BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit sebagai salah satu penyedia layanan kesehatan memegang peran penting dalam mewujudkan masyarakat sehat. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Rumah sakit melakukan beberapa jenis layanan antara lain layanan medis, layanan penunjang medis, layanan perawatan, layanan rehabilitasi, pencegahan serta peningkatan kesehatan, kawasan pendidikan atau pelatihan medis dan tenaga medis, kawasan penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan, serta untuk mencegah risiko dan gangguan kesehatan (Utomo et al., 2023). Layanan penunjang medis yang perlu diperhatikan adalah rekam medis.

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, memberikan kepastian hukum, menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan, ketersediaan data rekam medis, serta mewujudkan penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis yang berbasis digital dan terintegrasi.

Rekam medis juga berisikan kumpulan catatan dan informasi terperinci mulai dari data dasar pasien, alasan mengapa pasien mencari layanan kesehatan, data penunjang, diagnosis hingga data mengenai tindak lanjut kemajuan kesehatan pasien (Ahmed et al., 2021). Perekam medis sesuai dengan kompetensinya memegang peranan penting yaitu melakukan

proses pengumpulan, pengolahan, dan penyajian statistik kesehatan yang digunakan untuk pengambilan keputusan. Salah satu data yang diolah dan dilaporkan adalah data mortalitas pasien rawat inap (Mardiawati et al., 2023).

Menurut WHO, mortalitas atau kematian sebagai suatu peristiwa ketika semua tanda-tanda kehidupan menghilang secara permanen yang dapat terjadi kapan saja setelah kelahiran hidup (Purba et al., 2023). Mortalitas pasien rawat inap menjadi indikator penting dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan di suatu rumah sakit. Data mortalitas memberikan gambaran mengenai tingkat kematian pasien selama dirawat di rumah sakit. Angka kematian yang tinggi menandakan adanya masalah dalam sistem pelayanan kesehatan, mulai dari diagnosis, pengobatan, hingga perawatan pasien. Oleh karena itu, manajemen pelaporan mortalitas menjadi hal yang penting untuk dilakukan (Utami et al., 2023).

Permenkes RI Nomor 1171 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit mewajibkan rumah sakit untuk mencatat dan melaporkan data mortalitas pasien rawat inap secara akurat dan lengkap. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, mengidentifikasi faktor risiko kematian, serta sebagai bahan evaluasi kinerja rumah sakit. Pelaporan mortalitas menghasilkan berbagai informasi diantaranya informasi data mortalitas rawat inap yang meliputi laporan data mortalitas rawat inap, laporan indeks kematian rawat inap, dan surat keterangan penyebab kematian (Nurhayati et al., 2022).

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 1171 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit bahwa statistik mortalitas masuk ke dalam Rekapitulasi Laporan (RL) 4 yang berisikan data morbiditas atau mortalitas yang dilaporkan periodik setiap tahun kepada Dinas Kesehatan dan Kementerian Kesehatan. Data dikumpulkan dari tanggal 1 Januari sampai dengan 30 Juni dan 1 Juli sampai dengan 31 Desember setiap tahunnya. Untuk keperluan internal rumah sakit, laporan mortalitas perlu dilaporkan secara bulanan/triwulan, bertujuan menjadi tolak ukur pelayanan kesehatan

secara cepat dan tepat sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit (Mardiawati et al., 2023).

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 1171 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit bahwa pelaporan mortalitas di rumah sakit berupa suatu proses sistematis yang melibatkan pengumpulan, pengolahan, dan penyajian data kematian pasien. Dalam pelaksanaan pelaporan mortalitas terdiri atas beberapa tahapan mulai dari *input*, proses, hingga *output*. *Input* dalam pelaporan mortalitas meliputi sumber daya manusia, sarana dan prasarana, serta kebijakan. Proses pelaporan melibatkan kegiatan pengumpulan, pengolahan, dan pelaporan data mortalitas. *Output* dari pelaporan ini berupa hasil laporan mortalitas yang berisi data kematian secara rinci. Laporan ini digunakan untuk mengevaluasi kinerja rumah sakit, mengidentifikasi faktor risiko kematian, dan menyusun program perbaikan mutu pelayanan rumah sakit.

Sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit maka perlu dilaksanakan pelaporan mortalitas yang sesuai dengan ketentuan atau peraturan yang berlaku. Pada beberapa rumah sakit pelaksanaan pelaporan mortalitas belum sesuai dengan ketentuan yang ada. Hal ini sesuai dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Mardiawati, dkk (2023) di RSUD Dr. M. Zein Painan menunjukkan bahwa masih kurangnya Sumber Daya Manusia pada bagian pelaporan mortalitas, saat ini petugas yang menangani bagian tersebut berjumlah 3 orang yang tugasnya merangkap sebagai petugas pengolahan data dan pelaporan. Selain itu, belum adanya petugas yang mengikuti pelatihan pengolahan laporan kematian menyebabkan kurangnya pengetahuan petugas. Sarana dan prasarana untuk kegiatan pelaporan masih belum memadai, diantaranya jaringan dan aplikasi SIMRS yang masih dalam tahap pengembangan sehingga pengolahan data dilakukan secara manual.

Pelaksanaan laporan mortalitas di RSUD Dr. M. Zein Painan juga belum sesuai teori karena dalam pelaporan kematian yang dilakukan yaitu laporan SIRS RL 4A mengenai morbiditas dan mortalitas pasien rawat inap

belum disertai dengan kode penyebab kematian karena tidak adanya sertifikat medis penyebab kematian pasien. Di RSUD Dr. M. Zein Painan juga belum terdapat SPO pelaporan mortalitas, sehingga petugas hanya berpedoman pada SPO Pelaporan. *Monitoring* dan Evaluasi kegiatan pelaporan kematian belum dilakukan karena tidak adanya anggaran biaya. *Output* laporan kematian secara keseluruhan belum terlaksana dengan baik karena petugas mengutamakan pengolahan laporan yang memberikan dampak langsung kepada pelayanan.

RSUD Daha Husada merupakan Rumah Sakit Umum Daerah berklasifikasi D milik Pemerintah Provinsi Jawa Timur. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan penulis pada tanggal 01 Agustus 2024 di RSUD Daha Husada didapatkan bahwa pengolahan dan pelaporan mortalitas pasien rawat inap telah dilaksanakan secara elektronik oleh petugas rekam medis. Pengolahan data mortalitas dilakukan menggunakan Microsoft Excel dan dilaporkan melalui *website* SIRS Dinkes Jatim. Dalam sensus data mortalitas pasien rawat inap didapatkan bahwa angka kematian pasien lebih dari 48 jam lebih tinggi daripada kematian pasien kurang dari 48 jam. Proses pengolahan dan pelaporan dilakukan oleh dua petugas rekam medis dan masing-masing petugas belum mendapatkan pelatihan mengenai sistem pelaporan SIRS *online*.

Kendala yang terjadi saat pengolahan data mortalitas yaitu adanya ketidaksesuaian jumlah data kematian antara sensus yang direkap oleh instalasi rawat inap dengan data kematian yang tercatat di SIMRS, sehingga petugas rekam medis harus melakukan pengecekan ulang data mortalitas tersebut. Hal ini disebabkan oleh perawat IRNA yang belum mengubah status pulang pasien meninggal sampai pada saat data kematian diverifikasi oleh petugas rekam medis melalui SIMRS. Sehingga terdapat pasien pulang yang terekap dalam SIMRS namun belum tercatat dalam rekapitulasi data IRNA. Ketidaksesuaian jumlah data ini dapat menyebabkan kesalahan pengolahan data sehingga mengakibatkan ketidakakuratan laporan

mortalitas. Ketidakakuratan laporan mortalitas akan mempengaruhi evaluasi kualitas pelayanan rumah sakit.

Selain itu, di RSUD Daha Husada juga belum terdapat SPO pelaporan mortalitas, sehingga tidak ada pedoman yang khusus mengatur kegiatan pelaporan mortalitas. Untuk sertifikat kematian pasien sudah ada, namun belum diterapkan kode sebab kematian dan interval waktu urutan kematian. Reseleksi kode penyebab kematian juga belum dilaksanakan. Berdasarkan hasil studi pendahuluan tersebut, maka penulis tertarik untuk mengambil penelitian yang berjudul "Manajemen Pelaporan Mortalitas Rawat Inap: Studi Kasus Unit Rekam Medis RSUD Daha Husada".

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, didapatkan rumusan masalah yaitu "Bagaimana Manajemen Pelaporan Mortalitas Rawat Inap di RSUD Daha Husada?".

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis manajemen pelaporan mortalitas rawat inap di RSUD Daha Husada.

1.3.2 Tujuan Khusus

1) Mengidentifikasi komponen *input* pada manajemen pelaporan mortalitas rawat inap di RSUD Daha Husada.
2) Mengidentifikasi komponen proses pada manajemen pelaporan mortalitas rawat inap di RSUD Daha Husada.
3) Mengidentifikasi komponen *output* pada manajemen pelaporan mortalitas rawat inap di RSUD Daha Husada.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan mampu menjadi sumber rujukan sebagai bahan kajian untuk penelitian serupa di masa yang

akan datang khususnya terkait topik manajemen pelaporan mortalitas rawat inap.

1.4.2 Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sarana yang bermanfaat sebagai acuan dalam peningkatan mutu pelayanan di RSUD Daha Husada, serta melalui penelitian ini diharapkan RSUD Daha Husada dapat melaksanakan pelaporan mortalitas sesuai dengan ketentuan dan kebutuhan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.