

## REDESAIN SURAT KEMATIAN SESUAI STANDAR UNTUK PENINGKATAN PENCATATAN PENYEBAB KEMATIAN DI RSUD PROF. DR. SOEKANDAR

Nur Afifah<sup>1\*</sup>, Fita Rusdian Ikawati<sup>2</sup>, Lilik Afifah<sup>3</sup>, Hakam Fahmi Ramadhan<sup>4</sup>

Program Studi D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Institut Teknologi Sains dan Kesehatan RS dr. Soepraoen Kesdam V/BRW Malang, Jawa Timur<sup>1,2,3</sup>, RSUD Prof. dr. Soekandar Mojokerto<sup>4</sup>

\*Corresponding Author : fifahnur2002@gmail.com

### ABSTRAK

Pencatatan penyebab kematian yang akurat merupakan bagian penting dari sistem informasi kesehatan rumah sakit, namun sering kali terkendala oleh kualitas formulir surat kematian yang belum sesuai standar. RSUD Prof. Dr. Soekandar menggunakan formulir surat kematian yang secara struktur dan isi belum mendukung pencatatan penyebab kematian secara runtut dan komprehensif. Penelitian ini bertujuan untuk mendesain ulang (redesain) formulir surat kematian agar sesuai dengan standar WHO serta meningkatkan kualitas pencatatan penyebab kematian. Penelitian ini menggunakan desain deskriptif kualitatif dengan pendekatan observasi, wawancara mendalam, dan dokumentasi. Variabel penelitian meliputi aspek fisik, anatomi, dan isi formulir. Pengumpulan data dilakukan menggunakan panduan observasi, wawancara, dan studi dokumen, sedangkan analisis data menggunakan model interaktif Miles dan Huberman. Hasil penelitian menunjukkan bahwa formulir lama tidak mencantumkan struktur penyebab kematian sesuai kaidah WHO dan menyulitkan proses pengkodean ICD-10. Redesain formulir dilakukan dengan mengacu pada struktur *Medical Certificate of Cause of Death (MCCD)*, meliputi pembagian Part I dan Part II, kolom kode ICD-10, serta informasi waktu perjalanan penyakit. Redesain ini tidak hanya mendukung kelengkapan dan keakuratan dokumentasi, tetapi juga mempermudah tenaga medis dalam menyusun narasi klinis secara logis, serta memfasilitasi proses pengkodean yang lebih efisien. Inovasi desain juga mengintegrasikan kebutuhan pengguna langsung seperti dokter, petugas rekam medis, dan instalasi pelaporan, serta memungkinkan integrasi ke sistem rekam medis elektronik. Hasil redesain ini menjadi langkah strategis mampu meningkatkan kejelasan, kelengkapan, dan akurasi pencatatan penyebab kematian, serta mendukung pelaporan data mortalitas yang lebih valid dan bermanfaat bagi sistem kesehatan.

**Kata kunci** : pencatatan penyebab kematian, redesain, surat kematian

### ABSTRACT

*Accurate cording of the cause of death is an important part of a hospital's health information system, but is often constrained by the quality of death certificate forms that are not up to standard.. RSUD Prof. Dr. Soekandar uses a death certificate form that is structurally and content-wise not yet supportive of recording the cause of death in a coherent and comprehensive manner. This study aims to redesign the death certificate form to comply with WHO standards and improve the quality of recording the cause of death. This study used a descriptive qualitative design with observation, in-depth interviews, and documentation approaches. The research variables included the physical, anatomical, and content aspects of the form. Data collection was conducted using observation guides, interviews, and document studies, while data analysis used the Miles and Huberman interactive model. The results showed that the old form did not include the cause of death structure according to WHO rules and made the ICD-10 coding process difficult. The form redesign was carried out with reference to the Medical Certificate of Cause of Death (MCCD) structure, including the division of Part I and Part II, the ICD-10 code column, and information on the time course of the disease. This redesign not only supports the completeness and accuracy of documentation, but also makes it easier for medical personnel to organize clinical narratives logically, and facilitates a more efficient coding process. The design innovation also integrates.*

**Keywords** : death certificate, cause of death documentation, redesign

## PENDAHULUAN

Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan memiliki kewajiban untuk menyelenggarakan rekam medis guna mengoptimalkan mutu pelayanan yang diberikan. Rekam medis berperan penting sebagai sumber informasi bagi pasien maupun pihak rumah sakit, yang harus memuat data identitas dan pelayanan pasien secara lengkap, jelas, serta dalam bentuk tertulis atau elektronik (Putri et al., 2018). Pencatatan rekam medis perlu dilakukan segera setelah pasien menerima pelayanan, agar keakuratan data tetap terjaga dan kesinambungan informasi dapat dipastikan. Formulir rekam medis berfungsi sebagai alat untuk mengumpulkan data terkait pasien di rumah sakit. Untuk meningkatkan efektivitas penggunaannya, perlu dilakukan analisis terhadap desain formulir guna mengatur setiap item yang tercantum berdasarkan aspek tata letak, keterbacaan, dan kejelasan informasi. Dengan begitu, dapat dihasilkan susunan item yang lebih terstruktur, mudah dipahami, dan memberikan informasi yang jelas serta bermanfaat bagi penggunaannya (Ridho et al., 2022).

Formulir yang disusun dalam berkas rekam medis mencakup formulir pencatatan kematian, yang sering dikenal sebagai surat penyebab kematian. Pencatatan kematian merupakan proses pendokumentasian peristiwa kematian seseorang dalam register resmi oleh instansi yang berwenang, sebagai bagian dari pengelolaan data kependudukan (Kemendagri dan Kemenkes RI, 2010). Formulir penyebab kematian berperan dalam memantau tren mortalitas serta mencatat penyebab utama kematian, di mana data yang dihasilkan dapat dimanfaatkan untuk mendukung perumusan kebijakan kesehatan dan penguatan strategi pencegahan serta pencatatan resmi atas kematian seseorang. Kematian merupakan peristiwa akhir kehidupan yang tidak hanya memiliki makna sosial dan emosional, tetapi juga menjadi indikator penting dalam penilaian status kesehatan suatu populasi (Fitriani et al., 2022). Hal ini diperkuat oleh temuan Badan Pusat Statistik yang menunjukkan bahwa data kematian masih menjadi salah satu komponen indikator kesehatan yang kurang akurat di Indonesia (BPS, 2023).

Data penyebab kematian yang akurat dan terstandar sangat vital dalam perencanaan dan evaluasi program kesehatan, alokasi sumber daya, serta penelitian epidemiologi (Wardiyana et al., 2024). Organisasi Kesehatan Dunia (*World Health Organization/WHO*) telah menekankan pentingnya sistem pencatatan kematian yang kuat dan terdokumentasi dengan baik untuk mendukung sistem kesehatan nasional, terlebih dalam rangka pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/SDGs*). Salah satu instrumen fundamental dalam sistem ini adalah Surat Keterangan Kematian Medis (SKKM) atau biasa disebut surat kematian, yang berfungsi sebagai dokumen resmi untuk mencatat dan melaporkan penyebab kematian (Khusnawati, 2021). Di banyak negara berkembang, termasuk Indonesia, kualitas pencatatan penyebab kematian masih belum optimal. Berbagai studi menunjukkan bahwa kelemahan mendasar terletak pada instrumen pencatatan yang belum seragam, minimnya pelatihan kepada petugas medis, dan ketidaksesuaian format surat kematian dengan standar WHO, yang berdampak pada rendahnya validitas dan reliabilitas data penyebab kematian yang dihasilkan (Sari et al., 2023).

Di Indonesia, sistem pencatatan kematian masih menghadapi berbagai tantangan, baik secara administratif maupun teknis. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 15 Tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Pencatatan Kematian dan Penyebab Kematian, pencatatan kematian menjadi tanggung jawab bersama antara fasilitas pelayanan kesehatan, Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil (Disdukcapil), serta pihak keluarga (Marwin et al., 2024). Namun, pada praktiknya, masih terdapat banyak ketidaksesuaian dalam pengisian surat kematian oleh tenaga kesehatan, khususnya dokter, yang menyebabkan informasi penyebab kematian primer, sekunder, dan faktor kontribusi sering kali tidak terisi dengan benar atau bahkan kosong. Format surat kematian yang digunakan pun sering kali tidak

mengacu pada struktur standar MCCD dari WHO, sehingga menyulitkan pengkodean penyebab kematian oleh petugas statistik kesehatan atau verifikator di rumah sakit dan instansi lain yang berkepentingan (Ningrum et al., 2025).

Namun demikian, di berbagai rumah sakit di Indonesia, termasuk RSUD Prof. Dr. Soekandar, penggunaan surat kematian masih menghadapi berbagai tantangan terkait kelengkapan, keterbacaan, serta kesesuaian dengan standar internasional seperti *International Form of Medical Certificate of Cause of Death* (IFMCCD) dari WHO. Banyak kasus di mana surat kematian diisi secara tidak lengkap, tidak sistematis, atau bahkan tidak mencantumkan penyebab kematian secara berjenjang sesuai kausalitas, yang menyebabkan informasi yang tercantum tidak dapat digunakan secara optimal untuk analisis mortalitas. Sebagai konsekuensinya, kualitas data penyebab kematian di fasilitas pelayanan kesehatan menjadi rendah dan tidak valid untuk kepentingan statistik maupun epidemiologi. Hal ini berdampak langsung terhadap ketidakakuratan dalam estimasi beban penyakit, penentuan prioritas program kesehatan, serta kesalahan dalam menetapkan arah kebijakan kesehatan masyarakat.

Redesain surat kematian merupakan suatu upaya strategis untuk meningkatkan kualitas pencatatan dan pelaporan penyebab kematian dengan mengedepankan prinsip keterbacaan, kelengkapan, dan kesesuaian format. Di negara-negara yang telah melakukan reformasi dokumen surat kematian dengan mengacu pada standar WHO, terbukti terjadi peningkatan signifikan dalam akurasi data kematian yang dicatat. Oleh karena itu, RSUD Prof. Dr. Soekandar sebagai salah satu rumah sakit rujukan regional di Jawa Timur memiliki peran strategis dalam memulai transformasi dokumen surat kematian yang lebih informatif dan terintegrasi dengan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS), serta sistem pelaporan Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil (Disdukcapil), dan untuk mewujudkan dokumen yang berdaya guna tinggi dalam sistem kesehatan (Marwin et al., 2024).

Beberapa studi di Indonesia seperti penelitian Sukma S. Putri dkk menunjukkan bahwa formulir penyebab kematian yang digunakan belum sesuai dengan standar dan kebutuhan pengguna, sehingga sering menyebabkan pengisian yang tidak lengkap dan menghambat proses pelayanan (Putri et al., 2018). Dan penelitian Ningrum dkk juga menyatakan tingkat kesalahan pengisian surat kematian oleh tenaga medis masih cukup tinggi. Hal ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, di antaranya adalah keterbatasan pelatihan, tidak adanya pedoman teknis yang digunakan secara konsisten, serta desain formulir surat kematian yang belum mendukung pengisian kausalitas penyakit dengan baik (Ningrum et al., 2025). Di sisi lain, RSUD Prof. Dr. Soekandar sendiri telah mengalami peningkatan jumlah pasien dan beban pelayanan dalam beberapa tahun terakhir. Sebagai rumah sakit tipe B yang melayani berbagai kasus penyakit kompleks, potensi untuk menghasilkan data kematian yang bermutu sangat besar, namun belum dimanfaatkan secara optimal.

Saat ini, sistem pencatatan kematian di RSUD Prof. Dr. Soekandar masih menggunakan format surat kematian yang konvensional, belum terstandardisasi secara penuh, dan tidak terintegrasi dengan sistem ICD-10 (*International Classification of Diseases*), yang menjadi rujukan global dalam klasifikasi penyakit dan penyebab kematian. Kurangnya keseragaman dalam terminologi medis serta tidak adanya panduan sistematis dalam pengisian menyebabkan data yang dihasilkan tidak dapat diolah lebih lanjut untuk keperluan pelaporan nasional atau riset akademik. Pentingnya peran data kematian dalam sistem kesehatan nasional, redesign surat kematian menjadi kebutuhan mendesak yang harus segera diimplementasikan. Redesain ini harus mencakup aspek visual dan struktural dari surat kematian, seperti penyusunan ulang layout form, penambahan petunjuk pengisian, penyelarasan terminologi medis, serta integrasi dengan kodefikasi ICD-10. Selain itu, penting pula untuk mempertimbangkan aspek legalitas dan kesesuaian dengan regulasi yang berlaku, termasuk Peraturan Menteri Kesehatan No. 15 Tahun 2010 tentang Tata Cara Pelaporan dan Pencatatan Kematian, serta peraturan pencatatan sipil dari Kementerian Dalam Negeri. Dokumen hasil redesign idealnya juga dapat

dikembangkan dalam bentuk digital, guna mendukung transformasi digitalisasi dokumen di era pelayanan kesehatan berbasis teknologi informasi (Ariyanti, 2023). Proses redesain surat kematian harus berbasis pada kebutuhan riil pengguna, yaitu dokter sebagai pengisi, bagian rekam medis sebagai pengelola, serta instansi eksternal seperti Dinas Kesehatan dan Disdukcapil sebagai pengguna akhir data. Selain itu, diperlukan pula pelatihan dan sosialisasi yang memadai kepada tenaga medis mengenai tata cara pengisian yang benar dan pentingnya data penyebab kematian untuk sistem kesehatan. Perubahan desain saja tidak akan memberikan hasil signifikan tanpa adanya peningkatan kapasitas sumber daya manusia serta dukungan kebijakan internal rumah sakit (Rosyidi, 2023).

Dengan melakukan redesain surat kematian yang sesuai standar WHO dan regulasi nasional, RSUD Prof. Dr. Soekandar diharapkan dapat menjadi pionir dalam peningkatan kualitas pencatatan penyebab kematian di Indonesia, khususnya di wilayah Jawa Timur. Langkah ini juga akan mendukung transformasi sistem informasi kesehatan nasional melalui kontribusi data mortalitas yang lebih valid dan andal. Selain itu, hasil dari studi ini juga dapat menjadi rujukan untuk pengembangan kebijakan serupa di rumah sakit lain, terutama rumah sakit daerah yang menghadapi kendala serupa dalam pencatatan kematian. Dengan demikian, upaya redesain surat kematian bukan hanya merupakan bentuk peningkatan kualitas dokumen administratif, tetapi juga merupakan bagian dari reformasi sistem kesehatan berbasis data yang akurat dan berdaya guna. Peningkatan pencatatan penyebab kematian akan membawa dampak luas terhadap ketepatan kebijakan kesehatan, efisiensi pelayanan, serta penyusunan strategi pencegahan penyakit yang berbasis bukti. Selain itu, redesain surat kematian dapat mendukung integrasi data antarinstansi dalam sistem kesehatan nasional melalui platform digital, seperti satu data kesehatan yang saat ini sedang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan.

Penelitian ini bertujuan untuk mendesain ulang (redesain) formulir surat kematian agar sesuai dengan standar WHO serta meningkatkan kualitas pencatatan penyebab kematian.

## METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif untuk menggambarkan secara mendalam proses *redesain surat kematian* yang sesuai standar guna meningkatkan kualitas pencatatan penyebab kematian di RSUD Prof. Dr. Soekandar. Metode pengumpulan data dalam penelitian ini meliputi observasi, wawancara, dan dokumentasi. Observasi dilakukan untuk mengamati langsung praktik pengisian surat kematian oleh tenaga medis di rumah sakit, termasuk interaksi mereka dengan formulir yang tersedia dan hambatan teknis yang terjadi. Wawancara mendalam dilakukan dengan dokter, petugas rekam medis, serta manajemen rumah sakit guna menggali persepsi, pengalaman, dan masukan terhadap format surat kematian yang digunakan. Dokumentasi dilakukan dengan mengkaji surat kematian yang telah diisi sebelumnya, pedoman pengisian, serta standar internasional seperti *Medical Certificate of Cause of Death (MCCD)* dari WHO. Analisis data dilakukan menggunakan model interaktif dari Miles dan Huberman, yang terdiri atas tiga tahapan utama: reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan/verifikasi. Data yang terkumpul direduksi dengan cara memilih informasi yang relevan. Dari penyajian data tersebut, peneliti melakukan penarikan kesimpulan sementara yang kemudian diverifikasi melalui *cross-check* antar sumber data (triangulasi). Model ini dipilih karena dinilai mampu memberikan kejelasan struktur dalam analisis kualitatif yang bersifat dinamis dan berulang.

## HASIL



Formulir Surat Kematian merupakan dokumen resmi yang digunakan untuk mencatat informasi penting mengenai kematian seseorang, termasuk identitas pasien, waktu dan tempat



kematian, serta penyebab kematian berdasarkan pertimbangan medis. Di lingkungan rumah sakit, formulir ini disusun dan diisi oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebagai bentuk dokumentasi medis sekaligus administratif yang menjadi dasar pelaporan ke instansi terkait seperti Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil (Purba, 2020). Formulir surat kematian di RSUD Prof. Dr. Soekandar merupakan dokumen resmi yang digunakan untuk mencatat data kematian pasien secara medis dan administratif. Formulir ini mencakup informasi penting, seperti identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, alamat), waktu dan tempat meninggal, serta diagnosis penyebab kematian. Dalam bentuk awalnya, formulir ini masih menggunakan format konvensional tanpa struktur yang mendukung pencatatan sebab kematian secara runtut dan sistematis (Rizkita et al., 2021).

Penyebab kematian umumnya dituliskan dalam satu baris tanpa penjelasan hubungan antar penyakit, sehingga menyulitkan proses pengkodean ICD-10 dan analisis statistik kematian. Berdasarkan temuan tersebut, dilakukan redesain formulir dengan mengacu pada standar WHO, khususnya format *Medical Certificate of Cause of Death (MCCD)*. Formulir hasil redesain dibagi menjadi Part I (penyebab langsung hingga dasar) dan Part II (kondisi penyerta), serta dilengkapi kolom ICD-10 dan waktu perjalanan penyakit. Struktur ini memudahkan dokter dalam menyusun penyebab kematian secara logis dan lengkap, serta membantu petugas rekam medis dalam mengkodekan data secara akurat. Dengan formulir ini, RSUD Prof. Dr. Soekandar diharapkan dapat menghasilkan data kematian yang valid, terstandar, dan bermanfaat untuk kebijakan kesehatan.

#### Berikut Formulir Surat Kematian RSUD Prof. Dr. Soekandar.

 <b>PEMERINTAH KABUPATEN MOJOKERTO</b> <b>RSUD Prof. dr. SOEKANDAR</b> <small>Jl. Hayam Wuruk 25 Mojokerto - Mojokerto Jawa Timur Kode Pos 61382  Telp. (0321) 591391 Fax. (0321) 590860 Website : rsudsoekandar.mojokertokab.go.id</small> 	
<b>IDENTIFIKASI KASUS PENDERITA MENINGGAL</b>	
<b>RAWAT INAP RUANG ....</b>	
<b>NAMA</b>	
<b>TANGGAL LAHIR (USIA) L/P</b>	
<b>ALAMAT</b>	
<b>NO. REGISTER</b>	
<b>TGL. MRS</b>	<b>JAM :</b>
<b>TGL. MENINGGAL</b>	<b>JAM :</b>
<b>DIAGNOSA KERJA</b>	
<b>PEMERIKSAAN PENUNJANG YG SUDAH DILAKUKAN</b>	
<b>DPJ</b>	
<b>DIAGNOSA AKHIR</b>	
<b>RESUME MEDIS TERMASUK TINDAKAN RESUSITASI YANG SUDAH DILAKUKAN</b>	
<b>DUGAAN DIAGNOSA KEMATIAN</b>	
<b>Ket :</b> <b>DPJP : Dokter Penanggung Jawab Pelayanan</b> <b>Mengetahui</b>  (.....) <b>NIP.</b>	<b>Mojokerto, tgl. 12-11-2024</b>  <b>Pelapor</b>  (.....) <b>NIP.</b>

Gambar 1. Formulir Kematian RSUD Prof. dr. Soekandar

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Prof. Dr. Soekandar Kabupaten Mojokerto, ditemukan bahwa formulir surat kematian yang digunakan saat ini, sebagaimana tampak dalam lampiran, memiliki berbagai kelemahan dari sisi desain dan struktur isi. Hal ini berdampak pada rendahnya kualitas pencatatan penyebab kematian, serta tidak optimalnya

pemanfaatan data untuk keperluan statistik, pelaporan kesehatan, dan pengambilan kebijakan. Penelitian ini menelaah aspek fisik, anatomi, dan isi dari formulir surat kematian guna menilai sejauh mana formulir tersebut memenuhi standar pengisian penyebab kematian secara akurat dan sistematis (Putri et al., 2018). Dari aspek fisik, formulir surat kematian yang tersedia dicetak dalam format kertas biasa, dengan tata letak tabel dan teks hitam-putih, tanpa adanya penekanan visual atau pembeda bagian yang memudahkan pembacaan. Ruang antar kolom relatif sempit, terutama pada bagian resume medis dan dugaan diagnosis kematian. Hal ini menyebabkan keterbatasan dalam penulisan diagnosis yang membutuhkan uraian lebih panjang dan kompleks. Tidak terdapat petunjuk pengisian, sehingga pengguna terutama dokter muda atau dokter jaga yang baru tidak memiliki panduan eksplisit untuk menuliskan diagnosis secara runtut atau berdasarkan hubungan sebab-akibat medis. Selain itu, struktur huruf dan margin yang tidak proporsional menyebabkan keterbacaan rendah, dan tidak ada pemisahan yang jelas antara data administratif dan data medis.



Pada aspek anatomi formulir, struktur penyusunan komponen-komponen utama formulir belum mengikuti prinsip penyusunan dokumen medis yang informatif dan logis. Formulir ini hanya memuat elemen dasar seperti identitas pasien (nama, tanggal lahir, alamat), data administratif (nomor register, tanggal masuk rumah sakit, tanggal meninggal), dan beberapa komponen klinis seperti diagnosis kerja, pemeriksaan penunjang, diagnosis akhir, dan resume medis. Namun, tidak terdapat struktur atau pembagian bagian yang menggambarkan kausalitas penyebab kematian secara medis, seperti yang disarankan oleh WHO dalam *Medical Certificate of Cause of Death (MCCD)*. Dalam formulir ini, tidak ada pemisahan atau sistematika antara penyebab langsung (*immediate cause*), penyebab antara (*intermediate causes*), dan penyebab dasar (*underlying cause of death*), padahal urutan tersebut sangat penting untuk mencatat secara valid perjalanan penyakit pasien menuju kematian. Bagian “dugaan diagnosis kematian” juga tidak memberikan ruang cukup atau penjelasan mengenai istilah apa yang diharapkan untuk dicantumkan, sehingga sering kali hanya diisi dengan istilah umum seperti “gagal napas” atau “henti jantung”, yang kurang bermakna untuk analisis epidemiologis atau pelaporan ICD-10.

Hasil wawancara dengan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) dan petugas rekam medis menguatkan temuan ini. Dokter mengakui bahwa tidak adanya struktur dan panduan pengisian membuat mereka kesulitan menulis penyebab kematian yang sesuai urutan kausalitas. Mereka juga menyatakan bahwa ruang isian yang sempit membuat mereka memilih menuliskan diagnosis secara singkat dan umum. Sementara petugas rekam medis menyebutkan bahwa sering kali mereka tidak dapat mengkodekan penyebab kematian secara benar karena informasi yang diberikan tidak memadai dan tidak spesifik. Akibatnya, data kematian yang masuk ke sistem pelaporan rumah sakit dan instansi luar tidak menggambarkan keadaan klinis pasien yang sesungguhnya.

Berdasarkan kelemahan-kelemahan pada aspek fisik, anatomi, dan isi tersebut, dapat disimpulkan bahwa formulir surat kematian yang digunakan di RSUD Prof. Dr. Soekandar belum sesuai standar nasional maupun internasional, dan tidak mendukung proses pencatatan penyebab kematian secara akurat dan komprehensif. Hal ini berdampak langsung pada rendahnya kualitas data mortalitas, baik di tingkat rumah sakit maupun dalam sistem informasi kesehatan nasional. Oleh karena itu, diperlukan upaya perbaikan atau *redesain* formulir dengan mengacu pada *Medical Certificate of Cause of Death (MCCD)* dari WHO, yang memuat bagian Part I (penyebab langsung hingga dasar kematian secara berurutan), dan Part II (kondisi penyerta yang turut berkontribusi). Redesain juga harus mempertimbangkan aspek fisik (keterbacaan, ruang tulis, layout), anatomi (struktur informasi yang runtut dan logis), serta isi (penggunaan terminologi medis standar dan panduan pengisian) agar formulir menjadi lebih fungsional dan akurat.

### Redesain Surat Kematian RSUD Prof. dr. Soekandar

Redesain formulir surat kematian di RSUD Prof. Dr. Soekandar merupakan langkah signifikan dalam upaya meningkatkan kualitas pencatatan penyebab kematian yang akurat, sistematis, dan sesuai dengan standar nasional maupun internasional. Formulir ini dirancang ulang berdasarkan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa format sebelumnya memiliki banyak keterbatasan dalam aspek fisik, anatomi, dan isi. Redesain ini mengadopsi kerangka *Medical Certificate of Cause of Death (MCCD)* dari WHO, sekaligus mempertimbangkan kebutuhan lokal, kemudahan penggunaan, dan efektivitas operasional di lingkungan rumah sakit daerah.

 <b>PEMERINTAHAN KABUPATEN MOJOKERTO</b> <b>RSUD Prof. dr. SOEKANDAR</b> <small>Jl. Hayam Wuruk 25 Mojokerto – Mojokerto Jawa Timur Kode Pos 61382  Telp. (0321)591591 Fax. (0321) 5980860 Website : rsudsoekandar.mojokertokab.go.id</small> 			
<b>IDENTIFIKASI KASUS PENDERITA MENINGGAL</b>			
<b>RAWAT INAP RUANG .....</b>			
<b>1. DATA PASIEN / JENAZAH</b>			
No. Rekam Medis :			
Nama Lengkap :			
Tanggal Lahir / Usia :			
Jenis Kelamin :	Laki-laki <input type="checkbox"/>	Perempuan <input type="checkbox"/>	
Agama :			
Alamat Lengkap :	RT. RW.	Kecamatan:	Kab / Kota
<b>2. WAKTU DAN TEMPAT MENINGGAL</b>			
Hari / Tanggal Masuk :	Jam:		
Hari / Tanggal Meninggal :	Jam:		
Tempat Meninggal, Ruangan / Bangsal :	Kelas:		
<b>3. PEMERIKSAAN PENUNJANG (BILA ADA)</b>			
<b>4. DIAGNOSA KERJA</b> :			
<b>5. DIAGNOSA AKHIR</b> :			
<b>6. DIAGNOSA PENYEBAB KEMATIAN :</b>			
i		Selang waktu mulai terjadinya penyakit sampai meninggal	
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			
Kondisi penting lain yang ikut menyebabkan kematian tapi tidak ada hubungannya dengan kondisi penyebab kematian			Kode ICD-10: .....
UCOD : .....			
Ket : .....			
DPJP : Dokter Penanggung Jawab Pelayanan			
Mengetahui		Mojosari:	Jam:
( NIP: )		Pelapor	
( NIP: )		( NIP: )	

Gambar 2. Redesain Formulir Surat Kematian RSUD Prof. dr. Soekandar

Secara fisik, formulir baru memiliki tata letak yang lebih sistematis, bersih, dan mudah dibaca. Tampilan disusun dengan margin yang cukup, menggunakan font yang jelas dan ukuran huruf proporsional agar mudah dibaca oleh dokter maupun petugas rekam medis. Penggunaan kolom, garis pembatas, dan penomoran bagian juga sangat membantu dalam memisahkan informasi penting, sehingga meminimalisir kemungkinan kekeliruan dalam pengisian. Selain itu, terdapat kotak-kotak isian yang cukup luas untuk menuliskan diagnosis secara lengkap, terutama pada bagian penyebab kematian. Tata letak ini juga memungkinkan formulir dicetak dalam format kertas F4 standar rumah sakit dan dengan mudah dipindai atau diunggah ke sistem rekam medis elektronik di masa depan.

Dari segi anatomi formulir, penyusunan bagian-bagian dalam formulir ini mengikuti alur logis dan sistematis pencatatan kematian yang benar. Formulir dimulai dengan bagian pertama yang mencantumkan data pasien atau jenazah, seperti nomor rekam medis, nama lengkap, tanggal lahir/usia, jenis kelamin, agama, dan alamat lengkap. Data ini penting untuk identifikasi administratif dan verifikasi data dalam sistem informasi rumah sakit. Bagian ini

juga memuat detail tempat tinggal pasien, seperti RT, RW, kelurahan, kecamatan, dan kabupaten/kota yang sangat berguna untuk data demografi dan distribusi wilayah. Bagian kedua mencatat waktu dan tempat meninggal, yakni tanggal dan jam pasien masuk rumah sakit serta tanggal dan jam meninggal dunia. Diikuti oleh ruang/bangsas tempat pasien dirawat dan meninggal, serta kelas perawatan. Informasi ini penting untuk keperluan manajemen rumah sakit dan evaluasi mutu pelayanan (Ridho et al., 2022).

Selanjutnya, bagian ketiga mencatat pemeriksaan penunjang, apabila ada, yang dilakukan sebelum pasien meninggal. Pemeriksaan ini mencakup laboratorium, radiologi, atau diagnostik lain yang relevan, yang berfungsi mendukung diagnosis penyebab kematian. Hal ini sangat penting agar dokter dapat menuliskan penyebab kematian berdasarkan bukti objektif, bukan hanya asumsi klinis. Bagian keempat dan kelima mencantumkan diagnosa kerja dan diagnosa akhir, yang mencerminkan perbedaan antara dugaan awal penyebab penyakit dan kondisi akhir pasien saat meninggal. Informasi ini berfungsi sebagai dasar untuk mengevaluasi proses diagnosa dan tata laksana selama pasien dirawat. Komponen terpenting dari formulir ini adalah bagian keenam, yaitu diagnosa penyebab kematian, yang dibagi menjadi dua bagian utama sesuai dengan struktur MCCD WHO: Part I dan Part II. Pada bagian I, formulir meminta dokter mencatat secara runtut penyakit atau keadaan medis yang menyebabkan kematian secara berurutan dari penyebab langsung hingga penyebab dasar kematian.

Sub bagian A mengisi penyakit atau keadaan yang mengakibatkan kematian langsung (*underlying cause*), sedangkan B mencatat penyakit lain yang menjadi rantai penyebab menuju kematian (*intermediate atau immediate causes*). Format ini mewajibkan dokter untuk menyusun penyebab kematian dalam urutan kronologis medis, yang menggambarkan bagaimana satu penyakit memicu penyakit lainnya hingga berujung kematian. Setiap penyebab disertai ruang untuk menuliskan kode ICD-10, yang sangat penting bagi petugas rekam medis dalam melakukan klasifikasi penyakit dan pelaporan ke sistem informasi rumah sakit, Dinas Kesehatan, maupun Badan Pusat Statistik. Kolom "selang waktu dari mulai terjadinya penyakit sampai meninggal" juga ditambahkan untuk membantu validasi hubungan kausalitas dan memperkirakan progresivitas penyakit. Pada bagian II, dokter diminta menuliskan kondisi medis lain yang mungkin tidak secara langsung menyebabkan kematian tetapi berkontribusi terhadap kematian, seperti penyakit penyerta atau komorbiditas (misalnya hipertensi, diabetes mellitus, obesitas, infeksi HIV, dll). Hal ini penting karena dalam banyak kasus, pasien meninggal bukan hanya karena satu penyebab utama, melainkan juga karena kondisi lain yang memperburuk prognosis. Dengan mencantumkan informasi ini, rumah sakit dapat memiliki data yang lebih kaya untuk analisis epidemiologi.

Selanjutnya, bagian bawah formulir mencantumkan informasi administratif terkait siapa yang mengisi formulir, yakni dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) serta pelapor. Kolom tanda tangan, NIP, dan waktu pengisian turut tersedia untuk keperluan legalitas dokumen. Formulir ini juga mencantumkan istilah UCOD (*Underlying Cause of Death*) sebagai pengingat bagi dokter bahwa diagnosis yang ditulis harus mengarah pada penyebab dasar kematian yang sebenarnya, bukan hanya gejala akhir seperti "henti jantung" atau "gagal napas". Secara isi, formulir ini telah mencerminkan peningkatan kualitas informasi yang diharapkan dari suatu surat kematian. Isi tidak lagi terbatas pada satu baris diagnosis, melainkan mendetailkan jalur patofisiologi penyakit yang terjadi pada pasien. Ini sangat penting untuk menghasilkan data kematian yang valid, baik untuk kepentingan internal rumah sakit, pelaporan ke instansi pemerintah, maupun penelitian akademik dan evaluasi mutu layanan. Dengan formulir ini, tenaga medis juga terdorong untuk berpikir lebih sistematis tentang perjalanan penyakit pasien dan mencatatnya secara logis.

Redesain ini didukung oleh proses pelatihan singkat kepada dokter pengguna formulir dan sosialisasi internal agar tidak terjadi kesalahan pengisian. Petugas rekam medis juga dilibatkan dalam proses evaluasi isi formulir agar dapat menyesuaikan dengan kebutuhan pengkodean



ICD-10. Hasil uji coba terbatas menunjukkan bahwa dokter merasa lebih terbantu dengan struktur formulir baru, karena lebih mudah dipahami dan diisi sesuai kaidah klinis. Petugas rekam medis juga menyatakan bahwa tingkat kesalahan dalam pengkodean berkurang signifikan karena diagnosis lebih jelas dan tersusun secara kausal. Dengan demikian, formulir hasil redesain ini secara signifikan mengatasi kelemahan dari formulir sebelumnya yang bersifat umum, tidak sistematis, dan tidak mendukung pencatatan penyebab kematian yang runtut. Formulir ini tidak hanya berfungsi sebagai alat dokumentasi, tetapi juga sebagai instrumen strategis dalam meningkatkan mutu sistem informasi rumah sakit, validitas data statistik kematian, dan efektivitas kebijakan kesehatan. Langkah ini diharapkan menjadi contoh baik bagi rumah sakit lain khususnya di wilayah kabupaten/kota, untuk turut meningkatkan kualitas pencatatan kematian yang terstandar, akurat, dan dapat dipertanggungjawabkan.

## PEMBAHASAN

Hasil observasi dan dokumentasi menunjukkan bahwa formulir surat kematian yang digunakan sebelumnya memiliki sejumlah kekurangan dari segi fisik, anatomi, dan isi (Marwin et al., 2024). Dari segi fisik, tampilan formulir lama terlihat sederhana, dengan desain satu kolom besar dan beberapa baris isian tanpa pembeda struktur informasi yang signifikan (Ridho et al., 2022). Tidak terdapat penekanan bagian antara informasi identitas, diagnosis medis, dan penyebab kematian. Akibatnya, pengisian sering kali dilakukan secara tidak sistematis (Waruwu, 2023). Margin dan ruang tulis pada beberapa bagian juga sangat terbatas, terutama pada kolom dugaan diagnosis kematian, yang menyebabkan dokter sering kali menuliskan penyebab kematian secara singkat, bahkan tidak jarang dalam bentuk gejala seperti “henti napas” atau “*cardiac arrest*” yang tidak sesuai dengan standar pencatatan penyebab kematian (*cause of death*) (Fitriani et al., 2022).

Dalam aspek anatomi formulir, struktur penyusunan informasi tidak mengacu pada format *Medical Certificate of Cause of Death (MCCD)* dari WHO yang telah menjadi standar global dalam pencatatan penyebab kematian. Formulir lama hanya mencantumkan diagnosis kerja, diagnosis akhir, dan satu kolom “dugaan diagnosis kematian” tanpa penjelasan struktur hubungan sebab-akibat antar penyakit (Ningrum et al., 2025). Tidak terdapat pembagian antara penyebab langsung, penyebab antara, dan penyebab dasar kematian, serta tidak ada tempat untuk mencantumkan penyakit penyerta (komorbiditas) yang turut mempercepat kematian (Wardiñana., 2024). Hal ini berdampak pada rendahnya kualitas pengisian yang dilakukan oleh tenaga medis, dan berakibat pada informasi penyebab kematian yang tidak lengkap, tidak logis secara klinis, atau bahkan tidak dapat dikodefikasi secara akurat oleh petugas rekam medis menggunakan ICD-10 (Rizkita et al., 2021).

Berdasarkan temuan-temuan tersebut, dilakukan redesain formulir surat kematian dengan mengacu pada struktur MCCD dari WHO. Perubahan signifikan dilakukan pada aspek fisik, anatomi formulir, dan isi yang diharapkan dapat mempermudah pengisian oleh dokter serta meningkatkan kualitas data kematian rumah sakit (Rosyidi, 2023). Redesain ini dimulai dengan perbaikan tata letak dan tampilan formulir. Informasi dibagi ke dalam beberapa blok utama: data pasien/jenazah, waktu dan tempat meninggal, pemeriksaan penunjang, diagnosis kerja dan akhir, serta diagnosis penyebab kematian (Ariyanti, 2023). Setiap bagian diberi judul yang jelas, ruang tulis yang cukup luas, dan penekanan visual agar pengguna dapat mengisi formulir dengan lebih fokus dan sistematis (Sari et al., 2022).

Bagian diagnosis penyebab kematian merupakan inovasi utama dalam formulir hasil redesain. Bagian ini disusun dalam dua partisi utama: Part I (penyebab langsung hingga dasar kematian) dan Part II (kondisi penyerta yang tidak secara langsung menyebabkan kematian tetapi berkontribusi terhadapnya). Pada Part I, terdapat kolom berjenjang dari A hingga D yang mencerminkan urutan kausalitas penyakit, mulai dari penyebab terminal hingga kondisi dasar

yang memicu rantai kejadian. Misalnya: A) henti jantung, B) syok septik, C) infeksi saluran napas bawah, D) diabetes melitus. Format ini membantu dokter menyusun diagnosa secara logis dan klinis, serta mendorong pemikiran kritis dalam mencatat perjalanan penyakit pasien (Purba, 2020). Di sisi kanan, terdapat kolom untuk kode ICD-10 agar petugas rekam medis dapat mengisi sesuai standar WHO (Ridho et al., 2022). Pada Part II, dokter diminta mencatat kondisi medis lain seperti komorbiditas atau faktor risiko yang tidak secara langsung menyebabkan kematian, namun turut mempercepatnya atau memperburuk kondisinya, seperti hipertensi, gangguan ginjal kronik, atau kanker yang tidak berkaitan langsung dengan rantai kausalitas utama (Fitriani et al., 2022).

Penambahan kolom ini memungkinkan analisis epidemiologi yang lebih komprehensif terhadap faktor-faktor yang memperburuk mortalitas di rumah sakit (WHO, 2020). Selain itu, kolom baru seperti “selang waktu dari awal penyakit sampai kematian” ditambahkan untuk memperkuat pemahaman terhadap progresivitas penyakit. Petugas rekam medis menyatakan bahwa formulir baru sangat membantu dalam mengidentifikasi UCOD (*Underlying Cause of Death*) dan mempercepat proses pelaporan ke sistem informasi Kesehatan (Ningrum et al., 2025). Dokter juga merespons positif karena struktur formulir membimbing mereka dalam mengisi dengan logika klinis, serta memberikan ruang tulis yang cukup untuk menjelaskan kondisi pasien secara runtut (Rosyidi, 2023). Dari wawancara dengan beberapa dokter, disimpulkan bahwa keberadaan struktur WHO dalam formulir memberikan kejelasan peran dalam mencatat penyebab kematian. Sebelumnya, dokter merasa bahwa mencatat penyebab kematian hanya merupakan formalitas, dan tidak memiliki dampak lanjutan (Putri et al., 2018). Namun setelah memahami pentingnya pencatatan yang benar untuk pengambilan kebijakan dan data statistik kesehatan, mereka menjadi lebih berhati-hati dan sistematis dalam pengisian (Marwin., 2024). Terlebih lagi, formulir yang dirancang dengan baik dianggap mampu menjadi alat edukatif bagi dokter muda dalam memahami konsep “sebab kematian medis” (Waruwu, 2023).

**Tabel 1. Perbedaan Formulir Kematian Yang Lama dan Redesain**

No	Aspek	Formulir Asli (Lama)	Formulir Redesain (Baru)
1.	Tampilan Fisik	Tata letak sempit, tanpa warna atau struktur penekanan.	Tata letak rapi, terstruktur, dengan pemisahan blok yang jelas dan kolom diagnosis luas.
2.	Identitas Pasien	Terbatas: hanya nama, usia, jenis kelamin, alamat.	Lebih lengkap: termasuk agama, RT/RW, kelurahan, kecamatan, dan kabupaten/kota.
3.	Tanggal dan Jam	Terdapat tanggal masuk dan tanggal meninggal, jam tidak selalu diisi.	Lengkap: tanggal dan jam masuk serta meninggal ditampilkan berdampingan, mudah dipantau.
4.	Diagnosis Kerja dan Akhir	Ada, namun tidak dipisah dengan jelas dan tidak ada penekanan struktur.	Dipisahkan dengan kolom sendiri yang jelas dan mudah diisi.
5.	Resume Medis	Ada kolom namun sempit dan tidak terstruktur.	Tidak digunakan lagi; digantikan dengan penyebab kematian yang disusun sistematis.
6.	Penyebab Kematian	Satu baris "dugaan diagnosis kematian", tidak ada struktur kausalitas.	Mengikuti standar WHO: penyebab langsung, antara, dasar, dan komorbid dicatat terpisah.
7.	Format ICD-10	Tidak tersedia kolom untuk kode ICD-10.	Disediakan kolom untuk ICD-10 tiap penyebab kematian (a, b, c, d, dan faktor lain).
8.	Struktur WHO (MCCD)	Tidak mengadopsi struktur MCCD.	Sudah mengadopsi struktur Part I (A dan B) dan Part II WHO MCCD.
9.	Selang Waktu Penyakit	Tidak tersedia.	Disediakan kolom selang waktu sejak penyakit muncul hingga kematian.

10.	Keterangan Tambahan	Terbatas pada tanda tangan DPJP dan pelapor.	Ada kolom Underlying Cause of Death (UCOD), serta ruang lengkap untuk NIP dan waktu.
-----	---------------------	--	--

Redesain formulir ini bukan hanya bersifat administratif, tetapi memiliki implikasi besar terhadap sistem kesehatan secara luas. Data kematian yang valid akan memberikan gambaran yang akurat mengenai pola penyakit yang menyebabkan kematian di rumah sakit. Hal ini dapat digunakan oleh manajemen rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan, memperkuat program pencegahan penyakit, serta mengatur prioritas pelayanan (Ariyanti, 2023). Di tingkat pemerintah, data kematian yang baik memungkinkan identifikasi penyebab utama kematian di wilayah tertentu, dan dapat menjadi dasar perumusan program kesehatan masyarakat yang lebih tepat sasaran. Sehingga, redesign formulir surat kematian di RSUD Prof. Dr. Soekandar telah memberikan dampak positif terhadap peningkatan kualitas pencatatan penyebab kematian (Rosyidi, 2023). Formulir yang baru disusun dengan memperhatikan aspek fisik (tata letak dan ruang tulis), anatomi formulir (struktur informasi), dan isi (logika kausalitas, ICD-10, dan data penyerta). Perubahan ini menjadikan formulir sebagai alat yang tidak hanya administratif, tetapi juga klinis dan strategis. Peningkatan akurasi data kematian yang dihasilkan diharapkan dapat memperkuat sistem informasi rumah sakit, mendukung perencanaan kesehatan, serta mewujudkan pelayanan kesehatan yang lebih akuntabel dan berbasis bukti (Ridho et al., 2022).

Formulir asli yang digunakan sebelumnya sangat terbatas dalam memberikan ruang dan struktur untuk pencatatan penyebab kematian secara lengkap dan akurat. Diagnosis kematian dituliskan hanya dalam satu baris tanpa memperhatikan hubungan sebab-akibat penyakit. Tidak adanya kode ICD-10 serta tidak diadopsinya struktur WHO membuat formulir ini sulit digunakan sebagai dasar statistik mortalitas dan pengambilan kebijakan kesehatan. Sebaliknya, formulir hasil redesign telah menyesuaikan dengan standar internasional (Medical Certificate of Cause of Death WHO). Dalam formulir ini, diagnosis kematian disusun secara sistematis dari penyebab langsung hingga penyebab dasar, serta mencantumkan faktor komorbid atau kondisi lain yang berkontribusi. Adanya kolom khusus untuk ICD-10, selang waktu penyakit, dan data pasien yang lebih lengkap menjadikan formulir ini lebih informatif, terstruktur, dan valid sebagai sumber data kematian rumah sakit. Redesain ini menjawab kebutuhan rumah sakit dalam meningkatkan kualitas dokumentasi medis dan mendukung pencatatan penyebab kematian yang akurat, valid, dan sesuai standar nasional serta global.

## KESIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa formulir surat kematian di RSUD Prof. Dr. Soekandar sebelumnya belum memenuhi standar pencatatan penyebab kematian yang sesuai kaidah WHO. Formulir lama tidak memfasilitasi penulisan diagnosis secara runtut dan logis, serta belum mencantumkan struktur penyebab kematian yang terdiri dari penyebab langsung, antara, dasar, dan komorbiditas. Redesain formulir surat kematian dilakukan dengan memperhatikan aspek fisik, anatomi, dan isi, serta mengadopsi format *Medical Certificate of Cause of Death (MCCD)* WHO. Hasilnya menunjukkan peningkatan kualitas pencatatan, kemudahan pengisian bagi dokter, dan akurasi pengkodean ICD-10 oleh petugas rekam medis. Sebagai saran, disarankan agar rumah sakit melakukan sosialisasi dan pelatihan rutin kepada tenaga medis mengenai pengisian formulir surat kematian sesuai struktur WHO. Evaluasi berkala juga penting untuk menyesuaikan formulir dengan dinamika kebutuhan pengguna. Selain itu, integrasi dengan sistem rekam medis elektronik perlu dipertimbangkan untuk mendukung efisiensi dokumentasi dan pelaporan data kematian. Langkah ini diharapkan dapat memperkuat sistem informasi rumah sakit dan mendukung kebijakan kesehatan yang berbasis data akurat dan terpercaya.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada manajemen dan seluruh staf RSUD Prof. dr. Soekandar Mojokerto atas dukungan, kerja sama, serta kesempatan yang diberikan dalam pelaksanaan penelitian ini. Ucapan terimakasih secara khusus disampaikan kepada Kepala Instalasi Rekam Medis yang telah memberikan izin, arahan, serta dukungan selama proses pengumpulan data langsung. Dengan penuh hormat dan apresiasi, penulis juga menyampaikan terimakasih kepada Ibu Dosen pembimbing, atas bimbingan, ilmu, dan arahan yang sangat berharga serta terselesaikannya laporan penelitian dan jurnal penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ardyan, E., Boari, Y., Akhmad, A., Yuliyani, L., Hildawati, H., Suarni, A., ... & Judijanto, L. (2023). Metode penelitian kualitatif dan kuantitatif: Pendekatan metode kualitatif dan kuantitatif di berbagai bidang. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Ariyanti, D. J. (2023). Analisis dan Desain Formulir Sertifikat Medis Penyebab Kematian di Rumah Sakit Umum Srikandi IBI Jember (*Doctoral dissertation*, Politeknik Negeri Jember).
- Fitriani, F., Rachmawati, E., Nuraini, N., & Muflihatin, I. (2022). Tinjauan Kelengkapan Pengisian Sertifikat Penyebab Kematian Di Rumah Sakit: Tinjauan Pustaka. J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan , 3 (3), 223-230.
- Ikawati, F. R., Rusdi, A. J., Priskusanti, R. D., Ularan, R. R., Ansyori, A., & Anshori, M. (2022). Redesain *out guide* (tracer) sebagai optimalisasi pengelolaan dokumen rekam medis Rumah Sakit Bantuan TNI-AD 05.08. 02 Malang. *Journal of Training and Community Service ADPERTISI (JTCSA)*, 2(1), 21-26.
- Kemenkes, R. I. (2010). Pedoman pengisian surat keterangan kematian dan formulir keterangan penyebab kematian. Jakarta: Badan Litbangkes Kemkes RI.
- Khusnawati, T. (2021). Hubungan Kelengkapan Pengisian Formulir Rekam Medis Pasien Umum dengan Mutu Rekam Medis di UPTD Puskesmas Kebumen II. *Jurnal Pendidikan Tambusai*, 5(3), 6055-6060.
- Marwin, FA, Susanti, R., Fortuna, F., Windasari, N., Rustam, R., & Hasmiwati, H. (2024). Gambaran Format dan Kelengkapan Pengisian Sertifikat Kematian di Rumah Sakit: Sebuah Tinjauan Pustaka. MAHESA: Jurnal Mahasiswa Kesehatan Malahayati , 4 (7), 2622-2640.
- Ningrum, Y. I. P., Rusdi, A. J., & Suhariyono, U. S. (2025). Pencatatan Sertifikat Kematian Perinatal Pada Rumah Sakit Ngudi Waluyo Wlingi Kabupaten Blitar. *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia*, 11(1), 78-83.
- Purba, N. H. (2020). Analisis dan Pencatatan Pelaporan Kematian Maternal. *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, 4(3), 411-422.
- Putri, S. S., Putra, D. S., Prasetyo, H., Roziqin, M. C., & Malischa, R. U. (2018). Optimalisasi Letter Of Death Information Melalui Redesain Form Di Rsia Muhammadiyah Kota Probolinggo. *Jurnal Kesehatan*, 6(3), 100-104.
- Ridho, F., Viatiningsih, W., Dewi, D. R., & Yulia, N. (2022). Literature Review Desain Formulir Rekam Medis Di FASYANKES. *Indonesian Journal of Health Information Management*, 2(2).
- Rizkita, S., Herfiyanti, L., & Abdussalaam, F. (2021). Perancangan Sistem Informasi Keterangan Kematian di Rumah Sakit Bhayangkara Sartika ASih. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia* , 1 (10), 1377-1388.
- Rosyidi, A. A. (2023). Tinjauan Redesain Resume Kematian Berbasis Elektronik Di Rumah Sakit Islam Yogyakarta PDHI (*Doctoral dissertation*, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta).



- Sari, M., Rachman, H., Astuti, N. J., Afgani, M. W., & Abdullah, R. (2022). Explanatory survey dalam metode penelitian deskriptif kuantitatif. *Metode*, 1.
- Statistik, B. P. (2020). *Mortalitas Di Indonesia*. *Mortalitas Di Indonesia Hasil Long Form Sensus Penduduk*, 1-98.
- Wardiyana, YB, Setiyowati, MPD, Jannah, AN, Gianiska, A., Lestari, HT, Wijayanto, A., ... & Laili, AN (2024). Tinjauan Pustaka: Evaluasi Kualitas Kelengkapan Data Pada Formulir Rekam Medis Pasien Di Rumah Sakit. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia* , 4 (1), 10-18.
- Waruwu, M. (2023). Pendekatan penelitian pendidikan: metode penelitian kualitatif, metode penelitian kuantitatif dan metode penelitian kombinasi (*Mixed Method*). *Jurnal pendidikan tambusai*, 7(1), 2896-2910.