

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan**

##### **1. Pengertian BPJS Kesehatan**

Menurut UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial oleh pemerintah bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan. Dalam UU ini BPJS yang dimaksud yaitu terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan ('UU No. 24 tahun 2011 tentang BPJS', 2011).

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan menyebutkan, jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (BPJS Kesehatan, 2018). Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan pasal 6 menjelaskan, setiap penduduk Indonesia wajib ikut serta dalam

program jaminan kesehatan dengan cara mendaftar atau didaftarkan pada BPJS Kesehatan. Pada saat mendaftar atau didaftarkan pada BPJS Kesehatan, calon peserta berhak menentukan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang diinginkan.

## **2. Tugas BPJS Kesehatan**

Berdasarkan pasal 10 UU No. 24 Tahun 2011, dalam melaksanakan fungsinya BPJS memiliki tugas sebagai berikut:

- a. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta;
- b. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja;
- c. Menerima bantuan iuran dari pemerintah;
- d. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta;
- e. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial;
- f. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial; dan
- g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

## **B. *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG)***

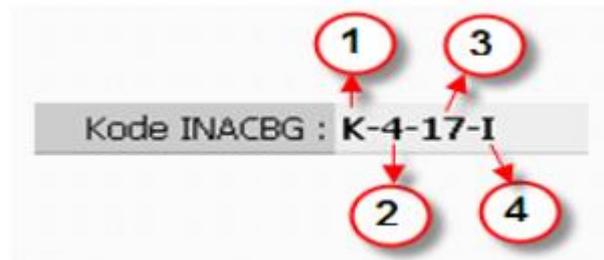
### **1. Pengertian INA-CBG**

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG)* dalam

Pelaksanaan Jaminan Kesehatan, pedoman ini merupakan acuan bagi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, dan pihak lain yang terkait mengenai metode pembayaran INA-CBG dalam pelaksanaan klaim pelayanan jaminan kesehatan. Dasar pengelompokan dalam INA-CBG menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan *ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10<sup>th</sup> Revision)* Versi Tahun 2010 untuk diagnosis dan *ICD-9-CM (International Statistical Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification)* Versi Tahun 2010 untuk tindakan/prosedur (BPJS Kesehatan, 2021).

## **2. Struktur Kode INA-CBG**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021, pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa aplikasi INA-CBG sehingga dihasilkan 1.075 kelompok kasus yang terdiri dari 786 kelompok kasus rawat inap dan 289 kelompok kasus rawat jalan. Setiap kelompok dilambangkan dengan kode kombinasi alfabet dan numerik dengan contoh sebagai berikut:



Gambar 2. 1 Struktur Kode INA-CBG

Keterangan:

- a. digit ke-1 (alfabetik): menggambarkan kode *Casemix Main Groups (CMG)*;
- b. digit ke-2 (numerik): menggambarkan tipe kelompok kasus (*Case Groups*);
- c. digit ke-3 (numerik): menggambarkan spesifikasi kelompok kasus; dan
- d. digit ke-4 (romawi): menggambarkan tingkat keparahan kasus.

## C. Klaim BPJS Kesehatan

### 1. Pengertian

Ardhitya dalam Maulida (2022), klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS Kesehatan oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) berkewajiban untuk melakukan penginputan seluruh komponen pelayanan kesehatan secara komprehensif termasuk jenis pelayanan, biaya pelayanan, dan

obat pada *E-Claim (Electronic Claim)* INA-CBG Kementerian Kesehatan ('PMK No. 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan', 2020).

## **2. Persyaratan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan**

Berdasarkan buku Panduan Praktik Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan (BPJS Kesehatan, 2015), kelengkapan administrasi klaim umum pada FKRTL harus meliputi:

- a. formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3 (tiga);
- b. *softcopy* luaran aplikasi;
- c. kuitansi asli bermaterai cukup;
- d. bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga; dan
- e. kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim.

## **3. Alur Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan**

Menurut (Amran R, 2023), proses klaim yaitu suatu kegiatan untuk meneliti dan membuktikan bahwa telah terjadi kesepakatan dan melakukan pembayaran yang sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Secara umum, berikut langkah-langkah prosedur klaim:

## 1. Penerimaan dan Penetapan Klaim

Di tahap ini semua berkas-berkas yang diajukan akan dicek ulang dengan harapan berkas-berkas klaim yang telah diajukan sudah memenuhi syarat sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

## 2. Telaah dan Verifikasi Klaim

Klaim yang sudah diterima oleh pihak klaim sebelum dibayar akan dilakukan pengecekan terlebih dahulu dengan melalui beberapa tahapan, yaitu:

- a. Pihak yang mengajukan klaim sesuai.
- b. Formulir klaim yang akan diajukan sudah lengkap disertai tandatangan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).
- c. Kesesuaian klaim dengan kesepakatan kedua belah pihak mengenai batasan pelayanan, biaya, waktu pengajuan klaim, dan pengecualian tindakan.
- d. Kewajiban klaim yaitu kewajiban diagnosa, jenis obat yang diberikan, dan tindakan yang dilakukan.

Alur verifikasi klaim yang dilakukan oleh pihak rumah sakit dimulai dari tahap *coding*, pemberkasan, dan *grouping* INA-CBG (Pratama *et al.*, 2023).

### a. *Coding* INA-CBG

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman INA-CBG dalam

Pelaksanaan Jaminan Kesehatan, *coding* merupakan kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 Versi Tahun 2010 yang diterbitkan oleh WHO serta memberikan kode tindakan/prosedur sesuai dengan ICD-9-CM Versi Tahun 2010. Aturan dan pedoman *coding* yang digunakan dalam INA-CBG adalah aturan *coding* morbiditas, yaitu menetapkan kondisi tunggal yang menjadi diagnosis utama (*single-condition morbidity analysis*). Prinsip *Single-Condition Morbidity Analysis* adalah kondisi utama yang dirawat atau diinvestigasi sepanjang episode asuhan kesehatan yang terkait (Pormiki, 2017).

Hasil *coding* sangat penting dalam menentukan besaran biaya yang dibayarkan ke FKRTL. Oleh karena itu, *coding* harus dilakukan dengan tepat. Sumber data dalam melakukan *coding* adalah resume medis, yaitu data diagnosis dan tindakan/prosedur. Apabila diperlukan dapat dilihat dalam berkas rekam medis. Ketepatan *coding* diagnosis dan tindakan/prosedur sangat berpengaruh terhadap hasil *grouper* dalam aplikasi INA-CBG (BPJS Kesehatan, 2021).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman INA-CBG dalam Pelaksanaan Jaminan

Kesehatan menjelaskan, diagnosis utama merupakan diagnosis yang ditegakkan oleh dokter pada akhir episode perawatan yang menyebabkan pasien mendapatkan perawatan atau pemeriksaan lebih lanjut. Jika terdapat lebih dari satu diagnosis, maka dipilih yang menggunakan sumber daya paling banyak dengan tetap berpedoman pada aturan *coding* sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri ini, kecuali kondisi tertentu. Diagnosis sekunder merupakan diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode perawatan. Diagnosis sekunder merupakan komorbiditas dan/atau komplikasi.

Komorbiditas adalah penyakit yang menyertai diagnosis utama atau kondisi yang sudah ada sebelum pasien masuk perawatan dan membutuhkan pelayanan kesehatan/tatalaksana setelah masuk maupun selama perawatan. Sementara itu, komplikasi adalah penyakit yang timbul dalam masa perawatan dan memerlukan pelayanan tambahan yang mendapatkan tatalaksana sewaktu episode pelayanan, baik yang disebabkan oleh kondisi yang ada atau muncul akibat dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien.

b. Pemberkasan Administrasi

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan menyebutkan, persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan di FKRTL harus meliputi:

- 1) Kelengkapan administrasi umum yang terdiri atas:
  - a) surat pengajuan klaim yang ditandatangani oleh pimpinan FKRTL atau pejabat setingkat direktur yang diberi kewenangan;
  - b) kuitansi asli bermaterai; dan
  - c) surat tanggung jawab mutlak bermaterai yang ditandatangani oleh pimpinan FKRTL atau pejabat setingkat direktur yang diberi kewenangan.
- 2) Kelengkapan khusus yang terdiri atas;
  - a) bukti pendukung pelayanan; dan
  - b) kelengkapan lain yang dipersyaratkan dalam masing-masing tagihan klaim.

Untuk pengajuan klaim pelayanan RITL (Rawat Inap Tingkat Lanjutan) mempunyai kelengkapan pendukung sebagai berikut:

- 1) lembar surat eligibilitas peserta (SEP) yang ditandatangani oleh peserta/keluarga atau cap jempol tangan peserta;
- 2) resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP);
- 3) laporan tindakan, prosedur atau laporan operasi;
- 4) hasil pemeriksaan penunjang, apabila dilakukan;
- 5) surat perintah rawat inap;
- 6) surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan rumah sakit;
- 7) *checklist* klaim rumah sakit; dan
- 8) luaran sistem informasi pengajuan klaim yang diunggah ke sistem informasi BPJS Kesehatan.

c. *Grouping* INA-CBG

Berkas administrasi yang sudah lengkap selanjutnya masuk ke dalam tahap *grouping*. Dalam tahap ini berkas akan dientri ke dalam Sistem Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang sudah di-*bridging* dengan sistem INA-CBG (Pratama *et al.*, 2023). Aplikasi INA-CBG memerlukan kode registrasi untuk menggunakannya. Kode ini dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan kepada fasilitas kesehatan (faskes) yang terdaftar (Peraturan Menteri

Kesehatan, 2016). Tahap *grouping* terdiri dari beberapa langkah yaitu:

1) Purifikasi data

Purifikasi berfungsi untuk memvalidasi *output* data pada aplikasi INA-CBG yang ditagihkan rumah sakit terhadap data penerbitan SEP, di antaranya:

- a) Nomor SEP;
- b) Nomor kartu peserta; dan
- c) Tanggap SEP.

2) Melakukan proses verifikasi administrasi

Verifikator mencocokkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung hasil *entry* rumah sakit.

3) Setelah proses verifikasi administrasi selesai, verifikator dapat melihat status klaim yang layak secara administrasi, tidak layak secara administrasi, dan klaim pending.

4) Proses verifikasi lanjutan

Verifikasi lanjutan dilakukan untuk menghindari adanya error dan klaim *double*.

5) Finalisasi klaim

6) Verifikator dapat melihat klaim dengan status pending.

7) *Feedback* pelayanan

Merujuk pada website (BPJS Kesehatan, 2014), pihak BPJS Kesehatan menetapkan alur verifikasi klaim pasien rawat inap untuk memudahkan proses klaim kepada BPJS Kesehatan.

#### 1) Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data yang di-*input* dalam aplikasi INA-CBG dengan berkas pendukung lainnya.

#### 2) Verifikasi Administrasi Pelayanan

Hal yang menjadi perhatian dalam mendeteksi administrasi pelayanan, yaitu:

- a) Untuk kode INA CBG *severity level III* pastikan ada pengesahan dari Komite Medik.
- b) Kesesuaian Spesialisasi DPJP dengan diagnosa.
- c) Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator.
- d) Kesesuaian antara tipe rumah sakit dan kompetensi dokter di rumah sakit tersebut.
- e) *Coding* yang dilakukan petugas *coder* tidak *unbundling*. Contoh: *Diabetes Melitus with Nephropaty* menjadi Diabetes Melitus (Diagnosa Primer) dan *Nephropaty* (Diagnosa Sekunder).

f) Kasus readmisi, yaitu kunjungan rawat inap berulang di FKRTL yang sama dengan diagnosis yang sama dari episode rawat inap sebelumnya dalam waktu kurang atau sama dengan 30 hari. Jika sebelumnya pasien dipulangkan dalam keadaan pulang paksa maka episode rawat pada readmisi merupakan kelanjutan dari pembiayaan penyakit yang sama.

g) Kasus *special CMG*:

- 1) Alat kesehatan dengan prosedur operasi: pastikan kesesuaian antara tagihan dengan resume medis, *billing* RS dan laporan operasi.
- 2) Di luar prosedur operasi: pastikan kesesuaian antara tagihan dengan resume medis, *billing* RS, resep alat kesehatan, dan bukti tanda terima alat kesehatan.
- 3) Pada kasus *special drug*, pastikan kesesuaian antara tagihan dengan resume medis, *billing* RS, dan regimen (jadwal dan rencana pemberian obat).

### 3) Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Hal yang menjadi perhatian dalam mendeteksi pelayanan kesehatan, yaitu:

- a) Tingkat keparahan (*saverity level*) sesuai dengan tipe dan kompetensi RS.
- b) Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosa dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD-10 Versi Tahun 2010 dan ICD-9-CM Versi Tahun 2010.
- c) Kasus bayi baru lahir dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), memastikan berat badan bayi kurang dari 2.500 gram dengan resume medis dan apabila diperlukan melihat surat keterangan lahir.
- d) Memastikan bayi baru lahir yang tidak memiliki masalah medis dari persalinan normal maupun *section* menjadi satu bagian tagihan persalinan.
- e) Memastikan bayi baru lahir tidak sehat dari persalinan normal maupun *seksio sesaria* menjadi tagihan terpisah dari persalinan ibu.
- f) Pada kasus yang sudah ditegakkan diagnosa pastikan pada kunjungan berikutnya harus menggunakan kode diagnosa Z (kontrol).
- g) Perhatikan pasien yang menjalani rawat jalan dan dilanjutkan dengan rawat inap pada hari yang sama hanya bisa ditagihkan sebagai satu episode rawat inap.

#### 4. Status Klaim

Status klaim adalah hasil atau *output* dari proses verifikasi klaim yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan. Status klaim terbagi menjadi klaim layak, klaim pending, klaim dispute, dan klaim tidak layak (Djunawan, 2022).

a. Layak

Berkas klaim dinyatakan layak ketika klaim sudah sesuai. Berkas klaim yang layak akan mendapatkan penggantian biaya.

b. Pending

Berkas klaim dinyatakan pending ketika berkas klaim yang diajukan oleh rumah sakit belum lengkap atau terdapat ketidaksesuaian pada berkas klaim dengan pelayanan yang diberikan. Berkas yang dinyatakan pending akan dikembalikan kepada pihak rumah sakit untuk dilengkapi atau direvisi.

c. Dispute

Berkas klaim dispute baru akan muncul ketika berkas pending sudah diajukan dan menerima status. Berkas klaim dinyatakan dispute ketika terdapat ketidaksesuaian atau ketidaksepakatan yang menyangkut pelayanan atau tindakan klinis.

d. Tidak layak

Klaim berkas dinyatakan tidak layak apabila terdapat ketidaksesuaian dengan aturan yang berlaku.

#### D. Determinan Pending Klaim

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), determinan adalah faktor yang menentukan atau faktor penentu. Determinan pending klaim yaitu faktor-faktor yang dapat menentukan terjadinya gagal klaim. Ilka (2023) mengungkapkan, pending klaim dapat terjadi karena tiga faktor yakni, ketidaktepatan *coding*, ketidaklengkapan berkas administrasi, dan ketidaksesuaian tindakan medis.

##### a. Ketidaktepatan *Coding*

Diagnosis pasien dapat ditentukan dengan melakukan wawancara medis dan pemeriksaan fisik. Kegiatan ini akan menghasilkan penentuan diagnosis serta tindakan yang perlu dikoding untuk melihat besaran tarif yang akan dibayarkan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan kelompok INA-CBG. Kesalahan *coding* merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya pending klaim. Ketidaktepatan *coding* dapat terjadi karena diagnosis utama tidak tepat dan adanya kasus *coding* kombinasi. Ketidaktepatan kodifikasi dapat terjadi karena petugas *coder* kurang teliti dalam menerjemahkan diagnosa dan tindakan ke dalam ICD-10 dan ICD-9-CM Versi Tahun 2010, resume medis yang tidak diisi dengan lengkap oleh DPJP, atau adanya perbedaan pemahaman antara verifikator BPJS dan *coder*.

##### b. Ketidaklengkapan berkas administrasi

Berkas administrasi menjadi salah satu aspek penting dalam pengajuan klaim. Pemberkasan administrasi diartikan sebagai kegiatan

menerima, mencatat, menghimpun, menyimpan, dan mengirim suatu kegiatan pelayanan kesehatan. Ketidaklengkapan berkas administrasi dapat terjadi ketika berkas yang diajukan belum lengkap atau terdapat kesalahan berkas pada saat pengisian administrasi. Ketidaklengkapan berkas dapat terjadi karena petugas administrasi kurang teliti, berkas klaim yang masuk terlalu banyak sehingga beban kerja tinggi, dan kesalahan dalam memasukkan data pasien.

c. Ketidaksesuaian tindakan medis

Pemeriksaan medis juga termasuk ke dalam komponen penting dalam pengajuan klaim. Faktor ketidaksesuaian medis terjadi ketika isi dari berkas rekam medis tidak lengkap atau sesuai. Berkas tersebut di antaranya yaitu CPPT, lembar operasi, formulir pemberian obat, dan laporan penunjang lainnya. Ketidaksesuaian tindakan medis dapat terjadi karena kurangnya ketelitian DPJP.

## **E. Kinerja**

### **1. Pengertian Kinerja**

Menurut Robbins (2012), kinerja merupakan perbandingan antara hasil evaluasi pekerjaan individu dengan kriteria yang telah diterapkan bersama. Sementara itu, Prawirosentono, dkk (2015) menyebutkan bahwa kinerja merupakan hasil kerja yang dapat dicapai oleh seseorang atau sekelompok orang dalam suatu organisasi sesuai dengan kewenangan dan tanggungjawabnya masing-masing untuk mencapai tujuan-tujuan organisasi yang

bersangkutan, tidak melanggar hukum, dan sesuai dengan moral dan etika (Putra dan Amerta, 2021).

## **2. Faktor-faktor yang Memengaruhi Kinerja**

Menurut Gibson (2008) dalam (Putra dan Amerta, 2021), kinerja dipengaruhi oleh beberapa faktor sebagai berikut:

- a. Faktor individu, terdiri dari kemampuan dan keterampilan, latar belakang, dan demografi. Faktor individu berkaitan dengan Sumber Daya Manusia (SDM) yaitu pegawai itu sendiri. Berdasarkan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Selvia (2022), faktor individu yang dapat memengaruhi terjadinya pending klaim yaitu pendidikan petugas yang tidak sesuai dengan bidangnya, usia petugas, dan pengalaman petugas. Faktor individu dapat memengaruhi ketiga tahap verifikasi klaim BPJS Kesehatan. Setiap tahap verifikasi memerlukan ketelitian dan pemahaman petugas yang baik. Keduanya berhubungan dengan latar belakang pendidikan, usia petugas, dan pengalaman petugas.
- b. Faktor psikologis, terdiri dari persepsi, sikap, motivasi, dan stres kerja. Sama seperti faktor individu, faktor psikologis juga berkaitan dengan pegawai itu sendiri. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Aldi, dkk (2023), pending klaim bisa terjadi karena kurangnya kesadaran atau tanggungjawab dari petugas,

serta keterbatasan waktu dan beban kerja petugas. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), psikologis berkenaan dengan psikologi atau kejiwaan seseorang. Faktor psikologis dapat memengaruhi ketiga tahapan verifikasi klaim karena dalam melakukan setiap tahap klaim kondisi psikologis petugas dapat memengaruhi ketepatan dan kesesuaian pengisian berkas klaim.

- c. Faktor organisasi, terdiri dari kepemimpinan, struktur organisasi, dan desain pekerjaan. Faktor organisasi menjadi salah satu penunjang bagi petugas dalam menumbuhkan semangat kerja. Berdasarkan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Oktamianiza (2022), pending klaim bisa terjadinya karena adanya perbedaan persepsi antara rumah sakit dengan verifikator BPJS dan belum ada atau kurang lengkapnya *Standard Operating Procedure* (SOP). Faktor organisasi dapat memengaruhi ketiga tahap verifikasi klaim. Ketiga tahapan tersebut pada dasarnya berkaitan satu sama lain sehingga perlu memiliki desain pekerjaan dan struktur organisasi yang sesuai.

### **3. Indikator Kinerja**

Mathis dan Jackson (2002) dalam (Putra dan Amerta, 2021) merinci indikator kinerja sebagai berikut:

- a. Kuantitas pekerjaan, yaitu perbandingan antara banyaknya pekerjaan yang dapat dihasilkan atau diselesaikan dengan standar yang telah ditentukan.
- b. Kualitas pekerjaan, yaitu ukuran seberapa baik hasil kerja dapat diselesaikan.
- c. Ketepatan waktu penyelesaian pekerjaan, yaitu target waktu yang mampu dihabiskan dalam menyelesaikan suatu pekerjaan.
- d. Kehadiran, yaitu tingkat absensi dan ketepatan kehadiran serta ketepatan waktu pulang kerja.
- e. Kemampuan kerjasama, yaitu kemampuan melakukan komunikasi dan koordinasi baik antar rekan kerja maupun atasan.

## **F. Rumah Sakit**

### **1. Pengertian Rumah Sakit**

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UU No. 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, 2023). Menurut World Health Organization (WHO), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada

masyarakat, serta merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik.

## **2. Kewajiban Rumah Sakit**

Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan, setiap rumah sakit mempunyai kewajiban berupa:

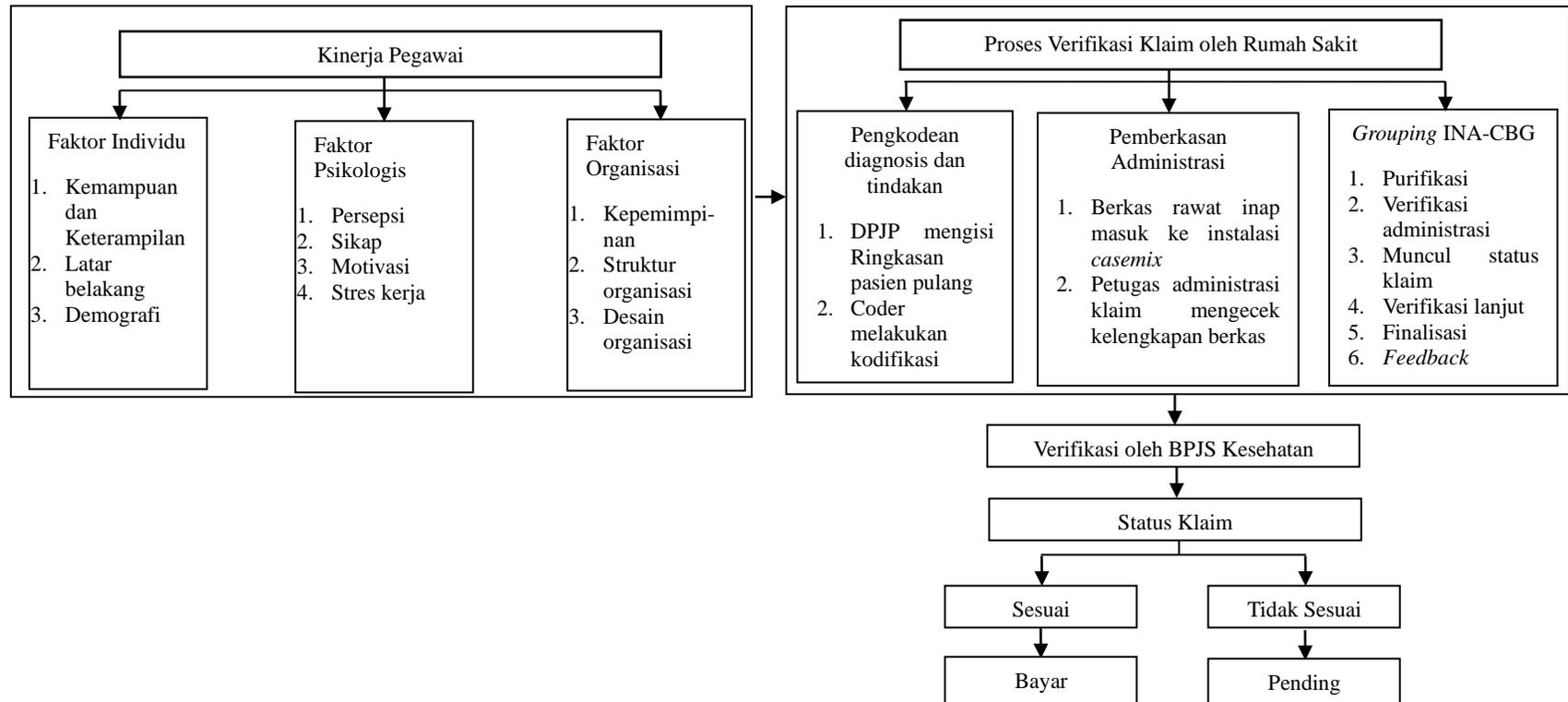
- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat;
- b. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- e. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. Melaksanakan fungsi sosial dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;

- h. Menyelenggarakan rekam medis;
- i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia;
- j. Melaksanakan sistem rujukan;
- k. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perundang-undangan;
- l. Memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. Menghormati dan melindungi pasien;
- n. Melaksanakan etika rumah sakit;
- o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan, baik secara regional maupun nasional;
- q. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit;
- s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok (PP Nomor 47 Tahun 2021).

## G. Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan gambaran dari teori di mana suatu riset berasal atau dikaitkan (Notoatmodjo, 2018).

Berdasarkan landasan teori yang sudah diuraikan sebelumnya, berikut kerangka teori dalam penelitian ini.



Gambar 2. 2 Kerangka Teori

Sumber: Teori Kinerja Gibson (2008) dan Peraturan BPJS Kesehatan No. 7 Tahun 2018