

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rekam Medis

2.1.1 Pengertian Rekam Medis

Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan atau dokumen tentang pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan. Rekam Medis juga dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik. Penyelenggaraan rekam medis dengan menggunakan teknologi informasi elektronik diatur lebih lanjut dengan peraturan tersendiri (Permenkes No.269 2008)

2.1.2 Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan didalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit (DEPKES RI 2006)

2.1.3 Kegunaan Rekam Medis

Berdasarkan Hatta (1985) rekam medis memiliki tujuan terdiri dari beberapa aspek diantaranya aspek administrasi, legal, finansial, riset, edukasi dan dokumentasi, berikut penjelasan dari aspek diatas :

a. Aspek administrasi

Suatu berkas 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 Medis

Suatu berkas rekam Medis mempunyai nilai Medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan seorang pasien.

c. Aspek Hukum

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

d. Aspek keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat digunakan dalam menghitung biaya pengobatan atau tindakan dan perawatan.

e. Aspek penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

f. Aspek pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan atau kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran di bidang profesi kesehatan.

g. Aspek dokumentasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan sarana pelayanan kesehatan

2.1.4 Fungsi Rekam Medis

Fungsi rekam medis tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 yaitu dapat dipakai untuk:

- a) Dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien
- b) Bahan pembuktian dalam perkara hukum
- c) Bahan untuk keperluan penelitian dan pendidikan
- d) Dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan
- e) Bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan

2.2 Asuransi

2.2.1 Pengertian Asuransi

Menurut Pasal 246 Kitab Undang-undang Hukum Dagang (KUHD) pengertian asuransi adalah :

“Asuransi atau Pertanggungan adalah suatu perjanjian, dimana penanggung dengan menikmati suatu premi mengikat dirinya terhadap tertanggung untuk membebaskannya dari kerugian karena kehilangan, kerugian, atau ketiadaan keuntungan yang diharapkan, yang akan dapat diderita olehnya karena suatu kejadian yang tidak pasti”

Sedangkan menurut (UU RI No.44, 2014) Pengertian Asuransi yaitu:

“Asuransi adalah perjanjian antara dua pihak, yaitu perusahaan asuransi dan pemegang polis, yang menjadi dasar bagi penerimaan premi oleh perusahaan asuransi sebagai imbalan untuk:

- a. Memberikan penggantian kepada tertanggung atau pemegang polis karena kerugian, kerusakan, biaya yang timbul, kehilangan keuntungan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita tertanggung atau pemegang polis karena terjadinya suatu peristiwa yang tidak pasti; atau
- b. Memberikan pembayaran yang didasarkan pada meninggalnya tertanggung atau pembayaran yang didasarkan pada hidupnya tertanggung dengan manfaat yang besarnya telah ditetapkan dan/atau didasarkan pada hasil pengelolaan dana”

Dari pengertian yang telah diuraikan dapat disimpulkan bahwa perusahaan asuransi akan mengganti sejumlah biaya yang telah dikeluarkan oleh nasabah dengan syarat dan ketentuan yang berlaku sesuai dengan kesepakatan diawal.

2.2.2 Jenis-Jenis Asuransi

Di Indonesia, ada beberapa jenis asuransi kesehatan secara garis besar, jenisnya dibagi ke dalam tiga kategori ini:

1. Asuransi Kesehatan Berdasarkan Jenis Perawatannya

a. Rawat inap

Asuransi rawat inap memiliki manfaat utama untuk membiayai perawatan tertanggung selama menjalani rawat inap saat sakit. Jika seseorang memiliki asuransi rawat inap, biasanya semua biaya yang timbul saat rawat inap akan ditanggung perusahaan asuransi. Tak sedikit orang yang mengambil asuransi jenis ini karena membutuhkan rawat inap yang memberikan perawatan maksimal dan pengawasan dokter, lengkap dengan pengawasan tim medis 24 jam.

Asuransi rawat inap juga memberikan manfaat maksimal jika melibatkan operasi bedah. Biasanya, pembedahan membutuhkan waktu cukup lama dan rumah sakit memasukkan tagihannya ke dalam tagihan rawat inap. Jika seseorang memiliki asuransi jenis ini, tak perlu khawatir tentang biaya dan bisa fokus pada proses penyembuhan.

b. Rawat jalan

Asuransi rawat jalan adalah asuransi yang menanggung biaya perawatan tertanggung ketika menjalani rawat jalan atas sakit yang

dideritanya. Beberapa jenis biaya perawatan yang biasanya dicover asuransi rawat jalan adalah cek lab, diagnosis medis, dan berbagai tindakan yang tidak mengharuskan bertanggung untuk menginap atau opname di rumah sakit. Rawat jalan pas untuk sakit yang bersifat non-darurat dan membutuhkan perawatan yang tidak sebentar. Rawat jalan disukai banyak orang karena dianggap praktis dan tidak perlu repot-repot harus dirawat di rumah sakit.

2. Asuransi Kesehatan Berdasarkan Badan Penyelenggara

a. Asuransi Kesehatan Pemerintah

Asuransi pemerintah ini lebih dikenal dengan BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan). Asuransi kesehatan yang dikelola pemerintah ini berorientasi pada penyediaan jaminan kesehatan pada masyarakat secara menyeluruh. Dalam pelaksanaannya pun, asuransi pemerintah ini menggunakan asas gotong royong sehingga bisa membantu masyarakat dari kondisi ekonomi menengah ke bawah. Premi yang dibayarkan pun bisa disubsidi oleh pemerintah, tetapi hanya bagi mereka yang berhak mendapatkannya. Dikarenakan mengusung asa gotong royong dan dimaksudkan untuk meng-cover seluruh masyarakat Indonesia, asuransi pemerintah memiliki berbagai keterbatasan jika dibandingkan dengan asuransi swasta.

b. Asuransi Kesehatan Swasta

Asuransi jenis ini adalah asuransi kesehatan yang dikelola suatu perusahaan atau badan swasta. Asuransi jenis ini biasanya premi

dibayarkan nasabah secara penuh. Premi yang dibayarkan pun bervariasi sesuai dengan manfaat yang akan diterima tertanggung. Asuransi swasta biasanya dianggap mahal oleh kebanyakan orang. Namun, perlu dipahami bahwa mahal tidaknya premi sangat bergantung pada apa saja yang ditanggung dalam polis asuransi yang pilih.

3. Asuransi Kesehatan Berdasarkan Pihak Tertanggung

a. Personal

Asuransi personal dilihat dari siapa yang ditanggung asuransi tersebut, yaitu individu secara perorangan. Perlindungan dan manfaat asuransi kesehatan yang diberikan hanya menjangkau satu orang saja yang memiliki asuransi tersebut. Di dalam polis asuransi personal, tertanggung tidak bisa menggunakan asuransi tersebut untuk orang lain.

b. Kolektif atau kelompok

Berbeda dari asuransi personal yang hanya meng-*cover* secara perorangan, perlindungan kesehatan yang diberikan asuransi kelompok mencakup seluruh anggota suatu kelompok. Misalnya, asuransi kesehatan keluarga yang meng-*cover* satu keluarga atau asuransi kesehatan perusahaan yang meng-*cover* satu perusahaan. Jadi, setiap anggota keluarga atau anggota perusahaan mendapatkan perlindungan yang sama dari asuransi kelompok yang dimiliki.

4. Asuransi Kesehatan Berdasarkan Dari Cara Penggantian

a. *Cashless*

Cashless adalah cara penggantian ganti rugi dengan langsung menunjukkan member kartu anggota asuransi pada rumah sakit rekanan perusahaan asuransi tersebut, cara ini tidak menyulitkan tertanggung dengan pengurusan syarat-syarat pengajuan klaim.

b. *Reimbursement*

Reimbursement merupakan cara pengajuan ganti rugi dengan cara nasabah membayar seluruh biaya perawatan dirumah sakit terlebih dahulu, setelah dirawat pasien mengurus ke asuransi, melengkapi dokumen yang diperlukan dan mengajukan ke perusahaan asuransi untuk meminta ganti rugi pembayaran rumah sakit.

Dari penjelasan jenis-jenis asuransi diatas, pasti ada kelebihan dan kekurangan sebagai calon nasabah dari perusahaan asuransi akan lebih baik jika menyukaikan dengan kebutuhan kesehatannya.

2.2.3 Manfaat Asuransi

Asuransi kesehatan akan membantu ketersediaan untuk semua kebutuhan biaya dokter, obat-obatan, rawat inap, sampai dengan tindakan operasi. Jika sewaktu-waktu jatuh sakit, maka perusahaan asuransilah yang akan menanggung biaya pengobatan, sesuai dengan kontrak atau kesepakatan. Secara umum, melalui sejumlah premi yang dibayarkan, asuransi kesehatan akan memberikan perlindungan kepada nasabah. Namun begitu, jenis perawatan atau program yang tersedia pasti bermacam-macam jenisnya.

Manfaat-manfaat yang ditawarkan sebagai perlindungan untuk nasabah pun berbagai macam jenisnya. Berikut ini tiga manfaat asuransi kesehatan yang selalu ditawarkan dalam sebuah premi asuransi :

1. Manfaat Rawat Inap (*Inpatient*)

Salah satu manfaat yang akan didapatkan saat membeli asuransi kesehatan adalah manfaat rawat inap yang dapat dinikmati oleh peserta asuransi kesehatan. Manfaat ini meliputi biaya rumah sakit, biaya laboratorium, biaya melahirkan, serta biaya gawat darurat (*emergency service*).

2. Manfaat Rawat Jalan (*Outpatient*)

Manfaat lain yang akan diberikan kepada nasabah asuransi kesehatan biasanya berupa perlindungan terhadap biaya rawat jalan. Manfaat ini meliputi beban konsultasi dokter umum atau spesialis, obat menggunakan resep, biaya atas tindakan pencegahan, serta biaya alat-alat bantu yang dianjurkan oleh dokter. Namun, terdapat batas maksimum penggunaan dana setiap tahunnya dalam manfaat rawat jalan.

3. Manfaat Nilai Tunai

Melalui manfaat yang satu ini, perusahaan asuransi akan membayarkan sejumlah dana jika nasabah sakit dan harus mendapatkan rawat inap di rumah sakit. Uang ini didedikasikan untuk mengganti biaya transport atau pendapatan kita yang hilang selama kita dirawat di rumah sakit.

Dari beberapa manfaat yang telah diuraikan, terlihat bahwa asuransi dapat membantu nasabah dalam mengatasi ketidakpastian dalam pembiayaan selama perawatan di rumah sakit rawat inap maupun rawat jalan.

2.3 Formulir Reimbursement

Formulir *Reimbursement* adalah formulir yang didapat dan digunakan oleh nasabah untuk klaim biaya yang telah dikeluarkan selama perawatan di rumah sakit dimana nasabah tersebut dirawat, agar nantinya bisa diajukan kepada perusahaan asuransi dimana nasabah tersebut terdaftar sebagai anggota dari asuransi tersebut. Dibawah ini merupakan salah satu contoh Formulir *Reimbursement* dari salah satu perusahaan asuransi swasta:



FORMULIR KLAIM RAWAT INAP

(Diisi oleh Pemegang Polis/Tertanggung)

Agar mempercepat proses klaim, harap semua pertanyaan di bawah ini dijawab dengan benar, lengkap, dan jelas.

Yang bertandatangan di bawah ini :

Data Pemegang Polis & Tertanggung	
Nama Pemegang Polis	:
Nama Tertanggung	:
No. Polis	:
Nomor Telepon / Handphone	:
Nomor KTP / Identitas lain	:

Menyatakan bahwa:

Data Pasien	
Nama Pasien	:
Jenis kelamin	: <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Nama panggilan / nama lain / alias	:
Tempat, Tanggal lahir ; Usia	:
Nomor KTP / identitas lain	:
Telah dirawat inap pada :	
Periode Perawatan	Dari (gg/bln/thn) _____ s/d (gg/bln/thn) _____
Nama & alamat Rumah Sakit	_____
Dokter yang merawat	_____
No. Kartu Pasien	_____
Jika rawat inap karena Penyakit	
Keluhan & gejala yang menyebabkan masuk rumah sakit	_____
Sejak kapan keluhan & gejala tersebut pertama kali muncul	Tanggal / bulan / tahun : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> atau sejak _____
Nama / Diagnosa penyakit	_____
Jika rawat inap karena Kecelakaan	
Tempat & tanggal terjadinya kecelakaan	_____, <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> tanggal / bulan / tahun
Keadaan luka secara terperinci	_____
Kronologis terjadinya kecelakaan*	_____
Jika rawat inap karena penyebab lain	
Apakah penyebab rawat inap disebabkan oleh pengaruh alkohol/ narkotika/ obat-obatan/ lainnya ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Mohon jelaskan* : _____
Apakah anda memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan Hipertensi, Kencing manis, Jantung, Paru-paru, Kejang, Bawaan, HIV, atau penyakit lainnya ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Jika Ya, Penyakit : _____ Didenda sejak : _____
Nama Dokter/ Rumah Sakit/ Puskesmas/ Laboratorium/ Balai Pengobatan apapun yang pernah anda kunjungi untuk konsultasi penyakit lainnya ?	_____
Polis lain yang dimiliki oleh Tertanggung	Nama Perusahaan Asuransi : _____ Nama Program Asuransi : _____ No. Polis : _____
Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke :	
Nama	:
No. Rekening	: _____ Mata Uang : <input type="checkbox"/> Rupiah <input type="checkbox"/> US\$
Bank	:
Cabang	:

*Gunakan lembar tambahan jika diperlukan

mandiri 12 2



AXA mandiri

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP

PERNYATAAN SURAT KUASA

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan yang mempunyai catatan/ keterangan atau mengetahui keadaan/ kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT Mandiri AXA General Insurance atau mereka yang diberi kuasa olehnya segala catatan/ keterangan mengenai diri dan keadaan/ kesehatan Tertanggung. Fotocopy dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di _____ Tanggal / / _

(_____)
Tanda tangan dan Nama jelas

Pengajuan Klaim Rawat Inap harus disertai dengan dokumen-dokumen sebagai berikut :

- Fotocopy Polis Tertanggung
- Fotocopy KTP Tertanggung
- Formulir Klaim Rawat Inap - Asli
- Surat Keterangan Dokter - Asli
- Fotokopi Legalisir Kwitansi/ bukti pembayaran dari Rumah Sakit dan seluruh perinciannya
- Fotokopi Legalisir Hasil pemeriksaan penunjang (Laboratorium, Radiologi, ENG, dll)
- Dokumen lain yang dianggap perlu

Gambar 2.1 Contoh Formulir *Reimbursement*

Sumber : <https://axa-mandiri.co.id/formulir> diakses pada tanggal 9 juni 2022

2.4 Klaim

2.4.1 Pengertian Klaim

Klaim adalah tuntutan penanggung kepada tertanggung sesuai dengan kontrak perjanjian yang sudah disepakati sebelumnya dan yang harus dipenuhi oleh pihak penanggung. Melihat pengertian ini maka istilah klaim sering digunakan dalam dunia asuransi. Dalam hal ini nasabah asuransi berperan sebagai tertanggung, sedangkan penerbit asuransi berperan sebagai penanggung. Klaim

asuransi merupakan tuntutan dari pihak tertanggung antara pihak asuransi dengan pihak tertanggung yang melakukan pembayaran premi untuk menjamin pembayaran ganti rugi, tuntutan tersebut bisa dilakukan karena ada kontrak perjanjian.

Klaim adalah permohonan resmi yang diajukan oleh tertanggung kepada perusahaan asuransi agar melakukan pembayaran kepadanya. Klaim asuransi ini berlaku untuk semua jenis asuransi, seperti asuransi jiwa, asuransi kesehatan, asuransi pendidikan dan jenis asuransi lainnya.

2.4.2 Tujuan Klaim

Tujuan dari klaim asuransi adalah untuk memberikan manfaat yang sesuai dengan ketentuan dalam polis asuransi kepada pemegang polis (tertanggung). Agar Klaim Asuransi dapat diproses dan dibayar oleh perusahaan asuransi, ada berbagai ketentuan penting mengenai pengajuan klaim yang harus diperhatikan.

- a. Klaim sesuai dengan yang tertera dalam polis. Sebelum mengajukan klaim asuransi, pastikan bahwa anda memiliki manfaat yang sesuai dengan yang tercatat didalam polis asuransi.
- b. Polis masih berlaku (*inforce*). Anda harus memastikan juga, bahwa polis anda masih berada dalam keadaan *Inforce* / berlaku / aktif. Jadi agar polis Anda senantiasa dalam keadaan *Inforce*, pastikan anda melakukan pembayaran / transaksi secara rutin (terutama di dua tahun pertama, jangan sampai ada yang bolong).
- c. Polis tidak dalam masa tunggu. Pastikan Polis asuransi tidak dalam masa tunggu. Maksudnya masa tunggu adalah masa mulai berlakunya perlindungan

asuransi. Contohnya : untuk perlindungan rawat inap yang disebabkan karena sakit, seperti : typhus, demam berdarah, dll. Masa tungguanya adalah 30 hari sejak diterima sebagai peserta asuransi.

- d. Klaim termasuk dalam pertanggungan. Pastikan klaim yang diajukan bukan pengecualian yang tertera dalam polis. Contoh : peserta asuransi sudah pernah menjalani operasi batu ginjal, nah ketika mengajukan sebuah polis jenis asuransi, disuruh medical. Dan ternyata hasil medicalnya kurang bagus, sehingga untuk sakit karena batu ginjal tidak dicover. Jadi kalau peserta asuransi mengajukan klaim karena batu ginjal, otomatis perusahaan asuransi tidak akan membayarnya (Sri, 2011).

4.4.3 Tahapan Klaim

Setelah semua syarat dan ketentuan telah terpenuhi tetanggung kemudian menyerahkan kepada pihak penanggung (perusahaan asuransi) supaya bisa segera diproses. Adapun tiga tahapan klaim yaitu sebagai berikut:

1. *Notification*

Merujuk kepada batas waktu pelaporan klaim 7, 14, 30 hari sesuai dengan ketentuan polis. Melaporkan kepada perusahaan asuransi secara tertulis (verbal dan diikuti dengan laporan tertulis).

2. *Investigation (Fact-finding Survey di lokasi)*

Permintaan beberapa dokumen pembuktian atas nilai kerugian dan lainnya, penunjukkan jasa penilai kerugian (estimasi nilai kalim diperlukan)

3. *Submission*

4. Tertanggung mengirimkan dokumen pendukung klaim yang diminta oleh penanggung. Penanggung melakukan pemeriksaan kesesuaian dokumen kepada polis, kelengkapan dokumen yang diminta oleh penanggung dan mengirimkan kepada pihak penanggung.

2.5 Evaluasi

2.5.1 Pengertian Evaluasi

Pengertian evaluasi yang dikemukakan oleh Stufflebeam, kemudian dikutip (Arikunto dan Jabar, 2010), menyatakan bahwa evaluasi merupakan proses penggambaran, pencarian dan pemberian informasi yang sangat bermanfaat bagi pengambil keputusan dalam menentukan alternatif keputusan. Evaluasi tidak hanya sebagai penutup atau akhir dari suatu program tertentu, melainkan kegiatan yang dilakukan dari awal program kegiatan berlangsung hingga akhir dari program tersebut selesai.

2.5.2 Tujuan Evaluasi

Evaluasi memiliki beberapa tujuan antara lain yaitu :

1. Untuk mengetahui tingkat penguasaan atau pemahaman seseorang terhadap kompetensi yang telah ditetapkan.
2. Untuk mengetahui kesulitan atau rintangan yang dihadapi oleh seseorang dalam kegiatannya sehingga dengan diadakan evaluasi dapat membantu memecahkan masalah dan kesulitan yang dihadapi.
3. Bisa menjadi umpan balik informasi yang baik untuk pelaksana sehingga bisa memperbaiki kekurangan yang ada.

4. Digunakan untuk mengetahui efektivitas dan efisiensi metode atau cara yang telah diterapkan.

2.5.3 Prosedur Evaluasi

Menurut Umar (2005), evaluasi pada umumnya memiliki tahapan-tahapannya sendiri. Berikut penjelasan salah satu tahapan evaluasi yang umumnya digunakan :

- 1) Menentukan apa yang akan dievaluasi

Dalam program kerja perusahaan banyak terdapat aspek-aspek yang dapat dan perlu dievaluasi. Tetapi biasanya yang di prioritaskan untuk dievaluasi adalah hal-hal yang menjadi key-succcess faktornya.

- 2) Merancang (desain) kegiatan evaluasi

Menentukan dahulu desain evaluasinya agar data apa saja yang dibutuhkan, tahapan-tahapan kerja yang dilalui, siapa saja yang akan dilibatkan, serta apa saja yang akan dihasilkan menjadi jelas.

- 3) Pengumpulan data

Setelah desain ditentukan, melakukan pengumpulan data dapat dilakukan secara efektif dan efisien, yaitu sesuai dengan kaidah-kaidah ilmiah yang berlaku dan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan.

- 4) Pengolahan dan analisis data

Setelah data terkumpul, data tersebut kemudian diolah untuk dikelompokkan agar mudah dianalisis dengan menggunakan alat-alat analisis yang sesuai, sehingga dapat menghasilkan fakta yang dapat dipercaya.

Selanjutnya, dibandingkan antara fakta dan harapan/rencana untuk menghasilkan gap. Besar gap akan sesuai dengan tolok ukur tertentu sebagai hasil evaluasinya.

5) Pelaporan hasil evaluasi

Agar hasil evaluasi dapat dimanfaatkan bagi pihak-pihak yang berkepentingan, hendaknya hasil evaluasi didokumentasikan secara tertulis dan diinformasikan baik secara lisan maupun tulisan.

6) Tindak lanjut evaluasi

Evaluasi merupakan salah satu bagian dari fungsi manajemen. Oleh karena itu, hasil evaluasi hendaknya dimanfaatkan oleh manajemen untuk mengambil keputusan dalam rangka mengatasi masalah manajemen baik di tingkat strategi maupun di tingkat implementasi strategi.

2.6 Proses Reimbursement Asuransi Swasta

Secara umum dalam proses reimbursement tertanggung/peserta yaitu memastikan bahwa polis asuransi kesehatan aktif, kemudian menyiapkan dokumen-dokumen yang dibutuhkan dalam proses klaim. Setiap perusahaan asuransi biasanya memiliki syarat sendiri karena itu tertanggung/peserta bisa menghubungi tenaga pemasar, untuk dapat mengetahui step dalam proses klaim. Satu hal yang perlu diingat segera lakukan klaim asuransi ketika sudah diizinkan pulang, karena biasanya perusahaan asuransi menetapkan tenggat waktu maksimal 30 hari setelah kejadian. Berikut dibawah ini dokumen yang dibutuhkan dalam proses reimbursement asuransi swasta yaitu:

1. Formulir Klaim Rawat Inap (bisa didapatkan website/kantor asuransi peserta)

2. Kartu Identitas Pemegang Polis dan Tertanggung/Peserta* (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku * *Kartu Identitas Tertanggung/Peserta jika berusia di atas 17 tahun/sudah menikah*
3. Surat Keterangan Dokter Rawat Inap atau Rawat Jalan, dan/atau resume medis yang telah diisi lengkap, jelas, dan ditandatangani oleh dokter yang merawat Tertanggung/Peserta
4. Bukti bayar asli (*Kuitansi/Official Receipt*)
5. Rincian biaya perawatan asli (*Tax Invoice Original/Itemized Bill*) termasuk rincian obat serta jasa perawatan yang diberikan
6. Surat koordinasi manfaat jika mengajukan klaim atas selisih biaya perawatan yang sudah dibayarkan oleh perusahaan asuransi/instansi lain
7. Surat Keterangan Penjaminan BPJS jika perawatan sudah dijamin BPJS
8. Salinan hasil pemeriksaan laboratorium/radiologi/pemeriksaan penunjang lain saat perawatan
9. Surat Kuasa Informasi Data Medis bermaterai
10. Data Rekening Pemegang Polis (PT Prudential Life, 2020)

2.7 Lama Waktu Penyelesaian Formulir *Reimbursement*

Berdasarkan sop yang ada di unit rekam medis rumah sakit premier Surabaya telah menetapkan bahwa penyelesaian formulir *reimbursement* untuk klaim asuransi maksimal 5 hari kerja terhitung dari tanggal pengajuan dan tanggal penyelesaian pengisian formulir *reimbursement*.

2.8 Faktor Pendukung dan Penghambat

Faktor pendukung dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah semua faktor yang sifatnya turut mendorong, menyokong, melancarkan, menunjang, membantu, mempercepat dan sebagainya terjadinya sesuatu. Sedangkan faktor penghambat adalah semua jenis faktor yang sifatnya menghambat (menjadikan lambat) atau bahkan menghalangi dan menahan terjadinya sesuatu. Dalam penelitian hal ini digunakan menjadi salah satu bahan evaluasi untuk menarik sebuah kesimpulan.