

## **BAB II**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **2.1 Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial**

##### **2.1.1. Jaminan Kesehatan Nasional**

Jaminan sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. JKN yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari SJSN yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan yang bersifat wajib berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Kebersertaannya wajib bagi seluruh penduduk Indonesia, dengan tujuan agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak. Seluruh penduduk Indonesia termasuk di dalamnya adalah populasi kunci yang memang hak kesehatannya sesuai mandat UU ditanggung oleh negara. Hal ini yang selalu ditekankan agar populasi kunci dapat memahami dan mengerti serta berperan aktif dalam memenuhi hak individunya maupun hak kelompok terkait kesehatannya. dengan adanya JKN seluruh rakyat Indonesia dapat memenuhi kebutuhan kesehatan dasar. Populasi kunci yang rentan terhadap permasalahan kesehatan dapat mengakses layanan-layanan yang ada sehingga meningkat kualitas kesehatannya baik secara individu maupun secara kelompok. Prinsip-prinsip Pelaksanaan JKN mengacu pada prinsip pada SJSN, yaitu :

1. Prinsip Kegotong-Royongan

Prinsip gotong-royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu. Peserta yang sehat membantu peserta yang sakit atau berisiko tinggi. Hal ini dapat terwujud karena sistem ini bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia.

## 2. Prinsip Nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh BPJS bukan untuk mencari laba/keuntungan. Sebaliknya tujuan utama adalah memenuhi kebutuhan peserta. Dana yang dikumpulkan dari peserta adalah dana amanat sehingga pengembangannya akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

## 3. Prinsip Portabilitas

Prinsip ini dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

## 4. Prinsip Kepesertaan Bersifat Wajib

Kepesertaan bersifat wajib agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.

## **2.2 Puskesmas**

### **2.2.1 Pengertian Puskesmas**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan

kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerja (Effendi, 2009).

### **2.2.2 Tugas dan Fungsi Puskesmas**

Berdasarkan Permenkes No. 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan, Puskesmas mengintegrasikan program yang dilaksanakannya dengan pendekatan keluarga. Dalam melaksanakan tugas tersebut, puskesmas menyelenggarakan fungsi sebagai berikut :

- a. Penyelenggaraan UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) tingkat pertama di wilayah kerjanya.
- b. Penyelenggaraan UKP ( Upaya Kesehatan Perseorangan) tingkat pertama di wilayahnya.

### **2.3 Klaim**

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS Kesehatan oleh pihak Puskesmas kepada pihak BPJS Kesehatan, yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (Tyas Ardhyta, Agua Perry K, 2015). Pembiayaan kesehatan ini merupakan bagian terpenting implementasi JKN yang diselenggarakan di Puskesmas oleh BPJS melalui pengajuan klaim. Untuk mendapatkan biaya ini, pihak Puskesmas wajib menyerahkan dokumen bukti sebagai syarat pengajuan klaim (Santiasih, W. A. Dkk. ,2021). Pihak Puskesmas akan mengajukan klaim dalam bentuk hardcopy maupun softcopy. Dikarenakan kelengkapan dokumen pengajuan klaim JKN merupakan hal yang sangat penting untuk kelancaran proses penggantian biaya pelayanan.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No.3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Program jaminan Kesehatan, Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran per kapita perbulan yang dibayar di muka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan

jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Sedangkan Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

### **2.3.1 Pengajuan Klaim Non Kapitasi**

Menurut Peraturan BPJS No 7 Tahun 2018 tentang Pembayaran Klaim Manfaat Pelayanan kepada FKTP, BPJS Kesehatan wajib membayar kepada FKTP klaim yang diajukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan yang telah diverifikasi, paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak berkas klaim dinyatakan lengkap. Dalam hal pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (5) jatuh pada hari libur, pembayaran pada FKTP dilakukan pada hari kerja berikutnya. FKTP mengajukan klaim non kapitasi kepada BPJS Kesehatan secara periodik dan lengkap. Dalam hal terdapat kekurangan kelengkapan berkas klaim, BPJS Kesehatan mengembalikan klaim kepada FKTP untuk dilengkapi dengan melampirkan berita acara pengembalian klaim. Klaim yang dikembalikan kepada FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat diajukan kembali oleh Fasilitas Kesehatan paling lambat pada pengajuan klaim bulan berikutnya. Dalam hal BPJS Kesehatan tidak melakukan pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (5), BPJS Kesehatan wajib membayar denda kepada FKTP yaitu sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan.

Klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan khusus sebagai berikut :

1. kelengkapan administrasi umum yang terdiri atas:
  - a) formulir pengajuan klaim (FPK) yang ditandatangani oleh Pimpinan FKTP atau pejabat lain yang diberi wewenang;
  - b) rekapitulasi pelayanan;
  - c) kuitansi asli bermaterai; dan

- d) surat tanggung jawab mutlak bermeterai yang ditandatangani oleh Pimpinan FKTP atau pejabat lain yang diberi wewenang.
2. kelengkapan khusus yang terdiri atas:
- a) bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh Peserta atau anggota keluarga;
  - b) kelengkapan pendukung yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim.

### **2.3.2 Verifikasi administrasi Klaim**

Administrasi klaim menurut definisi *HIAA (Health Insurance Association of America)* adalah proses pengumpulan bukti atau fakta yang berhubungan dengan kejadian sakit dan cedera, melakukan perbandingan dengan ketentuan polis dan menentukan manfaat yang dapat dibayarkan kepada tertanggung atau penagih klaim. Secara singkat, administrasi klaim merupakan proses yang terdiri dari:

- a) Penerimaan klaim, merupakan pengumpulan data yang berhubungan dengan kesakitan serta biaya yang dikeluarkan.
- b) Pemeriksaan klaim (verifikasi klaim), dilakukan dengan cara membandingkan klaim peserta dengan provisi polis.
- c) Menentukan jumlah klaim yang akan dibayarkan kepada tertanggung.
- d) Melakukan pembayaran klaim.

Verifikasi administrasi klaim adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu data yang diinput dalam aplikasi PCare dengan berkas pendukung lainnya, contohnya kuitansi ada atau tidak, sesuai atau tidak. Petugas yang bertanggung jawab dalam verifikasi klaim adalah verifikator. Berdasarkan telaah dokumen panduan teknis verifikasi klaim dan Perdir BPJS Nomor 3 Tahun 2017, berkas yang diverifikasi oleh verifikator adalah Formulir Pengajuan Klaim (FPK), rekapitulasi pelayanan, bukti pelayanan yang ditandatangani petugas dan peserta, Kuitansi asli bermeterai cukup dan berkas pendukung lain yang diperlukan.

Tahapan dari verifikasi administrasi klaim adalah melakukan verifikasi administrasi kepesertaan, meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu data yang diinput dalam aplikasi PCare dengan berkas pendukung dimana verifikator akan menghitung jumlah yang diajukan dengan berkas yang ada dengan aplikasi, verifikator mengecek kelengkapan administrasi (FPK, rekapitulasi, surat tanggung jawab mutlak, surat pengajuan klaim, kwitansi asli bermaterai cukup, bukti dan berkas pelayanan). Setelah itu dilakukan verifikasi administrasi pelayanan. Hal tersebut harus diperhatikan, apabila ada yang belum lengkap maka akan dikembalikan ke Puskesmasnya. Berkas yang telah diserahkan petugas Puskesmas terkadang tidak lolos verifikasi karena berbagai alasan seperti kurangnya beberapa berkas seperti tanda tangan petugas pelayanan dan informed consent tidak ada, dan salah dalam penginputan tarif (Yuliva et al., 2019).

Dari hasil studi pendahuluan Yuliva, dkk 2019 juga menyatakan bahwa berkas klaim yang diserahkan oleh petugas coding sering tidak lolos proses verifikasi, hal itu terjadi karena kurangnya berkas yang dikumpulkan dan kesalahan dalam pengkodean (Yuliva et al., 2019).

## **2.4 Standar Operasional Prosedur (SOP)**

### **2.4.1 Pengertian Standar Operasional Prosedur (SOP)**

Menurut Ekotama (2015:41), Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah sistem yang di susun untuk memudahkan, merapikan, dan menertibkan pekerjaan. Menurut Purnamasari (2015:13), Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah prosedur kerja yang dibuat secara detail dan terperinci bagi semua karyawan untuk melaksanakan pekerjaan dengan sebaik-baiknya sesuai dengan misi, visi, dan tujuan suatu lembaga, instansi, atau lembaga. Menurut Tanjung dan Subagjo (2012:33), Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses

penyelenggaraan aktivitas organisasi, bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan.

#### **2.4.2 Tujuan Penerapan Standar Operasional Prosedur (SOP)**

Standar Operasional Prosedur ini digunakan untuk memastikan bahwa setiap keputusan, langkah, atau tindakan, dan penggunaan fasilitas pemrosesan dilaksanakan oleh orang-orang di dalam suatu organisasi, berjalan secara efektif, konsisten, standar, dan sistematis.

#### **2.4.3 Prinsip-prinsip Standar Operasional Prosedur (SOP)**

##### **1. Kemudahan dan Kejelasan**

Prosedur-prosedur yang distandarkan harus dapat dengan mudah dimengerti dan diterapkan oleh semua aparatur bahkan bagi seseorang yang sama sekali baru dalam pelaksanaan tugasnya.

##### **2. Efisiensi dan efektivitas**

Prosedur-prosedur yang distandarkan harus merupakan prosedur yang paling efisien dan efektif dalam proses pelaksanaan tugas.

##### **3. Keselarasan**

Prosedur-prosedur yang distandarkan harus selaras dengan prosedur- prosedur standar lain yang terkait.

##### **4. Keterukuran**

Output dari prosedur-prosedur yang distandarkan mengandung standar kualitas atau mutu baku tertentu yang dapat diukur pencapaian keberhasilannya.

##### **5. Dinamis**

Prosedur-prosedur yang distandarkan harus dengan tepat dapat disesuaikan dengan kebutuhan peningkatan kualitas

pelayanan yang berkembang dalam penyelenggaraan administrasi pemerintahan.

#### **6. Berorientasi pada pengguna atau pihak yang dilayani**

Prosedur-prosedur yang distandarkan harus mempertimbangkan kebutuhan pengguna (customer's needs) sehingga dapat memberikan kepuasan kepada pengguna.

#### **7. Kepatuhan hukum**

Prosedur-prosedur yang distandarkan harus memenuhi ketentuan dan peraturan-peraturan pemerintah yang berlaku.

#### **8. Kepastian hukum**

Prosedur yang distandarkan harus ditetapkan oleh pimpinan sebagai sebuah produk hukum yang ditaati dilaksanakan dan menjadi instrumen untuk melindungi aparatur atau pelaksana dari kemungkinan tuntutan hukum.

#### **2.4.4 Format Penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP)**

Format penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP) pengajuan klaim non kapitasi Antenatalcare bersumber dari wawancara terstruktur oleh Bidan petugas pengajuan klaim non kapitasi di Puskesmas Mojolangu, sebagai berikut:



<b>Logo kota/ Kabupaten</b>	<b>Judul SOP</b>		<b>Logo Puskesmas</b>
	<b>SOP</b>	No. Dokumen :	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit:	
Halaman :			
<b>Nama Puskesmas</b>			<b>Nama kepala puskesmas</b>
1. Pengertian			
2. Tujuan			
3. Kebijakan			
4. Referensi			
5. Alat dan Bahan			
6. Langkah-langkah			
7. Diagram Alir			
8. Unit Terkait			
9. Rekam Perubahan			

Gambar 1. Format SOP

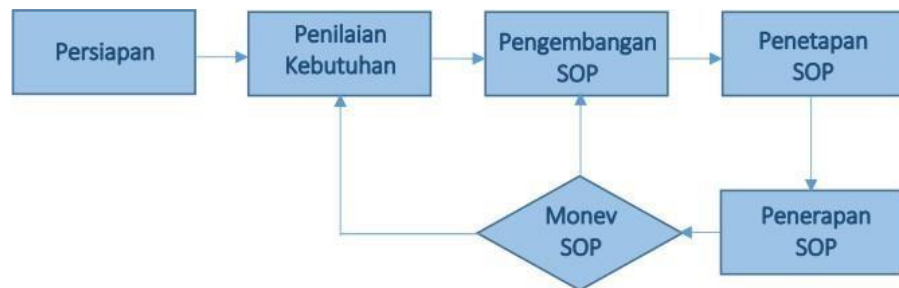
Pada format bagian atas terdapat logo kota/kabupaten pada sebelah kiri atas, Judul SOP berada di tengah atas, sebelah kanan atas terdapat logo puskesmas dan dibawahnya terdapat nama kepala puskesmas, untuk di tengah terdapat no. dokumen, no. revisi, tanggal terbit, halaman, dan sebelah kiri bawah terdapat nama puskesmas. Format isi SOP yaitu :

- a. Pengertian : definisi dari kegiatan pengajuan klaim non kapitasi antenatalcare
- b. Tujuan : tujuan dibuatnya Standart Operasional Prosedur pengajuan klaim non kapitasi Antenatalcare
- c. Kebijakan : rangkaian konsep dan asas yang menjadi pedoman dan dasar rencana dalam pelaksanaan SOP
- d. Referensi : informasi yang dijadikan rujukan atau petunjuk dengan tujuan untuk mempertegas SOP
- e. Alat dan Bahan : alat dan bahan yang digunakan saat pengajuan klaim non kapitasi anc
- f. Langkah – langkah : prosedur pengajuan klaim non kapitasi ANC
- g. Diagram Alir : diagram yang memperlihatkan langkah-langkah dalam suatu proses.

- h. Unit Terkait : unit yang terlibat dalam proses pengajuan klaim non kapitasi ANC
- i. Rekaman Perubahan : catatan evaluasi apabila ada perubahan terkait SOP

#### 2.4.5 Tahap Penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP)

Berdasarkan (Ningdyah, 2019) dalam bukunya yang berjudul “*Pedoman Pembuatan SOP*” berikut ini merupakan tahapan dalam penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP):



Gambar 2. Tahap penyusunan SOP

##### 1) Persiapan – Membentuk Tim Pembuatan SOP

Dokumen SOP sebaiknya disusun oleh Tim Penyusun SOP yang memiliki pengetahuan dan pengalaman dalam bidangnya, yang terdiri atas :

- Penulis SOP
- Pelaksana di lapangan
- Pengawas
- Atasan pengawas

##### 2) Penilaian Kebutuhan – Analisis Proses Bisnis Setiap Unit Kerja

Pembuatan SOP dibutuhkan analisis tugas dan wewenang disetiap unit kerja. Perlu dilakukannya analisis terkait hubungan antar unit kerja sampai dengan hak dan wewenang masing-masing unit kerja. Pengamatan dilakukan mulai awal hingga akhir, dokumen apa yang dibutuhkan, pihak mana yang terlibat, pihak mana yang bertanggungjawab, durasi yang dibutuhkan. Dengan demikian dapat diidentifikasi proses kerja dari unit kerja tersebut.

### 3) Pengembangan SOP

#### a. Menuliskan Uraian Prosedur dan Alur Kerja.

Untuk memahami prosedur yang dibutuhkan dalam menyelesaikan suatu pekerjaan, perlu dilakukan penguraian disetiap langkah pengerjaan secara rinci.

#### b. Simulasi SOP

Sebelum ditetapkan atau diterapkan, SOP harus mendapat otoritas dari pihak pimpinan untuk dijadikan sebuah dokumen legal. Namun, SOP harus disimulasikan terlebih dahulu sesuai dengan kondisi yang sebenarnya. Dengan demikian akan mengetahui jika terjadi ketidaksesuaian dan dapat dilakukan tindakan koreksi.

### 4) Penetapan SOP

Apabila SOP sudah final maka harus dimintakan persetujuan dari pihak yang berwenang. Dalam hal ini, pihak tersebut mengacu pada pimpinan tertinggi.

### 5) Penerapan atau Implementasi SOP

Jika SOP sudah ditetapkan maka, implementasi SOP sudah siap dilakukan dan setiap unit kerja diharapkan mematuhi SOP.

### 6) Monev SOP

Peninjauan secara berkala dan perubahan SOP apabila terdapat temuan signifikan yang mempunyai dampak besar terhadap ketercapaian standar mutu dan membutuhkan perubahan kebijakan.

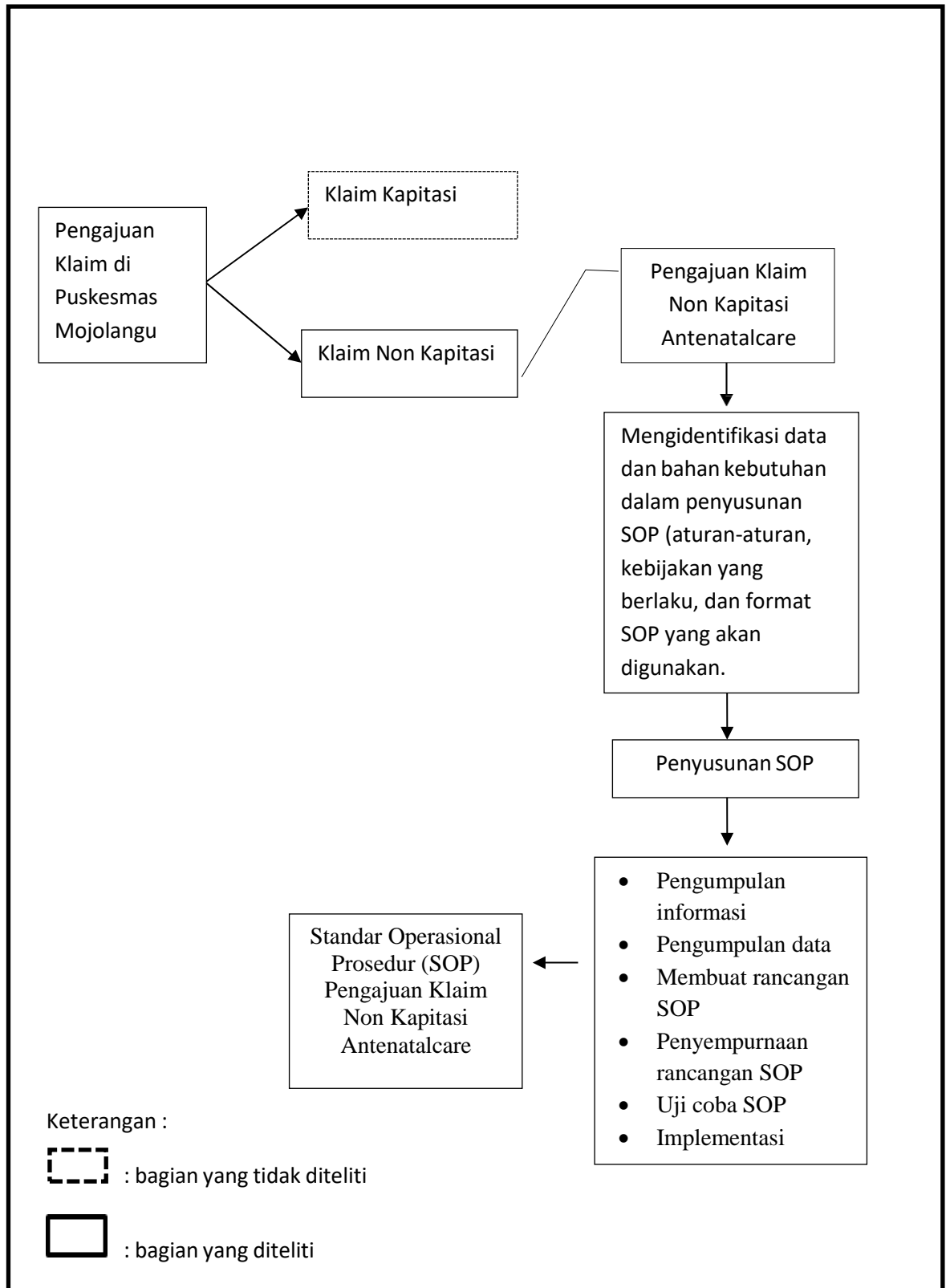
## 2.5 Peneliti Terdahulu

NO.	Nama Penulis	Tahun	Judul Jurnal	Variabel	Metode Penelitian	Hasil
1.	Zenal Mutaqin dan Mimi Sumiati	2019	Pelaksanaan Standar Operasional Prosedur Dalam Meningkatkan Pelayanan Rawat Jalan Pada Puskesmas Klangeran Kabupaten Cirebon	Pengukuran penelitian menggunakan dimensi teori Standar Operasional Prosedur menurut Rudi M.Tambunan, dan Kualitas Pelayanan menurut Fandy Tjiptono.	Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif analisis, dimana instrumen utama dalam penelitian menggunakan data primer yang diperoleh dari angket yang disebarakan kepada 34 orang responden yang diambil secara acak dari pegawai pada Puskesmas Klangeran Kabupaten Cirebon.	Hasil penelitian disimpulkan bahwa pelaksanaan Standar Operasional Prosedur (SOP) berdasarkan akumulasi jawaban responden rata-rata menunjukkan hasil baik, yaitu mencapai 74,68%. Adapun pencapaian kualitas pelayanan rawat jalan menunjukkan hasil rata-rata baik yaitu mencapai 76,72%. Hambatan dalam pelaksanaan Standar Operasional Prosedur dalam meningkatkan pelayanan rawat jalan pada Puskesmas Klangeran Kabupaten Cirebon adalah faktor pendidikan, sumber daya manusia dan sarana prasarana.
2.	Iffah Normaetika	2016	Pengembangan Standar Operating Procedure (SOP)	Variabel penelitian dalam penelitian ini adalah Pengumpulan informasi dan identifikasi, Analisis dan	Metode penelitian <i>research and development</i> (penelitian dan pengembangan), dengan data primer hasil dari	Metode penelitian <i>research and development</i> (penelitian dan pengembangan), dengan data primer hasil dari pengumpulan

			<p>Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website P-Care, dan Rujukan Pasien BPJS (Studi Kasus di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember)</p>	<p>Pemilihan Data, Penyusunan Rancangan SOP, Pengkajian Ulang Rancangan SOP, Penyempurnaan Rancangan SOP.</p>	<p>pengumpulan informasi terkait alur pendaftaran pasien, pengisian diagnosa website <i>P-Care</i>, dan rujukan pasien BPJS di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember. Sedangkan, data sekunder dilakukan dengan studi dokumen meninjau kembali SOP pada tahun 2014.</p>	<p>informasi terkait alur pendaftaran pasien, pengisian diagnosa website <i>P-Care</i>, dan rujukan pasien BPJS di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember. Sedangkan, data sekunder dilakukan dengan studi dokumen meninjau kembali SOP pada tahun 2014.</p>
2.	<p>AULIA LADUNNY, Marko Ferdian Salim, S.K.M., M.P.H.</p>	2019	<p>Perancangan Standar Operasional Prosedur (Sop) Dan Instruksi Kerja Pemusnahan Berkas Rekam Medis Sebagai Upaya Persiapan Akreditasi Di Puskesmas Kebumen I</p>		<p>Metode pengambilan data dilakukan dengan cara wawancara, observasi ikut serta, dan studi dokumentasi. Subjek dalam perancangan ini adalah petugas rekam medis Puskesmas Kebumen I. Objek dalam perancangan ini adalah kegiatan pemusnahan berkas rekam medis Puskesmas Kebumen I.</p>	<p>Rancangan SOP dan instruksi kerja pemusnahan berkas rekam medis sesuai dengan kebutuhan Puskesmas Kebumen I. Format SOP yang digunakan sesuai pada Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi FKTP dengan prosedur pemusnahan sesuai dengan tata cara pemusnahan menurut Dirjen Yanmed tahun 1995. Format instruksi kerja yang digunakan disesuaikan dengan format SOP dengan prosedur berdasarkan</p>

						keadaan di Puskesmas Kebumen I.
--	--	--	--	--	--	---------------------------------------

## 2.6 Kerangka Konsep



Bahan Pertama yang dipersiapkan dalam Penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP) pengajuan klaim non kapitasi antenatalcare di Puskesmas Mojolangu adalah pengumpulan data dan bahan-bahan yang dibutuhkan dalam penyusunan. Pengambilan data dalam penyusunan Penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP) pengajuan klaim non kapitasi antenatalcare di Puskesmas Mojolangu adalah melalui hasil dari wawancara oleh beberapa informan.