secara menyeluruh, penerapan supervisi aktif, serta penguatan mekanisme verifikasi diagnosis antara koder dan dokter

menjadi strategi penting agar akurasi data rekam medis dapat terjaga dan digunakan secara valid dalam sistem informasi kesehatan.

### **C. Keterbatasan**

1. Terdapat beberapa data di RME yang tidak ada resume medisnya sehingga peneliti mengambil kode diagnosis pada lembar surat bukti pelayanan rumah sakit.
2. Metode pengumpulan data menggunakan observasi dokumen, yang sangat bergantung pada kelengkapan dan keterbacaan isi rekam medis. Jika dokumen tidak lengkap atau tidak jelas, maka potensi bias dalam penilaian ketepatan kode bisa terjadi.
3. Tidak dilakukan wawancara langsung dengan petugas koding, sehingga faktor subjektif seperti tingkat pemahaman koder, kendala dalam implementasi SOP, atau hambatan verifikasi diagnosis tidak dapat digali lebih dalam.

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANU  
YOGYAKARTA