

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

1) Pengertian

Rumah sakit adalah suatu instansi pelayanan kesehatan penyelenggara kesehatan perorangan secara peripurna yang didalamnya terdapat pelayanan rawat jalan, rawat inap serta gawat darurat (Kemenkes, 2018) Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan harus selalu memberikan kepuasan kepada semua pasien, oleh sebab itu rumah sakit harus selalu meningkatkan mutu pelayanan. Dalam peningkatan mutu sebuah rumah sakit dapat dipengaruhi oleh pelayanan rekam medis.

2) Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit mempunyai tujuan dan fungsi dalam memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna (Kemenkes, 2018). Paripurna yang dimaksud adalah upaya pelayanan kesehatan yang terselenggarakan adalah kesehatan promotif, *preventif* atau pencegahan penyakit, *kuratif* atau penyembuhan penyakit dan *rehabilitas* atau pemulihan. Berikut adalah fungsi dari rumah sakit :

- a. Penyelenggaran pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna sesuai kebutuhan medis pasien.

- c. Penyelenggara pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam peningkatan kemampuan pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan penapisan teknologi dalam bidang kesehatan guna meningkatkan pelayanan kesehatan dengan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.2 Rekam Medis

1) Pengertian

Rekam medis adalah berkas yang menyatakan apa, siapa, mengapa, dimana dan bagaimana pelayanan yang diperoleh seorang pasien selama dirawat atau menjalani pengobatan, sehingga dari catatan yang ditulis PPA dapat diketahui setiap saat bagaimana gambaran secara kronologis pasien mendapat pelayanan atau tindakan yang telah diberikan (Budi, 2011). Pengisian rekam medis harus dilakukan secara lengkap dan tepat waktu, karena lengkap tidaknya rekam medis pasien akan mencerminkan mutu pelayanan yang diberikan.

2) Kegunaan Rekam Medis

Rekam medis bertujuan menunjang tercapainya tertib administrasi dalam peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Menurut Depkes RI, (1993) kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, diantaranya:

a. Administrative

Berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan yang berdasarkan wewenang dan tanggung jawab tenaga medis dan paramedis dengan tujuan pelayanan kesehatan.

b. Legal

Rekam medis memiliki nilai hukum, didalamnya terdapat isi yang berkaitan dengan jaminan kepastian hukum dan terdapat bukti untuk penegakan hukum

c. Financial

Rekam medis memiliki nilai keuangan, isinya dapat dijadikan bahan penetapan biaya layanan pada fasilitas kesehatan.

d. Research

Rekam medis mempunyai nilai penelitian dimana informasi yang terkandung dapat digunakan sebagai bahan penelitian pengembangan ilmu dalam bidang kesehatan.

e. Education

Rekam medis mempunyai nilai pendidikan, dimana informasi yang diberikan dapat digunakan sebagai bahan ajar dalam bidang pendidikan.

f. Documentation

Rekam medis harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban laporan rumah sakit.

g. Service

Rekam medis mempunyai nilai medis yang digunakan untuk merencanakan pengobatan perawatan yang diberikan kepada pasien.

2.1.3 BPJS Kesehatan

1) Pengertian BPJS

BPJS merupakan badan yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan, yang sudah berdiri sejak 1 Januari 2014, setelah disahkannya Undang-Undang tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sejak saat itu PT Askes (Persero) bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan yang bertugas sebagai pengawas pada setiap rumah sakit dalam implementasi tarif INA-CBGs, dan membentuk tim kendali mutu dan biaya yang memiliki tugas melakukan sosialisasi kewenangan terhadap tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai dengan kompetensi dan dilakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan (Kemenkes, 2014). BPJS mempunyai tujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan dan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi peserta atau anggota keluarganya. Pada setiap rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, terdapat petugas verifikator yang bertugas melakukan verifikasi klaim dan memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur berkas klaim pada kode ICD 10 dan ICD 9 CM.

2) Prosedur klaim BPJS

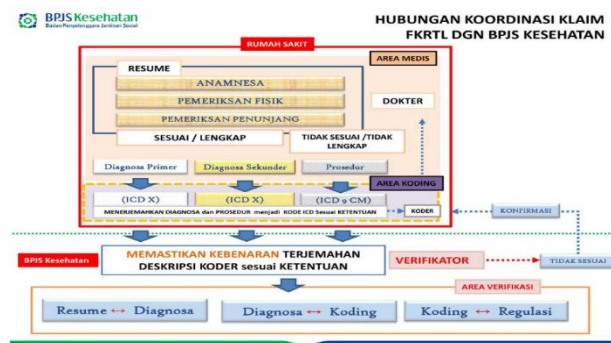
Berdasarkan PMK No. 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi tidak perlu mengajukan klaim. Klaim yang diajukan oleh faskes akan dilakukan verifikasi oleh pihak verifikator BPJS kesehatan, FKRTL wajib mengirimkan softcopy klaim individual yang sudah dibayar

oleh BPJS Kesehatan ke Kementerian Kesehatan Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan. Klaim akan dibayarkan oleh BPJS paling lambat 15 hari setelah berkas klaim diterima lengkap di Kantor Cabang atau Kantor Layanan Operasional Kabupaten BPJS Kesehatan. Kadaluaarsa klaim untuk klaim kolektif dan perorangan setelah 2 tahun sesudah pelayanan diberikan (Kemenkes, 2014).

3) Berkas Klaim Pasien Rawat Inap

Pasien Rawat inap adalah pasien yang mendapatkan perintah atau pengantar untuk dirawat inap oleh dokter penanggung jawab pasien. Setelah pasien mendapatkan surat pengantar dirawat oleh DPJP pasien atau keluarga pasien akan mendaftarkan pasien ke tempat pendaftaran rawat inap dan dibuatkan SEP kemudian dilakukan pengecekan kelengkapan persyaratan klaim BPJS Kesehatan. SEP pasien akan diberikan ke kasir setelah pasien mendapatkan pelayanan rawat inap, kasir akan mengecek kelengkapan persyaratan klaim seperti BPJS dan KTP kemudian mendapatkan rincian biaya rumah sakit dimana SEP tersebut nantinya akan diserahkan ke pihak relasi untuk mengisi identitas pasien ke program INA CBGs. Setelah INA CBGs diisi dan persyaratan sudah lengkap kemudian akan diserahkan kepada pihak instalasi rekam medis untuk proses coding dan grouping pada program INA CBGs. Jika proses grouping telah selesai seluruh persyaratan klaim akan diberikan kepada pihak verifikasi klaim BPJS Kesehatan untuk dilakukan pengecekan berkas dan pengecekan kesesuaian kode diagnosis yang diberikan DPJP dan hasil pemeriksaan penunjang yang ada. Jika terdapat kekurangan pada persyaratan yang ada maka akan dikembalikan ke

bagian instalasi rekam medis. Fasilitas kesehatan selanjutnya melampirkan berkas klaim dalam bentuk file.txt yang meliputi perintah rawat inap, SEP, Resume medis yang ditanda tangani DPJP, bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur yang ditanda tangani oleh DPJP, laporan operasi (jika ada), hasil penunjang lain, fotokopi KTP, kartu BPJS, formulir pengajuan klaim, tanda pembayaran pasien (rawat jalan, rawat inap, dan rawat darurat), persyaratan tersebut diserahkan kepada pihak verifikator untuk verifikasi administrasi terkait kepesertaan dan pelayanan menggunakan software verifikasi, yang kemudian hasilnya akan diserahkan kepada pihak BPJS dalam bentuk formulir pengajuan klaim, dan data berbentuk file *xml* yang kemudian akan dibayarkan oleh pihak BPJS akan klaim yang dilakukan. Pengesahan tagihan akan dilakukan oleh direktur atau kepala faskes lanjutan dan petugas verifikator BPJS setelah rumah sakit provider BPJS menangani pasien peserta BPJS. Berikut adalah alur hubungan koordinasi dalam proses klaim BPJS antara Rumah Sakit dengan pihak BPJS Kesehatan.



Gambar 2. 1 Alur Hubungan Koordinasi Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan (Kemenkes, 2014)

2.1.4 Sistem INA CBGs

1) Pengertian

Sistem Indonesia Case Base Groups (INA CBGs) adalah sistem kodifikasi dari diagnosa akhir tindakan atau prosedur yang menjadi output sebuah pelayanan yang berbasis data *costing* dan *coding* penyakit dengan acuan ICD 10 untuk diagnosis dan ICD 9 untuk tindakan atau prosedur. INA CBGs merupakan salah satu perangkat entri data pasien guna melakukan grouping tarif yang ada pada resume medis pasien. Pengelompokan kode diagnosis dan prosedur dilakukan menggunakan grouper, dan dikelompokkan menjadi 7 kelompok tarif sesuai dengan akreditasi rumah sakit, meliputi rumah sakit kelas A, B, B pendidikan, C, D, RS rujukan khusus nasional, dan RSU rujukan nasional (Kemenkes, 2014).

2) Tugas dan Tanggung Jawab Dokter, Koder, dan Verifikator dalam Proses Klaim BPJS

Untuk mendapatkan hasil grouper yang benar maka diperlukan kerjasama antara dokter dan koder. Kelengkapan yang ditulis oleh dokter akan membantu koder yang memberikan kode diagnosis dan kode tindakan atau prosedur yang tepat. Berikut adalah tugas dan tanggung jawab dari dokter, koder dan verifikator saat proses klaim berdasarkan petunjuk teknis sistem INA-CBGs:

- a. Tugas dan tanggung jawab dokter yaitu menegakkan dan menuliskan diagnosis primer dan sekunder sesuai dengan ICD 10 dan ICD 9CM

yang sudah ditulis atau dicatat pada lembar resume medis pasien secara lengkap dan jelas saat pasien dilakukan perawatan.

- b. Tugas dan tanggung jawab koder yaitu melakukan kodefikasi diagnosis dan tindakan atau prosedur yang ditulis pada dokter pada resume medis pasien sesuai dengan ICD 10 dan ICD 9CM. jika koder menemukan ketidaksesuaian pengkodean maka koder harus melakukan klarifikasi atau komunikasi dengan DPJP pasien dan koder dapat melakukan aturan *rule* MB 1 hingga 5 jika klarifikasi atau komunikasi dengan dokter tidak bisa dijalankan dengan baik.

2.1.5 Standar Operating Procedur (SOP) dalam Pengajuan Klaim BPJS

1) Pengertian

Menurut Ekotama (2015) SOP adalah sistem yang disusun untuk memudahkan, merapikan, dan menertibkan pekerjaan kita, dimana sistem tersebut berisikan urutan dalam proses melakukan suatu pekerjaan dari awal hingga akhir. Mencantumkan kerangka kerja yang jelas, sistematis, tidak berbelit dan mudah dipahami akan menjadi acuan dalam pelaksanaannya.

2) Tujuan SOP

Tujuan dibentuknya SOP adalah menciptakan komitmen terhadap suatu pekerjaan oleh suatu instansi dalam unit kerja. Dengan adanya SOP diharapkan pekerjaan dapat terlaksana dengan baik, tepat waktu, dan dapat dipertanggungjawabkan. Jika suatu rumah sakit tidak memiliki SOP terkait dengan pengajuan klaim dapat menyebabkan terhambatnya proses

pengajuan klaim karena alur kerja yang kurang jelas dan kurangnya tanggungjawab dari petugas.

2.1.6 Kelengkapan Berkas Klaim

1) Pengertian

Menurut KBBI dikatakan lengkap jika tidak kurang, genap, segala sesuatu telah siap dan tersedia. Kelengkapan berkas klaim adalah berkas yang sudah ada dan terisi lengkap berisi persyaratan untuk melakukan administrasi pembayaran pelayanan kesehatan oleh faskes kepada BPJS.

2) Persyaratan Berkas Klaim

Menurut panduan Praktis Teknis Verifikasi Klaim BPJS Tahun 2014 kelengkapan klaim BPJS dapat meliputi :

- a. Surat perintah rawat inap.
- b. Surat Eligibilitas Peserta.
- c. Resume medis yang sudah ditandatangani DPJD.
- d. Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur pasien yang sudah tertandatangani oleh DPJP.
- e. Laporan Operasi (jika ada).
- f. Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus.
- g. Tanda terima alat kesehatan.
- h. Berkas pendukung lain yang diperlukan.

2.1.7 Diagram Fishbone

1) Pengertian

Diagram fishbone atau diagram Ishikawa adalah suatu alat visual untuk menggambarkan, mengeksplorasi dan mengidentifikasi secara detail semua penyebab masalah (Ishikawa, 1960). Konsepnya yaitu permasalahan mendasar terletak pada bagian kanan dari diagram atau pada bagian kepala dari kerangka tulang ikannya (scarvada, 2004).

2) Tujuan Diagram Fishbone

Tujuannya adalah menggambarkan secara grafik hubungan antara penyampaian akibat dan semua faktor yang berpengaruh. Fungsi dasarnya adalah untuk mengidentifikasi dan mengorganisasi penyebab yang mungkin timbul dari suatu efek spesifik dan kemudian memisahkan akar penyebabnya.

3) Manfaat Diagram Fishbone

Selain memecahkan masalah, manfaat diagram fishbone antara lain:

- a. Membantu mengidentifikasi akar penyebab masalah dari suatu masalah.
- b. Membantu membangkitkan ide solusi suatu masalah.
- c. Membantu dalam penyelidikan atau pencaarian fakta lebih lanjut.
- d. Mengidentifikasi suatu tindakan untuk menciptakan hasil kerja yang diinginkan.
- e. Membuat *issue* secara lengkap dan rapi
- f. Menghasilkan pemikiran baru

2.1.8 Unsur Manajemen

Unsur-unsur manajemen menurut Harrington Emerson dalam Phiffner John F. dan Presthus Robert V (1960) Manajemen mempunyai lima unsur (5M), yaitu :

a. Man

Manusia merupakan unsur mutlak dan terpenting dalam manajemen, yaitu sebagai sumber tenaga kerja utama, manajemen tidak akan berjalan tanpa ada manusia.

b. Money

Money merupakan sarana terpenting setelah manusia, dimana dalam kegiatannya dapat dipastikan membutuhkan uang.

c. Materials

Material merupakan bahan yang dalam manajemen, terdiri dari bahan mentah ataupun bahan jadi.

d. Machines

Penggunaan mesin dilakukan untuk mencaoau efesiensi kerja dimaa mesin dapat mempermudah, memperlancar dan mempercepat proses kerja.

e. Methods

Metode adalah tatacara dalam pelaksanaan kerja.kerja yang baik adalah yang sederhana, mudah, dan mempercepat dalam penyelesaian pekerjaan.

2.1.9 Faktor – Faktor Penyebab Keterlambatan Klaim BPJS

Berikut adalah faktor yang menjadi penyebab keterlambatan klaim BPJS:

1) Sumber Daya Manusia

Menurut Veitzhal Rivai (2014) Sumber Daya Manusia (SDM) adalah seorang yang siap, mau dan mampu memberi sumbangan usaha pencapaian tujuan organisasi. Selain itu sumber daya manusia adalah salah satu unsur masukan (input) yang bersama unsur lainnya seperti modal, bahan, mesin dan metode diubah menjadi proses manajemen menjadi keluaran (output) berupa barang atau jasa dalam usaha mencapai tujuan perusahaan. Menurut CIPD (The Charatered Institute of Personal and Development) dalam Mullins (2005) ada faktor yang mempengaruhi baiknya kualitas Sumber Daya Manusia, yakni :

a. Pendidikan

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spritual keagamaa, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara (UU RI, 2003b).

b. Tugas Pokok

Jabatan fungsional Perkam Medis adalah jabatan yang mempunyai ruang lingkup tugas, tanggung jawab dan wewenang untuk melakukan kegiatan pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan yang

diduduki oleh Pegawai Negeri Sipil. Pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan adalah kegiatan pelayanan penunjang secara profesional yang berorientasi pada kebutuhan informasi kesehatan bagi pemberi layanan kesehatan dan instansi lain yang berkepentingan terhadap ilmu teknologi rekam medis. Tugas pokok ialah melakukan kegiatan pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan yang meliputi persiapan, pelaksanaan, pelaporan dan evaluasi (PERMENPAN RB, 2013).

c. Kompetensi

Kompetensi dibangun dengan akar yang terdiri atas profesionalitas yang luhur, kewaspadaan dalam bentuk mawas diri dan pengembangan diri, serta komunikasi efektif yang akan menunjang manajemen data dan informasi kesehatan, keterampilan klasifikasi klinis, kodefikasi penyakit dan masalah kesehatan lainnya, prosedur klinis, aplikasi statistik kesehatan, epidemiologi dasar, biomedik, serta manajemen pelayanan RMIK (kemenkes RI, 2006) Surat Tanda Registrasi Perekam Medis yang disebut sebagai STR Perekam Medis adalah bukti yang diberikan oleh pemerintah kepada Perekam Medis yang telah memiliki sertifikat kompetensi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan (Permenkes RI, 2013).

d. Kebutuhan Sumber Daya Manusia

Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan memberi acuan bagi setiap satuan kerja dari tingkat institusi, kabupaten/kota, provinsi dan nasional dalam

melaksanakan penyusunan perencanaan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing(Permenkes RI, 2015).

2) Sarana

Sarana dalam mendukung terlaksananya kegiatan kerja adalah dengan adanya ruangan kerja dengan ukuran luas dan ketersediaan alat-alat perlengkapan yang disesuaikan dengan kebutuhan serta memenuhi persyaratan estetika, agar memudahkan dalam pengamanan arsip dan dokumen (Permendagri, 2006).

3) Teknologi

Teknologi ialah suatu hasil oleh pola pikir manusia yang mengembangkan tata cara atau sistem tertentu dan menggunakannya untuk menyelesaikan persoalan dalam hidupnya(Amalia Nurajiza Daris, 2021).

4) Perencanaan

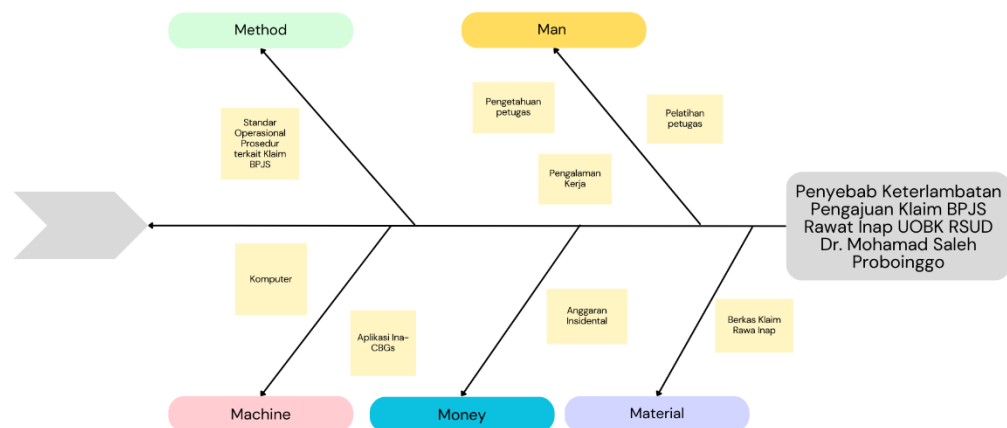
Perencanaan adalah proses penyusunan rencana ketenagakerjaan secara sistematis yang dijadikan dasar dan acuan dalam penyusunan kebijakan, strategi, dan pelaksanaan program pembangunan ketenagakerjaan yang berkesinambungan (UU RI, 2003).

Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah suatu perangkat instruksi atau langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, dimana SOP memberikan langkah yang benar dan terbaik untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasar dengan standar profesi(Permenkes RI, 2007).

5) Pengorganisasian

Menurut Hasibuan (2016) pengorganisasian adalah suatu kegiatan untuk mengorganisasikan semua karyawan dengan menetapkan pembagian dan hubungan kerja, delegasi, wewenang, integrasi, dan koordianasi dalam bagan organisasi. Hal tersebut berperan penting meminimalisir adanya tumpang tindih dalam kewajiban pekerja.

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Fishbone Kerangka Konsep (Sahir & Wijayanti, 2022)

Menurut Ishikawa (1992) *Diagram Cause and Effect (Fishbone)* atau diagram sebab akibat adalah alat yang membantu mengidentifikasi, memilah dan menampilkan berbagai penyebab yang mungkin dari suatu masalah atau karakteristik kualitas tertentu. *Diagram fishbone* menggambarkan hubungan antara masalah dengan semua faktor penyebab yang mempengaruhi masalah tersebut.

Dalam penelitian ini, kerangka konsep yang digunakan adalah *diagram fishobone* untuk mengidentifikasi penyebab dari masalah utama

yaitu keterlambatan pengajuan klaim BPJS. Faktor penyebab utama yang mempengaruhi masalah tersebut dikategorikan menjadi lima variabel yang ditulis pada diagram fishbone yaitu *man*, *method*, *machine*, *money* dan *material*. Pada variabel *man* dibagi menjadi tiga faktor yaitu pengetahuan petugas, pengalaman kerja, dan pelatihan petugas. Pada variabel *method* yang menjadi faktor penyebabnya adalah kebijakan rumah sakit terkait SOP (Standar Operasional Prosedur) terkait pengajuan klaim BPJS. Pada variabel *machine* dibagi menjadi dua faktor yaitu komputer dan aplikasi INA-CBGs. Pada variabel *money* yang menjadi faktor penyebabnya adalah anggaran incidental. Dan pada variabel *material* yang menjadi faktor penyebabnya adalah berkas klaim BPJS rawat inap.