

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

2.1.1 Jaminan Kesehatan Nasional

Dalam menyelenggarakan kesehatan yang merata dan mudah dijangkau oleh masyarakat, pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Sistem Jaminan Sosial Nasional merupakan sebuah sistem yang menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan sosial merupakan bentuk perlindungan untuk menjamin seluruh masyarakat agar mendapatkan kebutuhan dasar hidup yang layak.

Salah satu program Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah Jaminan Kesehatan Nasional atau biasa dikenal dengan JKN. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program sosial guna menjamin biaya pemeliharaan kesehatan secara gotong royong yang bersifat wajib oleh seluruh penduduk Indonesia. Berdasarkan Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan tujuan utama dari jaminan kesehatan adalah memberikan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan setiap orang yang telah membayar iuran maupun iuran yang dibayarkan oleh pemerintah pusat atau daerah. Manfaat pemeliharaan dan perlindungan meliputi pelayanan perseorangan yang komprehensif, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis. (Permenkes No. 72 Tahun 2016).

Jaminana Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program yang dikelola secara langsung oleh BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang dibentuk oleh pemerintah guna menyelenggarakan program jaminan kesehatan,

sesuai dengan yang dimaksud pada Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Pada 1 Januari 2014 Pemerintah mengoperasikan BPJS Kesehatan atas perintah Undang-Undang BPJS.

2.1.2 Pelayanan Kesehatan yang Dijamin Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL)

Berdasarkan Permenkes No. 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional manfaat yang diberikan kepada peserta JKN bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medis yang memang diperlukan. Ada 2 jenis manfaat Jaminan Kesehatan Nasional yang bisa didapatkan oleh peserta yakni, manfaat medis dan non-medis. Manfaat medis berupa pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Sedangkan, manfaat non-medis meliputi ambulan dan akomodasi peserta.

Berikut ini merupakan pelayanan kesehatan yang dijamin di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) :

- 1) Administrasi pelayanan;
- 2) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialistik yang dilakukan oleh dokter spesialis dan subspesialis;
- 3) Tindakan medis spesialistik, baik bedah maupun non-bedah sesuai dengan indikasi medis yang ditetapkan;
- 4) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
- 5) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan yang sesuai dengan indikasi medis;
- 6) Rehabilitasi medis;
- 7) Pelayanan darah;
- 8) Pelayanan kedokteran forensik klinik;
- 9) Pelayanan perawatan jenazah pada pasien yang meninggal di fasilitas kesehatan (tidak termasuk peti jenazah);
- 10) Perawatan inap non-intensif;

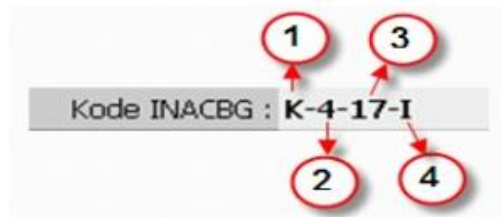
- 11) Perawatan inap di ruang intensif; dan
- 12) Akupuntur medis.

2.1.3 Cara Penggantian Biaya Pelayanan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) oleh BPJS Kesehatan

Berdasarkan Peraturan BPJS Kesehatan No. 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, BPJS Kesehatan wajib berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 hari kerja sejak klaim diajukan oleh Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan FKRTL dan telah diterima oleh BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan membiayai biaya pelayanan kesehatan kepada FKRTL menggunakan Tarif *Indonesian – Case Based Groups* atau biasa disebut dengan Tarif INA-CBG's. Tarif INA-CBG's merupakan besaran klaim yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kepada FKRTL sesuai dengan paket layanan yang didasarkan pada pengelompokan diagnosis penyakit. Tarif INA-CBG's adalah tarif paket yang meliputi seluruh komponen yang digunakan selama pelayanan baik medis maupun non-medis.

Berdasarkan, Permenkes No. 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (Ina-Cbg) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan, dasar pengelompokan pada INA-CBG's menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir menggunakan acuan ICD 10 dan untuk tindakan atau prosedur menggunakan acuan ICD 9 CM yang kemudian akan menjadi output pelayanan. Dalam pengelompokan menggunakan sistem INA-CBG's dihasilkan 1.075 kelompok kasus diantaranya 786 kelompok kasus rawat inap dan 289 kelompok kasus rawat jalan. Setiap kelompok dilambangkan menggunakan kode kombinasi alfabet dan numerik seperti berikut ;



Gambar 2.1 Kode INA CBGs

2.2 Rumah Sakit

2.2.1 Pengertian Rumah Sakit

Berdasarkan Permenkes No. 72 Tahun 2016, rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Rumah Sakit diselenggarakan dengan dasar Pancasila dan dengan nilai kemanusiaan, manfaat, etika dan profesionalitas, keadilan, anti diskriminasi, pemerataan, memberikan perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial.

Menurut WHO (World Health Organization), rumah sakit merupakan bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan yang memiliki fungsi menyediakan pelayanan secara paripurna (komprehensif), menyembuhkan penyakit (kuratif) dan mencegah penyakit (preventif) terjadi kepada masyarakat. Rumah sakit juga menjadi tempat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan sebagai pusat peneliti medik.

Pengertian rumah sakit yang dikemukakan oleh para ahli menurut Azrul Azwar yang dikutip oleh (Pahlevi, 2009), diantaranya:

- a. Menurut *Assosiation of Hospital Care* (1947) rumah sakit adalah tempat pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan, dan penelitian kedokteran diselenggarakan.

- b. Menurut *American Hospital Assosiation* (1974) rumah sakit adalah suatu alat organisasi yang terdiri dari tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, antara diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien.
- c. Menurut Wolper dan Pena (1997) rumah sakit adalah tempat orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran. Rumah sakit juga sebagai tempat dimana pendidikan untuk mahasiswa kedokteran dan tenaga profesi kesehatan lainnya diselenggarakan.

2.2.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan tugas rumah sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Sedangkan fungsi dari rumah sakit yakni ;

- a. Penyelenggaraan pelayanan berupa pemlihan dan pengobatan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan rumah sakit;
- b. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan secara paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai dengan kebutuhan medis;
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka meningkatkan kemampuan dalam memberikan pelayanan kesehatan; dan
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan teknologi dibidang kesehatan dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Dalam menyelenggarakan fungsinya, rumah sakit menyelenggarakan kegiatan sebagai berikut;

- a. Pelayanan medis
- b. Pelayanan dan asuhan keperawatan
- c. Pelayanan penunjang medis dan nonmedis
- d. Pelayanan kesehatan masyarakat dan rujukan
- e. Pendidikan, penelitian, dan pengembangan
- f. Administrasi umum dan keuangan

2.2.3 Pelayanan Rumah Sakit

Berdasarkan Permenkes No. 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit, setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat:

2.2.3.1 Rawat Jalan

Rawat jalan merupakan salah satu pelayanan rumah sakit yang melayani pasien berobat jalan dan tidak lebih dari 24 jam pelayanan. Rawat jalan merupakan pelayanan terhadap pasien untuk dilakukan observasi, diagnosis pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya yang bersifat umum, spesialisik, sub spesialisik yang dilakukan pada rumah sakit tanpa rawat inap.

2.2.3.2 Rawat Inap

Rawat inap merupakan pelayanan rumah sakit dimana pasien menepati tempat tidur perawatan karena untuk keperluan observasi, diagnosis, terapi, rehabilitas medik, dan pelayanan medik lainnya. Rawat inap merupakan pelayanan medis yang utama di rumah sakit dan merupakan tempat interaksi antara pasien dan pihak-pihak yang ada di dalam rumah sakit dalam waktu yang lama (Mariyanti & Citrawati, 2011).

2.2.3.3 Gawat Darurat

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan bagian dari rumah sakit yang menjadi tujuan utama bagi pasien yang mengalami keadaan darurat agar segera mendapatkan pertolongan. Instalasi Gawat Darurat (IGD) di rumah sakit mempunyai tugas yakni menyelenggarakan pelayanan keperawatan sementara, pelayanan asuhan medis, pelayanan pembedahan bagi pasien yang datang dengan kasus gawat darurat medis. Pelayanan pasien gawat darurat adalah pelayanan yang memerlukan waktu cepat, cermat, dan tepat untuk mencegah kecacatan dan kematian yang akan terjadi pada pasien (Fajrillah & Nurfitriani, 2016).

2.3 Klaim

2.3.1 Klaim BPJS Kesehatan

Klaim merupakan bentuk pengajuan kepada BPJS Kesehatan setiap bulannya atas biaya pelayanan yang dikeluarkan oleh fasilitas kesehatan kepada pasien BPJS. Menurut Peraturan BPJS Kesehatan No. 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan disebutkan bahwa klaim merupakan permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan.

Berdasarkan Permenhan No. 7 Tahun 2016 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Pada Fasilitas Kesehatan Di Lingkungan Kementerian Pertahanan Dan Tentara Nasional Indonesia disebutkan bahwa, fasilitas kesehatan tingkat lanjut wajib mengajukan klaim secara kolektif setiap bulan atas setiap pelayanan yang diberikan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya kepada BPJS Kesehatan.

2.3.2 Administrasi Klaim BPJS Kesehatan

Administrasi klaim merupakan proses dimana rumah sakit mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan, rumah sakit akan mengajukan klaim dalam bentuk hardcopy untuk rekapitulasi dan softcopy untuk data individu klaim. Lalu, apabila terdapat kesepakatan terkait pengajuan klaim maka akan diterbitkan berita acara sehingga layak untuk dilakukan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan (Kartika, 2014).

Proses administrasi klaim melibatkan petugas dari berbagai bidang di rumah sakit, termasuk dokumen klaim untuk persyaratan pengajuan klaim diserahkan dari petugas satu ke petugas lainnya. Berikut ini merupakan petugas administrasi klaim di rumah sakit:

2.3.2.1 Tempat Pendaftaran Peserta

Proses administrasi klaim dimulai dari loket pendaftaran sebagai tahap awal paling penting untuk menentukan kelengkapan persyaratan pasien JKN. Petugas TPP berperan dalam melayani pasien baru maupun pasien lama yang akan melakukan pemeriksaan di rumah sakit. Petugas TPP akan mewawancarai pasien mengenai data identitas sosial pasien. Data identitas sosial pasien akan dituliskan pada formulir ringkasan riwayat klinis namun, apabila rumah sakit sudah menggunakan sistem komputerisasi maka data identitas pasien akan disimpan melalui database pasien.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Ristya & Kurniadi, 2015) tentang Kepatuhan Petugas TPPRJ dalam Pelaksanaa SOP Pendaftaran Pasien BPJS di RS Pantiwilasa Dr. Cipto, untuk pasien JKN baru atau lama petugas TPP wajib menanyakan kepada pasien tentang syarat-syarat dokumen pendaftaran yang berupa satu lembar fotokopi kartu peserta

JKN, satu lembar fotokopi identitas pasien berupa Kartu Tanda Penduduk, dan satu lembar fotokopi Kartu Keluarga.

Apabila pasien telah memenuhi syarat menjadi pasien JKN maka petugas TPP juga yang akan melakukan pencetakan Surat Eligibilitas Peserta (SEP). Setelah dilakukan pencetakan Surat Eligibilitas Peserta (SEP), pasien berhak mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit dengan mendatangi poliklinik tujuan pasien.

2.3.2.2 Petugas Rekapitulasi di Unit Rekam Medis

Rekam medis merupakan kumpulan dokumen yang berisi catatan tentang data diri pasien, pemeriksaan, tindakan, pengobatan, dan pelayanan lainnya yang telah diberikan oleh dokter kepada pasien. Rekam medis berisi data penting bagi pasien sehingga harus diarsipkan atau disimpan agar bermanfaat bagi semua pihak. Kerahasiaan rekam medis harus dijaga agar tidak disalahgunakan, isi dari rekam medis bisa digunakan sebagai barang bukti apabila terdapat kasus melanggar hukum seperti malpraktik.

Fungsi dan tugas pokok dari petugas rekapitulasi dalam rekam medis adalah sebagai berikut:

- Menerima dokumen rekam medis dan melakukan sensus harian dari unit pelayanan
- Meneliti kelengkapan isi dan merapikan urutan formulir rekam medis
- Mencatat dan mengendalikan dokumen rekam medis yang belum lengkap dan melaporkan kepada kepala unit dan petugas yang bertanggung jawab mengenai ketidaklengkapan isi dokumen.
- Mengalokasikan dan mengendalikan penggunaan nomor rekam medis dan formulir-formulir rekam medis.

- Menyerahkan dokumen rekam medis yang sudah lengkap ke petugas koding.

2.3.2.3 Petugas Koding dan Casemix

Koding merupakan salah satu proses dalam pengajuan klaim di rumah sakit. Koding dilakukan oleh koder atau petugas koding. Setelah menerima dokumen rekam medis pasien, koder akan melakukan koding diagnosis utama dan sekunder sesuai dengan ICD 10 dan koding tindakan atau prosedur sesuai dengan ICD 9.

Kemudian, petugas casemix akan mengentri data pasien pada aplikasi INA CBGs seperti, nomor resume medis, nama, jenis kelamin, tanggal lahir, tanggal masuk tanggal keluar, no SEP, nama DPJP, cara pulang, variabel tarif rumah sakit, sampai dengan mengentri kode ICD 10 dan 9 yang sudah dilakukan pengkodingan oleh petugas koder. Petugas casemix dan koder juga melakukan audit kelengkapan rekam medis.

2.2.3.4 Verifikator Internal Rumah Sakit

Verifikator internal rumah sakit merupakan seorang dokter umum yang bekerja di unit administrasi klaim rumah sakit dan telah mengikuti pelatihan koding untuk melakukan verifikasi berkas klaim yang selesai dilakukan grouping secara tepat dan sesuai dengan resume medis (Kusumawati & Pujiyanto, 2020).

Berikut ini merupakan proses verifikasi oleh petugas klaim di rumah sakit:

- 1) Pemeriksaan berkas meliputi kelengkapan berkas, isian dalam berkas dan biaya yang akan diajukan. Berkas klaim harus lengkap meliputi;
 - Surat Eligibilitas Peserta (SEP)

- Bukti pelayanan yang di dalamnya terdapat diagnosis dan prosedur disertai dengan tandatangan DPJP, resume medis, kode diagnosis dan prosedur, biaya pelayanan (*billing*), serta kesesuaian kode INA CBGs yang sudah dientri.
- 2) Melakukan konfirmasi administrasi pelayanan kepada koder dengan meminta bukti-bukti pendukung yang diperlukan, apabila tidak terdapat bukti-bukti maka klaim yang diajukan akan dikembalikan kepada petugas koder untuk dilengkapi.

2.3.3 Teknologi Informasi Dalam Proses Klaim

2.3.3.1 V-Klaim

Vclaim yang merupakan singkatan dari Virtual Claim adalah aplikasi terbatas yang membantu sistem pencatatan tagihan rumah sakit terhadap BPJS Kesehatan. Aplikasi Vclaim merupakan aplikasi online berbasis web yang dibuat oleh BPJS Kesehatan dan memiliki fungsi utama sebagai aplikasi pembuatan Surat Eligibilitas Peserta (SEP). dengan deskripsi ini, Vclaim tidak difungsikan sebagai *electronic health record* ataupun rekam medis elektronik untuk pasien.

Surat Eligibilitas Peserta (SEP) memiliki fungsi untuk mengkomunikasikan diagnosis rujukan, asal rujukan, dan kelas kepesertaan pasien sehingga FKRTL dapat menindaklanjuti pemeriksaan sebagaimana mestinya. (Januraga dkk., 2021)

2.3.3.2 SIMRS

Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) juga memiliki nama lain yaitu Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) merupakan aplikasi utama dan merupakan kunci penting dalam industri kesehatan karena mendukung berbagai

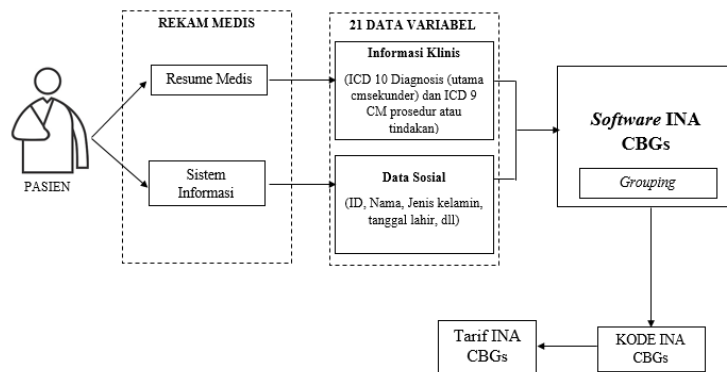
macam pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan Teknologi Informasi dan Komunikasi (TIK). Aplikasi ini memfasilitasi integrasi data non-klinis dan klinis seperti pendaftaran pasien, billing system, rekam medis, peresepan, dan laboratorium. (Putra dkk., 2023)

Aplikasi ini dibuat dengan tujuan yakni untuk meningkatkan efisiensi, efektivitas, profesionalisme, kinerja, serta akses dan pelayanan pada suatu rumah sakit. Untuk mewujudkan hal tersebut, maka sesuai dengan Permenkes No. 82 Tahun 2013 Tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit pemerintah mewajibkan seluruh rumah sakit untuk menggunakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit merupakan sebuah sistem informasi yang digunakan oleh rumah sakit untuk menangani proses manajemen rumah sakit mulai dari pelayanan diagnosis dan tindakan yang diberikan kepada pasien, apotek, gudang farmasi, billing pelayanan pasien, medical record dan lain sebagainya.

2.3.3.3 E-Klaim INA CBGs

Menurut Permenkes No. 26 Tahun 2021, sebelum dilakukan verifikasi klaim oleh petugas BPJS Kesehatan terdapat beberapa proses yang harus dilakukan oleh fasilitas kesehatan yakni melakukan entri data, *coding*, dan *grouping*. Entri data, *coding*, dan *grouping* dilakukan menggunakan *Software* atau aplikasi INA CBGs. Aplikasi INA CBGs merupakan perangkat yang digunakan dalam melakukan *grouping* tarif berdasarkan resume medis.



Gambar 2.2 Klaim INA CBGs

Proses entri data pasien ke dalam aplikasi INA CBGs dilakukan setelah pasien mendapatkan pelayanan di rumah sakit. Proses entri pada aplikasi INA CBGs menggunakan sumber data rekam medis pasien dan perlu memperhatikan mengenai kelengkapan data administratif untuk tujuan keabsahan klaim. Berikut ini merupakan data yang terdapat pada rekam medis pasien, yaitu;

1) Identitas pasien

- Nama Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)
- Nomor resume medis
- Ruang pemeriksaan
- Nama pasien
- Tanggal masuk dan tanggal keluar
- Nomor Surat Egibilitas Peserta (SEP)
- Umur (dalam tahun, bulan, hari) masuk rumah sakit
- Jenis kelamin

2) Ringkasan perawatan pasien

- Anamnesis
- Pemeriksaan fisik
- Pemeriksaan penunjang
- Diagnosis utama
- Diagnosis sekunder
- Tindakan/prosedur

- Terapi yang diberikan
 - Cara keluar
 - Catatan/lain-lain
- 3) Tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)

2.3.3.4 SIMEDIS UMM Hospital

SIMEDIS UMM Hospital merupakan bentuk pengembangan dari aplikasi SIMRS. Aplikasi SIMEDIS UMM Hospital adalah aplikasi SIMRS yang terintegrasi dengan aplikasi E-Klaim INA CBGs. Sehingga, dengan adanya Aplikasi SIMEDIS UMM Hospital petugas klaim yang sebelumnya menggunakan dua aplikasi dalam proses klaim, dengan adanya aplikasi ini petugas klaim hanya menggunakan satu aplikasi saja yaitu Aplikasi SIMEDIS UMM Hospital.

2.4 Standar Operasional Prosedur (SOP)

2.4.1 Pengertian Standar Operasional Prosedur (SOP)

Standar Operasional Prosedur (SOP) merupakan sebuah sistem perangkat lunak yang digunakan dalam mengatur tahapan dari suatu proses kerja atau prosedur kerja. Menurut (Hidayat & Hayati, 2019) Standar Operasional Prosedur (SOP) merupakan dokumen yang berisi prosedur yang sedang dikerjakan secara urut untuk dapat menyelesaikan suatu pekerjaan yang memiliki tujuan dalam memperoleh hasil kerja yang efektif.

Menurut (Atmoko, 2012) Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah sebuah pedoman untuk melaksanakan tugas sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja sebuah instansi berdasarkan indikator-indikator teknis, prosedur kerja dan sistem kerja pada unit kerja yang bersangkutan. Adapun, pengertian Standar Operasional Prosedur (SOP) menurut para ahli yang dijabarkan oleh (Sailendra,

2015) adalah panduan yang digunakan dalam kegiatan operasional organisasi sehingga perusahaan dapat berjalan dengan lancar.

2.4.2 Tujuan Penerapan Standar Operasional Prosedur (SOP)

Seorang pegawai dalam menjalankan operasional sebuah perusahaan memiliki fungsi dan kedudukan yang sangat signifikan sehingga, dalam suatu perusahaan diperlukan Standar Operasional Prosedur (SOP) sebagai acuan kerja secara sungguh-sungguh, agar memiliki sumber daya manusia yang profesional dan handal dalam berkerja sehingga, dapat mewujudkan visi dan misi dari perusahaan. Menurut Puji (2014:45) yang dikutip oleh (Roziqin, 2018) dalam penelitiannya tujuan dari penerapan Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah sebagai berikut:

- a. Menjaga konsistensi pekerja dalam menjalankan proses kerja.
- b. Acuan dalam melaksanakan kegiatan tertentu bagi semua pekerja dan supervisor.
- c. Menghindari kesalahan, kegagalan, keraguan, duplikasi, dan pemborosan dalam proses pelaksanaan kegiatan.
- d. Sebagai parameter untuk penilaian mutu pelayanan.
- e. Menjamin penggunaan tenaga dan sumber daya secara efektif dan efisien.
- f. Menjelaskan alur tugas, wewenang, dan tanggung jawab dari masing-masing petugas terkait.
- g. Sebagai dokumen yang menilai dan menjelaskan proses kerja apabila terjadi kesalahan atau dugaan mal praktek, sehingga sifatnya melindungi.
- h. Sebagai dokumen yang digunakan dalam pelatihan.

2.4.3 Prinsip-prinsip Standar Operasional Prosedur (SOP)

Menurut Puji (2014:45) penerapan Standar Operasional Prosedur (SOP) harus memenuhi prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. **Konsisten.** Dilaksanakan secara konsisten dari waktu ke waktu, dengan siapapun, dan dalam kondisi atau situasi apapun.
2. **Komitmen.** Dilaksanakan dengan komitmen penuh oleh seluruh anggota organisasi.
3. **Perbaikan berkelanjutan.** Terbuka terhadap kritik agar dapat menyempurnakan sehingga memperoleh prosedur yang benar-benar efektif dan efisien.
4. **Mengikat.** Mengikat pelaksanaan tugas sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan.
5. **Seluruh unsur memiliki peran penting.** Setiap pegawai memiliki peran-peran tertentu dalam setiap prosedur yang distandarkan. Jika pegawai tidak melaksanakan perannya dengan baik, maka hal tersebut akan berdampak pada proses penyelenggaraan suatu organisasi.
6. **Terdokumentasi dengan baik.** Standar Operasional Prosedur (SOP) harus didokumentasikan dengan baik, agar dapat dijadikan referensi bagi yang membutuhkan.

2.4.4 Format Penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP)

Berdasarkan Standar Akreditasi Kemenkes (STARKES) format penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP) terdiri dari:

1. Format Kop/*Heading* SOP

Nama Rumah Sakit dan Logo	Judul SOP		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
SOP	Tanggal Terbit	Ditetapkan Direktur RS	

Tabel 2.1 Kop/*Heading* SOP

- Kotak Rumah Sakit : diberi nama rumah sakit dan juga logo apabila rumah sakit memiliki.
- Judul SOP : diberi judul sesuai dengan prosedur kerja.

- No. Dokumen : sesuai dengan ketentuan rumah sakit yang bersangkutan agar dibuat sistematis.
- No. Revisi : merupakan suatu revisi, dianjurkan menggunakan huruf, dokumen baru diberi huruf A, dokumen revisi diberi huruf B dan seterusnya.
- Halaman : diisi nomor halaman yang bersangkutan atau total halaman. Misalnya, halaman pustaka : 1/5 (halaman kesatu dari lima halaman)
- SOP : diberi penamaan sesuai ketentuan (istilah) yang digunakan rumah sakit, misalnya SPO, prosedur, prosedur tetap, petunjuk pelaksanaan, dan sebagainya.
- Tanggal terbit : diberi tanggal sesuai dengan tanggal terbit berlakunya SOP tersebut.
- Ditetapkan direktur rumah sakit : diberi tanda tangan dan namanya jelasnya.

2. Komponen SOP

PENGERTIAN	
TUJUAN	
KEBIJAKAN	
PROSEDUR	
UNIT TERKAIT	

Tabel 2.2 Komponen SOP

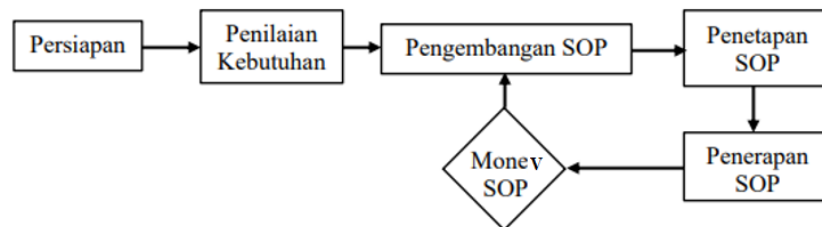
- Pengertian : berisi penjelasan atau definisi tentang istilah atau definisi yang sulit dipahami.
- Tujuan : berisi tujuan secara spesifik dari pelaksanaan SOP tersebut.
- Kebijakan : di dalamnya dicantumkan kebijakan yang mendasari dibuatnya SOP tersebut, kemudian diikuti dengan peraturan atau keputusan dan kebijakan terkait.
- Prosedur : merupakan bagian utama dari SOP yang menguraikan tentang langkah-langkah kegiatan untuk

menyelesaikan suatu proses kerja tertentu dan petugas yang berwenang. Dapat dicantumkan juga alat/format/fasilitas yang digunakan, waktu, frekuensi dalam proses kerja tersebut.

- Unit terkait : berisi unit-unit yang terkait dan prosedur terkait dalam proses kerja tersebut.

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 2.3 Tahapan Penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP)

1. Pembentukan Tim Pembuatan SOP

Dokumen SOP bisa disusun dengan membentuk tim yang memiliki tugas sebagai berikut;

- Penulis SOP
- Praktisi di lapangan
- Validator
- Supervisor

2. 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

- Menuliskan Uraian Prosedur dan Alur Kerja.

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

- 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.

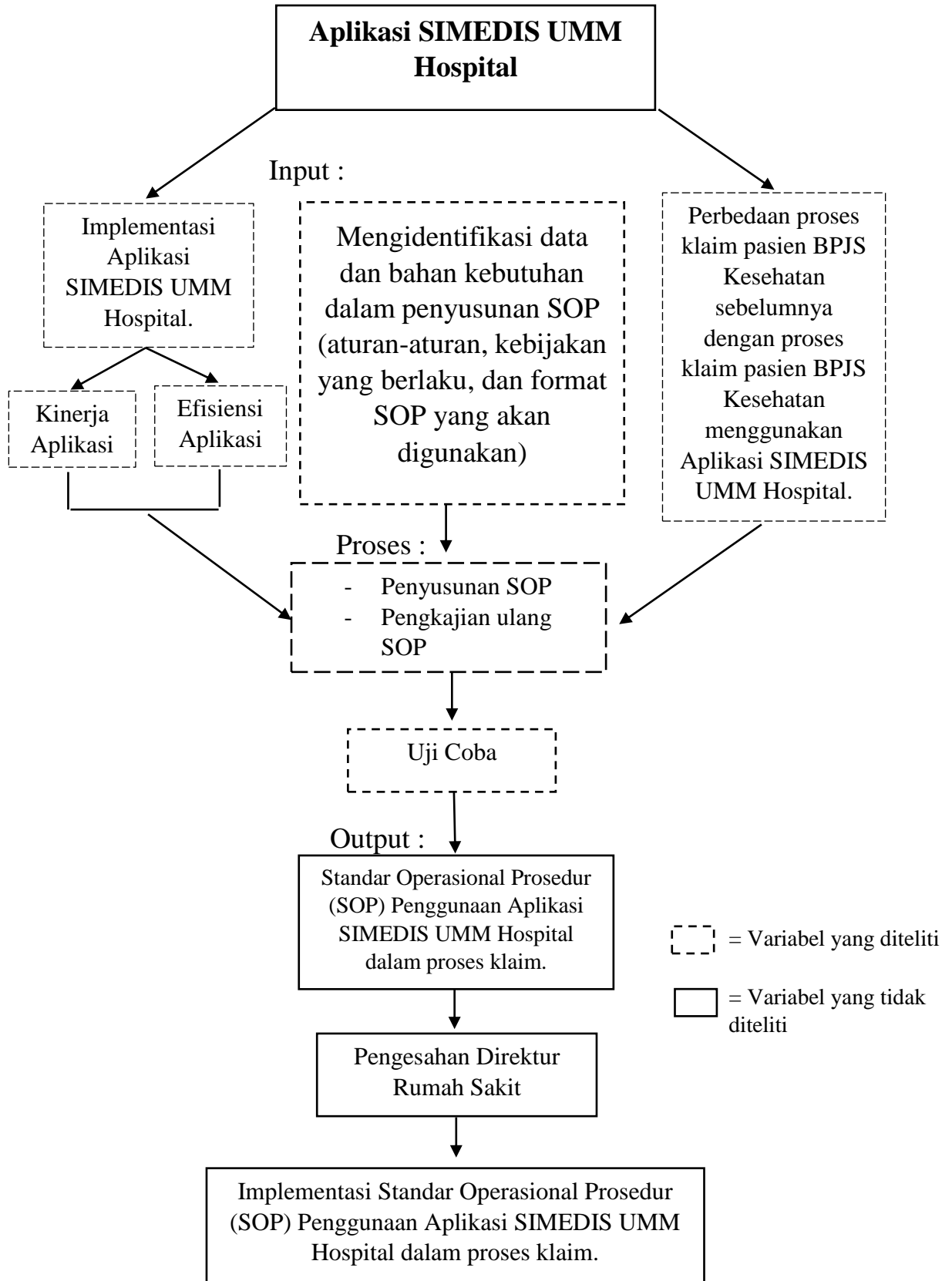
2.5 Penelitian Terdahulu

No	Nama Penulis	Tahun	Judul Jurnal	Variabel	Metode Penelitian	Hasil
1.	Iffah Normaetika	2016	Pengembangan <i>Standar Operating Procedure</i> (SOP) Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website <i>P-Care</i> , dan Rujukan Pasien BPJS (Studi Kasus di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember)	Variabel penelitian dalam penelitian ini adalah Pengumpulan informasi dan identifikasi, Analisis dan Pemilihan Data, Penyusunan Rancangan SOP, Pengkajian Ulang Rancangan SOP, Penyempurnaan Rancangan SOP.	Metode penelitian <i>research and development</i> (penelitian dan pengembangan), dengan data primer hasil dari 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.	<i>Standar Operating Procedure</i> (SOP) hasil pengembangan dengan melalui lima tahapan yang disebutkan dalam variabel penelitian. Perbedaan unsur SOP terletak pada prosedur, unit terkait, dan dokumen terkait. Sedangkan, unsur SOP yang sama terletak pada Kota Heading SOP.
2.	Harjanti, Dkk	2023	Penyusunan Standar Operasional Prosedure (SOP)	Variabel penelitian pada penelitian ini adalah alur kerja atau	Metode yang dilakukan dengan metode	Permasalahan Mitra yaitu adanya perubahan prosedur kerja

			Sebagai Upaya Standarisasi Penerapan Kode Warna.	prosedur kerja penyimpanan dan penjajaran dokumen rekam medis menggunakan kode warna.	Konsultasi dengan tahapan identifikasi permasalahan mitra, wawancara, studi dokumentasi, merevisi SOP dan mengesahkan SOP.	baru menetapkan penggunaan Kode Warna pada Map Rekam Medis. Maka dibutuhkan suatu Pedoman yang digunakan sebagai Acuan dalam melaksanakan Pekerjaan. Pelaksanaan kegiatan pengabdian masyarakat dilakukan dengan Konsultasi untuk melakukan revisi SOP yang lama disesuaikan dengan pelaksanaan yang baru, dan hasil konsultasi SOP bisa diterapkan oleh Pihak Puskesmas sebagai dasar prosedur kerja pelaksanaan pengambilan dan penyimpanan Dokumen Rekam Medis.
--	--	--	--	---	--	--

Tabel 2.3 Penelitian Terdahulu

2.6 Kerangka Konsep



Tahap pertama yang dipersiapkan dalam penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP) penggunaan aplikasi SIMEDIS UMM Hospital dalam proses klaim adalah mengumpulkan data dan bahan-bahan yang dibutuhkan dalam penyusunan. Pengambilan data dalam penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP) penggunaan Aplikasi SIMEDIS UMM Hospital dalam proses klaim adalah melalui hasil dari observasi perbedaan prosedur klaim sebelumnya yakni secara manual dengan prosedur klaim menggunakan Aplikasi SIMEDIS UMM Hospital untuk mendapatkan data lebih dalam tentang prosedur klaim pasien BPJS Kesehatan menggunakan Aplikasi SIMEDIS UMM Hospital. Selain itu, pengambilan data tentang implementasi penggunaan aplikasi SIMEDIS UMM Hospital selama digunakan dalam proses klaim guna mengetahui kinerja dan efisiensi aplikasi tersebut.

Dalam menyusun Standar Operasional Prosedur (SOP) penggunaan aplikasi SIMEDIS UMM Hospital dalam proses klaim diperlukan bahan atau data berupa aturan-aturan, kebijakan, dan format Standar Operasional Prosedur (SOP) yang digunakan di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang. Setelah data terkumpul, maka akan dilakukan penyusunan dan pengkajian ulang SOP, setelah rancangan SOP selesai maka akan dilakukan uji coba, sebelum SOP tersebut diimplementasikan.

Sehingga, output atau hasil yang didapat dari penelitian ini adalah Standar Operasional Prosedur (SOP) penggunaan aplikasi SIMEDIS UMM Hospital dalam proses klaim dan dapat digunakan sebagai acuan pemahaman langkah-langkah dalam melaksanakan klaim.