

LAMPIRAN

Lampiran 1 Jurnal Kesehatan Vol. 6 No. 3

Optimalisasi Letter of Death Information melalui Redesain Form di RSIA Muhammadiyah Kota Probolinggo

Sukma Surya Putri¹, Dony S H Putra², Hendro Prasetyo³, Rindy U. Maslichah²,
Moh. Choirur Roziqin²

¹PT. Nusantara Medika Utama, Indonesia

²Jurusan Kesehatan, Politeknik Negeri
Jember, Indonesia ³Jurusan Kebidanan,
Poltekkes Kemenkes Malang, Indonesia
e-mail: dentistaputri@gmail.com

Abstract

Form of cause of death and death certificate is the recording of several diseases or a condition which is a series of disease journey to death or accident, violence that causes injury and ends in death. This form is given to all types of causes of death. Based on preliminary surveys at RSIA Muhammadiyah, City of Probolinggo, officers did not write information about the form as not in accordance with the guidelines for filling in the form of the cause of death and the BLKRI death certificate. The design of the cause of death form has not used the appropriate standard paper and there is no grouping of data regarding the type of cause of death of the patient. This study aims to redesign the form of cause of death and the form of a death certificate in RSIA Muhammadiyah in the city of Probolinggo. The method used is qualitative with data collection techniques of observation, interviews, documentation and Brainstorming. Based on the results of the study it can be seen that the design of the cause of death form is not in accordance with the standards and user needs that can cause incompleteness in filling and obstructed the implementation of the action, therefore the cause of death and a new death certificate, is designed by considering 3 important aspects namely the physical aspects, anatomical aspects, and content aspects that are in accordance with the standards and needs of users. It is recommended that an evaluation of the cause of death form and a new death certificate be made to adjust to the needs of users whom may change from time to time.

Keywords: form design, death certificate, cause of death.

1. Pendahuluan

Rumah Sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan yang wajib menyelenggarakan rekam medis untuk mengoptimalkan pelayanan kesehatan yang diberikan. Rekam medis memiliki peran sebagai sumber informasi bagi pasien maupun pihak rumah sakit yang harus mendokumentasikan data pelayanan dan data identitas pasien secara lengkap, jelas, tertulis atau elektronik. Rekam medis dibuat segera setelah pasien menerima pelayanan agar keakuratan data terjaga dan

kesinambungan informasi terjaga (Kemendagri dan Kemenkes RI,2010).

Formulir rekam medis merupakan formulir yang berfungsi sebagai alat pengumpulan data yang berhubungan dengan pasien di rumah sakit. Analisis desain terhadap formulir perlu dilakukan untuk mengelola item- item yang ada di formulir rekam medis berdasarkan tata letak, keterbacaan, dan kejelasan item sehingga terbentuk susunan item yang jelas, mudah dimengerti dan informative terhadap pengguna (Hadmandho *dalam* Setiawan, 2016).

Formulir yang dirancang pada berkas rekam medis adalah formulir pencatatan kematian atau sering disebut dengan surat penyebab kematian. Pencatatan kematian adalah pencatatan kejadian kematian yang dialami oleh seseorang dalam register pada instansi pelaksana untuk pengolahan data kependudukan (Kemendagri dan Kemenkes RI, 2010).

Formulir penyebab kematian berfungsi untuk memantau pola mortalitas dan mendokumentasikan penyebab utama kematian, dengan hasil yang digunakan untuk menginformasikan kebijakan kesehatan dan meningkatkan strategi pencegahan dan pencatatan berita acara kematian seseorang (Kemendagri dan Kemenkes RI, 2010).

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas rekam medis belum terdapat formulir penyebab kematian dan surat keterangan kematian yang sesuai. Formulir penyebab kematian dan surat keterangan kematian yang ada belum sesuai dengan pedoman pengisian formulir penyebab kematian dan surat keterangan kematian. Badan batlingbangkes kemenkes RI (2010), menyebutkan surat keterangan kematian meliputi identitas, dasar diagnose, penyebab kematian dan diagnose penyebab kematian, formulir penyebab kematian. Surat keterangan kematian di RSIA Muhammadiyah Kota Probolinggo belum runtut dan belum lengkap, formulir penyebab kematian yang ada tidak dilakukannya monitoring dan evaluasi terhadap desain formulir penyebab kematian dan tidak terdapat juknis pengisian.

Ketidaklengkapan pendokumentasian penyebab kematian di RSIA Muhammadiyah Kota Probolinggo dapat menyebabkan ketidaksinambungan informasi jenazah apabila penyebab kematian yang ada belum memenuhi standart sehingga akan berdampak terhadap mutu pelayanan kesehatan. Menurut Huffman (1999), formulir yang dirancang dengan kurang baik bisa menyebabkan pengumpulan data menjadi tidak memadai, dokumentasi menjadi lamban, informasi salah, duplikasi.

Menurut permasalahan diatas akan berdampak negatif ketidaklengkapan informasi yang dituliskan pada formulir penyebab kematian, registrasi penyebab kematian. Pada Rumah Sakit, surat keterangan pelaporan kematian, dan akta kematian yang diberikan kepada keluarga pasien dan kepentingan pemakaman jenazah. Berdasarkan latar belakang tersebut, formulir penyebab kematian yang digunakan di RSIA Kota Probolinggo perlu ditambah kelengkapan berdasarkan aspek fisik, aspek anatomi dan aspek isi keterangan penyebab kematian terkait pada pasien yang terkandung dalam sebuah surat keterangan kematian sebagaimana diatur dalam Peraturan bersama Mendagri dan Menkes No.15 tahun 2010, nomor 162/MENKES/PB/I/2010, tentang pelaporan kematian dan Penyebab kematian. Sejalan dengan permasalahan tersebut, maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang “Redesain Formulir Penyebab Kematian dan Surat Keterangan Kematian di RSIA Muhammadiyah Kota Probolinggo”.

Tujuan dari penelitian ini adalah mendesain ulang formulir penyebab kematian dan surat keterangan kematian di rumah sakit ibu dan anak Muhammadiyah Kota Probolinggo. Manfaat dari penelitian ini adalah dihasilkannya desain formulir penyebab kematian dan surat keterangan kematian sesuai dengan kebutuhan pengguna dan standart pengisian formulir penyebab kematian dan surat keterangan kematian badan batlingbangkes kemenkes RI tahun 2010. Metode Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif. Lokasi penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Muhammadiyah

Kota Probolinggo. Waktu penelitian dilaksanakan selama bulan Agustus sampai bulan November 2018.

Metode Pengumpulan Data

Penelitian menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama yaitu observasi, wawancara dan brainstorming. Tahap awal melakukan observasi formulir lama kemudian Wawancara kebutuhan dilakukan kepada 1 Kepala Rekam Medis, 1 petugas Pelayanan Medik dan 1 kepala perawat. Brainstorming untuk menentukan desain untuk memaparkan hasil desain formulir yang baru.

Metode Analisis Data

Data yang diperoleh akan dinarasikan secara deskriptif kualitatif dengan triangulasi.

Hasil Dan Pembahasan

Identifikasi Aspek Fisik formulir penyebab kematian dan surat keterangan kematian

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden, diperoleh aspek fisik formulir berupa bahan kertas HVS/F4 70 gram, bentuk kertas persegi panjang dengan orientensi potrait, ukuran kertas F4 dengan panjang 33 cm dan lebar 21,59 cm, warna kertas penyebab kematian putih dan surat keterangan kematian putih, biru, kuning, merah dan hijau, jumlah kertas formulir penyebab kematian satu lembar Surat keterangan kematian 4lembar.

Identifikasi Aspek Anatomi formulir Penyebab kematian dan Surat Keterangan Kematian

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden, kepala formulir (*heading*) kepala formulir yang digunakan mencakup identitas rumah sakit, serta logo rumah sakit RSIA Muhamaddiyah Kota Probolinggo. Pendahuluan (*introduction*) pendahuluan di sesuaikan dengan judul formulir

yaitu “Formulir penyebab kematian” dan lembar ke dua yaitu “surat keterangan kematian”. Perintah (*instruction*) perintah pengisian formulir penyebab kematian dengan surat keterangan kematian menggunakan simbol (*) untuk mengisi keterangan yang tidak digunakan, dan mencentang bagian yang sesuai dengan kondisi pasien. Isi (*Body*) meliputi margin (*margins*) disesuaikan dengan kolom pada isi formulir Spasi (*spacings*) disesuaikan dengan kebutuhan item pada formulir Garis (*rules*) menggunakan garis langsung vertikal dan horizontal untuk membatasi tiap-tiap item didalam formulir Jenis, huruf (*type style*) disamakan menggunakan huruf Times New Roman dengan ukuran 11pt untuk isi kecuali untuk judul disesuaikan dengan milik rumah sakit, Penutup (*close*) penutup tetap dengan format item tempat, tanggal tandatangan dokter penanggung jawab dengan saksi 1 beserta nama terangnya masing-masing orang yang tanda tangan tangan pada formulir penyebab kematian dan surat keterangan kematian.

Identifikasi Aspek Isi formulir penyebab kematian dan surat keterangan kematian

Item data formulir penyebab kematian menurut pedoman pengisian surat keterangan kematian dan formulir penyebab kematian Badan Litbangkes Kemkes RI 2010 menggunakan istilah medis, pengelompokan, pengurutan, pembagian item yang sama rata, beberapa item formulir penyebab kematian anatara lain identitas jenazah, penyebab kematian dan diagnosis penyebab kematian, sedangkan pada surat keterangan kematian terdiri dari identitas jenazah, identitas penerima jenazah dan dokter yang bertanggung jawab dan penyebab kematian.

Aspek isi yang merancang suatu formulir terdapat beberapa komponen yang meliputi kelengkapan item, pengelompokan, urutan, istilah, singkatan dan symbol. Berdasarkan hasil pengumpulan data yang dilakukan dengan cara observasi dan wawancara yaitu mengidentifikasi kebutuhan aspek isi pada formulir penyebab kematian dan surat keterangan kematian di RSIA Muhammadiyah Kota Probolinggo sebagai berikut:

Pengelompokan item yang tercantum telah ditentukan dan disepakati yaitu:

1. Identitas rumahsakit
2. Identitasformulir
3. Sub judul pemberianinformasi
4. Sub judul penyebab kematian
5. Penutup

Singkatan, singkatan yang digunakan di dalam formulir penyebab kematian dan surat kematian pada item waktu. Untuk item-item yang lain ditulis secara lengkap tanpa menggunakan singkatan. Simbol, symbol yang digunakan berupa tanda (*) sebagai petunjuk yang merujuk pada cara pengisian yang ada pada bagian bawah formulir. Cara Pengisian, pengisian formulir penyebab kematian dan surat keterangan kematian di RSIA muhammadiyah Kota probolinggo dilakukan dengan cara manual yaitu ditulis tangan oleh kepala pelayanan medik dan perawat yang memberikan diagnosis maupun tindakan padajenazah.

[RAHASIA]

**RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK (RSIA) MUHAMMADIYAH
KOTA PROBOLINGGO**
Sekeloalet 2, Panglima Sudirman No. 43 Telp. (0335) 443033 Fax. (0335) 43114
PROBOLINGGO 67114 E-mail : rsia_muhammadiyah@ yahoo.com

LEMBAR KETERANGAN PENYEBAB KEMATIAN

I. KETERANGAN KEMATIAN

1. Nama : _____
 2. Alamat : _____
 3. No. Rumah Mada : _____
 4. Waktu Meninggal : Hari _____ Bulan _____ Tahun _____ Jam _____ Diket _____
 5. Usur Saat Meninggal : _____
 6. Riwayat / Penyakit : _____
 7. Dokter Penawar (menyebabkan kematian) : _____

II. PENYEBAB KEMATIAN

1. DASAR DIAGNOSA (dapat lebih dari satu alternatif)
 Rakun Mada Anam Kemat Anam Vahat Penyakit Luar Anam
 Anam Fomat Kari Lainnya _____

2. PENYAKIT PENYEBAB KEMATIAN (Centang Salah Satu)
 Penyakit Kemat Gangguan Mada (Perut) Cakra Kemat Lala Lema
 Penyakit Mada Gangguan Perut (di-4 hari) Cakra Kemat Kari
 Penyakit Tidak Mada Gajala Tanda dan Kemat Lainnya Cakra Lainnya _____

3. SIGNOSA PENYEBAB KEMATIAN

KEMATAN (MEREK) / HARI KEMATAN / DEWASA	KODE HUK																				
1. Penyebab Utama _____ Penyebab Sekunder _____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
2. Kemat Lala _____ *Kemat tidak terak dengan (1-2)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
4. KEMATAN (MEREK) / HARI TERMASUK BAYI LAHIR																					
1. Penyebab Utama Bayi _____ 2. Penyebab Lala Bayi _____ 3. Penyebab Lala Bayi _____ *Penyebab kematian bayi tidak terak (1-3)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				

Sakit _____ Perobolnggo, _____ Di _____
 Dokter yang Menawar Kematian _____

Tanda tangan dan nama terang sakit
Tanda tangan dan nama terang dokter

[RAHASIA]

**RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK (RSIA) MUHAMMADIYAH
KOTA PROBOLINGGO**
Sekeloalet 2, Panglima Sudirman No. 43 Telp. (0335) 443033 Fax. (0335) 43114
PROBOLINGGO 67114 E-mail : rsia_muhammadiyah@yahoo.com

SURAT KETERANGAN KEMATIAN
No. _____

Yang Berada di _____ Di _____
 meninggal karena _____
 dengan meninggal dan sempat perak kematian oleh _____
 Pakat _____

I. IDENTITAS

Nama _____
 No. Rumah Mada _____
 Jenis Kemat _____ (Laki / Lala) / Penyakit * _____
 Tempat/Tanggal Lahir _____
 Kewarganeraan _____
 No. Kartu Pengenal _____
 Alamat _____

II. YANG BERIKUTAN DENYATAKAN TELAH MENINGGAL DUNIA

1. PENYEBAB KEMATIAN

1. Dasar (dapat lebih dari satu)
 A. Gangguan Mada _____ B. Rakun Mada _____
 C. Gangguan Kemat _____ D. Vahat Lala _____
 E. Kemat Lainnya _____

2. Penyakit penyebab kematian (Centang Salah Satu)
 A. Gangguan Mada _____ B. Cakra Kemat Kemat Kari
 C. Gangguan Kemat Lala Lema _____ D. Penyakit Primer _____
 E. Penyakit Sekunder _____ F. Penyakit Lainnya _____

3. Kemat lain yang tidak terak _____

III. Kematian Penyebab (Centang Salah Satu)

A. Penyakit Mada _____ B. Penyakit Tidak Mada _____
 C. Mada _____ D. Cakra Mada _____
 E. Kemat Lala _____

Perobolnggo, _____
 Dokter yang Menawar _____

Tanda tangan dan nama terang dokter
* (Centang yang tidak dibenarkan)
Lembar 1. Kemat - Anam Mada (1-2)
Lembar 2. Penyakit Kemat dan Vahat (1-3)
Lembar 3. Penyakit (Mada Mada)
Lembar 4. Rakun Mada (1-2)

Gambar 1 Formulir Penyebab Kematian

[RAHASIA]
RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK (RSIA) MUHAMMADIYAH
KOTA PROBOLINGGO
 Jalan Kertapati 2, Panglima Sudirman No. 65 Tlp. (0313) 443033 Fax. (0313) 431114
 PROBLINGGO 67214 Email: rsia_muhammad@yahoo.com

SURAT KETERANGAN KEMATIAN
 No.

Yang Berhormat dengan diarahkan ke, Dokter Pakai
 menyatakan bahwa pada tanggal dengan meninggal akan menjadi periksa kedokteran telah meninggal :

I. IDENTITAS

Nama
 No. Rekam medis
 Jenis Kelamin Laki / Laki / Perempuan *
 Tempat Tanggal Lahir
 Kewarganegaraan
 No. Kartu Pengenal
 Alamat

YANG BERKANGKUTAN DINYATAKAN TELAH MENINGGAL DUNIA

II. PENYEBAB KEMATIAN

1. Dasar Diagnosis (diagnosa) sakit saat ini

A. Obstruksi Perut B. Rakus Mada
 C. Obstruksi Kandung Kemih D. Virus Lassa
 E. Kematian Lainnya

2. Penyakit penyerta/keadaan (diagnosa) sakit saat ini

A. Gangguan Perut B. Cedera Akibat Kecelakaan Kerja
 C. Gangguan Kelelahan Lela Lemas D. Penyakit Primen
 E. Penyakit Sekunder F. Penyakit Lainnya

3. Kondisi lain yang tidak terkait

III. Klasifikasi Penyakit (diagnosa) sakit saat ini

A. Penyakit Menular B. Penyakit Tidak Menular
 C. Malnutrisi D. Cardiovasculer
 E. Kesehatan Lain

Probleman:
 Dokter yang menandatangani:
 Saksi:

Tanda tangan dan nama terang dokter
 Tanda tangan dan nama terang saksi
 *) Cover yang tidak dibenarkan:
 Lembar 1. Kelengkapan Akta Nikah (Hukum)
 Lembar 2. Ditema Kematian/Keputusan dan Catatan Sipil (Kematian)
 Lembar 3. Pendaftaran (Makam Mabit)
 Lembar 4. Rekam Medis (RSIA)

[RAHASIA]
RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK (RSIA) MUHAMMADIYAH
KOTA PROBOLINGGO
 Jalan Kertapati 2, Panglima Sudirman No. 65 Tlp. (0313) 443033 Fax. (0313) 431114
 PROBOLINGGO 67214 Email: rsia_muhammad@yahoo.com

SURAT KETERANGAN KEMATIAN
 No.

Yang Berhormat dengan diarahkan ke, Dokter Pakai
 menyatakan bahwa pada tanggal dengan meninggal akan menjadi periksa kedokteran telah meninggal :

I. IDENTITAS

Nama
 No. Rekam medis
 Jenis Kelamin Laki / Laki / Perempuan *
 Tempat Tanggal Lahir
 Kewarganegaraan
 No. Kartu Pengenal
 Alamat

YANG BERKANGKUTAN DINYATAKAN TELAH MENINGGAL DUNIA

II. PENYEBAB KEMATIAN

1. Dasar Diagnosis (diagnosa) sakit saat ini

A. Obstruksi Perut B. Rakus Mada
 C. Obstruksi Kandung Kemih D. Virus Lassa
 E. Kematian Lainnya

2. Penyakit penyerta/keadaan (diagnosa) sakit saat ini

A. Gangguan Perut B. Cedera Akibat Kecelakaan Kerja
 C. Gangguan Kelelahan Lela Lemas D. Penyakit Primen
 E. Penyakit Sekunder F. Penyakit Lainnya

3. Kondisi lain yang tidak terkait

III. Klasifikasi Penyakit (diagnosa) sakit saat ini

A. Penyakit Menular B. Penyakit Tidak Menular
 C. Malnutrisi D. Cardiovasculer
 E. Kesehatan Lain

Probleman:
 Dokter yang menandatangani:
 Saksi:

Tanda tangan dan nama terang dokter
 Tanda tangan dan nama terang saksi
 *) Cover yang tidak dibenarkan:
 Lembar 1. Kelengkapan Akta Nikah (Hukum)
 Lembar 2. Ditema Kematian/Keputusan dan Catatan Sipil (Kematian)
 Lembar 3. Pendaftaran (Makam Mabit)
 Lembar 4. Rekam Medis (RSIA)

Gambar 2 Surat Keterangan Kematian untuk Keluarga atau Ahli Waris

[RAHASIA]
RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK (RSIA) MUHAMMADIYAH
KOTA PROBOLINGGO
 Jalan Kertapati 2, Panglima Sudirman No. 65 Tlp. (0313) 443033 Fax. (0313) 431114
 PROBOLINGGO 67214 Email: rsia_muhammad@yahoo.com

SURAT KETERANGAN KEMATIAN
 No.

Yang Berhormat dengan diarahkan ke, Dokter Pakai
 menyatakan bahwa pada tanggal dengan meninggal akan menjadi periksa kedokteran telah meninggal :

I. IDENTITAS

Nama
 No. Rekam medis
 Jenis Kelamin Laki / Laki / Perempuan *
 Tempat Tanggal Lahir
 Kewarganegaraan
 No. Kartu Pengenal
 Alamat

YANG BERKANGKUTAN DINYATAKAN TELAH MENINGGAL DUNIA

II. PENYEBAB KEMATIAN

1. Dasar Diagnosis (diagnosa) sakit saat ini

A. Obstruksi Perut B. Rakus Mada
 C. Obstruksi Kandung Kemih D. Virus Lassa
 E. Kematian Lainnya

2. Penyakit penyerta/keadaan (diagnosa) sakit saat ini

A. Gangguan Perut B. Cedera Akibat Kecelakaan Kerja
 C. Gangguan Kelelahan Lela Lemas D. Penyakit Primen
 E. Penyakit Sekunder F. Penyakit Lainnya

3. Kondisi lain yang tidak terkait

III. Klasifikasi Penyakit (diagnosa) sakit saat ini

A. Penyakit Menular B. Penyakit Tidak Menular
 C. Malnutrisi D. Cardiovasculer
 E. Kesehatan Lain

Probleman:
 Dokter yang menandatangani:
 Saksi:

Tanda tangan dan nama terang dokter
 Tanda tangan dan nama terang saksi
 *) Cover yang tidak dibenarkan:
 Lembar 1. Kelengkapan Akta Nikah (Hukum)
 Lembar 2. Ditema Kematian/Keputusan dan Catatan Sipil (Kematian)
 Lembar 3. Pendaftaran (Makam Mabit)
 Lembar 4. Rekam Medis (RSIA)

Lampiran 2 Jurnal Kesehatan Andalas

**Gambaran Format dan TataCara Pengeluaran Surat Keterangan
Kematian pada Rumah Sakit di KotaPadang**

Abdullah Arief Syahputra¹, Rika Susanti², Henny Mulyani³

Abstrak

Kematian adalah siklus kehidupan yang pasti dilalui oleh setiap manusia. Kematian pada manusia berakibat hilangnya berbagai hak dan kewajiban sosial serta hukum yang tadinya dimiliki oleh yang bersangkutan semasa hidupnya. Perlu adanya surat keterangan kematian untuk digunakan oleh keluarga yang ditinggalkan dan untuk kepentingan data epidemiologi. Surat keterangan kematian sudah diatur oleh Kementerian Kesehatan dalam hal format dan tata cara pengeluarannya, namun dalam pelaksanaannya masih banyak rumah sakit yang tidak menaati peraturan tersebut. Tujuan penelitian ini adalah membandingkan format dan tata cara pengeluaran surat keterangan kematian antara rumah sakit di Kota Padang dan Peraturan Kementerian Kesehatan. Ini merupakan penelitian deskriptif dengan mengambil data dari semua rumah sakit umum yang berada di Kota Padang. Jumlah sampel untuk penelitian ini berjumlah 12 rumah sakit. Hasil penelitian didapatkan rata-rata persentase kesesuaian format surat keterangan kematian di rumah sakit Kota Padang adalah 38%. Tata cara pengeluaran surat keterangan kematian di rumah sakit di Kota Padang sebagian besar belum mengikuti standar dari Kementerian Kesehatan. Kesimpulan penelitian ini adalah sebagian besar rumah sakit umum di Kota Padang belum mengikuti standar dari Kementerian Kesehatan.

Kata kunci: surat keterangan kematian, kementerian kesehatan

Abstract

Death is the definite life cycles that must be passed through by human being. Result from death in humans is loss of various rights and social and legal obligations that had been owned by the respective lives. It needs a death certificate to the bereaved family and the benefit of epidemiological data. The certificate of death is regulated by the Ministry of Health in terms of the format and procedures for expenditure, but the implementation are still many hospitals that do not comply with these regulations. The objective of this study was to compare the formats and procedures for the issuance of a death certificate between hospital in Padang and the Ministry of Health regulations. This is a descriptive study that got data from all public hospitals in the city of Padang. The samples for this study were 12 hospitals. The results showed the average percentage of conformity certificate format in hospital mortality was 38%. The procedures for the issue of a death certificate in the hospital in Padang largely have not followed the standards from the Ministry of Health. The conclusion of this study is the most common hospital in Padang have not followed the standards of the Ministry of Health.

Keywords: death certificate, ministry of health

Affiliasi penulis: 1. Pendidikan Dokter FK UNAND (Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang), 2. Bagian Forensik FK UNAND/RSUP Dr. M.Djamil Padang, 3. Bagian Patologi Anatomi FK UNAND

Korespondensi: Abdullah AriefSyahputra, 085368862535, email: aasputra20@gmail.com

PENDAHULUAN

Kematian adalah siklus kehidupan yang pasti dilalui oleh setiap manusia. Peristiwa kematian akan memberikan dampak pada keluarga dan masyarakat sekitarnya.¹ Semua makhluk hidup pada akhirnya akan mati secara permanen, baik karena penyebab alami

seperti penyakit atau karena penyebab tidak alami. Tubuh makhluk hidup akan mengalami berbagai perubahan sampai akhirnya mengalami pembusukan.

Kematian akan mengakibatkan hilangnya berbagai hak dan kewajiban sosial serta hukum yang tadinya dimiliki oleh yang bersangkutan semasa hidupnya. Pada keluarga yang ditinggalkan, kematian akan menyebabkan terjadinya perubahan status sosial dan hukum dalam kaitannya dengan almarhum(ah), seperti dalam hal warisan, adanya klaim asuransi, timbulnya hak untuk kawin lagi dan lain-lain.

Terjadinya kematian pada seorang individu akan menyebabkan timbulnya serangkaian pengurusan, seperti pengurusan administratif ataupun tindakan terhadap jenazah yang perlu dilakukan sampai saatnya jenazah tersebut dikubur atau dikremasi. Proses pengurusan jenazah di rumah sakit adalah pemeriksaan jenazah, penerbitan Surat

Keterangan Kematian (SKK), autopsi dan pembuatan visum et repertum serta pengawetan janazah.

Surat kematian atau surat keterangan kematian adalah surat yang menyatakan tentang meninggalnya seseorang dengan identitas tertentu, tanpa menyebutkan sebab kematiannya. Keterangan ini dibuat sekurang-kurangnya berdasarkan atas pemeriksaan luar jenazah. Berbeda dengan Visum et Repertum (VeR), adalah keterangan tertulis yang dibuat oleh dokter atas permintaan penyidik yang berwenang mengenai hasil pemeriksaan medik terhadap manusia, baik hidup maupun mati atau bagian atau diduga bagian dari tubuh manusia, berdasarkan keilmuannya dan di bawah sumpah, untuk kepentingan peradilan. Dalam hal kematian yang berkaitan dengan tindak pidana tertentu harus dipastikan bahwa prosedur hukum telah dilakukan dan pembedahan jenazah mungkin dibutuhkan untuk memperoleh sebab kematian yang pasti. Surat keterangan kematian tidak boleh dibuat pada orang yang mati diduga akibat peristiwa pidana jika tanpa pemeriksaan kedokteran forensik terlebih dahulu.

Format baku untuk membuat surat keterangan kematian telah dibuat oleh Departemen Kesehatan dengan berdasarkan ketentuan dari World Health Organization (WHO). Isi dari surat keterangan kematian adalah semua informasi yang berhubungan dengan kematian dan adanya keterangan dokter secara terperinci yaitu nama, umur, tempat dan tanggal kematian. Pada bagian penyebab kematian, terdapat keterangan berupa sebab primer kematian, intermediate cause of death/sebab kematian segera dan sebab kematian tambahan. Sebab kematian primer adalah sebab utama yang menyebabkan kematian. Sebab kematian segera adalah komplikasi fatal yang dapat membunuh penderita yang berasal dari sebab utama. Sedangkan sebab kematian tambahan adalah proses yang tidak ada hubungannya dengan sebab utama dan sebab segera dari kematian tetapi mempunyai tambahan dalam menyebabkan kematian. Bagian terakhir dari surat keterangan kematian berisi tentang kehadiran dokter saat melihat krisis penyakit penderita dan penyebab kematian ditulis dengan benar berdasarkan keyakinan dan keilmuannya.

Surat keterangan kematian untuk keperluan bagi keluarga jenazah/ahli waris, dapat juga sebagai data dalam memperoleh statistik kematian. Statistik kematian sering juga disebut sebagai kumpulan data dari angka kematian pada populasi dunia ataupun bagian dunia. Angka kematian adalah angka yang menunjukkan berapa besarnya kematian yang

terjadi pada satu tahun tertentu untuk setiap 1000 penduduk. Angka kematian ini berguna sebagai indikator yang dapat memberi gambaran mengenai keadaan kesejahteraan penduduk pada satu tahun yang bersangkutan. Jika angka kelahiran dikurangkan dengan angka kematian, maka di dapatkan dasar perhitungan pertumbuhan penduduk alamiah.

Angka kematian di suatu negara dapat dijadikan indikator dalam melihat maju atau tidaknya suatu negara. Berdasarkan data WHO tahun 2002 terdapat 57.029.000 orang meninggal di seluruh dunia dan 57.030.000 orang yang meninggal dunia pada tahun 2005.

Data diatas dapat disimpulkan bahwa angka kematian di dunia tidak terlalu berubah dari tahun ke tahun. Di Indonesia, angka kematian sangat berfluktuatif. Hal ini dibuktikan dari data Departemen Kesehatan terdapat penurunan angka kematian 6.24% dari tahun 2000 sampai tahun 2008 dan meningkat setelah itu sampai 6.26% di tahun 2011.

Padang merupakan ibukota Provinsi Sumatera Barat memiliki nilai angka kematian yang tinggi. ini dapat dilihat data dari Dinas Kesehatan Kota Padang, terdapat peningkatan jumlah kematian pada ibu, anak, bayi dan kecelakaan lalu lintas serta penyakit yang dapat menimbulkan kematian. Jumlah kematian bayi baru lahir sekitar 2,4 dari 1000 kelahiran tahun 2011, lalu jumlah kematian pada ibu sekitar 16 per 1000 kelahiran hidup tahun 2011 dan terdapat 1,06 per 100.000 penduduk pada kematian dengan kasus TB paru pada tahun yang sama.

Pengambilan data untuk statistik kematian dengan berbagai penyebab harus berdasarkan dari data yang legal. Data yang legal tentang kematian sudah diatur oleh badan resmi yang memang bertugas dalam bidang ini, termasuk format dan tata cara pengeluaran dari surat keterangan kematian. WHO sudah mengeluarkan format pasti untuk surat keterangan kematian dalam pihak medis yang terkait dengan dokter, rumah sakit ataupun instansi-instansi terkait dengan kesehatan. Di Indonesia, untuk masalah surat keterangan kematian diatur oleh Departemen Kesehatan dengan dikeluarkannya formulir Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK). Formulir SMPK adalah formulir yang digunakan untuk mendata informasi tentang identitas almarhum/ah dan penyebab kematian berdasarkan ICD-10.

Di Indonesia, data kematian tidak dilaporkan dengan baik karena sebagian besar kematian terjadi di rumah tanpa memiliki catatan medis yang memadai dan sistem

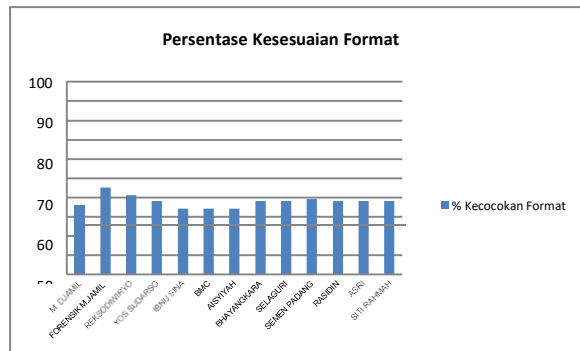
registrasi vital belum berjalan dengan baik. Beberapa rumah sakit di Indonesia sering membuat surat keterangan kematian hanya berlandaskan nama, umur dan cara kematian saja. Surat ini dapat di keluarkan oleh perawat atau petugas kesehatan yang bertugas di rumah sakit tersebut. Surat keterangan kematian harus dikeluarkan atau disetujui oleh dokter yang mengurus atau yang menerangkan tentang kematian dari jenazah tersebut. Surat keterangan kematian juga lebih sering tidak sesuai dengan format baku dan tidak di laporkan ke pihak yang terkait sebagai registrasi kematian rumah sakit untuk dijadikan data Dinas Kesehatan.

Informasi penyebab kematian yang valid dan reliable di masyarakat penting untuk memberikan data dasar dan informasi, untuk formulasi kebijakan dan pengembangan program serta untuk menetapkan prioritas kesehatan, termasuk diantaranya dalam hal registrasi kematian. Di Indonesia, sistem ini belum memadai dan merupakan satu perhatian utama yang harusnya segera dilaksanakan.

METODE Penelitian ini adalah penelitian deskriptif yang telah dilakukan di semua rumah sakit di Kota Padang, yaitu sebelas Rumah Sakit yang terdiri dari: RSUP Dr. M.Djamil, RST Dr. Reksodiwiryono, RS Yos Sudarso, RS Islam Ibnu Sina, RSU Central Bunda Medical Center (BMC), RS Aisyiah Muhammadiyah, RS Polda Sumbar, RS Selaguri, RS PT Semen Padang, RSU Daerah Padang, RSU Asri, RS Islam Siti Rahmah. Populasi pada penelitian ini adalah rumah sakit umum yang berada di Kota Padang dan sampel penelitian adalah sebelas rumah sakit umum di Kota Padang. Data yang dikumpulkan adalah data primer yang berasal dari wawancara dengan pihak rumah sakit atau bagian forensik serta pengambilan beberapa data yang terkait dengan format dan tata cara pengeluaran surat keterangan kematian yang berlaku di Rumah Sakit tersebut

HASIL Data kesesuaian format surat keterangan kematian dilakukan dengan membandingkan antara surat keterangan kematian yang telah diminta dari setiap rumah sakit dengan format baku surat keterangan kematian dari Kementerian Kesehatan. Data hasil perbandingan format surat keterangan kematian diperoleh dengan cara menghitung jumlah bagian yang terdapat dalam format surat keterangan kematian setiap rumah sakit dibagi dengan jumlah bagian pada format baku dikalikan 100%. Dengan menggunakan cara tersebut, didapatkan hasil data persentase kesesuaian format surat keterangan kematian di setiap rumah sakit. Kesesuaian format surat keterangan kematian yang digunakan secara umum di RSUP Dr. M.Djamil didapatkan persentase sebesar 36%,

Bagian Forensik RSUP Dr. M. Jamil 45%, RS Tentara Dr.Reksodiwiryo 41%, RS Yos Sudarso 38%, RS Islam Ibnu Sina 34%, RSUC BMC 34%, RS Aisyiyah M. 34%, RS



Bhayangkara Polda Sumbar 38%, RS Selaguri 38%, RS PT. Semen Padang 39%, RSUD Rasidin Padang 38%, RSU Asri 38%, dan 38% pada RS. Islam Siti Rahmah. Grafik persentase perbandingan format surat keterangan kematian dapat dilihat grafik berikut.

Gambar 1. Persentase kesesuaian format surat keterangan kematian dengan format baku Kementerian Kesehatan

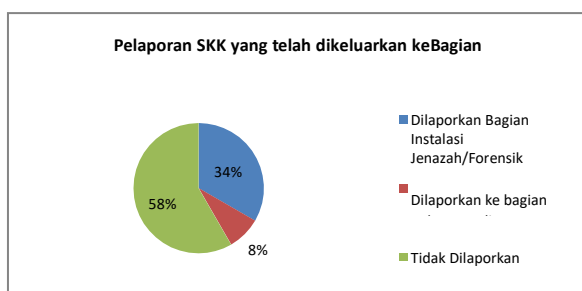
Pengetahuan rumah sakit di Kota Padang tentang format baku surat keterangan kematian Kementerian Kesehatan berpengaruh dalam keseragaman format surat keterangan kematian yang berlaku di Kota Padang. Didapatkan 48% mengetahui tentang format baku surat keterangan kematian Kementerian Kesehatan dan 52% tidak mengetahui. Rumah Sakit yang mengetahui adalah RSUP. Dr. M. Djamil, RS. Tentara Reksodiwiryo, RSUC. BMC, RS. Bhayangkara Polda Sumbar dan RS. PT. Semen Padang. Rumah sakit yang tidak mengetahui adalah RS. Yos Sudarso, RSI. Ibnu Sina, RS. Aisyiyah M., RS. Selaguri, RSUD. Rasidin Padang, RSU. Asri dan RSI. Siti Rahmah

memakai satu buah format surat keterangan kematian untuk jenazah yang meninggal di rumah sakit dan jenazah yang meninggal di perjalanan atau Death Of Arrival (D.O.A). Beberapa rumah sakit di kota Padang membedakan antara surat keterangan kematian dengan surat keterangan kematian D.O.A. Rumah Sakit ini adalah RSUC. BMC, RS. Yos Sudarso dan RS. PT. Semen Padang. Ada perbedaan jumlah lembar surat keterangan kematian yang dibuatkan oleh rumah sakit di Kota Padang. Rata-rata surat keterangan kematian yang dibuatkan oleh rumah sakit di Kota Padang adalah 1 lembar untuk 1 jenazah. Perbedaan jumlah lembar surat keterangan kematian terdapat pada RSI Ibnu

Sina dan RS PT. Semen Padang. Rumah Sakit Islam Ibnu Sina mempunyai 2

lembar surat keterangan kematian. Lembar pertama berwarna putih untuk keluarga jenazah dan lembar kedua berwarna biru untuk bagian rekam medis. Rumah Sakit PT. Semen Padang mempunyai 3 lembar surat keterangan kematian. Lembar pertama berwarna putih untuk keluarga almarhum/ah, lembar kedua berwarna merah muda untuk bagian kamar jenazah dan lembar ketiga berwarna kuning untuk bagian rekam medis. Lama penggunaan format surat keterangan kematian rumah sakit kota Padang berbeda antara satu rumah sakit dengan rumah sakit lain. Rumah Sakit Umum Pendidikan Dr. M. Djamil, RS. Tentara Dr. Reksodiwiryo, RS. Yos Sudarso, RSI. Ibnu Sina, RS. Aisyiyah M., RS. Bhayangkara Polda Sumbar, RS. Selaguri, dan RS. PT. Semen Padang telah menggunakan format surat keterangan kematian selama lebih dari 15 tahun. Berbeda dengan RSUC. BMC dan RSUD. Rasidin Padang, rumah sakit ini telah menggunakan format surat keterangan kematian selama 1-5 tahun. Pada Rumah Sakit Islam Siti Rahmah telah menggunakan format surat keterangan kematian selama 6-10 tahun dan Rumah Sakit Umum Asri telah menggunakan format surat keterangan kematian selama 11-15 tahun.

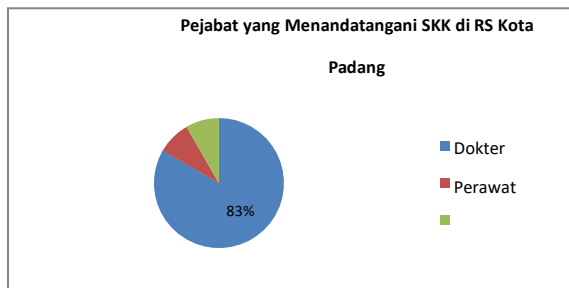
Rumah Sakit di Kota Padang mempunyai perbedaan dalam tata cara pengeluaran surat keterangan kematian. Sebagian besar rumah sakit di Kota Padang membuat surat keterangan kematian pada setiap jenis kematian yang terjadi di rumah sakit tersebut. Rumah Sakit Islam Ibnu Sina, RS. Aisyiyah M., RS. Bhayangkara Polda Sumbar dan RS. Selaguri mengeluarkan surat keterangan kematian hanya pada saat keluarga jenazah yang meminta dibuatkan surat keterangan kematian. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat gambar berikut.



Gambar 2. Diagram prosedur tetap pembuatan SKK di RS Kota Padang

Secara umum, surat keterangan kematian di setiap rumah sakit di Kota Padang dikeluarkan oleh pihak rumah sakit pada semua jenis kematian dengan ditandatangani dokter yang menyatakan jenazah telah meninggal dunia. Beberapa rumah sakit, seperti RSUC. BMC dan RS. Selaguri berbeda dalam hal pihak yang menandatangani surat

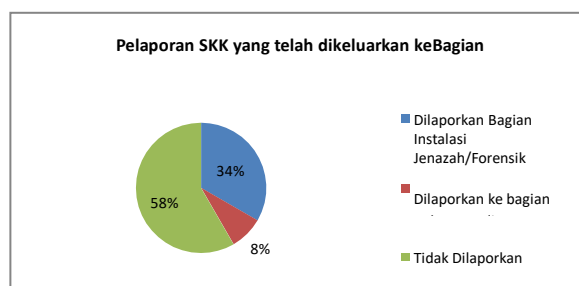
keterangan kematian. Rumah Sakit Umum Central BMC mengeluarkan surat keterangan kematian dengan ditandatangani oleh Direktur Rumah Sakit tersebut. Pada RS. Selaguri, pengeluaran surat keterangan kematian dapat dikeluarkan oleh dokter jaga dan perawat yang berjaga saat jenazah meninggal dunia. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 3. Diagram pejabat yang menandatangani SKK di RS Kota Padang

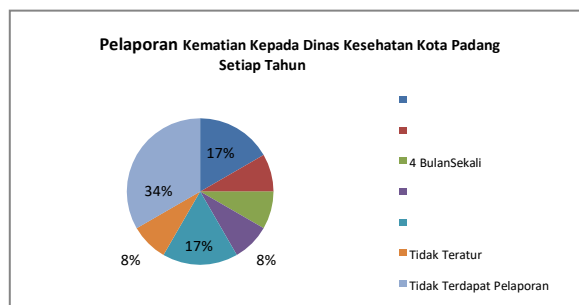
Surat keterangan kematian yang telah dikeluarkan, dilaporkan kepada bagian instalasi jenazah atau bagian forensik di rumah sakit tersebut. Rumah Sakit di Kota Padang, sebagian besar tidak melaporkan surat keterangan kematian yang telah dikeluarkan ke bagian instalasi kamar jenazah/forensik dan ada rumah sakit yang melaporkan ke bagian rekam medis. Terdapat empat rumah sakit di Kota Padang yang melaporkan ke bagian instalasi kamar jenazah/forensik. Rumah Sakit ini adalah RS Bhayangkara Polda Sumbar, RS PT. Semen Padang dan RSU Asri. Rumah Sakit Umum Pendidikan Dr. M. Djamil tidak melaporkan surat keterangan kematian kepada Bagian Forensik M. Djamil, kecuali untuk surat keterangan kematian yang dikeluarkan oleh Bagian Forensik.

Dari 12 rumah sakit umum di Kota Padang, terdapat 6 rumah sakit yang melaporkan data kematian kepada Dinas Kesehatan Kota Padang secara teratur setiap tahun dan 6 rumah sakit lainnya melaporkan secara tidak teratur atau tidak melakukan pelaporan kepada Dinas Kesehatan Kota Padang setiap tahun.



Gambar 4. Diagram pelaporan SKK kepada bagian berwenang di rumah sakit

Rumah Sakit yang melaporkan secara teratur adalah RS Tentara Reksodiwiryo 1 bulan sekali, RS Yos Sudarso setiap 2 bulan sekali, RSUC BMC setiap 1 tahun sekali, RS Aisyiyah setiap 1 tahun 3 kali, RS PT. Semen Padang setiap 1 tahun sekali, dan RSU Asri setiap 1 bulan sekali. Rumah Sakit Bhayangkara Polda Sumbar, RSUD Rasidin Padang melakukan pelaporan kepada Dinas Kesehatan Kota secara tidak teratur setiap tahun. Rumah Sakit Umum Pendidikan Dr. M. Djamil, RSI Ibnu Sina, RS Selaguri dan RSI Siti Rahmah tidak terdapat pelaporan surat keterangan kematian kepada Dinas Kesehatan Kota. Pelaporan dilakukan apabila pihak Dinas Kesehatan Kota yang meminta kepada pihak rumah sakit terkait dengan keperluan data kematian di suatu daerah karena penyakit tertentu. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 5. Diagram pelaporan kematian kepada Dinas Kesehatan Kota Padang

PEMBAHASAN

Menurut format baku surat keterangan kematian yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, surat keterangan kematian berjumlah 4-5 lembar dalam 1 rangkap dengan warna yang berbeda

Ketentuan format itu ialah sebuah surat keterangan kematian harus tercantum nomor surat, bulan/tahun kematian, nama RS/puskesmas, kode RS/puskesmas, nomor urut pencatatan kematian tiap bulan dan nomor rekam medis. Pada bagian identitas jenazah terdapat nama lengkap, Nomor Induk Kependudukan (NIK), jenis kelamin, tempat/tanggal lahir, pendidikan almarhum/ah, pekerjaan almarhum/ah, alamat sesuai dengan Kartu Tanda Penduduk (KTP)/Kartu Keluarga (KK) dan status kependudukan, lalu terdapat keterangan tentang waktu meninggal, umur saat meninggal, tempat meninggal dan keterangan penyebab kematian berdasarkan ICD-10.

Data hasil wawancara dari Dinas Kesehatan Kota Padang, untuk format surat keterangan kematian, ternyata Dinas Kesehatan Kota Padang tidak mengetahui tentang

format baku yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Dinas Kesehatan Kota Padang memberikan kebebasan dalam pembuatan format surat keterangan kematian berdasarkan prosedur tetap dari masing masing rumah sakit. Namun, Dinas Kesehatan Kota Padang menyatakan setidaknya dalam surat keterangan kematian harus tercantum nama, umur, alamat, jenis kelamin, diagnosis penyakit dan penyebab kematian dari jenazah.

Jika menganut ketentuan baku mengenai format surat keterangan kematian dari Kementerian Kesehatan, ternyata hampir semua rumah sakit di Padang tidak membuat format surat keterangan kematian sesuai dengan format yang telah diatur. Hal tersebut dapat dilihat dari rata-rata persentasekesesuaian format Kementerian Kesehatan hanya 38% dari 100%. Gambar 1 memperlihatkan bahwa rumah sakit yang hampir memenuhi ketentuan surat keterangan kematian dari Kementerian Kesehatan adalah RSUP Dr. M. Djamil dengan persentase kesesuaian format surat keterangan kematian 45%. Disusul oleh RS Tentara Dr. Reksodiwiryo 41% dan RS PT. Semen Padang 39%.

Hasil persentase kesesuaian format surat keterangan kematian dan wawancara tentang format surat keterangan kematian di setiap rumah sakit, dapat dikatakan rumah sakit di Kota Padang membuat surat keterangan kematian sesuai dengan prosedur tetap dari setiap rumah sakit tanpa mengikuti standar baku yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Sebagian besar kekurangan yang terdapat pada format surat keterangan kematian dari setiap rumah sakit adalah tidak lengkapnya identitas jenazah, tidak terdapatnya kolom Death Of Arrival (D.O.A.), tidak adanya diagnosa penyakit serta tidak adanya penyebab kematian jenazah menurut ICD 10.

Ketidaksesuaian format surat keterangan kematian rumah sakit di Kota Padang dengan format baku surat keterangan kematian dari Kementerian Kesehatan dapat merupakan ketidaktahuan dari pihak rumah sakit. Hanya 48% atau 5 dari 12 rumah sakit di Kota Padang yang mengetahui bahwa terdapat format baku dari Kementerian Kesehatan. Rumah Sakit yang telah mengetahui adanya format surat keterangan kematian yang baku dari Kementerian Kesehatan tetap memakai format surat keterangan kematian sesuai standar dan prosedur rumah sakit tersebut tanpa merubahnya ke format Kementerian Kesehatan.

Dilihat dari lamanya pemakaian format surat keterangan kematian di rumah sakit Kota Padang, rata-rata rumah sakit telah memakai format surat keterangan kematian tersebut sejak rumah sakitberdiri. Rumah Sakit di Kota Padang tidak melakukan revisi atau perbaikan terhadap format surat keterangan kematian dari sejak rumah sakit tersebut beroperasi. Sebaiknya setiap rumah sakit melakukan evaluasi serta perbaikan setiap

tahunnya dalam hal format surat keterangan kematian, agar selalu sesuai dengan aturan yang berlaku dari Kementerian Kesehatan.

Dasar dari tata cara pengeluaran Surat Keterangan Kematian terdapat dalam Peraturan bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan nomor 15 tahun 2010 tentang pelaporan kematian dan penyebab kematian dan Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) bab I pasal 7. 9 Peraturan tersebut berisi bahwa setiap rumah sakit harus memenuhi syarat dan peraturan dalam mengeluarkan surat keterangan kematian. Surat keterangan kematian yang dikeluarkan oleh pihak rumah sakit harus mendapat pertanggungjawaban oleh dokter yang memeriksa dan menyatakan jenazah telah meninggal dunia dengan menandatangani surat keterangan kematian tersebut.

Rumah sakit di Kota Padang, sebagian besar telah memenuhi aturan mengenai pengeluaran surat keterangan kematian yaitu dalam hal pihak yang dapat menandatangani surat keterangan kematian adalah dokter yang memeriksa dan yang menyatakan bahwa jenazah telah meninggal dunia. Beberapa rumah sakit ada yang tidak memenuhi aturan dari Kementerian Kesehatan dalam hal pihak yang boleh menandatangani surat keterangan kematian. Hal itu dikarenakan prosedur tetap dari rumah sakit tersebut tidak sesuai dengan peraturan dari Kementerian Kesehatan tentang tata cara pengeluaran surat keterangan kematian.

Dinas Kesehatan Kota Padang menyatakan, bahwa untuk tatacara pengeluaran surat keterangan kematian sama dengan yang terdapat dalam Peraturan bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan serta KODEKI, yaitu yang boleh menandatangani surat keterangan kematian adalah dokter yang memeriksa dan menyatakan jenazah telah meninggal dunia. Perbedaannya adalah Dinas Kesehatan Kota Padang memperbolehkan surat keterangan kematian di tanda tangani oleh direktur rumah sakit selain oleh dokter yang memeriksa. Hal ini terdapat dalam prosedur tetap pengeluaran surat keterangan kematian dari Rumah Sakit Umum Central BMC. Pada RSUC. BMC yang menandatangani surat keterangan kematian adalah Direktur Rumah Sakit, tapi tetap yang menyatakan bahwa jenazah telah meninggal dunia adalah dokter yang memeriksa jenazah dan hal tersebut tetap tertulis dalam pernyataan surat keterangan kematian.

Tata cara pelaporan surat keterangan kematian di Indonesia diatur dalam Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan nomor 15 tahun 2010 tentang Pelaporan Kematian dan Penyebab kematian. Rumah Sakit harus melaporkan data peristiwa kematian dan penyebab kematian kepada Dinas Kesehatan Kota setiap satu bulan sekali. Dinas Kesehatan Kota melaporkan data peristiwa kematian dan penyebab

kematian kepada Dinas Kesehatan Provinsi setiap triwulan atau tiga bulan sekali.

Dua belas rumah sakit yang dijadikan sampel pada penelitian ini, hanya empat rumah sakit yang melaporkan surat keterangan kematian ke bagian instalasi kamar jenazah/forensik. Rumah Sakit ini adalah RS Bhayangkara Polda Sumbar, RS PT. Semen Padang dan RS Umum Asri. Rumah Sakit yang lain tidak melakukan pelaporan kepada bagian instalasi kamar jenazah/forensik karena pada Rumah Sakit tersebut tidak mempunyai bagian instalasi kamar jenazah/Forensik. Rata-rata rumah sakit hanya menunggu dua jam setelah seorang pasien dinyatakan meninggal, dan setelah itu jenazah dibawa pulang oleh keluarga. Beberapa rumah sakit tidak melakukan pelaporan kepada bagian instalasi kamar jenazah/forensik karena tidak terdapat dalam prosedur tetap rumah sakit.

Pelaporan Surat Keterangan Kematian ke Dinas Kesehatan Kota Padang, sebagian besar dilakukan oleh beberapa rumah sakit, seperti RS Tentara Dr. Reksodiwiryo, RS Yos Sudarso, RSUC BMC, RS Aisyiyah M., RS Bhayangkara Polda Sumbar, RS PT. Semen Padang, RSUD. Rasidin Padang dan RS Umum Asri. Selain rumah sakit yang disebutkan diatas, data peristiwa kematian dan penyebab kematian tidak dilaporkan sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Rumah Sakit hanya melaporkan data peristiwa kematian saat Dinas Kesehatan Kota Padang meminta. Jika Dinas Kesehatan Kota Padang tidak meminta kepada pihak rumah sakit, maka pihak rumah sakit tidak melaporkan data kematian tersebut.

Dinas Kesehatan Kota Padang menyatakan, bahwa pelaporan secara rutin dapat dilakukan setiap 1 kali dalam 3 bulan, 1 kali dalam 6 bulan dan 1 kali dalam setahun. Beberapa rumah sakit di kota Padang ternyata ada yang tidak pernah melaporkan data tentang kematian dari rumah sakit atau hanya melapor jika diminta Dinas Kesehatan Kota Padang. Dinas Kesehatan Kota Padang terkadang harus pergi ke rumah sakit yang belum melaporkan data tentang kematian setelah sebelumnya meminta kepada pihak rumah sakit, namun pihak rumah sakit tidak merespon. Kendala yang membuat terhambatnya pelaporan data peristiwa kematian dan penyebab kematian dikarenakan ketidaktahuan dari pihak rumah sakit, kurangnya Sumber Daya Manusia (SDM), peralatan serta sarana dan prasarana yang kurang memadai atau jarak yang jauh ke DKK Kota Padang

Perbedaan format surat keterangan kematian di setiap rumah sakit Kota Padang, dapat membuat perbedaan hasil pelaporan keterangan kematian. Hal ini disebabkan karena format surat keterangan kematian dibuat tidak sesuai dengan standar baku dari Kementerian Kesehatan. Perbedaan hasil pelaporan keterangan kematian ditambah

terdapatnya pelaporan data peristiwa kematian dan penyebab kematian yang tidak teratur dari pihak rumah sakit kepada Dinas Kesehatan Kota Padang, menyebabkan data tentang keterangan peristiwa kematian dan penyebab kematian di Dinas Kesehatan Kota Padang menjadi tidak valid. Data yang terkumpul hanya dari beberapa rumah sakit dan belum mencakup semua keterangan .

Data yang didapat dari Dinas Kesehatan Kota Padang akan dilaporkan kepada Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat kemudian data keterangan kematian tersebut diteruskan kepada Kementerian Kesehatan Indonesia. Kekurangan data dari peristiwa kematian dan penyebab kematian dari pihak rumah sakit di Kota Padang menyebabkan tidak validnya data keterangan peristiwa kematian dan penyebab kematian di provinsi Sumatera Barat. Pada akhirnya, data keterangan peristiwa kematian dan penyebab kematian di Indonesia menjadi tidak akurat dibandingkan dengan negara lain yang telah memakai standar prosedur yang sama untuk peraturan format dan tatacara pengeluaran serta pelaporan surat keterangan kematian.

KESIMPULAN

Format surat keterangan kematian yang berlaku pada rumah sakit di Padang berbeda dengan format baku Kementerian Kesehatan, tata cara pengeluaran surat keterangan kematian pada rumah sakit di Kota Padang belum sesuai dengan peraturan Kementerian Kesehatan dan tata cara pelaporan kematian rumah sakit di Padang ke Dinas Kesehatan Kota Padang belum sesuai dengan peraturan Kementerian Kesehatan.

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

Titin Wahyuni¹, Dyah Rachmadhani²

^{1,2}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 datapenyebab kematian. Sedangkan data penyebab kematian didapatkan dari sertifikat kematian. Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK) terdiri dari dua bagianya itu 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 diatas 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 IMRSSP 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

	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 diinkluskikan 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 Tabel 1 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 misinterpretasi 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 ditemukan. 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 dokumentasi 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 terisipenuh 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.bjmc-pune.org/journal/](http://www.bjmc-pune.org/journal/Medical%20cause%20of%20certification%20of%20death.pdf) Medical cause of certification of death.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

Lampiran 4 Jurnal Medicordhif Vol 02 No 1

KELENGKAPAN DAN KEAKURATAN SERTIFIKAT MEDIS

PENYEBABKEMATIAN

Gama Bagus Kuntoadi,

Yuni Marugun APIKES

Bhumi Husada

gamabk94@akademipere

kammedis.com

Abstract

Fatmawati Central General Hospital (RSUP) is a government's hospital of type A which has the purpose of providing a full service. To achieve its objectives, the RSUP Fatmawati will always strive to improve the quality of service, including providing complete and accurate medical information. To achieve the full service, RSUP Fatmawati has work units that have their duties and obligations. One of them is Medical Record Installation and Health Information (IRMIK) which one of its duty is to make monthly report of mortality. In order to create a good and complete mortality report, IRMIK requires a complete and accurate data source in the form of Medical Cause of Death Certificate (SMPK) from Forensic Installation (IFPJ). From the initial research found the existence of some SMPK columns that are not filled completely by the doctor in charge. The incompleteness of filling the SMPK in Fatmawati Central General Hospital is the reason behind this followed research. The research was conducted in May 2013 located in RSUP Fatmawati, South Jakarta, Indonesia. The research was conducted using qualitative descriptive approach by focusing on completeness and accuracy of SMPK form filling. From the result of the research, it was found that most of the incompleteness of the contents occurred in the Population Identity Number column as much as 100%, then in the cause of death collum also found not fully filled, so it can be concluded the average completeness of filling of Medical Cause of Death Certificate in RSUP Fatmawati in May 2013 is 84%.

Keyword : *medical record, medical cause of death certificate, incompleteness, inaccuracies.*

Abstrak

Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati (RSUP) adalah rumah sakit pemerintah tipe A yang memiliki tujuan untuk menyediakan layanan paripurna. Untuk mencapai tujuannya, RSUP Fatmawati akan selalu berusaha untuk meningkatkan kualitas layanan, termasuk memberikan informasi medis yang lengkap dan akurat. Untuk mencapai pelayanan paripurna, RSUP Fatmawati memiliki beberapa unit kerja yang memiliki tugas dan kewajibannya masing-masing. Salah satunya adalah Instalasi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (IRMIK) yang salah satu tugasnya adalah membuat laporan kematian bulanan. Untuk membuat laporan kematian yang baik dan lengkap, IRMIK memerlukan sumber data yang lengkap dan akurat dalam bentuk Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK) dari Instalasi Forensik dan Pemulsaran Jenazah (IFPJ). Dari penelitian awal ditemukan adanya beberapa kolom SMPK yang tidak terisi sepenuhnya oleh dokter yang bertugas. Ketidaklengkapan pengisian SMPK di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati adalah alasan di balik penelitian lanjutan ini. Penelitian dilakukan pada bulan Mei 2013 yang berlokasi di RSUP Fatmawati, Jakarta Selatan, Indonesia. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif dengan berfokus pada kelengkapan dan ketepatan pengisian formulir SMPK. Dari hasil penelitian, ditemukan bahwa sebagian besar ketidaklengkapan isi terjadi pada kolom Nomor Induk Kependudukan sebanyak 100%, selain itu kolom Penyebab Kematian juga ditemukan tidak terisi penuh, sehingga dapat disimpulkan bahwa rata-rata kelengkapan pengisian Sertifikat Medis Penyebab Kematian di RSUP Fatmawati pada Mei 2013 adalah sebesar 84%.

Kata kunci: *rekam medis, sertifikat medis penyebab kematian, ketidaklengkapan, ketidakakuratan.*

PENDAHULUAN

Tujuan penyelenggaraan rekam medis dirumah sakit adalah untuk menunjang tercapainya tertib adminitrasi pelayanan kesehatan dengan tujuan meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit. Penyelenggaraan rekam medis yang berkualitas harus didukung salah satunya oleh data rekam medis yang lengkap dan akurat. Kelengkapan data adalah suatu hal yang penting dalam membuat suatu laporan. Khusus untuk pasien yang meninggal harus dibuatkan laporan berupa Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK). Dengan lengkapnya pengisian sertifikat ini akan mempermudah petugas rekam medis untuk membuat laporan mortalitas yang kemudian akan dilaporkan ke bagian – bagian yang membutuhkan seperti manajemen rumah sakit maupun instansi pemerintah terkait. Laporan mortalitas adalah salah satu sumber utama informasi kesehatan dan pada beberapa negara merupakan data yang paling dapat dipercaya dari semua data kesehatan yang ada. Oleh karena itu laporan mortalitas harus berisi data – data informasi yang tepat dan akurat. Analisa terhadap sertifikat medis penyebab kematian sangat penting

dilakukan karena analisa ini menitik beratkan kepada tingkat kelengkapan dan keakuratan pengisian formulir sertifikat medis penyebab kematian yang pengisiannya dilakukan oleh dokter penanggung jawab ruangan/UGD, perawat dan staff rekam medis.

Terdapat dua instalasi di RSUP Fatmawati yang mempunyai keterkaitan erat dengan Sertifikat Medis Penyebab Kematian, yaitu Instalasi Forensik dan Pemulsaran Jenazah (IFPJ) dan Instalasi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (IRMK). Dari hasil pengamatan awal ditemukan bahwa selama bulan April 2013, RSUP Fatmawati mengeluarkan 186 lembar SMPK pasien Rawat Inap, dengan sampel awal sebanyak 65 SMPK ditemukan 65 SMPK (100%) yang tidak terisi secara lengkap, sedangkan keakuratan diagnosis antara SMPK dengan resume didalam rekam medis ditemukan 100% akurat. Apakah yang menyebabkan terjadinya ketidaklengkapan pengisian Sertifikat Medis Penyebab Kematian di RSUP Fatmawati?

METODE PENELITIAN

Ruang lingkup penelitian dibatasi pada IRMIK dan IFPJ RSUP Fatmawati. Penelitian ini berfokus pada "Tinjauan Kelengkapan dan Keakuratan Sertifikat Medis Penyebab Kematian di RSUP Fatmawati".

Jenis penelitian yang dilakukan yaitu deskriptif kualitatif. Penelitian ini menempuh langkah langkah pengumpulan data, klasifikasi data, pengolahan dan analisis data, kemudian membuat kesimpulan dan laporan. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data dengan menggunakan teknik observasi, yaitu pengamatan langsung kepada objek penelitian dan menggunakan instrumen check list.

Populasi dalam penelitian ini adalah formulir Sertifikat Medis Penyebab Kematian Pasien Rawat Inap periode bulan Mei 2013 yaitu sebanyak 181 formulir. Dengan menggunakan rumus Slovin didapatkan besarnya sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 64 SMPK.

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah secara deskriptif dan kemudian menggunakan teknik analisa kualitatif untuk menganalisa kelengkapan dan keakuratan sertifikat medis penyebab kematian di RSUP Fatmawati.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Prosedur pembuatan Sertifikat Medis Penyebab Kematian di RSUP Fatmawati dibedakan berdasarkan lokasi atau tempat pasien meninggal yaitu jenazah

pasien yang meninggal di RSUP Fatmawati dan jenazah pasien yang meninggal di luar rumah sakit.

a. Jenazah meninggal di RSUP Fatmawati

- 1) Pelaporan jenazah oleh petugas ruangan lain ke bagian IFPJ.
- 2) Penerimaan laporan oleh petugas IFPJ.
- 3) Penjemputan jenazah oleh petugas IFPJ ke ruangan tempat pasien meninggal.
- 4) Penerimaan jenazah di IFPJ.
- 5) Pasien yang meninggal wajar kemudian diberikan nomor SMPK.
- 6) Kemudian jenazah dilakukan perawatan oleh petugas IFPM.
- 7) Jenazah lalu diserahkan kepada keluarga ketika sudah menyelesaikan administrasi di tata usaha IFPM.
- 8) Pasien yang meninggal tidak wajar kemudian akan dilaporkan ke polisi oleh keluarga atau petugas IFPJ bila tidak ada keluarga dari jenazah tersebut.
- 9) Polisi akan membuat surat permintaan visum ke bagian IFPJ.
- 10) Dokter forensik kemudian melakukan pemeriksaan visum terhadap jenazah.
- 11) Dokter forensik membuat dan menandatangani visum et repertum untuk asuransi atau penyelidikan selanjutnya
- 12) Jenazah kemudian dilakukan perawatan, dibuatkan Sertifikat Medis Penyebab Kematian.
- 13) Kemudian serah terima jenazah kepada keluarga ketika selesai dengan administrasi pelayanan di IFPJ.

b. Jenazah meninggal diluar RSUP Fatmawati

- 1) Jenazah yang meninggal di luar RSUP Fatmawati karena kasus kecelakaan, tenggelam, pembunuhan, dll.
- 2) Jenazah langsung diterima oleh petugas Tata Usaha IFPJ.
- 3) Bila jenazah meninggal wajar bisa langsung dilakukan perawatan jenazah dan dibuatkan SMPK oleh dokter.
- 4) Keluarga menyelesaikan administrasi dan jenazah bisa langsung dibawa pulang.
- 5) Untuk jenazah yang meninggal tidak wajar seperti pembunuhan bila terdapat permintaan visum dari kepolisian maka akan dilakukan pemeriksaan

oleh dokter forensik.

- 6) Dokter forensik akan membuat dan menandatangani *Visum et Repertum* untuk keluarga sebagai bukti untuk asuransi atau penyelidikan selanjutnya.

Untuk jenazah yang tidak ada keluarga dan tidak dikenali maka petugas IFPJ akan melaporkan ke kantor polisi. Formulir SMPK di bagikan ke setiap ruangan perawatan dan bila ada pasien yang meninggal di ruangan maka perawat ruangan tersebut akan menginformasikan ke bagian IFPJ. Kemudian bagian IFPJ akan menyebutkan nomor formulirnya. Kemudian lembar formulir SMPK akan diisi oleh dokter penanggung jawab ruangan bila pasien meninggal di rawat inap, IGD, dan ruang perawatan lainnya. Sedangkan jenazah yang meninggal diluar rumah sakit formulir SMPK akan diisi oleh dokter forensik.

Formulir SMPK terbuat dari kertas NCR rangkap empat, yaitu:

- 1) Lembar berwarna putih diberikan kepada pihak keluarga jenazah,
- 2) Lembar kedua berwarna kuning akan dilaporkan ke dinas kesehatan,
- 3) Lembar ketiga berwarna merah jambu akan disimpan di IRMIK,
- 4) Lembar berwarna hijau akan disimpan sebagai dokumentasi IFPJ.

Formulir SMPK terdiri dari 3 bagian yang memiliki item-item yang harus diisi oleh dokter penanggung jawab atau dokter forensik, yaitu :

- 1) Identitas Pasien, meliputi nama lengkap, NIK, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, agama, alamat, status kependudukan, hubungan dengan kepala rumah tangga, waktu meninggal dan tempatmeninggal.
- 2) Keterangan Khusus Kasus Kematian di Rumah dan lainnya (termasukDoA),meliputi status jenazah, nama pemeriksa jenazah, waktu pemeriksaan jenazah.
- 3) Penyebab Kematian, meliputi dasar diagnosis, kelompok penyebab kematian, tanda tangan pihak yang menerima, tanda tangan dokter yang menerangkan, penyebab kematian berdasarkan ICD 10, dan tanda tangan dokter.

Berdasarkan hasil penelitian kepada 64 sampel SMPK Rawat Inap pada bulan Mei 2013 diperoleh data sebagai berikut:

- 1) Dari bagian IDENTITAS JENAZAH, persentasi kelengkapan pada kolom Nomor Rekam Medis yang diisi adalah sebanyak 93% (60 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom Bulan/Tahun yang diisi adalah sebanyak 92% (59 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom Nomor Urut yang diisi adalah sebanyak 95% (61 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom Nama Lengkap yang diisi adalah sebanyak 93% (60 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom Nomor Induk Kependudukan (NIK) yang diisi adalah sebanyak 0% (0 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom Jenis Kelamin yang diisi adalah sebanyak 98% (63 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom tempat tanggal lahir (TTL) yang diisi adalah sebanyak 100% (64 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom Agamayangdiisi adalah sebanyak 96% (62 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom Alamat yang diisi adalah sebanyak 98% (63 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom Status Kependudukan yang diisi adalah sebanyak 76% (49 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom Hubungan Dengan Kepala Keluarga yang diisi adalah sebanyak 59% (38 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom Waktu Meninggal yang diisi adalah sebanyak 96% (62 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom Tempat Meninggal yangdiisi adalah sebanyak 87% (56 formulir).
- 2) Dari bagian PENYEBAB KEMATIAN, persentasi kelengkapan pada kolom

dasar diagnosa yang diisi adalah sebanyak 79% (49 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom kelompok penyebab kematian yang diisi adalah sebanyak 89% (57 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom penyebab langsung yang diisi adalah sebanyak 93% (60 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom penyebab antar yang diisi adalah sebanyak 79% (51 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom penyebab dasar yang diisi adalah sebanyak 71% (46 formulir).

- 3) Dari bagian AUTENTIFIKASI, persentasi kelengkapan pada kolom tandatangan yang menerima yang diisi adalah sebanyak 73% (47 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom tandatangan dokter yang menerangkan yang diisi adalah sebanyak 100% (64 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom tandatangan dokter di akhir sertifikat yang diisi adalah sebanyak 100% (64 formulir).
- 4) Di kolom penyebab kematian di SMPK dicocokkan dengan resume didalam berkas rekam medis adalah sebesar 100% akurat (64 formulir).

Dari kolom – kolom formulir SMPK yang dianalisa, kolom Nomor Induk Kependudukan (NIK) adalah kolom yang tidak pernah diisi oleh dokter. Kolom NIK merupakan identitas seorang penduduk yang dibuat berbentuk nomor. Sama halnya dengan nomor rekam medis, NIK juga merupakan data penting yang perlu diisi karena dapat digunakan untuk keperluan statistik kependudukan di wilayah tersebut dan juga digunakan untuk menghitung jumlah penduduk yang meninggal di suatu wilayah.

Kolom Penyebab Kematian adalah bagian yang sangat penting dan paling sensitif di dalam SMPK. Karena yang tercatat disini adalah penyebab meninggalnya jenazah dan penyebab kematian yang hanya dapat diisi oleh dokter penanggung jawab yang menangani saat itu, kemudian catatan penyebab kematian akan dikoding oleh petugas rekam medis dengan berpatokan kepada ICD-10 dan ICD-9CM. Namun masih ada kolom penyebab kematian yang tidak diisi oleh dokter terutama pada bagian penyebab kematian langsung. Terjadinya ketidaklengkapan pengisian kolom penyebab kematian disebabkan karena kurangnya kepatuhan dan komitmen dokter penanggung jawab untuk menulis kolom penyebab kematian dengan lengkap dan jelas.

KESIMPULAN

Dari data diatas dapat disimpulkan dari

64 sampel formulir SMPK yang dianalisa terdapat tiga kolom yang diisi lengkap yaitu kolom Tempat Tanggal Lahir, Tanda Tangan Dokter Yang Menerangkan, dan Tanda Tangan Dokter Diakhir SMPK.

Kemudian ditemukan pada kolom Nomor Induk Kependudukan (NIK) yang terisi adalah 0%, yang berarti dari 64 sampel formulir yang dianalisa, semua kolom NIK-nya tidak terisi.

Sehingga rata-rata kelengkapan pengisian Sertifikat Medis Penyebab Kematian di RSUP Fatmawati pada bulan Mei 2013 adalah sebesar 84%.