

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rekam Medis

Menurut Huffman EK, 1992 rekam medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan yang memuat pengetahuan mengenai pasien dan pelayanan yang diperolehnya serta memuat informasi yang cukup untuk menemukenali (mengidentifikasi) pasien, membenarkan diagnosis dan pengobatan serta merekam hasilnya.

Tujuan rekam medis mencantumkan nilai – nilai yang dikenal dengan sebutan ALFREDS (*Administrative, Legal, Financial, Research, Education, Documentation, and Service*) yaitu sebagai berikut :

1. *Administrative* (Aspek 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.

2. *Legal* (Aspek hukum)

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 bukti untuk menegakkan keadilan.

3. *Financial* (Aspek keuangan)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat digunakan dalam menghitung biaya pengobatan/tindakan dan perawatan.

4. *Research* (Aspek penelitian)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

5. *Education* (Aspek pendidikan)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan/kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran di bidang profesi kesehatan.

6. *Documentation* (Aspek dokumentasi)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan sarana pelayanan kesehatan.

7. *Service* (Aspek medis)

Suatu berkas rekam Medis mempunyai nilai Medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan seorang pasien.⁽¹⁾

B. Statistik Rumah Sakit

1. Pengertian Statistik Rumah Sakit

Statistik rumah sakit yaitu statistik yang bersumber pada data rekam medis sebagai informasi kesehatan yang digunakan untuk memperoleh kapasitas bagi praktisi kesehatan, manajemen dan tenaga medis dalam pengambilan keputusan.⁽⁶⁾

2. Kegunaan Statistik Rumah Sakit

Pengumpulan data statistik yang kemudian diolah menjadi informasi statistik rumah sakit sangat penting bagi rumah sakit. Rekam medis khususnya bagian analising reporting adalah bagian pengolahan data untuk menyusun informasi statistik rumah sakit. Statistik rumah sakit biasanya digunakan untuk :

- a. Perbandingan penampilan rumah sakit masa lalu dan sekarang.
- b. Sebagai bahan acuan untuk perencanaan, pengembangan rumah sakit atau klinik di masa depan.
- c. Penilaian penampilan tenaga medis, perawat dan staf lain.
- d. Biaya rumah sakit atau klinik jika disponsori oleh pemerintah.
- e. Penelitian.⁽⁷⁾

C. Indikator Rawat Inap

Banyak indikator yang bisa digunakan untuk menilai rumah sakit, yang paling sering digunakan adalah :

1. *Bed Occupancy Rate* (BOR), yaitu persentase pemakaian tempat tidur dalam satu tahun. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit.

$$\text{BOR} = \frac{\sum \text{HP}}{\sum \text{TT} \times \text{hari}} \times 100\%$$

Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60 – 85%.

2. *Average Length of Stay (AvLOS)*, yaitu rata – rata lama dirawat seorang pasien. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi dan memberikan gambaran mutu pelayanan.

$$LOS = \frac{\Sigma HP}{\Sigma pasienhidupdanmati}$$

Nilai AvLOS yang ideal adalah 6 - 9 hari.

3. *Bed Turn Over (BTO)*, yaitu frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu tahun. Indikator ini memberikan tingkat efisiensi pada pemakaian tempat tidur.

$$BTO = \frac{\Sigma pasienhidupdanmati}{\Sigma TT}$$

Idealnya dalam setahun, satu tempat tidur rata – rata dipakai 0 40 – 50 kali.

4. *Turn Over Interval (TOI)*, yaitu rata – rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini juga memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur.

$$TOI = \frac{(\Sigma TT \times hari) - HP}{\Sigma pasienhidupdanmati}$$

Nilai TOI yang ideal adalah 1 – 3 hari.

5. *Net Death Rate (NDR)*, yaitu angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap - tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit.

$$NDR = \frac{\Sigma pasienmati \geq 48 \text{ jam}}{\Sigma pasienhidupdanmati} \times 1000^{0/00}$$

Nilai GDR yang masih dapat ditolerir adalah kurang dari 25 per 1000 penderita keluar rumah sakit.

6. *Gross Death Rate* (GDR), yaitu angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar rumah sakit.

$$\text{GDR} = \frac{\Sigma \text{pasien mati seluruhnya}}{\Sigma \text{pasien hidup dan mati}} \times 1000^{0/00}$$

Nilai GDR tidak lebih dari 45 per 1000 penderita keluar.⁽⁸⁾

D. Lama Dirawat

Lama dirawat (LD) adalah jumlah hari kalender di mana pasien mendapatkan perawatan rawat inap di rumah sakit, sejak tercatat sebagai pasien rawat inap (admisi) hingga keluar dari rumah sakit (*discharge*). Kondisi pasien keluar bisa dalam keadaan hidup maupun mati. Pasien yang belum keluar dari rumah sakit belum dapat dihitung lama dirawatnya. Lama dirawat disebut juga *Length of Stay* (LOS).

Angka LD dibutuhkan oleh pihak rumah sakit untuk menghitung tingkat penggunaan sarana (*utilization management*) dan untuk kepentingan finansial (*finansial reports*). Lama dirawat (LD) dihitung dengan cara mengurangi tanggal pasien keluar perawatan dengan tanggal pasien masuk perawatan.⁽⁷⁾

E. Diagnosis

Diagnosis adalah penetapan jenis penyakit tertentu berdasarkan analisis hasil anamnesa dan pemeriksaan yang telah dilakukan oleh dokter. Penetapan ini penting untuk menemukan pengobatan atau tindakan yang akan dilakukan. Diagnosis ditinjau dari segi prosesnya, yaitu :

1. Diagnosis awal atau diagnosis kerja, yaitu penetapan diagnosis awal yang belum diikuti dengan pemeriksaan yang lebih mendalam.

2. Diagnosis banding (*deferensial diagnosis*), yaitu sejumlah diagnosis yang ditetapkan karena adanya kemungkinan tertentu guna pertimbangan medis untuk ditetapkan diagnosisnya lebih lanjut.
3. Diagnosis akhir, yaitu diagnosis yang menjadi sebab mengapa pasien dirawat dan didasarkan pada hasil – hasil pemeriksaan yang mendalam.

Diagnosis ditinjau dari segi keadaan penyakitnya, yaitu :

1. Diagnosis utama, yaitu penyakit utama yang diderita pasien setelah dilakukan pemeriksaan mendalam.
2. Diagnosis komplikasi, yaitu penyakit komplikasi karena berasal dari penyakit utamanya.
3. Diagnosis Co-Morbid, yaitu diagnosis kedua, ketiga dan seterusnya merupakan penyakit penyerta diagnosis utama yang bukan berasal dari penyakit utamanya atau sudah ada sebelum penyakit utama ditemukan.⁽⁹⁾

F. Indeks Tindakan

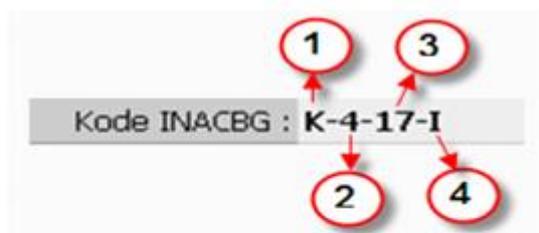
Merupakan indeks tindakan (indeks operasi) prosedur medis yang telah dilakukan oleh dokter. Setiap jenis operasi menggunakan kartu yang sama (1 kartu untuk 1 jenis operasi), dimana setiap nama operasi diikuti dengan penulisan kode ICD-9 (*International Classification Of Procedures*). Berguna untuk menyusun laporan jenis operasi, dokter yang menangani dan pelayanan yang diberikan, untuk laporan pada komite medik. Penyimpanan indeks tindakan dilakukan secara sederhana, yaitu penyimpanan berdasarkan kode jenis tindakan utama dengan berpatokan pada pengurutan abjad/kodenya.⁽¹⁰⁾

G. INA CBG

Sistem *casemix* pertama kali dikembangkan di Indonesia pada tahun 2006 dengan nama INA-DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*). Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) menjadi INA-CBG (*Indonesia Case Based Group*) seiring dengan perubahan grouper dari 3M Grouper ke UNU (*United Nation University*) Grouper.

Dasar pengelompokan dalam INA CBG's menggunakan sistem kodefikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9 CM untuk tindakan/prosedur. Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa Aplikasi INA-CBG sehingga dihasilkan 1.077 Group/Kelompok Kasus yang terdiri dari 789 kelompok kasus rawat inap dan 288 kelompok kasus rawat jalan. Setiap group dilambangkan dengan kode kombinasi alfabet dan numerik dengan contoh sebagai berikut :

Gambar 2.1
Gambar Struktur Kode INA-CBG



Keterangan :

1. Digit ke-1 merupakan CMG (*Casemix Main Groups*)
2. Digit ke-2 merupakan tipe kasus
3. Digit ke-3 merupakan spesifik CBG kasus
4. Digit ke-4 berupa angka romawi merupakan *severity level*

Struktur Kode INA-CBG's terdiri atas :

1. *Case-Mix Main Group (CMGs)*
 - a. Adalah klasifikasi tahap pertama.
 - b. Dilabelkan dengan huruf Alphabet (A-Z).
 - c. Berhubungan dengan sistem organ tubuh.
 - d. Pemberian Label Huruf disesuaikan dengan yang ada pada ICD-10 untuk setiap sistem organ.
 - e. Terdapat 30 CMGs dalam UNU Grouper (*22 Acute Care CMGs, 2 Ambulatory CMGs, 1 Subacutes CMGs, 1 Chronic CMGs, 4 Special CMGs dan 1 Error CMGs*).
2. *Case-Based Groups (CBGs)*

Sub-group kedua yang menunjukkan tipe kasus (1-9).
3. Kode CBGs

Sub-group ketiga menunjukkan spesifik CBGs yang dilambangkan dengan numerik mulai dari 01 sampai 99.
4. *Severity Level*

Sub-group keempat merupakan *resource intensity level* yang menunjukkan tingkat keparahan kasus yang dipengaruhi adanya komorbiditas ataupun komplikasi dalam masa perawatan. Keparahan kasus dalam INA-CBG terbagi menjadi :

 - a. "0" untuk rawat jalan.
 - b. "I – Ringan" untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 1 (tanpa komplikasi maupun komorbiditi).
 - c. "II – Sedang" untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 2 (dengan *mild* komplikasi dan komorbiditi).

- d. “III – Berat” untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 3 (dengan *major* komplikasi dan komorbiditi).⁽¹¹⁾

H. *Clinical Pathway*

Definisi *Clinical Pathway* menurut Firmada adalah suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit.

Menurut dr. Hanevi Djasri, MARS, konsultan dari PMPK FK UGM, tujuan utama implementasi *Clinical Pathway*, adalah menjamin tidak ada aspek-aspek penting dari pelayanan kesehatan yang dilupakan, *Clinical Pathway* memastikan semua intervensi dilakukan secara tepat waktu, dengan mendorong staf klinik untuk bersikap proaktif dalam perencanaan pelayanan, *Clinical Pathway* diharapkan dapat mengurangi biaya dengan menurunkan length of stay, dan tetap memelihara mutu pelayanan, dan secara rinci dapat digambarkan sebagai berikut :

1. Memilih pola praktek terbaik dari berbagai macam variasi pola praktek.
2. Menetapkan standar mengenai lama perawatan dan penggunaan prosedur klinik yang seharusnya.
3. Menilai hubungan antara berbagai tahap dan kondisi berbeda dalam suatu proses dan menyusun strategi untuk melakukan koordinasi agar dapat menghasilkan pelayanan lebih cepat dengan tahap lebih sedikit.
4. Memberikan informasi kepada seluruh staf mengenai tujuan dari sebuah pelayanan dan apa peran mereka dalam proses tersebut.

5. Menyediakan kerangka kerja untuk mengumpulkan dan menganalisa data proses pelayanan sehingga penyedia layanan dapat mengetahui seberapa sering dan mengapa seorang pasien tidak mendapatkan pelayanan sesuai dengan standar.
6. Mengurangi beban dokumentasi klinik.
7. Meningkatkan kepuasan pasien melalui peningkatan edukasi kepada pasien.⁽⁴⁾

I. Efisiensi dan Mutu Pelayanan

1. Pengertian Efisiensi

Penggunaan sumber daya secara minimum guna mencapai hasil yang optimum.⁽¹²⁾

2. Pengertian Mutu

Mutu adalah totalitas dari wujud serta ciri dari suatu barang atau jasa, yang didalamnya terkandung sekaligus pengertian rasa aman atau pemenuhan kebutuhan para pengguna mutu merujuk pada tingkat kesempurnaan dalam memberikan kepuasan pada pengguna layanan.⁽¹³⁾

3. Efisiensi Mutu Pelayanan

Usaha untuk memberikan pelayanan baik berupa barang atau jasa yang dapat memberikan kepuasan dan memenuhi kebutuhan bagi pengguna, dengan menggunakan sumber daya yang minimum tetapi mencapai hasil yang optimal. Efisiensi mutu pelayanan merupakan dimensi penting dari mutu karena efisiensi akan mempengaruhi hasil pelayanan kesehatan.⁽¹²⁾

J. Seksio Caesarea

1. Definisi Seksio Caesarea

Menurut Cuningham seksio caesarea adalah persalinan dengan melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen dan dinding rahim. Persalinan dengan seksio caesarea terjadi jika ibu tidak dapat melahirkan pervaginam.

2. Indikasi Tindakan Seksio Caesarea

Secara garis besar indikasi seksio caesarea dapat diklasifikasikan dalam :

- a. Panggul sempit atau janin terlampau besar, malposisi dan malpresentasi, disfungsi uterus, neoplasma dan persalinan yang tidak maju.
 - b. Pembedahan sebelumnya pada uterus.
 - c. Perdarahan yang disebabkan *placenta previa* atau *abruptio placenta*.
 - d. Toxemia gravidarum mencakup : Preeklamsi dan eklamsia, hipertensi esensial dan nephritis kronis.
 - e. Indikasi fetal.
- ### 3. Faktor – faktor yang mempengaruhi tindakan seksio caesarea
- a. Umur Ibu

Umur ibu hamil yang terlalu muda atau terlalu tua (≤ 20 tahun dan ≥ 35 tahun) merupakan faktor penyulit kehamilan, sebab ibu hamil yang terlalu muda, keadaan tubuhnya belum siap menghadapi kehamilan, persalinan dan nifas serta merawat bayinya, sedangkan ibu yang usianya 35 tahun atau lebih akan menghadapi resiko seperti kelainan bawaan dan penyulit pada waktu persalinan yang

disebabkan oleh karena jaringan otot rahim kurang baik untuk menerima kehamilan.

b. Paritas Ibu

Paritas merupakan jumlah kehamilan terdahulu dan tidak melihat janinya hidup atau mati saat dilahirkan serta tanpa mengingat jumlah anaknya. Persalinan lebih dari 4 kali akan menjadi faktor resiko bagi ibu selama kehamilan, persalinan dan nifas.⁽¹⁴⁾

4. Klasifikasi Seksio Caesarea

a. Seksio Caesarea Transperitonealis (SCTP)

1) Seksio Caesarea klasik

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira – kira sepanjang 10 cm.

Kelebihan :

- a) Mengeluarkan janin lebih cepat.
- b) Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik.
- c) Sayatan bisa diperpanjang proksimal atau distal.

Kerugian :

- a) Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealis yang baik.
- b) Untuk persalinan berikutnya lebih sering terjadi rupture uteri dan spontan.

2) Seksio Caesarea iskemia rafunda

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim (*low servikal transversal*) kira – kira 10 cm.

a) Segmen bawah insisi melintang.

Keuntungan :

- (1) Otot tidak dipotong tetapi dipisah kesamping, cara ini untuk melindungi peradangan.
- (2) Insisi jarang terjadi sampai plasenta.
- (3) Kepala janin biasanya berada dibawah insisi dan mudah di ekstrasi.
- (4) Lapisan otot yang tipis dan segmen bawah rahim lebih mudah dirapatkan kembali dibanding segmen atas yang tebal.

Kerugian :

- (1) Jika insisi terlampau jauh kelateral, seperti terjadi pada kasus yang bayinya terlalu besar maka pembuluh darah uterus dapat terobek, sehingga menimbulkan peradangan hebat.
- (2) Prosedur ini tidak dianjurkan jika terdapat abdominalis pada segmen bawah, seperti fibroid dan varises yang luas.
- (3) Pembedahan selanjutnya atau perekatan yang padat menghalangi pencapaian segmen bawah akan mempersulit operasi.
- (4) Kalau segmen bawah belum terbentuk dengan baik pembedahan melintang sulit dikerjakan.

b) Segmen bawah insisi membujur

Keuntungan :

Jika diperlukan insisi bisa diperlebar keatas, pelebaran ini diperlukan jika bayinya besar, pembentukan segmen jelek, ada malposisi janin seperti letak lintang atau ada anomaly janin seperti kehamilan kembar.

Kerugian :

Perdarahan dari tepi sayatan yang lebih banyak karena terpotongnya otot, sering juga luka insisi tanpa dikehendaki meluas segmen atas, sehingga nilai penutupan retroperitoneal yang lengkap akan hilang.

b. Seksio Caesarea Extraperitoneal (SCEP)

Insisi dilakukan untuk melepaskan peritoneum dari kandung kemih dan dipisahkan keatas, sedangkan pada segmen bawah uterus diadakan insisi melintang untuk melahirkan bayi. Jenis operasi dilakukan pada infeksi intra partum yang berat dan mencegah terjadinya peritonitis.⁽¹⁵⁾

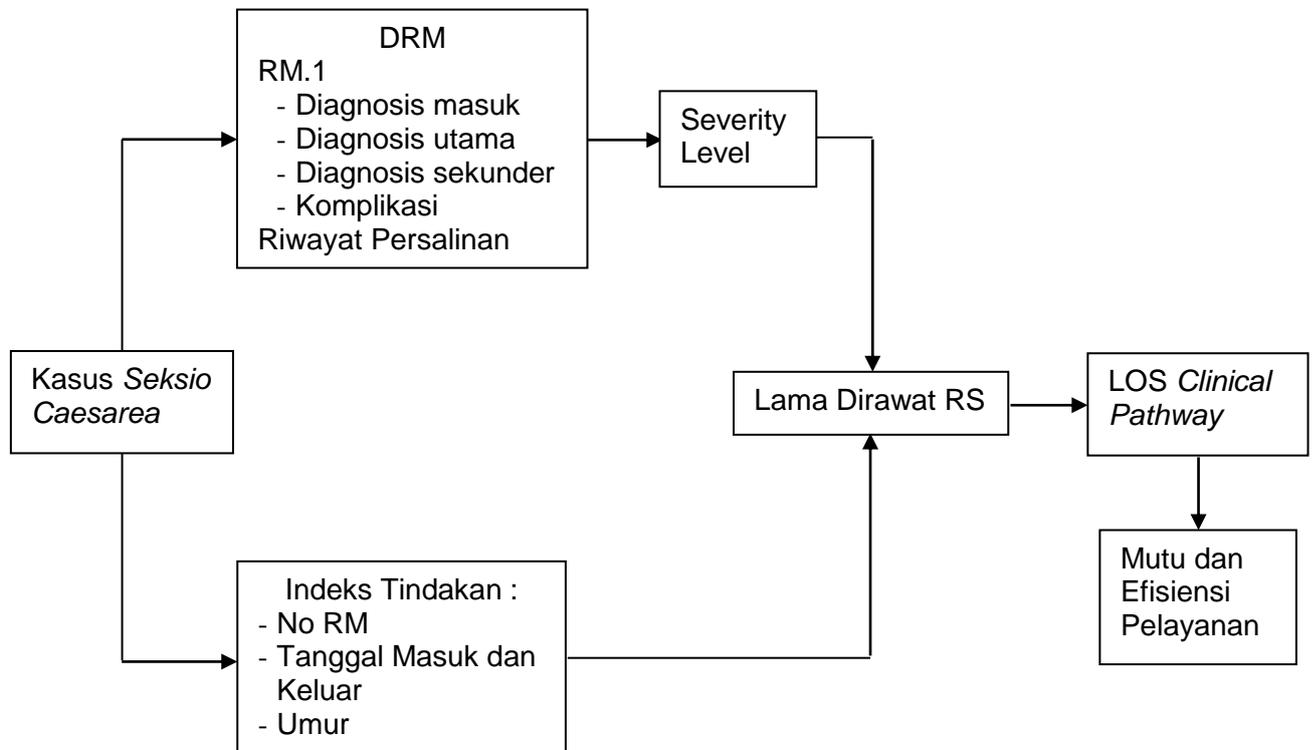
5. Komplikasi Seksio Caesarea

Kelahiran caesarea bukan tanpa komplikasi, baik bagi ibu maupun janinnya. Morbiditas pada seksio caesarea lebih besar dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Ancaman utama bagi wanita yang menjalani seksio caesarea berasal dari tindakan anastesi, keadaan sepsis yang berat, serangan tromboemboli dan perlukaan pada traktus urinarius, infeksi pada luka.

Demam puerperalis didefinisikan sebagai peningkatan suhu mencapai $38,5^{\circ}\text{C}$. Demam pasca bedah hanya merupakan sebuah gejala bukan sebuah diagnosis yang menandakan adanya suatu komplikasi serius. Morbiditas febris merupakan komplikasi yang paling sering terjadi pasca pembedahan seksio caesarea.

Perdarahan masa nifas post seksio caesarea didefinisikan sebagai kehilangan darah lebih dari 1000 ml. Dalam hal ini perdarahan terjadi akibat kegagalan mencapai *homeostatis* di tempat insisi uterus maupun pada *placenta bed* akibat atoni uteri. Komplikasi pada bayi dapat menyebabkan hipoksia, depresi pernapasan, sindrom gawat pernapasan dan trauma persalinan.⁽¹⁶⁾

K. Kerangka Teori



Gambar 2.2
Kerangka Teori ^{(4), (11)}