

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Rumah Sakit

a. Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit adalah institusi penyelenggara pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara menyeluruh, mencakup layanan rawat inap, rawat jalan, maupun gawat darurat. Sebagaimana tercantum dalam Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, rumah sakit diartikan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan secara paripurna, dengan menyediakan layanan rawat inap, rawat jalan, kegawatdaruratan, serta layanan lainnya sesuai dengan kebutuhan (UU RI No. 17, 2023).

Fungsi rumah sakit meliputi penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan, serta penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan di bidang kesehatan (UU RI No. 17, 2023). Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, rumah sakit dibedakan menjadi dua jenis, yaitu Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus. Khusus untuk Rumah Sakit Umum,

klasifikasinya dibagi lagi menjadi empat kelas, yakni Kelas A, B, C, dan D, yang penetapannya didasarkan pada kemampuan pelayanan yang dimiliki (Permenkes RI No. 3, 2020).

b. Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan rawat inap merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang ditujukan bagi pasien yang membutuhkan perawatan lebih intensif, sehingga mengharuskan pasien tersebut menginap di rumah sakit selama periode tertentu. Sebagaimana disebutkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, yang dimaksud dengan pasien rawat inap adalah pasien yang diterima untuk menjalani perawatan dan menginap di ruang rawat inap rumah sakit dalam rangka observasi, penegakan diagnosis, terapi, rehabilitasi, ataupun upaya kesehatan lainnya (Permenkes RI No 24, 2022).

Pelayanan rawat inap merupakan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan secara terintegrasi di rumah sakit dengan melibatkan berbagai sumber daya dan tenaga kesehatan guna memberikan pelayanan yang optimal sesuai kebutuhan pasien selama menjalani perawatan (Anies *et al.*, 2025). Seluruh proses pelayanan yang diberikan selama rawat inap wajib didokumentasikan secara lengkap dalam dokumen rekam medis sebagai bukti pelayanan yang sah secara hukum dan sebagai dasar pengajuan klaim kepada penjamin, termasuk BPJS Kesehatan.

2. Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

Rekam medis dapat diartikan sebagai dokumen yang memuat catatan dan berkas terkait identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, serta berbagai pelayanan lain yang pernah diberikan kepada pasien. Keberadaan rekam medis berperan sebagai sumber informasi yang menggambarkan keseluruhan rangkaian proses pelayanan kesehatan yang diterima pasien secara berkesinambungan. Hal ini ditegaskan dalam Pasal 1 Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, yang menyebutkan bahwa rekam medis meliputi data administratif dan data klinis pasien yang terdokumentasi secara lengkap dan sistematis (Permenkes RI No. 24, 2022).

b. Tujuan dan Fungsi Rekam Medis

Tujuan diselenggarakannya rekam medis adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, memberikan jaminan kepastian hukum, serta memastikan keamanan dan kerahasiaan data pasien tetap terjaga. Tujuan tersebut ditegaskan dalam Pasal 2 Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis. Secara fungsional, rekam medis memiliki beberapa fungsi utama, yaitu:

- 1) Fungsi klinis, sebagai dasar pengambilan keputusan medis dan kesinambungan pelayanan pasien.

- 2) Fungsi administratif, sebagai bukti tertulis pelayanan kesehatan yang diberikan.
- 3) Fungsi hukum, sebagai alat bukti apabila terjadi sengketa hukum.
- 4) Fungsi keuangan, sebagai dasar klaim pembiayaan pelayanan kesehatan, termasuk klaim BPJS Kesehatan.
- 5) Fungsi pendidikan dan penelitian, sebagai sumber data untuk pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

c. Rekam Medis pada Pelayanan Rawat Inap

Rekam medis pada pelayanan rawat inap merupakan kumpulan catatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien terhitung sejak masuk rumah sakit hingga pasien dinyatakan pulang, dirujuk, ataupun meninggal dunia. Rekam medis rawat inap memuat informasi yang jauh lebih kompleks, di antaranya identitas pasien, catatan perkembangan medis harian, hasil pemeriksaan penunjang, tindakan medis yang dilakukan, terapi yang diberikan, *resume* medis, hingga catatan asuhan keperawatan. Tingkat kelengkapan serta keakuratan rekam medis rawat inap ini memberikan pengaruh besar terhadap mutu pelayanan kesehatan maupun kelancaran proses klaim pembiayaan pelayanan kesehatan (Permenkes RI No. 24, 2022).

d. Tanggung Jawab Pengisian Rekam Medis

Tanggung jawab pengisian rekam medis berada pada tenaga medis dan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kepada

pasien. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menegaskan bahwa setiap tenaga medis dan tenaga kesehatan wajib melakukan pencatatan dan pendokumentasian pelayanan kesehatan secara lengkap, akurat, dan tepat waktu (UU RI No. 17, 2023). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2022 Pasal 16 menegaskan bahwa pengisian informasi klinis dalam rekam medis harus dilakukan secara lengkap, jelas, dan berurutan, serta mencantumkan identitas dan waktu pelayanan oleh tenaga kesehatan yang bersangkutan (Permenkes RI No. 24, 2022).

Selain itu, Surat Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.01/Menkes/1030/2023 menegaskan percepatan implementasi Rekam Medis Elektronik serta tanggung jawab pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dalam memastikan kepatuhan tenaga kesehatan terhadap kewajiban pengisian rekam medis. Pengisian rekam medis diwajibkan dilakukan secara benar, lengkap, dan tepat waktu sebagai bagian dari upaya peningkatan mutu dan keselamatan pelayanan kesehatan. Ketidakpatuhan dalam pengisian rekam medis dapat berdampak pada penurunan mutu pelayanan, risiko keselamatan pasien, serta menimbulkan permasalahan hukum dan administrasi, termasuk terjadinya pending klaim BPJS Kesehatan.

e. Kelengkapan Dokumentasi Rekam Medis

Penganalisisan rekam medis dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif sebagai bagian dari pengolahan informasi rekam medis

(Permenkes RI No. 24, 2022). Transformasi rekam medis ke bentuk elektronik tidak menghilangkan prinsip dasar kelengkapan, akurasi, dan ketepatan waktu pendokumentasian, melainkan menuntut penguatan tata kelola data agar mutu rekam medis tetap terjaga di tengah digitalisasi layanan kesehatan (Anjani dan Abiyasa, 2023).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1424/2022 tentang Standar Kompetensi Kerja Bidang Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, salah satu unit kompetensi yang harus dimiliki oleh Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) adalah “Menganalisis Mutu Rekam Medis dan Informasi Kesehatan” (kode unit Q.86RMK04.076.1). Unit kompetensi ini mencakup penyiapan perlengkapan analisis mutu, pemeriksaan ketepatan waktu pengembalian rekam medis, serta pemeriksaan kelengkapan pengisian rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan.

Analisis mutu rekam medis dilakukan melalui dua pendekatan, yaitu analisis kuantitatif dan analisis kualitatif. Analisis kuantitatif berfokus pada penilaian kelengkapan pengisian dokumen rekam medis, sedangkan analisis kualitatif menilai keakuratan, mutu isi pencatatan dan kekonsistenan melalui penelaahan rekam medis secara menyeluruh sejak pasien masuk hingga pulang (Widjaja dan Sugiarsi, 2023). Penelitian ini menggunakan analisis kuantitatif sebagai metode untuk menilai tingkat kelengkapan rekam medis.

Analisis kuantitatif merupakan bentuk telaah terhadap bagian-bagian tertentu dari isi rekam medis, yang bertujuan untuk mengidentifikasi kekurangan khusus terkait pendokumentasian atau pencatatan pada berkas rekam medis. Disebut bersifat kuantitatif karena analisis ini hanya menilai keberadaan suatu item, lembar, maupun data tertentu dalam berkas rekam medis, tanpa menilai kebenaran isi ataupun mutu klinis dari data tersebut (Hatta, 2017). Analisis kuantitatif rekam medis terdiri atas empat komponen review, yaitu:

- 1) *Review* identifikasi pasien yaitu pemeriksaan terhadap kolom isian data pada setiap lembar formulir rekam medis terkait kelengkapan penulisan Nama, Nomor Rekam Medis, Jenis Kelamin, Tanggal Lahir. Item identifikasi minimal yang harus ada pada setiap lembar adalah Nama dan Nomor Rekam Medis, karena keduanya berfungsi untuk menjamin kepemilikan dokumen serta mempermudah penelusuran apabila terdapat lembar yang tercecer.
- 2) *Review* laporan penting yaitu pemeriksaan ada atau tidaknya laporan-laporan yang wajib ada sesuai dengan jenis pelayanan yang diterima pasien, misalnya Ringkasan Masuk dan Keluar, *Resume* Medis, dan lain-lain. Laporan tersebut memuat data penting terkait pelayanan yang telah diberikan, seperti diagnosis,

prosedur/tindakan medis, serta tanggal masuk dan keluar perawatan

- 3) *Review* autentikasi yaitu pemeriksaan terhadap bukti keaslian dan tanggung jawab atas pengisian rekam medis, dapat berupa Tanda Tangan, Cap/Stempel, Inisial, atau Kode Akses komputer (pada rekam medis elektronik) yang dilengkapi Nama dan Gelar profesional tenaga kesehatan (dokter, perawat). Rekam medis tidak boleh ditandatangani oleh pihak selain penulis aslinya, kecuali oleh dokter jaga atau peserta didik yang berwenang.
- 4) *Review* pencatatan yang baik yaitu penilaian terhadap cara pencatatan yang baik, meliputi Kesesuaian Isi, tidak adanya bagian yang kosong tanpa keterangan, tidak adanya penghapusan/coretan yang tidak sesuai prosedur koreksi, serta penggunaan simbol dan singkatan yang baku dan dapat dipertanggungjawabkan.

3. Klaim BPJS Kesehatan pada Pelayanan Rawat Inap

a. Pengertian Klaim BPJS Kesehatan

Klaim BPJS Kesehatan dapat diartikan sebagai pengajuan permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan, atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pengajuan klaim ini dilakukan dengan mengikuti ketentuan yang berlaku dan menjadi dasar bagi BPJS Kesehatan dalam melakukan

pembayaran biaya pelayanan kesehatan. Kelancaran proses klaim sendiri sangat dipengaruhi oleh tingkat kelengkapan dan kesesuaian dokumen pelayanan kesehatan yang diajukan oleh fasilitas kesehatan (BPJS Kesehatan, 2018).

b. Proses Pengajuan Klaim BPJS Rawat Inap

Pengajuan klaim BPJS Kesehatan untuk pelayanan rawat inap dilaksanakan setelah pasien peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menuntaskan seluruh proses pelayanan rawat inap di rumah sakit. Fasilitas pelayanan kesehatan diwajibkan untuk melengkapi dokumen klaim serta melaksanakan pengkodean diagnosis dan prosedur medis sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Setelahnya, data pelayanan tersebut dimasukkan ke dalam aplikasi INA-CBG's yang menjadi dasar pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan (Permenkes RI No. 26, 2021).

Klaim yang telah diajukan akan diproses lebih lanjut melalui verifikasi oleh BPJS Kesehatan, meliputi verifikasi administrasi, verifikasi administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan, dengan tujuan menilai kesesuaian antara data klaim, pelayanan kesehatan yang diberikan, serta ketentuan yang berlaku (BPJS Kesehatan, 2014). Selain proses verifikasi, pengajuan klaim juga melalui tahap penetapan tarif berbasis INA-CBG's yang dimulai dari penetapan diagnosis utama, diagnosis sekunder, serta prosedur medis yang termuat dalam *resume* medis. Selanjutnya, data tersebut

dikodekan dengan menggunakan klasifikasi ICD-10 dan ICD-9-CM sebagai dasar dalam pengelompokan kasus INA-CBG's (Permenkes RI No. 4, 2018).

Hasil dari seluruh proses verifikasi tersebut akan menentukan status klaim. Berdasarkan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018, status klaim terdiri dari klaim layak bayar, klaim *pending*, dan klaim tidak layak bayar. Klaim layak bayar merupakan klaim yang memenuhi seluruh persyaratan administrasi dan medis, klaim *pending* memerlukan perbaikan atau kelengkapan dokumen, sedangkan klaim tidak layak bayar tidak memenuhi ketentuan yang ditetapkan sehingga tidak dapat dibayarkan (BPJS Kesehatan, 2018).

c. Persyaratan Dokumen Klaim BPJS Rawat Inap

Persyaratan dokumen klaim BPJS Kesehatan rawat inap merupakan aspek penting dalam menentukan kelayakan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan. Dokumen klaim harus lengkap, sah, akurat, dan dapat dipertanggungjawabkan sesuai pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien (BPJS Kesehatan, 2018). Berdasarkan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan Tahun 2014, dokumen klaim rawat inap meliputi Surat Eligibilitas Peserta (SEP), surat perintah rawat inap, *resume* medis yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), hasil pemeriksaan penunjang, serta dokumen pendukung lain sesuai karakteristik kasus pelayanan (BPJS Kesehatan, 2014).

d. Peran Rekam Medis dalam Klaim BPJS Rawat Inap

Rekam medis berperan sebagai sumber utama informasi pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dan menjadi dasar dalam proses klaim BPJS Kesehatan rawat inap. Rekam medis digunakan dalam penetapan diagnosis dan prosedur yang akan dikodekan ke dalam sistem INA-CBG's serta sebagai bahan verifikasi klaim oleh BPJS Kesehatan. Oleh karena itu, ketidaklengkapan atau ketidaksesuaian dokumentasi rekam medis dapat menyebabkan berkas klaim tidak memenuhi persyaratan verifikasi dan berpotensi mengalami *pending* klaim (Permenkes RI No. 26, 2021).

4. *Pending* Klaim BPJS Kesehatan

a. Pengertian *Pending* Klaim BPJS Kesehatan

Pending klaim BPJS Kesehatan adalah status klaim yang belum dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan karena tidak memenuhi seluruh persyaratan administratif atau medis yang ditetapkan dalam mekanisme verifikasi klaim. Status ini merupakan salah satu hasil verifikasi klaim selain klaim layak bayar dan klaim tidak layak bayar sebagaimana diatur dalam Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim. Klaim yang dinyatakan *pending* perlu diperbaiki atau dilengkapi oleh fasilitas pelayanan kesehatan sebelum diajukan

kembali agar dapat diproses lebih lanjut oleh BPJS Kesehatan (BPJS Kesehatan, 2018).

b. Penyebab *Pending* Klaim

Pending klaim BPJS Kesehatan secara empiris umumnya diklasifikasikan ke dalam tiga aspek utama, yaitu *pending* administrasi, *pending* medis, dan *pending* koding. Ketiga aspek tersebut pada dasarnya berkaitan dengan ketidaklengkapan unsur dokumen yang menjadi persyaratan klaim. Penelitian di RSUD Tebet menunjukkan bahwa *pending* klaim terjadi akibat tidak terpenuhinya kelengkapan dokumen administrasi, tidak tersedianya data klinis pendukung dalam rekam medis, serta tidak lengkapnya informasi yang dibutuhkan untuk penetapan kode diagnosis dan tindakan medis (Jualiandari *et al.*, 2025). Temuan ini diperkuat oleh penelitian di rumah sakit mitra yang menyebutkan bahwa aspek koding menjadi penyebab utama *pending* klaim ketika dokumen rekam medis tidak lengkap sebagai dasar pengkodean (Amin, Arifin and Indrawati, 2026).

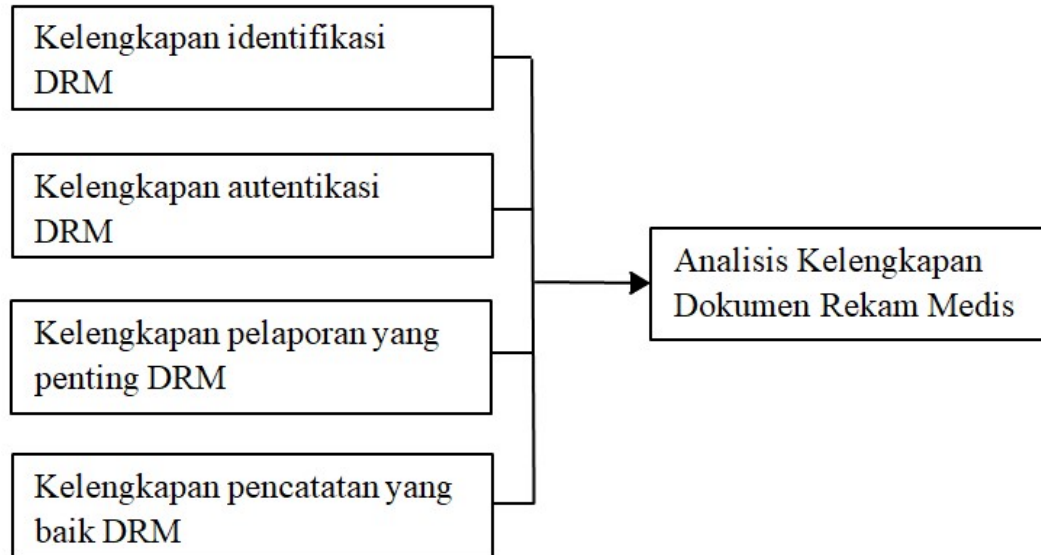
Penyebab *pending* klaim BPJS Kesehatan juga banyak dikaitkan dengan ketidakterpenuhinya kelengkapan data dalam rekam medis dan dokumen klaim. Penelitian di RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang menegaskan bahwa ketidaklengkapan dokumen klaim dan tidak tersedianya data pendukung diagnosis berdampak pada ketidaktepatan kode dan proses verifikasi klaim (Anwar *et al.*,

2025). Selain itu, studi di RSUD NTB menemukan bahwa ketidaklengkapan data akibat ketidaksinkronan sistem informasi rumah sakit dengan sistem BPJS turut berkontribusi terhadap terjadinya *pending* klaim (Maisaroh, Sulaiman and Sismulyanto, 2024).

c. Dampak *Pending* Klaim bagi Rumah Sakit

Pending klaim BPJS Kesehatan mempunyai dampak cukup besar terhadap finansial rumah sakit, salah satunya berupa terganggunya arus kas akibat tertundanya pencairan dana klaim dan dapat memengaruhi kelancaran penyelenggaraan pelayanan kesehatan serta berpotensi menghambat pemenuhan kebutuhan operasional rumah sakit secara berkelanjutan (Zalukhu and Permanasari, 2025). Selain berdampak pada sisi keuangan, kejadian *pending* klaim juga menambah beban kerja bagian administrasi rumah sakit, sebab berkas yang gagal diverifikasi atau berstatus *pending* harus segera diperbaiki, untuk kemudian diajukan kembali pada bulan berikutnya bersama klaim bulan berjalan, dengan batas waktu perbaikan paling lama enam bulan mengikuti masa aktif nomor SEP yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan (Sander et al., 2022).

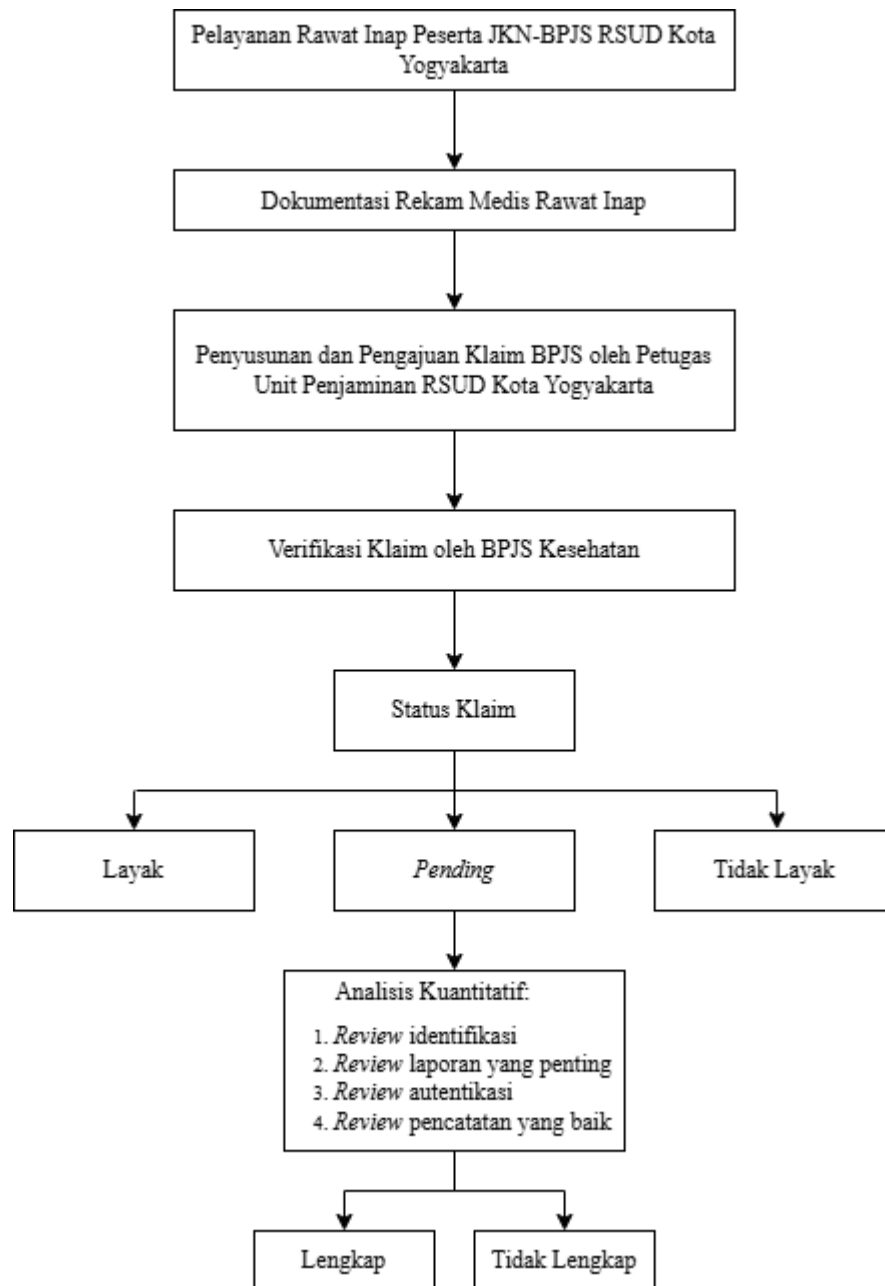
B. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori.

Sumber: Vazrin (2023).

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep.

D. Pertanyaan Penelitian

1. Berapa persentase kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap pada kejadian *pending* klaim BPJS Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta berdasarkan analisis kuantitatif rekam medis?
2. Berapa persentase *review* identifikasi pasien pada dokumen rekam medis rawat inap yang mengalami *pending* klaim BPJS Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta?
3. Berapa persentase *review* laporan penting pada dokumen rekam medis rawat inap pada berkas klaim BPJS Kesehatan yang mengalami *pending* di RSUD Kota Yogyakarta?
4. Berapa persentase *review* autentikasi pada dokumen rekam medis rawat inap yang mengalami *pending* klaim BPJS Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta?
5. Berapa persentase *review* pencatatan yang baik pada dokumen rekam medis rawat inap yang mengalami *pending* klaim BPJS Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta?