

BAB II

TIJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Program Jaminan Kesehatan Nasional

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004, program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional yang tercantum pada Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004. Pembentukan Undang-Undang SJSN diamanatkan oleh Undang-Undang Dasar 1945 yang secara khusus diatur dalam Pasal 28H ayat (3) yang menyebutkan bahwa setiap individu memiliki hak atas jaminan sosial yang mendukung pengembangan diri secara utuh dan bermartabat. Selain itu, Pasal 34 ayat (2) juga menyatakan bahwa negara bertanggung jawab untuk mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat serta memberdayakan masyarakat yang kurang mampu dan tidak berdaya sesuai dengan prinsip kemanusiaan. Sistem ini Bentuk perlindungan sosial yang disediakan oleh negara Republik Indonesia bertujuan untuk memastikan bahwa warganya dapat memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak, sesuai dengan Deklarasi Perserikatang Bangsa-Bangsa (PBB) tentang Hak Asasi Manusia (HAM) tahun 1948 dan Konvensi International Labour Organization (ILO) No. 102 tahun 1952 (Setyawan, 2015).

Atas dasar Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) didefinisikan sebagai perlindungan kesehatan yang memberikan akses kepada pesertanya untuk memenuhi kebutuhan kesehatan yang diperlukan. Implementasi falsafah negara yaitu Pancasila, terutama juga sila ke-5 mengenai keadilan juga menjadi dasar yang kuat untuk memberikan akses kesehatan yang merata bagi seluruh masyarakat Indonesia. Hak mendapatkan akses atas sumber daya yang sama pada bidang kesehatan serta mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau juga ditegaskan kembali dalam

UUD 45 pasal 28H dan pasal 34, serta diatur lebih lanjut dalam UU 36/2009 tentang Kesehatan. JKN sebagai asuransi memungkinkan peserta untuk mendapatkan perlindungan komprehensif terhadap kebutuhan kesehatannya melalui pembayaran premi setiap bulan, baik secara mandiri maupun melalui pemerintah pusat atau daerah (Kementrian Kesehatan, 2016).

Program JKN dilaksanakan dengan tujuan untuk memastikan semua masyarakat Indonesia terlindungi dalam aspek kesehatan dengan terpenuhinya kebutuhan kesehatan secara layak melalui mekanisme asuransi sosial (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, 2014). JKN memberikan manfaat pelayanan kesehatan menyeluruh mulai dari kegiatan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Seluruh pelayanan kesehatan serta obat-obatan yang sesuai indikasi medis tercakup dalam manfaat yang diberikan oleh program JKN (Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan Nasional, 2018).

Sejalan dengan tujuannya, JKN dilaksanakan berdasarkan dua prinsip yaitu prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Prinsip asuransi sosial yang meliputi

1. Kegotongroyongan

Memiliki arti bahwa setiap peserta saling membantu dengan peserta lain yang memiliki keadaan atau latar belakang yang berbeda. Seperti yang kaya membantu yang miskin, muda dan tua, serta resiko tinggi dan rendah. Hal tersebut dapat diwujudkan dengan mekanisme subsidi silang sehingga peserta yang membayarkan iuran lebih banyak daripada kelompok peserta lain secara tidak langsung akan membantu kebutuhan kesehatan pada kelompok tersebut. Sama halnya jika resiko peserta tersebut rendah maka otomatis iuran yang dibayarkan akan digunakan untuk biaya pengobatan pada kelompok yang memiliki resiko sakit lebih tinggi.

2. Kepesertaan bersifat wajib

Bahawasanya seluruh penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan sosial sehingga tujuan perlindungan kesehatan yang menyeluruh dapat dipenuhi.

3. Iuran dibayarkan berdasarkan persentase dari pendapatan atau penghasilan bagi pekerja yang menerima upah, sementara bagi pekerja yang tidak menerima upah, iuran dibayarkan dalam bentuk jumlah nominal tertentu.

4. Nirlaba

JKN dikelola berdasarkan prinsip nirlaba, atau tanpa mencari keuntungan, ini berarti penggunaan dana yang maksimal untuk kepentingan peserta, dan setiap kelebihan dana akan disimpan sebagai cadangan untuk meningkatkan manfaat dan mutu layanan pada program JKN (A. E. Putri, 2014).

Disamping itu, JKN juga dilaksanakana dengan menggunakan prinsip ekuitas yang berarti kesetaraan atau kesamaan. Ini mencakup aspek aksesibilitas peserta terdhadap pelayanan kesehatan dan jumlah pelayanan yang didapat oleh peserta. Prinsip ini memastikan bahwa setiap peserta mendapatkan haknya untuk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis kapanpun dan dimanapun tanpa adanya partisi geografis.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia bertujuan memberikan perlindungan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh warga negara, sehingga setiap individu dapat menjalani kehidupan yang sehat, produktif, dan sejahtera. Program ini berfokus pada mengatasi hambatan finansial dalam mengakses layanan kesehatan dengan menyediakan cakupan untuk berbagai jenis perawatan, termasuk promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Melalui sistem asuransi sosial, JKN menegakkan prinsip ekuitas, memastikan setiap peserta mendapatkan layanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis mereka, tanpa memperhatikan besarnya iuran yang dibayar.

Di tengah meningkatnya biaya layanan kesehatan dan pergeseran pola penyakit dari infeksi ringan ke penyakit degeneratif kronis, masyarakat menghadapi tantangan kesehatan yang semakin kompleks. Masalah kesehatan tidak hanya memengaruhi individu secara fisik, tetapi juga memiliki dampak sosial dan ekonomi yang signifikan. Sebagai contoh, individu yang menderita penyakit harus menanggung biaya perawatan yang tidak dapat diprediksi, yang dapat memengaruhi kestabilan ekonomi keluarganya. Namun, dengan mengalihkan risiko kesehatan individu ke dalam risiko kelompok melalui sistem asuransi sosial yang bersifat wajib dan prinsip gotong royong dengan iuran yang terjangkau, manfaat yang didapatkan akan lebih luas dan berkelanjutan, memberikan perlindungan yang lebih efektif bagi seluruh masyarakat (Kementrian Kesehatan, 2016).

2.1.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

Untuk melaksanakan program JKN, dibentuk sebuah badan hukum yang bertugas untuk melaksanakan program. Dengan dasar Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004, maka dibentuklah suatu badan khusus yang dinamakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Hal tersebut tercantum dsalam Undang-Undang No 24 Tahun 2011 yang menyatakan bahwa BPJS Kesehatan diselenggarakan dengan tujuan untuk memberikan jaminan kesehatan yang mencakup berbagai layanan medis untuk seluruh peserta.

Seperti yang disebutkan pada Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS Kesehatan mengemban beberapa tugas wajib yang meliputi:

1. Mendaftarkan dan mengumpulkan iuran dari seluruh peserta
2. Mengelola dan mengembangkan dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta secara aman dan transparan
3. Memberikan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan berkualitas sesuai dengan kebutuhan medis peserta

4. Melakukan pengawasan dan pengendalian terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan
5. Memberikan informasi dan edukasi kepada masyarakat tentang pentingnya jaminan kesehatan serta hak dan kewajiban sebagai peserta BPJS Kesehatan
6. Menyusun dan melaporkan kegiatan serta penggunaan dana secara periodik kepada pemerintah dan masyarakat.

2.1.3 Rumah Sakit

Rumah sakit adalah institusi perawatan kesehatan profesional yang menyediakan layanan oleh dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya. Secara etimologis, rumah sakit berasal dari kata Kata "*hospital*" berasal dari bahasa Latin "*hospes*" yang berarti tuan rumah, dan juga merupakan asal kata "*hotel*" dan "*hospitality*" atau keramahan (Marina, 2011). American Hospital Association (1974) menyebutkan bahwa rumah sakit merupakan sebuah organisasi yang menyediakan layanan medis, perawatan keperawatan yang berkelanjutan, diagnosis, dan pengobatan melalui tenaga medis profesional yang terstruktur dan sarana kedokteran yang tetap (Ramdhani, 2009). Rumah sakit menyediakan layanan kesehatan medis kepada individu, mulai dari diagnosa medis, perawatan darurat hingga perawatan lanjutan terhadap pasien (WHO, 2020). Berdasarkan jenisnya, rumah sakit dibedakan mejadi dua, yaitu rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum menyediakan layanan kesehatan yang bersifat general pada beragam jenis penyakit. Sedangkan rumah sakit khusus menyediakan layanan kesehatan yang bersifat lebih khusus kepada pelayanan tertentu, seperti rumah sakit bersalin atau rumah sakit jiwa.

Rumah sakit memiliki tugas sebagai pemberi layanan kesehatan paripurna atau komprehensif. Hal tersebut mencakup pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif atau pencegahan, kuratif yang berarti pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk menyembuhkan

penyakit, serta rehabilitatif yang merupakan perawatan tindak lanjut setelah dilakukannya upaya kuratif (Undang-Undang (UU) Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, 2009). Untuk mewujudkan tugas tugasnya, rumah sakit memiliki beberapa fungsi yang sebagaimana telah diatur pada Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009. Fungsi-fungsi tersebut diantara lainnya adalah:

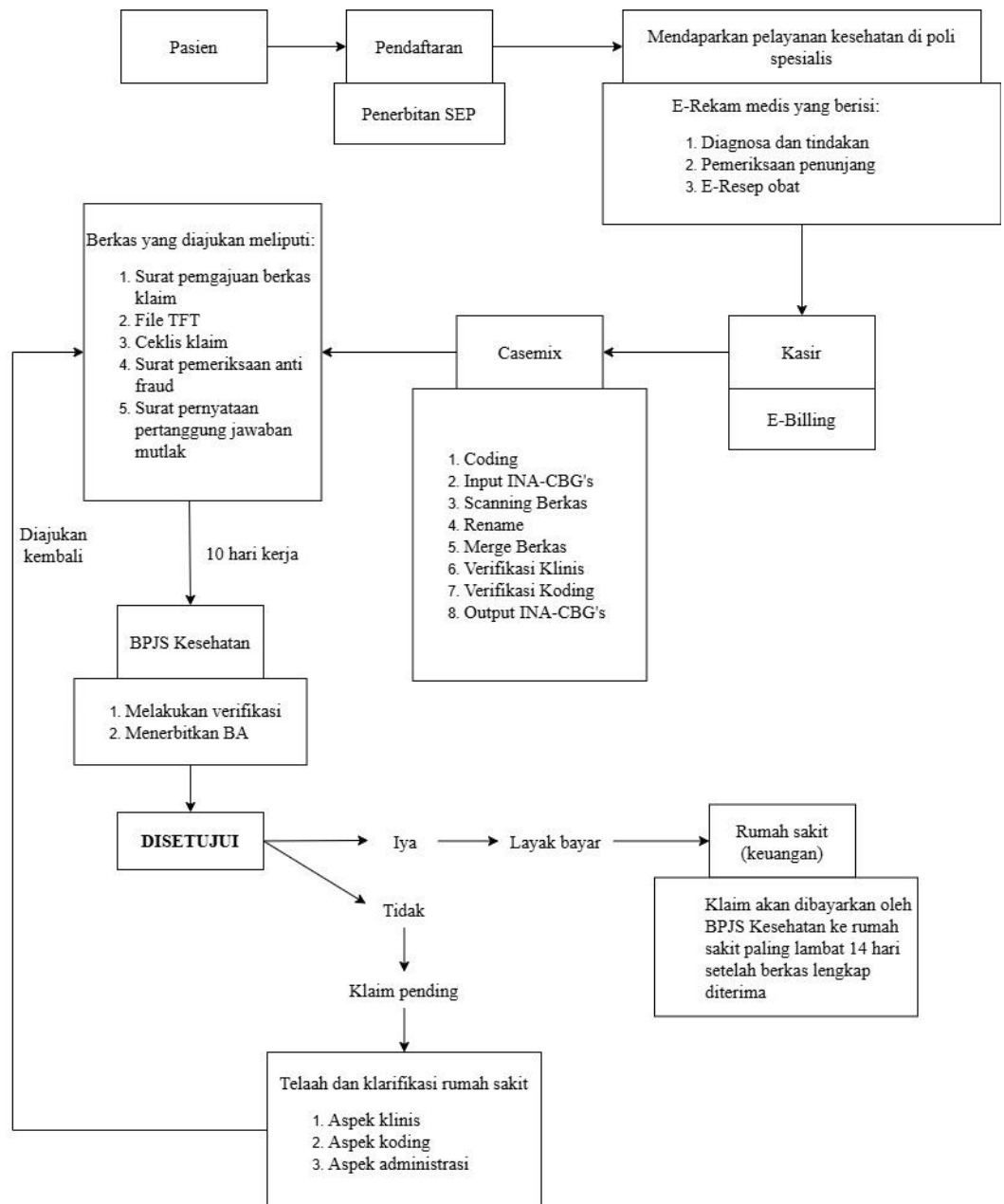
1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar
2. Pelayanan rumah sakit
3. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
4. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan
5. Kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
6. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan (Undang-Undang (UU) Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, 2009).

Sesuai dengan fungsi utama rumah sakit yaitu sebagai pemberi layanan kesehatan. Pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit secara umum dapat dibedakan menjadi dua, yaitu pelayanan rawat jalan dan pelayanan rawat inap. Rawat jalan merupakan sebuah istilah yang digunakan untuk menggambarkan prosedur pelayanan medis yang tidak mengharuskan pasien untuk tinggal pada fasilitas kesehatan. Sedangkan sebaliknya, istilah rawat inap digunakan jika pasien diharuskan melakukan perawatan secara intensif sehingga membuatnya harus tinggal pada fasilitas kesehatan selama periode tertentu.

2.1.4 Proses Bisnis Klaim JKN

2.1.4.1 Alur Pelayanan Klaim Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah

A. Alur Pelayanan Klaim Rawat Jalan



Gambar 2. 1 Alur Pelayanan Klaim Rawat Jalan

Alur klaim Rawat Jalan di RSU Universitas Muhammadiyah Malang adalah sebagai berikut:

1. Pendaftaran

Pasien mendaftarkan layanan kesehatan melalui bagian pendaftaran atau Mobile JKN. Setelah dilakukan validasi data menggunakan fingerprint, Surat Eligibilitas Peserta (SEP) akan diterbitkan.

2. Pelayanan Kesehatan

Pasien diperiksa di poli spesialis oleh dokter yang mencakup anamnesis, pemeriksaan fisik, diagnosa, tindakan medis, dan pemeriksaan penunjang, yang dicatat dalam E-resume medis. Jika diperlukan, pasien menerima resep obat yang ditebus di instalasi farmasi.

3. Kasir

Berkas rawat jalan (E-Billing, E-SEP, dan E-resume medis) direkap di bagian kasir sebelum diteruskan ke Unit Casemix.

4. Unit Casemix

Casemix melakukan kodefikasi berdasarkan E-resume medis menggunakan SIMRS dan aplikasi E-klaim. Data yang diinput meliputi nomor SEP, diagnosa (ICD-10), tindakan (ICD-9-CM), tarif, dan lain-lain. Setelah itu: Berkas hardfile tertentu (misalnya untuk rehab medik, hemodialisis, IGD) dipindai dan dinamai ulang.

- a. Semua berkas digabung menjadi dokumen final (RJTL Final).
- b. Verifikasi klinis dilakukan oleh dokter internal, dan verifikasi koding oleh koder.
- c. Jika lengkap, dibuat dokumen pengajuan (surat pengajuan berkas, file TXT, ceklis klaim, surat pencegahan kecurangan, dan surat pertanggungjawaban mutlak) untuk dikirim ke BPJS Kesehatan.

5. BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan memverifikasi klaim dalam 10 hari kerja dan mengeluarkan berita acara hasil verifikasi (BAHV) dengan status:

- a. Layak: Dibayar dalam 14 hari kerja.
- b. Pending atau dispute: Dikembalikan ke rumah sakit untuk diperbaiki dan diajukan kembali bulan berikutnya.

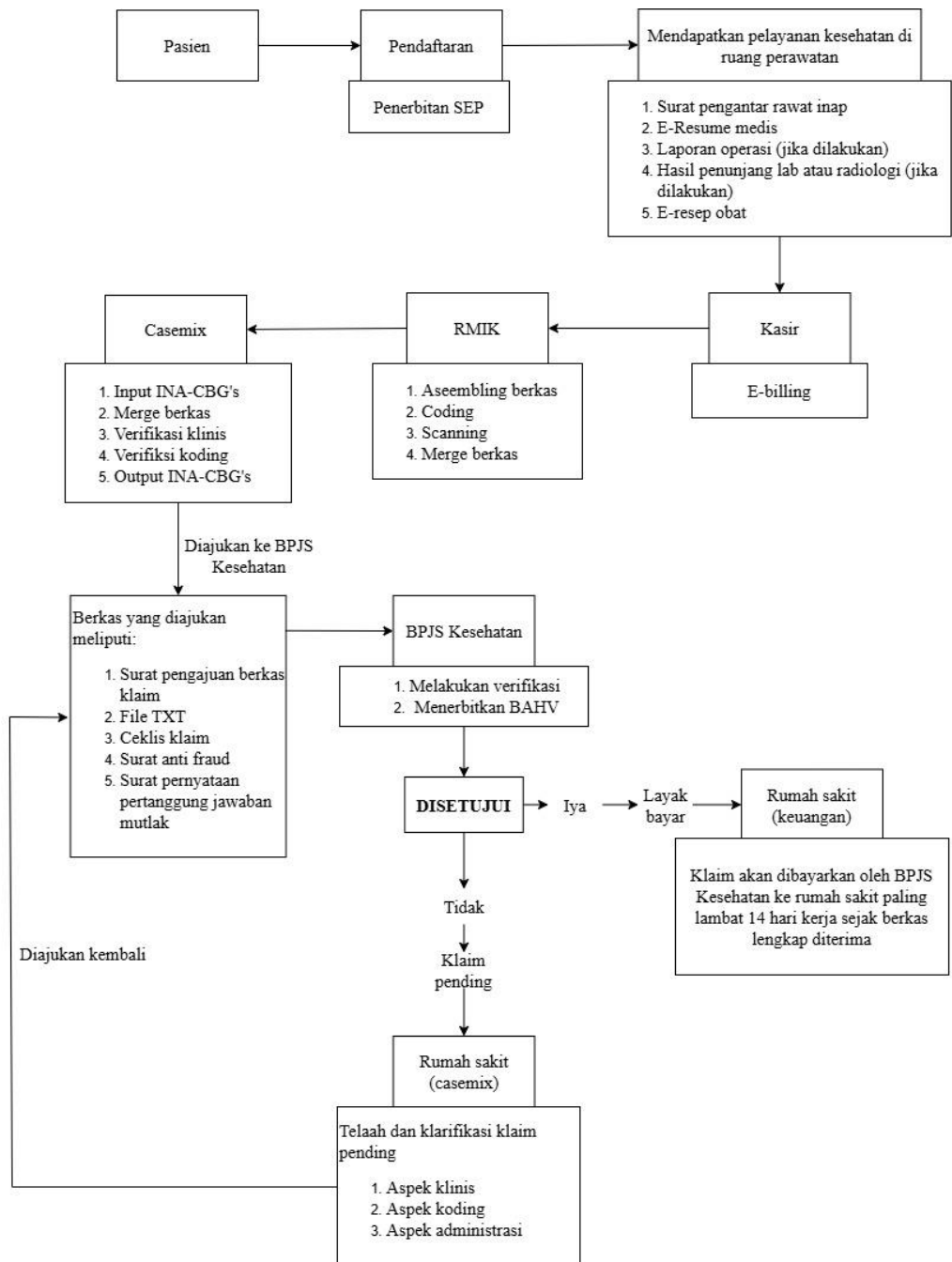
6. Bagian Keuangan

Menerima pembayaran dari BPJS Kesehatan sesuai klaim yang disetujui.

7. Unit Casemix

Jika ada klaim pending, Casemix menerima umpan balik dari BPJS, menelaah dokumen, mengidentifikasi penyebab pending (klinis, koding, atau administrasi), memperbaiki, dan mengajukan ulang klaim ke BPJS.

B. Alur Pelayanan Klaim Rawat Inap



Gambar 2. 2 Alur Pelayanan Klaim Rawat Inap

Alur klaim Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang adalah sebagai berikut:

1. Pendaftaran

Pasien mendaftarkan layanan kesehatan melalui bagian pendaftaran atau Mobile JKN. Setelah itu, Surat Eligibilitas Peserta (SEP) diterbitkan.

2. Pelayanan Kesehatan

Pasien diarahkan ke ruang perawatan untuk pemeriksaan diagnosa, tindakan medis, dan pemeriksaan penunjang. Jika pasien dari poli atau IGD memerlukan rawat inap, akan diterbitkan surat pengantar rawat inap, dan pasien juga menerima resep obat.

3. Kasir

Berkas rawat inap, termasuk billing, resume medis, dan dokumen terkait, direkap oleh bagian kasir dan diserahkan ke bagian Rekam Medik.

4. Bagian Rekam Medik

Di bagian Rekam Medik, berkas dirapikan (assembling), dilakukan pengkodean berdasarkan resume medis, dan berkas hardfile dipindai. Setelah semua berkas selesai, dokumen digabung (merge) dan diteruskan ke Casemix.

5. Unit Casemix

Casemix menginput data klaim menggunakan aplikasi E-klaim, termasuk nomor SEP, nama DPJP, tanggal masuk/keluar, cara pulang, kelas perawatan, kode diagnosa (ICD-10), kode tindakan (ICD-9-CM), tekanan darah, dan tarif sesuai billing. Hasilnya berupa INA-CBGs. Selanjutnya:

- a. Dokumen INA-CBGs dan berkas rawat inap lainnya digabung menjadi RITL Final.
- b. Verifikasi klinis dilakukan oleh dokter internal, dan koding diverifikasi oleh petugas koding.
- c. Jika dokumen lengkap, dibuat pengajuan klaim (surat pengajuan, file TXT, ceklis klaim, surat pencegahan kecurangan, dan surat

pertanggungjawaban mutlak) yang diajukan ke BPJS Kesehatan.

6. BPJS Kesehatan

BPJS memverifikasi klaim dalam 10 hari kerja dan mengeluarkan berita acara hasil verifikasi (BAHV) dengan status:

- a. Layak: Dibayar dalam 15 hari kerja.
- b. Pending atau dispute: Dikembalikan untuk diperbaiki dan diajukan kembali bulan berikutnya.

7. Keuangan Rumah Sakit

Menerima pembayaran dari BPJS Kesehatan berdasarkan klaim yang disetujui.

8. Unit Casemix

Jika terdapat klaim pending, Casemix menerima umpan balik dari BPJS, menelaah dokumen klaim, mengidentifikasi penyebab pending (klinis, koding, atau administrasi), memperbaiki data, dan mengajukan ulang klaim.

2.1.4.2 Verifikasi Klaim JKN di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah

Verifikasi merupakan proses yang bertujuan untuk pemastian yang dilakukan melalui penyediaan bukti yang objektif yang menyatakan bahwa semua persyaratan yang ditetapkan telah terpenuhi (Badawi, 2019). Verifikasi dalam klaim JKN adalah proses evaluasi dokumen klaim oleh fasilitas kesehatan (verifikator internal) dan BPJS Kesehatan (verifikator eksternal) untuk memastikan dokumen memenuhi persyaratan administratif, klinis, dan koding sesuai ketentuan (Mayangsari & Hidayat, 2023). Rumah sakit wajib melakukan verifikasi untuk memastikan kepatuhan terhadap aturan, menghindari potensi

dispute dengan BPJS Kesehatan, meningkatkan efisiensi proses klaim, mendukung akuntabilitas layanan, dan mencegah kecurangan (fraud). Verifikasi klaim JKN meliputi tiga faktor yaitu faktor administrasi, medis, dan koding.

1. **Faktor Administrasi.** Verifikasi ini mencakup pemeriksaan kesesuaian berkas klaim, seperti Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data yang diinput serta dokumen pendukung lainnya. Selain itu, dilakukan pengecekan keabsahan dokumen administrasi pelayanan dan memastikan bahwa tagihan sesuai dengan resume medis, billing rumah sakit, pemeriksaan penunjang, dan laporan operasi.
2. **Faktor Medis.** Pada aspek medis, verifikasi dilakukan untuk memastikan bahwa resume medis telah terisi dengan lengkap dan benar. Hal ini mencakup anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, penegakan diagnosis utama dan sekunder, tindakan medis, serta tatalaksana yang diberikan dalam satu episode rawat jalan, yaitu rangkaian layanan pada hari yang sama.
3. **Faktor Koding.** Verifikasi ini memastikan kode diagnosis sesuai dengan ICD-10 versi 2010 dan kode tindakan atau prosedur sesuai dengan ICD-9-CM versi 2010 berdasarkan rekam medis. Proses ini juga mengikuti panduan koding dalam Juknis INA CBGs. Jika terdapat kesulitan atau ketidaksesuaian dalam pengodean, koder wajib melakukan klarifikasi dengan dokter terkait.

2.1.4.3 Sistem Pelaporan Klaim JKN

Sistem pelaporan klaim adalah serangkaian proses yang mencakup pengajuan, verifikasi, dan pembayaran klaim atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. Sistem pelaporan klaim melibatkan dua pihak utama, yaitu fasilitas kesehatan dan BPJS

Kesehatan, yang bekerja sama hingga tahap pembayaran klaim. Pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), sistem pelaporan klaim meliputi:

1. Pengajuan Klaim oleh Fasilitas Kesehatan

Setelah pelayanan medis diberikan, fasilitas kesehatan mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan untuk mendapatkan pembayaran atas layanan yang telah diberikan kepada peserta. Klaim diajukan secara kolektif setiap bulan, biasanya pada tanggal 10, melalui aplikasi VClaim dalam bentuk softcopy (luaran aplikasi INA CBGs scan berkas pendukung klaim) (Olivia Susan et al., 2016).

2. Penerbitan Formulir Pengajuan Klaim (FPK)

Formulir Pengajuan Klaim (FPK) adalah dokumen yang dihasilkan secara otomatis oleh sistem BPJS Kesehatan setelah fasilitas kesehatan melakukan pengajuan klaim melalui aplikasi VClaim (Olivia Susan et al., 2016).

3. Verifikasi klaim oleh BPJS Kesehatan

Setelah pengajuan klaim selesai, BPJS Kesehatan melakukan verifikasi klaim berdasarkan data yang dikirimkan oleh rumah sakit (Arman, 2023).

4. Penerbitan Formulir Pengajuan Hasil Verifikasi

Setelah verifikasi dilakukan oleh BPJS Kesehatan, selanjutnya BPJS Kesehatan akan memberikan formulir hasil verifikasi yang berisi informasi mengenai klaim-klaim yang dinyatakan layak untuk dibayarkan serta klaim-klaim yang dipending (Arman, 2023).

5. Tindak lanjut pembayaran dan klaim pending

Jika klaim disetujui, BPJS Kesehatan akan melakukan pembayaran kepada rumah sakit sesuai dengan jumlah klaim yang dinyatakan layak. Untuk klaim yang dipending, berkas

akan ditelaah kembali dan dilakukan pengajuan ulang hingga klaim tersebut dinyatakan layak untuk dibayar.

Proses pengajuan klaim diatur oleh BPJS Kesehatan melalui pedoman resmi yang mencakup langkah-langkah dan persyaratan untuk memastikan kesesuaian dengan prosedur serta ketentuan yang berlaku. Persyaratan tersebut mencakup:

1. FKRTL mengajukan klaim kolektif kepada BPJS Kesehatan secara periodik dan lengkap.
2. BPJS Kesehatan harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 (sepuluh) hari sejak klaim diajukan oleh FKRTL dan diterima oleh BPJS Kesehatan.
3. Dalam hal BPJS Kesehatan tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam waktu 10 (sepuluh) hari maka berkas klaim dinyatakan lengkap.
4. BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran kepada FKRTL berdasarkan klaim yang diajukan dan telah:
Diverifikasi sebagaimana dimaksud paling lambat 15 (lima belas) hari sejak diterbitkannya berita acara kelengkapan berkas klaim; atau Memenuhi ketentuan sebagaimana yang dimaksud paling lambat 15 (lima belas) hari sejak terpenuhinya ketentuan tersebut.
5. Dalam hal pembayaran kepada FKRTL jika jatuh pada hari libur maka pembayaran pada FKRTL dilakukan pada hari kerja berikutnya.
6. Dalam hal BPJS Kesehatan tidak melakukan pembayaran, BPJS Kesehatan wajib membayar denda kepada FKRTL yaitu sebesar 1 % (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan.
7. Pengajuan klaim pembiayaan pelayanan kesehatan oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan diberikan jangka waktu paling

lambat 6 (enam) bulan sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan. Lewat dari itu, klaim tidak dapat diajukan.

8. Ketentuan tersebut dikecualikan bagi pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan sebelum berlakunya Peraturan Presiden ini.
9. Dalam hal terdapat pembayaran atas pelayanan kesehatan yang disebabkan karena penyalahgunaan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan, Fasilitas Kesehatan harus mengembalikan biaya yang sudah dibayarkan setelah dilakukan verifikasi pascaklaim kepada BPJS Kesehatan.
10. Dalam hal terjadi kekurangan pembayaran atas biaya pelayanan kesehatan yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan, BPJS Kesehatan harus membayarkan kekurangan atas biaya pelayanan kesehatan
11. Untuk kepentingan pembayaran biaya pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan dapat meminta rekam medis Peserta berupa ringkasan rekam medis kepada Fasilitas Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
12. Ringkasan rekam medis tersebut paling sedikit memuat identitas pasien, diagnosis, dan riwayat pemeriksaan dan pengobatan yang ditagihkan biayanya.
13. Dalam hal dibutuhkan untuk kepentingan audit administrasi klaim, BPJS Kesehatan dapat melihat rekam medis Peserta dari Fasilitas Kesehatan dengan tetap menjaga kerahasiaan isi rekam medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.
14. BPJS Kesehatan dalam melihat rekam medis peserta, harus melalui tim yang ditunjuk oleh Fasilitas Kesehatan.

Pengajuan klaim harus disertai dengan kelengkapan administrasi klaim umum (BPJS Kesehatan, 2017). Kelengkapan dokumen administrasi yang diperlukan FKRTL diantara lain:

1. Formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3 (tiga)

2. Softcopy luaran aplikasi
3. Kuitansi asli bermaterai cukup
4. Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga.
5. Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim.

2.1.5 Klaim Pending JKN

Klaim pending merupakan klaim yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan kepada FKRTL karena belum adanya kesepakatan pada aspek medis ataupun coding sehingga perlu dilakukan penyelesaian yang mengacu pada peraturan perundang-undangan (Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, 2018). Berdasarkan faktor penyebabnya, klaim pending diklasifikasikan menjadi tiga bagian, yaitu klaim pending akibat aspek administrasi, aspek klinis, dan aspek coding.

1. **Faktor Administrasi.** Faktor administrasi pada klaim meliputi kelengkapan berkas yang menjadi persyaratan mutlak klaim, sehingga jika klaim pending disebabkan oleh faktor administrasi maka terdapat kesalahan teknis dimana berkas pada klaim yang diajukan belum lengkap (Sulaimana et al., 2019).
2. **Faktor Medis.** Klaim pending akibat faktor medis merujuk pada klaim yang tertunda atau ditolak karena adanya ketidaksesuaian atau kesalahan yang berkaitan dengan aspek medis, seperti kesalahan dalam pengisian dokumen rekam medis, ketidaksesuaian berkas penunjang, atau kesalahan diagnosis dan prosedur medis yang tercatat (Zalukhu et al., 2024).
3. **Faktor Coding.** Klaim pending akibat faktor coding merupakan klaim yang ditunda karena adanya ketidakakuratan pada proses

pengkodean penyakit atau prosedur sesuai dengan pedoman ICD 10 dan ICD-9-CM (Widaningtyas et al., 2024)

2.1.5.1 Penyebab Klaim Pending

Penelitian yang dilakukan oleh Murni et al.(2024) mengidentifikasi berbagai faktor yang menyebabkan klaim pending pada rumah sakit. Dari sisi pengisian resume medis, ketidaklengkapan sering terjadi karena jadwal DPJP yang padat, sehingga pengisian dokumen tidak dilakukan sesuai SOP (H-1 sebelum pasien pulang), melainkan pada hari kepulangan pasien. Selain itu, supervisi DPJP terhadap residen yang mengisi resume medis juga masih kurang.

Dari sisi pengkodean, ketidaktepatan kode diagnosis dan prosedur disebabkan oleh proses pengkodean yang dilakukan secara singkat (1-2 menit), hanya menggunakan ICD-10 volume 3, serta minimnya pelatihan berkelanjutan untuk meningkatkan kompetensi staf koder. Dari sisi kelengkapan berkas, banyak dokumen yang harus dipindai dan diunggah ke sistem jaringan validasi menjelang akhir bulan pengajuan klaim, sehingga dokumen yang dikumpulkan sering tidak lengkap dan harus dikembalikan untuk diperbaiki. Sementara itu, dari sisi verifikasi, meskipun sudah terdapat SOP, prosedur tersebut masih bersifat umum.

Sejalan dengan temuan tersebut, penelitian lain yang dilakukan di RSUD Ciamis juga mengungkapkan beberapa faktor penyebab klaim pending. Faktor administrasi menjadi salah satu penyebab utama, dengan 193 berkas pending pada tahun 2023 akibat masalah seperti tidak adanya SEP, perbedaan tanggal masuk, billing, dan kelas perawatan. Selain itu, aspek medis turut berperan, di mana 916 berkas pending disebabkan oleh ketidaklengkapan persyaratan klaim, seperti hasil pemeriksaan yang tidak lengkap dan ketidaksesuaian antara diagnosis dan pemeriksaan. Faktor pengkodean juga menjadi penyebab terbesar, dengan 929 berkas pending akibat

ketidakakuratan kode dan perbedaan antara kode dan hasil medis (Fahreza & Sukawan, 2023).

Penelitian yang dilakukan oleh Salina dan Wahab (2024) mengungkapkan bahwa ketidaklengkapan berkas sering menjadi penyebab klaim BPJS Kesehatan tertunda. Proses pengajuan klaim yang dilakukan oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan kerap terhambat karena kelalaian dan ketidakteelitian petugas dalam melengkapi persyaratan klaim. Di RSUD Kota Bandung, proses klaim BPJS Kesehatan menggunakan aplikasi E-Klaim pada sistem INA-CBG'S, namun tetap ditemukan masalah terkait pending klaim.

Faktor utama yang menyebabkan klaim pending umumnya berkaitan dengan ketidaklengkapan berkas dan ketidaktepatan dalam proses klaim. Masalah administratif, seperti ketidaklengkapan dokumen, perbedaan informasi dalam berkas, dan kesalahan dalam pengkodean diagnosis serta prosedur, sering menjadi penyebab klaim tertunda. Selain itu, kelalaian dan ketidakteelitian petugas dalam mengisi resume medis, mengunggah berkas, serta memverifikasi klaim juga turut memperburuk situasi ini.

2.1.5.1 Dampak Klaim Pending bagi Rumah Sakit

Adanya klaim pending menyebabkan penundaan pembayaran oleh BPJS Kesehatan, yang berdampak langsung pada kelancaran arus kas rumah sakit, karena pembayaran baru akan dilakukan setelah proses konfirmasi klaim selesai. Penundaan ini menyebabkan gangguan pada operasional rumah sakit, terutama dalam hal penyediaan layanan kesehatan kepada pasien. Salah satu dampak yang paling terasa adalah terganggunya ketersediaan obat-obatan, yang sangat bergantung pada kecepatan pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan (Hindun et al., 2023).

Selain itu, keterlambatan pembayaran klaim juga berpengaruh terhadap aspek infrastruktur rumah sakit.

Keterbatasan dana akibat arus kas yang tidak stabil membuat rumah sakit kesulitan dalam melakukan pemeliharaan rutin maupun perbaikan fasilitas yang diperlukan. Akibatnya, kualitas pelayanan menjadi tidak optimal, baik dari sisi kenyamanan pasien maupun efisiensi operasional (Yuliyanti & Thabrany, 2018). Jika kondisi ini terus berlanjut, bukan hanya pelayanan yang terganggu, tetapi juga keselamatan pasien dapat terancam akibat infrastruktur yang tidak terawat dengan baik.

2.1.6 Standar Operasional Prosedur (SOP)

2.1.6.1 Definisi Standar Operasional Prosedur (SOP)

Standar operasional prosedur atau SOP merupakan alat yang berfungsi untuk memberikan pemahaman lebih mendalam tentang kebutuhan pekerjaan sekaligus membantu dalam mengenali potensi permasalahan (Steiner, 2014). SOP dapat disusun dalam bentuk instruksi tertulis yang distandarisasi, mencakup panduan mengenai berbagai proses pelaksanaan aktivitas organisasi, seperti cara, waktu, tempat, dan pihak yang melaksanakannya (PERMENPAN Nomor 35 Tahun 2012 Tentang Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur Administrasi Pemerintahan, 2012).

2.1.6.2 Fungsi dan Tujuan Standar Operasional Prosedur (SOP)

SOP merupakan kesepakatan tertulis yang berisi aturan, kebijakan, dan spesifikasi teknis yang dirancang untuk digunakan secara konsisten. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa setiap proses, produk, dan layanan yang dihasilkan sesuai dengan tujuan dan standar kualitas yang telah ditetapkan. Untuk memastikan aktivitas organisasi berjalan secara terstruktur dan efisien, SOP berperan penting dalam memastikan aktivitas organisasi berlangsung secara terstruktur dan efisien. Melalui pengaturan alur kerja, pembagian tanggung jawab, dan

keterkaitan antar proses, serta membantu dalam menggambarkan tahapan yang melibatkan berbagai Bagian atau situasi yang membutuhkan pengambilan keputusan (*decision-making*) (Badan Penjaminan Mutu Universitas Al-Azhar, 2019).

Ada enam alasan utama mengapa sebuah institusi memerlukan SOP, yaitu:

1. Mengidentifikasi peran dan posisi setiap Unit Kerja dalam institusi
2. Memberikan kejelasan terkait alur kerja dan tanggung jawab masing-masing;
3. Menjelaskan hubungan antar proses kerja dalam institusi
4. Memastikan konsistensi dalam pelaksanaan proses kerja
5. Mengurangi kemungkinan kesalahan dalam menjalankan proses kerja
6. Mendukung evaluasi terhadap setiap proses kerja yang dilakukan.

2.1.6.3 Prinsip-Prinsip Standar Operasional Prosedur (SOP)

Penyusunan SOP didasarkan pada sejumlah prinsip utama yang bertujuan untuk memastikan bahwa prosedur yang dihasilkan dapat berjalan optimal, memberikan manfaat nyata, serta mematuhi ketentuan yang berlaku. Prinsip-prinsip ini dirancang agar SOP tidak hanya menjadi panduan teknis, tetapi juga alat strategis untuk meningkatkan kualitas pelayanan, efisiensi kerja, dan kepatuhan hukum dalam organisasi (Lembaga Penjaminan Mutu dan Pengembangan Pendidikan Universitas Mataram, 2020). Berikut adalah prinsip-prinsip penting dalam penyusunan SOP:

1. **Efisiensi dan Efektivitas.** SOP harus mengatur prosedur yang paling efisien dan efektif untuk mendukung pelaksanaan tugas dengan optimal.

2. **Berorientasi pada Pengguna atau Pihak yang Dilayani.** SOP harus mempertimbangkan kebutuhan pengguna (*customer's needs*) untuk memastikan kepuasan mereka dalam proses pelayanan.
3. **Kejelasan dan Kemudahan.** SOP harus dirancang agar mudah dipahami dan diterapkan, bahkan oleh individu yang baru bergabung dalam pelaksanaan tugas.
4. **Keselarasan.** SOP harus terintegrasi dan selaras dengan prosedur standar lain yang relevan, sehingga menciptakan harmoni dalam pelaksanaan tugas.
5. **Keterukuran.** Hasil dari SOP harus memiliki standar kualitas tertentu yang dapat diukur keberhasilannya, guna memastikan pencapaian target organisasi.
6. **Dinamis.** SOP harus fleksibel dan mampu beradaptasi dengan perkembangan kebutuhan untuk meningkatkan kualitas pelayanan.
7. **Kepatuhan Hukum.** SOP harus sesuai dengan ketentuan dan regulasi pemerintah yang berlaku, menjamin kesesuaian prosedur dengan aturan yang ada.
8. **Kepastian Hukum.** SOP harus ditetapkan secara resmi oleh pimpinan organisasi, sehingga memiliki kekuatan hukum yang mengikat serta melindungi pelaksana dari potensi tuntutan hukum.

Setelah SOP disusun berdasarkan prinsip-prinsip utama, pelaksanaannya juga harus memperhatikan prinsip-prinsip tertentu agar tujuan dari SOP dapat tercapai secara maksimal. Pelaksanaan SOP yang efektif tidak hanya bergantung pada isi dokumen, tetapi juga pada bagaimana prinsip-prinsip tersebut diterapkan dalam operasional sehari-hari. Menurut Puji

(2014:45), terdapat beberapa prinsip pelaksanaan SOP yang harus diperhatikan, yaitu:

1. **Konsistensi.** SOP harus dilaksanakan secara konsisten oleh siapa pun, kapan pun, dan dalam kondisi yang sama di seluruh jajaran unit kerja. Konsistensi ini memastikan standar prosedur berjalan tanpa penyimpangan yang dapat mengurangi efektivitasnya.
2. **Komitmen.** Pelaksanaan SOP memerlukan komitmen penuh dari semua tingkatan organisasi, mulai dari pejabat tertinggi hingga staf di lapangan, untuk menjamin penerapan prosedur secara menyeluruh.
3. **Perbaikan Berkelanjutan.** SOP harus bersifat dinamis dan terbuka terhadap penyempurnaan. Evaluasi rutin diperlukan untuk memastikan SOP terus berkembang menjadi prosedur yang lebih efisien dan efektif.
4. **Mengikat.** SOP bersifat mengikat bagi seluruh pelaksana, sehingga setiap individu wajib melaksanakan tugasnya sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan.
5. **Keterlibatan Semua Unsur:** Setiap aparatur memiliki peran penting dalam pelaksanaan SOP. Apabila satu pihak gagal menjalankan tugasnya dengan baik, maka proses keseluruhan dapat terganggu, yang pada akhirnya berdampak pada keberlangsungan penyelenggaraan organisasi atau pemerintahan.
6. **Terdokumentasi dengan Baik:** Semua prosedur standar harus didokumentasikan secara rapi dan sistematis, sehingga dapat dijadikan acuan atau referensi bagi pihak-pihak yang membutuhkannya. Dokumentasi yang baik juga membantu menjaga akuntabilitas dalam pelaksanaan SOP.

2.1.6.4 Proses Penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP)

Penyusunan dan pembaruan SOP (Standard Operating Procedure) memerlukan pertimbangan yang matang terhadap berbagai dokumen, rencana, dan pengaturan yang relevan. Konsistensi dan keselarasan antar elemen ini penting untuk membantu organisasi menstandarkan proses kerja, mengurangi ambiguitas, membatasi tanggung jawab, meningkatkan efisiensi, dan memastikan keselamatan. Selain itu, dokumen pendukung SOP juga berperan dalam memperkuat komunikasi eksternal serta memberikan edukasi kepada masyarakat.

Agar mudah digunakan, SOP sebaiknya disusun secara logis, sesuai dengan fungsi dan permasalahan yang dihadapi (Steiner, 2014). Penyusunan SOP dapat dilakukan melalui empat langkah utama:

1. Penilaian Kebutuhan

Penilaian kebutuhan dalam penyusunan SOP mengidentifikasi area yang perlu diperbaiki untuk meningkatkan efisiensi operasional. Hal ini terkait dengan analisis proses bisnis untuk mengungkap hambatan dan inefisiensi, yang kemudian dijadikan dasar dalam menyusun SOP yang lebih efisien dan sesuai dengan kebutuhan organisasi.

2. Penyusunan SOP

Merancang dan menyusun dokumen SOP berdasarkan hasil penilaian kebutuhan.

3. Pelaksanaan SOP

Menerapkan SOP dalam kegiatan operasional organisasi.

4. Evaluasi SOP

Menilai efektivitas SOP serta melakukan peninjauan secara rutin dan pembaruan SOP jika ditemukan temuan signifikan

yang berdampak besar terhadap pencapaian standar mutu, yang mengharuskan perubahan kebijakan.

2.1.6.5 Format Penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP)

Setiap perusahaan atau lembaga yang menyusun dan menerapkan SOP dalam operasionalnya perlu memiliki format SOP yang spesifik. Format ini penting untuk mendokumentasikan serta menampilkan prosedur dan langkah-langkah secara sistematis. SOP yang disusun secara terstruktur menunjukkan bahwasanya:

- a. Dokumen SOP merupakan dokumen resmi perusahaan atau lembaga.
- b. SOP yang telah disahkan oleh seluruh jajaran pimpinan perusahaan atau lembaga memastikan bahwa seluruh pelaksana wajib mematuhi tanpa pengecualian.

Secara umum, tidak ada standar baku dalam penyusunan format SOP. Format tersebut dapat disesuaikan dengan kebutuhan, kepentingan, serta karakteristik masing-masing perusahaan atau lembaga. Namun, elemen-elemen yang mencerminkan identitas perusahaan serta bagian yang secara eksplisit mencantumkan pengesahan dari pejabat berwenang wajib dicantumkan dengan jelas dan tidak dapat dihilangkan dalam dokumen tersebut (Budiharjo, 2014).

Salah satu format penyusunan SOP yang dapat dijadikan acuan adalah Standar Akreditasi Kemenkes (STARKES), yang mencakup dua komponen utama yaitu format kop/heading SOP dan komponen SOP.

1. Format Kop/Heading SOP

Bagian ini mencantumkan identitas rumah sakit atau lembaga, serta informasi administratif terkait SOP, yang meliputi:

- a. Nama dan logo rumah sakit (jika tersedia)

- b. Judul SOP, yang sesuai dengan prosedur kerja yang diatur
- c. Nomor dokumen, yang disusun secara sistematis berdasarkan ketentuan rumah sakit
- d. Nomor revisi, dengan dokumen baru diberi huruf "A" dan revisi berikutnya menggunakan huruf berurutan (B, C, dst.)
- e. Halaman, yang mencantumkan nomor halaman terkait atau jumlah total halaman (misalnya, 1/5 untuk halaman pertama dari lima halaman)
- f. Nama SOP, yang disesuaikan dengan istilah yang digunakan di rumah sakit (misalnya, SPO, prosedur, petunjuk pelaksanaan, dll.)
- g. Tanggal terbit, yang menandai waktu mulai berlakunya SOP
- h. Pengesahan oleh Direktur Rumah Sakit, berupa tanda tangan dan nama jelas sebagai bentuk persetujuan resmi

2. Komponen SOP

Bagian komponen SOP merupakan inti dari SOP itu sendiri dan harus mencakup beberapa elemen, seperti:

- a. Pengertian
Menjelaskan istilah atau konsep yang mungkin sulit dipahami dalam SOP
- b. Tujuan
Menyatakan tujuan spesifik dari SOP yang disusun
- c. Kebijakan
Mencantumkan peraturan, keputusan, atau kebijakan yang menjadi dasar penyusunan SOP
- d. Prosedur
Menguraikan langkah-langkah dalam suatu proses kerja, termasuk petugas yang berwenang, alat yang digunakan, serta waktu dan frekuensi pelaksanaannya

e. Unit terkait

Menjelaskan unit-unit yang terlibat dalam pelaksanaan SOP dan keterkaitan dengan prosedur lainnya

Nama Rumah Sakit dan Logo	Judul SOP		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
SOP	Tanggal terbit	Ditetapkan direktur rumah sakit	
PENGERTIAN			
TUJUAN			
KEBIJAKAN			
PROSEDUR			
UNIT TERKAIT			

Tabel 2. 1 Komponen SOP

2.1.7 Konsep Teori Rantai Nilai (*Value Chain Theory*) dalam Pengembangan SOP

Porter (1985) dalam bukunya yang berjudul “*Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*”, menjelaskan bahwa analisis rantai nilai merupakan alat untuk mengidentifikasi sumber keunggulan kompetitif. Konsep ini membagi perusahaan ke dalam aktivitas-aktivitas strategisnya untuk memahami struktur biaya serta mengidentifikasi sumber diferensiasi yang ada maupun yang berpotensi dikembangkan.

Penerapan analisis rantai nilai dalam pembuatan Prosedur Operasional Standar (SOP) dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas operasional perusahaan. Dengan memahami setiap aktivitas dalam rantai nilai, perusahaan dapat mengidentifikasi area yang memerlukan standarisasi melalui SOP untuk memastikan konsistensi dan kualitas output.

Penelitian yang dilakukan pada PT. Graha Sarana Gresik menunjukkan bahwa dengan melakukan analisis rantai nilai internal perusahaan, ditemukan rangkaian aktivitas antar divisi yang dapat meningkatkan keunggulan bersaing (IBK Bayangkara, 2021). Hal tersebut membuktikan bahwasanya mengintegrasikan rantai nilai ini ke dalam rancangan SOP dapat menghasilkan pedoman operasional yang lebih efektif dan efisien. Selain itu, studi oleh Puspitasari et al. (2018) pada PT. Indoroti Prima Cemerlang menekankan pentingnya analisis rantai nilai dalam mengidentifikasi aktivitas utama dan pendukung yang perlu distandarisasi melalui SOP.

Teori *value chain* membantu memetakan aktivitas utama dan pendukung dalam organisasi kedalam dua kategori, yaitu:

A. Aktivitas Utama

Aktivitas utama merupakan serangkaian kegiatan yang berhubungan langsung dengan penciptaan, penjualan, dan layanan purna jual suatu produk atau jasa. Menurut Porter (1985), aktivitas utama terdiri dari lima komponen:

1. *Inbound Logistics*

Meliputi penerimaan, penyimpanan, dan distribusi input atau bahan baku yang digunakan dalam produksi.

2. *Operations*

Proses transformasi dari input menjadi produk akhir yang siap untuk dijual.

3. *Outbound Logistics*

Kegiatan yang terkait dengan pengumpulan, penyimpanan, dan distribusi produk jadi kepada konsumen.

4. *Marketing and Sales*

Aktivitas yang berkaitan dengan cara perusahaan mempromosikan dan menjual produk kepada pelanggan.

5. *Service*

Layanan yang diberikan setelah penjualan untuk meningkatkan atau mempertahankan nilai produk, seperti perbaikan dan dukungan pelanggan (Pratama et al., 2021).

Dalam penerapan analisisnya pada proses klaim, aktivitas utama mencakup penerimaan klaim, verifikasi, pemrosesan, serta pengiriman hasil klaim.

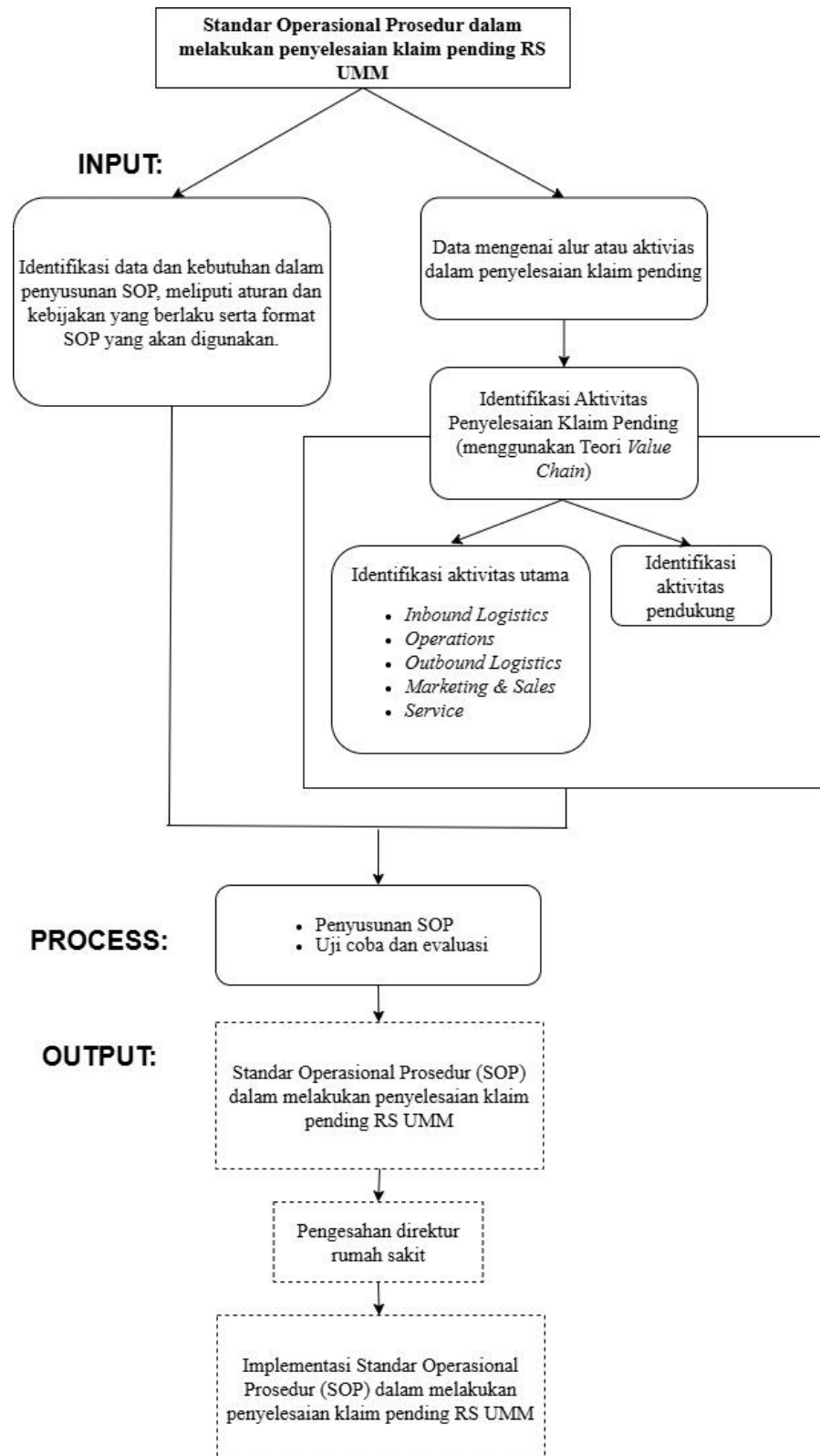
B. Aktivitas Pendukung

Kegiatan yang mendukung kelancaran aktivitas utama, seperti manajemen sumber daya manusia, pengembangan teknologi, pengelolaan infrastruktur, dan pengadaan alat atau sistem yang dibutuhkan untuk mempercepat dan mempermudah penyelesaian klaim.



Gambar 2. 3 Komponen *Value Chain*

2.2 Kerangka Konsep



Tabel 2. 2 Kerangka Konsep Pembuatan SOP

2.3 Penelitian Terdahulu

No	Nama Penulis	Tahun	Judul Penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil
1	Michelle Yovita Cendana	2023	Gambaran Proses Penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) di RSUD Dr. Mohamad Soewandhie	Variabel yang digunakan dalam penelitian ini meliputi pemahaman mengenai struktur organisasi dan tata kelola di RSUD dr. Mohamad Soewandhie, implementasi proses kerja di berbagai bidang terkait, penerapan prosedur operasional yang ada,	Pelaksanaan MBKM by Design di RSUD dr. Mohamad Soewandhie menggunakan metode observasi untuk memahami proses kerja, partisipasi aktif dalam aktivitas di berbagai bidang, pemberian materi oleh instansi untuk menambah pemahaman, studi pustaka untuk mendalami	Penyusunan SOP di RSUD dr. Mohamad Soewandhie dimulai dengan identifikasi kebutuhan SOP oleh unit kerja terkait. SOP disusun oleh pihak yang melaksanakan pekerjaan, dengan tim rumah sakit hanya melakukan koreksi. Dokumen SOP kemudian disampaikan ke sekretariat akreditasi untuk diperiksa dan disesuaikan dengan format yang berlaku. Setelah itu, SOP

				serta identifikasi kendala dalam penyusunan dan pelaksanaan Standar Prosedur Operasional (SPO).	teori relevan, serta diskusi untuk menggali informasi terkait unit kerja dan isu kesehatan.	mendapatkan persetujuan dari atasan dan Direktur rumah sakit. SOP yang telah disetujui disimpan di sekretariat akreditasi, sementara salinannya didistribusikan ke unit kerja terkait dengan menggunakan buku ekspedisi atau formulir tanda terima, serta melalui sistem elektronik rumah sakit
2	Nirmalasari et al.	2018	Usulan Pembuatan Standard Operational Procedure (SOP) Baru pada Proses Pengajuan Klaim Jatuh	Penelitian ini menggunakan variabel-variabel seperti proses klaim,	Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan studi kasus di PT.	Proses pembuatan SOP untuk pengajuan klaim jatuh tempo perorangan di Kacab Jiwasraya Semarang Timur mengidentifikasi

			Tempo Perorangan Menggunakan Value Stream Mapping dan Diagram Swimlane Studi Kasus Kantor Cabang Jiwasraya Semarang Timur	waktu proses (VA dan NVA), dan waste (<i>overproduction</i> , <i>waiting</i> , <i>unnecessary movement</i> , <i>inappropriate processing</i>). Fokus utamanya adalah mengidentifikasi waktu penyelesaian klaim dan mengurangi waste untuk meningkatkan efisiensi. Aktivitas-aktivitas dikategori	Asuransi Jiwasraya Kacab Semarang Timur. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, data historis, dan pencarian informasi dari website resmi Jiwasraya.	empat kategori waste: over production, waiting, inappropriate processing, dan unnecessary movement. Berdasarkan analisis VSM, waktu penyelesaian klaim awal adalah 58,81 jam, dengan 54 jam merupakan NVA. Dengan mengurangi NVA, terutama pada lima aktivitas, SOP baru disusun menggunakan Diagram Swimlane, menghasilkan waktu penyelesaian klaim yang lebih efisien, yaitu 44,81 jam.
--	--	--	---	--	--	---

				kan sebagai VA atau NVA, dan peta proses disusun mengguna kan Diagram Swimlane.		
--	--	--	--	--	--	--