

## **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **A. Hasil**

#### **1. Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Daerah Wates**

##### **a. Sejarah RSUD Wates**

Menurut sejarahnya RSUD Wates adalah kelanjutan dari peninggalan pemerintah penjajahan Belanda, terletak disebelah alun-alun Wates. Setelah kemerdekaan keberadaannya tetap dilestarikan, hingga pada tahun 1963 ditetapkan dengan Peraturan Daerah TK II Kulon Progo Nomor 6 Tahun 1963. Saat itu kedudukan rumah sakit masih menjadi satu dengan Dinas Kesehatan Rakyat (DKR).

Rumah Sakit Umum Daerah Wates ditingkatkan kelasnya menjadi kelas C dengan diterbitkannya Surat Keputusan Menkes Nomor 491/SK/V/1994 tentang Peningkatan kelas RSUD Wates milik Pemda TK II Kulon Progo. Upaya untuk meningkatkan RSUD Wates dalam pengelolaannya agar lebih mandiri terus diupayakan, salah satunya dengan mempersiapkan RSUD Wates menjadi Unit Swadana melalui tahap ujicoba selama 3 tahun. Setelah menjalani ujicoba maka ditetapkan menjadi RSUD Unit Swadana melalui SK Bupati No. 343/2001. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 720/Menkes/SK/VI/2010 tentang Peningkatan Kelas RSUD Wates Milik Pemerintah Daerah Kabupaten Kulon Progo sebagai RSUD kelas B Non Pendidikan pada tanggal 15 Juni 2010. Namun sejak tanggal 19 Januari 2015 berdasarkan SK Menteri Kesehatan No. HK 02.03/I/0085/2015 RSUD Wates sudah menjadi RSUD Kelas B Pendidikan. Sejak berdirinya RSUD Wates telah mengalami pergantian pimpinan. Berikut daftar urutan Direktur RSUD Wates:

- |                                 |                 |
|---------------------------------|-----------------|
| 1) dr. Samadikun Maryadi        | Tahun 1966-1977 |
| 2) dr. M. Harsono               | Tahun 1977-1987 |
| 3) dr. Edhi Jatno, MMR          | Tahun 1987-2001 |
| 4) dr. Moerlani M Dahlan, Sp.PD | Tahun 2001-2005 |
| 5) dr. Bambang Haryanto, M.Kes  | Tahun 2005-2012 |

6) dr. Lies Indriyati, Sp.A                      Tahun 2012-Sekarang

Visi dan Misi RSUD Wates

1) VISI

Menjadi Rumah Sakit pendidikan dan pusat rujukan yang unggul dalam pelayanan.

2) MISI

Berikut ini Misi RSUD Wates:

- a) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang professional berorientasi pada kepuasan pelanggan.
- b) Mengembangkan manajemen rumah sakit yang efektif dan efisien.
- c) Menciptakan lingkungan kerja yang sehat, nyaman dan harmonis.
- d) Meningkatkan kualitas sumber daya manusia, sarana, dan prasarana sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- e) Melindungi dan meningkatkan kesejahteraan karyawan.
- f) Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan.

b. Fasilitas Pelayanan Kesehatan di RSUD Wates

1) Pelayanan Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan yaitu pemeriksaan kesehatan yang diberikan kepada pasien, tanpa harus menjalani rawat inap di rumah sakit. Pelayanan rawat jalan di RSUD Wates terdiri dari berbagai poliklinik dan juga dokter yang sesuai dengan spesialisasinya. Berbagai macam poliklinik di antaranya:

- a) Poliklinik Fisioterapi/Rehabilitasi Medik
- b) Poliklinik Kebidanan
- c) Poliklinik Gizi
- d) Poliklinik Penyakit Anak
- e) Poliklinik Penyakit Bedah
- f) Poliklinik Penyakit Dalam
- g) Poliklinik Penyakit Jiwa/Psikiatri
- h) Poliklinik Penyakit Gigi dan Mulut
- i) Poliklinik Penyakit Kulit dan Kelamin

- j) Poliklinik Penyakit Mata
- k) Poliklinik Penyakit THT
- l) Poliklinik Syaraf/Neurologi
- m) Poliklinik Orthopedi

## 2) Pelayanan Rawat Inap

Instalasi rawat inap memberikan pelayanan rawat inap bagi pasien yang sedang menderita sakit dan diharuskan untuk menjalani rawat inap di RSUD Wates disesuaikan dengan kebutuhan pasien yang meliputi ruang kelas I, II, III dan ruang kelas utama (VIP), ada 17 bangsal untuk pelayanan rawat inap. Beberapa kasus pasien diharuskan menjalani perawatan rawat inap diruang isolasi untuk mencegah terjadinya penularan ke pasien lain atau untuk melindungi pasien itu sendiri. Ruang kelas rawat inap di RSUD Wates di antaranya:

- a) Kelas Utama (Melati)
- b) Kelas I (Melati, Dahlia, Cempaka, Anggrek, Wijaya Kusuma)
- c) Kelas II (Cempaka, Flamboyan, Wijaya Kusuma, Kenanga)
- d) Kelas III (Anggrek, Bougenville, Cempaka, Edelwais, Gardenia, Wijaya Kusuma, Kenanga)
- e) Non Kelas III (NICU, Perina Bermasalah, Kamar Bersalin, ICU, MUS, Cempaka Isolasi, Edelwais Isolasi, Gardenia Isolasi, Perina Isolasi, HCU Bougenville, HCU IGD, HCU Cempaka, Bougenville Isolasi)

## 3) Pelayanan Penunjang

Pelayanan penunjang medis adalah pelayanan yang bertujuan membantu menegakkan diagnosa medis. Dengan ditegakkannya diagnosa medis yang tepat, maka pelayanan rawat jalan maupun rawat inap dapat dipertanggungjawabkan hasilnya. Berbagai macam pelayanan penunjang di RSUD Wates di antaranya:

- a) Pelayanan Administrasi
- b) Pelayanan Ambulance dan Mobil Jenazah
- c) Pelayanan Instalasi Bedah Sentral

- d) Pelayanan Farmasi (24 jam)
  - e) Pelayanan Gizi
  - f) Pelayanan Instalasi Laboratorium Klinik (24 jam)
  - g) Pelayanan Informasi, Wartel, Koperasi
  - h) Pelayanan Instalasi Radiologi
  - i) Pelayanan Keuangan (Kasir)
  - j) Pelayanan Pemulasaraan Jenazah
  - k) Pelayanan Fisioterapi
  - l) Pelayanan Hemodialisa
  - m) Pelayanan Treadmil
  - n) Pelayanan Ketertiban dan Keamanan
- c. Sejarah dan Perkembangan Rekam Medis di RSUD Wates

Sejarah Rekam Medis RSUD Wates dapat diketahui melalui seksi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Pada awal berdirinya, kegiatan pencatatan medis pasien telah mulai dilaksanakan di RSUD Wates. Pasien yang semakin banyak, membuat catatan medis pasien di RSUD Wates semakin hari semakin bertambah pula, sampai akhirnya di RSUD Wates terbentuklah tata kerja dan organisasi rumah sakit yang dinamakan catatan medis. Semakin berkembangnya ilmu dan pengetahuan, maka catatan medis menjadi bidang rekam medis dan kemudian membawahi seksi bidang Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Pada tanggal 1 Januari 2014 Seksi Rekam Medis berubah menjadi Instalasi Rekam Medis. Sejak berdirinya RSUD Wates, tidak hanya nama saja yang berubah, tetapi pimpinan juga mengalami pergantian, antara lain:

- |                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| 1) Bp. Tupin                   | Tahun 1978-1994 |
| 2) Bp. Sutrasno                | Tahun 1994-1997 |
| 3) Ibu Sri Yulianti            | Tahun 1997-2001 |
| 4) Ibu Urip Tugiarti           | Tahun 2001-2004 |
| 5) Bp. Tupin                   | Tahun 2004-2005 |
| 6) Ibu Sriyamti, A.Md          | Tahun 2005-2006 |
| 7) Bp. Joko Budi S, SKM, M.Kes | Tahun 2006-2007 |

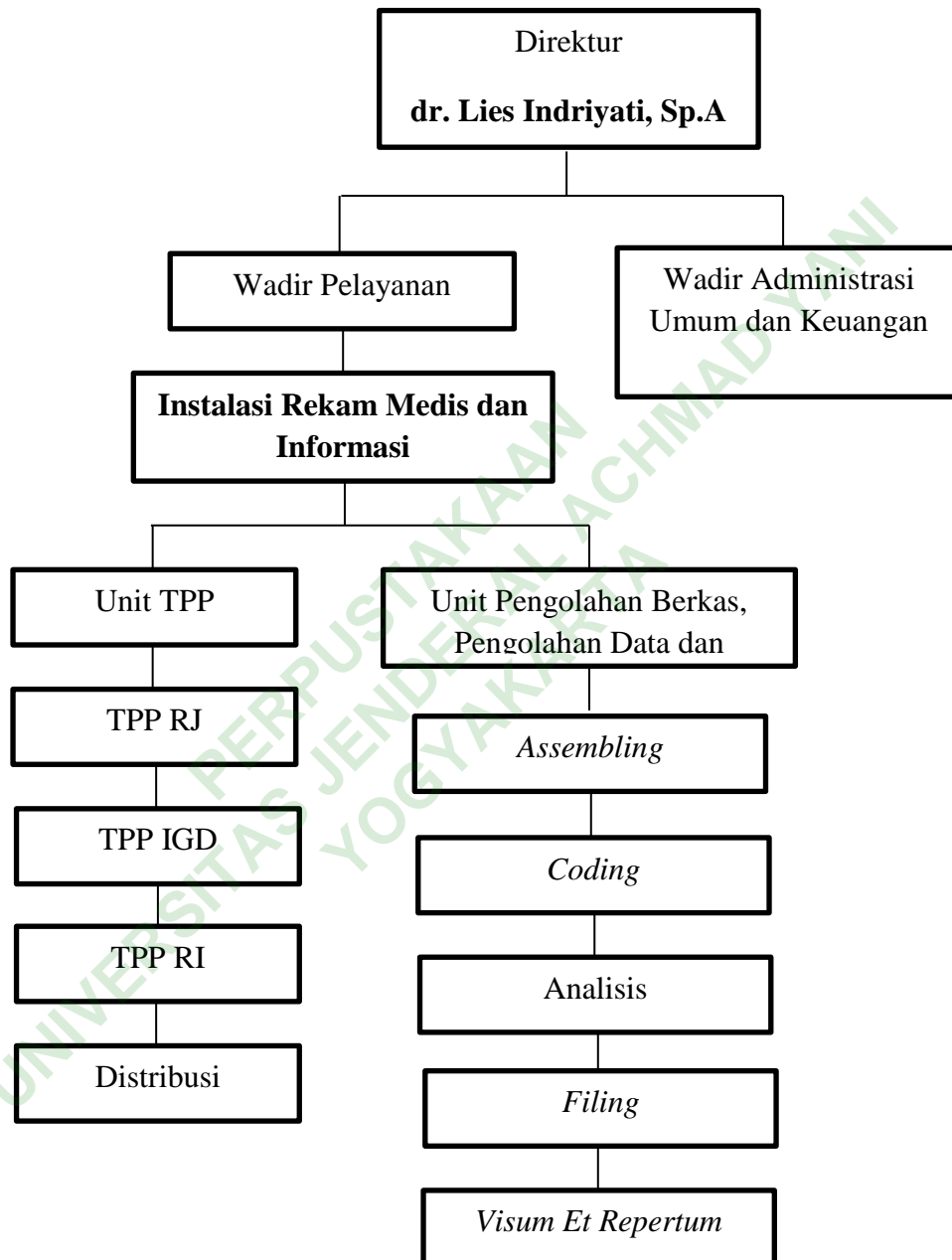
8) Ibu Eny Suratmini, SKM

Tahun 2007-2013

9) Ibu Dewi Natalia, A.Md

Tahun 2014-Sekarang

d. Struktur Organisasi Rekam Medis di RSUD Wates



Gambar 4.1 Struktur Organisasi Instalasi RM RSUD Wates

Sumber : Unit Instalasi Rekam Medis di RSUD Wates

## 2. Hasil

### a. Prosedur Pengodean *External Cause* pada kasus kecelakaan di RSUD Wates

Prosedur pengodean di RSUD Wates menggunakan buku ICD 10 manual. Berdasarkan hasil observasi, berikut adalah langkah-langkah proses pengodean di RSUD Wates sebagai berikut:

1. Petugas koding membaca diagnosa yang akan di kode untuk menentukan *lead term*.
2. Petugas koding menggunakan buku ICD 10 Volume III untuk menemukan istilah atau diagnosa yang dicari.
3. Petugas koding membaca dan mengikuti petunjuk tanda baca di ICD yang tertera di diagnosa tersebut.
4. Semua diagnosa yang mempengaruhi perawatan diberi nomor kode diagnosis ICD 10.
5. Kode yang dicantumkan harus berurutan secara benar yaitu dimulai dari diagnosa utama hingga diagnosa sekunder .
6. Petugas koding menggunakan ICD 10 Volume I untuk memeriksa kebenaran nomor kode yang dipilih.
7. Untuk pasien pulang rawat inap, petugas koding mencantumkan nomor kode tersebut ke dalam kolom kode diagnosa pada Resume Pasien Pulang.
8. Petugas koding melakukan *entry* kode diagnosa ke dalam komputer sebagai proses *indeksing*.

Pada prosedur pengodean *external cause* kasus kecelakaan di RSUD Wates petugas *coding* mengode seluruh kasus kecelakaan dengan kode V89.9 seperti pada kasus sebagai berikut; pasien jatuh dari motor terserempet *truck* saat kejadian kepala terbentur jalan sampai helm pecah di kode dengan V89.9 dan pasien pengendara motor di tabrak motor dari arah belakang saat dalam perjalanan pulang juga di kode dengan V89.9, sedangkan jenis tabrakannya pun berbeda. Pada prosedur pengodeannya di RSUD Wates berpedoman pada SPO dengan Nomor Dokumen MKI/449. 1/06/2015 tentang Pemberian Kode Penyakit Dan Tindakan (Koding)

Rekam Medis Rawat Inap yang diterbitkan pada tanggal 06 Agustus 2015. Namun belum berdatang SPO yang mengatur secara khusus terkait pengodean *external cause*. Berikut adalah hasil wawancara yang peneliti laksanakan pada tanggal 21 Agustus 2018 dengan responden A terkait SK atau SPO yang secara khusus membahas tentang *external cause*:

“Oh kalau itu nggak ada..”

Responden A

Hal senada juga disampaikan oleh triangulasi sumber di RSUD Wates pada tanggal 21 Agustus 2018 berikut:

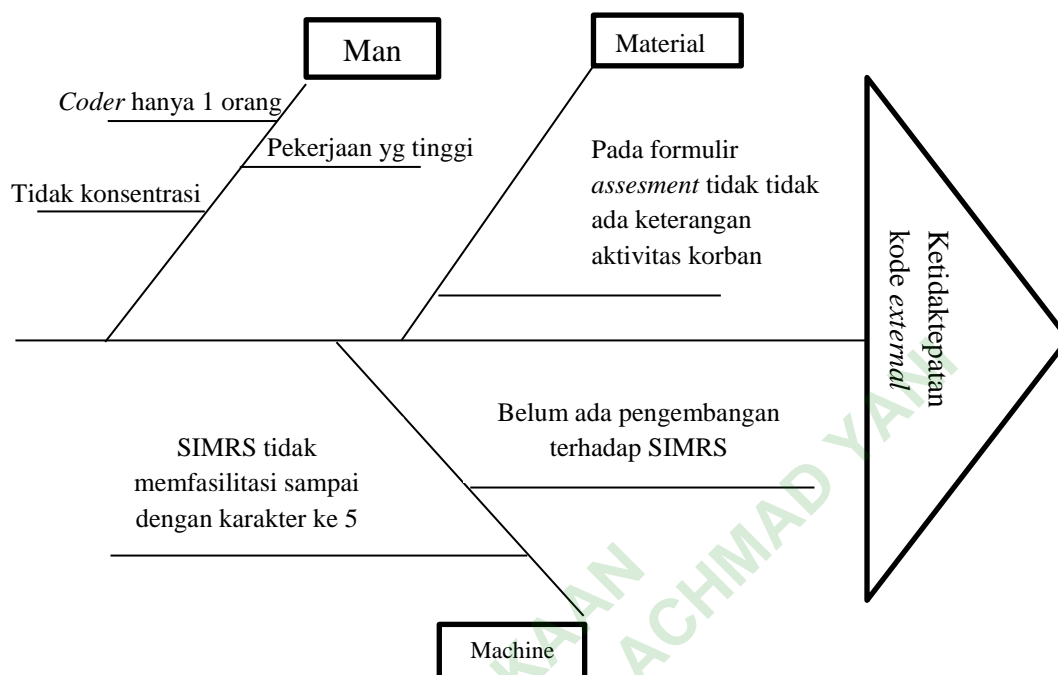
“Kalau SPO yang secara khusus membahas tentang *external cause* itu belum ada, adanya SPO yang membahas secara umum tentang Pemberian Kode Penyakit dan Tindakan aja dek..”

Triangulasi Sumber

Berdasarkan hasil wawancara tersebut diketahui bahwa SK atau SPO yang secara khusus membahas *external cause* tidak ada, tetapi mengacu pada SPO terkait Pemberian Kode Penyakit Dan Tindakan yang diterbitkan pada tanggal 06 Agustus 2015.

b. Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode *External Cause* di RSUD Wates

Berdasarkan wawancara selama penelitian di RSUD Wates terdapat faktor yang mempengaruhi ketidaktepatan pengodean kode *external cause* pada kasus kecelakaan pada tahun 2017 yang telah dilakukan dengan Dokter, *coder*, kepala rekam medis dan perawat diketahui faktor penyebab ketidaktepatan kode *external cause* berdasarkan *Man, Material, Machine, Method, Money*. Pernyataan tentang faktor-faktor penyebab tersebut terdapat dalam kutipan wawancara sebagai berikut:



Gambar 4.2 Diagram *Fishbone* Faktor Ketidaktepatan Kode *External Cause* di RSUD Wates

#### 1) *Man* (Manusia)

Faktor penyebab ketidaktepatan pengodean kode *external cause* pada kasus kecelakaan di RSUD Wates salah satunya disebabkan oleh faktor tenaga kerja (*man*), dan volume pekerjaan yang tinggi, *coder* mengode 100 berkas rekam medis rawat inap perhari dan merangkap sebagai koordinator surveilen dan juga mengecek kembali kode pada berkas rekam medis rawat jalan sehingga kurang teliti dalam menggali *external cause*, selain itu *coder* rawat inap hanya 1 orang. Seperti yang disampaikan oleh responden A terkait penyebab dari ketidaktepatan dari segi SDM dan latar belakang pendidikan sebagai berikut:

“Karena saya hanya sendiri yang mengoding rawat inap, padahal disamping itu saya masih punya ketugasan sebagai koordinator surveilen RS yang tugasnya banyak sekali, sehingga menjadi kurang konsentrasi dan untuk pelaporan juga tidak terlalu dibutuhkan gitu, kalau latar belakang pendidikan sudah D3 RM semua dek..”

Responden A



Hal ini diperkuat dengan hasil triangulasi sumber, yang di kutip dalam hasil wawancara berikut:

“Iya dek disini *coder* untuk rawat inap cuma 1 dan sudah berlatar belakang pendidikan D3 RM semua..”

Triangulasi Sumber

Dari hasil wawancara tersebut diketahui bahwa untuk mendapatkan kode yang tepat dan lengkap untuk menghasilkan laporan morbiditas pasien yang akurat perlu adanya penambahan *coder* rawat inap.

Selain *coder* pada rawat inap hanya berjumlah 1 orang, tingkat pengetahuan petugas pengodean yang berbeda tentang pemberian kode *external cause* dan kurangnya kepedulian untuk kode *external cause* juga menjadi salah satu faktor penyebabnya.

Keterangan yang disampaikan oleh salah satu responden:

“Tidak terlalu penting sih.. emm soalnya kan tergantung dokternya juga kalau di penunjangnya seperti lembar *assesment* gawat darurat tidak dicantumkan ya sudah..”

Responden A

Keterangan tersebut diperkuat dengan hasil wawancara kepada kepala rekam medis di RSUD Wates yang menerangkan bahwa ketidaktepatan dan ketidakterisian kode *external cause* disebabkan karena tidak semua dokter mencantumkan secara rinci kronologi kejadian dan aktivitas korban kecelakaan sehingga petugas *coder* tidak bisa memberikan kode secara spesifik. Selain itu di RSUD Wates pemberian kode *external cause* sampai karakter 5 belum merasa perlu dan dibutuhkan pada berkas rekam medis. Keterangan triangulasi sumber sebagai berikut:

“Nggak penting sih karena nggak dibutuhkan untuk dilaporkan sampai sedetail itu dan kadang dokter juga tidak mencantumkan ..”

Triangulasi Sumber

Berdasarkan hasil wawancara tersebut dapat diketahui bahwa kode *external cause* karakter ke 5 tidak terlalu diperhatikan.

## 2) *Material* (Material)

Pelaksanaan pengodean *external cause* di RSUD Wates berpedoman pada formulir rumah sakit yang meliputi:

- (a) *Assesment* Gawat Darurat
- (b) Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi
- (c) Resume Pasien Pulang

Berdasarkan hasil wawancara terhadap responden A terkait formulir pendukung dalam menetapkan *external cause* sebagai berikut:

“Semua digali, bisa dari *assesment* gawat darurat, atau cppt atau resume, dll..”

Responden A

Hal ini diperkuat dengan hasil triangulasi sumber, yang dikutip dalam hasil wawancara sebagai berikut:

“Kalau formulir *assesment* gawat darurat sih udah pasti ya, terus sama dari lembar cppt, resume medis, ringkasan masuk keluar, dll, tapi kadang-kadang di formulir *assesment* gawat darurat cuma ditulisnya post KLL saja...”

Triangulasi Sumber

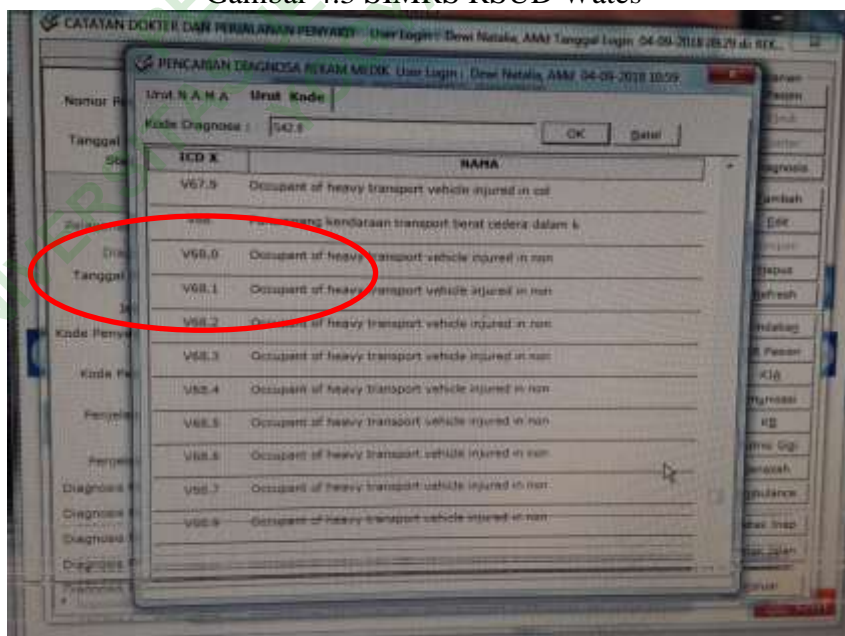
Berdasarkan hasil wawancara di atas diketahui bahwa formulir pendukung yang digunakan untuk menetapkan *external cause* meliputi formulir *assessment* gawat darurat, CPPT, dan resume pasien pulang, namun pada formulir *assessment* gawat darurat belum ada informasi terkait aktivitas korban saat kecelakaan.

### 3) Machine (Alat)

Pengodean diagnosa di RSUD Wates menggunakan buku ICD 10 manual yang kemudian dientri pada SIMRS, namun pada SIMRS tersebut belum memfasilitasi kode *external cause* sampai dengan karakter ke 5 dikarenakan belum adanya pengembangan terhadap SIMRS.

Selain proses pengodean dilakukan dengan menggunakan buku ICD 10 *coder* juga menggunakan buku bantu berupa daftar diagnosa yang digunakan untuk mempermudah dalam pengodean tersebut. Seperti yang terlihat pada gambar di bawah sebagai berikut:

Gambar 4.3 SIMRS RSUD Wates



Berikut adalah hasil kutipan wawancara dengan responden A sebagai berikut:

“Iya karena disini juga SIMRS nya tidak memadai jadi kita tidak mengkode *external cause* sampai dengan karakter ke 5.. Oh iya kita disini selain pake buku ICD 10 tahun 2010 juga dibantu pake buku bantu dek biar lebih mudah..”

Hal tersebut diperkuat dengan wawancara kepada triangulasi sumber sebagai berikut:

“Karena di SIMRS juga tidak memfasilitasi sampai karakter ke 5, jadi kita tidak mengode sampai karakter ke 5 pada berkas rekam medis. Emm.. iya kita selain menggunakan ICD 10 juga ada buku bantu untuk mempermudah proses pengodean dek kalau memang itu dibutuhkan..”

Berdasarkan hal tersebut dapat diketahui bahwa pada SIMRS untuk kode *external cause* tidak di kode karena pada SIMRS sendiri tidak memfasilitasi sampai karakter ke 5. Seperti pada gambar berikut:

#### 4) Method (Metode)

Pelaksanaan pengodean di RSUD Wates menggunakan buku ICD 10 tahun 2010 atau secara manual yang dilakukan oleh *coder* pasien rawat inap. Pada pelaksanaannya berpedoman pada SPO dengan Nomor Dokumen MKI/449. 1/06/2015 tentang Pemberian Kode Penyakit Dan Tindakan (Koding) Rekam Medis Rawat Inap yang diterbitkan pada tanggal 06 Agustus 2015.

Berdasarkan SPO dan hasil observasi diketahui bahwa pengodean *external cause* sudah sesuai dengan SPO. Selain itu pada SPO menjelaskan bahwa pengodean menggunakan buku ICD 10. Seperti pada kutipan SPO berikut ini:

Tabel 4.1 SPO Pemberian Kode Penyakit dan Tindakan (Koding)

PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Status yang telah dirakit/ <i>assembling</i> diterima oleh prtugas koding</li> <li>2. Petugas menuliskan kode penyakit berdasarkan buku ICD X dan kode tindakan berdasarkan buku ICD IX CM</li> <li>3. Seluruh diagnosa penyakit, baik itu diagnosa utama dan diagnosa sekunder dilakukan pengkodean</li> <li>4. Petugas mulai mencari kode penyakit pada buku indeks ICD X Vol. III</li> <li>5. Untuk mengecek kebenaran kode penyakit, petugas dapat mengeceknya pada buku ICD X Vol. I</li> <li>6. Untuk kode tindakan, petugasa dapat mencari kode tindakan pada buku ICD IX CM</li> <li>7. Petugas mencatat rekam medis yang memiliki tindakan pada buku kendali rekam medis dengan tindakan</li> <li>8. Status rekam medis rawat inap yang telah dikode dengan lengkap diserahkan ke bagian <i>indeksing</i></li> </ol>
----------	---

Sumber: *Unit Rekam Medis RSUD Wates*

Tabel 4.2 Hasil Observasi *Coder*

No	Aspek Yang Diamati	Ya	Tidak	Keterangan
1	<i>Coder</i> melakukan pengodean sesuai SPO	√		
	a. <i>Coder</i> menggunakan buku ICD 10 volume I untuk mengecek kebenaran kode		√	
	b. <i>Coder</i> menggunakan buku ICD 10 volume III untuk menemukan istilah atau diagnosa yang dicari		√	

### 5) Money (Uang)

Salah satu faktor penyebab yang mempengaruhi ketidaktepatan kode *external cause* pada kasus kecelakaan yaitu *money* (uang). Namun, berdasarkan hasil wawancara tidak ditemukan masalah yang berkaitan dengan keuangan dalam pengodean *external cause*. Berikut adalah kutipan wawancara kepada responden:

Hal ini disampaikan oleh responden A bahwa tidak ada dampaknya, yaitu sebagai berikut:

“Hmm nggak kok ga ada dampak apa-apa kalo *money*..”

Responden A

Hal ini juga diperkuat oleh jawaban triangulasi sumber bahwa tidak ada faktor dampak dari *money*, berikut adalah hasil kutipan wawancara:

“Tidak, tidak ada masalah atau dampak dari faktor *money*..”

Triangulasi Sumber

Berdasarkan hasil wawancara diatas dapat dijabarkan mengenai penyebab satu dengan penyebab lainnya. Uraian tersebut dapat dilihat dalam tabel dibawah ini:

Tabel 4.3 Permasalahan Sebab Akibat

Faktor yang diamati	Masalah yang terjadi
<i>Man</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kurangnya petugas koding</li> <li>b. Volume pekerjaan yang tinggi</li> <li>c. Kurang konsentrasi</li> <li>d. Kurangnya pengetahuan petugas terhadap <i>external cause</i></li> </ul>
<i>Material</i>	Formulir <i>assesment</i> tidak menuliskan secara lengkap kronologi kejadian dan aktivitas korban kecelakaan
<i>Machine</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. SIMRS tidak memfasilitasi sampai dengan karakter ke 5</li> <li>b. Belum ada pengembangan terhadap SIMRS</li> </ul>
<i>Method</i>	Sudah terdapat SOP pengodean, namun belum terdapat SOP yang membahas khusus terkait <i>external cause</i> sehingga menyebabkan pengetahuan <i>coder</i> terhadap <i>external cause</i> berkurang

## B. Pembahasan

### 1. Prosedur Pengodean *External Cause* Pada Kasus Kecelakaan di RSUD Wates

Menurut Permenkes RI Nomor 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran pasal 1 ayat 1 bahwa standar pelayanan kedokteran meliputi Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) dan SPO, pasal 10 ayat 1 menerangkan bahwa pimpinan fasilitas kesehatan wajib memprakarsai penyusunan SPO sesuai dengan jenis dan strata fasilitas pelayanan kesehatan yang dipimpinnya.

Menurut Permenkes RI No.269/Menkes/Per/2008 tentang tata cara penyelenggaraan rekam medis menyatakan bahwa, setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis. Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberi pelayanan.

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan di RSUD Wates prosedur pengodean sudah menganut pada SPO dengan Nomor Dokumen MKI/449.1/06/2015 tentang Pemberian Kode Penyakit Dan Tindakan (Koding) Rekam Medis Rawat Inap yang diterbitkan pada tanggal 06 Agustus 2015.

### 2. Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode *External Cause* Pada Kasus Kecelakaan di RSUD Wates

Faktor penyebab ketidaktepatan kode *external cause* pada penelitian ini menggunakan analisis *fishbone*. Analisis *fishbone* (tulang ikan) adalah analisis yang digunakan mengkategorikan berbagai sebab potensial satu masalah atau pokok persoalan dengan cara yang mudah dimengerti. Juga alat ini membantu kita dalam menganalisis apa yang sesungguhnya terjadi dalam proses. Yaitu dengan cara memecah proses menjadi sejumlah kategori yang berkaitan dengan proses, mencakup manusia, material, mesin, metode, dan uang (Imamoto et al, 2008).



a. *Man* (Manusia)

Faktor penyebab dari ketidaktepatan kode *external cause* pada kasus kecelakaan adalah karena pekerjaan yang tinggi sehingga *coder* menjadi tidak fokus dalam menggali kode *external cause* lebih dalam. Selain itu pada *assesment* gawat darurat, dokter sering tidak menuliskan kronologi kejadian dengan lengkap dan jelas dan untuk *coder* rawat inap sendiri hanya berjumlah 1 orang.

*Job description* merupakan pernyataan tertulis yang meliputi tugas, wewenang, tanggung jawab, dan hubungan-hubungan lini baik ke atas maupun ke bawah (Ardana, 2012).

b. *Material* (Material)

1) *Assesment* Gawat Darurat

Menurut KARS (2012) pada Elemen Penilaian AP.1, ketika pasien diterima di rumah sakit untuk mendapatkan pelayanan/pengobatan rawat inap atau rawat jalan, harus diidentifikasi kebutuhan pelayanannya melalui suatu proses asesment secara lengkap untuk menetapkan alasan kenapa pasien perlu datang berobat ke rumah sakit. Agar asesment kebutuhan pasien konsisten, rumah sakit menetapkan dalam kebijakan, isi minimal dalam dari asesment yang harus dilaksanakan oleh dokter, perawat dan staf disiplin klinis lainnya. Setiap formulir yang asesment yang digunakan mencerminkan kebijakan dari rumah sakit tersebut. Formulir asesment gawat darurat merupakan formulir yang digunakan untuk pengkajian tindak lanjut dari hasil penyaringan pasien agar lebih mendalami kebutuhan pasien. Untuk pasien gawat darurat, asesment medis berdasarkan kebutuhan dan kondisi pasien.

Keterangan *external cause* pada lembar *assesment* gawat darurat di RSUD Wates terdapat pada kolom anamnesis. Dalam pengisian lembar *assesment* gawat darurat ini diisi oleh dokter yang berjaga di UGD.

## 2) Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi

Menurut KARS (2012) pada elemen penilaian AP.1.5, catatan perkembangan pasien terintegrasi merupakan proses perencanaan asuhan pasien menggunakan *assesment* awal pasien dan *assesment* ulang secara periodik untuk menetapkan dan menyusun prioritas pengobatan, prosedur, asuhan keperawatan, dan asuhan lain untuk memenuhi kebutuhan pasien. Rencana *assesment* ulang pasien harus mencerminkan tujuan yang bersifat individual, obyektif dan sasaran asuhan yang realistis untuk memungkinkan *assesment* ulang dan revisi rencana pelayanan. Rencana asuhan tersebut dicantumkan dalam rekam medis pasien dan dikembangkan dalam waktu 24 jam setelah pasien diterima dirawat inap. Pengintegrasian dan koordinasi aktivitas asuhan pasien menjadi tujuan agar menghasilkan proses asuhan yang efektif dan efisien pada penggunaan sumber daya manusia dan sumber daya lain dan kemungkinan hasil asuhan pasien yang lebih baik. Aktivitas asuhan pasien termasuk pemberian perintah, prosedur diagnostik, operasi dan prosedur lain diperintahkan oleh yang berwenang agar bisa dilaksanakan tepat waktu. Perintah dapat ditulis pada suatu lembar perintah yang kemudian dimasukkan ke rekam medis pasien secara periodik atau pada waktu pemulangan pasien. *Coder* pasien rawat inap di RSUD Wates melihat keterangan *eternal cause* salah satunya dengan melihat pada lembar CPPT.

## 3) Resume Pasien Pulang

Menurut KARS (2012) pada Standar PPK. 3, pasien sering membutuhkan pelayanan tindak lanjut guna memenuhi kebutuhan kesehatan berkelanjutan atau untuk mencapai sasaran kesehatan mereka. Informasi kesehatan umum diberikan oleh rumah sakit dapat dimasukkan bila membuat resume kegiatan harian setelah pasien pulang. Resume atau *discharge summary* merupakan ringkasan dari seluruh masa perawatan dan pengobatan pasien sebagaimana yang telah

diupayakan oleh para tenaga kesehatan dan pihak terkait yang ditandatangani oleh dokter yang merawat pasien (Hatta, 2013).

Keterangan *external cause* pada lembar resume pasien pulang di RSUD Wates terdapat pada kolom alasan dirawat yang dituliskan oleh dokter sesuai dengan keterangan pada lembar *assesment* gawat darurat. Tetapi masih terdapat beberapa berkas rekam medis yang tidak mencantumkan kronologi kejadian korban kecelakaan pada lembar *assesment* gawat darurat.

c. *Machine* (Mesin)

SIMRS merupakan suatu rangkaian kegiatan yang mencakup seluruh pelayanan kesehatan diseluruh tingkat administrasi yang dapat memberikan informasi kepada pengelola untuk proses manajemen pelayanan kesehatan rumah sakit (Rustiyanto, 2011).

Proses pelaksanaan pengodean di RSUD Wates menggunakan buku ICD 10 manual yang dientri ke dalam SIMRS. Tetapi, SIMRS tidak memfasilitasi kode ICD 10 sampai pada karakter ke 5.

d. *Method* (Metode)

Menurut Permenkes RI Nomor 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran pasal 1 ayat 1 bahwa standar pelayanan kedokteran meliputi Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) dan SPO, pasal 10 ayat 1 menerangkan bahwa pimpinan fasilitas kesehatan wajib memprakarsai penyusunan SPO sesuai dengan jenis dan strata fasilitas pelayanan kesehatan yang dipimpinnya.

Pelaksanaan pengodean di RSUD Wates menggunakan buku ICD 10. Pada pelaksanaannya menganut SPO dengan Nomor Dokumen MKI/449. 1/06/2015 tentang Pemberian Kode Penyakit Dan Tindakan (Koding) Rekam Medis Rawat Inap yang diterbitkan pada tanggal 06 Agustus 2015.

### C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki berbagai keterbatasan sehingga mengakibatkan hasilnya belum sesuai dengan harapan peneliti. Keterbatasan tersebut meliputi:

1. Peneliti kesulitan dalam melakukan wawancara dengan dokter karena terlalu sibuk sehingga jawaban yang diberikan menjadi kurang jelas.
2. Pada lembar *assesment* masih terdapat banyak yang belum menuliskan kronologi kejadian aktivitas korban kecelakaan sehingga peneliti tidak bisa menggali lebih dalam informasi yang berhubungan dengan *external cause*.

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANING  
YOGYAKARTA