

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kerangka Teori

1. Pengertian Rekam Medis

Rekam medis memiliki banyak implikasi luas di luar aktivitas pencatatan saja. Rekam medis dianggap sebagai sistem untuk mengelola rekam medis. Di bawah ini adalah pemahaman dari berbagai sumber termasuk :

- a. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008, “Rekam medis meliputi catatan dan dokumen yang berkaitan dengan identifikasi pasien, pemeriksaan, pengobatan, pengobatan dan pelayanan lainnya arsip. ” (Permenkes RI No. 269/Menteri Kesehatan/III/2008, 2008)
- b. Menurut Edna K. Huffman, “Rekam medis pasien adalah fakta atau bukti yang berkaitan dengan kondisi pasien, riwayat medis, dan pengobatan masa lalu dan sekarang, yang disiapkan oleh seorang profesional medis yang memberikan layanan kepada pasien.” (Huffman, 1994)
- c. Rekam kesehatan adalah catatan tertulis atau catatan tentang semua pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien untuk identifikasi pasien, pengukuran antropometri riwayat medis, laboratorium, diagnosis, rawat inap, rawat jalan, dan pelayanan gawat darurat.. (Rustiyanto, 2009)

2. Isi Rekam Medis Rawat Inap

Catatan Permenkes 269 pasien tahun 2008 menyatakan bahwa isi rekam medis perawatan dan rawat jalan sekurang-kurangnya memuat :

- a. ID pasien
- b. Tanggal dan waktu
- c. Hasil riwayat medis termasuk setidaknya satu keluhan dan riwayat medis

- d. Penyakit
- e. Pemeriksaan Fisik dan Hasil Medis
- f. Diagnosis
- g. Rencana Penatalaksanaan
- h. Pengobatan dan/atau Tindakan
- i. Persetujuan Tindakan Medis oleh pasien jika diperlukan
- j. Pencatatan Observasi Klinis dan Pengobatan
- k. Ringkasan Pulang Pasien Rawat Inap (*discharge summary*)
- l. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau pemberi pelayanan kesehatan yang ditunjuk yang memberikan pelayanan medis
- m. Pelayanan lain yang diberikan oleh pemberi pelayanan kesehatan yang ditunjuk
- n. Untuk kedokteran gigi dilengkapi hasil odontogram klinis.

3. Tujuan Rekam Medis

Membantu rancangan peraturan untuk meningkatkan perawatan rumah sakit. Tanpa sistem rekam medis yang baik dan akurat, tindakan regulasi tidak akan sesuai dengan harapan. Dengan berkembangnya teknologi informasi, penggunaan rekam medis dapat dibagi menjadi dua kelompok utama. Pertama, paling langsung ke pelayanan pasien (primer). Kedua, terkait dengan status pengobatan pasien tetapi tidak secara langsung ditentukan (sekunder). (Hatta, 2011)

4. Kegunaan Rekam Medis

Rekam medis memiliki kegunaan yang luas tidak hanya untuk merekam informasi pasien, memberikan pelayanan kepada pasien, atau sebagai lokasi untuk prosedur medis yang diperlukan. Penggunaan rekam medis adalah sebagai berikut.

- a. Menurut Mack. Gibony, penggunaan rekam medis meliputi berbagai unsur yang disingkat A-L-F-R-E-D yaitu administrasi, hukum, keuangan, penelitian, pendidikan, dokumentasi. (Gibony, 1991)
- b. Rekam medis dapat digunakan sebagai :
 - 1) Pelayanan kesehatan dan pelayanan pasien

- 2) Barang bukti dalam rangka penegakan hukum, bidang kedokteran, dan kedokteran gigi, serta praktek etika kedokteran dan kedokteran gigi
- 3) Untuk kepentingan pendidikan dan penelitian
- 4) Bukti pembayaran biaya pengobatan pasien
- 5) Sebagai data statistik kesehatan

5. SOP (Standar Operasional Prosedur)

Menurut UU 36 Tahun 2014 Pasal 1 Ayat 14, SOP adalah seperangkat intruksi/prosedur standar untuk menyelesaikan proses bisnis harian tertentu dengan memberikan praktik yang tepat dan terbaik. SOP adalah kumpulan dokumen atau formulir yang berisi prosedur tertentu dengan petunjuk rinci dan jelas untuk melakukan tugas sesuai dengan peraturan perusahaan, pendidikan, kesehatan, penerbangan, industry, militer, bahkan manajemen usaha kecil (Purnamasari, 2015). Oleh karena itu, SOP adalah pedoman atau acuan untuk pelaksanaan tugas kerja organisasi yang berulang, untuk mendeteksi terjadinya kesalahan dalam pelaksanaan tugas atau pekerjaan dan untuk memenuhi Pernyataan Menteri Negara tentang Otorisasi Peralatan (Permenpan No. PER/21/M – PAN/11/2008) berikut manfaat umum SOP bagi organisasi adalah:

- a. Sebagai standarisasi bagaimana pegawai melakukan tugas tertentu untuk mengurangi kesalahan dan kelalaian.
- b. SOP membantu meningkatkan kemandirian pegawai dan mengurangi ketergantungan pada intervensi manajemen. Ini mengurangi keterlibatan kepemimpinan dalam implementasi proses sehari-hari.
- c. Tingkatkan akuntabilitas dengan mendokumentasikan tanggung jawab khusus untuk tugas.
- d. Gunakan ukuran kinerja standar yang disediakan oleh karyawan. Cara nyata untuk meningkatkan kinerja dan mengevaluasi upaya.
- e. Memandu setiap karyawan departemen layanan dalam layanan sehari-hari.

- f. Hindari tugas pengiriman layanan yang tumpang tindih.
- g. Sebagai dukungan untuk menemukan kesalahan procedural dalam pemberian layanan. Menjamin proses pelayanan berjalan dengan baik diberbagai situasi.

6. Diagnosa

Diagnosa adalah penetapan oleh dokter tentang penyebab masalah kesehatan seseorang. Ini umumnya melibatkan identifikasi proses penyakit dan agen penyebab masalah terkait. Diagnosis pasien adalah produk dari dokter dan hanya dokter yang berlisensi, tepercaya, dan diakui secara hukum yang berwenang untuk mendiagnosis kesehatan atau penyakit pasien. Untuk melakukan ini, dokter harus mencatat/menampilkan diagnosis pasien di rekam medis pasien sesuai standar dokumentasi normal. (Retno, 2008)

Diagnosis dapat dibagi menjadi beberapa kategori :

a. **Diagnosa utama**

Diagnosis/kondisi kesehatan yang mengarah pada pengobatan atau pemeriksaan pasien ditentukan disaat akhir masa perawatan atau akhir pemeriksaan pelayanan rawat jalan.. (Retno, 2008)

b. **Diagnosa sekunder**

Diagnosis yang berkaitan dengan diagnosis utama selama pasien tinggal di rumah sakit atau terjadi selama perawatan.. (Retno, 2008)

c. **Diagnosa komorbiditas**

Diagnosis penyakit yang sesuai dengan diagnosis atau kondisi umum pasien dan memerlukan pelayanan/perawatan khusus setelah dan selama masuk rumah sakit.. (Retno, 2008)

d. **Diagnosa Komplikasi**

Diagnosis penyakit yang muncul selama masa perawatan dan memerlukan pelayanan tambahan selama masa perawatan. Ini mungkin karena kondisi medis yang ada atau perawatan pasien. (Retno, 2008)

7. *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem (ICD – 10)*

a. Pengertian ICD-10

Klasifikasi Statistik Internasional Penyakit dan Masalah Kesehatan Terkait, Edisi Kesepuluh, juga dikenal sebagai ICD-10, adalah sistem klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara internasional. ICD-10 mencakup materi baru tentang pedoman pencatatan dan kepraktisan klasifikasi. (WHO, 2004)

b. Tujuan ICD-10

Tujuan ICD-10 adalah untuk memfasilitasi pengumpulan data mortalitas dan morbiditas secara bersamaan dan analisis sistematis, interpretasi dan perbandingan data ini di berbagai wilayah dan periode waktu. ICD-10 digunakan untuk menerjemahkan diagnosis penyakit dan kondisi kesehatan lainnya ke dalam kode alfanumerik untuk memfasilitasi penyimpanan, pengambilan dan analisis informasi. (Icd 10 volume 2, 2010).

c. Struktur ICD-10

1) Seri/Volume

Icd-10 memiliki 3 buku yang memiliki fungsinya masing-masing:

a) Isi buku seri satu klasifikasi medis :

Daftar tabel (Klasifikasi), Morfologi, Tumor (ICD-10), definisi spesifik (Peraturan WHO), Konvensi, Nomenklatur.

b) Isi volume 2 instruksi manual :

Sejarah ICD-10 dan pengembangan lebih lanjut serta panduan pengguna.

c) Isi volume 3 indeks alfabetik :

Bagian ke-I :

Informasi tentang semua istilah klasifikasi dalam Bab I – XIX dan XXII (tidak termasuk obat-obatan serta unsur kimia).

Bagian ke-II :

Indeks Morbiditas dan Mortalitas dan semua istilah diklasifikasikan dalam Bab XX.

Bagian ke-III :

Obat dan unsur kimia yang diberi kode untuk informasi tambahan tentang keracunan obat dan efek samping obat disajikan dalam Bab XIX dan XX, yang menjelaskan kasus keracunan yang disebabkan oleh kecelakaan, bunuh diri, maksud yang tidak jelas atau implikasi perawatan kesehatan dari perawatan obat.

2) Bab pada ICD-10

ICD-10 terdiri dari 22 chapter :

- a) Bab 1 sampai Bab 17 membahas tentang permasalahan kesehatan dan permasalahan kesehatan yang lainnya.
- b) Bab 18 membahas tentang *symptoms, vital sign, dan* hasil pemeriksaan laboratorium yang abnormal yang tidak dimaksudkan penempatannya.
- c) Bab 19 membahas tentang trauma, keracunan serta yang berhubungan dengan hal-hal dari luar tubuh yang dapat mengganggu pada kesehatan.
- d) Bab 20 membahas penyebab luar dari kematian serta penyebab luar yang membuat masalah pada kesehatan.
- e) Bab 21 membahas hal-hal yang dapat menimbulkan permasalahan pada kesehatan yang terjadi ketika pasien sedang menjalani terapi atau pengobatan di pelayanan kesehatan..
- f) Bab 22 sebuah daftar kode khusus untuk masalah kesehatan yang belum diketahui asal mula epidemiologi dan pengobatannya.

3) Bab XV

Kode kehamilan, kelahiran, dan nifas terletak di blok O00-O99. Perhatikan bahwa ada tiga tujuan pengkodean untuk membuat kode bagi ibu yang melahirkan. Komplikasi, kehamilan, metode persalinan dan hasil persalinan.

Berikut kelompok sub-blok Bab XV :

- a) O00-O08 kode edema, proteinuria dan hipertensi selama kehamilan, persalinan masa nifas.

- b) O20-O29 kode gangguan maternal lain yang berhubungan dengan kehamilan.
- c) O30-O48 kode asuhan keibuan terkait janin dan cairan ketuban yang dapat menyebabkan masalah kelahiran.
- d) O60-O75 kode komplikasi persalinan.
- e) O80-O84 kode metode persalinan.
- f) O85-O92 kode komplikasi nifas.
- g) O95-O99 kode untuk hal-hal lain yang terjadi pada rahim.

Tidak termasuk:

- h) Penyakit human immunodeficiency virus [HIV] (B20-B24)
- i) Cedera, keracunan dan beberapa konsekuensi lain dari penyebab eksternal (S00-T98)
- j) Gangguan mental dan perilaku pascanatal (F53.-)
- k) Tetanus obstetri (A43)-nekrosis hipofisis postpartum(Z35.-)
- l) Kehamilan normal (Z34.-)

Permenkes No. 7 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Group (INA-CBG) dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional, penentu kondisi utama pada persalinan telah ditetapkan sebagai berikut :

- a) O08 Komplikasi adalah kehamilan ektopik dan keguguran pada awal kehamilan. Kode-kode ini tidak digunakan sebagai diagnostik utama. Kecuali fokus pengobatan adalah manajemen komplikasi. Misalnya komplikasi dari aborsi sebelumnya. Kode ini digunakan sebagai diagnosis sekunder pada kategori O00-O02 untuk mengidentifikasi komplikasi terkait, atau pada kategori O03-O07 untuk memberikan rincian tentang komplikasi. (ICD-10)

Contoh :

Diagnosis Utama : Ruptur Tuba Falopi dengan syok
 Diagnosis Sekunder :-
 Spesialisasi : Ginekologi

Kode ICD : Ruptur Tuba Falopi (O00.1) O08.3)
sebagai diagnosis sekunder.

- b) Persalinan O80 sampai O84 penggunaan kode-kode ini dalam diagnosis primer dibatasi ketika informasi yang diperoleh melalui kode O80 sampai O84 digunakan sebagai diagnosis sekunder untuk menunjukkan cara atau jenis melahirkan. (ICD – 10)

Contoh :

Diagnosis Utama : Melahirkan

Diagnosis Sekunder : Upaya melahirkan gagal

Prosedur : Sectio caesaria

Kode ICD : Upaya melahirkan sebagai diagnosis utama (O66.4), kode sectio caesaria tidak ada keterangan (O82.9) dan outcome delivery (Z37.) dikode sebagai diagnosa sekunder.

- c) O98 sampai O99 Kelainan ibu yang mempersulit kehamilan, persalinan, dan periode setelah melahirkan yang disebabkan oleh orang lain. Ketika kelainan yang mempersulit kehamilan, memperburuk kehamilan atau diduga berasal dari kebidanan, subkategori utama kecacatan yang diberikan disini lebih diutamakan daripada kategori yang tidak diberikan dalam Bab 15. Kode yang setara dari bab lain digunakan dalam diagnosis sekunder. (ICD - 10)

Contoh:

Diagnosis Utama : Toksoplasma

Diagnosis Sekunder : Kehamilan

Spesialis : Klinik Perawatan Prenatal Risiko Tinggi

Kode ICD : Kehamilan, Persalinan, Masa nifas (O98.6) penyakit Protozoa komplikasi (O98.6) beberapa diagnosis sekunder.

d) Kode 080-O84 digunakan untuk pengkodean prevalensi. Kode dalam blok ini digunakan untuk pengkodean morbiditas primer hanya jika tidak ada kelainan lain yang dapat diklasifikasikan dalam Bab XV yang teridentifikasi. Penggunaan kategori ini memerlukan rujukan ke aturan dan panduan pengkodean prevalensi volume 2. Oleh karena itu, penggunaan kode “penyakit dominan” ini terbatas pada kasus-kasus di mana informasi yang dimasukkan hanya untuk kelahiran atau metode melahirkan saja. (ICD – 10)

e) Kode Z37.- Hasil persalinan

Kategori ini dimaksudkan untuk digunakan sebagai kode tambahan untuk mengidentifikasi hasil persalinan pada catatan ibu.

Z37.0 Lahir tunggal hidup

Z37.1 Lahir tunggal meninggal

Z37.2 Lahir kembar, keduanya hidup

Z37.3 Lahir kembar, satu hidup, satu meninggal

Z37.4 Lahir kembar, semuanya meninggal

Z37.5 Lahir kembar lebih dari dua, semuanya hidup

Z37.6 Lahir kembar lebih dari dua, hanya beberapa hidup

Z37.7 Lahir kembar lebih dari dua, semuanya meninggal

Z37.9 Lahir tunggal atau kembar, tidak ada keterangan hidup atau meninggal (ICD - 10)

d. **Dasar Pemberian Kode ICD-10**

Bagian 2 dari buku ICD-10 manual pengguna ICD-10 berisi beberapa metode untuk menetapkan kode penyakit menurut buku ICD-10. Di bawah ini adalah panduan sederhana untuk membantu petugas pemberi kode ICD-10:

- 1) Identifikasi jenis kalimat yang ingin Anda kodekan dan temukan indeks alfabet yang sesuai. (Jika klaim berkaitan dengan penyakit, gangguan, atau kondisi lain yang dapat diklasifikasikan dalam Bab I sampai dengan XIX atau XXI, lihat bagian I Lampiran).

- 2) Cari kata kunci yang sering disebut lead (istilah medis). Untuk penyakit atau cedera, biasanya kata benda untuk penyakit. Namun, ada juga istilah seperti kata sifat dan eponim (nama orang).
- 3) Baca semua istilah dalam tanda kurung setelah kata kunci (perubahan ini tidak mempengaruhi nomor kode) baca semua kata berikut di samping diagnosis yang sedang ditinjau.
- 4) Ikuti dengan cermat petunjuk yang tertera seperti kata “*see*” dan “*see also*” dalam daftar.
- 5) Periksa kode yang dipilih di tabel katalog (volume 1). Kode indeks 3 digit dan tanda hubung (-) pada posisi keempat berarti terdapat karakter keempat pada bagian pertama. Pelengkap yang digunakan pada posisi akhir karakter tidak diindeks. Jika digunakan, dapat ditemukan di bagian satu.
- 6) Perhatikan keterangan untuk penggunaan kode, yang berada dibawah kategori kode masing-masing.
- 7) Tetapkan kode yang paling tepat jika sudah melewati tahapan diatas.

8. Ketepatan Kode

Ketepatan kode diagnosis adalah kesesuaian antara kode ICD-10 dengan diagnosis pada rekam medis. Keakuratan kode sangat bergantung pada praktisi yang bekerja di rekam medis: dokter yang membuat diagnosis dan dokter yang memberikan kode. Menurut Kasim dan Erkadius Hatta (2011), ada sembilan langkah utama dalam mendefinisikan sebuah kode :

- a. Siapkan pernyataan untuk menetapkan kode diagnostik.
- b. Tentukan kata *lead term* untuk penyakit atau cedera.
- c. Melakukan pencarian *lead term* pada indeks Volume 3 sesuai urutan alfabet..
- d. Perhatikan istilah setelah kata *lead term* yang berada didalam tanda “()”.

- e. Jika sudah ditemukan kode pada Volume 3, konfirmasi kode dilakukan pada Volume 1 untuk menentukan kode yang lebih tepat pada diagnosis.
- f. Perhatikan *include* dan *exclude* untuk menghindari ketidaktepatan pemberian kode.
- g. Berikan kode yang tepat pada diagnose tersebut.
- h. Lakukan analisa kuantitatif dan kualitatif kode diagnosa, sebagai laporan rumah sakit untuk keperluan perkembangan dan penilaian kualitas rumah sakit.

9. Tinjauan Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosa Utama

a. Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010) dalam Kusumawardhani (2016), pengetahuan adalah hasil pengetahuan yang dihasilkan manusia tentang suatu objek tertentu melalui proses persepsi, lebih dominan terjadi melalui persepsi penglihatan dengan mata dan pendengaran dengan telinga. Menurut Efendi dan Makhfudli (2009) dalam Eirene (2017) Pengetahuan atau persepsi merupakan faktor dominan yang sangat menentukan dalam membentuk kebiasaan atau tindakan seseorang (*overt behaviour*). Menurut teori World Health Organization (WHO) dalam (Notoatmodjo, 2007), suatu jenis objek kesehatan dapat digambarkan dengan pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman pribadi.

b. Tingkatan Pengetahuan Menurut Retnaningsih (2016) Notoatmodjo (2007), pengetahuan terkandung dalam enam tingkatan yaitu :

1) Mengetahui

Pengetahuan adalah tindakan menghafal apa yang telah Anda pelajari. Pengetahuan adalah tingkat pengetahuan paling rendah dan alat ukur yang digunakan adalah kata kerja seperti menyebutkan, menggambarkan, mendefinisikan dan mengarahkan. (Retnaningsih, 2016).

2) Pemahaman

Pemahaman dapat diartikan sebagai kemampuan menginterpretasikan materi dengan cara menafsirkan secara akurat, mendeskripsikan, memberikan contoh objek yang diketahui, dan menyimpulkan objek yang sedang dipelajari. (Retnaningsih, 2016).

3) Penerapan

Aplikasi adalah kemampuan menerapkan apa yang dipelajari pada situasi dan kondisi nyata.

4) Analisis

Analisis dapat didefinisikan sebagai kemampuan untuk menggambarkan suatu objek di bagian-bagian penyusunnya, tetapi selalu merupakan struktur organisasi, selalu saling terkait, dan dapat dijelaskan (ditabulasikan), dibedakan, dipisahkan, dikelompokkan, dll. Dinilai dan diukur dengan kata kerja. (Retnaningsih, 2016).

10. Melahirkan

Persalinan atau melahirkan adalah proses pengeluaran janin pada usia kehamilan 37 sampai 42 minggu, lahir normal dengan posisi kepala berada dibawah jalur persalinan yang terjadi dalam waktu 18 sampai 24 jam tanpa menimbulkan komplikasi bagi ibu dan janin. (Prawihardjo, 2014)

Kehamilan seorang wanita terjadi dalam waktu 0 minggu dari periode menstruasi terakhirnya hingga melahirkan (38 minggu setelah pembuahan. Dalam dunia medis, ibu hamil disebut “gravida”, selain itu digunakan istilah “paritas” (disingkat “para”) yang mengacu pada jumlah anak yang lahir lebih awal. Wanita yang belum pernah hamil disebut “Nuligravida”, yang baru pertama kali hamil disebut “primagravida”, wanita yang hamil dari kehamilan sebelumnya disebut “Multigravida” atau “Multiparu”. Untuk wanita yang belum pernah hamil lebih dari 20 minggu, usia kehamilan disebut “Nulipara”. Sedangkan calon anak ibu hamil adalah “Embrio” yaitu selama minggu-minggu pertama kehamilan, kata belum lahir diubah menjadi “Janin” sampai melahirkan. (Garmelia, 2018)

Seorang wanita dikatakan hamil normal jika dalam kandungannya telah tumbuh dan berkembang janin. Kehamilan bisa salah jika pembuahan tidak terjadi di dalam rahim atau diluar rahim, ini disebut kehamilan ektopik, sangat jarang janin dapat bertahan hidup cukup besar. Secara harfiah seorang Wanita hamil hanya mengandung satu janin. Kehamilan kembar sebenarnya adalah kehamilan yang tidak normal, bisa terjadi namun dengan syarat resiko meningkat pada kehamilannya. (Garmelia, 2018)

Kehamilan dibagi menjadi memiliki masa pertiga bulan atau disebut “trimester”. Pada trimester pertama merupakan masa pertumbuhan dan pembentukan organ. Pada trimester kedua merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan, pada trimester ketiga merupakan masa pertumbuhan, perkembangan, dan persiapan kelahiran dimana sejak awal janin dapat hidup di dunia luar dengan atau tanpa bantuan medis. (Garmelia, 2018)

11. Neonatal

Neonatal terbentuk dari dua kata yaitu “Neo” yang berarti baru dan “Natal” adalah lahir, yaitu baru lahir atau bisa disebut bayi baru lahir adalah bayi yang baru saja melalui proses kelahiran, berumur 0-28 hari. Neonatal memerlukan penyesuaian fisiologis berupa kedewasaan, adaptasi (berpindah dari kehidupan in utero ke kehidupan ektopik), dan kemampuan untuk menoleransi neonatal agar dapat hidup dengan hak. Neonatal adalah individu yang baru saja mengalami trauma pertama/kelahiran dan memerlukan proses adaptasi untuk kehidupan dunia. (Herman, 2020)

12. Ringkasan Pulang

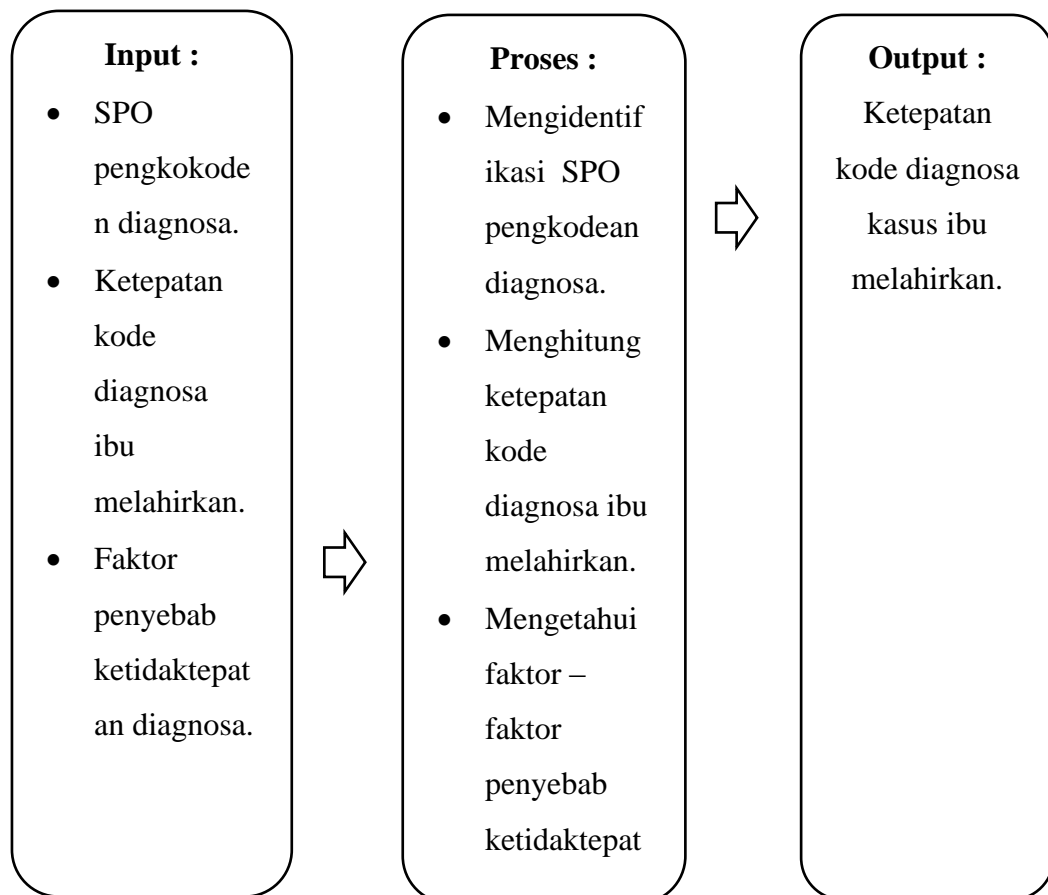
Informasi yang mencakup keseluruhan kegiatan perawatan selama pasien di rawat, dalam ringkasan pulang terdapat diagnose, tindakan, hasil penunjang dan kondisi pasien ketika pulang, hal tersebut dikuatkan dengan tanda tangan dokter yang merawat pasien selama di ruang perawatan. (Hatta, 2011)

13. Petugas Koding (Coder)

Seorang pembuat kode (coder adalah dokter yang berprofesi sebagai pembuat kode rekam medis dan prosedur, yang telah menyelesaikan

pelatihan minimal Diploma III dalam catatan pasien dan informasi kesehatan dan mendapat sertifikat pendaftaran STR dari asosiasi profesi rekam kesehatan. Dan informasi kesehatan (PORMIKI) serta memiliki izin kerja. (SIK).(Permenkes No. 55 , 2013)

B. Kerangka Konsep



C. Variabel Penelitian

1. Standar pengkodean diagnosa.
2. Ketepatan kode diagnosa.
3. Faktor penyebab ketidaktepatan diagnosa.

D. Definisi Operasional

1. SPO adalah suatu perangkat intruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk melakukan pengkodean diagnosa.
2. Ketepatan kode adalah adalah kesesuaian kode pada ICD-10 dengan diagnosa ibu melahirkan yang meliputi kondisi hamil, metode persalinan dan hasil persalinan yang tercatat diringkasan pulang.
3. Faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosa adalah hal-hal yang menyebabkan meliputi, penulisan diagnosa, prosedur mengkode diagnosa, petugas pengkodean diagnosa (*coder*).