

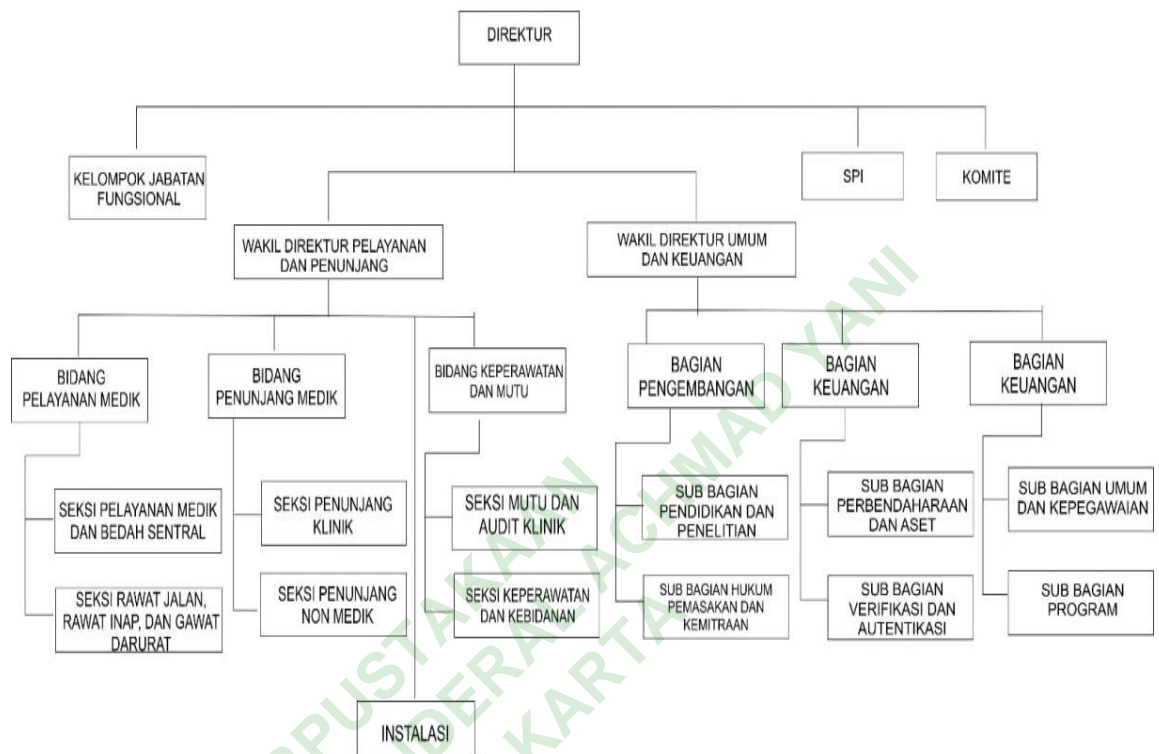
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. GAMBARAN UMUM

1. Gambaran Umum RSUD Panembahan Senopati Bantul
 - a. Sejarah

Sejarah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Panembahan Senopati Bantul sudah berdiri sejak tahun 1953 dengan nama RS Hongeroedem (HO). Rumah sakit tersebut mengganti nama menjadi RS Kabupaten pada tahun 1950. Pada tanggal 26 Februari 1993 rumah sakit tersebut mengganti nama kembali menjadi RSUD Kabupaten Bantul ber-type D. Pada tanggal 16 Februari 1993, rumah sakit menjadi rumah sakit ber-type C. Pada November 1995 rumah sakit lulus akreditasi penuh. Tanggal 1 Januari 2013, rumah sakit ini berganti nama menjadi Rumah Sakit Swadana. Pada tanggal 29 Maret 2003 merubah namanya kembali menjadi RSUD Panembahan Senopati Bantul. Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul, dan pada tanggal 14 April 2015 telah mendapatkan Sertifikat Akreditasi dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dengan predikat "Paripurna" Bintang Lima.

2. Struktur Organisasi RSUD Panembahan Senopati Bantul



Gambar 4.1
Struktur Organisasi RSUD Panembahan Senopati Bantul

2. Gambaran Rekam Medis RSUD Panembahan Senopati Bantul

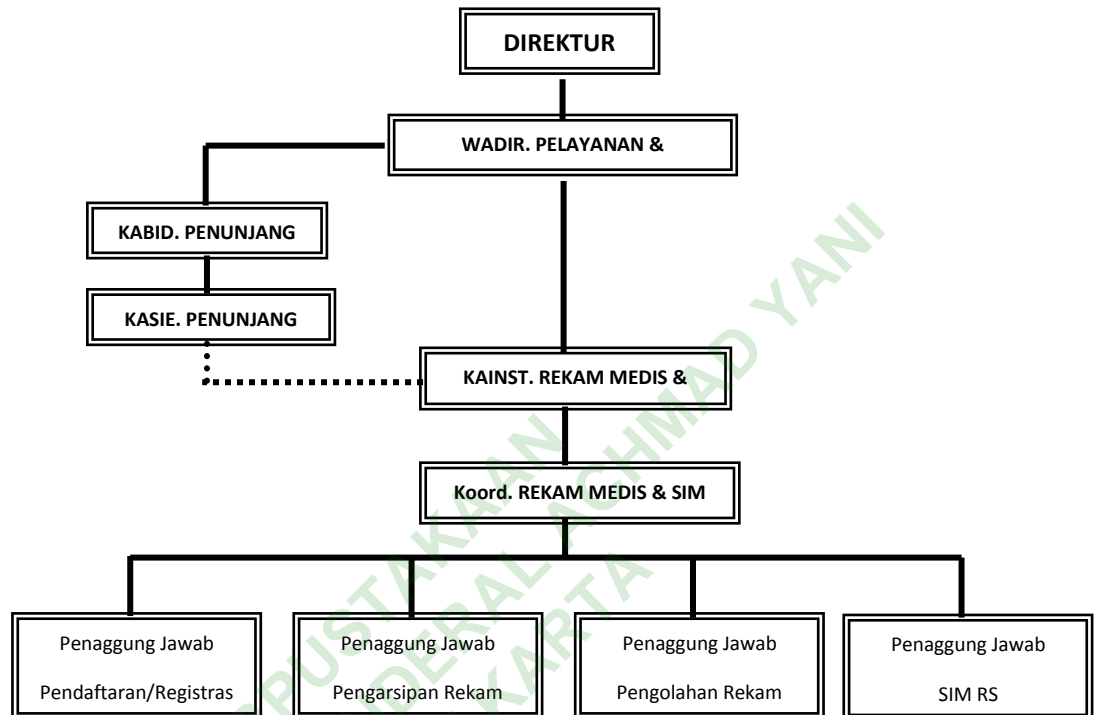
a. Sejarah

Pada tahun 1953 RSUD Panembahan Senopati Bantul yang semula bernama rumah sakit Hongeroedom (HO) sudah memiliki instalasi rekam medis yang masih terbatas pada kegiatan pendaftaran pasien dan penyimpanan berkas rekam medis saja. Mulai bulan April 1984 instalasi rekam medis mendapat tempat tersendiri. Hal tersebut terbukti dengan adanya ruang pendaftaran pasien rawat jalan, pasien IGD, pasien rawat inap, dan pengolahan data. Sistem penyimpanan belum sentralisasi (masih desentralisasi) dan belum menggunakan sistem penomoranurut yang terdokumentasi dalam buku induk (buku register).

Mulai awal tahun 2001 sistem pengolahan rekam medis di RSUD Panembahan Senopati Bantul sudah mulai lengkap dari TPP rawat jalan, TPP IGD/rawat inap, distribusi, filing, assembling, coding dan pelaporan. Sistem penyimpanan sudah mulai sentralisasi dengan menggabungkan rawat jalan dan rawat inap ke dalam satu folder rekam medis. Namun ilmu yang didapat hanya dari hasil pelatihan dan belajar otodidak tentang rekam medis karena belum ada tenaga medis lulusan D3 Rekam Medis.

Mulai tahun 2003 tenaga kerja rekam medis sudah mengalami kemajuan yang dulunya rata – rata pendidikan SLTP dan SLTA, sudah ada tenaga D3 Rekam Medis. Jumlah tenaga keseluruhan yang dulunya sejumlah 14 orang sekarang menjadi 40 orang, namun tidak semua berlatar belakang D3 Rekam Medis. Struktur organisasi di RSUD Panembahan Senopati sudah berubah menjadi Instalasi Rekam Medis dan SIMRS sejak Maret 2014.

b. Struktur Organisasi Rekam Medis RSUD Panembahan Senopati Bantul



Gambar 4.2
Struktur Organisasi Rekam Medis RSUD Panembahan Senopati Bantul

B. HASIL

Berdasarkan pengamatan melalui observasi dengan melihat berkas rekam medis pasien cedera kepala intrakranial di RSUD Panembahan Senopati Bantul, dengan menggunakan lembar ceklist yang dilihat dari resume medis, ringkasan masuk dan keluar, lembar rawat inap, serta lembar lainnya yang dapat mendukung ketepatan kode. Ditemukan beberapa berkas rekam medis yang tidak lengkap kodenya, ada pula yang tidak tepat kodenya, dan ada pula yang tidak dikode sama sekali.

Sehubungan dengan kelengkapan dan ketepatan kode, data yang diperoleh peneliti terkait kelengkapan dan ketepatan kode cedera kepala, didapatkan sebanyak 66 berkas rekam medis kasus cedera kepala intrakranial

1. Kelengkapan

Kelengkapan Pengodean Kasus Cedera Kepala di RSUD Panembahan Senopati Bantul Periode Triwulan 1 Tahun 2017

Hasil yang didapat dalam kelengkapan pengodean kasus cedera kepala di RSUD Panembahan Senopati Bantul dapat dilihat dalam tabel 4.1 yaitu :

Tabel 4.1 Kelengkapan Pengodean Kasus Cedera Kepala

No	Komponen	Lengkap	
		Jumlah	Persentase
	Diagnosis cedera kepala dan Penyebab luar	0	0%

Berdasarkan tabel di atas dapat diperoleh data sebagai berikut : kelengkapan pengodean diagnosis kasus cedera kepala intrakranial dan penyebab luar sebesar 0%.

Tabel 4.2 Ketidaklengkapan Pengodean Kasus Cedera Kepala

No	Komponen	Tidak Lengkap	
		Jumlah	Persentase
	Diagnosis cedera kepala Penyebab Luar	66	50%
		-	-

Berdasarkan tabel di atas dapat diperoleh data pada angka ketidaklengkapannya sebesar 50% pada berkas rekam medis kasus cedera kepala intrakranial. Ketidaklengkapan tersebut dikarenakan tidak adanya kode pada penyebab luar.

2. Ketepatan

Ketepatan Pengodean Kasus Cedera Kepala di RSUD Panembahan Senopati Bantul Periode Triwulan 1 Tahun 2017

Ketepatan pengodean kasus cedera kepala di RSUD Panembahan Senopati Bantul dibedakan menjadi 3 bentuk yaitu ketepatan pada kode diagnosis utama 66 Berkas Rekam Medis, kode diagnosis sekunder yang ada hubungannya dengan diagnosa utama 10 Berkas Rekam Medis dan kode diagnosis sekunder yang tidak ada hubungannya dengan diagnosis utama 2 Berkas Rekam Medis.

Hasil yang didapat dalam ketepatan pengodean kasus cedera kepala di RSUD Panembahan Senopati Bantul dapat dilihat dalam tabel 4.3, tabel 4.4, dan tabel 4.5 yaitu:

Tabel 4.3 Ketepatan Pengodean Diagnosa Utama Kasus Cedera Kepala

No	Uraian (diagosa utama)	Jumlah	Presentase
1	Tepat		
	a. Karakter 5	-	0%
	b. Karakter 4	59	89,39%
	c. Karakter 3	-	0%
	d. Karakter 1	1	1,51%
2	Tidak dapat dinilai	6	9,10%

Berdasarkan tabel di atas diperoleh data ketepatan pada karakter 4 sebanyak 89,39% pada 59 kode dari total 66 Berkas Rekam Medis Kasus Cedera Kepala dan data yang tidak dapat dinilai sebesar 9,1%..

Tabel 4.4 Ketepatan Pengodean Diagnosa Sekunder Ada Hubungan dengan Kasus Cedera Kepala (Diagnosa Sekunder)

No	Uraian	Jumlah	Presentase
1	Tepat		
	a. Karakter 5	-	0%
	b. Karakter 4	8	80%
	c. Karakter 3	-	0%
	d. Karakter 1	-	0%
2	Tidak dapat dinilai	2	20%

Berdasarkan tabel di atas angka ketepatan pengodean diagnosis sekunder yang berhubungan dengan diagnosa utama sebesar 80% dari 10 berkas rekam medis.

Tabel 4.5 Ketepatan Pengodean Diagnosa Sekunder Tidak Ada Hubungan dengan Kasus Cedera Kepala (Diagnosa Sekunder)

No	Uraian	Jumlah	Presentase
1	Tepat		
	a. Karakter 5	-	0%
	b. Karakter 4	-	0%
	c. Karakter 3	1	50%
	d. Karakter 1	-	0%
2	Tidak dapat dinilai	1	50%

Dari tabel 4.5 dapat dilihat bahwa ketepatan pengodean pada diagnosa sekunder yang tidak ada hubungannya dengan diagnosa utama sama besar antara kode yang tepat dan kode yang tidak dapat dinilai pada berkas rekam medis kasus cedera kepala sebesar 50%

3. Faktor Penyebab Ketidaklengkapan dan Ketidaktepatan Pengodean Kasus Cedera Kepala

Faktor penyebab ketidaklengkapan dan ketidaktepatan pengodean kasus cedera kepala di RSUD Panembahan Senopati Bantul diperoleh dari hasil wawancara pada tanggal 24 Juli 2017 terhadap dua orang responden yaitu petugas rekam medis bagian pengodean.

Pertanyaan : *“Apakah faktor yang menyebabkan ketidaklengkapan dan ketidaktepatan pengodean kasus cedera kepala di RSUD Panembahan Senopati Bantul?”*

“Faktor penyebabnya itu dek,emmm karena dokter nulis diagnosanya kurang lengkap ehmmm selain itu ini dek dari hasil anamnesa yang tidak lengkap.”

Responden A

Maksud dari pernyataan Responden A tersebut adalah faktor penyebab dari ketidaklengkapan dan ketidaktepatan dalam hal pengodean kasus cedera kepala hanya sampai karakter 4 yaitu karena dokter yang tidak lengkap dalam penulisan diagnosa pada lembar rawat inap, hasil anamnesa, dan lembar gawat darurat.

“Di sini kode tidak lengkap ya itu dek karena dokter nulis diagnosanya enggak lengkap, kan waktu dokter juga sangat sibuk dek....ehmm mau dikembalikan ke dokter lagi ntar dari perawat bangsal udah ada yang kembalikan berkas lagi dek, jadi menumpuk dek...”

Responden B

Maksud dari pernyataan Responden B faktor penyebab ketidaklengkapan dan ketidaktepatan pengodean kasus cedera kepala dikarenakan kurang lengkapnya penulisan diagnosis pada lembar rawat inap dikarenakan waktu dokter yang sangat sibuk.

C. PEMBAHASAN

1. Kelengkapan

- a. Menurut Hatta (2013), kelengkapan pengisian dokumen rekam medis sangat penting dilakukan, dalam konteks ini yang dilihat adalah kelengkapan kode. Kelengkapan kode merupakan tanggung jawab dari petugas rekam medis yaitu koder. Seorang koder dituntut untuk mampu memberikan kode pada setiap hal yang ada dalam berkas rekam medis, kelengkapan kode pastinya akan berpengaruh terhadap statistik. Tujuan kodifikasi adalah untuk statistik morbiditas maupun mortalitas, namun dalam perkembangannya pengodean dapat menentukan tarif pembiayaan pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien.
- b. Persentase kelengkapan yang diperoleh termasuk dalam analisis berkas rekam medis untuk diagnosa cedera kepala terdapat dalam kriteria sangat kurang karena persentase yang diperoleh 0%. Pada diagnosis cedera kepala dan pengodean penyebab luar kasus cedera kepala masih sangat kurang karena diperoleh ketidaklengkapan sebesar 100%. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Ayu Ningsih (2016) di RSUD Prambanan hasil kelengkapan pengodean kasus cedera di RSUD Prambanan sebanyak 135 (79,5%) dari total 171 kode.

2. Ketepatan

Ketepatan kode merupakan hal yang sangat diperlukan dalam pendokumentasian. Oleh karena itu petugas koder harus sangat teliti dan paham untuk memilih kode yang paling tepat untuk setiap hal yang harus diberi kode. Dalam hal ketepatan kode harus tepat setiap karakter mulai dari karakter ke-1 hingga karakter ke-5. Dalam hasil ketepatan pengodean

kasus cedera kepala di RSUD Panembahan Senopati Bantul dapat dibedakan dalam 3 komponen yaitu tepat, tidak tepat, dan tidak dapat dinilai. Pengodean diagnosis pada kasus cedera dianggap tepat apabila diagnosis yang ada sudah dikode lengkap dan benar sesuai ICD-10.

a. Ketepatan Pengodean Kasus Cedera Kepala (diagnosis utama)

Pengodean diagnosis pada kasus cedera dianggap tidak tepat memiliki dua kelompok yaitu secara kuantitas (jumlah) dan kualitas (mutu). Secara kuantitas adalah kode kurang karakter ke lima. Berdasarkan WHO (1992), dalam ICD-10 volume 1 terdapat petunjuk bahwa pada pengodean kasus cedera kepala terdapat catatan mempunyai karakter sampai digit kelima yaitu kode tambahan karakter “nol (0)” digunakan jika tanpa luka terbuka, dan karakter “satu (1)” digunakan untuk luka terbuka. Contoh : *commotio cerebri* atau biasa disebut cedera kepala ringan (CKR) dengan kode S06.0, seharusnya kode ditulis hingga karakter ke lima yang digunakan untuk menunjukkan apakah “*without open intracranial wound (0)*” atau “*with open intracranial wound (1)*”. Kode yang seharusnya ditulis adalah S06.00 atau S06.01.

Dari hasil yang diperoleh bahwa dalam keterangan kasus cedera kepala terbuka dan lainnya yang terdapat dalam diagnosis kurang lengkap dan spesifik sehingga berpengaruh terhadap kode yang dihasilkan, maka perlu adanya sosialisasi kepada dokter mengenai kelengkapan dalam mencantumkan diagnosis pada kasus cedera kepala, disertai dengan keterangan penyebab luar, sehingga dapat menghasilkan kode yang tepat dan spesifik sesuai dalam ICD-10. Variasi ketidaktepatan karakter (ada kode namun tidak sesuai berdasarkan ICD-10 atau jumlahnya sama tetapi angka dan hurufnya tidak sesuai). Pengelompokan ketepatan dalam pengodean kasus cedera kepala dalam diagnosa utama meliputi 2 jenis yaitu tepat dan tidak dapat dinilai. Berikut uraian komponennya :

1) Tepat

Hasil tabel 4.3 ketepatan pengodean pada kasus cedera kepala di RSUD Panembahan Senopati Bantul pada karakter 4 sebesar 89,39% yang termasuk dalam kriteria baik. Berdasarkan hasil Penelitian yang dilakukan oleh Ayu Ningsih di RSUD Prambanan persentase ketepatan pengodean kasus cedera sebesar 79%. Contoh dari ketepatan pada karakter ke 4 yaitu :

Diagnosis :

CKR : S06.0 kode seharusnya : S06.00/S06.01

Catatan untuk kode CKR sudah tepat sampai karakter 4 namun berdasarkan ICD-10 seharusnya dikode dengan S06.00 atau S06.01 dengan tambahan sub kategori ke 5 yang menunjukkan apakah dengan luka terbuka intrakranial atau tanpa luka terbuka intrakranial.

Contoh lain

Diagnosis :

CKR : S06.0 kode seharusnya : S06.00/S06.01

Fraktur Clavicula : S42.0 kode seharusnya : S42.00/S42.01

Catatan untuk kode CKR berdasarkan ICD-10 seharusnya dikode dengan S06.00 atau S06.01 dengan tambahan sub kategori ke-5 yang menunjukkan apakah disertai luka terbuka atau tanpa luka terbuka. Untuk kasus fraktur clavicula juga perlu adanya tambahan pada karakter ke-5 untuk mengetahui apakah termasuk dalam fraktur terbuka atau termasuk dalam fraktur tertutup.

2) Tidak dapat dinilai

Pada diagnosa utama terdapat kode yang tidak dapat dinilai sebesar 9,1% karena dalam lembar rawat inap tersebut tertulis diagnosa pasien yang tidak lengkap dan tidak spesifik dan tidak dilakukan pengodean misalnya, seharusnya CKS dilengkapi dengan bentuk kelainan yang menyebar/*diffuse* dengan kode S06.2 atau kelainan terbatas/*focal* dengan kode S06.3.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ayu Ningsih di RSUD Prambanan tahun 2016 kode diagnosa utama yang tidak dapat dinilai sebesar 2 %.

b. Ketepatan Pengodean Diagnosa Sekunder pada Kasus Cedera Kepala

Ketepatan pengodean kasus cedera kepala pada diagnosa sekunder terbagi menjadi dua yaitu diagnosa sekunder yang berhubungan dengan diagnosis utama dan diagnosis sekunder yang tidak berhubungan langsung dengan diagnosis utama.

1) Ketepatan Pengodean diagnosa sekunder yang berhubungan dengan diagnosa utama

a) Tepat

Ketepatan pengodean pada diagnosa sekunder kasus cedera kepala sebesar 80% dan sudah dikategorikan baik. Contoh dari ketepatan pengodean diagnosa sekunder yang berhubungan dengan diagnosa utama :

Vulnus Laceratio : T14.1

b) Tidak tepat

Ketidaktepatan pengodean pada diagnosis sekunder kasus cedera kepala sebesar 20% dari total kode lengkap karakter 4..

Contoh dari ketidaktepatan pengodean pada diagnosa sekunder:

Fraktur Clavicula : S42.0 kode seharusnya S42.00/ S42.01

Fraktur Nasal : S02.0 kode seharusnya S02.00/S42.01

Catatan : pengodean kasus fraktur menurut ICD-10 perlu menambahkan adanya kode tambahan pada karakter ke 5 yang merupakan penjelasan apakah termasuk dalam fraktur tertutup atau fraktur terbuka. Jika dalam diagnosa tersebut tidak dispesifikasikan fraktur terbuka atau tertutup maka kode tambahan karakter ke 5 adalah menggunakan fraktur tertutup.

c) Tidak dapat dinilai

Pengodean yang tidak dapat dinilai sebesar 20% pada diagnosa sekunder yang berhubungan dengan diagnosa utama, yaitu:

ICH : I61.4 bukan kasus trauma

SAH : bukan kasus trauma

2) Ketepatan pengodean kasus cedera kepala pada diagnosa sekunder yang tidak ada hubungannya dengan diagnosa utama, sebagai berikut :

a) Tepat

Ketepatan pengodean kasus cedera kepala pada diagnosa sekunder yang tidak ada hubungannya dengan diagnosa utama sebesar 50%, yaitu:

DM (Diabetes Mellitus) : E14.9

b) Tidak dapat dinilai

Pengodean kasus cedera kepala pada diagnosa sekunder yang tidak dapat dinilai ketepatannya sebesar 50%. Contohnya :

Hipertensi : I15

Tumor : D37.9

Catatan : diagnosa sekunder tersebut tidak dapat dinilai ketepatannya karena kurang lengkapnya informasi dari diagnosis tersebut. Hipertensi yang di RS dikode dengan I15. I15 dalam ICD-10 merupakan hipertensi sekunder sedangkan pada diagnosa tersebut tidak mencantumkan apakah hipertensi sekunder atau hipertensi primer, selain hipertensi ada juga diagnosa yang tidak dapat dinilai kelengkapannya pada diagnosis tumor karena di berkas rekam medis tersebut tidak dijelaskan tumor apa dan dikode dengan D37.9.

3. Faktor Penyebab Ketidaklengkapan dan Ketidaktepatan Pengodean Kasus Cedera Kepala

Faktor penyebab ketidaklengkapan dan ketidaktepatan pengodean kasus cedera kepala di RSUD Panembahan Senopati Bantul diperoleh dari hasil wawancara pada tanggal 24 Juli 2017 terhadap dua orang responden yaitu petugas rekam medis bagian pengodean.

Pertanyaan : “Apakah faktor yang menyebabkan ketidaklengkapan dan ketidaktepatan pengodean kasus cedera kepala di RSUD Panembahan Senopati Bantul?”

“Faktor penyebabnya itu dek,emmm karena dokter nulis diagnosanya kurang lengkap ehmmm selain itu ini dek dari hasil anamnesa dek yang tidak lengkap.”

Responden A

“Disini kode tidak lengkap ya itu dek karena dokter nulis diagnosanya enggak lengkap, kan waktu dokter juga sangat sibuk dek...ehmm mau dikembalikan ke dokter lagi ntar dari perawat bangsal udah ada yang kembalikan berkas lagi dek, jadi menumpuk dek...”

Responden B

Berdasarkan hasil wawancara di atas mengenai faktor penyebab ketidaktepatan dan ketidaklengkapan pengodean kasus cedera kepala dapat disimpulkan dengan analisis sebab akibat yaitu dengan diagram tulang ikan/*fishbone* sebagai berikut :

Berdasarkan bagan diatas dapat diuraikan antara proses penyebab satu dengan penyebab lainnya. Uraian tersebut dapat dilihat dalam tabel di bawah ini :

Tabel 4.5
Uraian Faktor Penyebab

Faktor yang diamati	Masalah yang terjadi
<i>Man</i>	Petugas belum lengkap dalam mengode kasus cedera kepala
<i>Material</i>	Diagnosis utama di berkas lembar gawat darurat dan ringkasan masuk dan keluar tidak lengkap untuk dikode

Sumber : Hasil wawancara di Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa faktor penyebab ketidaklengkapan dan ketidaktepatan pada pengodean diagnosis kasus cedera kepala yaitu dari segi *man* (manusia) dan *material* (penunjang). Berikut rincian permasalahan dari kedua faktor tersebut:

1) *Man* (Manusia atau tenaga)

Masih terdapat kode diagnosis kasus cedera kepala yang belum lengkap pada sub kategori kelima karena perilaku dokter kurang lengkap dalam penulisan diagnosis apakah CKR dengan luka terbuka intrakranial atau di luar luka terbuka dan penyebab dari diagnosa pasien tersebut.

2) *Material*

Diagnosis utama di berkas ringkasan masuk dan keluar tidak lengkap dikode karena ketidaklengkapan penulisan pada lembar gawat darurat, hasil anamnesa.

D. Keterbatasan Penelitian

1. Kesulitan Penelitian

- a. Peneliti pada penelitian ini hanya memperoleh kasus Cedera Kepala Ringan dari sub judul peneliti yaitu Cedera Kepala Intrakranial.
- b. Keterbatasan waktu dalam pengambilan data sehingga peneliti hanya mengambil sampel dari periode Triwulan 1 tahun 2017.
- c. Tidak semua berkas rekam medis sudah dikode.

2. Kelemahan Penelitian

Hampir semua berkas rekam medis kasus cedera kepala tidak dilakukan pengodean pada penyebab luarnya untuk mengatasi hal itu peneliti melakukan wawancara dengan dua orang petugas rekam medis untuk mengetahui faktor penyebabnya.