

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Rumah Sakit dan Rekam Medis PKU

Muhammadiyah Yogyakarta

1. Sejarah Singkat Rumah Sakit dan Perkembangan Rekam Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta berdiri sejak tanggal 15 Februari 1923. Tahun 1928 perkembangan klinik sangat besar dan berkembang menjadi PKO Muhammadiyah. Tahun 1980 nama PKO berubah menjadi PKU (Pembina Kesejahteraan Umat). Sejak tahun 1997, Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah terakreditasi. Tahun tersebut level akreditasi baru mendapatkan tingkat dasar 5 bidang pelayanan. Menginjak tahun 2002 meningkat menjadi akreditasi 12 bidang pelayanan.

2. *Performance* Rumah Sakit

Berdasarkan petunjuk teknis Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) revisi VI, banyak indikator yang bisa digunakan untuk menilai rumah sakit. Berikut ini adalah tabel performance rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang dijadikan laporan pada periode tahun 2011-2015 :

Tabel 4.1 Performance Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta
Tahun 2011-2015

No	Indikator	Satuan	Tahun				
			2011	2012	2013	2014	2015
1	BOR	%	64.02	65.33	69.91	69.91	62.04
2	LOS	Hari	4.2	4.2	4.2	4.2	4.2
3	BTO	Kali	55.43	56.66	60.31	59.44	53.34
4	TOI	Hari	2.4	2.2	1.8	1.9	2.6
5	GDR	‰	41.63	47.70	44.56	48.91	44.63
6	NDR	‰	19.10	26.69	26.85	28.72	27.80

Sumber: Pengolahan Data Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta 2016

3. Organisasi Rekam Medis

a. Sejarah Singkat Rekam Medis Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Tahun 1997 Instalasi Rekam Medis PKU Muhammadiyah Yogyakarta melaksanakan akreditasi dan sistem penyimpanannya berubah menjadi sentralisasi. Penerapan sistem komputerisasi juga sudah dimulai tetapi masih sederhana dan manual..

Tahun 2000 penggunaan komputer dimaksimalkan. Tanggal 6 Januari 2003, Direktur Jenderal Pelayanan Medis Prof.dr. M Ahmad Djojosegito, MHA.,FICH, menetapkan status akreditasi penuh tingkat lanjutan yang berlaku dari 06 Januari 2003 sampai

dengan 6 Januari 2006. Dengan adanya akreditasi tersebut maka sistem komputerisasi semakin berkembang.

B. Hasil Penelitian

Hasil penelitian didapat dari jumlah populasi 2600 peneliti mengambil sampel sejumlah 308 dokumen rekam medis yang berisikan 314 diagnosis. Penelitian ini dilakukan di unit rekam medis bagian pengodean (*coding*) dengan data yang diambil dari pasien rawat inap tahun 2016 Triwulan I Januari s.d Maret penulis memperoleh hasil sebagai berikut :

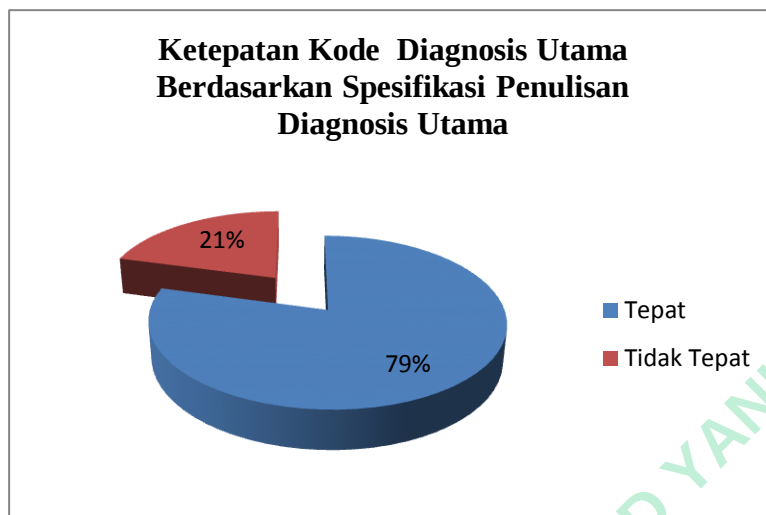
1. Tingkat Ketepatan dan Ketidaktepatan Kode Diagnosis Utama Berdasarkan Spesifikasi Penulisan Diagnosis Utama

Dari 314 diagnosis yang dijadikan sampel peneliti menemukan penulisan yang spesifik sebesar 294 diagnosis dan 20 diagnosis yang tidak spesifik. Dari 294 diagnosis terjadi ketidaktepatan kode sebesar 61 (21%) diagnosis dan kode yang tepat sebesar 233 (79%) diagnosis. Berikut ini adalah tabel persentase ketepatan dan ketidaktepatan kode diagnosis berdasarkan penulisan yang spesifik yaitu:

Tabel 4.2. Ketepatan Kode Diagnosis Utama Berdasarkan Spesifikasi Penulisan Diagnosis Utama

	Σ	%
Tepat	233	79%
Tidak Tepat	61	21 %
Σ	294	100%

Berikut ini disajikan diagram ketepatan kode diagnosis utama di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta :



Gambar 4.1. Persentase Ketidaktepatan Kode Diagnosis Utama

Faktor-faktor yang mengakibatkan kurang tepatnya kode diagnosis utama sebagai berikut:

1) Tulisan diagnosis dokter yang sulit terbaca

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas rekam medis bagian pengodean (*coding*) menunjukkan faktor yang mempengaruhi kurang tepatnya kode diagnosis terbaca yaitu tulisan diagnosis dokter yang sulit terbaca.

Berikut ini hasil wawancara terhadap dua responden :

a) Mengapa penulisan diagnosis utama yang spesifik sulit terbaca

Hmm.. menurut saya karena dokter dalam memeriksa pasien terburu- buru yang disebabkan pasiennya banyak sehingga dalam menulis diagnosispun terburu-buru.

Responden A

Menurut saya itu terjadi karena belum ada kebijakan bahwa dokter harus menulis diagnosis dengan jelas. Namun tidak menutup kemungkinan bahwa memang dokter tergesa-gesa karena dituntut untuk kerja cepat

Responden B

Dapat disimpulkan bahwa keterbacaan terjadi karena dokter terburu-buru dalam menuliskan diagnosis karena dituntut untuk kerja cepat. Tulisan dokter yang sulit terbaca dapat menimbulkan banyak persepsi dari petugas pengodean (*coding*) sehingga dapat mengakibatkan kurang tepatnya kode diagnosis utama.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan kriteria sebagai berikut:

a) Sulit Terbaca

Tulisan dokter tidak jelas, diagnosa yang ditulis tidak sesuai dengan klasifikasi dan kodefikasi yang ada pada buku ICD-10, terdapat penggunaan singkatan diagnosis yang tidak umum digunakan.

b) Terbaca

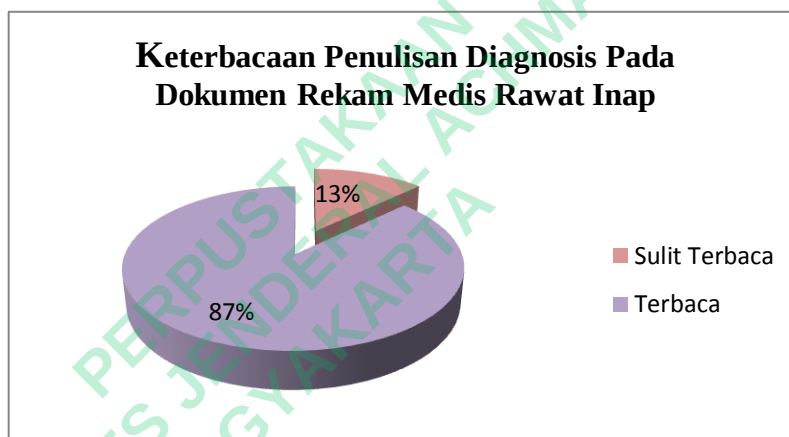
Tulisan dokter jelas dan penulisannya sesuai dengan klasifikasi pada ICD-10.

Dari sampel sebanyak 294 diagnosis yang penulisannya spesifik, jumlah dokumen rekam medis yang penulisan diagnosisnya terbaca sebesar 257 (87%) diagnosis dan penulisan diagnosis yang sulit terbaca yaitu sebesar 37 (13%) diagnosis. Berikut ini penyajian tabel persentasenya:

Tabel 4.3 Keterbacaan Penulisan Diagnosis Pada Dokumen Rekam Medis**Rawat Inap**

Kategori	Σ	%
Sulit Terbaca	37	13%
Terbaca	257	87%
Σ	294	100%

Berikut disajikan diagram keterbacaan penulisan diagnosis utama di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta:



Gambar 4.2. Keterbacaan Penulisan Diagnosis Utama

2) Ketidaklengkapan Kode Diagnosis

Berdasarkan hasil wawancara dengan Petugas Rekam Medis bagian Kodifikasi, yaitu :

a) Mengapa terjadi ketidaklengkapan kode diagnosis?

Kalau menurut saya karena petugas *coding* itu kurang teliti dalam melakukan pengisian dan petugas tergesa-gesa dalam pengerjaannya karena dituntut untuk kerja lebih cepat.

Responden A

Hmm... biasanya sih ketidaklengkapan terjadi yaaa yang pertama bisa karena petugas *coding* lupa atau kurang teliti, yang kedua kurangnya konsentrasi petugas karena harus merangkap pekerjaan lain atau mungkin karena yang mengerjakan mahasiswa PKL dan petugas lupa mengecek kembali.

Responden B

Dari hasil wawancara tersebut bahwa penyebab tidak tepatnya kode diagnosis adalah kurang telitinya petugas *coding* dalam melakukan pengodean, terganggu konsentrasi karena harus merangkap pekerjaan lain. Berdasarkan hasil penelitian komponen ketidaklengkapan yaitu bahwa kode karakter ke 3 s/d karakter ke-4 tidak terisi yang dapat mempengaruhi proses pengodean dan dapat menyebabkan data kurang akurat.

2. Ketidakspekifiknya Penulisan Diagnosis

Dari sampel 314 diagnosis yang dijadikan sampel terjadi penulisan yang tidak spesifik sebesar 20 (8%) diagnosis beserta kode diagnosisnya. Hasil wawancara dengan responden tersebut yaitu:

a) Mengapa terjadi penulisan diagnosis yang tidak spesifik ?

Gimana yaaa..hmm... biasanya yang spesifik kan lengkap penulisan diagnosisnya kayak jelas letak sakitnya, ya klo gk spesifik berarti kurang lengkap mungkin karena dokternya lupa melengkapinya..

Responden A

Hmm... jadi gini ya penulisan yang tidak spesifik itu terjadi biasanya itu karena dokternya lupa, waktu dokter singkat karena harus memeriksa pasien banyak, dituntut untuk kerja cepat jadi terganggu konsentrasi dokter dan pikirnya sudah terisi dengan lengkap padahal setelah kami cek ya masih kurang lengkap.

Responden B

Berdasarkan hasil wawancara tersebut terhadap petugas *coding* faktor penyebab tidak spesifiknya penulisan dikarenakan waktu dokter yang sempit, pasien yang banyak, dan dituntut untuk kerja cepat.

Berdasarkan hasil penelitian oleh peneliti penulisan yang tidak spesifik pada dokumen rekam medis rawat inap yaitu :

- 1) Kurang Letak Anatomi Tubuh,

Berikut ini tabel terkait diagnosis yang kurang letak anatominya :

Tabel 4.4 Penulisan Diagnosis yang Kurang Letak Anatominya

No	Diagnosis pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap	Diagnosis yang sesuai pada ICD-10	Kode pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap	Kode yang Tepat sesuai ICD-10
1.	Fracture Scapula	Fracture Scapula Dextra	S42.1	S42.10
2	Fracture Phalanx	Open Fr Phalanx Proximal Digiti Iii dan Iv Manus	S62.6	S62.60
3	Varices	Scrotal Varices	I86.1	I86.1
4	Fracture	Fracture Scapula	S42.1	S42.1

Lanjutan

No	Diagnosis pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap	Diagnosis yang sesuai pada ICD-10	Kode pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap	Kode yang Tepat sesuai ICD-10
5.	Struma	Struma Nodosa	E04.8	E04.8
6.	Tachycardia	Ventricular tachycardia	I47.2	I47.2
7.	Intracarnial	Intracranial abscess and granuloma	G06.0	G06.0

2) Kondisi-kondisi akut atau kronisnya kurang lengkap

Berikut ini adalah penulisan-penulisan yang kurang kondisi-kondisi akut maupun kronisnya yaitu:

Tabel 4.5 Penulisan Diagnosis Berdasarkan Kondisi Akut atau Kronisnya

No	Diagnosis pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap	Diagnosis yang sesuai pada ICD-10	Kode pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap	Kode yang Tepat sesuai ICD-10
1	Appendicitis	Appendicitis Acute	K35	K35.9
2	Dysentery	Acute amoebic dysentery	A06.0	A06.0
3	Acute appendicitis	Acute appendicitis with generalized peritonitis	K35.0	K35.0

3) Kurang Lengkapnya Diagnosis yang disertai Komplikasi

Tabel 4.6 Penulisan Diagnosis yang Kurang Disertai Komplikasi

No	Diagnosis pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap	Diagnosis yang sesuai pada ICD-10	Kode pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap	Kode yang Tepat sesuai ICD-10
1	HIV disease resulting in unspecified	HIV disease resulting in unspecified infectious or parasitic disease	B20.9	B20.9
2	Hair colour	Hair colour and hair shaft abnormality, unspecified	L67.9	L67.9
3	Hydronephrosis	Hydronephrosis with renal and ureteral calculous obstruction	N13.2	N13.2
4	Hypertensi	Hypertensive renal disease with renal failure	I12.0	I12.0
5	Oedema	Traumatic cerebral oedema	S06.1	S06.10

4) Kondisi-kondisi lain yang seharusnya Disertai

Berikut ini adalah tabel terkait kondisi-kondisi lain yang kurang dituliskan oleh dokter pada diagnosis dan tidak sesuai dengan ICD-10, yaitu :

Tabel 4.7 Penulisan Diagnosis kurang dituliskan Kondis-kondisi Lainnya

No	Diagnosis pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap	Diagnosis yang sesuai pada ICD-10	Kode pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap	Kode yang Tepat sesuai ICD-10
1	IDDM	NIDDM	E11	E11.9
2	large baby	Exeptionally large baby	P07.1	P08.0
3	Dissociative	Other dissociative	F44	F44.8
4	Pneumothorax	Spontaneous Pneumothorax	J93	J93.1
5	Erythema multiforme	Bullous Erythema multiforme	L51.1	L51.1

C. Pembahasan

1. Tingkat Ketepatan Kode Diagnosis Utama Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap

Dari hasil penelitian, peneliti menemukan adanya ketidaktepatan dalam proses kodefikasi diagnosis utama rawat inap sebesar 61 (21%) diagnosis. Menurut hasil analisa peneliti dan hasil wawancara ketidaktepatan terjadi karena kurang telitinya

petugas rekam medis bagian pengodean dalam membaca dan memahami diagnosis yang ditulis oleh dokter.

Hasil penelitian tersebut juga didukung dengan penelitian Army Kurwanzari (Tinjauan Kesesuaian dan Ketepatan Kode Diagnosis Pada Lembar Verifikasi Dengan Berkas Rekam Medis Pasien Jiwa Jamkesmas di Rumah Sakit Jiwa Dr. Rm Soedjarwadi Klaten tahun 2013) yang menjelaskan bahwa faktor utama penyebab ketidaktepatan kode diagnosis utama adalah kurang telitnya petugas *coder* dalam membaca dan mengode diagnosis utama.

Dari perbandingan penelitian tersebut didapat persentase bahwa 21% kode tidak tepat dan 79% kode yang tepat dari 314 diagnosis yang dijadikan sampel sedangkan pada penelitian Army Kurwanzari lebih tinggi yaitu 41, 33% kode tidak tepat dan 58,67% kode yang tepat. Dikarenakan

Hasil penelitian ini sependapat dengan teori di ICD-10 bahwa apabila kode tidak lengkap dengan karakter ke-3 maupun karakter ke-4 maka dikatakan tidak tepat.

2. Spesifikasi Diagnosis Utama

Dari hasil penelitian diketahui bahwa penulisan diagnosis utama yang tidak spesifik 20 (8%) diagnosis. Peneliti menemukan faktor-faktor yang mempengaruhi ketidaksesuaian penulisan diagnosis utama terhadap ICD-10 letak anatomi penyakit kurang jelas sebesar 7

diagnosis, kondisi-kondisi akut atau kronisnya tidak dituliskan sebanyak 3 diagnosis, komplikasi yang tidak dituliskan sebanyak 5 diagnosis, dan kondisi-kondisi lainnya sebesar 5 diagnosis yang tidak berdasarkan ICD-10. Faktor-faktor yang menyebabkan seringnya diagnosis tidak spesifik diantaranya yaitu waktu dokter yang sempit, pasien yang banyak, beban kerja yang banyak karena dituntut untuk kerja cepat tapi masih ditambah kerja yang lain, dokumen rekam medis sudah terdistribusi ke bagian lain.

Faktor-faktor tersebut sependapat dengan penelitian Dika Bayu Setianto (Tinjauan Keakuratan Penetapan Kode Diagnosis Utama Berdasarkan Spesifikasi Penulisan Diagnosis Utama Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Permata Medika Semarang, 2012) yang menyatakan bahwa penulisan yang belum spesifik dikarenakan waktu dokter yang sempit, beban kerja yang banyak karena dituntut untuk kerja cepat.

Serta untuk persentase penelitian ini lebih rendah yaitu 20 (8%) diagnosis dari 314 diagnosis yang dijadikan sampel dibandingkan dengan penelitian Dika Bayu Setianto sebesar 28,3% tidak spesifik. Dikarenakan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta telah dibuat kebijakan agar penulisan diagnosis harus lebih spesifik.

Hasil penelitian ini sependapat dengan teori morbiditas dalam buku ICD-10 Volume 2 yang menjelaskan bahwa syarat dari spesifiknya penulisan diagnosis yaitu, kondisi-kondisi diagnosis sesuai

dengan ICD-10, jelas letak anatominya, jelas kondisi akut atau kronisnya.

D. Keterbatasan

Penelitian ini terdapat keterbatasan yaitu sulitnya mewawancarai dokter yang sangat berperan dalam penulisan diagnosis yang spesifik dikarenakan waktu yang tidak mencukupi dan dokter yang sibuk karena memeriksa pasien yang banyak.

PERPUSTAKAAN
STIKES JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA