

# KELENGKAPAN PENDOKUMENTASIAN SERTIFIKAT MEDIS PENYEBAB KEMATIAN DAN AKURASI PENYEBAB DASAR KEMATIAN

Titin Wahyuni<sup>1</sup>, Dyah Rachmadhani<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>STIKes Yayasan RS. Dr. Soetomo

E-mail: wtitin.2012@gmail.com

## Abstract

*Medical certification of cause of death (MCCD) is being issued on every death incident in every hospital of Indonesia. MCCD consists of two part; part 1 would record with those conditions in the causal link that leading to death and part 2 would fill with other condition that significant in contributing to death. Leading cause of death are defined as Underlying Cause of Death (UCoD). The quality of it may varies considering to a medically qualified doctor who record it. This study aims to determine the completeness of MCCD and the accuracy of UCoD. The research design used was non experimental with retrospective approach. The sample in this study is Medical certification of cause of death in January to April 2017; 106. Large MCCD classified as incomplete that is equal to 45,28% and from 55,17% categorized not accurate. The conclusion of this research is that the incomplete SMPK will not apply.*

**Keywords:** *completeness; MCCD; accuracy; UCoD*

## Abstrak

Sertifikasi Medis Penyebab Kematian (SMPK) dikeluarkan pada setiap kejadian kematian di setiap rumah sakit di Indonesia. SMPK terdiri dari dua bagian; bagian pertama berisi kondisi-kondisi yang menyebabkan kematian dan bagian kedua akan berisi kondisi lain yang memberikan kontribusi terhadap kematian. Keakuratan penyebab dasar kematian tergantung pada kualitas pengetahuan dokter dalam melakukan pendokumentasian SMPK. Penelitian ini bertujuan mengetahui kelengkapan SMPK dan keakuratan penyebab dasar kematian. Rancangan penelitian yang digunakan adalah non-eksperimental dengan menggunakan pendekatan retrospektif. Analisis data dilakukan secara deskriptif. Sampel dalam penelitian ini adalah sertifikat medis penyebab kematian pada bulan Januari sampai dengan April 2017 sebanyak 106 SMPK. Sebagian besar SMPK dikategorikan tidak lengkap yaitu sebesar 45,28% dan sebesar 55,17% dikategorikan tidak akurat. Simpulan penelitian ini adalah SMPK yang tidak lengkap cenderung akan berakibat akurasi kode tidak akurat.

**Kata Kunci:** kelengkapan, keakuratan, SMPK

## PENDAHULUAN

Registrasi vital Indonesia bertumpu pada data registrasi kematian, yang didapatkan dari data penyebab kematian. Sedangkan data penyebab kematian didapatkan dari sertifikat kematian. Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK) terdiri dari dua bagian yaitu bagian I dan bagian II. Bagian I yang dicatat atau direkam adalah diagnosa dan kondisi yang berkaitan dengan urutan dari utama sampai dengan penyebab kematian langsung. Sedangkan pada bagian II yang dicatat atau direkam adalah diagnosa yang tidak berkaitan dengan bagian I tetapi secara alamiah berkontribusi

dalam memperparah keadaan pada bagian I sehingga mengakibatkan kematian (World Health Organization, 2010). Setiap ada kejadian kematian di rumah sakit, dokter wajib mendokumentasikan penyebab kematian ke dalam SMPK. Sehingga dengan kata lain keakuratan penyebab dasar kematian tergantung pada kualitas pengetahuan dokter dalam melakukan pendokumentasian SMPK (Hernández et al., 2011).

Pada tahun 2006 Indonesia melakukan upaya peningkatan sistem registrasi kematian dan penyebab kematian melalui kegiatan Indonesia Mortality Registration Strengthening System Project (IMRSSP)

yang dimulai dari 4 propinsi yaitu Propinsi Lampung, Gorontalo, Jayapura dan Kalimantan Barat. Pada tahun 2010 dan 2011 diperluas pada 15 kabupaten/kota (Langkat, Banjar, Bekasi, Gresik, Gianyar, Gowa, Manado, Kupang, Yogyakarta, Padang pariaman, Ambon, Sorong, Balikpapan, Palembang, dan Mataram). Berdasarkan evaluasi yang dilakukan untuk kegiatan tersebut khususnya pada kegiatan akurasi penyebab kematian: pelaksanaan kualitas coding ICD-10, kualifikasi dan pelatihan petugas pengode serta kualitas kode penyebab kematian, pada kota Surakarta, Kota Yogyakarta, Kota Metro, Kota Balikpapan dan Gowa masih dibawah 60%, sedangkan Kabupaten Gresik sudah di atas 60% (Sulistiyowati, Irianto, & Usman, 2017). Dengan demikian hanya Gresik yang kualitas penyebab kematiannya yang baik diantara kota-kota tersebut. Kota Surabaya merupakan kota yang bukan termasuk program penguatan registrasi kematian dalam kegiatan IMRSP dan belum pernah dilakukan evaluasi terhadap kualitas penyebab kematian.

Pada penelitian ini dipilih salah satu rumah sakit umum di Surabaya untuk dievaluasi keakurasian penyebab dasar kematian. Berdasarkan studi pendahuluan diketahui pada Rumah sakit penelitian, SMPK hanya dikeluarkan pada kejadian kematian di rawat inap, sedangkan pada kejadian di instalasi gawat darurat hanya dikeluarkan surat keterangan kematian dan surat pemeriksaan kematian (form A). lebih lanjut, juga diketahui bahwa SMPK belum dikode dengan ICD-10. Dokter tidak pernah mendapat pelatihan dan tidak ada kegiatan audit keakurasian penyebab dasar kematian karena tidak diatur kewenangan dalam hal tersebut. Pada penelitian di Kota Ahmedabad kelengkapan sertifikat medis penyebab kematian (penyebab langsung, antara dan dasar) dapat dikatakan sangat baik dengan dibuktikan masing-masing penyebab kematian frekuensinya adalah 99,8%; 97,7%; dan 98,4%. Sedangkan keakurasian penyebab kematian langsung adalah 44%, penyebab antara adalah 55% dan penyebab dasar kematian 69,9%. Dan hanya 1,2% yang keakurasian penyebab kematiannya yang akurat secara penuh (Shah & Bala, 2012). Berdasarkan data hasil penelitian tersebut, keakurasian data penyebab dasar kematian tergolong tinggi yaitu di atas 60 persen ( Mikkelsen, 2010; Sulistiyowati, Irianto and Usman, 2017). Oleh karena itu penelitian berfokus untuk menganalisis pengaruh antara kelengkapan sertifikat media penyebab kematian terhadap keakurasian penyebab dasar kematian.

## METODE

Rancangan penelitian ini adalah non-eksperimental dengan menggunakan pendekatan retrospektif. Penelitian dilakukan di rumah sakit Surabaya. Sampel penelitian ini adalah sertifikat medis penyebab kematian(SMPK) pada bulan Januari sampai dengan April 2017 berjumlah 106 SMPK. Penelitian dilakukan dengan cara observasi dengan menggunakan checklist. Analisis data dengan menggunakan analisis deskriptif.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Karakteristik SMPK

**Tabel 1 Jumlah SMPK di Rawat Inap RS Tempat Penelitian Bulan Januari-April 2017**

Uraian	Bulan				Jumlah
	Januari	Februari	Maret	April	
SMPK tidak dapat ditemukan	4	2	2	6	14
SMPK kosong	3	12	7	10	32
Tulisan dokter pada SMPK tidak jelas	1	1	6	5	13
Jumlah SMPK yang bisa dianalisa	27	24	22	33	106
Jumlah SMPK Januari-April	35	39	37	54	165

Berdasarkan Tabel 1 dapat diketahui bahwa jumlah seluruh SMPK pada bulan Januari-April 2017 adalah 165, setelah diinklusion maka data yang dapat dianalisa sebanyak 106 SMPK. Bulan April merupakan kejadian kematian tertinggi di rawat inap dan juga jumlah tertinggi SMPK tidak ditemukan.

Pada Tabel1 terlihat tulisan dokter tidak terbaca dengan jelas terjadi tertinggi di Bulan Maret yang berdampingan dengan Bulan April, masing-masing sebesar 6 dan 5 SMPK. Tulisan dokter yang terbaca jelas merupakan salah satu faktor yang berperan penting dalam proses reseleksi penyebab kematian dan pengodean penyebab kematian. Hal ini menjadi hambatan dan juga tantangan dalam menginterpretasikan tulisan dokter, terlebih manakala sebagian besar berupa singkatan. Meskipun rumah sakit tempat penelitian telah menerbitkan singkatan diagnosa yang disepakati, namun bisa saja sebuah singkatan yang sama mengandung arti yang berbeda.

Cara terbaik untuk mengatasi masalah ini adalah dengan membandingkan tulisan dokter pada rekam medis pasien yang bersangkutan, apakah ada catatan diagnosa yang sama namun lebih baik dan bisa dimengerti. Jika tidak kunjung terpecahkan sampai akhir proses pengambilan data, maka SMPK tersebut kami nyatakan sebagai tulisan dokter tidak jelas. SMPK tidak hanya digunakan oleh dokter yang bersangkutan tetapi juga digunakan pengguna lain baik internal maupun eksternal rumah sakit (medis maupun non medis). Internal rumah sakit yang berhubungan dengan rekam medis adalah perekam medis. Tulisan dokter yang jelas memudahkan perekam medis saat mengode dan menghindari mis-intepretasi yang tidak perlu (Hazard et al., 2017).

Adalah kewajiban setiap dokter untuk menuliskan diagnosa penyebab kematian pada SMPK. Namun pada penelitian ini ditemukan 32 SMPK tidak terisi. Pada penelitian juga terdapat 14 SMPK yang tidak ditemukan, hal ini disebabkan SMPK diletakkan di dalam rekam medis pasien, sehingga saat tidak ditemukan rekam medis tersebut maka begitupun juga dengan SMPKnya juga tidak diketemukan. Menurut keterangan petugas hal ini disebabkan pada tahun 2016 terjadi perpindahan staff bagian penyimpanan dari lantai dua ke lantai satu. Sedangkan ruang penyimpanan tetap berada di lantai dua. Hal ini menyebabkan kurangnya pengawasan sehingga mengakibatkan rekam medis dengan discharge status sembuh atau pulang paksa bercampur dengan pasien dengan discharge status meninggal dunia.

### Kelengkapan SMPK

Kelengkapan SMPK dinyatakan dengan kelengkapan catatan diagnosa pada bagian I dan II. Tabel 2 Distribusi kelengkapan SMPK di Rawat Inap RS Tempat Penelitian Bulan Januari-April 2017

Kategori kelengkapan	Jumlah	%
Tidak lengkap	49	45,28
Cukup lengkap	24	22,64
Sangat lengkap	34	32,08
Jumlah	106	100,00

Pada tabel 2 dapat kita terlihat bahwa hanya 32,08% yang dinyatakan sangat lengkap dan 22,64% dinyatakan cukup lengkap, sedangkan sebagian besar 45,28% tidak lengkap. Berdasarkan keterangan kepala rekam medis, dokter di rumah sakit penelitian tidak pernah mendapatkan pelatihan tentang mendokumentasikan SMPK dengan kualitas

yang baik, sehingga kemungkinan tidak tahu betapa pentingnya catatan diagnosa pada SMPK sehingga dijumpai adanya SMPK yang masih kosong sebanyak 32 (lihat tabel 1), dan SMPK yang tidak ditulis dengan lengkap termasuk dalam hal ini urutan penyebab kematian yang benar sehingga berpotensi menjadi urutan penyebab penyakit yang high improbable. Ketidaktahuan dokter terhadap pendokumentasian SMPK ini tidak hanya terjadi di Surabaya tetapi juga terjadi di daerah lain di Indonesia. Ketidaktahuan dokter untuk mendokumentasikan SMPK sesuai dengan aturan pada ICD-10 volume 2 disebabkan tidak adanya buku saku/brosur/pedoman lainnya untuk dokter sebagai panduan dalam menentukan penyebab kematian, kecuali dokter yang pernah dilatih oleh Balitbangkes karena ada kegiatan penelitian pengembangan sistem registrasi kematian dan penyebab kematian ini sebelumnya. Masalahnya, terdapat dokter yang sudah dilatih tersebut pindah ke luar kota, sedangkan dokter pengganti tidak mempunyai pengetahuan yang baik terhadap pengisian SMPK karena memang tidak diajarkan pada kurikulum kedokteran, baik di dalam mata ajar kedokteran, menempel pada mata kuliah yang sudah ada, atau menempel pada kurikulum pre klinik. Pada saat pelatihan Balitbangkes menyediakan buku saku pedoman pembuatan SMPK. Namun buku ini juga tidak tersedia di setiap ruangan (Sulistiyowati et al., 2017). Thailand dan Sri lanka adalah dua negara yang melakukan training secara besar-besaran dan terus menerus, dan mendapatkan hasil underlying cause of death yang lebih berkualitas setelah dilakukan intervensi (Tobergte & Curtis, 2013).

### Keakurasian penyebab dasar kematian

Keakurasian penyebab dasar kematian dinyatakan dengan ketepatan dalam penetapan penyakit/kondisi utama yang mengawali suatu perjalanan dari urutan kematian sehingga menyebabkan kematian pada SMPK. Pada tabel 2 dapat kita terlihat bahwa 49 SMPK (45,28%) tidak lengkap. SMPK dikategorikan tidak lengkap apabila pada bagian I SMPK tidak terisi penuh atau pada bagian I kosong, dan hanya berisi catatan diagnosa pada bagian II SMPK. Hanya SMPK yang pada bagian Ic tercatat saja yang bisa dilakukan evaluasi, sehingga hanya 58 SMPK yang berkategori cukup lengkap dan sangat lengkap saja yang bisa dianalisa.

Tabel 3 Distribusi evaluasi keakuratan underlying cause of death (penyebab dasar kematian) Di Rawat Inap RS Tempat Penelitian Bulan Januari-April 2017

Kategori akurasi	Jumlah	%
sangat akurat	15	25,86
Cukup akurat	11	18,97
Tidak akurat	32	55,17
Jumlah	58	100

Sebagian besar SMPK dikategorikan tidak akurat yaitu sebesar 55,17%. Pada penelitian ini juga dijumpai pada SMPK dituliskan penyebab langsung dan penyebab antara dimana kedua-duanya merupakan dua kondisi yang juga berkontribusi pada penyebab langsung kematian. Misalnya pada penyebab langsung menuliskan gagal multi organ dan pada penyebab antara menuliskan henti jantung. Hal ini kemungkinan dokter masih belum mengetahui bagaimana pendokumentasian SMPK yang benar dan tidak mengetahui dimana penyebab dasar kematian harus direkam. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di negara India dimana kesalahan yang terjadi pada pendokumentasian penyebab kematian adalah menuliskan penyebab langsung kematian pada bagian penyebab antara kematian yaitu henti jantung, shock jantung, gagal jantung, sepsis, gagal napas, mati rasa pada sistem pernapasan dan henti napas (Dash, Behera, & Patro, 2014).

Data penyebab kematian dipakai untuk trend dan differensial penyakit, perencanaan program intervensi, monitoring evaluasi program, penelitian epidemiologi, penelitian biomedis dan sosiomedis, administrator dan medis profesional. Mengingat banyaknya pengguna data penyebab kematian maka sangat vital untuk mendapatkan angka yang akurat (Tobergte & Curtis, 2013). Ketidaktahuan dan ketidaksadaran dokter akan pentingnya kegunaan dari keakuratan data ini menyebabkan data penyebab dasar kematian tidak akurat. Terlebih di rumah sakit penelitian ini dokter belum pernah diberangkatkan ke pelatihan menentukan underlying cause of death (penyebab dasar kematian). Pada penelitian Dash, Behera and Patro, 2014 ditemukan 26,49% penyebab langsung kematian merupakan penyebab dasar kematian.

Sulistiyowati, Irianto and Usman (2017) merekomendasikan untuk tujuan jangka panjang dalam rangka mengatasi pengetahuan dokter dalam hal pendokumentasian penyebab kematian, sebaiknya materi ini dimasukkan ke dalam kurikulum fakultas kedokteran. Pelaksanaannya bisa masuk ke kurikulum tersendiri, menempel pada bidang studi yang sudah ada atau pada pembekalan pre klinik.

Sementara ini materi penyebab kematian diajarkan pada mahasiswa D3 dan D4 Rekam medis dan Informasi Kesehatan karena diharapkan berperan dalam mengode penyebab kematian dan melakukan reseleksi underlying cause of death (penyebab dasar kematian) pada indeksing kematian. Di rumah sakit penelitian SMPK juga tidak dikode dengan alasan para perekam medis fokus untuk melakukan pelaporan klaim INA CBGs agar tepat waktu. Setelah diuji dengan regresi ordinal, kelengkapan SMPK pada penelitian ini berpengaruh secara signifikan terhadap keakuratan penyebab dasar kematian. Penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Shobha Misra R.K. baxi, Chintan dashratha, Vihang mazumdar, 2013.

## SIMPULAN

Kelengkapan mempengaruhi keakuratan penyebab dasar kematian. Hal ini berarti semakin besar lengkap SMPK maka semakin tinggi akurasi penyebab dasar kematian. Rekomendasi yang bisa kami berikan adalah kepada para dokter di rumah sakit tempat penelitian untuk diberikan pelatihan menentukan penyebab dasar kematian berdasarkan ICD-10 dan menentukan urutan penyebab kematian sehingga diharapkan dapat meningkatkan kualitas penyebab kematian di rumah sakit tersebut.

## DAFTAR PUSTAKA

- Dash, S. K., Behera, B. K., & Patro, S. (2014). Accuracy in certification of cause of death in a tertiary care hospital - A retrospective analysis. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 24, 33–36. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2014.03.006>
- Hazard, R. H., Chowdhury, H. R., Adair, T., Ansar, A., Quaiyum Rahman, A. M., Alam, S., ... Lopez, A. D. (2017). The quality of medical death certification of cause of death in hospitals in rural Bangladesh: impact of introducing the International Form of Medical Certificate of Cause of Death. *BMC Health Services Research*, 17(1), 688. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2628-y>
- Hernández, B., Ramírez-Villalobos, D., Romero, M., Gómez, S., Atkinson, C., & Lozano, R. (2011). Assessing quality of medical death certification: Concordance between gold

- standard diagnosis and underlying cause of death in selected Mexican hospitals. *Population Health Metrics*, 9(1), 38. <https://doi.org/10.1186/1478-7954-9-38>
- Shah, V. R., & Bala, D. V. (2012). Evaluation of Medical Certification of Cause of Death in One of the Teaching Hospitals of Ahmedabad ., 118–121.
- Shobha Misra R.K. baxi, Chintan dashratha, Vihang mazumdar, P. chavda. (2013). Medical cause of certification of death.pdf. *Medical Journal of Western India*, 41(1), 30–32. Retrieved from [http://www.bjmcpune.org/journal/Medical cause of certification of death.pdf](http://www.bjmcpune.org/journal/Medical%20cause%20of%20certification%20of%20death.pdf)
- Sulistiyowati, N., Irianto, J., & Usman, Y. (2017). Akurasi Sistem Registrasi Kematian dan Penyebab Kematian (Studi Tipikal Sejumlah Daerah di Indonesia) Masih Perlu Banyak Peningkatan: Sistem Registrasi Kematian dan Penyebab Kematian di Beberapa Daerah, Indonesia 2014. *Media Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*, 26(4), 191–200. <https://doi.org/10.22435/mpk.v26i4.4822.191-200>
- Tobergte, D. R., & Curtis, S. (2013). Strengthening civil registration and vital statistics for births, deaths and causes of death. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- World Health Organization. (2010). *International Statistical Classification of Disease and Related Health problems (10th revision, Vol. 2)*. Geneva.