

ANALISIS IMPLEMENTASI PEMBERIAN KODE PENYEBAB DASAR KEMATIAN DI RUMAH SAKIT X

Conitatus Solichah¹, Sri Erna Utami², Dessy Mulyawati³

Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi Malang

D3 Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan

(Conitatus Solichah)

Email: conitatussolichah@gmail.com

ABSTRAK

Karena pencatatan UCOD di Rumah Sakit X berfokus pada diagnosis akhir dengan biaya tertinggi untuk klaim BPJS daripada mengikuti rantai penyebab kematian untuk menentukan penyebab mendasar, hal ini belum sesuai dengan standar WHO-ICD-10, menurut temuan studi dan pembahasan yang menyertainya. Hal ini menyebabkan perbedaan yang signifikan antara UCOD yang dilaporkan oleh rumah sakit dan UCOD yang sebenarnya, dengan gangguan akut sering kali dicatat sebagai UCOD meskipun penyakit kronis merupakan penyebab mendasar menurut pedoman ICD-10. Hambatan utama bersifat sistemik dan meliputi penggunaan pedoman yang berbeda (ICD-10 vs. BPJS), kurangnya pengetahuan dan pelatihan mengenai konsep UCOD bagi petugas kode dan dokter, kurangnya mekanisme audit klinis dan SOP yang memadai, serta komunikasi informal dan tidak langsung antara staf rekam medis dan dokter. Selain itu, formulir sertifikat kematian (FKPK), yang diwajibkan oleh undang-undang, tidak digunakan dalam pencatatan alasan kematian; sebaliknya, ringkasan medis yang tidak terstruktur digunakan. Oleh karena itu, untuk menghasilkan data mortalitas yang akurat dan valid, diperlukan perbaikan komprehensif pada sistem, prosedur, dan kapasitas sumber daya manusia di Rumah Sakit X.

Kata Kunci: *Penyebab Dasar Kematian, Akurasi Koding*

1. PENDAHULUAN

Karena tim pencatat kode belum membuat protokol untuk mendeteksi penyebab kematian yang mendasar, studi terdahulu membuktikan bahwa urutan penggunaan ditentukan oleh daftar kasus dokter (Anisa Zahra et al., 2022). Fakta tersebut membuktikan bahwa tim pencatat kode tidak menggunakan urutan kasus dalam riwayat medis saat menentukan UCOD

akhir. Sebagai tanggapan, staf pengkodean di Rumah Sakit X menyatakan bahwa mereka tidak menentukan UCOD menerapkan kriteria seleksi dan modifikasi (A–F) yang berkaitan dengan keadaan yang ditentukan dalam keputusan UCOD akhir. Selain itu, karena beberapa karyawan masih belum memahami apa itu tabel MMDS (A–H), mereka gagal memeriksanya. Berlandaskan data

mortalitas, trakea, paru-paru, bronkus, pneumonia, tuberkulosis, dan gangguan obstruktif paru kronis lainnya yakni penyebab utama kematian. Berlandaskan tabel MMDS dan ICD-10, akurasi kode penyebab kematian menghasilkan 22 kode yang tidak akurat (setara dengan 22,8%) dan 57 kode yang akurat (setara dengan 72,2%).

Berlandaskan studi terbaru (Jaya Winata et al., 2022) penyebab utama kematian diidentifikasi dan ditentukan berlandaskan data rawat inap pasien di Rumah Sakit Dr. Dari pengamatan terhadap 86 rekam medis pasien yang meninggal, 69 (80%) mempunyai kode yang terisi, sedangkan 17 (20%) mempunyai kode kosong. Penyebab utama kematian tidak dicatat karena pasien yang ditanggung oleh BPJS mempunyai rentang waktu yang berbeda untuk pencatatan kode dibandingkan dengan pasien lain. Pencatatan kode untuk pasien yang tidak ditanggung oleh BPJS tetap kosong pada saat uji coba. Petugas rekam medis dan dokter sering kali berbeda pendapat mengenai penyebab kematian akibat kesulitan dalam memilih diagnosis di Kota Pasuruan.

Berdasarkan fakta-fakta yang disebutkan di atas, penulis mengusulkan untuk menerapkan studi di Rumah Sakit X dengan judul “Analisis Pelaksanaan Kode Penyebab Utama Kematian di Rumah Sakit X.” Studi ini bermaksud untuk

mengevaluasi penerapan kode penyebab utama kematian di Rumah Sakit X, serta alasan-alasan yang membatasi penggunaannya. Tujuan utama studi ini yakni untuk menyelidiki apakah kode diagnostik penyebab utama kematian pada akta kematian menerapkan kode penyebab utama kematian atau hanya diagnosis akhir.

2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

Rumah sakit yakni fasilitas medis yang menyediakan berbagai layanan, termasuk perawatan kuratif, rehabilitatif, preventif, dan promosi kesehatan, menerapkan struktur atau infrastruktur yang sesuai dengan standar dan tenaga medis yang terampil. Istilah “perawatan preventif” menggambarkan tindakan yang diterapkan untuk mencegah penyakit berkembang atau menyebar. Tujuan utamanya yakni untuk mencegah perkembangan penyakit. Contohnya meliputi vaksinasi, pemeriksaan kesehatan rutin, dan penyemprotan fogging untuk mencegah penyakit demam berdarah. Tindakan kuratif yakni langkah-langkah yang digunakan untuk mengobati atau menyembuhkan orang yang sudah sakit, seperti memberikan obat, melaksanakan operasi, atau memberikan perawatan rawat inap di rumah sakit. Tindakan rehabilitatif yakni tindakan yang diterapkan untuk memulihkan

keterampilan atau fungsi seseorang setelah sakit atau cacat, sehingga mereka dapat kembali beraktivitas normal. Contohnya meliputi terapi fisik setelah stroke, terapi bicara, dan layanan konseling pasca-trauma. Tindakan promosi yakni tindakan yang meningkatkan kesehatan individu atau komunitas. Penekanan ditempatkan pada pembentukan gaya hidup sehat sebelum ada risiko penyakit. Contohnya meliputi pendidikan gizi, inisiatif hidup bersih dan sehat, serta kampanye kesadaran tentang merokok. Layanan komprehensif mencakup layanan medis berupa diagnosis, pengobatan, dan operasi, serta layanan non-medis berupa rekam medis, administrasi, dan dukungan pasien. Rumah sakit mempunyai sumber daya berupa tenaga kesehatan, seperti dokter, perawat, staf rekam medis, serta fasilitas seperti laboratorium, ruang operasi, dan ruang gawat darurat (Mayasari et al., 2020).

2.2 Rekam Medis

Catatan medis yakni dokumen yang berisi rincian tentang kondisi kesehatan pasien, riwayat medis, dan catatan medis sebelumnya yang dibuat oleh tenaga kesehatan yang merawat pasien. Tujuan dari catatan medis yakni untuk menyediakan informasi kesehatan kepada seluruh tenaga medis yang merawat pasien. Bukti bahwa layanan catatan medis berkualitas tinggi kecepatan, ketepatan, dan kelengkapan transmisi informasi untuk

kebutuhan perawatan medis yakni indikator layanan catatan medis bermutu tinggi (Septriana Rosady et al., 2023).

Catatan medis yakni berkas yang mencakup identitas pasien, riwayat medis, pemeriksaan fisik, hasil tes, diagnosis, dan pengobatan. Catatan ini dapat disimpan secara elektronik atau tertulis. Jika disimpan secara elektronik, diperlukan sistem manajemen basis data komputer. Catatan medis harus dianggap sebagai sistem organisasi yang dimulai dengan pendokumentasian layanan medis dan tindakan yang diterima pasien, dan berlanjut dengan penyimpanan berkas hingga diserahkan kepada pasien. Definisi ini melampaui sekadar pencatatan aktivitas. Kemudian, data disimpan hingga dirilis untuk penggunaan pribadi atau alasan lain (Septriana Rosady et al., 2023).

2.3 Kodefikasi

Secara teori, pengembang dapat memperoleh kode yang benar dengan menerapkan volume 1 saja, tetapi fakta tersebut akan memakan banyak waktu dan mungkin menyebabkan masalah penugasan. Terdapat indeks alfabetis di volume 3 untuk klasifikasi. Pengantar berisi informasi penting tentang tautan indeks ke volume 1 (Revision & Edition, 2010).

Dalam kebanyakan kasus, statistik ICD (Revision & Edition, 2010) diterapkan

untuk memilih satu kondisi dari sertifikat atau data yang mencakup beberapa kondisi. Pedoman untuk pemilihan ini terkait dengan mortalitas dan morbiditas tercantum dalam bagian 4 dari volume ini. Banyak frasa diagnostik lainnya biasanya digunakan dalam nama berhuruf tiga dan empat. Bersama dengan judul, frasa-frasa ini disebut sebagai “istilah inklusi” dan disajikan sebagai contoh pernyataan diagnostik yang termasuk dalam kategori tersebut. Istilah-istilah ini mungkin yakni sinonim atau mempunyai makna yang berbeda. Istilah-istilah ini tidak termasuk dalam subklasifikasi judul (Revision & Edition, 2010).

2.4 Mortalitas

Ketika menyiapkan sertifikat medis penyebab kematian, seorang dokter atau tenaga profesional berlisensi lainnya harus melaksanakan evaluasi klinis. Daftar dan instruksi lain untuk pemberi sertifikat tidak boleh disertakan dalam sistem otomatis karena hal ini akan membatasi cakupan diagnosis dan karenanya mengurangi ketepatan dan kegunaan laporan (Wahyuni & Rachmadhani, 2018).

Pada tahun 1990, negara-negara diundang oleh sidang kesehatan dunia ke-43 untuk mempertimbangkan penambahan baris (d) pada bagian I sertifikat jika dianggap penting. Tetapi, jika baris keempat tidak dianggap penting, atau jika terdapat hambatan hukum atau lainnya dalam

pengadopsian sertifikat yang dimaksud, negara-negara dapat mengadopsi atau terus menerapkan sertifikat dengan hanya tiga baris (Wahyuni & Rachmadhani, 2018).

Secara umum, penyebab kematian yang digunakan untuk pengelompokan yakni kondisi yang tercantum pada baris terakhir bagian I sertifikat. Tetapi, gangguan lain dapat diidentifikasi sebagai penyebab kematian sebagai hasil dari prosedur yang disebutkan. Untuk membedakan antara kedua alternatif ini, kondisi yang sesuai dengan baris terakhir bagian I sertifikat akan disebut sebagai “penyebab awal,” dan penyebab yang dipilih untuk pengelompokan akan dikarakteristikan sebagai “penyebab utama kematian.” (Wahyuni & Rachmadhani, 2018).

3. METODE PENELITIAN

Pendekatan yang diterapkan dalam jenis studi ini yakni deskriptif kualitatif. Fokus penelitian yaitu menjelaskan atau mendeskripsikan secara mendalam mengenai implementasi dan faktor penghambat pemberian kode diagnosis penyebab dasar kematian di rumah sakit X. Menerapkan data primer yang dikumpulkan melalui cross check pengamatan langsung pada kelengkapan isi dan kode diagnosis untuk penyebab utama kematian (UCOD) dalam rekam medis dan sertifikat kematian pasien yang meninggal (+– 20 dokumen) dan wawancara menerapkan kuesioner terstruktur dengan

petugas yang terkait dengan pengisian sertifikat sebab kematian (2 orang dokter), 1 orang petugas koding, perawat ruangan rawat inap (2orang), koordinat unit rekam medis.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

1. Prosedur dan Pedoman Pengkodean

Proses alokasi kode penyebab kematian di rumah sakit ini tidak sepenuhnya sesuai dengan persyaratan Kemenkes. Penetapan diagnosis dan penyelesaian Ringkasan Pulang Pasien (RPP) atau riwayat medis adalah langkah pertama dalam prosedur ini. Alih-alih secara eksplisit mencari penyebab kematian, staf pencatatan kode mengkode diagnosis akhir yang tercantum dalam laporan keluar pasien.

Pedoman yang digunakan untuk rekam medis yakni ICD 10 tahun 2010 dan di computer sudah terdapat data masternya. Untuk pedoman yang digunakan dokter yaitu panduan BPJS, peraturan Kesehatan nomer 20-24, dan ICD 10. Untuk pedoman pada perawat yakni menerapkan pedoman keperawatan.

2. Tahapan dan Alur Kerja Pengkodean

Tahapan dari wawancara yakni dari anamnesis awal, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang (seperti tes laboratorium), hingga pasien meninggal dunia, diagnosis utama dan sekunder harus ditetapkan oleh dokter yang merawat. Kedua, dokter membuat ringkasan

pemulangan (resume medis) setelah pasien meninggal, yang berisi diagnosis penyebab utama kematian serta diagnosis tambahan. Ketiga, diagnosis dikodekan oleh tim pengkodean rekam medis menggunakan resume medis sebagai panduan. Jika ada diagnosis sekunder, diagnosis tersebut juga dikodekan menggunakan ICD-10, selain diagnosis asli. Keempat, untuk tujuan pelaporan dan administratif, hasil pengkodean dimasukkan ke dalam formulir kematian.

Berdasarkan hasil wawancara tentang pelatihan untuk perawat, dokter, manajer rekam medis, dan pengkode rekam medis, hanya satu dokter yang mengikuti pelatihan mengenai mortalitas.

System pendukung bagi rekam medis yakni disediakannya computer yang sudah ada data master pengkodean diagnosis sesuai ICD 10, namun dukungan manajemen untuk rekam medis yakni diadakannya komite rekam medis berisikan dokter, perawat, farmasi atau gabungan untuk penanggung jawab taem asuhan akan direview setiap 3 tahun sekali. dukungan manajemen pada perawat yakni dipantau melalui elektronik medical record. Manajemen mendukung dokter dengan cara pembiayaan dari manajemen.

3. Komunikasi dan Akurasi Kode

Komunikasi dalam rekam medis kepada dokter yakni dengan cara whats app, dan juga biasanya komunikasi ke dokter

verifikasi. Komunikasi antara perawat dengan dokter terjadi setiap hari misalnya dokter mendiagnosis perawat melakukan input dan biasanya sudah menghafal dan bisa saling mengingatkan. Komunikasi dokter sendiri yakni pada saat pasien pulang, rencana pulang, koreksi billing, komunikasi tidak hanya karena pasien meninggal.

Untuk kebenaran mengenai apakah pengkodean memakai penyebab dasar kematian dan bukan diagnosis akhir, bagi rekam medis yang dikodekan sebagai penyebab dasar kematian yakni diagnosis akhir yang ada di resum medis pasien. dokter verifikasi menyatakan bahwa yang dikoding dengan pembiayaan terbesar dan yang di klaimkan terkadang dengan pembiayaan terbesar, jadi pembiayaan terbesar terkadang belum tentu yang menyebabkan kematian.

4. Hambatan dan Kesulitan

Hambatan yang dihadapi oleh rekam medis biasanya lamanya dokter dalam pengisian rekam medis, biasanya dokter harus mengisi 1x24 jam sebelum pasien meninggal. Untuk hambatan pada dokter verifikasi biasanya jika ada dokter yang request kodingan yang tidak sesuai dengan kodingannya, misal pasien terkena hemiplegia harus di konsultasi ke fisioterapi dan harus ada hasil fisioterapinya, dan hambatan dokter biasanya request mengenai jika misal

tindakan yang dilakukan 3 tetapi dokter meminta 3 tindakan tersebut dicantumkan maka tidak bisa seharusnya hanya salah satu tindakan yang dicantumkan.

Menurut kepala bagian rekam medis, petugas pengkodean rekam medis, perawat, dan dokter A, wawancara menyimpulkan bahwa tidak ada kesulitan. Namun, bagi dokter B, tantangannya adalah bahwa pengkodean kematian tidak selalu menjadi sumber biaya terbesar, meskipun kami akan mengajukan klaim berdasarkan pengkodean yang menghasilkan biaya tertinggi yang bertentangan.

4.2. Pembahasan

Tabel hasil 20 data pasien meninggal pada Januari sampai Maret 2025, jumlah seluruh data pasien meninggal pada Januari sampai Maret berjumlah 118. Untuk cross check menggunakan 10 data pasien meninggal. Dalam 10 data pasien meninggal 50% pasien dengan penyebab dasar kematian benar dan 50% pasien dengan penyebab kematian salah.

1. Prosedur dan Pedoman

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dokter mendasarkan diagnosis mereka pada gejala klinis terbaru dan tes pendamping (seperti yang dinyatakan oleh Dokter B). Penekanan tetap pada “diagnosis akhir” dan “faktor yang memperburuk kondisi,” meskipun demikian. Untuk menentukan penyebab

mendasar, tidak ada prosedur baku untuk secara sistematis melacak urutan peristiwa yang menyebabkan kematian. Tim pengkodean, bagaimanapun, hanya secara pasif mengkode informasi yang ditulis dokter dalam ringkasan pemulangan pasien.

Pedoman ganda yakni, dualisme dalam aturan. Menurut Dokter B, diagnosis utama yakni yang memiliki biaya tertinggi. Namun, dalam praktiknya, pedoman BPJS menjadi panduan utama, meskipun sistem teknis menggunakan ICD-10. Akibatnya bertentangan dengan prinsip pengkodean mortalitas, yang menyatakan bahwa kondisi dengan biaya terendah (seperti ventilator untuk kegagalan pernapasan) tidak selalu menjadi UCOD (seperti sepsis atau pneumonia).

2. Tahapan dan Alur Kerja

Menurut penelitian, proses tersebut bersifat satu arah dan linier, misalnya, dimulai dari dokter ke laporan pemulangan pasien, kemudian ke petugas pengkodean rekam medis, dan akhirnya ke input data. Tidak ada prosedur audit atau pengendalian kualitas yang diterapkan untuk memastikan bahwa kode penyebab kematian yang mendasarinya akurat.

Petunjuk yang minim hanya satu dokter yang pernah mengikuti pelatihan khusus tentang pengkodean yang membahas konsep pengkodean mortalitas. Pelatihan

formal mengenai rekomendasi WHO untuk mengidentifikasi penyebab utama kematian belum pernah diberikan kepada para pengkode atau profesional lainnya. Pelatihan harus dilakukan secara mandiri, sebagaimana diakui oleh kepala catatan medis dan stafnya.

3. Komunikasi dan Akurasi Kode

Temuan pada studi komunikasi informal dan reaktif yakni komunikasi hanya terjadi ketika ada masalah klaim BPJS, bukan untuk mendiskusikan akurasi kode penyebab kematian. Media yang digunakan adalah whatsapp, yang tidak terdokumentasi dalam sistem resmi.

Tidak ada mekanisme validasi rumah sakit secara terang-terangan mengakui bahwa tidak ada mekanisme untuk memastikan kode penyebab dasar kematian akurat (kepala rekam medis: "diagnosis penyebab kematian tidak dikoding yang dikoding diagnose akhir. selama ini belum ada untuk mengoreksi"). Validasi hanya dilakukan untuk kepentingan pembiayaan, bukan akurasi medis-statistik.

Implikasi yakni kesalahan koding akan terus berulang karena tidak dikoreksi. Komunikasi yang buruk meningkatkan risiko kesalahan administrasi dan ketidakefisienan kerja.

4. Hambatan Cerminan dari Masalah Sistemik.

Temuan pada studi yakni hambatan teknis atau administratif, keterlambatan dan ketidak lengkapan pengisian ringkasan pulang pasien oleh dokter membuktikan bahwa dokumentasi untuk tujuan statistik mortalitas bukanlah prioritas. Hambatan kebijakan yaitu konflik pedoman ICD-10. BPJS yakni hambatan terbesar. Dokter dihadapkan pada pilihan sulit, mengutamakan kebenaran ilmiah atau kepatuhan pada aturan pembiayaan agar rumah sakit tidak merugi. Permintaan kode yang tidak sesuai biasanya dokter yang meminta kode tertentu untuk keperluan klaim membuktikan bahwa tekanan finansial telah menggeser budaya klinis yang berbasis evidence.

Implikasi fokus rumah sakit telah bergeser dari institusi pelayanan kesehatan yang menghasilkan data kesehatan masyarakat yang valid, menjadi entitas bisnis yang berjuang untuk bertahan di bawah sistem pembiayaan BPJS.

Masalah sistemik yang mendalam terungkap melalui penyelidikan banyak kasus kematian, sebagaimana dibuktikan oleh persentase yang tinggi dari kasus-kasus tanpa penyebab kematian yang diketahui penyebab dasar kematian. Sebab ini membuktikan bahwa data penyebab kematian tidak dapat secara sah dimasukkan ke dalam statistik kematian. kegagalan proses, di mana rantai penyebab

kematian dihentikan pada diagnosis akhir yang dibuat untuk tujuan pembiayaan, serta pedoman dualistik yang mengorbankan akurasi *Underlying Cause Of Death* akibat konflik antara prinsip pengkodean ICD-10 dan persyaratan sistem pembiayaan, merupakan penyebab utama masalah ini.

4.3 Pemecahan Masalah

1. Standarisasi Praktik dan Implementasi Aturan.

Menurut rekomendasi WHO dan ICD-10, rumah sakit harus membuat dan mengikuti prosedur operasional standar tertentu untuk identifikasi penyebab dasar kematian. Harus secara spesifik menjelaskan bagaimana dokter dapat mengikuti urutan peristiwa yang menyebabkan kematian, dari penyebab utama hingga penyebab langsung. Format Ringkasan Pemulangan Pasien (RPP) juga harus diperbarui untuk menyediakan kolom khusus untuk mencatat daftar urutan penyebab kematian ini. SOP juga harus menekankan bahwa petugas rekam medis harus menganalisis urutan ini berdasarkan kode *Underlying Cause Of Death*, bukan hanya menyalin diagnosis akhir.

2. Kenaikan Kapasitas Sumber Daya Manusia Melalui Pendidikan Berkelanjutan.

Semua dokter dan personel pencatatan harus mengikuti kursus penyegaran

komprehensif tentang proses standar baru, pedoman pengkodean mortalitas ICD-10, dan konsep *Underlying Cause Of Death*. Perbedaan antara pengkodean untuk statistik kesehatan masyarakat dan pengkodean untuk pendanaan klaim harus ditekankan dalam pelatihan ini. Pelatihan tidak boleh menjadi acara sekali saja, melainkan harus diberikan secara berkala untuk memastikan pemahaman berkelanjutan dan mencakup dinamika peraturan yang berpotensi berubah. Komitmen administrasi rumah sakit dalam menyediakan pendanaan dan mewajibkan pelatihan ini sangat penting untuk kesuksesannya.

3. Meningkatkan Mekanisme Validasi dan Sistem Komunikasi.

Platform komunikasi terstruktur antara personel rekam medis dan klinisi (dokter) diperlukan untuk menghilangkan ketergantungan pada kontak informal. Pertemuan rutin atau konsultasi melalui sistem elektronik terintegrasi yaitu contoh forum yang dapat digunakan untuk membahas isu-isu sulit guna menentukan *Underlying Cause Of Death*. Rumah sakit juga perlu menetapkan prosedur pengkodean dan audit klinis secara rutin. Mungkin untuk menunjuk kelompok dokter senior, staf rekam medis berpengalaman, dan perwakilan manajemen untuk memeriksa dan

mengonfirmasi keakuratan penyebab dasar kematian yang dikodekan sebelum data dirilis.

4. Meningkatkan Mekanisme Validasi dan Sistem Komunikasi.

Menyelesaikan ketidakcocokan antara kebutuhan keuangan BPJS dan keakuratan data memerlukan langkah-langkah strategis. Untuk menyediakan statistik kesehatan nasional yang sah, administrasi rumah sakit harus memprioritaskan pemeliharaan integritas data mortalitas. Untuk memastikan peraturan klaim sesuai dengan pedoman pengkodean medis yang tepat dan diagnosis utama untuk pembiayaan tidak selalu bertentangan dengan *Underlying Cause Of Death* yang sebenarnya, advokasi kepada BPJS mungkin juga diperlukan. Dukungan penuh dari administrasi rumah sakit untuk menerapkan semua ide di atas dan menekankan pentingnya statistik mortalitas yang akurat merupakan faktor penentu yang krusial.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Bentuk dan Keberadaan Formulir Sertifikat Sebab Kematian.

Di rumah sakit tersebut belum ada Formulir Keterangan Penyebab Kematian (FKPK) atau formulir sertifikat sebab mati yang sesuai dengan standar Kementerian

Kesehatan. Akan tetapi situasi saat ini, dokumentasi penyebab kematian dituliskan dalam resume medis dengan daftar diagnosis yang panjang dan tidak terstruktur secara spesifik untuk menentukan sebab kematian.

2. Penetapan Kode Penyebab Dasar Kematian.

Kode *Underlying Cause Of Death* ditetapkan berdasarkan diagnosis akhir dan bukan diagnosis sebab kematian langsung, yang merupakan kondisi yang paling banyak mengeluarkan sumber daya (biaya). Akan tetapi diagnosis utama ini tidak selalu sama dengan penyebab dasar kematian yang sesungguhnya menurut aturan kodifikasi internasional. Ini menyebabkan ketidakakuratan dalam penentuan *Underlying Cause Of Death*.

3. Evaluasi Prosedur dan Relevansi.

Dari data yang diberikan, tidak disebutkan secara eksplisit apakah sudah ada SOP khusus untuk kodifikasi *Underlying Cause Of Death*. Data membuktikan bahwa praktik di lapangan belum relevan dengan prinsip penentuan *Underlying Cause Of Death* yang benar, karena berpatokan pada diagnosis utama untuk klaim, bukan pada urutan sebab-akibat penyakit yang menuju kematian.

4. Kendala-kendala dalam Pelaksanaan Kode *Underlying Cause Of Death*.

- a. Belum adanya formulir standar yang memandu dokter untuk menuliskan urutan penyebab kematian (sebab langsung, penyebab antara, dan penyebab dasar).
- b. Adanya peraturan BPJS yang ketat dan prosedural (seperti persyaratan fisioterapi untuk kode hemiplegia dan aturan satu kode prosedur per lokasi) yang dianggap menghambat.
- c. Pemahaman yang kurang: Dokter memiliki pemahaman yang terbatas mengenai konsep *Underlying Cause Of Death* dan cara menentukannya yang benar.
- d. Kesenjangan Persepsi, sebagai besar dokter tidak menyadari adanya hambatan (*lack of awareness*), yang mengindikasikan bahwa masalah ini mungkin belum menjadi perhatian utama.

Sistem dokumentasi dan insentif finansial (klaim) mendorong penentuan "sebab mati utama" berdasarkan biaya, bukan berdasarkan akurasi statistik penyebab kematian.

5.2 Saran

1. Bagi Rumah Sakit

- a. Rumah sakit harus membuat atau menerapkan Standart Operasional Prosedur (SOP) khusus penentuan

Underlying Cause Of Death berlandaskan ICD-10.

- b. Rumah sakit harus melakukan pelatihan berkala untuk dokter dan staf rekam medis tentang kaidah-kaidah penulisan diagnosis sebab mati langsung atau penyebab dasar kematian, pelatihan kepada dokter untuk menulis diagnosisnya, pelatihan kepada petugas rekam medis untuk mengkode penyebab dasar kematiannya.

2. Bagi Dokter dan Staf Rekam Medis.

- a. Menerapkan penggunaan sertifikat sebab kematian atau Formulir Keterangan Penyebab Kematian Kematian (FKPK) sesuai dengan aturan kementerian Kesehatan, formular sertifikat sebab mati dimuat atau tercentum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 162/MENKES/PB/I/2010 tentang pelaporan dan penyebab kematian.
- b. Menerapkan diagnosis penyebab dasar kematian di resum medis atau di surat kematiannya, karena diagnosis akhir belum tentu sebagai *Underlying Cause Of Death*.
- c. Tingkat kualitas dan ketepatan waktu pengisian ringkasan pulang sesuai format baru,
- d. Berkolaborasi aktif dengan staf rekam medis dalam diskusi dan audit penentuan *Underlying Cause Of Death*.

6. DAFTAR PUSTAKA

Revision, T., & Edition, S. (2010). ICD-10 classification. *Bmj*, 341, c4116.

Mayasari, E., Munna, N., Kodriyah, L., Herawati, I., & Aditya, R. S. (2020). Keputusan Masyarakat Dalam Pemilihan Rumah Sakit Untuk Pelayanan Kesehatan Di Wilayah Malang Raya. *Jkep*, 5(2), 114–121. <https://doi.org/10.32668/jkep.v5i2.317>

Anisa Zahra, P., Lena Suryani Kurniasih, D., Kamelia, E., Ahmad Junaedi, F., & Kemenkes Tasikmalaya Korespondensi, P. (2022). Analisis Data Kematian UCoD dengan Tabel MMDS di Rumah Sakit X tahun 2022 Analysis of Mortality Data UCoD with MMDS Tables at Hospital X in 2022. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan E-ISSN: J-REMIKES*, 3(1), 1–7.

Jaya Winata, P. N. R., Utami, S. E., & Daniyah, R. (2022). Tinjauan Pelaksanaan Kodefikasi Diagnosis Penyebab Dasar Kematian (Underlying Cause of Death/Ucod) Di Rsud. Dr. R. Soedarsono Kota

Pasuruan. *Jrmik*, 3(2), 33–40.

<https://doi.org/10.58535/jrmik.v3i2.3>

9

Septriana Rosady, D., Chasnah, R., & Sarip, H. (2023). Rekam Medik Elektronik. *Jurnal Hukum Kesehatan Indonesia*, 3(01), 15–22. <https://doi.org/10.53337/jhki.v3i01.91>

Wahyuni, T., & Rachmadhani, D. (2018). Kelengkapan Pendokumentasian Sertifikat Medis Penyebab Kematian Dan Akurasi Penyebab Dasar Kematian. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 6(1), 41. <https://doi.org/10.33560/.v6i1.184>

