**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Landasan Teori**
2. **Rumah Sakit**

Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat selain upaya promotif dan preventif, diperlukan juga upaya kuratif dan rehabilitatif. Upaya kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif dapat diperoleh melalui rumah sakit yang juga berfungsi sebagai penyedia pelayanan kesehatan rujukan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56/Menkes/PER/I/2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit mengelompokkan rumah sakit berdasarkan penyelenggaraan, yaitu rumah sakit pemerintah, rumah sakit pemerintah daerah dan rumah sakit swasta. Rumah sakit pemerintah adalah unit pelaksana teknis dari instansi pemerintah (Kementerian Kesehatan, Kepolisian, Tentara Nasional Indonesia dan Kementerian Lainnya). Rumah sakit daerah adalah pelaksana teknis dari daerah (pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten dan pemerintah kota). Sedangkan rumah sakit swasta adalah badan hukum yang bersifat nirlaba.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56/Menkes/PER/I/2014 juga mengelompokkan rumah sakit berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan menjadi rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Adapun rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

Dalam undang-undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yang dimaksud Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawa

darurat. Rumah Sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial (pasal 2).

Rumah Sakit diselenggarakan dengan tujuan untuk :

1. mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan;
2. memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit;
3. meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit; dan
4. memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan rumah sakit.

Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan

perorangan secara paripurna (pasal 4). Untuk menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, Rumah Sakit mempunyai fungsi:

* + 1. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
    2. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
    3. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan ; dan
    4. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Jenis – jenis pelayanan rumah sakit yang minimal wajib disediakan oleh rumah sakit menurut Kepmenkes No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit meliputi :

1. Pelayanan gawat darurat

2. Pelayanan rawat jalan

3. Pelayanan rawat inap

4. Pelayanan bedah

5. Pelayanan persalinan dan perinatologi

6. Pelayanan intensif

7. Pelayanan radiologi

8. Pelayanan laboratorium patologi klinik

9. Pelayanan rehabilitasi medik

10. Pelayanan farmasi

11. Pelayanan gizi

12. Pelayanan transfusi darah

13. Pelayanan keluarga miskin

14. Pelayanan rekam medis

15. Pengelolaan limbah

16. Pelayanan administrasi manajemen

17. Pelayanan ambulans/kereta jenazah

18. Pelayanan pemulasaraan jenazah

19. Pelayanan laundry

20. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit

21. Pencegah Pengendalian Infeksi

Dalam undang-undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 29 (h) dijelaskan bahwa setiap rumah sakit berkewajiban menyelenggarakan rekam medis. Penyelenggaraan rekam medis dimulai dari tempat penerimaan pasien hingga pencatatan proses pelayanan yang diberikan kepada pasien yang meliputi kegiatan *registration, assembling, coding, indexing,* dan *filing*(Budi,2011:73).

1. **Rekam Medis**
2. Pengertian Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis, Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Berdasarkan BPPRM Tahun 2006, dijelaskan bahwa Rekam Medis diartikan sebagai “ Keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnese, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa serta segala sesuatu pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat”. Dalam artian sederhana rekam medis hanya merupakan catatan dan dokumen yang berisi tentang kondisi keadaan pasien, tetapi jika dikaji lebih mendalam rekam medis mempunyai makna yang lebih kompleks tidak hanya catatan biasa, karena didalam catatan tersebut sudah tercermin segala informasi menyangkut seorang pasien yang akan dijadikan dasar didalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan medis lainnya yang diberikan kepada seorang pasien yang datang ke rumah sakit.

1. Manfaat Rekam Medis

Manfaat rekam medis berdasarkan Permenkes Nomor 269/MenKes/Per/III/2008, tentang Rekam Medis adalah sebagai berikut:

1. Pengobatan. Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien
2. Peningkatan Kualitas Pelayanan. Membuat Rekam Medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.
3. Pendidikan dan Penelitian. Rekam medis yang merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.
4. Pembiayaan Berkas 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
5. Statistik Kesehatan Rekam medis dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit- penyakit tertentu
6. Pembuktian Masalah Hukum, Disiplin dan Etik Rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik.
7. Tujuan Rekam Medis

Menurut Dirjen Yanmed (2006:13) tujuan Rekam Medis adalah Menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

1. Kegunaan Rekam Medis

Menurut Dirjen Yanmed (2006:13) kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain:

a) Aspek Administrasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b) Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada pasien.

c) Aspek Hukum

Suatu Suatu berkas rekam medis mempunyai aspek hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan, Rekam Medis adalah milik dokter dan rumah sakit sedangkan isinya yang terdiri dari identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien adalah sebagai informasi yang dapat dimiliki oleh pasien sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku (UU Praktik Kedokteran RI No.29 Tahun 2004 Pasal 26 ayat (1), Penjelasan).

d) Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai keuangan, karena isinya mengandung data/informasi yang dapat digunakan sebagai aspek keuangan.

e) Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena informasi yang dikandungnya dapat digunakan sebagai bahan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

f) Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran dibidang profesi para pemakai.

g) Aspek Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban laporan rumah sakit.

1. **Pelayanan Rawat Inap**

Dalam undang-undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Menurut kamus besar bahasa Indonesia , rawat inap adalah pasien yang memperoleh pelayanan kesehatan menginap dan dirawat di rumah sakit atau opname. Dalam Azwar (1996:73) disebutkan bahwa rawat inap adalah suatu bentuk pelayanan kedokteran yang diselenggarakan oleh Rumah Sakit.

Kualitas pelayanan rawat inap adalah kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang atau masyarakat sesuai dengan standar profesidan standar pelayanan yang ada dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit umum daerah kota Bontang secara wajar, efisien, dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum, dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah, serta masyarakat konsumen.

1. **Kodefikasi (pengkodean)**
2. Pengertian kodefikasi

Kegiatan pengkodean adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan menggunakan huruf dan angka atau kombinasi antara huruf dan angka yang mewakili komponen data. Kegiatan yang dilakukan dalam *coding* meliputi kegiatan pengkodean diagnosis penyakit dan pengkodean tindakan medis. Pengkodean harus dilakukan oleh tenaga profesional perekam medis dengan menggunakan *International Statistic Clasification of Diseases and Related Health Problem* (ICD) (Budi,2011:82).

Pratama (2012) dalam penelitiannya menyatakan bahwa *coding* merupakan salah satu kompetensi dari rekam medis yang memiliki peran yang sangat penting dalam mendukung peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Selain itu, *coding* juga berfungsi memberi kode berdasarkan diagnosis utama yang sesuai dengan aturan ICD-10. Pengkodean diagnosis yang akurat, *complete* dan konsisten akan menghasilkan data yang berkualitas. Ketepatan dalam pemberian kode diagnosis merupakan hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis. Kualitas data terkode merupakan hal penting bagi kalangan personel Manajemen Informasi Kesehatan. Ketepatan data diagnosis sangat krusial dibidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal lain yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan (Hatta, 2008).

1. Tujuan kodefikasi

Menurut (Budi,2011:82), Kode klasifikasi penyakit oleh WHO (*World Health Organization*) bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan. Sejak tahun 1993 WHO mengharuskan negara anggotanya termasuk Indonesia menggunakan klasifikasi penyakit revisi 10 (ICD-10, International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision). Namun, di Indonesia sendiri ICD-10 baru ditetapkan untuk menggantikan ICD-9 pada tahun 1998 melalui SK Menkes RI No.50/MENKES/KES/SK/I/1998. Sedangkan untuk pengkodean tindakan medis dilakukan menggunakan ICD-9-CM.

1. Ketepatan pengkodean

Hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga rekam medis adalah ketepatan dalam pemberian kode diagnosis. Pengkodean yang tepat dan akurat diperlukan rekam medis yang lengkap. Rekam medis harus memuat dokumen yang akan dikode seperti pada lembar depan seperti; ringkasan masuk keluar, lembaran operasi dan laporan tindakan, laporan patologi dan resume pasien keluar. Salah satu faktor penyebab ketidaktepatan penulisan kode diagnosis adalah karena dokter tidak menuliskan diagnosis dengan lengkap sehingga terjadi kesalahan petugas rekam medis dalam melakukan kode diagnosis. Dampak yang terjadi bila penulisan kode diagnosis tidak tepat adalah pasien mengorbankan biaya yang sangat besar, pasien yang seharusnya tidak minum obat antibiotika tetapi harus diberi antibiotika dan dampak yang lebih fatal berisiko mengancam jiwa pasien (Hatta, 2012).

Kecepatan dan ketetapan *coding* dari suatu diagnosis dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya tulisan dokter yang sulit dibaca, diagnosis yang tidak spesifik, keterampilan petugas *coding* dalam pemilihan kode dan tenaga kesehatan lainnya. Pada proses *coding* ada beberapa kemungkinan yang dapat mempengaruhi hasil pengkodean dari petugas *coding,* yaitu bahwa penetapan diagnosis pasien merupakan hak, kewajiban dan tanggung jawab tenaga medis yang memberikan perawatan pada pasien dan tenaga *coding* di bagian unit rekam medis tidak boleh mengubah (Menambah atau mengurangi) diagnosis yang ada. Tenaga rekam medis bertanggung jawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh tenaga medis. Apabila ada hal yang kurang jelas, maka tenaga rekam medis mempunyai hak dan kewajiban untuk menanyakan atau berkomunikasi dengan tenaga kesehatan yang bersangkutan.

Pada proses coding terdapat beberapa kemungkinan yang dapat mempengaruhi hasil pengkodean petugas coding, menurut Budi (2001:83), dalam proses coding terjadi beberapa kemungkinan yaitu :

1. Penetapan diagnosa yang benar ,tetapi petugas pengkodean salah menentukan kode, sehingga hasil pengkodean menjadi salah.
2. Penetapan diagnosa yang salah dapat mengakibatkan hasil pengkodean menjadi salah
3. Penetapan diagnosa oleh Dokter yang kurang jelas, sehingga mengakibatkan salah dibaca oleh petugas koding, sehngga hasil pengkodean salah

Oleh karena itu kualitas pegkodean bergantung pada kelengkapan diagnosa, kejelasan tulisan Dokter, serta profesionalisme dokter dan petugas koding.

1. Langkah-langkah dalam menentukan kode

Sembilan langkah dasar dalam menentukan kode (Hatta, 2013), adalah sebagai berikut :

1. Tentukan tipe peryataan yang akan dikode dan buka volume 3 Alphabetical Index (Kamus ICD). Bila pernyataan adalah istilah penyakit atau cedera atau kondisi lain yang terdapat pada Bab I-XIX (Volume 1), gunakanlah ia sebagai leadterm untuk dimanfaatkan sebagai panduan menelusuri istilah yang dicari pada seksi I indeks (Volume 3). Bila pernyataan adalah penyebab luar (External cause) dari cedera (Bukan nama penyakit) yang ada di Bab XX (Volume 1), lihat dan cari kodenya pada seksi II di indeks (Volume 3).
2. “Leadterm” (Kata panduan) untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda yang memaparkan kondisi patologisnya. Sebaiknya jangan menggunakan istilah kata benda anatomi, kata sifat atau kata keterangan sebagai kata panduan. Walaupun demikian, beberapa kondisi ada yang diekspresikan sebagai kata sifat eponim (Menggunakan nama penemu) yang tercantum di dalam indeks sebagai leadterm.
3. Baca dengan seksama dan ikuti petunjuk catatan yang muncul di bawah istilah yang akan dipilih pada volume 3.
4. Baca istilah yang terdapat dalam tanda kurung “( )” sesudah leadterm (Kata dalam tanda kurung = modifier, tidak akan mempengaruhi kode). Istilah lain yang ada di bawah leadterm (Dengan tanda (-) minus = idem = indent) dapat mempengaruhi nomor kode, sehingga kata-kata diagnostik harus diperhitungkan).
5. Ikuti secara hati-hati rujukan silang (Cross references) dan perintah see and see also yang terdapat di dalam indeks.
6. Lihat daftar tabulasi (Volume 1) untuk mencari nomor kode yang paling tepat. Lihat kode tiga karakter di indeks dengan tanda minus pada posisi keempat yang berarti bahwa isian untuk karakter keempat itu ada di dalam volume 1 dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada dalam indeks (Volume 3). Perhatikan juga perintah untuk membubuhi kode tambahan (Additional code) serta aturan cara penulisan dan pemanfaatannya dalam pengembangan indeks penyakit dan dalam sistem pelaporan morbiditas dan mortalitas.
7. Ikuti pedoman inclusion dan exclusion pada kode yang dipilih atau bagian bawah suatu bab (Chapter), blok, kategori, atau subkategori.
8. Tentukan kode yang dipilih.
9. Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang dikode untuk pemastian kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai formulir rekam medis pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan.
10. **ICD**
11. Definisi ICD

Menurut Hatta (2013) Sistem klasifikasi penyakit adalah sistem yang mengelompokkan penyakit-penyakit dan prosedur-prosedur yang sejenis ke dalam satu grup nomor kode. ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Healt Problems*) yang dikelola oleh WHO (*World Health Organization*) adalah sistem klasifikasi komprehesif yang diakui secara internasional dan memiliki fungsi sebagai sistem klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan yang digunakan untuk kepentingan informasi statistik morbiditas dan mortalitas.

1. Fungsi ICD

Fungsi ICD Fungsi ICD sebagai sistem klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan digunakan untuk kepentingan informasi statistik morbiditas dan mortalitas (Hatta, 2013). Penerapan sistem pengkodean ICD digunakan untuk :

1. Mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan di sarana pelayanan kesehatan.
2. Masukan bagi sistem pelaporan diagnosis medis.
3. Memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis karakteristik pasien dan penyedia layanan.
4. Bahan dasar dalam pengelompokan DRGs (diagnosis-related groups) untuk sistem penagihan pembayaran biaya pelayanan.
5. Pelaporan morbiditas dan mortalitas nasional maupun internasional.
6. Tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis.
7. Menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman.
8. Analisis pembiayaan pelayanan kesehatan.
9. Untuk penelitian epidemiologi dan klinis.
10. Struktur ICD-10 (*International Statistical Classification Of Diseases And Related Health Problems Tenth Revision*)
11. Volume 1

Hampir seluruh isi Volume 1 digunakan oleh klasifikasi utama, terdiri dari daftar kategori tiga-karakter dan daftar tabulasi inklusi (‘termasuk juga’), dan subkategori empat-karakter. Klasifikasi ‘inti’, yaitu daftar kategori tiga-karakter, merupakan tingkat pelaporan wajib ke database mortalitas WHO dan untuk perbandingan umum internasional. Daftar tabulasi yang memberikan detil penuh level empat-karakter, dibagi atas 21 Bab.

1. Volume 2

ICD-10 volume 2 adalah buku petunjuk penggunaan.

1. Volume 3

ICD-10 volume 3 merupakan Indeks Alfabet pada klasifikasi.

1. Tanda Baca ICD-10

Definisi dan Fungsi Konvensi Tanda Baca ICD-10 (WHO, 2010), antara lain sebagai berikut :

Dalam daftar term inklusi dan eksklusi pada daftar tabulasi, ICD menggunakan konvensi khusus yang berhubungan dengan penggunaan tanda kurung (), kurung petak [], titik dua, kurung kurawal {}, singkatan “NOS”, istilah “not elsewhere classified (NEC)”, dan kata “and” pada judulnya. Semua ini perlu dipahami dengan jelas oleh pengkode dan semua orang yang ingin memahami statistik yang didasarkan pada ICD.

a) Alfabetik

Sudah lazim jika kode ICD-10 alfabetik yang dimaksud adalah huruf alfabet mulai dari A sampai Z, digabung dengan numerik untuk menyatakan suatu kode.

b) Numerik

ICD-10 menggunakan gabungan angka dan alfabet, angka yang dipakai adalah antara 1 sampai dengan 99 untuk 3 karakter dan untuk

4 karakter biasanya menandakan sub kategori tertentu pada 4 karakter yang terletak setelah titik, misalnya : O00.0 (*Abdominal pregnancy)*

c) Titik

Titik sebagai pemisah dan sebagai penanda bahwa kode tersebut termasuk 4 karakter.

d) NOS

*Coder* harus membaca dengan lebih teliti lagi agar tidak salah pilih nomor kode yang diperlukan. NOS singkatan dari *“Not Otherwise Specified”* artinya kurang lebih “*Hanya itu saja*”.

Contoh : O06 *Induced Abortion* NOS

e) NEC

Apabila kata NEC tersebut ada pada judul kategori, berarti merupakan peringatan adanya beberapa kekhususan yang tidak sama dengan yang muncul pada bagian yang lain. NEC singkatan dari *“Not elsewhere classified”*, kurang lebih artinya *“Yang tidak diklasifikasikan di tempat lain”*.

f) *Point* *Dash* “ .- ”

Pada beberapa nomor kode berkarakter ke 4 dari suatu subkategori diberi tanda ( - ) *dash* setelah tanda ( . ) *point*. Ini bisa ditemukan di volume 1 maupun 3 nomor kode diakhiri dengan tanda .- (Titik garis), ini berarti penulisan nomor kode belum lengkap, mempunyai makna bahwa apabila nomor terkait akan dipilih, maka *coder* harus mengisi - (Garis) dengan suatu angka yang harus ditemukan/ditelusuri lebi lanjut di volume 1. Menunjukan bahwa ada karakter ke 4 yang harus dicari.

Contoh :

P21 Birth asphyxia

Excludes: intrauterine hypoxia or asphyxia

g) Kode rangkap : Dagger (†) & Asterik (\*)

Tanda dagger (Sangkur) merupakan kode yang digunakan untuk penanda kode utama sebab sakit. Sedangkan tanda asterik \* (Bintang) merupakan kode yang digunakan untuk manifestasi dari diagnosisnya (Wujud atau bentuknya).

h) Rujuk silang (*See*, *see* *also*)

Rujuk silang dijalankan apabila ada perintah di dalam kurung ( ) : *see*, *see also*, yang bermakna istilah yang perlu rujuk silang.

1. **Penyakit Maternal-Perinatal**
2. Morbiditas Maternal
3. Pengertian Morbiditas Maternal

*Morbidity* artinya kesakitan ( ICD-10 VOL 2, 2010), sedangkan menurut Dorland tahun 2011 *morbidity* adalah keadaan sakit atau berpenyakit, angka kesakitan;rasio orang sakit terhadap orang sehat dalam masyarakat, sedangkan maternal artinya ibu. Jadi morbiditas maternal adalah keadaan sakit atau angka kesakitan pada ibu.

1. Penyakit pada Ibu ( maternal) dalam fadlun dan feryanto,2014
2. Penyakit pada masa kehamilan:
   * + 1. TBC

Penyakit TBC paru adalah penyakit menular langsung pada parenkim paru yang disebabkan oleh kuman atau bakteri TB *(mycobacterium tuberculosis)*

* + - 1. Penyakit Ginjal

Pada kehamilan normal, terdapat perubahan bermakna baik pada struktur maupun fungsi dari saluran kemih, diantaranya dilatasi saluran kemih yaitu pada kaliks, pelviks ginjal dan ureter. Keadaan ini terjadi sebelum usia kehamilan 14 minggu karena pengaruh hormon yang melemaskan lapisan lapisan otot saluran kemih.

* + - 1. Blighted ovum

Keadaan dimana seorang wanita dalam keadaan hamil tetapi tidak ada janin dalam kandungan.

* + - 1. Perdarahan Antepartum

Perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu.

* + - 1. Penyakit Diabetes melitus Gestasional

Diabetes melitus merupakan penyulit medis tersering pada kehamilan. Pasien dibedakan menjadi mereka yang diketahui mengidap diabetes sebelum hamil (*overt* nyata) dan mereka yang didiagnosis saat hamil (gestasional).

* + - 1. Penyakit Asma

Pengaruh penyakit asma pada ibu dan janin bergantung pada sering dan beratnya serangan karena ibu dan janin akan kekurangan oksigen/hipoksia. Jika keadaan ini tidak diatasi, maka akan terjadi keguguran, persalinan prematur atau gangguan pertumbuhan janin.

* + - 1. Anemia Kehamilan

Anemia kehamilan yaitu ibu hamil dengan kadar Hb < 11g% pada trimester I dan III atau Hb <10,5 g pada trimester II

* + - 1. Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis Gravidarum adalah gejala mual dan muntah yang berlebihan pada ibu hamil.

* + - 1. Abortus

Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi atau berakhirnya kehamilan sebelum janin dapat hidup di dunia luar *(viable),* tanpa mempersoalkan penyebabnya dengan berat badan <500g atau umur kehamilan <20 minggu.

Abortus dapat diklasifikasikan berdasarkan kejadian dan gambaran klinis

Berdasakan kejadiannya:

* + - * 1. Abortus Spontan adalah keluarnya hasil konsepsi tanpa intervensi medis maupun mekanis, atau terjadi tanpa ada unsusr tindakan dari luar dan dengan kekuatan sendiri.
        2. Abortus buatan / *Abortus provokatus* (disengaja,digugurkan), dibagi menjadi berikut ini:

1. Abortus buatan indikasi medis *(abortus provocatus artifisialis).* Abortus ini sengaja dilakukan sehingga kehamilan dapat diakhiri.
2. Abortus buatan *kriminal (abortus provocatus criminals)* adalah pengguguran kehamilan tanpa alasan medis yang sah.

Berdasarkan gambaran klinis:

1. Abortus iminens (keguguran mengancam)

Abortus ini baru mengancam dan masih ada harapan untuk mempertahankannya.ostium uteri tertutup sesuai umur kehamilan.

1. Abortus insipiens (keguguran berlangsung)

Abortus ini sedang berlangsung dan tidak dapat dicegah lagi. Ostium terbuka, teraba ketuban, dan berlangsung hanya beberapa jam saja.

1. Abortus inkompletus (keguguran tidak lengkap)

Abortus inkomplete didiagnosis apabila sebagian dari hasil konsepsi telah lahir atau teraba pada vagin, tetapi sebagian tertinggal (biasanya jaringan plasenta) masih tertinggal didalam rahim.

1. Abortus kompletus

Seluruh bayi telah dilahirkan dengan lengkap, ostium tertutup, uterus lebih kecil dari umur kehamilan atau ostium terbuka dan kavum uteri kosong.

1. Abortus tertunda

Keadaan dimana janin mati sebelum minggu ke-20, tetapi tertanam dalam rahim selama beberapa minggu ( 8 minggu atau lebih) setelah janin mati.

1. Abortus habitualis

Abortus yang telah berulang dan berturut-turut terjadi, sekurang kurangnya 3 kali berturut turut.

* + - 1. Kehamilan ektopik

Kehamilan ektopik adalah kehamilan kehamilan yang terjadi diluar rongga rahim (kavum uteri).

Jenis kehamilan ektopik:

1. Kehamilan Tuba

Menurut nidasinya kehamilan tuba dibedakan menjadi kehamilan ampulla, kehamilan istmus, dan kehamilan interstitial.

1. Kehamilan Servikal

Pada implantasi di serviks dapat terjadi perdarahan tanpa disertai nyeri dan kemungkinan terjadinya abortus spontan sangat besar.

1. Kehamilan Ovarial
2. Kehamilan Interstitial
3. Kehamilan Abdominal
   * + 1. Mola Hidatidosa

Mola hidatidosa adalah suatu kehamilan di mana hasil konsepsi tidak berkembang menjadi embrio, tetapi terjadi poliferasi dari vili koriales disertai dengan degenerasi hidropik.

* + - 1. Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)

Kehamilan ektopik terjadi bila telur yang dibuahi berimplantasi dan tumbuh di luar endometrium kavum uteri. Sebesar 90% kehamilan ektopik terjadi di tuba.

b) Komplikasi dan penyulit kehamilan

1. Hipertensi dalam kehamilan

Hipertesi gestasional adalah kenaikan tekanan darah yang hanya dijumpai dalam kehamilan sampai 12 minggu pasca persalinan, tidak dijumpai keluhan dan tanda tanda preeklamsia lainnya.

1. Hipertensi kronis adalah hipertensi yang sudah dijumpai sebelum kehamilan, selama kehamilan, sampai sesudah masa nifas.
2. Preeklamsia

Preeklamsia adalah peningkatan tekanan darah yang baru timbul setelah usia kehamilan mencapai 20 minggu, disertai dengan penambahan berat badan ibu yang cepat akibat tubuh membengkak dan pada pemeriksaan laboratorium dijumpai protein di dalam urine.

1. Eklamsia

Kejang yang tidak disebabkan oleh hal lain pada seorang wanita dengan preeklamsia.

1. Preeklamsia pada hipertensi kronik

Preeklamsia yang terjadi pada perempuan hamil yang telah menderita hipertensi sebelum hamil.

1. Kehamilan lanjut

Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum bayi lahir.

1. Plasenta Previa

Plasenta previa ialah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. Implantasi plasenta yang normal ialah pada dinding depan, dinding belakang rahim, atau didaerah fundus uteri.

1. Solusio Plasenta

Lepasnya sebagian atau seluruh plasenta dimana pada keadaan normal implantasinya diatas 22 minggu dan sebelum lahirnya anak.

c) Kelainan dalam Lamanya Kehamilan

1. Prematur

Prematur adalah bayi yang lahir sebelum 37 minggu dengan berat lahir dibawah 2500 gram. ACOG (1995) mengusulkan bahwa dinamakan persalinan preterm apabila bayi lahir sebelum usia 37 minggu.

1. Postmatur ( kehamilan lewat bulan )

Kehamilan umumnya berlangsung 40 minggu atau 280 hari dihitung dari pertama haid terakhir. Kehamilan lewat bulan terutama berpengaruh terhadap janin sampai kematian janin.

1. Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT) (Intrauteri Grade Retardation/IUGR)

IUGR adalah memiliki berat fetus <10 persentil untuk umur kehamilan tertentu berat lahir <2SD dari berat rata-rata untk umur kehamilan tertentu. Insiden IUGR adalah 3-7% dari semua persalinan.

d) Kelainan Air Ketuban

1. Ketuban Pecah Sebelum Waktunya

Ketuban pecah sebelum waktunya atau ketuban pecah dini adalah keluarnya cairan dari jalan lahir/vagina sebelum proses persalinan.

1. Ketuban pecah prematur

Pecahnya membran khorio-amniotik sebelum onset persalinan atau disebut juga *Premature Rupture of Membrane/Prelabour Rupture of Membrane*/PROM.

1. Ketuban pecah premature pada preterm yaitu pecahnya membran chorio-amniotik sebelum onset persalinan pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu.
2. Polihidraamnion

Keadaan dimana air ketuban melebihi 2.000 ml. Hidramnion dibagi menjadi 2 yaitu hidramnion akut dan hidramnion krinis. Hidramnion akut adalah penambahan air ketuban secara mendadak dan cepat dalam beberapa hari, biasanya terjadi pada kehamilan muda, bulan ke 5 dan 6. Hidramnion kronik adalah penambahan air ketuban secara perlahan lahan, biasanya terjadi pada kehamilan lanjut.

1. Letak lintang

Posisi dinamakan letak lintang apabila sumbu memanjang janin menyilang, sumbu memanjang ibu secara tegak lurus.

1. Kodefikasi diagnosis penyakit maternal berdasarkan ICD-10

Pada ICD-10 kasus maternal terdapat pada Bab XV membahas mengenai kehamilan, persalinan, dan masa nifas dan dibahas pada kode O00-O99. Bab ini berisi kode yang menjelaskan semua kondisi obstetrik. Masa obstetrik adalah dari konsepsi sampai dengan 42 hari (6 minggu) setelah melahirkan. Blok-blok kode tersusun menurut kemajuan kehamilan, yaitu sejak pembentukan awal janin sampai melahirkan dan selanjutnya masa nifas. Cara lain untuk mengingat urutan adalah menurut pembagian periode antenatal, kelahiran, dan postnatal.

*Excludes* (tidak termasuk dalam kode O00-O99) :

Human immunodeficiency virus [HIV] disease (B20-B24)

Injury, poisoning and certain other consequences of external cause (S00–T98)

Mental and behavioural disorders associated with the puerperium (F53.-)

Obstetrical tetanus (A34)

Postpartum necrosis of pituitary gland (E23.0)

Puerperal osteomalacia (M83.0)

supervision of:

• high-risk pregnancy (Z35.-)

• normal pregnancy (Z34.-)

Kasus maternal pada ICD-10 kode (O00-O99) meliputi:

O00–O08 Pregnancy with abortive outcome

O10–O16 Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium

O20–O29 Other maternal disorders predominantly related to pregnancy

O30–O48 Maternal care related to the fetus and amniotic cavity and possible delivery problems

O60–O75 Complications of labour and delivery

O80–O84 Delivery

O85–O92 Complications predominantly related to the puerperium

O95–O99 Other obstetric conditions, not elsewhere classified

1. Morbiditas Perinatal

1) Pengertian Morbiditas Perinatal

*Morbidity* artinya kesakitan ( ICD-10 VOL 2, 2010), sedangkan menurut Dorland tahun 2011 *morbidity* adalah keadaan sakit atau berpenyakit, angka kesakitan;rasio orang sakit terhadap orang sehat dalam masyarakat, sedangkan perinatal adalah berkenaan dengan masa sesaat sebelum dan sesudah kelahiran dari akhir mnggu ke 20 sampai ke 28 kehamilan hingga 1 sampai 4 minggu setelah melahirkan.

2) Penyakit pada Perinatal dalam fadlun dan feryanto,2014

1. Berat Badan lahir Rendah

Menurut Prawihardjo (2007) BBLR dapat disebabkan oleh faktor ibu, faktor janin dan faktor plasenta. Dari tiga faktor tersebut, faktor ibu merupakan faktor penyebab yang paling mudah diidentifikasi. Faktor ibu yang berhubungan dengan BBLR adalah umur dan usia kehamilan ibu saat hamil (<20

atau>35 tahun) paritas 1 atau >3 dan jarak kelahiran (< 2 tahun atau lebih) dan usia kehamilan < 36 minggu berisiko memiliki berat badab lahir rendah, pendidikan ibu yang rendah dan pekerjaan ibu yang memerlukan tenaga fisik yang besar. Faktor-faktor yang menyebabkan BBLR secara umum bersifat multifaktorial, Sehingga kadang mengalami kesulitan untuk melakukan tindakan pencegahan. Namun, Penyebab terbanyak terjadinya bayi BBLR adalah kelahiran bayi prematur. Semakin muda usia kehamilan semakin besar risiko jangka pendek dan jangka panjang.

1. Tetanus Neonatorum

Neonatus adalah bayi baru lahir yang berusia di bawah 28 hari (Stoll, 2007). Tetanus adalah suatu penyakit toksemik akut yang disebabkan oleh *Clostridium tetani*, dengan tanda utama kekakuan otot (spasme), tanpa disertai gangguan kesadaran (Ismoedijanto, 2006). Tetanus neonatorum adalah penyakit tetanus yang terjadi pada neonatus yang disebabkan oleh *Clostridiumtetani* yaitu bakteria yang mengeluarkan toksin (racun) yang menyerang sistem saraf pusat (Saifuddin, 2001).

1. Afiksia Neonatorum

*Asfiksia neonatorum* adalah keadaan bayi yang tidak bernafas spontan dan teratur segera setelah lahir, yang dapat menurunkan O2 (oksigen) dan makin meningkatkan

CO2 (Karbondioksida) sehingga bayi tidak dapat memasukkan oksigen dan tidak dapat mengeluarkan zat asam arang dari tubuhnya dan menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan lebih lanjut (Manuaba,1998, hlm 102).

1. Gangguan pernafasan

Gangguan pernafasan pada bayi baru lahir dapar terjadi oleh berbagai sebab. Apabila gangguan pernafasan tersebut disertai dengan tanda-tanda hipoksia, maka prognosisnya buruk dan merupakn penyebab kematian bayi. Penyebab gangguan pernafasan paa bayi baru lahir diantaranya disebabkan oleh obstruksi jalan nafas, penyakit parenkim paru-paru, kelainan perkembangan organ.

1. Hipotermia

Gejala awal hipotermia apabila suhu <36 C atau kedua kaki dan tangan teraba dingin.

1. Hipertermia

Suhu tubuh bayi >37 C, ada tanda tanda dehidrasi bayi, berat badan menurun.

1. Ikterus

Ikterus pada bayi baru lahir terdapat pada 25-50%. Ikterus pada bayi baru lahir dapat merupakan suatu gejala fisiologis atau dapat merupakan hal yang patologis misalnya sepsis, penyumbatan saluran empedu dan sebagainya.

1. Gangguan saluran cerna atau perut buncit

Bayi baru lahir dengan perut buncit dapat menimbulkan komplikasi lain seperti dehidrasi, syok, bahkan sampai kematian bayi.

1. Cedera lahir

Kelainan pada bayi baru lahir yang terjadi karena trauma lahir atau tindakan, cara persalinan, atau gangguan persalinan yang diakibatkan kelainan fisiologik persalinan.

3) kodefikasi diagnosis penyakit perinatal berdasarkan ICD 10

Pada ICD-10 kasus perinatal terdapat pada Bab XVI membahas mengenai kondisi-kondisi tertentu yang muncul pada periode perinatal dibahas pada kode P00-P96.

*Includes:*

conditions that have their origin in the perinatal period even though death or morbidity occurs later

*Excludes:*

congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities (Q00–Q99)

endocrine, nutritional and metabolic diseases (E00-E90)

injury, poisoning and certain other consequences of external causes (S00–T98)

neoplasms (C00–D48)

tetanus neonatorum (A33)

Kasus perinatal pada ICD-10 kode (O00-O99) meliputi:

P00–P04 Fetus and newborn affected by maternal factors and by complications of pregnancy, labour and delivery

P05–P08 Disorders related to length of gestation and fetal growth

P10–P15 Birth trauma

P20–P29 Respiratory and cardiovascular disorders specific to the perinatal period

P35–P39 Infections specific to the perinatal period

P50–P61 Haemorrhagic and haematological disorders of fetus and newborn

P70–P74 Transitory endocrine and metabolic disorders specific to fetus and newborn

P75–P78 Digestive system disorders of fetus and newborn

P80–P83 Conditions involving the integument and temperature regulation of fetus and newborn

P90–P96 Other disorders originating in the perinatal period

1. **Sistem Informasi**
2. Pengertian Sistem

Sistem menurut McLeod yang dikutip (2010:34) dalam bukunya yang berjudul “Management Information System” adalah sekelompok elemen-elemen yang terintegrasi dengan maksud yang sama untuk mencapai tujuan. Menurut Satzinger, Jackson, dan Burd (2010:6) sistem merupakan sekumpulan komponen yang saling berhubungan dan bekerja bersama untuk mencapai suatu tujuan.

Bedasarkan kedua pengertian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa pengertian sebuah sistem adalah sekumpulan elemen yang terintegasi dan bekerja bersama guna mencapai suatu tujuan tertentu.

1. Pengertian Informasi

Informasi menurut McLeod (2010:35) merupakan data yang telah diproses atau memiliki arti. Adapun karakteristik penting yang harus dimiliki oleh informasi, seperti: relevansi, akurat , ketepatan waktu, dan kelengkapan.

1. Pengertian Sistem Informasi

Menurut Laudon (2012:16) sistem informasi adalah komponen-komponen yang saling berkaitan yang bekerja bersama-sama untuk mengumpulkan, mengolah, menyimpan, dan menampilkan informasi untuk mendukung pengambilan keputusan, koordinasi, pengaturan, analisa, dan visualisasi pada sebuah organisasi. Menurut Whitten, Bentley, dan Ditman (2009:10) sistem informasi adalah pengaturan orang, data, proses, dan informasi (TI) atau teknologi informasi yang berinteraksi untuk mengumpulkan, memproses, menyimpan, dan menyediakan sebagai output informasi yang diperlukan untuk mendukung sebuah intansi atau organisasi.

1. **Aplikasi yang digunakan**

Aplikasi dibagi menjadi 2 bentuk yaitu :

1. Aplikasi berbentuk web

Aplikasi berbentuk web dapat didefinisikan sebagai aplikasi dimana semua informasi data disharekan melalui internet sehingga memungkinkan sebuah computer dapat terhubung dengan komputer lainnya.

1. Aplikasi berbentuk dekstop

Aplikasi berbentuk web dapat didefinisikan sebagai aplikasi yang mampu beroperasi secara offline, tetapi harus diinstal pada laptop atau computer.

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan aplikasi berbentuk dekstop.

Dalam suatu penelitian, pengertian aplikasi adalah penggunaan atau penerapan suatu konsep yang menjadi pokok pembahasan. Aplikasi dapat diartikan juga sebagai sebuah program komputer yang dibuat untuk memudahkan suatu pekerjaan manusia. Aplikasi yang digunakan dalam merancang *MPCE ( Maternal Perinatal Code Elektronic)* adalah:

a. Borlan Delphi

Menurut Kusnassriyanto (2011:5), *delphi* yaitu perangkat pengembangan program yang sifatnya umum, dapat digunakan untuk membuat segala jenis program. Borlan Delphi adalah suatu bahasa pemrograman yang terintegrasi Windows. Borland Delphi merupakan suatu bahasa pemrograman yang memberikan berbagai fasilitas pembuatan aplikasi untuk mengolah teks, grafik, angka, database dan aplikasi web.

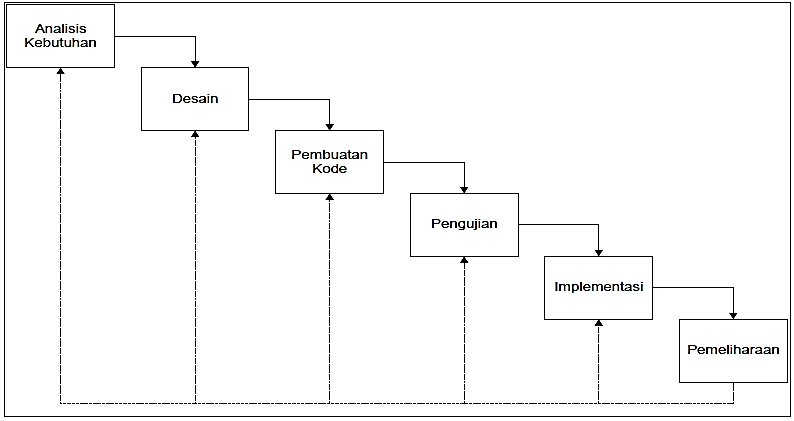
b. MySQL

Menurut Antonius Nugraha (2010:10), ”Mysql adalah suatu sistem manajemen basis data *relasional* (RDBMS-*Relational Database Management System*) yang mampu bekerja dengan cepat, kokoh, danmudah digunakan”. Sedangkan menurut Wahana Komputer (2010:111), ”Mysql merupakan suatu aplikasi yang digunakan untukmemanajemen suatu data dan banyak digunakan khalayak diseluruhdunia.” Fungsi terpenting dari Mysql adalahsebagai *content* *management* suatu *website*, yaitu mengatur isi/informasiyang ditampilkan suatu *website*.

1. **Metode Pengembangan Sistem *Waterfall***

Metode *Waterfall* sering disebut dengan *classic life cycle* (Pressman,2010). Metode ini merupakan metode pengembangan perangkat lunak terstruktur yang paling dikenal dan banyak digunakan secara luas, tidak hanya di lingkup akademisi tetapi juga di industri.

Menurut Winston Royce (1970) dalam Rosa dan Shalahuddin (2015), model SDLC air terjun (*waterfall*) sering juga disebut model sekuensial linier atau alur hidup klasik. Model air terjun menyediakan pendekatan alur hidup perangkat lunak secara sekuensial atau terurut dimulai dari analisis, desain, pengodean, pengujian, dan tahap pendukung (*support*). Berikut adalah gambar model *waterfall*:



**Gambar 2. 1** Metode Pengembangan Sistem *Waterfall*

a. Analisis kebutuhan

Proses pengumpulan kebutuhan yang dilakukan secara intensif untuk menspesifikasikan kebutuhan perangkat lunak agar dapat dipahami perangkat lunak seperti apa yang dibutuhkan oleh *user*.

b. Desain

Proses melakukan perancangan terhadap sistem berdasarkan analisis kebutuhan yang sudah dilakukan sebelumnya. Proses ini termasuk struktur data, arsitektur perangkat lunak, representasi antarmuka, dan prosedur pengodean.

c. Pembuatan kode

Tahapan ini merupakan tahap pengodean untuk membangun aplikasi secara utuh. Setelah aplikasi selesai dibangun, aplikasi siap diserahkan kepada pengguna (*user*).

d. Pengujian

Pengujian aplikasi dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui kesalahan-kesalahan yang mungkin terjadi jika aplikasi telah berada di tangan pengguna.

1) *Black Box Testing*

Menurut Rosa dan Shalahuddin (2015), *Black Box Testing* yaitu menguji perangkat lunak dari segi spesifikasi fungsional tanpa menguji desain dan kode program. Pengujian *blackbox* dilakukan untuk menemukan hal-hal yaitu, fungsi yang tidak benar atau tidak ada, kesalahan antarmuka (*interface errors*), kesalahan pada struktur data dan akses basis data, kesalahan performasi (*performance errors*), dan kesalahan inisialisasi dan terminasi.

Pengujian kotak hitam dilakukan dengan membuat kasus uji yang bersifat mencoba semua fungsi dengan memakai perangkat lunak apakah sesuai dengan spesifikasi yang dibutuhkan. Kasus uji yang dibuat untuk melakukan pengujian kotak hitam harus dibuat dengan kasus benar dan kasus salah.

2) TAM (*Technology Acceptance Model*)

TAM merupakan suatu model penerimaan sistem teknologi informasi yang akan digunakan oleh pemakai. TAM digunakan untuk mengetahui tingkat penerimaan sistem informasi yang digunakan dapat dianalisis dengan menggunakan model TAM atau dapat disebut sebagai uji *user*. Dua konstruk utama TAM adalah kegunaan persepsian (*perceived usefulness*) dan kemudahan penggunaan persepsian (*perceived ease of use).*

**B. Kerangka Konsep**

Kodefikasi Tidak Akurat

Petugas Kodefikasi Diagnosis Penyakit: Koder rawat inap RSUD Dr.R.Soedarsono Pasuruan

**Kkknlkkklllceggggggg.jh**dgnldjd

Dokumen Rekam Medis

Dengan Kasus Maternal Perinatal

Kodefikasi Diagnosis Kelompok Penyakit Maternal Perinatal

Kodefikasi Akurat

Pelaporan Data morbiditas Maternal Perinatal baik

**Aplikasi MPCE *(Maternal Perinatal Electronic Code)***

Keterangan :

Kualitas Mutu Pelayanan Meningkat

: Tidak Diteliti

: Diteliti

**Gambar 2.2** Kerangka Konsep Penelitian

**C. Hipotesis**

Hipotesis dari penelitian ini adalah:

**H0** : Tidak ada perbedaan tingkat keakuratan kodefikasi diagnosis penyakit kelompok maternal perinatal pada pasien rawat inap sesudah diterapkannya aplikasi MPCE *(Maternal Perinatal Code Electronic).*

**H1** : Ada perbedaan tingkat keakuratan kodefikasi diagnosis penyakit kelompok maternal perinatal pada pasien rawat inap sesudah diterapkannya aplikasi MPCE *(Maternal Perinatal Code Electronic).*