

## PENERAPAN ALUR PROSEDUR DAN PERANCANGAN DESAIN FORMULIR SERTIFIKAT KEMATIAN DI RSUD BANGIL

Nuril Khabibatul Jamilah<sup>1</sup>, Fita Rusdian Ikawati<sup>2\*</sup>, Anis Ansyori<sup>3</sup>, Evira Afrida<sup>4</sup>, Nur  
Hamid Abdullah<sup>5</sup>

<sup>1-3</sup> Program Studi D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Institut Teknologi Sains dan Kesehatan  
Rumah Sakit dr. Soepraoen Kesdaam V Brawijaya Malang  
Jl. S. Supriadi No.22, Sukun, Kec. Sukun, Kota Malang.

<sup>4-5</sup>Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Kabupaten Pasuruan

Jl. Raya Raci Bangil-Pasuruan.

[fita.160978@itsk-soepraoen.ac.id](mailto:fita.160978@itsk-soepraoen.ac.id)

[anisansyori@itsk-soepraoen.ac.id](mailto:anisansyori@itsk-soepraoen.ac.id)

[nurilkhabiba18@gmail.com](mailto:nurilkhabiba18@gmail.com)

[eviraafrida88@gmail.com](mailto:eviraafrida88@gmail.com)

[nurhamidabdullah0@gmail.com](mailto:nurhamidabdullah0@gmail.com)

---

### **Keywords:**

*Death Certificate,  
Form Desain,  
UCoD,  
Medical Record.*

---

### **ABSTRACT**

*The recording of causes of death plays a crucial role in supporting national health policies, including disease control program planning. This study aims to design a more systematic and accurate death certificate format at Bangil Regional General Hospital (RSUD Bangil). The method used is qualitative research through observation, interviews, and brainstorming with medical record officers. The research focuses on three main aspects: the physical, anatomical, and content elements of the death certificate form, as well as the development of a cause-of-death reporting procedure aligned with ICD-10 and MCCD standards from the WHO. The results show that the existing death letter is insufficient to capture all essential information, indicating the need for a new format in the form of a death certificate that is integrated with the Hospital Management Information System (SIMRS) and the Civil Registration and Vital Statistics (DUKCAPIL) system.*

---

### **Kata Kunci**

*Surat Kematian,  
Desain Formulir,  
UCoD,  
Rekam Medis.*

---

### **ABSTRAK**

Pencatatan penyebab kematian memiliki peran penting dalam mendukung kebijakan kesehatan nasional termasuk perencanaan program pengendalian penyakit. Penelitian ini bertujuan untuk merancang format sertifikat kematian yang lebih sistematis dan akurat di RSUD Bangil. Metode yang digunakan adalah penelitian kualitatif melalui observasi, wawancara, dan *brainstorming* terhadap petugas rekam medis. Penelitian difokuskan pada tiga aspek utama: aspek fisik, anatomi, dan isi formulir sertifikat kematian, serta penyusunan prosedur pengisian penyebab kematian yang sesuai dengan standar ICD-10 dan MCCD dari WHO. Hasil penelitian menunjukkan bahwa surat kematian yang ada belum mampu mencakup informasi penting secara lengkap, sehingga diperlukan format baru seperti sertifikat kematian yang sudah terintegrasi dengan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan DUKCAPIL.

---

**Korespondensi Penulis:**  
Nuril Khabibatul Jamilah,

**Submitted : June 23, 2025;**  
**Accepted : June 30, 2025;**  
**Published : June 23, 2025**



Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Rumah Sakit dr.

Soepraoen Kesdam V Brawijaya Malang,

Jl. S. Supriadi No.22, Sukun, Kec. Sukun, Kota Malang.

Telepon : +6285645326035

Email:nurilkhabela18@gmail.com

*Copyright (c) 2024 The Author (s)*

*This article is distributed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-SA 4.0)*

## 1. PENDAHULUAN

Penyakit atau cedera yang memicu rentetan kejadian mengerikan yang mengarah langsung pada kondisi kematian atau keadaan kecelakaan atau kekerasan yang mengakibatkan cedera berat disebut dengan *Underlying Cause of Death*. Fungsi dari pengisian *Underlying Cause of Death* (UCoD) erat kaitannya dengan mutu pelayanan berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit. Sertifikat penyebab kematian dan pengkodean yang benar sangat penting untuk menghasilkan statistik kematian yang berkualitas guna menginformasikan kebijakan kesehatan. Tujuan dari pengisian penyebab kematian yang dilaporkan adalah untuk menghitung harapan hidup, kematian karena sebab dan usia[1].

Laporan yang dituliskan pada sertifikat kematian berisikan penyebab kematian (penyebab kematian langsung, antara dan UCOD) dapat digunakan sebagai dasar monitoring status kesehatan secara umum, serta untuk pencegahan penyakit yang menjadi penyebab kematian. Data yang diperoleh dari sertifikat kematian memberikan profil kematian spesifik penyebab, yang diperlukan untuk menganalisis tren kesehatan penduduk. Pelaporan UCOD yang tepat memiliki peran kunci dalam perencanaan program kesehatan dan pembangunan nasional. Pelaporan UCOD yang tepat sangat relevan dalam situasi pandemi untuk perencanaan pengendalian yang efektif[1].

Di Indonesia diatur oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tentang sertifikat kematian adalah suatu formulir yang mencatat dan mendokumentasikan identitas seseorang serta penyebab kematian yang paling penting dan menunjang, yang diisi oleh tenaga medis profesional yang harus bertanggung jawab atas keakuratan dan kualitas informasi di dalamnya. Berkas rekam medis sangat penting untuk membuat laporan kesehatan yang tepat dan akurat, jadi kualitasnya harus dipertahankan selama proses penulisan, pengolahan, dan laporan rekam medis [2].

Salah satu unsur esensial dari surat kematian adalah penentuan penyebab kematian. Karenanya, surat kematian disebut pula dengan Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK). Penentuan penyebab kematian yang tepat memiliki manfaat yang luas, baik medis maupun bagi kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, pengisian SMPK hendaknya dilakukan sesuai dengan skema Medical Certification of Cause of Death (MCCD), yang merupakan bagian dari International Classification of Diseases (ICD) dari WHO, serta Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan tahun 2010 tentang Pelaporan Kematian dan Penyebab Kematian[3].

Ditingkat nasional, data kematian yang akurat terutama data penyebab kematian berdasarkan *Underlying Cause of Death* (UCoD) merupakan komponen penting dalam perencanaan kebijakan kesehatan publik, evaluasi program, dan pengukuran indikator kesehatan nasional, seperti angka kematian, angka kematian ibu & bayi, dan penyakit tidak menular (PTM). Berdasarkan studi lapangan di RSUD Bangil, ditemukan bahwa pengisian penyebab kematian belum dilakukan secara rinci, dan tidak tersedia format khusus yang memudahkan pencatatan UCoD secara sistematis. Tidak hanya di RSUD Bangil tetapi juga, di beberapa rumah sakit daerah lain di Indonesia yang masih belum terintegrasi system pelaporan kematian dengan sistem elektronik seperti SIMRS.

Ditingkat regional (Kabupaten/Kota), data UCoD yang valid akan sangat membantu Dinas Kesehatan dalam monitoring tren penyakit, perencanaan program penanggulangan penyakit, dan alokasi sumber daya berdasarkan penyebab kematian yang paling sering terjadi di daerah tersebut. Penelitian ini dapat menjadi

model percontohan bagi rumah sakit daerah lain dalam pengembangan format sertifikat kematian yang sesuai dengan standar Internasional (ICD, WHO) dan Nasional.

Berdasarkan studi kasus di RSUD Bangil Kab. Pasuruan diketahui bahwa pencatatan kematian belum dicatat secara rinci dengan lembar format khusus yang memungkinkan untuk menjelaskan secara detail apa penyebab dasar kematian tersebut. Faktor lain yang menyebabkan awal mula pembuatan sertifikat kematian ini adalah pihak keluarga/wali pasien yang sering meminta permohonan permintaan ulang surat kematian yang berulang kali untuk melakukan pengurusan ke Dinas DUKCAPIL.

Sertifikat kematian dalam hal ini tidak hanya mencakup penyebab utama kematian, tetapi juga penyebab yang dapat menyebabkan kematian UCOD (*Underlying Cause Of Death*) berdasarkan ICD 10. Selanjutnya analisis mengenai bagian isi sertifikat kematian di RSUD Bangil. Dalam hal ini, desain sertifikat kematian harus memuat kebutuhan yang disesuaikan dengan informasi tentang kondisi penyebab utama kematian pasien, penyebab sekunder (penyakit yang kemungkinan dapat menjadi penyebab utama kematian pasien), dan penyakit terdahulu yang pernah dialami pasien.

Tujuan dari dilaksanakannya penelitian ini ialah untuk menghasilkan format sertifikat kematian yang mencakup identitas lengkap jenazah, data kematian jenazah, dan diagnosa penyebab kematian yang diberikan oleh dokter penanggung jawab untuk meningkatkan akurasi pencatatan kematian. Serta, dapat dirancang secara elektronik sehingga informasi yang terkandung dapat langsung terhubung melalui SIMRS. Keunggulan penelitian ini adalah tersedianya format untuk sertifikat kematian berbasis elektronik di RSUD Bangil Kab. Pasuruan berdasarkan aspek desain yang sudah ditentukan, dan bisa berkerja sama dengan pihak Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil (DUKCAPIL).

## 2. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitatif dengan teknik observasi, wawancara, dan *brainstorming*. Teknik observasi dilakukan dalam bentuk mengamati dan mencatat permasalahan yang terjadi di lapangan secara jelas tanpa perantara, teknik wawancara digunakan untuk mendapatkan informasi dari partisipan secara langsung, dan teknik *brainstorming* atau diskusi kelompok digunakan untuk mendapatkan perspektif dari sekelompok responden dalam satu diskusi.

Metode penelitian tersebut bertujuan untuk mengidentifikasi dan menganalisis kebutuhan pengguna terhadap formulir sertifikat kematian yang nantinya akan dilakukan perancangan desain formulir sertifikat kematian dengan mengidentifikasi permasalahan pada desain formulir sertifikat kematian di RSUD Bangil berdasarkan aspek fisik (*heading, introduction, instruction, body*), aspek anatomi (bahan, bentuk, ukuran, dan warna), dan aspek isi (simbol). Subjek didalam penelitian ini adalah petugas rekam medis sebagai penyedia formulir sertifikat kematian di RSUD Bangil.

Kriteria pemilihan subjek dalam penelitian ini ialah sebagai berikut: (a) merupakan seorang petugas rekam medis RSUD Bangil; (b) petugas yang dipilih sebagai sample telah memiliki masa kerja selama lebih dari 5 tahun di RSUD Bangil. Berdasarkan kriteria diatas maka subjek yang dipilih oleh peneliti dalam penelitian ini terdiri dari dua responden dengan melibatkan seorang perekam medis dan kepala unit rekam medis yang telah menjadi bagian dari instalasi rekam medis RSUD Bangil selama lebih dari 5 tahun.

Kegiatan diawali dengan observasi pada subjek dengan menganalisis aspek fisik, anatomi, dan isi dalam formulir sertifikat kematian sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Selanjutnya, dilakukan kegiatan wawancara kepada responden guna mengumpulkan data yang dilakukan dengan cara *face to face* (tatap muka) untuk menentukan persetujuan setelah dilakukannya penerapan sertifikat kematian dengan masalah yang didapat. Setelah responden menjawab pertanyaan dari peneliti langkah selanjutnya dilakukan tahap *brainstorming* untuk menyatukan item-item penting dan yang wajib dimunculkan di dalam sertifikat

kematian yang kemungkinan pihak rumah sakit akan menkonversikan dengan *Elektronik Medical Record* pada SIMRS.

### 3. HASIL DAN ANALISIS

#### 3.1 Perancangan Kebutuhan Formulir

Pada observasi yang dilakukan guna melihat analisis terkait tentang perancangan desain formulir sertifikat kematian di RSUD Bangil, menghasilkan data bahwa dalam perancangan formulir sebagaimana dijelaskan Menurut *Huffman dalam Budi, 2011* bahwa dalam analisis terkait desain formulir harus memiliki aspek fisik, aspek anatomi yang terdiri dari beberapa komponen diantaranya kepala formulir (*heading*), pendahuluan (*introduction*), perintah (*instruction*), dan isi (*body*)[4]. Hasil yang diperoleh dari observasi heading dalam rancangan desain formulir sertifikat kematian di RSUD Bangil Kab. Pasuruan.

Bagian *introduction* (pendahuluan) yakni berupa informasi rumah sakit yang memuat alamat rumah sakit, logo rumah sakit, logo kabupaten pasuruan, nomor telpon rumah sakit, dan judul yang dituliskan pada bagian tengah formulir untuk menyatakan kegunaan formulir tersebut dibuat. Perintah (*instruction*) pada sertifikat kematian yang bersifat kalimat perintah dan petunjuk intruksi pengisian form. Bagian selanjutnya adalah bagian badan (*body*) pada sertifikat kematian secara umum terdiri dari ukuran margin, *spacing* per item, dan tata cara pengisian secara *essay* yang dapat dibaca. Dan yang terakhir penutup (*close*) berisikan tanda tangan dokter dan persyaratan dokumen yang diberikan.

Teknik wawancara yang telah dilakukan guna menggali informasi terkait sertifikat kematian di RSUD Bangil Kab. Pasuruan, menghasilkan data bahwa setiap fasilitas kesehatan wajib membuat sertifikat kematian yang dilaporkan kepada pihak eksternal antara lain Dinas Kesehatan dan Dinas Kependudukan Kabupaten/Kota, Provinsi. Ketepatan dalam pemilihan kode penyebab kematian pada sertifikat kematian memiliki peran penting karena data tersebut digunakan sebagai bahan untuk melakukan monitoring terhadap status kesehatan secara umum, serta untuk pencegahan penyakit yang menjadi penyebab kematian[5].

Pernyataan kedua responden tentang kesulitan sebelum dibuatkannya sertifikat kematian sebagai berikut:

*"permohonan permintaan ulang surat kematian sering terjadi namun tidak sebanyak permintaan resume medis pasien, ahli waris/keluarga pasien meminta surat kematian dengan alasan hilang dan kurang peduli tentang pengurusan akta kematian, ahli waris memintanya karena butuh untuk kepentingan pengurusan menikahkan anaknya, dan untuk memecahkan warisan"*(W-KRM).

*"sebelum dibuatkannya sertifikat kematian pihak ahli waris sering meminta permohonan permintaan ulang surat kematian ke kita ruangan rekam medis dengan alasan umum hilang, terbawa oleh pihak desa, pihak asuransi, dll"*(W-PRM).

Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa kurangnya kepedulian ahli waris dalam pengurusan dokumen resmi seperti sertifikat kematian. Hal ini menunjukkan kurangnya pemahaman masyarakat akan pentingnya dokumen sipil yang sah dan permanen yang seharusnya diurus ke instansi resmi seperti Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil (DUKCAPIL).

Setelah penulis melakukan observasi dan wawancara dengan Kepala Instalasi Rekam Medis dan Petugas Pengadaan Rekam Medis di RSUD Bangil Kab. Pasuruan, melalui beberapa tahapan analisis permasalahan yang bertujuan untuk menanggulangi permohonan permintaan ulang surat kematian yang

terus menerus oleh keluarga pasien. Desain formulir sertifikat penyebab kematian dirancang untuk mempermudah pencatatan identitas jenazah secara rinci dan mencegah tidak tercatatnya informasi penting yang seharusnya dicatat dan dikomunikasikan.

### 3.2 Perancangan Formulir

Dalam perancangan formulir terdapat 3 aspek yakni aspek fisik, aspek anatomi, dan aspek isi. Berikut ini adalah aspek fisik, aspek anatomi, dan aspek isi formulir sertikat kematian yang akan digunakan di RSUD Bangil Kab. Pasuruan.

#### a. Aspek Fisik

Berikut hasil analisis formulir sertifikat kematian pada aspek fisik.

**Tabel 1.** Aspek Fisik Formulir Sertikat Kematian.

No	Aspek Fisik	Hasil
1.	Bahan	<i>Continous Form/</i> F4 dengan 3 rangkap warna
2.	Bentuk	Potrait atau Persegi Panjang
3.	Ukuran	F4 dengan Panjang 33 cm dan lebar 21,59 cm
4.	Warna kertas	Warna (putih, merah, kuning)

**Gambar 1.** Perancangan desain formulir sertifikat kematian

Berdasarkan hasil diskusi dengan kepala rekam medis kertas yang digunakan pada RSUD Bangil adalah menggunakan kertas *Continous Form* sebagai jenis kertasnya. Jenis ini dinilai cocok untuk sertifikat kematian, karena kertas jenis ini telah didesain dengan rangkap 3 kali (dengan warna kertas

berbeda: putih, merah, kuning), sehingga bisa mendapatkan 3 rangkap dalam sekali proses penulisan tanpa harus dicetak ulang dan digandakan.

b. Aspek Anatomi

Berikut hasil analisis formulir sertifikat kematian pada aspek anatomi.

**Tabel 2. Aspek Anatomi Formulir Sertifikat Kematian**

No	Aspek Anatomi	Hasil
1.	<i>Heading</i>	Logo RS, Alamat RS, No. Telpn RS, judul formulir, No. urut pencatatan kematian, Kode RS, No. RM, Nama RS.
2.	<i>Introduction</i>	Dituliskan penjelasan lebih lanjut dari maksud formulir dibuat, yaitu <i>"Dibuat untuk pasien meninggal dalam kurun waktu 168 jam (1 minggu) setelah dokter atau perawat menyatakan pasien meninggal dunia"</i> .
3.	<i>Instruction</i>	Berisi pemberitahuan *) lingkari salah satu, <input type="checkbox"/> beri tanda centang pada kotak.
4.	<i>body</i>	Data jenazah, data kematian, diagnosa penyebab kematian.
5.	<i>Close</i>	Tanda tangan pihak yang menerima, dan tanda tanda tangan dokter.

*Heading* memuat informasi dari rumah sakit serta sedikit informasi tentang lokasi rumah sakit. Letak penulisan judul dalam formulir terletak dibagian tengah formulir. Pada sisi kiri terdapat logo Kabupaten Pasuruan dan di sebelah kanan terdapat logo RSUD Bangil. Dibawah judul formulir terdapat No. urut pencatatan kematian, Kode RS, No. RM, Nama RS.



**Gambar 2. Kepala Formulir Sertifikat Kematian**

Pada bagian *introduction* terdapat penambahan yang menjelaskan tentang maksud dibuatkannya sertifikat kematian yaitu *"Dibuat untuk pasien meninggal dalam kurun waktu 168 jam (1 minggu) setelah dokter atau perawat menyatakan pasien meninggal dunia"*. Kebutuhan lainnya pada bagian *introduction* adalah margin menggunakan ukuran yang disesuaikan dengan kolom yang berada pada isi formulir, spasi menggunakan ukuran 1.15, garis menggunakan garis vertical dan horizontal untuk membatasi setiap item yang ada pada formulir, jenis huruf semua menggunakan *Times New Roman* dengan 12 pt untuk semua huruf termasuk judul.

*Dibuat untuk pasien meninggal dalam kurun waktu 168 jam (1 minggu) setelah dokter atau perawat menyatakan pasien meninggal dunia.*

**Gambar 3. Introduction pada Sertifikat Kematian**

Pada bagian *instruction* dituliskan secara singkat untuk aturan pengisian formulir. Pada bagian *instruction* terletak pada bagian bawah formulir yang menjelaskan persyaratan apa saja yang dilakukan dan penjelasan tentang simbol yang harus diisi seperti pemberitahuan \*) lingkari salah satu, beri tanda centang pada kotak.

**Dokumen yang sudah diserahkan**

KK asli jenazah

KTP asli jenazah

KTP pelapor (Ahli Waris)

Surat Kematian dari RSUD Bangil

**\*) Lingkari salah satu**

Beri tanda ✓

**Keterangan :** Keluarga pasien (Putih)

Rekam medis (Merah)

DUKCAPIL (Kuning)

**Gambar 4.** *Instruction* pada Sertifikat Kematian

Pada bagian *body* terdapat banyak informasi mengenai data jenazah, data kematian, dan data penyebab kematian menurut UCoD (*Underlying Cuase of Death*). Pada data penyebab kematian terdapat 3 indikasi, yaitu diagnosa utama, diagnosa sekunder, dan penyakit terdahulu (penyakit bawaan) yang akan di coding sesuai dengan ICD-10.

**I. DATA JENAZAH**

Nama Lengkap : .....

Jenis Kelamin : (LAKI-LAKI/PEREMPUAN)\*

NIK : .....

Tempat Tanggal Lahir : ..... Tanggal : ..... Bulan : ..... Tahun : .....

Agama : .....

Alamat : ..... RT : ..... RW : .....

Kelurahan/Desa : ..... Kecamatan : .....

Kabupaten/Kota : .....

**II. DATA KEMATIAN**

Tanggal dan Waktu Meninggal : ..... Jam : .....

Tempat meninggal, Ruangan/Bangsal : ..... Kelas : ..... Lainnya : .....

Dasar Diagnosa (boleh pilih lebih dari satu)\*

A. Rekam Medis B. Otopsi Verbal

C. Otopsi Forensik D. Keterangan Lainnya.....

E. Otopsi Klinik

Penyakit Penyebab Kematian (lingkari salah satu)\*

a. Penyakit Khusus b. Gangguan Maternal c. Cedera Kecelakaan Lalu Lintas

d. Penyakit Menular e. Gangguan Perinatal f. Cedera Kecelakaan Kerja

g. Penyakit Tidak Menular h. Gejala Tanda dan Kondisi Lainnya.....

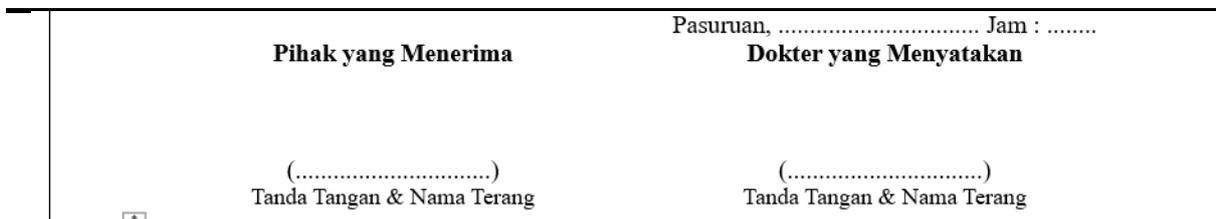
i. Cedera Lainnya

**III. DIAGNOSA PENYEBAB KEMATIAN**

I		
A. Penyakit atau keadaan yang mengakibatkan kematian (penyebab utama).	a. ....	Kode ICD-10 : .....
B. Penyakit (bila ada) yang menjadi penyebab kematian pada bagian A (penyebab sekunder).	b. ....	Kode ICD-10 : .....
	c. ....	Kode ICD-10 : .....
	d. ....	Kode ICD-10 : .....
II		
Penyakit lain yang berarti & mempengaruhi kematian tapi, tidak ada hubungannya dengan penyakit bagian I (penyakit terdahulu).	.....	Kode ICD-10 : .....

**Gambar 5.** *Body* pada Sertifikat Kematian

Pada bagian *close* terdapat Tanda tangan pihak yang menerima beserta nama terang, dan tanda tanda tangan dokter beserta nama terang dan gelar. Diatas tanda tangan dokter terdapat tempat, tanggal, dan waktu dibuatkannya sertifikat kematian. Pada bagian *close* tanda tangan penerima harus dilakukan oleh keluarga pasien/ahli waris.



**Gambar 6.** Close pada Sertifikat Kematian

a. Aspek Isi

Menurut peraturan menteri kesehatan Nomor 24 tahun 2022 rekam medis merupakan dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien[6]. Dokumen Rekam Medis milik Fasilitas Pelayanan Kesehatan. sedangkan Rekam Medis milik Pasien. Isi Rekam Medis wajib dijaga kerahasiaannya oleh semua pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan walaupun Pasien telah meninggal dunia. Salah satu pengolahan isi informasi Rekam Medis melalui pengodean, baik pasien yang keluar hidup maupun dalam keadaan meninggal dunia.

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan oleh penulis pada formulir sertifikat kematian untuk penyebab kematian atau informasi medis pada ringkasan pulang pasien pernah ada. Pernyataan tersebut diungkapkan oleh responden pada RSUD Bangil sebagai berikut:

*”Di kami dulunya ada form sertifikat kematian sampai tahun 2016 setelah itu, kita hapus karena sering tidak lengkap dan tidak diisi oleh dokternya”*(W-KRM 1).

Item-item yang perlu ada dalam formulir sertifikat kematian, yaitu identitas jenazah, penyebab kematian, diagnose penyebab kematian, penerima jenazah, serta dokter atau tenaga medis yang bertanggung jawab. Berdasarkan hasil wawancara diketahui kebutuhan aspek isi pada formulir sertifikat kematian yang baru di RSUD Bangil adalah sebagai berikut:

**Tabel 3.** Aspek Isi Sertifikat Kematian

Item-Item	Keterangan
Kelengkapan item	Identitas rumah sakit, identitas pasien yang terdiri dari nama, alamat, jenis kelamin, nomor rekam medis, tanggal lahir, ruangan/bangsral, dokter penanggung jawab (DPJP) diagnosa penyebab kematian.
Pengelompokkan	Identitas jenazah (nama, jenis kelamin, NIK, TTL, alamat lengkap); data kematian (tanggal dan waktu meninggal, tempat meninggal ruangan/bangsral, dasar diagnosa, penyakit penyebab kematian); diagnosa penyebab kematian (diagnosa utama, diagnosa sekunder, penyakit terdahulu (penyakit bawaan).
Singkatan	Tidak ada singkatan yang digunakan pada sertifikat kematian, semua item ditulis secara lengkap.
Simbol	Terdapat beberapa simbol *) yang digunakan sebagai petunjuk tata cara pengisian yang ada pada formulir.
Cara Pengisian	Pengisian formulir sertifikat kematian di RSUD Bangil dilakukan secara manual yaitu ditulis tangan oleh tenaga medis.



### 3.3 Pembuatan Alur Prosedur Pembuatan Sebab Dasar Kematian dan Pembuatan Sertifikat Kematian.

Penentuan sebab dasar kematian pada seorang pasien merupakan tanggung jawab seorang dokter. Upaya melakukan pemberian kode sebagai sebab dasar kematian di RSUD Bangil peneliti melakukan pembuatan alur prosedur sertifikat kematian karena sebelumnya belum diterapkannya alur prosedur surat kematian maupun sertifikat kematian. RSUD Bangil dalam operasional dan penyelenggaraan pengisian formulir sertifikat penyebab kematian mempunyai kewenangan dan kebijakan, sehingga segala bentuk aktivitas dan operasional yang terkait dengan rekam medis seperti pengisian formulir sertifikat penyebab kematian harus mengacu pada SPO tersebut [1].

Penulis membuat alur SPO dari pembuatan sertifikat kematian yang disusun dalam bentuk tabel sebagai berikut:

**Tabel 4.** SPO Pembuatan Sertifikat Penyebab Kematian

Pelaksana	SPO
Dokter & Petugas Rekam Medis	1. Setelah dinyatakan meninggal oleh dokter yang menangani, pasien tersebut akan dibuatkan resume medis
	2. Dokter umum akan menentukan kode diagnosa awal pasien masuk rumah sakit hingga diagnosa akhir pasien meninggal
	3. Setelah resume medis tersebut terisi diagnose, kemudian petugas koder menentukan kode diagnosa pada ICD-10
	4. Menghubungi dokter yang menangani pasien yang bersangkutan apabila diagnosa pasien tersebut kurang bisa dimengerti atau tidak jelas.
	5. Petugas memanggil ahli waris/wakil keluarga pasien untuk mengisi formulir sertifikat kematian agar menuju ke ruang informasi pengajuan
	6. Petugas menjelaskan persyaratan apa saja yang harus dibawa, serta menjelaskan tenggang waktu yang harus diurus dan tempat untuk pengurusan sertifikat kematian
Pemohon	1. Memenuhi berkas persyaratan yang sudah dijelaskan
Petugas di ruang informasi pengaduan	1. Verifikasi berkas persyaratan
	2. Mengisi formulir sertifikat kematian data jenazah (identitas pasien, alamat lengkap pasien, NIK, agama, dan jenis kelamin); data kematian (tanggal dan waktu meninggal, tempat meninggal ruangan/bangsas, dasar diagnosa, penyakit penyebab kematian) beserta data diagnosa penyebab kematian sesuai dengan resum medis pasien
	3. Memeriksa kembali kelengkapan pengisian data pada sertiikat kematian
	4. Melakukan verifikasi data berkas ke dokter DPJP untuk meminta tanda tangan
	5. Entry data persyaratan ke database untuk disetorkan ke Dinas Pendudukan dan Pencatatan Sipil (DUKCAPIL)
	6. Melakukan pengajuan verifikasi elektronik akta kematian
	7. Mencetak akta kematian elektronik



8. Melakukan registrasi kutipan akta kematian ke Dinas Pendudukan dan Pencatatan Sipil (DUKCAPIL)
9. Menghubungi ahli waris/keluarga pasien untuk mengambil akta kematian di ruangan informasi pengaduan

## PEMBAHASAN

### Merancang Kebutuhan Formulir

Pernyataan Kepala Instalasi Rekam Medis dan Petugas Pengadaan Rekam Medis RSUD Bangil setelah melihat hasil desain sertifikat kematian yang sudah di rancang oleh penulis sebagai berikut:

*"desain formulir sertifikat penyebab kematian sudah bagus dan sesuai dengan teori rekam medis"* (W-KRM).

*"untuk terkait kesesuaian desain formulir sertifikat penyebab kematian masih belum sesuai dan kemungkinan sudah bisa diterapkan karena sangat berguna di RSUD Bangil. Kemungkinan nanti datanya saja yang dirapikan dan jarak setiap kalimat dlebihkan untuk brosur persyaratan dan sertifikatnya sudah bagus"* (W-PRM).

Hasil observasi yang didapat guna menghasilkan laporan penyebab kematian dibutuhkan perancangan sertifikat kematian. Pada Rumah Sakit Umum Daerah Bangil masih terjadi permohonan permintaan surat kematian yang berulang-ulang setiap bulannya. Peneliti juga melakukan wawancara yang dimana hasil wawancara menurut hasil observasi peneliti dinyatakan benar adanya oleh Kepala Instalasi Rekam Medis dan Petugas Pengadaan Rekam Medis. Wawancara tersebut telah diungkapkan pada lembar hasil. Pembuatan sertifikat kematian sangat penting dalam pengurusan ahli waris untuk kepentingan memecahkan warisan, kepentingan pengurusan menikah anaknya. Dalam perancangan ini pihak ahli waris akan mendapatkan Kartu Keluarga Baru.

Menurut Edi Suharto 2020 menjelaskan bahwa Sertifikat kematian adalah sumber utama data mortalitas. Informasi kematian biasa didapat dari praktisi kesehatan atau pada kasus kematian karena kecelakaan, dan kekerasan[7]. Orang yang mengisi sertifikat kematian akan memasukan urutan kejadian yang menyebabkan kematian pada sertifikat kematian dengan format internasional. Jika, pada Rumah Sakit hanya ada surat kematian sistem pelaporan penyebab kematian kurang akurat karena tidak menentukan urutan penyakit penyebab kematian pada seorang pasien. Surat kematian hanya tercantum identitas pasien, tanggal dan jam pasien dinyatakan meninggal dunia tanpa adanya kejelasan urutan penyebab kematian yang akurat.

### Perancangan Formulir

Dalam perancangan formulir terdapat 3 aspek yakni aspek fisik, aspek anatomi, dan aspek isi. Pada aspek fisik menjelaskan tentang bahan, bentuk, ukuran, dan warna kertas. Formulir rekam medis yang berbentuk kertas sebaiknya memiliki kualitas yang cukup baik dan dan juga tidak mudah rusak [2]. Bahan kertas yang digunakan menggunakan kertas *continous form* kertas tersebut memiliki 3 lapisan yang dimana rangkap warna pertama berwarna putih digunakan untuk keluarga pasien, lembar kedua warna merah digunakan untuk rekam medis, dan yang terakhir warna kuning yang digunakan dalam proses pengurusan pasien di DUKCAPIL.

Menurut Himatul et.al pada tahun 2023 menjelaskan bahwa aspek anatomi merupakan aspek yang paling penting karena didalamnya terdapat inti dari formulir, yakni *heading, introduction, instruction, body,* dan *close*[8]. Aspek anatomi ditentukan berdasarkan kebutuhan formulir yang diperlukan. Hasil dari wawancara dengan Kepala Instalasi Rekam Medis aspek isi yang tertera sudah termasuk ke dalam teori.



Aspek isi terdapat tabel UCoD atau tabel urutan penyakit penyebab kematian di RSUD Bangil sendiri dulunya ada sampai tahun 2016 pada lembaran ringkasan pulang pasien selanjutnya ditiadakan karena dokter penanggung jawab tidak mengisi ujar Kepala Instalasi Rekam Medis pada bagian hasil.

### **Pembuatan Alur Prosedur Pengisian Sertifikat Kematian**

Menurut Fahmi et. al (2024) pelaksanaan pembuatan laporan surat keterangan penyebab kematian dalam menentukan kode penyebab dasar kematian harus sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SOP) yang sama dengan aturan koding morbiditas, tidak ada Standar Operasional Prosedur (SOP) yang tersedia untuk penyebab dasar kematian, pembuat kode hanya sebatas mengkodekan diagnosis yang ditulis oleh dokter [3].

RSUD Bangil Kab. Pasuruan bahwa dalam pelaksanaan pelaporan dilakukan setelah dokumen rekam medis kembali ke ruangan dan dinyatakan sudah lengkap akan tetapi, belum memiliki SOP terkait pelaksanaan sebab kematian. Hal tersebut membuat petugas tidak memiliki acuan dalam pelaksanaan pembuatan surat kematian ataupun sertifikat kematian.

### **KESIMPULAN**

Penelitian ini digunakan untuk merumuskan formulir sertifikat kematian yang komprehensif mencakup identitas lengkap jenazah, data waktu dan tempat kematian, serta diagnosa penyebab kematian yang ditetapkan oleh dokter penanggung jawab. Formulir sertifikat kematian dirancang untuk meningkatkan akurasi pencatatan kematian yang sangat penting dalam mendukung sistem pelaporan kesehatan nasional. Selain itu, rancangan sertifikat kematian ini juga dikembangkan secara elektronik dan terintegrasi dengan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), sehingga memungkinkan pertukaran data yang lebih cepat, akurat, dan efisien antar unit pelayanan kesehatan. Saran peneliti setelah dirancangkannya sertifikat kematian di RSUD Bangil adalah dapat membantu proses pelaporan data kematian penyebab kematian secara terperinci, dan dapat membantu keluarga pasien/ahli waris dalam kepengurusan data penting ke dinas DUKCAPIL.

### **REFERENSI**

- [1] A. J. Rusdi, R. D. Prisusanti, and R. A. R. Ularan, "Systematic Review Keakuratan Underlying Cause of Death (UCOD) pada Sertifikat Kematian di Fasilitas Pelayanan Kesehatan," *Indones. Heal. Inf. Manag. J.*, vol. 10, no. 1, pp. 57–65, Jun. 2022, doi: 10.47007/inohim.v10i1.414.
- [2] R. D. Prisusanti, I. Komah, and A. P. A. Putri, "Perancangan Formulir Sertifikat Kematian Perinatal Elektronik di RSUD dr. Soedomo Trenggalek Tahun 2024," *J. Heal. Educ. Sci. Technol.*, vol. 7, no. 1, pp. 65–82, Jun. 2024, doi: 10.25139/htc.v7i1.8397.
- [3] P. Dianita Ika Meilia, A. Rens Salendu Instalasi Kedokteran Forensik dan Pemulasaraan Jenazah, and R. Persahabatan, "Kualitas Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK) di RSUP Persahabatan Tahun 2016-2018," *J. Indones. Forensic Leg. Med.*, vol. 2, no. 1, pp. 132–144, 2020.
- [4] N. Ramadani, N. Heltiani, and S. Annur, "Rsud Kota Bengkulu," *Pros. Semin. Nas. Rekam Medis dan Inf. Kesehat.*, vol. 1, pp. 51–55, 2018.
- [5] L. R. Ilmi and Z. Purbobinuko, "PENENTU PENYEBAB KEMATIAN DI RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL : MISCODING BERDAMPAK PADA LAPORAN STATISTIK KEMATIAN," *J. Manaj. Inf. Kesehat. Indones.*, vol. 8, no. 1, p. 86, Mar. 2020, doi: 10.33560/jmiki.v8i1.253.
- [6] R. Demlinur Putri, D. Mulyanti, J. PHH Mustofa No, and J. Barat, "Tantangan SIMRS dalam Penerapan Rekam Medis Elektronik Berdasarkan Permenkes 24 Tahun 2022: Literature Review," *J. Med. Nusant.*, vol. 1, no. 1, 2023.
- [7] "154-Article Text-393-1-10-20200302 (1)".
- [8] "16+Penerapan+Alur+Prosedur+Pelayanan+Rekam+Medis+dan+Desain+Formulir+109-120".