

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rekam medis dapat mendukung peningkatan mutu pelayanan kesehatan, yaitu dengan melakukan pendokumentasian secara cepat dan tepat. (Anggraeni and Hikmah, 2020).

Sedangkan pengertian rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) Nomor 1204/Menkes/SK/X/2004 Tahun 2004 Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit, dinyatakan bahwa rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan, tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, atau dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan. Upaya kesehatan dilakukan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu serta berkesinambungan (Siregar, 2004).

Rekam medis menjadi hal yang penting dalam pengelolaan rumah sakit dimana salah satu tujuannya adalah dokumen yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Menurut Permenkes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis menyatakan :

1. Perihal pemanfaatan rekam medis dapat dipakai sebagai :
 - a. Pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien.
 - b. Alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran, dan kedokteran gigi dan penegakkan etika kedokteran dan etika kedokteran gigi
 - c. Keperluan Pendidikan dan penelitian..
 - d. Dasar pembayar biaya pelayanan kesehatan.
 - e. Data statistik kesehatan.
2. Pemanfaatan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c yang menyebutkan identitas pasien harus mendapat persetujuan secara tertulis dari pasien atau ahli warisnya dan harus dijaga kerahasiaannya.
3. Pemanfaatan rekam medis untuk keperluan pendidikan dan penelitian tidak diperlukan persetujuan pasien, bila dilakukan untuk kepentingan negara.

Berdasarkan SK Menteri Kesehatan Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi menyatakan bahwa : “Perekam Medis dan Informasi Kesehatan harus memiliki kompetensi klasifikasi dan kodefikasi penyakit, masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis”.

Di dalam penentuan kode diagnosis yang tepat juga dipengaruhi oleh tenaga medis dalam menetapkan kode, tenaga rekam medis sebagai pemberi kode, dan tenaga kesehatan lainnya. Ketepatan data diagnosis sangat penting dibidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal lain yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan. Ketepatan pemberian kode diagnosis berpengaruh terhadap statistik morbiditas, masalah tentang epidemiologi dan pengambilan keputusan.

Selain perihal penentuan kode diagnosis atau ketepatan pengkodean terdapat pula kelengkapan dokumenrekam medis yang menjadi salah satu hal penting dalam pelaksanaan Rekam Medis di dalam Rumah Sakit. Rekam medis yang lengkap adalah dokumen rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan/ setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume. (Departemen Kesehatan, 2006).

Rekam medis yang lengkap, menyediakan informasi yang akurat dan dapat dipergunakan untuk berbagai keperluan seperti bahan pembuktian dalam hukum, bahan penelitian dan pendidikan serta alat analisis dan evaluasi terhadap mutu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit. Kelengkapan dokumen rekam medis dapat dinilai dengan dua cara yaitu analisis kuantitatif dan analisis kualitatif. Komponen analisa kuantitatif dapat dilakukan dengan review identifikasi, review pelaporan, review autentifikasi dan review pencatatan sedangkan komponen analisa kualitatif meliputi review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa, review kekonsistensian pencatatan diagnosa, review pencatatan yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan, review adanya informed consent yang seharusnya ada, review cara dan

praktek pencatatan. Kelengkapan rekam medis sangat penting karena menentukan kualitas rekam medis.

Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS)

Pengertian Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS).

Pada tahun 2014 Program JKN ini diselenggarakan oleh Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 Tentang badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Tujuan diselenggarakan program JKN ini adalah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak. Pelayanan kesehatan pada program JKN ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah. Fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan harus menyetujui perjanjian kerja sama dengan BPJS Kesehatan serta memenuhi ketentuan perundang-undangan yang berlaku. BPJS Kesehatan akan membayar faskes tingkat pertama dengan kapasitas. Untuk faskes rujukan tingkat lanjutan, BPJS kesehatan membayar dengan sistem paket INA-CBG. (Evi., 2018).

Tarif INA-CBG's berbentuk paket yang mencakup seluruh komponen biaya yang berbasis pada data koding penyakit mengacu pada *International Classification of Diseases's* (ICD) yang disusun oleh *World Health Organization* (WHO) yang terdiri dari 14.500 kode diagnosis dan ICD 9 CM CM 7.500 kode tindakan. besar kecilnya tarif yang muncul dalam software *INACBG's* ditentukan oleh kode diagnosis dan tindakan medis yang telah ditetapkan oleh koder rumah. sakit. Proses pengajuan klaim dari rumah sakit kepada BPJS Kesehatan memiliki tahap verifikasi kelengkapan berkas, administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan kesehatan yang bertujuan

untuk menjaga mutu layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS kesehatan (Tri et al., 2020). tugas pokok BPJS yaitu :

1. Melakukan atau dan menerima pendaftaran pasien.
2. Mengumpulkan iuran dari pasien dan pemberi kerja.
3. Menerima bantuan iuran dari pemerintah.
4. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta.

Tinjauan Klaim

Definisi Klaim Kamus Besar Bahasa Indonesia mendefinisikan klaim sebagai tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak atas sesuatu. Dalam dunia kesehatan, klaim sering dikaitkan dengan Sistem Reimbursement atau penggantian biaya klaim dari Jaminan Kesehatan Nasional. Sistem Reimbursement erat kaitannya dengan PMIK karena merupakan penerapan dari Kegunaan Rekam medis dalam salah satu aspek *Administrative, Legal, Financial, Research, Education dan Documentation* (ALFRED) yaitu dalam aspek *Financial*. Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk JKN melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Tiga hal penting di dalam klaim BPJS dengan melalui proses penginputan INA – CBG’S yakni :

1. Elemen kualitas pengkodean terdiri dari beberapa elemen yaitu konsisten bila dikode petugas yang berbeda (*reliability*), kode tepat sesuai diagnosis dan tindakan (*validity*), mencakup semua diagnosis dan tindakan yang ada di rekam medis (*completeness*). (Hatta, 2016).
2. Kelengkapan diagnosis (*completeness*) berarti pengode harus memperhatikan

adanya diagnosis dalam bentuk gejala, pengobatan serta tindakan lain yang mengarah ke pernyataan diagnosis dan prosedur yang ditulis dokter. (Oktamianiza, 2019).

3. Pengkodean diagnosis adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka yang mewakili komponen data. Dalam pengkodean diagnosis ada beberapa hal yang perlu diperhatikan diantaranya adalah ketepatan, keakuratan, dan kelengkapan kode diagnosa sesuai dengan ICD-10 untuk penyakit dan ICD 9 CM-CM untuk tindakan dan prosedur. (Budi, 2011).

Melihat begitu pentingnya tiga elemen kualitas koding di atas terhadap klaim *INACBG's* baik dari segi penentuan biaya dan kelancaran prosesnya, jika salah satu diantara ketiga elemen di atas tidak berjalan atau tidak dikelola dengan baik akan mengakibatkan terhambatnya proses klaim dan akhirnya menyebabkan pending klaim/klaim yang dipending oleh BPJS Kesehatan. Klaim sendiri Menurut Peraturan BPJS Kesehatan No. 3 Tahun 2017 tentang pengelolaan administrasi klaim fasilitas kesehatan adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Dalam era JKN saat ini, dalam proses pengajuan klaim untuk penggantian biaya pelayanan kepada BPJS Kesehatan diberlakukannya sistem *casemix Indonesian Case Base Group (INA-CBG's)* sebagai sistem klasifikasi klinis yang berguna sebagai penentu tarif biaya pelayanan yang nantinya akan diklaim ke BPJS Kesehatan. Dalam era JKN saat ini, dalam proses pengajuan klaim untuk pengganti biaya pelayanan kepada BPJS Kesehatan diberlakukannya sistem *casemix Indonesia Case Base Group (INA-CBG'S)* sebagai sistem klasifikasi klinis yang berguna sebagai penentu tarif biaya pelayanan yang nantinya akan di klaim ke

BPJS Kesehatan. Dari diagnosa yang telah diklaim beserta persyaratan lain yang diminta akan di verifikasi dan ditentukan apakah layak diterima dan apakah di pending atau dikenal dengan istilah pending klaim.