

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rekam Medis

2.1.1 Pengertian Rekam Medis

Menurut Permenkes 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. Rekam medis berfungsi untuk memelihara dan menyediakan informasi bagi semua pihak yang terlibat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Rekam medis harus berisi informasi yang memadai mengenai pasien, menurut data penegakan diagnosis dan pengobatan cedera atau luka. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes, 2008).

2.1.2 Manfaat Rekam Medis

Secara umum rekam medis memiliki enam manfaat, yang untuk mudahnya disingkat sebagai ALFRED, yaitu:

a. Administrative

Berkas rekam medis mempunyai nilai administrative karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b. Legal

Berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyedia bahan bukti untuk menegakkan keadilan.

c. Financial

Berkas rekam medis mempunyai nilai keuangan, karena isinya dapat mengandung

data, informasi dasar untuk perincian biaya pelayanan kesehatan yang harus dibayar oleh pasien.

d. Research

Berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya mengandung data dan informasi yang bisa dijadikan bahan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

e. Education

Berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena menyangkut data informasi tentang perkembangan kronologis pelayanan medik terhadap pasien yang dapat dipelajari dan digunakan sebagai bahan pengajaran pendidikan atau referensi dibidang kesehatan.

f. Documentation

Berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.

2.2 BPJS

BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) adalah Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, terutama untuk Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun rakyat biasa, Sedangkan Menurut UU No. 24 tahun 2011 tentang BPJS Badan Penyelenggara jaminan social kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah badan

hukum publik yang bertanggung jawab kepada presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) Bulan di Indonesia. UU BPJS menentukan bahwa BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan menurut UU SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (BPJS Kesehatan, 2011).

Adapun tugas, wewenang, hak dan kewajiban BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Tugas BPJS Kesehatan:

- a. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta.
- b. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta pemberi kerja.
- c. Menerima bantuan iuran pemerintah.
- d. Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta.
- e. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program Jaminan Sosial.
- f. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial.
- g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada peserta dan masyarakat.

2. Wewenang BPJS Kesehatan:

- a. Menagih pembayaran iuran,
- b. Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan data, dan hasil yang memadai.
- c. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;
- d. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah;
- e. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;
- f. Mengenaikan sanksi administratif kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajibannya;
- g. Melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar Iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan; dan
- h. Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

2.3 Klaim BPJS

Sejak tanggal 1 Januari 2014 pemerintah secara resmi memberlakukan program jaminan kesehatan (JKN). Demikian dengan BPJS juga mulai diberlakukan untuk menyelenggarakan program tersebut. Tujuan diberlakukan program ini yaitu untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak dan

diberikan kepada setiap orang yang terdaftar dan telah membayar premi atau preminya dibayarkan oleh pemerintah. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial (BPJS Kesehatan, 2014).

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (Manaida et al., 2016). Badan Pelaksana Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan menggunakan sistem pembayaran secara prospektif. Rumah Sakit akan mengajukan klaim biaya pelayanan kesehatan kepada BPJS dengan sistem casemix *Indonesia Case Base Group* (INA-CBG's).

INA-CBG adalah pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan atau rumah sakit atas paket layanan yang didasarkan pada kelompok diagnosis penyakit. Tarif yang diberikan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan jenis pelayanan yaitu pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) dan pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) yang terdiri dari kelas perawatan kelas III, kelas II, dan kelas I. Klaim rumah sakit dilakukan secara kolektif dan ditagihkan ke BPJS setiap bulan, dengan dilengkapi dokumen verifikasi administrasi yaitu fotocopy kartu BPJS, surat rujukan, Surat Egibilitas Pasien (SEP), surat perintah rawat inap, resume yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), surat pernyataan, biaya yang harus dibayar. Hal-hal yang harus diperhatikan pada verifikasi pelayanan kesehatan yaitu verifikator wajib memastikan kesesuaian

diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD-10 dan ICD-9 CM ketentuan coding mengikuti panduan coding yang terdapat dalam juknis *INA-CBGs* (BPJS Kesehatan, 2014).

2.4 Pembiayaan Kesehatan

Dalam Permenkes No. 27 Tahun 2014, ditujukan tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi tidak memberikan *reward* terhadap *provider* yang melakukan *over treatment*, *under treatment* maupun melakukan *adverse event*, dan mendorong pelayanan tim. Subsistem pembiayaan kesehatan adalah pengelolaan berbagai upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Terdapat dua jenis sistem pembiayaan pelayanan kesehatan, yaitu dengan retrospektif dan prospektif.

Metode pembayaran retrospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Contoh pola pembayaran retrospektif adalah *Fee For Service (FFS)*. Sedangkan metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospektif adalah *global budget*, perdiem, kapitasi, dan *case based payment* (Kemenkes R.I., 2014).

2.5 INA CBG's

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016, sistem INA-CBGs terdiri dari beberapa komponen yang saling terkait satu sama lain. Komponen yang berhubungan langsung dengan output pelayanan adalah *clinical pathway*, koding, dan teknologi informasi, sedangkan secara terpisah terdapat komponen *costing* yang secara tidak langsung memengaruhi proses penyusunan tarif INA-CBG untuk setiap kelompok kasus. Dasar pengelompokan dalam INA-CBG menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur, dengan acuan ICD-10 Revisi tahun 2010 untuk diagnosis dan ICD-9-CM revisi tahun 2010 untuk tindakan/prosedur (Permenkes, 2016). Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa Aplikasi INA-CBG sehingga dihasilkan 1.075 group/kelompok kasus yang terdiri dari 786 kelompok kasus rawat inap dan 289 kelompok kasus rawat jalan. Untuk tarif INA-CBG's dikelompokkan dalam 4 jenis RS, yaitu RS kelas D, C, B, dan A yang ditentukan berdasarkan akreditasi rumah sakit (BPJS Kesehatan, 2014)

INA-CBGs merupakan sistem pembayaran dengan sistem paket yaitu berdasar pada penyakit yang diderita pasien. Sistem INA-CBGs merupakan sistem pembiayaan prospektif dan tujuan yang ingin dicapai dari penerapan sistem ini yaitu pelayanan kesehatan yang berkualitas dan *cost effective*. Sistem casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *grouper*. BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada rumah sakit secara *Indonesian Case Based Groups* (Perpres Nomor 82, 2018).

Aplikasi INA CBG's sudah terinstal di rumah sakit yang melayani peserta JKN. Aplikasi INA-CBG merupakan salah satu perangkat entri data pasien yang digunakan untuk melakukan grouping tarif berdasarkan data yang berasal dari resume medis. Proses entri aplikasi INA-CBG dilakukan oleh petugas koder atau petugas administrasi klaim di rumah sakit dengan menggunakan data dari resume medis, perlu diperhatikan juga mengenai kelengkapan data administratif untuk tujuan keabsahan klaim.