

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rekam Medis

1. Pengertian Rekam Medis

Berdasarkan PerMenKes Nomor:269/Menkes/PER/III/2008 tentang rekam medis menjelaskan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Bab I pasal 1).^[5]

Menurut E.K Huffman, 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 info yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, membenarkan diagnosa dan pengolahan data.^[1]

Rekam medis yang memuat informasi evaluasi keadaan fisik dan riwayat penyakit pasien sangat penting dalam perencanaan dan koordinasi pelayanan pasien, bagi evaluasi lanjut serta menjamin kontinuitas pelayanan yang diberikan. Oleh karena itu kelengkapan, keakuratan dan ketepatan waktu pengisian harus diupayakan dalam organisasi kesehatan karena amat penting bagi kelayakan tindakan pelayanan dan rujukan.

2. Tujuan Rekam Medis

Rekam medis bertujuan untuk menyediakan informasi guna memudahkan pengelolaan dalam pelayanan kepada pasien dan memudahkan

pengambilan keputusan manajerial (perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan, penilaian dan pengendalian) oleh pemberi pelayanan klinis dan administrasi pada sarana pelayanan kesehatan. ^{[8][11]}

3. Kegunaan Rekam Medis

Menurut Gilbony 1991 Rekam medis memiliki 6 manfaat, yang terangkum dalam kata ALFRED yaitu :

a. *Administration*

Data dan informasi yang dihasilkan dalam rekam medis dapat digunakan manajemen untuk melaksanakan fungsinya guna pengelolaan berbagai sumber daya.

b. *Legal*

Rekam medis dapat digunakan sebagai alat bukti hukum yang dapat melindungi pasien, provider (dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya) serta pengelola dan pemilik sarana pelayanan kesehatan terhadap hukum.

c. *Financial*

Catatan yang ada dalam dokumen rekam medis dapat digunakan untuk memprediksikan pendapatan dan biaya sarana pelayanan kesehatan.

d. *Research*

Dapat dilakukan penelusuran terhadap berbagai macam penyakit yang telah dicatat kedalam dokumen rekam medis guna kepentingan penelitian.

e. *Education*

Dokumen rekam medis dapat digunakan untuk pengembangan ilmu.

f. *Documentation*

Dapat digunakan sebagai dokumen karena menyimpan sejarah medis seseorang.

B. Metode Pembayaran Sistem INA-CBG'S

1. Pengertian Sistem INA-CBG'S

Sistem INA-CBG'S adalah metode sistem pembayaran rumah sakit berdasarkan pengelompokan diagnosis penyakit dan pengelompokan tindakan prosedural yang dikaitkan dengan biaya perawatan, yang sudah ditentukan dalam bentuk paket biaya sebelum diagnosa ditegakkan maupun tindakan prosedural dilakukan dalam rumah sakit dan dimasukkan kedalam group – group.

Ciri – ciri setiap group adalah :

- a. Penyakit yang mempunyai gejala klinis yang sama
- b. Pemakaian sumber daya yang sama (biaya perawatan yang sama)

Sistem INA-CBG'S dikelompokkan menjadi 1.077 kode kelompok / group INA-CBG'S yaitu 789 kode rawat inap dan 288 kode rawat jalan. ^{[2][12]}

2. Tujuan Penggunaan Cara Pembayaran Dengan INA-CBG'S

Adapun tujuan rumah sakit dari sistem pembayaran dengan metode INA-CBG'S adalah :

- a. Meningkatkan Efisiensi Pembiayaan kesehatan, antara lain :
 - 1) Menurunkan pelayanan yang tidak perlu (*unnecessary treatment*)
 - 2) Menurunkan lama hari rawat (*length of stay*)
 - 3) Menurunkan *excess hospital capacity*

b. Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan, antara lain :

- 1) Mendorong standarisasi pelayanan kesehatan melalui penerapan standart pelayanan medis (PPK,SOP), asuhan keperawatan, formularium obat, kompendium alkes , dll
- 2) Memperbaiki manajemen RS yaitu sistem informasi dan rekam medis yang lebih baik, lebih lengkap, lebih akurat, dan lebih tepat waktu pengembalian ke tempat filling. ^{[8][11]}

3. Kelompok Tarif INA-CBG'S

a. Kelas RS dalam INA-CBG'S yang berlaku saat ini di Indonesia adalah:

- 1) Rumah Sakit kelas D
- 2) Rumah Sakit kelas C
- 3) Rumah Sakit kelas B
- 4) Rumah Sakit kelas A
- 5) Rumah Sakit Umum Rujukan Nasional
- 6) Rumah Sakit Khusus Rujukan Nasional

b. Tarif INA-CBG'S menurut kelas RS tersebut juga dibedakan dalam beberapa regionalisasi, yaitu :

- 1) Regional I
- 2) Reginal II
- 3) Rgional III
- 4) Regional IV
- 5) Regional V

Regionalisasi diberlakukan untuk membedakan tarif antar wilayah yang perlu dilakukan karena adanya perbedaan harga obat, alkes dll. Acuan regionalisasi adalah Indeks Harga Konsumen.

4. Perbedaan Besaran Tarif Antar Kelas RS

Besaran tarif antar kelas RS dalam INA-CBG'S berbeda – beda sesuai dengan kelas tipe yang dimiliki rumah sakit masing – masing, salah satunya dipengaruhi oleh :

- a. Biaya operasional (jasa medik, biaya obat, alkes, operasional lainnya)
- b. Biaya Investasi (biaya gedung, peralatan penunjang medis, dll)
- c. Biaya pemeliharaan gedung dan peralatann, dll

Perbedaan antar kelas RS bisa menyebabkan perbedaan *unit cost*, tarif dasar rumah sakit (*Hospital Base Rate*) dan tarif INA-CBG'S. ^{[2][6]}

5. Komponen Sistem Casemix/INA-CBG'S

- a. Costing
- b. Coding
- c. Sistem informasi
- d. Clinical pathway

C. Peran Koding Dalam Casemix INA-CBG'S

Dalam pelaksanaan *Casemix* INA-CBG'S, peran koding sangat menentukan, dimana *logic software* yang digunakan untuk menentukan tarif adalah dengan pedoman ICD 10 CM untuk menentukan diagnosis dan ICD 9 CM untuk tindakan prosedural. Besar kecilnya tarif yang muncul dalam *software* INA-CBG'S ditentukan oleh diagnosis dan prosedur. Kesalahan penulisan diagnosis akan mempengaruhi tarif. Tarif bisa menjadi lebih besar atau lebih kecil. Diagnosis dalam kaidah CBG'S, harus ditentukan diagnosa utama dan diagnosa penyerta (diagnosa sekunder), diagnosa penyerta terdiri dari diagnosa komplikasi dan komorbiditas.

Diagnosa penyerta juga dapat mempengaruhi besar kecilnya tarif, karena akan mempengaruhi *severity level* (tingkat keparahan) yang diderita oleh pasien. Logikanya pasien yang dirawat terjadi komplikasi, maka akan mempengaruhi lama perawatan di rumah sakit. Jika lama perawatan bertambah lama dibanding tidak terjadi komplikasi, maka akan menambah jumlah pembiayaan dalam perawatan. Dalam *Logic* software INA-CBG'S penambahan tarif dari paket yang sebenarnya, jika terjadi tingkat keparahan 2 dan tingkat 3. Jika dalam akhir masa perawatan terjadi lebih dari satu diagnosis, koder harus bisa menentukan mana yang menjadi diagnosa utama maupun sekunder, yaitu :

1. Diagnosa Utama (*principal diagnosis*) adalah diagnosa akhir / final yang dipilih dokter pada hari terakhir perawatan dengan kriteria paling banyak menggunakan sumber daya atau yang menyebabkan hari perawatan paling lama. Diagnosa utama selalu ditetapkan pada akhir perawatan seorang pasien (*established at the end of the episode of health care*). Jika lebih dari satu diagnosis maka dipilih satu diagnosis yang paling banyak menggunakan resources (SDM, bahan habis pakai, peralatan medik, tes pemeriksaan dan lain – lain).
2. Diagnosa sekunder adalah diagnosa selain diagnosa utama yang muncul atau sudah ada sebelum dan selama dirawat di rumah sakit, diagnosa sekunder terdiri dari diagnosa penyerta (*comorbidity*) dan diagnosa penyulit (*complication*).
3. Diagnosa Penyerta (*comorbidity*) adalah diagnosa selain diagnosa utama yang sudah ada bersama pasien sebelum masuk dan dirawat di rumah sakit.

4. Dignosa Penyulit (*complication*) adalah diagnosa selain diagnosa utama yang muncul ketika dalam perawatan pasien di rumah sakit.

Dalam Tindakan atau prosedur juga ada prosedur utama dan prosedur sekunder, yaitu :

1. Prosedur Utama (*Principal Procedure*) adalah prosedur tindakan yang paling banyak menghabiskan sumber daya atau menyebabkan hari rawatan paling lama dan biasanya berhubungan erat dengan diagnosa utama.
2. Prosedur Sekunder adalah seluruh signifikan prosedur tindakan yang dijalankan pada pasien rawat inap atau rawat jalan, membutuhkan peralatan special atau dikerjakan oleh staf terlatih dan berpengalaman.

Dalam proses *casemix INA-DRG*, tidak semua prosedur atau tindakan harus diinput dalam software *INA-DRG*, Beberapa tindakan yang tidak perlu diinput dalam software *INA-DRG* adalah :

1. Prosedur / Tindakan yang berhubungan dengan keperawatan
2. Prosedur / Tindakan yang rutin dilakukan
3. Prosedur / Tindakan yang tidak memerlukan staff khusus.
4. Prosedur / Tindakan yang tidak memerlukan peralatan khusus. ^{[2][15]}

D. Pembentukan Tarif INA-CBG'S

Pembentukan tarif INA-CBG'S yaitu tarif diambil dari data costing dan data koding yang dikirim oleh rumah sakit – rumah sakit seluruh indonesia baik itu negeri maupun swasta, Tarif akan dikaji dan diolah oleh tim NCC Kemenkes yang nantinya keluarlah ketetapan tarif INA-CBG'S. Tarif INA-CBG'S yang

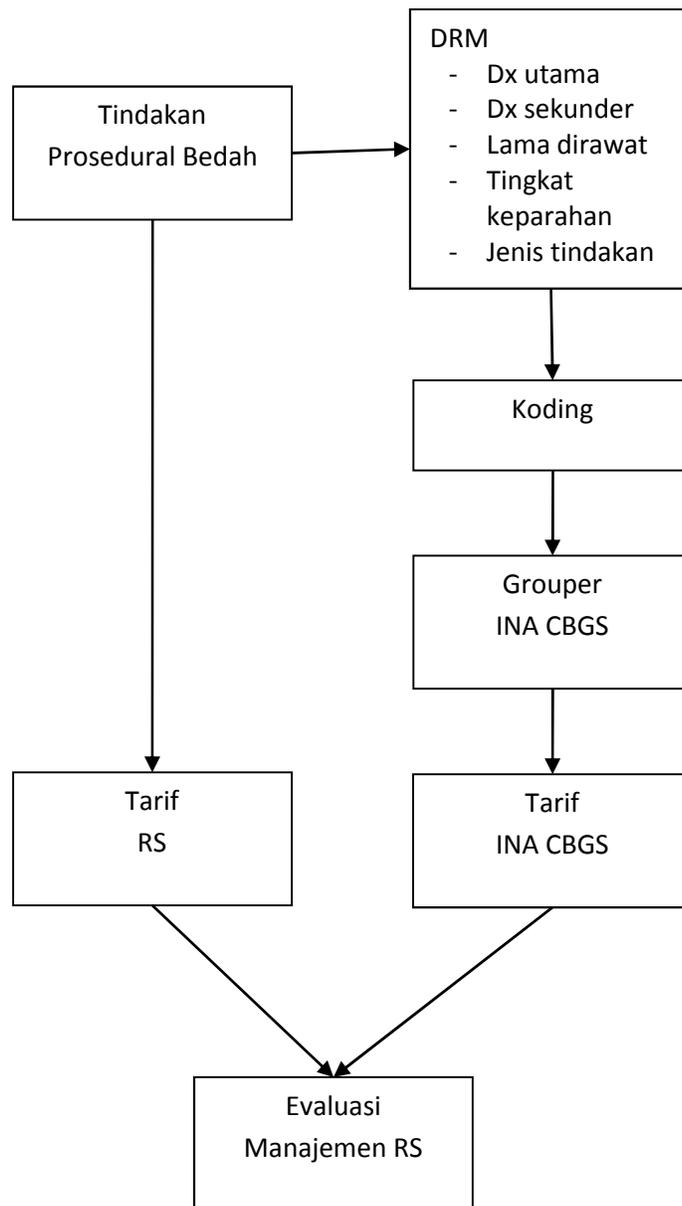
telah ada akan direviu kembali setelah 2 tahun waktu berjalan, dalam waktu 2 tahun tarif akan dievaluasi kembali. ^[6]

E. Jenis Kasus Bedah Dan Tarif RS

Tabel 2.1 Jenis Kasus Bedah Dan Tarif RS

No	Dx Utama	Dx Sekunder	Prosedural	Tarif RS
1	Hernia Inguin	Hypertensi	Hernioraphy	6.178.206
2	Haemorroid	PPOK, Hypertensi	Haemorroidectomy	5.074.621
3	Ulcus Dm	Anaemia	Debridemen	6.120.004
4	Cellulitis	HHD, Hypertensi	Debridemen	5.104.109
5	Fractur Distal		Pasang gips	3.887.384
6	Peritonitis	Sepsis	Laparotomy	13.669.900
7	App Acute		Appendectomy	7.889.600
8	Soft Tissue Tumor	Dm II	Excision	4.617.795
9	Fimosis		Circumsision	4.568.500
10	BPH	Hypertensi	TVP	8.557.786

F. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori