

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Dalam Undang-Undang No 44 tahun 2009 dijelaskan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Menurut WHO rumah sakit adalah bagian integral dari organisasi sosial dan Kesehatan yang menyediakan pelayanan Kesehatan lengkap (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pencegahan penyakit (preventif) kepada Masyarakat.

2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan undang-undang no 44 tahun 2009, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna. Adapun fungsi rumah sakit yaitu:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan Kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
- b. Pemeliharaan dan peningkatan Kesehatan melalui pelayanan Kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis
- c. Penyelenggaraan Pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan Kesehatan
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang Kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan Kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang Kesehatan.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Pengertian Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan no 269 tahun 2008, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, Tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Menurut (Wirajaya & Nuraini, 2019) dalam (Amran et al., 2022) rekam medis memiliki fungsi untuk menyediakan informasi Kesehatan bagi semua tenaga Kesehatan yang terlibat dalam memberikan pelayanan Kesehatan kepada pasien. Rekam medis bukan hanya sekedar kegiatan pencatatan. Tetapi harus dipandang sebagai suatu sistem penyelenggaraan mulai dari pencatatan, pelayanan yang diterima pasien, sampai dengan pengelolaan data pasien yang diperlukan untuk kebutuhan pasien sendiri maupun untuk kebutuhan suatu fasilitas pelayanan Kesehatan (Septiana Rosady et al., 2023).

Pada saat ini, pengaruh perkembangan teknologi yang pesat juga berdampak terhadap sistem pencatatan rekam medis. Saat ini, rekam medis elektronik telah dikembangkan yang dimana bertujuan untuk mempermudah dan meminimalisir kesalahan dalam setiap proses pencatatan medis pasien selama dirawat di fasilitas pelayanan Kesehatan (Trianto & Rohaeni, 2021). Berdasarkan PMK 24 Tahun 2022 dijelaskan bahwa Rekam Medis Elektronik adalah rekam medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan rekam medis. Penyelenggaraan rekam medis elektronik dilakukan sejak pasien datang sampai pasien pulang, dirujuk, atau meninggal.

2.2.2 Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis

1. Tujuan Rekam Medis

Dalam Buku Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia (Depkes RI, 2006) dijelaskan tujuan rekam medis, adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan Kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan 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

Berdasarkan PMK No 24 Tahun 2022, disebutkan tujuan rekam medis elektronik, antara lain:

- a. Meningkatkan mutu pelayanan Kesehatan
- b. Memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis
- c. Menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan, dan ketersediaan rekam medis
- d. Mewujudkan penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis yang berbasis digital dan terintegrasi

2. Kegunaan Rekam Medis

Dalam Buku Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia (Depkes RI, 2006) dijelaskan kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain:

a. Administrasi

Didalam berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut Tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan Kesehatan.

b. Legal

Suatu berkas rekam medis, mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan. Dokumen rekam medis adalah milik fasilitas pelayanan Kesehatan dan isi rekam medis adalah milik pasien.

c. *Financial*

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai finansial, karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan dalam

hal pengobatan atau terapi serta Tindakan-tindakan yang diberikan kepada pasien selama dirawat.

d. *Resourch*

Berkas rekam medis mempunyai nilai resourch, karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat digunakan sebagai aspek pendukung dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang Kesehatan

e. *Education*

Berkas rekam medis mempunyai nilai Pendidikan, karena isinya menyangkut data dan informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Sehingga informasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan referensi pengajaran di bidang profesi Pendidikan Kesehatan.

f. *Documentation*

Berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit. Pendokumentasian data medis seorang pasien dapat dilaksanakan dengan mudah dan efektif sesuai dengan aturan serta prosedur yang telah ditetapkan.

2.2.3 Isi Rekam Medis

Isi rekam medis elektronik berdasarkan PMK No 24 Tahun 2022, terdiri atas:

1. Dokumentasi administratif paling sedikit berisi dokumentasi pendaftaran
2. Dokumentasi klinis yang berisi seluruh dokumentasi pelayanan Kesehatan yang diberikan kepada pasien di fasilitas pelayanan Kesehatan

2.3 Diagnosis

2.3.1 Pengertian Diagnosis

Berdasarkan buku pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di sarana Pelayanan Kesehatan diagnosis adalah proses identifikasi penyakit atau kondisi Kesehatan dengan menganalisis gejala, tanda fisik, riwayat medis, dan tes penunjang untuk menentukan penyebab keluhan pasien (Hatta, 2008).

2.3.2 Macam Diagnosis

Dalam (Hatta, 2008) disebutkan bahwa diagnosis terdiri dari dua macam yaitu:

1. Diagnosis utama

Diagnosis utama merupakan suatu kondisi kesehatan yang menyebabkan pasien memperoleh perawatan atau pemeriksaan, yang ditegakkan pada akhir episode perawatan dan bertanggung jawab atas kebutuhan sumber daya pengobatannya.

2. Diagnosis sekunder

Diagnosis sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode pelayanan. Diagnosis sekunder terdiri dari dua macam, yaitu:

- a. Komplikasi yaitu penyakit yang timbul dalam masa pengobatan dan memerlukan pelayanan tambahan sewaktu episode pelayanan, baik yang disebabkan oleh kondisi yang ada atau muncul sebagai akibat dari pelayanan yang diberikan kepada pasien
- b. Komorbiditas yaitu penyakit yang menyertai diagnosis utama sebelum pasien dirawat dan membutuhkan pelayanan/asuhan khusus selama perawatan (Hatta, 2008).

2.3.3 Tata cara Penulisan Diagnosis

Penulisan diagnosis merupakan bagian utama dari dokumentasi klinis karena diagnosis yang tertulis menjadi dasar bagi petugas rekam medis dalam melakukan pengkodean diagnosis menggunakan standar ICD-10. Dokumentasi klinis yang lengkap, jelas, dan tepat secara terminologi sangat penting untuk mendukung proses pengkodean yang

akurat. Ketepatan penulisan diagnosis sangat berpengaruh terhadap akurasi kode diagnosis yang dihasilkan, karena koder mengartikan diagnosis berdasarkan istilah yang tertulis dalam rekam medis (Simbolon & Daniati, 2025).

Diagnosis yang ditulis harus menggambarkan kondisi klinis pasien secara spesifik dan mengikuti kaidah terminologi medis yang baku. Penulisan yang umum, tidak spesifik, atau menggunakan singkatan yang tidak baku dapat menimbulkan interpretasi yang berbeda saat proses pengkodean, sehingga meningkatkan risiko ketidaktepatan kode. Penulisan diagnosis yang sesuai dengan standar terminologi akan memudahkan koder dalam menentukan karakter kode yang tepat. Ketidaktepatan dalam penulisan diagnosis menyebabkan koder mungkin memilih kode yang kurang tepat atau tidak sesuai dengan kondisi klinis pasien (Miladia et al., 2024).

2.4 Coding

Dalam buku Manajemen Unit Kerja Rekam Medis disebutkan bahwa *coding* adalah pemberian penetapan kode dengan 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. Tenaga rekam medis sebagai pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode. Apabila ada hal yang kurang jelas, tenaga rekam medis mempunyai hak dan kewajiban untuk menanyakan atau berkomunikasi dengan tenaga Kesehatan yang bersangkutan. Kode klasifikasi penyakit oleh WHO bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan (Budi, 2011).

2.5 Konsep ICD-10

2.5.1 Pengertian ICD-10

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) revisi ke-10 adalah sistem klasifikasi penyakit dan masalah kesehatan yang digunakan sebagai standar internasional untuk mengelompokkan penyakit-penyakit dan prosedur-prosedur yang sejenis ke dalam satu grup nomor kode penyakit dan tindakan (Hatta, 2008).

Fungsi ICD sebagai sistem klasifikasi penyakit dan masalah terkait Kesehatan digunakan untuk kepentingan informasi statistik morbiditas dan mortalitas. Penerapan pengkodean sistem 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 untuk sistem penagihan pembiayaan Kesehatan
5. Pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas
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

2.5.2 Struktur ICD-10

Berdasarkan PERMENKES No 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesia *Case base groups* (INA-CBGs) ICD-10 terdiri dari 3 volume, diantaranya adalah volume 1 merupakan daftar tabulasi dalam kode alfanumerik tiga atau empat karakter dengan inklusi dan eksklususi, beberapa aturan pengkodean, klasifikasi morfologis neoplasma, daftar tabulasi khusus untuk morbiditas dan mortalitas, definisi tentang penyebab kematian serta peraturan mengenai nomenklatur. Volume 2

merupakan manual instruksi dan pedoman penggunaan ICD yang didalamnya memuat cara penggunaan ICD-10, aturan dan petunjuk pengkodean mortalitas dan morbiditas, presentasi statistic, serta riwayat perkembangan ICD. Volume 3 merupakan indeks alfabetis, daftar komprehensif semua kondisi yang ada di daftar tabulasi (volume 1), daftar sebab luar gangguan (*external cause*), tabel neoplasma serta petunjuk memilih kode yang sesuai untuk berbagai kondisi yang tidak ditampilkan dalam tabular list. Selain itu, volume 3 terdiri dari tiga seksi, yaitu seksi I berisi indeks abjad penyakit dan bentuk cedera, seksi II berisi penyebab luar cedera, dan seksi III berisi tabel obat dan zat kimia (Permenkes, 2014).

Menurut (Hatta, 2008) terdapat 9 langkah dasar dalam menentukan kode, yaitu:

1. Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode, dan buka volume 3 *alphabetical index* (kamus). Bila pernyataan adalah istilah penyakit atau cedera atau kondisi lain yang terdapat pada Bab I-XIX dan XXI (vol.1), gunakanlah ia sebagai “*lead-term*” untuk dimanfaatkan sebagai panduan menelusuri istilah yang dicari pada seksi I indeks (Vol.3). Bila pernyataan adalah penyebab luar (*external cause*) dari cedera (bukan nama penyakit) yang ada di Bab XX (Vol.1), lihat kodenya pada seksi II di index (Vol.3).
2. “*Lead term*” (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 atau eponim (menggunakan nama penemu) yang tercantum di dalam indeks sebagai “*lead term*”.
3. Baca dengan seksama dan ikuti petunjuk catatan yang muncul dibawah istilah yang akan dipilih pada volume 3.
4. Baca istilah yang terdapat dalam tanda kurung “()” sesudah lead term (kata dalam tanda kurung = modifier, tidak akan mempengaruhi kode). Istilah lain yang ada di bawaah *lead term* (dengan tanda (-) minus =

idem = indent) dapat mempengaruhi nomor kode, sehingga semua kata-kata diagnostik harus diperhitungkan.

5. Ikuti secara hati-hati setiap rujukan silang (*cross references*) dan perintah *see* dan *see also* yang terdapat dalam indeks.
6. Lihat daftar tabulasi (Vol. 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 kategori 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 lembar formulir rekam medis pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan.

2.5.3 Spesifikasi Kode Persalinan Berdasarkan ICD-10

Spesifikasi kode diagnosis persalinan dalam ICD-10 volume 1 tercantum pada bab XV yang secara khusus membahas tentang kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Bab ini mencakup pengkodean kondisi yang berkaitan dengan kehamilan normal maupun persalinan dengan komplikasi yang diklasifikasikan dalam rentang kode O00-O99.

Menurut WHO, dalam bab XV ICD-10 volume 1 disebutkan terdapat delapan blok kategori utama, yaitu:

1. Kode O00-O08 merupakan kode untuk kehamilan dengan keguguran
2. Kode O10-O16 merupakan gangguan edema, proteinuria, dan hipertensi pada kehamilan, persalinan dan masa nifas
3. Kode O20-O29 merupakan gangguan maternal lainnya yang terjadi pada kehamilan

4. Kode O30-O48 merupakan perawatan ibu terkait dengan janin dan rongga amnion serta kemungkinan masalah persalinan
5. Kode O60-O75 merupakan komplikasi persalinan dan kelahiran
6. Kode O80-O84 merupakan jenis dan metode persalinan
7. Kode O85-092 merupakan komplikasi pada masa nifas
8. Kode O94-O99 merupakan kondisi obstetric lainnya, yang tidak diklasifikasikan di tempat lain

2.5.4 Aturan Khusus Kode Persalinan

Berdasarkan PERMENKES No 26 tahun 2021 kode O80-O84 (*delivery*) digunakan untuk menunjukkan metode persalinan. Apabila persalinan berlangsung tanpa adanya komplikasi atau penyulit, maka kode O80-O84 dapat digunakan sebagai diagnosis utama. Sebaliknya, jika terdapat kondisi ibu atau penyulit yang terjadi pada saat persalinan, maka kode O80-O84 dicantumkan sebagai diagnosis sekunder dan diagnosis utama ditentukan berdasarkan kondisi atau penyulit yang terjadi. Selain itu, *outcome of delivery* wajib dicantumkan dengan kode Z37.0-Z37.9 sebagai diagnosis sekunder untuk menjamin hasil persalinan. Ketentuan tersebut bertujuan untuk menjamin ketepatan dan kelengkapan informasi klinis dalam rekam medis serta mendukung keakuratan data morbiditas dan mortalitas.

2.6 Konsep Persalinan

2.6.1 Pengertian Persalinan

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat dari kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur (Yunola et al., 2024). Normalnya, proses berlangsung ketika uterus sudah tidak dapat tumbuh lebih besar lagi, ketika janin sudah cukup mature untuk hidup di luar rahim. Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.

2.6.2 Jenis Persalinan

Menurut (Ilmiah, 2015) dalam buku ajar asuhan persalinan normal berikut adalah bentuk persalinan, yaitu:

- a. Persalinan Spontan yaitu proses lahirnya bayi dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.
- b. Persalinan dengan bantuan yaitu proses persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi vakum atau dilakukan *seksio caesaria*.
- c. Persalinan anjuran yaitu persalinan yang terjadi bila sudah cukup besar untuk hisup di luar tetapi tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan.

2.7 Ketepatan Penulisan Diagnosis

Menurut KBBI, ketepatan diartikan sebagai hal (keadaan, sifat) tepat, yang mencakup makna ketelitian dan kejituan. Ketepatan berasal dari kata dasar “tepat” yang berarti tidak ada selisih sedikit pun, persis, tidak kurang dan tidak lebih. Ketepatan penulisan diagnosis merupakan proses pencatatan diagnosis pasien yang dilakukan sesuai dengan kondisi klinis yang sebenarnya serta menggunakan terminologi medis yang benar dan baku. Penulisan diagnosis harus jelas, tidak ambigu, dan sesuai dengan ketentuan dalam ICD-10 agar dapat mencerminkan masalah kesehatan pasien secara akurat. Ketepatan penulisan diagnosis menjadi bagian penting dalam mutu dokumentasi rekam medis karena diagnosis merupakan dasar dalam proses pelayanan, pengambilan keputusan klinis, serta pengkodean penyakit dan tindakan medis (Sciences et al., 2025).

Menurut Permenkes RI No 24 tahun 2022 tentang rekam medis menyatakan bahwa rekam medis harus memuat informasi pelayanan kesehatan pasien secara lengkap dan benar. Diagnosis yang ditulis dengan terminologi tidak baku, singkatan tidak jelas akan menurunkan kualitas data kesehatan.

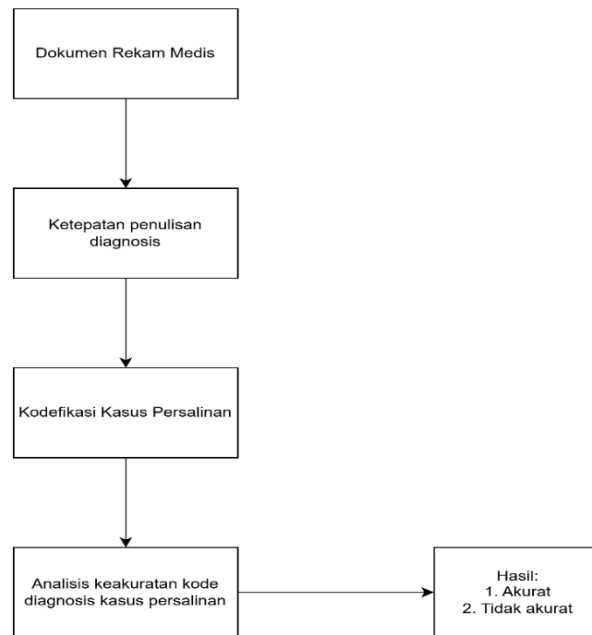
2.8 Keakuratan Kodefikasi

Menurut KBBI, keakuratan diartikan sebagai teliti, saksama, cermat, tepat benar. Dalam hal ini keakuratan merujuk pada hal ketelitian. Keakuratan kodefikasi merupakan salah satu bagian penting dalam pengelolaan rekam medis yang menunjukkan kesesuaian antara diagnosis yang telah ditetapkan oleh dokter dengan kode diagnosis yang diberikan berdasarkan ketentuan ICD-10. Keakuratan kode dapat dipengaruhi oleh kejelasan penulisan diagnosis, penggunaan terminologi medis yang sesuai standar, serta kompetensi dari petugas rekam medis. Ketidaktepatan kodefikasi dapat menyebabkan kesalahan dalam klasifikasi penyakit serta berdampak pada pelaporan statistik dan pembiayaan kesehatan (Astuti et al., 2025).

Dalam kasus persalinan, keakuratan kode memiliki aturan yang lebih spesifik yaitu pengkodean harus menggambarkan kondisi ibu, metode persalinan, serta *outcome of delivery* secara lengkap dan sesuai ketentuan ICD-10. Pengkodean persalinan tidak hanya berfungsi untuk menunjukkan proses kelahiran, melainkan untuk menunjukkan ada tidaknya komplikasi yang terjadi pada saat persalinan. Ketidaktepatan dalam menentukan diagnosis utama dan diagnosis sekunder serta tidak mencantumkan *outcome of delivery* dapat menyebabkan informasi persalinan menjadi tidak lengkap dan akurat (Sinaga & Ginting, 2024).

2.9 Kerangka Teori dan Kerangka Konsep

2.9.1 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

2.9.2 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

2.10 Penelitian Terdahulu

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

No	Nama peneliti	Judul	Jenis Penelitian	Hasil	Perbedaan
1.	Citra Alifa Puspaningtyas, Hartaty Sarma Sangkot, Prima Soultani Akbar, Endang Sri Dewi, Avid Wijaya (2022)	Analisis hubungan ketepatan penulisan diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis pada kasus obstetri dan ginekologi di Rumah Sakit Tk. IV DKT Kediri	penelitian analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	presentase ketepatan penulisan diagnosis adalah sebesar 56%, presentase keakuratan kode diagnosis sebesar 43%, dan terdapat hubungan antara ketepatan penulisan diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis ($p = 0,025$).	Penelitian ini menganalisis pada kasus obstetri dan ginekologi. Sedangkan penelitian saya hanya menganalisis kasus persalinan.
2.	Nur Ainung, Sri Wulandari, Aries Widiyoko (2023)	Analisis Hubungan Kelengkapan dan Ketepatan Pencatatan Dokumen Rekam Medis terhadap Keakuratan Kodefikasi Kasus Obstetri di RS PKU Muhammadiyah Surakarta	penelitian observasional analitik dengan pendekatan kuantitatif dengan desain penelitian <i>crosssectional</i>	kelengkapan dokumen rekam medis tidak berhubungan dengan keakuratan kodefikasi kasus obstetri dengan p -value 0,998 atau $> 0,05$, sedangkan ketepatan pencatatan diagnosis memiliki hubungan yang signifikan terhadap	Penelitian ini menggunakan dua variabel bebas yaitu kelengkapan dan ketepatan pencatatan. Sedangkan penelitian saya hanya memfokuskan pada hubungan ketepatan penulisan

				keakuratan kodefikasi kasus obstetri dengan p -value= 0,16 atau > 0,05.	diagnosis dengan keakuratan kode pada kasus persalinan
3.	Yasinta Rosalia Menna, Husni Abdul Muchlis, Hosizah, Noor Yulia (2025)	Hubungan Ketepatan Penulisan Diagnosis Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Obstetri Di RSIJ Sukapura	Penelitian kuantitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> menggunakan uji <i>Chi-Square</i>	Hasil analisis data menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara ketepatan penulisan diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis Obstetri di RSIJ Sukapura dengan nilai $P=0,002<0,05$	Perbedaan penelitian terletak pada periode waktu pelaksanaan dan lokasi penelitian
4.	Suryandari et al. (2023)	Hubungan Ketepatan Penulisan Diagnosis Penyakit dengan Keakuratan Kode Diagnosis pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit	penelitian observasional dengan pendekatan cross-sectional study	ketepatan penulisan diagnosis penyakit berhubungan dengan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap dengan nilai p -value = 0,000 (< 0,05).	Perbedaan penelitian terletak pada objek penelitian. Penelitian Suryandari et al. (2023) meneliti tentang semua penyakit rawat inap sedangkan penelitian saya berfokus pada kasus persalinan.

2.11 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian. Setelah melalui pembuktian dari hasil penelitian maka hipotesis ini dapat benar atau salah atau dapat diterima atau ditolak. Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

H0: Tidak terdapat hubungan antara ketepatan penulisan diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis kasus persalinan pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang.

H1: Terdapat hubungan antara ketepatan penulisan diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis kasus persalinan pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang.