

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 BPJS Kesehatan

2.1.1 Pengertian BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk dengan Undang-Undang untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS menurut UU Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah transformasi dari badan penyelenggara jaminan sosial yang sekarang telah berjalan dan dimungkinkan untuk membentuk badan penyelenggara baru sesuai dengan dinamika perkembangan jaminan sosial (Asih Eka Putri, 2014). Menurut Undang-Undang nomor 24 tahun 2011, BPJS merupakan jaminan sosial yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia dan termasuk orang asing yang berkerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia.

Dalam Undang-Undang nomor 24 tahun 2011 disebutkan bahwa dalam penyelenggaraannya menggunakan sistem jaminan sosial nasional yang berdasarkan asas: (1) kemanusiaan, (2) manfaat, dan (3) keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya. Dalam Penjelasan Pasal 3 UU BPJS yang dimaksud dengan “kebutuhan dasar hidup” adalah kebutuhan mendasar setiap orang agar dapat hidup layak, demi terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dan dalam Pasal 4 UU BPJS juga disebutkan prinsip yang digunakan BPJS yaitu:

- a. Kegotongroyongan
- b. Nirlaba
- c. Keterbukaan
- d. Kehati-hatian
- e. Akuntabilitas
- f. Protabilitas
- g. Kepesertaan bersifat wajib
- h. Dana amanat
- i. Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan Peserta.

2.1.2 Fungsi Dan Wewenang BPJS Kesehatan

Undang–Undang Nomor 24 tahun 2011 menentukan bahwa BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Dan dalam melaksanakan fungsi, BPJS bertugas untuk :

- a. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta
- b. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja
- c. Menerima bantuan iuran dari Pemerintah
- d. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta
- e. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial
- f. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial dan
- g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

BPJS juga mempunyai wewenang untuk melaksanakan tugas. Menurut Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011, BPJS berwenang :

- a. Menagih pembayaran iuran
- b. Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai
- c. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional
- d. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh pemerintah
- e. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan
- f. Mengenaikan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya
- g. Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan
- h. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.

2.1.3 Kepesertaan BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan yang berfokus dalam memberikan jaminan kesehatan bagi seluruh warga negara indonesia (WNI) dan juga warga negara asing yang sudah tinggal minimal 6 bulan. Kepesertaan BPJS Kesehatan dibagi menjadi dua kelompok, yaitu Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan

Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI) (Panduan Layanan BPJS, 2020).

a. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI)

Peserta BPJS PBI meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu menurut data dari di Dinas Sosial. Untuk biaya iuran 13 Panduan layanan 15 bulanan tidak dibebankan ke peserta BPJS PBI melainkan ditanggung sepenuhnya oleh pemerintah. Dengan kata lain, PBI adalah peserta BPJS yang mendapat subsidi iuran penuh dari pemerintah atau ditanggung oleh APBN, yakni 42.000 per orang per bulannya, Namun, peserta PBI tidak bisa memilih fasilitas kesehatan dan hanya berhak mendapat layanan rawat inap kelas III.

b. Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI)

Peserta BPJS Non-PBI merupakan peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu. Jika BPJS-PBI biaya per bulan ditanggung oleh pemerintah, maka jenis kepesertaan BPJS Kesehatan ini berkewajiban untuk membayar iuran bulanan sendiri. Ini dikarenakan peserta dianggap mampu membayar iuran dan tidak termasuk fakir miskin atau orang tidak mampu. Peserta BPJS Non-PBI dibagi lagi menjadi 3 yaitu :

a) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya meliputi :

- 1) Pejabat Negara
- 2) Pimpinan dan anggota DPRD
- 3) PNS
- 4) Prajurit
- 5) Anggota Polri
- 6) Kepala desa
- 7) Pegawai swasta

- b) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, terdiri atas pekerja di hubungan kerja dan pekerja mandiri meliputi :
 - 1) Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri
 - 2) Pekerja yang tidak termasuk yang tidak menerima gaji atau upah
- c) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya meliputi :
 - 1) Investor
 - 2) Pemberi kerja
 - 3) Penerima pension
 - 4) Veteran
 - 5) Perintis kemerdekaan
 - 6) Janda,duda ,anak yatim piatu

2.2 Puskesmas

2.2.1 Pengertian Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah suatu kesatuan organisasi fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Pengertian puskesmas yang lain 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 (Betri et al., 2015).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 tahun 2019, prinsip penyelenggaraan Puskesmas meliputi:

- a. Paradigma sehat, yaitu puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan berpartisipasi dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.
- b. Pertanggungjawaban wilayah, yaitu puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya
- c. Kemandirian masyarakat yaitu, puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat
- d. Ketersediaan yaitu, puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya, dan kepercayaan
- e. Teknologi tepat guna, yaitu puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan
- f. Keterpaduan dan kesinambungan yaitu, puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan sistem rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

2.2.2 Tugas, Fungsi, dan Wewenang Puskesmas

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 tahun 2019, puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Puskesmas mengintegrasikan program yang dilaksanakannya dengan pendekatan keluarga. Pendekatan keluarga merupakan salah satu cara Puskesmas mengintegrasikan program untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan

mendatangi keluarga. Dalam melaksanakan tugas tersebut puskesmas menyelenggarakan fungsi:

- a. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya
 - a) Menyusun perencanaan kegiatan berdasarkan hasil analisis masalah kesehatan masyarakat dan 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 bekerja sama dengan pimpinan wilayah dan sektor lain terkait;
 - e) Melaksanakan pembinaan teknis terhadap institusi, jaringan pelayanan Puskesmas dan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat;
 - f) Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas;
 - g) Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
 - h) Memberikan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan mempertimbangkan faktor biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual;
 - i) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan;
 - j) Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, melaksanakan sistem kewaspadaan dini, dan respon penanggulangan penyakit;
 - k) Melaksanakan kegiatan pendekatan keluarga; dan

- 1)
- l) Melakukan kolaborasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan rumah sakit di wilayah kerjanya, melalui pengoordinasian sumber daya kesehatan di wilayah kerja Puskesmas.
- b. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya.
- a) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan, bermutu, dan holistik yang mengintegrasikan faktor biologis, psikologi, sosial, dan budaya dengan membina hubungan dokter - pasien yang erat dan setara;
 - b) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
 - c) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berpusat pada individu, berfokus pada keluarga, dan berorientasi pada kelompok dan masyarakat;
 - d) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan kesehatan, keamanan, keselamatan pasien, petugas, pengunjung, dan lingkungan kerja;
 - e) Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi;
 - f) Melaksanakan penyelenggaraan rekam medis; g. melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan;
 - g) Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas;
 - h) Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan; dan

- i) Melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan di wilayah kerjanya, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2.3 Klaim BPJS di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

2.3.1 Pengertian Klaim

Klaim adalah pengajuan hak yang dilakukan oleh tertanggung kepada penanggung untuk memperoleh hak nya berupa pertanggungan atas kerugian berdasarkan perjanjian atau akad yang dibuat, dengan kata lain klaim adalah proses pengajuan oleh peserta untuk mendapatkan uang pertanggungan setelah tertanggung melaksanakan seluruh kewajibannya kepada penanggung (Utari dan Evi, 2021). Sedangkan definisi klaim menurut BPJS Kesehatan adalah perjanjian dengan pihak yang berkewajiban untuk memenuhi haknya. Salah satu pihak dalam kontrak melakukan gugatan terhadap pihak lainnya sesuai kesepakatan yang disepakati kedua belah pihak (BPJS, 2017).

Menurut Iskandar 2019, pada manajemen klaim ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

1. Adanya dua pihak yang jelas melakukan ikatan perjanjian. Hal ini menggambarkan secara jelas siapa yang melakukan ikatan dengan siapa dan kejelasan pihak yang memiliki hak serta kewajiban.
2. Adanya ikatan perjanjian yang jelas dan resmi antara kedua pihak. Bentuk ikatan ini akan mempengaruhi kepatuhan kedua pihak terhadap ikatan perjanjian yang mereka sepakati bersama. Ikatan tersebut dapat

berbentuk saling percaya, saling mengikat secara etis, secara adat, dan secara hukum.

3. Adanya *informed consent*, *Informed* artinya kedua pihak mengetahui dan memahami semua aspek yang mengikat mereka. *Consent* yaitu ikatan tersebut dilakukan dengan dasar kesadaran dan kesukarelaan dan bukan didasarkan karena paksaan, ancaman atau tipuan.
4. Didokumentasikan, dokumentasi dari pernyataan ikatan antara kedua pihak diperlukan untuk mencegah pengingkaran oleh salah satu pihak yang bisa disengaja atau tidak disengaja. Biasanya bentuk perjanjian ini berupa sertifikat polis yang berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan kewajiban dan tanggung jawab kedua belah pihak secara tertulis

2.3.2 Klaim Non Kapitasi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Tarif non kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan (Permenkes, 2016). Peraturan menteri kesehatan no 3 tahun 2023 menyatakan bahwa pada FKTP pelayanan kesehatan untuk klaim non kapitasi, yaitu :

- a. Pelayanan Ambulans, penggantian biaya pelayanan ambulans sesuai dengan standar biaya ambulans yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah. Dalam penggantian biaya pelayanan ambulans tersebut menyesuaikan dengan standar biaya ambulans yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah. Apabila belum terdapat tarif dasar ambulans yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah maka tarif ditetapkan dengan mengacu pada standar biaya yang berlaku pada daerah dengan karakteristik geografis yang setara pada satu wilayah.

- b. Pelayanan obat program rujuk balik untuk penyakit kronis seperti : diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung, asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK), epilepsi, gangguan kesehatan jiwa kronik, Stroke, sindroma *Lupus Eritematosus* (SLE) dan penyakit lain yang ditetapkan oleh menteri
- c. Pelayanan pemeriksaan penunjang pada program penyakit kronis berupa :
 - 1. Pemeriksaan gula darah sewaktu sesuai indikasi medis
 - 2. Pemeriksaan gula darah puasa (GDP) 1 bulan sebanyak 1 kali
 - 3. Pemeriksaan gula darah *Post Prandial* (GDPP) 1 bulan sebanyak 1 kali
 - 4. Pemeriksaan HbA1c 3-6 bulan 1 kali
 - 5. Pemeriksaan kimia darah 2 kali dalam 1 tahun yang meliputi
 - 6. *Ureum*
 - 7. *Kreatinin*
 - 8. Kolesterol total
 - 9. Kolesterol LDL
 - 10. Kolesterol HDL
 - 11. *Trigliserida*
 - 12. Pemeriksaan *urinanalysis microalbuminuria* sebanyak 2 kali dalam 1 tahun
- d. Skrining kesehatan tertentu termasuk :
 - 1. Pemeriksaan inspeksi visual asam asetat (pemeriksaan IVA- Test) untuk penyakit kanker leher rahim
 - 2. Pemeriksaan *pap smear* untuk penyakit leher rahim.
 - 3. Pemeriksaan gula darah untuk penyakit diabetes melitus
 - 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 leher rahim
- f. Pelayanan rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi medis
- g. Pelayanan kebidanan dan neonatal yang diberikan terhadap pelayanan yang meliputi :
 1. Masa hamil (*Antenatal Care*)
 2. Persalinan
 3. Masa sesudah melahirkan (*Post natal care*)
 4. Pra rujukan akibat komplikasi
- h. Pelayanan kontrasepsi diberikan terhadap pelayanan yang meliputi:
 1. Pelayanan kontrasepsi
 2. Tindakan pemberian pelayanan kontrasepsi dan
 3. Pasca pelayanan kontrasepsi
- i. Pelayanan gawat darurat pada FKTP yang belum bekerjasama dengan BPJS Kesehatan
- j. Pelayanan protesa gigi

2.3.3 Syarat Pengajuan Klaim Non Kapitasi di FKTP

Pengelolaan dan pemanfaatan dana di FKTP milik pemerintah pengaturannya mengikuti ketentuan peraturan perundangan, sedangkan pengelolaan dan pemanfaatan dana di FKTP milik swasta pengaturannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada faskes swasta tersebut. Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan yang tujuannya adalah untuk menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan. BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas

pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor Cabang/Kantor Layanan Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan (Menteri Kesehatan, 2014).

Persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan di FKTP adalah sebagai berikut (Menteri Kesehatan, 2023):

A. Kelengkapan administrasi umum

1. Formulir pengajuan klaim (FPK)
2. Rekapitulasi pelayanan
3. Kuitansi asli bermaterai
4. Surat tanggung jawab mutlak

b. Kelengkapan khusus terdiri atas :

1. Bukti pelayanan yang telah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga yang bersangkutan
2. Kelengkapan pendukung lain

c. Kelengkapan pendukung pelayanan ambulans antara lain:

1. Surat pengantar rujukan pasien
2. Bukti pelayanan *ambulance*
3. Stempel dan tanda tangan dari fasilitas kesehatan perujuk dan penerima rujukan
4. Bukti pembayaran bila ambulans menggunakan kapal penyebrangan

d. Kelengkapan pendukung untuk klaim ANC, PNC dan pelayanan pra rujukan antara lain:

1. Salinan lembar pelayanan pada buku kesehatan ibu dan anak (KIA)
2. Kartu atau keterangan pelayanan lain pengganti buku KIA

3. Untuk klaim pelayanan pra rujukan komplikasi kebidanan dan neonatal dilengkapi surat keterangan rujukan sesuai kondisi medis
- e. Kelengkapan pendukung untuk klaim protesa gigi antara lain :
 1. Surat keterangan medis dari dokter
 2. Resep protesa gigi
 3. Lembar bukti legalisasi pelayanan keluaran BPJS Kesehatan
 - f. Kelengkapan pendukung untuk klaim pelayanan keluarga berencana antara lain :
 1. Salinan buku keluarga berencana
 2. Salinan bukti surat persetujuan tindakan (Untuk pelayanan implant, intraurine, (IUD) dan MOP/ vasektomi)
 - g. Kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) antara lain :
 1. Surat perintah rawat inap
 2. Ringkasan rekam medis pasien
 - h. Kelengkapan pendukung untuk laom persalinan pervagina normal, persalinan pervagina dengan tindakan emergensi dasar di puskesmas PONEB, Pelayanan tindakan pasca persalinan antara lain :
 1. Salinan buku KIA
 2. Kartu ibu atau keterangan pelayanan pengganti KIA
 3. Salinan partograf
 4. Keterangan/ informasi tindakan
 - i. Kelengkapan pendukung untuk klaim promotif dan preventif
 1. Klaim pemeriksaan penunjang rujuk balik dilengkapi dengan:
 - a) Lembar permintaan pemeriksaan lab
 - b) Rekapitulasi tagihan pelayanan lab
 - c) Salinan pemeriksaan lab
 2. Klaim skrining kesehatan untuk gula darah dilengkapi dengan:

- a) Salinan pemeriksaan lab
- b) Hasil skrining riwayat kesehatan luaran BPJS Kesehatan
- 3. Klaim skrining kesehatan untuk pemeriksaan IVA atau pap smear dilengkapi dengan :
 - a) Rekapitulasi tagihan pelayanan
 - b) Salinan pemeriksaan IVA
- 4. Klaim terapi krio dilengkapi dengan :
 - a) Rekapitulasi tagihan
 - b) Salinan pemeriksaan IVA Positif

2.4 Standar Operasional Prosedur (SOP)

Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah dokumen yang berkaitan dengan prosedur yang dilakukan secara kronologis untuk menyelesaikan suatu pekerjaan yang bertujuan untuk memperoleh hasil kerja yang paling efektif dari para pekerja dengan biaya yang serendah-rendahnya. SOP biasanya terdiri dari manfaat, kapan dibuat atau direvisi, metode penulisan prosedur, serta dilengkapi oleh bagan *flowchart* di bagian akhir (Laksmi et al, 2008). Adapun fungsi dari dibuatnya standar operasional prosedur adalah sebagai berikut (Indah, 2014) :

- a. Memperlancar tugas petugas/pegawai atau tim/unit kerja.
- b. Sebagai dasar hukum bila terjadi penyimpangan.
- c. Mengetahui dengan jelas hambatan-hambatannya dan mudah dilacak.
- d. Mengarahkan petugas/pegawai untuk sama-sama disiplin dalam bekerja.
- e. Sebagai pedoman dalam melaksanakan pekerjaan rutin

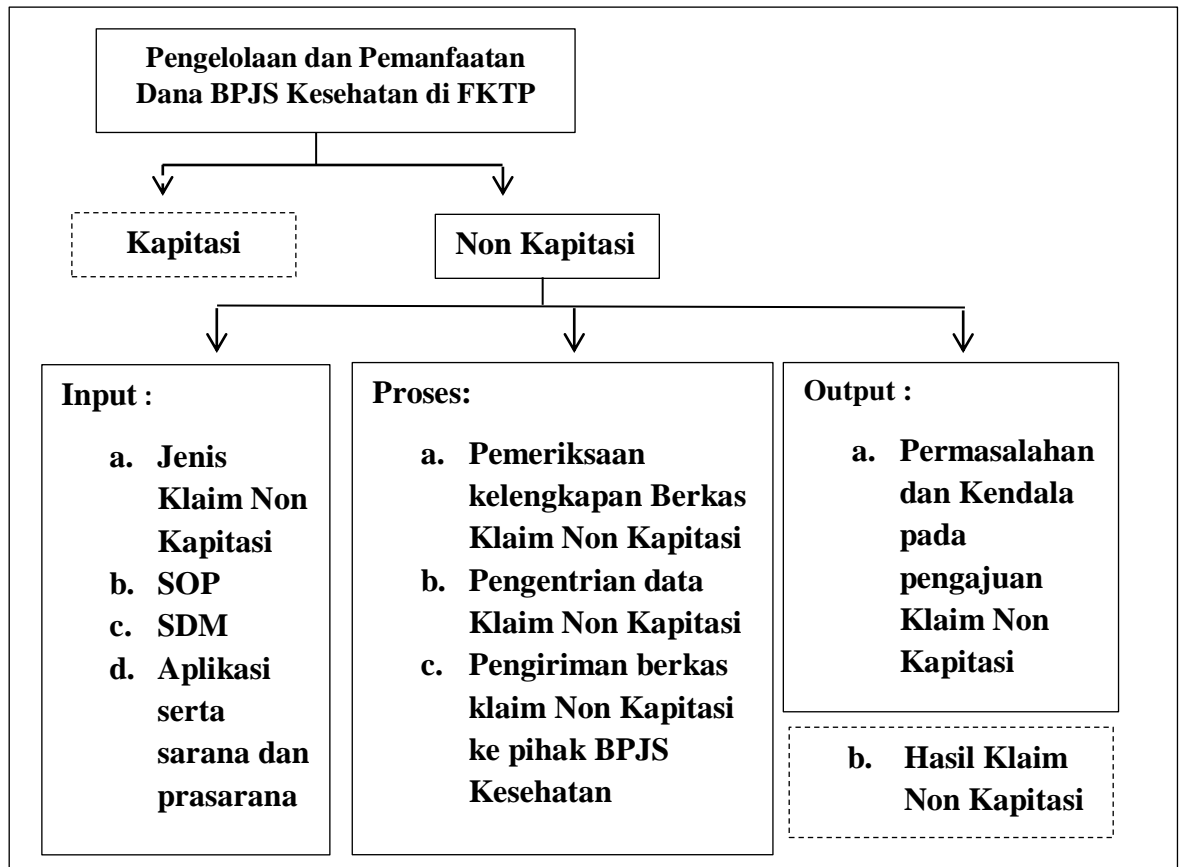
2.5 Pendekatan Sistem

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.

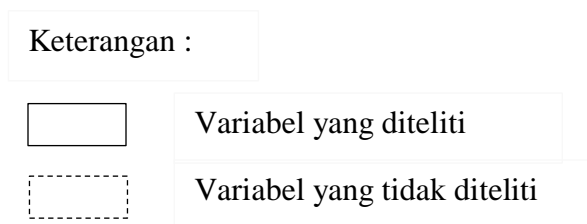
Menurut Azwar (2010) telah disebutkan bahwa sistem terbentuk dari bagian atau elemen yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi, bagian atau elemen tersebut banyak macamnya, yang jika disederhanakan dapat dikelompokkan dalam 3 unsur, yaitu :

- a. Masukan (*Input*) Masukan adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya suatu sistem tersebut. Menurut Azwar (2010) pembagian masukan yang dikenal masyarakat ialah yang disebut sebagai 4M yakni manusia (*man*), uang (*money*), sarana (*material*) dan metode (*method*) untuk organisasi yang tidak mencari keuntungan.
- b. Proses (*Process*) Proses adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan. Proses juga disebut sebagai fungsi administrasi, yang terpenting ialah perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan penilaian.
- c. Keluaran (*Output*) Keluaran adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep



Penelitian difokuskan berdasarkan teori Pendekatan sistem dimana terdapat 3 Tahapan yang mempengaruhi proses Pengajuan Klaim Non Kapitasi . Tahapan yang pertama adalah tahapan *Input* dimana pada penelitian ini terdapat manusia (*man*), uang (*money*), sarana (*material*) dan metode (*method*). Aspek yang diteliti meliputi jenis klaim non kapitasi, standar operasional prosedur (SOP), sumber

daya manusia (SDM), dan aplikasi serta sarana dan prasarana yang menunjang dalam Pengajuan Klaim Non Kapitasi. Pada tahapan proses peneliti meneliti tentang pemeriksaan kelengkapan berkas klaim non kapitasi, pengentrian data klaim non kapitasi melalui aplikasi *Pcare* , dan pengiriman berkas klaim non kapitasi ke pihak BPJS Kesehatan. Dan yang terakhir yaitu pada tahapan *Output* fokus penelitiannya adalah permasalahan dan kendala pada pengajuan klaim non kapitasi. Namun pada penelitian ini tidak meneliti tentang hasil klaim non kapitasi.

2.7 Hasil Penelitian Terdahulu

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

Nama Penulis	Tahun	Judul	Metode Penelitian	Hasil
Yuliva, Ropendi Pardede, Wyzri Andipo	2019	Analisis Pelaksanaan Prosedur Klaim Non Kapitasi Puskesmas BPJS Kota Padang	Metode Penelitian yang digunakan adalah kualitatif eksploratif	Didapatkan jumlah petugas entri Puskesmas masih belum cukup, verifikator bidang PMP belum mencukupi namun. Sarana dan prasarana dalam prosedur klaim non kapitasi sudah sesuai SOP. Proses melengkapi berkas klaim belum berjalan dengan baik, klaim yang diserahkan tidak lengkap dan sering terlambat. Masih ada berkas klaim yang tidak lolos proses verifikasi. Persetujuan klaim tertunda saat kepala cabang tidak ditempat.
Heri Kusniawati dan	2021	Analisis Pengajuan Klaim BPJS	Penelitian yang digunakan	Terdapat beberapa kendala yang ditemukan yaitu klaim yang dilakukan di Puskesmas

Harianto Nur Seha		Kesehatan Non Kapitasi Puskesmas Nanggulan Kabupaten Kulon Progo	adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif.	Nanggulan hanya klaim persalinan, hal ini terjadi karena kurangnya SDM petugas klaim non kapitasi, masih ditemukan berkas klaim non kapitasi yang tidak lengkap, dan sering terjadi gagal <i>bridging</i> antara SIMPUS dengan aplikasi P-Care yang berpengaruh pada <i>print out</i> P-Care.
Chamy Rahmatika, Ciciolina, dan Silvy Zaimi	2022	Analisis Manajemen Input Pelaksanaan Prosedur Klaim Non Kapitasi Peserta JKN-KIS	Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif, dengan metode wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen.	Tidak ada petugas khusus dalam pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi ini. Sarana dan prasarana masih ada kendala terkait jaringan. Kondisi ini akan mengakibatkan pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan juga terlambat, yang mana sesuai regulasinya pengajuan klaim dilakukan secara periodik, sebelum tanggal 10 bulan berikutnya.
Fajar Maulana	2019	Kelengkapan Diagnosis dan Ketepatan Kodifikasi Pasien	Metode yang digunakan adalah metode penelitian kuantitatif dengan	Hasil penelitian terhadap 104 sampel berkas rekam medis pasien PONE tahun 2018 menunjukkan bahwa terdapat kelengkapan pengisian diagnosis sebesar 13,46% dan ketepatan

		Poned Guna Menunjang Proses Klaim Non Kapitasi Di Puskesmas Cimahi Selatan	pendekatan deskriptif dan teknik pengumpulan data dengan cara observasi, wawancara dan studi dokumentasi.	kodifikasi sebesar 69,23%. Hal tersebut berdampak pada ketepatan tarif non kapitasi yang diajukan belum tercapainya standar lengkap diagnosis dan tepat kodifikasi serta tepat klaim non kapitasi disebabkan oleh belum adanya standar prosedur operasional dalam proses pengisian diagnosis dan kodifikasi diagnosis.
L.M. Risal	2019	Tinjauan Klim Non Kapitasi Pasien Peserta JKN Rawat Jalan Tingkat Pertama di Puskesmas Cimahi Selatan	Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif.	Penyebab terjadinya penolakan saat verifikasi pasien peserta JKN diantaranya tidak adanya petugas khusus yang menangani verifikasi, kegiatan rekam medis masi menjadi kegiatan sekunder, dan adanya ketentuan Administrasi lebih dari 6 jam untuk pasien ibu nifas.