

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **2.1.1 Rumah Sakit**

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang penyelenggaraan bidang perumahsakit, rumah sakit merupakan suatu institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit dikelompokkan berdasarkan kemampuan pelayanan, fasilitas kesehatan, sarana penunjang, dan sumber daya manusia. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum terbagi menjadi rumah sakit umum kelas A, kelas B, kelas C, dan Kelas D. Rumah sakit kelas D boleh didirikan dengan kriteria: RS tersebut dibangun di daerah terpencil dan daerah yang sulit dijangkau karena geografis, lalu daerah perbatasan yang berhadapan dengan negara lain, daerah kepulauan, wilayah pesisir, daerah tertinggal dan atau daerah yang memang belum tersedia rumah sakit.

Dalam Peraturan Pemerintah No. 47 Tahun 2021 juga dijelaskan bahwa setiap rumah sakit dalam pelayanannya memiliki kewajiban berupa: Menyampaikan informasi yang benar tentang pelayanan RS ke masyarakat, memberikan pelayanan kesehatan yang aman, antidiskriminasi, bermutu serta mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan RS, memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanan, ikut serta dalam memberikan pelayanan

kesehatan pada saat terjadi bencana sesuai dengan kemampuan pelayanannya, menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat kurang mampu, menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di RS, menyediakan sarana dan prasarana umum yang kayak seperti tempat ibadah, lahan parkir, ruang tunggu, dan lain-lain, melaksanakan sistem rujukan, memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien, menghormati dan melindungi hak pasien, dan lain sebagainya.

### **2.1.2 Rekam Medis**

Berdasarkan UU No. 24 Tahun 2022 tentang rekam medis, rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Selanjutnya, rekam medis elektronik merupakan rekam medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan rekam medis. Data rekam medis pasien harus lengkap dan akurat agar dapat digunakan sebagai acuan dalam penentuan diagnosis dan tindakan yang akan diberikan kepada pasien (Nisak, 2021). Dokumen rekam medis memiliki beberapa fungsi antara lain memudahkan proses pengumpulan data, meningkatkan keakuratan data, mempercepat proses pelayanan, menstandarkan informasi, memperjelas pembagian data (data medis, keuangan, operasional, dan administrasi), serta menunjang proses pengolahan informasi (Nisak, 2021).

Penggunaan rekam medis juga memiliki manfaat yaitu: sebagai media komunikasi antar tenaga kesehatan, menetapkan dan menunjukkan tanggung jawab dalam suatu transaksi pelayanan kesehatan, mencatat atau merekam data transaksi pelayanan kesehatan, serta sebagai arsip riwayat pasien untuk mengurangi aspek lupa ketika masa perawatan (Nisak, 2021). Selain itu, tujuan

penggunaan rekam medis dapat dikelompokkan menjadi beberapa pihak yakni:

1. Bagi pasien, untuk mencatat jenis pelayanan yang telah diterima, sebagai bukti pelayanan, memungkinkan tenaga kesehatan dalam menilai dan menangani kondisi resiko, serta untuk mengetahui biaya pelayanan.
2. Bagi pihak pemberi pelayanan kesehatan, sebagai sarana komunikasi, sebagai pendukung diagnostik kerja, menunjang pengambilan keputusan dalam perawatan pasien, mengelola resiko perorangan pasien, menilai kepuasan pasien, menunjang pelayanan pasien, sarana pengingat para klinisi, dan mendokumentasikan pelayanan yang diberikan.
3. Bagi pihak pengelola pembayaran dan penggantian biaya pelayanan pasien yakni sebagai dasar penetapan biaya yang harus di bayar, mengajukan klaim asuransi, sebagai dokumentasi pelayanan yang memungut biaya pemeriksaan, serta mempertimbangkan dan memutuskan klaim asuransi (Nisak, 2021).

### **2.1.3 Kodefikasi Diagnosis dan Tindakan**

Kodefikasi ialah kegiatan dalam memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder berdasarkan ICD 10 serta memberikan kode pada tindakan atau prosedur sesuai dengan ICD 9 CM yang diterbitkan oleh WHO. Diagnosis utama merupakan diagnosis penyakit yang menyebabkan pasien mendapatkan pemeriksaan dan perawatan, dokter akan menetapkan diagnosis utama pada saat akhir episode perawatan. Sedangkan diagnosis sekunder adalah penyakit yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau terjadi selama episode perawatan. Dalam sistem pembiayaan prospektif, hasil kodefikasi diagnosis dan tindakan yang nantinya akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke

FKRTL. Hal ini karena, dasar pengelompokan dalam INA-CBG menggunakan sistem kodefikasi dari diagnosis akhir dan tindakan yang telah diterima oleh pasien. Acuan prngkodingan diagnosis menggunakan ICD 10 Revisi Tahun 2010 dan ICD 9 CM Revisi Tahun 2010 untuk tindakan. Aturan koding diagnosis yang digunakan dalam INA-CBG adalah aturan koding morbiditas. Langkah-langkah kodefikasi diagnosis menggunakan ICD 10 yaitu:

1. Identifikasi tipe pernyataan yang akan dikode dan lihat di ICD 10 volume 3 (*alphabetical index*), jika pernyataan merupakan penyakit, cedera dan atau yang lainnya diklasifikasikan dalam bab 1-19 dan 20-21. Sedangkan untuk penyebab luar atau cedera diklasifikasikan pada bab 20.
2. Tentukan *Lead Term* atau kaca kunci yang merujuk pada kondisi penyakit.
3. Perhatikan, baca, dan ikuti semua petunjuk dibawah kata kunci
4. Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci dan penjelasan indentasi dibawah *lead term*, amati kata yang sesuai dengan diagnosis yang sedang dicari.
5. Ikuti petunjuk rujukan silang (“*see*” dan “*see also*”) yang ditemukan dalam *index*
6. Setelah mendapatkan kode di *alphabetic index*, cek ketepatan kode pada volume 1. Untuk kategori 3 karakter dengan *point dash* (-) berarti terdapat karakter ke-4 yang harus ditentukan pada volume 1.
7. Baca dan perhatikan setiap *inclusion* atau *exclusion* dibawah kode yang dipilih, dibawah bab, dibawah blok, atau dibawah judul kategori.
8. Tentukan kode yang tepat dan sesuai dengan diagnosis. (Permenkes No 76 Tahun 2016).

Selanjutnya, untuk melakukan pengkodean tindakan atau prosedur ialah menggunakan ICD 9 CM, berikut langkah-langkahnya:

1. Identifikasi tipe pernyataan tindakan atau prosedur yang akan dikode dan buka ICD 9 CM bagian *alphabetic index*.
2. Tentukan *Lead Term* dari prosedur atau tindakan yang akan dikode
3. Baca dan ikuti semua petunjuk dan perhatikan catatan dibawah kata kunci
4. Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci dan penjelasan indentasi dibawah leadterm, pilih kata yang berhubungan dengan tindakan yang akan dikode.
5. Ikuti setiap petunjuk rujukan silang (“*see*” dan “*see also*”) yang ditemukan dalam index
6. Cek ulang ketepatan kode yang dipilih pada *Tabular List*
7. Baca *inclusion* dan *exclusion* dibawah kode yang dipilih, dibawah bab, atau dibawah blok dan atau dibawah judul kategori
8. Tentukan kode yang sesuai. (Menteri Kesehatan, 2016)

#### **2.1.4 Klaim oleh Unit Casemix**

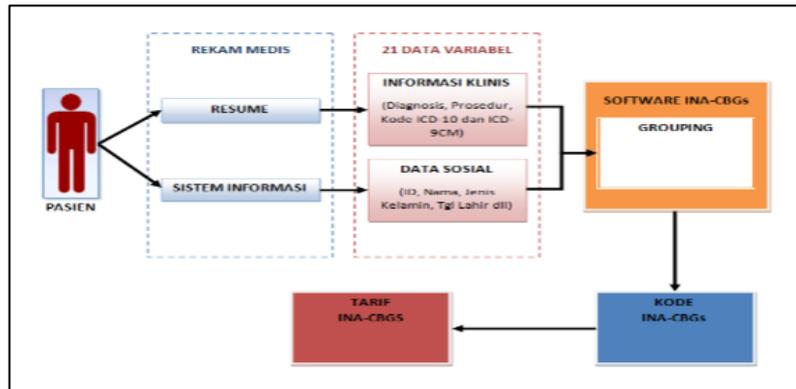
Klaim BPJS merupakan pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak yang menanggung yakni BPJS Kesehatan, yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada BPJS setiap bulannya (Firyal Nabila et al., 2020).

##### **1. Unit Casemix**

Casemix (*Case based payment*) merupakan metode pembayaran prospektif pada program Jaminan Kesehatan. Berdasarkan Permenkes No. 76 Tahun 2016, *sistem casemix* adalah sistem pengelompokan diagnosis dan tindakan atau prosedur yang mengacu pada ciri klinis yang mirip / sama dan

biaya perawatan yang mirip / sama menggunakan *software grouper*. Dalam implementasinya pola pembayaran sistem *casemix* menggunakan INA CBG's. Dalam INA CBG terdapat 1077 kelompok tarif yang terdiri dari 789 tarif pelayanan rawat inap dan 288 tarif pelayanan rawat jalan dengan dasar pengelompokan diagnosis menggunakan ICD 10 dan pengelompokan tindakan / prosedur menggunakan ICD 9 CM. Tarif INA CBG's dalam program JKN, dikelompokkan menjadi 7 kluster rumah sakit yaitu: tarif rumah sakit kelas A, tarif rumah sakit kelas B, tarif rumah sakit kelas B pendidikan, tarif rumah sakit kelas C, tarif rumah sakit kelas D, tarif rumah sakit khusus rujukan nasional, tarif rumah sakit umum rujukan nasional.

Proses grouping tarif dilakukan berdasarkan data yang berasal dari resume medis menggunakan aplikasi INA CBG's. Untuk menggunakan aplikasi INA CBG's, rumah sakit sudah harus memiliki kode registrasi yang dikeluarkan oleh Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan, kemudian akan dilakukan aktivasi *software* INA CBG's di rumah sakit sesuai dengan kelas dan regionalisasinya. Proses entri data pasien dalam aplikasi INA CBG's dilakukan setelah pasien pulang dari rumah sakit (*retrospective*), data yang diperlukan di dapat dari resume medis pasien, sesuai dengan alur entri data sebagai berikut: Langkah awal yakni petugas mengentri data sosial pasien meliputi ID, nama pasien, jenis kelamin, tanggal lahir, dan lain-lain, selanjutnya mengentri informasi klinis pasien yakni diagnosis dan prosedur yang terdapat dalam lembar resume medis, petugas juga harus melakukan *coding* diagnosis sesuai ICD 10 dan *coding* tindakan sesuai ICD 9 CM. Setelahnya, akan di *grouping* oleh *software* dan muncul kode INA CBG's dan tarifnya (Permenkes No. 27 Tahun 2014). Berikut ialah gambar alur klaim BPJS Kesehatan:



Gambar 1 Alur Klaim biaya BPJS Kesehatan

## 2. Klaim Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan

Pada rawat jalan tingkat lanjutan, biaya pelayanan rawat jalan menggunakan sistem INA CBG's tanpa penagihan iuran kepada peserta. Tarif peserta INA CBG's disebutkan dalam ketetapan Menteri Kesehatan Republik Indonesia yang diatur dalam Permenkes No. 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Tarif ini mencakup seluruh biaya pelayanan yang telah diberikan kepada peserta meliputi biaya administrasi, jasa pelayanan, sarana, alat/bahan habis pakai, obat-obatan, dan sebagainya. Selanjutnya proses klaim biaya menggunakan aplikasi INA CBG's Kemenkes yang telah ditetapkan dan diajukan secara kolektif kepada kantor cabag/kantor operasional oleh faskes tingkat lanjutan maksimal tanggal 10 setiap bulannya.

Sedangkan. Pada rawat inap tingkat lanjutan, biaya pelayanan rawat inap tingkat lanjutan juga menggunakan paket INA CBG's tanpa pengenaan iuran kepada peserta. Besaran tarif nya disesuaikan dengan Permenkes No. 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan. Tarif INA CBG'S ini juga sudah mencakup segala pelayanan yang diterima oleh peserta.

FKTL mengajukan klaim secara kolektif kepada BPJS Kesehatan maksimal pada tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk *softcopy* dan *hardcopy* dari berkas pendukung klaim. Klaim diajukan kepada kantor cabang/kantor operasional BPJS Kesehatan setiap bulan secara kolektif dan tagihan akan dinyatakan sah jika telah mendapat persetujuan dan ditandatangani Direktur/Kepala FKTP dan petugas verifikasi BPJS Kesehatan.

### 3. Kadaluarsa Klaim

- a) Klaim kolektif fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah maupun swasta, baik tingkat pertama maupun tingkat lanjutan ialah 2 tahun setelah pelayanan diberikan kepada peserta (pasien).
- b) Klaim perorangan yang memiliki batas waktu pengajuan klaim maksimal dua tahun setelah pelayanan diberikan, kecuali diatur secara khusus.

### 4. Berkas Pendukung Klaim Faskes Tingkat Lanjutan

- a) Rawat Jalan Tingkat Lanjutan
  - 1) Rekapitulasi Pelayanan
  - 2) Berkas pendukung, yang terdiri dari Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis atau laporan status pasien, bukti pelayanan lainnya seperti protokol terapi dan jadwal pemberian obat khusus, perincian tagihan RS, berkas pendukung lain yang diperlukan.
- b) Rawat Inap Tingkat Lanjutan
  - 1) SEP atau Surat Eligibilitas Peserta
  - 2) Surat Perintah Rawat Inap
  - 3) Resume Medis yang ditandatangani oleh DPJP, seperti: laporan operasi, protokol terapi dan jadwal pemberian obat khusus, perincian tagihan rumah sakit (manual atau

*automatic billing*), dan berkas pendukung lain yang diperlukan.

## 5. Verifikasi Pelayanan

Berkas dan persyaratan klaim yang telah dikirimkan oleh Fasyankes kepada BPJS Kesehatan akan dilakukan tahap verifikasi. Tahap verifikasi merupakan tahap pengecekan kebenaran dan kelengkapan syarat-syarat pengajuan klaim yang dilakukan oleh seorang verifikator BPJS. Verifikasi yang akan dilakukan meliputi:

### a) Tahap Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Ialah proses pengecekan kesesuaian berkas klaim peserta yang terdiri dari Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam INA CBG's.

### b) Tahap Verifikasi Administrasi Pelayanan

- 1) Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas persyaratan termasuk memeriksa kelengkapan dan keabsahan berkas.
- 2) Ketika ditemukan ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke FKTL terkait untuk dilengkapi dan diperbaiki.
- 3) Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis. Oleh karena itu, perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

c) Verifikator memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM, ketentuan coding diatur dalam Juknis INA-CBG.

d) Pada kasus spesial CMGs, bukti pendukung yang diperlukan yakni: Spesial Drugs: *product batch* (asli) dilampirkan dalam berkas klaim, Spesial Prosedur: laporan asli, spesial Prosthesis: *Product batch* (asli) harus dilampirkan dalam

berkas klaim, Spesial *Investigation: expertise* pemeriksaan, Spesial Chronic & Sub-acute: instrumen pemeriksaan (Direktorat Pelayanan BPJS, 2014).

#### 6. Status Klaim

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Maulida & Djunawan (2022), terdapat tiga (3) tipe status klaim yang berbeda setelah berkas klaim di terima oleh pihak asuransi yakni:

##### a) Status Klaim Layak

Status klaim layak merupakan pengajuan klaim yang telah diterima dan disetujui oleh sistem dan pihak asuransi. Klaim yang layak artinya klaim tersebut sudah diproses dan klaim sudah selesai.

##### b) Status Klaim Tidak Layak / Pending

Status klaim tidak layak atau *pending* ialah pengajuan klaim yang masih tertunda dan disebabkan beberapa faktor. Beberapa hal yang menyebabkan pending *klaim* yakni berkas yang diajukan oleh rumah sakit belum lengkap, perbedaan kode diagnosis dan tindakan, dan sebagainya.

##### c) Status Klaim Dispute

Status klaim Dispute dapat terjadi disebabkan oleh hasil verifikasi klaim yang diajukan oleh rumah sakit terdapat ketidaksesuaian atau ketidaksepakatan pelayanan atau tindakan medis sehingga harus diselesaikan oleh Tim Penyelesaian Klaim Dispute di daerah tersebut.

#### 2.1.5 Metode SWOT

Metode analisis SWOT pertama kali diperkenalkan oleh Albert Humphrey ketika melakukan penelitian di *Stanford University* sekitar tahun 1960-1970. SWOT merupakan akronim atau singkatan dari 4 kata yang terdiri dari *strengths* (kekuatan),

*weaknesses* (kelemahan), *opportunities* (peluang), dan *threats* (ancaman). Secara umum analisis SWOT memiliki kegunaan sebagai berikut:

- a) Dapat membantu melihat suatu persoalan dan empat sisi sekaligus yang menjadi dasar sebuah persoalan yakni kekuatan, kelemahan, kesempatan/peluang, serta ancaman.
- b) Dengan menggunakan analisis SWOT dapat memberikan hasil berupa analisis yang cukup tajam sehingga dapat memberikan arahan atau saran untuk mempertahankan kekuatan sekaligus menambah keuntungan berdasarkan sisi peluang yang ada, disertai dengan mengurangi kekurangan dan menghindari ancaman.
- c) Analisis SWOT dapat membantu untuk “membedah” suatu organisasi dari empat sisi dalam proses identifikasi dan analisis untuk menemukan sisi sisi yang terkadang terlupakan atau belum disadari selama ini.
- d) Analisis SWOT juga dapat menjadi instrumen yang ampuh dalam melakukan analisis strategi, sehingga dapat menemukan solusi yang cepat, tepat, dan terbaik sesuai dengan situasi yang sedang dihadapi.
- e) Dapat digunakan untuk membantu organisasi meminimalisir kelemahan yang ada serta mencegah munculnya dampak ancaman (Fatimah, 2016).

Analisis SWOT terdiri dari empat faktor yakni:

- a) *Strengths* (kekuatan)

*Strengths* merupakan suatu hal yang menjadi kekuatan dalam sebuah organisasi. Faktor kekuatan ialah sebuah kompetensi keunggulan dan nilai plus yang terdapat dalam organisasi itu sendiri. Dengan mengenali aspek aspek yang menjadi kekuatan sebuah organisasi dapat menjadi

langkah besar untuk menuju kemajuan organisasi. Setelah mengetahui kelebihan dan kekuatan apa saja yang dimiliki, langkah selanjutnya ialah mempertahankan dan mengembangkan kelebihan yang ada supaya menjadi lebih besar.

b) *Weaknesses* (kelemahan)

*Weaknesses* ialah kondisi atau suatu hal yang berupa kekurangan atau kelemahan dalam sebuah organisasi. Pada dasarnya setiap organisasi pastinya memiliki sebuah kelemahan, namun yang terpenting adalah bagaimana upaya organisasi tersebut untuk mengurangi akibat yang ditimbulkan dari kelemahan tersebut.

c) *Opportunities* (peluang)

*Opportunities* atau peluang merupakan suatu kondisi yang bersifat menguntungkan dan dapat dijadikan sebuah senjata untuk memajukan dan mencapai tujuan dalam sebuah organisasi. Peluang datang dari faktor eksternal yang bersifat positif. Untuk mengetahui hal-hal mana yang dapat dijadikan sebagai peluang, perlu dilakukan analisis dengan cara membandingkan analisis internal (*strengths* dan *weaknesses*) dengan analisis internal dari organisasi lain.

d) *Threats* (ancaman)

*Threats* atau ancaman ialah kondisi eksternal yang dapat mengganggu dan mempengaruhi kelancaran suatu kegiatan. *Threats* ini merupakan kebalikan dari peluang atau *opportunities*. Ancaman meliputi hal-hal dari lingkungan yang tidak menguntungkan bagi sebuah organisasi. Untuk mencegah dampak negatifnya, suatu ancaman harus segera dicegah dan ditanggulangi. Jika tak segera di atasi, ancaman dapat menjadi sebuah penghalang atau penghambat

tercapanya visi, misi, dan tujuan sebuah organisasi (Wijayati, 2019).

### 2.1.6 Matriks SWOT

Matriks SWOT bermanfaat untuk menguraikan item SWOT agar lebih sistematis dan tersajikan dengan jelas. Matriks SWOT sendiri ialah alat yang dapat digunakan untuk menyusun faktor-faktor strategi suatu organisasi atau perusahaan. Dengan matriks ini dapat diperoleh gambaran secara jelas mengenai peluang dan ancaman yang dihadapi oleh suatu organisasi dengan disesuaikan pada kekuatan dan kelemahan yang dimiliki. Dengan menggunakan matriks SWOT juga akan dihasilkan empat kemungkinan alternatif strategi yang dapat diterapkan oleh suatu organisasi (Wijayati, 2019). Berikut merupakan gambaran dalam penggunaan matriks SWOT

Faktor-faktor Internal (IFAS)	<b><u>Strength/Kekuatan (S)</u></b> 5-10 kekuatan-kekuatan faktor internal perusahaan	<b><u>Weakness/Kelemahan (W)</u></b> Catat 5-10 kelemahan-kelemahan faktor internal perusahaan
Faktor-faktor Eksternal	<b><u>Strategi S-O (O)</u></b> Catat 5-10 faktor peluang eksternal	<b><u>Strategi W-O</u></b> Buat strategi yang meminimalkan kelemahan untuk memanfaatkan peluang.
<b><u>Threat/Ancaman (T)</u></b> Catat 5-10 faktor ancaman eksternal	<b><u>Strategi S-T</u></b> Buat strategi yang menggunakan kekuatan untuk mengatasi ancaman	<b><u>Strategi W-T</u></b> Buat strategi yang meminimalkan kelemahan dan menghindari ancaman.

Gambar 2 Matriks SWOT

Dari analisis faktor internal dan eksternal menggunakan matriks SWOT dihasilkan empat macam strategi dengan karakteristiknya masing-masing yakni:

a) Strategi 'SO' (*Strength Opportunity*)

Strategi SO ialah strategi dari hasil pemetaan *strength*/kekuatan dan *opportunity*/peluang. Strategi ini dapat digunakan untuk mencapai tujuan dengan memanfaatkan peluang dan kekuatan yang dimiliki. Kekuatan akan menjadi modal dasar dalam memaksimalkan peluang yang ada.

b) Strategi 'WO' (*Weaknesses Opportunities*)

Strategi WO merupakan strategi yang harus dilakukan untuk meminimalkan kelemahan dan pada saat yang bersamaan memanfaatkan peluang yang ada (Salim & Siswanto, 2019).

c) Strategi 'WT' (*Weaknesses Threats*)

Strategi WT berfungsi untuk mengendalikan ancaman yang ada sekaligus meminimalkan kelemahan-kelemahan. Strategi WT dibuat berdasarkan pada kegiatan yang sifatnya *defensif* dengan berusaha meminimalkan kelemahan serta menghindari ancaman.

d) Strategi 'ST' (*Strengths Threats*)

Strategi ST merupakan strategi yang dibuat dengan memanfaatkan kekuatan yang dimiliki untuk mengatasi ancaman yang mungkin timbul.

## 2.2 Penelitian Terdahulu

### 2.2.1 Hasil Penelitian Terdahulu

No	Judul	Metode	Hasil
1.	Analisis Penyebab <i>Pending Claim</i> Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga (Maulida & Djunawan, 2022)	Jenis penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif desain <i>cross-sectional</i> .	Penyebab <i>pending</i> klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap bulan Desember 2021 di RS Universitas Airlangga yaitu berkas tindak lengkap sebanyak 30 berkas, kurang tepatnya koding sejumlah 29 berkas, kurangnya pemeriksaan penunjang, serta kurangnya eviden terapi sebanyak 9 berkas.
2.	Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari-Maret 2016 (EP Artanto, 2018).	Jenis penelitian ini merupakan penelitian deksriptif analitik dengan pendekatan kuantitatif kualitatif, dan cara pengumpulan data menggunakan data sekunder dan observasi.	Berdasarkan hasil observasi, faktor tertundanya klaim disebabkan oleh ketidaksamaan koding dan diagnosis dari rumah sakit dengan koding dari verifikator BPJS sehingga perlu penyamaan persepsi tentang diagnosis antara DPJP, koder rumah sakit dan verifikator, faktor yang kedua ialah ketidaksesuaian diagnosis dan terapi sebab standar penilaian diagnosis dan komplikasi menurut BPJS

			<p>harus sesuai keadaan sedangkan bagi DPJP tidak semua penyakit dan komplikasi harus diberikan terapi yang agresif tetapi diagnosis tetap ditulis sebagai bahan acuan penanganan medis, faktor yang terakhir yakni tidak lengkap nya tanda tangan DPJP, karena DPJP memegang peran ganda sebagai <i>case manager</i> dan dokter fungsional yang menyebabkan pengisian data dilakukan diakhir pelayanan medis pasien</p>
3.	<p>Tinjauan Penyebab Klaim Pending Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di RSUD Haji Surabaya (Triatmaja et al., 2022).</p>	<p>Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif deskriptif. Metode pengumpulan data yang digunakan ialah wawancara. Identifikasi permasalahan menggunakan unsur manajemen 5M (<i>man, material, methods, machine, money</i>).</p>	<p>Didapatkan hasil penelitian bahwa penyebab klaim pending di RSUD Haji Surabaya adalah petugas koding merasa kesulitan saat membaca tulisan dokter dan belum mengetahui beberapa singkatan, petugas masih mendapatkan berkas yang tidak lengkap, tidak ada SPO tentang alur pelaksanaan proses klaim dan pengkodean klaim BPJS, perlunya pemeliharaan terhadap komputer dan</p>

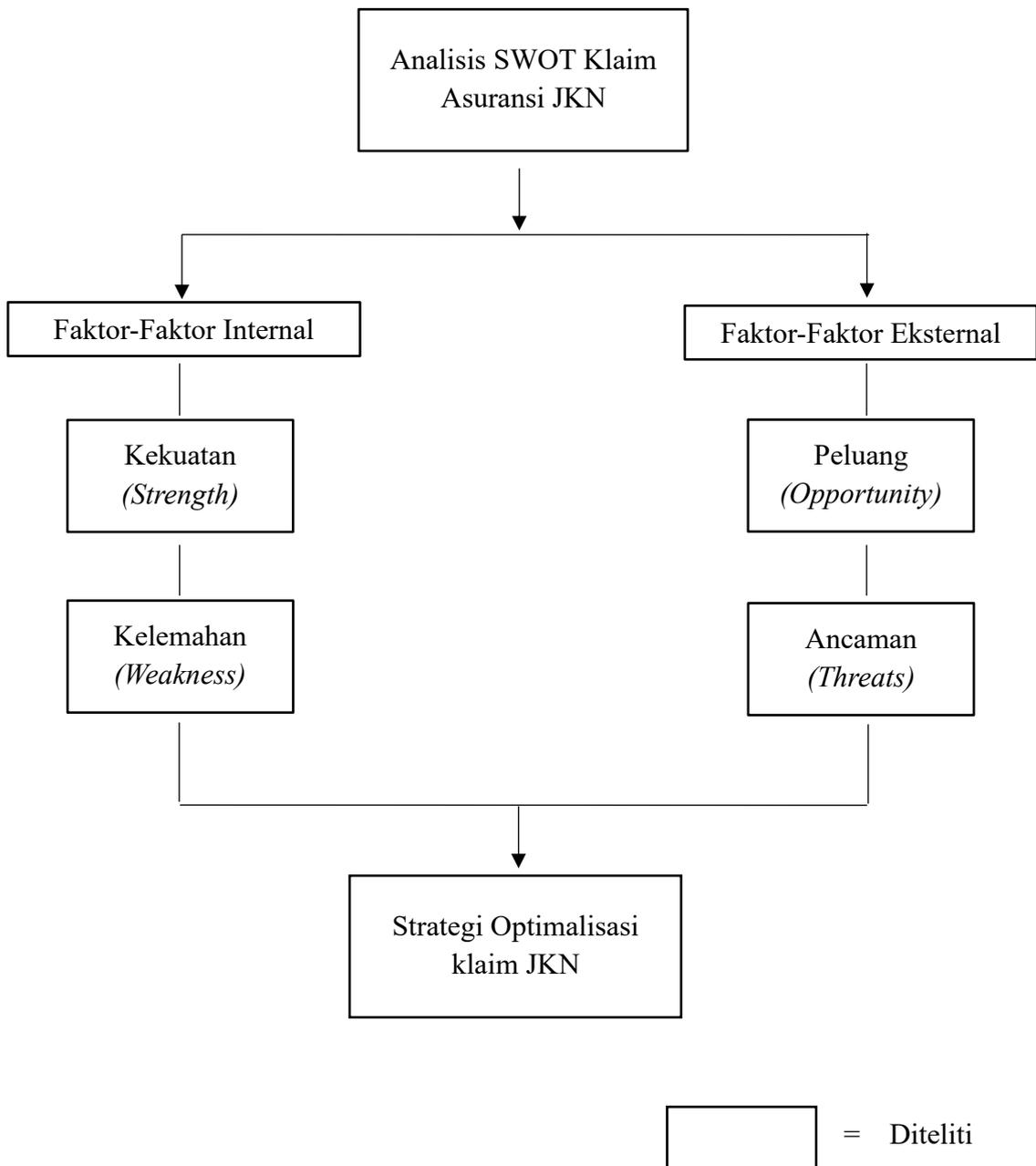
			jaringan, klaim pending mengakibatkan keuangan rumah sakit terhambat
--	--	--	--

*Tabel 1 Penelitian terdahulu*

### **2.2.2 State Of The Art**

Penelitian terdahulu dapat memperkaya pembahasan serta sebagai pembeda dengan penelitian yang akan dilakukan. Selain itu, penelitian terdahulu dapat digunakan sebagai panduan untuk penelitian yang akan dilakukan. Terdapat perbedaan antara penelitian terdahulu dengan penelitian yang akan dilakukan ini dalam hal metode analisis yang digunakan yakni menggunakan metode SWOT (*Strength, Weakness, Opportunity, Threat*), lalu dari segi cara pengumpulan data yaitu melalui wawancara dan *focus group discussion* untuk menggali informasi lebih dalam. Selain itu, fokus penelitian yang akan diteliti juga terdapat pembaruan dimana dengan adanya analisis SWOT tak hanya melihat dari sisi negatif / kelemahan, tetapi juga mempertimbangkan sisi kekuatan, peluang, dan ancaman agar didapatkan strategi dalam optimalisasi klaim JKN.

### 2.3 Kerangka Konsep



Gambar 3 Kerangka Konsep Penelitian