

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Saat ini di Indonesia terdapat 237,6 juta jiwa dengan laju pertumbuhan penduduk sebesar 1,49 persen yang siap dilayani oleh 2000 rumah sakit dan sekitar 30 ribu puskesmas. Tenaga kesehatan yang melayani pasien akan menghasilkan berbagai data dan informasi seputar kesehatan. Bila saja data dan informasi itu diolah dengan benar dan tepat, seharusnya Indonesia mempunyai data status kesehatan yang dapat diandalkan. WHO (2011) masih menyatakan bahwa masalah data dan informasi pada negara berkembang, termasuk Indonesia belum dapat menunjukkan status kesehatan penduduk dengan benar. Antara jumlah tenaga kesehatan yang siap membantu rumah sakit maupun puskesmas dibandingkan dengan tenaga pengolah data dan informasi, termasuk praktisi manajemen informasi kesehatan atau yang dalam paradigma lama dikenal sebagai praktisi rekam medis, belum mampu melaksanakan tugasnya dengan maksimal. Salah satu penyebabnya dikarenakan kurangnya pengetahuan, ketrampilan praktisi dalam memberi kode sesuai tabel klasifikasi penyakit (morbiditas) rumah sakit (Hatta, 2012).

Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 377/MenKes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan informasi Kesehatan menyatakan bahwa salah satu atau kompetensi yang harus dimiliki oleh perekam medis adalah klasifikasi dan kodefikasi penyakit, masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis. Selama beberapa tahun, penggunaan

prosedur dan istilah penyakit yang berbeda-beda mengakibatkan pengumpulan dan pengolahan data morbiditas dan mortalitas menjadi tidak akurat. Sebagai usaha untuk mengorganisasikan dan menstandarkan bahasa medis, para ahli penyelenggara kesehatan berhasil mengembangkan nomenklatur penyakit, sistem klasifikasi penyakit, dan perbendaharaan istilah medis klinis.

Sistem klasifikasi penyakit merupakan pengelompokan penyakit-penyakit yang sejenis ke dalam satu grup nomor kode penyakit sejenis sesuai dengan *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem* revisi 10 (ICD-10) untuk istilah penyakit dan masalah yang berkaitan dengan kesehatan, dan *International Classification of Disease Clinical Modification* revisi kesembilan (ICD-9CM) untuk prosedur/tindakan medis yang merupakan klasifikasi komprehensif (Kasim,2011).

Kegiatan mengkode adalah mengklasifikasikan data dan menetapkannya untuk mewakili data tersebut. Dengan kata lain pengkodean adalah merupakan pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data (Sugiarsi, 2012).

Praktisi medis yang bertanggung jawab atas pelayanan kesehatan akan menunjuk kondisi utama yang akan diberi kode, dan secara normal kondisi ini diterima sebagai subyek yang akan diberi kode sesuai aturan-aturan morbiditas dan catatan khusus masing-masing bab dalam ICD-10. Pada beberapa kondisi tertentu, adanya informasi lain menunjukkan indikasi bahwa praktisi medis tersebut tidak mengikuti prosedur dengan benar. Bila tidak memungkinkan untuk mendapatkan klarifikasi dari praktisi medis terkait,

salah satu aturan reSeleksi berikut ini dapat digunakan sebagai pedoman untuk melakukan seleksi ulang (reSeleksi) kondisi utama yang akan dikode, meskipun tanpa merubah penulisan diagnosis. Hal ini penting dilakukan agar kode terpilih benar-benar dapat mewakili gambaran informasi diagnostik yang terkandung dalam dokumen (Kresnowati, 2012).

Masalah yang dihadapi oleh perekam medis khususnya petugas coding harus bisa menentukan ketepatan terminologi medis dan keakuratan kode diagnosis penyakit sesuai dengan petunjuk dan peraturan pada pedoman buku ICD -10 yang berlaku. Hasil pengkodean diagnosis akan dapat memudahkan pencatatan, pengumpulan data dan pengambilan kembali informasi sesuai dengan diagnosis ataupun tindakan medis operasi yang diperlukan (*medical terms*). Hasil pengkodean juga akan memudahkan entry data ke database komputer yang tersedia karena satu kode bisa mewakili beberapa terminologi yang digunakan para dokter.

Menurut Sudra,2008 pemahaman petugas tentang bahasa terminologi medis dan beban kerja dapat mempengaruhi keakuratan kode. Beban kerja tersebut terlihat dari jumlah berkas rekam medis pasien yang telah dikode setelah mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit per hari. Menetapkan kode diagnosis pasien rawat jalan yang akurat juga perlu diperhatikan informasi tambahan seperti jenis kelamin,umur,kehamilan,riwayat penyakit,komplikasi,hasil pemeriksaan lembar konsultasi.

Berdasarkan studi pendahuluan di Instalasi Rekam Medis RSJ Grhasia DIY terhadap 38 sampel berkas rekam medis menunjukkan bahwa pada lembar rekam medis CM-RM 04 (Rencana Pengelolaan Catatan Perkembangan Medis Pasien Klinik Gigi).Permasalahan yang terjadi, diantaranya kolom isian diagnosis penyakit gigi tertulis: Luxasi,di kode oleh petugas *coding* S03.2, sedangkan pernyataan praktisi medis yang bertanggung jawab atas pelayanan kesehatan: luxasi masuk kelompok *coding* dengan huruf Kyaitu K05.5, disini terdapat masalah yang menjadikan kurangnya pemahaman antara petugas *coding* dengan pemberi pelayanan , kesalahan dalam pemilihan terminologi medis sekitar 10 % yang mengakibatkan kode diagnosis tidak akurat. K05.5 other periodontal diseases, S03.2 dislocation of tooth (WHO,2008).

Petugas *coding* dalam pelaksanaannya masih dalam batas mengumpulkan hasil *coding* untuk data pelaporan di instalasi rekam medik, belum melalui proses konfirmasi hasil *coding* dengan pemberi pelayanan klinik gigi. Yang selama ini terjadi, pemberi pelayanan klinik gigi dalam penulisan penegakan diagnosis akan diberi kode oleh petugas *coding* hanya satu kode saja, jadi belum tahu kalau ada satu diagnosis penyakit gigi akan *tercoding* 2 atau 3.

Luxasi di kode S03.2 *dislocation of tooth* masuk kelompok =dislokasi, terkilir,teregang dan daerah badan multipel. Data pendukung dalam *coding* menggunakan ICD-10 sesuai peraturan yang berlaku. Petugas *coding* dalam melaksanakan tugas mengerjakan beban kerja *coding* mulai dari meng*coding*

diagnosis penyakit spesialis anak jumlah 1079,spesialis penyakit kulit kelamin jumlah 631,spesialis penyakit saraf jumlah 787,spesialis penyakit dalam 1054,spesialis penyakit gigi dan mulut 1543, klinik umum 1521, dan IGD nonjiwa 753 yang dalam kurun waktu tahun 2012. Jumlah yang harus di coding 7368 berkas rekam medis.waktu kerja tersedia 263 hari kerja, untuk perhari yang di coding ada 29 berkas rekam medis.

Beban kerja yang dimaksud dalam hal ini,berkas rekam medis penyakit gigi yang sudah diberi kode oleh petugas *coding* dalam jumlah satu tahun. Pelaksanaan *coding*,ada satu petugas *coding* yang juga mengikuti jadwal jaga shift,menjadikan *coding* dikerjakan dengan print out data kunjungan pasien masing masing klinik serta mengisi data diagnosis penyakitnya dari buku register kunjungan klinik. Apabila memerlukan berkas rekam medisnya maka petugas *coding* mengambil mencocokkan nomor rekam medis pasien dan memerlukan data pendukung yang ada dalam berkas tersebut.

Berkas rekam medis yang sudah dikembalikan ke instalasi rekam medik oleh pemberi pelayanan dalam melayani pengobatan gigi dan mulut dengan memperhatikan penegakan diagnosa penyakit kemudian diberi tindakan oleh pemberi pelayanan klinik gigi. Penegakan diagnosa oleh dokter yang tertulis diberkas rekam medis pasien,dalam satu buah gigi bisa diberi kode diagnosis oleh petugas *coding* lebih dari satu kode diagnosis gigi serta bisa saja jaringan sekitar gigi/mulut diberi kode karena ada pengaruh dari penegakan diagnosis tersebut. Hal ini yang bisa menyebabkan belum sesuai dengan kode diagnosis gigi dalam pemilihan tindakan gigi oleh pemberi

pelayanan. Satu kode diagnosis penyakit gigi tidak akurat, akan menyebabkan berbeda pula tujuan pelayanan tindakan gigi oleh pemberi pelayanan. Dari segi kepentingan keperluan tindakan akan mempengaruhi tarif tindakan gigi rumah sakit dan untuk keperluan data morbiditas rumah sakit akan terjadi data yang kurang valid.

Berdasarkan permasalahan tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Pengaruh Beban Kerja *Coder* dan Ketepatan Terminologi Medis Terhadap Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Gigi di RSJ Grhasia DIY Tahun 2012”.

B. Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh beban kerja *coder* dan ketepatan terminologi medis terhadap keakuratan kode diagnosis penyakit gigi di RSJ Grhasia DIY tahun 2012?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui proses pengkodean diagnosis pada penyakit gigi di instalasi rekam medik RSJ Grhasia DIY tahun 2012.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui beban kerja petugas *coder* di RSJ Grhasia tahun 2012.
- b. Mengetahui ketepatan terminologi medis di RSJ Grhasia tahun 2012.
- c. Mengetahui pengaruh beban kerja *coder* terhadap ketepatan terminologi medis di RSJ Grhasia DIY tahun 2012.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Rumah Sakit

Manfaat penelitian ini bagi rumah sakit dapat memberikan kontribusi berupa *feedback* (umpan balik) dalam menyikapi masalah beban kerja *coder* dan ketepatan terminologi medis yang dapat mempengaruhi keakuratan kode diagnosis penyakit.

2. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat penelitian ini bagi institusi pendidikan yaitu dapat menjadi sumber pembelajaran dan sebagai bahan referensi bagi proses pembelajaran ilmu manajemen informasi kesehatan.

3. Manfaat Bagi Peneliti Lain

Manfaat penelitian ini bagi peneliti lain adalah dapat membuka wawasan berpikir dan menambah pengetahuan penulis, serta dapat mengaplikasikannya di tempat kerja.

E. Keaslian Penelitian

Menurut hasil penelitian terdahulu (Putri,2011)dengan judul “Hubungan Beban Kerja *Coder* dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pasien Rawat Inap berdasarkan ICD-10 Di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2011”,Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan beban kerja *coder* dengan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap berdasarkan ICD-10 di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta tahun 2011. Metode penelitian menggunakan observasional analitik dengan rancangan penelitian menggunakan pendekatan

time series (data rentetan waktu). Objek penelitian pada penelitian ini adalah berkas rekam medis pasien rawat inap yang telah diberi kode diagnosis oleh seorang *coder*. Sedangkan proses analisis menggunakan *PearsonProduct Moment* (r) pada aplikasi program SPSS versi 15. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara beban kerja *coder* dengan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap, dengan hasil analisis nilai $p = 0,479$ ($p > 0,05$).

Menurut hasil penelitian yang dipakai untuk lomba call paper pada seminar rekam medik Tahun 2012 UGM di Yogyakarta, judul “Pengaruh beban kerja *coder* dan ketepatan terminologi medis terhadap keakuratan kode diagnosis utama penyakit di RSUD Sukoharjo tahun 2012” (Sugiarsi,2012), penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh beban kerja *coder* dan ketepatan terminologi medis terhadap keakuratan kode diagnosa utama. Metode: Rancangan penelitian adalah observasional analitik dengan pendekatan *time series*. Objek penelitian adalah dokumen rekam medis. Metode pengumpulan data adalah observasional dan wawancara. Variabel bebas: beban kerja dan ketepatan penentuan kode diagnosis, sedangkan variabel terikatnya adalah keakuratan kode diagnosis penyakit. Analisis data menggunakan regresi linier berganda. Hasil dan pembahasan: secara bersama-sama terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel beban kerja dan ketepatan Terminologi Medis terhadap keakuratan kode diagnosis pada nilai $p = 0,001$. Nilai $R^2 = 0,537$, berarti variabel beban kerja dan ketepatan kode diagnosis utama mempunyai kontribusi sebesar 53,7% terhadap keakuratan

kode diagnosis utama. Beban kerja *coder* yang melebihi standar (35 DRM) per hari, penggunaan terminologi medis tepat dan penetapan kode akurat kurang dari 70%. Dan sebaliknya beban kerja *coder* yang kurang dari 36 DRM, penggunaan terminologi medis tepat dan penetapan kode diagnosis utama akurat lebih dari 75%.