

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1. Rawat Inap

Rawat Inap adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien yang memerlukan perawatan medis di rumah sakit. Pelayanan ini meliputi observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medik, dan berbagai pelayanan penunjang medis lainnya. Fungsi utama dari ruang rawat inap adalah untuk memberikan perawatan medis yang diperlukan kepada pasien. Ini bisa mencakup pemantauan kondisi pasien, diagnosa lebih lanjut, pengobatan, pemulihan, dan layanan medis lainnya. beberapa rumah sakit menyediakan kategori kelas untuk ruangan rawat inap. Kelas ini dapat bervariasi dari kelas biasa hingga kelas eksklusif. Semakin tinggi kelasnya, semakin tinggi fasilitas dan pelayanan yang diberikan kepada pasien. Kelas-kelas ini mungkin menawarkan fasilitas yang lebih nyaman, perawatan yang lebih pribadi, dan mungkin juga perbedaan dalam biaya perawatan.

2.1.2 Rekam Medis

2.1.2.1 Definisi 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 Huffman EK, 1992 Rekam Medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana, pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan yang memuat pengetahuan mengenai pasien dan pelayanan yang diperolehnya serta memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, membenarkan diagnosis dan pengobatan serta merekam hasilnya.

Rekam medis memiliki peran penting dalam proses pembiayaan pelayanan kesehatan. Mereka menyediakan dasar informasi yang penting untuk menentukan biaya pelayanan kesehatan, memverifikasi klaim asuransi kesehatan, dan memastikan integritas dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien.

2.1.2.2 Tujuan Rekam Medis

Rekam medis memiliki beberapa tujuan utama dalam pelaksanaannya di rumah sakit:

1. **Menciptakan Tertib Administrasi:** Rekam medis digunakan untuk menciptakan tata 6 etika yang teratur dalam penyimpanan dan pengelolaan informasi kesehatan pasien. Hal ini membantu rumah sakit dalam menjalankan administrasi yang efisien dan efektif.
2. **Peningkatan Pelayanan Kesehatan:** Tujuan utama rekam medis adalah meningkatkan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Dengan memiliki catatan yang akurat dan lengkap mengenai kondisi kesehatan pasien, rumah sakit dapat memberikan perawatan yang lebih baik dan sesuai dengan kebutuhan pasien.
3. **Dukungan Sistem Pengelolaan Rekam Medis:** Rekam medis harus didukung oleh sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar. Sistem ini mencakup prosedur, kebijakan, dan perangkat lunak yang diperlukan untuk mengumpulkan, menyimpan, mengamankan, dan mengakses informasi rekam medis dengan tepat.
4. **Menyediakan Informasi Lengkap dan Cermat:** Rekam medis harus menyediakan informasi yang lengkap dan cermat tentang kondisi kesehatan pasien, termasuk etika penyakit masa lalu dan

kondisi saat ini. Informasi ini sangat penting untuk diagnosis, pengobatan, dan perawatan pasien.

5. Ketersediaan Informasi dalam Waktu Tertentu: Rekam medis harus siap diberikan dalam waktu yang sesuai etika diperlukan dalam pelayanan kesehatan. Hal ini memungkinkan tenaga medis untuk mengakses informasi pasien dengan cepat, yang dapat sangat penting dalam situasi darurat atau perawatan yang memerlukan tindakan segera.

Secara keseluruhan, rekam medis merupakan alat penting dalam perawatan kesehatan pasien dan administrasi rumah sakit. Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa informasi kesehatan pasien tersedia, akurat, dan digunakan dengan baik untuk memberikan perawatan yang berkualitas.(Amran, Apriyani dan Dewi, 2022)

2.1.3 Perkam Medis

Perekam medis adalah individu yang bekerja di lembaga kesehatan dan memiliki tanggung jawab dalam mengelola berkas dan data pasien. Tugas utama perekam medis adalah mencatat, menyimpan, dan mengatur informasi kesehatan pasien secara akurat dan aman sesuai dengan standar yang berlaku. Perekam medis juga memiliki peran penting dalam menjaga kerahasiaan informasi kesehatan pasien dan memastikan ketersediaan informasi tersebut saat dibutuhkan dalam perawatan kesehatan. Perekam medis juga didefinisikan sebagai seseorang telah menyelesaikan pendidikan dalam bidang Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku, definisi ini sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022.

Menurut keputusan Menteri Kesehatan Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, salah satu kompetensi perekam medis adalah

Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit serta Masalah masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis.

Kinerja pelayanan rekam medis perlu diperhatikan karena menjadi penunjang dari kualitas pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Rendahnya kinerja unit rekam medis dapat menghambat proses pemeriksaan pasien oleh tenaga kesehatan, yang pada gilirannya dapat menurunkan kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit. Kinerja petugas dan kualitas pelayanan di rumah sakit memiliki kaitan dengan kepuasan kerja dari sumber daya manusianya, termasuk petugas rekam medis. Oleh karena itu, penting bagi SDM rekam medis untuk memiliki kompetensi yang memadai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan yang disebutkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022.

2.1.4 Coding

Coding adalah proses pemberian kode menggunakan huruf, angka, atau kombinasi huruf dan angka untuk mewakili komponen data tertentu, seperti diagnosis, tindakan medis, atau kondisi pasien. Kode-kode ini digunakan untuk mencatat informasi yang ada dalam rekam medis pasien.(NAIROH, 2021)

Kegiatan pemberian kode diagnosa di dalam dokumen rekam medis harus dilakukan guna selanjutnya akan diindeks agar penyajian informasi yang digunakan untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen dan riset bidang kesehatan dapat berjalan mudah.

Pada proses coding ada beberapa kemungkinan yang dapat mempengaruhi hasil pengkodean dari petugas coding , bahwa penetapan diagnosis pasien merupakan hak, kewajiban, dan tanggung jawab tenaga medis yang memberikan perawatan pada pasien, dan tenaga coding dibagian

unit rekam medis tidak boleh mengubah dan menambahkan atau mengurangi diagnosis yang ada.

Kode klasifikasi penyakit oleh WHO (World Health Organization) bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala dan faktor yang mempengaruhi kesehatan. Sejak tahun 1993 WHO mengharuskan negara anggotanya termasuk Indonesia menggunakan klasifikasi penyakit revisi 10 (ICD-10, International Statistical Classification Of Disease And Related Health Problem Tenth Revision). Sedangkan untuk pengkodean tindakan medis dilakukan menggunakan ICD 9 CM.

2.1.5 ICD – 10

2.1.5.1 Definisi

ICD-10 adalah klasifikasi dengan sumbu yang bervariasi dimana data epidemiologi dan data statistik penyakit dikelompokkan sebagai berikut :

- a) Penyakit epidemi
- b) Penyakit individual dan umum
- c) Penyakit perkembangan (development disease)
- d) Cedera

WHO menyebutkan bahwa *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems* atau yang lebih lazim dikenal ICD merupakan standar internasional untuk pencatatan kesehatan dan statistik penyakit baik pada tingkat primer, sekunder maupun tersier. ICD mendefinisikan penyakit, gangguan, cedera, dan kondisi kesehatan lainnya yang terdaftar secara hirarki.

ICD-10 dikelola oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan merupakan sistem pengkodean standar yang membantu penyedia layanan kesehatan, peneliti, dan pembuat kebijakan untuk

mengklasifikasikan dan mengkode berbagai penyakit, kondisi, dan prosedur medis.

Fungsi dasar dari International Classification of Disease (ICD) adalah sebagai klasifikasi penyakit, cedera, dan sebab kematian untuk tujuan statistik menyatukan dua kepentingan tersebut di atas. WHO mempromosikan klasifikasi tersebut dengan tujuan agar berbagai negara di dunia dapat merekam data kesehatannya dengan cara yang sama dan komparabel.

ICD-10 telah banyak berevolusi sejak pertama kali disusun pada tahun 1900an. Penggunaan kode ICD telah makin luas dari sekedar mengelompokkan informasi morbiditas dan mortalitas untuk tujuan statistik hingga diaplikasikan untuk berbagai kepentingan, termasuk reimbursement, administrasi, epidemiologi dan riset di fasilitas kesehatan.

Kode-kode ICD-10 terdiri dari karakter alfanumerik dan memberikan cara untuk menggambarkan dan mengkategorikan berbagai penyakit dan kondisi. Kode-kode ini digunakan untuk berbagai tujuan, termasuk:

1. Penagihan dan asuransi: Kode ICD-10 digunakan untuk penagihan medis dan klaim asuransi untuk menentukan alasan kunjungan pasien dan layanan yang diberikan.
2. Statistik dan penelitian kesehatan: Kode-kode ini membantu melacak dan menganalisis pola penyakit, tren, dan hasil penelitian dan untuk tujuan kesehatan masyarakat.
3. Dokumentasi klinis: Para profesional kesehatan menggunakan kode ICD-10 dalam catatan pasien untuk memastikan pelaporan diagnosis dan prosedur yang akurat dan konsisten.

4. Kesehatan masyarakat dan epidemiologi: Kode ICD-10 digunakan untuk memantau dan mengelola isu-isu kesehatan masyarakat, termasuk wabah dan epidemi.

Di Indonesia telah ditetapkan berlakunya ICD-10 untuk pedoman klasifikasi penyakit melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 50/MENKES/SK/I/1998 tentang Pemberlakuan Klasifikasi Statistik Internasional Mengenai Penyakit Revisi ke-Sepuluh tertanggal 13 Januari 1998. Keputusan tersebut menggantikan Klasifikasi Penyakit Revisi ke-9 yang telah diberlakukan sejak th. 1979. Jadi sejak dikeluarkannya SK Menkes tersebut, ICD-10 resmi dipergunakan di seluruh Indonesia. (Kementerian Kesehatan, 2017)

2.1.5.2 Volume ICD-10

ICD-10 terdiri atas 3 volume: volume 1 berisikan klasifikasi utama; volume 2 merupakan pedoman bagi para pengguna ICD; dan volume 3 adalah indeks alfabetik bagi klasifikasi.

1. Volume 1

Bagian terbesar volume 1 memuat klasifikasi utama, terdiri dari kategori tiga-karakter dan daftar tabulasi dari “inclusions” dan subkategori empat karakter. Klasifikasi “dasar” – daftar dari kategori tiga-karakter- merupakan tingkat mandatory untuk pelaporan kepada basis data kematian WHO (WHO mortality database) dan untuk komparasi internasional.

Volume 1 berisikan klasifikasi yang menunjukkan kategori-kategori di mana suatu diagnosis akan dialokasikan guna mempermudah penyortiran dan penghitungan data untuk tujuan statistik. Volume tersebut juga dilengkapi dengan definisi-definisi dari isi tiap kategori, subkategori dan item dalam daftar tabulasi. Sebagai pedoman menentukan klasifikasi disediakan

indeks alfabetik dalam Volume 3. Pengenalan indeks akan memberikan informasi penting tentang keterkaitannya dengan penggunaan Volume 1.

2. Volume 2

Volume 2 berisikan deskripsi tentang sejarah ICD berikut struktur dan prinsip klasifikasi; aturan-aturan yang berkaitan dengan koding morbiditas dan mortalitas; presentasi statistik serta petunjuk praktis bagi pengguna ICD agar dapat memanfaatkan klasifikasi yang ada sebaik-baiknya. Pengetahuan dan pemahaman tentang tujuan dan struktur ICD sangat penting artinya bagi statistisi dan analis informasi kesehatan, serta petugas koding (koder).

3. Volume 2

Pendahuluan dalam Volume 3 berisikan instruksi tentang penggunaan volume tersebut yang merupakan indeks alfabetik dari ICD-10. Instruksi ini harus dimengerti dengan baik sebelum mulai meng-kode. Berikut deskripsi tentang struktur dan cara penggunaan Volume 3. Susunan Indeks Alfabetik dalam volume 3 Indeks alfabetik terbagi dalam 3 bagian sebagai berikut:

- a. Bagian I berisikan semua terminologi yang terklasifikasi dalam Bab I-XIX dan Bab XXI, kecuali obat-obatan dan zat kimia lain
- b. Bagian II merupakan indeks dari sebab luar morbiditas dan mortalitas; berisikan semua terminologi yang terklasifikasi dalam Bab XX, kecuali obat-obatan dan zat kimia lain
- c. Bagian III, Tabel obat-obatan dan zat kimia lain, berisikan masing-masing substansi yang digunakan dalam koding keracunan dan efek samping obat yang ada dalam Bab XIX dan

kode dalam Bab XX yang menunjukkan apakah keracunan tersebut tidak sengaja dilakukan, sengaja (menyakiti diri-sendiri), tak ditentukan atau merupakan efek samping dari substansi yang telah diberikan secara benar.

Pada ICD-10 terdapat 22 bab dan didalam bab terdapat blok yang telah dibagi menjadi beberapa. Didalam bab karakter pertama dari kode ICD adalah huruf, dimana tiap huruf terkait dengan bab tertentu. Masing-masing bab berisikan kategori tigakarakter yang cukup, sesuai dengan muatan bab; tidak semua kode digunakan, sebagai persediaan untuk perluasan dan revisi di masa yang akan datang. Masing-masing bab terbagi lagi menjadi subdivisi-subdivisi yang “homogen” yang disebut blok kategori. Range dari blok kategori dimuat dalam kurung parentheses di belakang masing-masing judul blok.

2.1.5.3 Daftar Kode ICD-10

Tabel 2. 1 Tabel ICD-10

Bab	Blok	Judul
I	<u>A00 - B99</u>	Penyakit infeksius dan parasitik
II	<u>C00 - D48</u>	Neoplasma
III	<u>D50 - D89</u>	Penyakit darah dan organ pembentuk darah, termasuk gangguan sistem imun
IV	<u>E00 - E90</u>	Gangguan endokrin, nutrisi, dan metabolik
V	<u>F00 - F99</u>	Gangguan jiwa dan perilaku

VI	<u>G00 - G99</u>	Penyakit pada sistem saraf
VII	<u>H00 - H59</u>	Penyakit mata dan adneksa
VIII	<u>H60 - H95</u>	Penyakit telinga dan mastoid
IX	<u>I00 - I99</u>	Penyakit pada sistem sirkulasi
X	<u>J00 - J99</u>	Penyakit pada sistem pernapasan
XI	<u>K00 - K93</u>	Penyakit pada sistem pencernaan
XII	<u>L00 - L99</u>	Penyakit pada kulit dan jaringan subkutan
XIII	<u>M00 - M99</u>	Penyakit pada sistem muskuloskeletal
XIV	<u>N00 - N99</u>	Penyakit pada sistem saluran kemih dan genital
XV	<u>O00 - O99</u>	Kehamilan dan kelahiran
XVI	<u>P00 - P96</u>	Keadaan yang berasal dari periode perinatal
XVII	<u>Q00 - Q99</u>	Malformasi kongenital, deformasi, dan kelainan kromosom
XVIII	<u>R00 - R99</u>	Gejala, tanda, kelainan klinik, dan kelainan laboratorik yang tidak ditemukan pada klasifikasi lain
XIX	<u>S00 - T98</u>	Keracunan, cedera, dan beberapa penyebab eksternal
XX	<u>V01 - Y98</u>	Penyebab eksternal morbiditas dan kematian

XXI	Z00 - Z99	Faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan dan hubungannya dengan jasa kesehatan
XXII	U00 - U99	Kode untuk tujuan khusus

2.1.6 Klaim BPJS

2.1.6.1 Definisi

Klaim BPJS merupakan proses pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh rumah sakit atau fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan, proses ini biasanya dilakukan oleh rumah sakit atau penyedia layanan kesehatan yang memiliki 15erjasama dengan BPJS untuk memastikan bahwa biaya perawatan pasien BPJS dapat ditanggung oleh BPJS Kesehatan. Dalam proses ini, rumah sakit atau fasilitas kesehatan akan mengumpulkan dokumen dan informasi yang diperlukan dari pasien dan melengkapi klaim biaya perawatan tersebut. Setelah itu, rumah sakit akan mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan untuk mendapatkan pembayaran atas biaya perawatan pasien tersebut. BPJS Kesehatan akan meninjau klaim tersebut dan membayarkan biaya perawatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Kelengkapan berkas dokumen menjadi bagian penting dalam proses klaim. Apabila pihak rumah sakit dapat memenuhi kelengkapan dokumen, maka kemungkinan semakin cepat proses penggantian biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan.

Menurut (Manaida, Rumayar dan Kandou, 2019) 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.

Nurdiah (2016) dalam penelitian (Manaida, Rumayar dan Kandou, 2019) menerangkan bahwa verifikator BPJS Kesehatan

akan melakukan verifikasi berkas lewat klaim BPJS yang diajukan oleh fasilitas kesehatan yang tujuannya untuk menguji kebenaran pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien BPJS Kesehatan guna untuk menjaga mutu layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan. Jika ditemukan adanya klaim yang tidak layak atau pending, maka pihak BPJS tidak akan melakukan pembayaran untuk klaim tersebut.

2.1.6.2 Proses Klaim BPJS

Dalam buku petunjuk teknis verifikasi klaim tahun 2014, menerangkan bahwa ada 2 tahapan dalam proses verifikasi klaim yaitu :

1) Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBGs. Aplikasi INA CBG's itu sendiri merupakan aplikasi yang digunakan sebagai aplikasi pengajuan klaim Rumah Sakit, Puskesmas dan semua Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) bagi 16unggal16nt miskin Indonesia. Case Base Groups (CBG's), yaitu cara pembayaran perawatan pasien berdasarkan diagnosis- diagnosis atau kasus-kasus yang 16 unga l16 sama.

2) Verifikasi Administrasi Pelayanan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan adalah :

a) Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan sebagaimana tersebut pada poin 1 a diatas (diuraikan termasuk menjelaskan tentang kelengkapan dan keabsahan berkas)

b) Apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi.

c) Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis. Perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

Adapun juga hal-hal yang perlu diperhatikan dalam proses verifikasi pelayanan kesehatan :

1) 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).Ketentuan coding mengikuti panduan coding yang terdapat dalam Juknis INA CBG

2) Satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter serta pemeriksaan penunjangsesuai indikasi medis dan obat yang diberikan pada hari pelayananyang sama.Apabila pemeriksaan penunjang tidak dapat dilakukan padahari yang sama maka tidak dihitung sebagai episode baru

3) Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedahsehari (One Day Care/Surgery) termasuk rawat jalan

4) Episode rawat Inap adalah satu rangkaian pelayanan jika pasienmendapatkan perawatan > 6 jam di rumah sakit atau jika pasien telah mendapatkan fasilitas rawat inap (bangsal/ruang rawat inapdan/atau ruang perawatan intensif) walaupun lama perawatan

kurang dari 6 jam, dan secara administrasi telah menjadi pasien rawat inap.

5) Pasien yang masuk ke rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di rawat jalan atau gawat darurat, maka kasus tersebut termasuk satu episode rawat inap, dimana pelayanan yang telah dilakukan di rawat jalan atau gawat darurat sudah termasuk didalamnya.

6) Pada kasus special CMGs, bukti pendukung adalah :

a. Special Drugs :product batch

(asli) dilampirkan dalam berkasklaim

b. Special Procedure : laporan asli (lihat)

c. Special Prosthesis :Product batch (asli) dilampirkan dalam berkas klaim

d. Special Investigation : expertise pemeriksaan (lihat)

e. Special Chronic & Sub-acute : 18unggal18nt WHO DAS

7) Apabila bayi lahir sehat maka tidak memiliki kode diagnosis penyakit (P), hanya perlu kode bahwa ia lahir hidup di lokasi persalinan, 18unggal atau multiple (Z38.-)

8) Untuk kasus pasien yang datang untuk kontrol ulang dengandiagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan terapi (rehabmedik, kemoterapi, radioterapi) di rawat jalan dapat menggunakan kode “Z” sebagai diagnosis utama dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder.

Diagnose Z (kontrol).

9) Apabila ada dua kondisi atau kondisi utama dan sekunder yang berkaitan dapat digambarkan dengan satu kode dalam ICD 10, maka harus menggunakan satu kode tersebut.

Contoh :

Kondisi utama : Renal failure

Kondisi lain : Hypertensive renal disease

Diberi kode hypertensive renal disease with renal failure (I12.0)

10) Beberapa diagnosis yang seharusnya dikode jadi satu, tetapi dikode terpisah

Contoh :Diagnosis Utama : Hypertensi (I10)

Diagnosis Sekunder : Renal disease (N28.9)

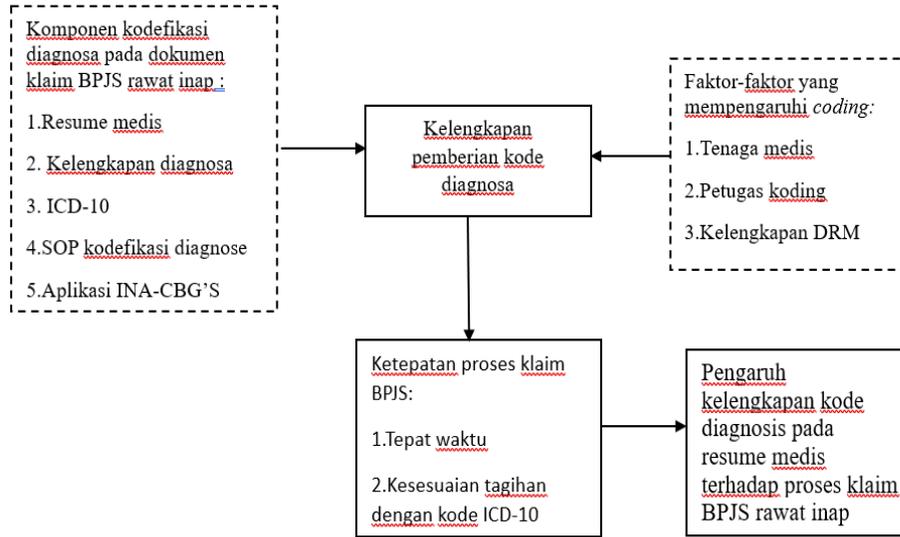
Seharusnya dikode jadi satu yaitu Hypertensive Renal Disease (I12.9)

2.2 Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

Keterangan:

: Diteliti

: Tidak Diteliti

2.4 Hipotesis Penelitian

H_0 : Tidak terdapat pengaruh kelengkapan kode diagnosis pada resume medis terhadap proses klaim BPJS rawat inap di rumah sakit

H_a : Terdapat pengaruh kelengkapan kode diagnosis pada resume medis terhadap proses klaim BPJS rawat inap di rumah sakit