

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

1.1 Landasan Teori

1.1.1 Rumah Sakit

A. Pengertian Rumah Sakit

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 3 Tahun 2020 tentang definisi Rumah Sakit Bab 1 Pasal 1 Ayat (1) disebutkan bahwa Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Menurut World Health Organization (WHO), Rumah Sakit merupakan bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), serta pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat (WHO, 1947). Di dalam Rumah Sakit terdapat sarana kesehatan tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat. Rumah Sakit tersebut terdapat pelayanan diantaranya pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, pelayanan perawatan, pelayanan rehabilitasi, pencegahan penambahan kesehatan, sebagai tempat edukasi dan atau pelatihan medik, dan sebagai tempat riset dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan serta guna menghindari resiko dan gangguan kesehatan sebagaimana yang dimaksud, sampai-sampai perlu adanya penyelenggaraan kesehatan lingkungan lokasi tinggal sakit dengan persyaratan kesehatan. Berdasarkan peraturan Departemen RI tahun 1989, rumah sakit juga merupakan pusat pelayanan rujukan medik spesialisik dan sub spesialisik dengan fungsi utama menyediakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan bersifat penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitasi pasien). Dilihat dari sudut pandang

pelayanannya, Rumah Sakit juga diartikan sebagai sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, pelayanan gawat darurat, pelayanan medik dan non medik yang dalam melakukan proses kegiatan hasilnya dapat mempengaruhi lingkungan sosial, budaya dan dalam menyelenggarakan upaya tersebut dapat mempergunakan teknologi yang diperkirakan mempunyai potensi besar terhadap lingkungan.

B. Jenis-jenis Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 3 Tahun 2020 disebutkan bahwa Rumah Sakit dikategorikan menjadi:

1. Rumah Sakit Umum

Rumah Sakit Umum yaitu Rumah Sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada segala bidang dan segala jenis penyakit. Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit umum paling sedikit terdiri dari:

- a. Pelayanan medik dan penunjang medik terdiri atas pelayanan medik umum, pelayanan medik spesialis, dan pelayanan medik subspecialis.
- b. Pelayanan keperawatan dan kebidanan yang meliputi asuhan keperawatan generalis, asuhan keperawatan spesialis dan asuhan kebidanan.
- c. Pelayanan nonmedik terdiri atas pelayanan farmasi, pelayanan laundry/biantu, pengolahan makanan/gizi, pemeliharaan sarana prasarana dan alat kesehatan, informasi dan komunikasi, pemulasaraan jenazah, dan pelayanan non medik lainnya.

2. Rumah Sakit Khusus atau Spesialis

Rumah Sakit khusus atau spesialis ialah Rumah Sakit yang memberikan pelayanan perawatan utama pada suatu bidang atau jenis penyakit khusus atau tertentu. Rumah sakit khusus terdiri atas:

- a. Rumah Sakit Ibu dan Anak
- b. Rumah Sakit Mata
- c. Rumah Sakit Gigi dan Mulut
- d. Rumah Sakit Ginjal
- e. Rumah Sakit Jiwa
- f. Rumah Sakit Infeksi
- g. Rumah Sakit Telinga-hidung-tenggorokan kepala leher
- h. Rumah Sakit Paru
- i. Rumah Sakit Ketergantungan Obat
- j. Rumah Sakit Bedah
- k. Rumah Sakit Otak
- l. Rumah Sakit Orthopedi
- m. Rumah Sakit Kanker
- n. Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah

Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit Khusus terdiri atas pelayanan medik dan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan non medik.

C. Tugas dan fungsi Rumah Sakit

Adapun tugas dan fungsi Rumah Sakit sebagai berikut:

1. Pemberian Perawatan Medis

Tujuan dan fungsi utama sebuah Rumah Sakit adalah memberikan perawatan medis kepada pasien yang mencakup diagnosis, pengobatan, perawatan, dan pemulihan dari berbagai penyakit

cedera, atau kondisi medis.

2. Pelayanan Gawat Darurat

Di setiap Rumah Sakit terdapat pelayanan gawat darurat 24 jam dan 7 hari yang tidak pernah libur untuk merawat pasien dalam keadaan apapun.

3. Perawatan Jangka Panjang

Rumah Sakit telah menyediakan perawatan jangka panjang bagi pasien yang memerlukan pemantauan dan perawatan berkelanjutan.

4. Pencegahan Penyakit

Di dalam program Rumah Sakit terdapat pula upaya pencegahan penyakit melalui vaksinasi, program kesehatan masyarakat, edukasi kesehatan, dan kampanye pencegahan penyakit tertentu.

5. Penelitian Medis

Terdapat fasilitas penelitian medis yang mendukung penelitian ilmiah untuk mengembangkan pengetahuan medis, memahami penyakit, dan mencari terapi atau obat-obatan baru.

6. Pendidikan dan Penelitian

Rumah Sakit juga sering menjadi tempat pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis, termasuk mahasiswa kedokteran, perawat, dan tenaga medis lainnya.

7. Pelayanan Sosial dan Psikologis

Pelayanan sosial dan psikologis sangat penting untuk mendukung pasien dan keluarga mereka dalam menghadapi aspek sosial dan emosional dari penyakit atau perawatan yang telah diberikan.

8. Konsultasi Medis

Pihak Rumah Sakit juga wajib memberikan konsultasi medis dan diagnosis bagi pasien yang mengalami gejala penyakit atau membutuhkan panduan tentang perawatan yang tepat.

9. Kolaborasi dengan Fasilitas Kesehatan lain

Selain itu Rumah Sakit juga bekerja sama dengan pusat kesehatan primer, klinik, dan fasilitas kesehatan lainnya untuk memastikan pasien menerima perawatan koordinasi dan berkesinambungan

10. Manajemen Kesehatan Pasien

Manajemen Kesehatan Pasien dalam Rumah Sakit sangat membantu dan mengelola perawatan pasien, termasuk penggunaan obat-obatan, diagnosis, dan rekam medis pasien.

11. Kepatuhan Hukum Kerja

Semua orang yang ada di Rumah Sakit juga harus mematuhi undang-undang ketenagakerjaan yang sudah ditetapkan untuk mengatur hubungan antara Rumah Sakit dan Staf medis serta hak-hak kerja.

12. Manajemen Keuangan dan Pembiayaan

Manajemen keuangan dan pembiayaan di dalam Rumah Sakit juga sangat penting untuk pengelolaan aspek keuangan dan pembiayaan, termasuk administrasi asuransi kesehatan dan pembiayaan perawatan pasien.

A. Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 3 Bab 3 Tahun 2020 disebutkan bahwa klasifikasi Rumah Sakit terdiri dari:

1. Rumah Sakit Umum Kelas A

Rumah Sakit Umum Kelas A adalah rumah sakit yang memiliki pelayanan kedokteran spesialis dan subspesialis yang luas dan ditetapkan sebagai rumah sakit rujukan tertinggi disebut juga rumah sakit pusat. Rumah Sakit yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 250 buah.

2. Rumah Sakit Umum Kelas B

Rumah Sakit Umum Tipe B adalah rumah sakit yang memiliki fasilitas dan kemampuan memberikan pelayanan kedokteran medik spesialis luas dan subspecialis terbatas. Rumah Sakit kelas B ini biasanya didirikan di setiap ibu kota provinsi, yang akan menerima rujukan dari rumah sakit Kabupaten. Rumah Sakit yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 200 buah.

3. Rumah Sakit Umum Kelas C

Rumah Sakit Umum Kelas C adalah Rumah Sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran subspecialis yang terbatas contohnya seperti pelayanan bedah, pelayanan kesehatan anak, serta pelayanan kebidanan dan kandungan. Rumah sakit ini biasanya didirikan di Kota atau Kabupaten sebagai rujukan fasilitas kesehatan tingkat 2. Rumah Sakit yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 buah.

4. Rumah Sakit Umum Kelas D

Rumah Sakit Umum Kelas D adalah rumah sakit yang sifatnya sebagai transisi. Rumah sakit ini biasanya hanya memberikan pelayanan dokter umum dan dokter gigi. Rumah Sakit yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 50 buah.

12.1.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

A. Definisi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dibentuk untuk

memberikan perlindungan sosial bagi seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak.

B. Visi dan Misi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan juga memiliki visi atau tujuan utama untuk memberikan pelayanan kepada seluruh penduduk Indonesia dan juga memiliki semboyan “Cakupan Semesta 2019”. BPJS Kesehatan memastikan seluruh penduduk Indonesia memiliki jaminan kesehatan nasional untuk memperoleh manfaat kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang handal, unggul, dan terpercaya. Selain itu juga terdapat misi BPJS Kesehatan yaitu:

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

C. Tujuan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

Pasal 10 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 memuat tujuan dibentuknya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, yaitu:

1. Melakukan dan menerima pendaftaran dari peserta
2. Menghimpun dan memungut iuran dari peserta dan pemberi kerja
3. Menerima iuran dari pemerintah
4. Pengelolaan dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta
5. Pengumpulan dan pemeliharaan data peserta program jaminan sosial
6. Pembayaran manfaat dan pembiayaan pelayanan kesehatan berdasarkan ketentuan program jaminan sosial
7. Informasi pelaksanaan program jaminan sosial kepada peserta dan warga negara.

D. Wewenang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

BPJS Kesehatan juga mempunyai wewenang dalam melaksanakan tugasnya, tertera dalam pasal 11 UU No. 24 tahun 2011:

1. Menagih pembayaran iuran
2. Menempatkan dana jaminan sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana dan hasil yang memadai
3. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan Jaminan Sosial Nasional.
4. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan pemerintah

5. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan
6. Mengenakan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya
7. Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidak patuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan
8. Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.

12.1.3 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

A. Pengertian jaminan kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah program jaminan kesehatan nasional yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan dapat diakses oleh seluruh warga negara Indonesia yang bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan kepada seluruh warga negara Indonesia. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah menjamin pelayanan kesehatan pada tingkat pertama dan kedua seperti layanan kesehatan di puskesmas atau klinik selain itu juga JKN memberikan akses pada tingkat tiga atau rumah sakit apabila dibutuhkan.

B. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

JKN memberikan manfaat meliputi perawatan medis rutin sampai dengan tindakan medis yang kompleks contohnya seperti akses rawat jalan, rawat inap, persalinan, operasi tertentu yang membutuhkan biaya yang cukup tinggi.

C. Kepesertaan JKN

Peserta dari program JKN meliputi Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN dan bukan Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI) JKN, yaitu:

1. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI)
Pesertanya meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang yang tidak mampu.
2. Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI)
Pesertanya meliputi orang yang tidak tergolong fakir miskin dan tidak mampu, dalam artian orang yang mampu membayar iuran sendiri, meliputi:
 - a. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, terdiri atas: Pegawai Negri Sipil, Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara, Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negri Sipil, Pegawai Swasta.
 - b. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, terdiri atas pekerja diluar hubungan kerja dan pekerja mandiri.
 - c. Bukan Pekerja dan anggota keluarganya, terdiri atas: Investor, Pemberi Kerja, Penerima pensiun, Veteran, Perintis Kemerdekaan dan yang mampu membayar iuran.

12.1.4 Rekam Medis

A. Definisi rekam medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Pasal 1 menyebutkan bahwa rekam medis adalah dokumen yang berisi data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam Medis merupakan berkas yang berisi catatan dan dokumen mengenai identitas pasien, berisikan tentang hasil pemeriksaan, pengobatan, baik rawat jalan maupun rawat inap yang didalamnya sesuai dengan urutan pelayanan atau perawatan yang diberikan kepada pasien.

Catatan medik merupakan catatan yang berisi segala data pasien mulai dari masa sebelum dilahirkan, lahir, tumbuh kembang menjadi dewasa hingga berakhir hidupnya. Data ini dibuat apabila pasien akan mengunjungi instalasi kesehatan baik sebagai pasien rawat jalan maupun rawat inap.

Rekam medis electronic kesehatan merupakan suatu kegiatan pengkomputerisasian isi rekam medis mulai dari pengumpulan, mengolah, menganalisis, dan yang terakhir mempresentasikan data yang berhubungan dengan kegiatan pelayanan kesehatan yang sudah diberikan kepada pasien. Adapun kegiatan penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik meliputi:

- a. Registrasi pasien
- b. Pendistribusian data rekam medis elektronik
- c. Pengisian informasi klinis
- d. Pengelolaan Informasi Rekam Medis Elektronik
- e. Penginputan data untuk klaim pembayaran
- f. Penyimpanan rekam medis elektronik
- g. Penjaminan mutu rekam medis elektronik
- h. Transfer rekam medis elektronik

B. Kegunaan rekam medis

1. Sebagai komunikasi medis antara dokter dengan tenaga ahli yang memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien
2. Menyediakan data untuk keperluan penelitian dan pengobatan sebagai dasar perencanaan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada pasien
3. Sebagai bukti tertulis dalam segala tindakan, pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung atau dirawat ke Rumah Sakit
4. Sebagai analisis, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien

5. Sebagai perlindungan hukum bagi pasien, rumah sakit, dokter dan tenaga kesehatan
6. Sebagai dasar perhitungan pembayaran pelayanan medik pasien
7. Menjadi sumber yang harus di dokumentasikan dan bahan pertanggung jawaban dan laporan

C. Isi rekam medis

Didalam isi catatan medis harus disesuaikan dengan kebutuhan dalam pemakaiannya, khususnya lembar rekam meddi rawat ini berisi:

1. Identitas pasien, di dalam identitas pasien berisi NIK, nama lengkap pasien, jenis kelamin, tempat tanggal lahir (TTL), umur, alamat rumah, pendidikan terakhir, pekerjaan, nama ayah/ nama suami, nama ibu, nomor telepon dan nomor rekam medis
2. Tahun dirawat terakhir, untuk mempermudah pencarian berkas yang sudah tidak aktif
3. Dokumen tentang data kesehatan pasien meliputi, penyebab sakit, penentuan tindakan, rehabilitasi, riwayat penyakit pasien dan keluarga, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, perawatan dan terapi obat terakhir, hasil konsultasi.
4. Perintah dokter dalam rencana perawatan, dokter juga bertugas memantau perkembangan pasien, penemuan medis, rencana perawatan, hasil tes laboratorium dan kondisi umum pasien. Perintah ini harus ditandatangani oleh dokter dan diberi tanggal sesuai tanggal pelaksanaan
5. Pencatatan perkembangan kondisi dan respon pasien terhadap perawatan
6. Pemeriksaan lanjutan seperti laboratorium, radiologi, patologi.
7. Pencatatan perawatan yang diberikan dan diagram grafik, perawat bertugas mencatat pengamatan, pengobatan, perawatan, dan pelayanan yang diberikan kepada pasien

8. Formulir anestesi dan recovery yang berisi persetujuan bedah, laporan pra dan post anestesi, laporan operasi, dan laporan yang lain
9. Lembar kontrol istimewa yang berisi catatan lain yang dibutuhkan
10. Ringkasan keluar yang berisi kondisi pasien saat keluar, prognosis, perawatan pasien kembali kontrol untuk follow up. Pada lembar wajib di tanda tangani oleh dokter bermanfaat untuk pertanggung jawaban atas informasi yang ditulis
11. Formulir persetujuan tindakan medis yang ditandatangani oleh pasien, keluarga pasien atau penanggung jawab pasien sebelum dilakukan tindakan tertentu

D. Mutu rekam medis

Rekam medis yang baik dapat mencerminkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan dengan baik. Rekam medis yang baik dan bermutu juga bermanfaat sebagai persiapan bahan evaluasi dan audit medis terhadap pelayanan medis secara retrospektif terhadap rekam medis. Adapun indikator mutu rekam medis sebagai berikut:

1. Berikut isi rekam medis untuk rawat inap (permenkesNo 269/MENKES/PER/III/2008):
 - a. Identitas pasien
 - b. Tanggal dan waktu pasien masuk Rumah Sakit
 - c. Hasil anamnesis, meliputi keluhan dan riwayat penyakit pasien
 - d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis pasien
 - e. Diagnosis
 - f. Rencana penatalaksanaan
 - g. Pengobatan atau tindakan yang akan diberikan
 - h. Persetujuan tindakan (apabila diperlukan)
 - i. Catatan observasi klinis atau hasil pengobatan
 - j. Ringkasan pulang

- k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.
- l. Pelayanan lain yang diberikan oleh pasien yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu
- 2. Berikut isi rekam medis untuk pasien gawat darurat
 - a Identitas pasien
 - b Kondisi pasien saat pasien tiba dipelayanan kesehatan
 - c Identitas pengantar pasien
 - d Tanggal dan waktu pasien tiba dipelayanan kesehatan
 - e Hasil anamnesa
 - f Hasil pemeriksaan fisik penunjang
 - g Diagnosa
 - h Pengobatan atau tindakan
 - i Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindakan lanjutan
 - j Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang ikut membantu memberikan pelayanan kesehatan

Menurut Permenkes 269/2008 rekam medis harus memenuhi persyaratan aspek hukum diantaranya:

- 1. Dalam penulisan rekam medis dilarang menggunakan pensil
- 2. Tidak ada penghapusan
- 3. Coretan, ralat sesuai dengan prosedur yang sudah ada, tanggal dan tanda tangan
- 4. Tulisan harus jelas dan terbaca
- 5. Terdapat tanda tangan yang wajib ditandatangani dan diberi nama petugas yang menangani pelayanan tersebut
- 6. Terdapat tanggal dan waktu pemeriksaan tindakan
- 7. Lembar persetujuan

E. Manfaat rekam medis

Menurut Permenkes No. 24 th 2022 membahas tentang manfaat Rekam Medis, biasanya disingkat dengan istilah “ALFRED”, yang meliputi:

- a. Administrative (isi rekam medis mendeskripsikan mengenai tindakan, wewenang dan tanggung jawab tenaga medis)
- b. Legal (isi rekam medis dapat dijadikan sebagai bukti dalam proses penegakan hukum)
- c. Financial (isi rekam medis dapat dijadikan sebagai dasar penetapan biaya pelayanan medis)
- d. Research (isi rekam medis dapat dijadikan sebagai bahan penelitian untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi)
- e. Education (isi rekam medis dapat dijadikan sebagai bahan atau referensi pembelajaran)
- f. Documentation (isi rekam medis dapat dijadikan sebagai dokumentasi atas tindakan medis yang telah dilakukan terhadap pasien).

F. Komponen Kelengkapan Rekam Medis

Informasi kelengkapan dokumen rekam medis 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 dan Sudra, 2018)

12.1.5 Administrasi Klaim

A. Pengertian Administrasi Klaim

Administrasi klaim adalah sebuah proses mengumpulkan fakta yang berkaitan dengan kesehatan, membandingkan fakta-fakta dengan kontrak asuransi dan menentukan manfaat yang

dibayarkan kepada peserta asuransi. Tujuan dari administrasi klaim adalah untuk membayar semua klaim yang valid dan sesuai, dengan segera, bijaksana dan sesuai polis selain itu juga memiliki tujuan untuk mengumpulkan data membuat analisis untuk kepentingan perhitungan tentang keuangan(Amalia,2023).

B. Prosedur Verifikasi Administrasi Klaim

Berikut dokumen-dokumen rawat inap yang akan diverifikasi (BPJS Kesehatan, 2014):

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

C. Tahap Verifikasi Klaim

1) Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Bertugas sebagai pemeriksaan berkas klaim antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang di input dalam aplikasi INA CBG's

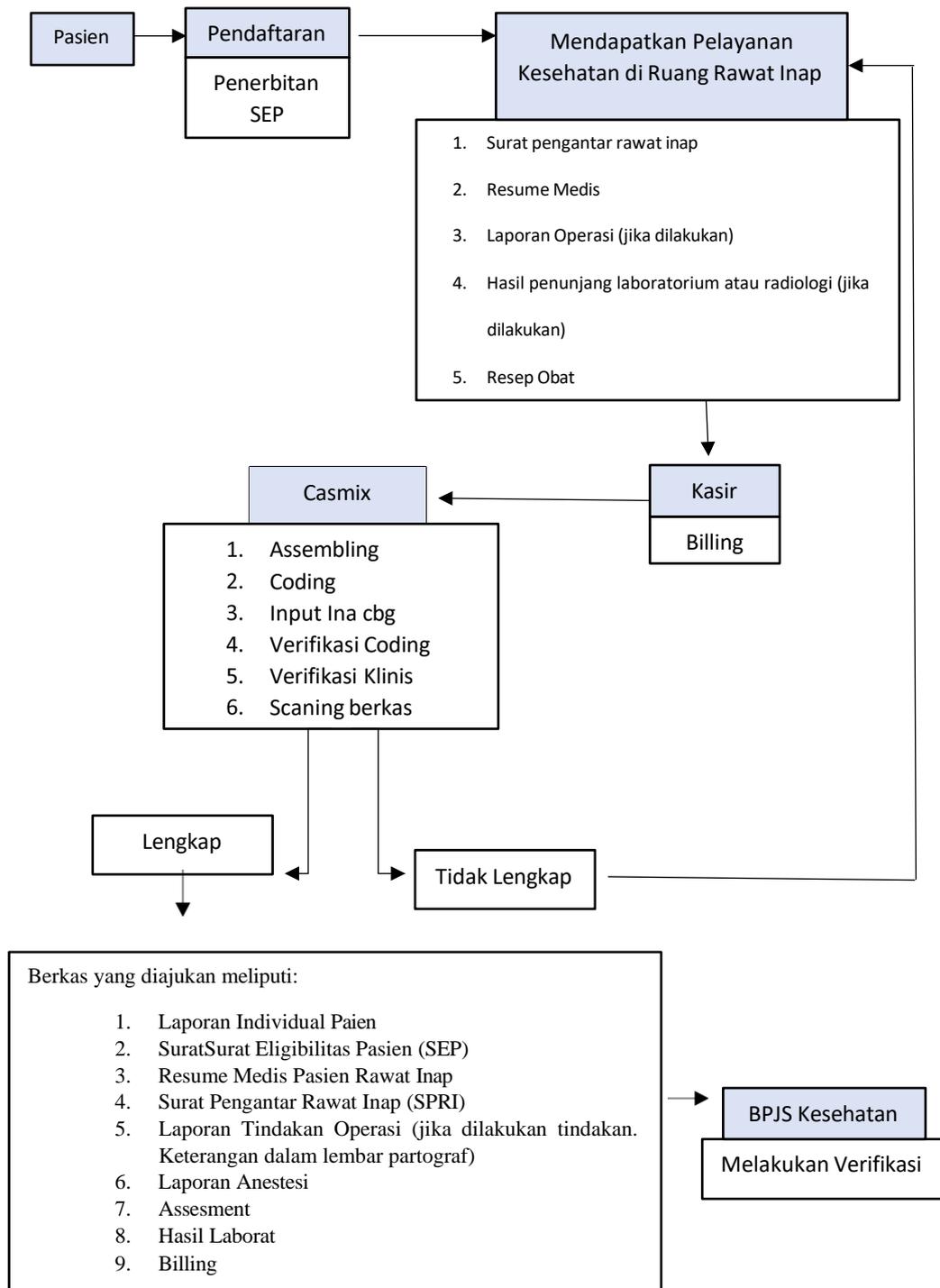
2) Verifikasi Administrasi Pelayanan

Adapun 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 verkas klaim yang akan diverifikasi
- b) Apabila terjadi ketidak sesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi
- c) Dalam penyesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi

d) operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

D. Alur Dokumen Rekam Medis



Gambar 2.1 Peta konsep Alur Dokumen Rekam Medis

Tata cara penggunaan berkas rekam medis untuk klaim BPJS Kesehatan. Mengenai tugas dari masing-masing pegawai di unit casmix mengenai penggunaan dokumen rekam medis untuk klaim BPJS Kesehatan:

- a. Petugas pendaftaran
Pada saat pasien masuk dan mengisi identitas pasien. Setelah data pasien terisi, petugas front office akan melakukan pengecekan, kemudian petugas akan mengecek terdapat tunggakan atau tidak pada kartu BPJS Kesehatan, jika tidak maka petugas pendaftaran akan mencetakkan SEP
- b. Unit pelayanan
Setelah SEP dicetak, pasien dirawat oleh tenaga medis di unit pelayanan medis, kemudian tenaga medis melengkapi resume medis atau bukti pelayanan dengan tanda tangan DPJP. Selanjutnya, tenaga medis yang menangani pasien tersebut harus melengkapi resume medis atau bukti pelayanan meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, penentuan diagnosis dan prosedur.
- c. Kasir
Setelah pasien dirawat dan dinyatakan sembuh serta diperbolehkan pulang, berkas-berkas tersebut akan diserahkan kepada kasir untuk verifikasi pembayaran dan penjumlahan biaya tindakan selama pasien dirawat di Rumah Sakit
- d. Casmix
Kemudian berkas dari unit assembling akan diberikan ke unit casmix. Adapun tugas petugas casmix sebagai berikut:
 - Melakukan assembling berkas-berkas klaim seperti memeriksa kelengkapan formulir yang digunakan untuk proses klaim, penyesuaian Surat Eligibilitas Peserta (SEP), pengecekan kesesuaian resume medis dan tanda tangan DPJP, melampirkan formulir hasil pemeriksaan penunjang yang terdiri dari

laboratoriumd, menerima Billing pembayaran, Resep obat.

- Apabila terdapat kesalahan atau kekurangan pada isi dari berkas-berkas klaim, petugas casmix akan mengembalikan ke unit pelayanan untuk dibenahi atau diganti disesuaikan dengan tepat.
- Menentukan coding yang tepat
- Setelah berkas klaim sudah benar dan sesuai maka petugas casmix akan melakukan input ke dalam aplikasi ina cbg's
- Melakukan verifikasi klinis mauapun koding
- Kemudian per tanggal 1 petugas casmix melakukan verifikasi berkas total selama 1 bulan ke BPJS Kesehatan

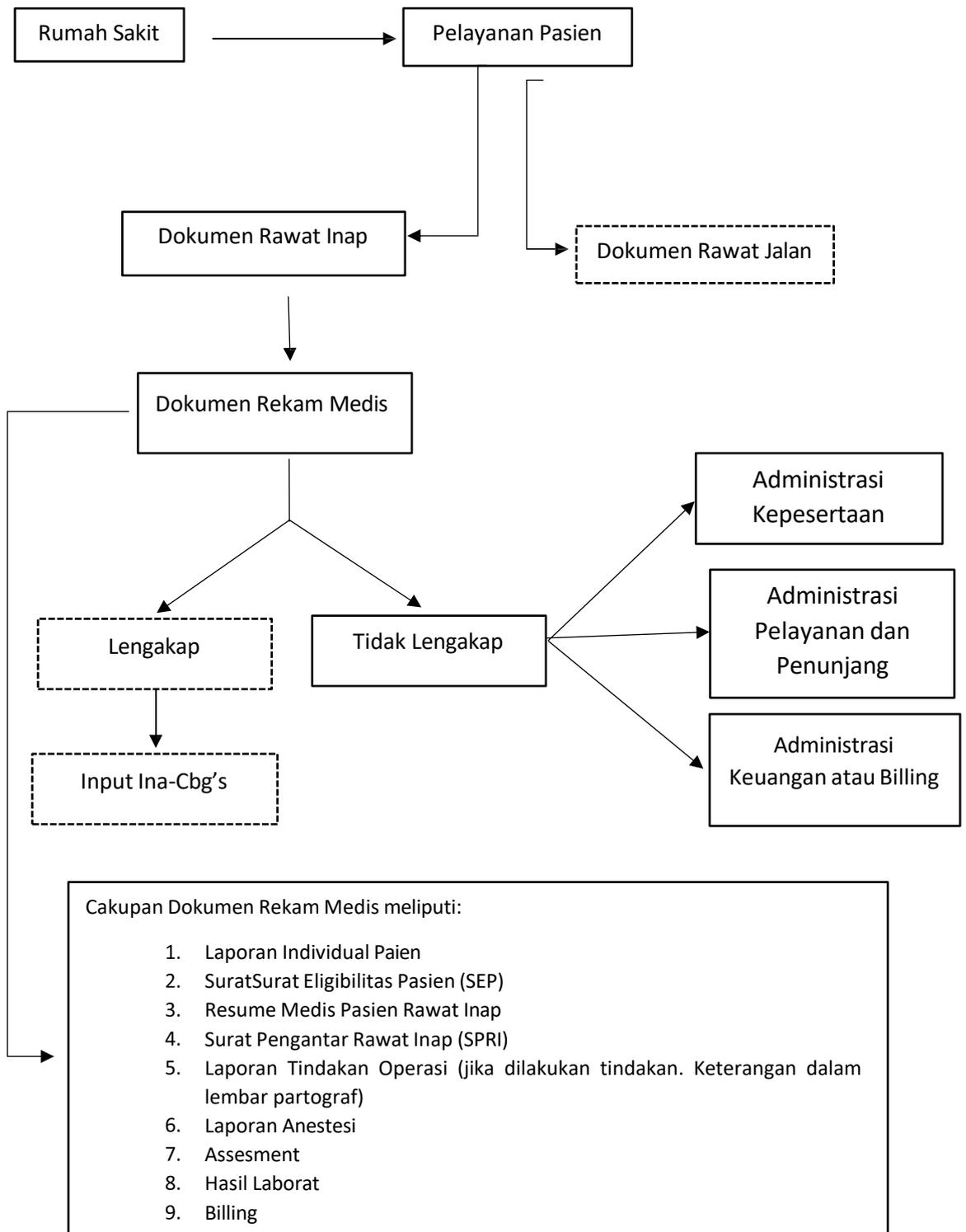
12.1.6 Kerangka Teori



Sumber Eldivira, Azza(2021)

Gambar 2.2 Kerangka Teori Menurut Penelitian Terdahulu

2.2.7 Kerangka konsep



Sumber : Modifikasi teori (Eldivira dan Azza,2022)

Gambar 2.3 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka konsep tersebut, kualitas kelengkapan dokumen rekam medis untuk klaim BPJS Kesehatan dilihat dari:

- a. Identitas pasien: Mencakup nama lengkap, alamat, nomor telepon, nomor rekam medis, tanggal lahir, jenis kelamin, agama, pendidikan, dan pekerjaan.
- b. Riwayat penyakit: Mencakup riwayat penyakit pasien, termasuk penyakit bawaan, riwayat keluarga, dan riwayat penyakit sebelumnya.
- c. Pemeriksaan klinis: Mencakup pemeriksaan fisik, hasil laboratorium, diagnosa dokter, dan hasil pemeriksaan lainnya.
- d. Tindakan medis: Mencakup jenis tindakan medis yang telah dilakukan, obat- obatan yang diberikan, dan hasil tindakan medis.
- e. Resep obat: Mencakup resep obat yang diberikan oleh dokter atau dibeli di apotek, beserta dosis dan aturan minumnya.
- f. Surat rujukan: Mencakup surat rujukan dari dokter atau rumah sakit yang merawat pasien.
- g. Informasi lain: Mencakup surat rujukan dari dokter atau rumah sakit yang merawat pasien

Sedangkan menurut Peraturan BPJS No 7 Pasal 20 bahwa kualitas kelengkapan dokumen rekam medis untuk klaim BPJS Kesehatan sebagai syarat lengkapnya dokumen rekam medis untuk klaim BPJS Kesehatan adalah:

- a. Lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap

jempol tangan Peserta;

- b. Resume medis yang mencantumkan
diagnosa dan prosedur yang ditandatangani oleh
Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP);
- c. Laporan tindakan, prosedur atau laporan operasi;
- d. Hasil pemeriksaan penunjang, apabila dilakukan
- e. Surat perintah rawat inap;
- f. Surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim
pencegahan kecurangan rumah sakit;
- g. Checklist klaim rumah sakit; dan
- h. Iuaran sistem informasi pengajuan klaim yang
diunggah ke sistem informasi BPJS Kesehatan