

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

1. Gambaran Umum Rumah Sakit Nur Hidayah
  - a. Profil Rumah Sakit Nur Hidayah

Rumah Sakit Nur Hidayah beralamat di Jl.Imogiri Timur Km.11 Bembem, Trimulyo, Kec. Jetis, Kab.Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta. Pada tahun 1997 merupakan awal mula kegiatan Yayasan Nur Hidayah di bidang kesehatan yaitu didirikannya Balai Pengobatan Nur Hidayah di Dusun Ngibikan, Canden, Jetis, Bantul. Pada tahun 2000 dimulai praktek pribadi dr. Sagiran dan dr. Tri Ermin Fadlina di Dusun Blawong, Trimulyo, Jetis, Kab.Bantul. Tanggal 29 Juni 2003 diresmikan menjadi Klinik Nur Hidayah dengan layanan 24 Jam. Lalu pada Tahun 2006 gempa mengguncang Daerah Istimewa Yogyakarta dan Klinik Nur Hidayah ditunjuk sebagai Rumah Sakit Lapangan. Tanggal 13 Januari 2008 diresmikan klinik menjadi Rumah Sakit Khusus Bedah Nur Hidayah oleh Kepala Dinas Kesehatan Propinsi DIY dan Ustadz Yusuf Mansur. Izin Penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Nur Hidayah dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul dengan nomor 445/DP/P/RSU/01/X/2010. Pada tanggal 22 Januari 2011 telah diresmikan menjadi Rumah Sakit Umum Nur Hidayah.

Rumah Sakit Nur Hidayah merupakan rumah sakit tipe D dan terakreditasi PARIPURNA yang telah terbit sertifikat pada tanggal 6 Desember 2019 terbit sertifikat dengan nomor KARSSERT/1276/XII/2019 dengan tingkat kelulusan PARIPURNA. Pada tanggal 2 Januari 2023, Rumah Sakit Nur Hidayah resmi menerima sertifikat akreditasi dengan nomor KARS/SERT/543/XII/2022. Sertifikat ini dikeluarkan oleh KARS dengan tingkat kelulusan PARIPURNA, yang menegaskan bahwa RS Nur Hidayah telah memenuhi semua standar yang ditetapkan oleh KARS. Selain terakreditasi oleh KARS, Rumah Sakit Nur

Hidayah juga sudah tersertifikasi sebagai Rumah Sakit Syariah oleh Majelis Ulama Indonesia pada tanggal 04 September 2017. Sehingga seluruh pelayanan di Rumah Sakit Nur Hidayah mengacu pada standar-standar yang berselaraskan islami.

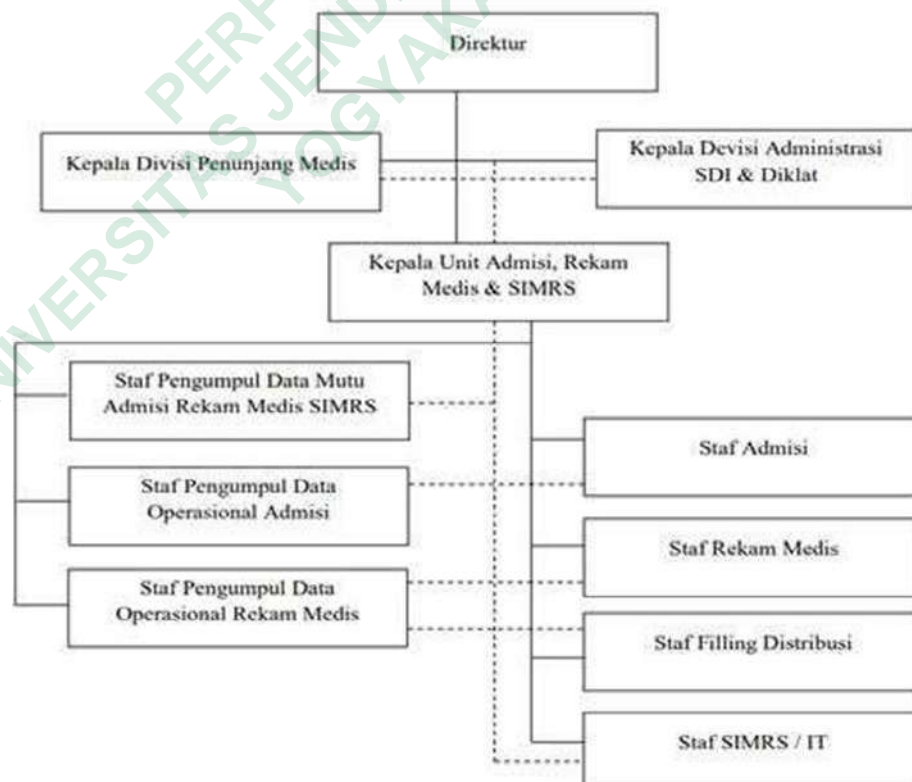
b. Visi Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul

Menjadi rumah sakit holistik islami yang profesional, terkemuka di Yogyakarta dan sekitarnya

c. Misi Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar akreditasi dan sertifikasi syariah dengan mengutamakan kepuasan pelanggan.
- 2) Meningkatkan perilaku hidup sehat dan islami masyarakat dengan mengembangkan kegiatan sosial, promotif dan edukatif.
- 3) Mengembangkan unggulan layanan medis terintegrasi dengan komplementer islami.

d. Struktur Organisasi Unit Rekam Medis



**Gambar 4.1** Struktur Organisasi Unit Rekam Medis

## Keterangan :

- 1) Direktur : dr. Estianna Khoirunnisa, MPH
  - 2) Kepala Divisi Penunjang Medis : Apt. Tri Puji Rahayu, S.Far
  - 3) Kepala Divisi Administrasi, SDI & Diklat : Kuncoro Wahyudianto, SE
  - 4) Kepala Unit Rekam Medis, Admisi & SIM RS : Budhi Wicaksono, Amd.RMIK
  - 5) Staf Pengumpul Data Operasional Rekam Medis : Chrisna Nur Refeliyana,Amd. Kes
  - 6) Staf Pengumpul Data Operasional Admisi : Dwi Priyo Handoyo
  - 7) Staf Pengumpul Data Operasional Mutu Amisi, Rekam Medis dan SIM RS :Yeyen Ruliyanti, Amd. RMIK
  - 8) Staf Admisi : Sumiarsih, Ainul Fidati, Triyanti, Lilis Handayani, Yufi Sulistiyani, Endyna Widasti, Anggun Sehati, Dwi Nuraini
  - 9) Staf Rekam Medis : Devi Erlinda Wahyuningsih, Amd. Kes
  - 10) Staf Filling & Distribusi : Agung Nugroho, Imron Rosadi, Agus Salim, Saiful Hidayah
  - 11) Staf IT : Irfandy Dewanto, S.Kom , Surahmat Laguni, S.Kom
2. Karakteristik Responden dan *Triangulasi* Sumber di Rumah Sakit Nur Hidayah
- Data dalam penelitian ini diperoleh melalui wawancara mendalam dengan dua orang informan utama dan satu informan *triangulasi* sumber. Seluruh informan berasal dari unit rekam medis Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul dan memiliki pengalaman kerja yang cukup lama, yakni di atas satu tahun, yang menunjukkan pemahaman dan keterlibatan yang baik dalam proses pelaporan mortalitas di rumah sakit. Petugas rekam medis yang dipilih merupakan petugas yang melakukan tugas melaporkan data mortalitas pasien. Lalu kepala rekam medis dipilih sebagai *triangulasi* sumber karena kepala rekam medis juga melakukan tugas untuk melaporkan data mortalitas pasien dan juga yang bertanggung jawab terhadap pelaporan di unit rekam medis. Kepala rekam medis juga lebih tahu terhadap SPO di unit rekam medis.

Tabel 4.1 Karakteristik Informan

No	Informan	Jenis Kelamin	Jabatan	Lama Bekerja
1	Triangulasi sumber	Laki-laki	Kepala rekam medis	12 Tahun
2	Responden 1	Perempuan	Petugas RM penanggung jawab operasional	6 Tahun
3	Responden 2	Perempuan	Petugas RM penanggung jawab mutu	10 Tahun

Informan *triangulasi* adalah seorang laki-laki yang menjabat sebagai Kepala Rekam Medis dan telah bekerja selama 12 tahun. Informan ini memberikan pandangan yang bersifat strategis dan manajerial terkait kebijakan serta implementasi pelaporan kematian di rumah sakit. Sementara itu, dua informan utama adalah petugas rekam medis berjenis kelamin perempuan. Responden pertama memiliki masa kerja selama 6 tahun, sedangkan responden kedua telah bekerja selama 10 tahun. Keduanya terlibat langsung dalam pencatatan dan pengelolaan data kematian pasien di unit rekam medis, sehingga mampu memberikan informasi yang bersifat teknis-operasional terkait pelaksanaan prosedur pelaporan mortalitas.

Dengan komposisi informan yang memiliki latar belakang dan pengalaman kerja yang memadai, maka data yang diperoleh dalam penelitian ini dapat dianggap relevan dan kredibel untuk digunakan dalam merancang standar prosedur operasional (SPO) pelaporan mortalitas di rumah sakit.

### 3. Analisis Kebutuhan Perancangan Standar Prosedur Operasional Pelaporan Mortalitas

Analisis kebutuhan dalam perancangan Standar Prosedur Operasional (SPO) pelaporan mortalitas dilakukan dengan pendekatan kualitatif melalui wawancara mendalam terhadap tiga informan dari unit rekam medis Rumah Sakit Nur Hidayah, yang terdiri dari dua petugas rekam medis (Responden 1 dan Responden 2) serta Kepala Rekam Medis sebagai triangulasi sumber. Data yang diperoleh dari hasil wawancara kemudian direduksi dan dianalisis secara tematik untuk mengidentifikasi aspek-aspek penting yang menjadi kebutuhan dalam penyusunan standar prosedur operasional pelaporan mortalitas. Berikut

ini adalah uraian kebutuhan perancangan standar prosedur operasional yang disusun berdasarkan tema-tema hasil reduksi data:

a. Pengumpulan

Pengumpulan data pelaporan mortalitas merupakan proses awal dalam pencatatan kejadian kematian pasien di rumah sakit. Proses ini menjadi fondasi penting bagi keakuratan dan kelengkapan data kematian yang nantinya akan dikelola oleh unit rekam medis.

1) Sumber data

Sumber data adalah asal informasi atau unit-unit di rumah sakit yang memberikan data awal terkait kejadian kematian pasien. Dalam konteks pelaporan mortalitas, sumber data menjadi dasar utama dalam menyusun laporan, karena dari sini informasi tentang pasien yang meninggal diperoleh sebelum dilakukan pengolahan dan pelaporan lebih lanjut.

*"Semuanya benar ini Rawat Inap, IGD, Rawat Jalan."*

Responden 1 dan 2

Dari hasil wawancara dengan responden 1, sumber data kematian berasal dari seluruh unit pelayanan di rumah sakit, baik yang bersifat rawat jalan, rawat inap, maupun layanan gawat darurat seperti IGD. Responden 2 juga menegaskan bahwa seluruh unit yang menangani pasien secara langsung dapat menjadi sumber data kematian yang nantinya akan dihimpun oleh bagian rekam medis.

Kepala Rekam Medis selaku *triangulasi* sumber membenarkan hal tersebut dan menambahkan bahwa tidak hanya dibatasi pada jenis layanan, tetapi juga mencakup semua jenis pelayanan yang ada di Rumah Sakit Nur Hidayah.

*"Dari rawat inap dan rawat jalan, semua pelayanan. Jadi tidak hanya unit tertentu.....karena di rumah sakit ini tidak hanya ada rawat jalan sama rawat inap.....di semua unit pelayanan klinis seperti ICU, IGD, Rawat inap, Rawat jalan, Hemodialisa, dsb."*

*Triangulasi Sumber*

Semua unit pelayanan klinis di rumah sakit merupakan sumber data untuk pelaporan mortalitas. Unit-unit pelayanan klinis yang menangani pasien secara langsung dan memiliki potensi mencatat kejadian kematian yang berperan sebagai sumber data utama. Unit-unit tersebut antara lain IGD, rawat inap, ICU, Hemodialisa, poliklinik rawat jalan. Di unit-unit ini, data kematian pasien dicatat oleh dokter atau perawat, serta dilengkapi dengan surat keterangan kematian dari dokter yang bertanggung jawab. Sementara itu, unit non-klinis seperti laboratorium, farmasi, gizi, radiologi, dan unit administratif lainnya tidak mencatat kematian pasien dan oleh karena itu tidak menjadi sumber data langsung dalam pelaporan mortalitas ke Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS).

## 2) Pencatat kematian pertama

Pencatat kematian pertama merujuk pada pihak atau petugas yang pertama kali mencatat kejadian kematian pasien. Pencatatan ini dilakukan pada saat atau segera setelah pasien dinyatakan meninggal, dan berfungsi sebagai pencatatan awal yang menjadi acuan dalam proses pelaporan di rumah sakit.

"Dokter atau perawat."

Responden 1 dan Responden 2

Berdasarkan hasil wawancara dari responden 1, pencatatan awal kejadian kematian dilakukan oleh tenaga medis yang menangani pasien secara langsung, baik itu dokter jaga maupun perawat di bangsal atau IGD. Mereka bertugas mencatat data pasien meninggal di SIMRS. Responden 2 juga menjelaskan bahwa dokter dan perawat yang sedang jaga bertugas untuk mencatat data pasien meninggal di SIMRS.

Kepala Rekam Medis selaku *triangulasi* sumber mempertegas bahwa pencatatan awal memang menjadi tanggung jawab petugas pelaksana medis (dokter atau perawat), dan rekam medis hanya menerima hasil dari pencatatan tersebut untuk keperluan pelaporan.

*"Yang mencatat kematian pertama jelas petugas pelaksana, bisa perawat bisa dokter."*

*Triangulasi Sumber*

Dengan demikian, peran tenaga medis sebagai pencatat pertama kematian sangat penting untuk menjamin bahwa informasi yang masuk ke unit rekam medis adalah akurat, lengkap, dan terekam tepat waktu. Hal ini juga menegaskan perlunya integrasi yang baik antara unit pelayanan dan sistem informasi rumah sakit guna mendukung kelancaran pelaporan mortalitas.

### 3) Sistem dan proses pengumpulan

Sistem dan proses pengumpulan adalah metode dan alur kerja yang digunakan untuk menghimpun atau mengumpulkan data kematian dari berbagai sumber data. Proses ini melibatkan penggunaan sistem informasi maupun mekanisme manual yang dirancang untuk memastikan data terkumpul secara sistematis, lengkap, dan sesuai kebutuhan pelaporan.

*"Nanti misalnya dia meninggalnya di IGD ada cara pulangnya, dia pulang di pulangkan dokter, APS atau meninggal atau dirujuk. Nah kalau misalnya dia meninggal yaudah dipilih meninggal terus nanti diterbitkan surat keterangan kematiannya"*

*Responden 1*

Berdasarkan hasil wawancara, responden 1 menyampaikan bahwa saat pasien dinyatakan meninggal, dokter akan menerbitkan Surat Keterangan Kematian di SIMRS. Responden 2 menyatakan bahwa data awal kematian berasal dari unit pelayanan klinis seperti bangsal, IGD. Perawat atau dokter mencatat kejadian kematian di SIMRS dan petugas rekam medis mengumpulkan datanya. Proses pengumpulan data pelaporan mortalitas di Rumah Sakit Nur Hidayah dilakukan menggunakan sistem berbasis digital, yaitu melalui SIMRS.

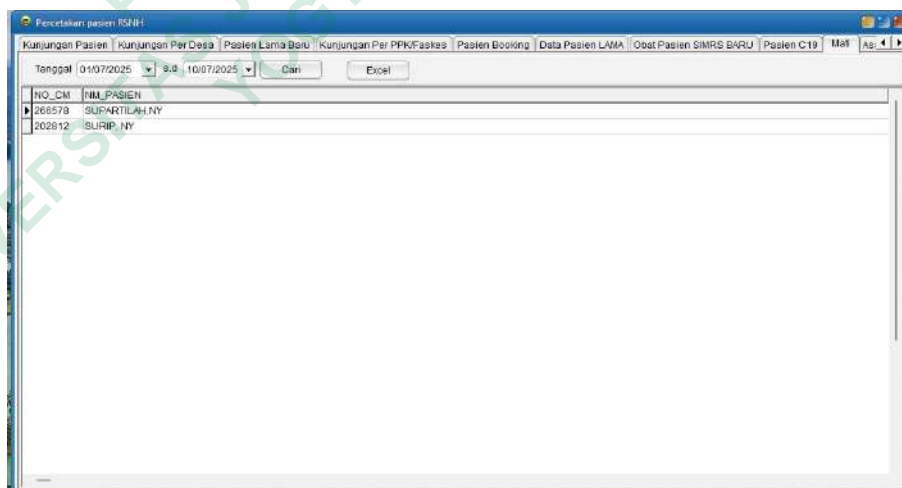
*"Biasanya kalau ada pasien yang meninggal, data awalnya dari bangsal atau IGD. Nanti perawat atau dokter mencatat kejadian kematian di SIMRS, lalu kami kumpulkan datanya dari SIMRS."*

Responden 2

Hasil wawancara dari *triangulasi* sumber, yaitu Kepala Rekam Medis menjelaskan bahwa pengumpulan data dilakukan melalui menu "pasien meninggal" di SIMRS, dimana tersedia informasi lengkap seperti nama pasien, nomor rekam medis, alamat, tanggal lahir, dan diagnosa kematian yang sudah dikodifikasi.

*"Kalau pengumpulan datanya semuanya berbasis digital. Artinya menggunakan sistem ataupun menggunakan Excel karena ada laporan yang di unit-unit tertentu itu masih menggunakan Excel jadi kita kumpulkan data Excelnya yang ada di SIMRS, nanti ada yang namanya menu pasien meninggal. Disana terdapat data nama, nomor RM, tanggal lahir, alamat, diagnosa. Diagnosanya ini sudah berupa kodifikasi ya jadi disitu kita kumpulkan datanya kita jumlahkan berapa yang meninggal, kasus A misal dengan pasien rawat jalan atau rawat inap."*

Triangulasi Sumber



**Gambar 4.2** Proses Pengumpulan Data Melalui SIMRS

Dapat disimpulkan bahwa informasi yang disampaikan oleh responden 2 telah sesuai dengan keterangan dari *triangulasi* sumber, yaitu Kepala Rekam Medis. Responden 2 menjelaskan bahwa data kematian berasal dari unit pelayanan seperti bangsal, IGD dan dicatat

dalam SIMRS, lalu dikumpulkan oleh petugas rekam medis. Pernyataan tersebut sejalan dengan penjelasan Kepala Rekam Medis mengenai penggunaan menu “pasien meninggal” di SIMRS. Sebaliknya, jawaban Responden 1 tidak sepenuhnya sesuai, karena hanya menekankan pada penerbitan Surat Keterangan Kematian oleh dokter tanpa menjelaskan proses pengumpulan data oleh petugas rekam medis yang lebih sistematis seperti yang dijelaskan oleh *triangulasi* sumber.

#### b. Pengolahan

Pengolahan data pelaporan mortalitas merupakan tahap lanjutan setelah data kematian dikumpulkan dari unit-unit pelayanan.

##### 1) Proses pengolahan

Proses pengolahan adalah tahapan sistematis untuk menyusun, menyaring, dan menganalisis data kematian yang telah dikumpulkan dari berbagai sumber. Pada tahap ini, data mentah diolah menjadi data terstruktur melalui proses klasifikasi, pengelompokan berdasarkan variabel tertentu (seperti diagnosa, jenis kelamin, usia, dan lama rawat), serta dilakukan perhitungan jumlah kasus atau tren kematian. Tahapan ini penting untuk menghasilkan data yang siap disajikan dan digunakan dalam pelaporan.

*"Di upload sih nanti discan terus nanti semisal mau dibuat laporan bulanan ya tinggal ditarik aja dari kapan sampai kapan terus nanti ada datanya yang meninggal di SIMRS"*

Responden 1

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan, responden 1 menyatakan bahwa data kematian diunggah ke sistem, lalu ketika akan dibuat laporan bulanan, data tersebut tinggal ditarik dari SIMRS berdasarkan periode waktu tertentu. Responden 2 menambahkan bahwa setelah data ditarik dari SIMRS, proses dilanjutkan dengan pemfilteran berdasarkan jenis kelamin, umur, diagnosa, serta waktu kematian pasien (lebih atau kurang dari 48 jam). Data yang telah difilter kemudian direkap secara bulanan.

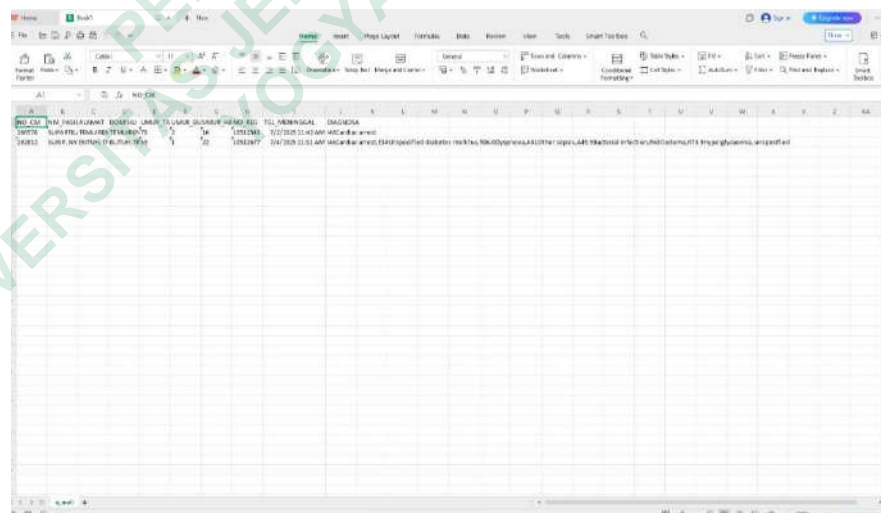
*"Kami olah dengan Excel. Data dari SIMRS kami tarik, lalu difilter sesuai jenis kelamin, umur, diagnosa, dan waktu kematiannya, apakah lebih atau kurang dari 48 jam. Setelah itu kami rekap bulanan."*

Responden 2

Hal itu juga diperkuat dengan hasil wawancara Kepala Rekam Medis sebagai *triangulasi* sumber yang menjelaskan bahwa langkah pengolahan data setelah dikumpulkan diawali dengan analisa menggunakan metode *scoring* diagnosa. Diagnosa yang paling sering muncul diklasifikasikan berdasarkan jenis kelamin dan waktu kematian (lebih atau kurang dari 48 jam).

*".....analisa ini berupa biasanya men-scoring dari data-data berdasarkan diagnosa jadi berdasarkan diagnosa kita filter diagnosa apa yang paling banyak kita akan jumlahkan habis itu kita jumlahkan sesuai dengan jenis kelaminnya laki-laki perempuan terus kita jumlahkan juga berdasarkan status kematiannya bisa lebih dari 48 jam dan kurang dari 48 jam."*

Triangulasi Sumber



**Gambar 4.3** Proses Pengolahan Data Pada *Excel*

Dapat disimpulkan bahwa proses pengolahan data dilakukan dengan cara menarik data dari SIMRS lalu diolah menggunakan *excel* kemudian men-*scoring* data-data tersebut berdasarkan diagnosa dan difilter diagnosa apa yang paling banyak ditemukan. Setelah itu

dijumlahkan sesuai dengan jenis kelaminnya dan dijumlahkan juga berdasarkan status kematiannya.

2) Perangkat lunak atau sistem informasi yang digunakan

Perangkat lunak yang digunakan merujuk pada aplikasi atau sistem yang dimanfaatkan dalam proses pengolahan data. Dalam konteks rumah sakit, perangkat lunak ini biasanya mencakup Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) untuk menarik data pasien, serta *software* pengolah data seperti *Microsoft Excel* atau sejenisnya yang digunakan untuk memfilter, menghitung, dan menyusun data menjadi informasi yang mudah dianalisis dan dilaporkan.

"Yang utama SIMRS, lalu kami gunakan Excel untuk rekap manual."

Responden 1 dan Responden 2

Berdasarkan hasil wawancara dengan Responden 1, sistem informasi yang digunakan pada tahap pengolahan adalah SIMRS. Responden 1 tidak memberikan penjelasan lebih lanjut apakah SIMRS hanya sebagai alat input atau juga sebagai alat pengolahan data. Responden 2 menjelaskan bahwa data diolah menggunakan *Microsoft Excel*, setelah ditarik dari SIMRS. *Excel* digunakan untuk melakukan filter berdasarkan beberapa kategori seperti jenis kelamin, umur, diagnosa, dan waktu kematian. Data ini dapat difilter dan diolah lebih lanjut sesuai kebutuhan laporan.

Kepala rekam medis sebagai *triangulasi* sumber menyatakan bahwa seluruh data, baik dari SIMRS maupun *Excel* digabung menjadi satu yang disebut *Excel Master*, dan dari situlah data dianalisis dan diolah lebih lanjut.

*"Kita semuanya menggunakan Excel. Jadi data dari SIMRS kita jadikan satu di data Excel Master namanya. Semua data walaupun dia mengentrinya ke SIMRS dan sebagainya, kita akan menggantikan Outputnya ke Excel juga untuk kita filter kayak tadi yang saya sebut di awal untuk memisahkan antara pasien yang meninggal 48 jam dan kurang dari 48 jam dan jenis kelaminnya"*

*Triangulasi Sumber*

Dari hasil wawancara tersebut, terdapat perbedaan informasi antara responden 1 dan dua narasumber lainnya. Responden 1 hanya menyebutkan "SIMRS" tanpa menjelaskan lebih lanjut, sedangkan Responden 2 dan Kepala RM menyatakan bahwa data memang berasal dari SIMRS, tetapi tetap diolah menggunakan *Excel*.

### 3) Validasi dan pengecekan data

Validasi data adalah tahap pemeriksaan untuk memastikan bahwa data kematian yang telah diolah adalah akurat, konsisten, dan sesuai dengan sumber aslinya. Proses ini melibatkan pengecekan ulang terhadap data input, verifikasi diagnosa, serta konfirmasi terhadap kelengkapan dan kesesuaian data antar unit. Validasi bertujuan untuk mencegah terjadinya kesalahan pelaporan yang dapat mempengaruhi kualitas informasi dan pengambilan keputusan.

*"Paling dokter yang ngecek ulang semisal ada audit misalnya ada yang meninggal karena diagnosa tertentu, nanti kita cek lagi sama dokter"*

*Responden 1*

Responden 1 menyatakan bahwa pengecekan ulang data biasanya dilakukan oleh dokter saat ada audit, terutama jika ada kasus kematian karena diagnosa tertentu. Jika ditemukan data yang tidak lengkap, maka data tersebut tidak akan dilaporkan dan menunggu hingga dilengkapi. Sedangkan Responden 2 menyampaikan bahwa pengecekan data dilakukan saat rekap bulanan. Bila ada data yang tidak lengkap, petugas akan mengonfirmasi ke unit terkait. Data yang belum lengkap akan ditunda pelaporannya.

*"Biasanya kami cek saat rekap bulanan. Kalau ada data yang belum lengkap, kami konfirmasi dulu ke unit. Kalau belum bisa dilengkapi, ya datanya kami pending."*

Responden 2

Kepala Rekam Medis selaku *triangulasi* sumber menjelaskan bahwa validasi dan pengecekan data merupakan bagian dari tahap analisis data. Dalam tahap ini, seluruh elemen data diperiksa secara sistematis, termasuk kelengkapan jenis kelamin, tanggal kematian, serta diagnosis penyebab kematian. Jika ditemukan data yang belum lengkap, maka data tersebut tidak akan digunakan dalam laporan. Data hanya akan dimasukkan apabila sudah dilengkapi. Bila tidak dapat dilengkapi, maka data akan dianggap tidak valid dan tidak diikutsertakan dalam pelaporan resmi.

*"Selama ini data yang kita temukan semuanya kan ngga ada yang ngga lengkap dan ngga valid karena ada tahapan analisa tadi... Misalnya dianalisa tadi ada data, oh ini enggak ada data jenis kelamin, dsb....Jadi kalau datanya belum lengkap ya kita enggak pakai data itu....Menunggu sampai dilengkapi"*

Triangulasi Sumber

Dari ketiga wawancara tersebut, dapat disimpulkan bahwa terdapat ketidaksesuaian persepsi antara Responden 1 dengan dua informan lainnya. Responden 1 menekankan bahwa pengecekan lebih bersifat insidental dan dilakukan oleh dokter saat audit tertentu, sedangkan Responden 2 dan Kepala Rekam Medis menyatakan bahwa validasi dilakukan secara rutin oleh petugas rekam medis sebagai bagian dari proses rekapitulasi dan analisis data. Hal ini mengindikasikan perlunya adanya penyeragaman pemahaman dan prosedur terkait mekanisme validasi data kematian, agar seluruh pihak memiliki persepsi yang sama dalam menjalankan fungsi kontrol mutu data mortalitas di rumah sakit.

### c. Penyajian

Penyajian data pelaporan mortalitas adalah proses sebelum melaporkan data mortalitas ke pihak-pihak terkait. Proses ini menampilkan hasil olahan

data dalam bentuk yang mudah dibaca dan dipahami oleh pihak manajemen maupun instansi eksternal.

1) Format penyajian data

Format penyajian data adalah cara atau bentuk visualisasi informasi yang digunakan untuk menampilkan hasil pengolahan data agar mudah dipahami oleh pembaca atau pihak yang membutuhkan informasi tersebut.

*"Dalam bentuk format apa ya...NDR GDR ada perbulan, tabel grafik juga ada"*

Responden 1

Responden 1 menyampaikan bahwa format penyajian mencakup grafik dan tabel, serta indikator mortalitas seperti NDR (*Net Death Rate*) dan GDR (*Gross Death Rate*) per bulan. Hal tersebut disampaikan saat ditanya mengenai bentuk atau format dari data yang disajikan. Sedangkan Responden 2 menyatakan bahwa grafik disusun secara bulanan untuk menggambarkan tren kematian, disertai dengan tabel jumlah kasus berdasarkan diagnosa.

*"Kami buat grafik bulanan, biasanya tren kematian. Disertai tabel jumlah kasus berdasarkan diagnosa."*

Responden 2

Kepala Rekam Medis sebagai *triangulasi* sumber menyatakan bahwa data disajikan dalam bentuk grafik dan tabel yang menunjukkan tren naik turun jumlah kematian per bulan yang memuat diagnosa pasien meninggal, jenis kelamin, dan status meninggal lebih atau kurang dari 48 jam. Grafik ini dibuat dari hasil analisis dan jumlah kasus pasien meninggal, serta digunakan untuk melihat pola kematian apakah meningkat atau menurun.

*"Kalau untuk penyajian semuanya dalam bentuk grafik tabel, jadi ada grafik tabel naik turun per bulan, jadi jumlah pasien kita bikin grafik, pergerakannya itu seperti apa, semakin turun apa semakin naik. Untuk penyajian dalam bentuk data yang sudah dibuat laporannya tadi.....Dari sumber data yang sudah kita olah, kita akan tampilkan dalam bentuk laporan berupa jumlah pasien itu setiap diagnosa dari pasien yang meninggal kurang atau lebih dari 48 jam dan jenis kelaminnya laki-laki dan perempuan berapa. Karena data yang dikirim juga seperti itu"*

*Triangulasi Sumber*

Dapat disimpulkan bahwa seluruh informan menyatakan format penyajian data pelaporan mortalitas berupa tabel yang berupa jumlah pasien setiap diagnosa berdasarkan jenis kelamin, waktu kematian, dan kelompok umur. Namun Responden 1 juga menyebutkan bahwa data juga disajikan dalam format GDR dan NDR. Hal tersebut tidak sesuai seperti pernyataan yang diberikan oleh kepala rekam medis sebagai *triangulasi sumber* yang tidak menyebutkan format NDR dan GDR.

#### d. Pelaporan

Pelaporan data mortalitas adalah kegiatan menyampaikan informasi terkait angka kematian pasien kepada pihak internal rumah sakit maupun pihak eksternal seperti Dinas Kesehatan dan Kementerian Kesehatan.

##### 1) Proses pelaporan

Proses pelaporan adalah tahapan sistematis yang dilakukan untuk menyusun dan menyampaikan data mortalitas ke pihak internal dan eksternal setelah melalui proses pengolahan. Proses ini memastikan bahwa data yang disampaikan sudah final, sesuai, dan dapat dipertanggungjawabkan.

*"Tinggal tarik aja, maksudnya bulan Mei ya, dari tanggal 1 sampai tanggal 31 ditarik, yang mau diambil apa, data kematiannya gitu udah tinggal tarik aja udah selesai"*

*Responden 1*

Berdasarkan hasil wawancara dari kedua informan, proses pelaporan data mortalitas di Rumah Sakit Nur Hidayah dilakukan melalui sistem

SIRS. Responden 1 menyampaikan bahwa pelaporan dilakukan dengan cara menarik data dari sistem berdasarkan periode tertentu, seperti dari tanggal 1 sampai 31 dalam satu bulan. Data yang ditarik adalah data kematian. Responden 2 menjelaskan bahwa pelaporan dilakukan melalui menu laporan mortalitas-morbiditas pada aplikasi SIRS. Dalam menu tersebut, petugas memasukkan data ke kolom-kolom yang telah ditentukan, seperti kolom jenis kelamin, status kematian (kurang dari 48 jam atau lebih dari 48 jam), dan kode diagnosa.

*"Prosesnya itu dilakukan di menu laporan mortalitas-morbiditas dengan memasukkan data kolom-kolom seperti jenis kelamin, status meninggal, dan kode diagnosa di SIRS."*

Responden 2

Kepala Rekam Medis sebagai *triangulasi* sumber memperkuat bahwa pelaporan dilakukan di menu laporan mortalitas-morbiditas pada SIRS. Dalam proses ini, data yang telah dihitung sebelumnya dimasukkan ke dalam tiga kolom utama yaitu jenis kelamin, status meninggal lebih atau kurang dari 48 jam, dan kodifikasi diagnosa.

*"Kalau untuk prosesnya kita cek di menu laporan mortalitas morbiditas, kita masukkan angkanya, angka yang sudah kita sum tadi, laporannya, jumlahnya, ke kolom-kolom yang sudah dituliskan, ada kolom jenis kelamin, dsb. Pasien meninggal lebih dari 48 jam dan kurang dari 48 jam, kita masukkan juga kodifikasinya. Jadi ada tiga kolom utama jenis kelamin, status meninggalnya lebih dari 48 atau kurang dari 48 jam dan kodifikasinya di SIRSnya seperti itu"*

Triangulasi Sumber

No.	Kelompok ICD-10	Kelompok Diagnosis Penyakit	Jumlah Pasien Hingap dan Mati Menurut Jenis Kelamin			Jumlah Pasien Keluar Mati		
			Laki-Laki	Perempuan	Total	Laki-Laki	Perempuan	Total

**Gambar 4.4** Pelaporan Mortalitas Melalui SIRS Online

Dapat disimpulkan bahwa pelaporan mortalitas dilakukan pada SIRS online pada menu "Laporan Mortalitas/Morbiditas" dengan cara memasukkan angka pada kolom-kolom jenis kelamin, waktu kematian, usia, dan kode diagnosa. Namun jawaban dari responden 1 kurang menjelaskan bagaimana proses pada saat melaporkan data mortalitas di SIRS secara lengkap.

## 2) Target pelaporan

Target pelaporan adalah pihak-pihak yang menjadi tujuan utama dari penyampaian data kematian pasien. Dalam sistem rumah sakit, target pelaporan terbagi menjadi dua internal dan eksternal. Internal meliputi manajemen rumah sakit, seperti direktur atau kepala bidang, sedangkan eksternal mencakup instansi di luar rumah sakit seperti Dinas Kesehatan dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

*"Yang membutuhkan, misalnya Dinkes butuh nih.....nah nanti dilaporkannya ke Dinkes. Kalau di pihak internal rumah sakit ke bagian direksi apa direktur biasanya"*

Responden 1 dan Responden 2

Berdasarkan hasil wawancara dari ketiga informan, target pelaporan data mortalitas mencakup pihak internal rumah sakit dan pihak eksternal. Responden 1 menyampaikan bahwa pelaporan dilakukan kepada pihak yang membutuhkan, seperti Dinas Kesehatan. Untuk internal rumah sakit, pelaporan dilakukan kepada direksi atau direktur.

Responden 2 juga menyatakan bahwa laporan ditujukan ke direktur rumah sakit dan ke Dinas Kesehatan Kabupaten atau Provinsi.

Kepala rekam medis sebagai *triangulasi* sumber menjelaskan dengan rinci mengenai target pelaporan. Untuk pihak internal, laporan ditujukan ke direksi, yang terdiri dari direktur, kepala divisi, hingga kepala unit rawat inap, rawat jalan dan IGD. Sementara itu, untuk eksternal, laporan ditujukan ke Dinas Kesehatan Provinsi dan Kementerian Kesehatan, sedangkan di tingkat kabupaten laporan ditujukan ke Dinas Kesehatan Kab.Bantul.

*"Kalau internal ya ke direksi. Direksi ini bisa Direktur, Kepala Divisi dan sebagainya. Sebagainya itu bisa rawat jalan atau kepala unit rawat jalan, IGD dan sebagainya. Kalau untuk pihak eksternal, kita biasanya ke Dinas Provinsi. Provinsi itu bisa Dinkes, bisa Kemenkes, karena komisi ada dua, ada Dinkes, ada Kemenkes. Terus kalau kabupaten itu ke Dinas Kesehatan, kalau kabupaten Bantul biasanya, itu berupa ke Dinkes, nggak ada Kemenkes, Kemenkes hanya di provinsi aja, cuma di pusat"*

*Triangulasi Sumber*

Ketiga narasumber menyampaikan bahwa target pelaporan terdiri dari pihak internal (direksi rumah sakit) dan eksternal (Dinkes kabupaten, provinsi, dan Kemenkes).

### 3) Media pelaporan

Media pelaporan adalah sarana yang digunakan untuk mengirimkan laporan ke pihak yang dituju (internal dan eksternal).

*"SIRS Online, kalau dari Dinkes itu kan punya aplikasi sendiri ya, perpenyakit itu ada laporannya sendiri"*

*Responden 1*

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan responden 1 menyampaikan bahwa pelaporan dilakukan melalui SIRS Online. Sedangkan Responden 2 menyampaikan bahwa media yang digunakan meliputi *PowerPoint* atau *Excel* untuk laporan internal, SIRS untuk Dinas Kesehatan dan Kementerian Kesehatan.

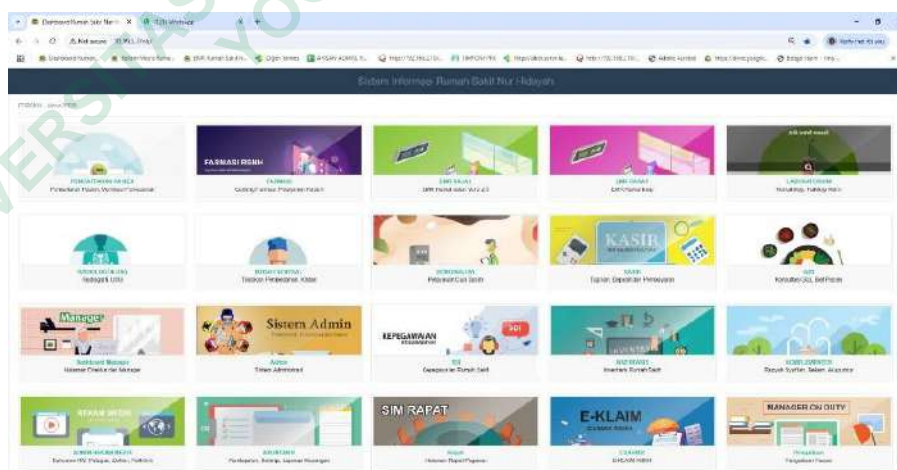
*”Untuk internal, kami menggunakan PowerPoint atau Excel yang disiapkan khusus untuk direksi dan kepala unit. Kalau untuk eksternal, kami gunakan aplikasi SIRS dari Kementerian Kesehatan.*

Responden 2

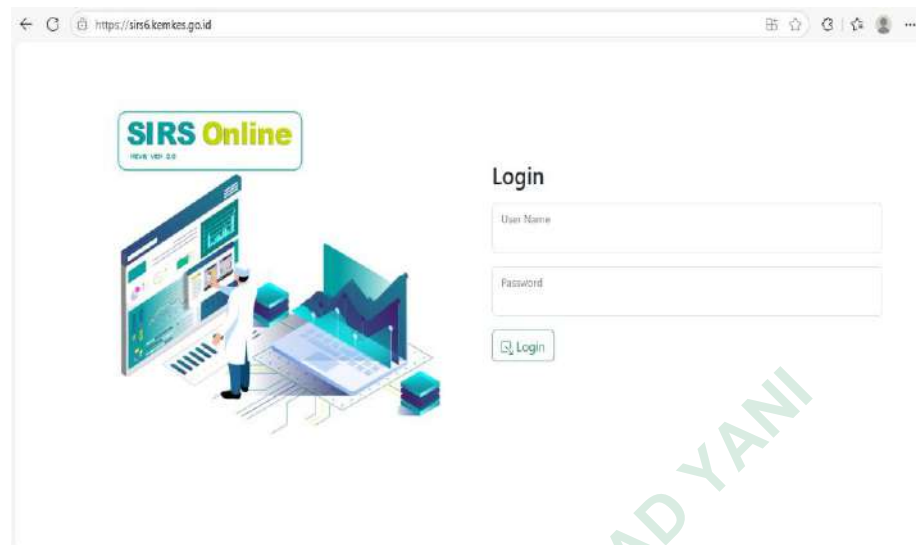
Kepala rekam medis sebagai *triangulasi* sumber yang memberikan informasi yang lebih lengkap bahwa laporan internal dilaporkan melalui SIMRS pada menu *”dashboard manager”* dan menggunakan *PowerPoint* atau *Excel* jika pihak internal membutuhkannya. Untuk eksternal, laporan yang ditujukan kepada Dinas Kesehatan Provinsi, Kemenkes, dan Dinas Kesehatan Kabupaten menggunakan SIRS Online.

*”Kalau internal menggunakan powerpoint dan excel.....Pelaporan melalui SIMRS pada menu dashboard manager, lalu yang powerpoint disajikan saat pihak direksi membutuhkan saja.....Terus yang untuk ke Kementerian Kesehatan, Kemenkes ataupun Dinas Provinsi itu menggunakan SIRS. SIRS itu aplikasinya dari Kemenkes, jadi itu dipantau oleh Dinas Kesehatan Provinsi dan Kemenkes.”*

Triangulasi Sumber



**Gambar 4.5** Pelaporan Mortalitas Ke Pihak Internal Melalui SIMRS



**Gambar 4.6** Pelaporan Mortalitas Ke Pihak Eksternal Melalui SIRS Online

Dapat disimpulkan bahwa pelaporan mortalitas yang ditujukan untuk pihak internal rumah sakit yaitu menggunakan SIMRS pada menu "Dashboard Manager" atau disajikan dengan format *powerpoint* dan *excel* jika pihak rumah sakit membutuhkan. Lalu untuk pelaporan mortalitas yang ditujukan kepada pihak eksternal menggunakan SIRS Online.

#### 4) Frekuensi pelaporan

Frekuensi pelaporan merujuk pada waktu pelaporan mortalitas ke pihak internal atau eksternal (harian, bulanan, tahunan). Hal ini juga termasuk dengan batas waktu pelaporan mortalitas.

*"Umumnya bulanan, tapi kalau ada kejadian luar biasa, seperti kematian karena penyakit menular, itu wajib dilaporkan segera."*

Responden 1 dan Responden 2

Berdasarkan hasil wawancara, responden 1 menjelaskan bahwa frekuensi pelaporan dilakukan berdasarkan periode bulanan dan insidental. Responden 2 juga menjelaskan hal yang sama bahwa pelaporan rutin dilakukan bulanan, namun dalam situasi kejadian luar biasa, seperti kematian karena penyakit menular, laporan wajib dikirim segera.

Hal itu diperkuat dengan penjelasan dari kepala rekam medis sebagai *triangulasi* sumber yang menyatakan bahwa pelaporan bersifat bulanan, namun untuk kasus insidental, seperti kematian mendadak atau penyakit menular, pelaporan dilakukan segera tanpa menunggu siklus bulanan. Pelaporan mortalitas dilakukan pada awal bulan dan batas waktu pelaporannya pada tanggal sepuluh.

*"Frekuensi pelaporan semuanya berdasarkan bulanan ya, jadi setiap bulan kecuali kasus insidental, itu harus dilaporkan segera misal ada yang meninggal.....Untuk pelaporannya dilakukan pada awal bulan dan maksimal dilaporkan pada tanggal 10, nanti kalau dilaporkan lebih dari tanggal 10 ada catatan kalau laporannya terlambat."*

*Triangulasi Sumber*

Dapat disimpulkan bahwa kedua responden dan *triangulasi* sumber menjelaskan bahwa frekuensi pelaporan mortalitas dilakukan secara rutin bulanan dan insidental (segera dilaporkan) apabila terdapat kejadian luar biasa seperti kematian karena penyakit tertentu. Namun kepala rekam medis sebagai *triangulasi* sumber juga menambahkan bahwa pelaporan mortalitas dilaksanakan pada awal bulan dan batas akhir pelaporan yaitu pada tanggal sepuluh.

#### e. Format SPO

Sebagian informasi mengenai format SPO pelaporan mortalitas di Rumah Sakit Nur Hidayah hanya disampaikan oleh kepala rekam medis karena kepala rekam medis yang bertanggung jawab membuat SPO di unit rekam medis.

##### 1) Pengertian Pelaporan Mortalitas

Pengertian pelaporan mortalitas adalah definisi dari pelaporan mortalitas secara umum. Tujuannya adalah memberi pemahaman tentang apa yang dimaksud dengan pelaporan kematian pasien di rumah sakit, serta ruang lingkupnya dalam konteks pelayanan dan manajemen informasi kesehatan. Dari hasil wawancara, responden 1 berpendapat

bahwa pelaporan mortalitas adalah pelaporan kematian pasien di rumah sakit.

*"Pelaporan mortalitas itu ya pelaporan kematian pasien di rumah sakit"*

Responden 1 dan Responden 2

Dari hasil wawancara, responden 1 berpendapat bahwa pelaporan mortalitas adalah pelaporan kematian pasien di rumah sakit. Sementara itu responden 2 juga mengatakan hal yang sama kalau pelaporan mortalitas diartikan sebagai pelaporan kasus kematian pasien yang terjadi di rumah sakit.

Hal itu sejalan dengan pendapat kepala rekam medis sebagai *triangulasi* sumber dimana pelaporan mortalitas diartikan sebagai pelaporan yang mencakup seluruh data atau informasi mengenai penyebab kematian pasien yang terjadi di rumah sakit.

*"Kalau terkait dengan apa pelaporan mortalitas ya semua laporan terkait dengan penyebab kematian pasien, artinya pasien-pasien yang meninggal di rumah sakit"*

*Triangulasi Sumber*

Definisi pelaporan mortalitas adalah proses pencatatan, pengumpulan, pengolahan, dan penyampaian data tentang kematian pasien di fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit kepada pihak yang berwenang. Jawaban yang diberikan dari Responden 1 dan Responden 2 sesuai dengan jawaban yang diberikan oleh kepala rekam medis sebagai *triangulasi* sumber.

## 2) Regulasi yang digunakan dalam pelaporan mortalitas

Regulasi yang digunakan dalam pelaporan mortalitas diartikan sebagai aturan yang dipatuhi oleh rumah sakit untuk melaporkan data mortalitas ke pihak yang berwenang.

*"Regulasinya ya aturan dari kemenkes mas, tentang pelaporan SIRS, coba dicek aturan mengenai pelaporan SIRS itu apa"*

Responden 1 dan Responden 2

Berdasarkan hasil wawancara kepada responden 1 saat ditanya mengenai regulasi pelaporan mortalitas beliau menjelaskan bahwa regulasi yang dipatuhi yaitu regulasi dari kementerian kesehatan tentang pelaporan RL. Responden 2 juga menjelaskan bahwa regulasi yang dipatuhi rumah sakit untuk melaporkan data mortalitas melalui SIRS Online adalah peraturan dari kementerian kesehatan tentang pelaporan SIRS.

*"Regulasinya ya aturan dari kemenkes mas, tentang pelaporan SIRS, coba dicek aturan mengenai pelaporan SIRS itu apa"*

Responden 2

Kepala rekam medis sebagai *triangulasi* sumber juga menyampaikan bahwa pelaporan mortalitas mengacu pada pelaporan RL (Rekapitulasi Laporan) yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Regulasi tersebut menjadi acuan dalam pelaksanaan kewajiban rumah sakit untuk melaporkan kasus kematian pasien.

*"Kalau regulasi saat ini kita menggunakan pelaporan yang termasuk RL, jadi laporan yang terkait dengan penyebab kematian atau pasien meninggal, kita menggunakan RL itu saja. Regulasi yang dipatuhi ya dari kemenkes itu"*

*Triangulasi Sumber*

Dapat disimpulkan bahwa pelaporan mortalitas di Rumah Sakit Nur Hidayah mengacu pada peraturan yang ditetapkan oleh kementerian kesehatan.

### 3) Format SPO di Unit Rekam Medis Rumah Sakit Nur Hidayah

Format SPO di Unit Rekam Medis Rumah Sakit Nur Hidayah adalah bentuk atau struktur Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku di rumah sakit tersebut.

*"Jadi kita ada tiga format pertama tuh kepala atau Kop itu, isinya ada logo RS, Judul SPO, No. Dokumen, No. Revisi, Tanggal Terbit, No. Halaman, TTD Direktur. Kedua bagian ke isinya, ini ada definisi, pertama pasti definisi dari SPO itu apakah dia SPO terkait dengan pelayanan atau SPO terkait dengan teknis pelayanan.....Terus yang terakhir, penutupnya biasanya garis kotak saja. Menandakan ini sudah selesai atau sudah tidak ada lagi yang harus dikerjakan.*

*Triangulasi Sumber*

Berdasarkan hasil wawancara kepada kepala unit rekam medis, format SPO yang digunakan di Unit Rekam Medis Rumah Sakit Nur Hidayah disusun dalam tiga bagian utama, yaitu kop dokumen, isi, dan penutup. Kop SPO terdiri dari logo rumah sakit, judul SPO, nomor dokumen, nomor revisi, tanggal terbit, nomor halaman, dan tanda tangan Direktur RS. Bagian isi memuat definisi SPO, tujuan, teknis pelaksanaan, dan unit yang terkait. Lalu bagian penutup berupa garis atau batas bawah dokumen jika tidak ada keterangan tambahan seperti kalimat penegas kapan diberlakukannya SPO, apakah harus dilakukan evaluasi berkala, dsb.

Lalu kepala rekam medis juga menjelaskan bahwa penggunaan *flowchart* dalam SPO bersifat opsional, tergantung pada prosedur yang dijelaskan. Jika langkah-langkah prosedur bersifat berurutan, cukup disampaikan secara naratif. Namun jika mengandung banyak cabang keputusan atau pilihan, *flowchart* menjadi lebih disarankan.

*"Ada dua pilihan, jadi ada yang flowchart, flowchart itu biasanya digunakan untuk SPO yang teknis pelaksanaannya itu harus menggunakan pilihan. Jadi misal kalau tidak ketemu ini kita harus ngerjain yang ini kayak gitu.....kalau kerjanya atau SPO itu hanya satu urut hanya mengurutkan saja gak perlu pakai flowchart karena sudah cukup pakai narasi aja."*

*Triangulasi Sumber*

Format SPO di Rumah Sakit Nur Hidayah terdiri dari tiga bagian yang berupa kop dokumen (logo rumah sakit, judul SPO, nomor dokumen, nomor revisi, tanggal terbit, nomor halaman, dan tanda

tangan Direktur RS), isi (definisi SPO, tujuan, teknis pelaksanaan, dan unit yang terkait) dan penutup (catatan evaluasi dan tanggal berlaku SPO). Lalu SPO juga dapat dilengkapi dengan alur *flowchart* untuk memperjelas prosedur dalam SPO tersebut. Alur *flowchart* bersifat opsional tergantung dari kerumitan atau kekomplekan prosedur dalam SPO yang dibuat.

## B. Pembahasan

### 1. Analisis Kebutuhan Perancangan Standar Prosedur Operasional Pelaporan Mortalitas

#### a. Pengumpulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengumpulan data pelaporan mortalitas di Rumah Sakit Nur Hidayah dilakukan dari seluruh unit pelayanan klinis, seperti IGD, ICU, rawat inap, rawat jalan dan Hemodialisa. Proses pengumpulan data dimulai sejak pertama kali kejadian kematian pasien terjadi yang dicatat oleh tenaga medis pelaksana (dokter atau perawat) dan dokter yang bertanggungjawab akan menerbitkan surat kematian. Data kematian dikumpulkan melalui SIMRS pada menu "Pasien Meninggal" oleh petugas rekam medis per bulannya. SIMRS tersebut menyediakan informasi pasien meninggal seperti identitas, diagnosa, dan waktu kematian. Semua data yang sudah dikumpulkan tersebut dijadikan satu dalam format *Excel master* untuk diolah. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Tri Utami et al. (2023) di RS Panti Waluyo Surakarta yang menjelaskan bahwa pengumpulan data mortalitas dimulai dari perawat bangsal yang menginput kondisi pulang pasien ke dalam SIMRS, dan data tersebut langsung terintegrasi ke laporan sensus harian rawat inap. Penelitian tersebut menegaskan pentingnya keterlibatan petugas medis pelayanan dalam pencatatan awal sebagai bagian dari sistem informasi klinis. Penelitian Salsabila & Nau (2020) di RS PKU Muhammadiyah Surakarta juga menegaskan bahwa data dikumpulkan dari unit pelayanan dan direkap dalam format *Excel* setiap akhir bulan sebelum disajikan. Hal ini menguatkan bahwa penggunaan sistem elektronik dan format *Excel*

sebagai backup masih menjadi metode umum dalam manajemen data mortalitas di fasilitas kesehatan, khususnya dalam konteks rumah sakit tipe kecil hingga menengah.

Secara keseluruhan, temuan ini mengindikasikan bahwa dalam perancangan SPO pelaporan mortalitas, perlu diatur secara tegas mengenai:

- 1) Sumber data resmi (unit pelayanan yang harus melaporkan)
- 2) Petugas pencatat awal (tenaga medis pelaksana)
- 3) Metode pengumpulan (SIMRS)
- 4) Format standar rekap awal (*Excel master*)
- 5) Tenggat waktu pengumpulan

Dengan demikian, standar pengumpulan data yang terstruktur akan mendukung keakuratan dan ketepatan waktu dalam pelaporan mortalitas secara internal maupun eksternal

#### b. Pengolahan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengolahan data mortalitas di Rumah Sakit Nur Hidayah dilakukan setelah data dikumpulkan dengan tujuan menyaring dan mengelompokkan informasi sesuai kategori pelaporan. Data yang telah dihimpun melalui SIMRS ditarik dan dikompilasi ke dalam format *Excel Master*. Di tahap ini, data kemudian dikelompokkan berdasarkan sejumlah variabel penting, yaitu:

- 1) Jenis kelamin pasien
- 2) Kelompok usia
- 3) Diagnosis penyebab kematian (yang sudah dikodekan)
- 4) Waktu kematian (kurang dari atau lebih dari 48 jam sejak pasien masuk rumah sakit)

Selain pengelompokan data, tahapan pengolahan juga mencakup kegiatan validasi dan pengecekan kelengkapan. Hanya data yang sudah lengkap, seperti adanya diagnosis terkode, identitas pasien, dan elemen pendukung lainnya, yang akan digunakan dalam pelaporan. Apabila ditemukan data yang tidak lengkap atau tidak sesuai, maka data tersebut tidak langsung digunakan, tetapi akan ditunda pengolahannya sampai

informasi yang dibutuhkan berhasil dilengkapi melalui konfirmasi ke unit terkait. Hal ini sejalan dengan penelitian Tri Utami et al. (2023) di RS Panti Waluyo Surakarta, di mana sebelum data dimasukkan ke dalam laporan, petugas melakukan pengecekan terlebih dahulu terhadap data yang telah ditarik dari sistem, guna memastikan bahwa informasi yang akan dilaporkan telah sesuai dan lengkap. Dalam penelitian Welhelmina et al. (2022) juga menyatakan bahwa laporan kematian di rumah sakit bernilai tinggi untuk evaluasi mutu layanan jika datanya akurat, lengkap, dan valid. Oleh karena itu, tahap verifikasi menjadi krusial sebelum proses pelaporan.

Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pengolahan data mortalitas merupakan tahapan yang sangat penting untuk menjamin mutu pelaporan. Oleh karena itu, dalam perancangan Standar Prosedur Operasional (SPO), tahapan pengolahan perlu diatur secara rinci meliputi:

- 1) Alur penarikan data dari SIMRS dan penggabungan data ke *Excel*
- 2) Prosedur pengelompokan data sesuai variabel pelaporan
- 3) Standar kelengkapan data yang dapat dilaporkan
- 4) Mekanisme validasi dan tindak lanjut jika data belum lengkap

Dengan pengolahan data yang baik, maka proses pelaporan tidak hanya menjadi rutinitas administratif, tetapi juga berfungsi sebagai alat monitoring mutu dan bahan evaluasi pelayanan rumah sakit secara berkelanjutan.

#### c. Penyajian

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyajian data pelaporan mortalitas dilakukan dalam bentuk grafik dan tabel yang menampilkan tren kematian pasien setiap bulan. Data yang telah diolah disusun secara visual untuk memudahkan pembacaan dan pemantauan oleh pihak manajemen maupun instansi eksternal. Grafik digunakan untuk memperlihatkan gambaran jumlah kematian dari waktu ke waktu, sementara tabel memuat rincian jumlah kasus berdasarkan diagnosa dan kategori lainnya. Sejalan dengan penelitian Tri Utami et al. (2023) di RS Panti Waluyo, data mortalitas yang telah dikumpulkan dan diolah kemudian disajikan dalam

tabel dan grafik, yang menjadi bagian dari laporan rutin kepada Dinas Kesehatan dan Kementerian Kesehatan. Penelitian Herawati & Monika (2025) di RS Cirebon juga menunjukkan bahwa penyajian data mortalitas dilakukan melalui pengelompokan berdasarkan hasil pengkodean dan indeks penyakit, kemudian ditampilkan dalam bentuk tabel dan grafik yang menampilkan informasi seperti sepuluh besar penyakit serta indikator morbiditas dan mortalitas.

d. Pelaporan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaporan data mortalitas dilakukan kepada pihak internal rumah sakit dan eksternal, yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kementerian Kesehatan. Proses pelaporan dilakukan secara rutin setiap awal bulan dan juga bersifat insidental apabila terdapat kejadian khusus seperti kematian akibat penyakit tertentu yang sudah ditentukan. Jika ada kejadian kematian yang disebabkan oleh penyakit tertentu maka harus segera dilaporkan. Batas maksimal pelaporan mortalitas yaitu dilakukan pada tanggal sepuluh, jika dilaporkan lebih dari tanggal sepuluh maka akan ada peringatan bahwa laporan terlambat. Media yang digunakan untuk pelaporan bervariasi, tergantung tujuan dan instansi penerima, antara lain melalui SIRS Online, SIMRS, serta dokumen *Excel* atau *PowerPoint*. Media pelaporan mortalitas yang digunakan untuk pelaporan kepada pihak eksternal (Dinas Kesehatan Kab.Bantul dan Dinas Kesehatan Provinsi atau Kemenkes) menggunakan SIRS Online. Proses pelaporan di SIRS Online dilakukan pada menu "Laporan Mortalitas/Morbiditas" dengan cara memasukkan angka pada kolom-kolom jenis kelamin, waktu kematian, usia, dan kode diagnosa. Sedangkan untuk pihak internal rumah sakit (Direksi/Direktur) media yang digunakan yaitu dari SIMRS pada menu "Dashboard Manager". Penelitian Hayati & Ningsih (2023) di RS Suaka Insan Banjarmasin juga menunjukkan bahwa pelaporan eksternal dilakukan melalui SIRS Online dengan jenis laporan RL1, RL4, dan RL5 yang dikumpulkan dari berbagai unit, dan prosesnya mencakup import file langsung ke sistem online.

Dari hasil ini, dapat disimpulkan bahwa dalam perancangan SPO pelaporan mortalitas, perlu diatur dengan jelas tentang:

- 1) Media pelaporan (internal dan eksternal)
- 2) Frekuensi pelaporan (bulanan dan insidental)
- 3) Format dan media pelaporan (SIRS, SIMRS, Excel, PowerPoint)
- 4) Kesesuaian dengan standar instansi penerima laporan

Dengan adanya standar prosedur yang tertulis dan terstruktur, pelaporan mortalitas di rumah sakit akan menjadi lebih efektif, efisien, dan terintegrasi dengan sistem monitoring kesehatan secara nasional.

e. Format SPO

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa format dokumen Standar Prosedur Operasional (SPO) yang digunakan di Unit Rekam Medis Rumah Sakit Nur Hidayah terdiri atas tiga bagian utama, yaitu kop atau kepala formulir, isi, dan penutup. Format ini telah menjadi acuan standar dalam penyusunan dokumen prosedur di lingkungan rumah sakit tersebut, guna menjamin konsistensi, keterbacaan, serta kesesuaian dengan kebijakan mutu dan regulasi pelayanan. Bagian kop atau kepala SPO berfungsi sebagai identitas dokumen. Bagian ini memuat informasi penting seperti:

- 1) Nama dan logo rumah sakit
- 2) Judul SPO (misalnya: SPO Pelaporan Mortalitas)
- 3) Nomor dokumen
- 4) Nomor revisi
- 5) Jumlah halaman
- 6) Tanggal mulai berlaku atau diterbitkan
- 7) Tanda tangan dan pengesahan oleh Direktur Rumah Sakit

Bagian isi merupakan inti dari SPO, yang mencakup elemen-elemen berikut:

- 1) Pengertian: definisi operasional dari istilah-istilah penting dalam prosedur
- 2) Tujuan: alasan utama atau manfaat dilaksanakannya prosedur

- 3) Kebijakan: dasar hukum atau kebijakan internal yang melandasi prosedur
- 4) Teknis pelaksanaan: langkah-langkah atau alur kerja yang harus dijalankan
- 5) Unit terkait: bagian-bagian/unit yang terlibat langsung dalam implementasi SPO

Sementara itu, bagian penutup biasanya berupa batas akhir dokumen yang menandakan bahwa prosedur telah selesai dijelaskan. Beberapa SPO juga menyertakan catatan evaluasi atau revisi pada bagian bawah, sebagai bentuk kontrol terhadap pembaruan isi dokumen. Penulisan prosedur dapat disusun dalam bentuk narasi jika langkah-langkah bersifat linier atau sekuensial (berurutan), dan dapat disajikan dalam bentuk diagram alur (flowchart) apabila pelaksanaannya melibatkan banyak pilihan, unit kerja, atau kondisi bercabang. Format kombinasi ini bertujuan agar implementasi SPO mudah dipahami dan diikuti oleh seluruh petugas yang berkepentingan.


Hal ini sejalan dengan buku *Standar Prosedur Operasional Mastery* karya Fauzi (2019) yang menjelaskan bahwa struktur SPO terdiri atas tiga bagian utama, yaitu bagian kop, isi, dan penutup. Pada bagian kop, tercantum elemen-elemen seperti nama rumah sakit, logo, judul SPO, nomor dokumen, nomor revisi, jumlah halaman, serta tanggal pengesahan oleh direktur. Bagian isi mencakup pengertian, tujuan, kebijakan, langkah-langkah prosedur, dan unit terkait. Sementara bagian penutup dapat memuat catatan evaluasi atau revisi. Untuk memperjelas alur pelaksanaan, SPO juga disarankan dilengkapi dengan diagram alur atau *flowchart*. Lalu untuk pelaporan mortalitas di Rumah Sakit Nur Hidayah dilakukan dengan mengikuti regulasi dari Kementerian Kesehatan tentang pelaporan RL melalui SIRS. Pelaporan mortalitas diatur dalam Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri Dan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2010 Nomor 162/Menkes/Pb/I/2010 Tentang Pelaporan Kematian Dan Penyebab Kematian dan Petunjuk Teknis Pelaporan SIRS Revisi 6.3, (2025).


## 2. Pentingnya Standar Prosedur Operasional Dalam Proses Pelaporan Mortalitas


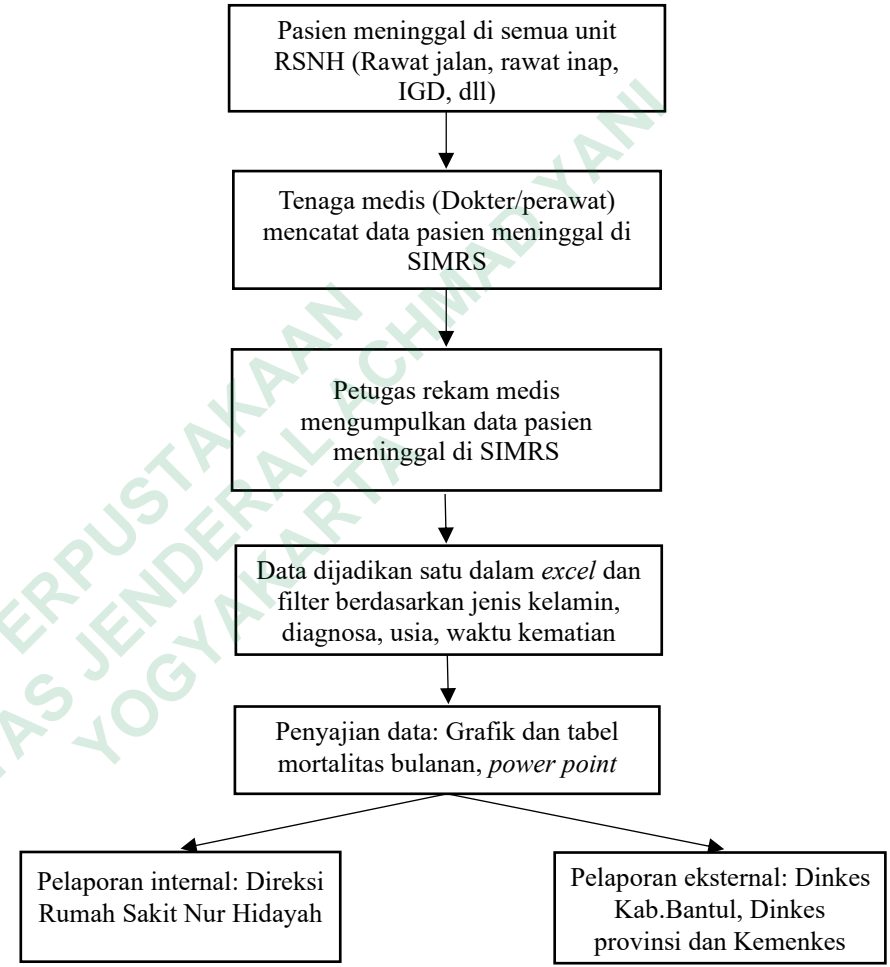
Penerapan SPO dalam pelaporan mortalitas di rumah sakit tidak hanya menjadi panduan teknis, tetapi juga mencerminkan prinsip tata kelola yang baik. Dalam penelitian Wiraya & Haryati (2022) menjelaskan bahwa SPO memberikan arah kerja yang terstruktur bagi petugas, sekaligus menjadi alat ukur kinerja petugas di rumah sakit sebagai pertanggungjawaban terhadap mutu rumah sakit. Lalu manfaat dari SPO di rumah sakit dijelaskan juga dalam buku karya (Fauzi, 2019) yaitu untuk memenuhi persyaratan standar pelayanan RS/Akreditasi rumah sakit, mendokumentasi langkah-langkah kegiatan, dan memastikan staf RS memahami bagaimana melaksanakan pekerjaannya.

## 3. Rancangan Standar Prosedur Operasional Pelaporan Mortalitas

Dari hasil penelitian yang sudah dilakukan maka disusun menjadi rancangan standar prosedur operasional. Rancangan SPO yang dibuat sudah divalidasi dan sudah melalui beberapa koreksi dari Kepala Rekam Medis Rumah Sakit Nur Hidayah. Beberapa koreksi yang diberikan yaitu mulai dari daftar unit terkait dan prosedur pelaporan mortalitas. Berikut ini adalah rancangan SPO yang dibuat berdasarkan dari hasil penelitian yang telah dilakukan dan sudah divalidasi oleh Kepala Rekam Medis Rumah Sakit Nur Hidayah:

	<b>PELAPORAN KEMATIAN ATAU MORTALITAS PASIEN</b>		
	No. Dokumen 01/RM/SPO/RSNH/2025	No. Revisi 0	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit 19/06/2025	Ditetapkan Direktur  dr. Estiana Khoirunnisa, MPH., FISQua	
Pengertian :	Suatu proses atau panduan pelaksanaan pelaporan mortalitas pada pasien meninggal dunia di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul.		
Tujuan :	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah proses pelaporan mortalitas.		
Kebijakan :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan No. 15 Tahun 2010/No.162/Menkes/PB/I/2010 tentang Pelaporan Kematian dan Penyebab Kematian</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1171/Menkes/Per/VI/2011 Tentang Sistem Informasi Rumah Sakit</li> </ol>		
Prosedur :	<p style="text-align: center;">Alur Pelaporan Mortalitas</p> <p>Pengumpulan Data</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawat atau dokter mencatat data kematian pasien di SIMRS</li> <li>2. Petugas rekam medis mengambil data dari seluruh unit pelayanan klinis (Rawat Inap, IGD, Rawat Jalan, ICU, dsb.) dari SIMRS.</li> <li>3. Petugas mencari data pasien dengan keterangan pulang "Pasien Meninggal" per bulan.</li> <li>4. Data dari SIMRS digabung ke dalam <i>Excel Master</i>.</li> </ol> <p>Pengolahan Data</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Petugas rekam medis melakukan scoring dan klasifikasi berdasarkan diagnosa (kodifikasi mortalitas), jenis kelamin, dan waktu kematian (kurang dari 48 jam atau lebih dari 48 jam) di <i>Excel</i>.</li> </ol> <p>Validasi dan Pengecekan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Petugas memeriksa kelengkapan datanya.</li> <li>7. Jika ada data yang tidak lengkap, dilakukan konfirmasi ke unit terkait</li> </ol>		

	<b>PELAPORAN KEMATIAN ATAU MORTALITAS PASIEN</b>		
	No. Dokumen 01/RM/SPO/RSNH/2025	No. Revisi 0	Halaman 2/3
	<p>8. Petugas rekam medis tidak melaporkan data mortalitas sampai valid dan lengkap.</p> <p>Penyajian Data</p> <p>9. Petugas menyajikan data dalam bentuk tabel dan grafik.</p> <p>10. Data laporan mortalitas untuk internal rumah sakit disajikan dalam bentuk <i>powerpoint</i> dari <i>Excel</i> yang sudah diolah atau hanya <i>Excel</i> saja mengikuti format yang diminta pihak direksi rumah sakit.</p> <p>Pelaporan</p> <p>11. Data dikirim ke Dinkes Kabupaten, Provinsi dan Kemenkes melalui SIRS Online</p> <p>12. Pelaporan untuk Dinkes Kabupaten, Provinsi dan Kemenkes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Petugas mengakses pada Web SIRS Online dan melakukan login</li> <li>b. Petugas memilih menu Laporan RL (RL4)</li> <li>c. Petugas menginputkan data ke kolom jenis kelamin, waktu kematian, dan kode diagnosa.</li> <li>d. Petugas melakukan pengecekan data kembali yang sudah diinputkan</li> <li>e. Petugas mengirim laporan</li> <li>f. Laporan dilakukan setiap bulan (<b>kecuali kasus insidental yang sudah ditentukan oleh dinas kesehatan</b>) pada awal bulan dan batas pelaporan pada tanggal 10</li> </ol> <p>13. Pelaporan untuk internal rumah sakit disampaikan kepada pihak direksi RSNH jika diminta (Direktur, Kepala Unit Rawat Jalan, Kepala Unit Rawat Inap, Kepala Unit IGD) di SIMRS pada menu "<i>Dashboard Manager</i>"</p>		

		PELAPORAN KEMATIAN ATAU MORTALITAS PASIEN		
		No. Dokumen 01/RM/SPO/RSNH/2025	No. Revisi 0	Halaman 3/3
Alur :	 <pre> graph TD     A[Pasien meninggal di semua unit RSNH (Rawat jalan, rawat inap, IGD, dll)] --&gt; B[Tenaga medis (Dokter/perawat) mencatat data pasien meninggal di SIMRS]     B --&gt; C[Petugas rekam medis mengumpulkan data pasien meninggal di SIMRS]     C --&gt; D[Data dijadikan satu dalam excel dan filter berdasarkan jenis kelamin, diagnosa, usia, waktu kematian]     D --&gt; E[Penyajian data: Grafik dan tabel mortalitas bulanan, power point]     E --&gt; F[Pelaporan internal: Direksi Rumah Sakit Nur Hidayah]     E --&gt; G[Pelaporan eksternal: Dinkes Kab.Bantul, Dinkes provinsi dan Kemenkes] </pre>			
Unit Terkait :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Unit Rekam Medis</li> <li>2. IGD</li> <li>3. ICU</li> <li>4. Rawat Inap</li> <li>5. Rawat Jalan</li> <li>6. Hemodialisa</li> <li>7. Direksi RSNH</li> <li>8. Komite Mutu RSNH</li> <li>9. IT RSNH</li> </ol>			
<p>Evaluasi dan Revisi : SPO ini perlu dilakukan evaluasi minimal 1 tahun sekali oleh Unit Rekam Medis bersama Tim Mutu Rumah Sakit. Apabila ada perubahan sistem, regulasi, atau alur kerja, maka SPO wajib ditinjau ulang dan direvisi untuk menyesuaikan kondisi terbaru.</p> <p>Tanggal Berlaku : SPO ini berlaku sejak tanggal.....</p>				

**Gambar 4.7** Rancangan SPO Pelaporan Mortalitas

### C. Keterbatasan Penelitian

Karena penelitian ini menggunakan metode kualitatif dimana peneliti mempunyai peran yang sangat besar terkait proses penelitian. Kemungkinan terjadinya bias pada saat mengajukan pertanyaan ataupun menginterpretasikan jawaban serta dalam penarikan kesimpulan merupakan keterbatasan dalam penelitian ini. Selain hal tersebut, keterbatasan penelitian ini juga terletak pada hasil wawancara dimana salah satu responden pada saat memberikan jawaban menggunakan kalimat yang relatif pendek sehingga peneliti kesulitan dalam menarik kesimpulan dari pernyataan yang diberikan. Keterangan yang disampaikan cenderung kurang lengkap dan hanya memberikan penjelasan secara singkat tanpa uraian mendalam. Hal ini menyebabkan informasi yang diperoleh dari salah satu responden kurang menggambarkan proses secara menyeluruh, sehingga peneliti lebih banyak mengandalkan data dari responden lain dan *triangulasi* sumber untuk memperoleh informasi yang lebih lengkap. Lalu pengalaman peneliti yang masih terbatas karena penelitian ini merupakan penelitian yang pertama kali dilakukan oleh peneliti.