

## **BAB II**

### **Tinjauan Pustaka**

#### **A. Rekam Medis**

##### 1. Pengertian rekam medis

###### a. Rekam medis menurut permenkes 269/MENKES/PER/III/2008

Rekam medis adalah dokumen yang memuat catatan-catatan tentang identitas pasien, pengobatan yang didapat pasien, hasil pemeriksaan yang telah diberikan serta tindakan dan pelayanan kesehatan lain yang diterima oleh pasien.

###### b. Rekam medis menurut Huffman EK, 1992

Rekam medis adalah catatan atau rekaman berisi tentang who (siapa), what (apa), why (mengapa), when (kapan), dan how (bagaimana) pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien sewaktu masa perawatan yang berisi pemahaman tentang pasien dan pelayanan kesehatan yang didapat serta memuat informasi untuk mengidentifikasi pasien, diagnosa penyakit dan pengobatan serta mencatat hasilnya.

Isi catatan tersebut yaitu:

- 1) Identitas siapa yang berobat dan siapa yang memberikan pelayanan.
- 2) Pelayanan Kesehatan apa saja yang diterima pasien.
- 3) Memberikan keterangan mengapa pelayanan tersebut diberikan atau disebut juga indikasi medis.
- 4) Kapan pelayanan kesehatan diberikan dinyatakan dalam waktu (tanggal, jam, menit).
- 5) Bagaimana prosedur/ cara pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien.<sup>(2)</sup>

## 2. Tujuan rekam medis

Berdasarkan pedoman pengelolaan Rekam Medis rumah sakit di Indonesia, Departemen Kesehatan RI (1997) dinyatakan bahwa :

“Rekam Medis adalah penunjang terlaksananya administrasi yang tertib/tertata sebagai cara untuk pengembangan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Pada kondisi ini dibutuhkan system pengelolaan rekam medis yang tertata dan benar. Salah satu aspek yang menentukan dalam upaya pelayanan kesehatan di Rumah Sakit adalah administrasi yang tertib/tertata.”

## 3. Kegunaan rekam medis

Berdasarkan Departemen Kesehatan RI tahun 1997 manfaat Rekam Medis yaitu, sebagai berikut :

### a. *Administration/* Administrasi

Dokumen Rekam Medis memiliki aspek administrasi, karena mencakup tindakan berlandaskan kewenangan dan kewajiban tenaga medis serta paramedik untuk menggapai target/ tujuan pelayanan kesehatan.

### b. *Medical/* Medis

Dokumen Rekam Medis memiliki aspek medis, yaitu digunakan sebagai acuan untuk menyusun dan merencanakan perawatan/ pengobatan yang akan diberikan kepada pasien.

### c. *Law/* Hukum

Dokumen Rekam Medis memiliki aspek Hukum, karena isinya mencakup permasalahan untuk membuat keputusan hukum berdasarkan keadilan dalam hal upaya untuk menegakkan hokum dan menyediakan tanda bukti untuk penegakkan hokum.

d. *Financial/* Keuangan

Pelayanan kesehatan akan di catat dengan lengkap dan akurat, catatan tersebut untuk menghitung biaya yang harus di bayar oleh pasien.

e. *Research/* Penelitian

Dokumen Rekam Medis memiliki aspek penelitian, karena isinya berupa informasi yang digunakan sebagai bahan riset dan peningkatan ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan.

f. *Education/* Pendidikan

Suatu Dokumen Rekam Medis memiliki aspek pendidikan, karena isinya mencakup data/ informasi mengenai kronologi terjadinya penyakit dan pelayanan medis yang diterima oleh pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan pembelajaran/ referensi di bidang profesi si pengguna.

g. *Documentation/* Dokumentasi

Rekam Medis sebagai bukti terekam dan tercatat tentang pelayanan kesehatan yang diterima pasien di Rumah Sakit dan sebagai bahan pertanggungjawaban laporan Rumah Sakit.

## **B. Asuransi**

### 1. Pengertian Asuransi

a. Hukum Perniagaan (*Wateboek van Koophandel*) :

“Pertanggung jawaban atau asuransi adalah kesepakatan dimana penjamin menerima suatu premi dengan mengikatkan diri kepada seorang tertanggung, karena seorang tertanggung mengalami suatu kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan karena suatu kejadian yang dideritanya dan memberikan penggantian.”<sup>(5)</sup>

b. Breider dan Breadles 1972 :

“Asuransi adalah suatu usaha yang menuntut proteksi terhadap probabilitas yang menyebabkan kerugian ekonomi.”

c. Kitab UU Hukum Dagang 1987 :

“Asuransi adalah suatu perjanjian dimana penanggung menerima suatu premi mengikatkan dirinya untuk memberi ganti rugi kepada tertanggung dengan kondisi yang di deritanya karena terjadinya suatu peristiwa yang mengandung ketidakpastian dan yang akan mengakibatkan kehilangan, kerugian atau kehilangan suatu keuntungan.”<sup>(4)</sup>

## 2. Macam asuransi dan ciri-ciri asuransi

### A. Ditinjau dari pengelolaan dana

Jika ditinjau dari pengelolaan dananya, asuransi kesehatan ada 2 macam, sebagai berikut:

#### 1) Asuransi kesehatan pemerintah (*Government Health Insurance*)

Yaitu asuransi kesehatan milik pemerintah yang mengurus dananya ialah pemerintah. Keuntungan yang didapat untuk masyarakat miskin yaitu akan memperoleh bantuan pemerintah. Tetapi mutu pelayanannya kurang baik sehingga masyarakat kecewa.

#### 2) Asuransi kesehatan swasta (*Private Health Insurance*)

Yaitu asuransi kesehatan milik swasta yang mengurus pengelolaan dananya adalah suatu badan swasta. Keuntungannya mutu pelayanannya relative lebih baik, dan kerugiannya susah melakukan kontrol kepada penyelenggara asuransi swasta.

## B. Ditinjau dari keikutsertaan anggota

Jika ditinjau dari keikutsertaan anggota, asuransi kesehatan ada dua macam, sebagai berikut:

### 1) Asuransi kesehatan wajib

Pada asuransi wajib (compulsory health insurance), keikutsertaan peserta bersifat wajib. Digunakan untuk setiap masyarakat (national health insurance) dan komunitas tertentu contohnya digunakan oleh sebuah perusahaan. Rata-rata asuransi kesehatan wajib ini dioperasikan oleh pemerintah.

### 2) Asuransi kesehatan sukarela (compulsory health insurance), keikutsertaan peserta tidak wajib tetapi tergantung pada keinginan pribadi peserta. Asuransi kesehatan ini dioperasikan oleh swasta.

## 3. Unsur-unsur asuransi kesehatan

- a. Terdapat penyetoran premi.
- b. Terdapat pergantian kerugian
- c. Adanya tertanggung dan pihak penanggung.
- d. Adanya peristiwa yang tidak dapat ditentukan sebelumnya.
- e. Adanya resiko yang mungkin menimpa kepentingan tersebut.

## 4. Manfaat Asuransi

Beberapa manfaat asuransi jika asuransi kesehatan dapat dikelola dengan baik yaitu :

- a. Peserta terhindar dari kesusahan dalam mempersiapkan anggaran tunai.
- b. Memonitoring Biaya kesehatan.
- c. Memonitoring Mutu pelayanan.

d. Dapat memperoleh data kesehatan.<sup>(4)</sup>

5. Fungsi asuransi

A. Memperoleh jaminan supaya jika ada kerugian resikonya dapat diperkecil.

B. Menggerakkan kemajuan dunia usaha, yaitu menurunkan kerugian yang fatal.<sup>(5)</sup>

**C. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan**

1. Definisi

Menurut UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial maka BPJS merupakan sebuah lembaga hukum nirlaba untuk perlindungan social dalam menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup layak sekaligus dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia. BPJS terdiri dari dua bentuk yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenaga Kerjaan.

Dalam UU tersebut, dijelaskan ada dua (2) tugas utama BPJS, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenaga Kerjaan. BPJS Kesehatan adalah suatu badan hokum yang didirikan untuk mengelola program jaminan kesehatan. BPJS Ketenaga kerjaan mengelola program jaminan hari tua, kecelakaan kerja, pension dan kematian. Peserta yang menggunakan BPJS Kesehatan dibagi atas dua golongan, ialah BPJS-PBI (Penerima Bantuan luran) dan BPJS-Non PBI. Peserta BPJS-PBI yaitu peserta yang tergolong masyarakat miskin dan orang tidak mampu sebagai halnya yang dimandatkan oleh undang-undang SJSN yang pembayarannya dibantu pemerintah. Sedangkan Peserta BPJS-Non PBI yaitu golongan

masyarakat khusus yang ketetapannya ditentukan pemerintah melalui peraturan pemerintah.

## 2. Fungsi BPJS

Melalui Undang-undang BPJS menentukan bahwa BPJS Kesehatan memiliki fungsi sebagai pelaksana dan pengelola program jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan menurut UU SJSN dilaksanakan menyeluruh di seluruh Indonesia berlandaskan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan melindungi peserta supaya mendapatkan perawatan kesehatan dan pemeliharaan yang dapat menkover kebutuhan utama kesehatan.

BPJS Ketenaga kerjaan menurut UU BPJS mempunyai fungsi melaksanakan 4 (empat) program, yaitu program hari tua, kecelakaan kerja, pension dan kematian.

Menurut UU SJSN program jaminan kecelakaan kerja dilaksanakan secara menyeluruh di Indonesia berlandaskan prinsip asuransi sosial, dan mempunyai tujuan member jaminan pada peserta untuk mendapatkan utilitas dari pelayanan kesehatan dan bantuan dana tunai semisal seorang pekerja mengalami kecelakaan kerja atau menderita penyakit akibat kerja.

Selanjutnya program jaminan hari tua dilaksanakan secara menyeluruh di Indonesia berlandaskan prinsip asuransi sosial atau simpanan wajib, dan mempunyai tujuan terjaminnya peserta mendapatkan dana tunai semisal peserta meninggal dunia.

### 3. Hak dan Kewajiban Peserta BPJS

#### a. Hak Peserta

- 1) Memperoleh kartu keanggotaan BPJS untuk Bukti akurat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.
- 2) Mendapatkan informasi tentang hak dan kewajiban beserta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan kebijakan yang berlaku.
- 3) Memperoleh pelayanan kesehatan di Faskes yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- 4) Mengirimkan keluhan/ pengaduan peserta BPJS, baik secara tertulis maupun lisan ke kantor BPJS Kesehatan.

#### b. Kewajiban Peserta

- 1) Mendaftar sebagai peserta BPJS dan membayar iuran sesuai dengan kebijakan yang berlaku.
- 2) Memberitahukan terdapat penggantian data peserta yaitu status perkawinan, kematian dan pindah alamat.
- 3) Menjaga kartu keanggotaan BPJS supaya tidak hilang, rusak atau berpindah tangan pada orang lain.
- 4) Mematuhi semua peraturan dan prosedur pelayanan kesehatan.

### 4. Iuran BPJS

Iuran BPJS dibayarkan lewat Bank disamakan dengan jenis kepesertaannya yaitu :

- a. Peserta yang telah terdaftar sebagai BPJS-PBI (Penerima Bantuan Iuran) jumlahnya sudah ditentukan oleh pemerintah sebanyak 86,4 juta orang dengan iuran perbulan sebesar Rp. 19.225 per orang.

- b. Peserta penerima upah seperti karyawan perusahaan swasta, dalam satu bulan membayar jumlah iuran sebesar 4,5% dari gaji karyawan dan pemberi kerja menanggung 4% dan yang ditanggung pekerja sebesar 5%. Sedangkan untuk Pegawai Negeri Sipil dan Pensiunannya pemerintah menanggung sebesar 3% dan Pegawai Negeri Sipil sebesar 2% yang ditanggung.
- c. Untuk peserta bukan penerima upah seperti pekerja yang bekerja di sector informal iuran yang harus dibayar berdasarkan jenis kelas perawatan yang diambil. Untuk ruang perawatan rawat inap kelas III yaitu Rp. 25.500, kelas II yaitu Rp. 51.000, dan kelas 1 yaitu Rp. 80.000.<sup>(1)</sup>

#### 5. Peserta Jaminan Kesehatan Nasional

- a. Pekerja penerima upah
  - 1) Orang yang bekerja dan menerima upah secara rutin: PNS, TNI/POLRI, Pegawai Swasta.
  - 2) Pendaftarannya diurus oleh pemberi kerja.
- b. Pekerja bukan penerima upah
  - 1) Seseorang yang memiliki usaha mandiri/ wiraswasta.
  - 2) Mendaftar untuk dirinya sendiri dan keluarganya.
  - 3) Besaran iuran bagi pekerja bukan penerima upah (peserta mandiri) ialah :
    - a) Pelayanan di ruang rawat inap rumah sakit  
Kelas III : Rp 25.500/orang per bulan.
    - b) Pelayanan di ruang rawat inap rumah sakit  
Kelas II : Rp 51.000/orang per bulan.

c) Pelayanan di ruang rawat inap rumah sakit

Kelas I : Rp 80.000/orang per bulan.

C. Penerima bantuan iuran BPJS-PBI

Masyarakat miskin dan tidak mampu iurannya dibayarkan oleh pemerintah.<sup>(1)</sup>

**D. Prosedur Pelayanan Kesehatan Peserta BPJS**

1. Pelayanan Kesehatan di Faskes Tingkat Pertama

a. Ketentuan Umum

- 1) Di Faskes tingkat pertama merupakan tempat peserta terdaftar dan peserta akan mendapatkan pelayanan kesehatan.
- 2) Ketentuan diatas tidak berlaku terhadap kondisi :
  - a) Peserta yang berada di luar wilayah faskes tingkat pertama.
  - b) Peserta dalam kondisi gawat darurat dan butuh pertolongan secepatnya.
- 3) Peserta yang ada di luar wilayah adalah peserta yang pergi keluar domisili karena ada tujuan tertentu dan bukan menetap selamanya. Oleh karena itu untuk memperoleh pelayanan kesehatan di Faskes tingkat pertama maka peserta harus membawa surat pengantar dari Kantor BPJS Kesehatan.
- 4) Jika peserta membutuhkan pengobatan tingkat lanjutan, peserta tersebut akan dirujuk ke Faskes tingkat lanjutan terdekat oleh faskes tingkat pertama. Rujukan tersebut harus sesuai dengan system rujukan yang sudah diatur dalam ketentuan peraturan Undang-undang.

- 5) Peserta yang ingin pindah Faskes pada tanggal 1 sampai dengan akhir bulan tidak boleh memperoleh pelayanan kesehatan di Faskes tingkat pertama. Peserta akan mendapatkan pelayanan kesehatan di Faskes tingkat pertama yang baru pada bulan selanjutnya.
  - 6) Peserta dapat menentukan untuk pindah/ mutasi Faskes tingkat pertama dalam batas waktu setelah 3 (tiga) bulan atau lebih.
  - 7) Bagi peserta yang baru mendaftar keanggotaan BPJS dan sudah terlanjur membayar iuran, maka pada bulan berjalan peserta sudah boleh memperoleh pelayanan kesehatan tingkat pertama.
- b. Pelayanan Rawat jalan di Faskes tingkat pertama dan Pelayanan Gigi
- 1) Peserta memperlihatkan kartu keanggotaan BPJS Kesehatan.
  - 2) Petugas Faskes melakukan pengecekan keaslian kartu keanggotaan BPJS Kesehatan.
  - 3) Peserta akan diperiksa kesehatannya dan diberi tindakan jika diperlukan.
  - 4) Sesudah peserta memperoleh pelayanan, peserta wajib membubuhkan tanda tangan di lembar bukti pelayanan yang tersedia.
  - 5) Apabila ada Indikasi medis peserta akan mendapatkan Resep Obat.
  - 6) Semisal peserta memerlukan pemeriksaan kehamilan, persalinan, dan pasca melahirkan dapat dilakukan oleh dokter umum atau bidan.

- 7) Faskes tingkat pertama akan memberikan surat rujukan ke faskes tingkat lanjutan apabila hasil pemeriksaan dokter ternyata peserta membutuhkan pemeriksaan ataupun tindakan spesialisik/ sub-spesialistik. Namun dengan catatan Faskes tingkat lanjutan yang dituju sudah berkerja sama dengan BPJS Kesehatan dan dengan system rujukan yang berlaku.
- 8) Surat rujukan diperlukan untuk pertama kali peserta melakukan pengobatan di Faskes tingkat lanjutan dan selama dokter belum merujuk balik ke Faskes tingkat pertama atau dengan kata lain peserta masih dalam pengobatan, dokter akan memberikan surat keterangan dalam perawatan.
- 9) Faskes diwajibkan untuk melakukan pencatatan tentang pelayanan kesehatan dan tindakan yang telah diberikan ke dalam Aplikasi system Informasi yang dibuat oleh BPJS Kesehatan.
- 10) Pemeriksaan kehamilan (ANC) dan pasien melahirkasn (PNC) memiliki ketentuan khusus.

c. Pelayanan Rawat Inap di Faskes Tingkat Pertama

- 1) Peserta datang ke Faskes tingkat pertama yang sudah mempunyai fasilitas rawat inap.
- 2) Peserta memperlihatkan kartu keanggotaan BPJS dan Faskes dapat melayani peserta yang sudah terdaftar maupun peserta yang dirujuk dari Faskes tingkat pertama lainnya.
- 3) Petugas Faskes melakukan pengecekan keaslian kartu keanggotaan BPJS.

- 4) Peserta memperoleh pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan bahan medis habis pakai (BMHP)..
- 5) Sesudah peserta memperoleh pelayanan, peserta wajib membubuhkan tanda tangan Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan.
- 6) Faskes diwajibkan untuk melakukan pencatatan tentang pelayanan kesehatan dan tindakan yang telah diberikan ke dalam aplikasi system informasi yang dibuat oleh BPJS Kesehatan..
- 7) Apabila indikasi medis diperlukan peserta dapat dirujuk ke faskes tingkat lanjutan.

## 2. Pelayanan Kesehatan Tingkat Rujukan

### a. pelayanan Rawat Jalan di Faskes Tingkat Lanjutan

- 1) Peserta menunjukkan kartu keanggotaan BPJS dan surat rujukan dari Faskes tingkat pertama.
- 2) Peserta mendaftarkan diri di Instalasi Rawat Jalan dengan menunjukkan Kartu keanggotaan BPJS dan surat rujukan.
- 3) Petugas pendaftaran bertanggung jawab untuk melakukan pengecekan keaslian kartu BPJS dan surat rujukan dan melakukan input data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan mencetak SEP.
- 4) SEP akan di legalisasi oleh Petugas BPJS.
- 5) Peserta akan memperoleh pemeriksaan, perawatan, tindakan yang berikan, resep obat dan bahan medis habis pakai (BMHP).

- 6) Sesudah memperoleh pelayanan kesehatan peserta akan membubuhkan Tanda Tangan pada lembar bukti pelayanan yang sudah tersedia.
  - 7) Bila ada indikasi medis peserta dapat dirujuk ke poliklinik lain selain yang tercantum dalam surat rujukan dengan surat kontrol intern.
  - 8) Bila ada indikasi medis peserta dapat dirujuk ke Faskes lanjutan dengan surat kontrol intern.
  - 9) Apabila pasien kondisinya belum stabil dan masih memerlukan pelayanan kesehatan maka dokter spesialisik/ sub spesialisik memberikan surat keterangan yang berisi bahwa pasien masih dalam perawatan.
  - 10) Apabila pasien sudah membaik/ stabil dapat dirujuk balik ke faskes tingkat pertama dan peserta akan menerima surat keterangan rujuk balik dari Dokter Spesialistik/ sub spesialisik.
  - 11) Jika Dokter spesialisik/ sub spesialisik tidak memberikan pelayanan keterangan seperti nomor 9 dan 10 maka pada kunjungan berikutnya pasien wajib membawa surat rujukan dari Faskes tingkat pertama.
- b. Pelayanan Rawat Inap di Faskes Tingkat Lanjutan.
- 1) Peserta mendaftarkan diri ke Rumah Sakit dengan membawa kartu keanggotaan BPJS dan surat perintah rawat inap dari poliklinik rawat jalan atau Instalasi Gawat Darurat.

- 2) Peserta wajib melengkapi persyaratan pendaftaran sebelum pasien dinyatakan pulang dengan batas waktu 3x24 jam hari kerja sejak peserta masuk Rumah Sakit.
  - 3) Petugas pendaftaran bertanggung jawab untuk melakukan pengecekan keaslian kartu BPJS dan surat rujukan dan melakukan input data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan mencetak SEP.
  - 4) SEP akan di legalisasi oleh Petugas BPJS.
  - 5) Peserta akan memperoleh pemeriksaan, perawatan, tindakan yang berikan, resep obat dan bahan medis habis pakai (BMHP).
  - 6) Sesudah memperoleh pelayanan kesehatan peserta akan membubuhkan Tanda Tangan pada lembar bukti pelayanan yang sudah tersedia.
  - 7) Jika peserta ingin kelas perawatan yang lebih tinggi daripada hak yang diperolehnya, maka peserta dapat membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar karena peningkatan kelas.
  - 8) Kenaikan kelas perawatan lebih tinggi harus sesuai dengan kemauan sendiri.
- c. Rujukan Parsial
- 1) Rujukan parsial adalah mentransfer pasien atau spesiesmen ke pemberi pelayanan kesehatan lain untuk menegakkan diagnosis atau pemberian terapi, yang merupakan satu rangkaian perawatan pasien di Fasilitas Kesehatan tersebut.
  - 2) Rujukan parsial dapat berupa:

- I. Transfer pasien untuk mendapat pemeriksaan penunjang atau tindakan.
  - II. Transfer specimen untuk pemeriksaan penunjang.
- 3) Pasien yang tergolong pasien rujukan parsial, pada SEP pasien harus terdapat keterangan "Rujukan Parsial" dan Rumah Sakit penerima rujukan tidak perlu mencetak SEP baru untuk pasien tersebut.
  - 4) Pada rujukan parsial pasien tidak boleh dibebani luran Biaya, dalam hal ini biaya rujukan parsial menjadi tanggungan Faskes perujuk.
  - 5) BPJS Kesehatan akan membayar biaya pelayanan sesuai dengan paket INA-CBG's ke Fasilitas Kesehatan perujuk.
- d. Pelayanan alat kesehatan di luar paket INA-CBG's
1. Sesuai Indikasi medis pasien, Dokter spesialisik akan memberikan resep alat kesehatan.
  2. Legalisasi alat kesehatan dapat diurus di petugas BPJS Center/ Kantor BPJS Kesehatan.
  3. Peserta dapat menerima alkes di Instalasi Farmasi Rumah Sakit atau Faskes lain yang menyediakan alat kesehatan diluar paket INA-CBG's yang sudah memiliki MoU dengan BPJS Kesehatan, dan peserta wajib membawa :
    - I. Surat Eligibilitas Peserta (SEP) atau salinannya
    - II. Resep alat kesehatan yang diberikan Dokter harus dilegalisir oleh petugas BPJS Kesehatan.

4. Sebelum petugas menyerahkan Alat Kesehatan tersebut, peserta wajib memberikan tanda tangan pada formulir bukti penerimaan Alat Kesehatan.<sup>(9)</sup>

#### **E. Peran Rekam Medis dalam JKN**

1. Menjadi pusat informasi medis yang terjadi di Rumah Sakit.
2. Mengidentifikasi Kode diagnosa sesuai dengan penyakit dan tindakan yang dilakukan di Rumah Sakit.
3. Berkontribusi terhadap besaran pembayaran yang sesuai dengan diagnosa penyakit atau disebut INA CBG's
4. Memudahkan penelaahan informasi dalam rangka audit medis.<sup>(9)</sup>

#### **F. Pengajuan Klaim**

Klaim adalah proses penyiapan berkas dan penilaian terhadap layak tidaknya klaim yang dibayar dan berhubungan dengan kelengkapan dokumen, yakni surat rujukan, pemeriksaan, pelayanan penunjang, diagnosa dan tindakan medis yang ditandatangani oleh dokter yang memberikan pelayanan serta obat-obatan yang diberikan.<sup>(7)</sup>

Ketentuan umum administrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS kesehatan :

1. Setiap tanggal 10 bulan berikutnya Faskes mengajukan klaim secara reguler. Klaim yang menggunakan kapitasi, tidak perlu diajukan oleh Faskes.
2. Dengan batas waktu paling lambat 15 (lima belas) hari kerja, BPJS harus membayar Faskes atas pelayanan yang diberikan dan dokumen juga harus di terima lengkap di Kantor Cabang/ Kantor Operasional Kabupaten/ Kota BPJS Kesehatan.

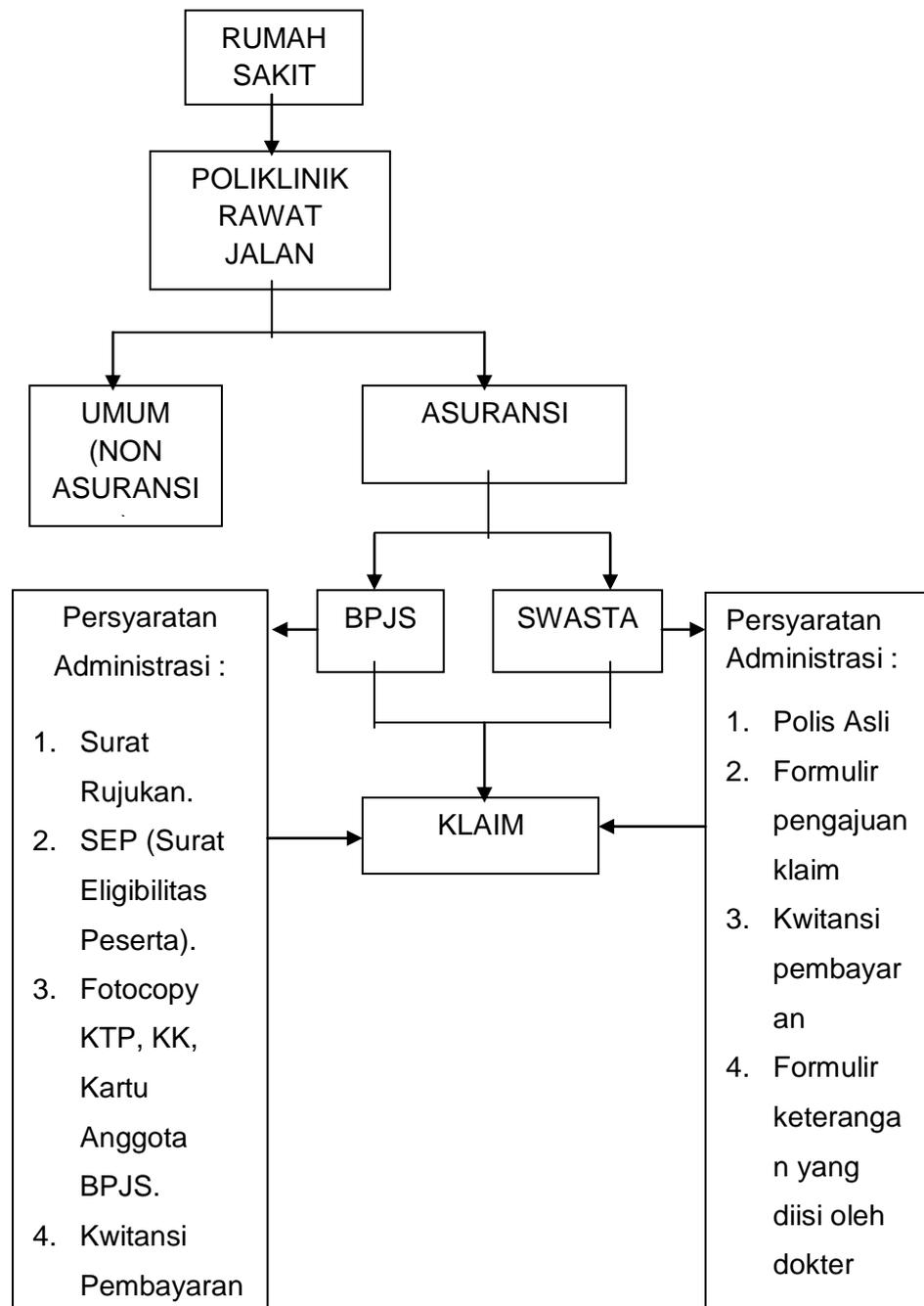
3. Kendali Mutu dan Biaya.
  - a. Dalam upaya untuk melaksanakan kendali mutu dan kendali biaya, BPJS Kesehatan membuat tim kendali mutu dan kendali biaya yaitu organisasi profesi, academia, dan pakar klinis.
  - b. Tugas Tim kendali mutu dan kendali biaya :
    - i. Sosialisasi terhadap tenaga kesehatan tentang mempraktikkan praktik profesi sesuai kompetensi.
    - ii. Utilization review dan audit medis, dan/ atau
    - iii. Menumbuhkan tenaga medis yang beretika dan disiplin profesi.
  - c. Pada kasus tertentu, tim kendali mutu dan kendali biaya dapat menanyakan informasi tentang identitas, diagnosis penyakit, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan pasien dalam bentuk salinan/fotokopi rekam medis kepada Faskes sesuai kebutuhan.
4. Klaim Tidak Berlaku/Kadaluarsa Klaim
  - a. Klaim Kolektif

Batas waktu klaim kolektif tidak berlaku adalah 2 (dua) tahun baik klaim dari Faskes kesehatan milik pemerintah maupun swasta.
  - b. Klaim Perorangan

Pengajuan klaim perorangan memiliki batas waktu maximum yaitu dua (tahun) tahun pelayanan diberikan.
5. Kelengkapan persyaratan administrasi klaim umum
  - a. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
    - 1) Formulir Pengajuan Klaim (FPK) rangkap 3 (tiga)

- 2) Softcopy data pelayanan bagi fasilitas kesehatan yang telah menggunakan aplikasi P-Care/aplikasi BPJS Kesehatan lain (untuk PMI/UTD) atau rekapitulasi pelayanan secara manual untuk Fasilitas Kesehatan yang belum menggunakan aplikasi P-Care.
  - 3) Kuitansi asli bermaterai cukup.
  - 4) Bukti pelayanan yang sudah ditanda tangani oleh peserta atau anggota keluarga.
  - 5) Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim.
- b. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan
- 1) Formulir Pengajuan Klaim (FPK) rangkap 3 (tiga).
  - 2) Kuitansi asli bermaterai cukup.
  - 3) Bukti pelayanan yang sudah ditanda tangani oleh peserta atau anggota keluarga.
  - 4) Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim.

## G. KERANGKA TEORI



Gambar 2.1  
Kerangka Teori

Sumber: Permenkes No. 59 Tahun 2014, Permenkes No. 28 Tahun 2014, Buku Pegangan Sosialisasi JKN