

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Rekam Medis

Rekam Medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan yang memuat pengetahuan mengenai pasien dan pelayanan yang diperoleh serta memuat informasi yang cukup untuk menemukenali pasien, membenarkan diagnosis dan pengobatan serta merekam hasilnya. Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan.

Manfaat rekam medis menurut Gilbony 1991 menyatakan kegunaan rekam medis dengan singkatan ALFRED ,yaitu :

1. *Administration*, data dan informasi yang dihasilkan rekam medis dapat digunakan manajemen untuk melaksanakan fungsinya guna pengelolaan berbagai sumberdaya.
2. *Legal*, sebagai alat bukti hukum yang dapat melindungi hokum terhadap pasien, profider kesehatan dan pengelolaan serta pemilik sarana kehatan.
3. *Finacial*, setiap jasa yang diterima pasien bila dicatat dengan lengkap dan benar maka dapat digunakan untuk menghitung biaya yang harus dibayar pasien.
4. *Reasearch*, berbagai macam penyakit yang telah dicatat kedalam dokumen rekam medis dapat dilakukan penelusuran guna penelitian.
5. *Education*, para mahasiswa dapat belajar dan mengembangkan ilmunya dengan menggunakan dokumen rekam medis.
6. *Documentation*, rekam medis sebagai dokumen karena memiliki sejarah medis seseorang.<sup>[5]</sup>

## B. Diagnosis Penyakit

Diagnosis merupakan kata / phrasa yang digunakan oleh dokter untuk menyebut suatu penyakit yang diterima oleh pasien, atau keadaan yang menyebabkan seorang pasien memerlukan / mencari / menerima asuhan medis (*medical care*).

Diagnosis yang terekam dalam lembar rekam medis, baik tunggal, kombinasi maupun serangkaian gejala sangat penting artinya dalam proses pemberian layanan kesehatan dan asuhan medis di rumah sakit. Karena hal inilah dikenal beberapa macam diagnosis, seperti :

- ***Admitting Diagnosis***

Yaitu diagnosis seseorang (pasien) saat masuk dirawat (*admission*).

- ***Discharge Diagnosis***

Merupakan diagnosis yang diberikan setelah selesainya episode perawatan atau diagnosis pada saat pasien pulang.

- **Diagnosis dalam *Single-condition analysis of morbidity***

Pada kasus ini, sampai sekarang belum ada aturan standar dalam penegakan diagnosisnya. Hanya dalam ICD – 10 dikenal suatu aturan koding morbiditas yang disebut *Single-condition Analysis* (Analisis kondisi tunggal), yang mana pada pelaksanaan pemberian kode penyakit hanya mengacu pada satu saja penyebab atau bisa disebut sebagai penyebab utama morbiditas sebagai diagnosis yang akan dimasukkan kedalam tabulasi untuk selanjutnya diolah dan dianalisis.

### Macam – macam Diagnosis Menurut WHO

Sesuai dengan rekomendasi dari ICD – 10, WHO menetapkan kategori – kategori diagnosis yang digunakan untuk memaparkan data morbiditas, khususnya di rumah sakit, yaitu :

- a. **Principal Diagnosis**

Merupakan diagnosis utama yang ditegakkan setelah dikaji, yang terutama bertanggung jawab menyebabkan *admission* pasien ke rumah sakit.

WHO menetapkan batasan dari principal diagnosis ini adalah sebagai berikut :

1. Ditentukan setelah selesai dikaji (*determined after study*).

2. Menjadi alasan (penyebab) (fakta) *admission* masuk rawat inap (*caused this particular admission*).
3. Menjadi fakta arahan terapi / pengobatan / tindakan lain – lain yang dilaksanakan (*focus of treatment*).

**b. Other Diagnosis**

Diagnosis lain, selain principal diagnosis yang menggambarkan suatu kondisi dimana pasien mendapatkan pengobatan, atau dimana dokter mempertimbangkan kebutuhan – kebutuhan untuk memasukkannya dalam pemeriksaan kesehatan lebih lanjut.

**c. Complication**

Suatu diagnosis tambahan (*additional diagnosis*) yang menggambarkan suatu kondisi yang muncul setelah dimulainya observasi dan perawatan di rumah sakit yang mempengaruhi perjalanan penyakit pasien atau asuhan medis yang dibutuhkan. Dalam kata lain, komplikasi menggambarkan suatu akibat yang tidak diharapkan atau '*misadventure*' dalam asuhan medis pasien rumah sakit.

**C. Diagnosis Spesifik Menurut Huffman**

Apapun nomenklatur yang digunakan, terminologi penyakit dan operasi harus dinyatakan dengan cukup jelas dan spesifik agar data tersebut dapat diidentifikasi dan dikode dengan tepat.

Tiap diagnosis harus mencantumkan letak dan etiologi yang spesifik atau letak dan prosedur yang sejelas mungkin. Bilamana dokter tidak dapat merinci letak atau etiologi karena belum ada kesimpulan dari hasil x-foto, pemeriksaan lab atau pemeriksaan lain, maka harus dinyatakan sebagai suspek atau diagnosis belum lengkap. Bila hanya dapat menyatakan gejalanya saja, maka diagnosis tersebut ditambahkan dengan keterangan tidak diketahui sebabnya atau '*unknown*'. Terkadang dokter sebagai penulis diagnosis tanpa sengaja melakukan kesalahan dalam penulisan diagnosis (kurang spesifik).

Berikut contoh – contoh penulisan terminologi yang dipaparkan oleh Huffman (1994) :

<b>SALAH</b>	<b>BENAR</b>
Embolism of artery (tak ada keterangan letak topography)	Embolism of pulmonary artery
Emphysema (tak mencantumkan etiology)	Emphysema due to infection
Arthrotomy (tak mencantumkan topography)	Arthrotomy of knee joint
Infarction of myocardium from arteriosclerotic coronary thrombosis	Infarction of inferior myocardium from arteriosclerotic coronary thrombosis
Polydipsia (symptom polydipsia tak dapat dijelaskan sebagai akibat infark, seharusnya ada penyakit lain dengan gejala tersebut)	Diabetes mellitus, polydipsia
Headache (bukan penyakit, tetapi symptom)	Undiagnosed disease manifested by headache
Pott's disease (pada sebagian besar kasus, eponyms bukanlah pengganti diagnostik yang akurat untuk menyatakan letak dan etiologi)	Tuberculosis of the vertebra
Hives (hives adalah istilah awam, urticaria merupakan istilah yang lebih tepat untuk kondisi tersebut)	Urticaria

Yang berhak membuat / menetapkan diagnosis adalah dokter yang merawat pasien tersebut. Namun praktisi informasi kesehatan perlu membantu dokter agar penulisan diagnosisnya dapat lebih spesifik guna keperluan dokumentasi.

#### **D. Koding Morbiditas**

Dalam pengumpulan data statistic morbiditas diperlukan suatu kondisi tunggal yang akan dianalisis secara nasional. Biasanya yang menjadi obyek analisis adalah diagnosis utama. Agar pengumpulan data ini konsisten perlu adanya suatu standar definisi dari diagnosis utama. WHO bahkan memberikan pedoman untuk formulasi standar definisi tersebut dalam buku ICD dengan harapan agar dapat merangsang pembuat kebijakan setempat untuk mengembangkan metode standar pencatatan yang mengakomodasi kriteria – kriteria WHO tersebut.

Dalam buku ICD – 10 terdapat dua jenis aturan koding morbiditas, yaitu aturan umum (general guide lines) dan aturan reseleksi bila mana kondisi utama tidak terekam dengan benar.<sup>[8]</sup>

### E. Prosedur Koding

Secara umum, tahapan proses koding mencakup dua aktifitas tersebut di bawah ini :

1. Analisis lembar – lembar dokumen rekam medis untuk menentukan bagian mana yang akan dikode dan data – data yang mendukung.
2. Alokasi / penentuan kode dengan tepat.<sup>[10]</sup>

### F. Tujuan Koding

Koding merupakan fungsi yang penting dalam jasa pelayanan informasi kesehatan. Data klinis yang terkode dibutuhkan untuk *me-retrieve* informasi guna kepentingan asuhan pasien, penelitian, peningkatan performansi pelayanan, perencanaan dan manajemen sumber daya, serta untuk mendapatkan *reimbursement* yang sesuai bagi jasa pelayanan kesehatan yang diberikan.<sup>[9]</sup>

### G. Langkah – langkah Mengkode ICD 10 dan ICD 9 CM

Langkah langkah dalam pengkodean penyakit berdasarkan ICD-10 adalah sebagai berikut :

1. Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode dan dilihat pada indeks alfabetik yang sesuai.
2. Cari *Lead terms* / kata kunci.
3. Baca dan ikuti kata yang ada dibawah *lead terms*.
4. Baca kata yang ada dalam parentheses setelah *lead terms*.
5. Ikuti secara hati-hati cross references (see and see also ) yang terdapat dalam indeks.
6. Rujuk pada daftar tabulasi untuk kesesuaian nomor kode yang dipilih.
7. Ikuti inclusion dan exclusion terms dibawah kode atau bawah bab, blok, atau diawal kategori.
8. Tetapkan kode.<sup>[11]</sup>

Langkah – langkah dalam pengkodean berdasarkan ICD 9 CM adalah sebagai berikut :

1. Tentukan *leadterm* tindakan penyakit.
2. Buka index to proceduress dan cari *leadterm*-nya
3. Ikuti kata yang ada dibawahnya secara teliti.
4. Lihat kode yang ditunjukkan.
5. Buka halaman tabular list sesuai kode yang ditunjuk.
6. Lihat secara teliti apakah sudah sesuai kemudian tetapkan kode.

#### H. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Koding

##### 1. Tenaga medis

Tenaga medis sebagai pemberi pelayanan utama pada seorang pasien bertanggungjawab atas kelengkapan dan kebenaran data, khususnya data klinik, yang tercantum dalam dokumen rekam medis. Data klinik berupa riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosis, perintah pengobatan, laporan operasi atau prosedur lain merupakan input yang akan dikoding oleh petugas koding dibagian rekam medis.

##### 2. Petugas koding

Kunci utama dalam pelaksanaan koding adalah koder atau petugas koding. Kualitas petugas koding di URM di RS dapat dilihat dari :

###### a) Pengalaman Kerja

Pengalaman kerja yang dimiliki oleh petugas koding sangat mendukung dalam pelaksanaan tugasnya. Petugas koding yang berpengalaman dapat menentukan kode penyakit lebih cepat berdasarkan ingatan dan kebiasaan.

###### b) Pendidikan

Keakuratan pilihan kode diagnosis dalam ICD adalah esensial bagi manajemen kesehatan. Kesalahan mengutip, memindahkan dan memilih kode secara tepat merupakan kesalahan yang sering terjadi pada saat pengkodean diagnosis penyakit. Salah satu penyebab kesalahan tersebut umumnya adalah karena kurangnya pengetahuan mengenai aturan – aturan dalam koding yang menggunakan ICD – 10.

c) Pelatihan

Apabila tenaga koding belum mempunyai kesempatan untuk mendapatkan pendidikan khusus di bidang rekam medis dan informasi kesehatan, maka untuk mendapatkan hasil yang baik, setidaknya petugas memperoleh pelatihan yang cukup tentang seluk beluk pekerjaannya selaku tenaga rekam medis.

d) Faktor Lain

Sebagaimana halnya tenaga kerja / SDM pada umumnya, tentunya kualitas tenaga juga dipengaruhi oleh berbagai faktor SDM lain seperti usia, motivasi, system numerisasi, sanksi dan lain – lain.

3. Kelengkapan Dokumen Rekam Medis

Ketidaklengkapan dalam pengisian rekam medis akan sangat mempengaruhi mutu rekam medis, yang mencerminkan pula mutu pelayanan di rumah sakit. Petugas rekam medis bertanggung jawab untuk mengevaluasi kualitas rekam medis guna menjamin konsistensi dan kelengkapan isinya.

4. Kebijakan

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Isi rekam medis merupakan dokumen resmi mencatat seluruh proses pelayanan medis di rumah sakit, dan sangat bermanfaat antara lain bagi aspek administrasi, medis, hukum, keuangan, penelitian, pendidikan, dokumentasi, perencanaan serta pemanfaatan sumber daya.

5. Sarana / Prasarana

Sesuai dengan standar pelayanan rekam medis, maka fasilitas dan peralatan yang cukup harus disediakan guna tercapainya pelayanan yang efisien. Dalam Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia (1997), yang termasuk prasarana adalah :

- a) Permenkes No. 749a (yang sekarang diperbarui dengan Permenkes No. 377) dan
- b) Juknis Rekam Medis

Sedangkan sarananya meliputi :

- a) ATK
- b) Computer dan Printer
- c) Daftar Tabulasi Dasar (DTD)
- d) Formulir Rekam Medis (RL)
- e) Buku ICD<sup>[12]</sup>

#### **I. Alur dalam Koding BPJS**

Alur dan kegiatan dalam pengkodean diagnosis untuk klaim BPJS adalah berupa Lembar Resume Medis pasien dari Poliklinik yang dijadikan satu dengan berkas keuangan dalam bentuk kwitansi masuk kedalam bagian administrasi. Setelah diproses dari bagian administrasi, kemudian dikirim ke bagian casemix untuk dilakukan proses pengkodean yang akan digunakan sebagai alat penagihan ke bagian BPJS.

#### **J. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)**

##### **1. Definisi**

Berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah:

- a. Badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial (Pasal 1 angka 6)
- b. Badan hokum nirlaba (Pasal 4 dan Penjelasan Umum)
- c. Pembentukan dengan Undang - undang (Pasal 5 ayat (1))

##### **2. Pembentukan**

Berdasarkan ketentuan Pasal 52 ayat (2) UU No. 40 Tahun 2004, batas waktu paling lambat untuk penyesuaian semua ketentuan yang mengatur mengenai BPJS dengan UU No. 40 Tahun 2004 adalah tanggal 19 Oktober 2009, yaitu 5 tahun sejak UU No. 40 Tahun 2004 diundangkan.

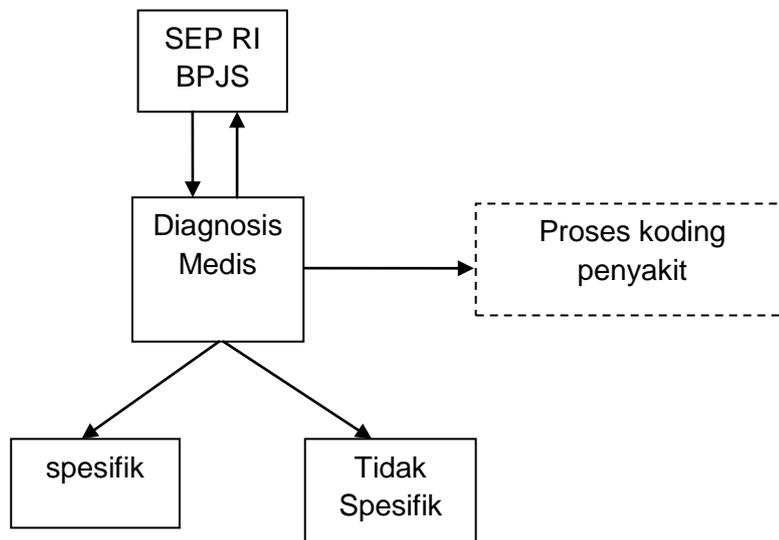
Batas waktu penetapan UU tentang BPJS yang ditentukan dalam UU No. 40 Tahun 2004 tidak dapat dipenuhi oleh Pemerintah. RUU tentang BPJS tidak selesai dirumuskan. DPR RI mengambil inisiatif

menyelesaikan masalah ini melalui Program Legislasi Nasional 2010 untuk merancang RUU tentang BPJS. DPR telah menyampaikan RUU tentang BPJS kepada Pemerintah pada 8 Oktober 2010 untuk dibahas bersama Pemerintah. DPR RI dan Pemerintah mengakhiri pembahasan RUU tentang BPJS pada Sidang Paripurna DPR RI tanggal 28 Oktober 2011. RUU tentang BPJS disetujui untuk disahkan menjadi Undang - undang. DPR RI menyampaikan RUU tentang BPJS\_ kepada Presiden pada tanggal 7 November 2011. Pemerintah mengundang UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS pada tanggal 25 November 2011.<sup>[16]</sup>

### 3. Surat Eligibilitas Peserta (SEP)

Surat Eligibilitas Peserta (SEP) atau *self check in* merupakan surat yang dikeluarkan oleh BPJS guna mempermudah peserta dalam memperoleh layanan kesehatan terutama fasilitas kesehatan tingkat lanjut.

#### K. Kerangka Teori



## L. Kerangka Konsep

