

Kualitas Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK) di RSUP Persahabatan Tahun 2016 – 2018

Putri Dianita Ika Meilia^{*)}, Andrew Rens Salendu

Instalasi Kedokteran Forensik dan Pemulasaraan Jenazah, RSUP Persahabatan, Jakarta

^{)} Corresponding author: E-mail: antalya22ftf@gmail.com*

ABSTRAK

Salah satu unsur esensial dari surat kematian, atau Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK), adalah penentuan penyebab kematian. Ketidaktepatan dalam penentuan penyebab kematian dapat mengakibatkan perumusan kebijakan kedokteran dan kesehatan yang keliru. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat kelengkapan dan ketepatan pengisian SMPK di RSUP Persahabatan, sebagai salah satu rumah sakit rujukan tersier di Jakarta, selama tahun 2016 – 2018. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif retrospektif dengan desain potong lintang. Sampel penelitian berupa data sekunder yang diambil dari SMPK serta rekam medis. Selama tahun 2016 – 2018 telah diterbitkan sebanyak 8224 SMPK. Ditemukan bahwa masih terdapat kekurangan dalam kelengkapan dan ketepatan pengisian SMPK. Berdasarkan tingkat kelengkapan pengisian unsur-unsur dalam SMPK, sebagian besar unsur umumnya terisi. Namun, terdapat beberapa unsur yang masih sering tidak diisi sama sekali atau diisi namun tidak lengkap/tidak tepat. Hanya pada sekitar 40% dari seluruh SMPK pemilihan kelompok penyebab kematian sudah tepat dan sesuai dengan penyebab kematian dasar. Pada hampir 70% SMPK, terdapat ketidaksesuaian antara ketiga jenis penyebab kematian. Untuk meningkatkan kualitas pengisian SMPK, diperlukan upaya-upaya perbaikan yang kolaboratif dan berkelanjutan.

Kata kunci: surat kematian, sertifikat medis penyebab kematian, penyebab kematian multipel

ABSTRACT

One essential element of a death certificate is the determination of the cause of death. Inaccuracies in determining the cause of death can result in the formulation of erroneous medical and health policies. This study aims to determine the level of completeness and accuracy in filling the death certificate at Persahabatan General Hospital, a tertiary referral hospital in Jakarta, during 2016 – 2018 using a retrospective, descriptive, cross-sectional design. Secondary data was taken from death certificates and medical records. During 2016 – 2018, 8224 death certificates were published. There were still deficiencies in the completeness and accuracy of the death certificates. Most of the elements are generally filled. There are, however, some elements which are often not filled at all or are filled incompletely/incorrectly. Only in about 40% of all death certificates, the selection of the group of cause of death is appropriate and in accordance with the underlying cause of death. In almost 70% of death certificates, there are discrepancies between the three types of causes of death. To improve the quality of death certificates, continuous improvement efforts should be made through collaboration of the management and all doctors involved.

Keywords: death certification, certificate of death, multiple cause of death (MCoD)

PENDAHULUAN

Setiap dokter memiliki kewajiban untuk mengeluarkan surat kematian apabila pasien yang ditanganinya meninggal dunia [1–3]. Surat kematian merupakan salah satu dokumen penting yang menandai berakhirnya eksistensi hukum seseorang [1,4]. Dengan adanya surat kematian, semua urusan legal administratif seseorang berakhir dan dialihkan kepada ahli warisnya, seperti berubahnya status perkawinan, urusan pemakaman, masalah warisan, dan hutang-piutang [1,5].

Salah satu unsur esensial dari surat kematian adalah penentuan penyebab kematian. Karenanya, surat kematian disebut pula dengan Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK). Penentuan penyebab kematian yang tepat memiliki manfaat yang luas, baik medis maupun bagi kesehatan masyarakat [5–8]. Oleh karena itu, pengisian SMPK hendaknya dilakukan sesuai dengan skema Medical Certification of Cause of Death (MCCD), yang merupakan bagian dari International Classification of Diseases (ICD) dari WHO [1,3,7], serta Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan tahun 2010 tentang Pelaporan Kematian dan Penyebab Kematian [9].

Ketidaktepatan dalam penentuan penyebab kematian dapat mengakibatkan perumusan kebijakan kedokteran dan kesehatan yang keliru, baik di tingkat institusi, nasional, maupun global [6,10,11]. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kualitas penentuan dan pencatatan kematian dan penyebab kematian di berbagai negara, termasuk Indonesia, masih kurang baik [4,12–17]. Penyebab ketidaktepatan penentuan penyebab kematian mencakup faktor medis dan non-medis, seperti kekeliruan diagnostik, kematian sebelum semua pemeriksaan medis selesai, kompleksitas penyakit, ketidaklengkapan pengisian rekam medis, kekurangpahaman cara pengisian SMPK, ketidaklengkapan pengisian SMPK, serta kesalahan coding [13,14,16,18–23].

Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan (RSUP Persahabatan) merupakan salah satu rumah sakit tipe A dan rujukan tersier di Jakarta. Setiap tahunnya, terdapat kurang lebih 2000 kasus kematian di RSUP Persahabatan. Jumlah tersebut mencakup kasus trauma dan penyakit non-trauma, dengan spektrum masa rawat mulai dari dead on arrival (DOA) sampai pasien dengan masa rawat lebih dari satu bulan. Pasien yang datang/dirujuk ke RSUP Persahabatan banyak yang tergolong kasus yang kompleks. Dengan demikian dapat dipahami bahwa penentuan penyebab kematian dalam SMPK pun sering tidak mudah. Hal ini diperumit dengan fakta bahwa terkadang pengisian SMPK dilakukan oleh dokter yang bertugas/jaga saat pasien meninggal, dan bukan oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP) selaku dokter yang paling mengetahui seluk-beluk kondisi pasien dari awal. Pada tahun 2011, pernah diadakan penelitian oleh mahasiswa dari Akademi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan yang menemukan bahwa masih terdapat kekuranglengkapan dan ketidaktepatan dalam pengisian penyebab kematian dalam SMPK di RSUP Persahabatan [24]. Sebagai salah satu upaya peningkatan kelengkapan dan ketepatan pengisian SMPK di RSUP Persahabatan, Instalasi Kedokteran Forensik dan Pemulasaraan Jenazah (IKFPJ) telah beberapa kali memberikan penyegaran ilmu terkait dengan prosedur penanganan kematian dan tata cara pengisian SMPK sejak tahun 2015. Namun, manfaat dari penyegaran ilmu tersebut dalam meningkatkan kualitas SMPK di RSUP Persahabatan belum diketahui.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kelengkapan dan ketepatan pengisian SMPK di RSUP Persahabatan selama tahun 2016 – 2018. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi perbaikan standar prosedur operasional (SPO) pengisian SMPK, sebagai salah satu upaya peningkatan kualitas penentuan dan pencatatan penyebab kematian.

METODE PENELITIAN

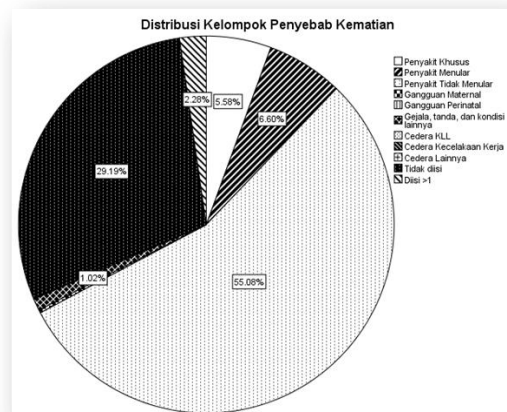
Penelitian ini adalah penelitian deskriptif retrospektif menggunakan desain potong lintang (*cross-sectional*). Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan, Jakarta, selama bulan November 2019 – April 2020.

Sampel penelitian berupa data sekunder yang diambil dari SMPK yang terlampir dalam rekam medis, serta rekam medis dari pasien yang bersangkutan. Kriteria inklusi terdiri dari SMPK adalah milik pasien yang meninggal di RSUP Persahabatan tahun 2016 – 2018 dan rekam medis pasien yang bersangkutan dapat diakses. Sedangkan kriteria eksklusi terdiri dari kriteria bahwa pengisian SMPK dilakukan oleh dokter spesialis forensik dan pasien *dead on arrival* (DOA). Besar sampel yang diambil dihitung menggunakan OpenEpi version 3. Dengan besar populasi diperkirakan sebesar 6000, *confidence level* ditentukan sebesar 95%, dan *confidence interval* ditetapkan sebesar 5%, maka dibutuhkan sampel sebanyak 362 SMPK. Sampel tersebut diambil secara *simple random sampling* dari seluruh populasi terjangkau.

Variabel yang diteliti terdiri dari semua informasi yang terdapat SMPK terkait identitas jenazah, waktu dan tempat meninggal, informasi terkait penyebab kematian, serta informasi tentang dokter yang menerbitkan SMPK. Data yang diperoleh dalam penelitian ini diolah secara deskriptif menggunakan program *SPSS version 21.0 for Windows* untuk menghasilkan gambaran tentang kelengkapan dan ketepatan pengisian SMPK.

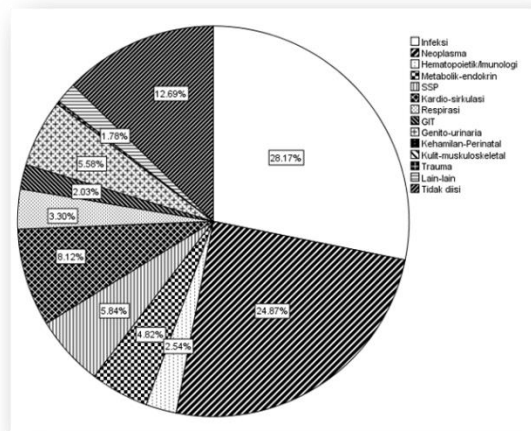
HASIL PENELITIAN

Selama tahun 2016 – 2018 telah diterbitkan sebanyak 8224 SMPK di RSUP Persahabatan. Distribusi kasus berdasarkan kelompok penyebab kematian dapat dilihat pada Gambar 1.



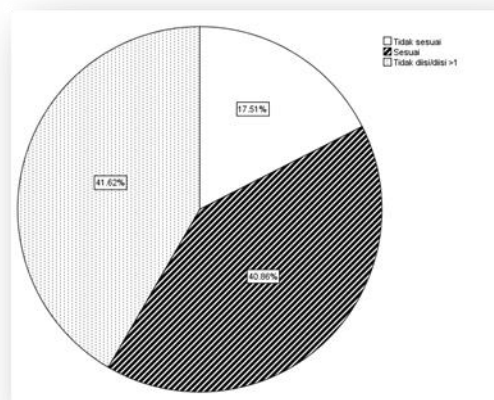
Gambar 1 Distribusi Kelompok Penyebab Kematian

Sedangkan distribusi kasus berdasarkan kelompok penyakit dasar terdapat pada Gambar 2.



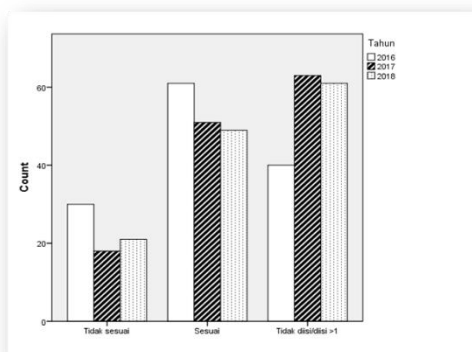
Gambar 2 Distribusi Kelompok Penyakit Dasar

Untuk setiap unsur yang terdapat dalam SMPK, tingkat kelengkapan pengisiannya dapat dilihat pada Tabel 1. Selanjutnya, Gambar 3 menunjukkan tingkat kesesuaian antara penyebab kematian dasar dengan kelompok penyebab kematian selama tahun 2016 – 2018



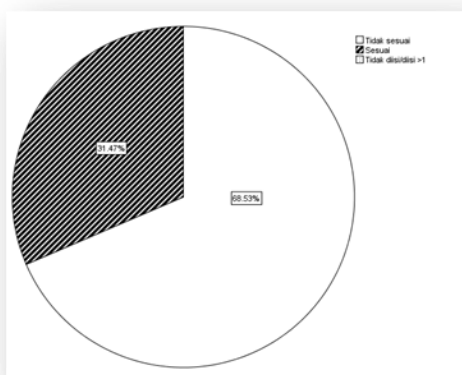
. Gambar 3 Kesesuaian antara Penyebab Kematian Dasar dan Kelompok Penyebab Kematian

Sementara itu, rincian tingkat kesesuaian per tahun (Gambar 4) dan per jenis kelompok penyakit dasar (Tabel 2) dapat dilihat di bawah ini

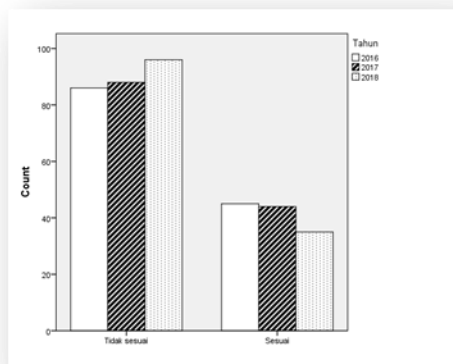


Gambar 4 Tingkat Kesesuaian dengan Kelompok Penyebab Kematian per Tahun

Berikutnya, tingkat kesesuaian antara ketiga jenis penyebab kematian (penyebab kematian dasar, antara, dan langsung) dapat dilihat pada Gambar 5 (total selama tahun 2016 – 2018), Gambar 6 (rincian per tahun), dan Tabel 3 (rincian per kelompok penyakit) berikut



Gambar 5 Kesesuaian antara Ketiga Jenis Penyebab Kematian



Gambar 6 Rincian Tingkat Kesesuaian antar Penyebab Kematian per Tahun

Tabel 1 Kelengkapan Pengisian Unsur SMPK

Variabel	Tidak Diisi (%)	Diisi, tapi tidak lengkap/salah (%)	Diisi dengan lengkap/tepat (%)
Nama lengkap	0,0	0,0	100
No. Induk Kependudukan (NIK)	19	0,0	81
No. Kartu Keluarga (KK)	71,8	0,0	28,2
Jenis Kelamin	0,3	0,5	99,2
Tempat Tanggal Lahir	0,8	5,3	93,9
Agama	0,0	0,0	100
Alamat Tempat Tinggal	0,3	0,0	99,7
Status Kependudukan	1,5	0,0	98,5
Hubungan dengan Kepala Rumah Tangga	5,1	0,0	94,9
Waktu Meninggal	0,3	0,0	99,7
Umur Saat Meninggal	6,6	0,0	93,4
Tempat Meninggal	0,5	0,0	99,5
Dasar Diagnosis	31,5	0,3	68,3
Kelompok Penyebab Kematian	29,4	2,3	68,3
Tanggal Pengisian SMPK (lembar 1)	5,8	0,0	94,2
Nama Jelas Dokter yang Menerangkan (lembar 1)	6,9	7,1	86,0
Tandatangan Dokter yang Menerangkan (lembar 1)	0,8	1,0	98,0
Jabatan & Cap Instansi (lembar 1)	92,6	6,9	0,5
Nama Jelas Pihak yang Menerima	2,8	0,8	96,4
Hubungan dengan Almarhum/ah	67,0	0,0	33,0
Penyebab Langsung (a)	1,5	10,4	87,8
Penyebab Antara (b, c)	8,9	46,2	44,7
Penyebab Dasar (d)	12,4	27,7	59,9
Kondisi lain yang berkontribusi tapi tidak terkait dengan a – d	73,9	8,1	18,0
Penyebab Utama Bayi	0,3	0,0	99,7
Penyebab Lain Bayi	100	0,0	0,0
Penyebab Utama Ibu	0,3	0,0	99,7
Penyebab Lain Ibu	100	0,0	0,0
Selang waktu mulai terjadinya penyakit sampai meninggal	97,7	0,8	1,5
ICD-10	1,3	34,3	64,5
Tanggal Pengisian SMPK (lembar 2 dan 3)	18,8	0,0	81,2
Nama Jelas Dokter yang Menerangkan (lembar 2 dan 3)	12,2	6,1	81,7
Tandatangan Dokter yang Menerangkan (lembar 2 dan 3)	10,2	0,0	89,8
Jabatan & Cap Instansi (lembar 2 dan 3)	91,4	8,1	0,5

Beberapa masalah yang sering ditemui terkait penyebab kematian yang tercantum dalam SMPK yang diteliti adalah sebagai berikut:

- Kolom penyebab kematian dasar tidak diisi (kosong),
- Lebih dari satu kondisi/penyakit dicantumkan sebagai penyebab kematian dasar pada satu kasus (contohnya, “hematemesis” dan “pneumonia”, “sepsis berat dengan MDRS”, dan “sepsis ec pneumonia aspirasi”),
- Urutan pencantuman penyebab kematian terbalik-balik (contohnya, “adenokarsinoma paru” dicantumkan sebagai penyebab langsung sedangkan “hematemesis melena”, yang dapat disebabkan oleh adenokarsinoma paru, dicantumkan sebagai penyebab dasar),
- Penyebab kematian yang dicantumkan tidak sejalur (yaitu bukan merupakan satu rantai patofisiologis) antara penyebab kematian dasar, penyebab kematian antara, dan penyebab kematian langsung (misalnya, “aspirasi benda asing” (penyebab langsung) – “TB paru MDR” (penyebab antara) – “hyponatremia” (penyebab dasar) dan Ca mammae” (penyebab langsung) – “syok SIRS DD/ sepsis” (penyebab antara) – “leukopenia” (penyebab dasar)),
- Kondisi yang seharusnya tergolong kondisi lain dicantumkan sebagai penyebab kematian antara (contohnya, “syok sepsis ireversibel” (penyebab langsung) – “TB paru” (penyebab antara) – “pneumonia” (penyebab dasar), seharusnya “TB paru” dicantumkan sebagai kondisi lain yang berkontribusi karena tidak disebabkan oleh pneumonia dan tidak terkait langsung dengan syok sepsis ireversibel),
- Tindakan kedokteran dicantumkan sebagai penyebab kematian (misalnya, “laparotomi” dan “post craniotomi”),
- Istilah yang digunakan tidak baku, tidak lazim, menggunakan istilah campuran antara bahasa Indonesia, bahasa Inggris, dan istilah medis, dan/atau tidak ada dalam ICD-X (contohnya, “end stage tumor”, “end stage disease”, “heart attack”, “Ca mammae on kemoterapi”, dan “febril neutropenia”),
- Ejaan yang digunakan bervariasi dan tidak baku (contohnya, penulisan “sepsis ireversibel”, “sepsis irreversible”, “sepsis irreversible” dan “pnemoni”, “pneumonia”, “pneumonia”),
- Penggunaan singkatan yang tidak lazim dan tidak terdapat dalam Daftar Singkatan yang berlaku di RSUP Persahabatan (misalnya, “tumpar” yang seharusnya “tumor paru”, “adenoCa” untuk “adenokarsinoma”, dan “BE” sebagai pengganti “bronkiektasis” padahal dalam Daftar Singkatan “BE” adalah singkatan untuk “base excess”)
- Kondisi yang dicantumkan sebagai penyebab kematian terlalu mendasar dan tidak menjelaskan mengapa pasien meninggal saat ini (contohnya, jika hanya dicantumkan “hipertensi” sebagai penyebab dasar hal ini tidak menjelaskan mengapa pasien meninggal saat ini karena ada penderita hipertensi yang dapat berumur panjang, seharusnya dapat dicantumkan kondisi berat yang disebabkan oleh hipertensi yang menyebabkan pasien meninggal saat ini seperti “infark miokard akut” atau “hypertensive heart disease”),
- Ketidaksiharian antara penyebab kematian dasar dengan pemilihan kelompok penyebab kematian (contohnya, sebagai penyebab dasar ditulis “CAP”, yang merupakan penyakit infeksi, namun sebagai kelompok penyebab kematian dipilih “Penyakit Tidak Menular” dan sebaliknya “DM tipe II” sebagai penyebab dasar tapi “Penyakit Menular” dipilih sebagai kelompok penyebab kematian).

DISKUSI

Salah satu unsur esensial dari pengisian SMPK adalah pencantuman penyebab kematian secara lengkap dan tepat. Penulisan penyebab kematian yang tepat, terutama penyebab kematian dasar, memiliki manfaat yang luas, baik medis maupun bagi kesehatan masyarakat. RSUP Persahabatan, sebagai salah satu rumah sakit tipe A dan rujukan tersier di Jakarta, tiap tahunnya menerbitkan lebih dari 2000 SMPK sehingga pengisian SMPK secara lengkap dan tepat menjadi sangat penting. Dari penelitian ini didapatkan bahwa secara umum selama tahun 2016 – 2018 masih terdapat kekurangan dalam hal pengisian SMPK di RSUP Persahabatan, baik dari segi kelengkapan maupun ketepatannya. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian serupa sebelumnya, yang menyimpulkan bahwa ketepatan penentuan penyebab kematian pada SMPK untuk semua kasus penyakit sudah cukup baik [24]. Kekurangan ini ditemukan pada setiap tahun dan kualitas pengisian SMPK secara menyeluruh justru menunjukkan tren yang menurun dari tahun ke tahun.

Berdasarkan tingkat kelengkapan pengisian unsur-unsur dalam SMPK, sebagian besar unsur umumnya terisi. Namun, terdapat beberapa unsur yang masih sering tidak diisi sama sekali atau diisi namun tidak lengkap/tidak tepat. Unsur-unsur tersebut baik berupa data administratif maupun data medis.

Ketidaklengkapan atau ketidaktepatan pengisian unsur administratif, seperti “nomor induk kependudukan”, “nomor kartu keluarga”, “jabatan dan cap instansi dokter yang menerangkan” (pada semua lembar), dan “hubungan penerima dengan almarhum/ah”, dapat menimbulkan permasalahan dari segi pencatatan sipil sehingga perlu diatasi. Selanjutnya, apabila jabatan dan cap instansi dokter yang menerangkan tidak dicantumkan dengan lengkap maka dapat menyulitkan apabila ada hal yang perlu dikonfirmasi. Di Indonesia, sebagian besar orang hanya menggunakan nama depan sehingga dapat tertukar, terutama jika namanya tergolong umum. Penyulit tambahan adalah bahwa di RSUP Persahabatan SMPK seringkali diisi oleh peserta Program Studi Dokter Spesialis (PPDS), yang tentu berganti-ganti. Hal ini semakin menyulitkan jika perlu dilakukan konfirmasi data dalam SMPK. Data tentang hubungan penerima SMPK dengan almarhum/almarhumah pun tidak kalah penting untuk dicantumkan. Selain sebagai bukti bahwa yang menerima SMPK adalah orang yang betul-betul berhak (ahli waris atau keluarga terdekat), data ini dapat membantu apabila ada keperluan untuk menghubungi keluarga di kemudian hari.

Dari data medis, unsur yang sering tidak diisi atau diisi dengan tidak tepat adalah “kondisi lain yang berkontribusi (terhadap kematian) tapi tidak terkait dengan a – d (penyebab kematian)” serta selang waktu mulai terjadinya penyakit sampai meninggal. Menurut literatur, hal seperti ini masih tergolong kesalahan minor, yaitu kesalahan yang tidak mempengaruhi koding yang akurat dari penyebab kematian dasar [25]. Namun, ada baiknya jika hal tersebut tetap mendapat perhatian agar kualitas pengisian SMPK di RSUP Persahabatan semakin meningkat.

Tabel 1 Rincian Tingkat Kesesuaian dengan Kelompok Penyebab Kematian per Kelompok Penyakit Dasar

Jenis Kelompok Penyakit Dasar	Tidak Sesuai (%)	Sesuai (%)	Tidak Diisi/Diisi > 1 (%)
Infeksi	42,3	20,7	37
Lain-lain	28,6	57,1	14,3
Gastrointestinal	25	25	50
Metabolik-Endokrin	21,1	47,4	31,5
Hematopoietik/Imunologi	10	90	0
Kardio-sirkulasi	9,4	59,4	31,2
Respirasi	7,7	61,5	30,8
Neoplasma	7,1	59,2	33,7
Genito-urinaria	4,5	59,1	36,4
Saraf	4,3	65,2	30,4
Trauma	0	100	0

Tabel 2 Rincian Tingkat Kesesuaian antar Penyebab Kematian per Kelompok Penyakit Dasar

Jenis Kelompok Penyakit Dasar	Tidak Sesuai (%)	Sesuai (%)
Trauma	100	0
Metabolik-Endokrin	78,9	21,1
Saraf	78,3	21,7
Neoplasma	67,3	32,7
Infeksi	66,7	33,3
Hematopoietik/Imunologi	60	40
Lain-lain	57,1	42,9
Respirasi	53,8	46,2
Kardio-sirkulasi	53,1	46,9
Gastrointestinal	50	50
Genito-urinaria	36,4	63,6

Selanjutnya, didapatkan temuan bahwa “kondisi lain yang berkontribusi (terhadap kematian) tapi tidak terkait dengan a – d (penyebab kematian)” sering tertukar dengan penyebab kematian antara. Contohnya, kasus dimana “TB paru MDR” dicantumkan sebagai penyebab kematian dasar dengan “gagal napas” sebagai penyebab langsungnya. Adanya “DM tipe II” atau “hipertensi” kerap kali dicantumkan sebagai penyebab antara, padahal seharusnya penyakit-penyakit tersebut dicantumkan sebagai “kondisi lain yang berkontribusi (terhadap kematian) tapi tidak terkait dengan a – d (penyebab kematian)”. Perlu diingat bahwa penyebab kematian antara harus merupakan kondisi yang secara patofisiologis disebabkan oleh penyebab kematian dasar dan selanjutnya menimbulkan penyebab kematian langsung.

Penentuan selang waktu mulai terjadinya penyakit sampai meninggal sebetulnya dapat membantu dalam penentuan penyebab kematian serta pemilahannya menjadi penyebab kematian dasar, antara, maupun langsung. Singkatnya, penyebab kematian dasar tentunya timbul lebih dahulu dibandingkan penyebab kematian antara dan langsung. Oleh karena itu, suatu kondisi yang akan dipilih sebagai penyebab kematian dasar seharusnya memiliki selang waktu yang terpanjang sejak mulai terjadinya penyakit sampai meninggal. Misalnya, pada pasien dengan “community acquired pneumonia/CAP” yang menyebabkan “sepsis” dengan komplikasi “syok sepsis ireversibel” sehingga pasien meninggal dunia. Pada kasus ini, CAP memiliki selang waktu satu minggu sejak diagnosis sampai meninggal (penyebab dasar), sepsis baru timbul tiga hari sebelum pasien meninggal (penyebab antara), sedangkan komplikasi syok sepsis yang ireversibel baru terjadi satu hari sebelum pasien meninggal (penyebab langsung). Oleh karena itu, penulisan urutan waktu dengan jelas dapat membantu proses kognitif dokter dalam mengisi penyebab kematian dan mencegah tertukar-tukarnya penulisan masing-masing jenis penyebab kematian.

Pada lebih dari separuh SMPK yang diteliti kelompok penyebab kematian yang dipilih adalah “Penyakit Tidak Menular”. Namun, setelah ditelusuri lebih lanjut hal tersebut dapat saja tidak mencerminkan kondisi yang sebenarnya. Hanya pada sekitar 40% dari seluruh SMPK pemilihan kelompok penyebab kematian sudah tepat dan sesuai dengan penyebab kematian dasar. Misalnya, pada SMPK dimana “TB paru MDR” dicantumkan sebagai penyebab dasar dan “Penyakit Menular” dipilih sebagai kelompok penyebab kematian atau “syok kardiogenik” sebagai penyebab dasar berpasangan dengan “Penyakit Tidak Menular” sebagai kelompok penyebab kematiannya. Sementara itu, pada lebih hampir 60% pemilihan kelompok penyebab kematian dilakukan dengan tidak tepat, tidak diisi sama sekali, atau sebaliknya dipilih lebih dari satu kelompok. Contohnya, pada satu kasus ditemukan pemilihan “Penyakit Menular” sebagai kelompok penyebab kematiannya padahal penyebab dasarnya adalah “DM”. Setelah didalami, ternyata yang dicantumkan sebagai penyebab antara adalah “TB paru MDR”. Dalam hal ini nampaknya terdapat kekeliruan pemahaman dalam memilih kelompok penyebab kematian maupun pencantuman kondisi-kondisi yang terdapat pada pasien sebagai penyebab kematian. Hal ini sesuai dengan literatur yang menyebutkan bahwa terdapat perbedaan dalam menafsirkan informasi medis, terutama pada kasus penyakit yang rumit, dengan banyak multimorbiditas, dengan perjalanan penyakit yang panjang, serta informasi medis yang melimpah [18,26].

Demikian pula tingkat kesesuaian antar jenis-jenis penyebab kematian. Nampaknya masih terdapat kebingungan dalam penentuan penyakit/kondisi apa yang menjadi penyebab kematian dan dalam menentukan penyakit/kondisi tersebut tergolong jenis penyebab kematian yang mana (yaitu apakah penyebab kematian langsung, antara, atau dasar). Pada hampir 70% SMPK, terdapat ketidaksesuaian antara ketiga jenis penyebab kematian. Hal ini tergolong kesalahan mayor karena dapat mempengaruhi coding yang akurat dari penyebab dasar kematian [25]. Semua jenis kesalahan mayor ditemukan dalam penelitian ini, yaitu tidak dituliskannya penyebab kematian

yang *medically acceptable*, dituliskannya beberapa penyebab kematian dasar yang bersaing, penyebab kematian langsung, antara, dan dasar dituliskan dalam urutan yang salah, dan hanya dituliskan penyebab kematian langsung tanpa disertai penulisan penyebab kematian dasar.

Menurut literatur, besarnya tingkat kesalahan juga dipengaruhi oleh jenis kelompok penyakit dasar [16]. Fenomena tersebut juga didapatkan dalam penelitian ini. Jika dilihat dari segi kesesuaian antara penyebab kematian dasar dengan kelompok penyebab kematian, kelompok penyakit infeksi memiliki tingkat ketidaksesuaian yang paling tinggi. Sebaliknya, pada kelompok trauma pemilihan kelompok penyebab kematian sudah dilakukan dengan tepat sesuai dengan jenis penyebab kematian dasar.

Sementara itu, jika dilihat dari segi kesesuaian antar penyebab kematian maka pada kelompok trauma justru tidak ada SMPK yang terisi dengan tepat. Hal ini agaknya disebabkan oleh kekurangpahaman dalam mengolah data medis yang didapatkan pada kasus trauma. Selanjutnya, pada sebagian besar kelompok penyakit lainnya, tingkat ketidaksesuaian penulisan ketiga jenis penyebab kematian juga cukup tinggi (kisaran 50 – 78,9%). Hal ini dapat disebabkan oleh kompleksnya informasi medis yang terdapat pada kasus-kasus yang ditangani di RSUP Persahabatan selaku rumah sakit rujukan tersier sehingga menimbulkan kebingungan dalam pemilihan penyebab-penyebab kematian yang tepat. Oleh karena itu, diperlukan pelatihan yang terus-menerus kepada semua dokter yang memiliki kewenangan klinis untuk mengisi SMPK di RSUP Persahabatan.

Khusus terkait koding ICD yang dicantumkan dalam SMPK, ketepatan koding ternyata tidak dapat menggambarkan ketepatan penentuan penyebab kematian. Hal ini terjadi karena saat melakukan koding petugas dari Instalasi Manajemen Informasi Medik (IMIK) juga kadang melakukan pengecekan ulang ke data yang terdapat dalam rekam medis dan tidak hanya mengandalkan penyebab kematian yang sudah dituliskan oleh dokter dalam SMPK. Oleh karena itu, pembahasan dalam penelitian ini dibatasi hanya pada diagnosis penyebab kematian yang dilakukan oleh dokter dan tidak mencakup kelengkapan dan ketepatan koding yang dilakukan oleh petugas (IMIK).

Penelitian ini memiliki beberapa kelebihan. Pertama, besar sampel yang diambil cukup besar dan melebihi besar sampel minimal. Dengan demikian diharapkan bahwa hasil yang diperoleh dapat representatif terhadap kondisi riil di lapangan. Kedua, variabel penelitian yang diteliti juga cukup banyak sehingga pembahasan dapat dilakukan dengan lebih mendalam. Selanjutnya, analisis tidak hanya dilakukan terhadap kelengkapan dan ketepatan pengisian SMPK, tapi juga terhadap kesesuaian antar unsur-unsur (yaitu antara penyebab kematian dasar dengan kelompok penyebab kematian dan antar ketiga jenis penyebab kematian). Oleh karenanya, simpulan terhadap kualitas SMPK yang diterbitkan oleh RSUP Persahabatan selama tahun 2016 – 2018 diharapkan dapat lebih valid dan informatif sebagai dasar pembuatan atau revisi berbagai kebijakan yang terkait.

Di sisi lain, terdapat beberapa kekurangan dari penelitian ini. Penelitian ini murni bersifat kuantitatif sehingga pembahasan yang dapat dilakukan tidak mencerminkan berbagai konteks yang dapat diperoleh melalui penelitian kualitatif. Selain itu, penelitian ini memiliki desain potong lintang (*cross-sectional*) sehingga hanya menggambarkan kondisi sesaat dan bukan tampilan kondisi sebelum dan setelah dilakukan suatu intervensi. Data yang diambil juga hanya berasal dari data yang terdapat dalam SMPK *as is* dan tidak dilakukan konfirmasi ke/perbandingan dengan data yang terdapat dalam rekam medis. Oleh karena itu, tidak dapat dilakukan analisis tentang ketepatan diagnosis/pemilihan penyebab kematian berdasarkan data medis yang sesungguhnya terdapat pada pasien, sesuai yang terdokumentasi dalam rekam medis yang lengkap.

KESIMPULAN

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa masih terdapat kekurangan dalam kelengkapan dan ketepatan pengisian SMPK di RSUP Persahabatan pada tahun 2016 – 2018. Untuk meningkatkan kualitas pengisian SMPK, dapat dilakukan upaya-upaya perbaikan, seperti pengisian SMPK dilakukan oleh DPJP dengan berkolaborasi dengan semua dokter yang sempat menangani pasien, maupun dengan konsultasi ke dokter spesialis forensik dan medikolegal, serta diadakan pelatihan berkelanjutan tentang tata cara mengisi SMPK dan pemilihan penyebab kematian dasar berdasarkan 'rantai sebab-akibat' (*chain of causation*). Selain itu, hendaknya dilakukan audit berkala terhadap kelengkapan dan ketepatan pengisian SMPK yang hasilnya dijadikan bahan pemberian umpan balik, baik bagi manajemen maupun kepada semua dokter yang terlibat dalam pengisian SMPK.

DAFTAR PUSTAKA

1. Brooks EG, Reed KD. Principles and pitfalls: A guide to death certification. *Clinical Medicine and Research*. 2015;13:74–82.
2. Office for National Statistics. Guidance for doctors completing Medical Certificates of Cause of Death in England and Wales. 2020.
3. The Scottish Government. Guidance on Completion of Medical Certificates of the Cause of Death. 2009.
4. Alter GC, Carmichael AG. Classifying the dead: Toward a history of the registration of causes of death. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. 1999;54:114–32.
5. Kambey GSAY, Tomuka D, Mallo JF. Aspek Medikolegal Tatalaksana Kematian Di Kota Manado. *Jurnal e-Biomedik*. 2013;1:111–7.
6. Rosenberg HM. Cause of death as a contemporary problem. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. 1999;54:133–53.
7. Knight B. The cause of death. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1986;79:191–2.
8. Kotabagi RB, Chaturvedi RK, Banerjee A. Medical Certification of Cause of Death. *Medical Journal Armed Forces India*. Director General, Armed Forces Medical Services; 1999;60:261–72.
9. Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Kesehatan. Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan Nomor 15 tahun 2010-Nomor 162/MENKES/PB/2010 tentang Pelaporan Kematian dan Penyebab Kematian. 2010.
10. Jewell D. Death Certification. *British Journal of General Practice*. 2007;583.
11. Maudsley G, Williams EMI. “Inaccuracy” in death certification - where are we now? *Journal of Public Health Medicine*. 1996;18:59–66.
12. Pinto CS, Anderson RN, Marques C, Maia C, Martins H, do Carmo Borralho M. Improving the mortality information system in Portugal. *Eurohealth*. 2016;22:48–51.
13. Tangcharoensathien V, Faramnuayphol P, Teokul W, Bundhamcharoen K, Wibulpholprasert S. A critical assessment of mortality statistics in Thailand: Potential for improvements. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006;84:233–8.
14. Selinger CP, Ellis RA, Harrington MG. A good death certificate: Improved performance by simple educational measures. *Postgraduate Medical Journal*. 2007;83:285–6.
15. Royal College of General Practitioners. Death certification and investigation in England, Wales and Northern Ireland. 2003.

16. Nojilana B, Groenewald P, Bradshaw D, Reagon G. Quality of cause of death certification at an academic hospital in Cape Town, South Africa. *South African Medical Journal*. 2009;99:648–52.
17. Syahputra AA, Susanti R, Mulyani H. Gambaran Format dan Tata Cara Pengeluaran Surat Keterangan Kematian pada Rumah Sakit di Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 2016;5:103–10.
18. Dorn T, Ceelen M, Reijnders U, Das K. Medical death certification by forensic physicians in the Netherlands: Validity and interdoctorvariation. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. Elsevier Ltd; 2016;43:61–9.
19. Sington JD, Cottrell BJ. Analysis of the sensitivity of death certificates in 440 hospital deaths: A comparison with necropsy findings. *Journal of Clinical Pathology*. 2002;55:499–502.
20. El-Nour AEAM, Ibrahim H, Ali MM. Evaluation of death certificates in the pediatric hospitals in Khartoum State during 2004. *Sudanese Journal of Public Health*. 2007;2:29–37.
21. Lakkireddy DR, Basarakodu KR, Vacek JL, Kondur AK, Ramachandruni SK, Esterbrooks DJ, et al. Improving death certificate completion: A trial of two training interventions. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22:544–8.
22. Sibai AM. Mortality certification and cause-of-death reporting in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004;82:83.
23. Sibai AM, Nuwayhid I, Beydoun M, Chaaya M. Inadequacies of death certification in Beirut: Who is responsible? *Bulletin of the World Health Organization*. 2002;80:555–61.
24. Agustini H, Kabul T, Purwoko. Ketepatan Penentuan Diagnosa Penyebab Kematian pada Sertifikat Medis Penyebab Kematian di Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan. *Medicordhif*. 2015;02:18–27.
25. Burger EH, Merwe L van der, Volmink J. Errors in the completion of the death notification form. *South African Medical Journal*. 2007;97:1077–81.
26. Lu TH, Shih TP, Lee MC, Chou MC, Lin CK. Diversity in death certification: A case vignette approach. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2001;54:1086–93.