

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Daerah Wates Kulon Progo

1. Sejarah Rumah Sakit Umum Daerah Wates Kulon Progo

Menurut sejarahnya Rumah Sakit Umum Daerah Wates merupakan kelanjutan dari peninggalan pemerintahan penjajahan Belanda, yang terletak di sebelah 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 berupaya mengembangkan diri dengan cara pindah ke lokasi yang baru di Dusun Beji Kecamatan Wates, tepatnya di Jalan Tentara Pelajar Km 1 No. 5 Wates Kulon Progo sesuai dengan tuntutan masyarakat. Pembangunan dan kepindahannya diresmikan oleh Menteri Kesehatan RI yang menjabat saat itu, dr. Suwardjono Suryaningrat pada tanggal 26 Februari 1983 dengan status kelas D. Pada tanggal tersebut secara resmi dijadikan sebagai Hari Bakti Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Wates kabupaten Kulon Progo.

Sebelum terbentuk Rumah Sakit Umum Daerah Wates dasar hukum keberadaannya masih menjadi bagian dari Dinas Kesehatan, dengan ketetapan Perda Kabupaten Dati II Kulon Progo No 5 tahun 1982 dan mencabut Perda Kabupaten Dati II Kulon Progo No. 6 Tahun 1963. Sesuai Perda Kabupaten Dati II Kulon Progo No. 18 tahun 1994, kedudukan RSUD Wates tetap sebagai Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD). Pengelolaannya mulai diatur secara mandiri setelah terbitnya Perda Kab Dati II Kulon Progo No 22 Tahun 1994 tentang pembentukan Rumah Sakit Umum Daerah Wates dan Perda Kab Dati II Kulon Progo No 23 Tahun 1994 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUD Wates. Sejak diterbitkannya dua Perda tersebut maka kedudukan RSUD Wates semakin mantap.

Rumah Sakit Umum Daerah Wates ditingkatkan menjadi kelas C dengan diterbitkannya Surat Keputusan Menkes Nomor 491/SK/V/1994 tentang Peningkatan kelas Rumah Sakit Umum Daerah Wates milik Pemda Tk II Kulon Progo menjadi kelas C. 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 Rumah Sakit Umum Daerah Wates Milik Pemerintah Daerah Kabupaten Kulon Progo sebagai RSUD Kelas B Non Pendidikan pada tanggal 15 Juni 2010. Sejak berdirinya RSUD Wates telah mengalami pergantian pimpinan. Berikut merupakan daftar urutan Direktur RSUD Wates:

- a. dr. Samadikun Maryadi : Tahun 1966 - 1977
- b. dr. M. Harsono : Tahun 1977 - 1987
- c. dr. Edhi Jatno, MMR : Tahun 1987 - 2001
- d. dr. Moerlani M Dahlan, Sp.PD : Tahun 2001 - 2005
- e. dr. Bambang Haryatno, M.Kes : Tahun 2005 - 2012
- f. dr. Lies Indriyati, Sp.A : Tahun 2012 - Sekarang.

2. Visi, Misi, dan Motto Rumah Sakit Umum Daerah Wates Kulon Progo

a. Visi

Menjadi rumah sakit pendidikan dan pusat rujukan yang unggul dalam pelayanan

b. Misi

- 1) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan paripurna yang profesional berorientasi pada kepuasan pelanggan;
- 2) Mengembangkan manajemen rumah sakit yang efektif dan efisien;
- 3) Menciptakan lingkungan kerja yang sehat, nyaman dan harmonis;

- 4) Meningkatkan sumber daya manusia, sarana dan prasarana sesuai dengan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi;
- 5) Melindungi dan meningkatkan kesejahteraan karyawan;
- 6) Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan.

c. Motto

Mengutamakan mutu dan kepuasan pelanggan.

3. *Performance* Rumah Sakit Umum Daerah Wates Kulon Progo

Tabel 4.1 Performance Rumah Sakit Umum Daerah Wates Kulon Progo Tahun 2016

No.	Indikator Pelayanan	Jumlah
1.	BOR (<i>Bed Occupancy Rate</i>)	81,80%
2.	AvLOS (<i>Average Leght of Stay</i>)	3,29 Hari
3.	TOI (<i>Turn Over Interval</i>)	0,74 Hari
4.	BTO (<i>Bed Turn Over</i>)	90 Hari
5.	NDR	15,87 Permil
6.	GDR	26,48 Permil

Sumber: RSUD Wates 2016

B. Hasil Penelitian

1. Pelaksanaan Pelaporan Data Mortalitas Pasien Rawat Inap di RSUD Wates

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan peneliti di RSUD Wates pelaporan data mortalitas yang telah dilaksanakan oleh rumah sakit adalah pelaporan morbiditas dan mortalitas pasien rawat inap (RL 4a) yang pengolahan datanya menggunakan komputerisasi, pelaporan angka kematian berupa NDR berjumlah 15,87 permil dan GDR berjumlah 26,48 permil, dan pelaporan data mortalitas berupa penyebab kematian (UCoD) yang dilaporkan kepada Dinas Kesehatan, akan tetapi untuk pengolahan penyebab kematian (UCoD) petugas *coding* rawat inap

belum melakukan proses reseleksi penentuan penyebab kematian (UCoD).

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti, dengan responden berjumlah 2 orang, yaitu petugas *coding* rawat inap dan kepala rekam medis sebagai triangulasi diketahui bahwa untuk pelaksanaan pelaporan data mortalitas pasien rawat inap di RSUD Wates telah dilakukan dan dilaporkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Wates yaitu dalam bentuk formulir Surat Keterangan Penyebab Kematian, akan tetapi dalam proses pelaksanaan penentuan sebab dasar kematian (UCoD) petugas *coding* belum menerapkan prinsip umum, *rule* 1, 2, dan 3 sesuai panduan penentuan kode penyebab kematian menurut ICD-10. Berikut kutipan hasil wawancaranya:

Jadi kita kendalinya hanya dari buku register kematian, untuk sertifikat kematiannya kita belum ada yang ngolah jadi hanya di tulis di sini tok (buku register kematian). Untuk formulir sebab kematian yang ada di berkas rekam medis itu kita belum *coding* belum di apa-apakan.

Responden 1, (16 Juni 2017)

Pernyataan tersebut juga dikuatkan dengan hasil wawancara terhadap responden 2 yaitu kepala rekam medis sebagai triangulasi yang menyatakan bahwa dalam proses pelaksanaan penentuan sebab dasar kematian (reseleksi) dengan menerapkan prinsip umum, *rule* 1, 2, 3 sesuai panduan penentuan kode penyebab kematian menurut ICD-10 belum dilaksanakan. Berikut kutipan hasil wawancaranya:

Belum pernah diolah sama sekali, iya karna dokternya nulisnya itu ya kita masukinnya itu.

Responden 2, (16 Juni 2017)

Keterangan diatas juga diperkuat dengan hasil studi dokumentasi terhadap formulir sebab kematian dalam berkas rekam medis pasien rawat inap yang telah meninggal. Di dalam formulir sebab kematian tersebut masih banyak kondisi *symtoms* dituliskan oleh dokter, dan petugas *coding* belum melakukan proses reseleksi terhadap diagnosis yang menjadi sebab pasien rawat inap meninggal.

Menurut hasil wawancara yang peneliti lakukan kepada petugas *coding* rawat inap, proses pengolahan reseleksi penentuan penyebab dasar kematian (UCoD) belum dilaksanakan dan dikerjakan sama sekali karena banyaknya *Job description* yang dibebankan untuk petugas *coding* rawat inap dan belum adanya kebijakan atau pedoman seperti SOP (Standar Operasional Prosedur) untuk langkah-langkah dalam pelaksanaan penentuan proses reseleksi diagnosis penyebab kematian (UCoD) serta SOP (Standar Operasional Prosedur) pengodean khusus untuk diagnosis penyebab kematian. Berikut hasil wawancaranya:

Iya untuk formulir sebab kematian itu memang belum di lakukan pengodean dan proses reseleksi karena ya disini kan *coding* rawat inap saya yang pegang, indeks, *assemling* juga sendiri jadi ya belum sempat untuk melakukan pengolahan itu. Untuk SOP coba tanyakan ke kepala Rekam Medis yaa...

Responden 1, 16 Juni 2017

Pendokumentasian penyebab kematian sudah dilakukan oleh DPJP (Dokter Penanggungjawab Pasien). Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti di RSUD Wates terhadap 3 responden, yaitu dokter ICU dan dokter Spesialis Penyakit Dalam rawat inap, dan kepala rekam medis sebagai triangulasi diketahui bahwa pelaksanaan penentuan diagnosis penyebab kematian di RSUD Wates dilakukan oleh dokter yang disertai tanggung jawab selama perawatan pasien atau dokter jaga ruangan. Tanggung jawab utama dalam penentuan penyebab kematian adalah dokter penanggung jawab pasien atau yang sering disebut dengan

DPJP. Hal tersebut sesuai dengan hasil wawancara dengan responden. Berikut kutipan hasil wawancaranya:

Tugas dokter dalam hal ini ya menentukan diagnosis kematiannya mbak.. Mulai dari menentukan diagnosis dasar, penyebab antara, sama penyebab langsung itu atau diagnosis lain.

Responden 3, (16 Juni 2017)

Pernyataan tersebut juga diperoleh dari responden 4 yaitu dokter Spesialis Penyakit Dalam rawat inap di RSUD Wates. Berikut kutipan wawancaranya:

Kalo DPJP itu menjadi penentu iya penentu untuk menentukan diagnosisnya.

Responden 4, (17 Juni 2016)

Dokter akan menulis diagnosis-diagnosis apa saja yang menyebabkan pasien yang bersangkutan meninggal ke dalam formulir sebab kematian yang telah disediakan rumah sakit, kemudian dokter juga akan menandatangani formulir sebab kematian tersebut.

Pernyataan tersebut diperkuat dengan hasil wawancara terhadap responden 2 yaitu kepala rekam medis RSUD Wates sebagai triangulasi yaitu menyatakan bahwa dokter mengisi diagnosis penyebab dasar kematian pada formulir sebab kematian yang telah disediakan. Berikut wawancaranya:

Seperti biasa dokter mengisi atau menulis diagnosis penyebab kematian di status maupun di formulir sebab kematian..

Responden 2, (19 Juni 2017)

Dokter penanggungjawab pasien rawat inap menulis diagnosis penyebab kematian (UCoD) dalam formulir sebab kematian yang telah

disediakan oleh rumah sakit dan formulir tersebut diletakkan pada berkas rekam medis pasien rawat inap yang telah meninggal. Kemudian petugas *coding* rawat inap akan menyalin diagnosis tersebut pada buku register kematian dan tidak dilakukan pengodean maupun proses reseleksi menggunakan prinsip umum, *rule* 1, 2, dan 3.

2. Pembuatan Laporan Data Mortalitas Berdasarkan UCoD (*Underlying Cause of Death*)

Pengolahan reseleksi penentuan diagnosis penyebab dasar kematian (UCoD) di RSUD Wates belum dilaksanakan, sehingga masih terdapat banyak UCoD dengan keadaan *symtoms* dan kondisi lain yang tidak jelas. Berdasarkan hasil observasi peneliti di RSUD Wates, peneliti mengambil sampel sebanyak 83 formulir sebab kematian dalam dokumen rekam medis pasien rawat inap yang telah meninggal tahun 2016. Studi dokumentasi yang diteliti adalah dengan mencatat nomor rekam medis, jenis kelamin, umur, dan menulis diagnosis penyebab dasar kematian pada formulir sebab kematian. Peneliti menyalin diagnosis penyebab dasar kematian yang telah dituliskan dokter pada formulir sebab kematian dalam berkas rekam medis pasien rawat inap yang telah meninggal tahun 2016, kemudian peneliti melakukan pengodean terhadap diagnosis penyebab dasar kematian tersebut untuk mempermudah proses reseleksi. Untuk mengetahui hubungan kausal antar diagnosis peneliti menggunakan MMDS pada tabel D dan tabel E untuk mengetahui apakah ada modifikasi atau tidak, setelah itu hasil akhirnya adalah UCoD. Peneliti menyajikan laporan data mortalitas tersebut dengan item berupa No. RM, Jenis Kelamin, Usia, rangkaian diagnosis penyebab dasar kematian, kode diagnosis, UCoD. Pengolahan proses reseleksi tersebut menggunakan ICD-10 dan tabel MMDS. Berikut beberapa hasil pembuatan UCoD yang ditentukan oleh peneliti sudah terlampir pada laporan ini.

Untuk mengetahui perbandingan kesesuaian pelaporan data mortalitas berdasarkan UCoD tahun 2016 di RSUD Wates, peneliti melakukan perbandingan kesesuaian antara UCoD yang terdapat dalam formulir sebab kematian pada berkas rekam medis pasien rawat inap yang telah meninggal tahun 2016 dan hasil pengolahan laporan data mortalitas berdasarkan UCoD dengan proses reseleksi dan menggunakan tabel MMDS. Perbandingan kesesuaian UCoD di RSUD Wates tahun 2016 dengan jumlah populasi 496 dan sampel sebanyak 83 di dapatkan hasil dihitung dengan rumus sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah data tepat / tidak tepat dalam sebuah periode}}{\text{Jumlah semua data di periode sama}} \times 100\%$$

a. Prosentase Kesesuaian

$$\frac{\text{Jumlah data tepat / tidak tepat dalam sebuah periode}}{\text{Jumlah semua data di periode sama}} \times 100\%$$

$$\frac{16}{83} \times 100\% = 19\%$$

b. Prosentase Ketidaksesuaian

$$\frac{\text{Jumlah data tepat / tidak tepat dalam sebuah periode}}{\text{Jumlah semua data di periode sama}} \times 100\%$$

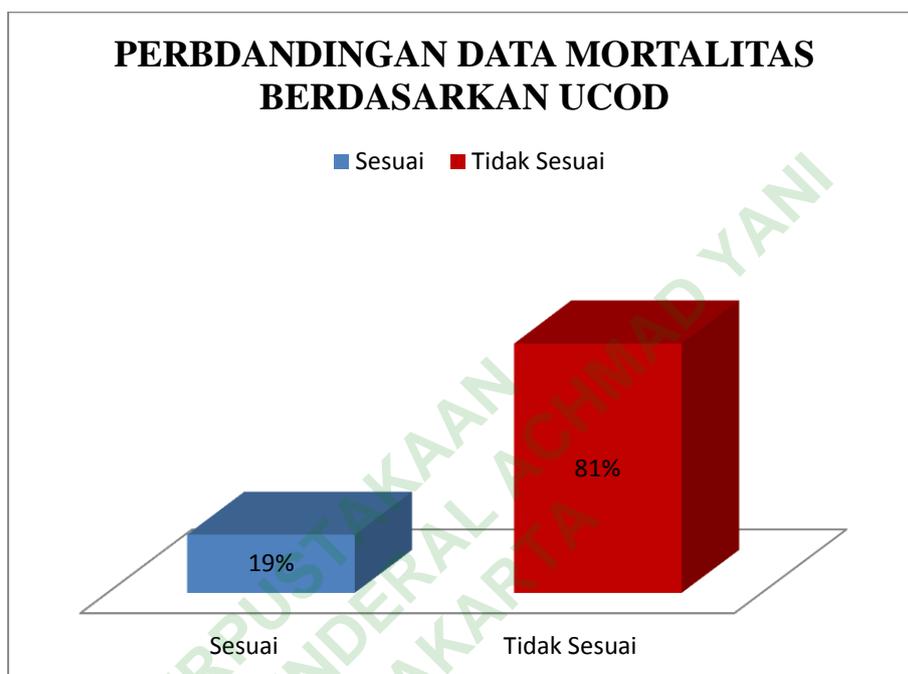
$$\frac{67}{83} \times 100\% = 81\%$$

Hasil analisis terhadap 83 berkas rekam medis yaitu formulir sebab kematian pasien rawat inap tahun 2016 diperoleh perbandingan data kesesuaian penentuan diagnosis UCoD dengan ICD-10 dan tabel MMDS sebagai berikut:

Tabel 4.2 Perbandingan Pelaporan Data Mortalitas Berdasarkan UCoD

No	Kriteria UCoD		Prosentase
1.	Sesuai	16	19%
	Tidak Sesuai	67	81%
	Jumlah	83	100%

Hasil studi dokumentasi dari 83 berkas rekam medis pada formulir sebab kematian kesesuaian penentuan UCoD adalah sebesar 19%, sedangkan ketidaksesuaian penentuan UCoD adalah sebesar 81%.



Gambar 4.1 Perbandingan Data Mortalitas Berdasarkan UCoD Tahun 2016

Penyebab ketidaksesuaian penentuan penyebab dasar kematian (UCoD) dikarenakan tidak adanya proses penentuan *rule* seleksi diagnosis penyebab kematian oleh petugas *coding* rawat inap, hal ini dikarenakan tugas yang dibebankan kepada petugas *coding* rawat inap yang terlalu banyak sehingga untuk kegiatan pengolahan data mortalitas pada formulir sebab kematian tidak pernah dilakukan sama sekali, serta tidak adanya kebijakan dan prosedur seperti SOP (Standar Operasional Prosedur) sebagai acuan dalam langkah-langkah penentuan penyebab kematian untuk dokter maupun untuk petugas *coding* rawat inap.

C. Pembahasan

1. Pelaksanaan Pelaporan Data Mortalitas Pasien Rawat Inap di RSUD Wates

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011, Data keadaan morbiditas dan mortalitas pasien rawat inap merupakan laporan harian yang berasal dari berkas rekam medis yang dikodefikasi berdasarkan ICD-10, dibuatkan secara bulanan dan dilaporkan secara triwulan. Hal ini dilakukan baik secara manual maupun komputerisasi melalui indeks untuk masing-masing jenis penyakit yang dikelompokkan menurut DTD (Daftar Tabulasi Dasar) seperti yang terdapat pada formulir RL 4a. Formulir RL 4a adalah formulir untuk data keadaan morbiditas pasien rawat inap yang merupakan formulir rekapitulasi dari jumlah pasien keluar Rumah Sakit (hidup dan mati) untuk periode tahunan. Data dikumpulkan dari tanggal 1 Januari sampai dengan tanggal 31 Desember setiap tahunnya.

Laporan data mortalitas lainnya yaitu berupa indikator yang bisa digunakan untuk menilai rumah sakit, salah satunya yaitu angka kematian rumah sakit berupa NDR (*Net Death Rate*) yaitu *rate* kematian yang telah disesuaikan dengan menghitung kematian yang hanya di atas atau lebih dari 48 jam, indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit, dan GDR (*Gross Death Rate*) yaitu hitungan *rate* untuk kematian secara keseluruhan didasari pada jumlah pasien yang keluar meninggal (Hatta, 2010).

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan di RSUD Wates, untuk pelaporan RL 4a telah dilakukan sesuai dengan teori tersebut dan pengolahan datanya menggunakan komputerisasi. Pelaporan RL 4a dilaporkan setiap pertengahan bulan berikutnya maksimal pertanggal 15 kepada kepala rekam medis, dan dilaporkan kepada BUK (Badan Upaya Kesehatan) setiap tahun sekali. Sedangkan untuk indikator angka kematian berupa NDR (*Net Death Rate*) di RSUD Wates Tahun 2016

berjumlah 15,87 permil dan GDR (*Gross Death Rate*) di RSUD Wates Tahun 2016 berjumlah 26,48 permil.

Menurut UU No. 29 Tahun 2004 tentang praktik kedokteran pasal 35 menerangkan bahwa: Dokter atau Dokter gigi yang telah memiliki surat tanda registrasi mempunyai wewenang melakukan praktik kedokteran sesuai dengan pendidikan dan kompetensi yang dimiliki, yang terdiri atas:

- a. Mewawancarai pasien;
- b. Memeriksa fisik dan mental pasien;
- c. Menentukan pemeriksaan penunjang;
- d. Menegakkan diagnosis;
- e. Menentukan penatalaksanaan dan pengobatan pasien;
- f. Melakukan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi;
- g. Menyimpan obat dalam jumlah dan jenis yang diizinkan;
- h. Meracik dan menyerahkan obat kepada pasien, bagi yang praktik di daerah terpencil yang tidak ada apotek.

Menurut badan penelitian dan pengembangan kementerian kesehatan RI (2010), dokter yang menerangkan atau menegakkan diagnosis penyebab dasar kematian adalah dokter yang merawat, dokter yang bertugas di ruangan atau di IGD.

Berdasarkan peraturan tersebut pelaksanaan penentuan diagnosis kematian yang dilakukan dokter di RSUD Wates sudah sesuai dengan undang-undang karena penentuan diagnosis penyebab kematian dilakukan oleh dokter yang merawat pasien (DPJP) atau dokter yang berada di ruangan atau dokter IGD.

In 1967, Twentieth World Health Assembly defined the causes of death to be entered on the medical certificate of cause of death as "all those diseases, morbid condition or injuries which either resulted in or contributed to death and the circumstances of the accident or violence which produced any such injuries" The purpose of the definition is to ensure that all the relevant information is recorded and that the certifier

does not select some conditions for entry and reject others. The definition does not include symptoms and modes of dying, such as heart failure or respiratory failure.

Pada 1967, *Twentieth World Health Assembly* mendefinisikan penyebab kematian untuk diisikan pada sertifikat medis penyebab kematian adalah semua penyakit, kondisi morbiditas atau *injury* yang juga dihasilkan atau berkontribusi di dalam kematian dan keadaan kecelakaan atau kekerasan yang menyebabkan beberapa *injury*. Tujuan dari definisi ini adalah untuk memastikan bahwa semua informasi yang terekam relevan dan pembuat sertifikat tidak memilih beberapa kondisi yang termasuk ditolak. Definisi tersebut tidak termasuk kedalam gejala dan mode kematian seperti gagal jantung dan gagal nafas (WHO, 2010 dalam Tiandita 2015).

Berdasarkan teori tersebut penentuan diagnosis yang ada di formulir sebab kematian di RSUD Wates belum sesuai karena meskipun dalam proses penentuannya, diagnosis diambil dari penyakit-penyakit yang dialami pasien serta kondisi riwayat pasien lainnya, namun untuk kondisi-kondisi seperti gejala dan gagal nafas, gagal jantung masih dituliskan di dalam formulir sebab kematian. Kondisi-kondisi tersebut seharusnya tidak boleh menjadi sebab kematian karena tidak memberikan informasi yang relevan untuk pengelolaan informasi kesehatan.

Menurut Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI (2010), tata cara memilih penyebab kematian umur 7 tahun ke atas adalah dengan konsep “urutan logik”. Contoh:

- I. a. Gagal hati
- b. Obstruksi saluran empedu
- c. –
- d. Carcinoma pankreas

Gagal hati disebabkan karena obstruksi saluran empedu dan obstruksi ini disebabkan karena carcinoma pankreas. Dengan kata lain carcinoma pancreas menyebabkan obstruksi saluran empedu yang lebih

lanjut menyebabkan gagal hati. Dengan demikian carcinoma pankreas diambil sebagai penyebab dasar karena carcinoma pankreas adalah awal dari rangkaian perjalanan penyakit yang berakhir dengan kematian. Carcinoma pankreas ditemoatkan pada penyebab dasar,obstruksi ditemoatkan pada penyebab antara, gagal hati ditemoatkan pada penyebab langsung.

Bila hanya terdapat satu diagnosis sebagai penyebab kematian maka penyebab kematian ini dipilih sebagai penyebab dasar dan dituliskan maka pada I (d). Bila lebih dari satu diagnosis sebagai penyebab kematian maka pemilihan penyebab kematian dilakukan menurut konsep urutan logik. Dalam hal ini penyebab kematian merupakan penyebab utama yang menjadi dasar dimulainya perjalanan penyakit yang berakhir dengan kematian. Bila diagnosis kematian adalah cedera maka keadaan yang menyebabkan cedera (Bab XX) dan sifat cedera (Bab XIX) harus dituliskan. Dalam hal ini penyebab dasar kematian dalah penyebab luar yang menyebabkan cedera (Bab XX). Contoh:

Pejalan kaki tertabrak truk ketika menyebrang jalan sehingga mengalami patah di kedua tulang atas dan tulang lengan bawah kanan. Korban meninggal di tempat kejadian. Pengisian pada FKPK adalah:

- I. a. Syok traumatik (T79)
- b. Fraktur multiple (S72)
- c. -
- d. Menyebrang jalan tertabrak truk (V24)

Bila ditemukan 2 rangkaian penyakit penyebab kematian, maka rangkaian penyakit dari keluhan utama sampai almarhum/ah meninggal ditempatkan pada penyebab dasar, penyebab antara, dan penyebab langsung, sedangkan rangkaian penyakit lainnya ditempatkan pada kondisi lain yang berkontribusi tapi tidak terkait dengan rangkaian penyebab dasar. Contoh:

- I. a. Varises esofagus (I85)

- b. –
- c. –
- d. Sirosis hati (K74)

II. Gagal jantung kongestif (I50)

Berdasarkan peraturan pendokumentasian tersebut, pelaksanaan yang dilakukan di RSUD Wates belum sesuai dengan aturan karena pendokumentasian hanya mengurutkan urutan sebab kematian dari penyebab langsung, antara dan dasar. Tidak sepenuhnya memperhatikan aturan bahwa penyebab dasar kematian (UCoD) seharusnya dituliskan pada kolom paling bawah pada bagian I (c) yaitu “penyebab dasar”. Masih banyak ditemukan pada formulir sebab kematian bahwa diagnosis yang hanya satu rangkaian atau dua rangkaian tetap dituliskan pada kolom paling atas yaitu sebab langsung dan antara. Meskipun sebenarnya salah satu merupakan penyebab dasar kematiannya.

Menurut Saputra (2010), hal-hal yang menyebabkan kesalahan atau ketidaksesuaian penentuan penyebab kematian di RSUD Dr. Moewardi Surakarta adalah pemilihan diagnosis yang salah yaitu diagnosis yang seharusnya tidak boleh dijadikan sebagai penyebab kematian pada sertifikat kematian tetapi dijadikan sebagai penyebab kematian dan kesalahan dalam menempatkan diagnosis pada sertifikat. Berdasarkan penelitian tersebut, penyebab kesalahan dalam penentuan penyebab kematian di RSUD Wates juga hampir sama yaitu karena pemilihan diagnosis yang tidak seharusnya menjadi penyebab kematian seperti gagal nafas, gagal jantung, dan *symtoms*.

Jadi dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan penentuan diagnosis penyebab kematian di RSUD Wates sudah dilakukan oleh dokter yang bertanggungjawab untuk menerangkan sebab kematian. Namun petugas *coding* rawat inap belum melakukan pengolahan data mortalitas yaitu proses reseleksi diagnosis penyebab kematian tersebut. Sehingga masih banyak terdapat kesalahan penentuan dan pendokumentasian diagnosis penyebab kematian disebabkan karena diagnosis yang didokumentasikan

belum cukup informatif untuk statistik kesehatan karena masih mencantumkan diagnosis yang tidak diperbolehkan menjadi penyebab kematian seperti gagal nafas, gagal jantung, dan *symtoms*. Pelaksanaan pendokumentasiannya belum sesuai dengan aturan yang ada didalam ICD-10 dan perturan badan penelitian dan pengembangan kesehatan kementerian kesehatan RI karena masih terdapat kesalahan penempatan diagnosis penyebab kematian seperti pengisian diagnosis penyebab dasar kematian (UCoD) tidak pada item yg seharusnya yaitu pada bagian I (d).

Berdasarkan hasil wawancara faktor yang menghambat pelaksanaan penentuan penyebab kematian dibedakan berdasarkan subjek yang melaksanakan yaitu dokter dan petugas coding.

1) Dokter

Kurangnya pemahaman dokter mengenai aturan pendokumentasian penyebab kematian di dalam formulir sebab kematian. Menurut WHO (2010) kondisi yang dianggap kondisi tidak jelas dan tidak boleh menjadi sebab kematian adalah kondisi yang termasuk *symtoms*, mode kematian sepeti gagal jantung, gagal nafas. Berdasarkan hal tersebut apabila dokter menuliskan diagnosis yang tidak semestinya menjadi penyebab kematian yang ada dalam ketentuan ICD-10 seperti gagal nafas, gagal jantung dan kondisi *symtoms* maka diagnosis tersbut tidak memberikan informasi yang akurat untuk statistik. Penentuan diagnosis penyebab kematian tanggung jawab penuh dokter. Petugas rekam medis tidak memiliki hak untuk mengubah diagnosis kematian yang telah dituliskan di formulir sebab kematian. Sesuai dengan Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang praktik kedokteran pasal 35 tentang wewenang dokter dan dokter gigi serta peraturan menteri kesehatan No. 55 tahun 2013 tentang penyelenggaraan pekerjaan perekam meids pasal 13.

2) Petugas Coding Rawat Inap

Faktor belum dilaksanakannya pengolahan data mortalitas oleh petugas *coding* rawat inap yaitu karena petugas harus melakukan *job description* ganda. Selain melakukan pengodean petugas juga harus membuat pelaporan rawat inap. Seringkali petugas *coding* rawat inap juga dimintai mengikuti *event-event* diluar tanggung jawab sebagai perekam medis seperti menjadi panitia di salah satu *event* di rumah sakit. Untuk mengatasi hal tersebut, sebaiknya dilakukan pembagian *job description* yang merata kepada petugas atau ditambah SDM lagi petugas *coding* rawat inapnya sehingga pelaksanaan pelayanan rekam medis dapat dilaksanakan dengan maksimal.

Menurut Hatta (2010) setiap fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit maupun puskesmas harus membuat kebijakan dan prosedur pengodean sesuai dengan tenaga dan fasilitas yang dimilikinya. Kebijakan dan prosedur tersebut merupakan pedoman bagi tenaga pengodean agar dapat melaksanakan pengodean dengan konsisten. Dalam standar dan etik pengodean yang dikembangkan AHIMA pengode profesional harus mengembangkan kebijakan pengodean di institusinya.

Berdasarkan teori tersebut rumah sakit seharusnya memiliki kebijakan dan prosedur seperti SOP (Standar Operasional Prosedur) yang diperlukan sebagai acuan dalam langkah-langkah penentuan penyebab kematian. Untuk itu diperlukannya penyusunan SOP (Standar Operasional Prosedur) untuk pendokumentasian diagnosis penyebab kematian bagi dokter dan SOP (Standar Operasional Prosedur) untuk pengodean diagnosis penyebab kematian bagi petugas *coding*.

2. Pembuatan Laporan Data Mortalitas Berdasarkan UCoD (*Underlying Cause of Death*)

Dalam beberapa keadaan, WHO menyebutkan dalam ICD-10 bahwa mengizinkan penyebab awal untuk digantikan oleh salah satu penyebab yang lebih pantas untuk menggambarkan penyebab dasar kematian pada tabulasi. Sebagai contoh, ada beberapa kategori untuk

kombinasi beberapa kondisi, atau mungkin ada alasan yang digunakan sebagai pertimbangan epidemiologi yang lebih penting untuk memberikan hal yang lebih tinggi kepada kondisi lain di surat keterangan sebab kematian (Depkes RI, 2008).

ICD-10 membuktikan menjadi sistem klasifikasi yang lebih baik dari pada ICD-9 untuk pengodean mortalitas. Perubahan ke ICD-10 pada tahun 1999 telah meningkatkan data mortalitas dalam beberapa kasus. Tingkat ketelitian memberikan peningkatan kode, meberikan akses bagi ahli statistik untuk meningkatkan kualitas data (Dimick, 2009 dalam Tiyandita 2015). Berdasarkan pada pernyataan tersebut, sampai saat ini ICD-10 merupakan sistem klasifikasi yang baik untuk pengodean kematian karena dapat meningkatkan kualitas data kematian dengan ketelitian kode yang lebih baik dibandingkan dengan ICD-9 sehingga lebih tepat digunakan sebagai acuan dalam penentuan sebabkematian di rumah sakit saat ini.

Berdasarkan penelitian Hidayat (2013) tentang Evaluasi Ketepatan Kode Diagnosis Penyebab Dasar Kematian Berdasarkan ICD-10 di RS Panti Rapih Yogyakarta menyebutkan bahwa total penentuan UCoD yang tepat adalah sebanyak 136 atau 79,53% dan total UCoD yang tidak tepat adalah 35 atau 20,47%. Tingkat ketepatan UCoD di RSUD Wates berada dibawah penelitian hidayat yaitu sebesar 16 atau 19%. Sedangkan hasil ketidaksesuaian pemilihan UCoD di RSUD Wates lebih tinggi yaitu sebesar 67 atau 81%. Ketidaksesuaian UCoD ini dikarenakan belum adanya proses reseleksi penentuan penyebab dasar kematian (UCoD) oleh petugas *coding* karena *job description* yang terlalu banyak dan belum adanya pelatihan yang pernah diikuti oleh petugas *coding* tentang pengolahan data mortalitas (penentuan penyebab dasar kematian) karena biaya yang tidak ada. Selain itu, belum adanya SOP yang mengatur khusus tentang kegiatan penentuan penyebab dasar kematian (UCoD) baik untuk pengodean diagnosis yang terdapat di formulir sebab kematian hingga pengolahan data mortalitas untuk

menentukan penyebab dasar kematiannya, sehingga banyak diagnosis penyebab dasar kematian (UCoD) berupa *symtoms*, kondisi yang tidak jelas (henti jantung, henti napas).

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA