

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Rumah Sakit**

Menurut Permenkes RI Nomor 340/Menkes/Per/III/2010, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah Sakit Umum adalah Rumah Sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah Sakit Khusus adalah Rumah Sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu, berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ atau jenis penyakit. Klasifikasi Rumah Sakit adalah pengelompokan kelas Rumah Sakit berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan. Fasilitas adalah segala sesuatu hal yang menyangkut sarana, prasarana maupun alat (baik alat medik maupun alat non medik) yang dibutuhkan oleh rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya bagi pasien. Sarana adalah segala sesuatu benda fisik yang dapat tervisualisasi oleh mata maupun teraba oleh panca-indra dan dengan mudah dapat dikenali oleh pasien dan (umumnya) merupakan bagian dari suatu bangunan gedung ataupun bangunan gedung itu sendiri. Prasarana adalah benda maupun jaringan / instansi yang membuat suatu sarana yang ada bisa berfungsi sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Tenaga tetap adalah tenaga yang bekerja di rumah sakit secara purna waktu dan berstatus pegawai tetap.

Menurut Permenkes RI Nomor 340 Tahun 2010, rumah sakit harus mempunyai kemampuan pelayanan sekurang-kurangnya pelayanan medik umum, gawat darurat, pelayanan keperawatan, rawat jalan, rawat inap, operasi/bedah, pelayanan medik spesialis dasar, penunjang medik, farmasi, gizi, sterilisasi, rekam medik, pelayanan administrasi dan manajemen,

penyuluhan kesehatan masyarakat, pemulasaran jenazah, laundry, dan ambulance, pemeliharaan sarana rumah sakit, serta pengolahan limbah.

## 2. Rekam medis

### a. Pengertian Rekam Medis

Menurut pasal 46 ayat (1) UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien.

Menurut Dirjen Yanmed Tahun 2006 Rekam Medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun terekam tentang identitas, anamnesa, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun gawat darurat.

Menurut Permenkes Nomor 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.

### b. Penyelenggaraan Rekam Medis

Menurut Dirjen yanmed Tahun 2006 Rekam Medis mempunyai pengertian sangat luas, tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan akan tetapi mempunyai pengertian sebagai satu sistem penyelenggaraan instalasi/ unit kegiatan. Sedangkan kegiatan pencatatannya sendiri hanya merupakan salah satu bentuk kegiatan yang tercantum didalam uraian tugas (*job description*) pada unit/instalasi rekam medis.

Penyelenggaraan Rekam Medis merupakan proses kegiatan yang dimulai pada saat diterimanya pasien dirumah sakit, diteruskan kegiatan pencatatan data medik pasien selama pasien itu mendapatkan pelayanan medik di rumah sakit, dan dilanjutkan

dengan penanganan berkas rekam medis yang meliputi penyelenggaraan penyimpanan serta pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan, peminjaman apabila dari pasien atau untuk keperluan lainnya.

Kegiatan penyelenggaraan rekam medis yang sudah menggunakan sistem komputerisasi dapat menghasilkan data-data yang bersumber pada seluruh kegiatan pelayanan kesehatan didalam suatu institusi pelayanan kesehatan. Pengolahan data dan informasi mengenai kondisi kesehatan pasien tidak hanya dapat tersimpan dalam catatan rekam medis secara fisik saja akan tetapi data informasi medis seorang pasien harus juga dapat tersimpan secara otomatis dengan menggunakan sistem komputerisasi yang handal sehingga informasi medis mengenai kondisi kesehatan pasien merupakan data dan informasi yang dapat dipertanggung jawabkan keabsahannya, keakuratannya serta *up to date*.

c. Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis

Menurut Hatta, 2013 Dengan majunya teknologi informai, kegunaan rekam kesehatan dapat dilihat dari 2 kelompok besar (Dick et al., 1997). Pertama yang paling berhubungan langsung dengan pelayanan pasien(primer). Kedua yang berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien namun tidak berhubungan langsung secara spesifik (sekunder). Tujuan Utama (primer) Rekam Kesehatan (RK) terbagi dalam 5 kepentingan yaitu pasien, pelayanan pasien, manajemen pelayanan, menunjang pelayanan dan pembiayaan.

Pada pasien, Rekam Kesehatan merupakan alat bukti utama yang mamnu membenarkan adanya pasien dengan identitas yang jelas dan telah mendapatkan berbagai pemeriksaan dan pengobatan disarana pelayanan kesehatan dengan segala hasil serta konsekuensi biayanya.

Pada pelayanan pasien, Rekam Kesehatan mendokumentasikan pelayananan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, penunjang medis

dan tenaga lain yang bekerja dalam berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian rekaman itu membantu pengambilan keputusan tentang terapi, tindakan, dan penentuan diagnosa pasien. Rekam Kesehatan juga sebagai sarana komunikasi antar tenaga lain yang sama-sama terlibat dalam menangani dan merawat pasien. Rekaman yang rinci dan bermanfaat menjadi alat penting dalam menilai dan mengelola resiko manajemen. Selain itu rekam kesehatan setiap pasien juga berfungsi sebagai tanda bukti sah yang dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Oleh karena itu rekam medis yang lengkap harus setiap saat tersedia dan berisi data/informasi tentang pemberian pelayanan kesehatan secara jelas

Untuk Manajemen Pelayanan, Rekam Kesehatan yang lengkap memuat segala aktivitas yang terjadi dalam manajemen pelayanan sehingga digunakan dalam menganalisis berbagai penyakit, menyusun pedoman praktik, serta untuk mengevaluasi mutu pelayanan yang diberikan.

Untuk menunjang pelayanan, Rekam Kesehatan yang rinci akan mampu menjelaskan aktivitas yang berkaitan dengan penanganan sumber-sumber yang ada pada organisasi pelayanan di RS, menganalisis kecenderungan yang terjadi dan mengkomunikasikan informasi diantara klinik yang berbeda.

Dan yang terakhir untuk pembiayaan, Rekam Kesehatan yang akurat mencatat segala pemberian kesehatan yang diterima pasien. Informasi ini menentukan besarnya pembayaran yang harus dibayar, baik secara tunai atau melalui asuransi.

Sedangkan tujuan sekunder Rekam Kesehatan ditunjukkan kepada hal yang berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien yaitu kepentingan edukasi, riset, peraturan dan pembuatan kebijakan. Adapun yang dikelompokkan dalam kegunaan sekunder adalah kegiatan yang tidak berhubungan secara spesifik antara pasien dan tenaga kesehatan.

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek yaitu aspek administrasi, aspek medik, aspek hukum, aspek keuangan, aspek penelitian, aspek pendidikan dan aspek dokumentasi.

Yang dimaksud kegunaan rekam medis pada aspek administrasi adalah suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai pelayanan kesehatan.

Pada aspek medik, suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medik karena isi catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/ perawatan yang harus diberikan kepada pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen resiko klinis serta keamanan/keselamatan pasien dan kendali biaya.

Untuk aspek hukum, suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum karena isinya menyangkut adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

Lalu untuk aspek keuangan, suatu berkas rekam medis mempunyai nilai keuangan, karena isinya mengandung data/informasi yang dapat digunakan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran penyelenggaraan di rumah sakit, tanpa adanya bukti catatan tindakan penyelenggaraan maka pembayaran di rumah sakit tidak dapat dipertanggungjawabkan.

Untuk aspek penelitian, suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian karena isinya mengandung data/ informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

Sedangkan pada aspek pendidikan, suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan karena isinya menyangkut data/informasi tentang pengembangan kronologis dari kegiatan

penyelenggaraan medis yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran di bidang profesi pendidikan kesehatan.

Dan untuk aspek dokumentasi, suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi karena isinya menjadi sumber ingatan yang didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

Unit rekam medis mempunyai tanggung jawab atas kelengkapan data identifikasi setiap pasien, maka dalam mengumpulkan data identitas pasien harus diperoleh data yang lengkap sehingga dalam proses pelayanan kesehatan selanjutnya akan berjalan dengan baik.

Masalah masalah yang timbul akibat dari kesalahan identifikasi dapat menyebabkan kerugian untuk fasilitas pelayanan kesehatan itu sendiri. Hal ini dikarenakan terjadinya pemborosan waktu, tenaga, materi ataupun pekerja yang tidak efisien dan lebih jauh akan merugikan pasien itu sendiri, misalnya kesalahan pemberian obat atau tindakan dsb.

Sebaiknya identifikasi pasien dilakukan sebelum pasien diperiksa/ dirawat. Oleh karena itu, keterangan-keterangan dapat diminta langsung kepada pasien sendiri, tetapi bila tidak mungkin dapat dimintakan keterangan kepada *family* atau teman terdekat yang ada pada saat dilakukan registrasi. Pengumpulan data identifikasi sebaiknya dilakukan dengan cara wawancara dan pengisian formulir akan lebih baik bila didukung dengan keterangan-keterangan lain yang bersifat legal. Misalnya KTP, *Passport*, SIM, Kartu Mahasiswa dsb.

Menurut Budi (2011), Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan identifikasi yaitu petugas harus tenang, ramah, sopan dalam melayani pasien. Hal hal yang ditanyakan, perlu diingat bahwa orang yang datang di fasilitas pelayanan kesehatan adalah orang yang dalam kesusahan, sehingga kemungkinan emosinya tidak terkontrol dan kesan pertama pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan

terletak di tempat penerimaan pasien (*Admission Office*), petugas harus teliti dalam mencatat atau entry data identitas pasien, harus ada petunjuk tertulis *Standart Operational Prosedure (SOP)* atau Prosedur tetap (Protap) tentang tatacara pencatatan atau penulisan yang harus diikuti oleh semua petugas, seperti cara penulisan nama, gelar dsb

Menurut Budi (2011), Data Identitas pasien meliputi nomor rekam medis, nama pasien, alamat, tempat dan tanggal lahir, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, pendidikan, pekerjaan, ktp, suku bangsa, nama keluarga terdekat/ nama penanggung jawab pasien, penanggung jawab biaya perawatan.

Nomor rekam medis diisi berdasarkan urutan nomor rekam medis yang sudah disiapkan, sesuai dengan aturan dari masing masing instansi pelayanan kesehatan. Apabila instansi tersebut menerapkan sistem penomoran yang otomatis dari aplikasi yang dipergunakan dalam registrasi pasien, maka secara otomatis pasien baru akan mendapatkan satu nomor rekam medis sesuai dengan urutannya. Nomor rekam medis diisikan pada sampul berkas rekam medis dan identitas disetiap lembar rekam medis. Untuk penulisan nomor rekam medis pada sampul berkas rekam medis, dibebarepa fasilitas pelayanan kesehatan ada yang memanfaatkan kode warna pada dua digit angka terakhir nomor rekam medis. Kode warna ini digunakan untuk mengurangi kesalahan dalam melakukan penyimpanan berkas rekam medis, selain itu dapat memudahkan dalam pencarian berkas rekam medis.

Penulisan nama pasien pada berkas rekam medis apabila data dikumpulkan dengan metode wawancara maka untuk penyebutan nama sebaiknya dengan dieja. Ini dilakukan untuk menghindari kesalahan dalam penulisan nama. Nama pasien yang dituliskan juga harus lengkap (bukan nama panggilan). Untuk indonesia tidak ada penggunaan nama keluarga, sehingga nama pasien adalah nama pasien

sendiri, tanpa dituliskan nama bapak atau suaminya. Sedangkan penyebutan gelar ditulis dibelakang nama.

Misalnya : Gunarto, Drs.

Gunarsih, dr.Bp.

Sulastri, Ny.

Maulana, Sdr.

Kurniwan, An.

Fatimah, By Ny.

Penulisan nama sebaiknya menggunakan huruf cetak atau capital, hal ini digunakan untuk menghindari salah baca dan untuk kejelasan penulisan nama pasien. Penulisan sebaiknya menggunakan ejaan yang ddisempurnakan (sesuai EYD di Indonesia). Dengan demikian diharapkan berkas rekam medis akan mudah terbaca sehingga secara tidak langsung juga akan mempermudah pencarian berkas rekam medis.

Penulisan alamat sebaiknya ditulis alamat tinggal sekarang (sesuai KTP), dengan mencatat nama jalan, nomor rumah, RT/RW, Kelurahan, Kecamatan, Kabupaten atau Kota Madya dan Kode Pos. Untuk tempat dan tanggal lahir dicatat selengkap mungkin.

Umur diisi sesuai isian/ kolom yang disediakan, misal jika umur massi dalam hari maka penulisan diletakkan pada kolom hari, jika umurnya bulan maka penulisan kolom dalam kolom bulan dst. Jenis Kelamin diisi dengan jelas dan tidak menggunakan singkatan yang dapat mengakibatkan terjadinya kesalahan. Untuk status perkawinan dapat dituliskan kawin, belum/ tidak kawin, duda, janda ; dsb. Pengisian kolom agama terdapat pilihan Islam, Protestan, Katholik, Hindu, Budha, dan Lainnya (...). Sama halnya dengan kolom pendidikan juga terdapat pilihan belum/tidak tamat sd, tamat sd, tamat sltp, tamat slta, tamat akademi dan tamat universitas/pt

Pekerjaan dituliskan pekerjaan pasien dan alamat pekerjaan lengkap dengan nomor telepon. Nomor KTP harus ditulis tangan

dengan lengkap dan jelas. Suku Bangsa ditulis sesuai dengan sukunya. Nama keluarga terdekat/ nama penanggung jawab pasien ditulis nama dan alamat dengan lengkap serta tulis hubungan keluarga dengan pasien (anak, istri, adik, dsb). Penanggung jawab biaya perawatan ditulis nama dan alamat jika perorangan tulis hubungan keluarga, jika instansi tulis instansi dan alamatnya. (Budi, 2011)

### 3. Buku Pedoman

Menurut KARS (2012) Pedoman adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk menentukan atau melaksanakan kegiatan. Sedangkan panduan adalah merupakan petunjuk dalam melakukan kegiatan. Dengan demikian, dapat diartikan bahwa pedoman mengatur beberapa hal, sedangkan panduan hanya meliputi 1 (satu) kegiatan. Agar pedoman/panduan dapat diimplementasikan dengan baik dan benar, diperlukan pengaturan melalui SPO.

Pada pembuatan buku, harus memperhatikan beberapa aspek. Menurut Taranokanai (2012), beberapa aspek yang harus diperhatikan antara lain :

#### a. *Layout* (Tata Letak)

Dalam pembuatan buku, dikenal yang namanya *layout*/tata letak. Maksudnya ialah suatu usaha/perbuatan dalam menata dan memadukan unsur-unsur komunikasi grafis seperti gambar/ilustrasi, teks, grafik, tabel, caption, angka halaman, dan elemen lainnya menjadi suatu media komunikasi visual yang komunikatif dan estetik.

Membuat *layout* adalah proses merangkaikan unsur-unsur tertentu menjadi suatu susunan yang menyenangkan. Sesuai dengan unsurnya, *layout* haruslah dirancang dengan cermat. Langkah-langkah yang harus ditempuh adalah berupa penyajian secara visual melalui proses pemikiran yang menghasilkan keputusan-keputusan tentang:

- i. Gagasan-gagasan, yang kemudian dinyatakan dengan kata-kata.
- ii. Unsur-unsur yang akan dipakai.
- iii. Pentingnya hubungan antara gagasan dan unsur secara relatif.
- iv. Urutan penyajian.

Keputusan tersebut dipengaruhi oleh jenis produk yang dipromosikan, jenis konsumen serta tingkatan perhatian konsumen terhadap produknya. Hal ini akan mempengaruhi komposisi/susunan layout.

Dalam proses pembuatan *layout*, harus memperhatikan 6 faktor dasar-dasar pokok sebagai berikut:

#### 1) Proporsi/Perbandingan

Proporsi menunjukkan hubungan antara suatu unsur dengan lainnya atau dengan layout keseluruhannya dalam hal ukuran atau - bidang. Serta, antara dimensi layout dengan dimensi bagian-bagiannya.

#### 2) Keseimbangan

Keseimbangan akan terjadi bila unsur-unsur ditempatkan/disusun - dengan serasi sehingga bobot unsur-unsur tersebut memberi kesan - mantap dan tepat. Bobot itu dipengaruhi oleh ukuran, bentuk, warna serta kecerahan atau kegelapan. Di dalam tampilan *layout* kita mengenal pusat optik, tempat dalam suatu ruang yang bagi mata - merupakan pusatnya. Letak pusat optik berada sedikit di atas pusat matematika (kira-kira  $1/20$  x tinggi).

#### 3) Kontras

Kontras digunakan untuk menyatakan sesuatu yang ingin ditonjolkan. Kontras dapat dicapai dengan misalnya, mengganti ukuran, bentuk nada, dan arah.

4) Irama

Irama dapat dicapai dengan cara, pengulangan secara teratur beberapa pola dalam rancangan seperti halnya dengan bentuk, nada atau warna. Variasi bentuk yang tidak terlalu besar sehingga pembaca segera dapat mengenali kesamaanya. Agar *layout* dapat berhasil baik irama harus merupakan gerak yang mengarah dari suatu unsur ke unsur lain sesuai kepentingannya.

5) Kesatuan

Unsur-unsur yang membentuk suatu tampilan, harus ada hubungannya satu sama lain dalam ruang, sehingga memberi kesan menjadi satu. Kesatuan merupakan pengelompokan bentuk atau warna.

6) Harmoni/keselarasan

Ketika menyusun unsur-unsur pesan tercetak perlu memperhatikan persyaratan penting yaitu layout harus menggambarkan sesuatu yang kuat, dipandang dari segi visual dan komposisi keseluruhannya harus menghasilkan efek kesatuan.

b. Perwajahan Buku

1) Unsur-unsur perwajahan (3F) :

- a) Fungsi, kegunaan barang cetakan yang direncanakan.
- b) Format, menentukan ukuran produk cetakan sehingga rancangan yang dibuat bisa dilaksanakan secara efektif.
- c) Frame, batas ruang putih pada lembar halaman produk cetakan.

2) Perwajahan awal, terdiri dari:

- a) judul Perancis
- b) judul utama

- c) copyright dan perijinan
  - d) persembahan/dedikasi
  - e) kata pengantar/sambutan ucapan terimakasih
  - f) daftar isi
  - g) daftar ilustrasi
- 3) Perwajahan Teks/isi
- a) judul bagian
  - b) judul bab
  - c) judul sub bab
  - d) judul pasal
  - e) ringkasan
  - f) ilustrasi dan caption
  - g) catatan
- 4) Perwajahan akhir, terdiri dari:
- a) lampiran (appendix)
  - b) daftar kata (index)
  - c) daftar istilah (glossary)
  - d) kolofon
  - e) sinopsis

c. Tipografi

Huruf adalah unsur utama dalam tipografi, merupakan sarana untuk membentuk kata-kata yang mengandung arti. Huruf sebagai unsur tata letak disamping ilustrasi dapat berdiri sendiri serta mampu untuk menyampaikan pesan lengkap secara efektif tanpa alat bantu. Huruf diklasifikasikan menjadi empat golongan yaitu kelompok huruf, keluarga huruf, variasi huruf, dan aplikasi huruf.

1) Kelompok Huruf

- a) jenis pokok huruf Roman (serif)
- b) jenis pokok huruf tanpa kait (sans serif)
- c) jenis pokok huruf Bodoni (kait tipis)

d) jenis pokok huruf Egyptienne (kait balok)

e) jenis pokok huruf Fantasi (hias)

## 2) Keluarga Huruf

Suatu kelompok gambar huruf yang perancangannya berkaitan erat yang apabila disusun tampak harmonis satu dengan yang lainnya, misalnya: kelompok Garamond, Baskerville atau Chentelham.

## 3) Variasi Huruf

a) Capital

b) ondercase

c) italic

d) bold

e) condensed

f) extended

g) Open

## 4) Aplikasi Huruf

Beberapa kategori penggunaan jenis huruf dan korp huruf pada buku cetakan sesuai jenjang pendidikan:

a) kelas 1 SD menggunakan korp huruf 16 pt - 24 pt (sans serif)

b) kelas 2 SD menggunakan korp huruf 14 pt - 16 pt (sans serif)

c) kelas 3 SD menggunakan korp huruf 12 pt - 14 pt (sans serif + serif)

d) kelas 4 s/d 6 SD menggunakan korp huruf 11 pt - 12 pt (sans serif + serif)

e) SLTP menggunakan korp huruf 10 pt - 11 pt (serif)

f) SLTA menggunakan korp huruf 11 pt - 9 pt (serif)

## d. Pemilihan huruf untuk Teks Buku

1) Jenis Futura, Gilans, Univers, Times Roman, Palatino, English Time dan sejenisnya.

- 2) Maksimun dua jenis huruf yang dipakai (jenis huruf yang memiliki variasi lengkap: Light, Roman, Bold, Italic).

e. Keterbacaan

- 1) Hindarkan potongan kata terakhir ( 1 baris ) dari alinea sebelumnya, biasa disebut anak haram/janda (widow).
- 2) Hindarkan bentuk susunan teks rata kanan.
- 3) Hindarkan jumlah huruf lebih dari 60 karakter dam 1 baris.
- 4) Hindarkan penggunaan jenis kertas yang terlalu tipis/tembus cetak.
- 5) Hindarkan warna kertas terlalu putih/silau

f. ISSN

Kepanjangan dari International Standart Serial Number, deretan angka unik yang terdiri dari 8-12 digit sebagai identitas suatu terbitan tercetak. ISSN diberikan oleh ISDS (International Serial Data System) yang berkedudukan di Paris.

g. Perhitungan Jumlah Halaman

Beberapa faktor yang menentukan jumlah halaman antara lain :

- 1) Ukuran kertas naskah
- 2) Spasi baris ketikan
- 3) Ukuran huruf
- 4) Pola ketikan
- 5) Pola layout yang akan diterbitkan
- 6) Ukuran font yang akan digunakan
- 7) Leading (interline)/jarak antara baris teks
- 8) Banyak tidaknya ilustrasi
- 9) Ukuran dan format halaman serta luas bidang cetak :
  - a) Posisi halaman ganjil selalu berada disisi kanan
  - b) Pada urutan halaman romawi, apabila halaman terakhir romawi itu ganjil, maka disediakan blank page agar halaman 1 tetap dimulai dari sisi kanan. Namun apabila

romawi terakhir jatuh pada halaman genap, maka bisa lanjut ke halaman 1 tanpa blank page.

Menurut Ahmad Faizin Karimi (2012), dalam menentukan ukuran halaman, yang penting adalah prinsip proporsionalitas. Artinya perbandingan panjang dan lebar seimbang (kecuali untuk tujuan tertentu kita bisa menggunakan ukuran yang tidak umum). Prinsip kedua adalah kemudahan, bagaimana agar buku itu mudah dibawa. Ketiga, hubungannya dengan tebal buku/panjang naskah. Jika naskah kita tebal, mungkin ukuran halaman bisa menggunakan format standar. Tapi jika naskah kita terlalu tipis, kita bisa pilih ukuran buku yang lebih kecil agar tebal buku masih memadai untuk kebutuhan penjilidan (binding). Berikut adalah beberapa ukuran standar buku:

- 1) Ukuran besar : 20 cm x 28 cm, 21,5 cm x 15,5 cm
- 2) Ukuran standar : 16 cm x 23 cm, 11,5 cm x 17,5 cm
- 3) Ukuran kecil : 14 cm x 21 cm, 10 cm x 16 cm
- 4) Buku saku : 10 cm x 18 cm, 13,5 cm x 7,5 cm

#### 4. Sosialisasi dan Implementasi

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, Sosialisasi adalah proses belajar seorang anggota masyarakat untuk mengenal dan menghayati kebudayaan masyarakat dalam lingkungannya.

Menurut J. Piaget dalam Farida Hanum (2011: 54), Proses penyesuaian diri ada dua pola, yaitu Individu mengubah diri untuk menyesuaikan dengan lingkungan yang disebut akomodasi dan individu mengubah lingkungan untuk disesuaikan dengan dirinya yang disebut asimilasi.

Menurut Nurdin Usman (2002:70) Implementasi bermuara pada aktivitas, aksi, tindakan atau adanya mekanisme suatu sistem. Implementasi bukan sekedar aktivitas, tetapi suatu kegiatan yang terencana dan untuk mencapai tujuan.

## 5. Rawat Inap

Menurut Kepmenkes RI Nomor 560/Menkes/SK/IV/2003 Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau upaya pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di rumah sakit.

Menurut Ryan Thamrin (2016), Tujuan Rawat Inap yaitu untuk memudahkan pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif, untuk memudahkan menegakkan diagnosis pasien dan perencanaan terapi yang tepat, untuk memudahkan pengobatan dan terapi yang akan dan harus didapatkan pasien, untuk mempercepat tindakan kesehatan, memudahkan pasien untuk mendapatkan berbagai jenis pemeriksaan penunjang yang diperlukan, untuk mempercepat penyembuhan penyakit pasien, serta untuk memenuhi kebutuhan pasien sehari-hari yang berhubungan dengan penyembuhan penyakit termasuk pemenuhan gizi dll.

## 6. Sistem Klaim INA-CBGs

Menurut Nasional Casemix Center (NCC) Kementerian Kesehatan RI Bambang Wibowo, INA-CBGs adalah sistem pengelompokan penyakit didasarkan pada ciri klinis yang sama dan juga sumber daya yang digunakan dalam pengobatan. Pengelompokan ini dimaksudkan agar pembiayaan kesehatan saat penyenggaraan jaminan kesehatan sebagai pola pembayaran yang bersifat prospektif. INA-CBG merupakan sistem pembayaran dengan sistem "paket", berdasarkan penyakit yang diderita pasien. Rumah Sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif INA-CBGs yang merupakan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh untuk suatu kelompok diagnosis. Tarif yang dimaksudkan berbentuk paket yang mencakup seluruh komponen biaya RS. Berbasis pada data *costing* dan *coding* penyakit mengacu *International Classification of Diseases* (ICD) yang disusun WHO. Menggunakan ICD 10 untuk mendiagnosis 14.500 kode dan ICD 9 Clinical Modifications yang mencakup 7.500 kode.

Menurut PMK No.27 Tentang Juknis Sistem INA-CBGs, Dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diatur pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan adalah dengan INA-CBGs sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013. Untuk tarif yang berlaku pada 1 Januari 2014, telah dilakukan penyesuaian dari tarif INA-CBG Jamkesmas dan telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Tarif INA-CBGs yang digunakan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) per 1 Januari 2014 diberlakukan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan, dengan beberapa prinsip sebagai berikut. Yang pertama adalah pengelompokan Tarif 7 kluster rumah sakit, yaitu Tarif Rumah Sakit Kelas A, Tarif Rumah Sakit Kelas B, Tarif Rumah Sakit Kelas B Pendidikan, Tarif Rumah Sakit Kelas C, Tarif Rumah Sakit Kelas D, Tarif Rumah Sakit Khusus Rujukan Nasional dan Tarif Rumah Sakit Umum Rujukan Nasional. Pengelompokan tarif berdasarkan penyesuaian setelah melihat besaran Hospital Base Rate (HBR) sakit yang didapatkan dari perhitungan total biaya pengeluaran rumah sakit. Apabila dalam satu kelompok terdapat lebih dari satu rumah sakit, maka digunakan Mean Base Rate.

Selanjutnya regionalisasi, tarif terbagi atas 5 Regional yang didasarkan pada Indeks Harga Konsumen (IHK) dan telah disepakati bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan. Lalu terdapat pembayaran tambahan (Top Up) dalam sistem INA-CBGs versi 4.0 untuk kasus – kasus tertentu yang masuk dalam special casemix main group (CMG) ,meliputi Special Prosedure, Special Drugs, Special Investigation, Special Prosthesis serta Special Groups Subacute dan Kronis. Top up pada special CMG tidak diberikan

untuk seluruh kasus atau kondisi, tetapi hanya diberikan pada kasus dan kondisi tertentu. Khususnya pada beberapa kasus atau kondisi dimana rasio antara tarif INA-CBGs yang sudah dibuat berbeda cukup besar dengan tarif RS. Penjelasan lebih rinci tentang Top Up dapat dilihat pada poin D. Tidak ada perbedaan tarif antara rumah sakit umum dan khusus, disesuaikan dengan penetapan kelas yang dimiliki untuk semua pelayanan di rumah sakit berdasarkan surat keputusan penetapan kelas yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI. Tarif INA-CBGs merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non-medis. Untuk Rumah Sakit yang belum memiliki penetapan kelas, maka tarif INA-CBGs yang digunakan setara dengan Tarif Rumah Sakit Kelas D sesuai regionalisasi masing-masing. Penghitungan tarif INA CBGs berbasis pada data costing dan data koding rumah sakit. Data costing didapatkan dari rumah sakit terpilih (rumah sakit sampel) representasi dari kelas rumah sakit, jenis rumah sakit maupun kepemilikan rumah sakit (rumah sakit swasta dan pemerintah), meliputi seluruh data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit, tidak termasuk obat yang sumber pembiayaannya dari program pemerintah (HIV, TB, dan lainnya). Data koding diperoleh dari data koding rumah sakit PPK Jamkesmas. Untuk penyusunan tarif JKN digunakan data costing 137 rumah sakit pemerintah dan swasta serta 6 juta data koding (kasus).

Berdasarkan penelitian Peran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan Implikasinya Terhadap Ketahanan Masyarakat (Studi di RSUD Hasanuddin Damrah Manna, Kabupaten Bengkulu Selatan, Provinsi Bengkulu) pada jurnal Ketahanan Sosial, Dalam mekanisme pencairan klaim oleh pihak BPJS pelaksanaan jaminan kesehatan, klaim pembayaran tidak dibayarkan oleh pemerintah, tetapi diserahkan pada pihak BPJS Kesehatan. Dokumen klaim akan diverifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan. Apabila pihak verifikator BPJS Kesehatan menyetujui maka klaim akan diganti oleh pihak BPJS

Kesehatan, jika tidak disetujui maka klaim akan dikembalikan ke pihak rumah sakit (Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, 2014). Pencairan dana yang diteruskan ke rumah sakit yang bersangkutan dan bukan ke rekening dari pasien atau peserta dari asuransi BPJS. Walaupun begitu, nantinya pasien atau peserta dari BPJS Kesehatan ini akan bisa mendapatkan dana untuk penggantian biaya dari rumah sakit tersebut. Untuk bisa mengajukan klaim pada asuransi BPJS Kesehatan, maka pasien akan diminta untuk melengkapi beberapa dokumen seperti foto kopi dari kartu keluarga, foto kopi dari KTP, foto kopi dari kartu peserta yang menunjukkan keanggotaan pada asuransi BPJS Kesehatan, kuitansi yang terkait dari rumah sakit selama perawatan medis, rekam medis serta surat mengenai keterangan lahir apabila kasusnya adalah kasus melahirkan.

Menurut Permenkes No. 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional, klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan yang tujuannya untuk menguji kebenaran administrasi pertanggung jawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan agar dapat menjaga mutu layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan. Alur verifikasi dimulai dengan fasilitas kesehatan menyiapkan berkas klaim, kemudian verifikator BPJS Kesehatan melakukan verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan dengan menggunakan *software* verifikasi. Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD-10 dan ICD-9-CM (dengan melihat buku ICD-10 dan ICD-9-CM atau softcopy-nya). Setelah itu BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang memang layak, namun untuk berkas yang tidak layak atau pending, harus dikembalikan ke rumah sakit untuk melalui tahap konfirmasi apakah berkas tersebut dapat diklaimkan atau tidak.

Menurut Ardhitya, T (2015) dalam Jurnal Penelitian Faktor-Faktor Yang Melatar Belakang Penolakan Klaim BPJS oleh Verifikator BPJS di RSJD DR. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah, Proses verifikasi yang dilakukan oleh petugas verifikasi dari BPJS sebelum dilakukan rekapitulasi pengajuan klaim yang akan ditanda tangani oleh Direktur Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

- a. Petugas verifikasi melakukan pengecekan terhadap kebenaran dokumen pasien peserta BPJS.
- b. Terdapat surat rujukan dan SEP yang dicetak dari rumah sak.
- c. Kemudian petugas verifikasi memastikan dikeluarkannya data entry rekapitulasi pengajuan klaim oleh petugas dengan data pengajuan Klaim.
- d. Petugas verifikasi melakukan pengecekan terhadap kebenaran penulisan prosedur, diagnosa dan kode ICDnya.
- e. Setelah semua data- data yang diperlukan sudah lengkap atau sudah sesuai, petugas mengajukan rekapitulasi pengajuan klaim yang sudah di tanda tangani oleh Direktur Rumah Sakit ke petugas BPJS Kesehatan.
- f. Mengirim laporan rekapitulasi dan realisasi pembayaran klaim BPJS ke Rumah Sakit.

Sebelum dilakukan pengecekan terhadap kelayakan berkas persyaratan oleh petugas verifikator BPJS, petugas menyiapkan dokumen klaim yang telah dilakukan grouper sesuai paket INACBG's oleh petugas Klaim. Proses administrasi klaim BPJS antara lain :

- a. Petugas klaim menyiapkan dokumen klaim berupa hasil pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien sesuai tarif rumah sakit kepada verifikator BPJS.
- b. Petugas verifikasi BPJS melakukan pengecekan terhadap kelayakan dokumen klaim meliputi layak kepesertaan, layak medik dan layak bayar.

- c. Dokumen yang sudah di cek oleh petugas verifikasi untuk layak diklaimkan akan direkap dari semua data pasien satu bulan.
- d. Sedangkan data yang belum layak untuk diklaimkan di kembalikan untuk di lengkapi terlebih dahulu.
- e. Rumah Sakit mengajukan klaim ke BPJS yang sudah lengkap dengan tanda tangan Direktur Rumah Sakit bersama dengan koordinator verifikasi disertai catatan jika ada ketidaksesuaian dengan ketentuan.
- f. Verifikator BPJS melakukan verifikasi atas klaim yang diajukan rumah sakit untuk mendapatkan pencairan dana.

Penyebab Terjadinya Keterlambatan Klaim BPJS yaitu petugas mengumpulkan data yang akan diserahkan ke petugas verifikasi BPJS lalu verifikator akan memverifikasi data tersebut dan didalam proses verifikasi akan diperiksa kelengkapan data. Data yang lengkap akan direkap untuk proses pengajuan klaim ke BPJS, data yang tidak lengkap akan dimintakan kelengkapan kepada pihak rumah sakit. Data yang tidak lengkap biasanya disebabkan oleh tidak adanya surat rujukan, pasien tidak menyerahkan fotocopy kartu keluarga dan diagnosa ketergantungan zat.

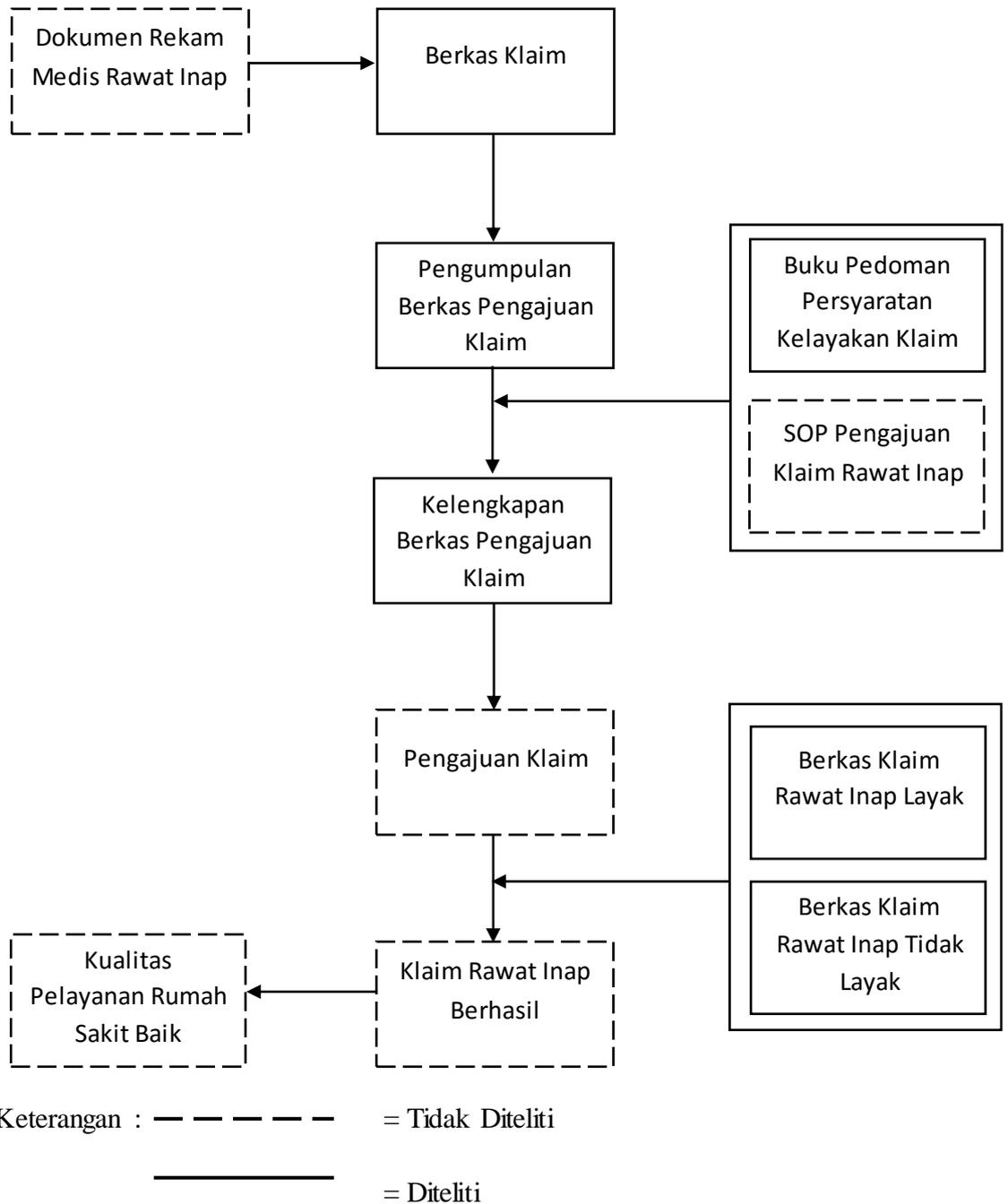
#### 7. Persyaratan Klaim INA-CBGs Rawat Inap

Menurut Petunjuk Teknis, Pedoman Pelaksanaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan diajukan kepada kantor cabang/kantor operasional kabupaten/kota BPJS kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum antara lain sebagai berikut:

- a. Rekapitulasi pelayanan
- b. Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari:
  - 1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
  - 2) Surat perintah rawat inap
  - 3) Resume medis yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)

- 4) Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP (bila diperlukan), misal:
- a) Laporan operasi
  - b) Protocol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat) pemberian obat khusus
  - c) Perincian tagihan rumah sakit
  - d) Karakterist (manual atau automatic billing) Berkas pendukung lain yang diperlukan.

**B. Kerangka Konsep**



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep

Pada Kerangka konsep diatas dijelaskan bahwa penelitian dilakukan dengan melihat pengaruh penggunaan buku pedoman klaim INA-CBGs terhadap kelengkapan pengumpulan berkas pengajuan klaim INA-CBGs. Faktor lain yang

tidak diteliti dalam penelitian ini adalah Dokumen Rekam Medis Rawat Inap dan SOP pengajuan Klaim Rawat Inap.

### **C. Hipotesis**

Hipotesis dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

H0 = Tidak ada perbedaan kelengkapan berkas klaim rawat inap di Rumah Sakit Karsa Husada Kota Batu sesudah penggunaan buku pedoman persyaratan kelayakan klaim INA-CBGs rawat inap.

H1 = Ada perbedaan kelengkapan berkas klaim rawat inap di Rumah Sakit Karsa Husada Kota Batu sesudah penggunaan buku pedoman persyaratan kelayakan klaim INA-CBGs rawat inap.