

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Sebagaimana tercantum dalam Pasal 1 Ayat 1 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020, “Rumah Sakit adalah lembaga pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara menyeluruh yang menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.” Rumah sakit dapat diklasifikasikan menurut pelayanan yang diberikannya, yaitu:

1. Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk segala bidang dan jenis penyakit.
2. Rumah Sakit Khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan primer pada suatu daerah atau jenis penyakit tertentu.

2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Peran rumah sakit adalah untuk meningkatkan standar kesehatan masyarakat dengan menawarkan layanan kesehatan berkualitas tinggi yang terjangkau dan tersedia bagi masyarakat. Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020, rumah sakit wajib “menyediakan pelayanan kesehatan perorangan secara lengkap” agar dapat diklasifikasikan dan mendapat izin berdasarkan pasal 4. Selain itu, rumah sakit mempunyai fungsi sebagaimana tercantum pada ayat 5 untuk melaksanakan tugasnya, termasuk:

1. Memberikan pelayanan dan pelayanan pemulihan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pelayanan rumah sakit.
2. Menjaga dan meningkatkan kesejahteraan pribadi melalui layanan kesehatan sekunder dan tersier yang ekstensif sesuai dengan kebutuhan medis.
3. Menyiapkan program pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia untuk meningkatkan kapasitas pemberian layanan kesehatan
4. Penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi di bidang industri kesehatan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Pengertian Rekam Medis

Pada pasal 1 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 menyatakan bahwa “Rekam medis adalah dokumen yang memuat data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, prosedur, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.”.

2.2.2 Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis menurut (Departemen Kesehatan RI, 2006) buku pedoman penyelenggaraan dan prosedur rekam medis rumah sakit, dapat dilihat dari beberapa aspek yaitu:

1. Administrasi ialah rekam medis berfungsi sebagai landasan pelaporan, pendokumentasian, dan penilaian layanan kesehatan. Mereka juga berfungsi sebagai saluran komunikasi bagi para profesional kesehatan saat mereka memberikan perawatan kepada pasien.

2. Hukum ialah rekam medis dapat digunakan sebagai alat bukti dalam proses hukum (Malpraktek), dan digunakan untuk melindungi hak dan kewajiban rumah sakit atau pasien.
3. Keuangan ialah rekam medis digunakan untuk melacak pengeluaran layanan kesehatan dan berfungsi sebagai dasar untuk menetapkan harga layanan yang diberikan kepada pasien.
4. Penelitian ialah rekam medis digunakan sebagai sumber data untuk penelitian kesehatan, seperti penelitian epidemiologi, dan klinik.
5. Pendidikan ialah rekam medis digunakan sebagai bahan pembelajaran bagi tenaga kesehatan, seperti dokter, perawat, dan apoteker.
6. Dokumentasi ialah rekam medis digunakan sebagai sumber informasi untuk kepentingan masa depan, seperti perencanaan pelayanan kesehatan, dan penelitian Sejarah kesehatan.
7. Medis ialah rekam medis berfungsi sebagai landasan penyelenggaraan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan pasien, meliputi diagnosa, tindakan, pengobatan, dan asuhan keperawatan. Mereka juga digunakan untuk melacak perkembangan kondisi pasien saat menerima layanan medis..

2.2.3 Mutu Rekam Medis

Berdasarkan buku pengelolaan rekam medis dan penilaian (Haqim & Monica, 2021) terhadap mutu rekam medis, rekam medis yang bermutu adalah yang dapat memenuhi kriteria sebagai berikut.: Isi rekam medis sudah lengkap. Keakuratan pencatatan rekam medis. Tiba tepat waktu. Mematuhi peraturan hukum.

2.2.4 Analisis Kuantitatif Rekam Medis

Proses evaluasi mutu dan kelengkapan rekam medis yang disimpan oleh pelayanan kesehatan dikenal dengan analisis kuantitatif. Analisis kuantitatif dapat dilakukan secara bersamaan, saat pasien masih berada di fasilitas kesehatan, atau secara retrospektif, setelah pasien meninggalkan rumah sakit dan pulang. Proses memeriksa atau menganalisis bagian tertentu dari isi rekam medis untuk mengidentifikasi kekurangan tertentu dalam pencatatan atau pelaporan rekam medis dikenal sebagai analisis kuantitatif (Wijaya & Dewi, 2017). Analisis kuantitatif rekam medis memiliki empat komponen berbeda, yaitu:

1. Evaluasi identifikasi memeriksa seberapa baik pengisian identitas pasien— termasuk tanggal lahir, jenis kelamin, dan nomor rekam medis.
2. Memeriksa kelengkapan penilaian pertama, termasuk surat kelayakan pasien, surat rencana kontrol, resume medis, temuan pendukung, dll, merupakan tinjauan laporan yang sangat penting.
3. Tinjauan otentikasi memeriksa apakah catatan otentikasi sudah lengkap, termasuk apakah ada nama dokter, stempel, tanda tangan, gelar profesi, dll.
4. Tinjauan dokumentasi memeriksa apakah rekaman ditulis dengan jelas, terbaca, ada singkatan yang digunakan, ada koreksi kesalahan penulisan, dan sebagainya.

2.3 Rekam Medis Elektronik

2.3.1 Pengertian Rekam Medis Elektronik

Rekam medis yang disimpan secara elektronik terdiri dari data pribadi, demografi, sosial, klinis, dan medis serta berbagai kejadian klinis dari berbagai sumber dari awal proses pelayanan hingga selesai. (Hendra Rohman et al., 2019). “Rekam medis elektronik adalah rekam medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang ditujukan untuk penyelenggaraan rekam medis,” bunyi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, Pasal 1 Ayat 2.

2.3.2 Tujuan Rekam Medis Elektronik

Sesuai dengan Pasal 2 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, tujuan penyelenggaraan rekam medis elektronik adalah:

1. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.
2. Memastikan pengelolaan dan pengolahan rekam medis dilakukan dengan kejelasan hukum.
3. Menjamin ketersediaan, keamanan, kerahasiaan, dan keutuhan data rekam medis.
4. Mengakui integrasi dan penyebaran catatan kesehatan elektronik.

2.3.3 Manfaat Rekam Medis Elektronik

Pemanfaatan rekam medis elektronik pada rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai beberapa keuntungan (Handiwidjojo, 2015), seperti:

1. Secara umum, penggunaan rekam medis elektronik meningkatkan kinerja manajemen dan profesionalisme. Rekam medis elektronik menyediakan dokumentasi rekam medis yang dapat diaudit dan bertanggung jawab untuk manajemen rumah sakit, sehingga meningkatkan koordinasi di antara para profesional layanan kesehatan.
2. Terdapat empat (empat) manfaat operasional rekam medis elektronik, yaitu:
 - a. Pekerjaan administratif dapat diselesaikan lebih cepat sehingga meningkatkan produktivitas.
 - b. Data yang akurat, kebutuhan yang akurat (misalnya rekam medis pasien yang lebih akurat), dan mencegah duplikasi data pasien.
 - c. Pekerjaan selesai dalam waktu lebih singkat karena peningkatan efisiensi, kecepatan, dan kebenaran data.
 - d. Pelaporan dilakukan secara sederhana dan cepat dengan menggunakan rekam medis elektronik yang memudahkan pelaporan status kesehatan pasien.
3. Penggunaan rekam medis elektronik mempunyai manfaat organisasi seperti peningkatan kerja sama antar departemen untuk administrasi data pasien yang mudah dan terpadu.

2.3.4 Kelengkapan Rekam Medis Elektronik

Kelengkapan rekam medis adalah kajian atau telaah isi rekam medis berkaitan dengan pendokumentasian, pelayanan, dan atau menilai kelengkapan rekam medis. Menurut peraturan menteri kesehatan nomor 129 tahun 2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit “Rekam medis yang lengkap

adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah pasien pelayanan rawat jalan ataupun setelah rawat inap diputuskan untuk pulang.”. Isi rekam medis elektronik dalam pelaksanaannya minimal mencakup (Kementerian Kesehatan RI, 2022), yaitu

1. Identitas pasien.
2. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang.
3. Diagnosa, pengobatan, dan rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan.
4. Nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan

2.4 Sistem Pembiayaan Kesehatan

Jumlah uang yang diperlukan untuk merencanakan dan melaksanakan berbagai upaya kesehatan yang dilakukan oleh masyarakat, keluarga, kelompok, dan komunitas dikenal sebagai biaya kesehatan. Tujuan pembiayaan layanan kesehatan bukan untuk memberi sanksi kepada dokter karena memberikan perawatan yang berlebihan atau kurang terhadap pasien atau karena hasil yang tidak diharapkan; sebaliknya, hal ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas yang lebih baik, pelayanan yang berpusat pada pasien, dan peningkatan efisiensi. (Agustinakhoeriyah et al., 2021). Sistem pendanaan terdiri dari dua (2) bagian, yaitu:

1. Sistem Pembayaran Retrospektif adalah suatu bentuk pembayaran yang dirancang untuk menutupi biaya pelayanan kesehatan yang diberikan pasien berdasarkan setiap kegiatan pelayanan; semakin banyak layanan yang diberikan, semakin banyak uang yang harus dibayarkan.

2. Sistem Pembayaran Prospektif adalah sistem pembayaran jasa kesehatan yang jumlah biayanya ditetapkan sebelum jasa diberikan. Dengan menggunakan pendekatan prospektif, macam-macam pembayaran layanan kesehatan adalah sebagai berikut:
- a. Mekanisme pembayaran yang disebut *Diagnostic Associated Group* (DRG) membebankan biaya satuan untuk setiap diagnosis, bukan biaya satuan untuk setiap pelayanan medis atau non-medis yang diberikan kepada pasien dalam upaya pengobatan penyakitnya. Pembayar, seperti lembaga asuransi/jaminan sosial atau tarif DRG, telah diputuskan oleh pemerintah sebelum tagihan rumah sakit diterbitkan, dan total biaya diagnosis telah disepakati oleh semua rumah sakit di wilayah tersebut.
 - b. Pembayaran kapitasi, yang didasarkan pada jumlah nyawa yang ditanggung, menempatkan institusi kesehatan pada posisi untuk menanggung risiko, seluruhnya atau sebagian, dan membantu mengelola biaya.
 - c. Pembayaran Per Kasus dilakukan dengan menggabungkan beberapa jenis layanan menjadi satu pembayaran. Pembayar dan rumah sakit perlu memutuskan pengelompokan ini terlebih dahulu dan mencapai kesepakatan mengenai hal itu.
 - d. Pembayaran Per Diem pembayaran yang telah diatur sebelumnya, disepakati, dan didasarkan pada biaya pengobatan per hari, tanpa memperhitungkan biaya rumah sakit. Segala hal dan total pengeluaran, seperti biaya penginapan, biaya kunjungan dan konsultasi dokter, harga

obat, tindakan medis, dan pemeriksaan penunjang lainnya, dimasukkan dalam satuan biaya harian.

2.5 Sistem Jaminan Sosial Nasional

2.5.1 Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional

Menurut UU RI nomor 40 tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional pada pasal 1 ayat (1) “jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.” dan pada pasal 1 ayat (2) “sistem jaminan sosial nasional (SJSN) adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS).”

Jaminan kesehatan nasional adalah program pemerintah yang dikembangkan diindonesia, dan merupakan bagian dari sistem jaminan sosial nasional (SJSN) yang dilaksanakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib, yang bertujuan supaya seluruh warga negara indonesia terlindungi oleh sistem asuransi sehingga dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

2.5.2 Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memiliki dua kategori peserta, yaitu penerima bantuan iuran (PBI) dan yang tidak menerima bantuan iuran (Non-PBI), yaitu:

1. Perorangan yang termasuk kategori miskin dan tidak mampu adalah peserta penerima bantuan iuran (PBI).

2. Perorangan yang mampu memberikan iuran sendiri dan tidak berhak menerima bantuan iuran (Non-PBI) adalah mereka yang tidak termasuk dalam definisi fakir miskin atau tidak mampu. Orang-orang ini meliputi:
 - a. Pekerja penerima upah dan keluarganya meliputi pejabat negara, pegawai swasta, pegawai federal yang bukan pegawai negeri, anggota angkatan bersenjata, polisi, dan pegawai negara.
 - b. Pekerja tanpa pekerjaan dan kontraktor independen merupakan pekerja bukan penerima upah dan keluarganya.
 - c. Non-pekerja dan keluarganya, yang meliputi kontributor, pemberi kerja, penerima manfaat pensiun, veteran, pionir kemerdekaan, dan investor.

2.6 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

2.6.1 Pengertian Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Menurut UU RI nomor 24 tahun 2011 tentang badan penyelenggara jaminan sosial pada pasal 1 ayat (1) “Badan penyelenggara jaminan sosial adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.” dalam pelaksanaannya BPJS terbagi menjadi 2 (dua) jenis yang dimuat dalam program jaminan kesehatan nasional (JKN), yaitu:

1. BPJS kesehatan menyediakan program jaminan sosial yang memberikan manfaat pelayanan kesehatan.
2. BPJS ketenagakerjaan menyediakan program jaminan sosial tenaga kerja yang meliputi:
 - a. Jaminan kecelakaan kerja adalah perlindungan atas risiko kecelakaan atau penyakit akibat kerja selama masa dinas.

- b. Jaminan hari tua adalah menjamin peserta supaya menerima uang tunai jika memasuki masa pensiun, mengalami cacat total tetap, atau meninggal dunia.
- c. Jaminan pensiun adalah perlindungan peserta untuk mempertahankan kehidupan yang layak ketika peserta kehilangan atau berkurang penghasilan karena telah memasuki usia pension.
- d. Jaminan kematian adalah perlindungan atas risiko kematian yang bukan akibat kerja, berupa santunan kematian.

2.6.2 Fungsi dan Tugas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Badan penyelenggara jaminan sosial memiliki fungsi dan tugas yang diatur UU RI nomor 24 tahun 2011 tentang badan penyelenggara jaminan sosial yang terdapat pada pasal 9, dan 10, yaitu:

1. Fungsi badan penyelenggara jaminan sosial adalah menyelenggarakan program jaminan kesehatan, kecelakaan kerja, jaminan kematian, jaminan pensiun, dan jaminan hari tua.
2. Tugas badan penyelenggara jaminan sosial adalah Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta, memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja, menerima bantuan iuran dari pemerintah, mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta, mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial, membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial, dan memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

2.7 Klaim Pelayanan BPJS Kesehatan

2.7.1 Pengertian Klaim BPJS Kesehatan

Klaim rumah sakit terhadap BPJS Kesehatan merupakan tuntutan pembayaran atas pelayanan yang diberikan kepada peserta oleh pegawai rumah sakit, seperti dokter, perawat, apoteker, dan tenaga medis lainnya. Klaim adalah tagihan atau tuntutan penggantian berdasarkan hasil jasa yang diberikan rumah sakit ke BPJS Kesehatan, pasien yang dirawat dirumah sakit. Gunakan resume medis dengan diagnosis sesuai ICD – 10 dan ICD – 9 CM saat mengajukan klaim BPJS kesehatan.

2.7.2. Ketentuan Umum Klaim BPJS Kesehatan

Beberapa ketentuan umum dalam panduan praktis administrasi klaim fasilitas kesehatan terhadap BPJS kesehatan, yaitu:

1. Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 dibulan berikutnya dan BPJS kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap oleh BPJS kesehatan.
2. Kelengkapan administrasi klaim umum yang diajukan kepada BPJS kesehatan secara kolektif setiap bulannya, berupa:
 - a. Rekapitulasi pelayanan,
 - b. Berkas pendukung masing-masing pasien, yang meliputi Grouper INA - CBG's, surat kelayakan peserta (SEP), surat rencana pengendalian (SRK), resume medis, hasil pendukung, dan penagihan tahihan.