

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Berdasarkan Peraturan Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit yang baik adalah rumah sakit yang memiliki mutu pelayanan yang baik, kualitas mutu pelayanan di rumah sakit dapat dilihat dari sistem pelaporan statistik, salah satunya adalah statistik kematian.

Statistik kematian rumah sakit yaitu proporsi dari jumlah pasien rawat inap yang meninggal dalam perawatan. Angka ini umumnya diekspresikan dalam persentase atau permil. Salah satu bentuk perhitungan statistik kematian di rumah sakit adalah *Gross Death Rate* (GDR) dan *Net Death Rate* (NDR) (Sudra, 2010).

GDR adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar. Nilai GDR seyogyanya tidak lebih dari 45 per 1000 penderita keluar sedangkan NDR adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar, nilai NDR yang dianggap masih dapat ditolerir adalah kurang dari 25 per 1000 penderita keluar (Kemenkes, 2011).

Penelitian oleh Suryadi. T, dkk (2021) menyatakan bahwa GDR pada tahun 2013-2016 didapatkan angka GDR 60,8‰ dan angka NDR 47,4‰. Tingginya nilai GDR dan NDR dikarenakan masih kurangnya tenaga profesional. Penelitian oleh Noviar. R, dkk (2019), Dari pengamatan diperoleh nilai GDR dan NDR tahun 2013-2017 cenderung naik dan turun melebihi batas toleransi yang telah ditetapkan. GDR terendah pada tahun 2013 dengan nilai 49,95‰, sedangkan GDR tertinggi pada tahun 2016 dengan nilai 64,43‰. NDR tertinggi pada tahun 2015 dengan nilai 27,60‰. Dikarenakan tingkat keparahan suatu penyakit, kecekatan dan kesigapan pelayanan perawatan, serta ketepatan pengobatan.

Berdasarkan survey pendahuluan di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen nilai *Gross Death Rate* (GDR) pada tahun 2023 yaitu 92,22‰ dan nilai *Net Death Rate* (NDR) yaitu 47,82‰, nilai GDR dan NDR tersebut masih melebihi batas toleransi yang telah ditetapkan. Oleh karena itu, peneliti tertarik mengambil judul “Analisis Angka Kematian Pasien Berdasarkan *Gross Death Rate* (GDR) dan *Net Death Rate* (NDR) di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2024”.

## **B. Perumusan Masalah**

Bagaimana Analisis Angka Kematian Pasien Berdasarkan *Gross Death Rate* (GDR) dan *Net Death Rate* (NDR) di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2024?

### **C. Tujuan**

#### 1. Tujuan Umum

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

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui sumber data pelaporan *Gross Death Rate* (GDR) dan *Net Death Rate* (NDR) di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2024.
- b. Mengetahui jumlah pasien meninggal berdasarkan 10 besar diagnosis utama penyakit pasien di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2024.
- c. Mengetahui jumlah pasien meninggal berdasarkan golongan umur di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2024.
- d. Mengetahui Nilai *Gross Death Rate* (GDR) dan *Net Death Rate* (NDR) di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2024.

### **D. Manfaat**

#### 1. Bagi Rumah Sakit

Dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan dan perencanaan dalam meningkatkan mutu pelayanan di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

## 2. Bagi Akademik

Sebagai bahan acuan atau referensi untuk mahasiswa STIKes Mitra Husada Karanganyar yang akan melakukan penelitian serupa.

## 3. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan tentang faktor yang mempengaruhi angka GDR dan NDR di rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Teori Yang Relevan**

##### 1. Statistik Rumah Sakit

###### a. Definisi Statistik Rumah Sakit

- 1) Statistik rumah sakit yaitu statistik yang menggunakan dan mengolah sumber data dan pelayanan kesehatan di rumah sakit untuk menghasilkan informasi, fakta dan pengetahuan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Dalam pelayanan pasien di rumah sakit, data dikumpulkan setiap hari dari pasien rawat inap, rawat jalan, dan rawat darurat (Sudra, 2010).
- 2) Statistik rumah sakit adalah kumpulan data berbentuk angka yang menggambarkan informasi kondisi suatu rumah sakit yang digunakan untuk pengambilan keputusan dan bersumber pada data rekam medis (Nisak & Cholifah, 2020).

###### b. Sumber Data Statistik

Data yang dikumpulkan setiap hari pada pelayanan pasien di rumah sakit yaitu rawat inap, rawat jalan, dan rawat darurat. Data tersebut berguna untuk memantau perawatan pasien setiap hari, minggu, bulan, dan lain-lain. Proses pengumpulan data tersebut harus dilakukan analisis dan penyajian data. Pada akhirnya akan didapati suatu informasi untuk mengambil keputusan.

Berdasarkan sumbernya, data dapat dikategorikan sebagai berikut:

- 1) Data primer adalah data yang diperoleh dari proses pengumpulan yang dilakukan sendiri langsung dari sumber datanya yaitu subjek yang diteliti.
- 2) Data sekunder adalah data yang diperoleh dari institusi yang telah mengumpulkan datanya, jadi tidak langsung dikumpulkan dari sumber data yaitu subjek yang diteliti.

Beberapa hal yang dapat menjadi sumber data untuk perhitungan statistik rumah sakit, yaitu:

- 1) Sumber data primer, contohnya:
  - a) Rekam medis
- 2) Sumber data sekunder, contohnya:
  - a) Indeks penyakit, indeks operasi, indeks pasien, dan berbagai indeks lainnya
  - b) Hasil sensus pasien
  - c) Aktifitas dalam unit kerja/unit pelayanan

(Sudra, 2010)

## 2. Statistik Kematian (Mortalitas)

### a. Definisi Statistik Kematian (Mortalitas)

Statistik kematian (mortalitas) di rumah sakit yaitu proporsi dari jumlah pasien rawat inap yang meninggal dalam perawatan. Dari pengertian ini dapat diartikan bahwa statistik kematian hanya

menghitung kematian pasien yang terjadi di rumah sakit. Oleh karena itu Pasien yang meninggal pada saat tiba *Death On Arrival* (DOA) tidak termasuk dalam angka ini. Indikator statistik kematian, sebagai berikut :

1) *Gross Death Rate* (GDR)

*Gross Death Rate* (GDR) atau angka kematian kasar menunjukkan proporsi seluruh pasien rawat inap yang meninggal dalam periode waktu tertentu, termasuk bayi baru lahir (BBL) yang kemudian meninggal.

Rumus Perhitungan :

$$\text{GDR} = \frac{\text{jumlah pasien meninggal}}{\text{Jumlah pasien keluar hidup \& mati}} \times 1000$$

Batas toleransi nilai GDR adalah  $\leq 45\%$  interpretasinya adalah semakin rendah nilai GDR, maka mutu pelayanan rumah sakit semakin baik.

2) *Net Death Rate* (NDR)

*Net Death Rate* (NDR) adalah angka kematian pasien rawat inap yang perawatannya lebih dari 48 jam pada periode tertentu. Bayi baru lahir yang meninggal lebih atau sama dengan 48 jam termasuk dalam perhitungan NDR. Nilai NDR menggambarkan pasien saat datang rawat inap ke rumah sakit tidak dalam kondisi sakit berat, sehingga rumah sakit memiliki cukup waktu untuk memberikan pelayanan terhadap pasien. Pasien meninggal yang meninggal kurang dari 48 jam menggambarkan kondisi pasien

saat datang ke rumah sakit sudah cukup berat yang dapat diartikan meninggalnya pasien bukan karena mutu suatu rumah sakit buruk. Nilai NDR lebih memperlihatkan mutu pelayanan rumah sakit jika dibandingkan dengan GDR

Rumus Perhitungan :

$$\text{NDR} = \frac{\text{jumlah kematian pasien} \geq 48 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien keluar hidup \& mati}} \times 1000$$

Menurut Depkes RI batas toleransi NDR (*Net Death Rate*) di rumah sakit adalah kurang dari 25%.

(Sudra, 2010)

### 3. Sensus Harian Rawat Inap (SHRI)

#### a. Pengertian Sensus Harian Rawat Inap

Sensus Harian Rawat Inap merupakan aktifitas rutin yang dilaksanakan di rumah sakit dengan menghitung jumlah pasien yang dilayani di unit rawat inap. Pada sensus harian rawat inap, perhitungan yang dilakukan adalah jumlah pasien yang masih ada di unit dan jumlah pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama. Pelaksanaan sensus boleh dilakukan pada jam berapapun. Namun, jam pelaksanaan sensus harus konsisten dan seragam di semua bangsal pelaksana. Apabila pelaksanaan sensus dilakukan pada jam yang berbeda-beda antar bangsal, bisa menyebabkan ketidakcocokkan jumlah akhir pasien rawat inap saat sensus dari semua bangsal tersebut direkap.

(Sudra, 2010)

b. 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 dari 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 dengan hari pelaksanaan sensus di bangsal tersebut
  - 6) Jumlah akhir/sisa pasien yang masih dirawat di unit tersebut
- (Sudra, 2010)

c. Hari perawatan

Unit pengukuran yang menunjukkan pelayanan yang diterima oleh seorang pasien rawat inap dalam periode 24 jam. Jumlah pasien yang ada saat sensus dilakukan ditambah pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama pada hari sensus diambil (Sudra, 2010:31).

d. Rekapitulasi Sensus Harian Rawat Inap

Rekapitulasi sensus dalam suatu periode (misalnya satu bulan), adalah proses pengumpulan dan penggabungan data serta verifikasi kecocokan data setiap harinya (Nisak & Cholifah, 2020).

#### 4. Indeks Kematian

Suatu indeks bisa berupa tabel, daftar, file atau katalog yang membuat daftar suatu item yang menyediakan informasi yang memudahkan akses bagi pengguna data tersebut. Item yang terdapat pada kartu indeks antara lain :

- a. Diagnosis/sebab kematian
- b. ICD-10 sebab kematian
- c. Nomor rekam medis
- d. Jenis kelamin
- e. Kelompok umur, digolongkan menjadi pasien yang berumur >1 tahun, 1-4 tahun, 5-14 tahun, 25-44 tahun, 45-65 tahun,  $\geq 65$  tahun
- f. Bangsal/poli
- g. Kelas perawatan
- h. Tanggal keluar
- i. Tanggal masuk
- j. Los
- k. Dokter spesialis/umum

(Sudra, 2010)

#### 5. Ruang Perawatan *Intensive Care Unit* (ICU)

- a. Definisi ICU

Ruang Perawatan Intensif/*Intensive Care Unit* (ICU) adalah bagian dari kategori pelayanan kritis rumah sakit, selain instalasi bedah dan

instalasi gawat darurat. *Intensive Care Unit* (ICU) merupakan suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri dengan staf khusus dan perlengkapan yang khusus. Pasien yang layak dirawat di ruang ini yaitu pasien yang memerlukan intervensi medis segera, pemantauan kontinyu serta pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi oleh tim intensive care. Hal tersebut dilakukan supaya pasien terhindar dari dekompensasi fisiologis serta dapat dilakukan pengawasan yang konstan, terus menerus dan pemberian terapi titrasi dengan tepat.

- b. Pelayanan di ruang ICU mencakup berbagai aspek, antara lain:
  - 1) Pemantauan yang Ketat: Pasien di ICU dipantau secara konstan menggunakan perangkat khusus untuk mengukur dan merekam fungsi vital seperti tekanan darah, denyut jantung, pernapasan, dan kadar oksigen dalam darah.
  - 2) Ventilasi Mekanik: Pasien yang mengalami kesulitan bernapas atau memerlukan bantuan untuk pernapasan mungkin memerlukan ventilasi mekanik yang membantu mereka bernapas.
  - 3) Penggunaan Alat Medis Canggih: ICU dilengkapi dengan peralatan medis canggih, seperti monitor multiparameter, infus pompa, alat pencitraan, dan ventilator.
  - 4) Pengobatan dan Terapi: Pasien di ICU mendapatkan perawatan berdasarkan kondisi medis mereka, termasuk pemberian obat-obatan, terapi fisik, terapi okupasi, dan lainnya.

- 5) Kebersihan dan Pencegahan Infeksi: Langkah-langkah kebersihan yang ketat diterapkan untuk mencegah infeksi nosokomial dan menjaga lingkungan ICU tetap steril.
- 6) Dukungan Psikososial: Keluarga pasien juga mendapatkan dukungan psikososial selama masa perawatan di ICU, termasuk pemahaman tentang kondisi pasien dan keterlibatan dalam pengambilan keputusan perawatan.

(Rustini dkk, 2023)

## 6. Diagnosis Penyebab Utama Kematian

Penyebab dasar kematian menurut Hatta (2013) adalah sebab-sebab kematian sebagai semua penyakit, keadaan sakit atau cedera yang menyebabkan atau berperan terjadinya kematian. Beberapa penyakit kematian :

### a. *Chronic Kidney Disease* (CKD)

*Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah turunnya fungsi dari ginjal dengan tanda laju *Glomerular Filtration Rate* (GFR) kurang dari 60 mL/menit per 1.73 m<sup>2</sup>, selama minimal 3 bulan. CKD terjadinya kondisi ginjal mengalami kerusakan struktural atau fungsional secara bertahap selama periode waktu yang panjang. Kerusakan ini dapat meliputi berbagai kelainan patologis, tanda-tanda kelainan ginjal, perubahan komposisi darah dan urin, atau temuan pada pemeriksaan pencitraan yang menunjukkan gangguan fungsi ginjal.

Terapi penanganan CKD sampai saat ini ada 3 yaitu hemodialisis, peritoneal dialisis dan transplantasi ginjal. Hemodialisa (HD) adalah prosedur medis di mana darah dikeluarkan dari tubuh pasien dan dialisis dilakukan di mesin khusus yang disebut *dialyzer*, selama hemodialisis darah pasien disaring dan dibersihkan dari produk limbah dan cairan berlebih sebelum dikembalikan ke tubuh. Menurut Perhimpunan Nefrologi Indonesia (Pernephri), di Indonesia kejadian CKD pada pasien hemodialisis paling tinggi yaitu 34% karena hipertensi, disusul diabetes sebesar 27%, dan disusul gagal ginjal obstruktif karena faktor lain.

(Suara, 2024)

b. Stroke

Menurut *World Health Organization* (WHO), ada 331,349 kematian per tahun yang diakibatkan oleh stroke. Stroke merupakan kondisi medis yang mengancam nyawa, di mana stroke ini terjadi saat terhambatnya suplai darah ke otak. Seseorang yang mengalami serangan stroke harus sesegera mungkin mendapatkan penanganan, agar kerusakan yang disebabkan oleh stroke bisa diminimalisir.

c. Diabetes Melitus

Penyakit diabetes melitus merupakan penyakit yang memiliki 2 tipe yaitu diabetes tipe 1 dan diabetes tipe 2. Pada diabetes tipe 1 berasal dari faktor genetik, lingkungan, usia dan faktor lain dan pada diabetes tipe 2 faktornya antara lain gaya hidup dan obesitas. Adapun

pengobatan yang dapat dilakukan untuk penderita diabetes melitus yaitu dengan terapi insulin, mengonsumsi obat diabetes, mencoba pengobatan alternatif, menjalani operasi dan memperbaiki pola hidup sehat dengan mengonsumsi makanan seimbang serta berolahraga secara teratur.

(Lestari dkk., 2021)

d. Pneumonia

Pneumonia adalah infeksi pernapasan akut umum yang mempengaruhi alveoli dan pohon bronkial distal paru-paru. Pneumonia disebabkan oleh virus, bakteri, jamur, atau kombinasinya, menyebabkan peradangan dan akumulasi cairan di parenkim paru. Secara global, pneumonia merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada anak di bawah usia 5 tahun.

Tanda dan gejala yang terjadi pada kasus pneumonia yaitu, batuk, pernafasan cepat, demam atau tanpa demam, bunyi nafas mengi paling sering terjadi pada pneumonia virus, biasanya disertai dengan sakit kepala, mialgia, sakit tenggorokan, dan temuan abnormal pada tes laboratorium (terutama penanda peradangan yang meningkat) dan pemeriksaan radiologis (bisa berupa konsolidasi ruang yang tidak rata).

Pneumonia sendiri dipengaruhi dari beberapa faktor, yaitu faktor internal dan eksternal. Dimana faktor internal dilihat dari usia, imunisasi, status gizi, pemberian ASI eksklusif, Berat Badan

Lahir (BBL). Sedangkan faktor eksternal yaitu lingkungan, Pendidikan dan pekerjaan ibu.

(Sam dkk, 2023)

## **B. Penelitian Relevan**

1. Anggryani, F., Santoso, A., Wicaksono, T., dkk. (2021). Dengan judul "Analisis Tingkat Mortalitas pada Laporan Tahunan di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu Blitar" menyatakan bahwa nilai GDR terendah yaitu pada tahun 2019 sebesar 60,04% dan nilai GDR tertinggi pada tahun 2017 sebesar 73,12%. Pada tahun 2017-2019 nilai GDR melebihi standar yang telah ditetapkan oleh Depkes RI. nilai NDR terendah pada tahun 2019 sebesar 23,49% dan nilai NDR tertinggi tahun 2017 sebesar 37,43%. Pada tahun 2017-2018 nilai NDR melebihi standar yang telah ditetapkan oleh Depkes RI. Disarankan sebaiknya pihak rumah sakit melaksanakan evaluasi atau audit medis terhadap indikator yang melebihi standar ideal, sehingga dapat direncanakan kebijakan yang harus dibuat pada masa mendatang, melakukan evaluasi terhadap faktor-faktor 5 M yang mungkin berpengaruh pada tingkat mortalitas seperti kecukupan SDM dan SOP yang belum ada.
2. Khasanah, N., Fadillah, N., Sari, I. (2022). Dengan judul "Analisis Deskriptif Indikator GDR dan NDR di Rumah Sakit X Pada Tahun 2016-2020", nilai GDR tahun 2013-2017 cenderung naik dan turun melebihi batas toleransi yang telah ditetapkan. Nilai GDR pada tahun 2016 yaitu

70,80%, pada tahun 2017 yaitu 70,08%, pada tahun 2018 yaitu 68,05%, pada tahun 2019 yaitu 66,94%, pada tahun 2020 yaitu 70,01%. Nilai NDR tahun 2013-2017 cenderung turun tetapi masih melebihi batas ideal yang telah ditetapkan. Nilai NDR pada tahun 2016 yaitu 52,72%, pada tahun 2017 yaitu 51,40%, pada tahun 2018 yaitu 43,04%, pada tahun 2019 yaitu 33,99%, pada tahun 2020 yaitu 30,21%. Disarankan sebaiknya pihak rumah sakit dapat mempertahankan sekaligus meningkatkan pelayanan dan melakukan audit medis agar nilai GDR dan NDR dapat tercapai sesuai standar depkes.

3. Gliselda, V, K. (2021) “Diagnosis dan Manajemen Penyakit Ginjal Kronis (PGK)”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyakit ginjal kronis mempengaruhi 8% hingga 16% dari populasi di seluruh dunia dan merupakan penyebab utama penyebab kematian. Penatalaksanaan PGK yang optimal meliputi pengurangan risiko kardiovaskuler. Ini merekomendasikan bahwa pasien berusia 50 tahun atau lebih dengan PGK diobati dengan statin dosis sedang terlepas dari tingkat kolesterol lipoprotein densitas rendah. Penghentian rokok juga harus diterapkan. Pembatasan protein makanan harus diimbangi dengan kepedulian terhadap presipitasi malnutrisi dan/atau sindrom pemborosan protein. Beban asam makanan yang lebih rendah (misalnya, lebih banyak) buah-buahan dan sayuran dan lebih sedikit daging, telur, dan keju) juga dapat membantu melindungi terhadap ginjal cedera.

4. Basir, A, A., Herlina., Amirullah, A, N. (2018) “Gambaran Karakteristik Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi tertinggi dari pasien penderita CKD berusia 45-65 tahun sebanyak 24 responden (53,3%), berjenis kelamin laki-laki 30 responden (60%), diet dengan pisang 25 responden (58,3%), riwayat penyakit hipertensi 25 responden (42%), kebiasaan meminum minuman instan dan alcohol ada 35 responden (70%), Berdasarkan penelitian ini, maka perlu diperhatikan tentang faktor-faktor penyebab gagal ginjal kronis yang memerlukan tindakan hemodialisa.
5. Kurnianingsih, W., Rochmah, I, N., Zakiyah, E., dkk. (2025) “Analisis *Trend* Statistik Kematian Indikator *Gross Death Rate* (GDR) dan *Net Death Rate* (NDR) Di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen PERIODE 2019-2023”. Nilai GDR dan NDR tahun 2019-2023 cenderung naik dan turun melebihi batas toleransi yang telah ditetapkan. Nilai GDR tahun 2019 yaitu 72,65‰, tahun 2020 yaitu 98,65‰, tahun 2021 yaitu 155,67‰, tahun 2022 yaitu 104,01‰, tahun 2023 yaitu 92,22‰. Sedangkan nilai NDR tahun 2019 yaitu 41,82‰, tahun 2020 yaitu 60,8‰, tahun 2021 yaitu 118,22‰, tahun 2022 yaitu 64,2‰, tahun 2023 yaitu 47,82‰. 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*, yaitu dengan menggambarkan nilai *Gross Death Rate* (GDR) dan *Net Death Rate* (NDR) di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2024. Rancangan penelitian yang digunakan yaitu pendekatan *retrospektif*. Pendekatan *retrospektif* adalah penelitian yang dilakukan dengan menggunakan data lampau pasien atau data yang sudah ada pada tahun 2024.

#### **B. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilakukan pada bagian analising reporting di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen, yang dilaksanakan pada bulan Februari – April 2025.

#### **C. Subyek dan Obyek Penelitian**

##### 1. Subyek penelitian

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

##### 2. Obyek penelitian

Obyek dalam penelitian ini adalah Sensus Harian Rawat Inap pada tahun 2024.

## D. Variabel dan Definisi Operasional

Tabel 3.1  
Variabel dan Definisi Operasional

| No | Variabel  | Definisi Operasional   |
|----|---|--|
| 1. | Sensus Harian Rawat Inap                            | Kegiatan perhitungan pasien rawat inap yang dilakukan setiap hari di unit rawat inap. Perhitungan yang dilakukan adalah jumlah pasien masuk dan keluar, jumlah pasien pindah ruang dan dipindahkan.  |
| 2. | 10 Besar Diagnosis Utama Pada Pasien Yang Meninggal | Diagnosis utama pada pasien yang mendapatkan perawatan dan menyebabkan meninggalnya pasien. Dengan 10 besar penyakit kematian pasien, antara lain : <i>Chronic kidney disease, Cerebral infarction, Intracerebral haemorrhage, Other specified cerebrovasculer disease, Non-insulin-dependent diabetes mellitus without complications, Pneumonia, Acute myocardial infarction, Respiratory distress syndrome of newborn, Anaemia, Hypertensive renal disease with renal failure.</i> |
| 3. | Golongan Umur                                       | Pasien dengan pengelompokkan kategori : <1 tahun, 1-4 tahun, 5-14 tahun, 15-24 tahun, 25-44 tahun, 45-64 tahun, ≥65 tahun.   |
| 4. | <i>Gross Death Rate</i> (GDR)                       | Angka kematian umum setiap 1000 penderita keluar rumah sakit. Nilai GDR seyogyanya tidak lebih dari 45 per 1000 penderita keluar.  |
| 5. | <i>Net Death Rate</i> (NDR)                         | Angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Nilai NDR yang dianggap masih ditolerir adalah kurang dari 25 per 1000 penderita keluar.  |

## E. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

### 1. Instrumen Penelitian

#### a. Pedoman Observasi

Berupa tabel yang berisi jumlah pasien meninggal berdasarkan diagnosis utama pada pasien yang meninggal, golongan umur, dan angka kematian.

b. Pedoman Wawancara Tidak Terstruktur

Berupa daftar pertanyaan yang berisi daftar pertanyaan yang ditunjukkan kepada Petugas Analising Reporting, Kepala Rekam Medis, dan Perawat Bangsal untuk menunjang penelitian ini.

2. Cara Pengumpulan Data

a. Observasi

Yaitu suatu proses pengamatan dan pencatatan terhadap data yang akan diteliti yaitu data Sensus Harian Rawat Inap di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2024.

b. Wawancara tidak terstruktur

Yaitu suatu proses tanya jawab dengan petugas rekam medis bagian Analising Reporting, Kepala Rekam Medis, dan Perawat Bangsal untuk mendapatkan informasi tentang sumber data *Gross Death Rate* (GDR) dan *Net Death Rate* (NDR) serta faktor-faktor yang mempengaruhi.

**F. Teknik Pengolahan dan Analisis Data**

1. Data yang terkumpul dilakukan pengolahan dengan tahap sebagai berikut:

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) dan *Net Death Rate* (NDR) yang telah diperoleh berdasarkan 10 besar diagnosis utama pada pasien yang meninggal dan golongan umur.

d. Perhitungan

Perhitungan *Gross Death Rate* (GDR) dan *Net Death Rate* (NDR) menggunakan Rumus DepKes RI.

e. Penyajian Data

Menyajikan hasil penelitian dalam bentuk grafik yang dinarasikan mengenai nilai *Gross Death Rate* (GDR) dan *Net Death Rate* (NDR).

2. Analisis data

Hasil penelitian ini dianalisis dengan menggunakan analisis deskriptif yaitu dengan cara menggambarkan data yang telah dikumpulkan sehingga diketahui nilai *Gross Death Rate* (GDR) dan *Net Death Rate* (NDR) di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2024.

## G. Jadwal Penelitian

Tabel 3.2  
Jadwal Penelitian Karya Tulis Ilmiah

| No | Kegiatan           | Januari |    |     |    | Februari |    |     |    | Maret |    |     |    | April |    |     |    | Mei |    |     |    |
|----|--------------------|---------|----|-----|----|----------|----|-----|----|-------|----|-----|----|-------|----|-----|----|-----|----|-----|----|
|    |                    | I       | II | III | IV | I        | II | III | IV | I     | II | III | IV | I     | II | III | IV | I   | II | III | IV |
| 1  | Penyusunan         | ■       |    |     |    |          |    |     |    |       |    |     |    |       |    |     |    |     |    |     |    |
| 2  | Survei Pendahuluan |         |    |     |    | ■        |    |     |    |       |    |     |    |       |    |     |    |     |    |     |    |
| 3  | Pengambilan Data   |         |    |     |    |          |    |     |    | ■     |    |     |    |       |    |     |    |     |    |     |    |
| 4  | Penyusunan Hasil   |         |    |     |    |          |    |     |    |       |    |     |    | ■     |    |     |    |     |    |     |    |
| 5  | Seminar Hasil      |         |    |     |    |          |    |     |    |       |    |     |    |       |    |     |    |     |    |     |    |
| 6  | Perbaikan          |         |    |     |    |          |    |     |    |       |    |     |    |       |    |     |    |     |    |     |    |
| 7  | Ujian KTI          |         |    |     |    |          |    |     |    |       |    |     |    |       |    |     |    |     |    |     |    |
| 8  | Penyempurnaan      |         |    |     |    |          |    |     |    |       |    |     |    |       |    |     |    |     |    |     |    |
| 9  | Pengumpulan KTI    |         |    |     |    |          |    |     |    |       |    |     |    |       |    |     |    |     |    |     |    |