

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Peraturan Menteri Kesehatan RI No 24 tahun 2022 rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Data rekam medis dapat dimanfaatkan untuk merujuk pada Teknik yang dipakai untuk menghimpun, memproses, menganalisis, menafsirkan, dan menarik kesimpulan dari data yang terdapat dalam fasilitas pelayanan kesehatan. Statistik juga digunakan sebagai bahan evaluasi mutu rumah sakit, penggunaan statistik melibatkan berbagai indikator, seperti indikator gawat darurat, rawat jalan, rawat inap dan kematian.

Statistik kematian sangat penting untuk evaluasi kualitas layanan medis di rumah sakit, dan tidak hanya bagi manajemen rumah sakit, tetapi juga bagi peneliti dalam bidang pelayanan kesehatan, pendidikan tenaga kesehatan, dan perusahaan asuransi kesehatan. Statistik kematian juga dapat dilihat dari mutu pelayanan rumah sakit. Perhitungan statistik kematian dapat membantu dalam membandingkan angka kematian dari tahun ke tahun menggunakan indikator *Gross Death Rate* (GDR) (Hosizah dan Maryati, 2018).

Gross Death Rate (GDR) atau biasa disebut angka kematian kasar yaitu angka kematian kasar untuk setiap 1000 penderita keluar baik hidup maupun mati pada periode waktu tertentu, termasuk di antaranya bayi baru lahir (BBL)

yang meninggal sebaiknya tidak lebih dari 45 per 1000 pasien keluar (Kemenkes, 2011). Jika angka kematian GDR (*gross death rate*) menunjukkan lebih tinggi dari batas standar maka kualitas mutu pelayanan dapat dinilai kurang baik, tetapi sebaliknya jika kurang dari standar maka kualitas mutu pelayanan rumah sakit dinilai baik (Rustiyanto, 2010).

Penelitian oleh Khasanah, dkk (2022) menyatakan bahwa adanya peningkatan angka kematian pada tahun 2019 sebesar 66,94‰ dan pada tahun 2020 mengalami peningkatan menjadi 70,01‰. Hal ini disebabkan karena rumah sakit tersebut sudah menjadi rumah sakit rujukan regional sehingga mengakibatkan banyak pasien yang diterima dalam kondisi tidak baik. Hal itu menunjukkan bahwa nilai GDR masih melebihi batas Standar yang ditetapkan oleh Depkes. Relevan dengan Cahyaningrum & Fadly (2024) didapatkan angka kematian GDR tertinggi pada tahun 2021 sebesar 69,60‰. Dimana masih melebihi batas toleransi yang telah ditetapkan dengan kasus pasien meninggal terbanyak yaitu *Coronavirus infection*.

Berdasarkan hasil survei pendahuluan tahun 2023 pasien keluar meninggal sebanyak 1103 pasien dan pasien keluar hidup dan mati sebanyak 11.961 pasien sehingga didapatkan angka *Gross Death Rate (GDR)* sebesar 92,22‰. Hal ini melebihi batas toleransi yang telah diterapkan yaitu 45‰. Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik mengambil judul “Tinjauan Angka Kematian *Gross Death Rate (GDR)* di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2024”

B. Perumusan Masalah

Berapa Angka Kematian Pasien *Gross Death Rate* (GDR) di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2024?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui angka kematian berdasarkan *Gross Death Rate* (GDR) di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2024.

2. Tujuan Khusus

- a) Mengetahui sumber data pelaporan *Gross Death Rate* (GDR) di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2024.
- b) Mengetahui jumlah pasien meninggal berdasarkan karakteristik umur, jenis kelamin, bangsal perawatan dan 10 besar diagnosis utama pada pasien meninggal di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2024.
- c) Menghitung angka kematian *Gross Death Rate* (GDR) berdasarkan jumlah pasien meninggal di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2024.

D. Manfaat

1. Bagi Rumah Sakit

Hasil dari penelitian ini bermanfaat sebagai bahan masukan atau evaluasi mengenai angka kematian *gross death rate* (GDR) dan untuk mewujudkan mutu pelayanan yang lebih baik pada masa yang akan datang.

2. Bagi Akademik

Hasil dari penelitian ini bermanfaat sebagai referensi di perpustakaan dan bahan evaluasi bagi akademik terhadap perkembangan pengetahuan khususnya tentang statistik angka Kematian.

3. Bagi Mahasiswa

Hasil dari penelitian ini bermanfaat sebagai pengalaman dan menerapkan teori-teori yang sudah diperoleh di perkuliahan tentang statistik kesehatan khususnya tentang statistik kematian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori yang Relevan

1. Statistik Rumah Sakit

a. Definisi Statistik

Statistik dapat diartikan dalam berbagai macam arti, salah satu arti telah disebutkan dan arti lainnya adalah sebagai "angka" yaitu gambaran suatu keadaan yang dituangkan dalam angka. Angka dapat diambil dari laporan, penelitian atau sumber catatan medik. Statistik juga dapat diartikan sebagai hasil dari perhitungan seperti rerata, standar deviasi, dan lain-lain. Arti lainnya adalah statistik merujuk pada metode/teknik statistik dan teori (Hatta, 2013).

b. Pengertian Statistik Rumah Sakit

Menurut (Oktavia & Oashttamadea, 2022) Statistik rumah Sakit memiliki pengertian statistik yang menggunakan dan mengolah sumber data dari berbagai pelayanan-pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit untuk menghasilkan informasi, fakta, dan pengetahuan berkaitan dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang kemudian dapat digunakan untuk pengambilan keputusan.

c. Manfaat Statistik Rumah Sakit

Statistik kesehatan merupakan sekumpulan keterangan berbentuk angka yang berhubungan dengan suatu masalah kesehatan di rumah sakit.

Statistik kesehatan ini di gunakan:

- 1) Menentukan besarnya masalah kesehatan.
- 2) Menentukan besarnya masalah kesehatan.
- 3) Membuat rencana program kesehatan.
- 4) Mengadakan penilaian penyebaran program kesehatan.
- 5) Dokumentasi untuk mengadakan pembandingnya dimasa yang akan datang.
- 6) Memberikan penerapan tentang kesehatan kepada masyarakat.

Mengadakan penelitian masalah kesehatan yang belum diketahui dan menguji kebenaran suatu masalah kesehatan (Rustiyanto, 2010).

2. Sumber Data Statistik Rumah Sakit

Sumber data statistik rumah sakit dihasilkan dari data rekam medis yang ada di unit rekam medis oleh karena itu dalam pengumpulan data bagi unit rekam medis diharuskan untuk memahami data yang akan dikumpulkan di rumah sakit. Adapun sumber data yang dihasilkan dari unit rekam medis diantara lain adalah

a. Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan / TPPRJ.

- 1) Register pendaftaran
- 2) Kartu Indeks Utama Pasien/KIUP

- b. Unit Rawat Jalan/URJ
 - 1) Register pelayanan rawat jalan
 - 2) Register tindakan rawat jalan
 - 3) Sensus harian rawat jalan
- c. Unit Pelayanan Gawat Darurat
 - 1) Register pasien gawat darurat
 - 2) Register tindakan gawat darurat
 - 3) Sensus harian gawat darurat
- d. Tempat Penerimaan Pasien Rawat Inap
 - 1) Buku registrasi pasien rawat inap
 - 2) Catatan penggunaan tempat tidur
- e. Unit Pelayanan Rawat Inap
 - 1) Sensus harian rawat inap
 - 2) Registrasi pasien rawat inap
 - 3) Registrasi persalinan dan abortus
 - 4) Registrasi tindakan medis
- f. Unit Pelayanan Penunjang
 - 1) Registrasi pelayanan laboratorium
 - 2) Registrasi pelayanan radiologi
 - 3) Registrasi pelayanan kefarmasian
- g. Unit *Assembling*
 - 1) Registrasi Kelengkapan Pengembalian rekam medis
 - 2) Registrasi ketepatan pengembalian rekam medis

h. *Filing*

- 1) Registrasi peminjaman rekam medis
- 2) Registrasi rekam medis tidak ketemu
- 3) Registrasi jadwal retensi

i. Indeks

- 1) Indeks penyakit
- 2) Indeks operasi/tindakan medis
- 3) Indeks kematian
- 4) Indeks pasien
- 5) Indeks dokter

(Mardiyoko, 2020).

3. Sensus Harian Rawat Inap (SHRI)

Kegiatan yang meliputi pencatatan dan perhitungan data pasien rawat inap yang dilakukan setiap hari di ruang rawat inap. Kegiatan ini mencatat informasi mengenai pasien yang masuk, dipindahkan, atau keluar, baik dalam keadaan hidup maupun meninggal dunia, selama periode 24 jam, mulai pukul 00.00 hingga 24.00 WIB. Data yang diperoleh dari sensus harian ini kemudian diolah untuk menghasilkan informasi yang diperlukan oleh rumah sakit, yang selanjutnya disajikan dalam bentuk laporan (Hatta, 2012).

a. Laporan Sensus Harian Rawat Inap meliputi:

- 1) Jumlah pasien awal di unit tersebut pada periode sensus
- 2) Jumlah pasien baru yang masuk
- 3) Jumlah pasien transfer (jumlah pasien yang pindah dari unit/bangsal lain ke bangsal tersebut dan jumlah pasien yang dipindahkan dari bangsal tersebut ke bangsal lain)
- 4) Jumlah pasien yang keluar/pulang dari bangsal tersebut(hidup maupun mati)
- 5) Jumlah pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama hari pelaksanaan sensus di bangsal tersebut
- 6) Jumlah akhir/sisa pasien yang masih dirawat di unit tersebut (Sudra, 2010).

b. Indeks penyakit

Merupakan indeks tentang jenis penyakit tertentu yang telah ditetapkan diagnosis akhir penyakitnya dan telah dilakukan pengkodean penyakit berdasarkan ICD - 10. Secara manual, Indeks penyakit pasien ini juga terwujud dalam bentuk kartu, dengan ketentuan setiap jenis penyakit yang sama menggunakan satu kartu yang sama. Namun dewasa ini telah banyak dilakukan indeks penyakit secara komputerisasi. Fungsi dari indeks penyakit pasien ini, meliputi:

- 1) Memudahkan dalam menelusuri setiap nomor rekam medis dan nama pasien yang memiliki jenis penyakit yang sama yang

dikelompokan berdasarkan pengkodean penyakit, yang digunakan untuk keperluan tertentu, misal: penelitian mahasiswa.

- 2) Untuk menyusun laporan morbiditas
- 3) Dapat digunakan sebagai sumber data statistik rumah sakit
- 4) Dapat digunakan sebagai suatu informasi dalam manajemen institusi pelayanan kesehatan

(Kemenkes, 2018).

4. Indikator *Gross Death Rate* (GDR)

Gross Death Rate (GDR) atau angka kematian kasar adalah angka kematian umum setiap 1000 penderita keluar rumah sakit yang terdiri dari jumlah seluruh pasien rawat inap yang meninggal ≤ 48 jam dan ≥ 48 jam dalam periode waktu tertentu, termasuk Bayi Baru Lahir (BBL) yang kemudian meninggal, Nilai GDR seyogyanya tidak lebih dari 45 per 1000 penderita keluar.

Untuk rumus yang digunakan sebagai berikut:

$$GDR = \frac{\text{jumlah pasien mati seluruhnya}}{\text{Jumlah pasien keluar (mati+hidup)}} \times 1000$$

(Kemenkes, 2011)

Standar nasional nilai *Gross Death Rate* (GDR) adalah $< 45\%$. Interpretasinya adalah semakin rendah nilai *Gross Death Rate* (GDR) semakin mutu pelayanan rumah sakit semakin baik (Rustiyanto, 2010).

5. Faktor Penyebab Tingginya angka kematian *Gross Death Rate* (GDR)

antara lain :

- a. Pasien rujukan yang meninggal sebelum mendapat perawatan 48 jam diasumsikan datang kerumah sakit sudah dalam kondisi sakit berat sehingga sangat dimungkinkan meninggalnya pasien termasuk bukan karena kurangnya mutu pelayanan medis, tetapi karena memang kondisi pasien yang sudah sakit berat (Khasanah & Fadillah, 2022).
- b. Kurangnya tenaga professional sehingga diperlukan penambahan jumlah tenaga dokter dan perawat walaupun kebutuhannya tidak sama untuk setiap kategori dokter di masing masing spesialisasi maupun perawat tetapi sangat mempengaruhi kecekatan dalam pelayanan perawatan pasien (Suryadi, 2021).
- c. Bayi Baru Lahir Rendah (BBLR) bayi resiko tinggi karena mempunyai kesakitan dan kematian lebih besar yang dikaitkan dengan kelahiran dan penyesuaian setelah lahir (Wiji, 2019).
- d. Tingginya kasus penyakit pasien meninggal yang banyak disebabkan oleh *diagnosis intracerebral haemorrhage, coronavirus infection, cerebral infraction, unspecified* , pasien rawat inap meninggal dengan rata – rata umur diatas 45 tahun yang memungkinkan kondisi pasien yang sudah lemah, pasien berasal dari bangsal ICU pada bangsal ICU sering terjadi kekurangan tempat tidur (Kurnianingsih, 2023).

6. Karakteristik Responden

a. Pengertian Karakteristik

Karakteristik menurut Noor (2010) adalah ciri khas khusus yang mempunyai sifat khas yang secara tidak langsung dapat memberikan perbedaan pada sifat keadaan maupun *risk (relative exposure)* dan reaksi individu terhadap keadaan keterpaparan. Karakteristik dapat berupa pertama, faktor genetik yang bersifat tetap seperti jenis kelamin, ras, data kelahiran. Kedua, faktor biologis yang dapat berhubungan erat dengan kehidupan seperti umur, status gizi, kehamilan, dan lain-lain. Ketiga, faktor yang berpengaruh seperti mobilitas, status perkawinan, tingkat pendidikan, daerah tempat tinggal dan sebagainya.

b. Variabel Karakteristik

1) Umur

Umur sebagai salah satu sifat karakteristik tentang orang dalam study epidemiologi merupakan variabel yang cukup penting karena cukup banyak penyakit ditemukan dengan berbagai variasi frekuensi yang disebabkan oleh umur. Peranan variabel umur menjadi cukup penting antara lain karena pertama, study tentang hubungan variasi suatu penyakit dengan umur dapat memberi gambaran tentang faktor penyebab penyakit tersebut. Kedua, umur dapat merupakan faktor

sekunder yang harus diperhitungkan dalam mengamati/meneliti perbedaan fraktor frekuensi penyakit terhadap variabel lain

Umur merupakan salah satu sifat karakteristik tentang orang yang sangat utama karena umur mempunyai hubungan yang erat dengan keterpaparan. Umur juga mempunyai hubungan dengan besarnya risiko terhadap penyakit tertentu dan sifat resistensi pada berbagai kelompok umur. Disamping itu umur mempunyai hubungan erat dengan berbagai sifat karakteristik tentang orang lainnya seperti pekerjaan, status perkawinan, reproduksi, dan berbagai kebiasaan lainnya (Noor, 2014).

2) Jenis kelamin

Jenis kelamin atau gender merupakan determinan perbedaan kedua yang paling signifikan di dalam peristiwa kesehatan atau dalam faktor resiko suatu penyakit. Angka kesakitan lebih tinggi di kalangan wanita sedangkan angka kematian lebih tinggi di kalangan pria, juga pada semua golongan umur pada kajian epidemiologi. Perbedaan angka kesakitan dan kematian ini dapat disebabkan oleh faktor intrinsik meliputi faktor keturunan terkait dengan jenis kelamin, atau perbedaan hormonal, dan ekstrinsik meliputi faktor lingkungan seperti lebih banyak laki-laki yang merokok, konsumsi minuman keras, pekerja berat dan sebagainya (Lister, E, N., dkk, 2022).

3) Bangsal Keperawatan

Ruangan atau bangsal adalah salah satu unit terkecil dalam fasilitas kesehatan yang memungkinkan perawat dan bidan dapat menerapkan ilmu dan kemampuannya. Bangsal perawatan (*ward*) bukan hanya sekedar sebuah ruangan tempat pasien menginap saja, bangsal perawatan merupakan fasilitas pelayanan rumah sakit yang menjadi bagian dari upaya penyembuhan atau mengatasi masalah klien (Menap, 2017).

4) Diagnosis penyakit penyebab kematian

Menurut WHO dalam Hatta (2013) penyebab dasar kematian adalah sebab-sebab kematian sebagai semua penyakit, keadaan sakit atau cedera yang menyebabkan atau berperan terjadinya kematian. Berikut beberapa penyakit penyebab kematian :

a) *Chronic Kidney Disease* (CKD)

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah keadaan terjadinya penurunan fungsi ginjal yang cukup berat secara perlahan-lahan (menahun) disebabkan oleh berbagai penyakit ginjal. Penyakit ini bersifat progresif dan umumnya tidak dapat pulih kembali (*irreversible*). Gejala penyakit ini umumnya adalah tidak ada nafsu makan, mual, muntah, pusing, sesak nafas, rasa lelah, edema pada kaki dan tangan, serta uremia (Almatsier 2016). Mengenai penyakit ginjal

kronis, mulai dari penyebab, gejala, hingga upaya pencegahan dan pengobatan antara lain :

(1) Faktor yang berpeluang meningkatkan risiko kerusakan

ginjal yaitu:

- (a) Riwayat keluarga
 - (b) Usia
 - (c) Obesitas
 - (d) Merokok
 - (e) Obat-obatan tertentu
- (Kemenkes, 2017)

(2) Faktor risiko yang menyebabkan perburukan penyakit

ginjal, yaitu:

- (a) Hipertensi
- (b) Diabetes melitus
- (c) Jantung koroner
- (d) Ginjal polikistik

(3) Pencegahan terapi pada penyakit ginjal, yaitu:

- (a) Hemodialisa
 - (b) *Peritoneal dialysis*
 - (c) *Transplantasi ginjal*
- (Eviwindha, 2024).

b) Stroke iskemik (*cerebral infarction*)

Stroke iskemik disebut juga dengan stroke tanpa perdarahan merupakan kondisi tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Stroke iskemik terjadi akibat terganggunya sel neuron dan glia karena kekurangan darah akibat sumbatan arteri yang menuju otak atau perfusi otak yang inadkuat. Hal ini disebabkan karena obstruksitotal atau obstruksi sebagian pembuluh darah otak. Obstruksi dapat disebabkan oleh adanya trombosis, emboli, dan hipoperfusi global (Dewi & Fitraneti, 2024)

c) *Intracerebral Hemorrhage*

Stroke perdarahan intraserebral (*Intracerebral Hemorrhage*) atau yang biasa dikenal sebagai stroke hemoragik, yang diakibatkan pecahnya pembuluh intraserebral. menyebabkan angka kematian pada stroke hemoragik menjadi lebih tinggi dibandingkan stroke iskemik. Terjadi pada otak yang mengalami kebocoran atau pecahnya pembuluh darah yang ada di dalam otak, sehingga darah menggenangi atau menutupi ruang-ruang jaringan sel di dalam otak. Stroke (Setiawan, 2021).

d) *cerebrovascular disease*

Penyakit serebrovaskular atau *cerebrovascular disease* (CVA) adalah istilah yang digunakan untuk merujuk kepada kumpulan kondisi yang memengaruhi pembuluh darah di otak. Kondisi pembuluh darah di otak tersebut dapat meliputi penyempitan (stenosis), penggumpalan (trombosis), penyumbatan (emboli), atau pecah pembuluh darah. Ada beberapa faktor risiko penyakit serebrovaskular yaitu :

- 1) diabetes
- 2) tekanan darah tinggi
- 3) kolesterol tinggi

(Pratiwi, 2023).

e) Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus merupakan kondisi kronis yang ditandai dengan peningkatan konsentrasi glukosa darah disertai munculnya gejala utama yang khas, yakni urine yang berasa manis dalam jumlah yang besar. Kelainan yang menjadi penyebab mendasar dari diabetes mellitus defisiensi related atau absolute dari hormon insulin. Insulin merupakan satu-satunya hormon yang dapat menurunkan kadar gula dalam darah (Donnelly, 2018).

B. Penelitian Relevan

1. Harjanti, dkk (2024) Penelitian dengan judul “Implikasi Epistemologi: Pengukuran *Gross Death Rate* (GDR) Dan *Net Death Rate* (NDR) Dalam Studi Demografi” Temuan dari penelitian ini mengindikasikan bahwa studi demografi menunjukkan struktur populasi berdasarkan penyakit tertinggi disebabkan oleh diagnosis *Cerebral Infarction* yaitu sebanyak 101 pasien, pada ruang ICU yaitu sebanyak 432 pasien, terjadi pada umur ≥ 65 tahun yaitu sebanyak 473 pasien. Nilai *Gross Death Rate* (GDR) yaitu sebesar 92,22%, sedangkan nilai *Net Death Rate* (NDR) sebesar 47,82%. Hal ini menunjukkan bahwa nilai GDR dan NDR masih melebihi batas toleransi yang telah ditetapkan. Hal tersebut disebabkan karena pasien dengan penyakit penyerta dan tingkat keparahan sudah kritis, dan Rumah Sakit Tipe B yang menerima rujukan semua pasien yang datang. Upaya yang dapat dilakukan yaitu dengan memberikan edukasi kepada pasien tentang penyakit *Cerebral Infraction* agar nilai kematian dapat dikendalikan. .
2. Widya K, dkk (2024) Penelitian dengan judul “Analisis *Trend* Statistik Kematian Indikator *Gross Death Rate* (GDR) Di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen periode 2019 – 2023”. Hasil dari penelitian bahwa nilai trend GDR mengalami peningkatan sebesar 4,45% pada tahun 2019-2023. Analisis GDR meningkat, hal tersebut disebabkan oleh diagnosis *intracerebral haemorrhage, coronavirus infection, cerebral infraction, unspecified*, pasien rawat inap meninggal dengan rata – rata umur diatas 45 tahun yang memungkinkan kondisi pasien yang sudah lemah, pasien berasal

dari bangsal ICU pada bangsal ICU sering terjadi kekurangan tempat tidur. *Analisis Forecasting* GDR meningkat disebabkan nilai b positif sehingga mengalami peningkatan maka nilai GDR masih melebihi standar nasional. Upaya yang dilakukan yaitu meningkatkan mutu layanan di rumah sakit serta peningkatan pelayanan perawatan yang maksimal dan melakukan audit kematian untuk memastikan bahwa kenaikan nilai GDR tidak melebihi batas standar yang ditetapkan serta meningkatkan skill atau kemampuan dokter dan perawat melalui pelatihan.

3. Utami, dkk (2023) Penelitian dengan judul “Pelaksanaan Pelaporan Data Mortalitas Rawat Inap di Rumah Sakit”. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa Pada tahun 2021 pasien yang meninggal <48 jam berjumlah 87 pasien, lalu pada tahun 2022 mengalami penurunan menjadi 60 pasien. Pada tahun 2021 pasien meninggal >48 jam berjumlah 96 pasien, lalu pada tahun 2022 mengalami penurunan menjadi 56 pasien. Tahun 2021 pasien yang meninggal berjumlah 183 pasien, lalu pada tahun 2022 terjadi penurunan menjadi 116 pasien. Hasil perhitungan indikator mortalitas diketahui bahwa persentase GDR 17.73%. Hasil persentase tersebut diketahui bahwa angka GDR dan sudah sesuai dengan standar ideal menurut Kemenkes. Upaya yang dilakukan yaitu menekan angka kematian antara lain melakukan skrining untuk membedakan pasien yang dapat ditangani dan yang tidak dapat ditangani, jika ternyata pasien tidak dapat ditangani maka rumah sakit akan merujuk pasien ke instansi kesehatan lainnya. Selain itu, rumah sakit melakukan penambahan fasilitas atau sarana dan prasarana

khususnya di ruang perawatan intensif berupa penambahan ventilator dan meningkatkan skill atau kemampuan dokter dan perawat melalui pelatihan.

4. Rahayuningsih, dkk (2024) penelitian yang berjudul “Prediksi *Gross Death Rate* di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Sukoharjo 2024-2028 ” Temuan dari penelitian ini mengindikasikan bahwa diperoleh angka GDR mengalami penurunan dari tahun 2019 sebanyak 28,99 tahun 2020 sebanyak 27,25 tahun 2021 sebanyak 25,51 tahun 2022 sebanyak 23,77 dan tahun 2023 menjadi 22,03. Kesimpulan bahwa trend statistik kematian Tahun 2019-2023 terjadi penurunan trend GDR sebesar (-1,742). Prediksi statistik kematian tahun yang akan datang terjadi penurunan pada prediksi GDR Dikarenakan pelayanan yang diberikan semakin tahun semakin baik dan meningkatkan mutu pelayanannya, serta adanya pergantian pegawai yang sudah pensiun dengan pegawai baru yang sudah terlatih sehingga mengakibatkan kinerja yang baik. Dari hasil penelitian disarankan sebaiknya rumah sakit mempertahankan dan menjaga mutu pelayanan dengan baik karena nilai GDR dan NDR ada yang belum ideal yang ditetapkan oleh Depkes.
5. Khasanah, N., Fadillah, N., & Sari, I. (2022) Penelitian dengan judul “Analisis Deskriptif Indikator *Gross Death Rate* (GDR) di Rumah Sakit X pada tahun 2016-2020” Hasil dari penelitian ini yaitu Terjadi kecenderungan penurunan nilai dengan GDR nilai tertinggi pada tahun 2016 sebesar 70,80‰, dikarenakan banyak pasien rujukan yang diterima dengan kondisi yang parah sehingga sangat dimungkinkan meninggalnya pasien

termasuk bukan karena kurangnya mutu pelayanan medis tetapi karena memang kondisi pasien yang sudah sakit berat. Saran sebaiknya pihak rumah sakit dapat mempertahankan sekaligus meningkatkan pelayanan dan melakukan audit medis agar nilai GDR dan NDR dapat tercapai sesuai standar depkes. Dari hasil penelitian disarankan agar pihak rumah sakit dapat mempertahankan sekaligus meningkatkan pelayanan dan melakukan audit medis agar nilai GDR dan NDR dapat tercapai sesuai standar Depkes.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif kuantitatif yaitu dengan menggambarkan nilai *Gross Death Rate* (GDR) di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Rancangan penelitian yang digunakan yaitu dengan pendekatan *retrospektif*. Pendekatan ini digunakan karena penelitian dilakukan dengan menganalisis data yang sudah ada, yaitu data angka kematian pasien yang tercatat di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen pada tahun 2024.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Lokasi dalam penelitian di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian pada bulan Maret sampai april tahun 2025.

C. Subyek dan Obyek Penelitian

1. Subyek Penelitian

Subyek dalam penelitian ini adalah petugas rekam medis bagian *analysing reporting*, kepala rekam medis dan perawat bangsal ICU.

2. Objek Penelitian

Objek dalam penelitian ini adalah Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) dan Transmedic (SIMRS) pada tahun 2024.

D. Variabel penelitian dan definisi oprasional

Table 3.1
Variabel penelitian dan definisi operasional

| No | Variabel | Definisi Operasional |
|----|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Umur | Satuan waktu yang mengatur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati. Digolongkan menjadi berumur <1 tahun, 1-4 tahun, 5-14 tahun, 15-24 tahun, 25-44 tahun, 45-64 tahun, ≥ 65 tahun. |
| 2 | Jenis kelamin | Mengidentifikasi perbedaan biologis dan fisiologis. yang dapat membedakan manusia berdasarkan kelompok laki-laki atau perempuan. |
| 3 | Bangsal perawatan | Ruangan yang digunakan untuk perawatan pasien terdapat 14 bangsal yaitu bangsal Bougenville, Melati timur (Laki-laki), Melati barat (Perempuan), ICU, Tulip, Sakura, ICCU, Wijaya Kusuma LT.4, Teratai, Lavender, Mawar, Anggerek, Aster, Cempaka. |
| 4 | 10 besar diagnosis penyakit pasien meninggal | Penyakit atau kondisi dimulainya rangkaian penyakit menuju kematian, 10 besar penyakit penyebab kematian, antara lain: <i>Chronic Kidney Disease (CKD)</i> , <i>Cerebral infraction</i> , <i>intecebral haemorage</i> , <i>other cerebravascular</i> , <i>Diabetes Militus</i> , <i>Pneumonia</i> , <i>Acute myocardial</i> , <i>Respiratory distress syndrome</i> , <i>Anemia</i> , <i>Hipertensi</i> |
| 5 | GDR | Angka kematian kasar atau <i>Gross Death Rate (GDR)</i> adalah angka kematian umum setiap 1000 penderita keluar rumah sakit yang terdiri dari jumlah seluruh pasien rawat inap yang meninggal ≤ 48 jam dan >48 jam dalam periode waktu tertentu, termasuk bayi baru lahir (BBL) dengan nilai tolelir 45/1000 pasien keluar. Pasien tersebut akan diklasifikasikan menjadi ≤ 45 ‰ dan >45 ‰ |

E. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

1. Instrumen Penelitian

a. Pedoman Observasi

Berupa tabel yang berisi jumlah pasien meninggal berdasarkan umur, jenis kelamin, bangsal keperawatan dan 10 besar diagnosis penyakit pada pasien meninggal.

b. Pedoman Wawancara Tidak Terstruktur

Berupa daftar pertanyaan yang berhubungan dengan *gross death rate* (GDR) yang disusun secara tidak sistematis bertujuan untuk mengetahui penyakit pada pasien meninggal.

2. Cara Pengumpulan Data

a. Observasi

Yaitu suatu proses pengamatan dan pencatatan terhadap data yang akan diteliti yaitu angka kematian berdasarkan *Gross Death Rate* (GDR) di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

b. Wawancara tidak terstruktur

Yaitu suatu proses tanya jawab dengan petugas rekam medis bagian analising reporting dan perawat bangsal untuk mendapatkan informasi tentang *Gross Death Rate* (GDR).

F. Teknik Pengolahan dan Analisa Data

1. Teknik Pengolahan Data

a. Pengumpulan (*Collecting*)

Tahap pengumpulan data berdasarkan hasil observasi dan hasil wawancara tidak terstruktur.

b. Edit (*Editing*)

Setelah data dikumpulkan kemudian data tersebut dikoreksi dan dilengkapi sesuai dengan tujuan penelitian.

c. Klasifikasi (*Classification*)

Yaitu mengelompokkan *data Gross Death Rate* (GDR) yang telah diperoleh berdasarkan karakteristik umur, jenis kelamin, bangsa, perawatan dan 10 besar diagnosis utama pada pasien meninggal

d. Perhitungan

Perhitungan *Gross Death Rate* (GDR) menggunakan rumus yang sudah ditetapkan oleh Kemenkes.

e. Penyajian Data

Menyajikan hasil penelitian berbentuk grafik yang dinarasikan mengenai nilai *Gross Death Rate* (GDR)

2. Analisis Data

Hasil penelitian ini dianalisis dengan menggunakan analisis deskriptif yaitu dengan cara menggambarkan nilai *Gross Death Rate* (GDR) di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2024.

