

# 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

*The Accuracy of Indonesian Death Registration System and Cause of Deaths (Typical Study at Selected Regions in Indonesia) Still Need Much Improvement: Death Registrations System and Cause of Death in Several Regions, Indonesia 2014*

**Ning Sulistiyowati\*, Joko Irianto, dan Yusleli Usman**

Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes, Kemenkes RI, Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560, Indonesia

\*Korespondensi Penulis: ningsulistiyowati@gmail.com

Submitted: 24-03-2016, Revised: 01-11-2016, Accepted: 15-12-2016

## **Abstrak**

Sistem Registrasi Kematian dan Penyebab Kematian merupakan landasan untuk memperoleh berbagai ukuran demografi dan epidemiologi dalam perencanaan regional di berbagai sektor, seperti pendidikan, ketenagakerjaan dan kesehatan. Dalam penelitian ini dibahas tentang kekuatan dan kelemahan dari Sistem Registrasi Kematian dan Penyebab Kematian dari beberapa daerah di Indonesia, sehingga akan diketahui daerah yang memerlukan perbaikan dan tindakan yang perlu dilakukan. Status sistem saat ini ditentukan menggunakan penilaian secara cepat (*rapid assessment*) yang telah dikembangkan oleh WHO dan *Health Information Systems Knowledge Hub.*, dari *University of Queensland* (2010a). Dua puluh lima pertanyaan didiskusikan oleh 2–4 kelompok peserta yang terdiri dari staf senior yang bertanggung jawab untuk berbagai aspek Sistem Registrasi Kematian dan Penyebab Kematian. Penilaian ini dilakukan di 13 kabupaten/kota pada tahun 2014. Hasilnya, masih ada beberapa aspek fungsi sistem yang harus ditingkatkan. Daerah dengan nilai cukup tinggi adalah Surakarta (80%) dan Yogyakarta (68%) termasuk dalam kategori moderat atau 65–84; fungsional tetapi tidak memadai. Rata-rata daerah dengan nilai di bawah 64%, atau lemah. Ada variasi dalam kekuatan dan kelemahan dari setiap daerah. Hal ini penting untuk mengembangkan strategi yang tepat untuk mendapatkan Sistem Registrasi Kematian dan Penyebab Kematian yang lebih baik.

Kata Kunci: penilaian cepat, Sistem Registrasi Kematian dan Penyebab Kematian, Indonesia

## **Abstract**

*Death Registrations System and Cause of Death are fundamental in creating demographic and epidemiological measures needed by regional planning in various sectors, such as education, employment and health. The aims of this study are to address the strengths and weaknesses of the Death Registrations System and Causes of Death in several regions in Indonesia; so they will know the areas that require improvement and actions that need to be done. The current system status is determined using a rapid assessment which has been developed by WHO and Health Information Systems Knowledge Hub, from the University of Queensland (2010a). Twenty-five questions were discussed by participants consisting of 2–4 groups of senior staffs responsible for various aspects of the Death Registration System and Cause of Death. The assessment was conducted in 13 districts/ municipalities in 2014. As a result, there are still some aspects of the function of the system should be improved. Regions with a high enough value is Surakarta (80%) and Yogyakarta (68%) included in the category of moderate or 65–84; functional but not sufficient. The average area with values below 64%, is classified as weak. There are variations in the strength and a weakness of each region. It is important to develop appropriate strategies to obtain Death Registrations System and Cause of Death better.*

Keywords: rapid assessment, Death Registrations and Cause of Death, Indonesian

## Pendahuluan

Sistem pelaporan dan pencatatan sipil (registrasi sipil) adalah sumber data yang dapat diandalkan, efektif dan efisien. Sistem tersebut mencakup seluruh penduduk, dilakukan secara terus menerus, dan berkekuatan hukum serta digunakan sebagai basis data statistik yang dapat diandalkan. Kejadian kelahiran, kematian, termasuk penyebab kematian sangat penting untuk membuat perencanaan pembangunan ekonomi dan sosial, termasuk sektor kesehatan.<sup>1</sup> Namun di negara berkembang termasuk Indonesia, sistem seperti ini sering lemah atau datanya tidak lengkap, sehingga sistem registrasi sipil ini belum memadai untuk menghasilkan statistik vital. Untuk melengkapi kebutuhan tersebut menggunakan alternatif dari sumber data lain, termasuk sensus penduduk, dan survei rumah tangga sampel.<sup>2</sup>

Dalam undang-undang Nomor 24 tahun 2013 menyebutkan dalam salah satu pasalnya bahwa semua kepala lingkungan harus aktif mencatat semua kejadian kematian warganya, dan melaporkan ke instansi di atasnya.<sup>3</sup> Statistik kelahiran, kematian, perpindahan, perkawinan, perceraian, adopsi, yang direkam melalui Sistem Registrasi Sipil pemerintah menciptakan catatan permanen dari setiap peristiwa. Catatan tersebut merupakan dokumen hukum yang dibutuhkan oleh warga sebagai bukti fakta, dan sebagai landasan membentuk sistem statistik vital suatu negara.<sup>1</sup> Selanjutnya statistik vital digunakan sebagai dasar memperoleh berbagai ukuran demografi dan epidemiologi dalam perencanaan nasional di berbagai sektor. Sistem Registrasi Sipil dan Statistik Vital (*Civil Registrations and Vital Statistics/ CRVS*) yang baik menjadi dasar untuk perencanaan, monitoring dan evaluasi program pembangunan.<sup>2</sup>

Para pengambil keputusan dan kebijakan sangat tergantung pada data statistik yang tepat waktu, lengkap dan metode yang dapat diandalkan. Metode harus dapat diandalkan untuk mengukur input, proses, dan output menuju tujuan global, seperti Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB), *Millenium Development Goals* (MDGs). Pada sektor kesehatan, statistik vital merupakan inti dari Sistem Informasi Kesehatan (SIK) suatu negara. Sektor kesehatan membutuhkan registrasi sipil untuk menunjang SIK. SIK mencakup antara lain data-data prevalensi dan distribusi kematian akibat penyakit dan cedera, status kesehatan, kesenjangan dan prioritas, pemantauan tren, evaluasi dampak

dan efektivitas program kesehatan. SIK penting dalam menjawab tantangan kesehatan yang muncul yang disebabkan karena penyakit tidak menular, cedera dan lainnya yang cenderung meningkat sementara penyakit menular masih tinggi. SIK juga penting dalam mengaktifkan pelacakan strategi nasional seperti reformasi sektor kesehatan, kemiskinan dan pengembangan usaha; mendukung perencanaan, pemantauan dan evaluasi di sistem desentralisasi kesehatan, dengan memberikan informasi mengenai kondisi kesehatan di wilayah.

Sejak tahun 2006 Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan, telah melakukan upaya untuk meningkatkan Sistem Registrasi Kematian dan Sebab Kematian yang diawali pada 3 daerah uji coba yaitu di 2 kecamatan di Jakarta, 4 kecamatan di Kabupaten Pekalongan dan seluruh kelurahan di Kota Surakarta melalui kegiatan *Indonesia Mortality Registration Strengthening System Project (IMRSSP)* dengan dukungan biaya dan teknis dari Universitas Queensland, Australia.<sup>4</sup> Tahun 2007 dan 2008, sistem ini diperluas ke 8 kabupaten/kota dari 4 provinsi yaitu Kota Metro dan Lampung Utara (Provinsi Lampung), Kota/Kabupaten Pontianak (Provinsi Kalimantan Barat), Kota/Kabupaten Gorontalo (Provinsi Gorontalo) serta Kota/Kabupaten Jayapura (Provinsi Papua) atas dukungan pembiayaan dari WHO.<sup>5</sup>

Sejalan dengan makin dirasakan meningkatnya kesadaran dan kebutuhan akan data dari sistem registrasi sipil dan statistik vital serta keluarnya Peraturan Bersama antara Departemen Dalam Negeri dan Departemen Kesehatan, maka pada tahun 2010 dan 2011 diperluas pada 15 kabupaten/kota (Langkat, Banjar, Bekasi, Gresik, Gianyar, Gowa, Manado, Kupang, Kota Yogyakarta, Padang Pariaman, Ambon, Sorong, Balikpapan, Palembang, dan Mataram). Perluasan tersebut terus berlanjut sampai saat ini.

Dalam artikel ini dibahas tentang kekuatan dan kelemahan dari Sistem Registrasi Kematian dan Penyebab Kematian dari beberapa daerah di Indonesia, sehingga diketahui daerah yang memerlukan perbaikan dan tindakan yang perlu. Evaluasi dilakukan untuk melihat kondisi status Sistem Registrasi Kematian dan Penyebab Kematian saat ini. Tujuannya adalah membantu pemerintah mendapatkan gambaran yang jelas dan menyeluruh kelemahan dan kekuatan sistem registrasi kematian dan penyebab kematian mereka. Hasil tersebut sebagai dasar untuk

melakukan perbaikan sistem.

## Metode

Evaluasi dilakukan dengan cara melakukan penilaian cepat (*rapid assessment*) dan penilaian secara terperinci (*detail assessment*) yang telah dikembangkan oleh WHO dan *Health Information Systems Knowledge Hub.*, dari *University of Queensland* (2010a).<sup>6</sup> Kajian cepat terhadap status sistem menggunakan pendekatan dan pedoman yang telah dikembangkan oleh WHO dan SPHUQ (2010a).<sup>6</sup> Pedoman perangkat WHO tersebut dikembangkan WHO pada tahun 2010. Pedoman tersebut digunakan untuk mengevaluasi secara sistematis kualitas dan kegunaan sistem registrasi sipil. Perangkat tersebut meliputi sebuah pemetaan dan sebuah kerangka pengkajian, yang keseluruhan berfokus pada kelahiran, kematian dan penyebab kematian.

Dua puluh lima pertanyaan yang dikelompokkan kedalam 11 area didiskusikan oleh 2–4 kelompok peserta yang terdiri dari staf senior yang bertanggung jawab untuk berbagai aspek Sistem Registrasi Kematian dan Penyebab Kematian (unsur pemerintah daerah, DPR, dinas kesehatan, administrasi kependudukan kabupaten/kota, Badan Pusat Statistik, rumah sakit pemerintah daerah, kepolisian, universitas, dan lembaga swadaya masyarakat). Sekitar satu minggu sebelum hari pelaksanaan, peserta telah dibagikan kuesioner untuk dibahas di instansinya skenario mana yang dipilih yang sesuai dengan kondisi yang ada pada instansi mereka. Selanjutnya hasil penilaian didiskusikan dalam diskusi kelompok terbatas dimasing-masing kabupaten/kota selama 2 hari.

Hari pertama diskusi, peserta mendengarkan paparan mengenai Sistem Registrasi Kematian dan Penyebab Kematian dan tujuan penilaian, paparan mengenai kuesioner *assesment*. Mendiskusikan jawaban pertanyaan dalam kuesioner *rapid assessment* secara berkelompok dan menyepakati nilai yang didapatkan. Setiap kelompok memilih satu dari empat skenario (label A–D) dari setiap pertanyaan yang menggambarkan tentang kondisi dan situasi di daerah dari Sistem Registrasi Kematian dan Penyebab Kematian. Label A–D dikonversi ke dalam angka 3 sampai 0 (3 untuk A, 2 untuk B, 1 untuk C dan 0 untuk D) untuk memudahkan mendapatkan jumlah nilai. Nilai memiliki nilai tidak ilmiah dan hanya sebagai indikasi kasar fungsi dan kualitas sistem registrasi sipil dan statistik vital (WHO, 2010b).<sup>7</sup> Selanjutnya

nilai dibagi kedalam 4 kelompok: 1) < 34; **disfungsional**; sistem memerlukan peningkatan substansial dalam semua area; 2) 34–64; **lemah**; banyak aspek dari sistem tidak berfungsi dengan baik, dan beberapa masalah memerlukan perhatian yang lebih; 3) 65–84; **fungsional tetapi tidak memadai**; diperlukan sedikit penyesuaian dalam sistem jika tidak berfungsi dengan baik, sistem sebenarnya telah berjalan tetapi masih ada beberapa masalah dan memerlukan perhatian, kelemahan yang spesifik harus diidentifikasi dengan melakukan tinjauan secara menyeluruh; 4) 85–100; **memuaskan**; apabila sistem sudah berjalan sebagaimana mestinya.

Hari kedua peserta mendiskusikan isian penilaian sistem registrasi kematian dan penyebab kematian secara rinci sesuai dengan kondisi yang ada di daerah. Tujuan dari penilaian secara rinci adalah untuk melihat lebih kedalam potensi/faktor penghambat dan pendukung untuk setiap area penilaian fungsi sistem. Selanjutnya tim kabupaten/kota menyampaikan/mempresentasikan hasil *detail assessment*. Setelah didiskusikan dan dibahas lagi antar seluruh peserta dan narasumber diambil kesepakatan nilai sistem dan potensi yang menjadi pendukung maupun penghambat untuk pengembangan sistem tersebut.

Aspek-aspek yang dikelompokkan kedalam 11 area yang dinilai tersebut terdiri dari Area Sistem Registrasi Kematian dan Area Sistem Penyebab Kematian. Area Sistem Registrasi Kematian terdiri dari: 1) Aturan dan perundang-undangan catatan sipil dan statistik vital; 2) Infrastruktur dan sarana prasarana registrasi; 3) Organisasi dan fungsi dari sistem *vital statistics*; 4) Kelengkapan registrasi kelahiran dan kematian; 5) Penyimpanan dan penyebaran data; 6) Akses data, penyampaian dan penggunaan data. Area Sistem Penyebab Kematian terdiri dari: 7) Kepatuhan pelaksanaan dan sertifikasi kematian di dalam dan di luar rumah sakit dengan menggunakan; *International statistical classification of diseases and related health problems* (ICD);<sup>2</sup> 8) Praktik-praktik yang mempengaruhi kualitas data penyebab kematian; 9) Pelaksanaan koding ICD; 10) Kualifikasi dan pelatihan petugas pengkode, serta kualitas koding; dan 11) Kualitas data dan kewajaran data.

Selanjutnya dalam analisis nantinya 11 area tersebut akan dikelompokkan kedalam 4 pola gambaran hasil *assessment*. Pola pertama apabila menonjol di sistem registrasi kematian namun lemah di sistem penyebab kematian. Pola

kedua, merupakan kebalikan dari pola pertama (lemah di sistem registrasi kematian namun menonjol di sistem penyebab kematian). Pola ketiga apabila fungsi sistem baik itu area sistem registrasi kematian maupun area sistem penyebab kematian tidak beraturan dengan nilai kecukupan di atas 50%. Pola keempat sama dengan pola ketiga tetapi dengan nilai kecukupan di bawah 50%.

Evaluasi dilakukan di 14 kabupaten/kota pengembangan. Pemilihan 14 kabupaten/kota dari 38 kabupaten/kota mempertimbangkan keterwakilan periode pengembangan. Periode awal pengembangan (tahun 2006) diwakili Kota Surakarta dan Kabupaten Pekalongan. Periode tahun 2008 dipilih Kota Metro. Periode tahun 2010 dipilih 10 kabupaten kota yaitu; Kabupaten Padang Pariaman, Kota Yogyakarta, Kabupaten Gresik, Kabupaten Gianyar, Kota Balikpapan, Kabupaten Gowa, Kabupaten Kupang, Kota Manado, Kota Ambon, dan Kabupaten Bekasi. Kota Tanjung Pinang dipilih karena sebagai pengembangan mandiri.

## Hasil

### Temuan Sistem Registrasi Kematian dan Penyebab Kematian Berdasarkan Penilaian Secara Cepat (*Rapid Assessment*)

*Rapid assessment* dilakukan untuk menilai secara cepat 11 area fungsi sistem registrasi kematian dan penyebab kematian. Hasil penilaian *rapid assessment* tiap kabupaten/kota bervariasi, baik sebelum maupun sesudah kesepakatan. Nilai sebelum kesepakatan berkisar dari 27–56% atau 36–74% dari nilai maksimal 75%. Setelah kesepakatan menjadi lebih besar yaitu berkisar dari 32–60% atau 43–80% dari nilai maksimal 75%. Nilai setelah kesepakatan inilah yang digunakan sebagai nilai daerah. Rata-rata daerah masih dengan nilai di bawah 64%. Nilai ini (kisaran 36–64%) menurut kategori penilaian WHO berada pada kelompok lemah/*weak* (lihat

Tabel 1). Daerah dengan nilai cukup tinggi adalah Surakarta (80%), dan Yogyakarta (68%). Nilai ini (kisaran 65–84) berada pada kelompok fungsional tetapi tidak memadai. Dalam hasil hanya ditampilkan 6 kabupaten/kota karena hasil dan pola beberapa kabupaten/kota lainnya hampir sama dengan daerah lainnya.

### Temuan Sistem Registrasi Kematian dan Penyebab Kematian Secara Lebih Rinci (*Detail Assessment*)

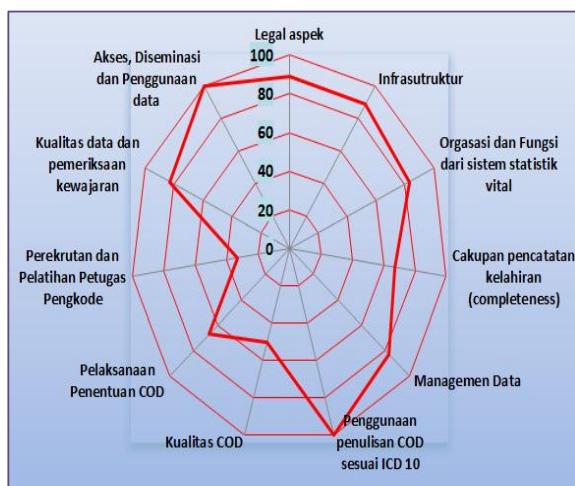
Ketika dilakukan penilaian kecukupan dari 11 area, hasilnya dapat dikelompokkan kedalam 4 pola. Sebagian kecil daerah masuk kedalam pola pertama (menonjol di sistem registrasi kematian namun lemah di sistem penyebab kematian), pola kedua, merupakan kebalikan dari pola pertama, dan pola ketiga (fungsi sistem tidak beraturan dengan nilai kecukupan di atas 50%). Pola keempat (fungsi sistem tidak beraturan dengan nilai kecukupan rendah) didapat hampir di sebagian besar daerah. Pola-pola tersebut dapat dilihat pada Gambar 1 dan 2.

Gambar 1 memberikan contoh pola pertama, menunjukkan hasil yang cukup baik untuk fungsi sistem registrasi kematian, tidak untuk aspek penyebab kematian. Sebagian besar fungsi sistem registrasi kematian penilaian di atas 64%. Sebaliknya fungsi sistem penyebab kematian masih di bawah 64%. Banyak aspek fungsi sistem penyebab kematian, seperti perekrutan dan pelatihan petugas pengkode, kualitas COD, dan penentuan COD yang masih harus ditingkatkan (lihat Gambar 1). Kebalikan dari pola pertama, pola kedua menunjukkan fungsi sistem penyebab kematian lebih baik dari fungsi sistem registrasi kematian. Secara nilai, hasil fungsi sistem registrasi kematian pola pertama lebih bagus dari pola kedua. Pada pola kedua hanya aspek infrastruktur yang menunjukkan hasil maksimal dari fungsi sistem registrasi kematian (lihat Gambar 2).

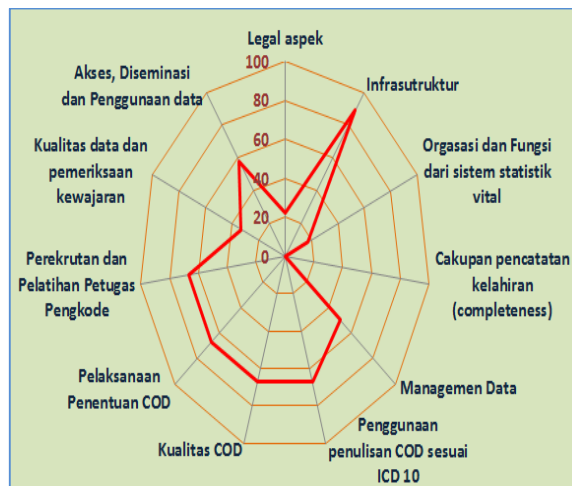
**Tabel 1. Hasil Penilaian Cepat 11 Area Fungsi Sistem Registrasi Kematian dan Penyebab Kematian di Enam Kabupaten/Kota di Indonesia, 2014**

No	Kab./Kota	Sebelum Kesepakatan		Setelah Kesepakatan	
		Nilai	Persentase	Nilai	Persentase
1	Surakarta	56	74%	60	80%
2	Gresik	35	47%	37	49%
3	Yogyakarta	48	63%	51	68%
4	Metro	42	56%	47	63%
5	Balikpapan	27	36%	36	48%
6	Gowa	27	36%	35	47%

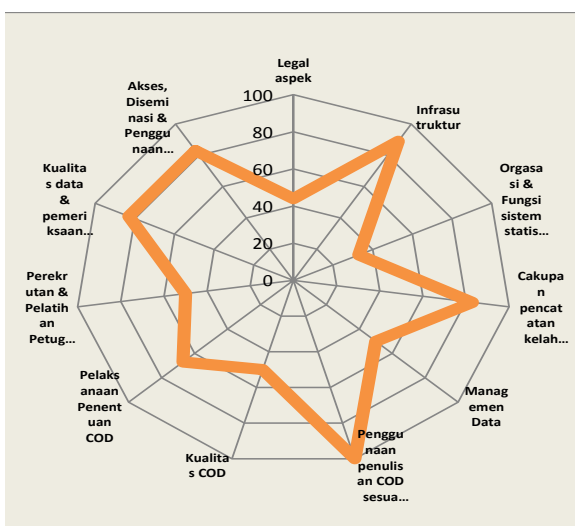




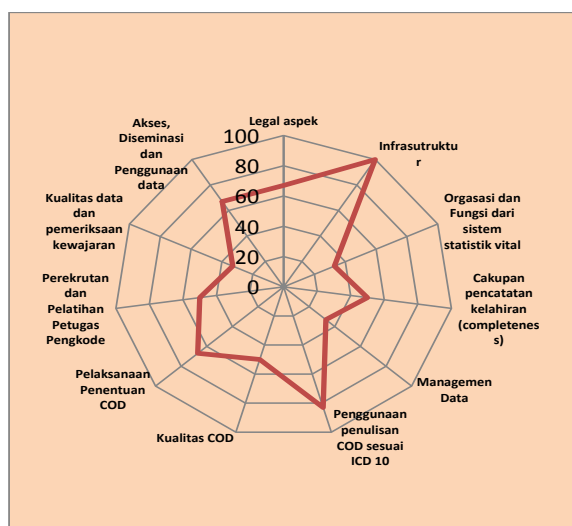
Gambar 1. Contoh Pola Pertama: Hasil Penilaian Fungsi Sistem Registrasi Kematian & Penyebab Kematian di Kota Surakarta



Gambar 2. Contoh Pola Kedua: Hasil Penilaian Fungsi Sistem Registrasi Kematian & Penyebab Kematian di Kab. Gresik



Gambar 3. Contoh Pola Ketiga: Hasil Penilaian Fungsi Sistem Registrasi Kematian & Penyebab Kematian di Kota Yogyakarta



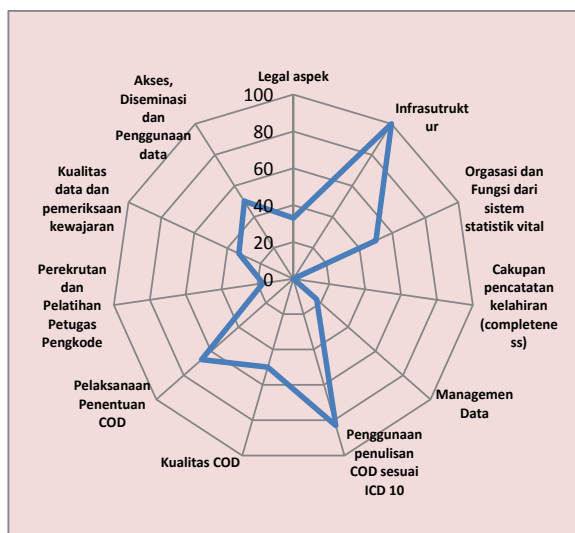
Gambar 4. Contoh Pola Ketiga: Hasil Penilaian Fungsi Sistem Registrasi Kematian & Penyebab Kematian di Kota Metro

Gambar 3 dan gambar 4 menunjukkan bahwa pola tersebut tidak beraturan. Beberapa aspek sistem registrasi kematian menonjol (seperti infrastruktur, dan akses diseminasi & penggunaan data) namun aspek sistem registrasi kematian yang lainnya rendah (seperti organisasi dan fungsi sistem, dan legal aspek). Begitu pula dengan fungsi sistem penyebab kematian. Beberapa aspek fungsi sistem penyebab kematian menonjol (seperti penggunaan dan penulisan COD sesuai ICD, dan kualitas dan pemeriksaan data (lihat Gambar 3)). Gambar 4 memperlihatkan contoh pola ketiga pada daerah yang berbeda. Sama dengan Gambar 3, namun berbeda dalam aspek mana yang menonjol dan aspek mana yang lemah. Contoh, Metro ada dua aspek dengan nilai maksimal (100%) yaitu, aspek infrastruktur, dan

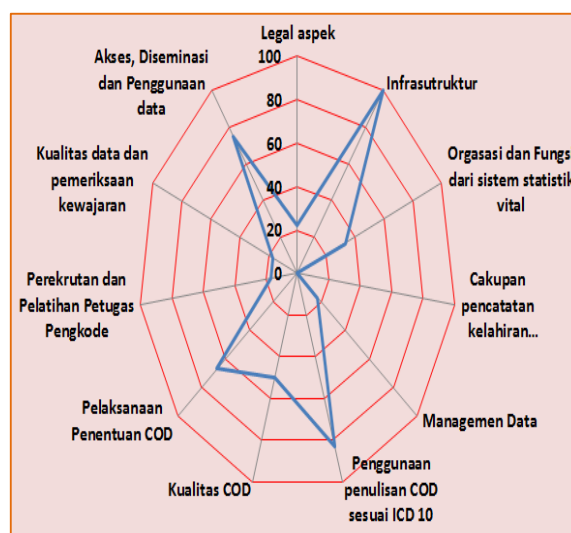
aspek pelaksanaan penentuan COD, dan dua aspek dengan penilaian di atas 60% (aspek penggunaan penulisan COD sesuai ICD 10, dan aspek akses diseminasi penggunaan data). Sementara aspek lainnya masih perlu banyak perbaikan (Gambar 4).

Pola keempat sebenarnya hampir sama dengan pola ketiga. Tidak ada keteraturan sistem mana yang kuat, sistem registrasi kematiankah atau sistem penyebab kematian. Bedanya, pada pola ketiga nilai kecukupan dari berbagai aspek relatif lebih tinggi dibanding pola keempat.

Contoh daerah dengan pola keempat dapat dilihat dari Gambar 5. Ada empat aspek di Balikpapan dengan penilaian di atas 60%. Aspek tersebut adalah aspek infrastruktur, aspek penggunaan penulisan COD sesuai ICD 10,



**Gambar 5. Contoh Pola Keempat: Hasil Penilaian Fungsi Sistem Registrasi Kematian & Penyebab Kematian di Kota Balikpapan**



**Gambar 6. Contoh Pola Keempat: Hasil Penilaian Fungsi Sistem Registrasi Kematian & Penyebab Kematian di Kab. Gowa**

aspek akses, diseminasi dan penggunaan data, dan aspek pelaksanaan penentuan COD. Tujuh aspek lainnya masih di bawah 60% dan masih perlu banyak perbaikan.

Nilai fungsi di Gowa dapat dilihat pada Gambar 6. Empat aspek dengan nilai di atas 60%, yaitu aspek infrastruktur, aspek penggunaan penulisan COD sesuai ICD 10, aspek akses diseminasi dan penggunaan data, dan aspek pelaksanaan penentuan COD. Sementara aspek-aspek yang lainnya perlu banyak peningkatan.

### Pembahasan

Dengan melakukan evaluasi di 14 wilayah kabupaten/kota di Indonesia diharapkan dapat menggambarkan keberlangsungan pelaksanaan sistem registrasi kematian dan penyebab kematian pada daerah pengembangan di Indonesia. Empat belas daerah ini dengan mempertimbangkan wilayah (barat, tengah dan timur Indonesia), periode waktu pengembangan (tahun 2006, 2008, 2010), pengembangan mandiri, dan daerah yang tidak berlanjut. Daerah yang tidak disertakan dalam evaluasi dan belum dilakukan pengembangan, jika dilakukan evaluasi dapat diperkirakan mendapat nilai dan pola yang hampir sama dengan daerah evaluasi ini.

Demikian pula informan yang terlibat dalam evaluasi dari masing-masing daerah telah dipilih berdasarkan peranan dalam pengembangan sistem, sehingga nilai-nilai dalam evaluasi ini menjadi gambaran daerah berdasarkan informasi yang diberikan oleh peserta. Pada kesepakatan nilai akhir, menjadi diskusi yang menarik antar peserta untuk menentukan nilai yang disepakati

berdasarkan kondisi nyata daerah.

Adanya sistem informasi kesehatan di kabupaten/kota diharapkan mampu mengidentifikasi masalah kesehatan berdasarkan data/angka kematian dan pola penyebab kematian. Namun pelaksanaan sistem ini ternyata masih banyak kendala yang terjadi di setiap simpul-simpul komunikasi dan informasi serta koordinasi antar instansi yang ada. Daerah dengan nilai cukup tinggi adalah Surakarta dan Yogyakarta. Namun nilainya masih masuk dalam kategori sedang atau 65–84 (fungsional tetapi tidak memadai). Sementara nilai tertinggi adalah 85–100 (memuaskan); diperlukan sedikit penyesuaian dalam sistem jika tidak berfungsi dengan baik, sistem sebenarnya telah berjalan tetapi masih ada beberapa masalah dan memerlukan perhatian. Kelemahan yang spesifik harus diidentifikasi dengan melakukan tinjauan secara menyeluruh. Rata-rata daerah masih dengan nilai di bawah 50%. Nilai ini menurut kategori penilaian WHO<sup>7</sup> berada pada kelompok lemah/*weak*, yang berarti banyak aspek dari sistem tidak berfungsi dengan baik, dan banyak masalah membutuhkan perhatian. Perbedaan nilai sebelum dan sesudah kesepakatan ini wajar terjadi karena sebagian pertanyaan yang bukan bidang peserta tidak dapat dipilih skenario yang sesuai. Setelah dilakukan diskusi peserta menjadi lebih memahami dan memilih skenario yang sesuai dan disepakati bersama.

Hasil *assessment* beberapa daerah menunjukkan pola yang berbeda. Pola tersebut mengelompok kedalam empat pola. Kelompok pola pertama seperti Surakarta (Gambar 1),

sistem unggul di registrasi kematian (seperti legal aspek, infrastruktur, organisasi dan fungsi sistem, dan lain-lain) tapi masih lemah dan memerlukan banyak perbaikan di penyebab kematian (kualitas COD, penggunaan penulisan COD sesuai ICD, perekrutan dan pelatihan petugas pengkode, dll). Kelompok pola kedua seperti Gresik (Gambar 2), kebalikan dari Surakarta, unggul di penyebab kematian. Pola ketiga (Gambar 3 dan 4), dan keempat (Gambar 5 dan 6) merupakan pola yang tidak teratur, beberapa menonjol di sistem registrasi kematian, kurang di penyebab kematian atau sebaliknya. Perbedaan antara pola ketiga dan keempat adalah pada nilai pencapaian. Pola ketiga nilai pencapaian relatif lebih bagus dibanding pola keempat, walau sama-sama memerlukan banyak peningkatan. Pola keempat memerlukan upaya yang lebih keras dan lebih serius. Ironisnya pola keempat ditemukan hampir sebagian besar daerah pengembangan.

Daerah yang unggul di fungsi sistem registrasi kematian, seperti Surakarta dan daerah yang unggul di sistem penyebab kematian (seperti Gresik) pemerintah daerah lebih mudah untuk meningkatkan fungsi masing-masing sistem tersebut karena konsentrasi sudah terfokus pada area sistem masing-masing. Daerah yang unggul di fungsi sistem registrasi kematian perlu lebih fokus untuk meningkatkan sistem penyebab kematian, seperti (penggunaan penulisan COD sesuai ICD 10, kualitas COD, pelaksanaan penentuan COD, perekrutan dan pelatihan petugas pengkode, dan kualitas data dan pemeriksaan kewajaran) karena fungsi sistem registrasi kematiannya sudah relatif lebih bagus. Berarti, daerah harus lebih memaksimalkan kerja dinas kesehatan dan jajaran ke bawahnya termasuk rumah sakit untuk meningkatkan fungsi sistem penyebab kematian. Sebaliknya daerah yang unggul di sistem penyebab kematian tetapi masih lemah di fungsi sistem registrasi kematian (seperti Gresik) perlu fokus untuk meningkatkan fungsi sistem registrasi kematian yang menjadi tanggungjawab terbesar ada pada adminduk dan jajarannya. Yang sulit dan dijumpai di hampir sebagian besar daerah pengembangan adalah daerah yang unggul dan lemah di sebagian fungsi sistem registrasi kematian, namun juga unggul dan lemah di sebagian fungsi sistem penyebab kematian. Daerah dengan pola tersebut harus berkonsentrasi pada banyak bidang area fungsi sistem. Daerah tersebut harus berkonsentrasi pada fungsi sistem registrasi kematian yang menjadi tanggungjawab adminduk sekaligus harus konsentrasi pada fungsi sistem penyebab kematian yang menjadi tanggungjawab dinas

kesehatan dan rumah sakit.

#### **a. Fungsi Sistem Registrasi Kematian**

Dasar hukum yang digunakan untuk landasan registrasi kematian dan penyebab kematian di daerah mengacu pada: 1) UU No 23 Tahun 2006, tentang Penyelenggaraan Administrasi Kependudukan; 2) PP No.37 Tahun 2007, tentang pelaksanaan UU No. 23 tahun 2006 tentang Administrasi Kependudukan; 3) Perpres No. 25 Tahun 2008 tentang Tata Cara dan Persyaratan Pendaftaran Penduduk dan Pencatatan Sipil; dan 4) UU No. 24 Tahun 2013 tentang Perubahan atas UU No 23. Tahun 2006 tentang Adminduk. Sebagian besar daerah langsung mengacu undang-undang tersebut dalam penyelenggaraan registrasi kematian dan penyebab kematian. Namun beberapa daerah sudah memiliki peraturan daerah tentang penyelenggaraan administrasi kependudukan terutama daerah yang sistem registrasi kematiannya lebih bagus. Walau peraturan daerah tersebut tidak selalu berupa perda, bisa juga berupa perwali ataupun hanya sekedar surat edaran, karena untuk menghasilkan suatu perda membutuhkan waktu yang relatif lama. Harapannya daerah mempunyai perda yang mengatur mengenai mekanisme registrasi kematian dan penyebab kematian dijalankan di daerah. Kenyataannya sampai saat ini baru beberapa daerah yang mempunyai perda.<sup>8-14</sup>

Dalam beberapa perda yang ada sudah mencantumkan kewajiban untuk mencatatkan dan melaporkan setiap kelahiran dan kematian sesuai dengan undang-undang administrasi kependudukan di Indonesia. Namun peraturan ini masih memerlukan peraturan tambahan, karena belum ada satupun perda yang mewajibkan penyebab kematian harus ditetapkan dalam Surat Keterangan Kematian (SKPK) atau dicatatkan pada pendaftaran kematian. Dalam peraturan tersebut juga belum tercantum secara tegas batas waktu dan sanksi tertib administrasi. Persyaratan tersebut penting karena memacu masyarakat lebih aktif untuk selain melaporkan kejadian kematian ke kelurahan/adminduk mereka juga akan melapor ke puskesmas untuk dibuatkan penyebab kematian/COD (sebagai dasar keluarnya SKPK). Kendala selama ini karena catatan kejadian kematian di kelurahan belum lengkap (belum tercatat semua) dan belum tepat waktu, Petugas puskesmas yang mempunyai tanggungjawab membuat COD kesulitan mendapatkan data kejadian kematian.

Kewenangan pencatatan sipil daerah berada pada adminduk, sehingga adminduk



berkewajiban menyediakan data kejadian kematian. Dengan undang-undang yang baru (UU No. 24 tahun 2013 tentang perubahan atas UU No 23 Tahun 2006 tentang adminduk), adminduk berkewajiban mencatat dan melaporkan kejadian kematian di masyarakat. Dengan adanya revisi undang-undang tersebut mewajibkan adminduk aktif mencatat dan melapor, tidak hanya menunggu laporan masyarakat. Adanya perbaikan tersebut diharapkan data kejadian kematian menjadi lebih baik, tinggal berintegrasi dengan dinas kesehatan untuk mendapatkan penyebab kematian.

Bukti pelaporan kematian di tingkat yang paling dasar tidak selalu teradministrasikan dengan baik. Kelurahan dan jajarannya mencatat di buku besar atau dengan form tertentu, kadang lupa mencatatnya. Masjid, Modin, hanya lisan tanpa dicatat terus diumumkan ke masyarakat lebih kepada pemenuhan fungsi sosial. Gereja lebih teratur, karena laporan kematian dari jemaatnya dicatat di buku gereja. Pencatatan di tingkat dasar tersebut tanpa diminta bukti diri yang meninggal untuk tertib administrasi kecuali yang akan mengurus dalam jenjang yang lebih tinggi. Lembaga resmi adminduk dan jajarannya tidak berkoordinasi dengan lembaga-lembaga masyarakat seperti gereja, banjar, masjid untuk mendapatkan data kematian.

Hanya sebagian kecil (sekitar 10%) masyarakat mengurus akte kematian ke Dukcapil, kecuali beberapa daerah perkotaan. Pengurusan itu pun dilakukan jauh hari setelah kejadian kematian (tidak tepat waktu). Adanya santunan kematian di beberapa daerah mendorong masyarakat melapor ke RT/RW/Kelurahan/Kecamatan. Daerah yang memberikan santunan kematian cenderung pelaporan kejadian kematian meningkat, namun tetap berpotensi kehilangan data karena penarikan santunan/asuransi/dana pensiun/warisan hanya cukup mensyaratkan surat keterangan kematian bukan akte kematian, tanpa batas waktu yang jelas, tanpa surat keterangan dan penyebab kematian dari puskesmas/rumah sakit, tanpa mensyaratkan adanya akte kematian. Seharusnya kejadian kematian yang bukan di fasilitas kesehatan, penyebab kematian tetap dikeluarkan oleh dokter.

Kerjasama antar badan dan lembaga pemerintahan yang berbeda dalam menjalankan tanggungjawabnya terhadap sistem registrasi kematian dan sistem penyebab kematian pada umumnya belum bersinergi dengan cukup baik. Diperlukan upaya peningkatan kerjasama antar badan dan lembaga pemerintahan dalam menjalankan tanggungjawab yang berkaitan dengan sistem registrasi kematian dan penyebab

kematian.

#### **b. Fungsi Sistem Penyebab Kematian**

Format laporan pencatatan kematian yang ada di pusat pelayanan kesehatan belum sama dengan format laporan yang ada di instansi kependudukan seperti kelurahan, kecamatan dan Dukcapil. Format pencatatan kependudukan hanya mencantumkan jumlah yang meninggal sedangkan jenis penyakit penyebab kematian hanya berdasar pengakuan warga (misalnya: sakit tua, kecelakaan). Sedangkan format pencatatan kependudukan kesehatan sudah menggunakan ICD 10. Seharusnya hal ini dikombinasikan. Tugas dan tanggungjawab adminduk mencatat kejadian kematian, sedangkan penulisan penyebab kematian menjadi tanggungjawab dinas kesehatan (puskesmas dan rumah sakit). Dalam format laporan kejadian kematian yang ada di adminduk tercantum penyebab kematian dengan format yang tidak sesuai dengan SKPK. Jalan keluarnya format yang selama ini ada di adminduk sebaiknya disempurnakan, sesuai dengan SKPK. Karena itu setiap masyarakat yang melapor dan meminta surat keterangan kematian wajib melampirkan SKPK. Dengan begitu di samping masyarakat melapor ke kelurahan, masyarakat dengan sendirinya akan melapor ke puskesmas untuk dibuatkan SKPK, apabila meninggal di luar rumah sakit. Apabila meninggal di rumah sakit, SKPK dikeluarkan oleh rumah sakit. Dengan adanya mekanisme kerjasama tersebut dapat memperbaiki cakupan pencatatan penyebab kematian.

Buku ICD yang digunakan masih edisi lama dengan Bahasa Inggris. Dokter adalah penanggungjawab penggunaan ICD. Dinkes penanggungjawab memberikan pelatihan pengkodean ICD namun tenaga pelatih tidak tersedia. Saat ini ICD yang digunakan adalah ringkasan diagnosa pada Piker BPJS. Informasi penyebab kematian merujuk pada SKPK dan penyebab dasar kematian. Belum ada mekanisme tertulis tentang kualitas SKPK.

Kabupaten/kota tidak ada kewajiban dalam membuat SKPK, kecuali Kota Metro. Hal ini menyebabkan tidak ada penyebab kematian yang tercatat dalam kantor catatan sipil. Namun dinkes sudah mengumpulkan data penyebab kematian melalui SKPK yang disediakan oleh dinkes. Petugas kesehatan yang mengisi formulir SKPK. Data penyebab kematian yang dikumpulkan oleh dinkes ditentukan oleh petugas medis di puskesmas dan di rumah sakit. Penyajian penyebab kematian antara puskesmas dan rumah sakit tidak dipisahkan tersendiri.



SKPK yang digunakan telah merujuk standar internasional sesuai dengan yang dianjurkan dalam buku ICD (*Internasional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) baik kematian di rumah sakit maupun di luar rumah sakit. Dalam pengisian SKPK terkadang masih dijumpai dokter yang tidak tahu bagaimana menuliskan surat keterangan penyebab kematian secara benar dan lengkap, termasuk urutan penyebab dan penyebab dasar. Ketidaktahuan dokter untuk mengisi format SKPK sesuai dengan aturan/standar disebabkan tidak tersedia buku saku/brosur/pedoman lainnya untuk dokter sebagai penuntun dalam menentukan penyebab kematian berdasarkan ICD, kecuali dokter yang pernah dilatih oleh Balitbangkes karena ada kegiatan penelitian pengembangan sistem registrasi kematian dan penyebab kematian ini sebelumnya. Masalahnya apabila dokter yang sudah dilatih tersebut pindah (ke luar wilayah kabupaten/kota), melanjutkan pendidikan, selesai masa tugasnya, dokter penggantinya belum paham SKPK, karena memang tidak diajarkan dalam kurikulum pendidikannya. Semua dokter belum dilatih SKPK karena memang masih dalam masa pengembangan sistem, belum masuk ke dalam sistem rutin. Kedepannya diharapkan SKPK masuk kedalam kurikulum kedokteran, baik dalam dalam mata ajar tersendiri, menempel pada mata pelajaran yang sudah ada, atau menempel pada kurikulum pembekalan pre klinik. Bila hal ini dilakukan, apabila sistem ini nantinya sudah menjadi sistem rutin, kendala kekurangan dokter yang paham pengisian SKPK akan bisa diatasi. Kemanapun dokter tersebut ditempatkan, pindah sudah paham SKPK tidak usah menunggu adanya pelatihan.

Pada saat pelatihan Balitbangkes pernah menyediakan buku pedoman membuat SKPK. Namun buku itu tidak tersedia di setiap ruangan. Bila ada pergantian dokter buku dibawa oleh dokter yang terdahulu. Untuk memperbaikinya diperlukan sosialisasi kembali kepada dokter dan menyediakan buku pedoman di setiap ruangan agar dapat dibaca oleh dokter setiap saat. Evaluasi kualitas pengisian SKPK belum pernah dilakukan sehingga tidak diketahui dengan pasti proporsi SKPK yang hanya berisikan satu diagnosis, proporsi SKPK yang berisikan cara kematian sebagai penyebab dasar kematian dan proporsi SKPK yang tidak menuliskan interval waktu penyakit penyebab kematian. Namun dari hasil penyebab kematian diperkirakan 10-20% diagnosis penyebab kematian termasuk kategori "ill defined" atau tidak diketahui penyebab

kematiannya. Hal ini disebabkan disamping menggali informasi berdasarkan AV memang ada beberapa kendala tergantung banyak hal. Antara lain, karakteristik responden dan akses ke sarana kesehatan ketika sakit. Apabila responden berpendidikan tinggi dan paham dan perhatian akan kesehatan lebih gampang mengingat gejala dan tanda almarhum sebelum meninggal. Begitu pula dengan akses ke sarana kesehatan. Apabila almarhum meninggal di rumah sakit atau sering akses ke sarana kesehatan ketika sakit dan catatan rekam mediknya lengkap lebih gampang mendapatkan informasi penyebab kematian. Masalahnya belum semua masyarakat perhatian akan kondisi kesehatannya, dan akses ke sarana kesehatan ketika sakit masih rendah. Dengan adanya BPJS semoga ada peningkatan akses ke sarana kesehatan, yang berarti peningkatan catatan rekam medis.

### Kesimpulan

Masih banyak kendala yang terjadi di setiap simpul-simpul dalam pelaksanaan sistem registrasi kematian dan penyebab kematian. Daerah dengan nilai cukup tinggi adalah Surakarta dan Yogyakarta. Namun nilainya masih masuk dalam katagori sedang atau 65-84 (fungsional tetapi tidak memadai). Rata-rata daerah masih dengan nilai dibawah 50%. Nilai ini menurut kategori penilaian WHO berada pada kelompok lemah/*weak*, yang berarti banyak aspek dari sistem tidak berfungsi dengan baik, dan banyak masalah membutuhkan perhatian.

Hasil *assessment* beberapa daerah mengelompok kedalam empat pola. Kelompok pola pertama, sistem unggul di registrasi kematian tapi masih lemah di penyebab kematian. Kelompok pola kedua kebalikan dari pola pertama, unggul di sistem penyebab kematian. Pola ketiga dan keempat menunjukkan pola yang tidak teratur, beberapa menonjol di sistem registrasi kematian, kurang di penyebab kematian atau sebaliknya. Perbedaan pola ketiga dan keempat pada nilai pencapaian. Pola ketiga nilai pencapaian relatif lebih bagus dibanding pola keempat.

Daerah dengan pola pertama perlu lebih fokus untuk meningkatkan sistem penyebab kematian. Daerah harus lebih memaksimalkan kerja dinas kesehatan dan jajaran ke bawahnya termasuk rumah sakit untuk meningkatkan fungsi sistem penyebab kematian. Daerah dengan pola kedua perlu lebih fokus meningkatkan fungsi sistem registrasi kematian yang menjadi tanggungjawab adminduk dan jajarannya. Daerah dengan pola ketiga dan keempat, dan dijumpai

hampir sebagian besar daerah pengembangan adalah daerah yang unggul dan lemah di sebagian fungsi sistem registrasi kematian, namun juga unggul dan lemah di sebagian fungsi sistem penyebab kematian. Daerah dengan pola tersebut harus berkonsentrasi pada banyak bidang area fungsi sistem.

### Saran

Daerah harus mempunyai perda yang mengatur bagaimana mensinergikan antara adminduk dan jajarannya sebagai penanggungjawab sistem registrasi kematian dengan dinas kesehatan dan jajarannya sebagai penanggungjawab sistem penyebab kematian. Dalam perda tersebut hendaknya tercantum tugas dan tanggungjawab masing-masing lintas sektor terkait, dan tercantum pula untuk pelaporan kejadian kematian hendaknya melampirkan SKPK.

Jangka panjang, untuk mengatasi kekosongan tidak adanya dokter yang sudah dilatih pembuat resume (SKPK puskesmas) karena mutasi, sekolah dan belum dilatih hendaknya penulisan SKPK sesuai ICD-10 masuk ke dalam kurikulum Fakultas Kedokteran. Pelaksanaannya baik berupa kurikulum tersendiri, menempel pada bidang studi yang sudah ada, atau pembekalan dalam pre-klinik perlu pemikiran lebih lanjut.

### Ucapan Terima Kasih

Terimakasih kami ucapkan kepada Pimpinan dan PPI Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat Balitbangkes, Tim COD Pusat & Daerah, dan DR. dr. Soewarta Koesen, MPH.Dr.PH. atas bantuan, bimbingan dan kerjasamanya yang baik. Khusus buat Soeharsono Soemantri, Ph.D, kami ucapkan terimakasih yang sangat mendalam karena beliau sebagai perintis studi IMRSSP.

### Daftar Pustaka

1. HMN, WHO, The UQ Australia. Strengthening civil registration and vital statistics for birth, deaths and cause of death-resource kit; 2012.
2. United Nations Statistics Division. Principles and recommendations for a vital statistics system. Revision 2, Series: M, No.19/Rev.2. New York, United Nations; 2001. Sales No.01.XVI.10. [http://unstats.un.org/unsd/Publication/SeriesM/SeriesM\\_19rev2E.pdf](http://unstats.un.org/unsd/Publication/SeriesM/SeriesM_19rev2E.pdf)
3. Ministry of Home Affairs. Population Law No. 23 of 2006.
4. Balitbangkes, WHO, AUSAID, UQ-Brisbane. Indonesia Mortality Registration System Strengthening Project (IMRSSP) di DKI Jakarta

5. dan Jawa Tengah (Kab. Pekalongan dan Kota Surakarta) pada tahun 2006; 2007.
5. Balitbangkes, WHO. Laporan registrasi kematian dan penyebab kematian di Gorontalo, Jayapura, Lampung, dan Kalimantan Barat tahun 2007 dan 2008; 2008.
6. WHO, Health Information System SPHUQ. Rapid assessment of national civil registration and vital statistics systems; 2010.
7. WHO, Health Information System SPHUQ. Improving the quality and use of birth, death and cause-of-death information; 2010.
8. Kabupaten Padang Pariaman, Perda No 3 tahun 2011.
9. Kabupaten Kupang, Perda Nomor 12 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Administrasi Kependudukan, Peraturan Bupati Nomor 20 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Nomor 12 Tahun 2011.
10. Kota Ambon, Perda Nomor 04 Tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Administrasi Kependudukan.
11. Kabupaten Gianyar, Perda No 7 tahun 2010 tentang retribusi penggantian biaya cetak KTP dan akta catatan sipil.
12. Kota Yogyakarta, Perda No 5 Tahun 2012, tentang Retribusi Jasa Umum Perda No 8 Tahun 2012, tentang Penyelenggaraan Adminduk, Perwal Kota Yogyakarta No 20 Tahun 2012, tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah No 5 tahun 2012, Perwali No 90 Tahun 2012, tentang Juklak Perda No 8 Tahun 2012.
13. Kota Balikpapan, Perda No 9 tahun 2011 dan Perda No. 05 tahun 2012 tentang kebijakan kepala daerah tentang perubahan kebijakan adminduk di Kota Balikpapan, Instruksi Walikota 470 / 0362 / Pem tgl 30 Jan 2013, Surat Edaran Walikota Nomor 470 / 0426 / Pem 13 Feb 2014.
14. Kota Metro, Perda No.05 tahun 2011 tentang penyelenggaraan pendaftaran penduduk dan pencatatan sipil, Perda No.05 tahun 2014 tentang perubahan Perda sebelumnya.
15. World Health Organization, 2005. International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems - Tenth Revision Volume 1: Tabular List. Geneva: World Health Organization, tahun 2005.
16. World Health Organization, 2005. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Tenth Revision Volume 2: Instruction Manual. Geneva: World Health Organization, tahun 2005
17. World Health Organization, 2005. International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems - Tenth Revision Volume 3: Alphabetic Index. Geneva: World Health Organization, tahun 2005.