

ANALISIS KETEPATAN KODE PENYEBAB KEMATIAN MENGGUNAKAN ICD 10 GUNA MENUNJANG KUALITAS LAPORAN RL 2a DI RUMAH SAKIT XYZ

Muhamad Abi Sholih Janaki

Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Politeknik Piki Ganesha

abi.sholih@gmail.com

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis ketepatan kode penyebab kematian menggunakan ICD 10 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 50/MENKES/SK/I/1998 guna menunjang kualitas laporan RL 2a di Rumah Sakit XYZ.

Metode penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah dengan cara observasi dan wawancara, dan diperoleh sampel sebanyak 42 dari 73 populasi kasus kematian di Rumah Sakit XYZ, dengan menggunakan teknik *simple random sampling*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketepatan penentuan kode penyebab kematian di Rumah Sakit XYZ periode bulan Maret tahun 2017 adalah sebanyak 18 (42,86 %), sedangkan ketidaktepatannya adalah sebanyak 24 (57,14 %). Hal ini akan berpengaruh terhadap kualitas Laporan RL 2a, karena ketidaktepatan penentuan kode penyebab kematian akan menyebabkan ketidakakuratan isi Laporan RL 2a.

Saran yang diusulkan dalam penelitian ini adalah bahwa Rumah Sakit XYZ diharapkan untuk rutin melakukan pelatihan maupun seminar mengenai aturan-aturan ICD 10. Hal ini bertujuan agar petugas *coding* dapat memahami dengan benar aturan-aturan dalam ICD 10 baik mengenai *morbidity coding* maupun *mortality coding*.

Kata Kunci: Ketepatan Kode Penyebab Kematian, Laporan Kematian, ICD 10

Abstract

This study's aim to analyzed the accuracy of code that explain cause of death, using ICD 10 based on Keputusan Menteri Kesehatan RI Number 50/MENKES/SK/I/1998 to support the RL 2a report quality at Rumah Sakit XYZ.

Method that used in this study is qualitative method, with descriptive approach. Data was collected by observation and interviews, to 42 sample that reduce from 73 population of death case in Rumah Sakit XYZ, with simple random sampling technique.

The results of this study is accuracy of code that explain cause of death in Rumah Sakit XYZ on March 2017 period are 18 (42,86 %), while the inaccuracy are 24 (57,14 %). It will affect the quality of RL 2a Report, because those inaccuracy will lead the content inaccuracy of RL 2a Report.

Suggestions from this study is Rumah Sakit XYZ expected to hold training and seminars routinely about rules of ICD 10. It aims to make coder can fully understand the rules of ICD 10 both morbidity coding or mortality coding.

Keywords: Accuracy of Code that explain Cause of Death, Death Report, ICD 10

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-

Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di Indonesia yang optimal maka dibutuhkan pengelolaan dari berbagai sumber daya, baik oleh pemerintah maupun oleh masyarakat itu sendiri

sehingga dapat tersedia berbagai pelayanan kesehatan yang efisien, bermutu dan terjangkau. Salah satu sarana pelayanan kesehatan tersebut Rumah Sakit.

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 menyebutkan bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 269/MENKES/PER/III/2008 Pasal 1 ayat (1), Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Pasal 5 ayat (1) menyebutkan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat Rekam Medis. Maka dari itu, setiap sarana pelayanan kesehatan termasuk Rumah Sakit wajib untuk membuat Rekam Medis.

Salah satu bentuk pengelolaandalam Rekam Medis adalah pengkodean (*coding*) diagnosis. Menurut Departemen Kesehatan RI (2006:59), pemberian kode adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data.

Pelaksanaan *coding* dilakukan oleh seorang perekam medis dengan menggunakan standar klasifikasi Internasional yaitu ICD 10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). Hal ini sesuai dengan peraturan Keputusan Direktur Jendral Pelayanan Medik Nomor HK.00.05.1.4.4.00744 Tahun 1996 dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 50/MENKES/SK/I/1998 tentang Pemberlakuan Klasifikasi Internasional mengenai Penyakit Revisi Kesepuluh (ICD 10) secara nasional diseluruh Rumah Sakit di Indonesia.

Menurut Gemala Hatta (2013:131), ICD adalah sistem klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara internasional. Menurut *World Health Organization* (2010:2), ICD dipakai untuk mengubah diagnosis penyakit dan masalah kesehatan lain menjadi kode *alpha-numeric* sehingga penyimpanan, pengambilan dan analisis data dapat dilakukan dengan mudah.

Informasi kesehatan yang tak kalah penting di suatu Rumah Sakit adalah data-data mortalitas seperti diagnosis penyebab kematian. *World Health Organization* (2010:27), mendefinisikan penyebab kematian yang masuk ke dalam sertifikat kematian adalah semua penyakit, kondisi sakit, atau cedera yang menyebabkan atau memudahkan kematian, dan kecelakaan atau kekerasan yang menyebabkan cedera tersebut.

Gemala Hatta (2013:144), menyebutkan bahwa tidak semua Rumah Sakit di Indonesia menggunakan sertifikat kematian WHO. Beberapa Puskesmas atau Rumah Sakit daerah masih menerbitkan surat kematian pasien dilembar kertas resep obat. Ada beberapa Rumah Sakit milik pemerintah dan Rumah Sakit besar milik swasta yang masih menggunakan model sertifikat WHO. Departemen Kesehatan mengharuskan penggunaan sertifikat penyebab kematian umum dan perinatal model WHO, sejak ICD 10 digunakan, namun belum ada aturan pemberlakuan model sertifikat penyebab kematian (*cause of death*) yang berlaku secara nasional di Indonesia. Rumah Sakit di Indonesia khususnya di Bandung sendiri belum lumrah untuk membuat sertifikat penyebab kematian (*cause of death*).

Gemala Hatta (2013:144) juga menyebutkan bahwa kesulitan akan dihadapi pelayanan Rumah Sakit yang tidak menerbitkan sertifikat penyebab kematian (*cause of death*), apabila data kematian menjadi persyaratan klaim asuransi kesehatan, maka pencantuman data penyebab kematian (*cause of death*) adalah

mutlak bagi kepentingan penentuan satuan pembayaran klaim pasien keluarga almarhum, dan data yang otentik cenderung akan mengurangi resiko manajemen. Juga diperlukan untuk pemakaman jenazah, pembagian warisan dan proses hukum.

Berdasarkan studi pendahuluan yang penulis lakukan di Rumah Sakit XYZ pada tanggal 18 April 2017, diketahui bahwa Rumah Sakit Dustira tidak membuat Formulir Internasional Sertifikat Medis Penyebab Kematian model WHO terhadap setiap pasien yang dilaporkan meninggal dunia. Rumah Sakit XYZ ini hanya membuat Surat Keterangan Kematian biasa. Surat Keterangan Kematian berisi informasi dan data-data sosial mengenai pasien meninggal dan keluarga almarhum. Tidak ada diagnosa akhir penyebab pasien meninggal yang tercantum di Surat Keterangan Kematian ini. Sementara untuk diagnosa akhir penyebab pasien meninggal di *recap* secara keseluruhan baik Rawat Inap maupun Gawat Darurat di Buku Kematian Khusus.

Menurut Skurka (2003:149), penentuan diagnosa 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, keuangan serta dalam proses pengambilan keputusan.

Secara umum untuk penentuan kode penyebab kematian di Rumah Sakit XYZ belum mengacu pada aturan-aturan yang ada di ICD 10. Hal ini menyebabkan masih ditemukannya ketidaktepatan dalam penentuan kode penyebab kematian yang akan berpengaruh terhadap kualitas laporan mortalitas yang tergabung dalam format laporan Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Inap RL

2a di Rumah Sakit XYZ. Selain itu, Rumah Sakit Dustira juga masih menggunakan Sistem Informasi Rumah Sakit Revisi V dan belum beralih ke Sistem Informasi Rumah Sakit Revisi VI. Hal ini menunjukkan bahwa sistem informasi di Rumah Sakit XYZ belum diperbarui.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka rumusan masalah yang akan dibahas oleh penulis, yaitu: “Bagaimana analisis ketepatan kode penyebab kematian menggunakan ICD 10 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 50/MENKES/SK/I/1998 guna menunjang kualitas Laporan RL 2a di Rumah Sakit XYZ?”

METODE

Metode penelitian yang dilakukan dalam penelitian ini adalah metode penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Sugiyono (2017:9), menjelaskan bahwa metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat postpositivisme, digunakan untuk meneliti kondisi objek yang alamiah, (sebagai lawannya adalah eksperimen) dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif/kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan *makna* daripada *generalisasi*.

Notoatmodjo (2010:35), juga menyebutkan bahwa metode penelitian deskriptif adalah suatu penelitian yang dilakukan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan fenomena yang terjadi di dalam masyarakat.

Teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah dengan cara observasi dan wawancara. Populasi yang digunakan dalam penelitian ini yaitu sebanyak 73 kasus kematian di Rumah Sakit XYZ periode bulan Maret tahun 2017.

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini yaitu dengan menggunakan

teknik *simple random sampling*. Sugiyono (2017:82), mengatakan bahwa dikatakan *simple* (sederhana) karena pengambilan anggota sampel dan populasi dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi itu. Sehingga diperoleh jumlah sampel yang didapat sebanyak 42 kasus kematian di Rumah Sakit XYZ periode bulan Maret tahun 2017.

Menurut Notoatmodjo (2010:85), operasional variabel adalah uraian tentang batasan ruang lingkup atau pengertian variabel-variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan serta perkembangan instrumen.

Variabel independent atau variabel bebas dalam penelitian ini adalah ketepatan kode penyebab kematian, sedangkan variabel dependent atau variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas Laporan RL 2a.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Ketepatan kode penyebab kematian

Tata cara penentuan kode penyebab kematian di Rumah Sakit XYZ dilakukan oleh petugas *coding* dengan menggunakan standar klasifikasi Internasional yaitu ICD 10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). Keputusan Kepala Rumah Sakit TK.II 03.05.01 Dustira Nomor: Kep/50/X/2009 Tentang Standar Kode Penyakit di Rumah Sakit TK.II 03.05.01 Dustira, menetapkan pemberlakuan buku pedoman *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD 10) revisi ke-10 di Rumah Sakit XYZ.

Presentase dari keseluruhan data hasil analisis ketepatan penentuan kode penyebab kematian di Rumah Sakit XYZ periode bulan Maret tahun 2017 adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Rekapitulasi hasil penentuan kode penyebab kematian

Kriteria	Jumlah	Presentase (%)
Tepat	18	42,86
Tidak Tepat	24	57,14
Total	42	100

Berdasarkan Tabel 1 dapat dilihat bahwa ketepatan penentuan kode penyebab kematian adalah sebanyak 18 (42,86 %), sedangkan ketidaktepatannya adalah sebanyak 24 (57,14 %). Sehingga dapat disimpulkan bahwa ketepatan kode penyebab kematian di Rumah Sakit XYZ periode bulan Maret tahun 2017 sebagian besar tidak tepat.

Hal tersebut disebabkan oleh beberapa hal, yaitu ketidaklengkapan pengisian kode penyebab kematian, kesalahan dalam penentuan kode penyebab kematian, kesalahan dalam pemilihan diagnosa utama atau diagnosa tambahan sebagai diagnosa penyebab kematian. Faktor-faktor kesalahan dari total ketidaktepatan 24 kasus kematian adalah sebagai berikut:

Tabel 2. Faktor-faktor kesalahan penentuan kode penyebab kematian

Faktor Kesalahan	Jumlah	Presentase (%)
Ketidaklengkapan Pengisian Kode	1	4,17
Penentuan Kode	18	75
Pemilihan Diagnosa	5	20,83
Total	24	100

Berdasarkan Tabel 2 dapat diketahui bahwa faktor-faktor kesalahan penentuan kode penyebab kematian di Rumah Sakit XYZ periode bulan Maret tahun 2017 yaitu ketidaklengkapan pengisian kode penyebab kematian sebanyak 1 (4,17%), kesalahan dalam penentuan kode penyebab kematian sebanyak 18 (75%), dan kesalahan dalam pemilihan diagnosa utama atau tambahan sebagai diagnosa penyebab kematian sebanyak 5 (20,83%).

Ketidaklengkapan pengisian kode penyebab kematian sebanyak 1 kasus kematian periode bulan Maret tahun 2017 adalah sebagai berikut:

Tabel 3. Ketidaklengkapan pengisian kode penyebab kematian

Diagnosa	Jumlah	Presentase (%)
<i>Meningitis Tuberculosis</i>	1	100
Jumlah	1	100

Dari Tabel 3 menunjukkan bahwa ketidaklengkapan pengisian kode penyebab kematian adalah hanya ditemukan pada diagnosa *Meningitis Tuberculosis* (100%)

Kesalahan dalam penentuan kode penyebab kematian sebanyak 18 kasus

kematian periode bulan Maret tahun 2017 adalah sebagai berikut:

Tabel 4. Kesalahan dalam penentuan kode diagnosa penyebab kematian

Diagnosa	Jumlah	Presentase (%)
<i>Stroke PIS</i>	10	55,56
<i>Stroke Infark</i>	4	22,22
<i>Intra Uterine Fetal Death</i>	3	16,67
<i>Dengue Haemorrhagic Fever</i>	1	5,55
Jumlah	18	100

Dari Tabel 4 menunjukkan bahwa kesalahan penentuan kode pada diagnosa *Stroke PIS* sebanyak 10 (55,56%), *Stroke Infark* sebanyak 4 (22,22%), *Intra Uterine Fetal Death* sebanyak 3 (16,67%) dan *Dengue Haemorrhagic Fever* sebanyak 1 (5,55%).

Kesalahan dalam pemilihan diagnosa utama atau tambahan sebagai diagnosa penyebab kematian sebanyak 5 kasus kematian periode bulan Maret tahun 2017 adalah sebagai berikut:

Tabel 5. Kesalahan dalam pemilihan diagnosa utama dan tambahan sebagai diagnosa penyebab kematian

Diagnosa	Jumlah	Presentase (%)
<i>Shock Cardiogenic dan Encephalopathy</i>	2	40
<i>Shock Cardiogenic dan TB Paru</i>	2	40
<i>Shock Septic dan Hypertensive Heart Disease</i>	1	20
Jumlah	5	100

Dari Tabel 5 menunjukkan bahwa kesalahan dalam pemilihan diagnosa utama dan tambahan sebagai diagnosa penyebab kematian pada diagnosa *Shock Cardiogenic*

dan *Encephalopathy* sebanyak 2 (40%), *Shock Cardiogenic* dan TB Paru sebanyak 2 (40%), serta *Shock Septic* dan *Hypertensive Heart Disease* sebanyak 1 (20%).

2. Kualitas Laporan RL 2a

Berdasarkan hasil penelitian, Laporan RL 2a di Rumah Sakit Dustira adalah Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Inap Rumah Sakit. Laporan mortalitas Rumah Sakit tergabung dalam Laporan RL 2a.

Kriteria yang dikemukakan oleh Sabarguna (2010:95), syarat-syarat kualitas pelaporan sebagai indikator untuk Laporan RL 2a di Rumah Sakit XYZ adalah sebagai berikut:

a. Akurat

Informasi harus bebas dari kesalahan-kesalahan dan tidak menyesatkan serta informasi harus mencerminkan maksudnya. Informasi harus akurat agar informasi tersebut dapat bermanfaat baik itu bagi sumber informasi maupun bagi penerimaan informasi.

Berdasarkan hasil penelitian, keakuratan Laporan RL 2a di Rumah Sakit XYZ belum bisa dikatakan baik karena masih ditemukan adanya penentuan kode diagnosa baik diagnosa morbiditas maupun diagnosa mortalitas yang tidak

sesuai dengan pedoman dan aturan pada ICD 10.

b. Tepat Waktu

Tepat waktu berarti informasi yang datang pada penerima tidak boleh terlambat. Informasi yang sudah usang tidak akan mempunyai nilai lagi karena informasi merupakan landasan didalam mengambil keputusan. Bila pengambilan keputusan terlambat maka akan berakibat fatal untuk organisasi.

Pengiriman Laporan RL 2a di Rumah Sakit Dustira dilakukan setiap perbulan dan pertriwulan kepada Kakesdam III/Siliwangi dan Dinas Kesehatan yang dijadwalkan paling lambat tanggal 15 pada bulan berikutnya.

Berdasarkan hasil penelitian, waktu pengiriman Laporan RL 2a periode bulan Maret tahun 2017 dilakukan pada tanggal 20 April 2017. Pengiriman laporan tersebut terlambat 5 hari dari jadwal yang telah ditentukan yaitu tanggal 15 April 2017. Hal ini disebabkan karena adanya beberapa keterlambatan penyerahan data-data yang menunjang Laporan RL 2a dari setiap Ruang Rawat Inap di Rumah Sakit XYZ.

c. Relevan

Informasi tersebut mempunyai manfaat untuk pemakainya. Relevansi informasi untuk masing-masing pihak berbeda. Misalnya dalam hal laporan morbiditas, pihak Rumah Sakit sebagai pengirim dapat menjadikan laporan tersebut sebagai penentuan kebijakan dan fasilitas atau peralatan, seperti penyediaan obat dan lainnya. Sedangkan bagi Dina Kesehatan sebagai penerima, laporan tersebut dapat dijadikan sebagai alat identifikasi populasi yang beresiko terkena penyakit.

Berdasarkan hasil penelitian, Laporan RL 2a di Rumah Sakit XYZ dapat dikatakan relevan karena memiliki beberapa manfaat baik bagi pihak Rumah Sakit maupun pihak-pihak luar. Laporan yang telah diperoleh dapat dijadikan sebagai bahan referensi oleh pihak Rumah Sakit yang berguna untuk analisa

dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien. Laporan ini juga dapat digunakan sebagai bahan pendidikan karena isinya menyangkut data-data dan informasi yang dapat dijadikan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

3. Pengaruh ketepatan kode penyebab kematian terhadap kualitas Laporan RL 2a

Sebuah laporan bisa dikatakan berkualitas apabila telah memiliki tiga unsur yaitu akurat, tepat waktu dan relevan. Apabila penentuan kode penyebab kematian ditetapkan dengan tepat maka salah satu unsur kualitas yaitu akurat bisa terpenuhi. Namun apabila proses penentuan kode penyebab kematian ini tidak dilakukan dengan tepat, maka bisa mengurangi kualitas Laporan RL 2a tersebut.

Meskipun Laporan RL 2a adalah Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Inap dan penyebab kematian itu sendiri hanya sebagian data yang terangkum dalam format Laporan RL 2a, tapi tetap saja penyebab kematian merupakan salah satu indikator terpenting guna menunjang kualitas Laporan RL 2a.

Dari hasil penelitian, diketahui bahwa ketepatan penentuan kode penyebab kematian di Rumah Sakit XYZ periode bulan Maret tahun 2017 adalah sebanyak 18 kode (42,86 %), sedangkan ketidaktepatannya adalah sebanyak 24 kode (57,14 %). Sehingga dapat disimpulkan bahwa ketepatan kode penyebab kematian di Rumah Sakit XYZ periode bulan Maret tahun 2017 sebagian besar tidak tepat. Hal ini tentunya sangat berpengaruh terhadap kualitas Laporan RL 2a. Laporan RL 2a periode bulan Maret tahun 2017 di Rumah Sakit XYZ dikatakan menjadi tidak akurat. Karenaketidaktepatan penentuan kode penyebabkematian akan menyebabkantidakakuratan isi Laporan RL 2a. Bisaditarik garis besar bahwa semakin tepatpenulisan suatu kode penyebab kematian

maka semakin berkualitas juga Laporan RL 2a-nya tepatnya yaitu pada kolom jumlah pasien keluar mati.

4. Permasalahan yang dihadapi

- a) Tidak dibuatnya formulir internasional sertifikat medis penyebab kematian model WHO untuk setiap pasien yang dilaporkan meninggal.

World Health Assembly (WHA) melalui ICD 10 Volume 2 telah merekomendasikan pembuatan sertifikat penyebab kematian untuk setiap kasus pasien meninggal yang bertujuan untuk memfasilitasi dokter dalam menegakan rangkaian kejadian yang menyebabkan kematian dan berguna sebagai petunjuk bagi petugas *coding* untuk memilih kode yang tepat. Namun berdasarkan hasil penelitian, di Rumah Sakit XYZ belum menyelenggarakan pembuatan formulir internasional sertifikat medis penyebab kematian model WHO untuk setiap pasien yang dilaporkan meninggal.

Berdasarkan hasil wawancara terhadap petugas Rekam Medis dan Informasi Kesehatan di Rumah Sakit XYZ, didapatkan bahwa di Rumah Sakit XYZ tidak ada SOP mengenai pembuatan formulir internasional sertifikat medis penyebab kematian model WHO, karena pada umumnya Rumah Sakit di Indonesia khususnya di Bandung belum ada yang menerapkan dalam pembuatan sertifikat kematian tersebut. Rumah Sakit XYZ ini hanya membuat Surat Keterangan Kematian biasa. Surat Keterangan Kematian berisi informasi dan data-data sosial mengenai pasien meninggal dan keluarga almarhum. Tidak ada diagnosa akhir penyebab pasien meninggal yang tercantum di Surat Keterangan Kematian ini.

- b) Ditemukan ada beberapa diagnosa akhir penyebab kematian yang tidak dituliskan di Buku Kematian Khusus. Buku Kematian Khusus digunakan sebagai buku hasil rekap untuk pencatatan setiap pasien yang yang dilaporkan meninggal baik Rawat Inap maupun Gawat Darurat. Pencatatan ke dalam Buku Kematian Khusus dilakukan oleh petugas Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian penulis, ditemukan ada beberapa diagnosa penyebab kematian yang tidak dituliskan ke dalam Buku Kematian Khusus ini. Dari 73 kasus kematian pasien yang terlapor di Rawat Inap, terdapat 4 kasus yang tidak tercantum diagnosanya. Ketidakterisian diagnosa ini sebesar 5,48 %. Hal ini akan membuat petugas *coding* kebingungan dalam menentukan kode penyebab kematiannya.

- c) Ditemukan ada beberapa penentuan kode penyebab kematian yang belum sesuai dengan aturan ICD 10.

Menurut *World Health Organization* (2010:27), penyebab kematian adalah semua penyakit, kondisi sakit atau cedera yang menyebabkan atau memudahkan kematian, dan kecelakaan atau kekerasan yang menyebabkan cedera tersebut. Definisi ini tidak mencakup gejala atau cara kematian, seperti kegagalan jantung atau kegagalan pernafasan.

Namun berdasarkan hasil penelitian penulis, masih ada penegakan diagnosa penyebab kematian yang merupakan gejala (kode R di ICD 10) seperti *Shock Cardiogenic (R57.0)* dan *Shock Septic (R57.2)*.

Selain itu pula, ada penegakan kode diagnosa yang seharusnya merupakan kode *Dagger Asterisk*, tapi yang dituliskan hanya kode *Dagger*-nya saja. Menurut *World Health Organization* (2010:16), *Dagger Asterisk* adalah

kode untuk diagnosis yang berisi penyakit umum sebagai dasar masalah, dan kode untuk manifestasinya pada organ atau situs tertentu yang merupakan masalah tersendiri pula. Kode primer digunakan untuk penyakit dasar dan ditandai oleh *Dagger* (†), dan kode tambahan untuk manifestasi penyakit dasar ditandai dengan *Asterisk* (*).

Berdasarkan hasil penelitian penulis, kasus tersebut didapatkan dari diagnosa penyebab kematian *Meningitis Tuberculosis*. Kode *Meningitis Tuberculosis* yang ditegaskan oleh petugas *coding* Rumah Sakit XYZ adalah **A17.0**. Sedangkan menurut pedoman dan aturan ICD 10, seharusnya kode untuk *Meningitis Tuberculosis* adalah **A17.0† G01***.

Kedua hal diatas tidak dapat dibenarkan karena tidak sesuai dengan aturan dalam ICD 10. Dampaknya akan mengakibatkan ketidaktepatan dalam penentuan kode penyebab kematian yang nantinya akan berpengaruh terhadap Laporan RL 2a di Rumah Sakit XYZ.

- d) Rumah Sakit XYZ masih menggunakan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Revisi V dan belum beralih ke SIRS Revisi VI.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011 Pasal 1 ayat (1), setiap Rumah Sakit wajib melaksanakan Sistem Informasi Rumah Sakit. Ayat (2) menyebutkan bahwa SIRS adalah suatu proses pengumpulan, pengolahan dan penyajian data Rumah Sakit. SIRS terbaru yang diterapkan di Indonesia sejak tahun 2011 adalah SIRS Revisi VI.

Namun berdasarkan hasil penelitian, Rumah Sakit XYZ masih menggunakan SIRS Revisi V yang berlandaskan pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor

1410/MENKES/SK/X/2003 dan belum beralih ke SIRS Revisi VI. Hal ini menunjukkan bahwa sistem informasi di Rumah Sakit XYZ belum diperbarui.

Berdasarkan hasil wawancara terhadap petugas Rekam Medis dan Informasi Kesehatan di Rumah Sakit XYZ, didapatkan bahwa alasan kenapa Rumah Sakit XYZ masih menggunakan SIRS Revisi V adalah karena SIRS Revisi V masih dianggap baik dalam Sistem Informasi di Rumah Sakit XYZ. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1171/MENKES/PER/IV/2011 Pasal 8, menyebutkan bahwa dengan berlakunya Peraturan ini, maka Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1410/MENKES/SK/X/2003 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit (Sistem Pelaporan Rumah Sakit) Revisi V dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

5. Upaya yang dilakukan dalam mengatasi masalah

- a) Tidak ada rencana dalam waktu dekat ini dalam pembuatan formulir internasional sertifikat medis penyebab kematian model WHO di Rumah Sakit XYZ.
- b) Petugas Rekam Medis dan Informasi Kesehatan akan lebih teliti dalam melakukan pencatatan ke dalam Buku Kematian Khusus dan akan dilakukan *check* ulang setiap awal bulan untuk mengurangi resiko ketidakterisian diagnosa penyebab kematian. Telah dilakukan pengembalian Rekam Medis kepada Dokter ataupun Perawat apabila ada pencatatan diagnosa yang tidak lengkap.
- c) Sosialisasi kepada dokter-dokter mengenai aturan penentuan diagnosa penyebab kematian. Dan sosialisasi kepada petugas Rekam Medis dan Informasi Kesehatan mengenai aturan dalam penentuan kode diagnosa sesuai

dengan ICD 10 baik *morbidity coding* maupun *mortality coding*. Kemudian

telah dilakukan pula beberapa seminar dan pelatihan untuk petugas Rekam Medis dan Informasi Kesehatan di Rumah Sakit XYZ.

- d) Pihak Rumah Sakit akan mempertimbangkan untuk beralih ke SIRS Revisi terbaru yaitu SIRS Revisi VI.

PENUTUP

Kesimpulan

Berdasarkan pada penelitian yang telah dilakukan mengenai analisis ketepatan kode penyebab kematian menggunakan ICD 10 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 50/MENKES/SK/I/1998 guna menunjang kualitas laporan RL 2a di Rumah Sakit XYZ dapat diperoleh beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Ketepatan penentuan kode penyebab kematian di Rumah Sakit XYZ periode Bulan Maret Tahun 2017 adalah sebanyak 18 (42,86 %), sedangkan ketidaktepatannya adalah sebanyak 24 (57,14 %). Sehingga dapat dikatakan bahwa ketepatan kode penyebab kematian di Rumah Sakit XYZ periode Bulan Maret Tahun 2017 sebagian besar tidak tepat.
2. Kualitas Laporan RL 2a periode Bulan Maret Tahun 2017 hanya satu syarat yang memenuhi standar yaitu dari segi relevan. Sedangkan untuk standar dari segi akurat dan tepat waktu, Laporan RL 2a belum memenuhi standar.
3. Pengaruh ketepatan kode penyebab kematian terhadap kualitas laporan RL 2a yaitu sangat berpengaruh. Laporan RL 2a periode Bulan Maret Tahun 2017 di Rumah Sakit XYZ dikatakan menjadi tidak akurat apabila penentuan kode penyebab kematian tidak tepat.

Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan

kesimpulan, maka saran yang dapat dikemukakan oleh penulis adalah sebagai berikut:

1. Petugas *coding* agar memahami dengan benar aturan-aturan dalam ICD 10 baik mengenai *morbidity coding* maupun *mortality coding*.
2. Pihak Rumah Sakit segera menerapkan Sistem Informasi Rumah Sakit Revisi VI.
3. Pihak Rumah Sakit agar mempertimbangkan pembuatan formulir internasional sertifikat medis penyebab kematian model WHO untuk setiap pasien yang dilaporkan meninggal.
4. Petugas Rekam Medis dan Informasi Kesehatan diharapkan agar lebih berhati-hati lagi dalam melakukan pencatatan ke dalam Buku Kematian Khusus dan selalu memastikan kelengkapan Rekam Medis.
5. Pihak Rumah Sakit XYZ rutin melakukan pelatihan maupun seminar, khususnya mengenai aturan-aturan ICD 10.

DAFTAR PUSTAKA

DOKUMEN

Republik Indonesia. (1996). **Keputusan Direktur Jendral Pelayanan Medik Nomor HK.00.05.1.4.4.00744 Tahun 1996** tentang Pemberlakuan Klasifikasi Internasional mengenai Penyakit Revisi Kesepuluh. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik.

Republik Indonesia. (1998). **Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 50/MENKES/SK/I/1998** tentang Pemberlakuan Klasifikasi Internasional mengenai Penyakit Revisi Kesepuluh. Jakarta: Sekretariat Negara.

Republik Indonesia. (2011). **Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011**

tentang Sistem Informasi Rumah Sakit Revisi VI. Jakarta: Sekretariat Negara.

Republik Indonesia. (2009). **Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009** tentang Rumah Sakit. Jakarta: Sekretariat Negara.

Rumah Sakit TK.II 03.05.01 Dustira. (2009). **Keputusan Kepala Rumah Sakit TK.II 03.05.01 Dustira Nomor: Kep/50/X/2009** tentang Standar Kode Penyakit di Rumah Sakit TK.II 03.05.01 Dustira. Bandung: Rumah Sakit TK.II 03.05.01 Dustira.

BUKU ILMIAH

Departemen Kesehatan RI. (2006). **Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia**. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik.

Hatta, Gemala. (2013). **Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan**. Jakarta: Universitas Indonesia.

Notoatmodjo, S. (2010). **Metodologi Penelitian Kesehatan**. Jakarta: Rineka Cipta.

Sabarguna, Boy. (2010). **Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit**. Yogyakarta: Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng-DIY.

Skurka, M. A. (2003). **Health Information Management**. Chicago: AHA Press.

Sugiyono. (2017). **Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D**. Bandung: Alfabeta.

World Health Organization. (2010). **International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems Tenth Revision Volume 1**. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2010). **International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems Tenth Revision Volume 2**. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2010). **International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems Tenth Revision Volume 3**. Geneva: World Health Orga

