

KEBIJAKAN PENGISIAN DIAGNOSIS UTAMA DAN KEAKURATAN KODE DIAGNOSIS PADA REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA

Hendra Rohman, Widodo Hariyono, Rosyidah

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Ahmad Dahlan, Yogyakarta

Abstract

Background: Policy about manage medical record had managed the system for reach order administration and improvement health services to show quality of hospital. New policy from Permenkes No.269/MENKES/PER/III/2008 make influence in this hospital policy because some policy using old government policy. At previously research, implementation that policy had many problem with some factor problem to fill in the main diagnose and the accurate code diagnose. The purpose of research is to know the policy to fill in the main diagnose and the accurate diagnose code at medical record in PKU Muhammadiyah hospital Yogyakarta.

Method: This was non experiment research, this is deskriptif kualitatif and kuantitatif data as supporting to explain. The subject of research was internis, head of medical record, coder and documents medical record patient treatment internal disease at November 2008. Technique sampling for doctor internal disease, head of medical record, and coder was purposive sampling. But Technique sampling for documents medical record was simple random sampling. Kualitatif data tested validity with triangulasi. While for kuantitatif data the accurate diagnose code check using ICD-10.

Result: The result of triangulasi identicated some factor problem to fill in the main diagnose and the accurate code diagnose. There is completeness documents medical record, busy, forget, lazy, not discipline, over burden work, patient APS, new terminology, difference perception, tools not support. The other policy most supporting that activity policy. Percentage to fill diagnose in the main diagnose from analyze 161 documents medical record is 71 (43,48%) to fill in and 91 (56,52%) not fill in. While the accurate code diagnose, from analyze 161 documents medical record have 237 code diagnose and 192 (81,01%) is accurate and 44 (18,99%) is not accurate.

Conclusion: The policy most important for manage activity and communication between staff most supporting to result of policy implementation. Some factor problem can be overcome if all staff aware that policy is important and put into effect.

Key word: Policy, Diagnose, Diagnose Code, Medical Record

1. PENDAHULUAN

Di instalasi rekam medis PKU Muhammadiyah, terdapat kebijakan tentang pengelolaan rekam medis yang telah mengatur sistem yang ada demi tercapainya tertib administrasi dan juga peningkatan pelayanan kesehatan. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah dalam kebijakannya masih ada yang mengacu pada peraturan pemerintah yang lama yaitu Permenkes No.749a/MENKES/XII/1989. Berdasarkan studi pendahuluan pada tanggal 22 Oktober 2008 yang telah peneliti lakukan di instalasi rekam medis, berikut kendala yang ditemukan adalah Kebijakan yang sulit diterapkan karena beberapa faktor dari SDM dan sarana prasarana yang ada. Kebijakan yang ada belum dievaluasi seluruhnya, mengingat Dinkes telah memberikan peraturan yang baru. Pengisian diagnosis utama pada lembar resume medis pasien rawat inap yang terkadang tidak diisi oleh dokter. Pengisian kode diagnosis pada lembar rawat inap yang masih ada yang belum diisi oleh petugas pengkodean. Kode diagnosis masih ada yang belum akurat.

Mengingat pentingnya lembar resume medis ini bagi perawatan pasien, maka sudah seyakinya lembaran ini harus diisi selengkap mungkin segera setelah

pasien pulang, bila diagnosis penyakit dan atau tindakan yang dilakukan ditulis tidak benar dan tidak lengkap bahkan tidak ditulis sama sekali maka dapat menyebabkan kesulitan dalam pemberian kodenya dan selanjutnya pengindeksan penyakitpun akan mencerminkan kekurangannya serta penyajian data statistik dan laporannya akan keliru.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Metode kualitatif untuk mendeskripsikan peranan kebijakan dalam mengatur jalannya pelaksanaan pengisian diagnosis dan keakuratan kode diagnosis. Disamping itu ada data yang bersifat kuantitatif yang digunakan sebagai bukti pendukung untuk memperjelas inti penelitian yang dilakukan.

Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional*. Populasi yang diamati adalah dokter penyakit dalam, kepala rekam medis, petugas pengkodean dan seluruh berkas rekam medis pasien rawat inap kasus penyakit dalam pada bulan November 2008. Teknik sampling yang digunakan untuk dokter penyakit dalam, kepala rekam medis, petugas rekam medis bagian pengkodean adalah purposive sampling. Sedangkan untuk berkas rekam medis dilakukan secara acak sederhana. Dari 270 berkas terambil sampel sebanyak 161 berkas yang diteliti. Variabel dalam penelitian ini adalah kebijakan manajemen rekam medis dan dokumen rekam medis. Data penelitian diperoleh dengan observasi dokumen-dokumen mengenai kebijakan pengisian diagnosis dan keakuratan kode diagnosis dan wawancara mendalam kepada petugas dan pihak-pihak yang berkaitan.

Analisis data penelitian ini dilakukan secara deskriptif kualitatif. Penelitian kualitatif perlu diuji kebenarannya, berbagai macam teknik antara lain teknik triangulasi. Teknik triangulasi meliputi membandingkan data hasil pengamatan dengan hasil wawancara, membandingkan keadaan dan perspektif seseorang dengan berbagai pendapat dan pandangan orang. Pada penelitian ini yang menjadi triangulasi adalah kepala bagian rekam medis.

3. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

a. Hasil Penelitian

Pada tanggal 25 November 2008 bertempat di Graha Sarina Vidi, RS Pembina Kesejahteraan Umat (PKU) Muhammadiyah Yogyakarta telah menerima sertifikat ISO 9001 : 2000. Sertifikat ISO 9001 : 2000 adalah merupakan standar kualitas yang diakui secara internasional. Alur berkas pasien rawat inap dimulai dari bangsal, bagian keuangan, *assembling*, *coding*, *indexing*, dan *filling*. Pengkodean diagnosis dipegang oleh seorang petugas rekam medis yang mempunyai latar belakang pendidikan rekam medis (lulusan DIII Rekam Medis). Adanya kebijakan tertulis yang menyatakan bahwa setiap berkas rekam medis yang diagnosis penyakitnya tidak ditulis oleh dokter dikembalikan kembali kepada dokter yang bertanggung jawab untuk mengisi dan melengkapi diagnosis penyakit. Kegiatan pengkodean dimulai dari analisis berkas rekam medis, yaitu dengan melihat lembar rawat inap dimana di lembar inilah diagnosis penyakit ditulis oleh dokter. Bila tidak menemukan diagnosis pada lembar resume, petugas melihat dari lembar-lembar lain yaitu dengan menganalisis lembar resume medis, catatan dokter, lembar IGD, catatan persalinan, catatan operasi, catatan pemeriksaan fisik, dan catatan asuhan keperawatan untuk menentukan kode diagnosis. Petugas koding sering memasukkan berkas rekam medis yang belum lengkap ke dalam *filling*. Hal ini terhambat karena faktor-faktor yang menyebabkan seringnya diagnosis utama tidak terisi.

Fasilitas yang belum ada yang mendukung proses tersebut diantaranya belum mempunyai ruangan transit dokter sehingga dokter langsung menemui pasiennya ke bangsal-bangsal dan selama ini pengembalian berkas yang tidak lengkap diletakkan di masing-masing poli sesuai dengan dokternya. Terkadang yang menuliskan perawatnya sedangkan dokter tinggal mengisi tanda tangannya. Tanggapan dari pihak manajemen selalu mendukung untuk pelaksanaannya, akan tetapi bila memang diharuskan untuk campur tangan dalam hal merubah alur dan merubah pola kerja akan merasa keberatan.

Ditemukan beberapa faktor yang mempengaruhi ketidaksesuaian penulisan diagnosis utama terhadap ICD-10 dan penyebab ketidakakuratan kode diagnosis. Adanya aturan yang sudah memberlakukan singkatan dan istilah-istilah yang digunakan tetapi keluaran tahun 1998, sedangkan sekarang mungkin sudah banyak muncul istilah-istilah yang baru lagi.

Ditemukan adanya kebijakan-kebijakan yang mengatur jalannya pengisian diagnosis utama dan keakuratan kode diagnosis pada pasien rawat inap kasus penyakit dalam termasuk didalamnya kebijakan-kebijakan yang mendukung. Walaupun diantara kebijakan-kebijakan tersebut tidak seluruhnya telah dilakukan evaluasi hingga sekarang. Oleh karena itu, kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan pada beberapa tahun yang lalu masih saja digunakan. Dampak dari perubahan kebijakan sebelum kebijakan dirubah, diantaranya petugas yang berhubungan merumuskan dan mempelajarinya terlebih dahulu. Hal ini menjadi bagian dari kendala yang sering terjadi dalam penerapan kebijakan. Kebijakan yang ada, jangka waktu evaluasi kebijakan adalah per triwulan akan tetapi pada kenyataannya tidak seperti itu, karena bila dilihat dari segi agenda, bagian rekam medis masih banyak yang harus diterapkan, tidak hanya mengerjakan satu hal saja. Bila kebijakan tersebut tercapai maka dapatkan nilai-nilai rekam medis yang dapat diberikan oleh terlaksananya kebijakan tersebut.

Petugas pengkodean lebih bergantung pada buku bantu yang dibuat sendiri. Buku ini didasarkan pada kasus yang sering terjadi terkadang tanpa menganalisis kembali dan tidak ditelusuri dengan teliti kode diagnosisnya. Buku Bantu yang digunakan untuk acuan mengkode tidak tertulis kode diagnosis penyakit yang spesifik, namun kenyataan di lapangan pengkodean masih menggunakan buku bantu ini sebagai acuan. Kamus Bahasa Inggris-Indonesia hanya digunakan sekali-kali saja jika ditemukan kata-kata yang sulit dan tidak dimengerti oleh petugas pengkodean.

Terdapat 71 berkas rekam medis (43,48%) diagnosis penyakit ditulis oleh dokter dari 161 berkas rekam medis yang dianalisis. Selebihnya ada 91 berkas rekam medis yang diagnosis penyakitnya tidak diisi (56,52%), dan dari 161 berkas rekam medis yang dianalisis terdapat 237 kode diagnosis dan ada 192 kode diagnosis penyakit (81,01%) yang sudah sesuai dengan ICD-10, sedangkan kode diagnosis penyakit yang tidak sesuai dengan ICD-10 sebanyak 44 kode diagnosis penyakit (18,99%).

RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta dalam persiapannya menghadapi ISO 9001:2000 telah mengadakan *pre-assessment* yang dilaksanakan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan. *Pre-assessment* dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui status dari penyusunan dan penerapan rumah sakit saat ini. *Pre-assessment* dilakukan secara *sampling* dengan memeriksa bukti-bukti yang obyektif. Dilihat dari kegiatan *Pre-assessment* tersebut, RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah terlihat adanya suatu usaha yang signifikan untuk memenuhi persyaratan yang diminta oleh standar ISO 9001:2000.

b. Pembahasan

Hal pengisian kode diagnosis, seharusnya petugas koding tidak boleh langsung mengkode dari lembar lain yang belum pasti diagnosis utamanya, karena petugas koding tidak punya ilmunya dan hal ini memang sudah ada tugasnya sendiri-sendiri. Jadi yang menulis diagnosis utama adalah dokter. Salah satu dampaknya adalah bagi orang yang dalam penelitianpun merasa dirugikan karena bila salah diagnosis yang diambil maka data yang diambil tidak akurat dan dapat memakan waktu yang lama karena diagnosis yang diambil tidak spesifik. Oleh karena itu, bila data yang diolah adalah data yang jelek, maka biasanya hasilnya juga akan jelek.

Tidak semua petugas koding dapat mengkode dengan baik, karena kegiatan mengkode biasanya sudah termasuk kebiasaan, serta tingkat ketelitian petugas koding sangat berpengaruh, lebih-lebih bila ada istilah-istilah yang jarang ditemui, maka akan terasa sulit untuk mengkode. Walaupun dokter sudah menulis diagnosis dengan lengkap, belum tentu petugas koding bisa mengkode dengan benar, apalagi tidak lengkap,

Faktor-faktor yang menyebabkan seringnya diagnosis utama tidak terisi diantaranya waktu dokter yang sempit, pasien yang banyak, pasien APS (Atas Permintaan Sendiri), beban kerja yang banyak (dituntut kerja cepat tapi masih ditambah kerja yang lain), memakan waktu yang banyak, berkas rekam medis sudah terdistribusi ke bagian lain akan tetapi semua itu tergantung dari masing-masing dokternya juga. Terkadang perawat ruangan juga membantu dalam hal mengkomunikasikannya dengan dokter, sehingga komunikasi antar petugas juga sangat diperlukan. Mungkin belum sepenuhnya semua petugas terkait menyadari akan pentingnya kelengkapan pengisian berkas rekam medis khususnya resume medis yang isinya mengandung informasi yang penting, karena hal ini berpengaruh terhadap mutu dan hal-hal yang terkait didalamnya.

Adanya ruang transit dokter, bisa memberikan kenyamanan bagi dokter akan membuat dokter lebih nyaman dalam mengerjakan tugas-tugasnya. Bila memang ada petugas bagian yang dikhususkan untuk mengantar berkas, hal ini akan tidak efektif dalam petugas tersebut bekerja. Pernah diadakan petugas pengisian kelengkapan lembar resume medis, tetapi hal ini juga tidak efektif.

Fungsi dari kode diagnosis adalah mempermudah pengelompokkan sepuluh besar penyakit terbanyak untuk laporan ke dinkes. Fungsi lainnya adalah bila sudah mengetahui penyakit terbanyak dan jika nanti akan ada rekrutmen dokter maka yang direkrut adalah dokter dari penyakit terbanyak tersebut yang lebih bisa menjual sehingga antara kebutuhan dengan permintaan akan sama. Sampai akhirnya hal-hal yang terkait dengan penyakit terbanyak tersebut masih bisa untuk di kembangkan lagi disamping dari kritik dan saran yang sesuai dengan permintaan. Bagi manajemen, untuk kemajuan rumah sakit dalam pengambilan keputusan akan lebih bisa terarah. dari hal ini juga bisa meminimalisir pengembangan-pengembangan yang sekiranya tidak sesuai dengan permintaan yang nantinya bisa merugikan rumah sakit.

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidaksesuaian penulisan diagnosis utama terhadap ICD-10 diantaranya pendidikan dokter tidak mendapatkan materi ICD-10 dan tidaklah keharusan bagi seorang dokter untuk menuliskan diagnosis sesuai dengan ICD-10, karena bila dilihat dari sisi bahasa dalam ICD-10 juga tidaklah konsisten. Kendala yang biasanya ditemukan selama mengkode diagnosis diantaranya diagnosis utama tidak ditulis, tulisan dokter yang sulit dibaca, penggunaan singkatan dan istilah-istilah baru.

Penyebab ketidakakuratan kode diagnosis dapat dilihat dari sisi eksternal dan internal, faktor eksternalnya adalah diagnosis utama tidak ditulis, tulisan dokter yang sulit dibaca, penggunaan singkatan dan istilah-istilah baru. Faktor internalnya adalah petugas kodingnya belum terlalu memahami cara mengkode, basic petugas rekam medis biasanya dari SMA yang tentu saja ilmu penya-

kit dan istilah-istilah kesehatan belum terlalu memahami, lebih-lebih bila ada istilah baru yang tidak sering ditemui. Kemudian alat bantu (patologi anatomi atau peta anatomi tubuh), kamus-kamus kedokteran.

Adanya perubahan kebijakan, secara bertahap petugas ketika mengetahuinya langsung diproses, misalnya PERMENKES tahun 2008 dengan cara mengganti PERMENKES 749a, lalu mencantumkan pada cover depan sampul berkas rekam medis, begitu juga peraturan-peraturan yang ada di bagian rekam medis. Bila ada perubahan kebijakan, pihak-pihak yang berhubungan juga melakukan perubahan, namun jadwalnya elastic, dalam artian begitu mengetahui adanya perubahan maka akan ditindaklanjuti, tetapi tidak hanya dari intern rekam medis saja, misalkan membutuhkan regulasi yang lebih tinggi secara otomatis akan memperpanjang waktu, tetapi informasi tersebut akan tetap diproses. Faktor-faktor yang menjadi kendala diantaranya kelengkapan berkas rekam medis, kesempatan waktu, lupa, beban kerja terlalu banyak. Akan tetapi semua telah mengetahuinya bahwa penerapan dari kebijakan itu sangat penting. Terkadang ada keluhan dari petugas yang melaksanakan kebijakan tersebut, tetapi sebenarnya dari petugasnya sendiri sudah ada kesiapan untuk menerapkan kebijakan tersebut.

Harapan-harapan yang ingin dicapai dengan adanya kebijakan yang sudah ada diantaranya rekam medis bisa terisi dengan lengkap, rekam medis bisa terdokumentasi dengan bagus yang bisa dijadikan sebagai alat bukti atau *medical legal*. Sebagaimana fungsinya, sebenarnya secara keseluruhan dari dulu sudah memenuhi aspek ALFRED (Administration, Legal, Financial, Research, Education, Documentation) tersebut, hanya saja tidak dipungkiri dalam pelaksanaannya tidak sebaik apa yang diharapkan, karena masih ada beberapa penyimpangan-penyimpangan. Oleh karena itu dalam hal ini harus ada kerjasama yang baik, komunikasi antar petugas terkait dan diharapkan bahwa semua bertanggung jawab terhadap keamanan dan keadaan rekam medis.

Dalam kaitannya dengan ISO, terdapat beberapa kebijakan yang mendukung jalannya pengisian diagnosis utama dan keakuratan kode diagnosis pada pasien rawat inap kasus penyakit telah dilakukan evaluasi, diantaranya Surat Keputusan Direksi RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta Nomor : 157/E-IV/SK.3.2/II/2000 Tentang "Penetapan Buku Pedoman Rekam Medis RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta". Nomor : 1528/E-IV/SK.3.2/VII/2002 Tentang "Pemberlakuan Kembali Falsafah, Misi, Motto dan Tujuan RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta". Nomor : 268/E-IV/SK.3.2/II/2002 Tentang "Pemberlakuan Kembali Falsafah, Visi, Misi, dan Tujuan Instalasi Rekam Medis RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta". Nomor : 267/E-IV/SK.3.2/II/2002 Tentang "Penetapan Instalasi Rekam Medis sebagai bagian dari seluruh layanan RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta". Nomor : 1882/E-IV/SK.3.2/VII/2002 Tentang "Kerahasiaan Berkas Rekam Medis RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta". Nomor: 246/E-IV/SK.3.2/IX/2002 Tentang "Pengisian Berkas Rekam Medis RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta". Nomor : /E-IV/SK.3.2/IX/2002 Tentang "Pemberlakuan Simbol, Singkatan dan Tanda Peringatan RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta". Nomor: 269/E-IV/SK.3.2/II/2002 Tentang "Penetapan ICD-10 Sebagai Pedoman Klasifikasi Penyakit di RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta". Nomor : 1883/E-IV/SK.3.2/VII/2002 Tentang "Pengeluaran Data Rekam Medis RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta". Surat Keputusan Pengurus RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta Nomor : 1528/E-IV/SK.3.2/VII/2002 Tentang "Pemberlakuan Kembali Falsafah, Misi, Motto dan Tujuan RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta sesuai dengan SK Pengurus RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta Nomor : 113/E.IV/P.IV/1997 tertanggal 1 Mei

1997". Petunjuk Teknik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta Nomor : 005/Juknis/RM-RSPKU/97 Tentang "Pengisian Lembar Rekam Medis RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta". Prosedur Tetap RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta Nomor : 281/E-IV/PS.1.2/II/2002 Tentang "Penetapan Kode Klasifikasi Penyakit Bagian Rekam Medis RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta". Nomor : 282/E-IV/PS.1.2/II/2002 Tentang "Kelengkapan Berkas Rekam Medis Pasca Rawat Inap RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta". Nomor : 467/E-IV/PS.1.2/III/02 Tentang "Pengisian Berkas Rekam Medis RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta". Instruksi Kerja RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta Nomor: 0017/IK/IRM/II/2008 Tentang "Entry Data Komputer Koding Diagnosa Pasca Rawat Inap". Nomor: 0022/IK/IRM/VII/2008 Standar Terkait: ISO 9001 : 2000 Pasal 7.5.1 Tentang "Pengelolaan Berkas Rekam Medis Setelah Rawat Inap". Dokumen Penunjang RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta Nomor : 0025/PN/IRM/V/2008 Tentang "Kebijakan Keamanan Rekam Medis". Nomor: 0026/PN/IRM/V/2008 Tentang "Tata Cara Penyelenggaraan Rekam Medis". Nomor: 0028/PN/IRM/V/2008 Tentang "Penyimpanan, Pemusnahan, dan Kerahasiaan Rekam Medis". Nomor: 0029/PN/IRM/V/2008 Tentang "Kepemilikan, Pemanfaatan dan Tanggung Jawab Rekam Medis". Nomor:0035/PN/IRM/VII/2008 Tentang "Pemakaian Simbol dan Kode Rekam Medis".

4. SIMPULAN DAN SARAN

a. Simpulan

Berdasarkan hasil pembahasan dapat disimpulkan sebagai berikut :

- 1) Adanya kebijakan manajemen rekam medis yang mendukung pengisian diagnosis dan keakuratan kode diagnosis sangat berpengaruh terhadap jalannya pengisian diagnosis dan keakuratan kode diagnosis yaitu antara kepala rekam medis, dokter dan petugas koding.
- 2) Kebijakan lain yang mendukung dengan kebijakan pengisian diagnosis dan keakuratan kode diagnosis diantaranya Surat Keputusan Direksi, Surat Keputusan Pengurus, Petunjuk Teknik, Prosedur Tetap, Instruksi Kerja, Dokumen Penunjang (RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta), Permenkes No.269/MENKES/PER/III/2008, ISO 9001 : 2000 Pasal 7.5.1.
- 3) Faktor-faktor yang menyebabkan seringnya diagnosis utama tersebut tidak terisi diantaranya adalah dokter sibuk, pasien yang banyak, dokter mementingkan pelayanan, pasien APS (Atas Permintaan Sendiri) atau pasien belum BLPL (boleh pulang), beban kerja yang banyak (dituntut kerja cepat tapi masih ditambah kerja yang lain), memakan waktu yang banyak, berkas rekam medis sudah terdistribusi ke bagian lain, malas, tidak disiplin karena tidak tahu manfaatnya. Penyebab ketidakakuratan kode diagnosis pada pasien rawat inap kasus penyakit dalam yaitu faktor eksternalnya adalah diagnosis utama tidak ditulis, tulisan dokter yang sulit dibaca, penggunaan singkatan dan istilah-istilah baru. Faktor internalnya adalah petugas kodingnya belum terlalu memahami cara mengkode, basic petugas rekam medis biasanya dari SMA yang tentu saja ilmu penyakit dan istilah-istilah kesehatan belum terlalu memahami. Kemudian alat bantu (patologi anatomi atau peta anatomi tubuh) dan kamus kedokteran. Dari persentase pengisian diagnosis penyakit dapat diketahui bahwa dari 161 berkas rekam medis yang dianalisis ada 71 berkas rekam medis (43,48%) diagnosis penyakit ditulis oleh dokter. Selebihnya ada 91 berkas rekam medis yang diagnosis penyakitnya tidak diisi (56,52%). Sedangkan hasil keakuratan pengkodean diagnosis, dari 161 berkas rekam medis yang dianalisis terdapat 237 kode diagnosis dan ada 192 kode diagnosis penyakit

(81,01%) yang sudah sesuai dengan ICD-10, sedangkan kode diagnosis penyakit yang tidak sesuai dengan ICD-10 sebanyak 44 kode diagnosis penyakit (18,99%).

b. Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat diberikan masukan dan saran kepada :

- 1) Bagi Kepala Rekam Medis RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta
Meningkatkan evaluasi di setiap bagian dengan adanya kebijakan yang sudah ada agar dapat lebih terkontrol dan menghasilkan mutu yang berkualitas.
- 2) Bagi Petugas Koding RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta
Hendaknya petugas koding dalam hal komunikasi dengan dokter sebaiknya dapat selalu terjaga dengan lebih baik lagi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Amalina, N., 2006, *Kesesuaian Penulisan Diagnosis Utama Pada Lembar Resume Medis Dibandingkan Dengan ICD-10 di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta*, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
2. Arikunto, S., 2002, *Prosedur Penelitian (Suatu Pendekatan Praktek)*, Jakarta : PT Rineka Cipta.
3. Awliya, 2007, *Evaluasi angka kelengkapan rekam medis pada pasien rawat inap sebelum dan sesudah pelatihan di RSUD Banjarbaru, Kalimantan Selatan tahun 2007*, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
4. Fatimah, 2003, *Evaluasi penulisan diagnosis utama dibandingkan ICD-X pada ringkasan masuk keluar pasien rawat inap penyakit dalam*, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
5. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, KEPMENKES No. 50/Menkes/SK/I/1998 tentang penggunaan kode diagnosis ICD-10.
6. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik No. 78/Yan.Med/RS.Um.DIK/YMU/I/91 tentang pengisian rekam medis.
7. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Permenkes No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis.
8. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Permenkes No.749a/MENKES/XII/1989. tentang rekam medis.
9. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Menurut UU RI No.5 Tahun 1984 definisi Standar Operasional Prosedur (SOP).
10. Foster, S., *Elements of The Discharge Summary*. [http : / / crivnotessoftware.com/tab5_disvarge.html](http://crivnotessoftware.com/tab5_disvarge.html). 4 Agustus 2004.
11. Handayani, A., 2006, *Analisis Akurasi Kode Penyakit Bedah Orthopedi Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Berdasarkan ICD-10 di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2005*, Akademi Perekam dan Informasi Kesehatan Bhakti Mulia Sukoharjo, Sukoharjo.
12. Huffman, 1994, *Health Information Management*, Illinois : Physiciar Record Company.
13. Kurniastuti, E., 2006, *Kebijakan RS Terhadap Pengisian Diagnosis Utama Resume Medis Bedah Umum Pasien Rawat Inap di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta*, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
14. Miles dan Huberman, 1992, *Analisis Data Kualitatif*, Jakarta : Universitas Indonesia Press.

15. Moleong, 2004, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Bandung : PT. Remaja Rodsakarya
16. Murphy, M., 1997, *Medical Record Management In Changing Environment*, USA : Aspen Publisher, Inc.
17. Naga, M.A., 2001, *Pemanfaatan Kodefikasi Diagnosis Sistem ICD-10 Bagi Kepentingan Informasi Medis*, Kumpulan Seminar Rekam Medis, PORMIKI DIY: Yogyakarta (tidak diterbitkan).
18. Naga, M.A., 2003, *Pemanfaatan Kodefikasi Diagnosis Sistem ICD-X Bagi Kepentingan Informasi Medis*, Jakarta: MR Pustaka.
19. Notoatmodjo, S., 2005. *Metode Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
20. Sadiyah, 2003, *Evaluasi ketepatan kodefikasi utama pasien rawat inap berdasarkan ICD di RS Pertamina Cirebon*, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
21. Setiawan, A., 2000, penter., *Kamus Kedokteran Dorland*, Buku kedokteran EGC, Jakarta, 2000.
22. Shofari, B., 1998, *Analisis Kebutuhan Informasi Manajemen Rumah Sakit dalam Pelatihan Manajemen rekam Medis Rumah Sakit Yogyakarta*, Penelitian.
23. Skurka, M.A., 1994, *Health Information Management In Hospital (Principles and Organization for Health Record Services)*, American Hospital Association Company, USA: American Hospital Publishing, Inc.
24. Skurka, M.A., 2003, *Health Information Management*, AHA Press: Chicago.
25. Sugiono, 2003, *Metode Penelitian Bisnis*. Bandung : Alfabeta.
26. Sugiono, 2006, *Metode Penelitian Bisnis*. Bandung : Alfabeta.
27. Sumbodo, 2005, *Kelengkapan pengisian rekam medis rawat inap dan pertanggungjawabannya secara hukum kajian di RSUD kota Yogyakarta*, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
28. Sunartini, 2001, *Rekam Medis Berorientasi Masalah Terintegrasi*, MMR, Program Studi S-2 IKM, Program Pasca Sarjana, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
29. Utarini, A., 2000, *Mengenal Paradigma dan Rancangan Penelitian Kualitatif*, Yogyakarta : Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat UGM.
30. Widiastuti, A., 2004, *Evaluasi Terhadap Hasil Pengkodean Diagnosis Penyakit Pada Rekam Medis Rawat Inap Pasien Obstetri dan Ginekologi Bulan Desember 2003 di RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta*, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
31. Wijono, D., 1999, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Volume 2*, Airlangga University Press.
32. *World Health Organization.*, 1993, *International Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision (ICD-10) Volume 2 Instruction Manual*, WHO : Geneva.