

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Dasar Teori

2.1.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Menurut Permenkes No.28 tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN, untuk program Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, implementasinya telah dimulai sejak 1 Januari 2014. Program tersebut yaitu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program JKN yaitu untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Tujuan penyelenggaraan JKN adalah menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (UU SJSN, 2004).

Prinsip – prinsip JKN berdasarkan UU No.40 Tahun 2004 SJSN diselenggarakan antara lain :

1. Prinsip Kegotong – royongan yaitu peserta yang sehat membantu peserta yang sakit atau berisiko tinggi karena sistem ini bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia.
2. Prinsip Nirlaba yaitu pengelolaan dana amanat oleh BPJS bukan untuk mencari laba/keuntungan, tujuannya untuk memenuhi kebutuhan peserta.
3. Prinsip keterbukaan prinsip ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.
4. Prinsip kehati-hatian prinsip ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.
5. Prinsip akuntabilitas diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.
6. Prinsip Portabilitas memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

7. Prinsip 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.
8. Prinsip dana amanat yaitu dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.
9. Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial Nasional yaitu hasil berupa dividen dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

Menurut PMK No.28 Tahun 2014 Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, manfaat JKN terdiri dari 2 jenis yaitu manfaat medis dan manfaat non medis. Manfaat Medis berupa pelayanan kesehatan yang komprehensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) sesuai dengan indikasi medis yang tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan. Sedangkan manfaat non-medis meliputi akomodasi dan ambulans. Manfaat akomodasi untuk pelayanan rawat inap sesuai hak kelas perawatan peserta. Manfaat ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan antar fasilitas kesehatan, dengan kondisi tertentu sesuai rekomendasi dokter.

2.1.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak bagi setiap peserta / anggota keluarganya (UU RI Nomor 24, 2011).

Dalam melaksanakan kewenangannya, BPJS Kesehatan berhak untuk:

- a. Memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan/ atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan

- b. Memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial dari DJSN setiap 6 bulan.

Dalam melaksanakan tugasnya, BPJS Kesehatan berkewajiban untuk:

- a. Memberikan nomor identitas tunggal kepada peserta
- b. Mengembangkan aset Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta
- c. Memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya
- d. Memberikan manfaat kepada seluruh peserta sesuai dengan Undang-undang tentang SJSN
- e. Memberikan informasi kepada peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku
- f. Memberikan informasi kepada peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya
- g. Membentuk cadangan teknik sesuai dengan standar praktik aktuarial yang lazim dan berlaku umum
- h. Melakukan pembukaan sesuai dengan akuntansi yang berlaku dalam menyelenggarakan Jaminan Sosial
- i. Melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

2.1.3 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Menurut Permenkes No.3 Tahun 2023 Tentang standar Tarif Pelayanan Kesehatan, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.

Fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk peserta JKN terdiri atas fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP). FKTP dimaksud adalah :

1. Puskesmas atau yang setara
2. Praktek Dokter
3. Praktek dokter gigi
4. Klinik Pratama atau yang setara,
5. Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara.

Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialisik meliputi:

- a. Administrasi kesehatan
- b. Pelayanan promotif dan preventif
- c. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis
- d. Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif
- e. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
- f. Transfusi darah sesuai kebutuhan medis
- g. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama
- h. Rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi

2.1.4 Puskesmas

Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan / atau masyarakat. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019, 2019).

Puskesmas dalam menyelenggarakan upaya kesehatan dapat mengembangkan dan meningkat sumber daya bidang kesehatan sesuai dengan pelayanan yang dibutuhkan oleh masyarakat, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Puskesmas dalam menyelenggarakan upaya kesehatan dapat melaksanakan rujukan. Rujukan sebagaimana dimaksud meliputi rujukan upaya kesehatan masyarakat dan rujukan upaya kesehatan perorangan.

a. Tujuan Puskesmas

Menurut Permenkes No. 43 Tahun 2014 pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan wilayah kerja Puskesmas yang sehat, dengan masyarakat yang :

- a. Memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat
- b. Mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu
- c. Hidup dalam lingkungan sehat
- d. Memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

b. Fungsi Puskesmas

1. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama di wilayah kerjanya
 - a. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan.
 - b. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan.
 - c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.
 - d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait.
 - e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat.
 - f. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas.
 - g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan.
 - h. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan.
 - i. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

2. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama di wilayah kerjanya
 - a. Penyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu.
 - b. Penyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif.
 - c. Penyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
 - d. Penyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung.
 - e. Penyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerjasama inter dan antar profesi.
 - f. Melaksanakan rekam medis
 - g. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan.
 - h. Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan.
 - i. Mengkoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya.
 - j. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan.

2.1.5 Klaim

Menurut Peraturan BPJS No.7 Tahun 2018 Klaim manfaat pelayanan kesehatan yang selanjutnya disebut klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan membayar klaim kepada FKTP paling lambat tanggal 15 setiap bulan berjalan. 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 diajukan kembali oleh Fasilitas Kesehatan paling lambat pada

pengajuan klaim bulan berikutnya. BPJS Kesehatan wajib membayar kepada FKTP klaim yang diajukan dan diverifikasi, paling lambat 15 hari kerja sejak berkas klaim dinyatakan lengkap. Dalam hal pembayaran jatuh pada hari libur, pembayaran pada FKTP dilakukan pada hari kerja berikutnya. Persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan di FKTP adalah sebagai berikut :

- a. Kelengkapan administrasi umum yang terdiri atas:
 1. Formulir pengajuan klaim (FPK) yang ditandatangani oleh Pimpinan FKTP atau pejabat lain yang diberi wewenang.
 2. Rekapitulasi pelayanan
 3. Kuitansi asli bermeterai
 4. Surat tanggung jawab mutlak bermeterai yang ditandatangani oleh Pimpinan FKTP atau pejabat lain yang diberi wewenang.
- b. Kelengkapan khusus yang terdiri atas:
 1. Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga
 2. Kelengkapan pendukung yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim.
- c. Kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan RJTP adalah sebagai berikut:
 1. Klaim pelayanan ambulans dilengkapi dengan:
 - a. Surat pengantar rujukan pasien yang berisi informasi kondisi medis pasien pada saat akan dirujuk dari dokter yang merawat.
 - b. Bukti pelayanan ambulans yang memuat informasi tentang (identitas pasien, waktu pelayanan, nama fasilitas kesehatan perujuk, nama fasilitas kesehatan tujuan rujukan).
 - c. Tanda tangan dan stempel dari Fasilitas Kesehatan perujuk dan fasilitas kesehatan penerima rujukan
 - d. Bukti pembayaran jika ambulans menggunakan kapal penyeberangan.

2. Klaim pelayanan kebidanan dan neonatal berupa pelayanan ANC, PNC dan pelayanan pra rujukan dilengkapi dengan:
 - a. Salinan lembar pelayanan pada buku kesehatan ibu dan anak (KIA) sesuai pelayanan yang diberikan
 - b. Kartu ibu atau keterangan pelayanan lainnya pengganti buku KIA yang ditandatangani ibu hamil atau bersalin dan petugas yang menangani dalam hal peserta tidak memiliki buku KIA
 - c. Khusus untuk klaim pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal dilengkapi dengan surat keterangan rujukan pasien yang berisi informasi kondisi medis pasien pada saat akan dirujuk, tindakan dan terapi yang telah diberikan dari dokter yang merujuk
3. Klaim pelayanan prostesa gigi dilengkapi dengan :
 - a. Surat keterangan medis dari dokter yang merawat (keterangan indikasi medis)
 - b. Resep prostesa gigi
 - c. Lembar bukti legalisasi pelayanan prostesa gigi luaran sistem informasi BPJS Kesehatan
4. Klaim pelayanan keluarga berencana dilengkapi dengan :
 - a. Salin buku keluarga berencana
 - b. Salinan bukti surat persetujuan tindakan pelayanan keluarga berencana, khusus untuk pelayanan keluarga berencana implant, *intra uterine device* (IUD) dan MOP/vasektomi
5. Klaim manfaat pelayanan gawat darurat dilengkapi dengan:
 - a. Kelengkapan administrasi umum yang terdiri atas:
 1. Formulir pengajuan klaim (FPK) yang ditandatangani oleh pimpinan FKTP atau pejabat lain yang diberi wewenang
 2. Hasil input data tagihan klaim pelayanan kesehatan pada sistem informasi BPJS Kesehatan
 3. Kuitansi asli bermaterai

4. Rekapitulasi pelayanan yang terdiri atas:
 - a. Nama peserta
 - b. Nomor identitas Jaminan Kesehatan Nasional
 - c. Alamat dan nomor telepon peserta
 - d. Diagnosa penyakit
 - e. Tindakan yang diberikan
 - f. Tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar perawatan
 - g. Jumlah tagihan peserta
 5. Surat tanggung jawab mutlak bermaterai yang ditandatangani oleh pimpinan FKTP atau pejabat lain yang diberi wewenang.
- b. Kelengkapan khusus yang terdiri atas:
1. Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga.
 2. Berkas pendukung lain sesuai pelayanan yang diberikan.

2.1.6 Sistem Pembayaran

Sistem pembayaran adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja dan/atau pemerintah untuk program jaminan kesehatan (Perpes No.12, 2013). BPJS Kesehatan membayarkan manfaat jaminan pelayanan kesehatan kepada fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan yang meliputi pembayaran manfaat jaminan pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL. Sistem pembayaran di FKTP dibagi menjadi 2 yaitu :

1. Sistem Pembayaran Kapitasi

Sistem pembayaran kapitasi adalah pembayaran yang dilakukan di muka kepada penyedia layanan dengan tarif yang telah ditetapkan dalam menyediakan paket pelayanan yang ditentukan untuk setiap individu terdaftar pada provider (penyedia pelayanan) untuk periode tertentu (Agustina et al., 2022).

Sistem pembayaran kapitasi berbasis output, dan unit output adalah cakupan semua layanan yang telah ditetapkan untuk seorang individu untuk jangka waktu tertentu, biasanya satu bulan atau satu tahun. Prinsip utamanya

adalah pembayaran kepada penyedia tidak terkait dengan input yang digunakan penyedia atau volume layanan disediakan. Oleh karena itu, beberapa risiko dialihkan dari pembeli ke pemberi layanan. Jika penyedia layanan mengeluarkan biaya yang lebih besar dari anggaran per kapita, maka penyedia layanan yang menanggung resikonya. Standar tarif kapitasi mencakup pelayanan :

- a. Administrasi pelayanan
 - b. Promotif dan preventif perorangan
 - c. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
 - d. Tindakan medis non spesialisik
 - e. Kesehatan gigi non spesialisik
 - f. Obat dan bahan medis habis pakai
 - g. Pemeriksaan penunjang diagnostik tingkat pratama
 - h. Pelayanan kesehatan melalui pemanfaatan teknologi komunikasi dan informasi, meliputi telekonsultasi, promotif dan preventif antara FKTP dan peserta terdaftar
 - i. Pelayanan Keluarga Berencana mencakup konseling, pemberian pil, dan kondom
 - j. Imunisasi rutin
 - k. Pemeriksaan fisik balita untuk stunting dan wasting
 - l. Skrining kesehatan
2. Sistem Pembayaran Non Kapitasi

Sistem pembayaran non kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan (Permenkes No. 3, 2023). Standar tarif non kapitasi mencakup:

- a. Pelayanan Ambulans

Tarif non kapitasi pelayanan ambulans diberikan pada pelayanan ambulans darat atau air untuk pasien rujukan dengan kondisi tertentu dari FKTP ke FKTP lain atau ke FKRTL disertai dengan upaya menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien. Standar

tarif pelayanan ambulans ditetapkan oleh Pemerintah Daerah. Tarif pelayanan ambulans dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP yang merujuk. Dalam kondisi gawat darurat dengan tujuan keselamatan pasien, BPJS Kesehatan membayarkan tarif pelayanan ambulans untuk rujukan dari FKTP yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

b. Pelayanan Obat Program Rujuk Balik

Tarif non kapitasi pelayanan obat program rujuk balik diberikan untuk pelayanan penyakit kronis meliputi diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung, asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK), epilepsi, gangguan kesehatan jiwa kronik, stroke, Sindroma Lupus eritematosus (SLE), dan penyakit kronis lain yang ditetapkan oleh Menteri.

c. Pelayanan Pemeriksaan Penunjang Pada Program Pengelolaan Penyakit Kronis

Tarif non kapitasi pelayanan penunjang pada program pengelolaan penyakit kronis terdiri atas :

1. Pemeriksaan gula darah sewaktu
2. Pemeriksaan gula darah puasa (GDP)
3. Pemeriksaan gula darah Post Prandial (GDPP)
4. Pemeriksaan HbA1c
5. Pemeriksaan kimia darah, meliputi :
 - a. Ureum
 - b. Kreatinin
 - c. Kolesterol total
 - d. Kolesterol LDL
 - e. Kolesterol HDL
 - f. Trigliserida
- d. Skrining kesehatan tertentu termasuk :
 1. Pemeriksaan inspeksi visual asam asetat (IVA-test) untuk penyakit kanker leher rahim.
 2. Pemeriksaan pap smear untuk penyakit kanker leher rahim.

3. Pemeriksaan gula darah untuk penyakit diabetes mellitus.
 4. Pemeriksaan darah lengkap dan apus darah tepi untuk penyakit thalasemia; dan
 5. Pemeriksaan rectal touche dan darah samar feses untuk penyakit kanker usus.
- e. Pelayanan terapi krio untuk kanker leher rahim
- f. Pelayanan rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi medis
- g. Pelayanan kebidanan dan neonatal, termasuk pengambilan sampel Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) yang dilakukan oleh bidan atau dokter, sesuai kompetensi dan kewenangannya. Tarif non kapitasi pelayanan kebidanan dan neonatal diberlakukan untuk pelayanan :
1. Masa hamil (ante natal care)
 2. Persalinan
 3. Masa sesudah melahirkan
 4. Pra rujukan akibat komplikasi
- h. Pelayanan kontrasepsi
- Tarif non kapitasi pelayanan kontrasepsi diberikan terhadap pelayanan yang meliputi :
1. Pra-pelayanan kontrasepsi
 2. Tindakan pemberian pelayanan kontrasepsi
 3. Pasca pelayanan kontrasepsi
- i. Pelayanan gawat darurat pada FKTP yang belum bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
- Pelayanan gawat darurat pada FKTP yang belum bekerja sama dengan BPJS Kesehatan diberikan penggantian biaya :
1. Untuk pelayanan yang termasuk dalam pelayanan dengan tarif non kapitasi maka penggantian biaya mengacu pada tarif non kapitasi.
 2. Untuk pelayanan yang tidak termasuk dalam pelayanan dengan tarif non kapitasi mengacu pada tarif pelayanan yang berlaku pada puskesmas yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah.

j. Pelayanan protesa gigi

Tarif non kapitasi pelayanan protesa gigi diberikan untuk pelayanan protesa gigi dengan ketentuan :

1. Dilakukan sesuai dengan standar kompetensi dokter gigi.
2. Untuk rahang gigi yang sama diberikan paling cepat 2 tahun sekali sesuai indikasi medis.

2.1.7 Aplikasi SIMPUSTRONIK

Sistem Informasi Manajemen Puskesmas Elektronik (SIMPUSTRONIK) adalah suatu tatanan yang menyediakan informasi untuk membantu proses pengambilan keputusan dalam melaksanakan manajemen Puskesmas dalam mencapai sasaran kegiatannya (Permenkes No. 31, 2019). Sistem Informasi Manajemen Puskesmas merupakan aplikasi manajemen puskesmas dengan kegunaan mengelola data pasien dari pendaftaran sampai pelaporan. Data yang sudah diinput akan tertampung dalam database dan akan dikelompokkan sesuai parameter kebutuhan laporan (Roziqin, 2022). Penerapan SIMPUS secara optimal bisa meminimalkan beban kerja dan meningkatkan efisiensi terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien.

2.1.8 Standar Operasional Prosedur (SOP)

Standar Operasional Prosedur (SOP) merupakan dokumen yang berisi langkah-langkah/sistematika kerja dalam sebuah organisasi. Dari beberapa pengertian SOP menurut para ahli, tujuan utama dari penyusunan SOP adalah untuk mempermudah setiap proses kerja dan meminimalisir adanya kesalahan di dalam proses pen-gerjaannya (Koesmono, 2017).

Adapun tujuan dari pe-nyusunan SOP diantaranya:

- a. Agar petugas atau pegawai menjaga konsistinsi dan tingkat kinerja petugas atau pegawai atau tim dalam organisasi atau unit kerja.
- b. Agar mengetahui dengan jelas peran dan fungsi tiap-tiap posisi dalam organisasi.

- c. Memperjelas alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari petugas atau pegawai terkait.
- d. Melindungi organisasi atau unit kerja dan petugas atau pegawai dari malpraktek atau kesalahan administrasi lainnya.
- e. Untuk menghindari kegagalan atau kesalahan, keraguan, duplikasi dan inefisiensi, dan;
- f. Memberikan keterangan tentang dokumen-dokumen yang dibutuhkan dalam suatu proses kerja.

2.2 Pendekatan Sistem

Menurut Hajanto, (dalam Sheila, 2022) pendekatan sistem merupakan suatu proses yang dilakukan berdasarkan sesuai konsep yaitu seperti identifikasi kebutuhan, pemilihan permasalahan, mengidentifikasi syarat-syarat pemecahan problem, pemilihan alternatif pemecahan masalah, pencarian dan penerapan metode dan alat, hasil evaluasi, dan revisi yang diperlukan untuk semua bagian dari sistem tersebut dapat dilaksanakan, sehingga kebutuhan dapat dicapai (Djuhaeni, 1989).

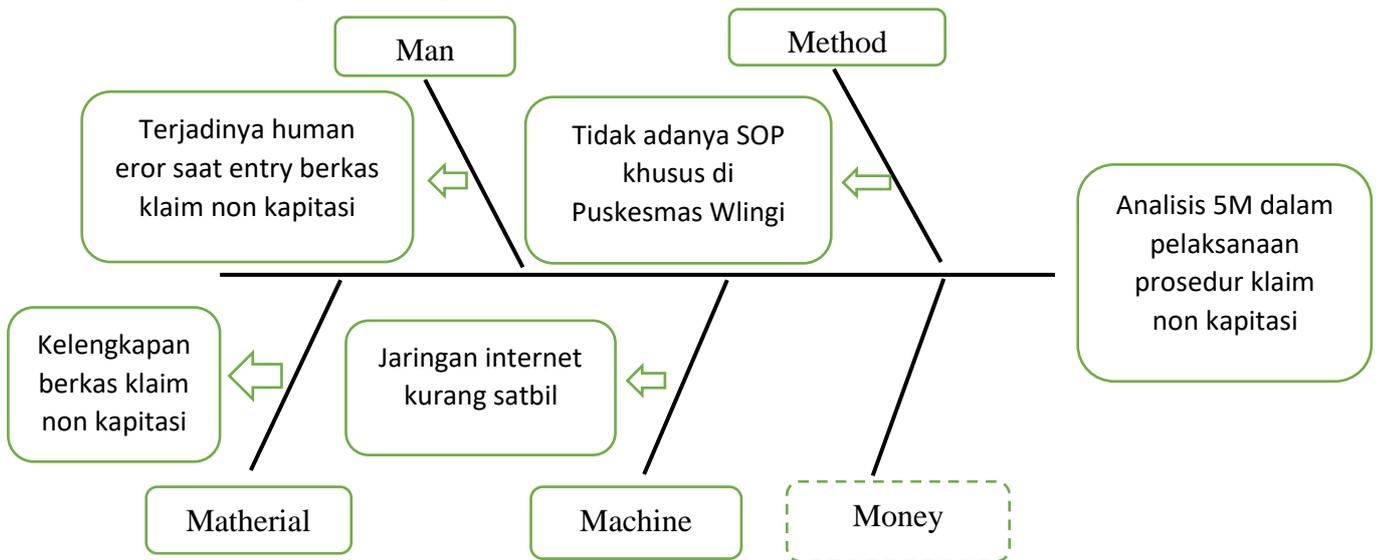
Menurut A. Vandy Pramujaya (2019), fishbone diagram merupakan suatu metode analisis yang digunakan untuk mengidentifikasi masalah kualitas dan check point yang meliputi empat jenis bahan atau peralatan, tenaga kerja dan metode. Alasan yang terkait dengan setiap kategori terkadang terikat pada *branch bone* yang berbeda di sepanjang proses curah pendapat. (A. Vandy Pramujaya Putra, 2020)

Fishbone diagram sering disebut *Cause and Effect* diagram adalah sebuah diagram yang menyerupai tulang ikan yang dapat menunjukkan sebab akibat dari suatu permasalahan (John Bank, 1992). Fishbone diagram juga merupakan salah satu tool dari *7 basic quality tools*. Fishbone diagram digunakan ketika kita ingin mengidentifikasi kemungkinan penyebab masalah dan terutama ketika sebuah team cenderung jatuh berpikir pada ritinitas (Eviyanti, 2021).

Fishbone diagram akan mengidentifikasi berbagai sebab potensial dari satu efek atau masalah, dan menganalisis masalah tersebut melalui sesi

brainstorming. Masalah akan dipecah menjadi sejumlah kategori yang berkaitan, mencakup *man*, *method*, *material*, *machine*, *money*. Setiap kategori mempunyai sebab-sebab yang perlu diuraikan melalui sesi brainstorming.

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2.3 – Kerangka Konsep

- = Yang diteliti
- = Yang tidak diteliti