

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Monitoring

Hakikatnya jika ingin mencapai suatu tujuan yang tinggi pasti membutuhkan proses dan pembenahan atau introspeksi melihat kekurangan dan kelebihan dari tindakan ataupun suatu kegiatan yang memiliki tujuan besar. Monitoring adalah suatu bentuk pemantauan dari suatu objek yang sudah dikumpulkan dan di analisis berdasarkan objek dari kegiatan tersebut dengan tujuan untuk dapat mengetahui kesalahan dan evaluasi dalam upaya perbaikan atas kesalahan yang dilakukan (Megawati, Vol 1 : 2020). Monitoring sendiri memiliki garis besar yakni suatu kegiatan yang dilakukan untuk melihat dan menilai ketepatan dan keakuratan dari suatu pekerjaan atau kegiatan yang sudah direncanakan dan disusun selaras dengan tujuan, Monitoring juga dapat menilai dan melihat hal hal apa saja yang mulai menyimpang dari garis besar haluan -pekerjaan atau kegiatan sehingga dapat berguna untuk memperbaiki hal-hal apa saja yang mulai menyimpang dan berusaha berproses mengupayakan kegiatan yang efektif dan efisien demi tercapainya tujuan kegiatan.

Monitoring biasanya dilakukan pada saat kegiatan dan setelah kegiatan dimana biasanya seseorang yang diberi tugas dan tanggung jawab *me-monitoring* dapat melihat apa saja yang dilakukan para pelaku kegiatan di lapangan dan dapat dengan mudah menemukan jika ada hal hal yang mulai menyimpang dari tujuan. Jika dilakukan setelah kegiatan maka dapat me monitoring hasil dari pelaksanaan selama kegiatan apakah sesuai dengan tujuan yang diinginkan atau tidak dan jika tujuan atau hasil yang diperoleh tidak sesuai maka dapat dilaksanakan evaluasi dan

perbaikan .Jika dilihat dari segi sifat kegiatan monitoring ataupun evaluasi merupakan kegiatan yang melekat pada kegiatan atau program lain tidak dapat berdiri sendiri jika tidak di iringi program lain yang selaras dengan kegunaan monitoring untuk melihat dan meninjau suatu kegiatan atau peristiwa dalam mencapai sebuah tujuan. Dalam seri monograf 3, UNESCO *Regional Office for Education in Asia and the Pasific*, dijelaskan bahwa monitoring adalah upaya yang dilakukan secara rutin untuk mengidentifikasi pelaksanaan dari berbagai komponen program sebagaimana telah direncanakan, waktu pelaksanaan program sebagai mana telah dijadwalkan, dan kemajuan dalam mencapai tujuan program. Secara sederhana dapat diartikan bahwasannya monitoring adalah suatu komponen yang sangat penting dan berpengaruh dalam suatu kegiatan dalam menjaga kualitas mutu dengan melihat ketepatan pegawai dalam melaksanakan program sesuai yang sudah di rencanakan dan di jadwalkan dalam menunjang kualitas dan kemajuan kegiatan.

Monitoring dirumah sakit adalah suatu kegiatan yang diselenggarakan sebagai upaya dalam meningkatkan mutu rumah sakit dengan proses mengevaluasi hasil kerja selama periode tertentu, Kegiatan ini juga dapat dilihat dari segi pemberi informasi dalam dunia kesehatan suatu lembaga yang bertugas memberi dan menyebarkan informasi tentang kesehatan maka dari itu kegiatan monitoring sangat berguna sebagai dasar analisa untuk perbaikan pelaksanaan program pemberian informasi dan data yang akurat. Kegiatan monitoring Rumah sakit ini berfokus pada pengawasan dan melihat perkembangan dari data-data rumah sakit sehingga bentuk informasi bisa dalam bentuk yang sesuai dengan indicator tertentu, Monitoring yang baik dapat berguna untuk memastikan program atau bagian dalam rumah sakit tetap berjalan sesuai dengan jalurnya dan dapat menjadi bahan evaluasi dengan

mengetahui hambatan-hambatan selama kegiatan dan menemukan solusi untuk mencapai tujuan bersama.

2.1.2 Ketepatan

Ketepatan adalah suatu usaha seseorang untuk mengarahkan objek bergerak ke suatu sasaran yang sesuai dengan tujuan atau melakukan gerakan tanpa membuat kesalahan. Pada hakekatnya ketepatan merupakan faktor yang diperlukan seseorang dalam mencapai target yang diinginkan. Sedangkan pada ketepatan kode diagnosis merupakan bentuk kesesuaian kode diagnosis yang ditetapkan petugas koding pada rekam medis pasien yang sesuai dengan aturan ICD-10.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Tara Elma Frista dan Maisharoh tentang *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ketepatan Pengkodean Diagnosa Penyakit* di dalamnya dipengaruhi oleh beberapa faktor yakni ketepatan penulisan diagnosa penyakit adalah dokter yang menggunakan istilah bahasa indonesia, singkatan yang tidak sesuai dengan singkatan baku di rumah sakit, ejaan terminologi yang tidak sesuai dengan ejaan yang ada di ICD kejelasan penulisan diagnosa penyakit dan faktor penulisan kondisi pasien yang tidak lengkap dan tidak jelas, serta kurangnya kesadaran akan pengisian informasi medis pasien, serta ketepatan dalam menetapkan diagnosis utama sehingga sampai pada kode diagnosis tersebut dinyatakan tepat. Kegiatan dalam memberikan kode diagnosis yang tidak tepat akan sangat berpengaruh pada data informasi yang dihasilkan yang seharusnya data tersebut dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan yang akurat dan digunakan sebagai klaim biaya tarif pasien pada INA-CBG's sampai pada penyusunan laporan internal maupun external sehingga berdampak pada mutu pelayanan yang diberikan rumah sakit. Ketepatan dalam pemberian diagnosis adalah suatu nilai kegiatan yang sangat penting karna pengkodean

merupakan hal yang memiliki banyak kegunaan dalam rumah sakit sebagaimana yang tercantum pada standar MIRM 9 dalam penilaian akreditasi versi STARKES yang didalamnya terdapat regulasi penggunaan kode diagnosis, kode prosedur simbol dan dingkatan yang digunakan seragam dan sesuai standar rumah sakit sehingga dapat meminimalisir kesalah pahaman yang akan terjadi di rumah sakit.

2.1.3 Kode Diagnosis

Dalam ilmu komunikasi kode adalah suatu bentuk atau aturan dalam menyederhanakan suatu informasi menjadi bentuk atau representasi lain dan memiliki beragam bentuk untuk mengidentifikasi masing masing objeknya, Sedangkan Diagnosis adalah kesimpulan pada kondisi kesehatan pasien apa yang sedang di rasakan atau di alami dalam bentuk nama - nama penyakit yang dapat digunakan para tenaga medis sebagai dasar dalam mengambil keputusan tindakan selanjutnya. Jadi Kodefikasi diagnosis adalah suatu proses merubah diagnosis menjadi suatu kode dalam bentuk angka dan huruf berdasarkan Kode klasifikasi penyakit oleh *World Health Organization* (WHO) yang bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera,gejala dan faktor yang mempengaruhi kesehatan.(Ida Nurhasanah Vol.9 : 2022). Dalam menunjang ke efektifan pencarian kodenya maka di golongkan menurut klasifikasi penyakit nya masing masing dan beberapa faktor yang mempengaruhi kesehatan menuju kode dalam bentuk huruf dan angka sesuai intruksi dari WHO Sejak tahun 1993 yang mengharuskan negara anggotanya termasuk Indonesia menggunakan kombinasi yaitu menggunakan abjad dan angka (alpha numeric), (DirjenYanmed (2006 : Revisi II : 59).

Berdasarkan SK terbaru dari Kementrian Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/312/2020 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan

Informasi Kesehatan dijelaskan bahwa keterampilan yang harus dimiliki oleh seorang petugas rekam medis dan informasi kesehatan adalah mampu menetapkan klasifikasi klinis, kodifikasi penyakit, dan masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia, yang digunakan untuk statistik penyakit dan sistem pembiayaan fasilitas pelayanan kesehatan. Dari peraturan tersebut dalam setiap fasilitas kesehatan ataupun rumah sakit dapat melakukan kegiatan Koding diagnosis yang dikerjakan oleh para petugas rekam medis sesuai kompetensi profesinya sehingga dapat memperoleh hasil kegiatan atau kode diagnosis yang akurat sesuai standart. Dengan melihat diagnosis pasien maka petugas dapat melakukan proses merubah diagnosis menjadi kode huruf dan angka dengan melihat aspek singkatan resmi rumah sakit dan aspek tanda baca dalam buku ICD-10 Volume 1, 2, dan 3 tetapi tugas ini harus disertai ketelitian karena biasanya masih banyak ditemukan di dokumen rekam medis yang memiliki banyak coretan diagnosis atau penggunaan singkatan yang tidak sama persepsi maka di haruskan untuk mengecek ulang dan mencari diagnosis utama terlebih dahulu tetapi apabila berkas rekam medis tersebut tidak dapat dibaca maka petugas dapat melihat mengidentifikasi atau meneliti diagnosis lain pada lembar catatan pasien terintegrasi dan apabila tidak ditemukan kode diagnosis yang paten maka petugas dapat menanyakan pada dokter atau perawat yang bertanggung jawab, Selain mampu membaca dokumen rekam medis petugas koding juga harus di bekali ilmu Terminologi medis dan juga tata cara *coding* yang sesuai dengan ketentuan pada buku ICD-10 sehingga dapat ditemukan kode yang akurat.

Dalam menggunakan buku ICD-10 terdapat struktur dasar ICD-10 yaitu terdiri dari 3 volume. Struktur dasar ICD-10 volume 1 adalah daftar tabulasi yang

berupa daftar alfanumerik dari penyakit dan kelompok penyakit beserta catatan “inclusion” dan “exclusion” dan beberapa cara pemberian kode, volume 2 berisi pengenalan dan petunjuk bagaimana menggunakan volume 1 dan volume 3, petunjuk membuat sertifikat dan aturan-aturan kode mortalitas, petunjuk mencatat dan mengkode kode morbiditas, dan volume 3 adalah indeks abjad dari penyakit dan kondisi yang terdapat pada daftar tabulasi. Dalam buku ICD -10 juga terdapat beberapa konvensi tanda baca yang harus di mengerti sebelum melakukan kegiatan *coding* pada daftar tabulasi ICD- 10 (Volume 1) terdapat penggunaan singkatan tertentu ada tanda baca, istilah, dan simbol yang merujuk pada pemberian kode seperti istilah “*inclusion*” (termasuk), tanda kurung / *Parentheses* untuk mengurung kata tambahan yang mengikuti istilah diagnostik tetapi tidak mempengaruhi kode ICD nya kemudian terdapat tanda baca kurung besar / *Square brackets* untuk mengurung persamaan kata atau sinonim, kata sebutan atau frasa penjelasan, *brace* / Kurung tutup bentuk kurung kurawa digunakan sebagai tanda dalam mengelompokkan istilah yang terkelompok dalam bagian dari “inclusion” dan “exclusion” sebagai tanda bahwasannya semua kelompok sebutan yang mendahuluinya belum lengkap batasan pengertiannya sehingga masi harus ditambah keterangan yang ada di dalam tanda baca ini kemudian ada *Colon* /Tanda titik dua yang mempunyai makna sebagai pengikut kata sebutan dari suatu kelompok yang penulisan istilah diagnosis nya belum lengkap dan belum selesai ditulis, Selanjutnya ada NOS / *Not otherwise specified* yang berguna sebagai petunjuk agar petugas lebih teliti lagi sehingga tidak salah pilih kode yang sesuai dengan diagnosis, NEC / *Not elsewhere classified* sebagai tanda baca untuk memperingati bahwasannya terdapat daftar urut yang ada dibawah judul sehingga

dapat ditemukan kekhususan yang tidak sama dan muncul terklasifikasi ditempat lain, kemudian ada *And* dan *Point dash* yang berguna jika ada nomor kode berakrakter ke 4 dari suatu sub kategori (-) yang berarti penulisan kode nomor ini belum lengkap dan petugas harus mengisi tanda itu dengan 1 nomor lagi dengan melihat karakter ke 4 dari diagnosisnya, Selanjutnya ada kode rangkap *Dagger* (sangkur) dan *Asterik* (bintang) yang digunakan sebagai tanda kode utama sebab sakit yakni dagger dan kode untuk manifestasi dari lanjutan diagnosis yang ada yakni asterik, kemudian ada Rujuk silang / *See, see also* yang digunakan apabila ada perintah dalam kurung.

Seiring dengan kegunaannya maka dalam menemukan *coding* diagnosis penyakit dan tindakan memiliki beberapa langkah dan ketentuan yang harus dicapai yakni:

1. Dalam Permenkes No 24 Tahun 2022 tentang rekam medis kualifikasi pendidikan telah lulus pendidikan Rekam Medis dan informasi kesehatan, sesuai ketentuan peraturan perundang undangan pada Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis dengan standart pendidikan RMIK Diploma -III (tiga) Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Diploma IV (empat) dan Sarjana I (satu) Manajemen Informasi Kesehatan dan yang sudah pernah mengikuti pelatihan pengkodean dan tersertifikasi.
2. Beberapa pihak yang terlibat dalam kegiatan coding diagnosis penyakit pada dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Kanjuruhan adalah pasien, petugas rekam medis, dokter, dan petugas verivikator.
3. Dokumen rekam medis yang dimaksud adalah dokumen rawat inap yang sebelumnya sudah melalui tahap perakitan formulir atau assembling dan analisis

kuantitatif yang akhirnya sampai pada bagian coding untuk ditentukan kode diagnosis penyakit beserta dengan tindakannya.

4. Dokter yang dimaksud adalah dokter DPJP yang menangani pasien saat dilakukan tindakan sehingga apabila terdapat diagnosis penyakit yang tidak dapat terbaca bisa menghubungi dokter yang bersangkutan.
5. Langkah – Langkah Koding diagnosis penyakit:
 - a. Identifikasi diagnosis penyakit yang akan dikode dan merujuk ke seksi yang tepat pada indeks alfabet.
 - b. Menentukan Lead Term dari diagnosis penyakitnya
 - c. Mencari kode yang sesuai di Indeks daftar alphabet (ICD- 10 Vol. 3)
 - d. Melihat note dan keterangan atau perintah lain yang berpengaruh
 - e. Menentukan kode berdasarkan ICD- 10 volume 3
 - f. Mengontrol (melihat kembali) kode tersebut di Volume 1, membaca note, exclude, include, dan subdivision
 - g. Meneliti kembali dengan diagnosis penyakit pasien
 - h. Menentukan dan menuliskan kode akhir diagnose dengan benar

Tidak hanya dilihat dari segi standart dan langkah – langkah, Proses dalam melakukan kegiatan coding juga turut serta dicampuri oleh beberapa pihak tidak hanya dari petugas rekam medis sendiri tapi juga terdapat pihak profesional pemberi pelayanan kesehatan yang lain seperti :

1. Dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis yang melayani pasien di rumah sakit
2. Dokter tamu yang memberikan perawatan pada pasien
3. Dokter residen yang sedang melakukan kegiatan pelatihan kompetensi dasar
4. Tenaga Rekam medis pasien.

Dengan ketentuan dokumen rekam medis harus dibuat dan dikerjakan segera setelah pasien menerima pelayanan dengan ketentuan :

1. Setiap melakukan kegiatan konsultasi dengan pasien hasil konsultasi diharapkan segera ditulis pada dokumen rekam medis dalam kurun waktu 1 x 24 jam.
2. Dalam dokumen rekam medis semua pencatatan yang diberikan oleh dokter maupun tenaga medis lain harus diberi tandangan disertai nama terang dilengkapi dengan tanggal.
3. Pencatatan yang dilakukan oleh mahasiswa kedokteran dan tenaga medis lainnya menjadi tanggungjawab dokter yang merawat dan dokter pembimbingnya.
4. Pencatatan yang diberikan oleh residen juga harus dengan dokter pembimbingnya.
5. Dokter atau tenaga medis lain yang melakukan pencatatan jika melakukan kesalahan dapat diperbaiki dengan mencoret 1 kali yang salah serta diberi paraf.
6. Jika terjadi kesalahan tidak diperbolehkan melakukan penghapusan tulisan dengan cara apapun.

Dilihat dari banyaknya pihak yang terlibat maka banyak pula presepsi dalam meninjau kode diagnosis penyakit maka dari itu penggunaan singkatan dan penyamaan presepsi sangat berperan penting dalam proses pengkodean agar tidak salah. Terutama dalam proses kegiatan mengkodeing diagnosis penyakit petugas rekam medis perlu memperhatikan hal hal sebagai berikut :

1. Petugas rekam medis diharuskan mengisi dokumen rekam medis dengan lengkap dan jelas sehingga mudah dipahami dan dibaca.

2. Petugas rekam medis harus mengoreksi kelengkapan dokumen rekam medis dan apabila tidak lengkap dapat dikembalikan lagi ke ruangan rawat inap asal pasien kepada dokter atau tenaga medis yang bertanggungjawab.

Melihat betapa pentingnya pengaruh kegiatan coding pada diagnosis penyakit menjadi tantangan bagi para penyedia fasilitas pelayanan untuk terus melakukan perbaikan dengan melakukan monitoring dan evaluasi ketepatan kode diagnosis yang diberikan kepada pasien dengan pencatatan yang spesifik dan dapat memfasilitasi petugas analisis(analising) dan pelaporan(reporting) dalam membuat laporan pernyataan ulang penyakit yang digunakan sebagai penagihan untuk pembayaran biaya layanan, pengindeksan catatan dan tindakan penyakit fasilitas medis,dan meningkatkan akses manajemen rumah sakit dalam memberikan informasi yang benar.

2.1.4 Akreditasi Versi STARKES Kementerian Kesehatan

Mutu pelayanan menjadi aspek yang sangat penting dalam penilaian mengenai sebuah kinerja. dilihat dari aspek kepuasan konsumen dan masyarakat yang menerima pelayanan kesehatan bermutu dan mengedepankan rasa aman efisien dan efektif tepat waktu akurat dan terintegrasi dalam hal ini terdapat 2 cara dalam meningkatkan mutu yang tertuang dalam keputusan menteri kesehatan nomor HK.01.07/menkes/1128/2022 tentang standart akreditasi Rumah sakit yakni secara internal dan eksternal. Dalam meningkatkan mutu secara internal (*internal continous quality improvement*) Rumah sakit dapat melakukan upaya ini secara berkala seperti penetapan, pengukuran, pelaporan dan mengevaluasi indikator kegiatan yang dilaksanakan sedangkan dalam meningkatkan mutu secara eksternal rumah sakit dapat ikut serta dalam partisipasi perizinan sertifikasi dan akreditasi. Akreditasi adalah pengakuan tentang nilai dari kuliatas suatu lembaga yang sudah

memenuhi standart akreditasi yang disetujui oleh pemerintah, Dalam hal ini pemerintah juga dapat mengambil sisi positif bahwasannya dengan adanya akreditasi dapat mempermudah untuk mengetahui rumah sakit yang sudah ter akreditasi sesuai dengan regulasinya dengan target RPJMN Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun. 2020-2024. Dalam pelaksanaannya Akreditasi memiliki beberapa tujuan :

1. Bermaksud untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien untuk mengurangi resiko kemungkinan buruk terhadap pasien di rumah sakit.
2. Menjadi acuan standart penyelenggaraan kegiatan di rumah sakit dengan kualitas yang baik.
3. Menjadi acuan bagi Kementrian kesehatan, Dinas Kesehatan maupun lembaga lembaga pemerintahan dalam melakukan evaluasi dan monitoring mutu keselamatan pasien di rumah sakit.

Dalam surat keputusan akreditasi terdapat beberapa kelompok standar akreditasi rumah sakit menurut fungsi pentingnya masing – masing yang dibagi dalam beberapa kelompok kerja. Kelompok yang pertama adalah kelompok manajemen rumah sakit yang terdiri dari tata kelola rumah sakit (TKRS), kualifikasi dan pendidikan staf (KPS), manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK), peningkatan mutu dan keselamatan pasien (MFK), manajemen rekam medis dan informasi kesehatan (MRMIK), pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), pendidikan dalam pelayanan kesehatan (PPK) kelompok selanjutnya adalah yang berfokus pada pasien seperti akses dan kontinuitas pelayanan (AKP), hak pasien dan keluarga (HPK), pengkajian pasien (PP), pelayanan anastesi dan bedah (PAB), pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat (PKPO), komunikasi dan

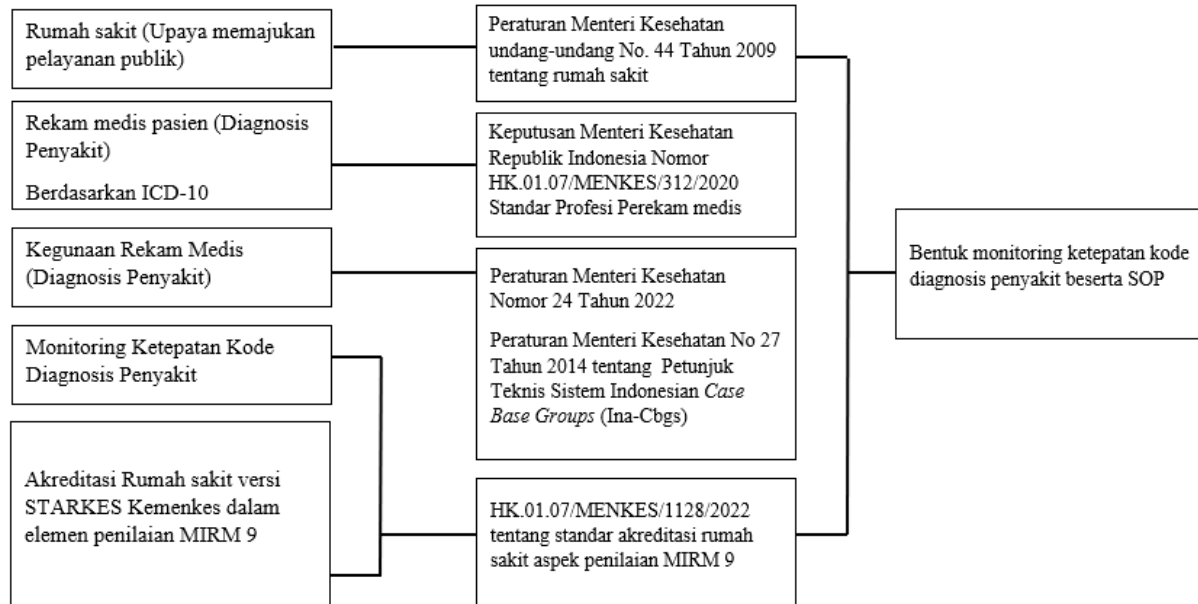
edukasi (KE) kelompok selanjutnya ada sasaran keselamatan pasien (SKP) dan kelompok program nasional (PROGNAS).

Salah satu acuan perekam medis dalam pengelolaan pelayanan manajemen rumah sakit yang tertuang pada KMK -1128 Akreditasi Kementerian kesehatan adalah MRMIK yang terdiri dari 13 standar yang titik berat fokusnya ada pada pelaksanaan manajemen informasi, pengelolaan dokumen rekam medis pasien dan teknologi informasi kesehatan dipelayanan kesehatan pada MRMIK 9 terdapat standart yang mengatur penggunaan kode diagnosis, kode prosedur simbol dan dingkatan yang digunakan seragam dan sesuai standar rumah sakit. Hal ini memiliki maksud dan tujuan dalam penggunaan simbol kode dan singkatan yang seragam dan sesuai standar dapat mencegah terjadinya kesalahpahaman dalam komunikasi dan pemberian asuhan ataupun pengambilan keputusan lain. Dengan adanya standar ini diharapkan rumah sakit dapat menetapkan daftar dalam penggunaan kode, simbol dan singkatan yang digunakan sesuai dengan standar seragam konsistem dan sesuai dengan standar praktik profesional yang penggunaan kode rekam medisnya menggunakan ICD-10 untuk kode penyakit dan ICD-9 untuk kode tindakan sesuai standar yang ditetapkan rumah sakit dan dilakukan evaluasi. Berikut adalah beberapa elemen penilaian pada Akreditasi MRMIK 9 :

1. 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

2. 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 pelaporan yang disaksikan langsung oleh direktur dan para pimpinan rumah sakit dan petugas yang melakukan monitoring

2.2 Kerangka Teori

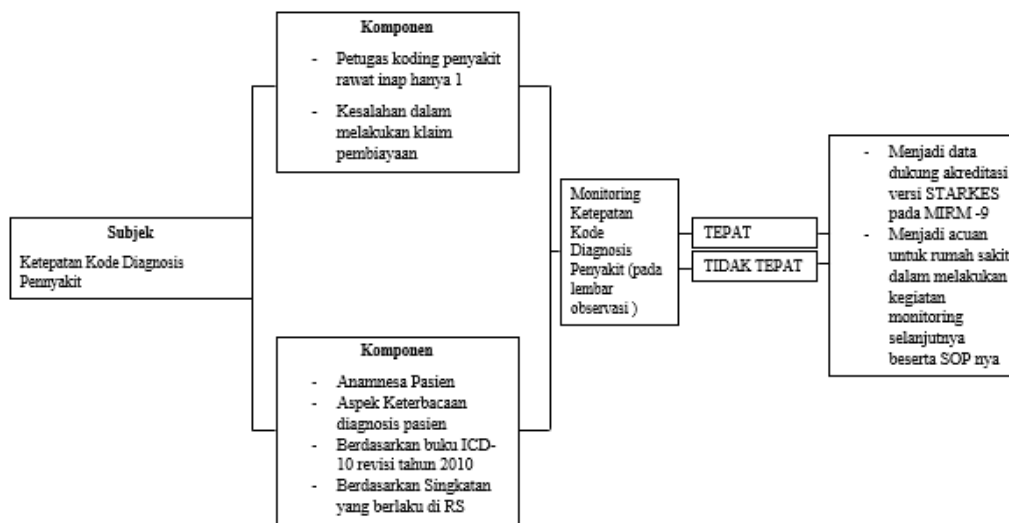


Gambar 2.1 Kerangka Teori

Dalam gambar 2.1 berisi penjelasan mengenai kerangka teori yakni visualisasi hubungan antara berbagai variabel untuk menjelaskan sebuah fenomena atau permasalahan (Wibowo,2014). yang dimulai dari pengertian rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit yakni suatu fasilitas pelayanan kesehatan yang berupaya untuk memajukan pelayanan publik sampai derajat setinggi – tingginya kemudian pada unit rekam medis khususnya pada kompetensi utama seorang perekam medis yakni kodefikasi penyakit berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/312/2020 tentang Standar Profesi Perekam medis, Selanjutnya peneliti melihat betapa pentingnya kegunaan rekam medis khususnya pada diagnosis penyakit berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 dan Peraturan Menteri Kesehatan No 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Groups* (Ina-Cbgs) yang di dalamnya berisi kegunaan rekam medis 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 pentingnya kegunaan rekam medis khususnya pada kegiatan kodefikasi penyakit maka dari itu dalam rangka upaya meningkatkan pelayanan mutu rumah sakit dilakukannya kegiatan monitoring kode diagnosis penyakit dalam menunjang akreditasi versi STARKES pada aspek penilaian MIRM 9 berdasarkan HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit sehingga peneliti mendapatkan hasil dari penelitian ini adalah bentuk monitoring ketepatan kode diagnosis penyakit dalam menunjang

akreditasi rumah sakit versi STARKES di RSUD Kanjuruhan beserta SOP yang nantinya dapat dijadikan acuan untuk rumah sakit pada kegiatan selanjutnya.

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Dalam gambar 1.2 berisi penjelasan mengenai kerangka konsep menjelaskan hubungan antara variabel satu dengan lainnya dalam desain sistem kerja kemudian mengimplementasikannya secara langsung. Subjek penelitian ini yakni *Ketepatan kode diagnosis penyakit rawat inap di RSUD Kanjuruhan* yang dalam pelaksanaannya dipengaruhi oleh beberapa komponen yakni anamnesa pasien, aspek keterbacaan, penggunaan buku ICD-10 dan singkatan yang berlaku di rumah sakit sebagai acuan dalam menentukan kode diagnosis penyakit dengan kendala petugas koding rawat inap di rumah sakit hanya 1 sehingga munculnya dugaan masalah kesalahan dalam melakukan klaim pembiayaan pasien maka dari itu dilakukannya kegiatan monitoring pada ketepatan kode diagnosis penyakit rawat inap selama 3 bulan yakni bulan Juli, Agustus, September untuk menilai berapa presentase nilai TEPAT dan TIDAK TEPAT dalam kurun waktu 3 bulan kemudian data ini digunakan sebagai data dukung dalam pelaksanaan akreditasi penilaian akreditasi versi STARKES MIRM -9 dan dapat dijadikan acuan bagi rumah sakit dalam melaksanakan kegiatan monitoring selanjutnya beserta SOP nya.