

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit ini dapat didirikan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah maupun swasta. Rumah sakit yang didirikan oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah harus berbentuk Unit Pelaksanaan Teknis dari instansi yang bertugas di bidang kesehatan, atau instansi tertentu dengan pengelolaan di bidang kesehatan, atau instansi tertentu dengan pengelolaan Badan Layanan Umum atau badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit yang didirikan oleh swasta berbentuk hukum yang kegiatan usahanya hanya bergerak dibidang perumahsakitian. Rumah sakit dapat berbentuk rumah statis, rumah sakit bergerak atau rumah sakit lapangan. Setiap rumah sakit wajib memiliki izin setelah memenuhi persyaratan, persyaratan tersebut meliputi lokasi, bangunan, prasarana, sumber daya manusia, kefarmasian, dan peralatan (Kemenkes RI, 2020).

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang kewajiban rumah sakit yang tercantum pada pasal 27 yang menyatakan bahwa

setiap rumah sakit memiliki kewajiban yaitu:

- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat.
- b. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.
- c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya
- d. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya.
 - a. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin.
 - b. Melaksanakan fungsi sosial dengan memberikan fasilitas pelayanan Pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan.
 - c. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien (Peraturan Pemerintah, 2021).

2. Rekam Medis

Rekam medis adalah dokumen yang berisikan identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien, dokumen ini berupa rekam medis elektronik yang dibuat menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan rekam medis. Rekam medis bersifat dokumen rahasia setiap tenaga kesehatan dalam melaksanakan praktek kedokteran wajib menyimpan kerahasiaan yang menyangkut riwayat penyakit pasien dalam rekam medis, informasi ini dapat dibuka dalam keadaan tertentu, seperti memenuhi permintaan aparat penegak hukum atas perintah pengadilan sesuai dengan ketentuan yang ada didalam (Permenkes No. 24, 2022).

a. Pengelolaan rekam medis

Pengelolaan informasi rekam medis elektronik di rumah sakit merupakan proses yang kompleks dan penting untuk memastikan bahwa informasi kesehatan pasien tercatat dengan akurat dan dapat diakses dengan mudah, pengolahan informasi rekam medis elektronik ini berupa pengkodean, pelaporan dan penganalisisan. Pengkodean merupakan kegiatan memberikan kode klasifikasi klinis sesuai dengan klasifikasi *international* penyakit dan tindakan medis yang terbaru yaitu *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems* sesuai dengan perundang-undangan (Permenkes No. 24, 2022).

Pelaporan rekam medis adalah proses pengumpulan dan penyajian informasi mengenai data kesehatan pasien yang didapat dari dokumen rekam medis untuk digunakan dalam pengambilan keputusan ataupun keperluan *internal* maupun eksternal rumah sakit.

1) Pelaporan *Internal*

Pelaporan *internal* fasilitas pelayanan kesehatan ini melaporkan terkait dengan laporan kunjungan rawat inap, rawat jalan, laporan BOR, LOS, TOI, BTO, dan laporan 10 besar penyakit. Periode waktu dalam melaporkan pelaporan *internal* ini yaitu secara bulanan, tribulan, dan tahunan yang akan dilaporkan kepada, Direktur Rumah Sakit, Wakil Direktur Keuangan, Wakil Direktur Pelayanan, dan pihak yang membutuhkan. Pengumpulan data ini bersumber dari laporan radiologi, laporan gizi, laporan laboratorium laporan rehabilitasi medik, laporan hemodialisa, laporan Rawat Inap, laporan Rawat Jalan, dan laporan IGD.

2) Laporan Eksternal

Pelaporan eksternal dari fasilitas pelayanan kesehatan kepada dinas kesehatan, kementerian kesehatan, dan pemangku kepentingan terkait. Laporan eksternal rumah sakit dibuat SIRS. Berdasarkan juknis SIRS 2011 formulir pelaporan SIRS terdiri dari 5 Rekapitulasi yaitu:

- a) RL 1, berisikan tentang Data Dasar Rumah Sakit yang dilaporkan setiap terjadi perubahan data dasar rumah sakit.

- b) RL 2, berisikan tentang Data Ketenagaan yang dilaporkan secara periodik setiap tahun.
- c) RL 3, berisikan tentang Data Kegiatan Pelayanan Rumah Sakit yang dilaporkan secara periodik setiap tahun.
- d) RL 4, berisikan tentang Data Morbiditas dan Mortalitas Pasien yang dilaporkan secara periodik setiap tahun.
- e) RL 5 atau Data Bulanan, berisikan tentang data kunjungan dan 10 besar penyakit yang dilaporkan periode setiap bulan (Kemenkes RI, 2011).

Penganalisisan rekam medis elektronik dilakukan analisis kualitatif dan analisis kuantitatif. Menurut Huffman (1999) analisis kualitatif adalah review isi rekam medis untuk mencari ketidakkonsistenan rekam medis yang bisa membuat rekam medis dianggap tidak tepat atau tidak lengkap terdiri dari 4 komponen yaitu konsistensi pencatatan, konsistensi entri oleh penyedia layanan kesehatan, konsistensi perjalanan hospitalisasi pasien, dan konsistensi pencatatan *informed consent*. Analisis kuantitatif adalah *mereview* bagian tertentu dari isi rekam medis untuk menemukan kekurangan khusus yang berhubungan dengan pendokumentasian pada berkas rekam medis dengan 4 komponen yaitu *identifikasi* pasien, pelaporan yang penting, *otentikasi*, dan pendokumentasian yang benar.

b. Manfaat rekam medis

Rekam medis memiliki berbagai manfaat yang penting berikut adalah kegunaan rekam medis dalam berbagai aspek menurut Gibony (1991) menggunakan singkatan ALFRED yaitu:

- 1) *Administration* (Administrasi) Data dan informasi yang dihasilkan dalam rekam medis dapat digunakan manajemen untuk melaksanakan fungsinya guna pengelolaan berbagai sumber daya.
- 2) *Legal* (Hukum) Rekam medis dapat digunakan sebagai alat bukti hukum yang dapat melindungi pasien, provider (dokter, perawat n tenaga kesehatan lainnya) serta pengelolaan dan pemilik sarana pelayanan kesehatan terhadap hukum.
- 3) *Financial* (Keuangan) Catatan yang ada dalam dokumen rekam medis dapat digunakan untuk memprediksikan pendapatan dan biaya sarana pelayanan kesehatan.
- 4) *Research* (Penelitian) Dapat dilakukan penelusuran terhadap berbagai macam penyakit yang telah dicatat kedalam dokumen rekam medis guna kepentingan penelitian.
- 5) *Education* (Pendidikan) Dokumen rekam medis dapat digunakan untuk pengembangan ilmu.
- 6) *Documentation* (Dokumentasi) Dapat digunakan sebagai dokumen karena menyimpan sejarah medis seseorang (Pratiwi & Intan, 2022).

3. *Resume* Medis

Resume medis adalah salah satu bagian dari dokumen rekam medik yang diwajibkan untuk diisi oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP) karena berisi seluruh ringkasan pengobatan maupun tindakan yang diberikan dokter kepada pasien selama menjalani masa perawatan. Masalah utama terjadinya ketidaklengkapan *resume* medis yaitu *human eror* yaitu hambatan utama yang dirasakan oleh dokter dalam pengisian medis seperti tidak ada waktu untuk pengisian lengkap *resume* medis, serta ketidaktahuan letak *resume* medis dalam berkas rekam medis rawat inap (Savitri, 2023).

Resume yang tidak lengkap dapat menyebabkan data riwayat pengobatan pasien tidak lengkap dan akurat, dapat mengganggu pengobatan selanjutnya selain itu juga dokter tidak dapat melakukan pengobatan secara berjenjang. Terdapat beberapa faktor ketidaklengkapan rekam medis yaitu kurangnya pengetahuan petugas tentang formulir *resume* medis, dan keterbatasan waktu dokter akibat mengalami beban kerja yang tinggi. Oleh karena itu, sangat penting untuk melakukan analisis kualitatif dan kuantitatif terlebih dahulu sebelum rekam medis disimpan. Proses analisis yang bertujuan untuk memastikan bahwa semua informasi yang tercantum dalam rekam medis telah diisi sesuai, lengkap dan akurat, serta memenuhi standar yang ditetapkan oleh masing-masing rumah sakit (Maharani et al., 2022).

4. Penentuan Penyebab Kematian

Penentuan penyebab kematian atau *Underlying cause of death* (UCoD) di rumah sakit dilakukan oleh dokter yang menangani pasien. Penentuan UCoD ini dilakukan melalui berbagai tahap pelayanan yang didapat pasien selama rawat inap di rumah sakit, mulai dari melakukan anamnesa, melakukan assesmen awal dan lanjutan, termasuk pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang sesuai kebutuhan pasien. Dari berbagai upaya yang dilakukan untuk penentuan UCoD bisa jadi UCoD yang ditentukan merupakan kondisi tunggal, bisa juga kondisi yang jamak atau multiple. Dalam penentuan UCoD di rumah sakit, dokter akan mengkaji seluruh riwayat Kesehatan pasien sampai pasien meninggal. Dengan demikian diharapkan sertifikat kematian dapat dibuat dengan lengkap dan akurat. Dalam penentuan urutan penyebab kematian, diperlukan juga durasi atau rentang waktu penyakit atau kondisi yang diderita pasien guna membantu tepatnya urutan penyebab kematian mulai dari diagnosis awal sampai pada kondisi pasien meninggal.

Dalam penentuan penyebab dasar kematian dapat digunakan tabel MMDS (*Medical Mortality Data System*). MMDS *Decision Table* dipakai untuk membantu penetapan UCoD (*Underlying cause of death*) yang benar dan penentuan kode penyebab *multiple* yang tepat. Tabel MMDS ini terbagi menjadi 8 tabel yaitu, tabel A daftar kode ICD-10 yang benar untuk penggunaan pengkodean penyebab kematian dasar dan *multiple*, tabel B daftar kode yang benar dalam pengkodean *multiple* namun tidak untuk penyebab

dasar, tabel C daftar kode ICD-10 yang salah bagi pengkodean penyebab utama maupun *multiple*, tabel D digunakan untuk menentukan hubungan kausal dari rangkaian penyebab kematian, tabel E digunakan untuk menemukan kode modifikasi untuk penentuan *final* penyebab dasar kematian atau UCoD, tabel G daftar kode yang diciptakan untuk membantu perangkat lunak MMDS dalam membedakan antara kondisi-kondisi tertentu yang dikode ke dalam kategori yang sama, dan tabel H daftar kode yang dianggap tidak berat atau kode *trivia* ketika menjadi penyebab utama kematian. *Decision table* ini adalah kumpulan daftar yang memberikan panduan dan arah dalam penerapan *rule* dipublikasikan dalam ICD-10 *volume 2*. Sebagai Berikut:

a. Prinsip Umum, *Rule 1, 2, dan 3*

World Health Organization (WHO) telah menetapkan suatu himpunan prosedur atau *rule* yang harus diikuti untuk pemberian kode penyebab dasar kematian. Jika hanya satu penyebab kematian yang dilaporkan maka penyebab tersebut adalah UCoD dan digunakan untuk tabulasi. Jika lebih dari satu penyebab kematian yang dilaporkan maka akan dilakukan pemilihan penyebab dasar kematian dengan menentukan penyebab awal yang tepat terlebih dahulu pada baris terbawah dibagian I dari sertifikat kematian dengan penerapan prinsip umum atau *rule 1, 2, dan 3*.

Berikut langkah-langkah ketika menentukan kode untuk setiap kasus, *rule* harus ditetapkan dalam rangkaian menurut logika yang dimulai dengan prinsip umum.

1) Prinsip Umum

Jika terdapat lebih dari satu kode dimasukkan pada sertifikat, pilih kondisi terbawah dibagian I harus dipilih sebagai penyebab kematian dasar kematian, apabila memunculkan semua kondisi yang ada di atasnya.

Contoh:

- I (a) Pendarahan Otak
- (b) Hipertensi
- (c) Pielonefritis kronis
- (d) Adenoma prostat

II -----

Pilih Adenoma prostat (D29.1) sebagai penyebab dasar atau UCoD, karena (d) menyebabkan rangkaian penyakit pada bagian (a), (b), dan (c).

2) Rule 1

Jika Prinsip umum tidak berlaku dan terdapat lebih dari satu rangkaian terdapat yang berakhir pada kondisi pertama kali dimasukkan dalam sertifikat, pilih penyebab awal kondisi yang dimasukkan. Jika terdapat lebih dari satu kondisi yang terakhir disebutkan dan menyebabkan penyakit di atasnya dipilih yang paling awal atau yang pertama ditulis.

Contoh:

- I (a) Bronkopneumonia

(b) Infark serebral dan penyakit jantung hipertensi

(c) --

II -----

Pilih Infark serebral (I63.9) ada dua kondisi yang didapatkan berakhir pada kondisi pertama kali dimasukkan, bronkopneumonia akibat infark serebral dan bronkopneumonia akibat penyakit jantung hipertensi. Dipilih infark serebral karena dituliskan terlebih dahulu dari pada penyakit jantung hipertensi.

3) *Rule 2*

Jika tidak ada urutan yang dilaporkan yang berakhir pada kondisi yang diisikan pertama pada sertifikat, maka pilihlah kondisi yang diisikan pertama ini.

Contoh:

I (a) Penyakit fibrokistik pankreas

(b) Bronkitis dan bronkiektasis

Pilih penyakit fibrokistik pankreas (E84.9). Tidak ada rangkaian kondisi yang berhubungan dan tidak ada urutan yang dilaporkan.

4) *Rule 3*

Jika kondisi pada bagian I penyebab dari bagian II rangkaian penyakit tersebut muncul maka dipilih penyakit pada bagian II.

Contoh:

I (a) Anemia akut

(b) Perdarahan varises esofagus

(c) Fracture cranial

(d) Hipertensi portal

II Sirosis hati

Pilih sirosis hati dapat di jadikan sebagai penyebab dasar menggunakan *rule 3*, karena hipertensi portal dapat dianggap penyebab langsung akibat sirosis hati.

b. *Rule* Modifikasi

Dalam beberapa kasus, penyebab dasar yang telah dipilih dengan prinsip umum, *rule 1*, *2*, dan *3* kurang tepat dan belum informatif untuk tujuan pencegahan atau upaya preventif. Sebagai contoh misalnya diagnosis senilitas atau proses penyakit umum seperti aterosklerosis, sehingga kita perlu menerapkan *rule* modifikasi.

1) *Rule A*. Senilitas dan kondisi lainnya yang tidak jelas

Apabila kondisi penyebab yang dipilih adalah kondisi yang tidak jelas dan suatu kondisi yang diklasifikasikan di tempat lain juga dilaporkan dalam sertifikat, pilihlah kembali penyebab kematian, seolah-olah kondisi yang tidak jelas ini tidak dilaporkan, kecuali jika dengan pertimbangan bahwa kondisi tersebut memodifikasi dari koding.

Kondisi berikut dianggap kondisi tidak jelas: I46.9 (henti jantung yang tidak dirinci), I95.9 (hipotensi yang tidak dirinci), I99 (gangguan system sirkulasi yang lain dan tidak dirinci), J96.0 (gagal napas akut), J96.9 (gagal napas yang tidak dirinci), P28.5 (gagal napas bayi baru

lahir), R00-R94 atau R96-R99 (gejala, tanda, dan hasil laboratorium, yang tidak diklasifikasikan di tempat lain). Perlu dicatat bahwa R95 (*sudden infant death syndrome*) tidak dianggap sebagai kondisi yang tidak jelas.

2) *Rule B. Kondisi Trivial*

Apabila kondisi sepele yang menjadi penyebab dasar kematian dan kondisi yang lebih serius (kecuali kondisi yang tidak jelas atau kondisi sepele lainnya) juga dilaporkan, pilihlah kembali penyebab dasar seolah-olah kondisi sepele tersebut tidak dilaporkan. Jika kondisi sepele dilaporkan sebagai yang menyebabkan kondisi lain, maka kondisi sepele tersebut tidak dibuang, yang berarti *rule B* tidak dapat diterapkan.

Jika kematian tersebut diakibatkan dari reaksi merugikan terhadap pengobatan kondisi sepele, pilihlah reaksi yang merugikan tersebut. Jika kondisi sepele dilaporkan sebagai menyebabkan kondisi lain maka kondisi sepele tersebut tidak dibuang berarti *rule B* tidak diterapkan

3) *Rule C. Linkage*

Apabila kondisi penyebab yang dipilih dipertautkan oleh ketentuan dalam klasifikasi atau dalam catatan untuk penggunaan pengkodean penyebab dasar kematian, dengan satu atau lebih kondisi lain pada sertifikat, kode kombinasi tersebut. Apabila ketentuan pertautan, hanya kombinasi dari satu kondisi yang dirinci sebagai yang

disebabkan oleh kondisi lainnya, kodelah kombinasi tersebut hanya bila hubungan causal yang benar dapat dinyatakan atau dapat disimpulkan dari penerapan *rule* reseleksi pertautan.

4) *Rule D. Specificity*

Apabila kondisi penyebab yang dipilih menggambarkan suatu kondisi secara umum dan istilah yang memberikan informasi lebih teliti tentang letak atau sifat kondisi ini dilaporkan pada sertifikat, pilihlah istilah yang lebih informatif tersebut. *Rule* ini akan sering diterapkan bila istilah umum menjadi kata sifat yang memberikan istilah yang lebih spesifik.

5) Stadium dini dan lanjut penyakit

Apabila kondisi yang dipilih adalah penyakit dengan stadium dini dan penyakit yang sama dengan stadium lanjut dilaporkan pada sertifikat, kodekan penyakit dengan stadium lebih lanjut. Aturan ini tidak berlaku untuk bentuk “kronik” yang dilaporkan sebagai akibat dari bentuk “akut”, selama klasifikasi tidak memberi instruksi khusus pada akibat tersebut.

6) *Rule F. Sequelae*

Apabila kondisi yang dipilih adalah bentuk awal dari kondisi yang klasifikasi diberikan kategori contoh “*Sequelae of...*” yang terpisah, dan ada bukti bahwa kematian terjadi akibat efek sisa kondisi ini dari pada

oleh penyakit dalam fase aktif, kodelah pada kategori “Gejala sisa...” yang sesuai (WHO, 2016).

c. *Rule* Perinatal

Pengkodean menurut ICD-10 untuk kematian perinatal (kematian janin berumur 22 minggu sampai bayi berumur 6 hari setelah dilahirkan) dibedakan menjadi beberapa kondisi yaitu kondisi ibu yang menderita penyakit dan janin terkena dampak dari penyakit ibu disikan pada seksi (c) dan (d) harus dikode dengan kategori P00-P04 dan kode ini tidak boleh digunakan untuk (a) dan (b). Kematian perinatal yang diakibatkan oleh keadaan janin / bayi sendiri, diisikan pada seksi (a) dan (b), dapat dikode dengan kategori lain yang tidak termasuk P00–P04, yang seringkali dengan kategori P05–P96 (*perinatal condition*) atau Q00–Q99 (*congenital anomalies*).

- 1) *Rule* P1 kode yang tidak boleh ada dibagian (a) yaitu P20, P21 dan P07.
- 2) *Rule* P2. Hanya satu kondisi yang boleh diisikan di (a) atau (c).
- 3) *Rule* P3. Pada bagian di (a) atau di (c) harus diisikan kode jika benar-benar tidak ada diisikan xxx kode artificial.
- 4) *Rule* P4. Kondisi yang diisikan sesuai dengan penempatannya (WHO, 2016).

5. Formulir Sertifikat Penyebab Kematian

Prinsip penyebab kematian dan penyebab dasar kematian dapat ditetapkan secara seragam dengan menggunakan formulir sertifikast medis

yang direkomendasikan oleh Majelis Kesehatan Dunia, yang merupakan tanggung jawab praktisi yang menandatangani sertifikat kematian untuk menunjukkan kondisi morbiditas mana yang secara langsung menyebabkan kematian dan untuk menentukan kondisi sebelumnya menimbulkan penyebab dasar dari sebuah penyakit. Secara nasional, “Bentuk Sertifikat Penyebab Kematian” ini sering dimasukkan ke dalam formulir memuat informasi lain yang diperlukan dalam keperluan administrasi melalui pendaftaran nasional. Bisa disebut dengan “Sertifikat Medis” atau “Sertifikat Penyebab Kematian” dan hanya “Sertifikat Kematian”. Sertifikat medis penyebab kematian merupakan dasar untuk mengumpulkan informasi tentang penyebab kematian secara elektronik maupun manual. Berikut bentuk sertifikat penyebab kematian, formulir saat ini terakhir diperbarui tahun 2016, setelah dari 50 tahun. Perubahan jarang terjadi karena memerlukan perubahan dalam undang-undang nasional dan sistem informasi (WHO, 2025).

CAUSE OF DEATH		Approximate interval between onset and death
I		
<i>Disease or condition directly leading to death *</i>	(a) due to (or as a consequence of)
<i>Antecedent causes</i> Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause, stating the underlying condition last	{ (b) due to (or as a consequence of) (c)
	
II		
<i>Other significant conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing it</i>	{
	
<small>* This does not mean the mode of dying, e.g., heart failure, ashenia, etc. It means the disease, injury, or complication which caused death.</small>		

Gambar 1. *International Form Of Medical Certificate Of Cause Of Death*

CERTIFICATE OF CAUSE OF PERINATAL DEATH	
To be completed for stillbirths and live born infants dying within 168 hours (1 week) from birth	
<i>(Identifying Particulars)</i>	<input type="checkbox"/> This child was live born on _____ at _____ hours and died on _____ at _____ hours <input type="checkbox"/> This child was stillborn on _____ at _____ hours and died Before labour <input type="checkbox"/> During labour <input type="checkbox"/> Not known <input type="checkbox"/>
Mother	Child
Date of birth <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> or, if unknown, age (years) <input type="text"/> <input type="text"/>	1st day of last menstrual period <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> or, if unknown, estimated duration of pregnancy (completed weeks) <input type="text"/> <input type="text"/>
Number of previous pregnancies: Live births <input type="text"/> <input type="text"/> Stillbirths <input type="text"/> <input type="text"/> Abortions <input type="text"/> <input type="text"/>	Antenatal care, two or more visits Yes <input type="text"/> No <input type="text"/> Not known <input type="text"/>
Outcome of last previous pregnancy: Live birth <input type="text"/> Stillbirth <input type="text"/> Abortion <input type="text"/> Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Delivery: Normal spontaneous vertex <input type="checkbox"/> Other (specify)
Attendant at birth	
Physician <input type="checkbox"/> Trained midwife <input type="checkbox"/> Other trained person (specify) Other (specify)	
CAUSES OF DEATH	
a. Main disease or condition in fetus or infant b. Other diseases or conditions in fetus or infant c. Main maternal disease or condition affecting fetus or infant d. Other maternal diseases or conditions affecting fetus or infant e. Other relevant circumstances	
The certified cause of death has been confirmed by autopsy <input type="checkbox"/> Autopsy information may be available later <input type="checkbox"/> Autopsy not being held <input type="checkbox"/>	I certify Signature and qualification

Gambar 2. Certificate Of Cause Of Perinatal

6. Faktor Ketidاكلengkapan

Faktor ketidاكلengkapan *resume* medis sebab kematian dapat dianalisis melalui unsur manajemen, menurut Harrington Emerson dalam Phiffner John F. Dan Presthus Robert V (1960) manajemen mempunyai lima unsur (5M), yaitu:

a. *Man*

Manusia merupakan unsur yang paling penting didalam manajemen, sebagai sumber tenaga kerja utama, manajemen tidak bisa berjalan tanpa adanya manusia. Manusia ini dibedakan menjadi dua golongan yaitu dipimpin dan memimpin.

b. *Money*

Sarana yang penting setelah manusia, dimana semua kegiatan yang dilakukan dipastikan membutuhkan uang.

c. *Material*

Bahan-bahan penting dalam manajemen yang berupa bahan mentah, bahan setengah jadi ataupun alat yang digunakan untuk melakukan suatu kegiatan.

d. *Machine*

Penggunaan mesin ini bisa dilakukan untuk mencapai efisiensi dalam kegiatan bekerja yang dapat mempermudah, memperlancar dan mempercepat proses kerja sehingga dapat membawa banyak keuntungan yang maksimal.

e. *Method*

Metode adalah cara pelaksanaan kerja metode kegiatan yang baik adalah yang sederhana, mudah dan dapat mempercepat penyelesaian pekerjaan (Podme, 2024).

7. Komponen Ketidaklengkapan

Komponen persentase ketidaklengkapan *resume* medis sebab kematian dapat diperoleh melalui analisis kuantitatif terhadap rekam medis, analisis kuantitatif adalah *review* bagian tertentu dari isi rekam medis dengan tujuan mengidentifikasi kekurangan khusus yang berkaitan dengan pendokumentasian rekam medis, Menurut Huffman (1999), terdapat empat komponen dalam analisis kuantitatif sebagai berikut:

a. Identifikasi

Komponen ini menilai kelengkapan identitas pasien, apabila suatu item tidak ada dapat mengakibatkan kesulitan dalam penelusuran dan pengelolaan rekam medis.

b. Laporan yang penting

Komponen ini berfokus pada pencatatan informasi penting yang ada didalam rekam medis termasuk hasil pemeriksaan dan diagnosa. Ketidaklengkapan dalam pelaporan dapat memengaruhi akurasi informasi yang tersedia untuk mengambil suatu keputusan.

c. Autentikasi

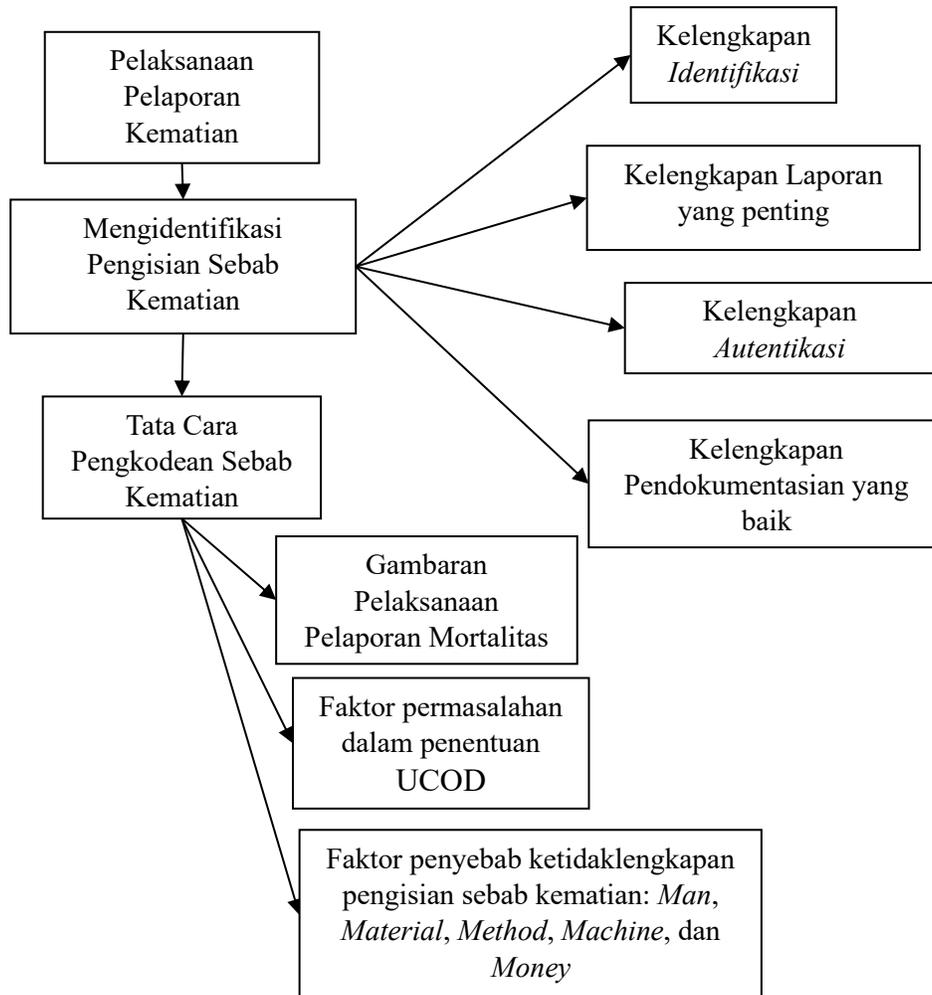
Komponen ini memastikan bahwa semua dokumen dalam rekam medis ditandatangani dan diautentikasi oleh tenaga kesehatan yang bertanggungjawab, guna menjaga legalitas dan keabsahan suatu dokumen.

d. Pendokumentasian yang baik

Komponen ini menilai cara pencatatan dalam rekam medis termasuk pencatatan yang dilakukan oleh tenaga medis, dan pembetulan kesalahan. Pembetulan kesalahan dengan menggaris kalimat yang salah dan membenarkannya dengan mencantumkan nama yang melakukan perbaikan.

B. Kerangka Teori

Adapun Kerangka teori pada penelitian ini dapat dilihat pada gambar dibawah ini:



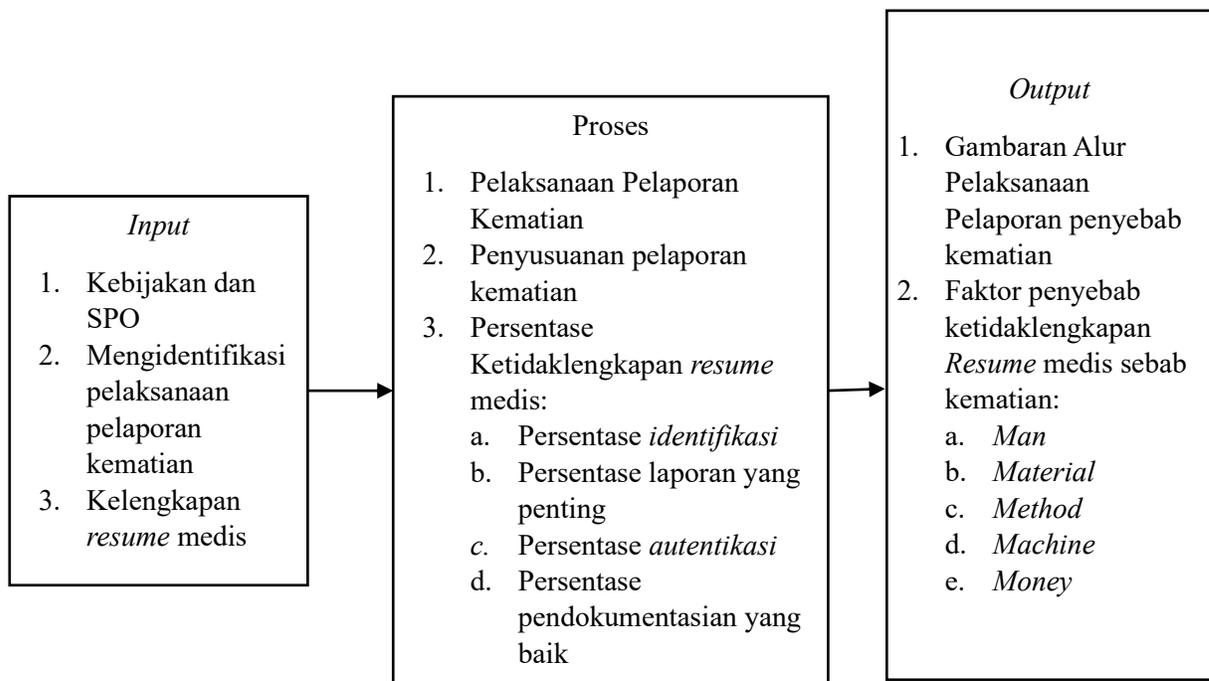
Gambar 3. Kerangka Teori

Sumber: (Maulidiyati & Putri, 2023)

C. Kerangka Konsep

Kerangka Konsep dalam penelitian ini menggunakan model Donebedian yang berfokus pada tiga dimensi utama yaitu, *input*, proses dan *output*. *Input* ini mencakup semua aspek yang diperlukan untuk kebijakan atau SOP,

mengidentifikasi pelaksanaan pelaporan kematian dan kelengkapan *resume* medis. Proses yang dilakukan akan melibatkan pelaksanaan pelaporan penyebab kematian yang dilakukan oleh petugas yang melakukan pelaporan kematian, penyusunan pelaporan kematian yang dilakukan oleh pihak yang bertanggung jawab selama pasien dirawat di rumah sakit dan petugas yang melakukan kelengkapan rekam medis pasien, selain itu juga kelengkapan *resume* medis sebagai perjalanan penyakit pasien selama dirawat. *Output* yang akan dihasilkan dari proses yang telah dilakukan yaitu gambaran pelaksanaan pelaporan kematian di rumah sakit dan faktor penyebab terjadinya ketidaklengkapan *resume* medis. Berikut kerangka konsep dalam penelitian ini:



Gambar 4. Kerangka Konsep

D. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana alur pelaksanaan pelaporan penyebab kematian di Rumah Sakit Nur Hidayah?
2. Berapa persentase jumlah ketidaklengkapan *resume* medis sebab kematian di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul?
3. Apa faktor penyebab pelaksanaan pelaporan penyebab kematian dan ketidaklengkapan *resume* medis sebab kematian di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul dengan unsur 5M (*Man, Material, Method, Machine, Money*).