

TINJAUAN KEAKURATAN KODE SEBAB DASAR KEMATIAN PADA SERTIFIKAT KEMATIAN DI RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

¹Eni Nur Rahmawati, ²Sri Lestari

¹Rekam Medis dan Informatika Kesehatan, APIKES Citra Medika Surakarta
E-mail:eni_nurrahmawati@yahoo.co.id

²Rekam Medis dan Informatika Kesehatan, APIKES Citra Medika Surakarta
E-mail:lestaris250@gmail.com

Abstrak

Keakuratan kode sebab dasar kematian digunakan sebagai pertimbangan dalam pengambilan keputusan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, tetapi belum melaksanakan penentuan kode sebab dasar kematian sesuai dengan ICD-10. Berdasarkan survei awal didapatkan hasil sertifikat kematian pasien 100% lengkap terisi. Sedangkan keakuratan penentuan kode sebab dasar kematian pada sertifikat kematian berdasarkan tabel MMDS di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebesar 90 % tidak akurat dan 10% akurat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keakuratan kode sebab dasar kematian pada sertifikat kematian berdasarkan tabel MMDS di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian deskriptif, dengan pendekatan retrospektif, pengumpulan data menggunakan observasi dan wawancara, teknik sampling yaitu systematic random sampling. Hasil dari pembahasan menunjukkan belum terdapatnya prosedur pencatatan pengisian diagnosis sebab kematian pada sertifikat kematian, belum terdapatnya prosedur pengkodean sebab dasar kematian, prosentase kelengkapan pengisian diagnosis 100% lengkap terisi, prosentase keakuratan kode sebab dasar kematian berdasarkan tabel MMDS 90.32% tidak akurat. Prosentase ketidakakuratan tertinggi yaitu 67.86% disebabkan kesalahan menentukan kode berdasarkan prinsip umum. Faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan pengisian diagnosis sebab kematian yaitu tidak adanya SPO pengisian diagnosis dan urutan penulisan yang belum sesuai ICD-10 oleh dokter. Faktor yang menyebabkan ketidakakuratan kode diagnosis yaitu tidak adanya SPO, penulisan diagnosis dan pengkodean yang belum sesuai aturan ICD-10, dan audit coding. Kesimpulan ketidakakuratan kode lebih tinggi dari kode yang akurat. Saran sebaiknya dibuat SPO pengisian diagnosis sebab kematian bagi dokter, SPO pengkodean sebab dasar kematian bagi staff coder, pelatihan pengkodean sebab dasar kematian, penyediaan MMDS bagi staff coder, dan dilaksanakan kegiatan audit coding.

Kata Kunci: Kelengkapan, Keakuratan, Kode Sebab Dasar Kematian, ICD 10, MMDS.

Abstract

The accuracy of the basic cause of death code is used as a consideration in decision making at RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, but has not yet implemented the determination of the basic cause of death code in accordance with ICD-10. Based on the initial survey, the patient's death certificate was 100% complete. While the accuracy of the determination of the basic cause of death code on the death certificate based on MMDS table at RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten is 90% inaccurate and 10% accurate. This study aims to determine the accuracy of the basic cause of death codes on death certificates and above based on MMDS table at RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. The research method used in this study is a descriptive type of research, with a retrospective approach, data collection using observation and interviews, sampling technique is systematic random sampling. The results of the discussion showed that there was no procedure for recording the diagnosis of death cause on death certificates, the absence of the basic cause of death coding procedure, the percentage of complete 100% complete filling in the diagnosis, the percentage accuracy of the basic death code based on MMDS table 90.32% inaccurate. The highest inaccuracy percentage is 67.86% due to an error determining code based on general principles. Factors that influence the incompleteness of filling in the diagnosis of the cause of death are the absence of a filling-in SPO diagnosis and the writing order that is not in accordance with the ICD-10 by the doctor. Factors that cause the inaccuracy of the diagnosis code are the absence of SPO, the writing of diagnoses and coding that do not comply with ICD-10 rules, and coding audits. Conclusion code inaccuracies are higher than accurate codes. Suggestions should be made SPO filing in the cause of death diagnosis for doctors, SPO coding for basic cause of death for staff coders, basic cause coding coding training, provision of MMDS for staff coders, and coding coding activities carried out.

Keywords: Completeness, Accuracy, Basic Death Cause Code, ICD 10, MMDS.

PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan, secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan,

dan gawat darurat (UU No. 44 Tahun 2009). Sebuah rumah sakit terdiri atas bagian pelayanan medis, bagian keperawatan, bagian penunjang medis, bagian administrasi & keuangan, bagian komite medis dan bagian satuan pemeriksaan

internal (Perpres No 77 tahun 2015). Bagian penunjang medis bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit dan mempunyai salah satu tugas yaitu pengelolaan rekam medis yang dilaksanakan oleh instalasi rekam medis.

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien (Permenkes RI No. 269 / MENKES / PER / III/ 2008). Pelayanan kesehatan tidak akan berjalan dengan baik tanpa didukung oleh pelayanan rekam medis yang terdiri dari bagian *assembling, coding, indexing, analyzing, reporting, dan filing*. Bagian *coding* memiliki tugas penetapan kode diagnosis penyakit sesuai dengan aturan pengkodean ICD-10 yang telah ditetapkan oleh WHO. Diagnosis penyakit dalam sertifikat kematian dituliskan oleh seorang dokter yang bertanggung jawab menandatangani sertifikat kematian dengan menentukan kondisi sakit yang langsung menyebabkan kematian dan menyatakan kondisi awal yang menimbulkan sebab kematian. Sertifikat kematian adalah formulir berisi runtunan kejadian yang menyebabkan kematian. Diagnosis penyakit yang dituliskan dalam sertifikat kematian harus lengkap dan konsisten untuk memudahkan *coder* dalam mengkode penentuan diagnosis sebab dasar kematian.

Penyebab dasar kematian menurut WHO adalah sebab-sebab kematian sebagai semua penyakit, keadaan sakit atau cedera yang menyebabkan atau berperan terjadinya kematian (Hatta, 2013:144). Penentuan penyebab dasar kematian dapat menggunakan ICD-10 untuk mengkode diagnosis penyakit dalam sertifikat kematian kemudian dirujuk dalam tabel MMDS (*Medical Mortality Data System*). MMDS *Decision Table* dipakai untuk mempermudah penetapan kode UCoD (*Underlying Cause of Death*) yang benar dan penentuan kode penyebab multipel yang tepat. *Decision Table* ini adalah kumpulan daftar yang memberikan panduan dan arah dalam penerapan rule seleksi dan modifikasi yang dipublikasikan kedalam ICD-10 volume 2 (Sarimawar dan Suhardi, 2008:24). Penerapan aturan yang sesuai dengan MMDS akan menghasilkan penetapan *final* kode sebab dasar kematian. Kode penyebab dasar kematian yang telah ditetapkan akan digunakan sebagai landasan untuk menyusun pelaporan statistik kematian berupa angka harapan hidup, angka kematian menurut penyebab dan umur yang akan digunakan untuk melihat status kesehatan masyarakat dan sebagai bahan pertimbangan untuk mengambil keputusan terkait dengan upaya pencegahan dari penyakit (*preventif primer*) sehingga status kesehatan masyarakat menjadi lebih baik, untuk itu dokter harus menggunakan pertimbangan klinis dalam melengkapi diagnosis dalam sertifikat kematian agar penentuan kode sebab dasar

kematian oleh *coder* menjadi tepat dan akurat (Sarimawar dan Suhardi, 2008:20).

Survei pendahuluan yang dilaksanakan oleh peneliti di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten pada tahun 2017, diperoleh hasil terjadi kenaikan jumlah pasien yang meninggal sebanyak 12 pasien (1%) dari tahun 2016 sebanyak 1319 pasien menjadi 1331 pasien yang meninggal di tahun 2017. Peneliti mengambil 10 dokumen rekam medis pasien meninggal untuk dijadikan sampel. Pengambilan 10 dokumen diperoleh hasil sertifikat kematian pasien 100% diagnosis lengkap terisi. Sedangkan untuk keakuratan penentuan kode sebab dasar kematian pada sertifikat kematian berdasarkan tabel MMDS di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebesar 90 % tidak akurat dan 10% akurat.

Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar kode diagnosis penyebab dasar kematian masih belum sesuai aturan pemilihan penyebab dasar kematian berdasarkan ICD-10, dikarenakan petugas *coding* hanya mengkode sebab langsung yang tertulis pada sertifikat kematian yang ditulis oleh dokter. Penentuan kode penyebab dasar kematian yang tidak sesuai akan berpengaruh pada laporan kematian.

TINJAUAN PUSTAKA

Rekam Medis

Rekam medis merupakan berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan (Permenkes No. 55 tahun 2013 pasal 1 ayat 2).

Coding

Coding adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen data (Depkes RI, 2006:59). Kode klasifikasi penyakit oleh WHO (*World health Organization*) bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala dan faktor yang mempengaruhi kesehatan. Kekauratan Kode adalah penguraian dari pengodean yang dilakukan dengan cermat dan teliti sehingga menghasilkan suatu informasi yang akurat, benar dan tepat. (Kasanah dan Sudra, 2011:73).

Keakuratan pemberian kode dari suatu diagnosis di pengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut :

- a. Tenaga medis dalam menetapkan diagnosis
Penetapan diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter (tenaga medis) yang terkait, tidak boleh diubah. Oleh karenanya diagnosis yang dalam rekam medis diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada buku ICD-10 (Depkes RI, 2006:59).
- b. Tenaga rekam medis sebagai pemberi kode
Tenaga medis sebagai seorang pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode dari

Cause of Death		Approximate interval between onset and death
I. Disease or condition directly leading to death Antecedent Causes Morbid condition, if any, giving rise to the above cause, stating the underlying condition last	(a) _____ due to (or as a consequence of)	_____
	(b) _____ due to (or as a consequence of)	_____
	(c) _____ due to (or as a consequence of)	_____
	(d) _____ due to (or as a consequence of)	_____
II. Other significant conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing it	(a) _____	_____
	(b) _____	_____

*This does not mean them dying e.g. heart failure, respiratory failure. It means the disease, injury, or complication that caused death.

Gambar 1. Sertifikat Penyebab Kematian

suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh tenaga medis. Oleh karenanya untuk hal yang kurang jelas atau tidak lengkap, sebelum kode ditetapkan, komunikasikan terlebih dahulu pada dokter yang membuat diagnosis tersebut (Depkes RI, 2006:59).

- c. Tenaga kesehatan lainnya
Kelancaran dan kelengkapan pengisian rekam medis diinstalasi rawat jalan dan rawat inap atas kerja sama tenaga medis dan tenaga kesehatan lain yang ada masing-masing instalasi kerja tersebut (Depkes RI, 2006:59).
- d. Standar Prosedur Operasional (SPO)
SPO adalah pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kerja (Ningrum dan Widjaya, 2016:61) SPO yang dimaksud adalah SPO khusus yang mengatur penentuan kode sebab dasar kematian (Nuryati dan Hidayat, 2011:87).
- e. *Audit Coding*
Evaluasi terkait dengan hasil penentuan kode sebab dasar kematian yang dibuat oleh *staff coding* untuk mengetahui ketepatan dan keakuratan (Nuryati dan Hidayat, 2011:87).

Indeks Kematian

Indeks kematian yaitu indeks tentang sebab kematian penyakit tertentu sebagai hasil pelayanan pasien di rawat jalan dan rawat inap. Indeks kematian digunakan untuk statistik menilai mutu pelayanan dasar. (Depkes RI, 2006 :64)

ICD 10

ICD-10 berisi pedoman untuk merekam dan memberi kode penyakit, disertai dengan materi baru yang berupa aspek praktis penggunaan klasifikasi (WHO, 2010:07).

Konsep Penyebab Dasar Kematian

Menurut WHO (2010:31) mendefinisikan penyebab dasar kematian adalah :

- a. Penyakit atau kondisi yang merupakan awal dimulainya rangkaian perjalanan penyakit menuju kematian , atau
- b. Keadaan kecelakaan atau kekerasan yang menyebabkan cedera berakhir dengan kematian.

Sertifikat kematian adalah sumber utama data mortalitas. Informasi kematian biasa didapat dari praktisi kesehatan atau pada kasus kematian karena kecelakaan, kekerasan, dan penyakit jantung. Orang yang mengisi sertifikat kematian

akan memasukan urutan kejadian yang menyebabkan kematian pada sertifikat kematian dengan format internasional (Hatta, 2013:145).

Kelengkapan Sertifikat Medis Penyebab Kematian dikategorikan menjadi 2 yaitu lengkap dan tidak lengkap. Dikategorikan lengkap apabila Sertifikat Medis Penyebab Kematian ditulis dengan spesifik/terperinci dan konsisten dan dikategorikan tidak lengkap apabila Sertifikat Medis Penyebab Kematian ditulis dengan tidak spesifik/terperinci dan konsisten (Ningrum dan Widjaya, 2016:59). Kelengkapan sertifikat medis penyebab kematian dipengaruhi oleh faktor:

- a. Standar Prosedur Operasional
Pedoman atau acuan yang ada di ruangan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kerja sehingga dokter dapat menuliskan diagnosa penyebab kematian dengan jelas, spesifik dan konsisten (Ningrum dan Widjaya, 2016:61).
- b. Tenaga Medis
Penetapan diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter (tenaga medis) yang terkait, tidak boleh diubah. Oleh karenanya diagnosis yang dalam rekam medis diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada buku ICD-10 (Depkes RI, 2006:59).
Peraturan seleksi penyebab dasar kematian menurut Sarimawar dan Suhardi (2008:22-24) peraturan seleksi penyebab dasar kematian dibagi menjadi :
 - a. Prinsip Umum
Jika terdapat lebih dari satu kondisi yang dilaporkan pada sertifikat, maka kondisi yang diisikan tersendiri dibaris terbawah pada bagian I harus dipilih sebagai penyebab dasar apabila kondisi itu dapat mengakibatkan semua kondisi yang diisikan pada baris diatasnya.
 - b. Rule I
Rule 1 memiliki 2 butir yaitu :
 - 1) Rule 1 butir 1

Jika terdapat lebih dari satu kondisi yang dilaporkan pada sertifikat, tetapi prinsip umum tidak dapat diterapkan, maka pilihlah kondisi yang diisikan tersendiri sebagai penyebab dasar apabila kondisi itu merupakan penyebab mula-mula dari urutan yang berakhir dengan kondisi yang diisikan pertama pada sertifikat. Diterapkan jika kondisi tunggal yang diisikan pada baris terbawah pada sertifikat tidak dapat mengakibatkan semua kondisi yang ditulis diatasnya.

- 2) Rule 1 butir 2

Jika terdapat lebih dari satu urutan yang berakhir dengan kondisi yang diisikan pertama pada sertifikat, maka pilihlah kondisi yang merupakan penyebab mula-mula dari urutan sebagai penyebab dasar. Diterapkan jika terdapat lebih dari satu

kondisi diisikan pada baris terbawah yang digunakan.

c. Rule 2

Jika tidak ada urutan yang dilaporkan yang berakhir pada kondisi yang diisikan pertama dalam sertifikat, dipilih kondisi yang disebutkan pertama.

d. Rule 3

Apabila kondisi yang dipilih oleh prinsip umum atau peraturan 1 atau peraturan 2 merupakan akibat langsung dari kondisi lain yang dilaporkan pada bagian I atau II, maka pilih kondisi lain tersebut.

Rule modifikasi kode penyebab dasar kematian. Menurut WHO dalam ICD-10 volume 2 (2010:24) rule modifikasi dibagi menjadi:

a. Peraturan A. *Senility and other ill-defined condition*

Jika penyebab kematian yang dipilih termasuk klasifikasi bab XVIII (*symptom, sign and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified*) kecuali untuk R95 (*Sudden infant death syndrome*), dan dilaporkan pada sertifikat kondisi yang diklasifikasikan ditempat lain pada R00-R94 atau R96-R99, dipilih kembali penyebab kematian seperti pada kondisi yang diklasifikasikan pada bab XVIII sebelum dilaporkan, kecuali kondisi itu mengubah kode.

b. Peraturan B. Kondisi Trivial (*Trivial Condition*)

Bila dipilih sebab kematian utama suatu penyakit trivial yang hampir tidak menimbulkan kematian, *underlying cause* dipilih ulang seperti pada keadaan kondisi trivial tidak dilaporkan. Bila kematian disebabkan suatu efek samping pengobatan dari kondisi trivial, dipilih efek samping.

c. Peraturan C. Berkaitan (*Linkage*)

Bila penyebab kematian utama yang dipilih oleh ketentuan (*Provision*) pada klasifikasi atau catatan yang digunakan pada kode *underlying cause* untuk mortalitas dengan satu atau lebih kondisi lain dalam sertifikat, diberi kode kombinasi.

Jika ketentuan dalam *linkage*, hanya untuk kombinasi dari satu kondisi yang dispesifikasikan disebabkan oleh yang lain, diberi kode kombinasi bila dinyatakan hubungan kausal yang besar atau dapat diambil kesimpulan dari aplikasi pemilihan peraturan.

Jika terjadi konflik dalam *linkage*, hubungkan dengan kondisi yang akan dipilih bila kausa yang pada awalnya dipilih tidak dilaporkan. Buat *linkage* yang dapat diterapkan.

d. Peraturan D. Kekhususan (*Specificity*)

Apabila sebab kematian utama dipilih suatu kondisi dalam istilah umum (*general term*) dan suatu istilah lain yang memberikan informasi yang lebih tepat tentang sifat kondisi

ini telah dilaporkan pada sertifikat, dipilih istilah yang lebih informative. Peraturan ini sering dipakai bila secara umum menjadi suatu kata sifat (*adjective*), memenuhi syarat istilah yang lebih tepat.

e. Peraturan E Stadium awal dan akhir penyakit (*early and late stage of disease*)

Jika dipilih penyebab suatu stadium awal penyakit (*early and late stage of disease*) dan penyakit yang sama dengan tingkat yang lebih lanjut. Peraturan ini tidak dapat diterapkan pada bentuk kronik yang dilaporkan disebabkan suatu bentuk akut bila klasifikasi memberikan instruksi khusus pada pengaruh tersebut.

f. Peraturan F Gejala sisa (*sequelae*)

Bila kasus yang dipilih adalah suatu bentuk awal dari kondisi dimana klasifikasi memberikan suatu kategori yang terpisah. "*Sequelae of...*" dan terbukti bahwa kematian terjadi sebagai pengaruh residu kondisi ini dan bukan pada fase aktif, diberi kode kategori yang tepat "*Sequelae of...*" kategori "*Sequelae of...*" adalah sebagai berikut : B90-B94, E64-E68, G09, I69, O97 dan Y85-Y89.

MMDS

MMDS *Decision table* dipakai untuk membantu penetapan UCOD yang benar dan penentuan kode penyebab *multiple* yang tepat. *Decision table* adalah kumpulan daftar yang memberikan panduan dan arahan dalam penerapan aturan seleksi dan modifikasi yang dipublikasikan dalam ICD-10 Volume 2 (Sarimawar dan Suhardi, 2008:24-28).

a. Tabel A

Tabel A merupakan daftar kode ICD-10 yang benar untuk penggunaan dalam pengkodean penyebab dasar dan *multiple* (penyebab langsung dan antara).

b. Tabel B

Tabel B merupakan daftar kode yang benar untuk penggunaan penyebab *multiple*, tetapi tidak untuk pengkodean penyebab dasar.

c. Tabel C

Tabel C merupakan daftar kode ICD-10 yang tidak benar baik bagi pengkodean penyebab utama maupun *multiple*.

d. Tabel D

Tabel D digunakan untuk menentukan hubungan kausal kondisi yang dituliskan pada Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK). *Address code* dicantumkan pada bagian atas daftar kode yang dicakup (*sub address*) yang mempunyai hubungan kausal yang benar dicantumkan di bawah *address code*. *Address code* adalah kode yang dirinci pada baris a, b dan c bagian I sertifikat kematian. Kode *sub address* mengidentifikasi kondisi-kondisi yang dapat menimbulkan, atau menyebabkan kondisi pada *address code*. Kondisi-kondisi yang kodenya tidak tercantum, tidak bisa

menyebabkan kondisi yang ada pada *address code*, dengan kata lain kode-kode ini bukan merupakan urutan yang bisa diterima. Tabel ini dipakai untuk menentukan hubungan kausal ketika menerapkan prinsip umum, rule 1 dan rule 2.

e. Tabel E

Tabel E adalah tabel modifikasi dan dipakai untuk aplikasi aturan seleksi 3. Kode *address* dalam tabel E adalah kode penyebab dasar kematian tentatif. Ini adalah kode yang dipilih setelah penerapan prinsip umum, aturan 1 dan aturan 2. Kode ini bisa dimodifikasi berkali-kali sebelum penetapan akhir penyebab dasar kematian. Penggunaan tabel E membutuhkan pengertian tentang sejumlah singkatan yang mengingatkan petugas *coding* pada kondisi dan keadaan yang harus dipenuhi sebelum menentukan kode tiap *sub address* sebagai penyebab dasar, berikut adalah akronim tabel E:

1) DS (Rule Seleksi 3)

Bila penyebab tentatif dianggap sebagai akibat langsung (*Direct Sequeli*) dari kondisi lain pada sertifikat dalam bagian I, karena sebagai penyebab dasar tentatif dilaporkan pada baris yang sama atau lebih bawah, jika kondisi lain tersebut dilaporkan dalam bagian II, dan kode untuk kondisi lain lebih dipilih daripada kode untuk penyebab dasar tentatif tersebut.

2) DCS (Rule Seleksi 3)

Bila penyebab dasar dianggap sebagai akibat langsung dari kondisi lain pada sertifikat bagian I (sebagai dasar tentatif) letaknya harus pada baris yang sama atau lebih bawah) atau kondisi lain dalam bagian II, dan kode untuk penyebab dasar tentatif dan kondisi lain tersebut bergabung menjadi kode ketiga (*Direct Sequel Combine*).

3) IDDC (Rule Modifikasi A)

Bila penyebab dasar tentatif adalah kondisi yang tidak jelas yang dalam posisinya disebabkan oleh kondisi lain, dan kode untuk penyebab dasar tentatif dan kondisi lain tersebut bergabung menjadi kode ketiga (*III Defined Direct Combine*).

4) SENMC (Rule Modifikasi A)

Bila penyebab dasar tentatif adalah senilitas, dan kondisi ini dilaporkan bersama kondisi lain yang disebutkan pada sertifikat, dan kode untuk penyebab dasar tentatif dan kondisi lain tersebut bergabung menjadi kode ketiga (*Senility Mention Combine*).

5) SENDC (Rule Modifikasi A)

Bila penyebab dasar tentatif adalah senilitas, dan dilaporkan dalam posisi menyebabkan kondisi lain, dan kode-kode untuk penyebab dasar tentatif dan kondisi

lain tersebut bergabung menjadi ketiga (*Senility Due To Combine*).

6) LMP (Rule Modifikasi C)

Bila penyebab dasar tentatif dilaporkan dengan menyebutkan kondisi lain dalam bagian I atau II sertifikat, dan kode untuk kondisi lain tersebut lebih dipilih daripada kode untuk penyebab dasar tentatif (*UnderLying With Mention of Preferred*).

7) LMC (Rule Modifikasi C)

Bila penyebab dasar tentatif dilaporkan dengan menyebutkan kondisi lain dalam bagian I atau II sertifikat, dan kode-kode untuk penyebab dasar tentatif dan kondisi lain tersebut bergabung menjadi kode ketiga (*underLying with mention of combine*).

8) LDP (Rule Modifikasi C)

Bila penyebab dasar tentatif dilaporkan dalam posisi menyebabkan kondisi lain, kode untuk kondisi lain tersebut lebih dipilih untuk kode penyebab dasar tentatif (*underLying in the Due to Position*).

9) LDC (Rule Modifikasi C)

Bila penyebab dasar tentatif dilaporkan dalam posisi menyebabkan kondisi lain, dan kode-kode untuk penyebab dasar tentatif dan kondisi lain tersebut bergabung menjadi kode ketiga (*underLying in the Due to position Combine*).

10) SMP (Rule Modifikasi D)

Bila penyebab dasar tentatif menggambarkan kondisi dengan istilah yang umum, dan suatu kondisi yang memberikan informasi lebih teliti tentang letak atau sifat kondisi ini dilaporkan dibaris lain pada sertifikat, kode untuk kondisi yang lebih teliti lebih dipilih daripada kode untuk penyebab dasar tentatif (*Selected Modification Preferred*).

11) SMC (Rule Modifikasi D)

Bila penyebab dasar tentatif menggambarkan kondisi dengan istilah yang umum, dan suatu kondisi yang memberikan informasi lebih teliti tentang letak atau sifat kondisi ini dilaporkan dibaris lain pada sertifikat, dan kode untuk penyebab dasar tentatif dan kondisi lain bergabung menjadi kode ketiga (*Selected Modification Combine*).

12) SDC (Rule Modifikasi D)

Bila penyebab dasar tentatif dilaporkan dalam posisi menyebabkan kondisi lain, dan dapat dianggap sebagai kata sifat yang mengubah kondisi ini, dan kode-kode untuk penyebab dasar tentatif dan kondisi lain bergabung menjadi kode ketiga (*Selected in the Due to position Combine*).

f. Tabel F

Tabel F menerangkan tentang enteri paling *ambivalen* (M) yang ditemukan dalam tabel D dan tabel E. Tabel F memberikan

pedoman lebih lanjut dalam memilih penyebab utama yang paling sesuai. Jika kondisi yang ditempatkan dalam tabel F dapat dipenuhi, kode atau kode kombinasi ini dipilih sebagai penyebab utama kematian. Kode ini mungkin dapat diubah oleh penerapan aturan-aturan lebih lanjut.

g. Tabel G

Tabel G adalah daftar kode yang diciptakan untuk membantu perangkat lunak MMDS, yang membedakan antara kondisi-kondisi tertentu yang dikode ke dalam kategori yang sama. Tabel ini merupakan daftar konversi untuk mengubah kategori ICD-10 buatan kembali ke kode ICD-10 asli.

h. Tabel H

Tabel H berisi daftar kode yang dianggap remeh (tidak berat) ketika menentukan penyebab utama kematian.

Penerapan Rule Seleksi Menggunakan MMDS *Decision Tables*

a. Menggunakan *Decision tabel D* untuk menerapkan prinsip umum

Menurut Sarimawar dan Suhardi (2008:29-37) adalah sebagai berikut :

1) Langkah-langkah dalam menentukan UCoD tentatif dengan menerapkan prinsip umum.

Menerapkan prinsip umum yang menyatakan, jika kondisi pada baris terbawah yang digunakan dari bagian 1 sertifikat sendiri dapat menerangkan semua penyebab kondisi yang tercantum diatasnya, pilihlah kondisi tersebut sebagai UCoD. Penerapan semua rule seleksi dan modifikasi, pertama kali adalah perlu untuk mengkode masing-masing kondisi atau penyebab kematian seperti pada contoh diatas. Menerapkan prinsip umum pada contoh diatas, kita perlu menentukan apakah *hipertensi* (I10) dapat menyebabkan semua kondisi yang tercantum diatasnya. Untuk melakukan ini, harus melihat *address code* untuk semua kondisi yang tercantum diatasnya dalam tabel D dan memeriksa bahwa *hipertensi* (I10) tercantum dibawah setiap kode ICD-10 pada baris 1c, 1b, dan 1a dari sertifikat.

a) Langkah 1

Jadi apakah *Hipertensi* (I10) menyebabkan *Arteriosklerosis Generalista* (I70.9), lihat I70.9 sebagai *address* dalam tabel D. Melihat bahwa *address* untuk I70.9 termasuk dalam rentang *address code* ICD-10 (I70.0-I70.9). Hal ini berarti bahwa semua kode ICD-10 yang tercantum dibawahnya dapat menyebabkan semua kode dalam rentang I70.0- I70.9.

---I700-	← <i>Address</i>
I709---	
M A500-	← <i>Sub Address</i>
A539	
E000-	← <i>Sub Address</i>
E059	
#####	
###	
M E890-	← <i>Sub Address</i>
E899	
I10-	← <i>Sub</i>
I150	<i>Address,</i>
	<i>rentang</i>
	<i>mencangkup I10</i>
I159	← <i>Sub Address</i>
	(kode individu)
I700-	← <i>Sub Address</i>
I709	(rentang kode)
#####	
###	

I10 (rentang kode I10-I150) tercantum dibawah I700-I709. Oleh karena itu *hipertensi* (I10) dapat menyebabkan *Arteriosklerosis Generalisata* (I70.9).

b) Langkah 2

Dapatkan *Hipertensi* (I10) menyebabkan *Infark Miokard Akut* (I21.9). lihatlah *Address code* untuk *Infark Miokard Akut* (I21.9) dalam tabel D dan periksa apakah *Hipertensi* (I10) tercantum dibawahnya.

c) Langkah 3

Dapatkan *Hipertensi* (I10) menyebabkan *Gagal Jantung* (I50.9), lihatlah *address code* untuk gagal jantung (I50.9) dalam tabel D dan periksa apakah *Hipertensi* (I10) tercantum dibawahnya.

b. Menggunakan *Decision tabel D* untuk menerapkan rule seleksi 1

Rule seleksi 1 menyatakan jika prinsip umum tidak berlaku dan ada suatu urutan yang dilaporkan yang berakhir dengan kondisi yang pertama diisikan pada sertifikat, pilihlah penyebab yang mula-mula (asal) dari urutan ini. Jika ada lebih dari satu urutan yang berakhir dengan kondisi yang pertama disebutkan, pilihlah penyebab asal dari urutan yang pertama disebutkan. Menerapkan rule 1, harus memeriksa hubungan kausal antara masing-masing kondisi yang tercantum pada sertifikat satu dengan lainnya dalam semua urutan yang potensial.

1) Langkah 1

Kita ingin menemukan penyebab asal kondisi yang pertama diisikan pada

sertifikat, dalam kasus ini adalah gagal jantung (I50.9). apakah *Hipertensi portal* (K76.6) dapat menyebabkan Gagal Jantung (I50.9) .

2) Langkah 2

Apakah *Sirosis Hati* (K74.6) atau *Alkoholisme* (F10.2) dapat menyebabkan *Hipertensi Portal* (K76.6). kita bisa memeriksa keduanya pada saat bersamaan, cari *address kode* K76.6 dalam Tabel D dan memeriksa apakah K74.6 dan F10.2 tercantum sebagai *sub address*.

c. Menggunakan *Decision tabel* D untuk menerapkan Rule Seleksi 2

Jika tidak dapat menerapkan rule seleksi 1, maka berpindah ke rule seleksi 2, yang menyatakan bila tidak ada urutan yang dilaporkan yang berakhir dengan kondisi yang pertama diisikan pada sertifikat, pilihlah kondisi yang pertama disebutkan. Tidak perlu memakai *Decision Table*, hanya memilih kondisi pertama yang diisikan pada sertifikat sebagai UcoD tentatif.

d. Menggunakan *Decision tabel* E untuk menerapkan Rule Seleksi 3

Tabel E dari MMDS *Decision Table* digunakan untuk menerapkan rule seleksi 3 dan juga beberapa rule. Modifikasi rule 3 membolehkan untuk membawa penyakit dan kondisi yang didokumentasi dalam bagian II sertifikat, dan pada baris yang sama atau lebih bawah dari pada UcoD tentatif dalam bagian I sertifikat ke dalam penyamaan. Dalam hal ini pendekatannya sedikit berlainan.

Tabel E tampak mirip dengan tabel D ada kode *Address*, kode *sub address*, juga memiliki simbol "M" yang menunjukkan hubungan kausal ambivalen. Perbedaan pokok adalah tiap kode *sub address* memiliki dua atau tiga karakter alfa (tabel E Akronim) disebelah kiri dan beberapa kode *sub address* memiliki kode ICD-10 lainnya disebelah kanan *sub address*. Kedua elemen ini penting dalam menerapkan rule 3 dan rule modifikasi.

Tabel E Akronim memberitahukan rule yang akan dipakai, kondisi yang harus dipenuhi agar rule dapat diterapkan dan langkah yang diambil dalam menerapkan modifikasi. Rujuklah handout "MMDS *Decision Table-Quick Referente Guide*". Tabel E Akronim akan melihat bahwa dalam menerapkan rule 3 Tabel E Akronim DS (*Direct Sequel*) dan DSC (*Direct Sequel Combine*) yang penting diperhatikan.

e. Menggunakan *Decision tabel* F untuk hubungan ambivalen

Modifikasi rules kadang-kadang hanya diterapkan jika dokumentasi spesifik tertentu atau kondisi lain dipenuhi oleh dokumentasi didalam sertifikat medis penyebab kematian. Tabel F terdiri dari keterangan, dari data yang

paling meragukan di Tabel E. Bisa diketahui bahwa beberapa *sub address* di Tabel E mencantumkan 'M' antara tabel E akronim dan kode *sub address*. Keberadaan dari M ini berarti bahwa perubahan hanya diterapkan pada kasus dimana keadaan dijabarkan dalam Tabel F didapat. Pengkode perlu merujuk pada Tabel F untuk menentukan apakah menerapkan modifikasi rule atau tidak. Contoh : untuk contoh ini perlu menerapkan kembali prinsip umum dan rule 1 dengan memakai tabel D

Bagian I	(a) <i>Sepsis</i> (A41.9)
	(b) <i>Cirrosis of liver</i> (K74.6)
	(c) -
	(d) -
Bagian II	<i>Alcoholic epilepsy</i> (G40.5)

1) Langkah 1 lihatlah kode *address* A41.9 dalam Tabel D
Apakah K74.6 tercantum sebagai *sub address* ?

---	A400-A419	---
A000-R825		<UcoD
		tentatif =
		K74.6

M	R826
	R827-R982
	#####

2) Langkah 2 lihat kode *address* K74.6 dalam tabel E
Apakah G405 tercantum sebagai *sub address* ?

		---	K746---
SMP	M	A527	
		#####	
SMC	M	G312-K703	
LMC	M	G405-K703	<UcoD
			tentatif
			jika
			kondisi
			pada
			tabel F
			dipenuhi

SMC	M	G621-K703
-----	---	-----------

3) Langkah 3 lihat kode *address* dalam tabel F
Apakah kondisi yang perlu dipenuhi untuk memodifikasi G405 menjadi K746 sebagai UcoD tentatif.

		---	K746---
SMP	M	A527	
		#####	
SMC	M	G312-K703	
LMC	M	G405-K703	Sub must
			be
			qualified
			as
			alcoholic
SMC	M	G621-K703	

Jika merujuk kembali kepada sertifikat, maka bisa melihat bahwa penyebab kematian yang masuk ke dalam bagian II dari sertifikat adalah memenuhi syarat *epilepsi* sebagai *alcoholic*. Oleh karena itu bisa menerapkan modifikasi dan memilih K70.3 *Alcoholic cirrosis of the liver* sebagai UCoD.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dilakukan menggunakan metode pengambilan data secara observasi dan wawancara dengan pendekatan studi retrospektif. Penelitian ini di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten pada tahun 2017. Populasi penelitian ini adalah 1331 dokumen rekam medis. Sampel penelitian ini diambil secara *systematic random sampling* dengan jumlah sampel 93 dokumen. Analisis data menggunakan analisis deskriptif dengan penyajian data menggunakan tabel dan grafik.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten tentang tinjauan keakuratan kode sebab dasar kematian pada sertifikat kematian, yaitu :

- a. Prosedur Pencatatan Pengisian Diagnosis Sebab Dasar Kematian pada Sertifikat Kematian

Pencatatan pengisian diagnosis sebab kematian dalam sertifikat kematian di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten belum terdapat prosedur khusus yang dapat dijadikan pedoman. Hal ini didukung dengan teori Kusumastuti (2014:10) pembuatan SOP dapat meminimalisir ketidakpatuhan yang ada dan dapat mengontrol perilaku anggota organisasi untuk bekerja sesuai standar. Sehingga beberapa dokter belum menulis diagnosis sesuai dengan urutan sebab menuju kematian. Kendala pencatatan diagnosis sebab kematian adalah tidak seragamnya bahasa medis yang digunakan dalam sertifikat kematian karena dokter berasal dari KSM (Komite Satuan Medik) yang berbeda-beda. Hal ini sejalan dengan teori Nuryati dan Hidayat (2014:86) jika penentuan diagnosis penyebab dasar kematian sudah ditentukan oleh dokter dan sesuai dengan kaidah penentuan diagnosis penyebab kematian dalam ICD-10, maka *staff coding* sebab kematian juga akan dengan tepat mengkode diagnosis penyebab dasar kematiannya.

- b. Prosedur Pengkodean Sebab Dasar Kematian Pada Sertifikat Kematian

Pengkodean sebab dasar kematian dalam sertifikat kematian di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten belum terdapat

prosedur khusus sehingga tidak ada acuan bagi petugas *coding* dalam mengkode sebab dasar kematian, dan juga belum menggunakan pedoman alat bantu tabel *Medical Mortality Data Sheet* (MMDS) yang dapat dijadikan sebagai pedoman bantuan penentuan hubungan kausal dari penyakit menuju kematian. Melihat pentingnya SOP pengkodean, maka perlu untuk dibuat prosedur pengkodean sesuai dengan aturan ICD-10 dan penyediaan tabel MMDS yang nantinya dapat digunakan *staff coder* sebagai pedoman untuk menyelesaikan pekerjaan sehingga kualitas kode yang dihasilkan dapat lebih akurat. Hal ini didukung dengan teori Kusumastuti (2014:10) pembuatan SOP dapat meminimalisir ketidakpatuhan yang ada dan dapat mengontrol perilaku anggota organisasi untuk bekerja sesuai standar. SOP pengkodean diagnosis sebab dasar kematian yang baik menurut ICD-10 volume 2 yang diterbitkan WHO menetapkan himpunan prosedur atau *rule* yang 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 langkah pertama untuk memilih penyebab dasar kematian adalah dengan menentukan penyebab awal yang tepat yang mendahuluinya pada baris terbawah di bagian I dari sertifikat dengan menerapkan prinsip umum atau rule 1, 2, dan 3. Setelah menerapkan prinsip umum, rule 1, 2, dan 3, langkah berikutnya adalah menentukan apakah satu atau lebih diagnosis dapat dimodifikasi dengan *rule* modifikasi A sampai dengan F yang berhubungan dengan situasi yang dapat diterapkan. Sebagai hasil modifikasi akan diperoleh kode final UCoD sebagai hasil penggabungan yang digunakan untuk tabulasi (Sarimawar dan Suhardi, 2008:21-24).

Setelah dibuatnya SOP pengkodean diagnosis sebab dasar kematian maka diperlukan sosialisasi kepada *staff coder* dalam melaksanakan pengkodean sesuai dengan SOP. Pelaksanaan SOP perlu dipantau untuk dijadikan sebagai bahan evaluasi untuk pengambilan keputusan. Hal ini didukung dengan teori Kusumastuti (2014:10) pelaksanaan SOP dapat dimonitor secara internal maupun eksternal dan SOP dapat dievaluasi secara berkala sekurang-kurangnya satu kali dalam satu tahun dengan materi evaluasi mencakup aspek efisiensi dan efektifitas pemakaian SOP.

- c. Prosentase Kelengkapan Pengisian Diagnosis Sebab Dasar Kematian dalam Sertifikat Kematian

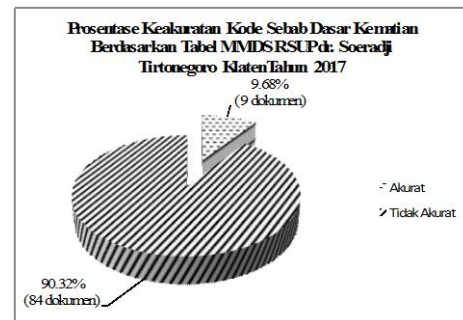
Kelengkapan pengisian diagnosis sebab dasar kematian pada sertifikat kematian di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

didapatkan hasil bahwa kelengkapan pengisian diagnosis sebab dasar kematian pada sertifikat kematian didapatkan hasil sebesar 93 dokumen seluruhnya lengkap dengan prosentase 100%. Hal ini sejalan dengan teori Ningrum dan Widjaya (2016:60) Sertifikat medis penyebab kematian yang lengkap dapat menghasilkan kode diagnosa yang tepat karena diagnosa penyebab kematian ditulis secara lengkap. Namun berdasarkan hasil observasi ditemukan beberapa dokter belum mengisi urutan diagnosis sebab dasar kematian sesuai dengan ICD-10. Hal ini tidak sejalan dengan teori Sarimawar dan Suhardi (2008:20) petugas kesehatan atau pembuat sertifikat harus mencatat urutan kejadian penyakit menuju kematian dan penyebab semula dari urutan tersebut.

Urutan penulisan diagnosis yang sesuai dengan kaidah ICD-10 akan mempermudah bagi pihak pengkodean dalam mengkode dan menentukan kode sebab dasar kematian yang akurat, maka perlunya dibuat prosedur agar dokter dalam menuliskan diagnosis sebab dasar kematian dapat sesuai dengan ICD-10. Sehingga diagnosis dapat dengan mudah dibaca dan dimengerti untuk meningkatkan sarana komunikasi antar profesi kesehatan. Memperimbangkan pentingnya SOP pencatatan diagnosis, maka perlu untuk dibuat prosedur pencatatan pengisian diagnosis sebab dasar kematian pada sertifikat kematian sesuai dengan aturan ICD-10 sehingga dapat dihasilkan diagnosis yang spesifik dan konsisten yang menghasilkan kualitas kode yang akurat.

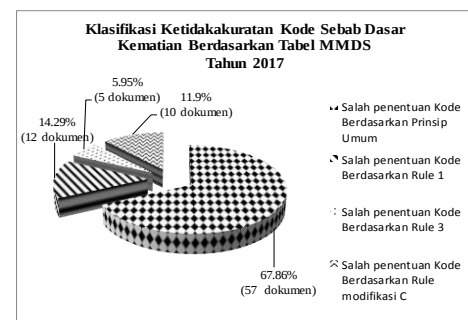
d. Prosentase Keakuratan Penentuan Kode Sebab Dasar Kematian pada Sertifikat Kematian Berdasarkan Tabel MMDS

Keakuratan kode sebab dasar kematian pada sertifikat kematian berdasarkan tabel MMDS di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten tahun 2017 didapatkan hasil sebagai berikut:



Gambar 2. Prosentase Keakuratan Kode Sebab Dasar Kematian Berdasarkan Tabel MMDS

Berdasarkan gambar diatas hasil prosentase keakuratan sebesar 9,68% (9 dokumen) yang tidak akurat sebesar 90,32% (84 dokumen). Ketidakakuratan penentuan kode sebab dasar kematian dapat diklasifikasikan menjadi 4, sebagai berikut:



Gambar 3. Klasifikasi Ketidakakuratan Kode Sebab Dasar Kematian Berdasarkan Tabel MMDS

Berdasarkan gambar 3. menunjukkan bahwa ketidakakuratan kode sebab dasar kematian berdasarkan tabel MMDS di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten tahun 2017 sebagian besar dikarenakan kesalahan dalam penentuan kode sebab dasar kematian berdasarkan prinsip umum sebesar 67.86% (57 dokumen), prinsip umum dapat diterapkan jika terdapat lebih dari satu kondisi yang dilaporkan pada sertifikat, maka kondisi yang diisikan tersendiri dibaris terbawah pada bagian I harus dipilih sebagai penyebab dasar apabila kondisi itu dapat mengakibatkan semua kondisi yang diisikan pada baris diatasnya (Sarimawar dan Suhardi, 2008:22-24). Kesalahan dalam penentuan kode sebab dasar kematian berdasarkan *rule 1* sebesar 14.29% (12 dokumen), *Rule 1* dapat diterapkan jika terdapat lebih dari satu kondisi yang dilaporkan pada sertifikat, tetapi prinsip umum tidak dapat diterapkan, maka pilihlah kondisi yang diisikan tersendiri sebagai penyebab dasar apabila kondisi itu merupakan penyebab mula-mula dari urutan yang berakhir dengan kondisi yang diisikan pertama pada sertifikat (Sarimawar dan Suhardi, 2008:22-

24). Kesalahan dalam penentuan kode sebab dasar kematian berdasarkan *rule* 3 sebesar 5.95% (5 dokumen), *Rule* 3 dapat diterapkan jika kondisi yang dipilih oleh prinsip umum atau peraturan 1 atau peraturan 2 merupakan akibat langsung dari kondisi lain yang dilaporkan pada bagian I atau II, maka pilih kondisi lain tersebut (Sarimawar dan Suhardi, 2008:22-24), dan kesalahan dalam penentuan kode sebab dasar kematian berdasarkan *rule* modifikasi C sebesar 11.9% (10 dokumen), *Rule* modifikasi C diterapkan jika penyebab kematian utama yang dipilih oleh ketentuan (*Provision*) pada klasifikasi atau catatan yang digunakan pada kode *underlying cause* untuk mortalitas dengan satu atau lebih kondisi lain dalam sertifikat, diberi kode kombinasi (Sarimawar dan Suhardi, 2008:22-24).

Ketidakakuratan penentuan kode sebab dasar kematian di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten masih tergolong tinggi yaitu 90.32% untuk itu Penentuan diagnosis dan kode penyebab kematian haruslah tepat dan akurat sesuai dengan aturan ICD-10, guna memberikan penyediaan layanan kesehatan dan kemampuan untuk mengukur hasil pemeriksaan klinis dan finansial yang tepat yang dapat digunakan sebagai informasi yang dibutuhkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan, perencanaan strategis, analisis keluaran, penelitian, analisis statistik dan keuangan serta dalam proses pengambilan keputusan (Nuryati dan Hidayat, 2014:83). *Audit coding* digunakan untuk mendukung kualitas pengkodean telah dilakukan oleh *staff coder*. Sehingga hasil dari *audit coding* dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk diadakannya pelatihan pengkodean bagi *staff coding* untuk meningkatkan kualitas pengkodean.

e. Faktor-Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Pencatatan Diagnosis Sebab Dasar Kematian pada Sertifikat Kematian

Faktor-faktor yang menyebabkan ketidaklengkapan pengisian diagnosis sebab dasar kematian pada sertifikat kematian di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai berikut :

1) SPO

Prosedur pencatatan pengisian diagnosis sebab dasar kematian di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten belum terdapat prosedur khusus yang menjadi pedoman. Hal ini tidak sesuai dengan teori Ningrum dan Widjaya (2016:61) Pedoman atau acuan yang ada di ruangan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kerja sehingga dokter dapat menuliskan diagnosa penyebab kematian dengan jelas, spesifik dan konsisten. Tidak terdapatnya prosedur menyebabkan beberapa dokter menulis

diagnosis urutan sebab menuju kematian belum sesuai dengan aturan ICD-10 dan belum seragamnya bahasa yang digunakan dalam pengisian diagnosis sebab dasar kematian.

Urutan penulisan yang diagnosis yang sesuai dengan kaidah ICD-10 akan mempermudah bagi pihak pengkodean dalam mengkode dan menentukan kode sebab dasar kematian yang akurat. hal ini didukung dengan teori Nuryati dan Hidayat (2014:86) jika penentuan diagnosis penyebab dasar kematian sudah ditentukan oleh dokter dan sesuai dengan kaidah penentuan diagnosis penyebab kematian dalam ICD-10, maka *staff coding* sebab kematian juga akan dengan tepat mengkode diagnosis penyebab dasar kematiannya. Melihat pentingnya SPO pencatatan pengisian diagnosis maka perlu untuk dibuat prosedur pencatatan pengisian diagnosis sebab dasar kematian pada sertifikat kematian sesuai dengan aturan ICD-10 sehingga dapat dihasilkan diagnosis yang spesifik dan konsisten yang menghasilkan kualitas kode yang akurat. Hal ini didukung dengan teori Kusumastuti (2014:10) pembuatan SPO dapat meminimalisir ketidakpatuhan yang ada dan dapat mengontrol perilaku anggota organisasi untuk bekerja sesuai standar.

2) Tenaga Medis

Penulisan diagnosis sebab dasar kematian di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten menggunakan bahasa medis yang beragam karena dokter berasal dari KSM yang berbeda-beda dan terdapat beberapa dokter yang belum menulis diagnosis sesuai dengan urutan sebab menuju kematian sesuai ICD 10. Hal ini tidak sejalan dengan teori Depkes RI (2006:59) Penetapan diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter (tenaga medis) yang terkait, tidak boleh diubah. Oleh karenanya diagnosis yang dalam rekam medis diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada buku ICD-10.

f. Faktor-Faktor Penyebab Ketidakakuratan Penentuan Kode Sebab Dasar Kematian Berdasarkan Tabel MMDS

Faktor-faktor yang menyebabkan ketidakakuratan penentuan kode sebab dasar kematian pada sertifikat kematian di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai berikut :

1) SPO

Penentuan kode sebab dasar kematian di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten belum memiliki SPO khusus yang mengatur pengkodean sebab dasar kematian, sehingga *staff coder* belum

memiliki aturan dalam pengkodean sebab dasar kematian dan hanya mengkode diagnosis yang telah ditentukan oleh dokter. Hal ini tidak sesuai dengan teori Ningrum dan Widjaya (2016:61) karena SPO digunakan sebagai acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian. urutan yang bisa dan tidak bisa dipakai (Sarimawar dan Suhardi, 2008:24). Tidak adanya SPO membuat petugas koding belum mengkode diagnosis sebab dasar kematian sesuai dengan aturan ICD-10, yang mengakibatkan penetapan kode yang dihasilkan menjadi tidak akurat. Hal ini berpengaruh pada kualitas data indeks kematian yang akan digunakan sebagai bahan pelaporan untuk dijadikan bahan evaluasi pengambilan keputusan.

Melihat pentingnya SPO pengkodean, maka perlu untuk dibuat prosedur pengkodean sesuai dengan aturan ICD-10 dan penyediaan tabel MMDS yang nantinya dapat digunakan sebagai pedoman untuk menyelesaikan pekerjaan sehingga kualitas kode yang dihasilkan dapat lebih akurat. Hal ini didukung dengan teori Kusumastuti (2014:10) pembuatan SPO dapat meminimalisir ketidakpatuhan yang ada dan dapat mengontrol perilaku anggota organisasi untuk bekerja sesuai standar. Setelah dibuatnya SPO pengkodean diagnosis sebab dasar kematian maka diperlukan sosialisasi kepada *staff coder* dalam melaksanakan pengkodean sesuai dengan SPO. Pelaksanaan SPO perlu dipantau untuk dijadikan sebagai bahan evaluasi untuk pengambilan keputusan.

2) Tenaga Medis

Pengisian diagnosis sebab dasar kematian di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sudah dilaksanakan oleh dokter, namun belum semua dokter menuliskan diagnosis sebab dasar kematian dengan bahasa medis. Menurut Kresnawati dan Ernawati (2013:15) kualitas kode yang dihasilkan oleh petugas koding terutama ditentukan oleh data dasar yang ditulis dan ditentukan oleh tenaga medis penanggungjawab pasien. Oleh karena itu, penting bagi tenaga medis untuk mengetahui dan memahami proses koding dan data dasar yang dibutuhkan, sehingga dalam proses perekaman dapat memenuhi beberapa persyaratan kelengkapan dan penulisan diagnosis guna menjamin keakuratan kode.

3) Tenaga Coder

Tenaga *staff coder* di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten dalam mengkode sebab dasar kematian belum

menggunakan pedoman atau aturan pengkodean sebab dasar kematian berdasarkan ICD-10 dan belum menggunakan alat bantu tabel MMDS. Hal ini belum sesuai dengan teori Sarimawar dan Suhardi (2008:20) karena penentuan dan pengkodean sebab dasar kematian yang akurat akan menghasilkan data yang berkualitas untuk penyusunan pelaporan sehingga dapat digunakan sebagai bahan evaluasi untuk menyusun program preventif primer, sehingga status kesehatan masyarakat akan menjadi lebih baik.

4) Audit coding

Audit coding hasil pengkodean sebab dasar kematian di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro belum pernah dilaksanakan. Menurut KepMenkes 496 tahun 2005 *audit* bertujuan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan sandarisasi. Sehingga *audit coding* diperlukan untuk mengevaluasi hasil pengkodean sehingga hasil dari *audit coding* dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk diadakannya pelatihan pengkodean bagi *staff coding* untuk meningkatkan kualitas pengkodean.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan pada bab sebelumnya maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

- Prosedur pencatatan diagnosis sebab dasar kematian pada sertifikat kematian di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten belum terdapat prosedur sehingga dalam pelaksanaan pencatatan diagnosis sebab dasar kematian belum terlaksana dengan baik.
- Prosedur pengkodean sebab dasar kematian pada sertifikat kematian di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten belum terdapat prosedur pengkodean sebab dasar kematian sehingga proses pengkodean sebab dasar kematian belum sesuai dengan aturan ICD 10.
- Prosentase kelengkapan pengisian diagnosis sebab dasar kematian di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten didapatkan hasil 100% terisi lengkap.
- Prosentase keakuratan kode sebab dasar kematian pada sertifikat kematian berdasarkan tabel MMDS di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten tingkat ketidakakuratan kode sebesar 90.32% (84 dokumen) dan keakuratan kode sebesar 9.68% (9 dokumen).
- Faktor-faktor penyebab ketidaklengkapan pencatatan diagnosis sebab dasar kematian pada sertifikat kematian di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten tahun 2017 adalah belum adanya SPO pencatatan diagnosis, penulisan diagnosis yang belum sesuai dengan ICD 10

dan belum seragamnya bahasa yang digunakan oleh tenaga medis (dokter).

- f. Faktor-faktor penyebab ketidakakuratan penentuan kode sebab dasar kematian berdasarkan tabel MMDS di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten tahun 2017 adalah belum adanya SPO pengkodean sebab dasar kematian, urutan penulisan diagnosis oleh tenaga medis (dokter) yang belum sesuai dengan ICD-10, petugas coding mengkode diagnosis sebab kematian sesuai aturan ICD-10 dan belum dilaksanakannya *audit coding*.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia (Revisi II)*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik.
- Hatta, Gemala Rabi'ah. 2013. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan Edisi Revisi*. Jakarta: UI Press.
- Kasanah dan Sudra. 2011. Analisis Keakuratan Kode Diagnosis PPOK Eksaserbasi Akut Berdasarkan ICD-10 Pada Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Di RSUD Sragen Triwulan II Tahun 2011. *Jurnal Kesehatan Vol 5 (1):72-78*.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2005. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 496 Tahun 2005 Tentang Pedoman Audit Medis Di Rumah Sakit*. Jakarta: Menkes RI.
- Kresnowati dan Ernawati. 2013. *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Akurasi Koding Diagnosis Dan Prosedur Medis Pada Dokumen Rekam Medis Di Rumah Sakit Kota Semarang*. Semarang: Universitas Dian Nuswantoro. Laporan Akhir.
- Kusumastuti, Suryaningrum. 2014. *Pengaruh Pembuatan Standar Operasional Prosedur Terhadap Kinerja Karyawan Bagian Produksi Di PT Wangsa Jatra Lestari*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta. Naskah Publikasi.
- Ningrum dan Widjaya. 2016. Hubungan Kelengkapan Sertifikat Medis Penyebab Kematian Terhadap Ketepatan Kode Diagnosa Penyebab Kematian pasien Di Rumah Sakit Sumber Waras Jakarta Tahun 2016. *Jurnal INOHIM Vol 4 (2): 58-62*.
- Nuryati dan Hidayat. 2014. Evaluasi Ketepatan Kode Diagnosis Penyebab Dasar Kematian Berdasarkan ICD-10 Di RS Panti Rapih Yogyakarta. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia Vol 2 (1): 82-89*.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. *PERMENKES RI Nomor 269/ MENKES/ PER/ III/ 2008 Tentang Rekam Medis*. Jakarta: Menkes RI.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. *PERMENKES RI Nomor 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis*. Jakarta: Menkes RI.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia. 2015. *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah sakit*. Jakarta: Presiden RI.
- Sarimawar dan Suhardi. 2008. *Buku Panduan Penentuan Kode Penyebab Kematian Menurut ICD-10*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI.
- Undang-Undang Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*. Jakarta: Presiden RI.
- World Health Organization. 2010. *International Statistical Classification Of Diseases And Related Health Problem (ICD-10, Volume 2)*. Geneva.