

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rekam Medis

2.1.1 Pengertian Rekam Medis

Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes, 2022). Menurut UU RI (2004) tentang praktik kedokteran dalam penjelasan pasal 46 ayat (1) dijelaskan bahwa yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

2.1.2 Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit (Depkes RI, 2006), tujuan dari rekam medis dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan adalah sebagai penunjang agar tercapainya tertib administrasi. Tertib administrasi ini merupakan faktor pendukung dalam upaya pelayanan kesehatan.

Menurut Dirjen Yanmed (2006), kegunaan rekam medis dapat ditinjau dari beberapa aspek yaitu :

1. *Administrative* (Aspek Administrasi)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi karena isinya menyangkut kegiatan yang berdasarkan wewenang dan

tanggung jawab sebagai tenaga medis demi 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 yang 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 dan 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 dan 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.

2.2 Indonesian Case Base Group (INA-CBG's)

INA-CBG's merupakan tarif paket pelayanan kesehatan yang mencakup seluruh komponen biaya rumah sakit, mulai dari pelayanan non-medis sampai dengan tindakan medis. Dalam sistem *INA-CBG's*, pasien dikelompokkan ke dalam satu episode yang dikaitkan dengan biaya pelayanan. Setiap kelompok memiliki ciri klinis yang sama, sehingga pemakaian sumber daya dan biaya yang dikeluarkan pun kurang lebih sama. Pengelompokan ini didasarkan atas data coding penyakit dan data biaya dari beberapa rumah sakit yang terpilih (BPJS, 2014).

Dasar pengelompokan dalam *INA-CBG's* menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosa akhir dan prosedur/tindakan yang menjadi output pelayanan, dengan dasar ICD-10 untuk diagnosa serta ICD-9 CM untuk prosedur/tindakan. Pengelompokan tersebut menggunakan sistem teknologi informasi berupa Aplikasi *INA-CBG's* yang menghasilkan 1.075 kelompok kasus, yang terdiri dari 786 kelompok kasus rawat inap serta 289 kelompok kasus rawat jalan (Permenkes RI No. 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's)* Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan, 2021).

Dalam menentukan kode diagnosa, seorang petugas coding wajib memperhatikan kondisi mana yang seharusnya menjadi diagnosa utama berdasarkan *Rule* MB1-MB5 pada ICD-10 vol 2. Untuk mendapatkan hasil *grouped* dan klaim yang benar diperlukan kerjasama yang baik antara dokter, koder dan verifikator BPJS Kesehatan. Apabila dokter menuliskan rekam medis dengan lengkap, hal tersebut akan sangat memudahkan koder dalam memberikan kode diagnosa dan prosedur/tindakan yang tepat, serta dapat membantu verifikator BPJS Kesehatan untuk melakukan verifikasi klaim.

2.3 Klaim

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) pengertian klaim adalah tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak (memiliki atau mempunyai) atas sesuatu.

Klaim adalah sesuatu yang mana tertanggung menyatakan kerugian dan memberikan bukti yang diperlukan, dan perusahaan asuransi menerima klaim serta memberikan manfaat untuk menggambarkan proses tersebut (Pamjaki, 2014).

Tujuan klaim menurut, Ilyas (2006) adalah untuk, membayar semua klaim yang valid, mengidentifikasi kemungkinan terjadi tindakan kecurangan, baik yang disengaja (*fraud*) maupun yang tidak disengaja (*abuse*) dalam melakukan klaim, memenuhi peraturan pemerintah, menghindari atau mencegah tuntutan hukum, mengkoordinasikan benefit, melakukan kontrol terhadap biaya klaim (*Claim Cost*).

2.4 Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan

Klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan harus dilakukan verifikasi terlebih dahulu oleh pihak verifikator BPJS Kesehatan yang tujuannya adalah untuk menguji kebenaran administrasi pertanggung jawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan. Berdasarkan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan (2018), *n.d.*, dalam hal pengajuan klaim BPJS Kesehatan, ada beberapa ketentuan yang perlu diperhatikan, yaitu:

1. Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 15 bulan berikutnya, kecuali kapitasi, tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan.
2. BPJS Kesehatan wajib membayar kepada Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan.
3. Kendali Mutu dan Biaya.
 - a. Dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya, BPJS Kesehatan membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya yang terdiri dari unsur organisasi profesi, akademisi, dan pakar klinis.
 - b. Tim kendali mutu dan kendali biaya dapat melakukan:
 - 1) Sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi.
 - 2) Utilization review dan audit medis.
 - 3) Pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan.

- c. Pada kasus tertentu, tim kendali mutu dan kendali biaya dapat meminta informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan Peserta dalam bentuk salinan/fotokopi rekam medis kepada Fasilitas Kesehatan sesuai kebutuhan.
4. Kadaluarsa Klaim
 - a. Pengajuan klaim pembiayaan pelayanan kesehatan oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan diberikan jangka waktu paling lambat 6 (enam) bulan sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan.
 - b. Klaim Perorangan Batas waktu maksimal pengajuan klaim perorangan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan, kecuali diatur secara khusus.
 5. Kelengkapan administrasi klaim umum
 - a. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
 - 1) Formulir Pengajuan Klaim (FPK) rangkap 3 (tiga)
 - 2) Softcopy data pelayanan bagi Fasilitas Kesehatan yang telah menggunakan aplikasi P-Care/aplikasi BPJS Kesehatan lain (untuk PMI/UTD) atau rekapitulasi pelayanan secara manual untuk Fasilitas Kesehatan yang belum menggunakan aplikasi P-Care.
 - 3) Kuitansi asli bermaterai cukup
 - 4) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga.

5) Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim

b. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan

- 1) Formulir Pengajuan Klaim (FPK) rangkap 3 (tiga)
- 2) Softcopy luaran aplikasi
- 3) Kuitansi asli bermaterai cukup
- 4) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga.
- 5) Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim