

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian 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 (Undang-Undang Republik Indonesia No. 44, 2009). Menurut WHO Rumah Sakit adalah bagian dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna, penyembuhan dengan mengutamakan kepentingan Pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit (Wiguna & Matondang, 2018).

2.1.2 Tujuan Rumah Sakit

1. Menciptakan kondisi yang kondusif bagi masyarakat untuk mengakses pelayanan medis.
2. Menjamin keselamatan Pasien, masyarakat, lingkungan Rumah Sakit dan sumber daya manusia di Rumah Sakit.
3. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit yang sudah ada.
4. Memberikan kepastian hukum kepada semua Pasien, masyarakat, maupun sumber daya manusia yang ada di lingkungan Rumah Sakit Berdasarkan UU RI Nomor 44 Tahun 2009, tentang pengaturan penyelenggaraan yang ada di Rumah Sakit (Undang-Undang Republik Indonesia No. 44, 2009).

2.1.3 Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, fungsi Rumah Sakit adalah :

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.
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang Kesehatan.

2.1.4 Klasifikasi Rumah Sakit

- a. Rumah Sakit Umum Kelas A adalah Rumah Sakit Umum Kelas A harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 5 (lima) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 12 (dua belas) Pelayanan Medik Spesialis Lain dan 13 (tiga belas) Pelayanan Medik Sub Spesialis
- b. Rumah Sakit Umum Kelas B adalah Rumah Sakit Umum Kelas B harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 8 (delapan) Pelayanan Medik Spesialis Lainnya dan 2 (dua) Pelayanan Medik Subspesialis Dasar.
- c. Rumah Sakit Umum Kelas C harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar dan 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik.
- d. Rumah Sakit Umum Kelas D harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) Pelayanan Medik Spesialis Dasar.

2.2 Rawat Inap

Rawat inap adalah istilah yang berarti proses pelayanan perawatan Pasien oleh tenaga kesehatan profesional akibat penyakit tertentu, di mana Pasien perlu diinapkan di suatu ruangan di Rumah Sakit. Pelayanan rawat inap adalah pelayanan terhadap Pasien masuk Rumah Sakit yang menempati tempat tidur perawatan untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, rehabilitasi medik dan atau pelayanan medik lainnya (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997).

2.3 Rekam Medis

2.3.1 Pengertian Rekam Medis

Rekam medis menurut Permenkes RI Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis adalah Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas Pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada Pasien.

2.3.2 Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah untuk mendokumentasikan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang mampu membenarkan identitas Pasien dan berbagai pemeriksaan dan pengobatan di sarana pelayanan. Serta demikian dapat membantu pengambilan keputusan tentang terapi, tindakan, dan penentuan diagnosa. Rekaman yang rinci dan bermanfaat menjadi alat penting dalam menilai dan mengelola risiko manajemen. Selain itu juga bias berfungsi sebagai tanda bukti yang sah yang dapat dipertanggungjawabkan secara hukum (Hatta, 2010).

2.3.3 Kegunaan Rekam Medis

Menurut Ghibony, 1991 kegunaan rekam medis memiliki 6 manfaat, yang terangkum dalam kata ALFRED, yaitu :

a. *Administration (Administrasi)*

Suatu 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 (Hukum)*

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas keadilan. Selain itu, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

c. *Financial (Keuangan)*

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai keuangan karena isinya dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran di Rumah Sakit.

d. *Research (Penelitian)*

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat digunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

e. *Education (Pendidikan)*

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

f. Documentatioan (Dokumentasi)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan Rumah Sakit.

2.3.4 Isi Rekam Medis

Berdasarkan Permenkes RI No.269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis, Isi rekam medis meliputi :

- a. Isi rekam medis untuk Pasien rawat jalan pada pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat :
 1. Identitas Pasien;
 2. Tanggal dan waktu;
 3. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 4. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 5. Diagnosa;
 6. Rencana penatalaksanaan;
 7. Pengobatan dan/atau tindakan;
 8. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada Pasien;
 9. Untuk Pasien gigi dilengkapi dengan odontogram klinik; dan
 10. Persetujuan tindakan bila diperlukan.
- b. Isi rekam medis untuk Pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat :
 1. Identitas Pasien;
 2. Tanggal dan waktu;

3. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 4. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 5. Diagnosa;
 6. Rencana penatalaksanaan;
 7. Pengobatan dan/atau tindakan;
 8. Persetujuan tindakan bila diperlukan;
 9. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan;
 10. Ringkasan pulang (*discharge summary*);
 11. Nama dan tanda tangan Dokter, Doktergigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
 12. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu; dan
 13. Untuk Pasien gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.
- c. Isi rekam medis untuk Pasien gawat darurat sekurang-kurangnya memuat :
1. Identitas Pasien;
 2. Kondisi saat Pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan;
 3. Identitas pengantar Pasien;
 4. Tanggal dan waktu;
 5. Hasil anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, dan riwayat penyakit);
 6. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 7. Diagnosa;
 8. Pengobatan dan/atau tindakan;

9. Ringkasan kondisi Pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut;
10. Nama dan tanda tangan Dokter, Doktergigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
11. Sarana transportasi yang digunakan bagi Pasien yang akan digunakan bagi Pasien yang akan dipindahkan kesehatan; lain
12. Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu.

2.4 Definisi Perekam Medis dan Infomasi Kesehatan

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 377 Tahun 2007 (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2007) Tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, menyatakan bahwa :“Perekam Medis dan Informasi Kesehatan adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan formal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sehingga memiliki kompetensi yang diakui oleh pemerintah dan profesi serta mempunyai tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak secara penuh untuk melakukan kegiatan pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan pada unit pelayanan kesehatan”. Pengolahan rekam medis terdiri dari *assembling, coding, indexing, filing* dan *reporting*.

Menurut WHO, 2004 bahwasannya pelaksanaan pemberian kode penyakit harus lengkap dan akurat sesuai dengan ICD 10. Pemberian kode penyakit oleh Petugas rekam medis disebut oleh coding. Coding adalah pemberian kode dengan menggunakan huruf atau angka, kombinasi huruf dalam angka mewakili komponen data yang bertujuan untuk mensejajarkan klasifikasi penyakit agar sama secara internasional.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Rekam Medis bahwasannya perekam medis mempunyai kewenangan melaksanakan sistem klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis sesuai terminologi medis yang benar.

2.5 Standar Prosedur Operasional (SPO)

2.5.1 Pengertian Standar Prosedur Operasional (SPO)

Menurut Kementrian Pendayagunaan Apatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Tahun 2012, Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan administrasi pemerintahan, bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan. SPO pada dasarnya merupakan pedoman yang berisi prosedur operasional standar kegiatan yang di suatu organisasi tertentu.

2.5.2 Tujuan dan Manfaat Standar Prosedur Operasional (SPO)

Tujuan disusunnya Pedoman Penyusunan SPO ini adalah untuk memberikan pedoman bagi seluruh unit kerja di lingkungan unit kerja Rekam Medis dalam mengidentifikasi, merumuskan, menyusun, mengembangkan, memonitor, dan mengevaluasi SPO sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.

Manfaat SPO berdasarkan Kementrian Pendayagunaan Apatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia, 2012 antara lain :

- a. Sebagai standarisasi cara yang dilakukan aparatur dalam menyelesaikan pekerjaan yang menjadi tugasnya;

- b. Mengurangi tingkat kesalahan dan kelalaian yang mungkin dilakukan oleh seorang aparatur atau pelaksana dalam melaksanakan tugas;
- c. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelaksanaan tugas dan tanggung jawab individual aparatur dan organisasi secara keseluruhan;
- d. Membantu aparatur menjadi lebih mandiri dan tidak tergantung pada intervensi manajemen, sehingga akan mengurangi keterlibatan pimpinan dalam pelaksanaan proses sehari-hari;
- e. Meningkatkan akuntabilitas pelaksanaan tugas;
- f. Menciptakan ukuran standar kinerja yang akan memberikan aparatur cara konkrit untuk memperbaiki kinerja serta membantu mengevaluasi usaha yang telah dilakukan;
- g. Memastikan pelaksanaan tugas penyelenggaraan pemerintahan dapat berlangsung dalam berbagai situasi.

2.5.3 Standar Prosedur Operasional (SPO) Kodefikasi

Menurut Bowman (Puspita, 2018) seperti kebijakan dan prosedur organisasi lainnya, kebijakan dan prosedur pengkodean dibutuhkan untuk meningkatkan konsisten, kebijakan dan prosedur pengodean harus mencakup hal-hal berikut:

1. Arah untuk mengkaji catatan.
2. Petunjuk dalam mengatasi dokumentasi yang tidak lengkap dan bertentangan.
3. Instruksi untuk berkomunikasi dengan Dokter untuk klarifikasi dan pencatatan agenda rekam kesehatan.
4. Petunjuk tentang tindakan yang diambil ketika kode yang sesuai tidak dapat ditemukan.

5. Penggunaan kode tidak diperlukan untuk penggantian biaya (kode opsional).
6. Definisi standarisasi atau rangkaian kode.

2.6 Coding

2.6.1 Pengertian Coding

Menurut (departemen kesehatan RI, 2006) Pemberian Kode (*coding*) adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf atau angka yang mewakili komponen data. Koding menurut buku (Irmawati et al., 2017) menjelaskan bahwa koding klinis atau koding medis adalah suatu kegiatan yang mentransformasikan diagnosa penyakit, prosedur medis dan masalah kesehatan lainnya dari kata-kata menjadi suatu bentuk kode, baik numerik atau alfanumerik, untuk memudahkan penyimpanan, *retrieval* dan analisis data.

Untuk lebih meningkatkan informasi dalam rekam medis, Petugas rekam medis harus membuat kode sesuai dengan klasifikasi yang tepat. Disamping kode penyakit, berbagai tindakan lain juga harus diberi kode sesuai dengan klasifikasi masing-masing dengan menggunakan ICD 10 dan ICD 9 CM.

2.6.2 Tujuan Coding

Berdasarkan buku Irmawati et al., 2017 Koding merupakan fungsi yang cukup penting dalam jasa pelayanan informasi kesehatan. Data klinis yang terkode dibutuhkan untuk *me-retrieve* informasi guna kepentingan asuhan Pasien, penelitian, peningkatan performansi pelayanan, perencanaan dan manajemen sumber daya, serta untuk mendapatkan reimbursement (pembayaran kembali) yang sesuai bagi jasa pelayanan kesehatan yang diberikan. Sistem pembayaran yang ada

saat ini sangat bergantung pada data kode untuk menentukan jumlah pembayaran kembali.

2.6.3 Tata Cara Coding

Pemberian kode diagnosa dilakukan setelah mendapatkan informasi yang cukup dari lembar rekam medis dan penunjang sesuai dengan kebutuhan. Kode yang nantinya akan diberikan harus menggambarkan perjalanan dan pelayanan terhadap Pasien selama episode rawat. Berikut merupakan tata cara coding menurut Buku KKPM I (Irmawati et al., 2017) yaitu :

a. ICD-10

Dalam buku ICD-10 dijelaskan langkah-langkah dalam koding :

1. Identifikasi tipe pernyataan yang akan di kode, kemudian carilah dalam buku Volume 3 pada bagian yang sesuai.
2. Temukan “*lead-term*”-nya. *Lead term* atau kata-kata kunci (*keywords*) biasanya dalam bentuk kata benda, sebagian besar merujuk ke kondisi penyakit dan keluhan.
3. Bacalah semua catatan yang tercantum dibawah “*lead-term*”.
4. Bacalah semua terminologi yang ada dalam kurung dibelakang “*lead-term*”.
5. Ikuti dengan hati-hati semua “*cross-references*” (kata “*see*” dan “*see also*”) yang termuat dalam indeks.
6. Rujuk daftar tabulasi dalam Volume I untuk verifikasi kecocokan nomor kode terpilih.
7. Berpedomanlah pada “*inclusion*” atau “*exclusion terms*” yang ada di bawah kode terpilih, atau dibawah judul bab, blok atau kategori.
8. Tentukan kode yang sesuai.

b. ICD-9CM

Dalam buku ICD-9CM dijelaskan langkah-langkah dalam koding :

1. Dalam mengkode laporan operasi, koder harus membaca dengan seksama seluruh laporan operasi dan mencatat atau menggaris bawahi kemungkinan adanya penulisan diagnosa, kelainan atau prosedur yang tidak sesuai dengan apa yang ditulis oleh Dokter dalam laporan operasi, koder harus mengklarifikasi hal tersebut dengan Dokter yang bersangkutan.
2. Jika ditemukan diagnosa *pre operative* dan *post operative* berbeda maka gunakan diagnosa *post operative*.
3. Periksa laporan patologi, bila terdapat perbedaan antara diagnosa patologis dan SpB, maka sebaiknya didiskusikan dengan kedua pihak.
4. Langkah-langkah koding:
 - a. Carilah dalam indeks alfabetik nama prosedur, atau eponimnya
 - b. Kroscek ke dalam daftar tabulasi
 - c. Ikuti catatan-catatan khusus (konvensi) dalam daftar tabulasi
 - d. Pilih kode dengan tingkat rincian tertinggi. Kode paling spesifik mencakup 4 digit

2.7 Pengertian Tentang Pengkodean Penyakit

2.7.1 Pengertian Pengkodean

Pengkodean adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen dan kegiatan pengkodean dilakukan setelah perakitan dan analisa berkas (Hatta, 2010).

2.7.2 Fungsi dan Kegunaan Pengkodean

Pengkodean memiliki fungsi yang sangat penting dalam pelayanan manajemen informasi kesehatan. Data klinis yang terkode dibutuhkan untuk mendapatkan kembali informasi atas perawatan Pasien, penelitian, perbaikan, pelaksanaan, perancangan dan fasilitas manajemen dan untuk menentukan biaya perawatan kepada penyedia pelayanan kesehatan (Abdelhak et al., 2001).

2.8 *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*

2.8.1 Pengertian ICD

ICD adalah singkatan dari *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Berlakunya pemakaian ICD-10 di Indonesia sejak adanya himbauan dari WHO mengenai penetapan ICD-10 sebagai ICD edisi terbaru. Mengenai hal tersebut melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 50/MENKES/SK/I/, 1998 tentang Pemberlakuan Klasifikasi Statistik Internasional Mengenai Penyakit Revisi ke-Sepuluh tertanggal 13 Januari 1998 ICD-10 resmi dipergunakan di seluruh Indonesia.

2.8.2 ICD Yang Digunakan Dalam Menentukan Kode Diagnosa

ICD yang digunakan untuk menentukan kode diagnosa yaitu ICD- 10 dan ICD 9CM. ICD-10 terdiri atas 3 volume yaitu volume 1 berisikan klasifikasi utama, volume 2 merupakan pedoman bagi para pengguna ICD, dan volume 3 adalah indeks alfabetik bagi klasifikasi.

1. ICD-10 Volume 1

Volume 1 berisikan klasifikasi yang menunjukkan kategori- kategori di mana suatu diagnosa akan dialokasikan guna mempermudah penyortiran dan penghitungan data untuk tujuan statistik.

2. ICD-10 Volume 2

Volume 2 berisikan deskripsi tentang sejarah ICD berikut struktur dan prinsip klasifikasi; aturan-aturan yang berkaitan dengan koding morbiditas dan mortalitas; presentasi statistik serta petunjuk praktis bagi pengguna ICD agar dapat memanfaatkan klasifikasi yang ada sebaik-baiknya. Pengetahuan dan pemahaman tentang tujuan dan struktur ICD sangat penting artinya bagi statistisi dan analis informasi kesehatan, serta Petugas koding (koder).

3. ICD-10 Volume 3

Pada ICD-10 Volume 3 berisikan instruksi tentang penggunaan ICD tersebut yang merupakan indeks alfabetik dari ICD-10. Instruksi ini harus dimengerti dengan baik sebelum mulai mengkode.

4. ICD 9

ICD 9 CM (The International Classification of Diseases, 9th Revision Clinical Modification) versi 2010 merupakan ICD-9- CM versi 2010 untuk Prosedur dan Tindakan Medis.

2.9 Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)

2.9.1 Pengertian DHF

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Gejalanya meliputi demam tinggi, nyeri otot dan sendi, ruam kulit, serta dalam kasus yang parah dapat mengakibatkan pendarahan internal dan syok. DHF memerlukan perawatan medis segera dan pencegahan gigitan nyamuk untuk mengurangi penyebaran penyakit ini.

Grades DHF:

1. DHF Grade 1 : Gejala meliputi demam tinggi, nyeri otot dan sendi, serta mungkin ruam kulit.
2. DHF Grade 2 : Selain gejala DHF Grade 1, terdapat peningkatan denyut nadi, penurunan tekanan darah, serta mungkin terjadi perdarahan ringan seperti mimisan atau bintik-bintik merah pada kulit.
3. DHF Grade 3 : Terjadi penurunan tiba-tiba dalam tekanan darah dengan denyut nadi tidak teraba (hipotensi) dan tanda-tanda syok seperti kulit dingin dan lembab, gelisah, dan kebingungan.
4. DHF Grade 4 : Pada tahap ini, terjadi kegagalan sirkulasi yang parah, disertai dengan syok, nyeri perut yang hebat, muntah darah, dan cenderung koma.

Clinical Pathway DHF:

1. Inkubasi : Waktu antara gigitan nyamuk yang terinfeksi dan timbulnya gejala, biasanya 4-10 hari.
2. Prodromal Phase : Gejala non-spesifik seperti demam, nyeri otot, sakit kepala, dan nyeri sendi.
3. Critical Phase : Biasanya terjadi saat penurunan demam. Terjadi peningkatan permeabilitas vaskular yang dapat menyebabkan plasma bocor ke ruang interstitial, mengakibatkan hipovolemia dan syok.
4. Recovery Phase : Gejala mulai mereda, tetapi Pasien perlu dimonitor secara ketat untuk menghindari komplikasi seperti perdarahan berat atau penurunan tekanan darah.

Pengelolaan DHF meliputi pemberian cairan intravena untuk mengatasi dehidrasi, penggunaan antipiretik untuk mengendalikan demam, dan perawatan

suportif sesuai dengan kebutuhan klinis individu. Penting untuk mendapatkan perawatan medis segera jika mengalami gejala demam berdarah, terutama pada anak-anak atau orang dewasa dengan kondisi kesehatan yang lemah.