

**PENGARUH BEBAN KERJA CODER DAN KETEPATAN
TERMINOLOGI MEDIS TERHADAP KEAKURATAN KODE
DIAGNOSIS PENYAKIT GIGI DI RSJ GRHASIA DIY TAHUN 2012**

NASKAH PUBLIKASI



**Skripsi Ini Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh Ijazah
S1 Kesehatan Masyarakat**

Disusun Oleh :

**NING RIYANTI
J410111032**

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2013**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

Jln. A. Yani Tromol Pos I- Pabelan, Kartasuraa Tlp. (0271) 717417, Fax :7155448
Surakarta 57102

Website: <http://www.ums.ac.id> Email: ums@ums.ac.id

Surat Persetujuan Artikel Publikasi Ilmiah

Yang bertanda tangan di bawah ini pembimbing skripsi/ tugas akhir :

Nama : Ibnu Mardyoko, SKM, MM

Telah membaca dan meringkas artikel publikasi ilmiah yang merupakan ringkasan skripsi (tugas akhir) dari mahasiswa

Nama : Ning Riyanti

NIM : J 410 111 032

Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Judul Skripsi : **PENGARUH BEBAN KERJA CODER DAN
KETEPATAN TERMINOLOGI MEDIS
TERHADAP KEAKURATAN KODE DIAGNOSIS
PENYAKIT GIGI DI RSJ GRHASIA DIY TAHUN
2012**

Naskah artikel tersebut, layak dan dapat disetujui untuk dipublikasikan. Demikian persetujuan dibuat, semoga dapat dipergunakan seperlunya.

Surakarta, Juni 2013

Pembimbing


Ibnu Mardyoko, SKM, MM

ABSTRAK

NING RIYANTI J410111032

PENGARUH BEBAN KERJA CODER DAN KETEPATAN TERMINOLOGI MEDIS TERHADAP KEAKURATAN KODE DIAGNOSIS PENYAKIT GIGI DI RSJ GRHASIA DIY TAHUN 2012

xiii+49+18

Pelaksanaan petugas *coding* masih dalam batas mengumpulkan hasil *coding* untuk data pelaporan, belum dikonfirmasi hasil *coding* dengan pemberi pelayanan. Luxasi masuk kelompok *coding* dengan huruf K yaitu K 05.5, 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. Tujuan penelitian: mengetahui pengaruh beban kerja *coder* terhadap ketepatan terminologi medis di RSJ Grhasia DIY tahun 2012. Rancangan penelitian menggunakan pendekatan *time series*. Objek penelitian: DRM pasien gigi. Subjek: petugas *coding*. Sampel: total sampel 1543 DRM. Analisis analitik: uji normalitas datadengan uji *Kolmogorov smirnov* dengan bantuan program komputer SPSS (*Statistical Package for Social Science*) for *windows* dan regresi linier ganda, rumus: $Y = a + b_1X_1 + b_2X_2$. Hasil penelitian: Rata-rata waktu untuk mengkode satu DRM = 14 menit. Standar beban kerja seorang *coder* perhari 30 DRM. Terdapat pengaruh variabel beban kerja *coder* dan ketepatan terminologi medis terhadap keakuratan kode diagnosis penyakit gigi pada nilai $p=0,006 (<0,05)$. Kode yang tidak akurat 21,1 %.

Kata kunci: beban kerja *coder*, berkas rekam medis, terminology medis.

kepuustakaan: 19,1997-2012

PENDAHULUAN

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 kodifikasi 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 (Sugiyarsi, 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 data base 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 dan 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 K yaitu 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 ter*coding* 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 di berkas 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”.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian observasional analitik yaitu mengobservasi beban kerja *coder* dan ketepatan terminologi medis terhadap keakuratan kode diagnosis penyakit serta menguji hipotesis pengaruh kausal

antara variabel bebas yaitu beban kerja *coder* dan ketepatan terminologi medis. variabel terikat yaitu keakuratan kode diagnosis penyakit gigi.

Rancangan penelitian menggunakan pendekatan *time series* (data rentetan waktu). Pada penelitian ini, semua data tiap variabel diambil dari waktu ke waktu/secara *time series* yaituurut waktu selama satu bulan. Data variabel bebas berupa data berapa jumlah berkas rekam medis yang diberi kode diagnosis penyakit diambil bersamaan dengan pengambilan data keakuratan kode yaitu berapa jumlah kode diagnosis yang diberikan dengan akurat sesuai dengan ICD-10.

Objek penelitian ini adalah berkas rekam medis pasien rawat jalan klinik gigi yang selesai perawatan dan telah dikembalikan dengan lengkap ke instalasi rekam medik RSJ Grhasia DIY serta telah diberi kode diagnosis oleh *coder* . Subjek penelitian ini adalah petugas *coding* diagnosa penyakit gigi di instalasi rekam medik RSJ Grhasia DIY.

1. Populasi

Menurut (Notoadmojo, 2008) populasi adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang diteliti. Penelitian ini direncanakan mengambil populasi seluruh berkas rekam medis klinik gigi pada bulan Januari sampai dengan Desember tahun 2012.

2. Sampel

Teknik penentuan besar sampel yaitu dengan metode total sampel, seluruh berkas rekam medis yang sudah diberi kode diagnosis penyakit gigi tahun 2012. Jumlah berkas rekam medis ada 1543.

Penelitian ini dilakukan selama empat minggu mulai Bulan Februari 2013, di bagian *coding* Instalasi Rekam Medis RSJ Grhasia DIY.

Variabel Penelitian

1. Variabel Bebas: beban kerja *coder* dan ketepatan terminologi medis
2. Variabel Terikat: keakuratan kode diagnosis penyakit.

Definisi Operasional Variabel

1. Beban kerja coder adalah jumlah berkas rekam medis pasien rawat jalan klinik gigi yang dikembalikan ke Instalasi Rekam Medis dari klinik perawatan yang telah diberi kode oleh *coder*.
2. Ketepatan terminologi medis yaitu dapat membaca dan mengerti istilah medis dengan meningkatkan kemampuan pengolahan data medis. Mencakup mampu mengeja, menghafal, menulis, menyalin, mentranskrip dengan tepat dan benar, agar mampu menjamin bahwa data medis yang terkumpul dan tersimpan tepat waktu dan akurat.

Keakuratan Kode Diagnosis adalah persentase jumlah kode diagnosis penyakit yang tepat, benar, dan akurat yang ditentukan dan dituliskan oleh *coder* di berkas rekam medis pasien gigi per hari. Pengukuran data dilakukan menghitung persentase jumlah kode diagnosis penyakit gigi yang benar, yaitu membagi jumlah kode diagnosis yang benar dengan jumlah seluruh diagnosis yang dikode oleh *coder* per hari dikalikan dengan 100%. Skala data yang digunakan adalah skala interval.

Untuk keperluan analisis deskriptif, keakuratan kode diagnosis digolongkan menjadi dua, yaitu:

- a. Akurat, bila diagnosis penyakit yang tertulis diberi code diagnosis penyakit telah tepat terminologi medis dan akurat kode diagnosis sesuai peraturan yang berlaku dalam mengerjakan coding.
- b. Tidak akurat, bila diagnosis penyakit yang tertulis diberi code diagnosis penyakit tidak tepat terminologi medis maupun tidak akurat kode diagnosis penyakit dalam mengerjakan *coding* dengan peraturan yang berlaku.

Pengumpulan Data

1. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah dengan observasi dan studi dokumentasi. Data yang diperoleh dari observasi adalah data beban kerja *coder* dan ketepatan terminologi medis berupa jumlah berkas rekam medis dan data keakuratan kode berupa jumlah kode diagnosis yang benar. Sedangkan studi dokumentasi dengan menganalisis isi berkas rekam

medis pasien rawat jalan klinik gigi yang diperlukan untuk menentukan kode penyakit dengan benar.

2. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data pada penelitian ini adalah lembar observasi untuk mencatat jumlah berkas rekam medis klinik gigi yang diberi kode setiap harinya sebagai data beban kerja dan jumlah kode yang benar untuk data keakuratan kode diagnosis.

Pengolahan Data

1. *Editing* yaitu peneliti memeriksa ulang jumlah berkas rekam medis per hari dan total berkas rekam medis yang diteliti selama satu bulan, serta memeriksa ulang jumlah diagnosis dan jumlah kode baik kode yang benar maupun kode yang salah setiap harinya dan total keseluruhannya.
2. *Coding* yaitu memberi kode pada data diagnosis yang benar per hari dan dikelompokkan bersama-sama dengan kode diagnosis yang benar. Begitu juga dengan kode diagnosis yang salah, diberi kode per hari dan dikelompokkan bersama-sama dengan kode diagnosis yang salah pula.
3. *Entry data* yaitu memasukkan data ke dalam komputer untuk selanjutnya dilakukan analisis.

Tabulating adalah kegiatan mengolah data dengan membuat tabel-tabel yang dapat memberikan gambaran statistik, yaitu memasukkan data jumlah berkas rekam medis yang diberi kode per harinya berupa variabel bebas yaitu beban kerja, dan data variabel terikat berupa jumlah kode diagnosis yang benar.

Analisis Data

1. Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif adalah suatu teknik untuk mendeskripsikan / memaparkan gejala hasil penelitian. Analisis ini bertujuan untuk mendeskripsikan variabel beban kerja *coder* dan ketepatan terminologi medis terhadap variabel keakuratan kode diagnosis.

2. Analisis Analitik

Sebelum dilakukan analisis analitik, perlu dilakukan uji normalitas data terlebih dahulu. Uji normalitas data bertujuan untuk mendeteksi distribusi

data dalam suatu variabel yang akan digunakan dalam penelitian. Uji normalitas data pada penelitian ini dilakukan dengan uji *Kolmogorov smirnov* dengan bantuan program komputer SPSS (*Statistical Package for Social Science*) for windows.

Analisis analitik untuk menguji pengaruh variabel bebas dengan variabel terikat dilakukan dengan analisis regresi linier ganda, dengan rumus sebagai berikut:

$$Y = a + b_1X_1 + b_2X_2$$

Keterangan:

- Y = Keakuratan kode diagnosis
- a = Nilai konstanta
- b = Nilai koefisien dari variabel bebas
- X₁ = Beban kerja
- X₂ = Ketepatan terminology medis

HASIL DAN PEMBAHASAN

HASIL

Deskriptif statistik beban kerja coder dan ketepatan terminology medis dan keakuratan kode diagnosis penyakit gigi

Tabel 1. Deskriptif Statistik Beban Kerja Coder dan Ketepatan Terminologi Medis dan Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Gigi

	N	Mean
Beban Kerja (DRM)	33	46.79
Ketepatan Terminologi Medis	33	84.433
Keakuratan Kode	33	79.476

Tabel 1 menunjukkan bahwa beban kerja coder (jumlah DRM yang terkode) rata-rata setiap jam kerja efektif selama 33 hari adalah 47 DRM. Penggunaan terminology medis yang tepat terdapat pada 84 DRM. Kode diagnosis

utama yang akurat rata-rata terdapat pada 79 DRM. Waktu kerja tersedia 263 hari kerja / tahun x 7 jam perhari = 1841 jam kerja pertahun. Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk mengerjakan / mengkode satu DRM adalah 18 menit. Hari kerja dalam 1 tahun adalah 263 hari, untuk satu hari kerja efektif 7 jam maka standar beban kerja seorang *coder* untuk *encoding* diagnose penyakit gigi perhari adalah $420 / 18 = 23$ DRM.

Tabel 2. Terminologi Medis dan Kode Diagnosis Penyakit Gigi yang Tidak Akurat

NO URUT	DIAGNOSIS	TERMINOLOGI MEDIS	KODE TDK AKURAT	KODE AKURAT		
				VOL 3	VOL 1	KODE AKHIR
1	Periodontitis	Periodontitis	K05.2	K05.3	K05.3	K05.3
	Periodontitis	Periodontitis	K05.3	K05.3	K05.3	K05.3
2	Gangrene pulpa	Gangrene	K04.0	K04.1	K04.1	K04.1
	Pulpitis	Pulpitis	K04.0	K04.0	K04.0	K04.0
3	Periodontitis	Periodontitis	K05.3	K05.3	K05.3	K05.3
	Gangrene pulpa	Gangrene	K04.1	K04.1	K04.1	K04.1
4	Periodontitis	Periodontitis	K05.3	K05.3	K05.3	K05.3
	Gangrene pulpa	Gangrene	K04.1	K04.1	K04.1	K04.1
5	Caries	Caries	K02.1	K02.9	K02.9	K02.9
	Periodontitis	Periodontitis	K05.3	K05.3	K05.3	K05.3
6	Gangrene pulpa	Gangrene	K04.1	K04.1	K04.1	K04.1
	Periodontitis	Periodontitis	K05.3	K05.3	K05.3	K05.3
7	Gangrene pulpa	Gangrene	K04.1	K04.1	K04.1	K04.1
	Periodontitis	Periodontitis	K05.3	K05.3	K05.3	K05.3
8	Gangrene pulpa	Gangrene	K04.1	K04.1	K04.1	K04.1
	Periodontitis	Periodontitis	K05.2	K05.3	K05.3	K05.3
9	Periodontitis	Periodontitis	K05.2	K05.3	K05.3	K05.3
	Periodontitis karena Gangrene pulpa	Periodontitis Gangrene	K05.3	K04.1	K04.1	K04.1
10	Periodontitis	Periodontitis	K05.2	K05.3	K05.3	K05.3
	Periodontitis karena Gangrene pulpa	Periodontitis Gangrene	K05.3	K04.1	K04.1	K04.1
11	Periodontitis	Periodontitis	K05.2	K05.3	K05.3	K05.3
	Periodontitis karena Gangrene pulpa	Periodontitis Gangrene	K05.3	K04.1	K04.1	K04.1
12	Caries Profunda	Caries	K02.1	K02.9	K02.8	K02.8
	Periodontitis	Periodontitis	K05.2	K05.3	K05.3	K05.3
13	Caries Profunda	Caries	K04.0	K02.9	K02.8	K02.8
	Pulpitis	Pulpitis	K04.0	K04.0	K04.0	K04.0

NO URUT	DIAGNOSIS	TERMINOLOGI MEDIS	KODE TDK AKURAT	KODE AKURAT		
				VOL 3	VOL 1	KODE AKHIR
15	Periodontitis karena Gangrene pulpa	Periodontitis Gangrene	K05.3	K05.3 K04.1	K05.3 K04.1	K05.3 K04.1
16	Caries media	Caries	Z01.2	K02.9	K02.1	K02.1
	Devitalized pulpa	Devitalized tooth	K04.9	K04.9	K04.9	K04.9
17	Periodontitis karena Gangrene pulpa	Periodontitis Gangrene	K05.3	K05.3 K04.1	K05.3 K04.1	K05.3 K04.1
18	Periodontitis Gangrene pulpa	Periodontitis Gangrene	K05.3	K05.3 K04.1	K05.3 K04.1	K05.3 K04.1
19	Caries media	Caries	Z01.2	K02.9	K02.1	K02.1
20	Periodontitis Gangrene pulpa	Periodontitis Gangrene	K05.3	K05.3 K04.1	K05.3 K04.1	K05.3 K04.1
21	Periodontitis Karies HP	Periodontitis Caries	K05.2 K02.1	K05.3 K02.1	K05.3 K02.1	K05.3 K02.1
22	Periodontitis Gangrene pulpa	Periodontitis Gangrene	K05.3	K05.3 K04.1	K05.3 K04.1	K05.3 K04.1
23	Periodontitis Gangrene pulpa	Periodontitis Gangrene	K05.3	K05.3 K04.1	K05.3 K04.1	K05.3 K04.1
	Devitalized pulpa	Devitalized tooth	K04.9	K04.9	K04.9	K04.9
24	Periodontitis karena Gangrene pulpa	Periodontitis Gangrene	K05.3	K05.3 K04.1	K05.3 K04.1	K05.3 K04.1
25	Periodontitis	Periodontitis	K05.2	K05.3	K05.3	K05.3

Data penelitian selengkapnya terlampir

Tabel 2 menunjukkan kode tidak akurat disebabkan antara lain adalah kesalahan dalam menentukan bahasa terminologi medis dari diagnose dokter. Hasil prosentase keakuratan kode diagnosis terhadap 1543 berkas rekam medis yang dikode menyebutkan bahwa jumlah kode yang dikatakan akurat sebanyak 1218 kode (78,9%), dan tidak akurat sebanyak 325 kode (21,1%).

Untuk No. urut 1 diagnosis periodontitis dalam pemilihan bahasa terminology medis yaitu periodontitis. Petugas *Coding* pada waktu mengkode sudah masuk pada kelompok bahasa terminology medis akan tetapi pada

penelusuran selanjutnya ada kesalahan pengambilan kode akhir, misalnya periodontitis kode tidak akurat K05.2 yang benar kode akhir K05.3, untuk No. 2 diagnosis periodontitis gangrene pulpa pulpitis dalam bahasa terminology medis sudah benar akan tetapi kode tidak akurat karena hanya ada 2 kode saja yaitu periodontitis K05.3 pulpitis K04.0 sedangkan gangrene tidak diberi kode oleh petugas *Coding* untuk gangrene yang seharusnya ada kode akhir K04.1. Kasus no. 30 luxasi sudah benar bahasa terminology medisnya yaitu *luxation* dan sudah benar kategori kodenya tetapi tidak ada penelusuran selanjutnya maka kode tidak akurat S03.6, dan yang akurat adalah S03.2.

Tabel 3. Terminologi Medis yang Tepat dan Kode Diagnosis Penyakit Gigi yang Akurat

N O	DIAGNOSIS	TERMINOLOGI MEDIS	KODE ICD 10		KODE AKHIR
			VOL 3	VOL 1	
1	Pulpitis	Pulpitis	K04.0	K04.0	K04.0
	Devitalized pulpa	devitalized tooth	K04.9	K04.9	K04.9
2	Caries	Caries	K02.9	K02.9	K02.9
3	Impacted	Impacted	K01.1	K01.1	K01.1
4	Abscess gingival	Abscess	K04.7	K04.7	K05.7
5	Gangrene pulpa	Gangrene	K04.1	K04.1	K04.1
6	Gangrene pulpa	Gangrene	K04.1	K04.1	K04.1
7	Kalkulus	Calculus	K03.6	K03.6	K03.6
8	Gangrene	Gangrene	K04.1	K04.1	K04.1
9	Gangrene	Gangrene	K04.1	K04.1	K04.1
10	Impacted	Impacted	K01.1	K01.1	K01.1
11	Post operasi dental	Examination	Z01.2	Z01.2	Z01.2
12	Gangrene	Gangrene	K04.1	K04.1	K04.1
13	Kalkulus	Calculus	K03.6	K03.6	K03.6
14	Post Exo	Examination	Z01.2	Z01.2	Z01.2

Tabel 3 menunjukkan hasil akurat karena petugas *coder* memperhatikan informasi pendukung yang terdapat dalam dokumen rekam medis pasien. Prosentase keakuratan kode diagnosis terhadap 1543 berkas rekam medis

yang dikode menyebutkan bahwa jumlah kode yang dikatakan akurat sebanyak 1218 kode (78,9%), dan tidak akurat sebanyak 325 kode (21,1%).

Untuk hasil kode tidak akurat maka bahwasanya dalam menetapkan kode diagnosis penyakit gigi selain memperhatikan penggunaan terminology medis dari suatu diagnose penyakit (*coder* harus memperhatikan informasi pendukung yang terdapat dalam dokumen rekam medis pasien). Hal ini terlihat dalam pembahasan kasus no. 14 dan no. 11 yaitu post Exo dan post operasi dental.

Tabel 4. Deskripsi Ketepatan Pemilihan Terminologi Medis (TM) dan Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Gigi

Hari ke	Beban Kerja (DRM)	Persentase Ketepatan TM		Keakuratan Kode	
		Tepat (%)	Tidak Tepat (%)	Akurat (%)	Tidak Akurat (%)
1	48	89,6	10,4	85,4	14,6
2	43	88,4	11,6	76,7	23,3
3	46	78,3	21,7	73,9	26,1
4	46	87	13	80,4	19,6
5	47	83	17	76,6	23,4
6	48	77,1	22,9	75	25
7	46	78,3	21,7	78,3	21,7
8	40	80	20	77,5	22,5
9	43	83,7	16,3	74,4	25,6
10	49	87,8	12,2	85,7	14,3
11	47	85,1	14,9	80,9	19,1
12	47	85,1	14,9	85,1	14,9
13	46	80,4	19,6	78,3	21,7
14	47	78,7	21,3	78,7	21,3
15	49	83,7	16,3	81,6	18,4
16	49	85,7	14,3	79,6	20,4
17	49	83,3	16,7	83,3	16,7
18	46	89,1	10,9	86,9	13,1
19	48	79,2	20,8	79,2	20,8
20	47	83	17	74,5	25,5
21	46	82,6	17,4	78,3	21,7
22	49	87,8	12,2	87,8	12,2

Hari ke	Beban Kerja (DRM)	Persentase Ketepatan TM		Keakuratan Kode	
		Tepat (%)	Tidak Tepat (%)	Akurat (%)	Tidak Akurat (%)
23	48	89,6	10,4	83,3	16,7
24	49	85,7	14,3	77,6	22,4
25	43	88,4	11,6	81,6	18,6
26	47	91,5	8,5	76,6	23,4
27	47	87,2	12,8	85,1	14,9
28	46	86,9	13,1	78,3	21,7
29	49	85,7	14,3	81,6	18,4
30	47	80,9	19,1	78,7	21,3
31	47	87,2	12,8	74,5	25,5
32	48	83,3	16,7	77,1	22,9
33	47	83	17	70,2	29,8

Tabel 4 menunjukkan bahwa beban kerja coder yang melebihi standar (lebih dari 47 DRM) perhari mampu menggunakan / memilih terminologi medis dengan tepat dan menetapkan kode dengan akurat cenderung kurang dari 90 % dan sebaliknya beban kerja coder yang kurang dari 47 DRM cenderung mampu menggunakan terminologi medis dengan tepat dan menetapkan kode diagnosis penyakit gigi dengan akurat lebih dari 90%.

Pada hasil prosentase penelitian 1543 DRM terdapat:

Prosentase ketepatan terminology medis minimum pada angka 77,1% dan maksimum pada angka 91,5%.

3. Prosentase penelitian 1543DRM terdapat prosentase ketidaktepatan terminology medis minimum pada angka 8,5% dan maksimum pada angka 22,9%.
4. Prosentase penelitian 1543DRM terdapat prosentase keakuratan kode minimum pada angka 70,2% dan maksimum pada angka 87,8%.

5. Prosentase penelitian 1543DRM terdapat prosentase tidak akurat kode minimum pada angka 12,2% dan maksimum pada angka 29,8%.

Uji Persyaratan

Tabel 5. Uji Normalitas, Linearitas, Multicolinieritas

Uji Normalitas	Nilai Probabilitas	Keterangan
Beban Kerja	0,061	Berdistribusi normal
Ketepatan TM	0,869	Berdistribusi normal
Keakuratan	0,740	Berdistribusi normal
Uji Multicolinieritas	Nilai Value of Inflation Factor	
Beban Kerja	1,010	Tidak ada multicolinieritas
Ketepatan TM	1,010	Tidak ada multicolinieritas
Uji Linieritas	Nilai Durbin Watson	
	1,820	Linier

Tabel 5 menunjukkan bahwa semua persyaratan analisis regresi linier ganda terpenuhi. Hasil uji normalitas pada semua variabel nilai *Probabilitas* lebih dari 0,05 sehingga data berdistribusi normal. Nilai *Value on Inflation Vector* lebih dari 10 berarti tidak ada hubungan antar variabel bebas. Pada uji normalitas, linearitas, *multicolinieritas* menunjukkan bahwa semua persyaratan analisis regresi linier ganda terpenuhi dan data berdistribusi normal yaitu nilai signifikansi untuk: beban kerja 0,061 berdistribusi normal, ketepatan TM 0,869 berdistribusi normal, keakuratan 0,740 berdistribusi normal. Pada uji *multicolinieritas* nilai *Value on Inflation Vector* kurang dari 5 berarti tidak ada hubungan antar variabel bebas, yaitu nilai untuk uji *multicolinieritas* : beban kerja 1,010 tidak ada *multicolinieritas*, ketepatan TM 1,010 tidak ada *multicolinieritas*. Artinya *Value on Inflation Vector* kurang dari nilai 5

Tabel 6. Uji Hipotesis

Variabel	B	Nilai P	Hasil Pengujian	Adjusted R ² .
Beban Kerja (X ₁)	0,523	0,006	Ho ditolak	0,240
Ketepatan TM (X ₂)	0,492		Ho ditolak	
Konstanta	13,444			
Persamaan Regresi	Y = 13,444 + 0,523X₁ + 0,492X₂.			

Pada tabel 6 uji hipotesis menunjukkan bahwa secara parsial beban kerja terhadap keakuratan kode diagnosis pada nilai P = 0,108 lebih dari 0,05 dan secara parsial ketepatan terminologi medis dengan keakuratan kode diagnosis pada nilai P = 0,007 kurang dari 0,05 secara bersama-sama terdapat pengaruh variabel beban kerja dan ketepatan terminologi medis terhadap keakuratan kode diagnosis nilai R² = 0,240 berarti variabel beban kerja dan ketepatan kode diagnosis utama mempunyai kontribusi sebesar 24% terhadap keakuratan kode diagnosis utama.

Ada 2 variabel bebas dan satu variabel terikat yang mempengaruhi. Rata-rata beban kerja *coder* sebesar 47 DRM diatas standar beban kerja yaitu 23 DRM. Kode tidak akurat akan berdampak pada kesalahan dalam penetapan tarif layanan, pelaporan morbiditas yang tidak akurat.

Persamaan regresi linier berganda adalah $Y = 13,444 + 0,523X_1 + 0,492X_2$. Dapat dijelaskan bahwa konstanta sebesar 13,444 menyatakan jika tidak ada kenaikan nilai variabel beban kerja (X₁) dan ketepatan terminologi medis (X₂) maka nilai keakuratan kode diagnosis adalah 13,444. Setiap penambahan satu skor nilai beban kerja maka akan memberikan kenaikan skors sebesar 0,523 dan setiap penambahan satu skor nilai ketepatan terminologi medis maka akan memberikan kenaikan skor sebesar 0,492.

PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Pelaksanaan *Coding* di Instalasi Rekam Medis RSJ Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, salah satu kompetensi perekam medis dan informasi kesehatan adalah Klasifikasi dan kodifikasi penyakit, masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis. Perekam medis diharapkan mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia (ICD-10) tentang penyakit dan tindakan medis dalam pelayanan dan manajemen kesehatan.

Kepmenkes RI Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan juga telah mengatur bahwa untuk dapat memenuhi kompetensi perekam medis, kualifikasi pendidikan yang ditetapkan untuk perekam medis minimal adalah Diploma III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dalam manajemen rekam medis, perekam medis dapat mengikuti pelatihan-pelatihan tentang manajemen rekam medis.

Di Instalasi Rekam Medis RSJ Grhasia DIY, pelaksanaan pengodean belum sesuai dengan peraturan di atas karena pelaksanaan pengodean kasus jiwa dilakukan oleh dokter, akan tetapi untuk kasus non spesialis jiwa rawat jalan dilakukan oleh petugas *coder* Instalasi Rekam Medis.

Penulisan diagnosis penyakit gigi oleh pemberi pelayanan klinik gigi apabila sesuai dengan menarasikan yang masuk dalam kategori bahasa terminologi medis maka akan mudah untuk dilakukan *coding* oleh petugas *coding* di Instalasi rekam medisdengan menggunakan standar operasional prosedur *coding* yang ditetapkan (ICD-X) akan menghasilkan kode yang akurat sehingga data morbiditas yang dihasilkan juga tepat. Walaupun penyakit yang sering muncul di klinik gigi merupakan penyakit-penyakit yang mudah dihafal kodenya, namun apabila dari awal kode yang ditetapkan sudah tidak akurat, maka kemungkinan penetapan kode-kode diagnosis untuk seterusnya akan selalu tidak

akurat. Untuk memperlancar pengkodean, maka perlu disusun suatu petunjuk teknis atau prosedur tetap tentang pengkodean penyakit. Sadiyah (2004) juga menyatakan bahwa faktor ketidaksesuaian penulisan diagnosis dikarenakan belum ada aturan khusus yang tertulis (SOP) mengenai pengodean diagnosis berdasarkan ICD-10.

B. Analisis Deskriptif Keakuratan Kode Diagnosis

Kepmenkes RI Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis menyebutkan salah satu kompetensi perekam medis adalah klasifikasi dan kodifikasi penyakit, masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis artinya bahwa seorang profesi perekam medis dan informasi kesehatan harus mampu menetapkan kode diagnosis dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia (ICD-10). Oleh karena itu, perekam medis atau *coder* harus mengkode diagnosis atau tindakan seakurat mungkin agar tidak terjadi kesalahan dalam pengambilan keputusan.

Meskipun terminologi medis benar juga belum tentu menjamin kode diagnosis penyakit gigi akurat, jika *lead term* dan teknik penelusuran juga tidak benar.

Dalam hal ini, apabila *coder* salah mengkode diagnosis, maka data morbiditas penyakit gigi akan menyebabkan data tidak benar. Kode diagnosis juga sangat berpengaruh dalam penentuan tindakan pengobatan gigi dan tarif tindakan kemungkinan akan berbeda pula. Hal ini sesuai dengan Konsil Kedokteran Indonesia (2006) yang menyebutkan bahwa salah satu manfaat rekam medis dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan kepada pasien.

Ketidaktepatan pengkodean di sini diakibatkan oleh *coder* yang kurang teliti, kurang pengalaman mengenai pengkodean maupun salah persepsi. Adanya pelatihan *coder* yang cukup akan memberikan pengaruh terhadap kemampuannya untuk mensintesis sejumlah informasi dan menetapkan kode yang

tepat. Selain itu, pengalaman, perhatian, dan ketekunan *coder* juga mempengaruhi akurasi pengkodean (Kimberly dkk, 2005).

Pada pembahasan tabel 2 yang hasilnya kode tidak akurat disebabkan antara lain adalah kesalahan dalam menentukan bahasa terminologi medis dari diagnose dokter. Meskipun terminologi medis benar juga belum tentu menjamin kode diagnosis penyakit gigi akurat, jika *lead term* dan teknik penelusuran juga tidak benar.

Pada kasus No. 30 Luxasi, *coder* sudah tepat dalam menetapkan *lead term Luxation* namun tidak melakukan penelusuran lebih lanjut dengan melihat ICD X volume 3 dan mencocokkan pada ICD X volume 1 sehingga kode diagnose penyakit gigi yang akurat pada kasus no. 30 adalah S03.2 begitu juga kasus no. 1.

Untuk kasus no.2 diagnosa penyakit gigi Periodontitis gangrene pulpa pulpitis ini menunjukkan *coder* kurang teliti dalam membaca tulisan diagnose dokter karena dalam menentukan bahasa terminology medis ada 2 kode oleh *coder* dibutnya, sehingga terjadi kode salah,harusnya ada 3 bahasa terminology medis dan menjadi ada 3 kode akurat. Begitu juga kasus no.3 periodontitis karena gangrene pulpa yang harusnya bahasa terminologi medis ada 2 dan kode akurat ada 2, oleh petugas *coding* dimasukkan dalam 1 bahasa terminology medis dan 1 kode diagnosis saja.

Dalam menetapkan kode diagnosisi penyakit gigi selain memperhatikan penggunaan terminology medis dari suatu diagnose penyakit. *Coder* harus memperhatikan informasi pendukung yang terdapat dalam dokumen rekam medis pasien. Hal ini terlihat dalam pembahasan kasus no. 14 dan no. 11 yaitu *post Exo* dan post operasi dental. Maka petugas *coding* sudah tau bahwa ini adalah diagnosis pasien control ulang setelah ada tindakan gigi pada kunjungan klinik gigi sebelumnya yaitu pasien dilakukan tindakan cabut gigi/*Exo* dan tindakan operasi gigi maka untuk bahasa terminology medis masuk dalam kategori cek kesehatan/ *Examination*.

Menurut Kimberly dkk (2005) dalam hasil penelitiannya menyebutkan bahwa sumber kesalahan dibagi dua bagian yaitu pada saat alur pasien dan alur

berkas. Kesalahan dalam alur pasien yaitu kelengkapan dan kualitas informasi saat pasien masuk, komunikasi antara pasien dan penyedia layanan, dan perhatian khusus dari dokter. Sumber kesalahan dalam alur berkas antara lain variasi penulisan diagnosis dalam catatan elektronik dan manual, pelatihan dan pengalaman *coder*, kualitas fasilitas pengendali, dan kesalahan yang tidak disengaja dan disengaja oleh *coder*, seperti *misspecification*, *coder* menetapkan kode diagnosis untuk semua bagian secara terpisah (*unbundling*), dan menetapkan kode diagnosis yang penggantinya lebih tinggi (*upcoding*).

DAFTAR PUSTAKA

- Abdelhak M., Grostick S., Hanken M.A., and Jacobs E. B. 2001. *Health Information of A Strategic Resource 2nd Edition*, Philadelphia: Sunders Company.
- Departemen Kesehatan RI, Badan PPSDM, 2007, Standar Profesi Perkam Medis Depkes RI. 1997. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Dirjenyanmed
- Hatta, 2012. Modul pelatihan klasifikasi morbiditas ICD-10 (2012)
- Huffman E. K. 1994. *Health Information Management*. Illinois: Phsycians' Record Company.
- Kasim, F. Sistem Klasifikasi Utama Morbiditas dan Mortalitas. Hatta, G, Editor. 2011. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press
- Kimberly J. O., Karon F. C., Matt D. P., Kimberly R. W., John F. H., and Carol M. A. 2005. *Health Research and Education Trust V40 (5 Pt 2), 1620-1639: Measuring Diagnoses; ICD Code Accuracy*. Diakses dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361216/> pada tanggal 20 September 2012.
- Konsil Kedokteran Indonesia. 2006. *Manual Rekam Medis*. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia.
- Kresnowati, 2012. Modul pelatihan klasifikasi morbiditas ICD-10 (2012)
- Notoatmodjo. S. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis (Hatta, G. Isi dan Strukrur Rekam Kesehatan. Hatta, G, Editor. 2011. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press)
- Putri, NM. 2011. *Hubungan Beban Kerja Coder dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pasien Rawat Inap berdasarkan ICD-10 di RSUP DR. Sardjito Yogyakarta 2011*.

- Rustiyanto, E. 2009. *Etika Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Sadiyah A. 2004. *Evaluasi Ketepatan Kodefikasi Diagnosis Utama Pasien Rawat Inap Berdasarkan ICD-10 di Rumah Sakit Pertamina Cirebon*. [Tugas Akhir]. Yogyakarta. Fakultas MIPA Universitas Gadjah Mada.
- Septhyana, S. 2004. *Analisis Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Neoplasma pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap berdasarkan ICD-10 Periode Tahun 2004 di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten*. Surakarta: Apikes Citra Medika
- Sudra, IR. Konsultasi-Faktor yang Berperan dalam Akurasi Pengkodean. <http://www.ranocenter.net/modules.php?name=News&file=article&sid=139> dipublikasikan pada 21 Maret 2008, diunduh pada 03 Januari 2011
- Sugiyarsi, 2012 lomba coll peper pada seminar rekam medis D3 UGM dan PORMIKI di Yogyakarta tahun 2012.
- Sulistiyorini. 2005. *Analisis Keakuratan Kode Diagnosis Pada Dokumen Rekam Medik Pasien Rawat Inap Kasus Penyakit Dalam Berdasarkan ICD-10 Di Rumah Sakit Islam Kustati Surakarta Tahun 2005*. Surakarta: Apikes Citra Medika
- Undang-Undang No.29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran .
- W H O 2008. ICD-10 2nd ed. Vol 1,2,3 Geneva.
- W H O Library Cataloging in publicating Data,2006;Medical Record Manual A Guide For the Developing Countries.World Health Organization Regional Office for The Western Pacific.