BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang dalam penyelenggaraan pelayanannya menghasilkan berbagai informasi kesehatan pasien yang perlu dikelola dan didokumentasikan melalui rekam medis. Rekam medis memuat informasi mengenai identitas pasien, pemeriksaan, diagnosis, tindakan, pengobatan, dan pelayanan kesehatan lainnya. Seiring dengan perkembangan teknologi informasi, pengelolaan rekam medis di Indonesia diarahkan pada penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis mengatur penyelenggaraan rekam medis secara elektronik untuk mendukung pengelolaan informasi kesehatan yang aman dan terintegrasi (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Salah satu informasi penting yang perlu dikelola dalam rekam medis adalah informasi mengenai kematian dan penyebab kematian pasien. Informasi tersebut tidak hanya berfungsi sebagai dokumentasi kondisi pasien pada saat meninggal, tetapi juga memiliki fungsi sebagai sumber data mortalitas. Berdasarkan Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2010 dan Nomor 162/MENKES/PB/I/2010, fasilitas pelayanan kesehatan memiliki tanggung jawab dalam memberikan keterangan medis mengenai kematian serta melaporkan peristiwa dan penyebab kematian sesuai ketentuan yang berlaku (Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia & Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2010). Bagi rumah sakit, data penyebab kematian yang akurat dan terstandar dapat mendukung penyusunan statistik mortalitas, evaluasi pelayanan kesehatan, serta pengelolaan informasi mengenai pola penyebab kematian. Ketepatan pengodean penyebab dasar kematian juga menjadi salah satu

faktor penting dalam mendukung kualitas pelaporan mortalitas (Welhelmina et al., 2022).

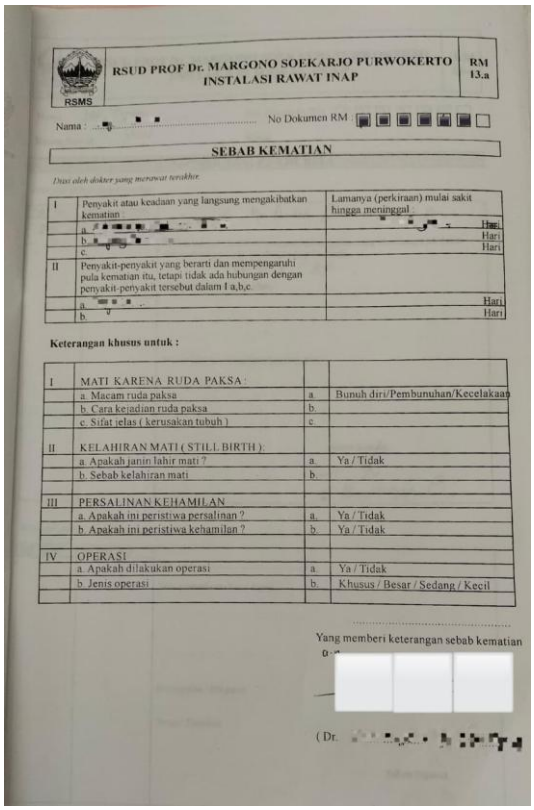
Dalam praktiknya, pendokumentasian sebab kematian tersebut dituangkan melalui instrumen Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK). Keberadaan instrumen SMPK yang terstandar penting untuk menjaga keseragaman data, mendukung penyediaan statistik mortalitas yang akurat, serta memastikan dokumentasi rekam medis pasien yang meninggal dunia tercatat secara tertib dan akuntabel. Agar informasi yang dihasilkan memadai, pedoman internasional *World Health Organization* (WHO) menetapkan bahwa penyebab kematian dalam SMPK harus dicatat secara sistematis. Pencatatan wajib menggambarkan urutan kejadian medis beserta interval waktunya, yang terbagi atas penyebab langsung (*immediate cause*), penyebab antara (*intermediate cause*), dan penyebab dasar (*underlying cause of death*/UCOD), serta kondisi kontributif lainnya (*World Health Organizatio*n, 2016). Penetapan UCOD yang tepat penting karena menjadi dasar dalam pengolahan data mortalitas dan proses pengodean penyebab kematian berdasarkan ICD-10. Ketepatan pengisian sertifikat kematian dan pengodean penyebab dasar kematian menjadi bagian penting dalam menghasilkan data mortalitas yang lebih akurat (Welhelmina et al., 2022).

Penyusunan komponen informasi pada SMPK yang terstruktur penting untuk mendukung kejelasan riwayat medis kematian, sehingga dapat mempermudah proses klasifikasi dan pengodean diagnosis kematian (ICD-10) oleh petugas rekam medis. Penelitian Putra & Khalifatulloh (2021) menunjukkan bahwa ketidakstandaran desain formulir kematian di rumah sakit berpotensi menimbulkan hambatan dalam penentuan kode UCOD dan menurunkan kualitas data statistik mortalitas. Oleh karena itu, ketersediaan desain formulir SMPK yang memenuhi standar aspek anatomi, fisik, dan isi formulir rekam medis menjadi aspek yang sangat krusial.

Urgensi penataan formulir SMPK semakin meningkat seiring dengan kebijakan interoperabilitas ekosistem kesehatan nasional. Kementerian Kesehatan

RI melalui platform SATUSEHAT telah menerbitkan *Playbook* Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK) sebagai panduan integrasi data kematian berbasis standar *International Form of Medical Certificate of Cause of Death* dari WHO (Kementerian Kesehatan RI, 2026). Kebijakan ini menegaskan bahwa setiap Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) maupun aplikasi RME di fasyankes diharapkan memiliki modul masukan data (*input*) SMPK yang terstandar agar dapat terhubung secara terintegrasi dengan basis data kesehatan nasional.

Kebutuhan akan pencatatan kematian yang terstandar dan terintegrasi ini menjadi perhatian di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Berdasarkan hasil observasi awal selama pelaksanaan kegiatan magang, rumah sakit telah memiliki lembar sebab kematian konvensional (RM 13.a) untuk mendokumentasikan kasus kematian pasien, sebagaimana ditunjukkan pada Gambar 1.1.



RSUD PROF Dr. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO
INSTALASI RAWAT INAP

RM 13.a

RSMS

Nama : [redacted] No Dokumen RM : [redacted]

SEBAB KEMATIAN

Diisi oleh dokter yang merawat terakhir

I	Penyakit atau keadaan yang langsung mengakibatkan kematian	Lamanya (perkiraan) mulai sakit hingga meninggal
	a. [redacted]	Hari
	b. [redacted]	Hari
	c.	Hari
II	Penyakit-penyakit yang berarti dan mempengaruhi pula kematian itu, tetapi tidak ada hubungan dengan penyakit-penyakit tersebut dalam I a,b,c	
	a. [redacted]	Hari
	b.	Hari

Keterangan khusus untuk :

I	MATI KARENA RUDA PAKSA :		
	a. Macam ruda paksa	a.	Bunuh diri/Pembunuhan/Kecelakaan
	b. Cara kejadian ruda paksa	b.	
	c. Sifat jelas (kerusakan tubuh)	c.	
II	KELAHIRAN MATI (STILL BIRTH):		
	a. Apakah janin lahir mati ?	a.	Ya / Tidak
	b. Sebab kelahiran mati	b.	
III	PERSALINAN KEHAMILAN		
	a. Apakah ini peristiwa persalinan ?	a.	Ya / Tidak
	b. Apakah ini peristiwa kehamilan ?	b.	Ya / Tidak
IV	OPERASI		
	a. Apakah dilakukan operasi	a.	Ya / Tidak
	b. Jenis operasi	b.	Khusus / Besar / Sedang / Kecil

Yang memberi keterangan sebab kematian

(Dr. [redacted]

Gambar 1. 1 Lembar Sebab Kematian yang Digunakan di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara di lapangan, lembar RM 13.a saat ini masih digunakan sebagai media pencatatan berbasis kertas (*paper-based*) dan hanya berfungsi sebagai pelengkap berkas rekam medis serta belum dimanfaatkan secara optimal dalam proses pengolahan data mortalitas. Pelaporan mortalitas di rumah sakit masih menggunakan diagnosis utama, sedangkan informasi penyebab kematian yang terdapat pada RM 13.a belum dimanfaatkan secara maksimal sebagai sumber data penyebab dasar kematian

Selain itu, berdasarkan hasil wawancara dengan petugas Koder Rekam Medis, pengodean diagnosis pasien yang meninggal telah dilakukan untuk kebutuhan klaim BPJS melalui penentuan diagnosis utama dan diagnosis sekunder. Namun, proses tersebut belum disertai dengan proses khusus untuk menentukan dan mengodekan *underlying cause of death* (UCOD) berdasarkan

aturan koding mortalitas WHO. Koder juga belum memiliki bagian khusus pada formulir untuk mencatat hasil penetapan kode UCOD. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa pengodean diagnosis untuk kebutuhan klaim telah berjalan, tetapi proses khusus penetapan dan pengodean UCOD untuk kebutuhan data mortalitas belum tersedia secara terstruktur.

Di sisi lain, RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto sedang mengembangkan Sistem SmartMedika dan salah satu kebutuhan yang direncanakan adalah pengembangan fitur Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK). Pengembangan tersebut membutuhkan acuan mengenai komponen informasi dan susunan formulir yang akan diterapkan dalam sistem. Oleh karena itu, diperlukan rancangan formulir SMPK yang dapat memuat informasi penyebab kematian secara lengkap, jelas, dan terstruktur dengan mempertimbangkan pedoman yang relevan serta kondisi pencatatan yang telah diterapkan di rumah sakit.

Rancangan formulir tersebut disusun menggunakan Microsoft Word sebagai dokumen acuan bagi pihak yang bertanggung jawab dalam pengembangan fitur SMPK pada Sistem SmartMedika. Rancangan tidak hanya memuat bentuk dan susunan formulir, tetapi juga menjadi dasar untuk menentukan variabel, metadata, pembagian akses pengguna, serta alur pengisian dan pengelolaan SMPK.

Perancangan dalam kegiatan ini berfokus pada penyusunan komponen dan struktur formulir SMPK sebagai acuan pengembangan sistem, bukan pada pengembangan atau pemrograman Sistem SmartMedika maupun perubahan terhadap kewenangan tenaga medis dalam menetapkan penyebab kematian. Dengan adanya rancangan formulir tersebut, informasi yang diperlukan dalam SMPK dapat ditentukan dan disusun terlebih dahulu sebelum diterapkan ke dalam sistem elektronik.

Berdasarkan uraian tersebut, penulis mengambil topik dengan judul “Perancangan Formulir Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK) untuk

Pengembangan Sistem SmartMedika di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto."

1.2 Tujuan dan Manfaat

1.2.1 Tujuan Umum Magang / PKL

Merancang formulir Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK) sebagai bahan atau acuan dalam pengembangan fitur SMPK pada Sistem Informasi Rumah Sakit SmartMedika di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi kondisi dan komponen informasi pada lembar sebab kematian yang digunakan saat ini di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.
2. Menganalisis kebutuhan variabel formulir sebab kematian sesuai standar WHO dan SATUSEHAT Kemenkes RI.
3. Merancang formulir Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK) beserta pemetaan metadata dan usulan SOP sebagai acuan pengembangan sistem SmartMedika di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

1.2.3 Manfaat Magang

1. Bagi Mahasiswa
    a. Menambah pengetahuan dan pengalaman mengenai pengelolaan informasi penyebab kematian dalam rekam medis.
    b. Meningkatkan pemahaman mengenai Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK) dan komponen informasi yang diperlukan dalam pencatatan penyebab kematian.
    c. Meningkatkan kemampuan dalam melakukan identifikasi, analisis, dan perancangan formulir informasi kesehatan.
    d. Menerapkan pengetahuan yang diperoleh selama perkuliahan dalam kegiatan perancangan formulir di fasilitas pelayanan kesehatan
2. Bagi RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto

a. Memberikan rancangan formulir Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK) yang dapat digunakan sebagai bahan atau acuan dalam pengembangan fitur SMPK pada Sistem SmartMedika.
b. Memberikan gambaran mengenai komponen dan susunan informasi yang diperlukan dalam formulir SMPK.
c. Menjadi bahan pertimbangan bagi pihak terkait dalam pengembangan dan penyempurnaan pencatatan informasi penyebab kematian secara terstruktur.

3. Bagi Institusi Pendidikan
   a. Menjadi bahan informasi mengenai penerapan perancangan formulir informasi kesehatan, khususnya formulir Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK), di fasilitas pelayanan kesehatan.
   b. Menjadi bahan evaluasi dan pengembangan pembelajaran terkait rekam medis, pengelolaan informasi kesehatan, dan perancangan formulir.
   c. Mendukung pengembangan kerja sama antara institusi pendidikan dengan RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto dalam pelaksanaan kegiatan magang mahasiswa.

1.3 Lokasi dan Waktu

RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto yang terletak di JL.Dr. Gumbreg No1, Kebon Tebu, Berkoh, Kec Purwoketo Selatan, Kabupaten Banyumas, Jawa Tengah 53146. Pelaksanaan Praktek Kerja Lapang dilaksanakan selama 3 bulan pada tanggal 3 Agustus – 24 November 2026

Pelaksanaan magang dilakukan selama enam hari dalam satu minggu, yaitu hari Senin sampai dengan Sabtu, dengan ketentuan waktu sebagai berikut:

- Senin–Kamis: pukul 07.00–14.00 WIB
- Jumat: pukul 07.00–11.00 WIB
- Sabtu: pukul 07.00–12.30 WIB

1.4 Metode Pelaksanaan

1.4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam kegiatan magang ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan perancangan formulir. Pendekatan deskriptif digunakan untuk menggambarkan kondisi pencatatan informasi penyebab kematian yang telah berjalan di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto serta mengidentifikasi kebutuhan informasi yang diperlukan dalam perancangan formulir Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK). Pendekatan kualitatif digunakan untuk memperoleh informasi secara mendalam melalui observasi, wawancara, dokumentasi, dan studi literatur mengenai kebutuhan informasi, alur pengelolaan dokumen, serta pembagian peran dalam pengisian dan pengelolaan SMPK. Hasil identifikasi dan analisis tersebut selanjutnya digunakan sebagai dasar dalam menyusun rancangan formulir SMPK yang dapat menjadi bahan atau acuan kebutuhan dalam pengembangan fitur SMPK pada Sistem SmartMedika. Pendekatan perancangan formulir dilakukan dengan memperhatikan aspek isi dan kebutuhan informasi agar formulir yang dihasilkan dapat mendukung pencatatan informasi secara lebih terstruktur (Okta et al., 2020; Putra & Khalifatulloh, 2021).

1.4.2 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini meliputi:

1. Observasi

   Observasi dilakukan dengan mengamati secara langsung kondisi dan proses pencatatan informasi penyebab kematian pada unit terkait di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Observasi meliputi pengamatan terhadap lembar sebab kematian yang digunakan di rumah sakit, komponen informasi yang terdapat pada lembar, alur penggunaan dokumen, serta kegiatan yang berkaitan dengan pengelolaan informasi penyebab kematian. Hasil observasi digunakan untuk memperoleh gambaran kondisi awal yang

menjadi dasar dalam mengidentifikasi kebutuhan perancangan formulir SMPK (Sugiyono, 2013).

2. Wawancara

   Wawancara dilakukan kepada pihak yang berkaitan dengan pengelolaan informasi kematian, pelaporan, koding, serta proses digitalisasi rekam medis. Wawancara bertujuan untuk memperoleh informasi yang tidak dapat diperoleh melalui observasi secara langsung, terutama mengenai pelaksanaan pencatatan informasi penyebab kematian, pemanfaatan data kematian untuk pelaporan, proses koding diagnosis pasien meninggal, kebutuhan informasi dalam formulir SMPK, serta masukan terhadap rancangan formulir yang disusun sebagai bahan kebutuhan pengembangan SmartMedika (Sugiyono, 2013).

3. Dokumentasi

   Dokumentasi dilakukan dengan menelaah dokumen yang berkaitan dengan kegiatan perancangan formulir SMPK, seperti lembar sebab kematian yang digunakan di rumah sakit, Standard Operating Procedure (SOP), kebijakan, pedoman, rancangan formulir, serta dokumen pendukung lain yang tersedia dan relevan dengan kegiatan. Dokumentasi digunakan untuk melengkapi hasil observasi dan wawancara serta menjadi bahan dalam membandingkan kondisi yang berjalan dengan kebutuhan perancangan SMPK (Sugiyono, 2013).

4. Studi Literatur

   Studi literatur dilakukan dengan mengkaji sumber-sumber yang relevan mengenai Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK), underlying cause of death (UCOD), Rekam Medis Elektronik (RME), metadata rekam medis, interoperabilitas SATUSEHAT, serta prinsip perancangan formulir rekam medis. Studi literatur digunakan untuk membandingkan kebutuhan informasi yang ditemukan di lapangan dengan standar dan pedoman yang berlaku.

1.4.3 Subjek Penelitian

Subjek dalam kegiatan magang ini adalah pihak yang terlibat langsung dalam pengelolaan informasi kematian dan proses digitalisasi rekam medis yang berkaitan dengan kebutuhan perancangan formulir SMPK di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Pemilihan subjek dilakukan secara *purposive* berdasarkan keterlibatan dan pengetahuan informan terhadap proses yang diamati serta kebutuhan perancangan.

Subjek penelitian meliputi:

1. Petugas Koder Rekam Medis, yang memberikan informasi mengenai proses koding diagnosis pasien meninggal, kebutuhan informasi diagnosis penyebab kematian, serta kebutuhan pemisahan kewenangan antara dokter DPJP dan koder dalam penetapan kode UCOD.
2. Petugas Pelaporan Rekam Medis, yang memberikan informasi mengenai pemanfaatan data kematian dalam proses rekapitulasi dan pelaporan rumah sakit serta kondisi pemanfaatan lembar sebab kematian dalam pelaporan mortalitas.
3. Petugas Alih Media/Digitalisasi Rekam Medis, yang memberikan informasi mengenai proses pengelolaan dokumen rekam medis, kebutuhan digitalisasi, kebutuhan teknis rancangan formulir, serta masukan terkait penerapan formulir SMPK sebagai kebutuhan pengembangan pada SmartMedika.

1.4.4 Objek Penelitian

Objek dalam kegiatan magang ini adalah rancangan formulir Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK) yang disusun sebagai bahan atau acuan kebutuhan dalam pengembangan fitur SMPK pada Sistem SmartMedika di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Objek tersebut tidak mencakup pengembangan atau pemrograman aplikasi SmartMedika secara keseluruhan. Objek yang dikaji dalam proses perancangan meliputi:

1. Komponen informasi pada lembar sebab kematian yang saat ini digunakan di rumah sakit.
2. Kebutuhan variabel informasi SMPK berdasarkan pedoman WHO, KMK Nomor HK.01.07/MENKES/1423/2022, dan *Playbook* SMPK SATUSEHAT.
3. Susunan, struktur, dan tampilan *layout* formulir SMPK.
4. Pembagian peran dan akses pengisian informasi antara Dokter DPJP dan Koder Rekam Medis.
5. Pemetaan variabel formulir terhadap metadata yang diperlukan untuk kebutuhan Rekam Medis Elektronik.
6. Pemetaan variabel SMPK terhadap kebutuhan interoperabilitas SATUSEHAT.
7. Hasil *review* dan evaluasi terhadap rancangan formulir SMPK berdasarkan masukan informan.

Perancangan tersebut memperhatikan kebutuhan struktur informasi dan pembagian fungsi pada formulir agar informasi penyebab kematian dapat dicatat secara lebih terstruktur. Prinsip tersebut sejalan dengan penelitian mengenai perancangan formulir rekam medis yang menekankan pentingnya kesesuaian aspek isi, struktur, dan kebutuhan pengguna dalam menghasilkan formulir yang dapat mendukung proses pencatatan informasi (Okta et al., 2020; Putra & Khalifatulloh, 2021).

1.4.5 Tahapan Perancangan

Tahapan perancangan formulir SMPK dilakukan berdasarkan hasil identifikasi kondisi awal, kebutuhan informasi, serta acuan standar yang relevan. Tahapan yang dilakukan meliputi:

1. Identifikasi kondisi awal, yaitu mengamati lembar sebab kematian yang digunakan dan alur pengelolaan informasi penyebab kematian di rumah sakit.

2. Analisis kebutuhan, yaitu mengidentifikasi kebutuhan variabel dan informasi SMPK berdasarkan hasil observasi, wawancara, dokumentasi, serta studi literatur dengan mengacu pada pedoman WHO, KMK Nomor HK.01.07/MENKES/1423/2022, dan *Playbook* SMPK SATUSEHAT.
3. Perancangan formulir SMPK, yaitu menyusun rancangan awal formulir berdasarkan hasil analisis kebutuhan informasi dan pembagian peran pengisian antara Dokter DPJP dan Koder Rekam Medis.
4. Review dan revisi rancangan, yaitu melakukan penyesuaian terhadap rancangan berdasarkan hasil wawancara dan evaluasi terhadap kebutuhan informasi serta standar yang digunakan.
5. Penyusunan rancangan akhir, yaitu menghasilkan formulir SMPK yang dilengkapi dengan pemetaan variabel dan metadata serta usulan SOP pengisian dan pengelolaan SMPK sebagai bahan atau acuan pengembangan fitur SMPK pada SmartMedika.

1.5 Batasan Kegiatan

Kegiatan Praktik Kerja Lapangan ini dibatasi pada perancangan formulir Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK) sebagai dasar kebutuhan pengembangan fitur SMPK pada Sistem SmartMedika di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Batasan kegiatan meliputi:

1. Kegiatan difokuskan pada identifikasi kondisi dan komponen informasi pada lembar sebab kematian yang digunakan di rumah sakit serta analisis kebutuhan variabel formulir SMPK.
2. Perancangan formulir dilakukan berdasarkan hasil observasi, wawancara, dokumentasi, studi literatur, pedoman WHO, KMK Nomor HK.01.07/MENKES/1423/2022, dan *Playbook* SMPK SATUSEHAT yang relevan.

3. Perancangan mencakup struktur dan *layout* formulir SMPK, komponen informasi, pembagian peran pengisian antara Dokter DPJP dan Koder Rekam Medis, serta kebutuhan akses pada bagian tertentu dalam formulir.
4. Kegiatan mencakup pemetaan variabel formulir terhadap metadata dan kebutuhan interoperabilitas SATUSEHAT sebagai bahan teknis yang dapat digunakan oleh pengembang SmartMedika.
5. Kegiatan mencakup penyusunan usulan SOP pengisian dan pengelolaan SMPK yang menggambarkan pembagian peran Dokter DPJP dan Koder Rekam Medis.
6. Kegiatan ini tidak mencakup pemrograman atau pengembangan aplikasi SmartMedika, perancangan antarmuka aplikasi secara menyeluruh, integrasi teknis dengan SATUSEHAT, implementasi sistem pada lingkungan operasional rumah sakit, maupun pengujian sistem.
7. Rancangan yang dihasilkan merupakan bahan atau acuan kebutuhan pengembangan fitur SMPK dan masih dapat disesuaikan oleh pihak rumah sakit dan pengembang SmartMedika pada tahap implementasi berdasarkan kebutuhan teknis, kebijakan internal, dan hasil validasi lebih lanjut.
8. Usulan SOP yang dihasilkan dalam kegiatan ini merupakan rancangan berdasarkan hasil identifikasi dan analisis selama kegiatan magang, sehingga penerapannya tetap memerlukan peninjauan, persetujuan, dan penetapan oleh pihak rumah sakit sesuai kewenangan yang berlaku.