

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan mengutamakan promotif dan preventif di wilayah kerjanya (Pemerintah Indonesia, 2023). Rumah sakit diharapkan mampu memberikan pelayanan berkualitas, baik pelayanan medis maupun pelayanan penunjang medis. Salah satu pelayanan penunjang medis yang harus diperhatikan yaitu rekam medis (Amran et al., 2021).

Rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Menteri Kesehatan, 2022). Seiring berkembangnya teknologi informasi, rumah sakit mulai beralih dari rekam medis manual ke rekam medis elektronik (RME). Kewajiban penerapan rekam medis elektronik diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022, yang menyatakan bahwa RME wajib diselenggarakan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan paling lambat 31 Desember 2023. Rekam medis elektronik adalah rekam medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan rekam medis (Menteri Kesehatan, 2022). *Institute of Medicine* (IOM) mendeskripsikan rekam medis elektronik sebagai suatu sistem yang mempermudah penyimpanan data dan informasi klinis pasien, penginputan dan pengelolaan data, alat bantu dalam pengambilan keputusan, komunikasi elektronik yang efisien tentang keadaan pasien, dukungan untuk keselamatan pasien, serta mempermudah administrasi dan pelaporan informasi (Darsono, 2024).

Implementasi rekam medis elektronik telah diterapkan di berbagai rumah sakit, salah satunya Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta yang menerapkannya sejak 2014. Implementasi rekam medis elektronik di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta diawali pada pelayanan rawat jalan yang kemudian berkembang hingga pelayanan rawat inap, gawat darurat, laboratorium, radiologi, farmasi, dan bagian bagian lainnya.

Namun, dalam penerapannya masih terdapat beberapa dokumen yang belum terdigitalisasi, seperti formulir sebab kematian dan surat keterangan kematian. Surat keterangan kematian merupakan surat yang memberikan keterangan bahwa seseorang telah meninggal dengan identitas tertentu tanpa menyebutkan penyebab kematiannya (Syahputra et al., 2016 dalam (Sulastri et al., 2023)). Dokumen ini berfungsi sebagai sumber data bagi studi epidemiologi dan sensus, sekaligus menjadi persyaratan administrasi ahli waris atau keluarga yang ditinggalkan, seperti pembuatan akta kematian, pengurusan data kependudukan, dan klaim asuransi (Dewi et al., 2020 dalam (Sulastri et al., 2023)).

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara dengan petugas rekam medis, didapatkan bahwa formulir sebab kematian dan surat keterangan kematian masih belum tersedia di RME RS Bethesda Yogyakarta, maka formulir tersebut masih dikerjakan secara manual menggunakan kertas.

“Kalau pasien meninggal, surat keterangannya langsung diisi manual sama dokternya dan langsung diberikan ke keluarga pasien. Kalau formulir sebab kematiannya itu kan disimpan di rekam medis, jadi yang ngisi dokter”.

“Untuk formulir sebab kematian masih manual dan belum ada di E-RM ini, jadi sering dan kebanyakan berkas rekam medis pasien meninggal yang dikembalikan kesini itu masih kosong, jadi Pak Kris nanti yang ngembalikan ke dokter buat minta diisi lengkap”

Informan 1

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas analisis dan *assembling* berkas rekam medis, surat kematian dikeluarkan dan diberikan langsung kepada keluarga ketika pasien meninggal di rumah sakit. Sedangkan formulir sebab kematian seringkali tidak diisi oleh dokter penanggung jawab, sehingga ketika berkas rekam medis dikembalikan ke instalasi rekam medis dan dilakukan *assembling*, berkas tersebut harus dikembalikan ke unit terkait untuk dilengkapi oleh dokter penanggung jawab. Hal tersebut dibuktikan dengan tabel hasil analisis kuantitatif kelengkapan formulir sebab kematian sebagai berikut:

Tabel 1. 1 Analisis Kuantitatif Kelengkapan Sebab Kematian Bulan Juni – Agustus 2025

No.	Kriteria Analisis	Lengkap		Tidak Lengkap		Jumlah
		Jumlah	Persen (%)	Jumlah	Persen (%)	
1.	Identifikasi Pasien	24	78%	7	22%	30
2.	Laporan Penting	16	55%	14	45%	30
3.	Autentikasi Penulis	12	39%	18	61%	30
4.	Catatan Yang Baik	24	80%	6	20%	30

Berdasarkan tabel 1.1 diketahui bahwa dari 30 sampel, diperoleh bahwa aspek identifikasi pasien memiliki tingkat kelengkapan sebesar 78%, laporan penting sebesar 55%, autentikasi penulis sebesar 39%, dan catatan yang baik sebesar 80%. Hasil tersebut menunjukkan bahwa masih terdapat kekurangan terutama pada bagian autentikasi penulis yang belum optimal. Kondisi ini menyebabkan lembar formulir sebab kematian terlambat terinput, sehingga berpotensi menghambat pelaporan data kematian, menurunkan ketepatan statistik mortalitas, serta menyulitkan proses klaim asuransi maupun administrasi kependudukan keluarga pasien. Kesulitan juga akan dihadapi pelayanan rumah sakit apabila diagnosis penyebab kematian tidak tercatat dengan jelas, khususnya ketika data kematian menjadi persyaratan klaim asuransi kesehatan (Rahayu et al., 2022). Berdasarkan hasil observasi, keterlambatan pengisian formulir kematian bahkan dapat melebihi batas waktu 1×24 jam setelah pasien dinyatakan meninggal. Keterlambatan ini tidak sejalan dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) tentang analisa dan *assembling* berkas rekam medis, sehingga menghambat proses pelaporan dan rekapitulasi data kematian secara keseluruhan. Dalam hal ini, berkas kematian merupakan dokumen yang mutlak bagi kepentingan keluarga pasien dan manajemen rumah sakit, karena data yang otentik dapat mengurangi risiko sengketa maupun kesalahan pembayaran klaim (Rahayu et al., 2022). Pencatatan dokumen secara manual ini menyebabkan ketidaklengkapan data dan keterlambatan proses pelaporan kematian, baik secara internal maupun eksternal.

Berdasarkan permasalahan yang telah disebutkan, diperlukan adanya sistem yang mampu mendukung digitalisasi dokumen kematian, khususnya formulir sebab kematian surat keterangan kematian melalui pengembangan fitur pada RME. Untuk mengembangkan fitur tersebut pada RME, dibutuhkan rancangan desain *User Interface* (UI) dan *User Experience* (UX) yang sesuai kebutuhan pengguna, agar

proses pengisian data menjadi tepat waktu, akurat, dan efisien. Oleh karena itu, penelitian ini berfokus pada perancangan UI/UX formulir sebab kematian dan surat keterangan kematian sebagai langkah awal dalam mendukung digitalisasi dokumen kematian. Perancangan dilakukan dengan menggunakan metode *User Centered Design* (UCD) yang menekankan keterlibatan pengguna dalam setiap tahap perancangan agar desain yang dihasilkan benar-benar sesuai dengan kebutuhan dan alur kerja pengguna.

1.2 Tujuan dan Manfaat

1.2.1 Tujuan Umum Magang

Tujuan umum penulisan ini adalah merancang desain UI/UX formulir sebab kematian dan surat keterangan kematian dengan metode UCD pada rekam medis elektronik di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta.

1.2.2 Tujuan Khusus Magang

1. Merancang desain UI/UX formulir kematian ditinjau dari aspek *specify the context of use* di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta.
2. Merancang desain UI/UX formulir kematian ditinjau dari aspek *specify user and organization requirements* di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta.
3. Merancang desain UI/UX formulir kematian ditinjau dari aspek *product design solution* di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta.
4. Merancang desain UI/UX formulir kematian ditinjau dari aspek *evaluate design* di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta.

1.2.3 Manfaat Magang

1. Bagi Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta

Hasil laporan ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam perancangan desain *user interface* formulir kematian pada rekam medis elektronik yang digunakan di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta.

2. Bagi Politeknik Negeri Jember

Hasil laporan ini dapat digunakan sebagai sumber pembelajaran dan bahan referensi serta pengembangan ilmu dan bahan bacaan di perpustakaan terkait perancangan desain UI, khususnya desain *user interface* formulir kematian.

3. Bagi Penulis

Laporan ini digunakan sebagai bahan memperluas wawasan dan pengetahuan serta pengalaman yang berharga karena secara langsung mengimplementasikan teori yang telah didapatkan dari institusi pendidikan serta memperoleh pengalaman kerja yang relevan di bidang rekam medis.

1.3 Lokasi dan Waktu

1.3.1 Lokasi PKL

Kegiatan PKL dilaksanakan di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta yang beralamatkan di Jl. Jend. Sudirman No.70, Kotabaru, Kec. Gondokusuman, Kota Yogyakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta 55224

1.3.2 Waktu PKL

Kegiatan PKL dilaksanakan selama 3 bulan pada tanggal 25 Agustus 2025 sampai 14 November 2025 pada bagian pengelolaan rekam medis dan informasi kesehatan di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta. Kegiatan dilakukan pada setiap hari senin sampai sabtu yang dimulai pukul 07.00 hingga 14.00 WIB.

1.4 Metode Pelaksanaan

1.4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah *Research and Development (R&D)*. R&D adalah metode penelitian yang digunakan untuk menghasilkan produk tertentu dan menguji validitas dan keefektifan produk dalam penerapannya. Rancangan penelitian ini yaitu merancang *user interface* formulir sebab kematian dan surat keterangan kematian menggunakan metode *User Centered Design*.

1.4.2 Sumber Data

1. Data Primer

Data primer didapatkan dari observasi dan wawancara terhadap petugas rekam medis yang berkaitan dengan formulir kematian dan satu orang dokter penanggung jawab.

2. Data Sekunder

Data sekunder didapatkan dari dokumen rekam medis dan referensi serupa dengan topik laporan ini yakni formulir kematian dalam rekam medis elektronik di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta.

1.4.3 Teknik Pengumpulan Data

1. Observasi

Observasi dilakukan dengan melihat lembar atau formulir sebab kematian dan surat keterangan kematian serta menganalisis alur pengisian kedua formulir tersebut.

2. Dokumentasi

Dokumentasi yang digunakan berupa formulir sebab kematian dan surat keterangan kematian yang digunakan dalam rekam medis manual.

3. Kajian Literatur

Kajian literatur dilakukan dengan menelaah berbagai sumber referensi seperti buku, jurnal, dan penelitian terdahulu yang berkaitan dengan formulir sebab kematian dan surat keterangan kematian, guna mendukung dan memperkuat hasil analisis penelitian.

1.4.4 Metode Perancangan

Metode yang digunakan dalam perancangan desain *user interface* yaitu metode *User Centered Design* (UCD). Metode UCD adalah metode perancangan yang menempatkan *user* sebagai pusat perancangan sistem. proses pembuatan model awal suatu sistem untuk menguji dan mengumpulkan umpan balik sebelum mengembangkan versi final (Daffa et al., 2022). Metode ini memungkinkan *user* terlibat dalam pengembangan UI/UX dalam pengambilan informasi dengan metode wawancara, solusi, perancangan *user flow*, perancangan antarmuka, dan evaluasi desain (Daffa et al., 2022).



Gambar 1. 1 Alur metode UCD

Penjelasan gambar 1.1 sebagai berikut.

a. *Specify the context of use*

Proses identifikasi pengguna yang akan menggunakan aplikasi, hal tersebut menjelaskan dan menggambarkan dalam kondisi seperti apa mereka menggunakan aplikasi. Untuk mendapatkan informasi, peneliti

menggunakan metode observasi dan wawancara singkat terhadap calon pengguna.

b. *Specify user and organization requirements*

Tahap ini melakukan identifikasi apa saja yang pengguna butuhkan untuk fitur formulir kematian pada RME Rumah Sakit Bethesda.

c. *Product design solution*

Tahap ini sudah melakukan perancangan desain dan pembuatan *prototype* untuk dilakukan pengujian terhadap calon pengguna agar menghasilkan solusi dari permasalahan yang didapatkan dari desain dan *prototype* yang telah dibuat.

d. *Evaluate design against requirements*

Tahap ini adalah tahap evaluasi terhadap desain yang telah dibuat pada tahap sebelumnya dan sudah sesuai keinginan pengguna dimana telah dilakukan pengujian pada rancangan sebelumnya apakah sudah sesuai dengan keinginan pengguna atau belum sesuai.