

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Rumah Sakit dalam pengertian Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 147 tentang Perizinan Rumah Sakit merupakan suatu institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Menkes, 2010).

Sedangkan definisi lain juga dikemukakan oleh *World Health Organization* (WHO) yang merupakan suatu organisasi internasional dibawah naungan PBB yang bertanggung jawab atas persoalan kesehatan yang ada di dunia. Menurut WHO, Rumah Sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif), serta pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat (WHO, 1947).

2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Undang Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 telah menjabarkan bahwasanya Rumah Sakit memiliki tugas dalam memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, kemudian dalam pasal 5 dijelaskan bahwa Rumah Sakit mempunyai fungsi :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan; (Patrialis Akbar, 2009)

2.1.3 Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Permenkes No. 340/MENKES/PER/III/2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit Umum, dalam bab IV telah dijabarkan bahwasanya Klasifikasi Rumah Sakit Umum terdiri atas:

1. Rumah Sakit Umum Kelas A

Rumah Sakit Umum Kelas A harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 5 (lima) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 12 (dua belas) Pelayanan Medik Spesialis Lain dan 13 (tiga belas) Pelayanan Medik Sub Spesialis.

2. Rumah Sakit Kelas Umum Kelas B

Rumah Sakit Umum Kelas B harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 8 (delapan) Pelayanan Medik Spesialis Lainnya dan 2 (dua) Pelayanan Medik Subspesialis Dasar.

3. Rumah Sakit Kelas Umum Kelas C

Rumah Sakit Umum Kelas C harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar dan 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik.

4. Rumah Sakit Kelas Umum Kelas D

Rumah Sakit Umum Kelas D harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) Pelayanan Medik Spesialis Dasar (Peraturan Menteri Kesehatan RI, 2010).

2.2 Tinjauan Rekam Medis

2.2.1 Definisi Rekam Medis

Berdasarkan PERMENKES Nomor 269/MENKES/III/2008, yang dimaksud dengan Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis merupakan kepemilikan dari sarana pelayanan kesehatan dan merupakan hak mutlak dari

pasien yang isinya berupa ringkasan rekam medis sehingga dapat diberikan, dicatat atau di gandakan oleh pasien dan orang yang diberi kuasa atau persetujuan tertulis dari keluarga pasien yang berhak atas itu.

Sedangkan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI, 1997:6) pada Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Revisi I menjabarkan mengenai definisi Rekam Medis sebagai keterangan medis baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, penentuan fisik laboratorium, diagnosa, segala pelayanan serta tindakan medis yang diberikan pada pasien selama mendapatkan perawatan atau pengobatan.

2.2.2 Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis

Menurut Pedoman Penyelenggaraan Dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II, (DIRJEN YANMED, 2006) pada pasal 13 menjelaskan bahwa tujuan dari pelaksanaan rekam medis yaitu untuk menunjang tercapainya ketertiban administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa dukungan suatu sistem pengelolaan rekam medis baik dan benar tertib administrasi di Rumah Sakit tidak akan berhasil sebagaimana diharapkan.

Kegunaan rekam medis secara umum memiliki 6 manfaat yang dapat dilihat dari berbagai aspek dan dapat disingkat sebagai ALFRED diantaranya yaitu :

a. Aspek Administrasi (*Administrative*)

Rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab

sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b. Aspek Hukum (*Legal*)

Rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dan dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

c. Aspek Keuangan (*Financial*)

Rekam medis mempunyai nilai uang, karena isi rekam medis dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan. Tanpa adanya bukti catatan tindakan atau pelayanan, maka pembayaran tidak dapat dipertanggungjawabkan.

d. Aspek Penelitian (*Research*)

Rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data atau informasi yang dapat digunakan sebagai aspek penelitian.

e. Aspek Pendidikan (*Education*)

Rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang kronologis dari pelayanan medis yang diberikan kepada pasien.

f. Aspek Dokumentasi (*Documentation*)

Rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isi dari rekam medis menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan

dipakai sebagai bahan pertanggung-jawaban dan laporan sarana kesehatan.

2.2.3 Indikator Mutu Rekam Medis

Indikator mutu rekam medis merupakan salah satu penilaian dalam akreditasi rumah sakit. Indikator mutu dalam pelayanan kesehatan dapat mengacu pada indikator yang relevan berkaitan dengan struktur, proses dan outcomes. Penetapan indikator mutu rumah sakit akan mencerminkan mutu pelayanan rumah sakit.

Petunjuk pengisian rekam medis oleh perekam medis tertuliskan pada buku (*Pedoman manajemen informasi kesehatan di sarana pelayanan kesehatan: revisi buku petunjuk teknis penyelenggaraan rekam medis/ medical record rumah sakit (1991) dan pedoman pengelolaan rekam medis rumah sakit di Indonesia (1994, 1997), 2008*), yang isinya :

- a. Semua diagnosa dituliskan dengan benar pada resume medis, sesuai dengan terminologi yang dipergunakan. Simbol dan singkatan tidak diperbolehkan.
- b. Dokter yang merawat menulis tanggal, nama dan tanda tangannya.
- c. Laporan riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik dalam keadaan lengkap dan berisi semua data penemuan baik yang positif maupun negatif.
- d. Catatan perkembangan memberikan gambaran kronologis dan analisa klinis.

- e. Hasil laboratorium dicatat tanggalnya serta ditanda tangani oleh pemeriksa
- f. Semua tindakan pengobatan medis ataupun tindakan pembedahan harus dicantumkan tanggal serta ditanda tangani
- g. Semua konsultasi harus dilaksanakan sesuai peraturan staf medis dan diberi tanggal dan ditandatangani
- h. Catatan perawat tentang observasi dan pengobatan yang diberikan harus lengkap
- i. Resume medis telah ditulis saat pasien pulang

2.3 Tinjauan Asuransi Kesehatan

2.3.1 Definisi Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan merupakan bagian dari ruang lingkup penyelenggaraan dalam perusahaan asuransi jiwa sebagaimana dijelaskan pada Pasal 2 ayat (2) (UU No. 40, 2014) tentang Usaha Perasuransian. Pengertian asuransi kesehatan secara spesifik dapat diartikan sebagai perjanjian pertanggungungan untuk menjamin biaya kesehatan dan biaya rumah sakit karena sakit dan atau risiko karena kecelakaan seperti cedera yang terjadi setelah tanggal berlakunya perjanjian asuransi kesehatan tersebut antara penanggung dan tertanggung.

Asuransi Kesehatan merupakan sebuah jenis produk asuransi yang secara khusus menjamin biaya kesehatan atau pembiayaan rawat jalan maupun rawat inap bagi pihak tertanggung, yaitu seseorang yang telah

melakukan kesepakatan dengan pihak penanggung atau perusahaan asuransi yang bertujuan mengharapkan perlindungan jika mengalami jatuh sakit atau mengalami kecelakaan dan pihak tertanggung memiliki kewajiban untuk membayar premi, untuk mendapatkan manfaat pertanggungan dari pihak asuransi kesehatan.

Pada perjanjian asuransi kesehatan terdapat tiga pihak, yaitu :

- a. Tertanggung atau Peserta merupakan pihak yang terdaftar sebagai anggota, membayar iuran (premi) sejumlah dengan mekanisme tertentu dan biaya kesehatannya.
- b. Penanggung atau Badan Asuransi (*health insurance institutional*) adalah yang bertanggung jawab mengumpulkan dan mengelola iuran serta membayar biaya kesehatan yang dibutuhkan peserta.

Penyedia Pelayanan Kesehatan (*health provider*) adalah yang bertanggung jawab menyediakan pelayanan kesehatan bagi peserta dan untuk mendapatkan imbalan jasa dari badan asuransi.

2.3.2 Jenis Asuransi Kesehatan

Tergantung dari ciri-ciri yang dimiliki, maka asuransi kesehatan dapat dibedakan atas beberapa macam antara lain :

- a. Ditinjau dari Pengelola Dana
 - 1) Asuransi Kesehatan Pemerintah disebut asuransi kesehatan pemerintah (*government health insurance*), jika pengelola dana dilakukan oleh pemerintah. Dengan ikut sertanya pemerintah

dalam pembiayaan kesehatan akan diperoleh beberapa keuntungan misalnya dapat distandarisasikan.

- 2) Asuransi Kesehatan Sukarela disebut asuransi kesehatan swasta (*private health insurance*), jika pengelola dana suatu badan swasta. Keuntungan mutu pelayanan relatif lebih baik, sedangkan kerugiannya adalah sulit untuk mengawasi biaya kesehatan yang akhirnya akan memberatkan pengguna pelayanan kesehatan.

b. Ditinjau dari Jenis Pelayanan yang Ditanggung

- 1) Menanggung seluruh jenis pelayanan kesehatan. Asuransi kesehatan jenis ini pengelola dana juga bertindak sebagai penyedia pelayanan jenis pelayanan kesehatan yang ditanggung biasanya mencakup seluruh jenis pelayanan kesehatan (*comprehensive plans*)
- 2) Menanggung sebagian pelayanan kesehatan saja. Hal-hal yang ditanggung hanya sebagian dari pelayanan kesehatan (*partial plans*). Misalnya untuk macam pelayanan tertentu yang membutuhkan biaya besar

c. Ditinjau dari Jumlah Dana yang Ditanggung

- 1) Menanggung seluruh biaya kesehatan yang diperlukan. Pada sistem ini seluruh biaya kesehatan yang ditanggung (*first dollar principle*) oleh asuransi kesehatan.
- 2) Hanya menanggung pelayanan kesehatan dengan biaya tinggi saja. Pada sistem ini disini hanya menanggung pelayanan kesehatan

yang membutuhkan biaya besar saja (*large loss principle*) apabila biaya tersebut dibawah standar yang telah ditetapkan peserta harus membayar sendiri.

d. Ditinjau dari Jumlah Peserta yang Ditanggung

- 1) Peserta adalah perseorangan (*individual health insurance*)
- 2) Peserta satu keluarga (*family health insurance*)
- 3) Peserta adalah satu kelompok (*group health insurance*)

e. Ditinjau dari Peranan Badan Asuransi

- 1) Lembaga asuransi hanya bertindak sebagai pengelola dana. Bentuk ini adalah bentuk klasik dari asuransi kesehatan yang apabila dikombinasikan dengan sistem pembayaran ke sarana kesehatan secara *reimbursement*, dapat mendorong tingginya biaya kesehatan. Apabila dikombinasikan dengan sistem *prepayment*, biaya kesehatan akan dapat dikendalikan.
- 2) Bertindak sebagai penyelenggara kesehatan. Bentuk *Health Maintenance Organization* (HMO) adalah salah satu contoh dimana badan asuransi sekaligus juga berperan menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Pada bentuk ini akan diperoleh beberapa keuntungan, yakni dapat diawasinya biaya kesehatan, tetapi juga dapat mendatangkan kerugian yakni kurang sesuai pelayan kesehatan dengan kebutuhan masyarakat.

f. Ditinjau dari Cara Pembayaran Kepada Penyelenggara Pelayanan Kesehatan

- 1) Pembayaran berdasarkan pada jumlah kunjungan peserta (*reimbursement*) yang memanfaatkan pelayanan kesehatan. Semakin banyak jumlah kunjungan, maka semakin besar pula nominal keuntungan yang diterima oleh penyedia pelayanan kesehatan.
- 2) Pembayaran dilakukan dimuka. Pada sistem ini, pembayaran dilakukan secara langsung (*pre-payment*) dalam arti sebelum pelayanan kesehatan selesai diselenggarakan.

2.4 Tinjauan BPJS Kesehatan

2.4.1 Definisi BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. (BPJS, 2017)

Pada Pasal 52 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dibentuk dengan tujuan untuk mewujudkan terselenggaranya

pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta atau anggota keluarganya dengan menganut prinsip:

- a. Kegotongroyongan;
- b. Nirlaba;
- c. Keterbukaan;
- d. Kehati-hatian;
- e. Akuntabilitas;
- f. Portabilitas;
- g. Kepesertaan bersifat wajib;
- h. Dana amanat; dan
- i. Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

2.4.2 Visi dan Misi BPJS

Visi BPJS Kesehatan adalah “Cakupan Semesta 2019” Artinya, paling lambat 1 Januari 2019, seluruh penduduk Indonesia sudah memiliki jaminan kesehatan nasional untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang handal, unggul, dan terpercaya. Untuk mencapai visi tersebut, BPJS Kesehatan mempunyai beberapa misi sebagai berikut:

- a. Membangun kemitraan strategis dengan berbagai lembaga dan mendorong partisipasi masyarakat dalam perluasan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- b. Menjalankan dan memantapkan sistem jaminan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien, dan bermutu kepada peserta melalui kemitraan yang optimal dengan fasilitas kesehatan.
- c. Mengoptimalkan pengelolaan dana program jaminan sosial dan dana BPJS Kesehatan secara efektif, efisien, transparan, dan akuntabel untuk mendukung kesinambungan program.
- d. Membangun BPJS Kesehatan yang efektif berlandaskan prinsip - prinsip tata kelola organisasi yang baik dan meningkatkan kompetensi pegawai untuk mencapai kinerja unggul.
- e. Mengimplementasikan dan mengembangkan sistem perencanaan dan evaluasi, kajian, manajemen mutu, dan manajemen risiko atas seluruh operasionalisasi BPJS Kesehatan.
- f. Mengembangkan dan memantapkan teknologi informasi dan komunikasi untuk mendukung operasionalisasi BPJS Kesehatan.

2.4.3 Pertanggungjawaban BPJS

BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima dengan lengkap. Besaran pembayaran kepada fasilitas kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS

Kesehatan dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut dengan mengacu pada standar tarif pelayanan yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Dalam hal tidak ada kesepakatan atas besaran pembayaran, Menteri Kesehatan memutuskan besaran pembayaran atas program JKN yang diberikan. Dalam JKN, peserta dapat meminta manfaat tambahan manfaat yang bersifat non-medis berupa akomodasi.

Sebagai contoh, peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan. Kondisi ini disebut dengan iuran biaya (*additional charge*). Namun, ketentuan tersebut tidak berlaku bagi peserta PBI. Sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya, BPJS Kesehatan wajib menyampaikan pertanggungjawaban dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan (periode 1 Januari sampai dengan 31 Desember). Laporan tersebut kemudian diaudit oleh akuntan publik dan selanjutnya dikirimkan kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN paling lambat tanggal 30 Juni tahun berikutnya. Laporan tersebut kemudian dipublikasikan dalam bentuk ringkasan eksekutif melalui media massa elektronik dan melalui paling sedikit 2 (dua) media massa cetak yang memiliki peredaran luas secara nasional paling lambat tanggal 31 Juli tahun berikutnya. (Indawati *et al.*, 2018)

2.5 Tinjauan Klaim

2.5.1 Definisi Klaim

Kamus Besar Bahasa Indonesia mendefinisikan klaim sebagai tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak atas sesuatu. Dalam dunia kesehatan, klaim sering dikaitkan dengan Sistem *Reimbursement* atau penggantian biaya klaim dari Jaminan Kesehatan Nasional. Sistem *Reimbursement* erat kaitannya dengan PMIK karena merupakan penerapan dari Kegunaan Rekam medis dalam salah satu aspek ALFRED (*Administrative, Legal, Financial, Research, Education & Documentation*) yaitu dalam aspek Financial.

Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk JKN melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan oleh BPJS ditetapkan didalam Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, yang terdiri atas BPJS Kesehatan yang dahulunya merupakan PT Askes dan BPJS Ketenagakerjaan (Jamsostek). BPJS Kesehatan telah diimplementasikan sejak 1 Januari 2014.

Memasuki awal bulan Maret 2017, BPJS Kesehatan telah menerapkan aturan baru mengenai koordinasi manfaat atau *coordination of benefit* (CoB). Dalam dunia asuransi, *Coordination of Benefit* (CoB) berlaku bila ada kerjasama antara dua perusahaan asuransi untuk menanggung satu nasabah yang sama agar nasabah mendapatkan manfaat maksimal dari program

asuransi yang dia pilih. CoB BPJS diharapkan jadi solusi kendala di lapangan bagi nasabah asuransi yang saat ini punya dua produk asuransi, yaitu BPJS Kesehatan dan asuransi swasta.

2.5.2 Prosedur Verifikasi Administrasi Klaim

Menurut Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim (BPJS Kesehatan, 2014)

Prosedur Verifikasi meliputi :

a. Dokumen Klaim yang Akan Diverifikasi

1) Rawat Jalan

- a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
- b) Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
- c) Diperlukan bukti pendukung pada kasus tertentu (apabila ada pembayaran klaim diluar INA CBG's)

2) Rawat Inap

- a) Surat perintah rawat inap
- b) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
- c) Resume Medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
- d) Diperlukan bukti pendukung pada kasus tertentu (apabila ada pembayaran klaim diluar INA CBG's)

b. Tahapan Verifikasi Administrasi Klaim

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 CBG's

2) Verifikasi Administrasi Pelayanan

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

- a) Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan sebagaimana tersebutkan pada poin sebelumnya terkait berkas klaim yang akan diverifikasi
- b) Apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas akan dikembalikan ke rumah sakit 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.

2.5.3 Alur Verifikasi Klaim



Gambar 2.2 Alur Verifikasi Klaim INA CBG's

Gambar Alur Verifikasi diatas menunjukkan bahwa rekam medis yang telah dinyatakan lengkap selanjutnya akan disebut dengan berkas klaim yang kemudian akan diproses melalui aplikasi INA CBG's berupa file txt. Selanjutnya, Petugas *Casemix* akan mengoreksi kesalahan dalam berkas termasuk melakukan verifikasi terhadap administrasi kepesertaan dan administrasi pelayanan menggunakan Software Verifikasi. Selanjutnya jika berkas telah tervalidasi maka tahapan berikutnya akan diajukan kepada pihak ketiga kerjasama BPJS Kesehatan untuk dilakukan persetujuan klaim. Namun apabila kedatangan berkas yang tidak lengkap, maka selanjutnya berkas akan dikembalikan untuk dilengkapi.

2.6 Tinjauan Kelengkapan Rekam Medis untuk Pengajuan Klaim

2.6.1 Definisi Umum

PERMENKES RI No. 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional mendefinisikan bahwa pengajuan klaim di Rumah Sakit berawal saat pasien masuk rumah sakit (MRS) dimana pasien harus melengkapi persyaratan yang telah diatur oleh Kebijakan Rumah Sakit yang dikunjungi dan telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Pada Pasal 5 terkait Tata Cara Penyelenggaraan Rekam Medis pada PERMENKES RI No. 269 juga tertulis bahwa Rekam Medis sebagaimana yang dimaksud dalam menjalankan praktik kedokteran harus dibuat segera serta dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan (Permenkes 269, 2008).

2.6.2 Komponen Kelengkapan Rekam Medis

Sebuah Jurnal Penelitian tertulis bahwa informasi yang dihasilkan untuk klaim BPJS di dapat dari berkas rekam medis rawat inap meliputi Nomor Rekam Medis, Nomor Kepesertaan, Nomor Surat Eligibilitas Peserta (SEP), Jenis dan Kelas Perawatan, Tanggal Masuk dan Keluar, Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), Tarif RS, Diagnosa, dan Tindakan. (Handayani and Sudra, 2018)

Berdasarkan hasil observasi pada unit casemix RSUD Haji Surabaya, peneliti menyimpulkan bahwa sebagian besar status rekam medis yang berhubungan dengan kelengkapan rekam medis berasal dari berkas yang meliputi :

1. Fotocopy Kartu BPJS

2. Fotocopy Identitas Pasien (KTP/KK)
3. Fotocopy Surat Keterangan Lahir (untuk bayi baru lahir)
4. SEP RITL dan SEP RJTL (Surat Eligibilitas Peserta Rawat Inap Tingkat Lanjut dan Surat Eligibilitas Peserta Rawat Jalan Tingkat Lanjut)
5. Resume Medis yang mencantumkan diagnosis dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
6. Surat Pengantar MRS
7. Surat Keterangan Dirawat (saat mendapat perawatan di rawat inap)
8. Fotocopy Lampiran Pemeriksaan dan Laporan Operasi (jika tersedia)
9. Pada Kasus Tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA CBG's maka diperlukan bukti pendukung :
 - a. Surat Kronologis / *Guarantee Letter* Jasa Raharja (khusus kecelakaan lalu lintas)
 - b. Surat Kronologis untuk trauma non KLL
 - c. Regimen Obat Kemoterapi (jika pasien kemoterapi)
 - d. Resep Alat Bantu Kesehatan & Tanda Terima Alat Bantu Kesehatan
 - e. Surat Pernyataan Naik Kelas (jika pasien mengajukan naik kelas)
 - f. Pemeriksaan Penunjang dari Rumah Sakit lain (jika tersedia)
10. Jika Pasien Meninggal, maka melampirkan :
 - a. Fotocopy Surat Kematian
 - b. Fotocopy Kartu JKN