

## **BAB 2**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **2.1 Rumah Sakit**

##### **2.1.1 Definisi Rumah Sakit**

Berdasarkan Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Pasal 1 “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”.

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Bab 3 Pasal 5, rumah sakit mempunyai fungsi, diantaranya 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.

##### **2.1.2 Klasifikasi Rumah Sakit**

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit Bab IV, menjelaskan bahwa rumah sakit umum

diklasifikasikan menjadi:

1. Rumah Sakit Kelas A  
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.
2. Rumah Sakit Kelas B  
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 Lain dan 2 (dua) Pelayanan Medik Sub Spesialis Dasar.
3. Rumah Sakit Kelas 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.
4. Rumah Sakit Kelas D  
Rumah Sakit Umum Kelas D harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) Pelayanan Medik Spesialis Dasar.

## **2.2 Rekam Medis**

### **2.2.1 Definisi Rekam Medis**

Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien. Menurut Edna K. Huffman (1992), tentang rekam medis menyatakan bahwa:

“Rekam medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana dan bagaimana yang di berikan kepada pasien selama masa perawatan yang memuat pengetahuan mengenai dan pelayanan yang di perolehnya serta memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien membenarkan diagnosa dan pengobatan serta merekam hasilnya”.

Berdasarkan PERMENKES Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis, “Rekam medis adalah suatu lembaran kertas yang berisikan

keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas pasien anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa, pemeriksaan fisik dan segala pelayanan tindakan medis”.

Rekam medis harus ditulis secara tertulis, lengkap dan jelas dan dalam bentuk teknologi informasi elektronik yang diatur lebih lanjut dengan peraturan tersendiri. Rekam medis terdiri dari catatan-catatan data pasien yang dilakukan dalam pelayanan kesehatan. Catatancatatan tersebut sangat penting dalam pelayanan bagi pasien karena dengan data yang lengkap dapat memberikan informasi dalam menentukan keputusan, baik pengobatan, penanganan, tindakan medis dan lainnya. Dokter diwajibkan membuat rekam medis sesuai dengan peraturan yang berlaku.

### **2.2.2 Tujuan Rekam Medis**

Menurut Dirjen Pelayanan Medik (1997), tujuan rekam medis adalah menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tujuan rekam medis menurut Ery Rustiyanto (2009:6) dalam buku yang berjudul Etika Profesi, menyatakan bahwa tujuan dibuatnya rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa dukungan suatu sistem pengelolaan rekam medis baik dan benar tertib administrasi rumah sakit tidak akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

### 2.2.3 Kegunaan Rekam Medis

Menurut Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2006 mengatakan bahwa kegunaan rekam medis secara umum, antara lain:

1. Aspek Administrasi, suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan perawat dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
2. Aspek Medis, catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan terapi pengobatan dan perawatan yang harus diberikan kepada pasien.
3. Aspek Hukum, menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.
4. Aspek Hukum, menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.
5. Aspek Keuangan, isi rekam medis dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan. Tanpa adanya bukti catatan tindakan / pelayanan, maka pembayaran tidak dapat dipertanggung jawabkan.
6. Aspek Penelitian, berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat digunakan sebagai aspek penelitian.
7. Aspek Pendidikan, berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang kronologis dari pelayanan medik yang diberikan pada pasien.
8. Aspek Dokumentasi. isi rekam medis menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan sarana kesehatan.

### 2.3 Penyebab Kematian

Penyebab Dasar Kematian (*Underlying Cause of Death*) adalah sebab dasar terjadinya urutan sebab-sebab kematian. Sebab dasar terjadinya kematian adalah keadaan penyakit atau cedera sebagai pemicu urutan kejadian yang mengakibatkan kematian, serta kecelakaan atau kekerasan yang menghasilkan cedera fatal hingga mengakibatkan kematian.

Penyebab dasar kematian merupakan suatu penyakit/kondisi yang merupakan awal dimulainya rangkaian perjalanan penyakit menuju kematian, atau keadaan kecelakaan atau kekerasan yang menyebabkan cedera dan berakibat dengan kematian. Penyebab dasar kematian merupakan suatu kondisi, kejadian atau keadaan yang tanpa penyebab dasar tersebut pasien tidak akan meninggal.

Dalam melaksanakan koding pada kasus/pasien meninggal ada beberapa bagian yang harus dipahami, terutama pemilihan diagnosis utama penyebab kematian karena tidak selalu diagnosis yang ditegakkan oleh dokter diakhir episode perawatan merupakan penyebab langsung kematian.

#### **2.4 Kematian Neonatal**

Menurut *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10)*, periode neonatal adalah periode yang dimulai dari kelahiran dan berakhir sampai 28 hari setelah kelahiran, yaitu mulai dari 0-28 hari (WHO, 1993). Angka Kematian Neonatal (AKN) adalah jumlah kematian bayi di bawah usia 28 hari per 1.000 kelahiran hidup pada periode tertentu. Kematian neonatal dibagi menjadi kematian neonatal dini dan kematian neonatal lanjut. Kematian neonatal dini terjadi pada periode 7 hari pertama kehidupannya (masa perinatal) dan kematian neonatal lanjut terjadi setelah 7 hari dan berakhir sampai 28 hari. Menurut data statistik Indonesia tahun 2013, Kematian bayi endogen atau yang umum disebut kematian neonatal adalah kematian bayi yang terjadi pada bulan pertama setelah dilahirkan, dan umumnya disebabkan oleh faktor - faktor yang dibawa anak sejak lahir, yang diperoleh dari orang tuanya pada

saat konsepsi atau didapat selama kehamilan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Budiati, 2016), terdapat kesimpulan:

1. Ada hubungan antara komplikasi kehamilan dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari ( $p=0,0001$  ;  $OR=8,381$ ;  $95\% CI=2,668-26,328$ )
2. Ada hubungan antara status gizi ibu hamil dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari ( $p=0,005$  ;  $OR=5,227$  ;  $95\% CI=1,757-15,550$ )

Menurut penelitian Djajakusli et al., 2017 di RSUD Dr. Soetomo didapatkan kematian neonatal mencapai 101 dari 807 kelahiran. Penyebab kematian neonatal pada bayi prematur (55,4%), dan berat lahir  $<2500\text{gr}$  (59,4%). Sesak/distres napas 60 (95,2%), sepsis 42 (66,7%) dan RDS 13 (20,6%) merupakan keadaan klinis yang paling sering ditemukan pada bayi sampai usia  $\leq 7$  hari terutama yang termasuk dalam kematian neonatus dini. Sementara keadaan klinis bayi sampai dengan usia 28 hari atau usia cukup bulan yang paling sering ditemukan adalah sesak 38 (100%), sepsis 32 (84,2%) dan pneumonia 20 (52,6%), terutama pada kematian neonatus lanjut. Kasus asfiksia pada kematian neonatus dini juga banyak, yaitu mencapai (48,5%). Masalah medis ibu yang paling sering ditemukan adalah hipertensi, penyakit jantung, diabetes mellitus (DM), obesitas, dan hepatitis B yang rata-rata dapat menyebabkan komplikasi pada janin.

Merujuk data dari Universitas Indonesia Fakultas Kesehatan Masyarakat (Achadi, Achadi L, 2019), angka kematian neonatal mencapai 15/1000 kelahiran hidup, 40% meninggal pada 24 jam pertama. Penyebab kematian utama neonatal adalah prematur, komplikasi terkait persalinan (asfiksia atau kesulitan bernafas saat lahir), infeksi dan cacat lahir. Pre-eclampsia dan pendarahan menjadi riwayat ibu

yang bisa terhubung dalam kematian neonatal dini karena memiliki kontribusi besar terkait BBLR, prematuritas maupun asfiksia. Menurut penelitian Imelda Ferawati Bangun, Abdiana dan Edison di Kabupaten Kepulauan Mentawai pada tahun 2018, bayi yang dilahirkan dengan BBLR memiliki peluang 41,1 kali lebih besar untuk mengalami kematian neonatal dibandingkan bayi yang dilahirkan dengan berat bayi lahir normal. BBLR akan cepat kehilangan panas tubuh dan menjadi hipotermia, hal ini disebabkan oleh pusat pengaturan panas belum berfungsi dengan baik, metabolisme rendah dan permukaan tubuh relatif luas. Oleh karena itu, bayi dengan BBLR harus dirawat di dalam inkubator sehingga panas tubuhnya seperti didalam rahim (Manuaba, I.A.C, Manuaba, 2012). Ibu yang melahirkan dengan BBLR mayoritas mempunyai pendidikan rendah, jarak kehamilan berisiko, dan umur berisiko.

Bayi yang lahir dengan BBLR memiliki risiko lebih tinggi untuk menderita penyakit dan lebih sulit untuk mendiagnosis sehingga menyebabkan keterlambatan penatalaksanaan. Organ tubuh bayi berat lahir rendah (BBLR) belum berfungsi sempurna oleh sebab itu BBLR akan mengalami lebih banyak kesulitan untuk bertahan hidup setelah lahir. Hasil penelitian di Kabupaten Kendal didapatkan sebesar 49,1% kematian neonatal dini terjadi pada BBLR. (Dianawati, 2016).

Bayi yang meninggal di wilayah kerja Puskesmas Ngombol, sebagian besar antara 1 sampai 8 jam sehingga belum sempat diberikan ASI oleh ibunya. Sedangkan bayi yang sudah diberikan ASI meninggal antara 2 hari sampai dengan 2 bulan. Diketahui sebagian besar lahir secara prematur dan memiliki berat lahir rendah (kurang dari 2500 gram) yaitu sebanyak 7 bayi dari 11 bayi. Bayi yang

dilahirkan secara prematur biasanya organ-organ tubuhnya belum terbentuk secara sempurna sehingga rentan terkena infeksi atau gangguan kesehatan lainnya.(Andriani, Sriatmi and Jati, 2016)

Menurut penelitian Rahayu dan Tjahjowati tahun 2019, Penyebab kematian neonatal terbesar di RSUD Tugu Rejo Semarang adalah asfiksia dengan jumlah 78 (86,7%) dan yang non asfiksia sebesar 12 (13,3%) sebagai akibat dari aspirasi, infeksi berupa pneumonia neonatal, *birth injury*, *feeding problem* dan malformasi *congenital*. Asfiksia adalah keadaan dimana bayi baru lahir tidak dapat bernapas secara spontan dan teratur setelah lahir. sehingga proses adaptasi fisiologi terganggu, Asfiksia berarti hipoksia yang progresif terjadi peningkatan CO<sub>2</sub> dan asidosis. Bila proses ini berlangsung terlalu jauh dapat mengakibatkan kerusakan otak dan dapat mempengaruhi fungsi organ vital lainnya sampai dengan kematian. Yang menyebabkan kejadian Asfiksia adalah terkait dengan kondisi ibu selama kehamilan yaitu penyakit ibu seperti diabetes, hipertensi, penyakit hati dan ginjal dan faktor janin seperti bayi prematur, pertumbuhan janin terlambat dan cacat bawaan dan obat-obatan anastesi dan analgesik.

Menurut penelitian Puji Rahayu,S dan Tjahyowati,S pada tahun 2019, karakteristik tempat asal neonatal dilahirkan sebagian besar 61 (67,8%) adalah tinggal di daerah pedesaan dan 29 (32,2%) yang tinggal di daerah perkotaan. Hal ini sesuai dengan penelitian Mugeni,dkk yaitu kematian bayi yang berasal dari pedesaan sebesar 75%. Hasil Riskesdas juga menyebutkan kematian bayi 0 – 11 bulan sekitar 51,3% terjadi di pedesaan dan 48,7% pada bayi tersebut terjadi pada umur neonatal. Akses ke rumah sakit pada kasus kematian neonatal ini sebesar 48



(53,3%) yang dicapai dalam waktu lebih dari dua jam karena mereka tinggal di luar kota. Sebesar 42 (46,7%) akses mereka masih di bawah 2 jam menuju rumah sakit karena masih tinggal di dalam kota dan daerah pinggiran sekitar rumah sakit. Akses ke rumah sakit merupakan masalah keterlambatan kedua penyebab kematian neonatal di negara-negara berkembang termasuk Indonesia.

Berbagai upaya dilakukan untuk mengurangi angka kematian pada neonatal diantaranya adalah peningkatan peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan tingkat dasar di masyarakat, upaya pendayagunaan dan intensifikasi posyandu untuk kegiatan KIA dasar dan keluarga berencana termasuk dengan peningkatan ilmu dan keterampilan bidan-bidan di desa serta kerjasama dengan cara melibatkan dukun bayi, keluarga, masyarakat (Depkes, 2010). Pemerintah membuah rencana strategis yang didalamnya termasuk penurunan angka kematian bayi. Dalam RPJMN 2015-2019, sasaran yang ingin dicapai adalah meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Sasaran pembangunan kesehatan pada RPJMN 2015-2019 sebagai berikut:

Tabel 2. 1 Indikator Status Kesehatan dan Gizi Masyarakat

No	Indikator	Status Awal	Target 2019
1.	<b>Meningkatnya Status Kesehatan dan Gizi Masyarakat</b>		
	a. Angka kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup	346 (SP 2010)	32,9 (2013)
	b. Angka kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup	32 (2012/2013)	24
	c. Prevalensi kekurangan gizi (underweight) pada anak balita (persen)	19,6 (2013)	17
	d. Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek) pada anak baduta (bawah dua tahun) (persen)	32,9 (2013)	28

Sasaran strategis tidak hanya fokus pada kenyataan di lapangan tapi juga dalam pengolahan data. Maka sasaran strategis untuk meningkatkan sistem informasi kesehatan integrasi, dengan sasaran yang akan dicapai adalah:

1. Meningkatnya persentase Kabupaten/Kota yang melaporkan data kesehatan prioritas secara lengkap dan tepat waktu sebesar 80%.
2. Persentase tersedianya jaringan komunikasi data yang diperuntukkan untuk akses pelayanan *e-health* sebesar 50% .