

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Umum RSUD Muhammadiyah Bantul

a. Profil

RSUD Muhammadiyah Bantul merupakan rumah sakit swasta yang berlokasi di Kabupaten Bantul, tepatnya di Jalan Jenderal Sudirman No. 124, Bantul, Yogyakarta. Fasilitas ini awalnya berdiri pada 1 Maret 1966 sebagai Klinik dan Rumah Bersalin PKU (Pembina Kesejahteraan Umum) Muhammadiyah Bantul. Seiring perkembangannya dalam memberikan layanan kesehatan bagi masyarakat Bantul, klinik tersebut bertransformasi menjadi rumah sakit umum setelah memperoleh izin operasional dari Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta dengan nomor 445/4318/2001 pada tahun 2001.

RSUD Muhammadiyah Bantul selalu siap melayani dengan semangat, sesuai dengan mottonya “Layananku Ibadahku”. Adapun pandangan yang dimiliki oleh RSUD Muhammadiyah Bantul merupakan perwujudan ilmu, iman dan amal sholeh. Saat ini RSUD Muhammadiyah Bantul termasuk dalam jajaran rumah sakit swasta tipe C yang telah mendapatkan Akreditasi Paripurna dari lembaga Akreditasi Rumah Sakit Indonesia untuk tahun 2022-2027. Selain itu, RSUD Muhammadiyah Bantul telah mendapatkan beberapa penghargaan dan akreditasi dari berbagai pihak, Akreditasi Istimewa dari Standar Islami Rumah Sakit Muhammadiyah ‘Aisyiyah, Akreditasi Rumah Sakit Pendidikan dari Kementerian Kesehatan dan Pelayanan Penanggulangan TBC Terbaik di Yogyakarta dari Kementerian Kesehatan.

b. Visi, Misi dan Moto

RSUD Muhammadiyah Bantul Yogyakarta memiliki visi dan misi diantaranya adalah:

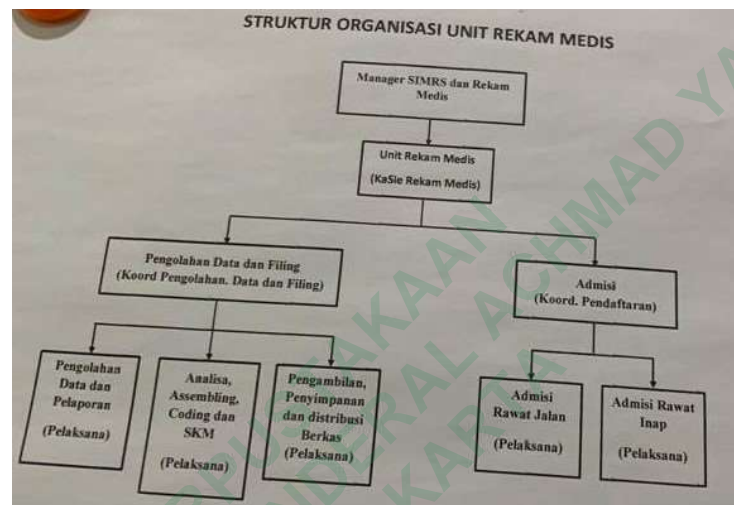
1) Visi

Mewujudkan rumah sakit islami yang mempunyai keunggulan kompetitif global dan menjadi kebanggaan umat.

2) Misi

Berdakwah melalui pelayanan kesehatan, Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berkualitas, Menerapkan tata kelola organisasi dan klinis yang baik, Memberikan pelayanan yang peduli pada kaum dhuafa, serta Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan secara profesional.

c. Struktur Organisasi



Gambar 4. 1 Struktur Organisasi Unit Rekam Medis

2. Persentase Kelengkapan FKPK pada *Item* Diagnosis dan Kurun Waktu di RSUD Muhammadiyah Bantul Yogyakarta.

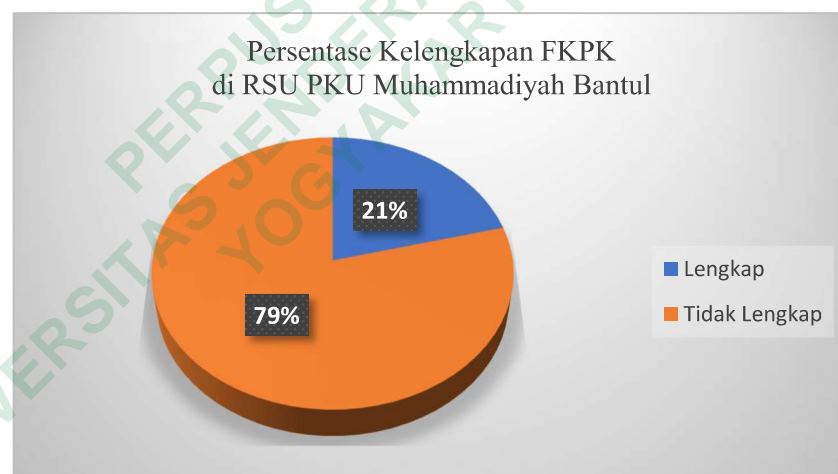
FKPK memiliki peran yang sangat krusial dalam pelaporan kematian di fasilitas pelayanan kesehatan. Kelengkapan pengisian FKPK menjadi aspek krusial karena setiap data yang dilaporkan dapat diandalkan dan dapat dipergunakan untuk kepentingan epidemiologis, perencanaan pelayanan kesehatan dan penentuan kebijakan. Oleh karena itu, penelitian ini menilai sejauh mana kelengkapan pengisian FKPK di RSUD Muhammadiyah Bantul, khususnya pada dua item krusial, yaitu diagnosis penyebab kematian dan kurun waktu. Penelitian yang dilakukan terhadap 77 sampel FKPK dari total populasi 348 berkas kematian pasien rawat inap pada tahun 2022. Penilaian kelengkapan dilakukan dengan membandingkan data diagnosis yang tercantum dalam FKPK dengan resume medis pasien, serta menilai kelengkapan pengisian item kurun waktu pada formulir. Tabel 4.1 berikut menunjukkan gambaran kelengkapan pengisian FKPK secara keseluruhan:

Tabel 4. 1 Persentase Kelengkapan Formulir Keterangan Penyebab Kematian

Tahun	Persentase Kelengkapan				Total
	Lengkap		Tidak Lengkap		
	f	%	f	%	
2022	16	21%	61	79%	77

Sumber: Data Primer Tahun 2022

Berdasarkan dari hasil analisis, ditemukan bahwa 77 FKPK yang telah dianalisis, hanya terdapat 16 sampel (21%) yang terisi lengkap baik pada diagnosis maupun kurun waktu. Sementara itu, terdapat 61 sampel (79%) yang tergolong tidak lengkap. Dari persentase ini menunjukkan bahwa mayoritas FKPK di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul belum terisi secara menyeluruh sesuai dengan standar pelaporan yang diharapkan. Hasil dari kelengkapan FKPK di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul dapat digambarkan menjadi bentuk diagram yaitu sebagai berikut:



Gambar 4. 2 Grafik Persentase Kelengkapan FKPK

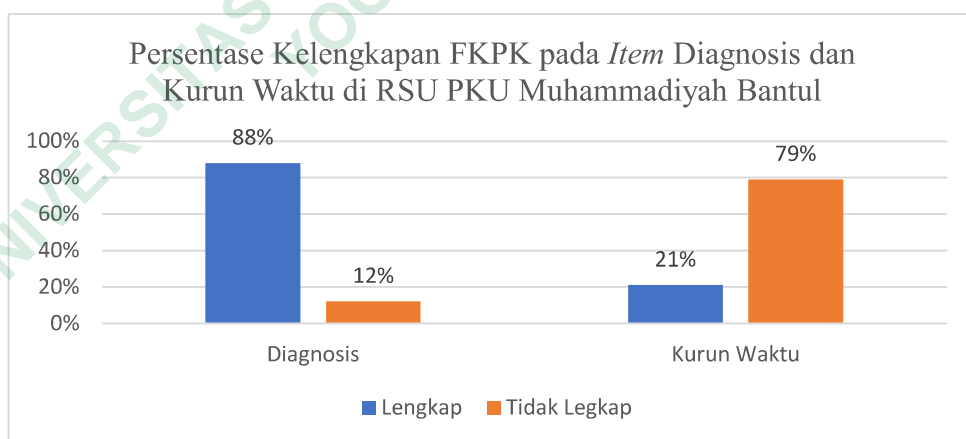
Untuk mendapatkan gambaran yang lebih jelas, kelengkapan FKPK juga ditinjau dari perspektif dua komponen *item*, yaitu diagnosis dan kurun waktu. Terungkap bahwa, *item* diagnosis pada bagian penyebab kematian memiliki tingkat kelengkapan yang cukup tinggi, yakni sebanyak 68 dari 77 formulir (88%) dinyatakan lengkap. Namun, pada *item* kurun waktu, tingkat kelengkapan tergolong rendah, yaitu sebanyak 16 dari 77 formulir (21%) dinyatakan lengkap. Berikut merupakan tabel kelengkapan FKPK pada kategori diagnosis dan kurun waktu:

Tabel 4. 2 Persentase Kelengkapan FKPK pada item Diagnosis dan Waktu

No	Komponen <i>Item</i>	Persentase Kelengkapan			
		Lengkap		Tidak Lengkap	
		f	%	f	%
1	Diagnosis	68	88%	9	12%
2	Kurun Waktu	16	21%	61	79%

Sumber: Data Sekunder Tahun 2022

Tabel di atas dapat diketahui bahwasannya total persentase kelengkapan sampel FKPK berdasarkan kategori diagnosis yaitu sebanyak 68 sampel (88%) dan pada kategori kurun waktu sebanyak 16 sampel (21%). Dari hasil tersebut dapat diketahui bahwa kelengkapan FKPK di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul masih belum optimal, khususnya pada bagian pengisian kurun waktu. Temuan ini mengindikasikan bahwa, walaupun data diagnosis penyebab kematian terdokumentasi dengan baik, namun informasi mengenai lama atau durasi penyakit yang menjadi penyebab kematian belum sepenuhnya diperhatikan dalam pengisian FKPK. Sedangkan untuk kurun waktu itu sendiri merupakan salah satu informasi yang krusial dalam menilai kronologis penyebab kematian dan validitas penentuan UCoD. Hasil dari persentase kelengkapan FKPK pada *item* diagnosis dan kurun waktu di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul dapat digambarkan menjadi bentuk diagram yaitu sebagai berikut:



Gambar 4. 3 Grafik Persentase Kelengkapan pada Diagnosis dan Kurun Waktu

Grafik dari hasil penelitian merepresentasikan perbedaan signifikan antara kelengkapan diagnosis dan ketersediaan kurun waktu, dengan diagnosis yang lebih lengkap, sedangkan untuk kurun waktu masih sangat terbatas.

3. Keterisian *Cause of Death* pada FKPK

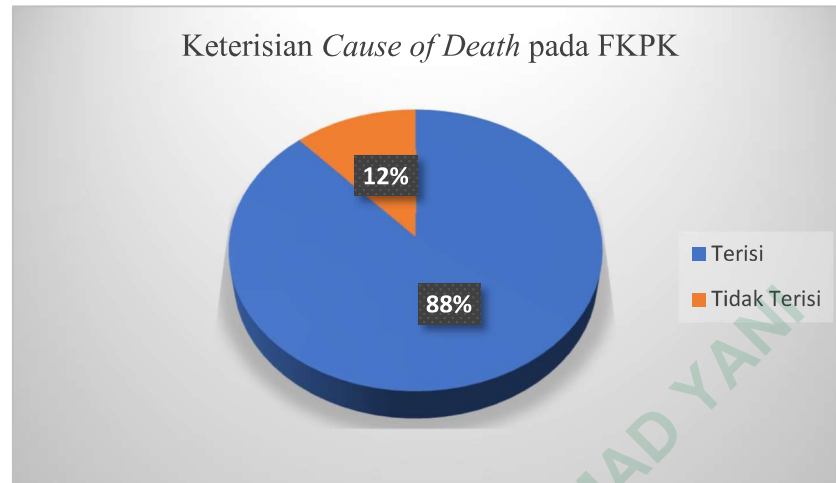
Hasil observasi di RSUD Muhammadiyah Bantul, Pelaporan data kematian merupakan bagian yang krusial dalam sistem informasi kesehatan. RSUD Muhammadiyah Bantul telah melaksanakan pelaporan secara rutin pada setiap bulannya kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul. Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan peneliti, rumah sakit belum pernah melakukan evaluasi yang komprehensif terhadap pengisian FKPK, khususnya dalam aspek penentuan *underlying cause of death* dan kelengkapan kurun waktu. Akibatnya, masih didapati bagian diagnosis dan kurun waktu pada FKPK yang tidak terdokumentasikan secara lengkap. Studi dokumen FKPK yang diteliti yaitu dengan pencatatan diagnosis penyebab kematian pada kolom I (a,b,c), kolom II dan kurun waktu pada FKPK. Keterisian pada penelitian ini difokuskan pada terisinya diagnosis penyebab kematian kolom I (a,b,c) dan kolom II yang diisikan oleh dokter di FKPK sebagai runtutan sebab kematian pasien rawat inap RSUD Muhammadiyah Bantul tahun 2022. Dari keterisian diagnosis yang ada, diharapkan dapat merepresentasikan kronologi klinis pasien secara akurat dan berurutan hingga terjadinya kematian, yang harus diisi oleh dokter sebagai penanggung jawab. Berikut merupakan tabel keterisian FKPK:

Tabel 4. 3 Persentase Keterisian Coding Cause of Death

Tahun	Persentase Keterisian Coding Cause of Death				Total
	Terisi		Tidak Terisi		
	f	%	f	%	
2022	68	88%	9	12%	77

Sumber: Data Sekunder Tahun 2022

Tabel di atas dapat diketahui bahwasannya hasil dari studi dokumen terhadap 77 sampel FKPK di RSUD Muhammadiyah Bantul tahun 2022, diketahui bahwa sebanyak 68 formulir (88%) memiliki isian diagnosis penyebab kematian baik pada kolom I maupun kolom II. Namun, masih terdapat 9 formulir (12%) yang tidak terisi diagnosis penyebab kematian sama sekali (kosong). Hal ini menunjukkan bahwa masih terdapat kelemahan dalam pendokumentasian informasi penting yang seharusnya menjadi dasar dalam pelaporan kematian. Hasil dari keterisian penyebab kematian di RSUD Muhammadiyah Bantul dapat digambarkan menjadi bentuk diagram yaitu sebagai berikut:



Gambar 4. 4 Keterisian *Cause of Death* pada FKPK

Hasil representasi dari diagram tersebut mengungkapkan bahwa meskipun mayoritas FKPK telah memiliki diagnosis penyebab kematian, namun masih terdapat sejumlah formulir yang kosong dan tidak dapat digunakan sebagai sumber data yang akurat dalam pelaporan kematian. Ketiadaan diagnosis pada FKPK dapat menghambat proses penentuan *underlying cause of death* dan berdampak pada validitas statistik kematian di tingkat fasilitas kesehatan maupun wilayah.

4. Ketepatan dan Kualitas *Underlying Cause of Death*

FKPK merupakan instrumen penting dalam sistem pencatatan dan pelaporan kematian. Oleh karena itu, tidak hanya keterisian yang harus diperhatikan, tetapi juga ketepatan diagnosis yang dituliskan oleh dokter, khususnya dalam menentukan *underlying cause of death*. Ketepatan ini menjadi sangat krusial karena data yang dihasilkan akan digunakan sebagai landasan bagi pemangku kebijakan dalam pengambilan keputusan strategis di bidang kesehatan. Dalam penelitian ini, peneliti menggali kembali diagnosis yang telah dituliskan oleh dokter pada bagian I (a, b, c) dan bagian II pada 68 formulir FKPK yang telah terisi. Diagnosis tersebut kemudian di *coding* sesuai klasifikasi ICD-10, selanjutnya dianalisis dengan menggunakan tabel MMDS untuk mengetahui urutan hubungan sebab-akibat dan menentukan *underlying cause of death* yang paling tepat. Hasil dari ketepatan *coding underlying cause of death* pada FKPK di RSUD Muhammadiyah Bantul adalah sebagai berikut:

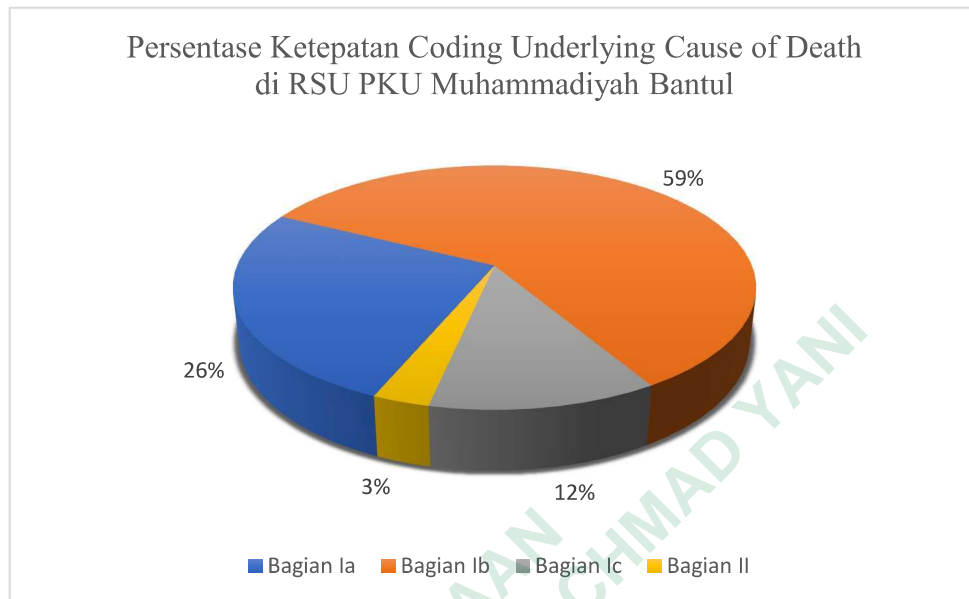
Tabel 4. 4 Ketepatan Pengisian *Underlying Cause of Death*

No	Ketepatan coding UCoD	Total	Persentase
1	Bagian Ia	18	26%
2	Bagian Ib	40	59%
3	Bagian Ic	8	12%
4	Bagian II	2	3%

Sumber: Data Sekunder Tahun 2022

Berdasarkan tabel 4.4 di atas dapat diketahui bahwasannya terdapat 68 sampel FKPK yang terisi diagnosis sebab kematian. Dari 68 sampel FKPK tersebut dapat disampaikan bahwasannya, penempatan *underlying cause of death* paling banyak ditemukan pada bagian Ib yaitu sebanyak 40 formulir atau 59%. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar dokter menuliskan penyebab dasar kematian tidak di bagian paling bawah langsung pada penyakit atau keadaan yang langsung mengakibatkan kematian (Ia), melainkan di tengah runtutan diagnosis, yang seharusnya ditujukan untuk penyebab lantaran penyebab kematian. Selanjutnya, sebanyak 18 formulir (26%) memiliki *underlying cause of death* yang tepat pada bagian Ia, yang secara prinsip adalah posisi yang paling ideal jika pasien memiliki satu penyebab dasar kematian yang langsung menyebabkan kematian. Pada bagian Ic, terdapat 8 formulir (12%) yang menempatkan *underlying cause of death* pada posisi ini, sementara pada bagian II hanya ditemukan 2 formulir (3%) yang mencantumkan penyebab dasar kematian sebagai komorbid atau kondisi yang memiliki berkontribusi tidak langsung terhadap kematian.

Hasil ini menandakan bahwa masih terdapat ketidaksesuaian dalam penulisan urutan sebab kematian oleh dokter, yang berisiko mempengaruhi keakuratan data mortalitas. Secara normatif, *underlying cause of death* harus diletakkan pada posisi yang mencerminkan urutan sebab-akibat secara logis dan sesuai pedoman pengisian FKPK dan ICD-10 *volume 2*. Hasil dari ketepatan *underlying cause of death* pada FKPK di RSUD Muhammadiyah Bantul dapat digambarkan menjadi bentuk diagram yaitu sebagai berikut:



Gambar 4. 5 Grafik Persentase Ketepatan Underlying Cause of Death

Temuan ini dapat diilustrasikan dalam bentuk diagram untuk menggambarkan distribusi ketepatan penempatan *underlying cause of death* pada setiap bagian formulir secara jelas.

B. Pembahasan

1. Persentase Kelengkapan FKPK pada *Item* Diagnosis dan Kurun Waktu di RSUD Muhammadiyah Bantul Yogyakarta

Berdasarkan hasil penelitian, dari total 77 sampel FKPK yang memuat diagnosis penyebab kematian dan kurun waktu kematian, diketahui bahwa kelengkapan pengisian FKPK yaitu hanya 16 sampel (21%) terisi lengkap pada diagnosis penyebab kematian dan kurun waktu kematian. Sementara itu, 61 sampel (79%) tidak terisi secara lengkap. Selanjutnya, ditinjau dari komponen diagnosis penyebab kematian pada FKPK ditemukan sebanyak 68 sampel (88%) yang lengkap. Sedangkan pada komponen kurun waktu tergolong rendah yaitu sebanyak 16 sampel (21%) dinyatakan tidak lengkap. Hal ini menunjukkan bahwa kelengkapan FKPK di RSUD Muhammadiyah Bantul belum optimal, khususnya pada bagian komponen kurun waktu.

Temuan ini konsisten dengan penelitian Budhi (2016) dan Asari *et al.* (2023), yang mengungkapkan bahwa salah satu kendala utama dalam dokumentasi kematian adalah minimnya pelatihan dokter terkait konsep urutan sebab kematian, pengisian kurun waktu kematian dan pengkodean sesuai standar ICD-10. Kondisi ini menunjukkan bahwa meskipun formulir telah diisi oleh dokter, kesalahan dalam penempatan diagnosis sebagai penyebab dasar dan ketidakterisian pada kurun waktu kematian masih sering terjadi. Ketidaklengkapan informasi pada formulir tersebut dapat menimbulkan implikasi serius sehingga memengaruhi validitas data kematian secara epidemiologis. Pada penelitian ini, validasi ketepatan UCoD dilakukan melalui pengkodean ICD-10 dan analisis hubungan sebab-akibat menggunakan tabel *Mortality Medical Data System* (MMDS), sebagai metode standar penentuan UCoD. Hasilnya dapat memperkuat bukti bahwa sebagian besar pengisian belum sepenuhnya mencerminkan pemahaman komprehensif terhadap alur klinis penyakit penyebab kematian.

2. Keterisian *Cause of Death* pada FKPK

Berdasarkan hasil observasi, RSUD Muhammadiyah Bantul melaporkan data kematian kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul secara rutin pada setiap bulannya. Pelaporan ini sesuai dengan ketentuan Permenkes Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, yang mengharuskan fasilitas pelayanan kesehatan mendokumentasikan dan melaporkan data kematian secara tepat dan akurat. Meskipun pelaporan telah berlangsung secara administratif, hasil penelitian menunjukkan bahwa pengisian bagian penyebab kematian pada FKPK masih belum optimal.

Dari 77 sampel FKPK tahun 2022, sebanyak 88% telah terisi penyebab kematian, sedangkan 12% sisanya kosong. Kondisi ini menggambarkan adanya inkonsistensi dalam pencatatan diagnosis penyebab kematian, salah satunya akibat dari tidak terisinya diagnosis utama pada resume medis pasien. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Nurdiansyah (2016) yang menyebutkan hanya terdapat 28 dari 73 sampel resume medis berisi diagnosis utama, sementara sisanya kosong. Apabila resume medis tidak terdokumentasi dengan baik, maka informasi penting seperti penyebab kematian tidak dapat dicantumkan secara akurat pada FKPK.

3. Ketepatan dan Kualitas *Underlying Cause of Death*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari total 68 sampel FKPK yang memuat diagnosis penyebab kematian, ketepatan pengisian UCoD tertinggi terletak pada bagian Ib dengan jumlah 40 sampel (59%). Hasil ini mengindikasikan bahwa mayoritas dokter di RSUD Muhammadiyah Bantul mampu mengisi diagnosis dengan akurat pada posisi yang merupakan penyebab lantaran dalam rangkaian kematian. Pada bagian Ia, ditemukan 18 sampel (26%) yaitu menunjukkan penyebab kematian langsung. Sedangkan pada bagian Ic hanya terdapat 8 sampel (12%) yang tepat, dan pada bagian II ditemukan 2 sampel (3%) yang menggambarkan penyakit atau kondisi lain namun tidak memiliki hubungan dengan penyakit pada bagian Ia, Ib dan Ic. Temuan ini mengindikasikan bahwa mayoritas dokter yang ada di RSUD Muhammadiyah Bantul telah menempatkan diagnosis secara tepat, namun masih terdapat keterbatasan pemahaman dokter terkait struktur dan hubungan kausal diagnosis kematian yang akurat sesuai struktur WHO *International Form of Medical Certificate of Cause of Death*. Idealnya, diagnosis dalam bagian I FKPK harus menggambarkan urutan logis penyakit dari UCoD di bagian terbawah hingga penyebab langsung kematian di bagian atas, sementara bagian II hanya memuat penyakit maupun kondisi lain yang berarti dan berpengaruh, namun tidak berhubungan dengan penyakit yang menyebabkan kematian.

Pengisian diagnosis yang tidak sesuai dengan pedoman ICD-10 dapat menurunkan mutu pelayanan rumah sakit serta memengaruhi akurasi informasi laporan yang disampaikan kepada pihak terkait (Asari et al., 2023). Kualitas dari UCoD sendiri dipengaruhi oleh berbagai faktor medis maupun non-medis, seperti kekeliruan dalam menetapkan diagnosis, kematian pasien saat pemeriksaan medis masih berlangsung, kompleksitas penyakit, ketidaklengkapan pengisian rekam medis, kurangnya pemahaman dalam pengisian FKPK, hingga kesalahan pengkodean yang menjadi penyebab paling umum ketidaktepatan penentuan penyebab kematian (Meilia, 2020). Kondisi ini berpengaruh langsung terhadap mutu data

kematian yang dilaporkan, sehingga memengaruhi validitas analisis epidemiologis, klaim pembiayaan, dan proses administratif seperti halnya penerbitan akta kematian maupun pengurusan asuransi. Oleh karena itu, kelengkapan pengisian *cause of death* pada FKPK perlu menjadi fokus utama rumah sakit, tidak hanya untuk memenuhi kepatuhan administratif, tetapi juga demi tersedianya data kematian yang akurat, lengkap, dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Untuk mengatasinya, rumah sakit perlu mengintegrasikan sistem dokumentasi rekam medis dengan pengisian FKPK, memastikan diagnosis utama tercatat secara tepat, memberikan pelatihan rutin kepada tenaga medis mengenai penulisan penyebab kematian sesuai standar WHO dan ICD-10, serta menerapkan *quality control* yang sistematis sebelum melakukan pelaporan kepada dinas kesehatan

C. Keterbatasan Penelitian

Dalam proses pelaksanaan penelitian, peneliti memiliki banyak keterbatasan sehingga mempengaruhi hasil dari penelitian ini diantaranya; kesehatan yang memburuk sehingga penelitian ini tidak berjalan sebagaimana mestinya, terlena pada suatu hal yang sehingga tidak memikirkan prioritas utama, keterbatasan tenaga, serta keterbatasan kemampuan dalam menyelesaikan penelitian KTI ini. Adapun keterbatasan dari pihak rumah sakit yaitu dalam pengurusan surat izin di RSUD Muhammadiyah Bantul harus menunggu waktu yang lumayan lama. Selanjutnya untuk pengambilan sampel pada berkas rekam medis dibatasi sebanyak 10 berkas tiap harinya.