

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Rumah Sakit

a. Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, 2023).

b. Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, rumah sakit memiliki beberapa fungsi diantaranya:

- 1) Rumah sakit menyelenggarakan fungsi pelayanan kesehatan perseorangan dalam bentuk spesialisik dan/atau sub spesialisik.
- 2) Selain pelayanan kesehatan perseorangan dalam bentuk spesialisik dan/atau subspesialisik, rumah sakit dapat memberikan pelayanan kesehatan dasar.
- 3) Selain menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan, rumah sakit dapat menyelenggarakan fungsi pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan.
- 4) Selain menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan, rumah sakit dapat menyelenggarakan fungsi pendidikan dan

penelitian di bidang kesehatan.

- 5) Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik.

2. Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, yang dimaksud rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis harus memuat informasi yang mencakup identifikasi pasien, data yang mendukung proses diagnosis atau keluhan pasien, serta dokumentasi yang tepat mengenai perawatan dan hasil pengobatan.

b. Tujuan Rekam Medis

Berdasarkan pasal 2 dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, rekam medis bertujuan untuk:

- 1) Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan;
- 2) Memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis;
- 3) Menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan, dan ketersediaan data rekam medis; dan
- 4) Mewujudkan penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis yang berbasis digital dan terintegrasi.

c. Isi Rekam Medis

Dokumen rekam medis milik Fasilitas Pelayanan Kesehatan, sedangkan isi rekam medis milik pasien. Isi rekam medis berdasarkan pasal 26 ayat 6 dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, terdiri atas:

- 1) Identitas pasien.
- 2) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang.
- 3) Diagnosis, pengobatan, rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan.
- 4) Nama dan tanda tangan tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan.

Sedangkan isi rekam medis elektronik terdiri atas:

- 1) Dokumentasi administratif, berisi dokumentasi pendaftaran.
- 2) Dokumentasi klinis, berisi seluruh dokumentasi pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

d. Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, seluruh fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan rekam medis elektronik paling lambat pada tanggal 31 Desember 2023. Kegiatan penyelenggaraan rekam medis elektronik terdiri dari registrasi pasien, pendistribusian data rekam medis elektronik, pengisian informasi klinis, pengolahan informasi

rekam medis elektronik (pengkodean, pelaporan dan penganalisisan), penginputan data untuk klaim pembiayaan, penyimpanan rekam medis elektronik, penjaminan mutu rekam medis elektronik dan transfer isi rekam medis elektronik.

3. Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: HK.01.07/Menkes/312/2020 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, area kompetensi PMIK terdiri dari 7 (tujuh) area kompetensi yang diturunkan dari gambaran tugas, peran, dan fungsi dari seorang PMIK. Oleh karena itu, area kompetensi disusun dengan urutan sebagai berikut:

- a. Profesionalisme yang luhur, etika, dan legal.
- b. Mawas diri dan pengembangan diri.
- c. Komunikasi efektif.
- d. Manajemen data dan informasi Kesehatan
- e. Keterampilan klasifikasi klinis, kodefikasi penyakit dan masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis.
- f. Aplikasi statistik kesehatan, epidemiologi dasar, dan biomedik.
- g. Manajemen pelayanan RMIK.

Salah satu dari ketujuh area kompetensi PMIK dalam penelitian ini adalah keterampilan klasifikasi, kodefikasi penyakit dan masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis dengan daftar keterampilan yang harus dikuasai diantaranya yaitu mampu melakukan pengkodean

penyebab dasar kematian atau *Underlying Cause of Death* (UCoD), penerapan morbiditas dan mortalitas coding, penyajian laporan sertifikat kematian, dan interpretasi isian sertifikat kematian.

4. ICD-10 (*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems 10th Revision*)

a. Pengertian ICD-10

International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) digunakan untuk menganalisis dan mendiagnosis penyakit. Kode alfanumerik memfasilitasi penyimpanan informasi, pengambilan data, dan analisis. ICD-10 telah menjadi klasifikasi diagnostik berstandar internasional untuk semua tujuan kesehatan umum dan manajemen epidemiologi (Amin *et al.*, 2021).

ICD memiliki beberapa keunggulan, antara lain mengklasifikasikan penyakit, cedera, dan penyebab kematian. Tujuan klasifikasi ini adalah agar data kesehatan dapat dicatat dengan cara yang sama dan sebanding di berbagai wilayah di dunia. Penggunaan kode ICD juga menjadi semakin meluas, tidak hanya untuk mengklasifikasikan morbiditas dan mortalitas tetapi juga untuk berbagai tujuan seperti cakupan medis, manajemen, dan penelitian di fasilitas kesehatan (Adawiyah *et al.*, 2023).

b. Volume ICD-10

ICD-10 revisi tahun 2010 terdiri dari 3 Volume dan 22 Bab dengan

mencakup 2.046 kategori penyakit, struktur ICD-10 sebagai berikut:

1) Volume 1

Volume 1 berisi daftar tabulasi dalam kode alfanumerik tiga atau empat karakter dengan inklusi dan eksklusi, beberapa aturan pengkodean, klasifikasi morfologis neoplasma, daftar tabulasi khusus untuk morbiditas dan mortalitas, definisi tentang penyebab kematian serta peraturan mengenai nomenklatur.

2) Volume 2

Volume 2 berisikan deskripsi klasifikasi statistik internasional penyakit dan masalah terkait, cara penggunaan ICD, aturan dan pedoman, presentasi statistik, sejarah perkembangan ICD serta pengkodean mortalitas dan morbiditas. Didalam volume 2 tersebut terdapat aturan dan pedoman dalam melakukan pengkodean kasus mortalitas dan morbiditas seperti cara menetapkan *Underlying Cause of Death* dengan memperhatikan beberapa aturan/*rule* yang dapat memudahkan dalam pengkodean kasus mortalitas dan morbiditas.

3) Volume 3

Volume 3 merupakan indeks alfabetis dari ICD-10 yang terbagi menjadi 3 bagian sebagai berikut:

- a) Bagian I, berisikan semua terminologi yang terklasifikasi dalam Bab I - XIX dan XXI, kecuali obat-obatan dan zat kimia lain.

- b) Bagian II, berisikan indeks dari sebab luar morbiditas dan mortalitas berisikan semua terminologi yang 15 terklasifikasi dalam Bab XX, kecuali obat-obatan dan zat kimia lain.
 - c) Bagian III, tabel obat-obatan dan zat kimia lain, berisikan masing-masing substansi yang digunakan dalam koding keracunan dan efek samping obat yang ada dalam Bab XIX dan kode dalam Bab XX yang menunjukkan apakah keracunan tersebut tidak sengaja dilakukan, sengaja (menyakiti diri sendiri), tak ditentukan atau merupakan efek lanjut dari suatu pengobatan atau terapi.
- c. Langkah Menetapkan Kode Menggunakan ICD-10
- Pada buku ICD-10 dijelaskan mengenai langkah-langkah dalam menetapkan kode menggunakan ICD-10 sebagai berikut:
- 1) Identifikasi tipe pernyataan yang akan dikode, kemudian carilah dalam buku Volume 3 pada bagian yang sesuai. (Bilamana pernyataan tersebut merupakan suatu penyakit, cedera atau kondisi lain yang terklasifikasi dalam Bab I - XIX atau XXI, carilah dalam bagian I. Bilamana pernyataan tersebut merupakan sebab luar dari suatu cedera atau peristiwa lain yang terklasifikasi dalam Bab XX, carilah dalam bagian II).
 - 2) Temukan “*leadterm*”-nya. Untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan ‘kata benda’ yang mengacu pada kondisi patologis.

Namun demikian beberapa kondisi yang dinyatakan dalam bentuk *adjective* maupun *eponym* juga tercantum dalam indeks sebagai “*leadterm*”.

- 3) Bacalah semua catatan yang tercantum di bawah “*leadterm*”.
- 4) Bacalah semua terminologi yang ada dalam kurung dibelakang “*leadterm*”. (Modifier ini biasanya tidak akan merubah nomor kode), dan juga semua terminologi yang tercantum di bawah “*leadterm*” (yang biasanya dapat merubah nomor kodenya) sampai seluruh kata dalam pernyataan diagnostik telah selesai diikuti.
- 5) Ikuti dengan hati-hati semua “*cross-references*” (kata “*see*” dan “*see also*”) yang termuat dalam indeks
- 6) Rujuk daftar tabulasi dalam Volume I untuk verifikasi kecocokan nomor kode terpilih. Perlu diingat bahwa kode tiga karakter dalam indeks yang diikuti tanda “*dash*” pada posisi karakter keempat menunjukkan bahwa masih ada karakter keempat yang perlu dicari dalam volume 1. Subdivisi lebih lanjut pada posisi karakter tambahan tidak diindeks, sehingga bila akan digunakan harus dicari dalam volume 1.
- 7) Berpedomanlah pada “*inclusion*” atau “*exclusion terms*” yang ada di bawah kode terpilih, atau dibawah judul bab, blok atau kategori.
- 8) Tentukan kode yang sesuai.

5. Sertifikat Kematian

Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK) atau sering disebut dengan Sertifikat kematian adalah dokumen legal yang berisi identitas orang yang meninggal dan penyebab kematiannya atau untuk menunjukkan kondisi morbiditas pasien yang secara langsung menyebabkan kematian. Secara nasional, bentuk sertifikat medis penyebab kematian sering dimasukkan ke dalam formulir yang memuat informasi lain yang diperlukan untuk keperluan administrasi (World Health Organization, 2010).

Sertifikat kematian terdiri dari Surat Keterangan Kematian (SKK) dan Formulir Keterangan Penyebab Kematian (FKPK). Format sertifikat kematian menurut standar WHO terdiri dari 2 bagian:

- a. Bagian I digunakan untuk penyakit-penyakit yang berkaitan dengan urutan dari kejadian langsung menuju kematian, pada bagian I terdiri dari beberapa bagian:
 - 1) A untuk penyebab langsung.
 - 2) B untuk penyebab antara dari A.
 - 3) C untuk penyebab antara dari B.
 - 4) D untuk penyebab dasar dari C.
- b. Bagian II digunakan untuk kondisi yang tidak berkaitan dengan Bagian I tetapi secara alamiah berkontribusi terhadap kematian.

Format atau bentuk sertifikat kematian berbeda-beda setiap instansi, bahkan sebutan sertifikat kematian juga bermacam-macam ada

yang menyebut sertifikat kematian, sebab kematian, formulir kematian, surat kematian, sertifikat medis penyebab kematian dan di RSUD Wonosari dikenal dengan sebutan Surat Keterangan Sebab Kematian (SKSK). Indonesia mengadopsi format *International Form of Medical Certificate of Cause of Death* yang direkomendasikan WHO. Format sertifikat kematian tersebut ada 2 macam, yaitu untuk kematian umur 7 hari ke atas (umum/dewasa) dan kematian sejak janin dalam kandungan 22 minggu sampai usia 6 hari setelah dilahirkan (perinatal). Berikut ini contoh format sertifikat kematian umum/dewasa menurut standar yang telah ditetapkan oleh WHO:

INTERNATIONAL FORM OF MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH		Approximate interval between onset and death
Cause of death		
I		
Disease or condition directly leading to death*	(a)	
	due to (or as a consequence of)	
Antecedent causes	(b)	
Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause, stating the underlying condition last	due to (or as a consequence of)	
	(c)	
	due to (or as a consequence of)	
	(d)	
II		
Other significant conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing it		
		
*This does not mean the mode of dying, e.g. heart failure, respiratory failure. It means the disease, injury, or complication that caused death.		

Gambar 1. Sertifikat Kematian Umum/Dewasa menurut WHO.
Sumber: World Health Organization (2010).

6. *Underlying Cause of Death* (UCoD)

Formulir Keterangan Penyebab Kematian identik dengan adanya penyebab dasar kematian atau lebih dikenal dengan sebutan *Underlying Cause of Death* (UCoD). Penyebab Dasar Kematian (*Underlying Cause of Death*) adalah keadaan penyakit atau cedera sebagai pemicu urutan kejadian yang mengakibatkan kematian, serta kecelakaan atau kekerasan yang menghasilkan cedera fatal hingga mengakibatkan kematian (World Health Organization, 2010). Adapun yang berkewajiban menuliskan diagnosis penyebab kematian adalah dokter sedangkan petugas rekam medis hanya berwenang untuk melakukan pengkodean diagnosis serta membantu menentukan kode penyebab dasar kematian pada FKPK, namun apabila terdapat penyebab dasar kematian yang kurang tepat petugas rekam medis dapat melakukan konfirmasi terlebih dahulu kepada dokter yang bersangkutan.

Tujuan penentuan UCoD adalah untuk mengetahui suatu penyakit yang menyebabkan terjadinya penyakit lain hingga menimbulkan kematian dan tentunya berperan penting dalam analisis statistik dan tren kematian. Berdasarkan ICD-10 Volume 2, UCoD juga berfungsi untuk kebutuhan epidemiologi dan pencegahan, mengelola pelayanan kesehatan yang akan diberikan kepada pasien, serta membandingkan kesehatan antara populasi yang berbeda.

Dalam beberapa sertifikat kematian hanya memiliki satu penyebab dasar kematian yang artinya penyebab langsung sama dengan penyebab dasar, oleh karena itu, untuk menentukan UCoD, terdapat *rule* yang harus diaplikasikan, *rule* tersebut terdapat pada ICD-10 volume 2. Dalam ICD-10, *rule* yang digunakan untuk menentukan diagnosis penyebab dasar kematian terdiri dari *rule* untuk pemilihan penyebab mula (terdiri dari *Rule 1*, *Rule 2*, dan *Rule 3*) serta *rule* modifikasi yang terdiri dari *Rule* modifikasi A sampai F. *Rule* prosedur penentuan UCoD sebagai berikut:

a. Rangkaian (*Sequence*)

Istilah '*sequence*' merujuk pada rantai atau pada dua atau lebih kondisi yang dimasukkan dalam baris berurutan *Part I*, setiap kondisi diterima sebagai penyebab atas satu kondisi di atasnya.

b. Prinsip umum/*general principle*

Bila lebih dari satu kondisi yang diisi pada sertifikat, maka dapat dipilih kondisi yang paling bawah dengan syarat ada hubungan kausalitas atau sebab akibat.

Contoh:

		Kode ICD-10
I (a) <i>Cerebral hemorrhage</i>	1 bulan	I61.9
(b) <i>Nephritis</i>	6 bulan	N05.9
(c) Sirosis hati	2 bulan	K74.6

Maka UCoD-nya adalah sirosis hati karena *cerebral hemorrhage* disebabkan oleh nefritis dan disebabkan oleh sirosis hati.

c. *Rules* seleksi

1) *Rule* 1

Apabila prinsip umum tidak dapat diterapkan, disebabkan kondisi yang dituliskan paling bawah tidak berhubungan dengan kondisi/diagnosis diatasnya maka pilih kondisi awal rangkaian di sertifikat kematian atau pilih yang terakhir memiliki hubungan kausalitas. Apabila ada lebih dari satu rangkaian, maka pilih penyebab dasar pada rangkaian yang disebutkan pertama.

Contoh:

	Kode ICD-10
I (a) Emboli paru	I26.9
(b) Penyakit jantung aterosklerosis	I25.1
(c) Sirosis hati	J11.1

Maka UCoD-nya adalah Penyakit jantung aterosklerosis karena prinsip umum tidak dapat diterapkan dan influenza tidak disebabkan oleh Penyakit jantung aterosklerosis.

Contoh lain :

	Kode ICD-10
I (a) <i>Cerebral hemorrhage</i> & hipostatis	I61.9, J18.2
(b) <i>Pneumonia</i>	
(c) <i>Prostate hypertrophy, diabetes</i>	N40, E14.9

Maka UCoD-nya adalah diabetes karena prinsip umum tidak dapat diterapkan apabila terdapat dua kondisi di baris paling bawah sertifikat penyebab kematian. *Cerebral hemorrhage* tidak disebabkan oleh *prostate hypertrophy*.

2) *Rule 2*

Apabila kondisi dibawahnya tidak saling memiliki hubungan kausalitas maka pilih kondisi yang diisikan pertama pada sertifikat kematian sebagai penyebab dasar.

Contoh:

	Kode ICD-10
I (a) <i>Pernicious anemia</i> dan <i>gangrene</i> kaki	D51.0, R02
(b) <i>Aterosklerosis</i>	I70.9

Maka UCoDnya adalah *Pernicious anemia* karena prinsip umum maupun rule 1 tidak dapat diterapkan. *Pernicious anemia* karena aterosklerosis bukanlah urutan yang dapat diterima. Terdapat urutan yang dilaporkan, *gangrene* kaki karena *aterosklerosis*, tetapi tidak berakhir pada kondisi yang pertama kali ditulis pada sertifikat.

3) *Rule 3*

Rule 3 sering disebut dengan direct consequent atau apabila kondisi yang dipilih menggunakan prinsip umum, *rule 1*, *rule 2*, dan *rule 3* secara jelas merupakan konsekuensi dari kondisi lain, baik pada bagian I maupun bagian II, pilih kondisi primer yang dituliskan pada bagian II tersebut.

Contoh:

	Kode ICD-10
I (a) Gagal ginjal	N19
(b) -	
(c) <i>Adhesions</i>	K91.8
II <i>Surgery –for divertikulitis</i>	Y83.9, K57.9

Maka UCoD-nya adalah *divertikulitis*.

d. *Rules modifikasi*

1) *Rule A Senility and other ill-defined conditions*

Senilitas dan kondisi lainnya yang tidak jelas, dalam hal ini penyebab dasar yang dipilih adalah kondisi yang tidak jelas (*ill-defined*) dan suatu kondisi yang diklasifikasikan di tempat lain juga dilaporkan dalam sertifikat, maka pilih kembali penyebab kematian, seolah olah kondisi yang tidak jelas tersebut tidak pernah dilaporkan, kecuali dengan pertimbangan bahwa kondisi tersebut memodifikasi koding.

Kondisi yang dianggap tidak jelas: I46 (*Sudden cardiac death, so described*), I46.9 (*Cardiac arrest unspecified*), I99 (*Other and unspecified disorders of circulatory system*), J96.0 (*Acute respiratory system*), J96.9 (*Respiratory failure, unspecified*), P28.5 (*Respiratory failure of newborn*), 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.

Contoh lain :

		Kode ICD-10
I	(a) Senilitas dan <i>pneumonia</i> <i>hipostatik</i>	R54, J18.2
	(b) <i>Arthritis Rheumatoid</i>	M06.9

Maka UCoD-nya adalah *Arthritis Rheumatoid*.

2) *Rule B Trivial conditions*

Dalam hal ini penyebab dasar kematian yang dipilih adalah kondisi sepele yang tidak mungkin menyebabkan kematian, dan suatu 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 pernah dilaporkan, jika kematian merupakan akibat dari reaksi merugikan terhadap pengobatan kondisi sepele, pilihlah reaksi yang merugikan tersebut.

Contoh:

	Kode ICD-10
I (a) Karies gigi	K02.9
(b) Diabetes	E14.9

Maka UCoD-nya adalah Diabetes.

3) *Rule C Linkage*

Jika pemilihan UCoD terkait dengan konsep klasifikasi atau memiliki kode kombinasi dengan diagnosis lain, maka dilakukan seleksi ulang dengan memilih kode kombinasi tersebut. Penggunaan *linkage* hanya berlaku untuk kode kombinasi yang menunjukkan hubungan kausal yang benar berdasarkan aturan seleksi. Jika terjadi *linkage* yang bertentangan, hubungan dengan kondisi yang seharusnya dipilih apabila penyebab pertama belum tercatat.

Contoh :

	Kode ICD-10
I (a) Emfisema	J43.0

(b) -	
(c) Bronkitis	J40
II <i>Cerebral arteriosklerosis</i>	I67.2

Maka kodekan ke *other specified chronic obstructive pulmonary disease* (J44.8), Bronkitis ditautkan dengan Emfisema.

4) *Rule D Specificity*

Apabila penyebab terpilih menggambarkan kondisi-kondisi secara umum serta kondisi yang menyediakan informasi yang lebih tepat tentang lokasi atau sifat dari kondisi tercatat, maka pilih UCoD lebih informatif.

Contoh:

	Kode ICD-10
I (a) Trombosis serebral	I63.3
(b) <i>Cerebrovaskular accident</i>	I64

Maka kodekan ke Trombosis serebral (I63.3) karena *Cerebrovaskular accident* dianggap sebagai istilah umum dan Trombosis serebral lebih informatif.

5) *Rule E Early and late stages of disease*

Stadium dini dan lanjut penyakit, apabila penyebab dasar yang pilih merupakan stadium awal penyakit dan penyakit yang sama dengan stadium lanjut dilaporkan pada sertifikat, kodelah penyakit dengan stadium lanjut. Akan tetapi tidak berlaku untuk bentuk "kronik" yang dilaporkan sebagai akibat dari bentuk "akut", kecuali jika klasifikasi memberikan instruksi khusus terhadap akibatnya.

Contoh:

	Kode ICD-10
I (a) <i>Sifilis tersier</i>	A52.9
(b) <i>Sifilis primer</i>	A51.0

Maka kodekan ke Sifilis tersier atau Sifilis dengan stadium lanjut.

6) *Rule F Sequelae*

Jika penyebab dasar yang dipilih adalah bentuk awal dari kondisi yang terdapat kategori "*Sequelae of*" yang mana kategorinya terpisah dan ada bukti bahwa kematian akibat efek sisa kondisi ini bukan dari fase aktif suatu penyakit.

Contoh:

	Kode ICD-10
I (a) Kalsifikasi paru	J98.4
(b) <i>Sequelae of</i> tuberkulosis paru	B90.9

Maka kodekan *sequelae of* tuberkulosis paru.

7. Ketepatan Kode

Ketepatan kode diagnosis adalah kesesuaian antara kode diagnosis yang ditentukan oleh koder dengan rekam medis pasien, sesuai dengan aturan ICD-10 (Wini *et al.*, 2023). Faktor yang mempengaruhi ketepatan pengkodean diagnosis meliputi *man*/sumber daya manusia, *material*/material, *machine*/sarana dan prasarana, dan *method*/metode (Pertiwi, 2021).

8. Faktor 5M Yang Mempengaruhi Ketidaktepatan Penentuan UCoD

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan kesalahan dalam penetapan kode berdasarkan hasil penelitian *Institute Of Medicine* (Zebua, 2022)

yaitu sebagai berikut:

- a. Kesalahan dalam membaca diagnosis yang terdapat dalam dokumen rekam medis, dikarenakan rekam medis tidak lengkap.
- b. Kesalahan dalam menentukan diagnosis utama yang dilakukan oleh dokter.
- c. Kesalahan dalam menentukan kode diagnosis ataupun kode Tindakan.
- d. Kode diagnosis atau tindakan tidak valid atau tidak sesuai dengan isi dalam dokumen rekam medis.
- e. Kesalahan dalam menuliskan kembali atau memasukkan kode dalam komputer.

Identifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi ketidaktepatan pengkodean UCoD pada surat keterangan penyebab kematian berdasarkan unsur manajemen 5M (*Man, Material, Method, Machine, Money*) menurut Emerson, yang dikutip oleh Phiffner dan Presthus (1960) dalam karya Herujito (2001), yaitu:

- a. *Man* (Manusia)

Manusia adalah unsur mutlak dan terpenting dalam manajemen, dengan kualitas sumber daya manusia yang meliputi pengetahuan, keterampilan, pengalaman, sikap, dan motivasi untuk mencapai tujuan organisasi. Faktor manusia dalam penelitian ini berasal dari petugas koding rawat inap, perawat, dan kepala rekam medis.

b. *Money* (Keuangan)

Keuangan adalah sumber daya finansial organisasi. Manajemen keuangan yang efektif meliputi perencanaan anggaran, pengelolaan arus kas, pengendalian biaya, pencarian sumber dana, dan alokasi dana secara efisien untuk mencapai tujuan organisasi. Dalam penelitian ini, faktor keuangan terkait dengan anggaran pelatihan pengkodean penyebab kematian dan sistem audit kode diagnosis yang memengaruhi ketepatan.

c. *Material* (Material)

Material adalah sumber daya fisik yang digunakan dalam proses produksi atau operasional organisasi, seperti bahan baku, bahan setengah jadi, bahan habis pakai, atau perlengkapan lain untuk menghasilkan produk atau layanan. Faktor material dalam penelitian ini berkaitan dengan kualitas penulisan diagnosis oleh dokter dan ketersediaan formulir penyebab kematian.

d. *Method* (Metode)

Metode adalah cara pelaksanaan kerja yang baik jika sederhana, mudah, dan mempercepat penyelesaian tugas. Faktor metode dalam penelitian ini terkait keberadaan SOP dalam penentuan kode penyebab dasar kematian.

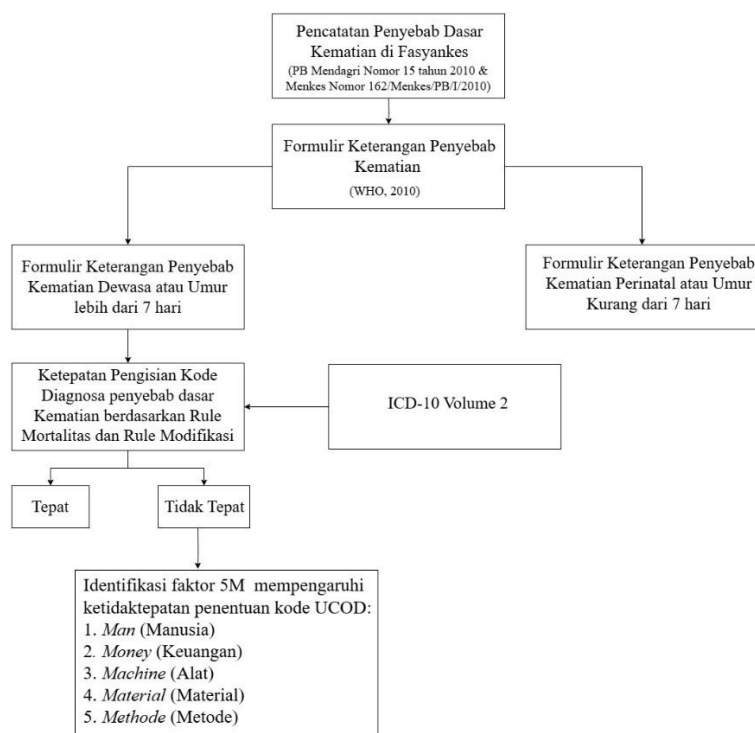
e. *Machine* (Alat)

Faktor ini berkaitan dengan peralatan, teknologi, atau infrastruktur yang memudahkan pelaksanaan pekerjaan untuk mencapai hasil

maksimal. Dalam penelitian ini, faktor mesin terkait dengan penggunaan ICD-10 sebagai pedoman pengodean.

B. Kerangka Teori

Kerangka Teori merupakan jenis kerangka yang menegaskan tentang teori yang dijadikan landasan serta digunakan untuk menjelaskan fenomena yang sedang diteliti (Hardani *et al.*, 2020). Berikut kerangka teori dari penelitian ini:

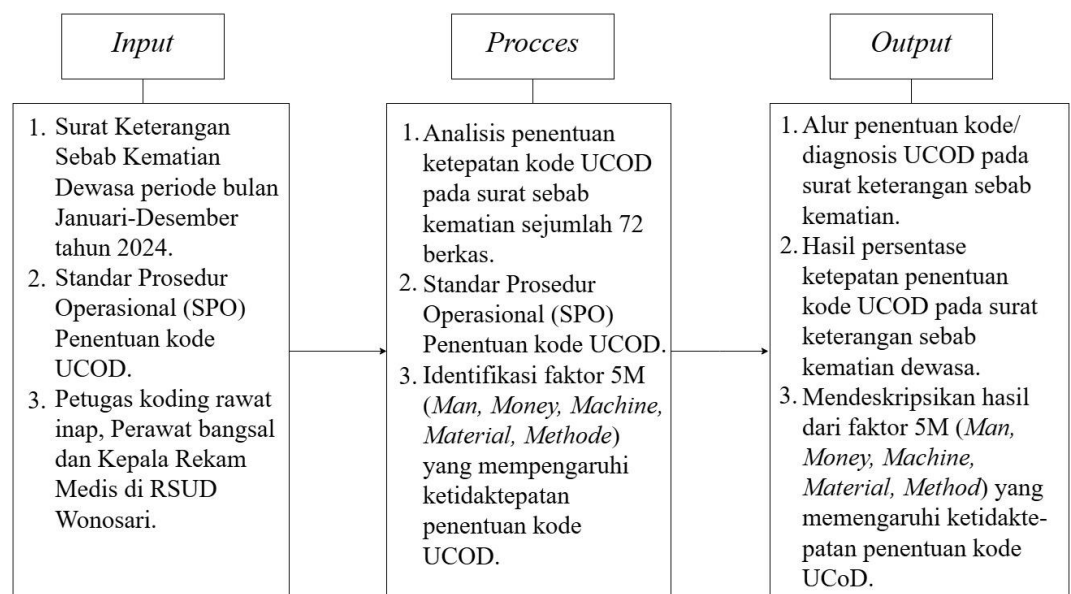


Gambar 2. Kerangka Teori.

Sumber: Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri Dan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2010 Nomor 162/Menkes/PB/I/2010 tentang Pelaporan Kematian Dan Penyebab Kematian (2010) dan World Health Organization (2010).

C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah sebuah kerangka yang didalamnya menjelaskan konsep yang terdapat pada asumsi teoritis, yang kemudian digunakan untuk mengistilahkan unsur yang terdapat dalam objek yang akan diteliti serta menunjukkan adanya hubungan antara konsep tersebut (Hardani *et al.*, 2020). Berikut ini kerangka konsep dari penelitian ini:



Gambar 3. Kerangka Konsep.

D. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana alur dalam penentuan kode *Underlying Cause of Death* pada Surat Keterangan Sebab Kematian Dewasa di RSUD Wonosari ?
2. Berapa persentase ketepatan dan ketidaktepatan kode *Underlying Cause of Death* Surat Keterangan Sebab Kematian Dewasa dari periode bulan Januari-Desember 2024 di RSUD Wonosari?

3. Apa sajakah Faktor 5M yaitu *Man* (Manusia), *Money* (Keuangan), *Material* (Material), *Method* (Metode), dan *Machine* (Alat) yang dapat mempengaruhi ketidaktepatan kode *Underlying Cause of Death* Surat Keterangan Sebab Kematian Dewasa di RSUD Wonosari?