

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi *promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif* (Peraturan Pemerintah, 2021).

Menurut WHO (*World Health Organization*), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (*komprehensif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*) dan pencegahan penyakit (*preventif*) kepada masyarakat. Rumah sakit merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medis.

2.1.2 Tujuan Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang (2009) Rumah Sakit memiliki tujuan sebagai berikut:

1. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan
2. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit
3. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit
4. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit

2.1.3 Kewajiban Rumah Sakit

Undang-Undang (2009) pada pasal 29 menyatakan beberapa kewajiban yang harus dimiliki oleh setiap rumah sakit sebagai berikut:

1. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat.
2. Memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
3. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya.
4. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana sesuai dengan kemampuan pelayanannya
5. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat yang tidak mampu atau miskin. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pasien tidak mampu atau miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa atau bukti sosial bagi misi kemanusiaan.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Pengertian Rekam Medis

Rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis Elektronik adalah rekam medis yang dibuat dengan

menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan rekam medis (Peraturan Menteri Kesehatan, 2022).

2.2.2 Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis

Rekam medis di rumah sakit memiliki tujuan sangat penting dan mempunyai kekhususan tersendiri yaitu untuk tercapainya nilai standar rekam medis dan menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan rumah sakit.

Manfaat rekam medis yaitu sebagai bahan pembuktian dalam perkara hukum bahan penelitian, dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan sebagai bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan. Rekam medis juga berfungsi sebagai komunikasi di antara dua orang yang bertanggung jawab terhadap kesehatan pasien untuk kebutuhan pasien saat ini dan yang akan datang.

Kegunaan rekam medis menurut Gibony JR (1991) dalam (Kusumah and Nadilla, 2021) menyebutkan bahwa rekam medis memiliki beberapa sisi yang sering disebut dengan ALFRED (*Administration, Legal, Finacial, Research, Education and Documentation*).

2.2.3 Isi Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan (2022) tentang rekam medis menyatakan bahwa rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik. Rekam medis yang dibuat secara lengkap dan jelas berguna bagi pasien untuk kepentingan riwayat perkembangan penyakitnya dimasa sekarang maupun dimasa yang akan datang. Isi rekam medis seorang pasien yang harus memuat yaitu:

1. Identitas pasien
2. Tanggal dan waktu
3. Hasil anamnesa mencakup keluhan dan riwayat pasien
4. Hasil pemeriksaan fisik
5. Diagnosis
6. Pengobatan dan rencana tindak lanjut pelayanan
7. Nama dan tanda tangan tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan (Dokter penanggung jawab pasien)

2.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

2.3.1 Pengertian JKN

Pengaturan Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Hukum saat ini didasarkan pada (Undang-Undang, 2011) tentang BPJS yang menyatakan bahwa BPJS merupakan badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada presiden. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan berupa fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (Menteri Kesehatan, 2023).

2.3.2 Fungsi Dan Tugas Pokok BPJS

Menurut Undang-Undang (2011) tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, serta didukung oleh kebijakan Kemenkes, BPJS Kesehatan berfungsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan nasional (JKN), yang ditujukan

bagi seluruh rakyat Indonesia agar memperoleh akses layanan kesehatan yang adil, merata, dan berkualitas. Tugas pokok BPJS Kesehatan :

1. Pendaftaran peserta
2. Pengumpulan iuran
3. Pengelolaan dan jaminan sosial
4. Pembayaran dan evaluasi
5. Pengawasan dan evaluasi
6. Penyampaian informasi
7. Peningkatan mutu pelayanan

2.3.3 Kepersertaan BPJS

Kepersertaan JKN BPJS Kesehatan dibagi menjadi beberapa kategori :

1. Penerima bantuan Iuran
2. Peserta Pekerja Penerima Upah
3. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah
4. Bukan Pekerja

2.4 Klaim

2.4.1 Pengertian Klaim

Klaim BPJS merupakan pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (Ardhitya and Agus, 2015).

2.4.2 Tujuan Klaim

Tujuan klaim menurut Ilyas (2006) dalam (Alik, 2016) merupakan untuk membayar klaim yang valid, mengidentifikasi kemungkinan tindakan kecurangan baik yang disengaja (*fraud*) maupun tidak disengaja (*abuse*) dalam melakukan klaim memenuhi peraturan pemerintah menghindari atau mencegah tuntutan hukum, mengkoordinasikan *benefit*, melakukan terhadap biaya klaim (*claim cost*).

2.4.3 Alur Klaim

1. Pihak Rumah Sakit mengajukan klaim pelayanan kesehatan secara kolektif kepada kantor Cabang/layanan Operasional Kab/Kota Pihak BPJS Kesehatan secara periodik
2. Pihak BPJS Kesehatan harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 hari kalender sejak klaim diajukan oleh Pihak Rumah Sakit dan diterima oleh Pihak BPJS Kesehatan
3. Dalam hal klaim yang diajukan oleh Pihak Rumah Sakit tidak memenuhi kelengkapan berkas klaim, Pihak BPJS mengembalikan seluruh berkas klaim kepada Pihak Rumah Sakit dan mnegeluarkan Berita Acara
4. Dalam hal Pihak BPJS Kesehatan tidak mengeluarkan Berita Acara kelengkapan berkas klaim dalam waktu 10 hari kalender, berkas kalender klaim dinyatakan lengkap
5. Pengajuan Klaim Pelayanan RITL, kelengkapan khusus berkas
 - a. Lembar surat eligibiltas peserta yang ditanda tangani oleh peserta/keluarga atau cap jempol tangan peserta atau validasi data secara elektronik berupa

rekam biometrik yang dikembangkan BPJS kesehatan seperti rekam sidik jari atau pengenalan wajah

- b. Resume medis atau isi rekam medis paling sedikit berisi: 1). Identitas pasien; 2) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang; 3) Diagnosis, pengobatan, dan rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan; dan 4) Nama dan tanda tangan tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan (Dokter Penanggung Jawab Pasien)
- c. Laporan tindakan, prosedur atau laporan operasi
- d. Hasil pemeriksaan penunjang, apabila dilakukan;
- e. Surat perintah rawat inap
- f. Surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan (*fraud*) rumah sakit
- g. Checklist klaim rumah sakit
- h. Iuran sistem informasi pengajuan yang diunggah ke sistem informasi Pihak BPJS Kesehatan

6. Verifikasi

Menurut, BPJS Kesehatan (2020) verifikasi adalah suatu rangkaian proses pemeriksaan administratif yang dilakukan oleh Pihak BPJS Kesehatan secara berjenjang terhadap kelengkapan dokumen yang diajukan Pihak Rumah Sakit sebagai syarat dalam pembayaran Klaim. Dalam proses ini, Verifikator adalah pegawai Pihak BPJS yang diberi tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan proses verifikasi tagihan klaim biaya pelayanan yang diajukan Pihak Rumah Sakit.

- a. Pihak BPJS Kesehatan melakukan proses verifikasi berkas klaim sejak berkas dinyatakan lengkap dibuktikan dengan berita acara kelengkapan berkas klaim.
- b. Pihak BPJS Kesehatan melakukan pembayaran klaim berdasarkan hasil verifikasi yang dinyatakan sesuai
- c. Dalam hal berkas klaim yang telah dilakukan verifikasi oleh Pihak BPJS Kesehatan belum sesuai dan memerlukan konfirmasi, berkas klaim dikembalikan kepada Pihak Rumah Sakit untuk mendapatkan konfirmasi, disertai berita acara pengembalian berkas klaim
- d. Berkas klaim yang dikembalikan dapat diajukan kembali oleh Pihak Rumah Sakit pada pengajuan klaim bulan berikutnya

Setelah proses verifikasi, akan terbit Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) yang menyatakan klaim layak bayar dan pending

1. Klaim Layak Bayar merupakan klaim yang sudah diverifikasi oleh verifikator pihak BPJS Kesehatan dan memenuhi ketentuan administrasi atau pelayanan yang berlaku sesuai dengan perjanjian sehingga dapat dibayarkan oleh pihak BPJS Kesehatan
2. Klaim Pending merupakan Klaim yang sudah diverifikasi oleh verifikator namun belum dapat dibayarkan oleh pihak BPJS Kesehatan dikarenakan adanya ketidaklengkapan administrasi, masih dalam proses konfirmasi

2.4.4 Alur Pengajuan Klaim Rawat Inap

1. Berkas klaim JkN dan status dikembalikan ke ruangan casemix oleh petugas administrasi ruangan ke petugas verifikator berkas klaim rawat inap dan diperiksa kelengkapan berkas klaim JKN
2. Setelah berkas diverifikasi dan di cek kelengkapannya untuk selanjutnya berkas diserahkan ke petugas coder. Berkas yang tidak lengkap dikembalikan lagi ke ruangan
3. Petugas coder melakukan pengkodean diagnosa dan prosedur sesuai yang ditulis oleh DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien). Dan selanjutnya melakukan penetryan di aplikasi SIMRS dan Ekklaim
4. Setelah berkas dikode dan dientry, berkas di serahkan ke dokter verifiktor untuk dilakukan verifikasi diagnosa, prosedur, penatalaksanaan dan ketepatan dalam pengkodean
5. Apabila ada perbaikam diagnosa, prosedur dan penatalaksanaan, berkas dikembalikan lagi ke petugas administrasi ruangan untuk diperbaiki 1X24 jam, dan untuk kesalahan dalam pengkodean, berkas dikembalikan lagi ke petugas coder
6. Berkas yang telah lengkap diverifikasi oleh dokter, selanjutnya discan oleh petugas scanner
7. Berkas yang telah selesai disacn, disusun berdasarkan kelas ruangan, tanggal dan no SEP
8. Petugas penanggung jawa data, mengambil data TXT di aplikasi Ekklaim

9. Setelah data TXT di ambil untuk selanjutnya di serahkan ke petugas BPJS beserta softcopy berkas klaim yang telah di scanner

2.4.5 Pending Klaim

Pending klaim merupakan salah satu tipe status klaim yang melewati proses verifikasi oleh pihak BPJS Kesehatan pada proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan yang bersifat tidak lengkap dan mengalami status tidak layak karena ketidaksesuaian data (Salima and Eiska, 2023)

2.5 Teori Sistem Input Proses Output

2.5.1 Input Proses Output

Pengelolaan klaim BPJS Kesehatan merupakan proses administratif yang bergantung pada sistem informasi yang efektif dan terintegrasi. Sistem informasi yang digunakan untuk mnegolah data, mendukung pengambilan keputusan, serta meningkatkan efesiensi operasional dalam organisasi. Dalam lingkup rumah sakit, sistem informasi manajemen sangat penting untuk mendukung proses pengajuan, verifikasi, dan pelunasan klaim BPJS (Siahaan, 2022).

1. *Input* merupakan data mentah yang dimasukkan ke dalam sistem seperti data pasien, data rekam medis, hasil pemeriksaan dan dokumen pendukung
2. *Proses* yaitu proses validasi atau pengecekan kelengkapan
3. *Output* merupakan hasil keluaran berupa klaim layak bayar, klaim pending

2.5.2 Faktor Faktor yang Memepengaruhi Klaim Pending

Menurut Laudon and Jane (2014), sistem informasi terdiri dari tiga elemen yaitu *input*, *proses*, *output*. Setiap dari komponen tersebut saling beriteraksi dan

menentukan efektifitas sistem dalam mendukung pengambilan keputusan dan pengelolaan data.

1. *Input* (faktor 5M)

- a. *Man* (sumber daya manusia) merupakan faktor manusia sangat berpengaruh dalam proses klaim. Kualitas tenaga kerja (skill, pengetahuan, dan beban kerja, kompetensi) berpengaruh besar terhadap efektivitas sistem informasi. Kurangnya pelatihan petugas klaim, ketidaktahuan terhadap regulasi terbaru BPJS, atau kesalahan dalam pengisian data dapat menyebabkan berkas klaim ditolak atau dipending. Oleh karena itu, penting untuk memberikan pelatihan yang memadai dan memastikan pemahaman yang baik tentang regulasi dalam pengelolaan data klaim. Pelatihan yang efektif dapat meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan, pada gilirannya, memperbaiki pengelolaan data klaim dalam sistem informasi. Peningkatan kualitas sumber daya manusia juga dapat berkontribusi pada efektivitas sistem informasi kesehatan, seperti yang terlihat dalam pelaksanaan Sistem Informasi Kesehatan (SIK) di Dinas Kesehatan Kota Pagar Alam (Kasman, 2018). Pentingnya pelatihan berkelanjutan dan pemahaman regulasi akan membantu mengurangi kesalahan dalam pengisian data, yang pada akhirnya meningkatkan efektivitas sistem informasi kesehatan (Kasman, 2018).
- b. *Material* (dokumen) merupakan kelengkapan berkas dan kualitas berkas klaim, seperti resume medis, hasil pemeriksaan, dan SEP. Dokumen yang tidak lengkap, salah format, atau tidak sesuai kaidah akan terjadi status pending. Febriani (2022) Dokumen yang lengkap dan sesuai format sangat penting

untuk mempercepat proses klaim dan menghindari masalah administratif yang dapat menghambat pelayanan kesehatan

- c. *Method* merupakan prosedur kerja dan pemahaman regulasi BPJS sangat menentukan keberhasilan klaim. Perubahan regulasi yang tidak disosialisasikan, atau SOP internal yang tidak konsisten, sering menyebabkan petugas salah langkah dalam proses klaim (Muluk, M Natsir and Wahyuni, 2023).
- d. *Machine* merupakan kinerja sistem informasi seperti aplikasi *V-Claim* juga berpengaruh.
- e. *Money* terbatasnya anggaran dapat berdampak tidak langsung meningkatnya klaim pending.

2. *Proses* (faktor koordinasi dan komunikasi)

Dalam sistem informasi menurut Laudon, proses adalah tahap transformasi dari input menjadi informasi yang berguna. Proses ini mencakup pengumpulan dokumen dari berbagai unit, verifikasi internal. Kurangnya koordinasi antar unit menyebabkan keterlambatan dokumen, kesalahan input, atau kekurangan informasi penting. Komunikasi yang tidak efektif antar dokter, *coder*, dan petugas klaim menyebabkan kesalahan interpretasi diagnosis atau tindakan.

3. *Output* (status klaim)

Output dari sistem pengelolaan klaim adalah status akhir klaim yang diajukan diterima atau pending. Menurut Laudon, output dipengaruhi langsung

oleh kualitas input dan efektifitas prosesnya. Output dari sistem ini menunjukkan bahwa status *informasi* secara otomatis diperbarui pada interval waktu.

2.6 Peneliti Terdahulu

Tabel 2.1 Review Jurnal

| No | Judul, Penulis, Tahun | Tujuan | Metode | Hasil |
|----|---|--|---|--|
| 1 | Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap dengan Penerapan Rekam Medis Elektronik di RSUD Dr. Moewardi Surakarta, Yeni Tri, Prima Souldoni, Reza Amelia, Sella Yulia (2024) | Mengetahui faktor penyebab klaim BPJS rawat inap yang pending di RSUD dr. Moewardi Surakarta dan upaya-upaya yang dilakukan untuk mengatasi kendala tersebut, terutama dalam penerapan rekam medis elektronik. | Deskriptif dengan pendekatan retrospektif | Jumlah klaim BPJS rawat inap yang pending mencapai 4878 berkas (16,29%), dengan faktor utama penyebab berupa berkas tidak lengkap (61,39%), berkas penunjang tidak lengkap (21,13%), pengodean tidak tepat (9,36%), dan revisi diagnosis serta kode yang tidak sesuai (8,09%). Dampaknya, cash flow rumah sakit terganggu dan beban kerja meningkat. Upaya mengatasi adalah revisi dan konfirmasi penyebab pending, serta peningkatan koordinasi antar unit terkait untuk meminimalisir pending di masa mendatang. |
| 2 | Faktor Penyebab Pending Klaim Pada Pasien | Untuk mengetahui faktor penyebab pending | Deskriptif dengan | 1) Ketepatan kode diagnosa yang tidak |

| No | Judul, Penulis, Tahun | Tujuan | Metode | Hasil |
|----|--|--|--|--|
| | Rawat Inap di RSUD Dr. Rasidin Padang Tahun 2022, Oktamianiza, Yulfa Yulia, Kalasta Ayunda, rahmadhani, Aditiya (2022) | klaim pasien rawat inap dengan melihat ketepatan kode diagnosa, kelengkapan formulir, dan kelengkapan hasil penunjang, serta upaya meningkatkan keberhasilan klaim BPJS. | pendekatan kuantitatif | <p>tepat sebanyak 55,6% (20 dari 36 berkas).</p> <p>2) Kelengkapan informasi medis yang tidak lengkap sebanyak 36,1% (13 dari 36 berkas).</p> <p>3) Kelengkapan hasil penunjang yang tidak lengkap sebanyak 22,2% (8 dari 36 berkas).</p> <p>Hasil ini menunjukkan bahwa sebagian besar berkas memiliki kendala pada ketepatan diagnosis dan kelengkapan dokumen yang berpengaruh terhadap pending klaim BPJS.</p> |
| 3 | Analisis Pending Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit QIM Batang tahun 2022, Endah Widyaningtyas, Fadhila Putri, Andri Asmorowati (2022) | menganalisis klaim yang tertunda dari BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosif) untuk pelayanan rawat inap di RS Qim Batang selama tahun 2022. Studi ini bertujuan untuk mengidentifikasi | Kuantitatif dengan pendekatan observasional analitik | menemukan bahwa dari 3.219 klaim yang diajukan pada kuartal keempat tahun 2022, 176 klaim (5,46%) tertunda. Penyebab tertinggi dari klaim yang tertunda ini diidentifikasi sebagai kesalahan pengkodean, yang menyumbang |

| No | Judul, Penulis, Tahun | Tujuan | Metode | Hasil |
|----|--|--|------------------------|---|
| | | penyebab klaim yang tertunda ini, dengan fokus khusus pada kesalahan pengkodean | | 68,18% dari masalah. Kesalahan termasuk ketidakakuratan dalam pengkodean, pemilihan ulang kode, dan adanya kode duplikat. Kesimpulannya menekankan perlunya pelatihan untuk meningkatkan keterampilan pembuat kode untuk mengurangi kesalahan ini |
| 4 | Analisis Faktor Penyebab Klaim Pending Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Malang Tahun 2023 | ujuan utama penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan klaim tertunda untuk pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RS Dr. Tentara Soepraoen Malang pada tahun 2023. Studi ini bertujuan untuk mengidentifikasi alasan di balik klaim yang tertunda ini untuk meningkatkan proses pengajuan klaim | Kuantitatif Deskriptif | <ol style="list-style-type: none"> 1) Faktor Pengkodian: 26 dokumen (43%) memiliki kode diagnosis yang tidak tepat, yang berkontribusi signifikan terhadap klaim yang tertunda. 2) Faktor Medis: 31 dokumen (52%) ditemukan tidak lengkap, menunjukkan area utama yang menjadi perhatian dalam proses klaim. 3) Faktor Administrasi: 3 dokumen (5%) memiliki |

| No | Judul, Penulis, Tahun | Tujuan | Metode | Hasil |
|----|---|--|--|--|
| | | | | detail administrasi yang tidak tepat, yang kurang signifikan dibandingkan dengan faktor lain |
| 5 | Analisis Penyebab Pending Klaim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga, Erlia Safa, | menganalisis penyebab pending claim berkas BPJS Kesehatan pelayanan rawat inap berdasarkan pengumpulan data. | Kuantitatif <i>desain crosssectional</i> | 720 berkas pengajuan klaim pada pelayanan rawat inap RS Universitas Airlangga dengan tiga (3) status klaim yaitu, terdapat 720 berkas dengan status klaim layak, 88 berkas dengan status klaim tidak sesuai atau pending, dan 0 dengan status klaim <i>dispute</i> . |
| 6 | Hubungan Antara Beban Kerja dengan Stres Kerja pada Karyawan SDM di PT. Perkebunan Nusantara III Medan, Handayani, R tahun 2022 | Menganalisis hubungan antara beban kerja dengan tingkat stres karyawan | Kuantitatif Korelasional | Ditemukan hubungan positif signifikan antara beban kerja tinggi dan stres kerja; semakin tinggi beban kerja maka semakin rendah produktivitas |
| 7 | Performance Evaluation of Internal Verifier in Reducing Pending Inpatient Claims of BPJS Kesehatan at | Mengevaluasi kinerja verifikator internal dalam mengurangi klaim pending di rumah sakit Muhammadiyah. | Deskriptif kuantitatif | Beban kerja tinggi menjadi faktor utama keterlambatan verifikasi berkas dan peningkatan klaim pending. Rekomendasi: perlu |

| No | Judul, Penulis, Tahun | Tujuan | Metode | Hasil |
|----|--|--------|--------|-------------------------------------|
| | Muhammadiyah Hospital North Sumatra 2022, Hasibuan, A. K., Ermi, G., & Sri, L. R. N. | | | tambahan SDM dan sistem monitoring. |