



**MONITORING KETEPATAN KODE DIAGNOSIS PENYAKIT RAWAT INAP
DALAM MENUNJANG AKREDITASI VERSI STARKES
DI RSUD KANJURUHAN TAHUN 2022**

Liya Khumairo¹, Eiska Rohmania Zein¹

¹D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Poltekkes Kemenkes Malang, Indonesia
Jl. Besar Ijen No 77c, Oro-Oro Dowo, Klojen, Malang, Indonesia

Corresponding author: Eiska Rohmania Zein
Email: eiskazein@poltekkes-malang.ac.id

ABSTRAK

Monitoring pada Ketepatan pada kode diagnosis penyakit merupakan suatu hal yang sangat riskan dalam terselenggaranya sebuah rumah sakit dimana data yang dihasilkan akan sangat berpengaruh bagi pasien maupun rumah sakit, nilai ketepatan yang baik dapat dijadikan sebagai indikator bukti pelaksanaan kegiatan unit rekam medis memiliki mutu kualitas yang baik, dan kualitas mutu yang baik sangat berpengaruh bagi mutu kualitas rumah sakit. Dalam menjaga mutu kualitas, rumah sakit selalu berusaha dapat memperoleh pengakuan terhadap mutu pelayanan setelah di nilai dan mampu memenuhi standart akreditasi yang di setujui pemerintah. Maka dari itu dalam memenuhi salah satu aspek penilaian standart Akreditasi versi Starkes MIRM 9 rumah sakit harus melakukan kegiatan monitoring pada ketepatan kode diagnosis yang bertujuan sebagai bahan evaluasi sekaligus bahan perbaikan dalam kegiatan kodefikasi penyakit di RSUD Kanjuruhan. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dimana peneliti dapat menggunakan data dalam bentuk angka dan numerik dalam penelitian dan metode pengumpulan data yang digunakan yaitu observasi sedangkan instrument yang digunakan adalah lembar observasi untuk menilai Tepat dan Tidak Tepat nya suatu diagnosis pada dokumen rekam medis. Berdasarkan hasil penelitian dari total 354 sampel yang diambil didapatkan hasil persentase ketepatan kode penyakit yang akurat sebanyak 83% dan tidak akurat sebanyak 16%. Ketidakakuratan penulisan kode yang terjadi di RSUD Kanjuruhan disebabkan karena terdapat kode yang salah tidak sesuai dengan diagnosis, Diagnosis yang tidak diberi kode dan kode yang dicoret dan tidak dibenarkan.

Kata Kunci : Monitoring; Ketepatan; Akreditasi versi STARKES

ABSTRACT

Monitoring the accuracy of the disease diagnosis code is a very risky thing in the implementation of a hospital where the resulting data will be very influential for patients and hospitals, a good accuracy value can be used as an indicator of evidence of the implementation of medical record unit activities having good quality quality, and good quality quality is very influential for the quality of hospital quality. In maintaining quality quality, hospitals always try to be able to obtain recognition of the quality of service after being assessed and able to meet accreditation standards approved by the government. Therefore, in fulfilling one aspect of the accreditation standard assessment of the Starkes MIRM 9 version, hospitals must carry out monitoring activities on the accuracy of diagnosis codes which aim to be used as evaluation material as well as material for improvement in disease coding activities at Kanjuruhan Hospital. This study uses quantitative methods where researchers can use data in the form of numbers and numerical in research and the data collection method used is observation

while the instrument used is an observation sheet to assess the accuracy and inaccuracy of a diagnosis in medical record documents. Based on the results of research from a total of 354 samples taken, the percentage of accurate disease code accuracy was 83% and inaccurate was 16%. The inaccuracy of code writing that occurred at Kanjuruhan Hospital was caused by incorrect codes that were not in accordance with the diagnosis, diagnoses that were not coded and codes that were crossed out and not justified.

Keyword : Monitoring; Accuracy; Accreditation version STARKES

PENDAHULUAN

Peraturan Menteri Kesehatan undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit” yakni sebuah institusi pelayanan kesehatan yang terus berupaya untuk memajukan pelayanan publik dengan berbagai perkembangan teknologi, ilmu pengetahuan kesehatan dan kehidupan sosial masyarakat yang tujuan akhirnya adalah derajat kesehatan yang setinggi - tingginya. Penjelasan ini juga selaras dengan pendapat menurut WHO (*World Health Organization*), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) sekaligus pencegahan penyakit (preventif) yang ditujukan untuk masyarakat. Pelayanan rumah sakit di haruskan memiliki beberapa unit bidang dalam segala pengelolaannya mulai dari unit departemen kebidanan, keperawatan, kedokteran, sampai unit-unit dalam departemen pelayanan seperti humas dan bidang per administrasian seperti rekam medis yang berguna menjadi suport sistem dalam menunjang pelayanan.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 mengartikan bahwa Rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Jika ditinjau dan dilihat lagi rekam medis merupakan suatu inti dari terselenggaranya suatu pelayanan rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan karna rekam medis menjadi gerbang awal dari suatu pelayanan dan inti dari segala aspek tindakan medis yang di lakukan mulai dari pasien datang yang harus melakukan pendaftaran terlebih dahulu kemudian datanya akan di olah para petugas rekam medis sampai pasien mendapatkan dokumen rekam medis untuk merekam semua tindakan dan persetujuan pengobatan sampai pasien pulang dimana berkas pasien pun akan tetap berada di tangan para petugas rekam medis. Hal ini di lakukan

dengan tujuan agar tercapainya tertib administrasi di lingkungan rumah sakit dimana terdapat upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan sehingga tanpa adanya usaha dalam mencapai tertib administrasi maka akan terasa mustahil juga bila ingin mencapai standart pelayanan kesehatan yang baik.

Setelah mengetahui pentingnya, rekam medis maka terdapat bidang paling riskan sesuai dengan kompetensi seorang perekam medis yakni kegiatan *coding* diagnosis penyakit yang tertuang pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/312/2020 Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Pada Pasal 58 Ayat 1, disebutkan bahwa setiap tenaga kesehatan yang menjalankan praktik dalam pelaksanaannya wajib memberikan pelayanan sesuai dengan standart pelayanan, standart profesi, standart prosedur operasional dan etika profesi serta kebutuhan penerima pelayanan kesehatan lainnya. Perekam medis dan informasi kesehatan termasuk menjadi salah satu tenaga kesehatan yang wajib ada dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan yang dalam tugas nya terdapat bagian klasifikasi dan kodefikasi penyakit, dan masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis adalah kompetensi pertama Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan. sehingga hal tersebut menunjukkan bahwa Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan memiliki kompetensi untuk melakukan kegiatan pengkodean. (Novita, 2010)

Pengkodean yang dilakukan seorang perekam medis adalah suatu proses mengkode/menerjemahkan diagnosis penyakit yang di derita oleh pasien kedalam bahasa terminologi medis kemudian di terjemahkan lagi menggunakan kode pada buku *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem* atau ICD 10 dengan dilakukan pengecekan yang berurutan mulai dari ICD-10 Volume 3 kemudian di kroscek kedalam ICD-10 Volume 1 serta tidak melupakan petunjuk

penggunaan pada ICD-10 Volume 2 sesuai klasifikasi penyakit yang di berlakukan di Indonesia dengan revisi paling terbaru. Jika di lihat dari kegunaan kode diagnosis yang ada pada berkas rekam medis pasien maka akan ada fungsi akhir dari tindakan pengkodean pada berkas rekam medis Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian *Case Base Groups* (Ina-Cbgs) yakni akan menghasilkan suatu laporan yang berguna untuk pengambilan keputusan direktur rumah sakit dan proses klaim biaya pada pasien. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 rekam medik dapat dipakai sebagai: dasar pemeliharaan dan pengobatan pasien, bahan pembuktian dalam perkara hukum, bahan untuk keperluan penelitian dan pendidikan, dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan, dan bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan.

Melihat kondisi unit rekam medis yang sangat riskan dan menjadi jantung dari suatu rumah sakit mengharuskan unit tersebut selalu mengedepankan aspek kualitas pelayanan mutu dalam segala bidang yang merupakan suatu upaya para petugas rumah sakit untuk memberikan kepuasan kepada setiap penerima jasa pelayanan kesehatan dengan ini dalam rangka upaya meningkatkan pelayanan mutu rumah sakit pemerintah mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit yang menyatakan bahwa pengakuan terhadap mutu pelayanan rumah sakit setelah di nilai dan mampu memenuhi standart akreditasi yang di setujui pemerintah. Demi melanjutkan pelayanan dan berdirinya suatu rumah sakit maka harus melakukan akreditasi sesuai keputusan pemerintah dimana dengan itu rumah sakit akan mendapat pengakuan terhadap mutu pelayanannya serta memiliki gerak ruang yang lebih besar dan luas kedepannya. Setelah melihat keputusan standart akreditasi dari pemerintah terdapat beberapa aspek penilaian dalam akreditasi pada unit rekam medis tertuang pada standar MIRM 9 bagian regulasi yang berbunyi “penggunaan kode diagnosis, kode prosedur/tindakan, definisi, simbol yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan, singkatan yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan sesuai dengan ketetapan rumah sakit serta di monitor pelaksanaannya dan ketentuan tersebut wajib

dilaksanakan dan dievaluasi” dengan maksud tujuan untuk mengetahui tepat dan tidak tepatnya petugas dalam memberikan kode pada diagnosis penyakit pasien rawat inap dan penggunaan secara beragam kode serta diagnosis penyakit sehingga dapat menjadi dasar sebuah keputusan yang akurat.

Berdasarkan studi pendahuluan pada bulan November 2022 di RSUD Kanjuruhan terdapat beberapa kendala salah satunya adalah petugas coding rawat inap di RSUD Kanjuruhan hanya 1 orang yang merangkap dengan mengerjakan tugas lain sehingga berakibat pada tidak adanya kegiatan evaluasi dan monitoring pada nilai ketepatan kode diagnosis penyakit. Seharusnya kegiatan tersebut menjadi laporan yang penting dan harus tersampaikan kepada unit kepala rekam medis maupun direktur rumah sakit, tujuan akhirnya nanti berhubungan dengan klaim pembiayaan dan juga tindakan yang akan diberikan kepada pasien.

Salah satu elemen penting dalam penilaian MIRM 9 adalah ketepatan dalam penggunaan kode diagnosis, kode prosedur serta singkatan simbol yang sesuai dengan ketepatan yang telah ditentukan oleh tiap rumah sakit. Sehingga berdasarkan permasalahan tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait *Monitoring Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Rawat Inap* pada lembar dokumen rekam medis RM 2B dengan populasi data kunjungan dalam kurun waktu 3 bulan yakni dari bulan Juli 951 kunjungan, Agustus 1.091 kunjungan dan September dengan 1.128 kunjungan dengan total nilai kunjungan rawat inap 3.170 yang berarti terdapat 3.170 dokumen rekam medis dengan menilai tepat dan tidak tepatnya diagnosis penyakit yang diberikan petugas pada lembar observasi dalam menunjang aspek penilaian akreditasi versi STARKES di RSUD Kanjuruhan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini masuk dalam kategori penelitian kuantitatif dimana metode ini bertujuan untuk menyediakan bentuk dari kegiatan monitoring ketepatan kode diagnosis penyakit yang didalamnya berisi data nilai ketepatan kode diagnosis penyakit dengan kurun waktu 3 bulan dalam menunjang akreditasi versi STARKES di RSUD Kanjuruhan beserta SOP pelaksanaannya. Peneliti menggunakan data populasi dokumen rekam medis pada kunjungan pasien rawat inap

selama 3 bulan yakni Juli, Agustus, September tahun 2022 di RSUD Kanjuruhan Kepanjen yang berjumlah 3.170 dokumen rekam medis dengan teknik pengambilan sampel *simple random sampling* dan didapatkan 354 sampel dokumen rekam medis. Instrumen dalam penelitian ini adalah lembar observasi dari kegiatan monitoring ketepatan kode diagnosis yang sudah ditentukan sampelnya.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Kegiatan Monitoring dalam menilai ketepatan kode diagnosis di RSUD Kanjuruhan.

Kegiatan monitoring di RSUD Kanjuruhan sebagai penunjang penilaian akreditasi versi STARKES. Kegiatan monitoring ini dilaksanakan dalam rentang tiga bulan sekali tetapi kondisi saat ini kegiatan monitoring jarang dilakukan karna belum adanya bentuk pedoman yang jelas dalam menunjang proses pelaksanaannya. Kegiatan monitoring di RSUD Kanjuruhan memiliki tujuan yang harapannya dapat dijadikan bahan evaluasi dan perbaikan dalam kegiatan kodefikasi penyakit yang dilaksanakan oleh para coder di RSUD Kanjuruhan, Petugas pada kegiatan kodefikasi penyakit di RSUD Kanjuruhan dilakukan oleh 1 orang pada bagian pelaporan dengan kualifikasi lulusan D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Kegiatan monitoring sendiri dilakukan oleh petugas tersebut dan dibantu oleh petugas rekam medis lain dengan kualifikasi profesi yang sama yakni lulusan rekam medis dan informasi kesehatan dengan menggunakan lembar instrumen monitoring dan menggunakan acuan buku ICD-10 yang berlaku di Indonesia dan menggunakan simbol singkatan yang berlaku di rumah sakit.

Hasil dari kegiatan monitoring ini dalam bentuk laporan yang nantinya dapat dibuat sebagai bahan kegiatan laporan triwulan rumah sakit. Pada penelitian ini kegiatan monitoring dilakukan dengan menggunakan 354 dokumen rekam medis dengan melihat lembar formulir rekam medis 2B yakni resume medis untuk melihat diagnosis penyakit pasien dan kode yang sudah diberikan oleh petugas kemudian petugas akan menggunakan instrumen dalam kegiatan monitoring dengan memasukkan kode diagnosis penyakit dan kode nya dalam kolom yang sudah disediakan untuk di nilai apakah Tepat atau Tidak Tepat. Maka dari itu pelaksanaan kegiatan monitoring ini

diharapkan bisa dilakukan secara berkala dan terus menerus agar dapat menunjang dalam memenuhi aspek penilaian akreditasi versi STARKES pada MIRM 9 yang rutin dilaksanakan. Dalam menunjang harapan ini peneliti menyediakan bentuk pedoman yang dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan kegiatan monitoring yakni *SOP Monitoring Ketepatan Kode Diagnosis* yang dibuat berdasarkan pengalaman peneliti saat melakukan kegiatan monitoring dalam menilai ketepatan kode diagnosis penyakit rawat inap di RSUD Kanjuruhan.

2. Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Rawat Inap di RSUD Kanjuruhan

Berdasarkan hasil kegiatan monitoring yang dilakukan oleh peneliti dalam menilai ketepatan kode diagnosis penyakit sering sekali ditemukan diagnosis yang disebutkan berulang ulang seperti CVA Infark, Diabetes Melitus Type II, dan Hypertensi. sehingga peneliti mengganti dengan isi dari dokumen lain yang sesuai dengan kategori pengambilan sampel secara random sampling. Dalam proses pengambilan sampel peneliti mengklasifikasikan dan menggolongkan data terlebih dahulu karna pada setiap lembar dokumen RM 2B terdapat banyak data yang terdiri dari kode diagnosis penyakit maupun tindakan maka dari itu peneliti hanya melihat pada kode diagnosis penyakit saja dan dilakukan koreksi data pada lembar observasi yang digunakan. Setelah dilakukan koreksi data peneliti melakukan kegiatan entri data pada aplikasi Microsoft Excel untuk mempermudah peneliti dalam melakukan perhitungan dan dilakukan proses editing data yang diperoleh untuk memudahkan proses perhitungan.

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan 57 dokumen yang memiliki diagnosis penyakit Tidak Tepat dan 297 dokumen Tepat maka dari itu peneliti melakukan perhitungan data untuk menemukan nilai presentase hasil monitoring pada ketepatan kode.

Tabel 1. Tabel Ketepatan dan Ketidaktepatan

Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Tepat	297	83
Tidak Tepat	57	17
Total	354	100

Hasil data di atas peneliti menemukan 3 faktor yang posisinya dapat berpengaruh pada nilai ketidaktepatan kode diagnosis pasien yakni terdapat 17% dengan 3 faktor sebagai penyebabnya. Peneliti melakukan uji ketepatan dengan memberikan data untuk dinilai ketepatannya kepada petugas rekam medis di rumah sakit sebagai validator dengan kategori lulusan D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan serta sudah bekerja lebih dari 5 tahun di RSUD Kanjuruhan pada bagian dokumen rekam medis rawat inap untuk melakukan kegiatan penilaian ketepatan kode diagnosis penyakit rawat inap sehingga dari sini dapat ditarik kesimpulan bahwasannya berdasarkan hasil dari penelitian nilai ketepatan kode diagnosis penyakit rawat inap di RSUD Kanjuruhan pada bulan juli, agustus, september adalah 83% untuk nilai Tepat dan 17% untuk nilai Tidak Tepat.

Ketepatan kode diagnosis yang ada pada RSUD kanjuruhan sebesar 83% ini diperoleh dari hasil monitoring dan hasil ini merupakan data yang sudah dikategorikan baik dengan standart nilai ketepatan yang sudah mengalami peningkatan. Pramono (2021) Menyatakan bahwa kisaran ketepatan di rumah sakit berada pada kisaran angka 21–81%.

Sering sekali ditemukan kode diagnosis yang tidak sejajar dengan barisan diagnosis nya sehingga apabila dibaca resiko kesalahan akan lebih tinggi berkaibat klaim kode diagnosis yang tidak sesuai dengan diagnosis pasiennya dan dalam penelitian ini ditemukan 13 dokumen rekam medis yang memiliki permasalahan kode nya salah atau tidak tepat pernyataan ini bersambung berdasarkan pendapat dari Pramono dan Nuryati (2021) menyatakan bahwa Pelaksanaan pengodean diagnosis harus lengkap dan akurat sesuai dengan arahan ICD-10 keakuratan kode diagnosis pada rekam medis dapat digunakan sebagai dasar pembuatan laporan kesehatan apabila kode diagnosis pasien tidak akurat akan dapat mengakibatkan informasi yang dihasilkan mempunyai tingkat validasi data yang rendah dan hal ini tentu dapat mengakibatkan ketidakakuratan pembuatan laporan, misalnya laporan morbiditas rawat jalan, laporan sepuluh besar penyakit ataupun klaim Jamkesmas. Maka dari itu kegiatan monitoring ini merupakan upaya sebagai bahan evaluasi untuk meningkatkan rasa awas petugas pada kegiatan kodefikasi penyakit.

Terdapat beberapa diagnosis pasien yang belum diberikan kode oleh petugas karna terlewat dan tertimbun dengan dokumen rekam medis yang baru datang lagi, Jika dilihat dari angka tertinggi faktor Ketidaktepatan adalah masih banyaknya dokumen rekam medis yang belum diberikan kode oleh petugas dikarenakan hanya ada satu petugas koding yang melakukan rampel dengan mengerjakan tugas lain juga selaras dengan pendapat dari (Octaria, 2017) bahwasannya lebih jauh, beban kerja petugas yang tinggi juga berpengaruh secara signifikan terhadap ketepatan kode sehingga banyak dokumen yang resiko terlewat tidak di koding setelah dilakukan kegiatan assembling setiap harinya. Kondisi ini sangat memungkinkan terjadinya berkas yang terlewat untuk dilakukan kegiatan kodefikasi penyakit setelah dilakukan observasi di lahan bahwasannya tata letak petugas kodefikasi penyakit pada pasien rawat inap berada pada pojokan dengan 1 set meja dan komputer yang dalam sehari kegiatan yang dilakukan merangkap dengan kegiatan lain seperti indexing maupun membantu assembling sehingga akan banyak sekali dokumen rekam medis yang ada pada meja petugas dan hal ini menyebabkan kemungkinan besar berkas dokumen rekam medis akan tertukar dengan yang sudah diberi kode diagnosis.

Kemungkinan terjadi kesalahan dalam melakukan kegiatan kodefikasi merupakan hal yang sering terjadi sehingga terdapat kode diagnosis yang salah tetapi petugas lupa untuk membenarkan. Faktor penyebab ini tidak sesuai dengan aturan penulisan rekam medis, dimana aturan penulisan rekam medis bila terjadi kesalahan penulisan petugas hanya diperkenankan untuk mencoret 1 kali dan dibubuhi tanda tangan (Dermawan dan Siswati, 2020).

3. Bentuk dari perencanaan SOP kegiatan monitoring pada ketepatan kode diagnosis penyakit dalam menunjang akreditasi versi STARKES di RSUD Kanjuruhan.

Berdasarkan hasil kegiatan monitoring pada ketepatan kode diagnosis penyakit ini terdapat kaitannya dengan kegiatan akreditasi sehingga dapat digunakan sebagai bukti nyata bahwasannya telah dilakukan kegiatan monitoring dan evaluasi pada kodefikasi penyakit di RSUD Kanjuruhan yang tujuannya

dapat digunakan sebagai bahan evaluasi dan menjaga nilai mutu pada unit rekam medis dalam bentuk laporan rumah sakit pada direktur dengan menggunakan acuan perekam medis dalam melakukan pengelolaan pelayanan manajemen rumah sakit yang tertuang pada KMK No 1128 Tahun 2022 tentang Akreditasi Kementerian Kesehatan adalah MRMK dan pada bab aturan dalam kegiatan kodefikasi diagnosis penyakit terdapat pada standart akreditasi MIRM poin 9 yang mengatur penggunaan kode diagnosis, kode prosedur simbol dan singkatan yang digunakan seragam dan sesuai standar rumah sakit sehingga suatu unit rekam medis berhak melakukan kegiatan monitoring untuk melihat konsistensi kodefikasi penyakit dan menunjang standar penilaian akreditasi sekaligus sebagai bahan evaluasi dan pembelajaran yang sesuai dengan isi dari elemen penilaian akreditasi MIRM 9 yakni Dalam penggunaan kode diagnosis, prosedur, singkatan dan simbol yang sudah sesuai dengan ketetapan dan standar rumah sakit memiliki bukti regulasi meliputi Standarisasi kode diagnosis, prosedur dan tindakan beserta definisinya kemudian penggunaan simbol dan singkatan yang digunakan dan tidak boleh digunakan.

Kegiatan evaluasi dan monitoring yang dilakukan secara berkala untuk melihat penggunaan kode diagnosis prosedur simbol dan singkatan yang digunakan di rumah sakit dengan diberi bukti tentang pelaksanaan monitoring dan evaluasi yang dilakukan secara berkala dan bukti tentang rencana tindak lanjut untuk perbaikan rumah sakit yang sesuai dengan regulasi yang dititik beratkan boleh digunakan dan tidak kemudian terdapat bukti mengenai rencana tindak lanjut atau perbaikan dan dilakukan pelepasan yang disaksikan langsung oleh direktur dan para pimpinan rumah sakit dan petugas yang melakukan monitoring.

Dalam proses menunjang kegiatan monitoring pada kode diagnosis rawat inap dapat dilakukan secara berkelanjutan maka dari itu di buat lah SOP sebagai bentuk pedoman dalam melaksanakan kegiatan monitoring.

SIMPULAN

Kegiatan monitoring kode diagnosis yang dilakukan pada RSUD Kanjuruhan adalah sebagai tolak ukur bagaimana kesesuaiannya dengan instrumen yang dibutuhkan pada

akreditasi versi STARKES dengan hasil bahwasannya RSUD Kanjuruhan sudah memnuhi syarat akreditasi versi STARKES dalam penulisan kode diagnosis. Hasil penelitian berdasarkan kegiatan monitoring kode diagnosis di RSUD Kanjuruhan Total dokumen yang diteliti adalah sebanyak 354 dokumen dengan kurun waktu selama 3 bulan menghasilkan angka ketepatan sebesar 83% dan hasil Ketidaktepatan dalam penulisan kode diagnosis sebesar 17% dengan rasio 13 dokumen salah penulisan, 43 dokumen tidak dikode sedangkan 1 dokumen dengan kode dicoret.. Kegiatan monitoring ini dilakukan dengan maksud dan tujuan untuk mengevaluasi sekaligus untuk dilakukan perbaikan mengenai apa yang kurang dalam sebuah pelayanan sekaligus memenuhi standart akreditasi versi STARKES Kemenkes pada MIRM Poin 9.

UCAPAN TERIMAKASIH

Terima kasih disampaikan kepada pihak Program Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang dan RSUD Kanjuruhan Malang yang telah memfasilitasi pelaksanaan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Deta Nurfena, Laela Indawati, Deasy Rosmala Dewi, Puteri Fannya. 2022. Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Typhoid Fever Pada Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Islam Karawang Tahun 2020
- Dyah Ayu Megawati. 2020. Aplikasi Monitoring Aktivitas Akademik Mahasiswa Program Studi Informatika Universitas Xyz Berbasis Android
- Hatta, Gemala R. 2013. "Standar dan Etik Pengkodean", <https://villavos.wordpress.com/2015/07/03/konsep-pengodean/>, diakses pada 05 November 2022 hg
- Hatta, Gemala R. Ed. (2013). Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan, Edisi Revisi. Jakarta : Universitas Indonesia (UI-Press) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020a). BERITA NEGARA (Issue 1289). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1128 Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit

- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/312/2020 Tahun 2020 Pada Pasal 58 Ayat 1 Tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian, 2019 (2020) (testimony of Kementerian Kesehatan Republik Indonesia).
- Kesehatan, D. J. (2022). *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Novita Yuliani. 2010. Analisis Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Comotio Cerebri Pasien Rawat Inap Berdasarkan Icd-10 Rekam Medik Di Rumah Sakit Islam. *Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*. Apikes Citra Medika. Surakarta
- Nurdin Usman. 2002. *Konteks Implementasi Berbasis Kurikulum*, Bandung. CV Sinar Baru
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung. Afabeta
- Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan
- Syaukani dkk. 2004 : 295. Artikel Definisi tentang Implementasi menurut ahli (www.dosenpendidikan.com) diakses pada tanggal 26 November 2022 pada jam 16.00 WIB
- Tambunan, R. M. (2008). *Pedoman Penyusunan Standard Operating Procedures*. Jakarta : Maiestas Publishing.
- Ulya, S. (2021). Keakuratan Kode Diagnosis Pada Poli Umum Pasien Rawat Jalan Berdasarkan ICD-10 di Puskesmas Tanah Merah Tahun 2020. *KTI. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudia Husada*. Madura
- Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tentang Rekam Medis. Pemerintah Republik Indonesia. 2009
- Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tentang Rumah Sakit. Pemerintah Republik Indonesia 2009