



**PENGEMBANGAN *STANDARD OPERATING PROCEDURE* (SOP)
PENDAFTARAN PASIEN, PENGISIAN DIAGNOSA
WEBSITE *P-CARE*, DAN RUJUKAN PASIEN BPJS
(Studi Kasus di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember)**

SKRIPSI

Oleh

**Iffah Normaetika
NIM 132110101205**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2016**



**PENGEMBANGAN *STANDARD OPERATING PROCEDURE* (SOP)
PENDAFTARAN PASIEN, PENGISIAN DIAGNOSA
WEBSITE *P-CARE*, DAN RUJUKAN PASIEN BPJS
(Studi Kasus di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember)**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Iffah Normaetika
NIM 132110101205**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2016**

PERSEMBAHAN

Segala puji bagi Allah, Tuhan yang Maha pengasih lagi Maha penyayang, serta sholawat dan salam semoga terlimpahkan kepada makhluk-Mu yang paling mulia Nabi Muhammad S.A.W. dengan penuh rasa syukur saya persembahkan skripsi ini kepada:

1. Kedua orang tua saya, Ibu dra Sujirah, Bapak Ir. Mujiyantoro, adik saya, serta segenap keluarga besar di Jember dan Banyuwangi yang selalu memberi doa dan dukungan;
2. Guru- guru sejak taman kanak- kanak hingga perguruan tinggi yang tak pernah lelah memberikan waktunya untuk mendidik.
3. Agama, Bangsa, dan Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

Kebahagiaan tidak datang dari melakukan pekerjaan yang mudah, tapi dari kepuasan yang datang setelah berhasil menyelesaikan tugas sulit yang menuntut upaya terbaik kita.*)



*)Theodore Isaac Rubin dalam Nasution, A. 2011. *Cool, Calm, Confident*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Iffah Normaetika

NIM : 132110101205

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *Pengembangan Standard Operating Procedure (SOP) Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website P-Care, dan Rujukan Pasien BPJS (Studi Kasus di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember)*, adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 13 Mei 2016

Yang menyatakan,

Iffah Normaetika

NIM 132110101205

SKRIPSI

**PENGEMBANGAN *STANDARD OPERATING PROCEDURE* (SOP)
PENDAFTARAN PASIEN, PENGISIAN DIAGNOSA
WEBSITE *P-CARE*, DAN RUJUKAN PASIEN BPJS
(Studi Kasus di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember)**

Oleh:

Iffah Normaetika

NIM. 132110101205

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Nuryadi, S.KM., M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes

PENGESAHAN

Skripsi *Pengembangan Standard Operating Procedure (SOP) Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website P-Care, dan Rujukan Pasien BPJS (Studi Kasus di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember)* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Jum'at

Tanggal : 10 Juni 2016

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua,

Sekretaris

Andrei Ramani, S.KM., M.Kes
NIP. 198008252006041005

Christyana Sandra, S.KM., M.Kes
NIP. 198204162010122003

Anggota

dr. Suwinasis
NIP. 196009301989021001

Mengesahkan
Dekan,

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes
NIP. 198005162003122002

RINGKASAN

Pengembangan *Standard Operating Procedure* (SOP) Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS (Studi Kasus di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember); Iffah Normaetika; 132110101205; 138 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Dalam pelaksanaannya, JKN menerapkan Sistem Informasi Manajemen (SIM) BPJS Kesehatan. Sistem Informasi Manajemen digunakan untuk mengakomodir kebutuhan integrasi dengan *stakeholder*, dukungan *business operation*, dan layanan informasi data untuk *stakeholder* terkait. Di awal tahun 2014 lalu, hampir seluruh Puskesmas di Indonesia telah dikenalkan dengan aplikasi *P-Care* dan setiap Puskesmas dibekali dengan modul/manual kerja penggunaan *P-Care* yang mempunyai 2 fungsi besar, yaitu Pendaftaran Pasien dan Pelayanan Pasien. Hasil survey studi pendahuluan pada aplikasi *P-Care* terhadap 49 puskesmas di Kabupaten Jember yang sudah menerapkan aplikasi *P-Care*, bahwa Puskesmas yang menunjukkan keterlambatan pengisian diagnosa *P-Care* terbanyak adalah Puskesmas Ambulu. Berdasarkan data dari aplikasi *P-Care* (2014), keterlambatan pengisian diagnosa dari bulan Maret tahun 2014 sampai dengan Februari tahun 2015 yaitu bulan Maret sampai dengan Mei tahun 2014 terdapat 21%, bulan Juni sampai dengan Agustus tahun 2014 mengalami peningkatan sebesar 37%, bulan September-November tahun 2014 meningkat menjadi 41,6%, bulan Desember tahun 2014 sampai dengan Februari tahun 2015 meningkat kembali menjadi 74,3%. Faktor penyebab dari keterlambatan pengisian diagnosa *P-Care* berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan salah satu staf di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember, bahwa Puskesmas Ambulu belum mengembangkan SOP Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS. Penyusunan SOP ini dilakukan agar tidak terjadi keterlambatan dalam pengisian diagnosa oleh tenaga kesehatan dan dapat mengerjakan sesuai

dengan standarisasi yang dilakukan dalam menyelesaikan pekerjaan. Tujuan penelitian ini adalah mengembangkan *Standard Operating Procedure* (SOP) Pendaftaran Pasien BPJS, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.

Penelitian ini merupakan penelitian *research and development* (penelitian dan pengembangan) dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember pada bulan Februari 2016. Unit analisis yang digunakan adalah Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember dan responden yang terdiri atas Kepala Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember, Petugas Loket Pendaftaran yang berjumlah 1 orang, Dokter yang berjumlah 1 orang, Bidan Pelaksana yang berjumlah 4 orang, dan Perawat Pelaksana yang berjumlah 4 orang.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengembangan SOP Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember yaitu pengumpulan informasi dan identifikasi alternatif, analisis dan pemilihan alternatif, penyusunan rancangan SOP, pengkajian ulang rancangan SOP, dan penyempurnaan rancangan SOP serta hasil yang dicapai dari masing-masing variabel adalah daftar isian aktifitas, persyaratan, dan output pada prosedur yang akan distandarkan, daftar identifikasi alternatif, daftar alternatif prosedur beserta keuntungan dan kerugiannya, rancangan SOP, daftar masukan FGD, dan rancangan SOP yang direkomendasikan. Beberapa unsur penyusun SOP terdiri dari Kotak Heading (Logo Pemerintah Kabupaten, Judul SOP, No. Dokumen, No. Revisi, Tanggal Terbit, Halaman, Logo Puskesmas, Ditetapkan Kepala Puskesmas, Tanda Tangan, dan Nama Puskesmas) dan isi SOP (Pengertian, Tujuan, Kebijakan, Referensi, Langkah-langkah Prosedur, Unit terkait, Dokumen terkait, dan Rekaman Historis). Secara garis besar dari ketiga output SOP tersebut, terdapat beberapa perbedaan susunan isi SOP terutama pada prosedur, unit terkait, dan dokumen terkait.

SUMMARY

The Development of Standard Operating Procedure (SOP) Patient Registration, Diagnosis Completion in P-Care Website, and Patient Referral of Social Security Agency (BPJS) (Case Study in Ambulu Public Health Centre, Jember); Iffah Normaetika; 132110101205; 138 pages; Department of Health Policy and Administration; Public Health Faculty University of Jember

In the implementation of National Health Insurance (JKN), it applies Management Information System of Healthcare and Social Security Agency (BPJS). This system used to accommodate the needs of integration with stakeholder, business operation support, and data information service for related stakeholder. In the beginning on 2014, almost all primary health care in Indonesia have been introduced to P-Care. Additionally, every public health centre has also been given the modul/the manual to operate P-Care which has two main functions: Patient Registration and Patient Service. A survey has been done in the preliminary study about P-Care which has been conducted in 49 Public Health Centre in Jember which have used P-Care, it revealed that the public Health Centre which show late diagnosis completion in P-Care is Ambulu Public Health Centre. Based on data from the P-Care application (2014), the late completion of diagnosis happened from March 2014 until February 2015. From March to Mei 2014, the late diagnosis completion is 21%, June to August 2014 increases up to 37%, September to November 2014 increases again up to 41,6% and the increase continues up to 74,3% in December 2014 to February 2015. Based on the interview conducted to one of the staffs in Ambulu Public Health Centre, the factor which affects this late P-Care diagnosis completion is that there is still no SOP developed by Ambulu Public Health Centre related to SOP of Social Security Agency Patient Registration, diagnosis completion in P-Care website, and patient referral of Social Security Agency. The SOP is needed to be developed to avoid late completion on the diagnosis which is made by the health

staffs. It is also important as guidance for the health staffs to work based on the standardization on how to do their job and to improve the service quality for the society. Thus, the objective of this study was to develop SOP for Social Security Agency patient registration, diagnosis completion in P-Care website, and patient referral of Social Security Agency in Ambulu Public Health Centre, Jember.

Research and development method is used in this research with cross sectional approach. The study area is Ambulu Public Health Centre, Jember. This study was conducted in February 2016. The unit analysis was Ambulu Public Health Centre, Jember and the study respondents consists of The Head of Ambulu Public Health Centre Jember, a registration staff, a doctor, four midwives, and four nurses.

Results showed that the development of SOP of Social Security Agency patient registration, diagnosis completion in P-Care website, and patient referral of Social Security Agency in Ambulu Public Health Centre in Jember includes collection and identification of alternatives, analysis and alternatives selection, drafting of SOP, review of the SOP and improvements to the design SOP as well as the results achieved from each variable is the list of activities, requirements and output on the procedure that will be standardised, list of alternative identification, list of alternative procedure with its strengths and weaknesses, SOP design, list of FGD input, and the recommended SOP design. Some of the supporting aspects of SOP are Heading Box (Logo of the Government, SOP Title, Document Number, Revision Number, the date of publication, Pages, Logo of the Public Health Centre, Approved by the Head of the Primary Health Care, Signature and the Name of Public Health Centre) and SOP content (Definition, Purpose or Objective, Policies, Reference, Steps of the Procedure, Related Unit, Related Document, Historical Record). In general, from the three SOP outputs that have been mentioned above, there are some differences on the content structure of the SOP especially on the procedure, related unit, and related document.

PRAKATA

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT yang senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “*Pengembangan Standard Operating Procedure (SOP) Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website P-Care, dan Rujukan Pasien BPJS (Studi Kasus di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember)*”. Skripsi ini disusun guna memenuhi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak Nuryadi, S.KM., M.Kes, dan Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes., selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk, koreksi, serta saran hingga terwujudnya skripsi ini.

Ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya penulis sampaikan kepada:

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes, selaku Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
3. Andrei Ramani, S.KM, M.Kes, selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama menjadi mahasiswa di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
4. Terima kasih kepada Orangtuaku Ir. Mujiyantoro dan dra. Sujirah, Adikku Fifi serta keluarga besarku. Terima kasih atas doa, kasih sayang, cinta, dukungan serta pengorbananya selama ini;
5. Teman-teman seperjuangan kelas Alih Jenis 2013, khususnya Ratih, Ela (Bocil), Estik (Princess), Wahyu Elisa, Widya (ica) terimakasih selalu menemani, mendukung saat galau, suka dan duka, dan teman lainnya Mas Wahyu Priyo, Mbak Defita, Mbak Maulidia, Mbak Indah, Evi, Rizma, Bu

Waras, Mas Agung, Mas Budi, kakak kelas Alih Jenis 2012 Yu lay, Mbak linda, Mas Angga serta adik-adik kelas reguler angkatan 2011, terima kasih atas setiap canda, bantuan, dukungan dan kebersamaan kita;

6. Teman-teman di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember, khususnya Mbak Vyan, Mbak Tari, terimakasih atas bantuan, dukungan dan kebersamaan saat suka dan duka;
7. Seluruh pihak yang telah memberikan kontribusi bagi terselesainya skripsi ini.

Skripsi ini telah penulis susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu penulis dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang membacanya.

Jember, 13 Mei 2016

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xvii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xx
DAFTAR SINGKATAN	xxi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1. 1 Latar Belakang	1
1. 2 Rumusan Masalah.....	5
1. 3 Tujuan	5
1. 4 Manfaat	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).....	7
2.1.1 Definisi.....	7
2.1.2 Tujuan	7
2.1.3 Kepesertan.....	7
2.1.4 Pembiayaan	9
2.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)	11
2.2.1 Definisi.....	11
2.2.2 Asas	12
2.2.3 Tujuan	12
2.2.4 Prinsip	12

2.2.5	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan	13
2.3	Puskesmas.....	15
2.3.1	Definisi Puskesmas	15
2.3.2	Tujuan, Tugas, dan Fungsi Puskesmas	16
2.4	Pelayanan <i>P-Care</i> BPJS Kesehatan di Puskesmas.....	17
2.4.1	Definisi <i>P-Care (Primary Care)</i>	17
2.4.2	Data Pelayanan Kesehatan FKTP	18
2.4.3	Prosedur Pelayanan FKTP	19
2.4.4	Alur Proses SIM BPJS Kesehatan	20
2.4.5	Hubungan aplikasi SIM BPJS Kesehatan	21
2.5	<i>Standard Operating Procedure (SOP)</i>	22
2.5.1	Pengertian SOP	22
2.5.2	Tujuan SOP	22
2.5.3	Manfaat SOP	23
2.5.4	Format SOP	24
2.5.5	Tahapan Penyusunan SOP	28
2.6	Manajemen Mutu.....	43
2.6.1	Definisi	43
2.6.2	Definisi PDCA.....	44
2.7	Kerangka Teori	48
2.8	Kerangka Konsep.....	49
BAB 3.	METODE PENELITIAN	51
3.1	Jenis Penelitian.....	51
3.2	Lokasi dan waktu penelitian	51
3.3	Unit Analisis dan Responden.....	52
3.4	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	52
3.5	Data dan sumber data.....	54
3.6	Teknik pengumpulan data dan Instrumen Penelitian.....	55
3.7	Teknik Penyajian dan Analisa Data.....	60
3.8	Alur penelitian	61
BAB 4.	HASIL DAN PEMBAHASAN	62
4.1	Gambaran Umum Tempat Penelitian.....	62
4.2	Hasil Penelitian	64
4.2.1	Pengumpulan Informasi dan Identifikasi Alternatif.	64

4.2.2 Analisis dan Pemilihan Alternatif	87
4.2.3 Menyusun Rancangan SOP	94
4.2.4 Mengkaji Ulang Rancangan SOP	102
4.2.5 Penyempurnaan Rancangan SOP	104
4.3 Pembahasan	114
4.3.1 SOP Pendaftaran Pasien BPJS	114
4.3.2 SOP Pengisian Diagnosa Website <i>P-Care</i>	119
4.3.3 SOP Rujukan Pasien BPJS	120
BAB 5. PENUTUP	130
5.1 Kesimpulan	132
5.2 Saran	133
DAFTAR PUSTAKA	134
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel	2.1 Rincian Besar Iuran Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (bulanan).....	10
Tabel	3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	53
Tabel	4.1 Distribusi Karakteristik Responden.....	63
Tabel	4.2 Hasil Observasi Pelaksanaan Pendaftaran Pasien BPJS.....	65
Tabel	4.3 Hasil Telaah Dokumen Pada Pelaksanaan Pendaftaran Pasien BPJS.....	65
Tabel	4.4 Hasil Observasi Pelaksanaan Pengisian Diagnosa Website <i>P-Care</i>	69
Tabel	4.5 Hasil Observasi Pelaksanaan Pengisian Diagnosa Website <i>P-Care</i>	70
Tabel	4.6 Hasil Telaah Dokumen Pada Pelaksanaan Pengisian Diagnosa Website <i>P-Care</i>	72
Tabel	4.7 Hasil Observasi Pelaksanaan Rujukan Pasien BPJS.....	75
Tabel	4.8 Hasil Observasi Pelaksanaan Rujukan Pasien BPJS.....	76
Tabel	4.9 Hasil Telaah Dokumen Pelaksanaan Rujukan Pasien BPJS.....	78
Tabel	4.10 Kegiatan Pada Proses Pendaftaran Pasien BPJS.....	80
Tabel	4.11 Kegiatan Pada Proses Pengisian Diagnosa Website <i>P-Care</i>	80
Tabel	4.12 Kegiatan Pada Proses Rujukan Pasien BPJS.....	82
Tabel	4.13 Identifikasi Alternatif Pada Kegiatan Pendaftaran Pasien BPJS.....	84
Tabel	4.14 Identifikasi Alternatif Pada Kegiatan Pengisian Diagnosa Website <i>P-Care</i>	85
Tabel	4.15 Identifikasi Alternatif Pada Kegiatan Rujukan Pasien BPJS.....	85
Tabel	4.16 Analisis dan Pemilihan Alternatif Pada Pendaftaran Pasien BPJS.....	88
Tabel	4.17 Analisis dan Pemilihan Alternatif Pada Pengisian Diagnosa <i>P-</i>	

		<i>Care</i>	90
Tabel	4.18	Analisis dan Pemilihan Alternatif Pada Rujukan Pasien BPJS.....	92
Tabel	4.19	Rancangan SOP Pendaftaran Pasien BPJS.....	95
Tabel	4.20	Rancangan SOP Pengisian Diagnosa Website <i>P-Care</i>	97
Tabel	4.21	Rancangan SOP Rujukan Pasien BPJS.....	99
Tabel	4.22	Daftar Masukan FGD Pada Proses Pendaftaran Pasien BPJS.....	102
Tabel	4.23	Daftar Masukan FGD Pada Proses Pengisian Diagnosa Website <i>P-Care</i>	104
Tabel	4.24	Daftar Masukan FGD Pada Proses Rujukan Pasien BPJS	105
Tabel	4.25	Rancangan Rekomendasi SOP Pendaftaran Pasien BPJS	107
Tabel	4.26	Rancangan Rekomendasi SOP Pengisian Diagnosa Website <i>P-Care</i>	110
Tabel	4.27	Rancangan Rekomendasi SOP Rujukan Pasien BPJS.....	112

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1	Prosedur Pelayanan FKTP..... 19
Gambar 2.2	Alur Proses SIM BPJS Kesehatan 20
Gambar 2.3	Hubungan Aplikasi SIM BPJS Kesehatan 21
Gambar 2.4	Siklus PDCA 45
Gambar 2.5	Kerangka Teori: Modifikasi Siklus PDCA dari Ariani (2004:155) dan Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi FKTP (2015)..... 48
Gambar 2.6	Kerangka Konseptual 49
Gambar 3.1	Alur Penelitian 61

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran A.	Ijin Penelitian
Lampiran B.	Lembar Persetujuan
Lampiran C.	Panduan Wawancara Untuk Petugas Loker Pendaftaran
Lampiran D.	Panduan Wawancara Untuk Kepala Puskesmas
Lampiran E.	Panduan Wawancara Untuk Dokter, Perawat Pelaksana, dan Bidan Pelaksana
Lampiran F.	Lembar Observasi
Lampiran G.	Form Telaah Dokumen
Lampiran H.	Form Isian, Aktifitas, Persyaratan, Output pada prosedur yang akan distandarkan
Lampiran I.	Form Identifikasi Alternatif
Lampiran J.	Form Analisis dan Pemilihan Alternatif
Lampiran K.	Form Pengkajian Ulang FGD
Lampiran L.	Transkrip Hasil Wawancara Mendalam
Lampiran M.	Transkrip Hasil FGD

DAFTAR SINGKATAN

APS	= <i>Ambulu Procedure Standard</i>
ASKES	= Asuransi Kesehatan
BPJS	= Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BUMD	= Badan Usaha Milik Daerah
BUMN	= Badan Usaha Milik Negara
DEPKES	= Departemen Kesehatan
FGD	= <i>Focus Group Discussion</i>
FKTL	= Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan
FKTP	= Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
ISO	= <i>International Standard Organization</i>
JAMKESMAS	= Jaminan Kesehatan Masyarakat
JKN	= Jaminan Kesehatan Nasional
KIA/KB	= Kesehatan Ibu dan Anak/Keluarga Berencana
KIS	= Kartu Indonesia Sehat
KK	= Kartu Keluarga
LAN	= Lembaga Administrasi Negara
M. KES	= Magister Kesehatan
MM	= Magister Manajemen
PBI	= Penerima Bantuan Iuran
P-CARE	= <i>Primary Care</i>
PDCA	= <i>Plan Do Check Action</i>
PERMENKES	= Peraturan Menteri Kesehatan
PERMENPAN	= Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara
PERPRES	= Peraturan Presiden
PMK	= Peraturan Menteri Kesehatan
PNS	= Pegawai Negeri Sipil
POLINDES	= Pondok Bersalin Desa
PONKESDES	= Pondok Kesehatan Desa



POLRI	= Polisi Republik Indonesia
PONED	= Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
PPK	= Pemberi Pelayanan Kesehatan
PUSKEL	= Puskesmas Keliling
PUSKESMAS	= Pusat Kesehatan Masyarakat
RI	= Republik Indonesia
SJSN	= Sistem Jaminan Sosial Nasional
SKM	= Sarjana Kesehatan Masyarakat
SOP	= <i>Standard Operating Procedure</i>
UGD	= Unit Gawat Darurat
UKM	= Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	= Upaya Kesehatan Perorangan
UPT	= Unit Pelaksana Teknis
UU	= Undang-Undang
TNI	= Tentara Nasional Indonesia

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pada Januari 2014 pemerintah Indonesia mulai menerapkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia. JKN merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial nasional yang bersifat wajib berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Pemerintah mengharapkan pada Januari 2019 semua masyarakat Indonesia terdaftar sebagai peserta JKN (Kementerian Kesehatan RI, 2013a:11). Indonesia mengupayakan kesehatan menyeluruh bagi masyarakat salah satunya dengan jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan merupakan jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Kementerian Kesehatan RI, 2013a:56).

Dalam pelaksanaannya, JKN menerapkan Sistem Informasi Manajemen (SIM) BPJS Kesehatan. Di dalam BPJS Kesehatan terdapat empat komponen, yaitu sistem aplikasi, infrastruktur dan jaringan komunikasi data, manajemen database, dan operasional (Komunikasi Publik Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan, 2013:9). Sistem Informasi Manajemen digunakan untuk mengakomodir kebutuhan integrasi dengan *stakeholder*, dukungan *business operation*, dan layanan informasi data untuk *stakeholder* terkait. Pada fasilitas kesehatan tingkat pertama digunakan aplikasi *P-Care* (Siswandi, 2014:90).

Pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Puskesmas

berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional dinas kesehatan kabupaten atau kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia (Sulastomo, 2007:101). Puskesmas dibangun untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar, menyeluruh, berjenjang dan terpadu bagi seluruh masyarakat yang tinggal di wilayah kerjanya. Program kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas merupakan program pokok (*public health essential*) yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah untuk melindungi penduduknya, termasuk mengembangkan program khusus untuk penduduk miskin. Puskesmas dikembangkan sebagai pilar dari pelayanan kesehatan di Indonesia, di era reformasi dan dengan sistem desentralisasi yang mulai dikembangkan pada tahun 2001 menghendaki adanya perubahan visi, misi dan strategi Puskesmas untuk mengatasi berbagai masalah kesehatan masyarakat yang sebagian besar masih tinggal di pedesaan. Hal ini disebabkan karena sarana pelayanan kesehatan yang sebelumnya diarahkan pada Rumah Sakit yang terletak di perkotaan sehingga sulit dijangkau atau tidak mudah di akses oleh sebagian besar masyarakat yang masih tinggal di pedesaan dan dalam hal ini terdapat 9133 Puskesmas yang tersebar diseluruh wilayah Indonesia (Munijaya, 2004:34 dan Depkes RI, 2011:11). Dalam rangka peningkatan layanan kepada masyarakat oleh Puskesmas, dilakukan berbagai upaya peningkatan mutu dan kinerja yaitu dengan pembakuan dan pengembangan sistem manajemen mutu dan upaya perbaikan kinerja baik dalam pelayanan manajemen, klinis dan penyelenggaraan upaya-upaya kesehatan. Akreditasi merupakan salah satu mekanisme regulasi yang bertujuan untuk mendorong upaya peningkatan mutu dan kinerja pelayanan Puskesmas, sehingga kegiatan pelayanan dan upaya Puskesmas perlu dilaksanakan dengan memperhatikan prinsip efektif dan efisien agar tidak terjadi keterlambatan dan kesalahan dalam pelaksanaan kegiatan (Pedoman Survei Akreditasi, 2015:1). Oleh karena itu, Puskesmas wajib untuk diakreditasi secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali, karena akreditasi merupakan salah satu persyaratan kredensial sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS (Standar Akreditasi Puskesmas, 2015:22).

Di awal tahun 2014 lalu, hampir seluruh Puskesmas di Indonesia telah dikenalkan dengan aplikasi *P-Care* ini. Perwakilan BPJS Kesehatan di setiap wilayah memberikan pelatihan singkat kepada seluruh Puskesmas yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Selain itu, setiap Puskesmas juga dibekali dengan modul/manual kerja penggunaan *P-Care*. Pada dasarnya, *P-Care* mempunyai 2 fungsi besar, yaitu (1) Pendaftaran Pasien, dimana entry data dilaksanakan oleh petugas pendaftaran, dan (2) Pelayanan Pasien, dimana entry data dilaksanakan oleh dokter (atau petugas Balai Pengobatan), di dalamnya juga terdapat fitur pembuatan rujukan, dimana datanya akan dapat langsung terbaca di Fasilitas Kesehatan Rujukan. Selain kedua fungsi tersebut terdapat fitur tambahan seperti preview data kunjungan, jumlah peserta BPJS yang terdaftar di suatu Fasilitas Kesehatan Primer, serta pengolahan data tenaga medis dan fitur penggantian password (Info BPJS Kesehatan edisi X tahun 2014). *P-Care* merupakan sistem informasi pelayanan pasien peserta BPJS yang berbasis komputer dan internet. Ketersediaan penggunaan aplikasi ini dinyatakan oleh penyedia layanan kesehatan primer ketika mengisi formulir kredensialing fasilitas kesehatan tingkat pertama. Aplikasi *P-Care* dapat menyediakan informasi mengenai banyaknya kunjungan, keluhan, terapi yang diberikan, rujukan, penyakit terbanyak serta dapat untuk mengajukan klaim (Info BPJS Kesehatan edisi X tahun 2014). Melalui aplikasi *P-Care* diharapkan angka kunjungan maupun angka rujukan dapat termonitoring dengan baik, sehingga kualitas pelayanan dari FKTP dapat terus dipantau dan dievaluasi. Setiap tahunnya, BPJS Kesehatan juga melakukan evaluasi dan kredensialing atau seleksi kualitas Faskes yang akan bekerjasama dengan BPJS Kesehatan (BPJS Kesehatan, 2014).

Hasil survey studi pendahuluan pada aplikasi *P-Care* terhadap 49 puskesmas di Kabupaten Jember yang sudah menerapkan aplikasi *P-Care*, bahwa Puskesmas yang menunjukkan keterlambatan pengisian diagnosa *P-Care* terbanyak adalah Puskesmas Ambulu. Berdasarkan data dari aplikasi *P-Care* Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember (2014), keterlambatan pengisian diagnosa dari bulan Maret tahun 2014 sampai dengan Februari tahun 2015 yaitu bulan Maret sampai dengan Mei tahun 2014 terdapat 21%, bulan Juni sampai dengan

Agustus tahun 2014 mengalami peningkatan sebesar 37%, bulan September-November tahun 2014 meningkat menjadi 41,6%, bulan Desember tahun 2014 sampai dengan Februari tahun 2015 meningkat kembali menjadi 74,3%. Faktor penyebab dari keterlambatan pengisian diagnosa *P-Care* berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan salah satu staf di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember, bahwa Puskesmas Ambulu belum mengembangkan SOP Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS. Penyusunan SOP ini dilakukan agar tidak terjadi keterlambatan dalam pengisian diagnosa oleh tenaga kesehatan dan dapat mengerjakan sesuai dengan standarisasi yang dilakukan dalam menyelesaikan pekerjaan serta dapat meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat.

Kebijakan pemerintah dapat diwujudkan dengan mengetahui kinerja pelayanan publik di lingkungan unit kerja pemerintahan dengan cara pemerintah daerah perlu memiliki dan menerapkan Prosedur Kerja yang standar (*Standard Operating Procedure / SOP*). Tujuan SOP adalah menciptakan komitmen mengenai apa yang dikerjakan oleh satuan unit kerja instansi pemerintahan (Permenpan, 2012:12). Standar operasional prosedur tidak saja bersifat internal tetapi juga eksternal, karena SOP selain dapat digunakan untuk mengukur kinerja organisasi publik, juga dapat digunakan untuk menilai kinerja organisasi publik di mata masyarakat berupa responsivitas, responsibilitas, dan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah. Dengan demikian SOP merupakan pedoman atau acuan untuk menilai pelaksanaan kinerja instansi pemerintah berdasarkan indikator-indikator teknis, administratif dan prosedural sesuai dengan tata hubungan kerja dalam organisasi yang bersangkutan (Permenpan, 2012:14).

Dalam mewujudkan pekerjaan yang profesional, efektif dan efisien adalah dengan menerapkan SOP. Hal ini dinilai penting karena SOP adalah pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan SOP juga merupakan alat penilaian kinerja instansi pemerintah/perusahaan berdasarkan indikator teknis, administratif dan prosedural sesuai dengan tata kerja, prosedur dan sistem kerja pada unit kerja yang bersangkutan. Dengan adanya SOP, penyelenggaraan administrasi pun dapat berjalan dengan pasti. Berbagai bentuk

penyimpangan dapat dihindari atau sekalipun terjadi penyimpangan, hal tersebut dapat ditemukan penyebabnya dan bisa diselesaikan dengan cara yang tepat. Apabila semua kegiatan sudah sesuai dengan yang ditetapkan dalam SOP, maka secara bertahap kualitas pelayanan akan lebih profesional, cepat dan mudah (LAN RI, 2009:19).

Berdasarkan permasalahan diatas, mengingat pentingnya SOP terkait keterlambatan pengisian diagnosa *P-Care* BPJS Kesehatan maka perlu dilakukan pengembangan SOP Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS di Puskesmas Ambulu. Oleh karena itu, penulis akan melakukan pengembangan SOP Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, rumusan permasalahan penelitian yaitu “Bagaimana pengembangan *Standard Operating Procedure* (SOP) Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengembangkan *Standard Operating Procedure* (SOP) Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengumpulkan informasi dan identifikasi alternatif tentang *Standard Operating Procedure* (SOP) Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.

- b. Menganalisis dan melakukan pemilihan alternatif tentang *Standard Operating Procedure* (SOP) Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.
- c. Menyusun rancangan *Standard Operating Procedure* (SOP) Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.
- d. Mengkaji ulang rancangan *Standard Operating Procedure* (SOP) Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS yang telah disusun di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.
- e. Melakukan penyempurnaan rancangan SOP Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi pengembangan keilmuan

Hasil dari penelitian ini dapat menjelaskan tentang pengembangan SOP Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.

1.4.2 Bagi Puskesmas Ambulu

Sebagai masukan dalam:

- a. Dapat memanfaatkan hasil penulisan ini sebagai pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi pada proses pengembangan SOP Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS.
- b. Dapat memanfaatkan hasil penulisan ini sebagai alat untuk menghindari adanya penyimpangan pada proses pengembangan SOP Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

2.1.1 Definisi

Jaminan Kesehatan Nasional adalah suatu program pemerintah dan masyarakat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera (UU SJSN No 40 Tahun 2004).

Jaminan Kesehatan Nasional adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Perpres RI No 19 Tahun 2016).

2.1.2 Tujuan

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (PMK No 28 tahun 2014).

2.1.3 Kepesertan

Kepesertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan dilakukan secara bertahap sehingga mencakup seluruh penduduk. Menurut Buku Pegangan Sosialisasi JKN (2014), peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran, meliputi :

1. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI): fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Non PBI), terdiri dari:
 - a. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya
Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya yang terdiri atas :
 - 1) Pegawai Negeri Sipil
 - 2) Anggota TNI
 - 3) Anggota Polri
 - 4) Pejabat Negara
 - 5) Pegawai Pemerintah non Pegawai Negeri
 - 6) Pegawai Swasta; dan
 - 7) Pekerja yang tidak termasuk nomor 1 sampai dengan 7 yang menerima Upah. Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
 - b. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya (pekerja mandiri)
Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya (pekerja mandiri) yang terdiri atas :
 - 1) Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri; dan
 - 2) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah. Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
 - c. Bukan pekerja dan anggota keluarganya
Bukan pekerja dan anggota keluarganya yang terdiri atas :
 - 1) Investor
 - 2) Pemberi Kerja
 - 3) Penerima Pensiun, terdiri dari :
 - a) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun
 - b) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun
 - c) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun

- d) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun yang mendapat hak pensiun
 - e) Penerima pensiun lain; dan
 - f) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun lain yang mendapat hak pensiun.
- 4) Veteran
- 5) Perintis Kemerdekaan
- 6) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan, dan Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a s/d e yang mampu membayar iuran.

Anggota keluarga yang dimaksud dalam Buku Pegangan Sosialisasi JKN (2014) adalah :

- a. Istri atau suami yang sah dari Peserta; dan
- b. Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari Peserta, dengan kriteria:
 - 1) Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; dan
 - 2) Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

2.1.4 Pembiayaan

Berdasarkan Perpres RI No 19 Tahun 2016, berikut ini adalah beberapa ketentuan mengenai iuran jaminan kesehatan:

1. Bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan Iuran dibayar oleh Pemerintah.
2. Iuran bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang bekerja pada lembaga Pemerintahan terdiri dari Pegawai Negeri Sipil, anggota TNI, anggota Polri, pejabat negara, dan pegawai pemerintahan non pegawai negeri sebesar 5% (lima persen) dari gaji atau upah per bulan dengan ketentuan : 3% (tiga persen) dibayar oleh pemberi kerja dan 2% (dua persen) dibayar oleh peserta.

3. Iuran bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang bekerja di BUMN, BUMD, dan Swasta sebesar 4,5% (empat koma lima persen) dari gaji atau upah per bulan dengan ketentuan : 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja dan 0,5% (nol koma lima persen) dibayar oleh Peserta.
4. Iuran untuk keluarga tambahan Pekerja Penerima Upah yang terdiri dari anak ke 4 dan seterusnya, ayah, ibu, dan mertua, besaran iuran sebesar 1% (satu persen) dari gaji atau upah per orang per bulan, dibayar oleh pekerja penerima upah.
5. Iuran bagi kerabat lain dari pekerja bukan penerima upah (seperti saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dll), peserta pekerja penerima upah serta iuran bukan pekerja adalah sebesar:
 - a. Sebesar Rp.25.500,- (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III.
 - b. Sebesar Rp.51.000,- (lima puluh satu ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II.
 - c. Sebesar Rp.80.000,- (delapan puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.
6. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan, iurannya ditetapkan sebesar 5% (lima persen) dari 45% (empat puluh lima persen) gaji pokok Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III/a dengan masa kerja 14 (empat belas) tahun per bulan, dibayar oleh Pemerintah.

Tabel 2.1 Rincian Besar Iuran Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (bulanan)

Peserta	Besaran iuran yang dibayarkan oleh		
	Pemerintah (rupiah)	Pemberi Kerja (persen gaji)	Peserta (persen gaji dan rupiah)
• Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI)	Kelas rawat III Rp 25.500,-	-	-
• Peserta Pekerja Penerima Upah (PNS, anggota TNI, anggota POLRI, Pejabat Negara, dan Pegawai			

Peserta	Besaran iuran yang dibayarkan oleh		
	Pemerintah (rupiah)	Pemberi Kerja (persen gaji)	Peserta (persen gaji dan rupiah)
Pemerintah non PNS)	-	3%	2%
• Peserta Pekerja Penerima Upah (BUMN, BUMD, dan Swasta)	-	4%	0,5%
• Keluarga tambahan Pekerja Penerima Upah (anak ke-4 dst, ayah, ibu, dan mertua yang masih dalam satu KK)	-	-	1%
• Kerabat lain Pekerja Penerima Upah (saudara kandung/ ipar, asisten rumah tangga, dll) • Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah • Peserta bukan pekerja	-	-	Kelas rawat III Rp 25.500,- Kelas rawat II Rp 51.000,- Kelas rawat I Rp 80.000,-
• Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan	-	-	5% dari 45% gaji pokok PNS golongan ruang III/a dengan masa kerja 14 (empat belas) tahun

Sumber: Panduan Layanan bagi Peserta BPJS Kesehatan (2014)

2.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

2.2.1 Definisi

Menurut UU No 24 Tahun 2011 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.

2.2.2 Asas

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas:

- a. Asas kemanusiaan adalah asas yang terkait dengan penghargaan terhadap martabat manusia.
- b. Asas manfaat adalah asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efisien dan efektif.
- c. Asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia adalah asas yang bersifat idiil (UU No 24 Tahun 2011).

2.2.3 Tujuan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya (UU No 24 Tahun 2011).

2.2.4 Prinsip

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan prinsip:

- a. Kegotongroyongan adalah prinsip kebersamaan antar Peserta dalam menanggung beban biaya Jaminan Sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar Iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah, atau penghasilannya.
- b. Nirlaba adalah prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan Manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta.
- c. Keterbukaan adalah prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.
- d. Kehati-hatian adalah prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.

- e. Akuntabilitas adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.
- f. Portabilitas adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun Peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
- g. Kepesertaan bersifat wajib adalah prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi Peserta Jaminan Sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.
- h. Dana amanat adalah iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan Peserta Jaminan Sosial (UU No 24 Tahun 2011).

2.2.5 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

Berdasarkan UU No 24 Tahun 2011, berikut ini adalah beberapa ketentuan mengenai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan:

a. Fungsi

Dalam melaksanakan tugas, BPJS Kesehatan mempunyai fungsi yaitu menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

b. Tugas

Tugas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan antara lain :

- 1) melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta
- 2) memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja
- 3) menerima bantuan iuran dari pemerintah
- 4) mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta
- 5) mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial
- 6) membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial; dan
- 7) memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

c. Wewenang

Wewenang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yaitu :

- 1) menagih pembayaran Iuran
- 2) menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai
- 3) melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional
- 4) membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah
- 5) membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan
- 6) mengenakan sanksi administratif kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajibannya
- 7) melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar Iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

d. Hak

Hak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yaitu :

- 1) memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan/atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- 2) memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan.

e. Kewajiban

Kewajiban Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yaitu :

1. memberikan nomor identitas tunggal kepada Peserta
2. mengembangkan aset Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta

3. memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya
4. memberikan Manfaat kepada seluruh Peserta sesuai dengan Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
5. memberikan informasi kepada Peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku
6. memberikan informasi kepada Peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya
7. memberikan informasi kepada Peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun
8. memberikan informasi kepada Peserta mengenai besar hak pensiun 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun
9. membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuarial yang lazim dan berlaku umum
10. melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan Jaminan Sosial
11. melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

2.3 Puskesmas

2.3.1 Definisi Puskesmas

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional dinas kesehatan Kabupaten/Kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia (Sulastomo, 2007:54). Menurut PERMENKES RI Nomor 75 Tahun 2014 tentang pusat kesehatan masyarakat menyatakan bahwa puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan

upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

2.3.2 Tujuan, Tugas dan Fungsi Puskesmas

Puskesmas mempunyai tujuan dan fungsi sebagai berikut (PERMENKES RI Nomor 75 Tahun 2014):

a. Tujuan Puskesmas

Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang:

- 1) Memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat
- 2) Mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu
- 3) Hidup dalam lingkungan sehat
- 4) Memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

b. Tugas Puskesmas

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat.

c. Fungsi Puskesmas

Dalam melaksanakan tugas, puskesmas menyelenggarakan fungsi:

- 1) Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya
- 2) Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya, selain itu Puskesmas dapat berfungsi sebagai wahana pendidikan Tenaga Kesehatan

2.4 Pelayanan *P-Care* BPJS Kesehatan di Puskesmas

2.4.1 Definisi *P-Care* (Primary Care)

P-Care yaitu sistem informasi pelayanan pasien yang ditujukan untuk pasien berstatus BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) berbasis komputer dan online via internet. *P-Care* ditujukan bagi pelayanan primer (puskesmas) dan di dalamnya dapat melakukan pengolahan data mulai dari pendaftaran, bagian penegakan diagnosa, pemberian terapi, dan pemeriksaan laboratorium (Info BPJS Kesehatan Edisi X Tahun 2014).

Di tingkat pertama layanan kesehatan, BPJS Kesehatan memperkuat jaringan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dengan membangun aplikasi *P-Care* (Primary Care). Meskipun belum semua fasilitas kesehatan tingkat pertama ini menggunakan komputer, namun sudah banyak FKTP yang sudah mengakses *P-Care*. Ketika peserta BPJS Kesehatan datang berobat ke Puskesmas, maka peserta akan mendaftarkan diri dengan menunjukkan kartu peserta kepada petugas. Di sana petugas memasukkan nomor kepesertaan, secara otomatis komputer mengeluarkan data peserta tersebut ,seperti nama, tanggal lahir, dan alamat pasien. Sementara itu, untuk pasien umum, datanya harus diisi secara manual. Pasien kemudian ditanya keluhan yang dirasakan untuk diarahkan periksa di poli yang yang tepat, apakah harus ke poli umum, poli gigi, atau poli kesehatan ibu dan anak. Setelah tiba di tempat pemeriksaan, dokter atau petugas akan membuka data pasien di *P-Care*. Berdasarkan keluhan, dokter mendiagnosa penyakit dari pasien yang berkunjung. Di Puskesmas, saat ini bisa mendiagnosa 144 diagnosa penyakit. Oleh karena itu, penyakit yang bisa ditangani di Puskesmas tidak perlu dirujuk ke rumah sakit. Setelah diperiksa dokter, lalu dokter memberikan resep kepada pasien, dan pasien mengambil obat di loket obat. Data-data pasien lengkap dengan keluhan, diagnosa, dan obat yang diberikan oleh dokter merupakan layanan kesehatan dasar di FKTP. Jika diperlukan penanganan penyakit yang lebih lanjut, maka dokter di FKTP akan membuat surat rujukan. *P-Care* yang sudah bisa memberikan rujukan online akan mempermudah peserta mendapatkan layanan kesehatan di fasilitas tingkat lanjutan. Menurut Direktur Teknologi Informasi BPJS Kesehatan, Dadang Setiabudi fasilitas kesehatan

primer yang sudah menggunakan *Online Primary Care* bisa memberikan rujukan online (Info BPJS Kesehatan Edisi X Tahun 2014).

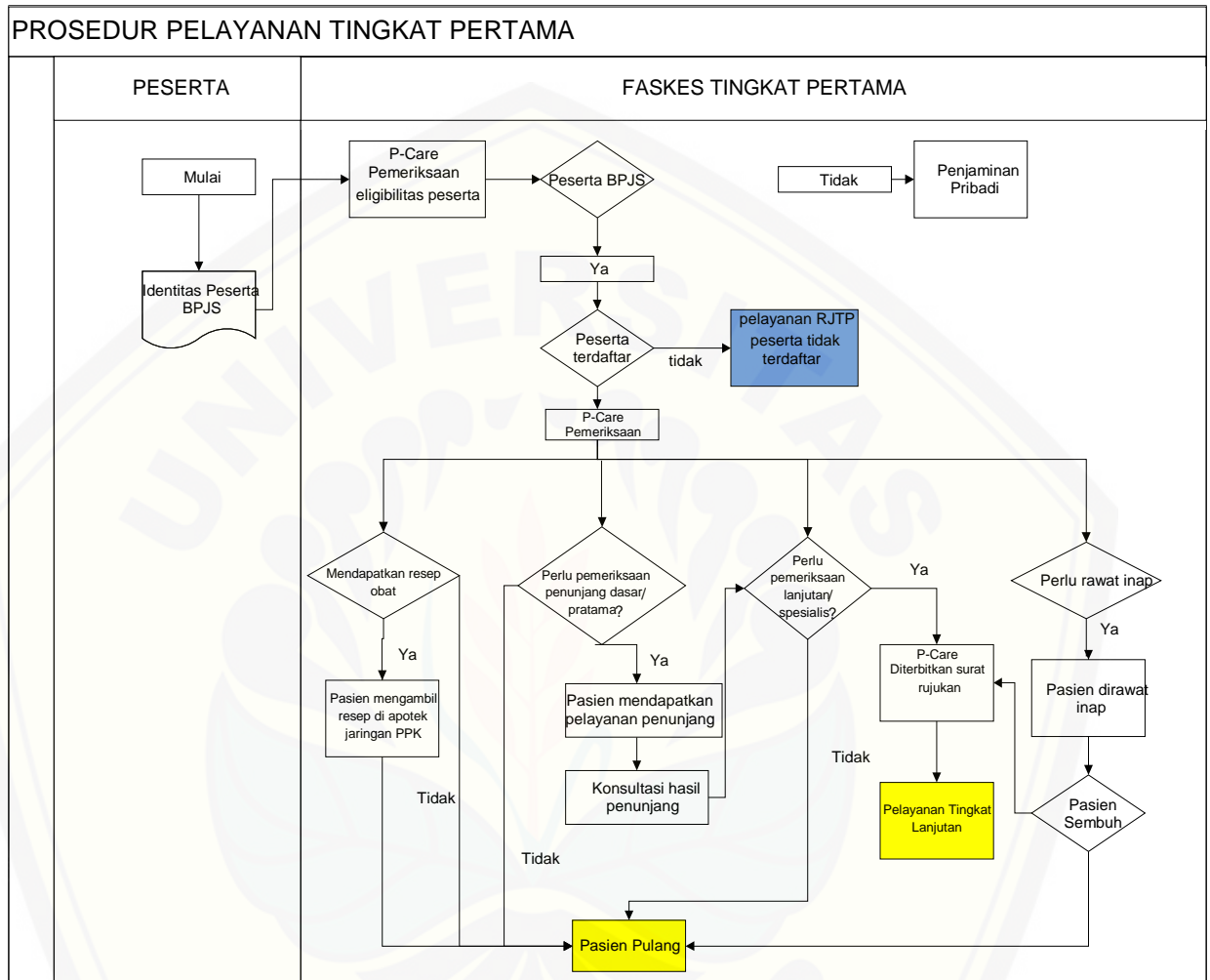
2.4.2 Data Pelayanan Kesehatan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Aplikasi *P-Care*)

Menurut dr. Togar Siallagan, MM selaku Kepala grup Penelitian dan Pengembangan BPJS Kesehatan tahun 2014 bahwa data Pelayanan Kesehatan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) meliputi :

- a. Data Peserta terdiri atas Jenis Peserta (BPJS atau Umum), Jenis Kartu (No Kartu atau NIK), Nama, Status Peserta, Tanggal Lahir, Jenis Kelamin, dan PPK Peserta
- b. Data Pelayanan terdiri atas Tanggal Pendaftaran, Perawatan (Rawat Jalan atau Rawat Inap), Jenis Kunjungan, Poli Tujuan, Keluhan, dan Diagnosa
- c. Data Pemeriksaan Fisik terdiri atas Kesadaran, Tinggi Badan, Berat Badan, Tekanan Darah, Status Pulang, dan Pemeriksaan Fisik Lain :
 - a) Rujuk Lanjut
 - b) PPK Rujukan
 - c) Poli Rujukan
- d. Tindakan terdiri atas Tanggal, Tindakan, dan Biaya
- e. Obat (Racikan/Non-Racikan) terdiri atas Nama Obat dan Jumlah Obat
- f. Penunjang Diagnostik terdiri atas Kode PPK, Tanggal Pelayanan, Tekanan Darah, Keterangan Radiologi, dan Detail Data Darah Rutin

2.4.3 Prosedur Pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

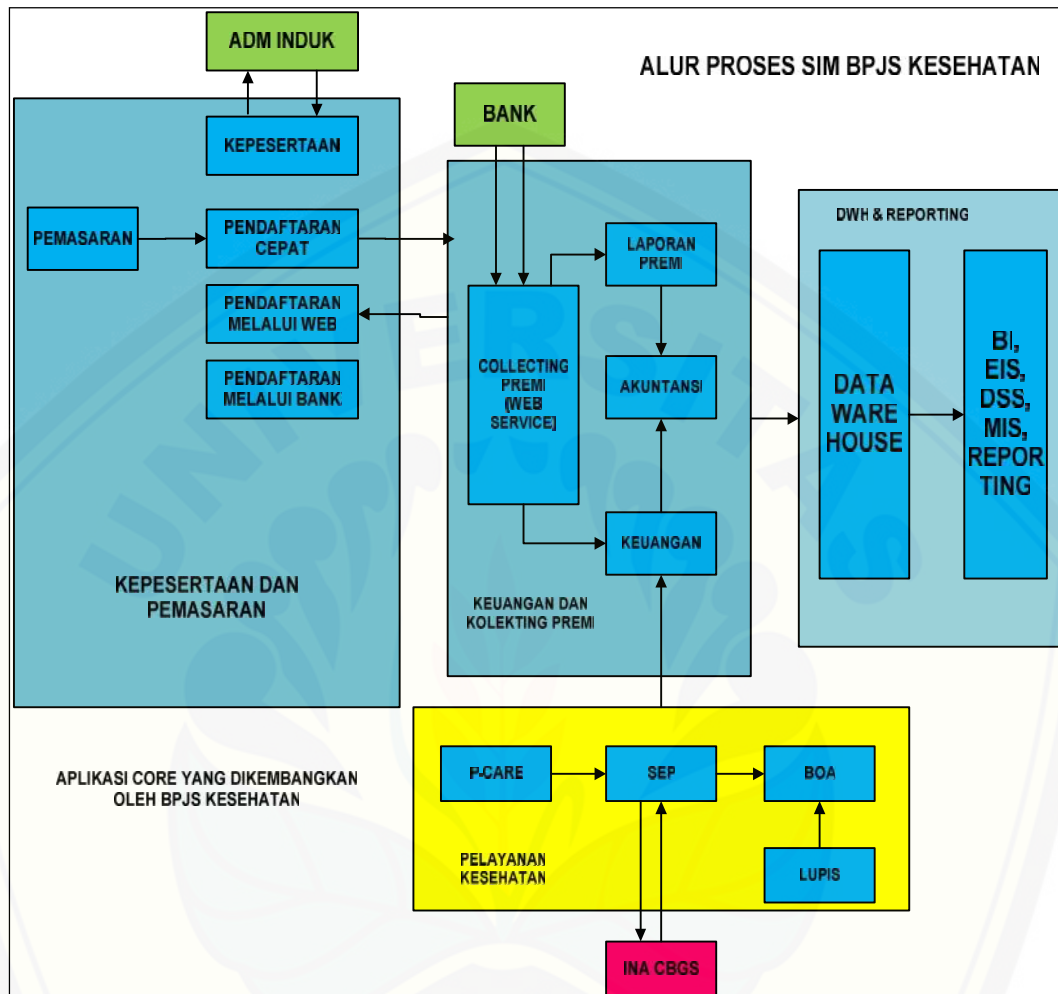
Berikut prosedur pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP):



Gambar 2.1 Prosedur Pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
 Sumber: Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan (2014)

2.4.4 Alur Proses SIM BPJS Kesehatan

Berikut Alur Proses SIM BPJS Kesehatan :



Keterangan :

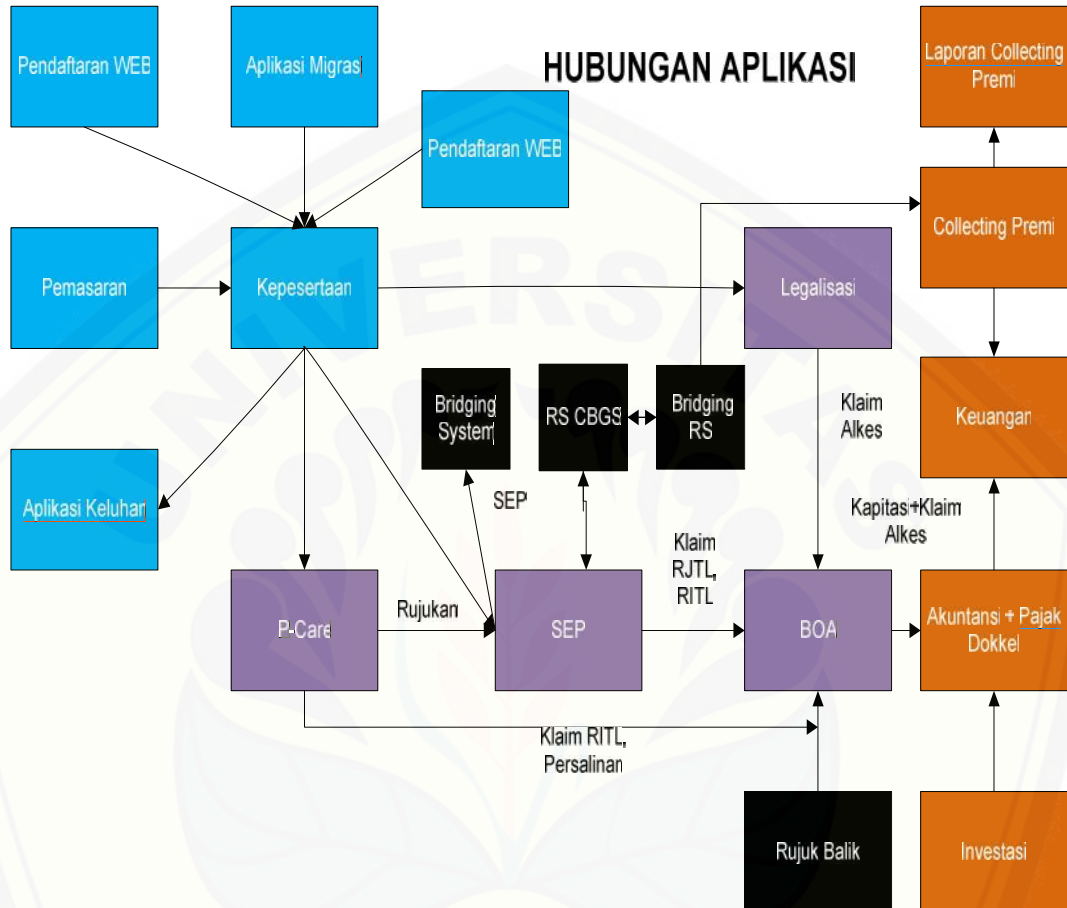
- a. SEP : Surat Eligibilitas Peserta
- b. BOA : Back Office Automation
- c. INA CBG'S : Indonesian Case Base Groups
- d. LUPIS : Luar Paket INA CBG'S
- e. DSS : Data Support System
- f. EIS : Electronic Information System

Gambar 2.2 Alur Proses SIM BPJS Kesehatan

Sumber: Siallagan, 2014

2.4.5 Hubungan aplikasi SIM BPJS Kesehatan

Berikut hubungan aplikasi SIM BPJS Kesehatan :



Keterangan :

- a. RJTL : Rawat Jalan Tingkat Lanjut
- b. RITL : Rawat Inap Tingkat Lanjut
- c. SEP : Surat Eligibilitas Peserta
- d. BOA : Back Of Automation
- e. Dokkel : Dokter Keluarga

Gambar 2.3 Hubungan aplikasi SIM BPJS Kesehatan

Sumber: Siallagan, 2014

2.5 *Standard Operating Procedure (SOP)*

2.5.1 Pengertian SOP

Menurut Taghati (2014:1), *Standard Operating Procedure (SOP)* adalah dokumen yang menjelaskan tentang kegiatan operasional yang dilaksanakan oleh perusahaan agar pekerjaan tersebut dapat terlaksana secara benar, tepat, dan konsisten untuk menghasilkan produk yang telah ditetapkan sebelumnya.

Menurut Atmoko (2011:2), *Standard Operating Procedure (SOP)* merupakan suatu pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja instansi pemerintah berdasarkan indikator-indikator teknis, administratif dan prosedural sesuai tata kerja, prosedur kerja dan sistem kerja pada unit kerja yang bersangkutan.

Sedangkan menurut Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan *Standard Operating Procedure* Administrasi Pemerintahan menyatakan bahwa *Standard Operating Procedure* adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas organisasi, bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan.

2.5.2 Tujuan SOP

Menurut Fatimah (2015:51) adapun tujuan umum SOP, antara lain :

- a) Agar petugas menjaga konsistensi dan tingkat kinerja petugas atau tim dalam organisasi atau unit.
- b) Agar mengetahui dengan jelas peran dan fungsi tiap-tiap posisi dalam organisasi
- c) Memperjelas alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari petugas terkait.
- d) Melindungi organisasi dan staf dari malpraktek atau kesalahan administrasi lainnya.
- e) Untuk menghindari kegagalan/kesalahan, keraguan, duplikasi dan inefisiensi

Tujuan khusus SOP sebagai acuan (check list) dalam melaksanakan kegiatan tertentu bagi tenaga administrasi dan tenaga profesi di RS, untuk menjelaskan alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari petugas terkait, untuk menjaga konsistensi tingkat penampilan kinerja atau kondisi tertentu dan menjaga keamanan petugas dan lingkungan dalam melaksanakan pekerjaan, untuk menghindari kesalahan, keraguan, duplikasi atau pemborosan dalam pelaksanaan kegiatan, untuk menjamin penggunaan tenaga dan sumber daya lain secara efisien (UU No 29 Tahun 2004).

2.5.3 Manfaat SOP

Menurut Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan *Standard Operating Procedure* Administrasi Pemerintahan, manfaat SOP antara lain :

- a. Sebagai standarisasi cara yang dilakukan petugas dalam menyelesaikan pekerjaan yang menjadi tugasnya.
- b. Mengurangi tingkat kesalahan dan kelalaian yang mungkin dilakukan oleh pelaksana dalam melaksanakan tugas.
- c. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelaksanaan tugas dan tanggung jawab individual aparatur dan organisasi secara keseluruhan.
- d. Membantu petugas menjadi lebih mandiri dan tidak tergantung pada intervensi manajemen, sehingga akan mengurangi keterlibatan pimpinan dalam pelaksanaan proses sehari-hari.
- e. Meningkatkan akuntabilitas pelaksanaan tugas.
- f. Menciptakan ukuran standar kinerja yang akan memberikan petugas cara konkrit untuk memperbaiki kinerja serta membantu mengevaluasi usaha yang telah dilakukan.
- g. Memastikan pelaksanaan tugas penyelenggaraan pemerintahan dapat berlangsung dalam berbagai situasi.

- h. Menjamin konsistensi pelayanan kepada masyarakat, baik dari sisi mutu, waktu, dan prosedur.
- i. Memberikan informasi mengenai kualifikasi kompetensi yang harus dikuasai oleh aparatur dalam melaksanakan tugasnya.
- j. Memberikan informasi bagi upaya peningkatan kompetensi aparatur.
- k. Memberikan informasi mengenai beban tugas yang dipikul oleh seorang aparatur dalam melaksanakan tugasnya.
- l. Sebagai instrumen yang dapat melindungi aparatur dari kemungkinan tuntutan hukum karena tuduhan melakukan penyimpangan.
- m. Menghindari tumpang tindih pelaksanaan tugas.
- n. Membantu penelusuran terhadap kesalahan-kesalahan prosedural dalam memberikan pelayanan.
- o. Membantu memberikan informasi yang diperlukan dalam penyusunan standar pelayanan, sehingga sekaligus dapat memberikan informasi bagi kinerja pelayanan.

2.5.4 Format SOP

Menurut Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan *Standard Operating Procedure* Administrasi Pemerintahan, terdapat empat faktor yang dapat dijadikan dasar dalam penentuan format penyusunan SOP yang akan dipakai oleh suatu organisasi adalah:

- a. Berapa banyak keputusan yang akan dibuat dalam suatu prosedur.
- b. Berapa banyak langkah dan sub langkah yang diperlukan dalam suatu prosedur.
- c. Siapa yang dijadikan target sebagai pelaksana SOP.
- d. Apa tujuan yang ingin dicapai dalam pembuatan SOP ini.

Format terbaik SOP adalah format yang sederhana dan dapat menyampaikan informasi yang dibutuhkan secara tepat serta memfasilitasi implementasi SOP

secara konsisten sesuai dengan tujuan penyusunan SOP. Secara umum Format SOP dapat kita kategorikan ke dalam empat jenis, yaitu:

a. Langkah sederhana (*Simple Steps*)

Simple steps adalah bentuk SOP yang paling sederhana. SOP ini biasanya digunakan jika prosedur yang akan disusun hanya memuat sedikit kegiatan dan memerlukan sedikit keputusan yang bersifat sederhana. Format SOP ini dapat digunakan dalam situasi yang hanya ada beberapa orang yang akan melaksanakan prosedur yang telah disusun. Dan biasanya merupakan prosedur rutin dan sederhana. Dalam *simple steps* ini kegiatan yang akan dilaksanakan cenderung sederhana dengan proses yang pendek yang umumnya kurang dari 10 (sepuluh) langkah. Menurut Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi FKTP Tahun 2015, petunjuk pengisian SOP dengan format sederhana sebagai berikut :

1. Kotak heading : terdiri dari kotak nama FKTP, judul SOP, No. Dokumen, No. Revisi, Halaman, Prosedur Tetap, Tanggal Terbit, Ditetapkan Kepala FKTP.
 - a) Kotak FKTP : diberi nama Puskesmas, dapat diberi logo pemerintah daerah, atau logo dan nama Klinik Pratama dan Dokter/Dokter Gigi Praktik Mandiri.
 - b) Judul SOP : diberi judul sesuai proses kerjanya.
 - c) No Dokumen : sesuai dengan ketentuan FKTP yang bersangkutan, agar dibuat sistematis termasuk seragam.
 - d) No Revisi : merupakan status revisi, dianjurkan menggunakan huruf, dokumen baru diberi huruf A, dokumen revisi pertama diberi huruf B dan seterusnya. Dapat juga menggunakan angka. Untuk dokumen baru dapat diberi angka 0, dokumen revisi pertama diberi angka 1 dan seterusnya.
 - e) Halaman : diisi nomor halaman yang bersangkutan/total halaman, misalnya: halaman pertama : 1/5, halaman kedua: 2/5, halaman terakhir : 5/5.

- f) Tanggal Terbit : diberi tanggal sesuai terbitnya tanggal diberlakukannya SOP tersebut.
- g) Ditetapkan Kepala FKTP : diberi tanda tangan Kepala FKTP dan namanya.

2. Isi SOP :

- a) Pengertian : berisi penjelasan tentang istilah yang mungkin sulit dipahami dan atau definisi.
- b) Tujuan : berisi tujuan spesifik dari pelaksanaan SOP.
- c) Kebijakan : berisi kebijakan Kepala FKTP yang menjadi garis besar dan dasar bagi SOP tersebut. Dapat berisi beberapa kebijakan. Bisa saja satu kebijakan menjadi dasar beberapa SOP.
- d) Referensi: berisi dokumen eksternal sebagai acuan penyusunan SOP, bisa berbentuk buku, peraturan perundang-undangan, ataupun bentuk lain sebagai bahan pustaka.
- e) Prosedur : bagian ini merupakan bagian utama yang menguraikan langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu dan staf petugas yang berwenang. Dapat dicantumkan alat/formulir/fasilitas yang digunakan, waktu, frekuensi dalam proses kerja tersebut. Bila memungkinkan akan diuraikan secara lengkap unsur-unsur : SIAPA, APA, DIMANA, KAPAN dan BAGAIMANA.
- f) Unit terkait : berisi unit-unit yang terkait dan atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut.
- g) Dokumen Terkait : berisi bukti-bukti penerapan SOP dalam proses kerja yang terkait dengan prosedur kerja yang diterapkan.

b. Tahapan berurutan (*Hierarchical Steps*)

Hierarchical Steps ini merupakan format pengembangan dari *simplesteps*. Format ini digunakan jika prosedur yang disusun panjang, lebih dari 10 langkah dan membutuhkan informasi lebih detail, akan tetapi hanya memerlukan sedikit pengambilan keputusan. Dalam *hierarchical steps*, langkah-langkah yang telah diidentifikasi dijabarkan kedalam sub-sub langkah secara terperinci.

c. Grafik (*Graphic*)

Format Grafik (*graphic*) dipilih, jika prosedur yang disusun menghendaki kegiatan yang panjang dan spesifik. Dalam format ini proses yang panjang tersebut dijabarkan ke dalam sub-sub proses yang lebih pendek yang hanya berisi beberapa langkah. Format ini juga bisa digunakan jika dalam menggambarkan prosedur diperlukan adanya suatu foto atau diagram. Format grafik ini bertujuan untuk memudahkan dalam memahami prosedur yang ada dan biasanya ditujukan untuk pelaksana eksternal organisasi (pemohon). Salah satu varian dari SOP format ini adalah SOP Format *Annotated Picture* (gambar yang diberi keterangan) yang biasanya ditujukan untuk pemohon atau pengguna jasa sebuah pelayanan.

d. Diagram Alir (*Flowcharts*)

Flowcharts merupakan format yang biasa digunakan jika dalam SOP tersebut diperlukan pengambilan keputusan yang banyak (kompleks) dan membutuhkan opsi jawaban (alternatif jawaban) seperti: jawaban “ya” atau “tidak”, “lengkap” atau “tidak”, “benar” atau “salah”, dsb. yang akan mempengaruhi sub langkah berikutnya. Format ini juga menyediakan mekanisme yang mudah untuk diikuti dan dilaksanakan oleh para pelaksana (pegawai) melalui serangkaian langkah-langkah sebagai hasil dari keputusan yang telah diambil.

Penggunaan format ini melibatkan beberapa simbol yang umum digunakan dalam menggambarkan proses (umumnya berjumlah 30 simbol). Simbol-simbol tersebut memiliki fungsi yang bersifat khas (teknis dan khusus) yang pada dasarnya dikembangkan dari simbol dasar *flowcharts* (*basic symbols of flowcharts*) yang terdiri dari 4 (empat) simbol, yaitu simbol kapsul (*terminator*), simbol kotak (*process*), simbol belah ketupat (*decision*) dan anak panah (*arrow*).

Format SOP dalam bentuk *flowcharts* ini terdiri dari 2 (dua) jenis yaitu: *Linear Flowcharts* (diagram alir linier) dan *Branching Flowcharts* (diagram alir bercabang). *Linear Flowcharts* dapat berbentuk vertikal dan horizontal. Ciri utama dari format *linear flowcharts* ini adalah ada unsur kegiatan yang

disatukan, yaitu: unsur kegiatan atau unsur pelaksanaannya dan menuliskan rumusan kegiatan secara singkat di dalam simbol yang dipakai. SOP format ini umumnya dipakai pada SOP yang bersifat teknis. Sedangkan Format *Branching Flowcharts* memiliki ciri utama dipisahkannya unsur pelaksana dalam kolom-kolom yang terpisah dari kolom kegiatan dan menggambarkan prosedur kegiatan dalam bentuk simbol yang dihubungkan secara bercabang-cabang. Dalam format ini simbol yang digunakan tidak diberi tulisan rumusan singkat kegiatan. Tulisan hanya diperlukan untuk memberi penjelasan pada simbol kegiatan yang merupakan pengambilan keputusan (simbol “decision” atau belah ketupat). SOP format ini umumnya dipergunakan untuk SOP Administratif.

2.5.5 Tahapan Penyusunan SOP

Keberhasilan penyusunan SOP memerlukan pimpinan yang memiliki komitmen yang kuat terhadap organisasi, berkemauan, tegas, dan menerima serta melakukan perubahan. Pimpinan merupakan aktor inti perubahan (*agent of change*) yang akan menjadi anutan bagi seluruh pegawai yang menjadi bawahannya.

Menurut Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan *Standard Operating Procedure* Administrasi Pemerintahan, Penyusunan SOP meliputi siklus sebagai berikut :

a. Persiapan Penyusunan SOP

Agar penyusunan SOP dapat dilakukan dengan baik, maka perlu dilakukan persiapan-persiapan sebagai berikut :

1). Pembentukan Tim

Tim terdiri:

- a) Tim yang melingkupi SOP organisasi secara keseluruhan.
- b) Tim yang melingkupi unit-unit kerja pada berbagai level.

2). Kelengkapan Tim

Hal yang perlu diperhatikan dalam membentuk tim:

- a) Tim harus dilengkapi dengan kewenangan dan tanggung jawab.
- b) Keanggotaan tim sebaiknya dibatasi, agar pengelolaan terhadap rentang kendali (*span of control*) dapat dilakukan dengan baik.
- c) Tim harus dilengkapi dengan struktur yang jelas, tidak terlalu banyak hierarki, dan lebih bersifat fungsional sehingga dapat dibagi ke dalam sub-sub tim tertentu yang menangani aspek prosedur tertentu.
- d) Tim sebaiknya merumuskan dahulu apa misi, tujuan, dan sasaran tim serta berapa banyak waktu dan sumber-sumber lain yang diperlukan untuk pengembangan SOP.
- e) Tugas tim meliputi aspek substansi SOP dan aspek administratif.
- f) Tim pengembangan SOP sangat tergantung dari sumber-sumber apa yang dapat mereka peroleh dalam rangka pengembangan SOP tersebut.

b. Penilaian Kebutuhan SOP

Penilaian kebutuhan adalah proses awal penyusunan SOP yang dilakukan untuk mengidentifikasi tingkat kebutuhan SOP yang akan disusun. Bagi organisasi yang sudah memiliki SOP, maka tahapan ini merupakan tahapan untuk melihat kembali SOP yang sudah dimilikinya dan mengidentifikasi perubahan-perubahan yang diperlukan. Bagi organisasi yang sama sekali belum memiliki SOP, maka proses ini murni merupakan proses mengidentifikasi kebutuhan SOP.

1). Tujuan penilaian kebutuhan SOP :

Penilaian kebutuhan SOP bertujuan untuk mengetahui ruang lingkup, jenis, dan jumlah SOP yang dibutuhkan:

- a) Ruang lingkup, berkaitan dengan bidang tugas dari prosedur-prosedur operasional untuk distandarkan.
- b) Jenis, berkaitan dengan tipe dan format SOP yang sesuai untuk diterapkan.

- c) Sedangkan jumlah, berkaitan dengan jumlah SOP yang dibuat sesuai dengan prioritas.

2). Langkah-langkah penilaian kebutuhan

- a) Menyusun rencana tindak penilaian kebutuhan

Pelaksanaan penilaian kebutuhan yang menyeluruh dapat menjadi sebuah proses yang cukup padat dan memakan waktu yang cukup lama. Oleh karena itu perlu disusun sebuah rencana dan target yang jelas, serta pembagian tugas siapa melakukan apa.

- b) Melakukan penilaian kebutuhan

Jika organisasi telah memiliki SOP, dan ingin melakukan penyempurnaan terhadap SOP yang telah ada, maka proses penilaian kebutuhan dapat dimulai dengan mengevaluasi SOP yang sudah ada. Untuk memudahkan penilaian kebutuhan, SOP pada dasarnya dapat dibagi ke dalam beberapa klasifikasi ruang lingkup, yaitu:

- Instansional/organisasional

Pada tingkatan instansional SOP dapat dibagi ke dalam dua kelompok jenis tugas, yaitu kelompok lini dan pendukung. SOP juga dapat dikelompokkan atas dasar level unit kerja pada instansi, mulai pada tingkatan organisasi secara keseluruhan, unit eselon I sampai dengan unit eselon yang paling bawah IV atau V.

- Level pemerintahan

Dalam klasifikasi ini SOP dapat dibedakan ke dalam tingkatan pemerintahan nasional dan sub nasional (provinsi dan kabupaten/kota). Pada kedua tingkatan level pemerintahan ini, umumnya melingkup SOP-SOP yang sejenis, antara lain: SOP perencanaan nasional, penyusunan rencana kerja pemerintah, penyusunan rencana kerja kementerian/lembaga atau SKPD, perumusan kebijakan dan lainnya.

- c) Membuat sebuah daftar mengenai SOP yang akan dikembangkan

Dari tahapan di atas, dapat disusun sebuah daftar mengenai SOP apa saja yang akan disempurnakan maupun dibuatkan yang baru. Setiap

SOP yang masuk ke dalam daftar disertai dengan pertimbangan dampak yang akan terjadi baik secara internal maupun eksternal apabila SOP ini dikembangkan dan dilaksanakan. Informasi ini akan memudahkan bagi pengambil keputusan untuk menetapkan kebutuhan SOP yang akan diterapkan dalam organisasi.

d) Membuat dokumen penilaian kebutuhan SOP

Sebagai sebuah tahap akhir dari penilaian kebutuhan SOP, tim harus membuat sebuah laporan atau dokumen penilaian kebutuhan SOP. Dokumen memuat hasil kesimpulan semua temuan dan rekomendasi yang didapatkan dari proses penilaian kebutuhan ini.

c. Pengembangan SOP

Tahap selanjutnya setelah kita melakukan penilaian kebutuhan (*need assessment*) adalah melakukan pengembangan SOP. Sebagai sebuah standar yang akan dijadikan acuan dalam proses pelaksanaan tugas keseharian organisasi, maka pengembangan SOP bukan merupakan sebuah kegiatan yang dilakukan sekali langsung jadi, tetapi memerlukan review berulang kali sebelum akhirnya menjadi SOP yang valid dan reliabel yang benar-benar menjadi acuan bagi setiap proses dalam organisasi.

Pengembangan SOP pada dasarnya meliputi lima tahapan proses kegiatan secara berurutan yang dapat dirinci sebagai berikut:

1). Pengumpulan Informasi dan Identifikasi Alternatif

a). Berdasarkan penilaian kebutuhan (*need assessment*) dapat ditentukan berbagai informasi yang dibutuhkan untuk pengembangan SOP dan dapat digunakan secara simultan untuk memperoleh hasil pengembangan SOP yang baik. Proses pengumpulan informasi menghasilkan identifikasi prosedur-prosedur yang akan distandarkan, baik dalam bentuk penyempurnaan prosedur-prosedur yang sudah ada sebelumnya, pembuatan prosedur-prosedur yang sudah ada namun belum distandarkan, atau prosedur-prosedur yang belum ada sama sekali/baru.

b). Identifikasi alternatif yang akan dicari dapat dipisahkan mana alternatif informasi yang dicari dari sumber primer dan sumber sekunder. Proses

menganalisis dan menentukan alternatif prosedur yang paling memenuhi kebutuhan organisasi, merupakan alternatif cara untuk mengidentifikasi kebutuhan SOP dan dipergunakan untuk mengidentifikasi judul-judul SOP dengan melakukan analisis tugas dan fungsi yang dimiliki organisasi sesuai dengan peraturan pembentukan organisasi yang bersangkutan.

Ada berbagai kemungkinan teknik pengumpulan informasi yang dapat digunakan untuk mengembangkan SOP, seperti melalui brainstorming, focus group, wawancara, survey, *benchmark*, telaahan dokumen dan lainnya. Teknik mana yang akan digunakan sangat terkait erat dengan instrumen pengumpul informasinya.

(1) Teknik curah pendapat (*brainstorming*)

Teknik curah pendapat, biasanya dilakukan dalam keadaan tim tidak memiliki cukup informasi yang diperlukan dalam pengembangan SOP. Pada organisasi yang baru berdiri, atau organisasi yang belum memiliki SOP, kemungkinan kondisi seperti ini dapat terjadi. Oleh karena itu teknik ini akan dapat membantu pemahaman tim terhadap kebutuhan SOP yang diharapkan.

(2) Teknik diskusi terfokus (*focus group discussion*)

Teknik *focus group discussion* dilakukan jika tim telah memiliki informasi prosedur-prosedur yang akan distandarkan tetapi ingin lebih mendalaminya dari orang-orang yang dianggap menguasai secara teknis berkaitan dengan informasi tersebut. *Focus group discussion* akan sangat bermanfaat dalam menemukan prosedur-prosedur yang dianggap efisien cepat dan tepat

(3) Teknik wawancara

Teknik wawancara dilakukan jika tim ingin mendapatkan informasi secara mendalam dari seorang informan kunci, yaitu orang yang menguasai secara teknis berkaitan dengan prosedur-prosedur yang akan distandarkan. Keberhasilan teknik ini tergantung dari instrumen yang digunakan, pemilihan key informan (narasumber) yang benar-benar tepat, dan pewawancara.

(4) Teknik Survey

Teknik survey dilakukan jika tim ingin memperoleh informasi dari sejumlah besar orang yang terkait dengan pelayanan melalui representasinya yang dipilih secara acak yang kemudian disebut responden.

(5) Teknik perbandingan kualitas (*benchmark*)

Teknik *benchmark* dilakukan jika tim memandang bahwa terdapat banyak unit sejenis yang sudah memiliki SOP dapat dijadikan contoh untuk pengembangan SOP. Dari segi waktu teknik ini akan mempercepat proses perumusan SOP.

(6) Telaah dokumen (*review document*)

Telaah dokumen dilakukan untuk memperoleh informasi sekunder dari dokumen-dokumen pemerintah berkaitan dengan peraturan perundangan-perundang yang terkait dengan prosedur yang akan distandarkan.

2). Analisis dan Pemilihan Alternatif

Menurut Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2008 tentang Pedoman Penyusunan *Standard Operating Procedure* Administrasi Pemerintahan, Prinsip-prinsip penyusunan SOP sebagaimana diuraikan dapat digunakan sebagai acuan untuk menentukan mana alternatif prosedur yang akan dipilih untuk distandarkan antara lain, yaitu :

a) Kemudahan dan kejelasan

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

b) Efisiensi dan efektivitas

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

c) Keselarasan

Prosedur-prosedur yang distandarkan harus selaras dengan prosedur-

prosedur standar lain yang terkait.

d) Keterukuran

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

e) Dinamis

Prosedur yang distandarkan dapat dengan cepat disesuaikan dengan kebutuhan peningkatan kualitas pelayanan yang berkembang dalam penyelenggaraan administrasi pemerintahan.

f) Berorientasi pada pengguna (pihak yang dilayani)

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

g) Kepatuhan hukum

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

h) Kepastian hukum

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

Dengan menggunakan aspek-aspek tersebut di atas, setiap alternatif prosedur dapat diuji satu per satu. Hasil pengujian akan memberikan informasi mengenai keuntungan dan kerugian dari setiap alternatif yang diajukan.

3). Penulisan SOP

Kegiatan penulisan SOP adalah pembuatan unsur prosedur SOP yang terdiri dari bagian *flowchart* dan identitas dengan menggunakan lima simbol dan format diagram alir bercabang (*branching flowchart*). Dalam menentukan SOP yang akan dibuat, terlebih dahulu diidentifikasi melalui tugas dan fungsi sebagaimana yang telah dijelaskan pada bagian penilaian

kebutuhan. Hal yang penting dalam proses ini adalah bahwa aktivitas yang terdapat dalam organisasi saling terkait dengan proses dan prosedur yang akan distandarkan (Permenpan, 2012).

Menurut Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2008 tentang Pedoman Penyusunan *Standard Operating Procedure* Administrasi Pemerintahan, Beberapa aspek yang perlu diperhatikan dalam penulisan SOP, antara lain:

a). Tipe SOP

Terdapat dua tipe SOP yang dapat digunakan, yaitu *technical* SOP (Teknis) atau administratif SOP (Administratif). Dalam kaitan penulisan SOP ini, maka perlu ditetapkan terlebih dahulu tipe mana yang akan digunakan, yang sesuai dengan kebutuhan organisasi. Tipe SOP akan mempengaruhi cara penulisan.

b). Format SOP. Mengenai format SOP juga telah dibahas pada bab sebelumnya, yaitu: *Simple steps*, *Hierarchical steps*, *Graphic*, dan *Flowcharts*.

c). Tingkatan kerincian/detail

Jenis pekerjaan akan memberikan pengaruh pada tingkatan kerincian SOP yang akan dibuat.

(1) Untuk jenis pekerjaan yang prosedur-prosedurnya seringkali diinterupsi oleh hal-hal yang diluar kendali, sehingga harus diambil keputusan prosedur di luar prosedur yang telah standar, maka diperlukan SOP yang sifatnya memberikan pedoman umum (*guidelines*).

(2) Untuk jenis pekerjaan yang prosedur-prosedurnya sudah tetap, meskipun dapat diinterupsi oleh kondisi tertentu yang dapat diprediksi, maka diperlukan SOP yang detail.

Menurut Tambunan (2013:145), beberapa kriteria yang dapat digunakan untuk melihat kedalaman atau tingkat kerincian/detail SOP antara lain :

- a). Sejahteramana pihak pimpinan organisasi menghendaki tingkat ketelitian SOP yang akan disusun oleh tim pengembangan. Arahan pimpinan menjadi kriteria yang penting untuk dijadikan pertimbangan oleh tim pengembangan dalam menentukan tingkat ketelitian SOP.
- b). Sejahteramana berbagai peraturan perundang-undangan yang berlaku mengharuskan organisasi untuk menyusun SOP secara mendetail. Sebagaimana disebutkan pada bagian sebelumnya bahwa peraturan perundang-undangan menjadi salah satu faktor yang perlu dipertimbangkan dalam penyusunan SOP. Tingkat ketelitian/ kedalaman/ detail SOP juga ditentukan oleh kebutuhan terhadap kepatuhan pada peraturan perundang-undangan tersebut.
- c). Sejahteramana tuntutan pelanggan/masyarakat terhadap kualitas pelayanan yang dilaksanakan oleh organisasi. Organisasi masa kini umumnya memberikan fokus yang tegas terhadap pelanggannya. Dalam kaitan ini, seberapa jauh harapan masyarakat akan kualitas pelayanan yang diberikan oleh organisasi, akan menjadi bagian yang perlu dipertimbangkan dalam penentuan tingkat ketelitian/ kedalaman/ detail SOP.
- d) Sejahteramana sumber-sumber yang disediakan oleh organisasi kepada tim dalam kegiatan penyusunan SOP. Ketersediaan sumber-sumber yang dapat dipergunakan oleh tim pengembangan akan mempengaruhi ketersediaan informasi yang diperlukan.
- e) Sejahteramana tahapan prosedur yang distandarkan memiliki arti penting untuk penyelesaian suatu aktivitas. Dengan kriteria ini, tim pengembangan SOP dapat menentukan tahapan prosedur mana saja yang dapat dibuatkan SOP.
- f) Sejahteramana setiap tahapan prosedur memiliki sub tahapan lain yang perlu pula dijabarkan. Dalam prakteknya, setiap tahapan yang akan disusun SOP, akan mengandung sub tahapan lain yang kepentingannya untuk dicantumkan dalam SOP perlu diputuskan oleh tim pengembang. Oleh karena itu dengan kriteria ini tim pengembang

dapat mengidentifikasi sub-sub tahapan mana dari sebuah tahapan yang perlu dijabarkan ke dalam SOP.

- g) Sejahteramana setiap sub tahapan memiliki arti penting untuk penyelesaian suatu aktivitas. Untuk memutuskan apakah sebuah sub tahapan akan dibuatkan SOP-nya, maka perlu terlebih dahulu dilihat sejahteramana sebuah sub tahapan akan memiliki arti penting dalam memberikan kejelasan implementasi SOP. Makin jelas penguraian setiap tahapan kedalam sub-sub tahapan akan semakin teliti SOP yang dibuat oleh tim.
- h) Sejahteramana setiap tahapan mengandung banyak pengambilan keputusan. Setiap tahap seringkali terjadi prosedur dimana harus diambil keputusan oleh pelaksana. Dalam kaitan ini, tingkatan kedalaman/ ketelitian/detail SOP juga ditentukan oleh banyaknya jumlah proses pengambilan keputusan.

Tim pengembangan SOP juga harus memperhatikan siapa yang akan menjadi target pengguna SOP. Baik ketelitian/kedalaman/detail maupun kejelasan, kesederhanaan dan ketepatan SOP dapat dirumuskan apabila target pengguna SOP telah dirumuskan dengan jelas pula. Pada tingkatan yang sangat teknis, dimana keterampilan dan kemampuan pegawai sangat fungsional sesuai dengan prosedur yang akan dijalankannya, SOP dapat didesain sesuai dengan kebutuhan mereka. SOP ini tidak memerlukan banyak pengambilan keputusan, tahap demi tahap prosedur dibuat jelas dan terinci namun dalam bahasa teknis yang sederhana pula. Pada tingkatan lebih tinggi, SOP dibuat lebih terbuka dan semakin tinggi tingkatannya semakin banyak prosedur yang memerlukan pengambilan keputusan.

4). Pengujian dan *Review* SOP

Menurut Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan *Standard Operating Procedure* Administrasi

Pemerintahan, Tahapan pengujian dan *review* dilakukan melalui dua cara, yaitu:

- a) Simulasi, yaitu kegiatan menjalankan prosedur sesuai dengan SOP yang telah dibuat, tetapi tidak dengan pelaksana yang sebenarnya, melainkan oleh tim penyusun SOP untuk melihat apakah prosedur yang disusun telah memenuhi prinsip penyusunan SOP, dan;
- b) Uji Coba, yaitu kegiatan percobaan untuk menjalankan prosedur sesuai dengan SOP yang telah dibuat dengan melibatkan pelaksana yang sebenarnya sehingga kendala-kendala yang kemungkinan ditemui pada tahapan penerapan nantinya, dapat dikenali terlebih dahulu.

5). Pengesahan SOP

Menurut Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan *Standard Operating Procedure* Administrasi Pemerintahan, proses pengesahan merupakan tindakan pengambilan keputusan oleh pimpinan puncak. Proses pengesahan akan meliputi penelitian ulang oleh pimpinan puncak terhadap prosedur yang distandarkan. Namun demikian, pimpinan puncak, yang pada umumnya memiliki tingkat kesibukan yang padat, kadang kala tidak memiliki banyak waktu untuk meneliti secara seksama satu persatu prosedur yang telah dirumuskan oleh tim. Oleh karena itu, jika tim menyusun ringkasan eksekutif (*executive summary*), yang isinya secara garis besar telah diuraikan di atas, akan sangat membantu pimpinan puncak dalam memahami hasil rumusan sebelum melakukan pengesahan.

d. Penerapan SOP

Menurut Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan *Standard Operating Procedure* Administrasi Pemerintahan, keberhasilan pelaksanaan penerapan bergantung pada keberhasilan proses simulasi dan pengujian pada tahapan pengembangan

SOP. Artinya, keberhasilan pada tahapan tersebut juga akan menjamin keberhasilan pada praktek senyatanya.

Atas dasar hal tersebut di atas, untuk menjamin keberhasilan penerapan SOP diperlukan strategi penerapan yang meliputi langkah-langkah sebagai berikut:

1). Perencanaan Penerapan SOP

Pengembangan atau perubahan SOP harus disertai dengan rencana penerapan yang tepat. Rencana penerapan akan memberikan kesempatan untuk setiap anggota organisasi yang berkepentingan untuk mempelajari dan memahami semua tugas, arahan, dan jadwal serta kebutuhan sumber daya yang terkait.

2). Pemberitahuan (*Notification*)

Langkah selanjutnya dari proses penerapan setelah penyusunan rencana penerapan adalah proses pemberitahuan / penyebarluasan informasi perubahan.

3). Distribusi dan Aksesibilitas

Salinan/*copy* dari berbagai SOP yang dikembangkan harus tersedia untuk semua pelaksana yang terkait dalam SOP tersebut. Jika pelaksana tidak memiliki akses terhadap SOP yang baru dikembangkan, maka SOP tidak dapat diterapkan dengan baik, sehingga mereka tidak dapat dianggap bertanggung-jawab jika terdapat kesalahan prosedur. Pendistribusian adalah langkah selanjutnya yang harus dipertimbangkan pada rencana implementasi. Anggota organisasi tidak dapat mengimplementasikan SOP jika mereka tidak mengetahui bahwa ada SOP yang baru. Salinan SOP yang baru harus tersedia bagi semua pihak terkait. Untuk organisasi yang tidak memungkinkan untuk memberikan salinan kepada semua anggotanya, cara lain dapat ditempuh untuk menyebarkan informasi tersebut. Baik organisasi yang mampu memberikan salinan kepada seluruh anggota maupun tidak, organisasi tetap harus menyediakan akses ke salinan SOP yang lengkap. Salinan ini dapat diletakkan di lokasi yang dapat diakses oleh semua orang. Jika dimungkinkan, salinan SOP juga harus ditempatkan pada sistem komputer perusahaan dan tetap bisa diakses

oleh semua anggota. Pada tingkatan yang lebih lanjut penyimpanan SOP juga bisa dilakukan pada situs perusahaan. Besarnya organisasi, kondisi geografi, sumber daya, dan pertimbangan lainnya akan mempengaruhi proses bagaimana SOP tersebut didistribusikan. Apapun metode yang digunakan, tujuan utama dari proses ini adalah agar SOP tersedia bagi semua personel organisasi. Saat pendistribusian SOP baru atau revisian, kita harus memiliki catatan mengenai daftar penerima, waktu penerimaan, dan tempat penerimaan. Hal ini memberikan bukti tertulis bahwa setiap personel yang terdaftar telah mengetahui adanya SOP yang baru (CPPR MEP UGM, 2012).

4). Pelatihan Pemahaman SOP

Penerapan SOP yang efektif terkadang membutuhkan pelatihan untuk pelaksanaannya. Tergantung dengan kebutuhan dan waktu yang ada, pelatihan bisa dalam bentuk formal atau informal, dilaksanakan dalam kelas ataupun pada pelaksanaan tugas sehari-hari. Tapi apapun bentuknya, yang paling utama adalah program yang dirancang harus dapat memenuhi prinsip-prinsip pendidikan orang dewasa, dengan mempertimbangkan empat komponen utama: motivasi, alih informasi, kesempatan untuk melatih keterampilan baru, dan peningkatan kemampuan. Pemberian pelatihan dimulai dengan penilaian kebutuhan pelatihan, penyusunan materi pelatihan, pemilihan peserta pelatihan, pemilihan instruktur, serta penjadwalan dan pengadministrasian pelatihan. Perlu diingat bahwa SOP merupakan panduan untuk melakukan pekerjaan tertentu. Pelatihan biasanya mengasumsikan bahwa peserta telah mengetahui bagaimana cara melaksanakan pekerjaan dasar yang dibutuhkan pada SOP tersebut. Dengan kata lain pelatihan SOP hanya menjadi pelengkap kemampuan dasar peserta untuk dapat melaksanakan tugas tertentu secara efektif. Metode pelatihan juga harus dipertimbangkan secara matang. Metode tertentu hanya akan cocok untuk jenis pelatihan tertentu. Misalnya pelatihan yang membutuhkan banyak diskusi akan lebih tepat jika dilakukan di dalam kelas. Di lain pihak pelatihan yang membutuhkan

banyak praktik, akan lebih tepat jika dilakukan di luar kelas. (CPPR MEP UGM, 2012:5).

5). Supervisi

Penerapan SOP juga memerlukan adanya supervisi sampai SOP benar-benar dikuasai oleh para pelaksana. Dalam kaitan dengan hal ini, maka perlu dibentuk tim yang selalu siap memberikan supervisi secara terus menerus.

e. Monitoring dan Evaluasi Penerapan SOP

Menurut Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan *Standard Operating Procedure* Administrasi Pemerintahan, Pelaksanaan penerapan SOP harus secara terus menerus dipantau sehingga proses penerapannya dapat berjalan dengan baik. Masukan-masukan dalam setiap upaya monitoring akan menjadi bahan yang berharga dalam evaluasi sehingga penyempurnaan-penyempurnaan terhadap SOP dapat dilakukan secara cepat sesuai kebutuhan.

1). Monitoring

Proses ini harus diarahkan untuk membandingkan dan memastikan kinerja pelaksana sesuai dengan maksud dan tujuan yang tercantum dalam SOP yang baru, mengidentifikasi permasalahan yang mungkin timbul, dan menentukan cara untuk meningkatkan hasil penerapan atau menyediakan dukungan tambahan untuk semua pelaksana. Monitoring SOP dilaksanakan secara reguler setiap 6 (enam) bulan sekali sedangkan pelaksanaan monitoring secara umum melekat pada saat SOP dilaksanakan oleh pelaksananya. Selanjutnya, menurut Fatimah (2015:170), ada beberapa tahapan yang dapat dilakukan dalam kegiatan Monitoring SOP, yaitu :

- b) Merencanakan kegiatan monitoring
- c) Mempersiapkan tim monitoring
- d) Melaksanakan monitoring
- e) Membuat laporan terkait kegiatan monitoring yang dilakukan

- f) Membuat kesimpulan sementara sebagai bahan evaluasi
- g) Membuat usulan atau draft perbaikan SOP jika diperlukan

Dengan menggunakan instrumen-instrumen tersebut selanjutnya dapat ditentukan metode-metode monitoring, yang antara lain dapat berupa :

- a) Observasi Supervisor. Metode ini menggunakan supervisor di setiap unit kerja sebagai observer yang memantau jalannya penerapan SOP;
- b) Interview dengan pelaksana. Monitoring dilakukan melalui wawancara dengan para pelaksana;
- c) Interview dengan pelanggan/anggota masyarakat. Pengumpulan informasi dari pihak luar organisasi, terutama para pelanggan atau masyarakat;
- d) Pertemuan dan diskusi kelompok kerja;
- e) Pengarahan dalam pelaksanaan. Monitoring juga dapat dilakukan melalui pengarahan-pengarahan dalam pelaksanaan, untuk menjamin agar proses berjalan sesuai dengan prosedur yang telah dibakukan.

2). Evaluasi

SOP secara substansial akan membantu organisasi untuk mewujudkan sebuah komitmen jangka panjang dalam rangka membangun sebuah organisasi menjadi lebih efektif dan kohesif. Tidak selamanya sebuah SOP berlaku secara permanen, karena perubahan lingkungan organisasi selalu membawa pengaruh pada SOP yang telah ada. Oleh karena itulah SOP perlu secara terus menerus dievaluasi agar prosedur-prosedur dalam organisasi selalu merujuk pada akuntabilitas dan kinerja yang baik. Evaluasi SOP secara reguler dilaksanakan dalam kurun waktu 1 (satu) tahun dan secara insidental dapat dilakukan sesuai kebutuhan organisasi yang bersangkutan (Permenpan, 2012:44).

Tahapan evaluasi dalam siklus penyusunan SOP tidak hanya sekedar memberikan penilaian terhadap pelaksanaan SOP yang dalam penerapannya sudah sesuai atau belum dan merupakan sebuah analisis yang sistematis terhadap serangkaian proses operasi dan aktivitas yang telah dibakukan dalam bentuk SOP dari sebuah organisasi dalam rangka menentukan efektivitas pelaksanaan tugas

dan fungsi organisasi secara keseluruhan (Fatimah, 2015:176). Evaluasi merupakan analisis sistematis tentang operasional dan kegiatan organisasi dengan tujuan untuk melihat efektifitas SOP. Fokus utama pada proses ini adalah mengidentifikasi perubahan yang berpotensi mempengaruhi SOP dan menganalisis apakah tujuan dari SOP telah tercapai. Informasi inilah yang menentukan apakah SOP suatu organisasi membutuhkan perubahan atau tidak (CPPR MEP UGM, 2012:7). Tujuannya adalah untuk melihat kembali tingkat keakuratan dan ketepatan SOP yang sudah disusun dengan proses penyelenggaraan tugas dan fungsi organisasi sehingga organisasi dapat berjalan secara efisien dan efektif. Evaluasi sebagai langkah tindak lanjut dari tahapan monitoring, dapat meliputi substansi SOP itu sendiri atau berkaitan dengan proses penerapannya (Permenpan, 2012).

2.6 Manajemen Mutu

2.6.1 Definisi Manajemen Mutu

Pengertian Manajemen Mutu menurut Nawawi (2005:46) adalah manajemen fungsional dengan pendekatan yang secara terus menerus difokuskan pada peningkatan kualitas, agar produknya sesuai dengan standar kualitas dari masyarakat yang dilayani dalam pelaksanaan tugas pelayanan umum (*public service*) dan pembangunan masyarakat (*community development*)". Pengertian lain yang dikemukakan oleh Sallis (2006:73) bahwa Manajemen Mutu adalah dapat memberikan seperangkat alat praktis kepada setiap institusi dalam memenuhi kebutuhan, keinginan, dan harapan para pelanggannya, saat ini dan untuk masa yang akan datang. Sedangkan menurut Gasperz (2009:24) Manajemen Mutu merupakan pengendalian mutu yang didasarkan pada suatu filosofi untuk memenuhi kebutuhan pelanggan dengan sebaik-baiknya pada setiap usaha.

Menurut Standar Akreditasi Puskesmas tahun 2015, bahwa manajemen mutu adalah aktivitas dan fungsi manajemen secara keseluruhan yang menentukan kebijaksanaan mutu, tujuan-tujuan dan tanggung jawab, serta mengimplementasikannya melalui alat-alat seperti perencanaan mutu (*quality*

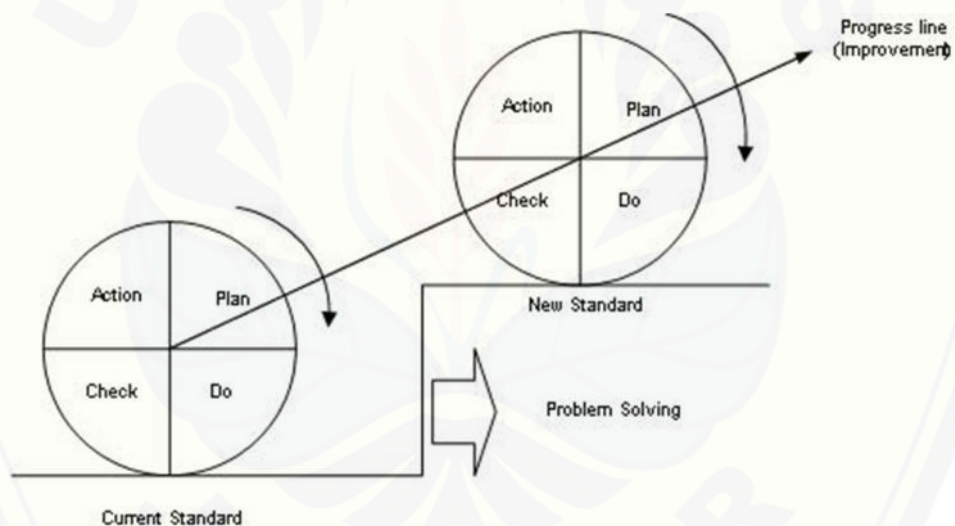
planning), pengendalian mutu (*quality control*), jaminan mutu (*quality assurance*) dan peningkatan mutu (*quality improvement*) dalam memenuhi kebutuhan, keinginan, dan harapan para pelanggan. Manajemen mutu berfokus pada perbaikan terus-menerus untuk memenuhi kepuasan pelanggan dan berorientasi pada proses yang mengintegrasikan semua sumber daya manusia, pemasok, dan para pelanggan di lingkungan perusahaan (Gasperz, 2009:44). Untuk menjamin bahwa perbaikan mutu, peningkatan kinerja dan penerapan manajemen risiko dilaksanakan secara berkesinambungan terutama di Puskesmas, maka perlu dilakukan penilaian oleh pihak eksternal dengan menggunakan standar yang ditetapkan yaitu melalui mekanisme akreditasi (Standar Akreditasi Puskesmas, 2015:33). Pelayanan Puskesmas juga harus memenuhi keselamatan masyarakat (*public safety*) dalam rangka melindungi kepentingan pasien, masyarakat dan petugas untuk itu pelayanan Puskesmas harus dilakukan sesuai dengan standar, yaitu terwujudnya peningkatan kualitas dan akses pelayanan kesehatan (Buku Standar Puskesmas, 2014: 31). Menurut Prof. Dr. dr. Akmal Taher, Sp. U(K) selaku Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Dasar tahun 2014, bahwa untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan juga diperlukan inovasi dalam pengembangan pelayanan kesehatan, tersedianya obat dan tenaga kesehatan yang sesuai standar, dan diperlukan kemitraan yang berdaya guna tinggi serta terakreditasinya Puskesmas sebagai FKTP untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Tujuan utama akreditasi Puskesmas adalah untuk pembinaan peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan pelayanan dan program, serta penerapan manajemen risiko, dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi (Permenkes RI Nomor 75 Tahun 2014).

2.6.2 PDCA (*Plan-Do-Check-Action*)

Teknik PDCA (*Plan-Do-Check-Action*) merupakan suatu metode untuk melakukan perbaikan proses secara kontinu. Teknik ini merupakan sebuah siklus

yang dipopulerkan oleh W. Edwards Deming yaitu professor, pengarang buku, pengajar dan konsultan. Ia dianggap sebagai bapak pengendalian kualitas modern sehingga siklus ini sering juga disebut dengan Siklus Deming. Siklus PDCA atau siklus ‘rencanakan, kerjakan, cek, tindak lanjuti’ adalah suatu proses pemecahan masalah empat langkah yang umum digunakan dalam pengendalian kualitas (Tjiptono, 2011:12).

Menurut Ariani (2004:155), siklus PDCA dapat diibaratkan seperti sebuah bola yang harus di dorong naik menuju ke arah tujuan yang telah ditetapkan yang letaknya diatas. Bola siklus PDCA ini digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.4 Siklus PDCA

Sumber: Ariani, 2004

Menurut Bustami (2011:78) Siklus PDCA adalah proses empat langkah untuk meningkatkan mutu, yaitu :

a. *Plan* (Perencanaan)

Tahap Plan adalah tahap untuk menetapkan target atau sasaran yang ingin dicapai dalam peningkatan proses ataupun permasalahan yang ingin dipecahkan, kemudian menentukan metode yang akan digunakan untuk mencapai target atau

sasaran yang telah ditetapkan tersebut. Menurut Standar Akreditasi Puskesmas Tahun 2015, dalam tahap *Plan* ini juga meliputi pembentukan Tim Peningkatan Proses (*Process Improvement Team*) dan melakukan pelatihan-pelatihan terhadap sumber daya manusia yang berada di dalam tim tersebut serta batas-batas waktu (jadwal) yang diperlukan untuk melakukan perencanaan-perencanaan yang telah ditentukan dan merupakan rencana kerja yang dituangkan dalam suatu dokumen kinerja yang berisi seluruh kegiatan yang akan dilaksanakan, identifikasi pekerjaan diselenggarakan menjadi suatu dokumen bermuatan rencana besar organisasi atau kegiatan dalam mencapai tujuan, yaitu : Kebijakan, Manual Mutu, Rencana Lima Tahunan Puskesmas, Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP), Rencana Usulan Kegiatan (RUK), Rencana Pelaksanaan Kegiatan), Pedoman/Panduan, Kerangka Acuan Kegiatan (KAK), *Standard Operating Procedure* (SOP). Dokumen mutu ini menjadi pedoman dan alat ukur pencapaian tujuan atau target dan merupakan pedoman dalam pelaksanaan kerja. Penyusunan perencanaan harus tetap mengacu pada sasaran mutu yang ingin dicapai.

b. *Do* (Kerjakan)

Pada langkah ini organisasi melakukan apa yang rencanakannya pada tahapan pertama serta mengembangkan dan menguji beberapa solusi yang potensial. Hal apa yang harus dilakukan dan bagaimana cara menjalankan pekerjaan dan menyusun rencana yang akan dilakukan atau menentukan masalah yang akan diatasi serta dapat mencari solusi untuk mengatasi masalah tersebut. Pada tahap ini pihak manjerial akan melaksanakan sosialisasi sistem kerja sesuai dengan yang sudah direncanakan, mulai dari persiapan, pelaksanaan, waktu pencapaian, metode, dan sistem evaluasi sistem skor yang sudah dibuat. Tahap ini juga dilakukan pengembangan dan menguji beberapa solusi yang potensial. Fase ini melibatkan beberapa kegiatan antara lain:

1. Menghasilkan solusi yang mungkin.
2. Memilih yang terbaik dari solusi tersebut, bisa dengan menggunakan *Impact Analysis*
3. Menerapkan atau menguji solusi yang di dapat pada skala kecil atau group kecil atau pada area yang terbatas.

Dalam siklus PDCA, Do bukanlah menjalankan proses tetapi melakukan uji coba atau test dan proses dijalankan pada tahap Action serta dalam tahap ini ada rekaman atau bukti yang harus dilakukan yaitu membuat daftar tilik apabila kegiatan yang dilakukan sesuai dengan *Standard Operating Procedure* (SOP).

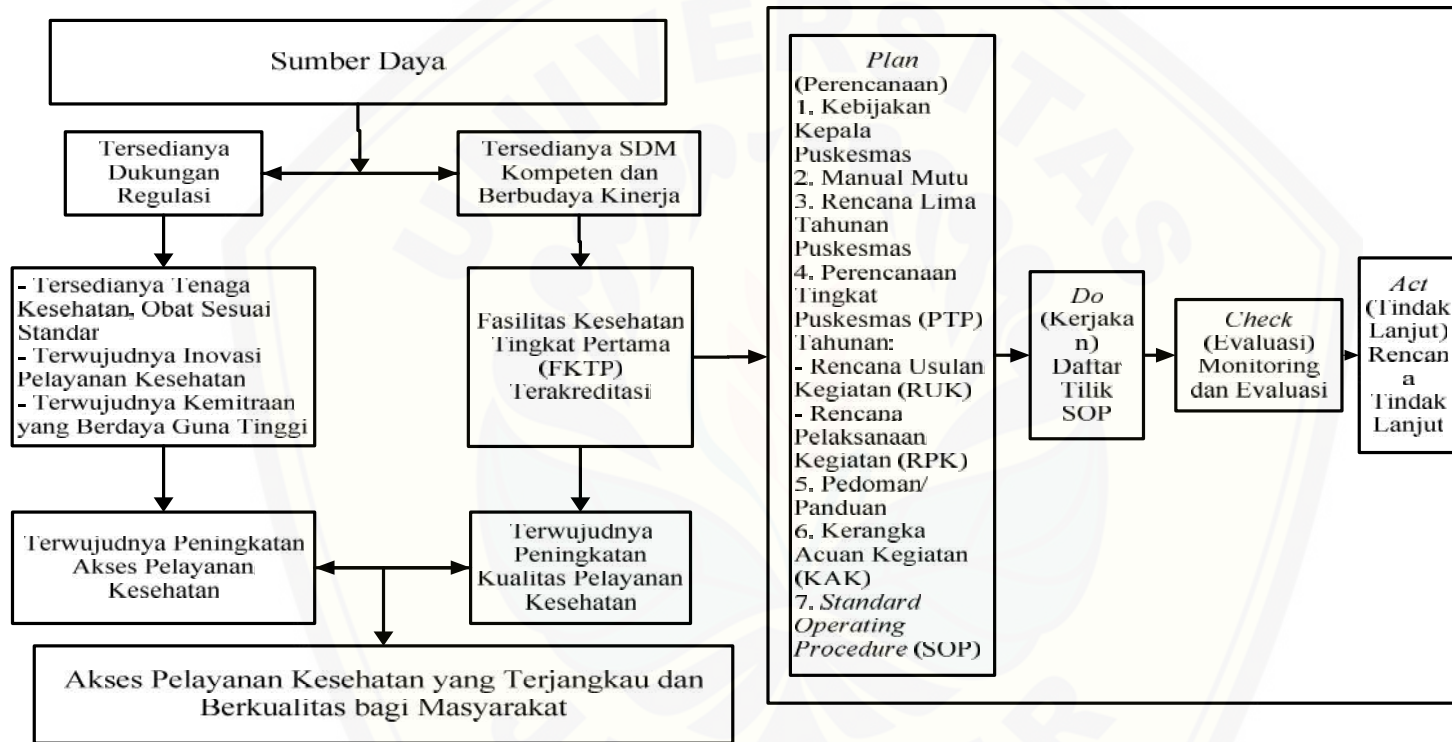
c. *Check* (Evaluasi)

Organisasi selanjutnya memeriksa dan melihat apakah hal tersebut telah memenuhi semua persyaratan dari pelanggan. Mengukur tingkat efektifitas hasil uji tes solusi yang dikerjakan dan menganalisa apakah hal itu bisa diterapkan dengan cara lain. Pada tahap ini dapat mengukur seberapa efektif percobaan yang telah dilakukan pada tahap siklus PDCA sebelumnya, yaitu *Do*. Dalam tahap *Do* dan *Check* dapat dilakukan monitoring dan evaluasi untuk perbaikan tahap sebelumnya.

d. *Act* (Tindak Lanjut)

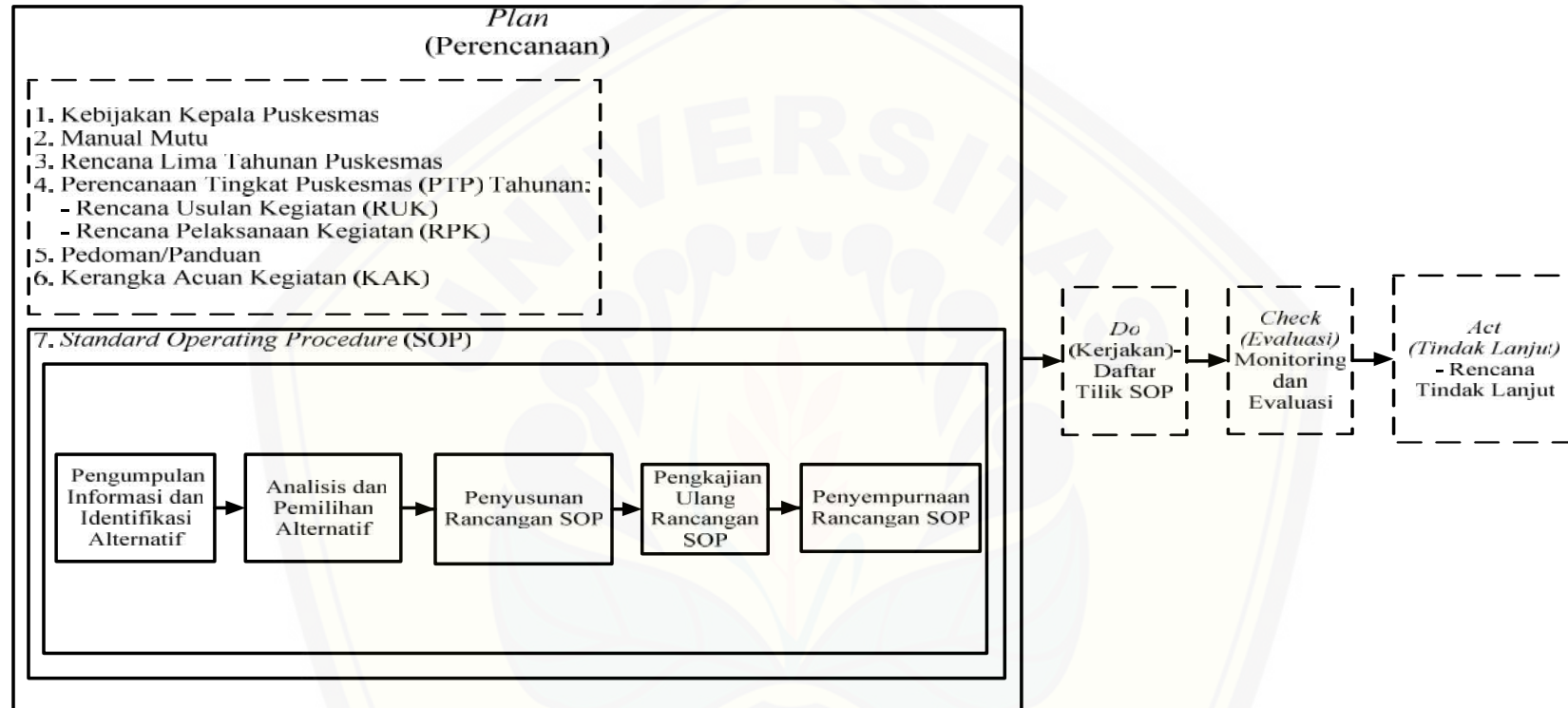
Secara umum organisasi membuat perubahan yang sesuai apabila diperlukan sehingga ia akan memenuhi persyaratan pelanggan di waktu selanjutnya. Menindaklanjuti hasil untuk membuat perbaikan yang diperlukan, berarti juga meninjau seluruh langkah dan memodifikasi proses untuk memperbaikinya sebelum implementasi berikutnya. Jika tahapan ini sudah selesai dan kita sudah sampai di tahapan berikutnya yang lebih baik, kita bisa mengulang proses ini dari awal kembali untuk mencapai tahapan yang lebih tinggi. Hal ini dapat dilakukan dengan melakukan Rencana Tindak Lanjut yang dapat dibahas di dalam rapat Tinjauan Manajemen dan Audit Internal Manajemen untuk membuat perbaikan yang diperlukan serta dapat meninjau seluruh langkah dan memodifikasi proses untuk memperbaiki sebelum implementasi berikutnya. Jika tahapan ini sudah selesai dan kita sudah sampai di tahapan berikutnya yang lebih baik, kita bisa mengulang proses ini dari awal kembali untuk mencapai tahapan yang lebih tinggi.

2.7 Kerangka Teori



Gambar 2.5 Kerangka Teori: Modifikasi Siklus PDCA dari Ariani (2004:155), Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi FKTP (2015)

2.7.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :

- = Diteliti
- = Tidak Diteliti

Gambar 2.6 Kerangka Konseptual

Kerangka konseptual tersebut menjelaskan unsur-unsur penyusun pengembangan SOP pendaftaran pasien, pengisian diagnosa *P-Care*, dan rujukan pasien BPJS yang digunakan dalam penelitian ini. SOP terdapat dalam suatu perencanaan yang merupakan unsur penyusun dalam sistem manajemen mutu. Manajemen Mutu adalah manajemen fungsional dengan pendekatan yang secara terus menerus difokuskan pada peningkatan kualitas, agar produknya sesuai dengan standar kualitas dari masyarakat yang dilayani dalam pelaksanaan tugas pelayanan umum (*public service*) dan pembangunan masyarakat (*community development*). Di dalam meningkatkan mutu pelayanan maka diperlukan suatu metode untuk melakukan perbaikan proses secara kontinu dan metode ini disebut dengan metode atau teknik PDCA (*Plan-Do-Check-Act*). Pada tahap *Plan* yang sesuai dengan kerangka konseptual diatas, maka sebuah perencanaan dalam meningkatkan mutu pelayanan terdiri dari beberapa dokumen yang harus dimiliki oleh Puskesmas. Penelitian ini akan menghasilkan suatu produk yang berupa SOP pendaftaran pasien, pengisian diagnosa *P-Care*, dan rujukan pasien BPJS melalui beberapa tahap yang juga sebagai variabel dalam penelitian ini. SOP adalah suatu standar / pedoman tertulis yang dipergunakan untuk mendorong dan menggerakkan suatu kelompok untuk mencapai tujuan organisasi. *Standard Operating Procedure* merupakan tata cara atau tahapan yang dibakukan dan yang harus dilalui untuk menyelesaikan suatu proses kerja tertentu. Selanjutnya pengembangan SOP pendaftaran pasien, pengisian diagnosa *P-Care*, dan rujukan pasien BPJS berupa proses mulai dari pengumpulan informasi dan identifikasi alternatif, analisis dan pemilihan alternatif, penyusunan rancangan SOP, pengkajian ulang rancangan SOP, dan penyempurnaan rancangan SOP.

Pengembangan SOP di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember merupakan sebuah prosedur tetap dari aplikasi *P-Care* BPJS Kesehatan yang bermanfaat bagi tenaga kesehatan dan Puskesmas untuk melakukan prosedur sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan. Sehingga, dari penelitian ini dapat memberikan hasil dari suatu proses pengembangan yang berupa SOP pendaftaran pasien, pengisian diagnosa *P-Care*, dan rujukan pasien BPJS.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini termasuk dalam penelitian *research and development* (penelitian dan pengembangan), yaitu merupakan metode penelitian yang digunakan untuk meneliti, merancang, memproduksi dan menguji validitas produk yang telah dihasilkan (Sugiyono, 2015:30). Untuk dapat menghasilkan produk tertentu digunakan penelitian yang bersifat analisis kebutuhan dan untuk menguji keefektifan produk tersebut supaya dapat berfungsi di masyarakat luas, maka diperlukan penelitian untuk menguji keefektifan produk tersebut (Sugiyono, 2014:113). Penelitian ini dilakukan untuk mengembangkan *Standard Operating Procedure* (SOP) Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS dengan menyusun *Standard Operating Procedure* (SOP) secara objektif untuk dijadikan acuan dalam pendaftaran pasien, pengisian diagnosa Website *P-Care*, dan rujukan pasien BPJS di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.

Berdasarkan waktu penelitiannya, penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional*. Rancangan *cross sectional* merupakan rancangan penelitian dengan melakukan pengukuran atau pengamatan pada saat bersamaan (Hidayat, 2011:89).

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember. Peneliti memutuskan melakukan penelitian di tempat tersebut karena berdasarkan data primer yang di dapat dari studi pendahuluan. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari - Februari 2016. Kegiatan ini dimulai dengan penyusunan proposal, pelaksanaan penelitian, validasi hasil penelitian sampai penyusunan laporan (Sugiyono, 2014:115).

3.3 Unit Analisis dan Responden

3.3.1 Unit Analisis

Unit analisis adalah sumber informasi mengenai variabel yang akan diolah pada tahap analisis data, unit analisis dapat berupa individu, kelompok, organisasi atau artefak sosial (Hamidi, 2005:75-76). Unit analisis yang digunakan oleh peneliti adalah Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.

3.3.2 Responden

Responden adalah orang yang diminta memberikan keterangan tentang suatu fakta atau pendapat (Usman dan Akbar, 2006:78). Keterangan tersebut dapat disampaikan dalam lisan, ketika menjawab wawancara. Responden yang diambil adalah Kepala Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember sebagai penanggung jawab pengembangan SOP Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS, Petugas Loker Pendaftaran Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember yang berjumlah 1 orang, dan Tenaga Kesehatan yang berhubungan dengan pengembangan SOP Pendaftaran Pasien BPJS, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS yaitu Dokter Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember yang berjumlah 1 orang, Bidan Pelaksana Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember yang berjumlah 4 orang, dan Perawat Pelaksana Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember yang berjumlah 4 orang.

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel merupakan sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki oleh anggota kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok yang lain (Notoatmodjo, 2010:66). Adapun variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah pengumpulan informasi dan identifikasi alternatif *Standard Operating Procedure* (SOP), analisis dan pemilihan alternatif,

penyusunan rancangan SOP, pengkajian ulang rancangan SOP, dan penyempurnaan rancangan SOP.

3.4.2 Definisi operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan. Definisi operasional bermanfaat untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen (Notoatmodjo, 2010:91). Definisi operasional dan cara pengukuran yang akan digunakan dalam penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 3.1 sebagai berikut:

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian

No.	Variabel	Definisi	Cara Pengumpulan Data dan Instrumen	Hasil yang Dicapai
1.	Pengumpulan Informasi dan Identifikasi Alternatif <i>Standard Operating Procedure</i> (SOP)	Upaya untuk mendapatkan berbagai hal dan kegiatan yang berhubungan dengan alur proses pendaftaran pasien BPJS, pengisian diagnosa Website <i>P-Care</i> , dan rujukan pasien BPJS sebagai bahan untuk menentukan prosedur mana yang akan distandarkan. Identifikasi Alternatif adalah Upaya yang dapat dilakukan dengan memisahkan alternatif yang dicari dari sumber primer dan sumber sekunder.	Wawancara mendalam (panduan wawancara poin B), Observasi (Lembar Observasi poin E), dan Telaah Dokumen (Form Telaah Dokumen poin F)	Daftar isian aktivitas, persyaratan, dan output pada prosedur yang akan distandarkan (Form isian aktivitas, persyaratan, dan output pada prosedur yang akan distandarkan) Daftar Identifikasi Alternatif (Form Identifikasi Alternatif)
2.	Analisis dan Pemilihan Alternatif	Upaya memilah aktivitas dari form isian, untuk menentukan mana alternatif prosedur yang akan dipilih untuk distandarkan dengan cara menguji setiap alternatif prosedur satu per satu sehingga ditemukan keuntungan dan kerugian dari setiap alternatif yang diajukan	-	Daftar alternatif prosedur beserta keuntungan dan kerugiannya (Form Analisis dan Pemilihan)
3.	Penyusunan Rancangan SOP	Membuat prosedur tetap pada proses pengembangan <i>Standard Operating Procedure</i> (SOP) pendaftaran pasien BPJS, pengisian diagnosa Website <i>P-Care</i> , dan	-	Rancangan SOP

No.	Variabel	Definisi	Cara Pengumpulan Data dan Instrumen	Hasil yang Dicapai
		rujukan pasien BPJS dengan menentukan format SOP yang sesuai		
4.	Pengkajian Ulang Rancangan SOP	Meninjau kembali draft SOP yang telah dibuat dengan cara menjalankan prosedur sesuai dengan SOP yang telah dibuat, tetapi tidak dengan pelaksana yang sebenarnya, melainkan oleh penyusun SOP dengan salah satu pihak dari Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember untuk melihat apakah prosedur yang disusun telah memenuhi prinsip penyusunan SOP	<i>Focus Group Discussion (FGD)</i>	Daftar masukan FGD
5.	Penyempurnaan Rancangan SOP	Menyusun SOP yang telah disesuaikan dengan keadaan sesungguhnya	-	Rancangan SOP yang direkomendasikan

3.5 Data dan Sumber Data

Data adalah suatu bahan mentah yang jika diolah dengan baik melalui berbagai analisis dapat melahirkan berbagai informasi (Usman dan Akbar : 2006:87). Sumber data adalah subjek dari mana data dapat diperoleh (Arikunto, 2006:34). Data yang digunakan dalam penelitian ini ada dua, yaitu:

3.5.1. Data primer

Data primer merupakan data yang didapat dari sumber pertama. Data sumber pertama yang diperoleh dari individu atau perorangan dapat berupa hasil kumpulan wawancara yang dilakukan oleh peneliti (Sugiyono, 2011:156). Data primer pada penelitian ini adalah mengumpulkan informasi dan identifikasi alternatif proses pendaftaran pasien, pengisian diagnosa *P-Care*, dan rujukan pasien BPJS, menganalisis dan melakukan pemilihan alternatif, menyusun rancangan *Standard Operating Procedure (SOP)* pendaftaran pasien, pengisian diagnosa Website *P-Care*, dan rujukan pasien BPJS, menguji ulang rancangan *Standard Operating Procedure (SOP)* pendaftaran pasien, pengisian diagnosa Website *P-Care*, dan rujukan pasien

BPJS, dan melakukan penyempurnaan rancangan *Standard Operating Procedure* (SOP) pendaftaran pasien, pengisian diagnosa Website *P-Care*, dan rujukan pasien BPJS di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.

3.5.2 Data sekunder

Menurut Sedamayanti (dalam Purwanto 2011:66), data sekunder merupakan data yang dikumpulkan melalui pihak kedua. Data sekunder dapat juga berupa data yang diperoleh dari buku literatur, arsip, dan dokumen yang dimiliki oleh instansi bersangkutan atau media yang lain (Sugiarto, 2003:143). Data sekunder pada penelitian ini adalah *Standard Operating Procedure* (SOP) pendaftaran pasien dan rujukan pasien dari dokumen ISO 9001:2008, SOP Pendaftaran Pasien dari Puskesmas Panarukan Situbondo, SOP Pelayanan Klinis dari Puskesmas Watumalang Wonosobo, SOP Rujukan Pasien dari Puskesmas Watumalang Wonosobo, Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan tahun 2014, dan informasi keterlambatan pengisian diagnosa Website *P-Care* BPJS Kesehatan yang diperoleh dari aplikasi *P-Care* BPJS Kesehatan.

3.6 Teknik Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan prosedur yang sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan. Teknik pengumpulan data merupakan bagian instrumen pengumpulan data yang menentukan keberhasilan suatu penelitian (Nazir, 2005:175). Data pada penelitian ini akan dikumpulkan dengan cara sebagai berikut :

a. Wawancara

Pengumpulan data primer dilakukan dengan cara wawancara merupakan suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data keterangan secara lisan dari seorang subyek penelitian (informan) dengan cara bercakap-cakap dengan

informan tersebut (Notoatmodjo, 2010:102). Jenis wawancara yang dilakukan adalah *Interview* (wawancara dengan kuesioner) merupakan proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab, sambil bertatap muka antara penanya atau pewawancara dengan kuesioner dengan penjawab atau responden dengan menggunakan alat yang dinamakan *interview guide* (panduan wawancara dengan kuesioner) yang didalam pelaksanaannya berupa kuesioner. Wawancara dengan kuesioner juga merupakan suatu proses pengumpulan data untuk suatu penelitian. Selain itu, juga digunakan wawancara bebas (*inguided interview*), dimana pewawancara bebas menanyakan apa saja, tetapi juga mengingat akan data apa yang akan dikumpulkan (Arikunto, 2006:24). Wawancara digunakan sebagai teknik pengumpulan data apabila peneliti ingin mengetahui hal-hal dari responden yang lebih mendalam (Sugiyono, 2013:72).

Wawancara mendalam dilakukan dengan menggunakan jenis wawancara tidak terstruktur. Wawancara tidak terstruktur adalah wawancara yang bebas dimana peneliti tidak menggunakan pedoman wawancara yang telah tersusun secara sistematis dan lengkap untuk pengumpulan datanya (Sugiyono, 2013:74). Pedoman wawancara yang digunakan hanya berupa garis besar permasalahan yang akan ditanyakan.

b. Observasi

Observasi disebut juga dengan pengamatan, meliputi kegiatan pemantauan perhatian terhadap suatu objek dengan menggunakan seluruh alat indera. Jadi, observasi adalah pengamatan langsung (Arikunto, 2002:29). Kegiatan observasi meliputi melakukan pencatatan secara sistematis kejadian-kejadian, perilaku, obyek-obyek yang dilihat dan hal-hal lain yang diperlukan dalam mendukung penelitian yang sedang dilakukan. Pada tahap awal observasi dilakukan secara umum, peneliti mengumpulkan data atau informasi sebanyak mungkin. Tahap selanjutnya, peneliti harus melakukan observasi yang terfokus, yaitu mulai menyempitkan data atau informasi yang diperlukan sehingga peneliti dapat menemukan pola-pola perilaku dan hubungan yang terus menerus (Jonathan, 2006:224). Observasi dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui proses

pengembangan *Standard Operating Procedure* (SOP) pendaftaran pasien, pengisian diagnosa Website *P-Care*, dan rujukan pasien BPJS.

c. Studi Dokumen

Studi dokumen merupakan metode pengumpulan data berdasarkan pada catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, agenda, notulen rapat, dan sebagainya (Arikunto, 2006:135). Data sekunder dikumpulkan melalui studi dokumen yang diperoleh dari dokumen ISO 9001:2008 Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember. Penggunaan studi dokumentasi dalam penelitian ini didasarkan karena dokumen dapat memberi informasi yang tidak dapat diperoleh melalui wawancara. Studi dokumentasi dilakukan guna mengumpulkan data terkait prosedur kegiatan Pendaftaran Pasien BPJS, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.

d. *Focus Group Discussion* (FGD)

FGD merupakan sebuah teknik pengumpulan data yang digunakan pada kegiatan kualitatif dengan tujuan menemukan makna sebuah tema menurut pemahaman sebuah kelompok. Teknik ini digunakan untuk mengungkap pemaknaan dari suatu kelompok berdasarkan hasil diskusi yang terpusat pada satu permasalahan (Budiarto, 2004:23).

Menurut Irwanto (2006:75), Langkah-langkah untuk persiapan FGD sebagai berikut:

1) Membentuk Tim

1. Moderator

Moderator dalam pelaksanaan FGD untuk melaksanakan pengkajian ulang *Standard Operating Procedure* (SOP) pendaftaran pasien, pengisian diagnosa Website *P-Care*, dan rujukan pasien BPJS adalah Koordinator SIK/SP2TP di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.

2. Asisten Moderator/co-fasilitator

Asisten moderator/co-fasilitator dalam pelaksanaan FGD untuk melaksanakan pengkajian ulang *Standard Operating Procedure* (SOP) pendaftaran pasien, pengisian diagnosa Website *P-Care*, dan rujukan pasien BPJS

adalah Koordinator Pengendali Dokumen di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.

3. Pencatat Proses/Notulen

Pencatat proses/notulen dalam pelaksanaan FGD untuk melaksanakan pengkajian ulang *Standard Operating Procedure* (SOP) pendaftaran pasien, pengisian diagnosa Website *P-Care*, dan rujukan pasien BPJS adalah Staf Tata Usaha di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.

4. Penghubung Peserta

Penghubung peserta dalam pelaksanaan FGD untuk melaksanakan pengkajian ulang *Standard Operating Procedure* (SOP) pendaftaran pasien, pengisian diagnosa Website *P-Care*, dan rujukan pasien BPJS adalah Kasubbag Tata Usaha di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.

5. Penyedia Logistik

Penyedia logistik dalam pelaksanaan FGD untuk melaksanakan pengkajian ulang *Standard Operating Procedure* (SOP) pendaftaran pasien, pengisian diagnosa Website *P-Care*, dan rujukan pasien BPJS adalah Bendahara Pengeluaran Pembantu di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.

6. Dokumentasi

Dokumentasi dalam pelaksanaan FGD untuk melaksanakan pengkajian ulang *Standard Operating Procedure* (SOP) pendaftaran pasien, pengisian diagnosa Website *P-Care*, dan rujukan pasien BPJS adalah Staf Tata Usaha di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.

2) Memilih dan Mengatur Tempat

Tempat yang tepat dalam pelaksanaan FGD untuk melaksanakan pengkajian ulang *Standard Operating Procedure* (SOP) pendaftaran pasien BPJS, pengisian diagnosa Website *P-Care*, dan rujukan pasien BPJS adalah Aula Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.

3) Jumlah Peserta

Peserta yang hadir dalam pelaksanaan FGD untuk melaksanakan pengkajian ulang *Standard Operating Procedure* (SOP) pendaftaran pasien, pengisian diagnosa Website *P-Care*, dan rujukan pasien BPJS berjumlah 10 orang yang

terdiri dari dokter, perawat pelaksana, dan bidan pelaksana di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.

Pelaksanaan diskusi dipimpin oleh seorang pemimpin diskusi yang dalam penelitian ini dipimpin oleh Ketua Tim Manajemen Mutu dan juga bisa dibantu oleh pencatat proses/notulen yaitu Staf Tata Usaha yang akan mencatat jalannya diskusi. Namun bisa saja pimpinan diskusi mencatat sendiri jalannya diskusi. Pada awal diskusi pimpinan diskusi mengarahkan fokus dan jalannya diskusi serta hal-hal yang akan dicapai pada akhir diskusi. Peserta benar-benar dihadapkan dengan satu fokus persoalan yang sedang dihadapi dan dibahas bersama. Sasaran diskusi dapat dirumuskan sendiri oleh pimpinan diskusi agar peserta melakukan diskusi secara terfokus. Dan pada saat diskusi berlangsung, pimpinan diskusi selain menjadi katalisator, ia selalu menjaga dinamika diskusi agar diskusi berjalan dengan lancar (Budiarto, 2004:23).

Bahan diskusi dicatat dalam transkrip yang lengkap, semua percakapan dicatat sebagaimana adanya, termasuk komentar peserta kepada peserta lain, dan kejadian-kejadian khusus saat diskusi. Transkrip FGD dibuat berdasarkan kronologis pembicaraan agar memudahkan analisis (Bungin, 2005:65).

3.6.2 Instrumen Penelitian

Instrumen atau alat penelitian dalam penelitian *research and development* adalah lembar observasi berupa form isian yang berisi kolom-kolom dengan isi kegiatan dari proses pengembangan *Standard Operating Procedure* (SOP) pendaftaran pasien, pengisian diagnosa Website *P-Care*, dan rujukan pasien BPJS, telaah dokumen yang berupa form isian prosedur kegiatan proses pengembangan *Standard Operating Procedure* (SOP) pendaftaran pasien, pengisian diagnosa Website *P-Care*, dan rujukan pasien BPJS serta panduan wawancara yang dapat mengarahkan dan membantu pewawancara dalam kegiatan pengumpulan data (Sugiyono, 2011:61).

Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data yaitu dengan menggunakan dengan menggunakan panduan wawancara, lembar observasi,

kertas untuk mencatat dan pulpen untuk mempermudah peneliti dalam melakukan observasi, dan form telaah dokumen.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

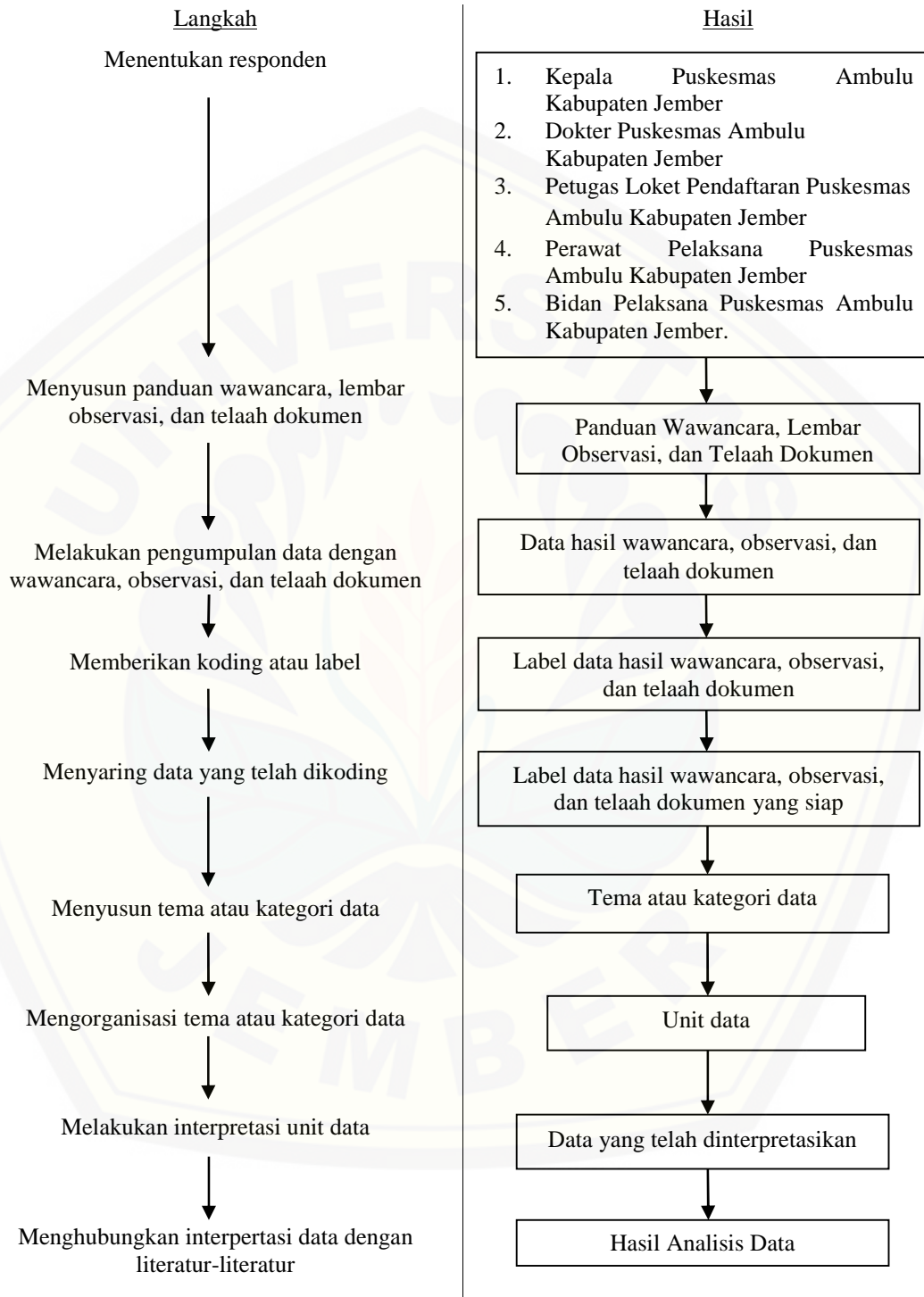
3.7.1 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang dilakukan agar data dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan, sehingga data yang disajikan harus sederhana dan jelas agar mudah dibaca dan dipahami. Cara penyajian data penelitian dikelompokkan menjadi tiga yaitu dalam bentuk teks, tabel dan grafik (Notoatmodjo, 2010:194). Penyajian data dari panduan wawancara, hasil observasi, telaah dokumen dan FGD yang dilakukan perlu diatur atau disajikan dalam bentuk tertentu, agar data dapat dipahami sesuai dengan tujuan yang diinginkan. Dalam penelitian ini data ditampilkan dalam bentuk narasi (*textular*).

3.7.2 Analisis Data

Data yang telah disajikan tersebut kemudian dianalisis. Analisa data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah, karena analisis data dapat memberikan arti dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian (Dahlan, 2008:78). Hasil penelitian ini kemudian dianalisis dengan analisis deskriptif berdasarkan langkah pengembangan *Standard Operating Procedure* (SOP) dengan maksud untuk menggambarkan proses penyusunan dokumen *Standard Operating Procedure* (SOP) pendaftaran pasien, pengisian diagnosa Website *P-Care*, dan rujukan pasien BPJS di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.

3.8 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan berkaitan dengan pengembangan *Standard Operating Procedure* (SOP) dihasilkan tiga output SOP, yaitu : SOP Pendaftaran Pasien BPJS, SOP Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan SOP Rujukan Pasien BPJS di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengembangan SOP Pendaftaran Pasien BPJS, SOP Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan SOP Rujukan Pasien BPJS di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember terdiri dari lima tahapan yaitu: pengumpulan informasi dan identifikasi alternatif, analisis dan pemilihan alternatif, penyusunan rancangan *Standard Operating Procedure* (SOP), pengkajian ulang rancangan *Standard Operating Procedure* (SOP), dan penyempurnaan rancangan *Standard Operating Procedure* (SOP).
2. Perbedaan susunan isi SOP dengan kebijakan yang berlaku terletak pada prosedur, unit terkait, dan dokumen terkait.
3. Unsur-unsur penyusun SOP yang sama dengan kebijakan yang berlaku terletak pada Kotak Heading (Logo Pemerintah, Judul SOP, No. Dokumen, No. Revisi, Tanggal Terbit, Halaman, Logo Puskesmas, Ditetapkan Kepala Puskesmas, Tanda Tangan, dan Nama Puskesmas).

5.2 Saran

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan terdapat beberapa saran yang dapat diberikan yaitu:

1. Dalam melakukan pengembangan SOP, Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember dan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember harus sesuai dengan kelima tahapan tersebut karena seiring berjalannya waktu kebutuhan SOP setiap organisasi dapat berubah dan Puskesmas serta Dinas Kesehatan harus mengetahui perubahan tersebut agar tidak terjadi kesenjangan SOP dikemudian hari.
2. Bagi Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember perlu melakukan perubahan atau penyempurnaan, apabila terdapat perbedaan unsur-unsur penyusun SOP dan ditulis di kolom rekaman historis perubahan untuk perbaikan berkelanjutan SOP tersebut.
3. Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember perlu melakukan monitoring dan evaluasi 6 bulan sekali untuk mengetahui bahwa semua unsur penyusun SOP sudah terpenuhi dan prosedur berjalan secara efektif serta efisien sesuai dengan kebijakan yang berlaku.
4. Bagi Peneliti selanjutnya perlu dilakukan sebuah pengembangan SOP untuk mengantisipasi apabila pada waktu mengakses website *P-Care* BPJS Kesehatan terdapat beberapa masalah dan ada salah satu tahapan yang tidak bisa dilakukan dalam pengembangan SOP.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariani, W. 2004. *Pengendalian Kualitas Statistik (Pendekatan Kualitatif dalam manajemen kualitas)*. Yogyakarta: Andi Yogyakarta.
- Arikunto, S. 2002. *Prosedur Penelitian suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Atmoko, T. 2011. *Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah*. [serial online]. <http://resources.unpad.ac.id/unpad>. [10 Maret 2015].
- Bidang Bina Pelayanan Kesehatan. 2013. *Buku Standar Puskesmas*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- BPJS Kesehatan, 2014. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan, 2014. *Panduan Layanan bagi Peserta BPJS Kesehatan*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan, 2014. *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan, 2014. *Bridging System Perpendek Antrean Pelayanan : Info BPJS Kesehatan edisi X*. Diterbitkan. Buletin. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan, 2014. *Peningkatan Kualitas Faskes Tingkat Pertama*. BPJS Kesehatan 2014. [serial online]. <http://bpjs-kesehatan.go.id/>. [15 Mei 2015].

- Bungin, B. 2005. *Metodologi Penelitian Kuantitatif Komunikasi, Ekonomi, dan Kebijakan Publik serta Ilmu-Ilmu Sosial Lainnya, Edisi Pertama, Cetakan Pertama*. Prenada Media: Jakarta.
- Bustami. 2011. *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan dan Akseptabilitasnya*. Erlangga: Jakarta.
- Budiarto, E. 2004. *Metode Penelitian Kedokteran :Sebuah Pengantar*. Jakarta: EGC.
- Center Policy and Procurement Reform Magister Ekonomika Pembangunan (CPPR MEP). 2012. *Pengembangan Standard Operating Procedure (SOP)*. Yogyakarta.
- Dahlan, M. S. 2008. *Statistik Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Depkes RI. 2011. *Pedoman Perencanaan Tingkat Puskesmas*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.
- Departemen Kesehatan RI. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan No. 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan RI. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Dasar. 2015. *Standar Akreditasi Puskesmas*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Dasar. 2015. *Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Dasar. 2015. *Pedoman Survei Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Ekotama, S. 2013. *Cara Mudah Bikin Standard Operating Procedure Agar Bisnis Lebih Praktis*. Yogyakarta: Media Pressindo.

Fatimah, E. N., Arditya, A., dan Alviani, P. 2015. *Strategi Pintar Menyusun SOP (Standard Operating Procedure)*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Hamidi. 2005. *Metode Penelitian Kualitatif*. Malang: UMM Press.

Hidayat, A.A.A. 2011. *Metode Penelitian Kesehatan; Paradigma Kuantitatif*. Surabaya: Health Books Publishing.

Irwanto. 2006. *Focused Group Discussion (FGD) : Sebuah Pengantar Praktis*. Jakarta : Yayasan Obor Indonesia.

Jonathan, S. 2006. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Yogyakarta: PT Graha Ilmu.

Kementerian Kesehatan RI. (2013a). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional*. Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.

Komunikasi Publik Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan, 2013. *Sistem Informasi Manajemen (SIM) dan Posko 24 Jam BPJS Kesehatan* [serial online]. <http://www.jkn.depkes.go.id/detailberita.php?id=51>. [5 Juni 2015]

Lembaga Administrasi Negara. 2009. *Sumber Daya Manusia dan Produktivitas Kerja*. Bandung : Mandar Maju.

Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia . 2008. *Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 21 tentang Pedoman Penyusunan Standard Operating Procedure Administrasi Pemerintahan*, Jakarta.

Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia . 2012. *Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan*

Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 35 tentang Pedoman Penyusunan Standard Operating Procedure Administrasi Pemerintahan, Jakarta.

Muninjaya, G. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran: EGC.

Nazir. 2005. *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.

Nawawi, H. 2005. *Manajemen Strategik*. Yogyakarta: Gadjah Mada Pers.

Notoadmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.

Peraturan Presiden RI Nomor 19 Tahun 2016 tentang *Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan*. 29 Februari 2016. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 42. Jakarta.

Sailendra, A. 2015. *Langkah-Langkah Praktis Dalam Membuat Standard Operating Procedures*. Yogyakarta: Trans Idea.

Sallis, E. 2006. *Total Quality Management in Education*. Yogyakarta: IRCiSoD.

Sayuti, A. J. 2012. *Pentingnya Standar Operasional Prosedur Kerja Untuk Meningkatkan Kinerja Karyawan dalam Perusahaan*. [serial online]. <http://portal.kopertis2.or.id/jspui/bitstream/Vol.4no.03./123456789/223/1/1.JALALUDDIN.pdf>. [10 Maret 2015].

Siallagan, T. 2014. *Penggunaan Data Dalam Mendukung Pelayanan Kesehatan*. Diterbitkan. Buletin. Jakarta: BPJS Kesehatan.

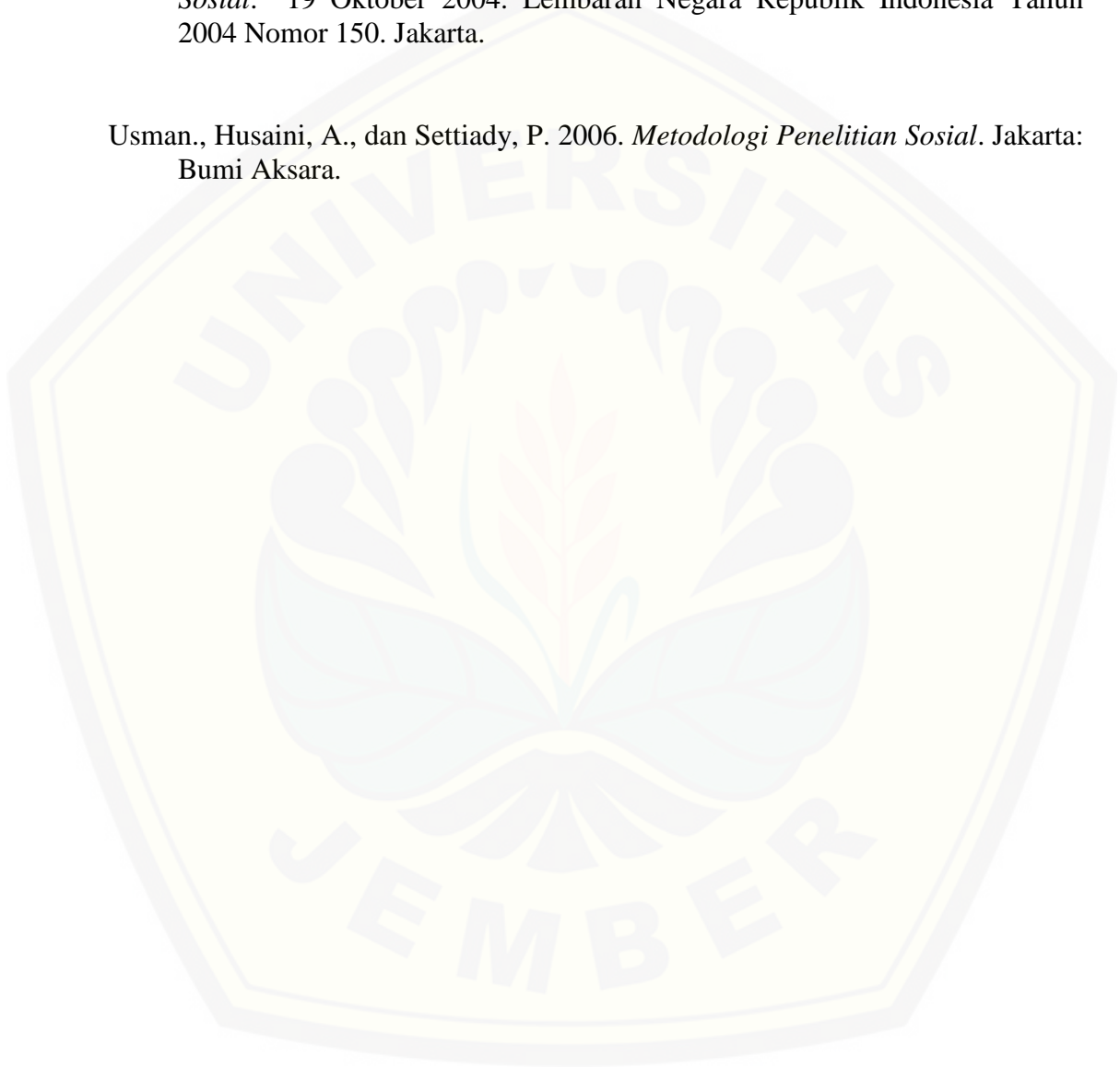
Siswandi, 2014. *Peran BPJS Kesehatan Dalam Penjaminan Kesehatan Dasar*. [serial online]. <http://simkes.fk.ugm.ac.id/~aplikasi/download/1-ugmasm2014-jogya-secure.pdf>. [30 Juni 2015]

- Sedarmayanti dan Hidayat, S. 2002. *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Mandar Maju
- Sugiarto. 2003. *Teknik Sampling*. Jakarta: PT.Gramedia Pustaka Utama.
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kuantitati, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Research &Development*. Bandung: Alfabeta.
- Sulastomo. 2007. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Tathagati, A. 2014. *Step by Step Membuat SOP (Standard Operating Procedure)*. Yogyakarta: Efata Publishing.
- Tambunan, M. R. 2013. *Standard Operating Procedure (SOP) Edisi 2*. Jakarta: Maiestas Publishing.
- Tanjung, M., Adrinal, T., dan Subagjo, B. 2012. *Panduan Praktis Menyusun Standard Operating Procedure (SOP) Instansi Pemerintah*. Yogyakarta: Total Media.
- Tjiptono, F., dan Chandra, M. 2011. *Service, Quality, and Satisfaction*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang *Sistem Jaminan Sosial Nasional*. 25 November 2011. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116. Jakarta.

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang *Praktik Kedokteran*. 6 Oktober 2004. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116. Jakarta.

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. 19 Oktober 2004. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150. Jakarta.

Usman., Husaini, A., dan Settiady, P. 2006. *Metodologi Penelitian Sosial*. Jakarta: Bumi Aksara.





Lampiran A. Ijin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
di -
J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/290/314/2016

Tentang

PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.

- Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 15 Pebruari 2016 Nomor : 562/UN25.1.12/SP/2016 perihal Ijin Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Iffah Normaetika 132110101205
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Alamat : Jl. Kalimantan I/93 Kampus Bumi Tegal Boto Jember
Keperluan : Mengadakan Penelitian untuk penyusunan Skripsi berjudul : "Pengembangan Standard Operating Procedure (SOP) Pendaftaran Pasien BPJS, Pengisian Diagnosa Website P-Care Dan Rujukan Pasien BPJS (Studi Kasus di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember)".
Lokasi : Dinas Kesehatan dan Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember
Tanggal : 19-02-2016 s/d 19-05-2016

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 19-02-2016

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Kabid Kajian Strategis & Politik

Drs. SLAMET WIJOKO, M.Si.

Pembina

NIP. 19631212 198606 1004

- Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember
2. Ybs.



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121

Telp (0331) 337878, 322996 Fax (0331) 322995

Laman : www.fkm-unej.ac.id



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624

Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 19 Februari 2016

Nomor : 440/689/414/2016
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth.Sdr.Plt. Kepala Puskesmas Ambulu
di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/290/314/2016, Tanggal 19 Februari 2016, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Iffah Normaetika
NIM : 132110101205
Alamat : Jl. Kalimantan I/93 Kampus Bumi Tegal Boto Jember
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan : Mengadakan Penelitian tentang Mengadakan Penelitian "Pengembangan Standard Operating Procedure (SOP) Pendaftaran Pasien BPJS, Pengisian Diagnosa Wbsite P-Care dan Rujukan Pasien BPJS (Studi Kasus di Puskesmas Ambulu Kab. Jember)
Waktu Pelaksanaan : 19 Februari 2016 s/d 19 Mei 2016

Schubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER

dr. BAMBANG SUWARTONO, MM
Pembina Utama Muda
NIP. 19570202 198211 1 002

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat



Lampiran B. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Kepada Yth. Bpk/Ibu

di

Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Dalam rangka pelaksanaan penelitian skripsi yang berjudul "Pengembangan *Standard Operating Procedure* (SOP) Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS (Studi Kasus di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember)", kami mohon partisipasi Bapak/Ibu secara sukarela untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut secara benar dan jujur dengan mengisi lembar persetujuan (*inform consent*) yang telah disediakan terlebih dahulu. Prosedur penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko dan dampak apapun terhadap Bapak/Ibu sebagai responden penelitian karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah. Kerahasiaan dari jawaban kuisisioner yang akan Bapak/Ibu berikan, dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Atas partisipasi Bapak/Ibu, kami ucapkan terima kasih.

Jember,.....2016

Peneliti

IFFAH NORMAETIKA

NIM.132110101205



LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Menyatakan bersedia menjadi subjek (responden) dalam penelitian dari:

Nama : Iffah Normaetika

NIM : 132110101205

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Judul : "Pengembangan *Standard Operating Procedure* (SOP) Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS (Studi Kasus di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember)"

Prosedur penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko dan dampak apapun terhadap subjek (responden) penelitian, karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah serta kerahasiaan jawaban kuesioner yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Oleh karena itu, saya bersedia menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut secara benar dan jujur.

Jember,.....2016

Responden

(.....)

Lampiran C. Panduan Wawancara Untuk Petugas Loker Pendaftaran

**PENGEMBANGAN *STANDARD OPERATING PROCEDURE* (SOP)
PENDAFTARAN PASIEN, PENGISIAN DIAGNOSA
WEBSITE *P-CARE*, DAN RUJUKAN PASIEN BPJS
(Studi Kasus di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember)**

Tanggal wawancara :.....

Panduan wawancara :

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
- b. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

NAMA RESPONDEN : _____

NAMA UNIT : _____

TANGGAL/BULAN/TAHUN : _____

I. Karakteristik Responden

Isilah pertanyaan no 1 sampai 4 dengan mengisi tanda silang (x) pada kotak yang sesuai !

01	Umur : Tahun
02	Jenis Kelamin <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
03	Pendidikan <input type="checkbox"/> SMU <input type="checkbox"/> Sarjana <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Pascasarjana
04	Masa Kerja: Tahun

II. Pendaftaran Pasien BPJS

1. Menurut anda bagaimana prosedur-prosedur yang anda lakukan pada saat kegiatan Pendaftaran Pasien BPJS ?
2. Menurut anda prosedur yang sudah ada bisa disesuaikan dengan standar sebelumnya yaitu ISO 9001:2008 ?
3. Menurut anda prosedur yang sudah ada ini apa sudah baik ?



Lampiran D. Panduan Wawancara Untuk Kepala Puskesmas

**PENGEMBANGAN *STANDARD OPERATING PROCEDURE* (SOP)
PENDAFTARAN PASIEN, PENGISIAN DIAGNOSA
WEBSITE *P-CARE*, DAN RUJUKAN PASIEN BPJS
(Studi Kasus di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember)**

Tanggal wawancara :

Panduan wawancara :

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
- b. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

NAMA RESPONDEN : _____
NAMA UNIT : _____
TANGGAL/BULAN/TAHUN : _____

I. Karakteristik Responden

Isilah pertanyaan no 1 sampai 4 dengan mengisi tanda silang (x) pada kotak yang sesuai !

01	Umur : Tahun
02	Jenis Kelamin <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
03	Pendidikan <input type="checkbox"/> SMU <input type="checkbox"/> Sarjana <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Pascasarjana
04	Masa Kerja: Tahun

1. Menurut anda Petugas Loker Pendaftaran, Dokter, Perawat Pelaksana, dan Bidan Pelaksana paham dengan prosedur-prosedur kegiatan pelayanan Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS ?
2. Menurut anda ketika Petugas Loker Pendaftaran, Dokter, Perawat Pelaksana, dan Bidan Pelaksana melakukan kesalahan dalam melakukan prosedur-prosedur kegiatan Pendaftaran Pasien BPJS, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS apa yang anda lakukan ?
3. Melihat Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan (2014) tentang Prosedur Pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, menurut anda prosedur ini sesuai dengan alur pelayanan untuk kegiatan Pendaftaran Pasien BPJS, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS di Puskesmas Ambulu ?
4. Menurut anda prosedur Pendaftaran Pasien BPJS, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS sesuai dengan standar ISO 9001:2008 di Puskesmas Ambulu?

Lampiran E. Panduan Wawancara Untuk Dokter, Perawat Pelaksana, dan Bidan Pelaksana

**PENGEMBANGAN *STANDARD OPERATING PROCEDURE* (SOP)
PENDAFTARAN PASIEN, PENGISIAN DIAGNOSA
WEBSITE *P-CARE*, DAN RUJUKAN PASIEN BPJS
(Studi Kasus di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember)**

Tanggal wawancara :

Panduan wawancara :

c. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.

d. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

NAMA RESPONDEN : _____

NAMA UNIT : _____

TANGGAL/BULAN/TAHUN : _____

I. Karakteristik Responden

Isilah pertanyaan no 1 sampai 4 dengan mengisi tanda silang (x) pada kotak yang sesuai !

01	Umur : Tahun
02	Jenis Kelamin <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
03	Pendidikan <input type="checkbox"/> SMU <input type="checkbox"/> Sarjana <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Pascasarjana
04	Masa Kerja: Tahun

II. Pengisian Diagnosa *P-Care*

1. Menurut anda bagaimana prosedur-prosedur yang anda lakukan pada saat kegiatan Pengisian Diagnosa Website *P-Care* ?
2. Melihat Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan (2014) tentang Prosedur Pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, menurut anda prosedur ini sesuai dengan alur pelayanan untuk prosedur Pengisian Diagnosa Website *P-Care* di Puskesmas Ambulu ?
3. Menurut anda prosedur Pengisian Diagnosa Website *P-Care* dengan proses pengisian Rekam Medis Pasien sesuai standar ISO 9001:2008?

III. Rujukan Pasien BPJS

4. Bagaimana prosedur-prosedur yang anda lakukan pada saat kegiatan Rujukan Pasien BPJS ?
5. Menurut anda prosedur-prosedur tersebut sudah sesuai dengan standar sebelumnya yaitu ISO 9001:2008 yang telah dilaksanakan oleh Puskesmas Ambulu ?
6. Melihat Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan (2014) tentang Prosedur Pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, menurut anda prosedur ini sesuai dengan alur pelayanan untuk prosedur Rujukan Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Ambulu ?

Lampiran F. Lembar Observasi

**PENGEMBANGAN *STANDARD OPERATING PROCEDURE* (SOP)
PENDAFTARAN PASIEN, PENGISIAN DIAGNOSA
WEBSITE *P-CARE*, DAN RUJUKAN PASIEN BPJS
(Studi Kasus di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember)**

Berilah jawaban pernyataan berikut sesuai dengan Pengembangan *Standard Operating Procedure* (SOP) Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS (Studi Kasus di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember) yang telah dilakukan oleh Petugas Loker Pendaftaran, Dokter, Bidan Pelaksana, dan Perawat Pelaksana dengan cara memberi (), kriteria sebagai berikut:

Ya = apabila dilakukan;

Tidak = apabila tidak dilakukan;

A. Lembar Observasi Untuk Petugas Loker Pendaftaran

1. Pendaftaran Pasien BPJS

No.	Kegiatan	YA	TIDAK	Keterangan
a.	Menyiapkan nomor antrian pasien			
b.	Pemanggilan pasien			
c.	Pendaftaran pasien dengan log in ke website <i>P-Care</i> BPJS Kesehatan			
d.	Pengisian map Family Folder dan Kartu Rawat Jalan			
e.	Pendistribusian Kartu Rawat Jalan ke unit pelayanan yang di tuju			
f.	Penerimaan Kartu Rawat Jalan dari unit pelayanan dan menyimpan kembali			

B. Lembar Observasi Untuk Dokter, Bidan Pelaksana, dan Perawat Pelaksana

2. Pengisian Diagnosa Website P-Care

No.	Kegiatan	YA	TIDAK	Keterangan
a.	Petugas menerima rekam medis dari petugas pendaftaran			
b.	Petugas memanggil pasien masuk ke ruang periksa			
c.	Petugas melakukan anamnesa			
d.	Petugas melakukan pemeriksaan fisik			
e.	Petugas mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi pasien			
f.	Petugas menentukan rencana tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan standar atau <i>evidence based</i> terbaru			
g.	Petugas menjelaskan mengenai rencana tindakan yang akan dilakukan kepada pasien			
h.	Petugas memastikan bahwa pasien mengerti tentang penjelasan yang diberikan petugas			
i.	Petugas melakukan tindakan kepada pasien sesuai dengan rencana			
j.	Petugas pada unit pelayanan merujuk pasien ke unit terkait sesuai dengan kebutuhan pasien jika memerlukan pemeriksaan penunjang			
k.	Petugas tersebut menegaskan diagnosa dan membuat resep untuk pasien rawat jalan dan memberikan			

	<i>inform consent</i> untuk pasien rawat inap, setelah petugas dalam unit pelayanan tersebut menerima hasil pemeriksaan penunjang			
l.	Petugas meminta pasien menyerahkan resep pada bagian obat / apotik			
m.	Petugas memberikan obat pada pasien dan menjelaskan prosedur mengkonsumsinya jika pasien merupakan pasien rawat jalan			
n.	Petugas berkoordinasi dengan petugas rawat inap untuk mempersiapkan perawatan selanjutnya			
o.	Petugas melakukan input data diagnosa pasien BPJS melalui website <i>P-Care</i> BPJS Kesehatan			
p.	Petugas mendokumentasikan kegiatan.			

3. Rujukan Pasien BPJS

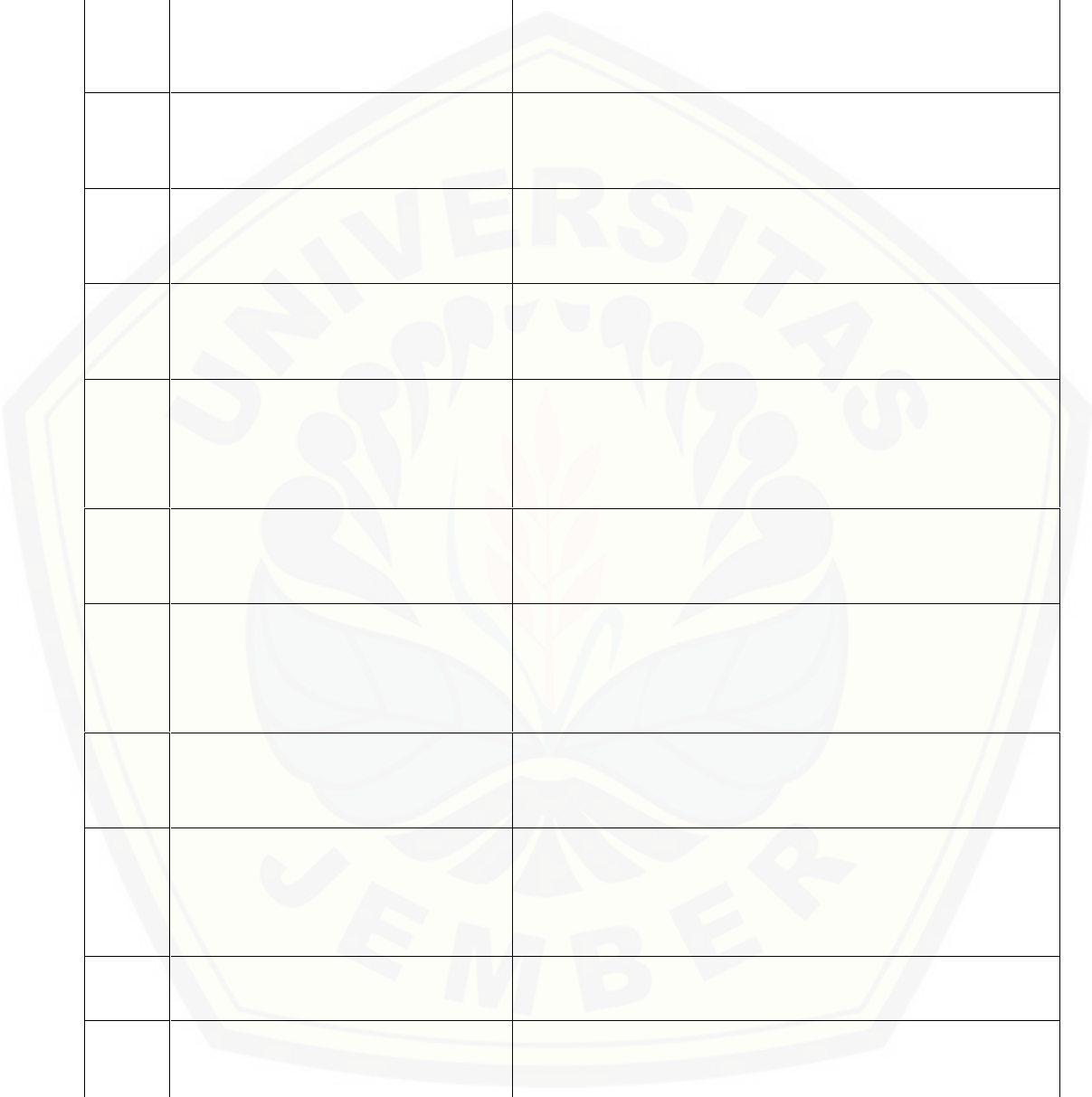
No.	Kegiatan	YA	TIDAK	Keterangan
a.	Petugas menerima rekam medis dari petugas pendaftaran			
b.	Petugas memanggil pasien masuk ke ruang periksa			
c.	Petugas melakukan anamnesa			
d.	Petugas melakukan pemeriksaan fisik			
e.	Petugas mengidentifikasi masalah kesehatan yang terjadi pada pasien			
f.	Petugas memberikan informasi kepada pasien mengenai kondisi kesehatan yang dialami pasien			

g.	Petugas menjelaskan bahwa masalah kesehatan yang dihadapi pasien tidak mampu ditangani di Puskesmas			
h.	Petugas menjelaskan bahwa pasien harus dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi/ mampu mengatasi masalah pasien			
i.	Petugas tersebut menegakkan diagnosa dan membuat resep untuk pasien rawat jalan serta lembar persetujuan atau penolakan rujukan. Sedangkan untuk pasien UGD dan Rawat Inap diberikan lembar <i>inform consent</i>			
j.	Petugas menyiapkan dan mengisi surat rujukan melalui website <i>P-Care</i> BPJS Kesehatan			
k.	Petugas mendokumentasikan kegiatan.			

B. Form Telaah Dokumen Untuk Dokter, Bidan Pelaksana, dan Perawat Pelaksana

2. Kegiatan Pada Pelaksanaan Pengisian Diagnosa Website *P-Care*

No.	Nama Dokumen	Prosedur



Lampiran I. Form Identifikasi Alternatif

**PENGEMBANGAN *STANDARD OPERATING PROCEDURE* (SOP)
PENDAFTARAN PASIEN, PENGISIAN DIAGNOSA
WEBSITE *P-CARE*, DAN RUJUKAN PASIEN BPJS
(Studi Kasus di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember)**

A. Form Identifikasi Alternatif Untuk Petugas Loker Pendaftaran

1. Kegiatan Pada Pelaksanaan Pendaftaran Pasien BPJS

Sumber Primer	Sumber Sekunder

B. Form Identifikasi Alternatif Untuk Dokter, Bidan Pelaksana, dan Perawat Pelaksana

2. Kegiatan Pada Pelaksanaan Pengisian Diagnosa Website *P-Care*

Sumber Primer	Sumber Sekunder

3. Kegiatan Pada Pelaksanaan Rujukan Pasien BPJS

Sumber Primer	Sumber Sekunder



Lampiran K. Form Pengkajian Ulang FGD

**PENGEMBANGAN *STANDARD OPERATING PROCEDURE* (SOP)
 PENDAFTARAN PASIEN, PENGISIAN DIAGNOSA
 WEBSITE *P-CARE*, DAN RUJUKAN PASIEN BPJS
 (Studi Kasus di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember)**

Berilah jawaban pernyataan berikut sesuai dengan Pengembangan *Standard Operating Procedure* (SOP) Pendaftaran Pasien, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS (Studi Kasus Di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember) yang telah dilakukan oleh Petugas Loker Pendaftaran, Dokter, Bidan Pelaksana, dan Perawat Pelaksana dengan cara memberi (), kriteria sebagai berikut:

Ya = apabila dilakukan;

Tidak = apabila tidak dilakukan;

A. Form Pengkajian Ulang FGD Untuk Petugas Loker Pendaftaran

1. Pendaftaran Pasien BPJS

No.	Kegiatan	YA, alas an....	TIDAK, alas an.....
a.	Menyiapkan nomor antrian pasien		
b.	Pemanggilan pasien		
c.	Pendaftaran pasien dengan log in ke website <i>P-Care</i> BPJS Kesehatan		
d.	Pengisian map Family Folder dan Kartu Rawat Jalan		
e.	Pendistribusian Kartu Rawat Jalan ke unit pelayanan yang di tuju		
f.	Penerimaan Kartu Rawat Jalan dari unit pelayanan dan menyimpan kembali		

B. Form Pengkajian Ulang FGD Untuk Dokter, Bidan Pelaksana, dan Perawat Pelaksana

2. Pengisian Diagnosa Website P-Care

No.	Kegiatan	YA, alas an.....	TIDAK, alas an.....
a.	Petugas menerima rekam medis dari petugas pendaftaran		
b.	Petugas memanggil pasien masuk ke ruang periksa		
c.	Petugas melakukan anamnesa		
d.	Petugas melakukan pemeriksaan fisik		
e.	Petugas mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi pasien,		
f.	Petugas menentukan rencana tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan standar atau <i>evidence based</i> terbaru,		
g.	Petugas menjelaskan mengenai rencana tindakan yang akan dilakukan kepada pasien,		
h.	Petugas memastikan bahwa pasien mengerti tentang penjelasan yang diberikan petugas		
i.	Petugas melakukan tindakan kepada pasien sesuai dengan rencana		
j.	Petugas pada unit pelayanan merujuk pasien ke unit terkait sesuai dengan kebutuhan pasien jika memerlukan pemeriksaan penunjang		
k.	Petugas tersebut menegakkan diagnosa dan membuat resep untuk pasien rawat jalan dan memberikan <i>inform consent</i> untuk pasien rawat inap, setelah petugas dalam unit pelayanan tersebut menerima hasil pemeriksaan penunjang		

l.	Petugas meminta pasien menyerahkan resep pada bagian obat / apotik		
m.	Petugas memberikan obat pada pasien dan menjelaskan prosedur mengkonsumsinya jika pasien merupakan pasien rawat jalan		
n.	Petugas berkoordinasi dengan petugas rawat inap untuk mempersiapkan perawatan selanjutnya		
o.	Petugas melakukan input data diagnosa pasien BPJS melalui website <i>P-Care</i> BPJS Kesehatan		
p.	Petugas mendokumentasikan kegiatan.		

3. Rujukan Pasien BPJS

No.	Kegiatan	YA, alasan.....	TIDAK, alasan.....
a.	Petugas menerima rekam medis dari petugas pendaftaran,		
b.	Petugas memanggil pasien masuk ke ruang periksa,		
c.	Petugas melakukan anamnesa		
d.	Petugas melakukan pemeriksaan fisik,		
e.	Petugas mengidentifikasi masalah kesehatan yang terjadi pada pasien,		
f.	Petugas memberikan informasi kepada pasien mengenai kondisi kesehatan yang dialami pasien,		
g.	Petugas menjelaskan bahwa masalah kesehatan yang dihadapi pasien tidak mampu ditangani di Puskesmas,		
h.	Petugas menjelaskan bahwa pasien harus dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi/ mampu mengatasi		

	masalah pasien,		
i.	Petugas tersebut menegakkan diagnosa dan membuat resep untuk pasien rawat jalan serta lembar persetujuan atau penolakan rujukan. Sedangkan untuk pasien UGD dan Rawat Inap diberikan lembar inform consent		
j.	Petugas menyiapkan dan mengisi surat rujukan melalui website <i>P-Care</i> BPJS Kesehatan		
k.	Petugas mendokumentasikan kegiatan.		



Lampiran L. Transkrip Hasil Wawancara Mendalam

1. Petugas Loker Pendaftaran

Karakteristik responden :

- a. Nama : FK
- b. Usia : 29 tahun
- c. Jenis Kelamin : Perempuan
- d. Tempat tinggal : Krajan-Ambulu

Peneliti menemui responden di loket pendaftaran Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember hari Rabu, 17 Februari 2016 (sekitar pukul 12.30). Sebelumnya, peneliti telah membuat janji temu dengan responden dan menemui responden di loket pendaftaran. Pada saat wawancara dilaksanakan hanya ada peneliti dan responden dalam ruangan.

Hasil Wawancara Mendalam

- P : Yang pertama mungkin secara singkat saja Ibu menjelaskan prosedur-prosedur pendaftaran pasien ?
- I : Melakukan menyiapkan nomor antrian pasien, kedua...melakukan pemanggilan pasien dan saat itu ditanya apakah pasien BPJS atau pasien umum, ketiga...melakukan pendaftaran pasien ke website *P-Care*, keempat...apabila pasien BPJS dimasukkan ke buku register BPJS dan kalau pasien umum ya dimasukkan ke buku register loket umum mbak, yang kelima...ya Kartu Rawat Jalan diantar ke poli/unit terkait dan terakhir saya menerima kembali Kartu Rawat Jalan dari unit-unit itu.
- P : Menurut anda prosedur yang sudah ada bisa disesuaikan dengan standar sebelumnya yaitu ISO 9001:2008 ?
- I : Sudah sesuai mbak..tetapi untuk prosedur pendaftaran pasien BPJS harus ditambah kegiatan untuk memasukkan data ke buku register pasien BPJS dan *entry* data pelayanan pasien ke *P-Care*
- P : Apakah prosedur ini sudah baik?
- I : Prosedur ini sudah baik tapi ya tadi perlu ditambah edikit agar spesifik ke kegiatan pendaftaran pasien BPJS karena memang belum ada untuk prosedurnya sendiri.

2. Dokter

Karakteristik responden :

- a. Nama : S

- b. Usia : 56 tahun
- c. Jenis Kelamin : Laki-Laki
- d. Tempat tinggal : Tegalsari-Ambulu

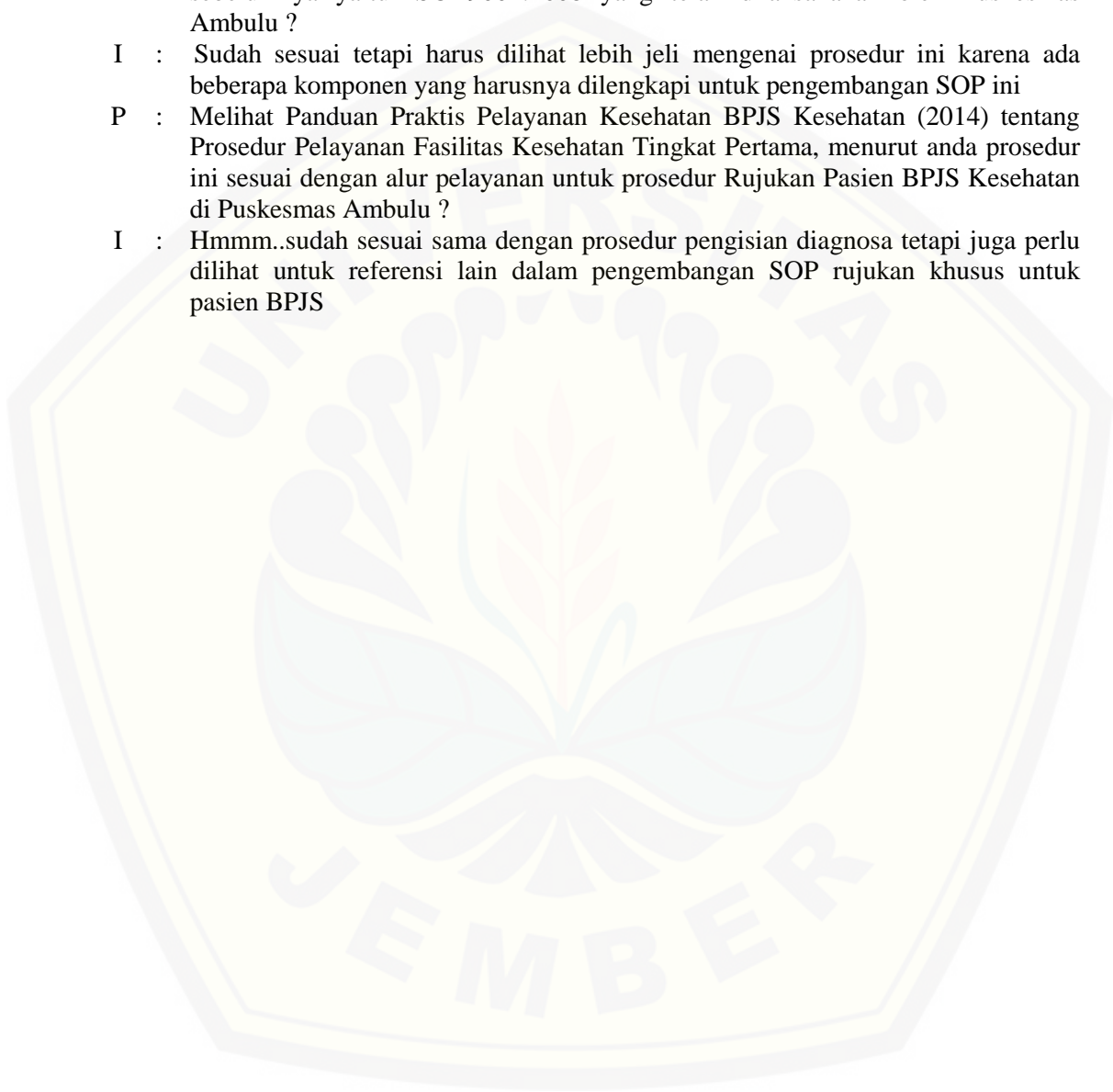
Peneliti menemui responden di ruang dokter di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember hari Kamis, 18 Februari 2016 (sekitar pukul 13.30). Sebelumnya, peneliti telah membuat janji temu dengan responden dan menemui responden di ruang dokter. Pada saat wawancara dilaksanakan hanya ada peneliti dan responden dalam ruangan.

Hasil Wawancara Mendalam

- P : Menurut anda bagaimana prosedur-prosedur yang anda lakukan pada saat kegiatan Pengisian Diagnosa Website *P-Care* ?
- I : yang pertama untuk pengisian diagnosa itu prosedurnya mulai dari dokter menerima rekam medis atau kalau disini disebut map Kartu Rawat Jalan, perawat/bidan memanggil pasien, dokter melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik, menentukan rencana tindakan yang akan dilakukan, apabila pasien memerlukan pemeriksaan penunjang maka dirujuk ke unit terkait seperti laboratorium, USG, dan EKG...setelah itu selesai dilakukan pemeriksaan penunjang pasien kembali ke poli terkait untuk dibacakan hasil dari pemeriksaan tersebut..dokter memberikan resep apabila pasien tersebut hanya perlu dirawat jalan bukan untuk dirujuk...prosedur ini sebenarnya gampang-gampang susah mbak cuma kita harus memenuhi standar yang telah ditetapkan dari dokumen ISO 9001:2008. Selanjutnya...prosedur terakhir yaitu memasukkan diagnosa pasien ke website *P-Care*. Karena pasiennya banyak jadi untuk yang bisa rawat jalan dan rawat inap memasukkan diagnosa nya setelah selesai pelayanan atau kalau rawat inap ada tugasnya sendiri pagi hari. Langsung dimasukkan agar tidak menumpuk tugasnya
- P : Melihat Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan (2014) tentang Prosedur Pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, menurut anda prosedur ini sesuai dengan alur pelayanan untuk prosedur Pengisian Diagnosa Website *P-Care* di Puskesmas Ambulu ?
- I : Sudah sesuai mbak..tetapi untuk prosedur pengisian diagnosa website *P-Care* masih perlu ditambah sesuai dengan alur pelayanan pasien menurut SOP Layanan Terpadu dari Puskesmas lain
- P : Menurut anda prosedur Pengisian Diagnosa Website *P-Care* dengan proses alur pelayanan pasien sesuai standar ISO 9001:2008?
- I : Menurut saya sudah sesuai dengan ISO 9001:2008 tetapi juga perlu ditambah dengan prosedur yang menjelaskan bahwa pengisian diagnosa dilakukan dengan meng *entry* data dengan *P-Care*
- P : Bagaimana prosedur-prosedur yang anda lakukan pada saat kegiatan Rujukan Pasien BPJS ?
- I : Dan yang kedua... prosedur rujukan pasien ini dimulai dari dokter menerima rekam medis atau map Kartu Rawat Jalan, perawat memanggil pasien, dokter melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik, menentukan rencana tindakan yang akan dilakukan, dokter memberikan informasi mengenai kondisi kesehatan pasien

tersebut, selanjutnya pasien di beritahu bahwa penyakit ini tidak dapat ditangani di puskesmas dan harus dirujuk ke Rumah Sakit. Selanjutnya diberikan lembar persetujuan/penolakan rujukan setelah itu perawat atau bidan menyiapkan surat rujukan melalui website *P-Care* BPJS Kesehatan. Yang terakhir adalah mendokumentasikan kegiatan

- P : Menurut anda prosedur-prosedur tersebut sudah sesuai dengan standar sebelumnya yaitu ISO 9001:2008 yang telah dilaksanakan oleh Puskesmas Ambulu ?
- I : Sudah sesuai tetapi harus dilihat lebih jeli mengenai prosedur ini karena ada beberapa komponen yang harusnya dilengkapi untuk pengembangan SOP ini
- P : Melihat Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan (2014) tentang Prosedur Pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, menurut anda prosedur ini sesuai dengan alur pelayanan untuk prosedur Rujukan Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Ambulu ?
- I : Hmm..sudah sesuai sama dengan prosedur pengisian diagnosa tetapi juga perlu dilihat untuk referensi lain dalam pengembangan SOP rujukan khusus untuk pasien BPJS



3. Bidan Pelaksana

Karakteristik responden :

- a. Nama : S
- b. Usia : 40 tahun
- c. Jenis Kelamin : Perempuan
- d. Tempat tinggal : Krajan-Ambulu

Peneliti menemui responden di Poli KIA Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember hari Senin, 15 Februari 2016 (sekitar pukul 13.30). Sebelumnya, peneliti telah membuat janji temu dengan responden dan menemui responden di Poli KIA. Pada saat wawancara dilaksanakan hanya ada peneliti dan responden dalam ruangan.

Hasil Wawancara Mendalam

- P : Menurut anda bagaimana prosedur-prosedur yang anda lakukan pada saat kegiatan Pengisian Diagnosa Website *P-Care* ?
- I : Hmm..gini ya mbak sebenarnya prosedur pengisian diagnosa dan rujukan pasien itu sebenarnya semua sudah mengetahui mbak....tetapi bedanya kalau penyakit tersebut *gak* bisa ditangani di Puskesmas ya langsung di rujuk. Ini berlaku untuk UGD dan Rawat Inap juga mbak. Kalau UGD, pasien yang datang misalnya dengan kecelakaan dan dokter mendiagnosa pasien dengan cedera otak berat maka dianjurkan untuk dirujuk ke Rumah Sakit. Untuk Rawat Inap misalnya ada pasien yang masuk Puskesmas dengan diagnosa *Typoid* dan sudah beberapa hari *gak* sembuh *nggeh* memang seharusnya dirujuk. Proses pengisian diagnosa dan rujukan pasien ini, merupakan standar yang telah ditetapkan oleh dokumen ISO 9001:2008 dan sesuai dengan SOP layanan pasien serta SOP rujukan pasien dari Puskesmas lain tetapi kedua SOP tersebut hanya menunjukkan SOP yang bersifat umum bukan khusus untuk pasien BPJS saja. Prosedurnya ditambah *log in* ke website *P-Care* tentunya agar lebih tercover oleh system yang dipunyai BPJS Kesehatan tentunya..memang diperlukan SDM yang cepat dalam mengisi diagnosa dan diagnose harus dimasukkan setiap hari agar tidak menumpuk di kemudian hari karena pasiennya banyak.
- P : Melihat Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan (2014) tentang Prosedur Pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, menurut anda prosedur ini sesuai dengan alur pelayanan untuk prosedur Pengisian Diagnosa Website *P-Care* di Puskesmas Ambulu ?
- I : Sudah sesuai mbak..tetapi untuk prosedur pengisian diagnosa website *P-Care* masih perlu ditambah sesuai dengan alur pelayanan pasien menurut SOP Layanan Terpadu dari Puskesmas lain dan untuk pelaporannya juga harus tepat waktu dan diagnosa harus masuk sebelum tanggl 5 bulan berikutnya
- P : Menurut anda prosedur Pengisian Diagnosa Website *P-Care* dengan proses alur pelayanan pasien sesuai standar ISO 9001:2008?
- I : Menurut saya sudah sesuai dengan ISO 9001:2008 tetapi juga perlu ditambah

dengan prosedur yang menjelaskan bahwa pengisian diagnosa dilakukan dengan meng *entry* data dengan *P-Care*

- P : Bagaimana prosedur-prosedur yang anda lakukan pada saat kegiatan Rujukan Pasien BPJS ?
- I : Prosedur rujukan pasien ini dimulai dari dokter menerima rekam medis atau map Kartu Rawat Jalan, perawat memanggil pasien, dokter melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik, menentukan rencana tindakan yang akan dilakukan, dokter memberikan informasi mengenai kondisi kesehatan pasien tersebut, selanjutnya pasien di beritahu bahwa penyakit ini tidak dapat ditangani di puskesmas dan harus dirujuk ke Rumah Sakit. Selanjutnya diberikan lembar persetujuan/penolakan rujukan setelah itu perawat atau bidan menyiapkan surat rujukan melalui website *P-Care* BPJS Kesehatan. Yang terakhir adalah mendokumentasikan kegiatan
- P : Menurut anda prosedur-prosedur tersebut sudah sesuai dengan standar sebelumnya yaitu ISO 9001:2008 yang telah dilaksanakan oleh Puskesmas Ambulu ?
- I : Sudah sesuai tetapi harus dilihat lebih jeli mengenai prosedur ini karena ada beberapa komponen yang harusnya dilengkapi untuk pengembangan SOP ini
- P : Melihat Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan (2014) tentang Prosedur Pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, menurut anda prosedur ini sesuai dengan alur pelayanan untuk prosedur Rujukan Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Ambulu ?
- I : Hmm..sudah sesuai sama dengan prosedur pengisian diagnosa tetapi juga perlu dilihat untuk referensi lain dalam pengembangan SOP rujukan khusus untuk pasien BPJS

4. Perawat Pelaksana

Karakteristik responden :

- a. Nama : YH
- b. Usia : 33 tahun
- c. Jenis Kelamin : Laki-Laki
- d. Tempat tinggal : Pontang-Ambulu

Peneliti menemui responden di Poli Umum Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember hari Selasa, 16 Februari 2016 (sekitar pukul 13.30). Sebelumnya, peneliti telah membuat janji temu dengan responden dan menemui responden di Poli Umum. Pada saat wawancara dilaksanakan hanya ada peneliti dan responden dalam ruangan.

Hasil Wawancara Mendalam

- P : Menurut anda bagaimana prosedur-prosedur yang anda lakukan pada saat kegiatan Pengisian Diagnosa Website *P-Care* ?
- I : Gini mbak..kalau prosedur pengisian diagnosa dan rujukan pasien itu sebenarnya semua sudah mengetahui mbak....bedanya kalau penyakit tersebut *gak* bisa ditangani di Puskesmas ya langsung di rujuk. Ini berlaku untuk UGD dan Rawat Inap juga mbak. Kalau UGD, pasien yang datang misalnya dengan kecelakaan dan dokter mendiagnosa pasien dengan cedera otak berat maka dianjurkan untuk dirujuk ke Rumah Sakit. Untuk Rawat Inap misalnya ada pasien yang masuk Puskesmas dengan diagnosa *Typoid* dan sudah beberapa hari *gak* sembuh *nggeh* memang seharusnya dirujuk. Proses pengisian diagnosa dan rujukan pasien ini, merupakan standar yang telah ditetapkan oleh dokumen ISO 9001:2008 tetapi cuma ditambah *log in* ke website *P-Care*. Untuk proses rujukan pasien prosedur yang berbeda dengan pengisian diagnosa adalah diberikan lembar persetujuan atau penolakan rujukan pasien dan pencetakan surat rujukan melalui website *P-Care* BPJS Kesehatan
- P : Melihat Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan (2014) tentang Prosedur Pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, menurut anda prosedur ini sesuai dengan alur pelayanan untuk prosedur Pengisian Diagnosa Website *P-Care* di Puskesmas Ambulu ?
- I : Sudah sesuai mbak..tetapi untuk prosedur pengisian diagnosa website *P-Care* masih perlu ditambah sesuai dengan alur pelayanan pasien menurut SOP Layanan Terpadu dari Puskesmas lain dan untuk pelaporannya juga harus tepat waktu dan diagnosa harus masuk sebelum tanggal 5 bulan berikutnya
- P : Menurut anda prosedur Pengisian Diagnosa Website *P-Care* dengan proses alur pelayanan pasien sesuai standar ISO 9001:2008?
- I : Menurut saya sudah sesuai dengan ISO 9001:2008 tetapi juga perlu ditambah dengan prosedur yang menjelaskan bahwa pengisian diagnosa dilakukan dengan meng *entry* data dengan *P-Care*
- P : Bagaimana prosedur-prosedur yang anda lakukan pada saat kegiatan Rujukan

Pasien BPJS ?

- I : Prosedur rujukan pasien ini dimulai dari dokter menerima rekam medis atau map Kartu Rawat Jalan, perawat memanggil pasien, dokter melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik, menentukan rencana tindakan yang akan dilakukan, dokter memberikan informasi mengenai kondisi kesehatan pasien tersebut, selanjutnya pasien di beritahu bahwa penyakit ini tidak dapat ditangani di puskesmas dan harus dirujuk ke Rumah Sakit. Selanjutnya diberikan lembar persetujuan/penolakan rujukan setelah itu perawat atau bidan menyiapkan surat rujukan melalui website *P-Care* BPJS Kesehatan. Yang terakhir adalah mendokumentasikan kegiatan
- P : Menurut anda prosedur-prosedur tersebut sudah sesuai dengan standar sebelumnya yaitu ISO 9001:2008 yang telah dilaksanakan oleh Puskesmas Ambulu ?
- I : Sudah sesuai tetapi harus dilihat lebih jeli mengenai prosedur ini karena ada beberapa komponen yang harusnya dilengkapi untuk pengembangan SOP ini
- P : Melihat Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan (2014) tentang Prosedur Pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, menurut anda prosedur ini sesuai dengan alur pelayanan untuk prosedur Rujukan Pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Ambulu ?
- I : Hmm..sudah sesuai sama dengan prosedur pengisian diagnosa tetapi juga perlu dilihat untuk referensi lain dalam pengembangan SOP rujukan khusus untuk pasien BPJS

Lampiran M. Transkrip Hasil FGD

**PENGEMBANGAN *STANDARD OPERATING PROCEDURE* (SOP)
PENDAFTARAN PASIEN BPJS, PENGISIAN DIAGNOSA
WEBSITE *P-CARE*, DAN RUJUKAN PASIEN BPJS
(Studi Kasus di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember)**

- a. Topik FGD : Pengembangan *Standard Operating Procedure* (SOP) Pendaftaran Pasien BPJS, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember
- b. Tujuan : Mengembangkan *Standard Operating Procedure* (SOP) Pendaftaran Pasien BPJS, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.
- c. Undangan : 1. Fasilitator/moderator (moderator profesional yang paham tentang pengembangan *Standard Operating Procedure* (SOP) Pendaftaran Pasien BPJS, Pengisian Diagnosa Website *P-Care*, dan Rujukan Pasien BPJS)
2. Pencatat/notulen (peneliti)
3. Peserta (8 orang perempuan dan 2 orang laki-laki yang terdiri dari Petugas Loker Pendaftaran, Dokter, Bidan Pelaksana, dan Perawat Pelaksana)
4. Observer (Ketua Manajemen Mutu, Kasubbag Tata Usaha, Kepala Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember)
- d. Tempat : Aula Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember
- e. Perlengkapan yang dibutuhkan : Agar pelaksanaan FGD berjalan dengan baik maka juga perlu dipersiapkan terlebih dahulu peralatan-peralatan maupun perlengkapan-perengkapan yang dibutuhkan, yaitu: alat untuk mencatat hasil FGD (notes atau notebook/laptop)
- f. Hasil FGD
- a. Peserta pertama (1) yang mengutarakan pendapatnya adalah perawat pelaksana yaitu “ Dari form yang sudah dibagikan ini..menurut saya pada prosedur rujukan pasien ini seharusnya bukan berbunyi pengisian lembar inform consent melainkan hanya lembar persetujuan atau penolakan rujukan dan untuk unit terkait pada SOP Pendaftaran Pasien BPJS harusnya diganti .”
- b. Peserta kedua (2) dari petugas loket pendaftaran. “Menurut saya SOP pendaftaran pasien BPJS ini sudah seharusnya untuk dibuat karena untuk kelancaran petugas loket dalam melakukan prosedur yang telah ditetapkan karena memang selama ini masih menggunakan SOP Pendaftaran Pasien yang bersifat umum bukan khusus untuk pasien BPJS sehingga saya dan teman-teman akan berusaha bekerja sesuai standar dan untuk kepuasan pasien yang dilayani.”
- c. Peserta ketiga (3) dari dokter . “ Saya setuju dengan pendapat dua rekan saya bahwa prosedur rujukan tersebut

bukan memakai inform consent karena jelas kita tidak melakukan tindakan hanya di UGD dan Rawat Inap saja sedangkan rujukan hanya memakai lembar persetujuan atau penolakan rujukan karena ini tidak termasuk melakukan tindakan. Sedangkan SOP yang telah ditampilkan hampir seluruhnya sudah benar tetapi untuk teman-teman apakah sudah mengetahui pengembangan SOP Pendaftaran Pasien BPJS, Pengisian Diagnosa Website P-Care, dan Rujukan Pasien BPJS seperti apa..karena saya memahami banyak yang belum mengerti benar tentang prosedur tersebut...yah mungkin karena keterbatasan kita sebagai SDM yang semestinya mengetahui apakah SOP tersebut harus dikembangkan apa tidak. Sejauh yang saya pikirkan memang perlu karena Puskesmas ini juga sudah terakreditasi jadi diperlukan adanya pengembangan SOP tersebut dan juga bisa melihat pada Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan tahun 2014. Disitu dapat dilihat bahwa sistem pendaftaran pasien BPJS, pengisian diagnosa website P-Care, dan rujukan pasien BPJS sudah tergambar jelas sehingga petugas loket pendaftaran, bidan pelaksana, dan perawat pelaksana dapat melaksanakan kegiatan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.”

d. Peserta keempat (4) dari bidan pelaksana. “ Baiklah karena tadi dokter sudah menjelaskan bahwa prosedur ini harus dilaksanakan sesuai dengan SOP yang telah disusun, maka sebaiknya juga perlu ditetapkan waktu untuk pengisian terakhir diagnosa pasien BPJS apakah dilakukan perhari atau di deadline setiap sebelum tanggal lima (5) bulan berikutnya semua diagnosa atau entry data pelayanan harus masuk ke aplikasi P-Care .”

e. Peserta kelima (5) dari Kasubbag Tata Usaha. “ Saya hanya ingin menambahkan untuk rancangan SOP yang telah disajikan sebaiknya ada kesesuaian antara susunan SOP dengan SOP Pengendali Dokumen agar bisa mengembangkan SOP ini lebih baik lagi karena disana memuat beberapa hal yang berhubungan dengan pengembangan SOP.”

f. Ketua Tim Manajemen Mutu :

“ Baiklah..dari beberapa pendapat yang diutarakan saya akan menanggapinya satu-satu. Yang pertama dari perawat pelaksana,,hmm...kalau untuk prosedur itu boleh diganti untuk kesempurnaan SOP Rujukan Pasien karena memang di Poli Umum banyak melakukan rujukan pasien. Yang kedua dari petugas loket pendaftaran..yaa..baiklah memang pengembangan SOP ini perlu dan Kepala Puskesmas Ambulu harus mengesahkan Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan tahun 2014 yang isinya memang prosedur yang telah sesuai dengan SOP tersebut. Yang ketiga yaitu dari dokter di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember..iya memang benar apa yang dikatakan pak dokter bahwa semua tenaga kesehatan yang berhubungan dengan ketiga SOP tersebut

harus benar-benar melaksanakan SOP serta saya akan melakukan monitoring dan evaluasi setiap enam (6) bulan sekali untuk melihat kinerja teman-teman apakah sudah sesuai prosedur atau tidak. Hal ini dikarenakan Puskesmas ini sudah terakreditasi dan perlu dilakukan upaya kedepannya untuk memperbaiki permasalahan-permasalahan yang terjadi. Pada proses pengembangan ketiga SOP tersebut tentunya banyak hal yang harus kita diskusikan bersama yang dalam hal ini saya akan langsung menjawab pertanyaan dari Kasubbag Tata Usaha Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember bahwa memang untuk uraian umum pada prosedur pendaftaran pasien BPJS, pengisian diagnosa website P-Care, dan rujukan pasien BPJS. Untuk kebijakan di dalam SOP perlu segera dibuat Surat Keputusan yang disahkan oleh Kepala Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember hal ini merupakan tindak lanjut dari Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Tentang Pedoman Dan Penyeragaman Tata Naskah Di Dinas Kesehatan Dan UPT. Puskesmas di Kabupaten Jember yang diterbitkan pada tanggal 4 Januari 2016, maka SOP yang dibuat diatas tanggal terbit harus sesuai dengan format lampiran Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Tentang Pedoman Dan Penyeragaman Tata Naskah Di Dinas Kesehatan Dan UPT. Puskesmas di Kabupaten Jember.

