



**SISTEM VERIFIKASI DIGITAL KLAIM (VEDIKA) BPJS KESEHATAN
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN SIDOARJO
TAHUN 2019**

SKRIPSI

Oleh :

**MUHAMAD AHID
NIM 152110101100**

**PEMINATAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2020**



**SISTEM VERIFIKASI DIGITAL KLAIM (VEDIKA) BPJS KESEHATAN
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN SIDOARJO
TAHUN 2019**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh :

**MUHAMAD AHID
NIM 152110101100**

**PEMINATAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2020**

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, segala puji dan syukur atas karunia serta nikmat yang telah diberikan Allah SWT. Terima kasih segala kemudahan dan kelancaran yang telah engkau berikan sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Skripsi ini saya persembahkan kepada:

1. Kedua orang tua saya Bapak Agus Salim, Ibu Chalimah dan adek saya Mochamad Faris. Terimakasih atas kasih sayang, pengorbanan, doa yang selalu mengalir disetiap sujud serta dorongan dan semangat yang tak berhenti.
2. Guru dan Dosen terimakasih atas ilmu, nasehat kritik dan saran yang membangun karakter saya hingga saat ini.
3. Almamater Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

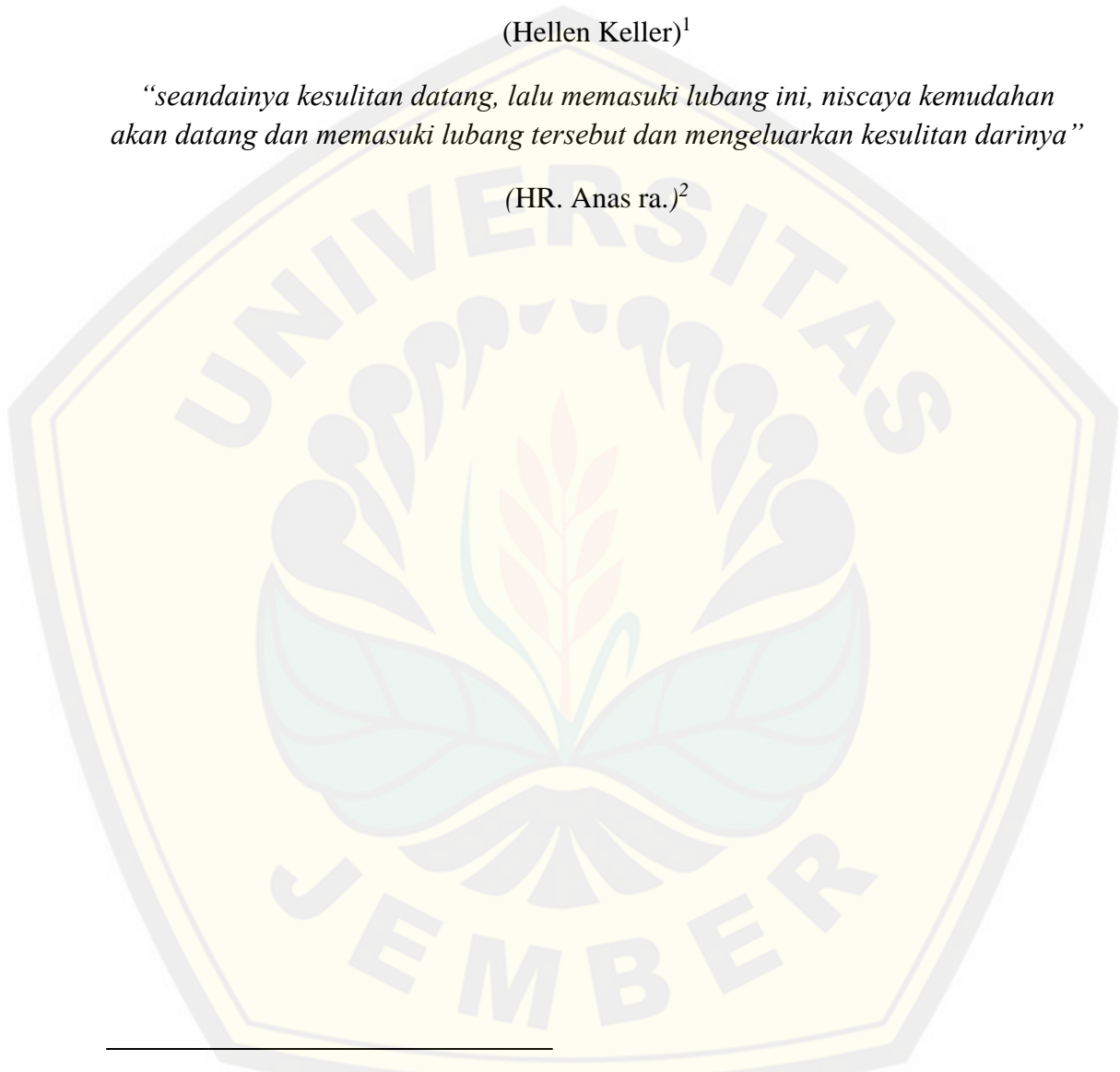
MOTTO

“Orang yang paling menyedihkan didunia ini adalah seseorang yang punya penglihatan tapi tidak memiliki visi”

(Hellen Keller)¹

“seandainya kesulitan datang, lalu memasuki lubang ini, niscaya kemudahan akan datang dan memasuki lubang tersebut dan mengeluarkan kesulitan darinya”

(HR. Anas ra.)²



¹ Hellen Keller dalam JF Tualaka. 2010. Sepiring Motivasi untuk Sarapan Pagi. Yogyakarta: Jogja Bangkit Publisher

² Al-bugha, Musthafa Dib.2007. Al-Wafi fi Syarh Al-Arbain An-Nawawiyyah. Jakarta: Mizan Digital Publishing

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama: Muhamad Ahid

NIM : 152110101100

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Skripsi yang berjudul: *Sistem Verifikasi Digital Klaim (VEDIKA) BPJS Kesehatan di RSUD Kabupaten Sidoarjo tahun 2019* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan subansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, April 2020
ditandatangani,

Muhamad Ahid
NIM. 152110101100

PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**SISTEM VERIFIKASI DIGITAL KLAIM (VEDIKA) BPJS KESEHATAN
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN SIDOARJO TAHUN
2019**

Oleh
Muhamad Ahid
152110101100

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes
Dosen Pembimbing Anggota : Sri Utami, S.KM., M.M

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Sistem Verifikasi Digital Klaim (VEDIKA)BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sidoarjo tahun 2019* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Kamis

Tanggal : 23 April 2020

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

Tanda Tangan

1. DPU : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes (.....)

NIP : 198204162010122003

2. DPA : Sri Utami, S.KM., M.Kes (.....)

Penguji

1. Ketua : Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes (.....)

NIP : 197810162009122000

2. Sekretaris : dr. Ragil Ismi Hartanti, M.Sc (.....)

NIP : 198110052006042002

3. Sonny Andrianto, S.KM (.....)

Mengesahkan

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat

Universitas Jember

Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes

NIP. 198010092005012002

RINGKASAN

Sistem Verifikasi Digital Klaim (VEDIKA) BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sidoarjo tahun 2019; Muhamad Ahid; 152110101100; 2015; 107 halaman; Peminatan Administrasi Kesehatan dan Kebijakan Kesehatan, Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Sistem VEDIKA merupakan sistem yang dikembangkan oleh BPJS kesehatan untuk mempercepat proses verifikasi klaim dan meningkatkan kepuasan rumah sakit terhadap kebijakan BPJS kesehatan. Namun, Implementasi sistem VEDIKA di RSUD kabupaten Sidoarjo yang sering mengalami keterlambatan pembayaran klaim dan terdapat 319 berkas klaim setiap bulannya mengalami penundaan klaim. hal ini menyebabkan menurunnya kepuasan rumah sakit terhadap kebijakan BPJS kesehatan. Tujuan dari penelitian ini adalah menggambarkan sistem VEDIKA BPJS kesehatan di RSUD Kabupaten Sidoarjo tahun 2019 yang mengkaji variabel perencanaan, pengorganisasian, dan penggerakan.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Penelitian dilakukan di RSUD Kabupaten Sidoarjo pada bulan agustus – maret 2020. Unit analisis dalam penelitian ini adalah Instalasi Penjaminan RSUD Kabupaten Sidoarjo dan sample penelitian meliputi kepala instalasi, koordinator rawat inap, koordinator rawat jalan, 2 petugas entri *V-claim*, 8 petugas pengirim berkas klaim, petugas kendali JKN, dan petugas *antifraud*. Teknik penyajian data dalam penelitian ini adalah bentuk uraian kata-kata atau narasi. Teknik analisis menggunakan analisis univariat.

Gambaran proses sistem VEDIKA di RSUD kabupaten Sidoarjo diketahui bahwa perencanaan dapat dikategorikan baik karena perencanaan sudah menyesuaikan dengan sistem VEDIKA dan dilaksanakan oleh petugas dengan baik. Pengorganisasian atau pembagian kerja sudah tepat dan memadai karena jumlah petugas sudah cukup untuk pelaksanaan pengajuan klaim, pembagian kerja sudah sesuai dengan kompetensi. Pada variabel *actuating* terbagi menjadi 5

subvariabel yaitu pelaksanaan pengajuan klaim, penggunaan aplikasi *Vclaim*, sosialisasi sistem VEDIKA dan Komunikasi antar petugas.

Pelaksanaan pengajuan klaim di RSUD Kabupaten Sidoarjo telah sesuai dengan tujuan implementasi VEDIKA karena adanya VEDIKA membantu klaim menjadi cepat dan mudah. Selain itu, pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan dapat dibayarkan 15 hari kerja sesudah penandatanganan berita acara, namun implementasinya masih belum efisien sumber daya manusia dan belum berdampak untuk minimalisir pengembalian berkas. Penggunaan aplikasi *Vclaim* sering mengalami eror dan tidak munculnya hak kelas perawatan pada output *Vclaim* menyulitkan evaluasi rumah sakit. Pelaksanaan *Standart Procedure Operational* (SPO) pengajuan klaim di RSUD Kabupaten Sidoarjo sudah menyesuaikan dengan SPO VEDIKA.

Sosialisasi awal penyelenggaraan VEDIKA kurang dilakukan oleh BPJS kesehatan berkaitan dengan pengenalan upgrading sistem (*VClaim*) dan pedoman teknis prosedur klaim. Komunikasi antar pelaksana sistem VEDIKA baik rumah sakit dan BPJS Kesehatan masih sering terjadi perbedaan persepsi berkaitan dengan regulasi Permenkes no. 76 tahun 2016 tentang episode pelayanan dan keakuratan kode diagnosis dokumen pasien.

Berdasarkan hasil penelitian, peneliti menyarankan kepada RSUD kabupaten Sidoarjo untuk melakukan pelatihan kembali kepada petugas berkaitan dengan pengkodean dan kaidah teknis sistem VEDIKA sebagai upaya minimalisir pengembalian berkas, rumah sakit mengadakan *benchmarking* dengan rumah sakit lain sebagai solusi untuk menambah informasi terhadap *update* kebijakan dan *management* minimalisir pengembalian berkas, melakukan *FGD* BPJS dan rumah sakit untuk menyamakan persepsi dalam setiap pengajuan klaim. selain itu, peneliti menyarankan kepada BPJS kesehatan segera melakukan pengembangan output aplikasi *Vclaim* dengan menampilkan hak kelas perawatan dan mengurangi server down aplikasi *Vclaim* dan hendaknya pengajuan klaim semua berbasis *paperless* agar efisien terhadap SDM rumah sakit.

SUMMARY

The Claim Digital Verification System (VEDIKA) by BPJS Healthcare at the regional public hospital of Sidoarjo in 2019; Muhamad Ahid;152110101100; 2015; 80 pages; Health Care Administration and health policy studies, Study Program S1 Public Health, Faculty of Public Health of Jember University.

The Claim Digital Verification System (VEDIKA) is a system developed by BPJS Healthcare to reduce claim of pending, accelerate the process of verifying claims, and reduce the operational burden of BPJS healthcare. This is as a follow-up to the emergence of hospital complaints regarding the implementation of INA CBG'S claim payment. The complaint has an impact on hospital satisfaction rate against BPJS healthcare decline. The regional public hospital Sidoarjo is one of the hospitals that was applying VEDIKA in 2019.

the regional public hospital of Sidoarjo is a class B hospital that sends data on the highest number of claims in East Java. In the filing of claims there are 319 cases of delayed claims and frequent delays in claim payment by BPJS Healthcare every month. The objective of this research is to describe VEDIKA BPJS health system in the regional public hospital of Sidoarjo in 2019 which includes the variables of planning, organizing, and mobilization variables.

This descriptive research was condented by researcher at the regional public hospital of Sidoarjo during August – February 2020. The unit analysis in this research is the installation of the regional public hospital of Sidoarjo and the ample are installation head, inpatient Coordinator, outpatient Coordinator, 2 entry V-claim officer, 8 claim file Sender officers, control officers And antifraud officers. All colected data presented in descriptive or narative form. Analytical techniques using univariate analysis.

The overview of VEDIKA processes in at the regional public hospital of Sidoarjo was known as planning can be categorized can be categorized into planning accorded to rules of VEDIKA as well as understood and implemented by officers for minimilizing claim's files return. Organizing variable was accurate and adequate because number officer was implemented the claim system quite well. Furthermore the division of work among officer was competence, fairm and

equitable. Actuating variable divided into 5 subvariables, namely the implementation of the claim submission, the use of Vclaim applications, socialization of VEDIKA system and communication between officers.

The claim submission in Sidoarjo Regency Hospital is in accordance with the purpose of VEDIKA implementation because the existnce of VEDIKA helps claims to be quick and easy. In addition, payment of claims by BPJS health can be paid 15 working days after the signing of the official repor, but the implementation was still inefficient in human resources and has not yet impacted to minimize file returns. The use of the Vclaim application often experiences errors and no emergence of care class right in the Vclaim output makes it difficult for hospital evaluations. Implementation of Standard Operating Procedure (SPO) filing claims in the regional public hospital of Sidoarjo.

The initial socialization of VEDIKA was not carried out by the BPJS healthcare regarding the introduction of system upgrading (Vclaim) and the technical guidelines for claim procedures. Communication between the implementers of the VEDIKA system in both hospital and BPJS healthcare still often results in diferrent perceptions related to Permenkes nomer 76 tahun 2016 concerding service episodes and accuracy of diagnosis document for patient dosuments.

Based on the result of this study, the researcher suggested to the regional public hospital of Sidoarjo need to retraining officer of VEDIKA for retraining of officer related to coding and technical rules of the VEDIKA system as an efford to minimaze file returns, the hopital held benchmarking with other hospital a solution to update about policy of claim ubmision management. In addition, researchers suggest to BPJS healthcare immediately develops the output of the Vclaim application by displaying treatment right and reduces the server down of the Vclaim application and should submit all paperless-based claims to be efficient with hospital HR..

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunianya sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul *Sistem Verifikasi Digital Klaim (VEDIKA) BPJS Kesehatan di RSUD Kabupaten Sidoarjo Tahun 2019*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Dalam skripsi ini dijabarkan bagaimana gambaran proses perencanaan, pengorganisasian, dan penggerakan sistem VEDIKA sehingga nantinya dapat menjadi bahan pertimbangan untuk penyelenggaraan sistem VEDIKA yang baik di Kabupaten Sidoarjo.

Pada kesempatan ini saya menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi – tingginya kepada Ibu Christyana Sandra, S.KM., M.Kes selaku Kepala Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat dan Dosen Pembimbing Utama Serta Ibu Sri Utami selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan petunjuk, koreksi, serta saran sehingga terwujudnya skripsi ini.

Terima kasih saya sampaikan kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan skripsi ini:

1. Dr. Farida Wahyuningtyas, M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
2. Dr. Isa Ma'rufi, S.KM., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing penulis selama menempuh studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
3. Tim penguji Yennike Tri Herawati., S.KM., M.Kes., dr. Ragil Ismi Hartanti, M.Sc. dan Sonny Andrianto, S.KM.
4. Seluruh dosen dan staf civitas akademika Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember terutama dosen-dosen pada peminatan Administrasi kebijakan Kesehatan yang telah memberikan banyak ilmu yang bermanfaat.

5. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sidoarjo yang bersedia memberikan izin pengambilan data terkait sistem VEDIKA BPJS Kesehatan.
6. Orang tua dan kerabat yang telah memberikan dukungan baik berupa fisik, mental, dan do'a selama pengerjaan skripsi ini.
7. Sahabat-sahabat yang selalu mendukung selama ini.
8. Teman-teman Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember angkatan 2015 khususnya peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan 2015 yang telah memberikan dukungan selama pengerjaan skripsi ini.
9. Semua pihak yang tidak saya sebutkan satu per satu.

skripsi ini telah disusun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu saya dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, Maret 2020

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN	ii
HALAMAN MOTTO	iii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iv
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	v
HALAMAN PENGESAHAN.....	vi
RINGKASAN	vii
SUMMARY	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xix
DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI.....	xx
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2. Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Rumah Sakit Sebagai FKRTL	7

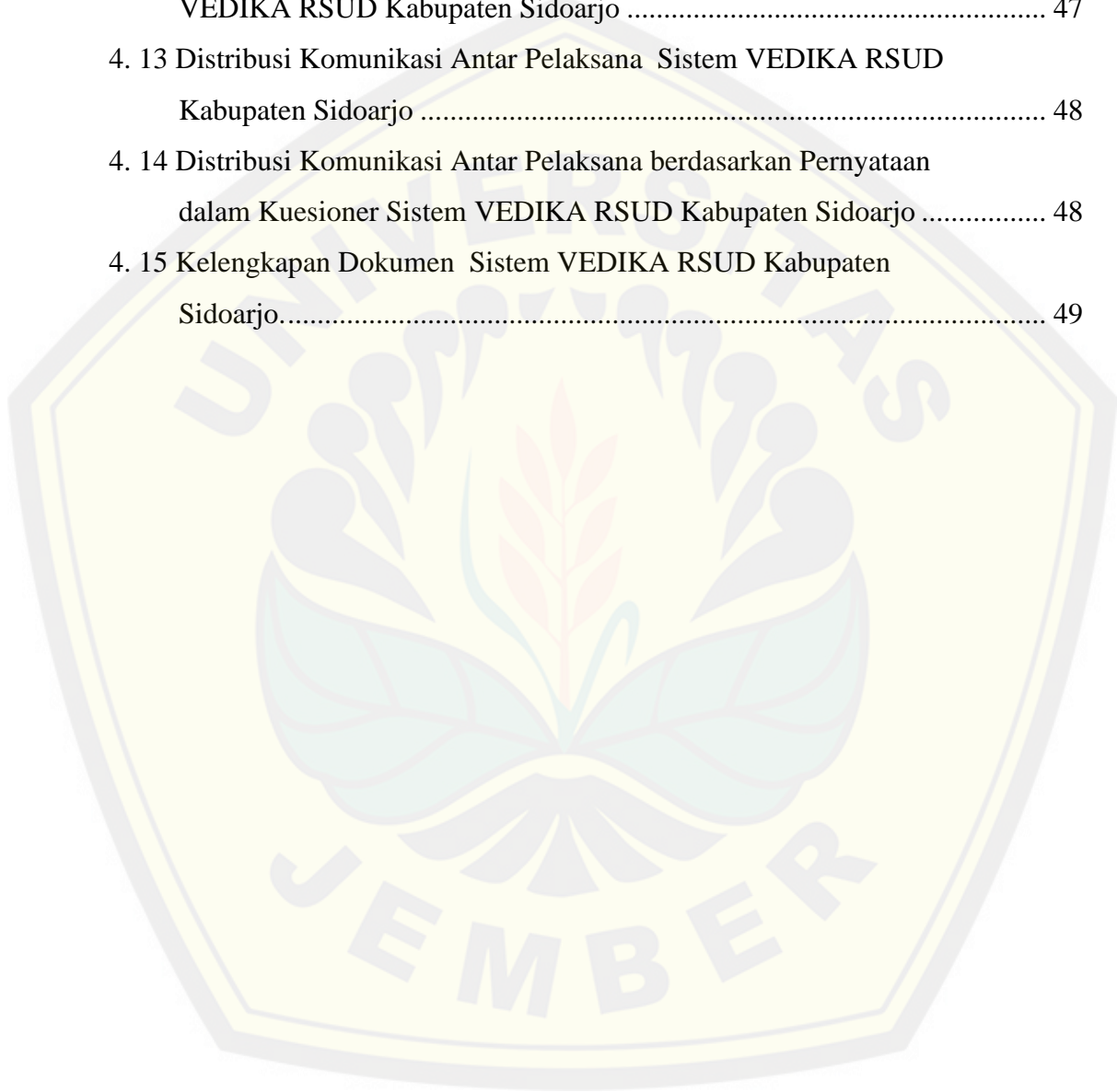
2.1.1 Definisi Rumah Sakit yang dikemukakan oleh para ahli	7
2.1.2 Klasifikasi Rumah Sakit	7
2.1.3 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit	8
2.1.4 Pelayanan Rawat Jalan	9
2.1.5 Pelayanan Rawat Inap	9
2.1.6 Sumber Pendapatan Rumah Sakit	10
2.2 BPJS Kesehatan	10
2.2.1 Klaim Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut BPJS	11
2.2.2 INA - CBG's	13
2.2.3 Sistem VEDIKA	15
2.3 Teori Sistem	20
2.3.1 Definisi Teori Sistem	20
2.3.2 Ciri – ciri Sistem	20
2.3.3 Unsur – Unsur Sistem	21
2.4 Kerangka Teori	23
2.5 Kerangka Konsep	24
BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN	26
3.1 Jenis Penelitian	26
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	26
3.2.1 Tempat Penelitian	26
3.2.2 Waktu Penelitian	26
3.3 Unit Analisis dan Sample Penelitian	26
3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	27
3.5 Data dan Sumber Data	32
3.6 Teknik Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian	32
3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data	33
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	40
4.1 Hasil Penelitian	40
4.1.1 Gambaran Perencanaan (<i>Planning</i>) Sistem VEDIKA RSUD Kabupaten Sidoarjo	40

4.1.2	Gambaran Pengorganisasian (Pembagian Kerja) Sistem VEDIKA RSUD Kabupaten Sidoarjo.....	41
4.1.3	Gambaran Penggerakan (<i>Actuating</i>) Sistem VEDIKA RSUD Kabupaten Sidoarjo	42
4.2	Pembahasan	51
4.2.1	Gambaran Perencanaan (<i>Planning</i>) Sistem VEDIKA RSUD Kabupaten Sidoarjo	51
4.2.2	Gambaran Pengorganisasian (Pembagian Kerja) Sistem VEDIKA RSUD Kabupaten Sidoarjo.....	52
4.2.3	Penggerakan (<i>Actuating</i>) Sistem VEDIKA RSUD Kabupaten Sidoarjo.....	54
BAB 5	KESIMPULAN DAN SARAN	62
5.1	Kesimpulan	62
5.2	Saran.....	63
DAFTAR PUSTAKA	65

DAFTAR TABEL

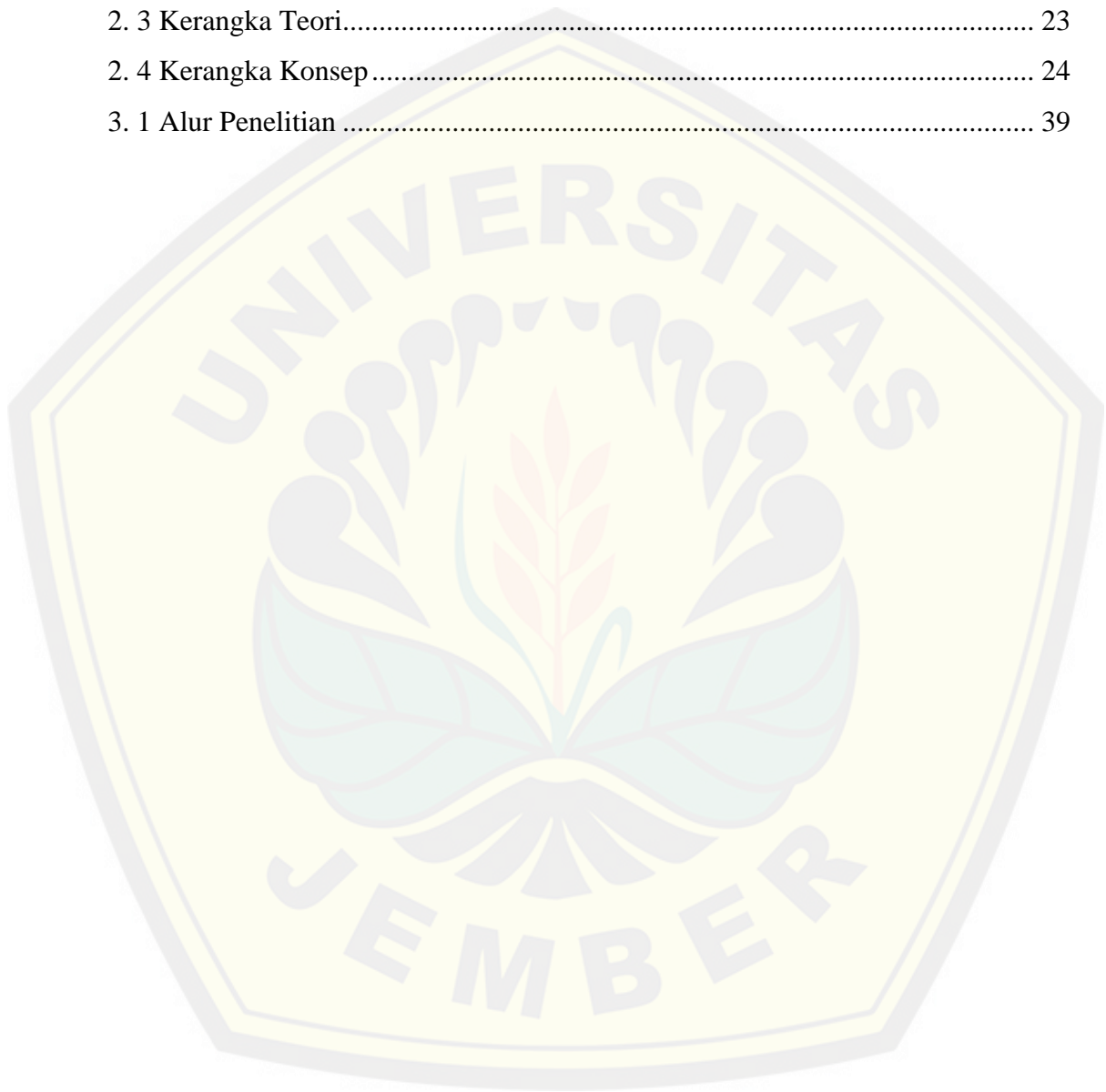
2. 1 Perbedaan VEDIKA dan Non VEDIKA.....	18
2. 2 Perbandingan Vedika dengan Non Vedika <i>by Sistem</i>	19
3. 1 Definisi Operasional	28
3. 2 Hasil Uji Validitas Variabel Planning.....	35
3. 3 Hasil Uji Validitas Variabel Organizing (Pembagian Kerja).....	35
3. 4 Hasil Uji Validitas Variabel Actuating (Pengajuan Klaim).....	36
3. 5 Hasil Uji Validitas Variabel Actuating (Penggunaan Aplikasi <i>V-claim</i>)	36
3. 6 Hasil Uji Validitas Variabel Actuating (Pelaksanaan SPO VEDIKA).....	37
3. 7 Hasil Uji Validitas Variabel Actuating (Sosialisasi).....	37
3. 8 Hasil Uji Validitas Variabel Actuating (Komunikasi Antar Petugas)	38
4. 1 Distribusi Perencanaan (Planning) Sistem VEDIKA RSUD Kabupaten Sidoarjo	40
4. 2 Distribusi Perencanaan (Planning) Sistem VEDIKA berdasarkan Pernyataan dalam Kuesioner RSUD Kabupaten Sidoarjo	40
4. 3 Distribusi Pengorganisasian (Pembagian Kerja) Sistem VEDIKA RSUD Kabupaten Sidoarjo.....	41
4. 4 Distribusi Pengorganisasian (Pembagian kerja) Berdasarkan Pernyataan dalam Kuesioner Sistem VEDIKA RSUD Kabupaten Sidoarjo.....	42
4. 5 Distribusi Pelaksanaan Pengajuan klaim (Actuating) Sistem VEDIKA dalam RSUD Kabupaten Sidoarjo	43
4. 6 Distribusi Pelaksanaan Pengajuan klaim (Actuating) Sistem VEDIKA dalam Pendokumentasian RSUD Kabupaten Sidoarjo	43
4. 7 Distribusi Penggunaan aplikasi Vclaim (Actuating) Sistem VEDIKA dalam RSUD Kabupaten Sidoarjo	44
4. 8 Distribusi Penggunaan Aplikasi VClaim Berdasarkan Pernyataan dalam Kuesioner Sistem VEDIKA RSUD Kabupaten Sidoarjo	44
4. 9 Distribusi Pelaksanaan SPO Sistem VEDIKA RSUD Kabupaten Sidoarjo	45

4. 10 Distribusi Pelaksanaan SPO Berdasarkan Pernyataan dalam Kuesioner Sistem VEDIKA RSUD Kabupaten Sidoarjo.....	46
4. 11 Distribusi Sosialisasi Sistem VEDIKA RSUD Kabupaten Sidoarjo	46
4. 12 Distribusi Sosialisasi Berdasarkan Pernyataan dalam Kuesioner Sistem VEDIKA RSUD Kabupaten Sidoarjo	47
4. 13 Distribusi Komunikasi Antar Pelaksana Sistem VEDIKA RSUD Kabupaten Sidoarjo	48
4. 14 Distribusi Komunikasi Antar Pelaksana berdasarkan Pernyataan dalam Kuesioner Sistem VEDIKA RSUD Kabupaten Sidoarjo	48
4. 15 Kelengkapan Dokumen Sistem VEDIKA RSUD Kabupaten Sidoarjo.....	49



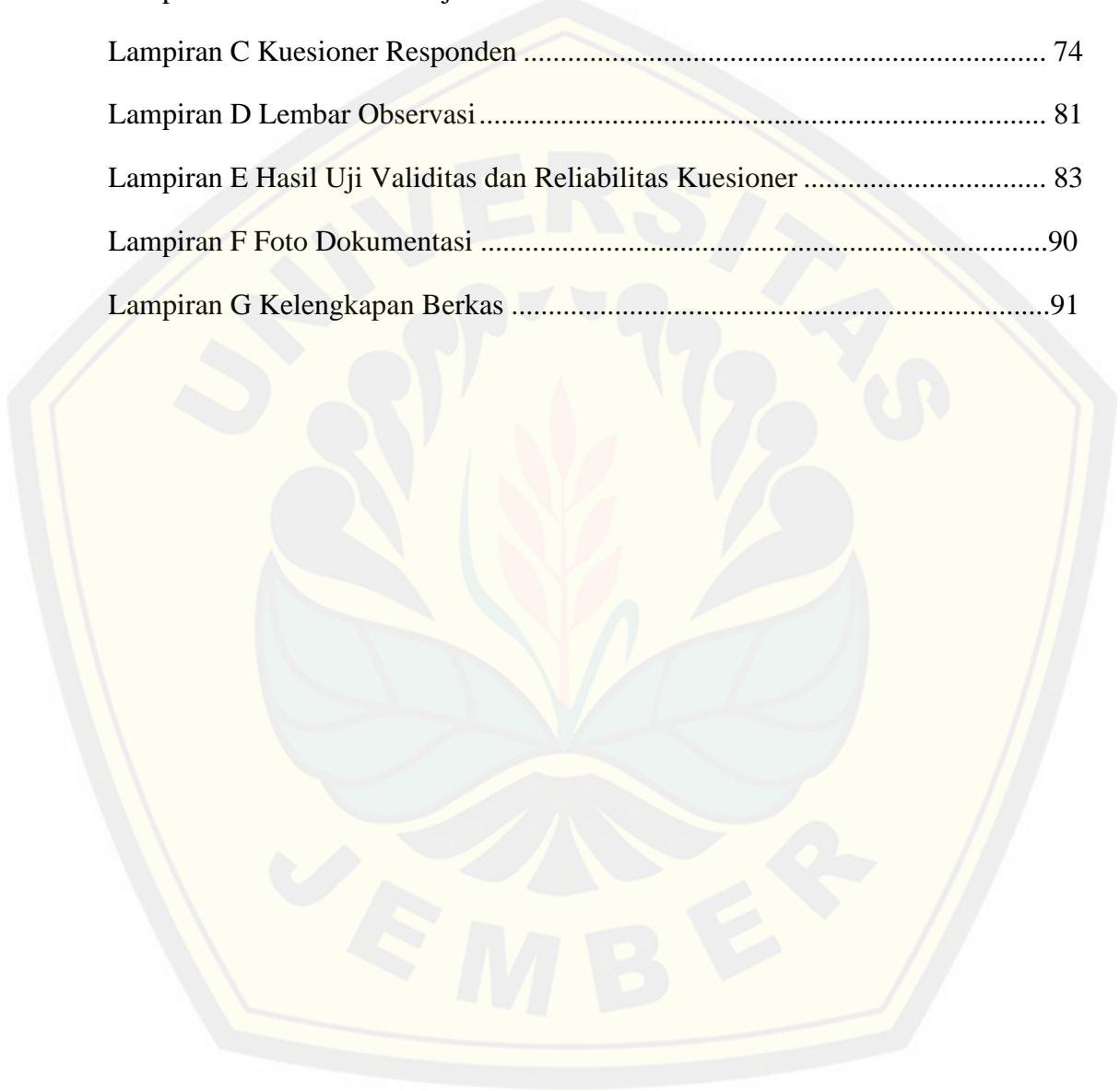
DAFTAR GAMBAR

2. 1 Struktur Kode INA CBG's.....	14
2. 2 Alur Pengajuan Klaim Rawat Inap dan Rawat Jalan Berbasis VEDIKA	17
2. 3 Kerangka Teori.....	23
2. 4 Kerangka Konsep.....	24
3. 1 Alur Penelitian	39



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran A Gambaran umum tempat penelitian.....	69
Lampiran B Lembar Persetujuan	73
Lampiran C Kuesioner Responden	74
Lampiran D Lembar Observasi.....	81
Lampiran E Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner	83
Lampiran F Foto Dokumentasi	90
Lampiran G Kelengkapan Berkas	91



DAFTAR SINGKATAN

BPJS	= Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
CMG	= <i>Casemix Main Group</i>
DPJP	= Dokter Penanggung jawab Pasien
FKTP	= Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FKRTL	= Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
ICD	= <i>International Statistical Clasification of Desease and Related Health Problems</i>
INA DRG	= <i>Indonesia Diagnosis Related Group</i>
INA CBG's	= <i>Indonesia Case Base Groups</i>
JKN	= Jaminan Kesehatan Nasional
PERSI	= Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia
RITL	= Rawat Inap Tingkat Lanjutan
RJTL	= Rawat Jalan Tingkat Lanjutan
RSUD	= Rumah Sakit Umum Daerah
SEP	= Surat <i>Eligibilitas</i> Pasien
SPO	= <i>Standart Procedur Operation</i>
UHC	= <i>Universal Health coverage</i>
VEDIKA	= Verifikasi Digital Klaim
Vidi	= Verifikasi Digital

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan sebuah aset berharga yang dibutuhkan seorang individu dalam melakukan setiap aktivitasnya dan menjadi hak warga negara untuk mencapai kesejahteraan dalam hidup. Pentingnya akan pelayanan kesehatan menuntut pemerintah untuk mendirikan pelayanan kesehatan agar masyarakat dapat mengakses kebutuhan kesehatan. Pemerintah dalam mengembangkan pelayanan kesehatan di awal tahun 2014 telah menggalakkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilakukan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai wujud terjamin dan terpenuhinya hak kesehatan setiap warga negara Indonesia. Menurut Ghasani (2018), target pemerintah pada tahun 2019 dalam *Universal Health Coverage* (UHC) memiliki capaian 95% penduduk Indonesia sudah bergabung menjadi peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Dalam mencapai Target UHC upaya BPJS Kesehatan adalah meningkatkan kendali mutu dan kendali biaya agar dapat memberikan pelayanan yang berkualitas, adil dan dapat dipercaya.

Strategi untuk mencapai UHC dengan mengupayakan peningkatan pelayanan kesehatan perorangan menjadi tanggung jawab pemerintah melalui mekanisme klaim JKN terhadap fasilitas kesehatan (BPJS, 2011). Mekanisme klaim JKN dibedakan menjadi dua prosedur yaitu kapitasi dan *Indonesia Case Based Groups* (INA CBG's). Prosedur kapitasi digunakan untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti Klinik, dokter keluarga, dan puskesmas, serta INA CBG's untuk fasilitas kesehatan tingkat lanjut seperti rumah sakit. INA CBG's merupakan sebuah sistem pembiayaan penanganan pasien yang menyesuaikan diagnosis dan kasus-kasus yang relatif sama, sehingga pihak rumah sakit akan memperoleh bayaran yang menyesuaikan dengan rata-rata biaya yang telah dihabiskan oleh kelompok-kelompok diagnosis (BPJS, 2014).

Beberapa kendala yang muncul dalam implementasi pembayaran klaim INA CBG's dari pihak rumah sakit diantaranya terjadi penundaan klaim karena verifikator sebagai pihak yang melakukan verifikasi klaim tidak memberikan

persetujuan klaim untuk diterima oleh BPJS Kesehatan. Kendala lain diantaranya verifikator sering mencoret resume medis yang tidak melakukan konfirmasi. Hal ini yang menjadi penyebab proses verifikasi membutuhkan waktu yang lama. Akibat proses verifikasi yang lama maka kepuasan fasilitas kesehatan terhadap BPJS kesehatan menurun (Sandi, 2018). Pihak BPJS Kesehatan khususnya verifikator keberatan dengan pelaksanaan verifikasi dikarenakan proses verifikasi yang sering terburu-buru, perbedaan persepsi antara koder dan verifikator rumah sakit terhadap kelengkapan berkas klaim yang mendukung koding. Solusi yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut adalah dengan merubah sistem verifikasi klaim manual menjadi *e-claim*. Namun, untuk menuju *e-claim* pada tahun 2020 dilakukan transisi melalui sistem VEDIKA atau Verifikasi Digital Klaim (Alvanitasari, 2018).

VEDIKA merupakan suatu sistem yang sedang dikembangkan dari BPJS kesehatan guna melakukan verifikasi dan bertujuan untuk meminimalisir pengoperasian secara manual di rumah sakit (Anonim, 2017). Verifikasi dilakukan oleh Verifikator BPJS kesehatan secara digital menggunakan aplikasi *Vclaim* dan *Vidi* (BPJS, 2018). Virtual klaim atau yang sering disebut dengan (*Vclaim*) merupakan aplikasi yang digunakan rumah sakit untuk penerbitan Surat *Eligibilitas* Peserta (SEP), penagihan klaim dan semua proses – proses *approval* serta legalisasi oleh rumah sakit. Verifikasi Digital (*Vidi*) merupakan aplikasi yang digunakan oleh BPJS kesehatan berfungsi antara lain untuk logik regulasi dan kaidah koding sebagai *warning system* pada proses verifikasi. Sistem VEDIKA bertujuan untuk menambah tingkat kepuasan rumah sakit terhadap kinerja BPJS Kesehatan, mengurangi beban operasional BPJS kesehatan dan mempercepat proses verifikasi klaim (Sandi, 2018).

Berdasarkan Surat Edaran Direktur Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Nomor 18 Tahun 2017 tentang pelaksanaan VEDIKA, penyelenggaraan pengajuan klaim berbasis VEDIKA dilakukan secara bertahap mulai bulan Januari 2017 sampai dengan Desember 2017 dengan kondisi seluruh Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) diharapkan telah melaksanakan VEDIKA. Berdasarkan data BPJS (2018) rumah sakit

menggunakan sistem VEDIKA terhitung di bulan Januari tahun 2018 telah mencapai 1528 rumah sakit dan bulan Maret naik menjadi 2275 rumah sakit. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sidoarjo Salah satu rumah sakit di Kabupaten Sidoarjo yang sudah menerapkan sistem VEDIKA.

RSUD Kabupaten Sidoarjo adalah rumah sakit milik Pemerintah kelas B Pendidikan yang dinyatakan lulus tingkat Paripurna Akreditasi KARS versi 2012. Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.03/I/1889/2013 tentang penetapan RSUD Kabupaten Sidoarjo sebagai rujukan regional di Jawa Timur yang mengampu rujukan dari wilayah Kabupaten Sidoarjo, Kabupaten Pasuruan, Kota Pasuruan, Kabupaten Mojokerto dan Kota Mojokerto. Menurut data Kementerian Kesehatan RI Tahun 2018 pada data klaim INA CBG's, RSUD Kabupaten Sidoarjo merupakan rumah sakit kelas B yang menduduki urutan pertama dengan jumlah klaim tertinggi di Jawa Timur yang mengirimkan data klaim pasien melalui aplikasi *e-klaim* ke Pusat Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Sejak program BPJS dimulai tahun 2014 telah banyak permasalahan yang muncul dari pelayanan pasien dan klaim pasien BPJS. Oleh karena itu, RSUD Kabupaten Sidoarjo membentuk unit baru khususnya dilingkungan internal rumah sakit yaitu Instalasi Penjaminan, dibentuk oleh Direktur RSUD Kabupaten Sidoarjo Nomor: 188/278/404.5.8/2016 tentang organisasi, tugas Pokok, dan fungsi Instalasi Penjaminan tanggal 1 Januari 2016 dan di Jawa Timur salah satu rumah sakit yang memiliki Unit *casemix* tersendiri adalah RSUD Kabupaten Sidoarjo, sehingga dengan adanya Instalasi Penjaminan bertujuan untuk menyelenggarakan kelancaran pelayanan administrasi pasien penjaminan dan memproses pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Proses klaim program JKN melibatkan beberapa tingkatan, dimulai dari proses instalasi dan pemeliharaan aplikasi *grouper* oleh petugas IT, Koding, *entry* data pelayanan oleh koder, kemudian pengajuan klaim oleh petugas administrasi *costing*, dan monitoring evaluasi sebelum berkas klaim diajukan ke BPJS kesehatan.

Menindaklanjuti Surat Edaran Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan Nomor 18 Tahun 2017 tentang pelaksanaan VEDIKA yang bertujuan untuk verifikasi berkas

klaim agar berjalan dengan cepat dan efisien, maka Instalasi Penjaminan RSUD Kabupaten Sidoarjo mulai menerapkan sistem verifikasi berkas berbasis Verifikasi Digital Klaim (VEDIKA) sejak bulan Maret 2018. Instalasi Penjaminan RSUD Kabupaten Sidoarjo sejak awal penyelenggaraan VEDIKA tahun 2018 menyatakan bahwa jumlah kunjungan pasien rawat jalan dengan penjamin BPJS Kesehatan sebesar 276.156 pasien sedangkan untuk rawat inap mencapai 30.796 pasien. selama penyelenggaraan VEDIKA, untuk rawat jalan rata-rata tiap bulannya terdapat 106 berkas dan untuk rawat inap terdapat 213 berkas di tiap bulannya, sehingga berkas tersebut akan diajukan dibulan berikutnya.

Ditinjau besaran rupiahnya dari rata-rata pengembalian berkas setiap bulannya pada kasus klaim rawat jalan sebesar Rp.43.832.810,00 dan untuk kasus klaim rawat inap sebesar Rp.148.114.170,00. Menurut BPJS (2018), pembayaran klaim dilakukan 15 hari setelah penandatanganan Berita Acara namun pembayaran Klaim oleh BPJS Kesehatan masih sering terjadi keterlambatan. Pengajuan klaim terakhir klaim bulan Desember dan November RSUD Kabupaten Sidoarjo belum terbayar oleh BPJS Kesehatan perbulan Februari 2019. Adanya pengembalian berkas dan keterlambatan dalam pembayaran akan berdampak pada *cashflow* RSUD Kabupaten Sidoarjo. Berdasarkan hasil wawancara dengan pegawai Instalasi Penjaminan, berpindahnya tempat untuk melakukan verifikasi berkas yang semula ditempat BPJS cabang RSD Kabupaten Sidoarjo kini berpindah di kantor cabang BPJS Kesehatan Sidoarjo hal itulah yang membuat sulitnya koordinasi secara intensif antara pihak BPJS dengan pihak Instalasi Penjaminan Rumah sakit apabila ada kesalahan dalam pemberkasan. Dari data tersebut, dapat disimpulkan bahwa adanya Instalasi Penjaminan dan penerapan pengajuan klaim berbasis VEDIKA masih belum maksimal dalam mengurangi pengembalian berkas klaim dan masih sering terjadi keterlambatan dalam pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan.

Berdasarkan permasalahan tersebut dan mengingat sangat krusial karena hal ini akan mempengaruhi *cashflow* rumah sakit, peranan BPJS Kesehatan dalam mempengaruhi pembiayaan RSUD Kabupaten Sidoarjo, maka perlu dilakukan penelitian dengan menggunakan teori sistem. Teori sistem merupakan gabungan

dari elemen-elemen yang saling berkaitan saling bergantung guna mencapai sasaran kesatuan yang majemuk pula (Azwar, 2010). Dengan teori sistem, penelitian ini akan memudahkan gambaran bagaimana proses pelaksanaan VEDIKA sehingga penelitian ini berjudul “Sistem VEDIKA BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sidoarjo tahun 2019.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang yang telah dipaparkan, dapat dirumuskan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana Sistem VEDIKA BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sidoarjo 2019.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menggambarkan sistem VEDIKA BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sidoarjo tahun 2019.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan perencanaan (*planning*) pada sistem VEDIKA BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Daerah kabupaten Sidoarjo tahun 2019.
- b. Menggambarkan pengorganisasian/pembagian kerja (*organizing*) pada sistem VEDIKA BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sidoarjo tahun 2019.
- c. Menggambarkan penggerakan (*actuating*) berupa pelaksanaan pengajuan klaim, penggunaan aplikasi Vclaim, pelaksanaan SPO sistem VEDIKA, sosialisasi terkait sistem VEDIKA, komunikasi antar petugas dari pelaksanaan sistem VEDIKA dan kelengkapan berkas.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Memberikan tambahan pengetahuan sebagai khazanah ilmu kesehatan masyarakat khususnya ilmu Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dalam penelitian ilmiah dan memberikan informasi bagi penelitian lain yang akan mengembangkan penelitiannya

1.4.2 Manfaat Praktis

Adapun manfaat Praktis sebagai berikut :

a. Bagi Peneliti

Memberikan tambahan pengalaman dan menambah kemampuan dalam mengaplikasikan ilmu kesehatan masyarakat terutama dalam mengimplementasikan ilmu Administrasi dan Kebijakan Kesehatan selama menempuh perkuliahan.

b. Bagi RSUD Kabupaten Sidoarjo

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan pertimbangan untuk perbaikan *proses* Sistem Verifikasi Digital Klaim (VEDIKA) dan strategi agar minimalisir pengembalian berkas klaim untuk memaksimalkan output di Era VEDIKA.

c. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Peneliti ini dapat dijadikan sebagai tambahan literasi dan kepustakaan bagi mahasiswa dan pihak lain yang ingin melakukan penelitian di bidang klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang berkaitan pengajuan klaim berbasis VEDIKA pada Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit Sebagai FKRTL

2.1.1 Definisi Rumah Sakit yang dikemukakan oleh para ahli

Di Indonesia peran Rumah Sakit menjadi salah satu bagian sistem pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan meliputi pelayanan medik, penunjang medik, perawatan dan rehabilitasi medik.

Sedangkan berdasarkan UU. NO 44 tahun 2009, terkait Rumah Sakit adalah Institusi pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan kesehatan perorangan secara lengkap terdiri dari pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

2.1.2 Klasifikasi Rumah Sakit

Untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus dibedakan menurut fasilitas dan kapabilitas pelayanan rumah sakit (UU No. 44 tahun 2009).

a. Jenis-jenis rumah sakit umum terdiri dari:

1) Rumah Sakit umum kelas A

Rumah Sakit Kelas A adalah Rumah sakit umum yang memiliki fasilitas dan kapabilitas pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 5 (lima) spesifik penunjang medik, 12 (duabelas) spesialis lain dan 13 (tigabelas) subspecialis.

2) Rumah Sakit umum kelas B

Rumah Sakit Umum Kelas B adalah rumah sakit umum yang memiliki fasilitas dan kapabilitas pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medik, 8 (delapan) spesialis lain dan 2 (dua) subspecialis dasar.

3) Rumah Sakit umum kelas C

Rumah Sakit Umum Kelas C adalah rumah sakit umum yang memiliki fasilitas dan kapabilitas pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar dan 4 (empat) spesialis penunjang medik.

4) Rumah Sakit umum kelas D

Rumah Sakit Umum Kelas D adalah rumah sakit umum yang memiliki fasilitas dan kapabilitas pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) spesialis dasar.

b. Jenis-jenis Rumah Sakit khusus terdiri dari:

1) Rumah Sakit khusus kelas A

Rumah Sakit Khusus kelas A adalah Rumah Sakit Khusus yang memiliki fasilitas dan kapabilitas paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang lengkap.

2) Rumah Sakit khusus kelas B

Rumah Sakit Khusus kelas B adalah Rumah Sakit Khusus yang memiliki fasilitas dan kapabilitas paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang terbatas.

3) Rumah Sakit khusus kelas C

Rumah Sakit Khusus kelas C adalah Rumah Sakit Khusus yang memiliki fasilitas dan kapabilitas paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang minimal.

2.1.3 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Tugas Rumah Sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara lengkap. Sedangkan menurut UU. NO 44 Tahun 2009 terkait Fungsi Rumah sakit adalah

- a. Pelayanan Rumah Sakit yang memberikan layanan pengobatan dan pemulihan sesuai dengan standart.
- b. Pelayanan Rumah Sakit yang memberikan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan dengan layanan kesehatan yang paripurna tingkat 2 dan 3 sesuai kebutuhan medis.
- c. Pelayanan Rumah Sakit yang memberikan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia untuk meningkatkan kapabilitas dalam pemberian pelayanan kesehatan.

- d. Pelayanan Rumah Sakit dalam melayani penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan untuk peningkatan pelayanan kesehatan yang menyesuaikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.4 Pelayanan Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan dibedakan 2 tipe diantaranya pelayanan rawat jalan eksekutif dan reguler. Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif merupakan penanganan pasien melalui pelayanan kesehatan rawat jalan nonreguler di rumah sakit yang dilaksanakan oleh pelayanan dokter spesialis-subspesialis dalam satu fasilitas ruangan terpadu secara khusus tanpa menginap di Rumah Sakit dengan sarana dan prasarana diatas standar. Pelayanan rawat jalan reguler adalah penanganan pasien melalui pelayanan kesehatan rawat jalan di Rumah Sakit yang dilaksanakan oleh pelayanan dokter spesialis – subspesialis. (PERMENKES NO. 11 TAHUN 2016). Jenis penanganan yang tergolong rawat jalan di rumah sakit secara umum adalah

- a. Gawat Darurat yaitu pertolongan pasien yang dilakukan secara cepat dan sewaktu-waktu.
- b. Rawat Jalan Paripurna yaitu penanganan pasien dilakukan secara lengkap dan sempurna yang menyesuaikan dengan keperluan pasien.
- c. Rujukan yaitu pelayanan rumah sakit yang menangani pasien berasal dari rujukan sarana fasilitas kesehatan lain misal Puskesmas atau klinik. Umumnya hanya melakukan terapi maupun diagnosis, namun untuk perawatan selanjutnya akan tetap dilakukan oleh kesehatan terujuk
- d. Bedah Jalan yaitu penanganan pasien yang melayani bedah dan pasien bisa dipulangkan pada waktu yang sama

2.1.5 Pelayanan Rawat Inap

Penanganan Rawat Inap yang berdasarkan pada Kemenkes No. 250 tahun 2003 merupakan penanganan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau upaya pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di rumah sakit. Rawat inap dapat diartikan sebagai pemeliharaan kondisi

kesehatan pasien dimana, pasien dapat tinggal atau mondok minimal sedikitnya satu hari mengacu pada rujukan dari rumah sakit lain atas fasilitas kesehatan lainnya oleh karena kondisi penyakit penderita sehingga mengharuskan menginap.

Rawat Inap terdiri atas :

- a. Perawatan inap non intensif
- b. Perawatan inap di ruang intensif
- c. Pelayanan kesehatan lain yang diterapkan oleh Menteri

Peserta BPJS Kesehatan bisa menjalani rawat inap di Rumah Sakit dengan syarat salah satunya Rumah sakit sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan telah mendapatkan rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama atau sebelumnya telah berada di Unit Gawat Darurat (UGD). Terdapat ruang rawat inap kelas 1, kelas 2, dan kelas 3, dalam menjalankan penanganan pasien rawat inap peserta BPJS Kesehatan akan menyesuaikan dengan kelas kepesertaan yang dipilih.

2.1.6 Sumber Pendapatan Rumah Sakit

Rumah sakit mempunyai sumber pendapatan operasional yang berasal dari penerima manfaat fasilitas kesehatan yang diadakan oleh rumah sakit. Fasilitas tersebut dapat berupa penanganan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan lain-lain (Bastian, 2008). Pada era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini menerima masukan dari pasien JKN akan dibayarkan oleh BPJS Kesehatan melalui mekanisme pengajuan klaim. Selain itu, pendapatan rumah sakit juga berasal dari asuransi-asuransi lain seperti BPJS Ketenagakerjaan, INHEALTH, Jasa Raharja, asuransi swasta lainnya.

2.2 BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan yang merupakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, dalam pelaksanaannya telah berjalan sejak 1 Januari 2014. Dengan berlakunya Undang-undang tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial maka PT Askes (Persero) beralih menjadi BPJS Kesehatan. Bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan, maka BPJS Kesehatan memiliki tugas yang serius salah satunya

melakukan pengawasan secara ketat terhadap jalannya implementatif INA CBG's terhadap rumah sakit. Selain itu, BPJS Kesehatan membentuk tim kendali mutu dan biaya yang bertugas melakukan sosialisasi yang sasarannya tenaga kesehatan terhadap kewenangan pelaksanaan praktik sesuai kompetensi, pembinaan etika dan disiplin profesi kesehatan (Kemenkes, 2013).

Rumah sakit yang melakukan kerjasama dengan BPJS Kesehatan, memiliki petugas Verifikator. Petugas Verifikator akan memverifikasi berkas-berkas klaim yang diajukan untuk menyesuaikan diagnosis dan prosedur tagihan menggunakan Kode ICD 10 dan ICD 9 CM dengan mengikuti panduan coding dalam juknis INA CBG's (BPJS, 2014).

2.2.1 Klaim Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut BPJS

a. Penanganan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)

Biaya penanganan rawat jalan tingkat lanjutan di rumah sakit akan dianggarkan dengan memakai paket INA CBG's sehingga peserta tidak dikenai biaya. Terkait pembiayaan paket INA CBG's tercantum dalam Menteri kesehatan Republik Indonesia dalam Permenkes No. 69 Tahun 2013 terkait Standart biaya paket INA CBG's akan ditanggung biaya seluruh penanganan yang dialokasikan kepada peserta BPJS Kesehatan, seperti biaya administrasi, jasa pelayanan, sarana, alat/bahan habis pakai, obat dan lain-lain. Selain itu, pengajuan berkas berkas klaim rawat jalan tingkat lanjutan akan diajukan secara bersamaan dengan ketentuan maksimal 10 bulan berikutnya dengan memakai aplikasi INA CBG's dari Kementerian Kesehatan yang masih berlaku. Pengajuan berkas klaim akan dikirim ke kantor cabang kabupaten atau kota secara bersamaan yang dilakukan tiap bulan dengan syarat kelengkapan administrasi dan kelengkapan lain diantaranya :

- (1) Rekapitulasi penanganan
- (2) Berkas lain masing-masing penderita, yang meliputi :
 - (a). Surat *Elligibilitas* Peserta (SEP).

- (b). Surat keterangan diagnosa dari dokter atau resume medis atau laporan status pasien jika diperlukan.
- (c). Bukti penanganan lainnya, misal: rincihan tagihan dari rumah sakit baik *manual* atau *auto matic billing*, penanganan terapi dan adanya pemberian obat-obatan khusus dan berkas-berkas lainnya apabila diperlukan.

b. Penanganan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)

Anggaran paket INACBG's sudah termasuk tarif seluruh penanganan yang dibebankan kepada peserta BPJS Kesehatan, biaya-biaya tersebut mencakup biaya obat, sarana prasarana, akomodasi, alat-alat ataupun bahan yang telah dipakai, biaya ketatalaksanaan dan lain-lain. Pengajuan berkas klaim rawat jalan tingkat lanjutan akan diajukan secara bersamaan dengan ketentuan maksimal 10 bulan berikutnya dengan format softcopy (menggunakan aplikasi INA CBG's yang masih berlaku) dan format hardcopy untuk berkas-berkas pendukung lainnya. Selanjutnya, tagihan klaim rumah sakit akan tergolong legal sesudah ditandatangani oleh direktur rumah sakit serta pegawai verifikasi BPJS Kesehatan.

Selain itu, Pengajuan berkas klaim akan dikirim ke kantor cabang kabupaten atau kota secara bersamaan yang dilakukan tiap bulan dengan syarat kelengkapan administrasi dan kelengkapan lain diantaranya :

- (1) Rekapitulasi penanganan
- (2) Berkas lain pada masing-masing penderita, yang terdiri dari:
 - (a). Surat *Eligibilitas* Peserta (SEP)
 - (b). Surat rekomendasi rawat inap
 - (c). Laporan medis yang ditandatangani oleh DPJP
 - (d). Penanganan lain yang disetujui oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien diantaranya sebagai berikut : rincihan tagihan rumah sakit baik secara *manual* ataupun *automatic billing*, penanganan terapi dan pemberian obat-obatan khusus, resume operasi pasien dan berkas-berkas lain jika dibutuhkan.

2.2.2 INA - CBG's

a. Sistem INA - CBG's

Sistem INA CBG's menurut Menkes, 2014 didefinisikan sebagai sistem pendataan yang berdasarkan ICD (*International Clasification of Desease*) dibuat oleh WHO menggunakan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan ataupun prosedur. Output dari INA CBG's sebagai diagnosis akhir dan prosedur penanganan pasien yang basisnya pada data pembiayaan dan coding penyakit dari penderita. Di Indonesia pertama kali dikembangkan sekitar tahun 2006 diperkenalkan INA DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) namun diberlakukan sistem tersebut pada 1 September 2008 dilakukan di 15 rumah sakit yang sudah memiliki kerjasama dengan program Jamkesmas

Terjadi *modifikasi* nomenklatur sekitar ditahun 2010 tepatnya pada tanggal 31 September, yang semula sistem bernama INA DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) beralih menjadi INA CBG (Indonesia Case Based Group) adanya *modifikasi grouper* dari 3M *Groper* ke UNU (*Unitted Nattion Universitty*) *grouper*, sehingga pembayaan kepada pihak rumah sakit yang semula memakai program Jamkesemas beralih menggunakan INA CBG's sejak bulan Oktober 2010 sampai Desember 2013. Dalam pelaksanaannya sistem *casemix* di Indonesia sebanyak 3 kali mengalami perubahan besaran tarif, diantaranya tarif INA DRG tahun 2008, INA CBG's tahun 2013, dan tarif INA CBG's tahun 2014. INA CBG's sendiri memiliki 1.077 kelompok tarif terdiri atas 789 kode grup/kelompok rawat inap dan 288 kode grup atau kelompok rawat jalan, sistem pengkodean berdasarkan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk Tindakan atau prosedur. Pengkodean diagnosis dan prosedur memakai *grouper UNU (UNU grouper)*. *UNU grouper* merupakan *grouper casemix* yang dibuat oleh United Nations University.

b. Sistematika Kode INA - CBG's

Dalam pengelompokkan sistematika INA CBG's memakai dasar-dasar sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan atau prosedur yang menjadi luaran pelayanan, dan dengan referensi dari ICD-10 untuk diagnnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan maupun prossedural. Kelompok tarif INA CBG's memakai sistem

yang memiliki 1.077 kelompok tarif terdiri atas 789 kode grup/kelompok rawat inap dan 288 kode grup atau kelompok rawat jalan. aplikasi INA CBG's akan diisi dengan group yang dilambangkan menggunakan kode numerik dan gabungan dari alfabet berikut contoh dari sistematika kode INA CBG's :



Gambar 2. 1 Struktur Kode INA CBG's

Sumber : PERMENKES Nomor 76 TAHUN 2016 tentang Pedoman INACBG's

Keterangan :

1. Digit ke-1 merupakan CMG (*Casemix Main Groups*)
Merupakan pengkategorian bagian pertama yang ditandai dengan huruf-huruf alfabet mulai dari huru A sampai dengan huruf Z, huruf alfabet ini akan berkaitan dengan sistem-sitem organ tubuh dan pelabelan huruf alfabet akan dicocokkan dengan ICD 10 tentang diagnosis untuk tiap-tiap sistem organ tubuh manusia.
2. Digit ke-2 merupakan tipe kasus
3. Digit ke-3 adalah spesifik CBG kasus
Pada digit ketiga akan menunjukkan spesifik atau kekhususan CBG's yang ditandai dengan angka-angka mulai dari 01 sampai dengan 99.
4. Digit ke-4 berupa angka romawi merupakan *severity level*
Pada digit keempat adalah *resource intensity level* akan menunjukkan tingkat keakutan kasus yang disebabkan oleh adanya *komorbiditas* dan komplikasi dalam masa perawatan. Pada tingkat keakutan kasus yang ada di sistem INA CBG's dibedakan 4 golongan mulai dari golongan "0" untuk rawat jalan, golongan "I - ringan" untuk rawat inap dengan level keakuttan 1 (tanpa komplikasi maupun *komorbidity*), golongan "II - seddang" untuk rawat inap dengan level keakutan 2 (dengan mild komplikasi dan *komobidity*), golongan

“III-berrat” rawat inap dengan level keakuttan 3 (dengan *major* komplikasi dan *komorbidity*).

2.2.3 Sistem VEDIKA

a. Sejarah dan Definisi VEDIKA

Menurut BPJS Kesehatan dalam Sosialisasi VEDIKA (2018), Sebelum adanya kebijakan VEDIKA, BPJS kesehatan membuat Rencana Strategis tentang manajemen Klaim tahun 2020 dilaksanakan eletronik klaim. selain itu, beberapa keluhan FKRTL mengeluh terkait dengan pengajuan klaim diantaranya :

- 1) banyaknya berkas klaim yang ditolak karena tidak lengkap dan koding tidak sesuai.
- 2) Belum jelasnya waktu verifikasi
- 3) Terjadinya proses bolak-balik berkas antara Rumah Sakit dan verifikator
- 4) Berkas klaim yang dikembalikan tidak terdokumentasi dengan baik
- 5) Terjadi benturan antara verifikator dengan petugas Rumah Sakit akibat perbedaan pendapat.

Beberapa Rumah Sakit juga mengeluh salah satunya terkait dengan verifikator mengancam penundaan klaim dan proses verifikasi membutuhkan waktu yang lama sehingga berdampak pada kepuasan faskes terhadap BPJS kesehatan Menurun. Untuk mengatasi hal tersebut, BPJS Kesehatan berinovasi dengan membuat Kebijakan berdasarkan Surat Edaran Direktur Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Nomor 18 Tahun 2017 tentang penjelasan Verifikasi Digital Klaim bahwa pelaksanaan vedika dilakukan secara bertahap dimulai bulan Januari 2017 sampai Desember 2017.

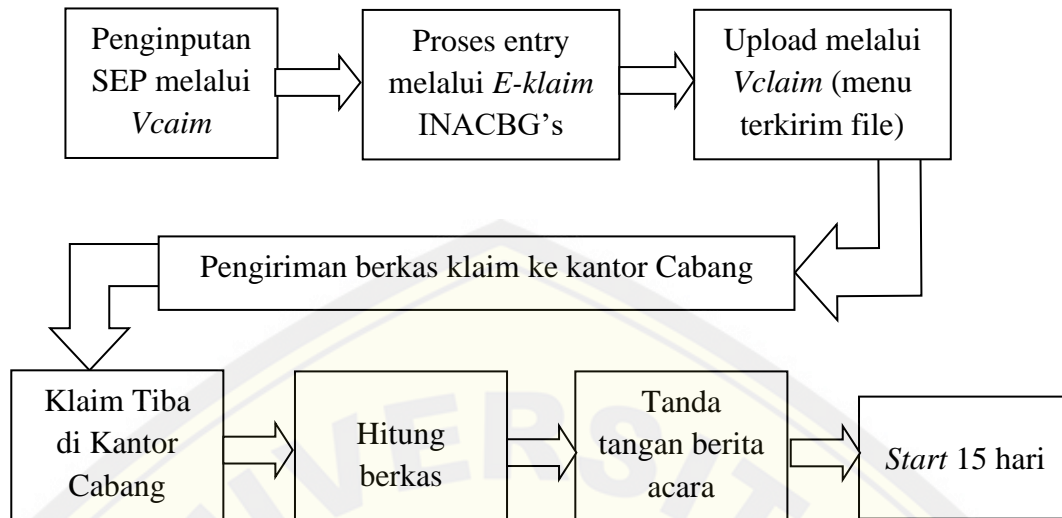
Verifikasi Digital Klaim (VEDIKA) merupakan pemindahan fungsi ke kantor cabang BPJS Kesehatan yang berada di kabupaten atau kota setempat. Selain itu, Vedika bukan sekedar perubahan bisnis proses, namun merupakan perubahan bisnis model, sebagai solusi ntuk merspon kondisi percepatan pertumbuhan beban klaim. Dengan adanya sistem ini, bertujuan untuk efisiensi SDM dan Sarpras, optimal penggunaan IT sistem, dan perencanaan pembayaran Klaim terbaik.

Verifikasi dilakukan oleh verifikasi BPJS kesehatan secara digital menggunakan aplikasi Vclaim dan Vidi.

b. Alur VEDIKA

Diera Vedika, proses semua verifikasi menggunakan system aplikasi yaitu Virtual Klaim dan Verifikasi Digital. Virtual klaim atau yang sering disebut dengan Vclaim merupakan aplikasi yang digunakan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sidoarjo berfungsi antara lain untuk penerbitan SEP (Surat Eligibitas Peserta), penagihan klaim dan semua proses – proses approval serta legalisasi oleh Rumah Sakit. Sedangkan Verifikasi Digital atau yang sering dikenal dengan VID. Aplikasi inilah yang digunakan oleh Badan penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan berfungsi antara lain untuk logik regulasi, kaidah koding sebagai *warning system* pada proses verifikasi. Pada fitur warning sistem inilah yang akan memverifikasi kaidah koding pada berkas-berkas RSUD Kabupaten Sidoarjo, apabila terjadi dispute maka fitur ini akan mendiagnosis penyebab berkas sehingga terjadi dispute. Kedua aplikasi inilah akan menunjang baik proses pengajuan klaim rawat jalan dan rawat inap RSUD Kabupaten Sidoarjo serta menunjang Verifikasi berkas by sistem oleh BPJS Kesehatan (BPJS, 2018).

Pengajuan klaim Rawat jalan dan rawat inap semua telah berbasis sistem. Dengan adanya aplikasi Virtual klaim, Rumah Sakit dituntut untuk seefektif dan seefisien mungkin dalam mengajukan klaim karena semua itu akan berpengaruh pada keuangan (*Cashflow*) rumah sakit. Alur pengajuan Klaim rawat inap dan rawat jalan Rumah Sakit yang dibuat oleh BPJS kesehatan agar memudahkan seluruh rumah sakit yang teregistrasi VEDIKA. Berikut alur penagihan klaim berbasis VEDIKA :



Gambar 2. 2 Alur Pengajuan Klaim Rawat Inap dan Rawat Jalan Berbasis VEDIKA

Sumber : *Konsep Dan Implementasi VEDIKA dan kelengkapannya BPJS Kesehatan 2018*

Setelah alur pengajuan klaim di Rumah Sakit sudah sesuai dengan SPO (Standart Prosedur Operasional) maka berkas akan disiapkan untuk diajukan ke BPJS kantor cabang terdekat. Dan file TXT akan diupload melalui aplikasi Virtual Klaim (V - Claim). Petugas Rumah Sakit akan mempersiapkan beberapa hal, sebagai persyaratan untuk kolektif ke verifikasi ke Kantor Cabang Sidoarjo terdiri dari Surat Pertanyaan Tanggung Jawab Mutlak, Surat pernyataan pemeriksaan klaim tim pencegahan kecurangan (*antifraud*) Rumah Sakit, Surat pengajuan berkas klaim, checklist klaim Rumah Sakit. Untuk masing-masing berkas memerlukan kelengkapan seperti kelengkapan berkas Klaim Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) meliputi *softcopy* luaran aplikasi pengajuan klaim rumah sakit, *print out* luaran aplikasi pengajuan klaim rumah sakit, bukti pelayanan, rincian biaya tagihan, hasil pemeriksaan penunjang, laporan tindakan. Sedangkan kelengkapan berkas klaim Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) meliputi Surat *Eligibilitas* Peserta (SEP), *print out* aplikasi pengajuan klaim, surat perintah rawat inap, resume medis, rincian biaya tagihan, hasil pemeriksaan penunjang, laporan tindakan.

Berkas klaim tiba di kantor Cabang Sidoarjo maka tahap selanjutnya adalah perhitungan berkas secara manual oleh petugas Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sidoarjo untuk pengecekan terakhir jumlah berkas yang akan disetor ke pihak petugas BPJS. Setelah semua berkas terhitung lengkap dan kelengkapan berkas juga lengkap maka tahap terakhir adalah penandatanganan berita acara. Pembayaran klaim rawat inap dan rawat jalan RSUD Kabupaten Sidoarjo akan dibayarkan 15 hari setelah penandatanganan berita acara verifikasi atau yang disebut dengan ($n + 15$).

c. Perbedaan VEDIKA dan Sebelum VEDIKA

Tabel 2. 1 Perbedaan VEDIKA dan Non VEDIKA

	Verifikasi	VEDIKA
Where	BPJS Center di Rumah Sakit	Kantor Cabang BPJS Kesehatan
Who	Verifikasi BPJS Kesehatan	a. Verifikasi BPJS Kesehatan b. Verifikasi internal Rumah sakit
What	a. Verifikasi Administrasi : seluruh klaim b. Verifikasi pelayanan : seluruh klaim	a. Verifikasi administasi : seluruh klaim b. Verifikasi pelayanan : sampling
	Klaim masuk secara bertahap harian	Klaim masuk secara menyeluruh bulanan (minimalisir klaim susulan)
		Verifikasi oleh rumah sakit
		Audit klaim (<i>post review claim</i>) dilakukan oleh rumah sakit
		Surat tanggung jawab mutlak dalam pengajuan klaim oleh FKRTL
When	Lama waktu verifikasi sampai pembayaran bervariasi disetiap daerah	Lama waktu verifikasi sampai pembayaran (15 hari) disetiap daerah
How	Manual	Manual + digital
	Konfirmasi klaim ke RS	Konfirmasi klaim ke RS dan Peserta

Sumber : Maharani (2018) *Pengenalan Program VEDIKA (Verifikasi Di Kantor) dan e-klaim.*

Tabel 2. 2 Perbandingan Vedika dengan Non Vedika *by Sistem*

No	Aplikasi SEP lama (Eksisting)	Aplikasi Vclaim
1	Belum ada dashboard	Sudah ada menu dashboard yang menampilkan : <ol style="list-style-type: none"> a. Jumlah SEP terbit untuk pelayanan poli Rawat Jalan hari ini b. Jumlah SEP terbit untuk pelayanan Rawat Inap hari ini c. Jumlah SEP terbit untuk poli Rawat Jalan kemarin d. Jumlah SEP terbit untuk pelayanan rawat inap kemarin e. Menu jumlah kunjungan tiap poli
2	Belum ada menu form rujukan bagi login RS	Menu form rujukan sudah tersedia melalui sistem (luaran form seragam)
3	Belum ada menu laporan bagi login RS	Sudah ada menu laporan yang menampilkan : <ol style="list-style-type: none"> a. Laporan kunjungan b. Laporan poli eksekutif c. Laporan penjamin lain (BPJS TK, Asabri, Taspes, JR) d. Laporan COB dengan asuransi lain
4	Pengiriman <i>txt</i> masih menggunakan media seperti <i>flashdisk, harddisk, atau CD</i>	Pengiriman <i>txt</i> untuk penagihan klaim cukup dengan langsung meng –upload melalui <i>web Vclaim</i> .
5	Belum ada <i>history txt</i>	Ada menu <i>history txt</i> yang pernah dikirim ke BPJS Kesehatan
6	Belum ada menu <i>eksport</i> ke <i>excell</i> atau <i>pdf</i>	Disertakan menu untuk <i>eksport</i> ke <i>excell</i> atau <i>pdf</i>

Sumber : BPJS Kesehatan (2018) *Konsep dan implementasi VEDIKA dan kelengkapannya*

2.3 Teori Sistem

2.3.1 Definisi Teori Sistem

Sistem merupakan gabungan dari elemen-elemen yang saling berkaitan dan menjadi satu kesatuan yang beragam, dari masing-masing komponen memiliki hubungan yang bebas dan saling bergantung guna mencapai sasaran kesatuan yang majemuk pula (Azwar, 2010).

Definisi terkait sistem dapat menjadi dua macam yaitu :

1) Sistem sebagai suatu wujud

Dianggap sebagai suatu wujud (*entity*), suatu sistem sebagai wujud apabila elemen-elemennya yang tergabung dalam sistem tersebut menjadi suatu wujud yang sifat-sifatnya dapat digambarkan dengan jelas. Sistem sebagai wujud memiliki sifat-sifat dari bagian-bagian yang membentuk sistem maka sistem sebagai suatu wujud dapat diklasifikasikan menjadi dua jenis:

(a). Sistem sebagai suatu wujud yang konkrit

Sifat-sifat dari elemen-elemen yang menjadi sistem dapat dikatakan konkrit apabila sistem tersebut dapat ditangkap dengan pancaindra.

(b). Sistem sebagai suatu wujud yang abstrak

Sifat-sifat dari elemen-elemen yang menjadi sistem dapat dikatakan abstrak apabila sistem tersebut tidak dapat ditangkap dengan pancaindra

2) Sistem sebagai suatu metoda

Sistem sebagai metoda, disebut metoda jika elemen-elemen yang tergabung dalam sistem tersebut membentuk suatu metoda yang digunakan untuk alat dalam pelaksanaan pekerjaan administrasi atau ketatalaksanaan.

2.3.2 Ciri – ciri Sistem

Ciri sistem menurut Elias M. Awad (1979) dalam Azwar(2010), ciri-ciri sistem dapat diklasifikasikan ,menjadi lima bagian yaitu:

- 1) Sistem bukanlah sesuatu yang terletak diruang kosong, melainkan selalu berhubungan dengan lingkungan.
- 2) sistem memiliki bersifat terbuka, menerima pengaruh-pengaruh dari luar atau lingkungan yang kemudian digunakan oleh sistem tersebut untuk lebih menyempurnakannya.
- 3) Sistem memiliki kapabilitas untuk mengatur diri sendiri, bisa mengatur diri sendiri karena ada faktor dalam sistem yaitu umpan balik (*feedback*)
- 4) Sistem terbentuk dari dua atau lebih subsistem, selain itu pada tiap-tiap subsistem memiliki dua atau bisa lebih subsistem lain yang lebih kecil.
- 5) Antara subsistem dengan subsistem lainnya memiliki kaitan yang saling mempengaruhi dan tergantung.
- 6) Sistem memiliki sasaran dan tujuan yang akan dicapai. Berhasilnya sasaran dan tujuan ini merupakan hasil kerjasama dari macam-macam subsistem yang berada didalam sistem tersebut.

2.3.3 Unsur – Unsur Sistem

Dikatakan sistem karena dibentuk dari elemen-elemen yang saling berpengaruh dan berkaitan. Elemen-elemen tersebut yang dimaksud merupakan entitas yang mutlak perlu ditemukan, jika yang dimaksud tidak seperti definisi, maka apa yang disebut dengan sistem tersebut bisa dikatakan tidak ada. Elemen-elemen yang dimaksud jika dielementerkan dapat diklasifikasikan menjadi enam unsur saja yaitu :

- 1) Masukan (*Input*)

Masukan (*Input*) dapat didefinisikan sebagai gabungan dari bagian-bagian yang berada didalam sebuah sistem dan dibutuhkan guna memfungsikan sisten-sistem tersebut.

- 2) Proses (*Procces*)

Yang dinamakan dengan Proses (*Procces*) adalah gabungan dari elemen-elemen yang berada didalam sistem dan berguna untuk mengalihkan masukan menjadi luaran yang telah direncanakan.

3) Luaran (*Output*)

Luaran (*Output*) dapat didefinisikan sebagai gabungan dari bagian atau elemen yang dihasilkan dari pelaksanaan proses berada dalam sistem.

4) Umpan balik (*Feedback*)

Umpan balik (*Feedback*) dapat didefinisikan sebagai gabungan dari elemen-elemen yang berasal dari hasil luaran sistem dan sebagai masukan untuk sistem tersebut.

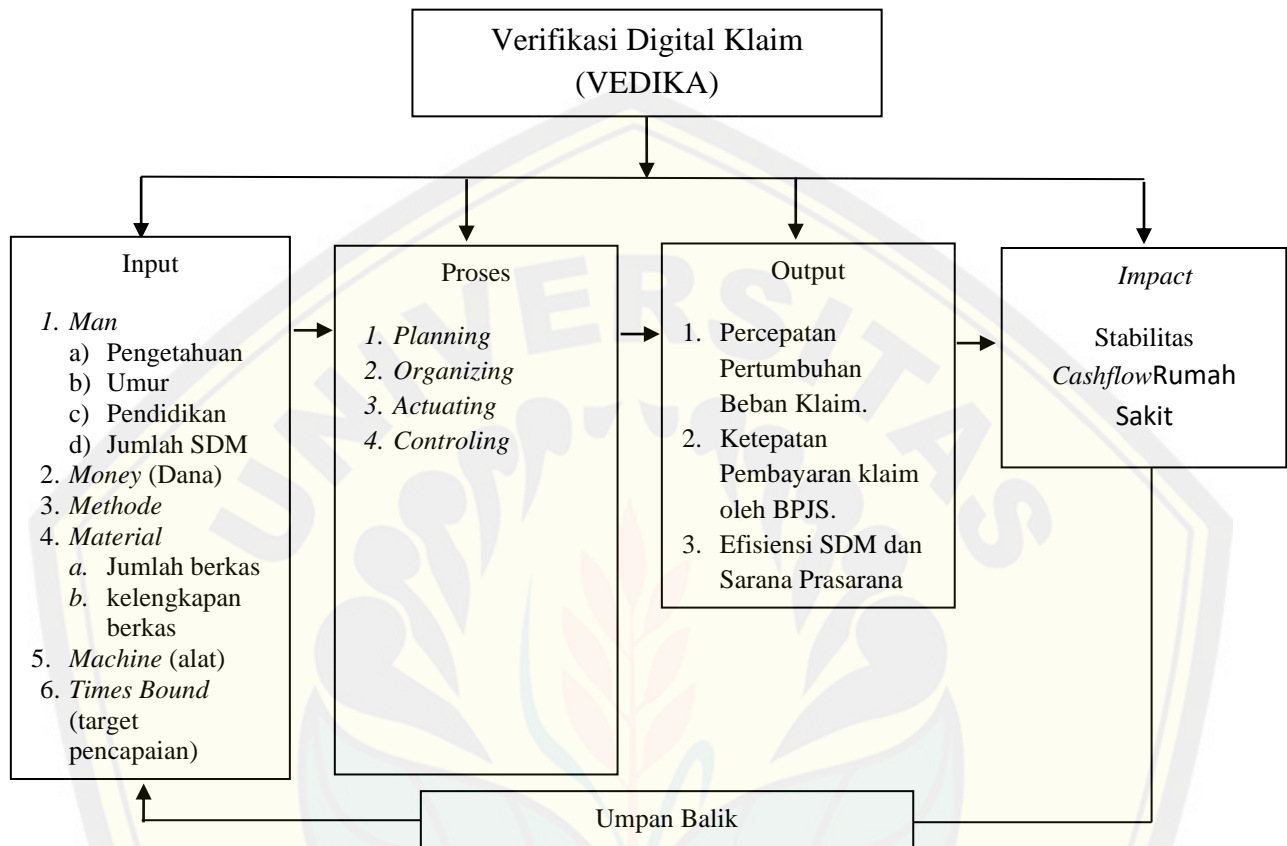
5) Dampak (*Impack*)

Dampak (*Impack*) dapat didefinisikan sebagai akkibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem.

6) Lingkungan (*Environtment*)

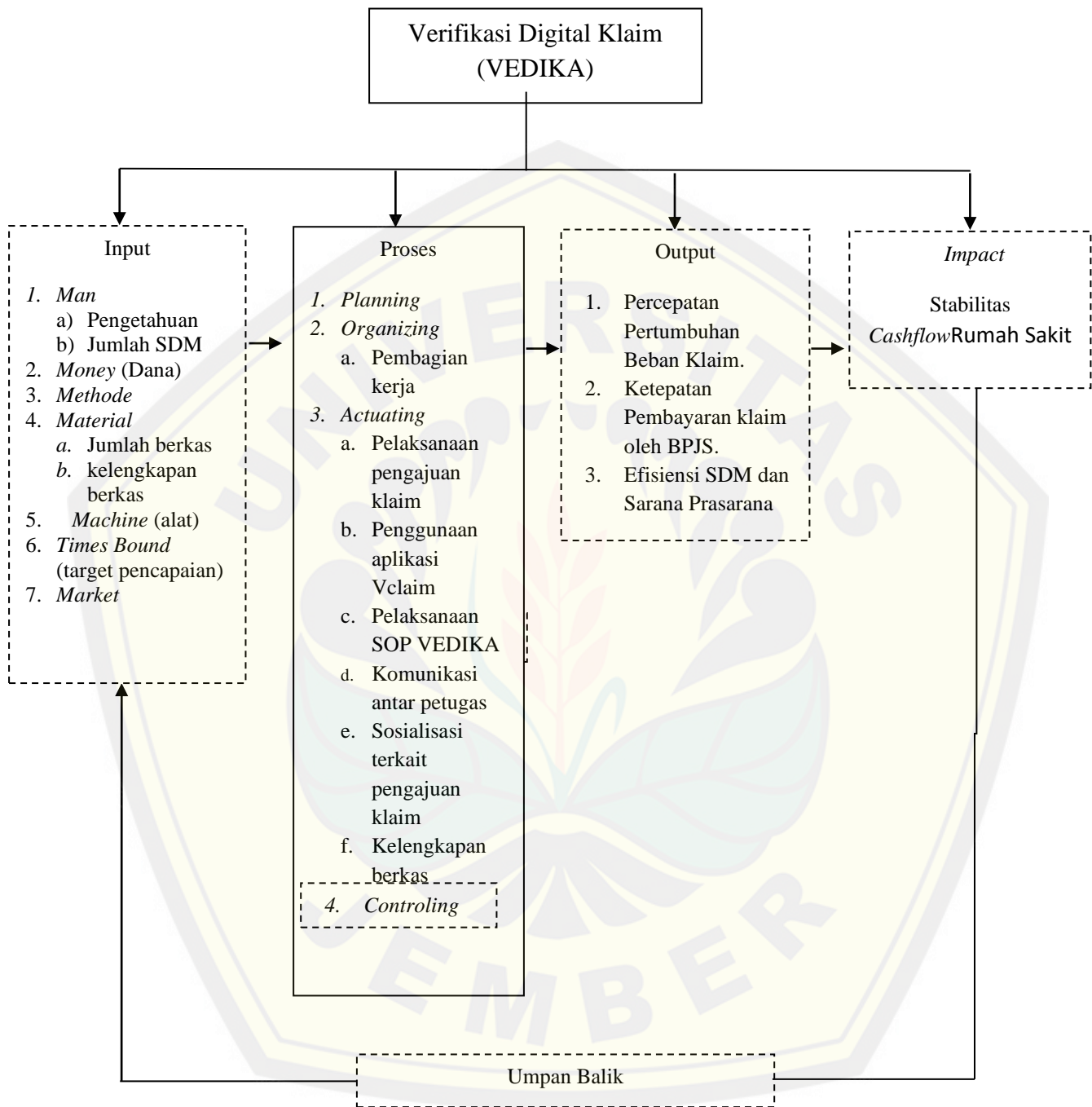
lingkungan (*environtment*) dapat didefinisikan sebagai bagian luar dari sistem yang tidak dikelola oleh sistem namun memiliki dampak yang signifikan terhadap sistem.

2.4 Kerangka Teori



Gambar 2. 3 Kerangka teori dari modifikasi(Azwar, 2010), (Buku pegangan sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), 2011).

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2. 4 Kerangka Konsep

Keterangan :

: Variabel yang diteliti

: Variabel yang tidak diteliti

Berdasarkan kerangka konsep yang dipaparkan diatas, dengan menggunakan pendekatan sistem yang terdiri dari masukan (*input*), Proses (*Proses*), keluaran (*Output*), Dampak (*Outcome*) dan umpan balik ke Inpu (*Azwar, 2010*). Dalam mengimplementasikan Verifikasi Digital Klaim (VEDIKA) oleh Rumah Sakit dipengaruhi oleh Komponen masukan (*Input*) diantaranya sumber daya manusia (*Man*), dana (*money*), Standart Operasional Prosesur (*Method*), jumlah Berkas (*Material*), alat yang digunakan (*Machines*), sasaran penerima (*Market*) semua komponen input tidak diteliti, karena penelitian ini difokuskan untuk mengkaji proses pengajuan klaim berbasis sistem VEDIKA.

Komponen proses (*proses*) meliputi perencanaan (*Planning*), pengorganisasian (*Organizing*), Penggerakan (*Actuating*) yang meliputi pelaksanaan pengajuan klaim, penggunaan aplikasi Vclaim, SPO VEDIKA, sosialisasi terkait sistem Vedika, komunikasi 2 (dua) arah dan kelengkapan berkas. pengawasan (*Controlling*) tidak diteliti karena kebijakan VEDIKA merupakan kebijakan BPJS Kesehatan sehingga Rumah Sakit tidak melakukan controlling.

Hasil keluaran (*Output*) meliputi percepatan pertumbuhan Klaim, ketepatan pembayaran klaim oleh BPJS, Efisiensi SDM dan sarana Prasarana. Sedangkan dampak (*Impact*) Stabil tidak diteliti, karena untuk penelitian ini difokuskan untuk mengkaji proses pelaksanaan klaim berbasis sistem VEDIKA

BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif. Menurut Notoatmojo (2010), penelitian deskriptif dilakukan terhadap gabungan objek yang umumnya berguna untuk melihat gambaran fenomena (termasuk kesehatan) secara sistematis yang terjadi didalam suatu populasi tertentu. Gambaran – gambaran mengenai fakta yang kemudian dikaitkan antar fenomena diteliti. Penelitian ini menggunakan satu variabel yaitu sistem Verifikasi Digital Klaim (VEDIKA). Hasil dari penelitian ini adalah Gambaran Sistem Verifikasi Digital Klaim di RSUD Kabupaten Sidoarjo.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Instalasi Penjaminan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sidoarjo.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Agustus - Maret 2020. Kegiatan penelitian dimulai dari awal penyusunan proposal hingga kegiatan penelitian, identifikasi hasil penelitian, penyusunan laporan hingga hasil dapat diujikan.

3.3 Unit Analisis dan Sample Penelitian

3.3.1 Unit Analisis

Unit analisis merupakan satuan yang dikaji, hal-hal yang dikaji diantaranya perseorangan, kelompok, atau sebuah kejadian sosial misal dapat dicontohkan kegiatan seseorang atau kelompok yang menjadi subyek penelitian (Hamidi, 2005). Unit analisis dalam penelitian ini adalah instansi yang

mempunyai kegiatan langsung terkait proses Verifikasi digital klaim BPJS Kesehatan yaitu instalasi Penjaminan RSUD Kabupaten Sidoarjo.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian menurut Sugiyono(2010), merupakan individu yang mengetahui kondisi yang terjadi dan dipilih agar mempermudah peneliti untuk mengetahui objek karena individu tersebut sebagai pemimpin atau kepala atau orang yang berpengaruh dalam kelompok tersebut. Sampel dalam penelitian ini adalah :

- a. Kepala Instalasi Penjaminan RSUD Kabupaten Sidoarjo, sebagai pemimpin instalasi yang memahami terkait manajerial sistem VEDIKA di RSUD Kabupaten Sidoarjo.
- b. Koordinator Monev Rawat jalan, sebagai pemimpin dibagian Monitoring dan Evaluasi Rawat jalan yang memahami proses VEDIKA BPJS di rawat jalan RSUD Kabupaten Sidoarjo.
- c. Koordinator Monev Rawat Inap, sebagai pemimpin dibagian Monitoring dan Evaluasi Rawat Inap yang memahami proses VEDIKA BPJS di rawat jalan RSUD Kabupaten Sidoarjo.
- d. 8 Petugas pengirim berkas, 2 petugas entri *Vclaim*, petugas *antifraud* dan petugas kendali JKN Rumah Sakit, sebagai staf yang turut bertanggung jawab dan berkontribusi dalam pelaksanaan klaim berbasis VEDIKA BPJS baik rawat jalan maupun rawat inap.

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Variabel merupakan dimensi atau sifat yang dimiliki oleh bagian-bagian suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain. Jenis variabel penelitian ini adalah variabel tunggal (Notoatmodjo, 2010). Variabel Tunggal yaitu kumpulan dari peristiwa yang mempunyai macam-macam aspek atau situasi didalamnya berguna untuk mendominasi terkait situasi yang memiliki masalah dan tidak dikaitkan dengan lain-lain. Variabel tunggal dalam penelitian ini adalah Sistem Verifikasi Digital Klaim Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sidoarjo.

Dimaksud dengan Definisi operasional menurut (Notoatmodjo, 2010) merupakan penjelasan terkait dengan batasan-batasan variabel dan dimensi yang akan diukur oleh variabel terkait. Dalam definisi operasional sangat dibutuhkan berguna untuk pengukuran variabel dan pengumpulan data secara konsisten yang dilakukan oleh responden satu dengan responden lainnya. Dimensi ca pengukuran, Definisi operasional yang akan digunakan untuk penelitian ini diantaranya sebagai berikut:

Tabel 3. 1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Cara Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian
1.	Proses	Fungsi administrasi yang terdiri dari Perencanaan, pengorganisasian, pergerakan, pengawasan.		
	<i>a) Planning</i> (Perencanaan)	Perencanaan merupakan awal kegiatan, tujuan organisasi untuk mencapai target yang disesuaikan dengan visi misi instalasi Penjaminan.	Wawancara dengan kuesioner	Terdapat 5 pernyataan Yang diukur dengan menggunakan skala Likert, sehingga skor yang diperoleh. a. Nilai maximal: $5 \times 4 = 20$ b. Nilai minimal: $5 \times 1 = 5$ c. Banyak kategori: 2 d. Rentang Skala: 8 Pengkategorian dengan skor yakni: a. Perencanaan baik : 14 - 20 b. Perencanaan kurang baik: 5 - 13 (Sugiyono, 2015)
	<i>b) Organizing</i> (Pengorganisasian)	Merupakan kegiatan pembagian tugas-tugas pada petugas instalasi Penjaminan yang menguasai pemahaman terkait sistem VEDIKA		

No	Variabel	Definisi	Cara Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian
		dan sesuai dengan kompetensi SDM yang dimiliki.		
	1) Pembagian kerja	Petugas instalasi Penjaminan yang bertanggung jawab dari tugas pelaksanaan pengajuan klaim berbasis sistem VEDIKA diantaranya pengumpulan berkas, pengecekan kelengkapan berkas, pengiriman berkas melalui Vclaim RS, mengajukan klaim RS ke BPJS Kesehatan. Jumlah staf dan uraian tugas secara jelas dalam proses Pengajuan Klaim Berbasis VEDIKA.	Wawancara dan kuesioner	Terdapat 4 pernyataan yang diukur dengan menggunakan skala Likert, sehingga skor yang diperoleh. a. Nilai maximal: $4 \times 4 = 16$ b. Nilai minimal: $4 \times 1 = 4$ c. Banyak Kategori: 2 d. Rentang skala: 6 Sehingga diperoleh : a. Pembagian tugas memadai: 11 - 16 b. Pembagian tugas tidak memadai: 4 - 10 (Sugiyono, 2015)
	c) <i>Actuating</i> (Penggerakan)	Pelaksanaan kegiatan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP).		
	1) Pelaksanaan pengajuan Klaim	Petugas instalasi penjaminan dalam melaksanakan pengajuan klaim yang disesuaikan dengan tujuan sistem Vedika percepatan pengajuan klaim, dan pengoptimalan IT.	Wawancara dengan kuesioner	Terdapat 4 pernyataan yang diukur dengan menggunakan skala Likert, sehingga skor yang diperoleh. a. Nilai maksimal: $4 \times 4 = 16$ b. Nilai minimal: $4 \times 1 = 4$ c. Banyak kategori: 2 d. Rentang skala: 6 Pengkategorian dengan skor yakni a. Pelaksanaan pengajuan klaim sesuai dengan tujuan implementasi VEDIKA : 11 - 16

No	Variabel	Definisi	Cara Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian
				<p>b. Pelaksanaan pengajuan klaim tidak sesuai dengan tujuan implementasi VEDIKA : 4 – 10</p>
2)	Penggunaan aplikasi Vclaim	Petugas instalasi penjaminan dalam menggunakan aplikasi Vclaim untuk mempermudah dalam pelaksanaan pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan, sehingga pengajuan klaim menjadi cepat.	Wawancara dengan kuesioner	<p>Terdapat 6 pernyataan yang diukur dengan menggunakan skala Likert, sehingga skor yang diperoleh.</p> <p>a. Nilai maksimal: $6 \times 4 = 24$ b. Nilai minimal: $6 \times 1 = 6$ c. Banyak kategori: 2 d. Rentang skala: 9</p> <p>Pengkategorian dengan skor yakni</p> <p>a. Penggunaan aplikasi Vclaim membantu dalam pengajuan klaim: 16 - 24 b. Penggunaan aplikasi Vclaim kurang membantu dalam pengajuan klaim: 6 - 15</p>
3)	Pelaksanaan SPO VEDIKA	Petugas Instalasi Penjaminan dalam pengajuan klaim menyesuaikan dengan SOP VEDIKA dari BPJS Kesehatan.	Wawancara dan kuesioner	<p>Terdapat 5 pernyataan yang diukur dengan menggunakan skala Likert, sehingga skor yang diperoleh.</p> <p>a. Nilai maksimal: $5 \times 4 = 20$ b. Nilai minimal: $5 \times 1 = 5$ c. Banyak kategori: 2 d. Rentang skala: 8</p> <p>Pengkategorian dengan skor yakni</p> <p>a. Pelaksanaan sesuai dengan SPO</p>

No	Variabel	Definisi	Cara Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian
				VEDIKA. : 14 - 20 b. Pelaksanaan tidak sesuai dengan SPO VEDIKA: 5 - 13 (Sugiyono, 2015)
4)	Sosialisasi yang pernah diikuti terkait pelaksanaan sistem VEDIKA BPJS.	Adanya sosialisasi kepada pihak Rumah Sakit yang diselenggarakan oleh pihak BPJS Kesehatan sebagai upaya memperkenalkan pengajuan klaim berbasis sistem VEDIKA.	Wawancara dengan kuesioner	Terdapat 4 pernyataan. Yang diukur dengan menggunakan skala Likert, sehingga skor yang diperoleh. a. Nilai Maximal: $4 \times 4 = 16$ b. Nilai Minimal: $4 \times 1 = 4$ c. Banyak Kategori: 2 d. Rentang Skala: 6 Pengkategorian dengan skor yakni : a. Sosialisasi sering dilakukan: 11 - 16 b. Sosialisasi kurang dilakukan: 4 - 10 (Sugiyono, 2015)
5)	Komunikasi antar petugas	Hubungan antar petugas rumah sakit dan BPJS Kesehatan dalam pelaksanaa pengajuan klaim berbasis VEDIKA	Wawancara dengan kuesioner	Terdapat 3 pernyataan. Yang diukur dengan menggunakan skala Likert, sehingga skor yang diperoleh. a. Nilai Maximal: $3 \times 4 = 12$ b. Nilai Minimal: $3 \times 1 = 3$ c. Banyak Kategori: 2 d. Banyak Rentan: 5 Pengkategorian dengan skor yakni: a. Komunikasi baik : 9 - 12 b. Komunikasi kurang baik : 3 - 8 (Sugiyono, 2015)

3.5 Data dan Sumber Data

Data adalah himpunan dari numeric atau huruf-huruf alfabet, sehingga menjadi beberapa kata dan kalimat yang dikumpulkan dengan cara pengumpulan informasi atau data (Notoatmodjo, 2010). Sumber data yang digunakan untuk penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Berikut sumber data primer dan sekunder yang digunakan :

- a. Data primer dapat didefinisikan sebagai informasi yang berasal dari individu yang merupakan sumber pertama didapatkan dari hasil wawancara dan pembagian kuesioner yang dilakukan oleh peneliti (Sugiyono, 2010). Dalam penelitian ini, penggunaan data primer didapatkan melalui wawancara dengan panduan kuesioner yang dilakukan secara terstruktur kepada responden dalam unit analisis.
- b. Data sekunder merupakan informasi yang berasal dari sumber-sumber yang dilakukan secara tidak langsung dengan memberi data oleh pengumpul data, dapat dicontohkan seperti dokumen (Sugiyono, 2010). Data sekunder dari penelitian ini adalah data jumlah pengajuan klaim BPJS Kesehatan tahun 2018, data penundaan klaim BPJS Kesehatan tahun 2018, dan data keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan.

3.6 Teknik Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian

- a. Teknik Pengumpulan data
Pengumpulan data adalah sebuah langkah-langkah yang sistematis dan standart guna mendapatkan data atau informasi yang dibutuhkan (Sugiyono, 2010). Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data melalui wawancara. Wawancara merupakan suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data keterangan secara lisan dengan bercakap-cakap seorang subjek penelitian (Notoatmodjo, 2010)
- b. Instrumen Pengumpulan data
Instrumen pengumpulan data adalah alat-alat yang diperlukan guna mengumpulkan informasi atau data (Notoatmodjo, 2010). Alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data oleh peneliti adalah menggunakan

instrumen kuesioner sebagai pemandu dalam wawancara. Sedangkan, yang dimaksud dengan kuesioner merupakan instrumen pengumpulan informasi atau data yang dilakukan dengan metode memberik beberapa pertanyaan atau pernyataan untuk responden untuk menjawab (Sugiyono, 2010).

3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data

3.6.1 Teknik pengolahan data

Teknik pengolahan data merupakan sebuah kegiatan yang dilakukan setelah peneliti melakukan pengumpulan informasi atau data. Dalam penelitian yang kuantitatif, pengolahan data dapat dilakukan dengan cara *editing*, *coding* dan *tabulating*. Berikut merupakan uraian pengolahan data dalam penelitian ini.

a. *Editing*

Editing merupakan kegiatan yang dilakukan oleh peneliti ketika peneliti sudah melaksanakan pengumpulan data dilapangan. Pada tahap *Editing* menjadi penting karena informasi yang sudah terkumpul belum tentu memenuhi harapan dari seorang peneliti. Beberapa faktor-faktor yang terjadi karena adanya data yang terlupa, terlewatkan, tumpang tindih dan bahkan data ada yang kurang Sehingga kondisi tersebut perlu adanya revisi dengan cara melakukan *editing* (Bungin, 2010).

b. *Coding*

Coding merupakan keinginan mengkritik sebuah informasi maupun data yang diperoleh ketika peneliti sudah melakukan tahap *editing*. *Coding* dapat didefinisikan sebagai data yang sudah diolah dan diberi label berfungsi untuk mempermudah dalam penelitian (Bungin, 2010)

c. *Tabulating*

Tabulating menurut Bungin, 2010 adalah tahap akhir dari proses pengolahan data. *Tabulating* dapat diartikan sebagai memasukkan data di tabel-tabel tertentu kemudian mengatur *numerik* dan terakhir melakukan penghitungan.

3.6.2 Teknik Penyajian data

Penyajian data dapat diartikan sebagai kegiatan dalam penyusunan laporan hasil penelitian yang bertujuan agar bisa dipahami dan dikaji sesuai dengan tujuan yang diharapkan, sehingga informasi serta data yang disajikan harus sederhana dan jelas yang berguna untuk kemudahan dalam memahami hasil penelitian. Menurut Notoatmodjo, 2010 teknik dalam penyajian data dapat dibedakan menjadi tiga *format* diantaranya dalam *format* tabel, grafik dan teks. Dalam penelitian ini, teknik penyajian data berasal dari panduan wawancara, observasi, yang disajikan dalam bentuk narasi (*textular*).

3.6.3 Teknik Analisis Data

Metode dalam teknik menganalisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat. Metode analisis univariat digunakan untuk menggambarkan atau mendeskripsikan karakteristik pada tiap-tiap variabel (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian ini variabel yang akan diteliti adalah komponen *proses* meliputi *planning, organizing, actuating*.

3.7 Uji Validitas dan Reabilitas

3.7.1 Uji Validitas

Validitas merupakan suatu indikator yang menunjukkan instrumen tersebut akurat mengukur sesuatu yang akan diukur. Agar dapat memahami apakah kuesioner yang dibuat untuk mampu mengukur apa yang hendak diukur, maka perlu diuji dengan uji korelasi antara skor (nilai) disetiap butir pernyataan atau pertanyaan dengan skors total kuesioner tersebut (Notoatmodjo, 2010). Uji validasi untuk kuesioner dalam penelitian ini menggunakan teknik korelasi *Product Moment* (r). Dasar mengambil keputusan yang *significant* jika r hitung $>$ r tabel dan tidak *significant* apabila r hitung $<$ r tabel. Nilai r tabel dapat dilihat pada tabel r statistik dimana $df = N - 2$. Sample yang digunakan dalam uji validitas berjumlah 13 responden dengan 39 butir pertanyaan. Nilai df penelitian ini adalah 11 dengan nilai r tabel 0,4762.

a. *Planning*

Berdasarkan uji validitas dari variabel *planning* dalam sistem VEDIKA didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 3. 2 Hasil Uji validitas variabel *planning*

Item Pernyataan	r hitung	r tabel 0,05	Keterrangan
1	0,586	0,4762	Valid
2	-0,103	0,4762	Tidak Valid
3	-0,777	0,4762	Tidak Valid
4	-0,569	0,4762	Tidak Valid
5	0,743	0,4762	Valid
6	0,558	0,4762	Valid
7	0,201	0,4762	Tidak Valid
8	0,666	0,4762	Valid

Berdasarkan tabel tersebut terdapat 8 item pernyataan, diketahui bahwa ada 4 item pernyataan yang r hitung $>$ r tabel maka dapat dikatakan valid dan 3 item pernyataan dikatakan tidak valid. Item pernyataan 2, 3, 4 dan 7 merupakan pernyataan yang tidak valid. Pernyataan 2, 3, 4 dihilangkan karena tidak valid sedangkan item pernyataan 7 tidak dihilangkan dan struktur kalimatnyanya diubah karena pernyataan dinilai oleh peneliti sangat penting pada variabel komponen penelitian.

b. *Organizing* (Pembagian Kerja)

Berdasarkan uji validitas dari variabel *Organizing* (Pembagian Kerja) dalam sistem VEDIKA didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 3. 3 Hasil Uji validitas variabel *Organizing* (Pembagian Kerja)

Item Pertanyaan	r hitung	r tabel 0,05	Keterrangan
9	-0,539	0,4762	Tidak valid
10	0,570	0,4762	Valid
11	0,631	0,4762	Valid
12	0,289	0,4762	Tidak valid
13	0,599	0,4762	Valid

Berdasarkan tabel tersebut terdapat 5 item pernyataan, diketahui bahwa ada 3 item pernyataan yang r hitung $>$ r tabel maka dapat dikatakan

valid dan 2 item pernyataan dikatakan tidak valid. Item pernyataan 9, 12 merupakan pernyataan yang tidak valid. Pernyataan 9 dihilangkan karena tidak valid sedangkan item pernyataan 12 tidak dihilangkan dan struktur kalimatnya diubah karena pernyataan dinilai oleh peneliti sangat penting pada variabel komponen penelitian.

c. *Actuating* (Penggerakan)

Berdasarkan uji validitas dari variabel *Actuating* dalam sistem VEDIKA didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 3. 4 Hasil Uji validitas variabel *Actuating* (pengajuan klaim)

Item Pertanyaan	r hitung	r tabel 0,05	Keterrangan
14	0,318	0,4762	Tidak Valid
15	0,502	0,4762	Valid
16	0,588	0,4762	Valid
17	0,497	0,4762	Valid

Berdasarkan tabel tersebut terdapat 4 item pernyataan, diketahui bahwa ada 3 item pernyataan yang r hitung > r tabel maka dapat dikatakan valid dan 1 item pernyataan dikatakan tidak valid. Item pernyataan 14 merupakan pernyataan yang tidak valid namun tidak dihilangkan dan struktur kalimatnya diubah karena pernyataan dinilai oleh peneliti sangat penting pada variabel komponen penelitian.

Tabel 3. 5 Hasil Uji validitas variabel *Actuating* (Penggunaan aplikasi *V-claim*)

Item Pertanyaan	r hitung	r tabel 0,05	Keterrangan
18	-0,254	0,4762	Tidak Valid
19	-0,021	0,4762	Tidak Valid
20	0,514	0,4762	Valid
21	0,528	0,4762	Valid
22	0	0,4762	Tidak Valid
23	0,777	0,4762	Valid
24	0,565	0,4762	Valid
25	0,574	0,4762	Valid

Berdasarkan tabel tersebut terdapat 8 item pernyataan, diketahui bahwa ada 5 item pernyataan yang r hitung > r tabel maka dapat dikatakan

valid dan 3 item pernyataan dikatakan tidak valid. Item pernyataan 18, 19 dan 22 merupakan pernyataan yang tidak valid. Pernyataan 18 dan 19 dihilangkan karena tidak valid sedangkan item pernyataan 22 tidak dihilangkan dan struktur kalimatnyanya diubah karena pernyataan dinilai oleh peneliti sangat penting pada variabel komponen penelitian.

Tabel 3. 6 Hasil Uji validitas variabel *Actuating* (pelaksanaan SPO VEDIKA)

Item Pertanyaan	r hitung	r tabel 0,05	Keterrangan
26	0,843	0,4762	Valid
27	0,337	0,4762	Tidak Valid
28	0,239	0,4762	Tidak Valid
29	0,743	0,4762	Valid
30	0,666	0,4762	Valid
31	0,810	0,4762	Valid

Berdasarkan tabel tersebut terdapat 6 item pernyataan, diketahui bahwa ada 4 item pernyataan yang r hitung $>$ r tabel maka dapat dikatakan valid dan 2 item pernyataan dikatakan tidak valid. Item pernyataan 27 dan 28 merupakan pernyataan yang tidak valid. Pernyataan 28 dihilangkan karena tidak valid sedangkan item pernyataan 27 tidak dihilangkan dan struktur kalimatnyanya diubah karena pernyataan dinilai oleh peneliti sangat penting pada variabel komponen penelitian.

Tabel 3. 7 Hasil uji validitas variabel *Actuating* (Sosialisasi)

Item Pernyataan	r hitung	r tabel 0,05	Keterrangan
32	0,149	0,4762	Tidak Valid
33	0,735	0,4762	Valid
34	-0,426	0,4762	Tidak Valid
35	0,657	0,4762	Valid
36	0,605	0,4762	Valid
37	0,667	0,4762	Valid

Berdasarkan tabel tersebut terdapat 6 item pernyataan, diketahui bahwa ada 4 item pernyataan yang r hitung $>$ r tabel maka dapat dikatakan valid dan 2 item pernyataan dikatakan tidak valid. Item pernyataan 32 dan

34 merupakan pernyataan yang tidak valid, dapat dihilangkan dari variabel komponen pernyataan.

Tabel 3. 8 Hasil Uji validitas variabel *Actuating* (Komunikasi antar petugas)

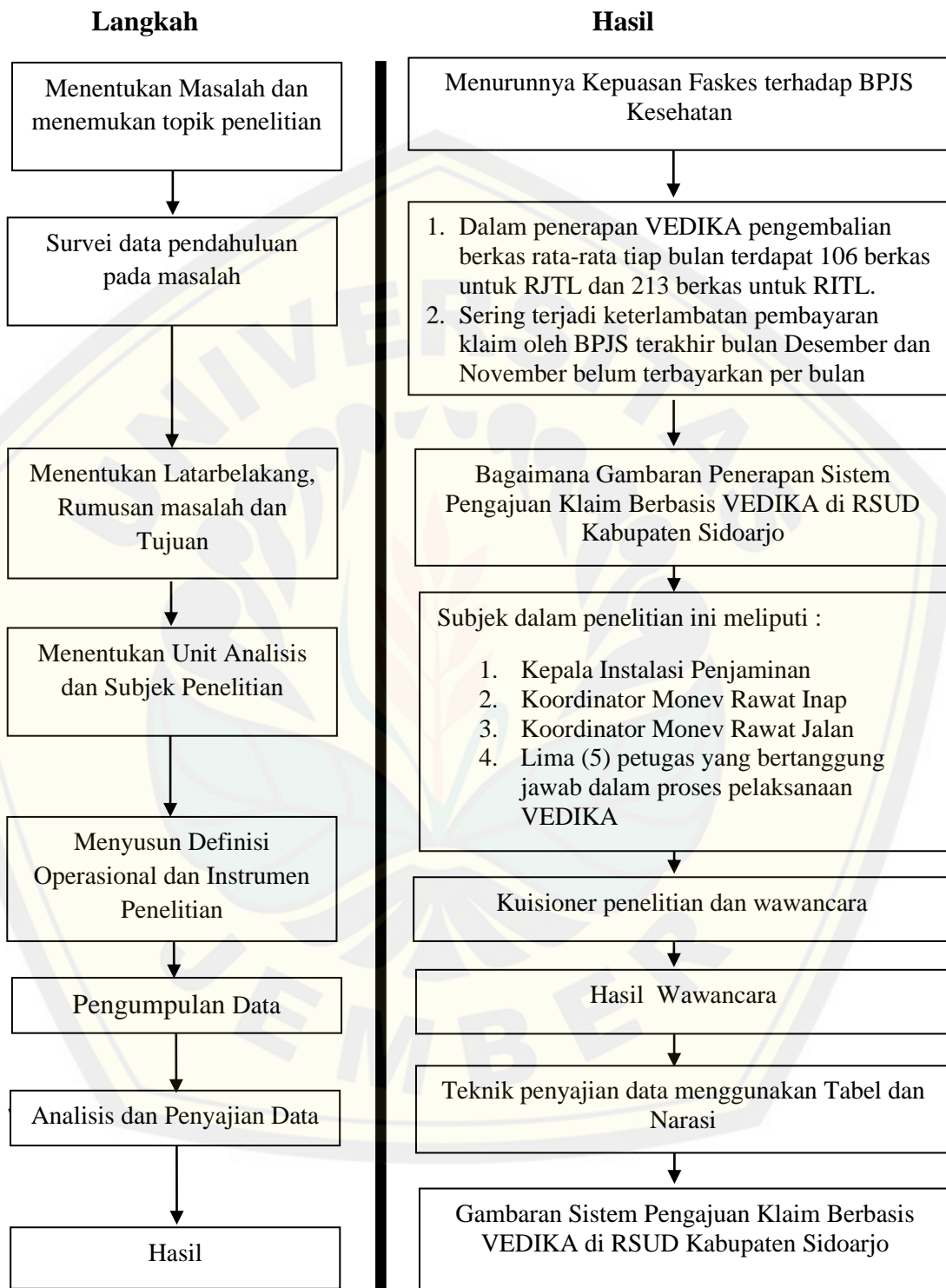
Item Pernyataan	r hitung	r tabel 0,05	Keterrangan
38	-0,277	0,4762	Tidak Valid
39	-0,158	0,4762	Tidak Valid

Berdasarkan tabel tersebut terdapat 2 item pernyataan, diketahui bahwa ada 2 item pernyataan yang r hitung $<$ r tabel maka dapat dikatakan tidak valid Namun karena dinilai item pernyataan sangat penting untuk variabel komponen penelitian maka semua item pernyataan digunakan kembali.

3.7.2 Reabilitas

Reabilitas merupakan indikator yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Dalam arti dapat menunjukkan dimensi pengukuran yang selalu tetap dan konsisten terhadap situasi yang sama serta digunakan dengan instrumen yang sama (Notoatmodjo, 2010). Pengujian reliabilitas instrumen menggunakan *Cronbach Alpha*. Dasar pengambilan keputusan adalah jika nilai r_{α} hitung $>$ r tabel maka dinyatakan reliabel. Nilai r tabel dalam penelitian ini adalah 0,4409. Hasil uji reliabilitas kuesioner pada penelitian ini yaitu pada kuesioner kepuasan kerja memiliki nilai r hitung sebesar 0,628 dengan nilai r tabel 0, 60 yang berarti bahwa r hitung $>$ r tabel sehingga kuesioner dinyatakan reliabel dan dapat digunakan untuk penelitian.

3.8 Alur Penelitian



Gambar 3. 1 Alur Penelitian

BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan dari penelitian Sistem VEDIKA RSUD Kabupaten Sidoarjo tahun 2019 diperoleh kesimpulan sebagai Berikut:

1. Perencanaan pengajuan klaim RSUD kabupaten Sidoarjo sudah memiliki perencanaan yang baik, karena sudah menyesuaikan dengan sistem VEDIKA dari BPJS kesehatan.
2. Pengorganisasian sistem VEDIKA rumah sakit sudah memadai karena pembagian tugas sudah disesuaikan dengan kompetensi masing-masing petugas dan jumlah petugas terbilang cukup dalam mengimplementasikan sistem VEDIKA.
3. RSUD kabupaten Sidoarjo dalam melaksanakan pengajuan klaim sudah sesuai dengan implementasi VEDIKA. Namun pelaksanaan sistem VEDIKA masih belum berdampak pada minimalisir pengembalian berkas dan kurang efisiensi sarana prasarana serta sumberdaya manusia.
4. Penggunaan aplikasi Vclaim masih kurang membantu petugas pengajuan klaim karena sering terjadi server down dan hak kelas perawatan yang tidak muncul pada output Vclaim.
5. RSUD kabupaten Sidoarjo dalam melaksanakan SPO pengajuan klaim sudah menyesuaikan dengan pedoman sistem VEDIKA. Selain itu, pemahaman petugas terkait sistem VEDIKA yang baik sehingga petugas mudah dalam menerapkan SPO sistem VEDIKA dari BPJS Kesehatan.
6. Sosialisasi awal penyelenggaraan sistem VEDIKA di RSUD kabupaten Sidoarjo yang kurang sering dilakukan oleh BPJS kesehatan berkaitan dengan penggunaan aplikasi Vclaim, alur pedoman VEDIKA dan updating sistem. Dampak dari kurangnya sosialisasi dari BPJS kesehatan maka kurangnya pengetahuan petugas dalam pelaksanaan sistem VEDIKA.
7. Komunikasi antar pelaksana RSUD kabupaten Sidoarjo dengan BPJS kesehatan yang sering terjadi perbedaan persepsi diantaranya perbedaan

persepsi tentang regulasi episode pelayanan dan keakuratan dokumen kode diagnosis pasien.

8. Kelengkapan berkas klaim rumah sakit mayoritas sudah tersedia dengan baik hanya beberapa item berkas tidak harus dilampirkan seperti print out luaran aplikasi.

5.2 Saran

a. BPJS kesehatan

1. Perlunya untuk BPJS kesehatan untuk mengembangkan kembali output Vclaim dengan menampilkan hak kelas perawatan agar memudahkan evaluasi rumah sakit dan meminimalisir adanya server down aplikasi Vclaim.
2. Perlunya BPJS kesehatan menerapkan kebijakan pengiriman berkas klaim melalui *paperless* sehingga petugas rumah sakit tidak perlu melakukan pengiriman ke kantor cabang.

b. RSUD Kabupaten Sidoarjo

1. Untuk meminimalisir pengembalian berkas klaim yang sering terjadi di RSUD Kabupaten Sidoarjo baik berkas mengalami purifikasi, pending perlu konfirmasi, pending berkas sampai bulan depan maka perlu diadakan pelatihan atau training kembali tentang kaidah pengkodean, kaidah teknis sistem VEDIKA agar meningkatkan kualitas dan pemahaman petugas sesuai dengan prosedur.
2. Mengadakan *Benchmarking* antar rumah sakit yang setingkat untuk saling *sharing* dalam menangani pengembalian berkas klaim dan solusi menambah informasi terkait *updating* sistem VEDIKA.
3. Untuk menyamakan persepsi dalam setiap pengajuan klaim (misal perbedaan regulasi episode pelayanan) antara pihak *top level management* sampai *lower level management* Rumah sakit dan BPJS disarankan untuk melakukan FGD agar muncul kesepakatan secara bersama-sama .

4. Untuk mengefisiensi sumber daya manusia dalam setiap pengiriman berkas klaim ke BPJS kesehatan secara hardfile, perlunya advokasi agar pengajuan klaim semua melalui *paperless*.
 5. Perlu adanya evaluasi terkait dengan kelengkapan berkas klaim yang diajukan oleh rumah sakit, RSUD Kabupaten Sidoarjo bisa melakukan advokasi kembali terkait peraturan kelengkapan berkas agar BPJS melakukan peninjauan peraturan berkas klaim.
- c. Peneliti selanjutnya
1. Perlu dilakukan penelitian selanjutnya mengenai analisa beban kerja dari adanya sistem VEDIKA di RSUD Kabupaten Sidoarjo .
 2. Perlu dikembangkan penelitian mengenai hubungan pengembalian berkas dengan pengajuan klaim berbasis VEDIKA di RSUD Kabupaten Sidoarjo.

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, W. 2014. Sistem Kesehatan . Jakarta: EGC.
- Akbarul, R. 2018. Kajian Sistem Pengajuan Klaim Pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan Di Rsd Balung Kabupaten Sidoarjo. Skripsi. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Alvanitasari, D. 2018. Evaluasi Pelaksanaan Sistem Verifikasi di kantor (VEDIKA) BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum wiliam Booth Semarang. Jurnal Kesehatan Masyarakat. Volume 6. Nomor 4. Halaman 1-8. Semarang: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro. [Serial Online]. <https://ejournal3.undip.ac.id/jkn/evaluasivedikabpjs.pdf> [25 Juli 2019]
- Anonim. 2017. Apa Itu Vedika [Serial Online]: id.kpmak-ugm.or/apa-itu-vedika.html [19 Juli 2019]
- Azwar, A. 2010 A. Pengantar Administrasi Kesehatan. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- _____. 2010 B. Pengantar Administrasi Keseharan Edisi Ketiga. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Bastian. 2008. Akuntansi Kesehatan. Jakarta: Glora Aksara Pratama.
- BPJS. 2011. Buku pegangan sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Buku Pegangan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. [Serial Online]. <https://www.depkes.go.id/resources/jkn.pdf> [26 Juni 2019]
- BPJS. 2014. Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim. Tersedia [Serial Online]: <https://www.pemerhatiinacbg.or.id> [20 Agustus 2019]
- Davis, W. d. 2010. Memahami Aspek-Aspek Pengelolaan Sumber Daya Manusia dalam Organisasi. Jakarta: Grasindo.
- Djoyowiriono. 2005. Manajemen Kontruksi Edisi keempat. Yogyakarta: Teknik Sipil UGM.
- Eka, P. 2104. Paham BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan). tersedia [Serial Online]. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/indonesien.pdf> [29 Agustus 2019]
- Ghasani, M. 2018. Menuju UHC 2019 sudah sejauh mana saat ini [online]: <http://www.kompasiana.com/maarizkag>
- Harits, B. 2005. Teori Organisasi Jilid 1, 2 dan 3 . Bandung: Insani Perss.

- Herawati, H. (2015). Analisis Pengaruh Pembagian Kerja terhadap Kinerja Pegawai pada Badan Kesatuan dan pemberdayaan Masyarakat. *Thesis*. Bandung: Universitas Pasundan
- Herujito, Y. 2001. Dasar - Dasar Manajemen. Bogor: Grasindo.
- Isma, S. 2016. Keterkaitan Antara Ketersediaan E-BOOK 3D dengan Pemenuhan Kebutuhan Informasi Pemustaka. Skripsi. UPT BIT-LIPI Bandung.
- Irfanny, H. (2019). Tinjauan Faktor Keterlambatan Pengiriman Klaim ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dengan Verifikasi Digital Klaim (VEDIKA) melalui Pendekatan Manajemen di RSUD Tugurejo Propinsi Jawa tengah. *Karya Tulis Ilmiah*. Semarang: Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang.tersebut [Serial Online].Repository.poltekkes-smg.ac.id.
- Iskandar. (2016). Analisis Prosedur Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumah Sakit Bhakti Asih Brebes. Vol. 1 No.2 Jurnal Strategik , 10-14.
- Kartika, D. (2014). Analisis Ketepatan Waktu Penyelesaian Klaim Rawat Inap Pasien BPJS di RSUD Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak . *Tesis*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat
at: Universitas Indonesia.
- Kusumastuti, d. (2019). Beban Unit Rekam Medis Paska Sistem VEDIKA BPJS di RSUD Ungaran. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia* 7 (1): 6-9. [Serial Online].
<https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jmki/article/view/22342>
- Lesmana, M. 2006. Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar Edisi ke 6. Bandung: Rosdakarya.
- Malonda, d. (2015). Analisis Pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 5(5), 5-6. [Serial Online]. <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jikmu/article/view/7852>
- Marmosudjono, L. (2015). Hubungan Pembagian kerja dan Pendelegasian Wewenang dengan Prestasi Kerja Pada Bagian Sumber Daya Manusia (SDM) PT Perkebunan Nusantara IV Medan. *Skripsi*. Sumatera Utara: Universitas Sumatera Utara. Tersedia [Serial Online] repository.usu.ac.id.
- Maulana, H. 2007. Promosi Kesehatan. Jakarta: Buku Kedokteran EGC .

- Muninjaya. 2004. Manajemen Kesehatan. Jakarta: Kedokteran EGC.
- Mushlih, S. d. 2019. Desain dan Perencanaan Pembelajaran. Yogyakarta: CV. Budi Utama.
- Nadzir.M. 2013. Perencanaan Pembelajaran Berbasis Komputer . Volume 1 no. 2 *Jurnal Pendidikan Islam* 1(2), 1-4. Tersedia [Serial Online]. <https://media.neliti.com/media/publications/117338-ID-perencanaan-pembelajaran-berbasis-karakt.pdf>
- Notoatmodjo. 2010. Metodologi penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurchayono, P. d. (2017). Efektivitas Program BPJS Kesehatan di Kota Semarang. *Journal of Public Policy and Management Review* 6(2), 11-12. Tersedia [Serial Online]. <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jppmr/article/view/16050>
- Pahlevi, Wildan. 2009. Analisis Pelayanan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 5(8), 12-20. Depok: Universitas Indonesia. tersedia [Serial Online]. <https://lib.ui.ac.id/file?=digital/125608-s-5852> analisis%20pelayanan-abstrak.pdf. [20 Agustus 2019]
- Prasetyo, L. d. 2009. Pendekatan Kuantitatif. Modul. Tulungagung: IAIN Tulungagung. Tersedia [Serial Online]. <https://repo.iaintulungagung.ac.id/7166/5/BAB%20III.pdf> [17 Agustus 2019]
- Republik Indonesia. 2014. Buku Pegangan Sosialisasi. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jakarta: Sekretariat kabinet Negara. [Serial Online]. <https://www.depkes.go.id/resources/jkn.pdf> [26 Juni 2019].
- Republik Indonesia. 2016. Undang-Undang nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit Jakarta: Sekretariat kabinet Negara. [Serial Online]. <https://www.depkes.go.id/resources/jkn.pdf> [28 Juni 2019].
- Republik Indonesia. 2016. Peraturan Menteri Kesehatan R.I Nomor 11 tahun 2016 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif Di Rumah Sakit. Jakarta: Sekretariat kabinet Negara. [Serial Online]. <https://www.depkes.go.id/resources/jkn.pdf> [26 Agustus 2019].
- Republik Indonesia. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan R.I Nomor 27 tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesia Case Base Groups (INA CBG's). Jakarta: Sekretariat kabinet Negara. [Serial Online]. <https://www.depkes.go.id/resources/jkn.pdf> [21 Juli 2019].
- Roring, F. 2017. Pengaruh Kepemimpinan, Pembagian Kerja dan Kompensasi terhadap Kinerja Karyawan pada PT Bank Danamon Cabang Manado.

Jurnal Manajemen Bisnis dan Inovasi 6(3) , 7 - 9. Tersedia [Serial Online]
<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jmbi/article/view/17991>

Sambas, D. (2008). Pengaruh Kompetesnsi dan Iklim Kerja terhadap Kinerja Staf di Unit Penunjang Medik Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik Medan. *Tesis*. Medan : Universitas Sumatera Utara. Tersedia [Serial Online].

<http://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/6726/09E00125.pdf?sequence=1>

Shaleh, M. (2018). *Komitmen Organisasi terhadap Kinerja Pegawai*. Makassar: Aksara Timur.

Soegoto, E. S. 2017. *Tren Kepemimpinan Kewirausahaan*. Yogyakarta: CV. Andi Offset.

Subagdja, R. 2018. Efektivitas Program Pemberdayaan Masyarakat Bidang Ekonomi di Posdaya Pancagalih. Skripsi. Bogor: Institut Pertanian Bogor. Tersedia [Serial Online]
<https://repository.ipb.ac.id/jspui/bitstream/123456789/92257/1/I18rsu.pdf>. [11 Juni 2019]

Sandi, P. 2012. Konsep dan Implementasi VEDIKA serta kelengkapannya. tersedia [online]: <https://www.pemerhatiinacbg.or.id> [20 September 2019]

Soemohadiwidjojo, A. 2014. *Mudah Menyusun SOP* . Jakarta: Penebar Swadaya Grup.

Subagdja, R. (2018). Efektivitas Program Pemberdayaan Masyarakat Bidang Ekonomi di Posdaya Pancagalih. *Asian Transactions on Basic dan Aplied Sciences* 3(2), 3-10.

Sugiyono. 2013. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: CV. Alfabeta .

_____. 2010. *Metode Penelitian Kualitatif, Kuantitatif, dan Kombinasi*. Bandung: alfabeta.

_____. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dna R&D*. Bandung: Alfabeta.

Suprpto, T. 2009. *Pengantar Teori dan Management Komunikasi*. Jakarta: PT. Buku Kita.

Yudhistira, R. 2018. *Kajian Keterlambatan Pengajuan Klaim Pelayanan Rawat Jalan Pasien Bpjs Kesehatan Di Rsud Blambangan Tahun 2017*. Skripsi. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Lampiran A. Gambaran Umum Tempat Penelitian

a. Profil RSUD Kabupaten Sidoarjo

RSUD Kabupaten Sidoarjo terletak di jalan Mojopahit no. 667 Sidowayah, celep, kecamatan Sidoarjo kabupaten Sidoarjo. Pada tanggal 08 September 2008 RSUD Kabupaten Sidoarjo ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dengan status BLUD penuh oleh Bupati Sidoarjo melalui SK Bupati No. 188/1229/404.1.1.2/2008. RSUD Kabupaten Sidoarjo merupakan Rumah Sakit milik pemerintah kelas B pendidikan yang dinyatakan lulus tingkat Paripurna Akreditasi KARS versi 2012. Berdasarkan keputusan menteri kesehatan nomor HK.02.03/1/1889/2013 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah kabupaten Sidoarjo sebagai Rumah Sakit Pendidikan Utama Fakultas Kedokteran Universitas Wijaya Kusuma Surabaya dan penetapan RSUD Kabupaten Sidoarjo sebagai rujukan regional di Jawa Timur yang mengampu rujukan dari wilayah kabupaten Sidoarjo, kabupaten Pasuruan, Kota Pasuruan, Kabupaten Mojokerto dan Kota Mojokerto.

b. Pelayanan Kesehatan DI RSUD Kabupaten Sidoarjo.

RSUD Kabupaten Sidoarjo memiliki 4 (empat) Pelayanan Kesehatan diantaranya Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Jalan Poli Spesialis, Instalasi Rawat Inap, dan Instalasi Penunjang Medik. Pelayanan Instalasi Gawat darurat dibuka dengan 24 jam dengan layanan triase, Resusitasi, tindakan pelayanan bedah dan medik, ruangan Observasi Intensif (ROI), *Recovery room*, tindakan pembedahan-*emergency*, radio medik, *ambulance* dan depo farmasi.

Pelayanan Instalasi Rawat jalan memiliki 25 poli spesialis dan instalasi rawat inap memiliki 710 tempat tidur baik dari kelas perawatan I, II, dan III maupun dari kelas paviliun Graha Delta Husada. Sedangkan instalasi penunjang

medik terdapat 12 instalasi diantaranya Instalasi Gizi, Instalasi Kamar Jenazah, Instalasi Laundry, Instalasi Radiologi, Instalasi Farmasi, Instalasi Rehabilitasi Medik, Instalasi Laboratorium Patologi Klinik, Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi, Instalasi Pemeliharaan sarana, Instalasi *Ambulance*, Instalasi *Endoscopy*, dan Bank darah

Tanggal 1 Januari 2014 berkenaan dengan mulainya program BPJS Kesehatan dalam rangka mewujudkan integrasi suatu sistem maka perlu dibentuk instalasi yang memiliki tupoksi sebagai pengendali klaim pelayanan BPJS Kesehatan di RSUD Kabupaten Sidoarjo, melalui SK dari Direktur RSUD Kabupaten Sidoarjo nomor: 188/278/404.6.8/2016 maka dibentuk instalasi baru yaitu Instalasi Penjaminan. Dalam proses klaim program JKN melibatkan beberapa tingkatan, yakni proses instalasi dan pemeliharaan aplikasi *groupier* oleh petugas IT, koding dan *entry* data pelayanan oleh koder, kemudian pengajuan klaim oleh petugas administrasi *costing* kepada verifikator BPJS Kesehatan.

c. Visi dan Misi RSUD Kabupaten Sidoarjo

1) Visi

Menjadi rumah sakit yang terakreditasi internasional dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian.

2) Misi

- a) Mewujudkan pelayanan yang berkualitas dan terakreditasi dengan mengutamakan keselamatan pasien serta kepuasan pelanggan.
- b) Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian kesehatan yang bermutu dan beretika untuk menunjang penelitian.
- c) Mewujudkan tata kelola rumah sakit yang profesional, integritas dan beretika

3) Moto

Kesembuhan anda adalah kebahagiaan kami

4) Nilai dasar

Profesional, integritas dan beretika

d. Program dan Kegiatan

1) Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS)

Sistem Informasi manajemen adalah sekumpulan hardware, software, brainware, prosedur dan/atau aturan yang diorganisasikan secara integral untuk mengolah data menjadi informasi baik dalam bentuk tulisan, gambar maupun suara yang bermanfaat guna memecahkan masalah dan pengambilan keputusan. Oleh karena itu untuk memenuhi tuntutan masyarakat yang bukan hanya sekedar mengobati penyakit tetapi juga menginginkan pelayanan yang bermutu (cepat, tepat, terjangkau dan fasilitas memadai) maka RSUD Kabupaten Sidoarjo menggunakan **Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS)** yang berbasis informasi Technology (IT) yang berdiri sejak tahun 2003.

SIM RSUD Kabupaten Sidoarjo telah menggunakan 21 (dua puluh satu) modul SIM RS antara lain Billing, Farmasi, Anggaran, Keuangan, Akuntansi, Remunerasi, SDM, Pendidikan, Laborat, Gizi, Gateway, PAC, dan perlengkapan. Sementara itu, perbaikan dan penyempurnaan sistem yang direlisasikan tetap diprogramkan bersamaan dengan penyempurnaan hardware, software dan Brainware sistem Jaringan Komputer Rumah Sakit

2) Trauma Center

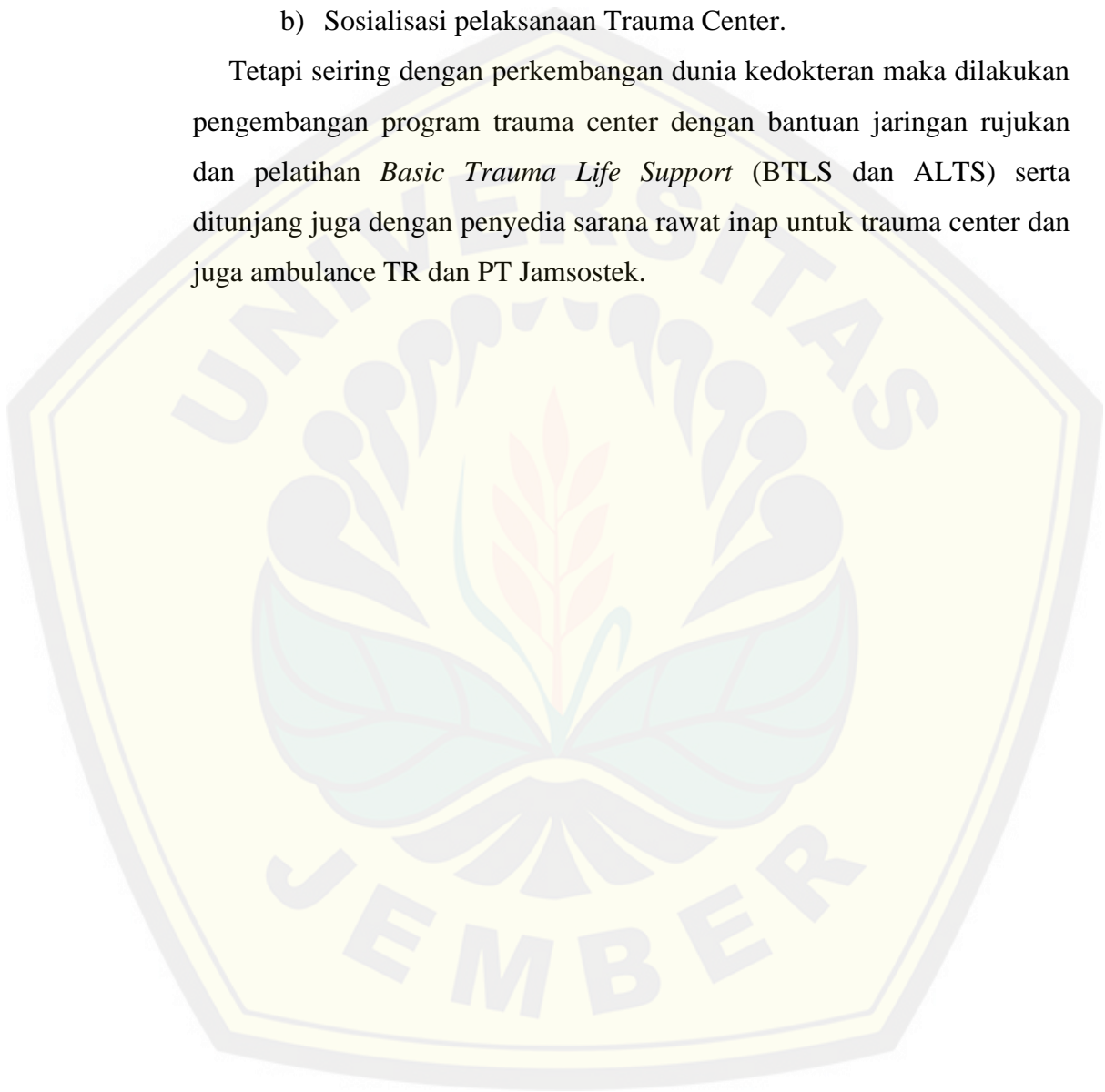
Trauma center atau pusat Penanggulangan dan Pelayanan Kecelakaan Kerja adalah suatu program pengembangan pelayanan terhadap permasalahan trauma, luka, cedera dan bentuk kecelakaan kerja yang lain bagi para peserta jamsostek. Program trauma center diselenggarakan dengan melibatkan 3 (tiga) pihak, yakni :

- a) PT. Jamsostek (Persero) sebagai pihak penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan tenaga kerja.
- b) Rumah Sakit yang menjadi pusat penanggulangan dan pelayanan Kecelakaan kerja atau trauma Center.
- c) Perusahaan peserta jaminan kecelakaan kerja (JKK) atau jaminan pemeliharaan kerja

Mekanisme pelaksanaan trauma center pada RSUD Kabupaten Sidoarjo meliputi :

- a) Pembentukan kerja sama antara RSUD kabupaten Sidoarjo dengan PT Jamsostek ditingkat kabupaten.
- b) Sosialisasi pelaksanaan Trauma Center.

Tetapi seiring dengan perkembangan dunia kedokteran maka dilakukan pengembangan program trauma center dengan bantuan jaringan rujukan dan pelatihan *Basic Trauma Life Support* (BTLS dan ALTS) serta ditunjang juga dengan penyedia sarana rawat inap untuk trauma center dan juga ambulance TR dan PT Jamsostek.



Lampiran B Lembar Persetujuan**LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Menyatakan bersedia menjadi subjek (responden) dalam penelitian :

Nama : Muhamad Ahid

NIM : 152110101100

Judul : Sistem Verifikasi Digital Klaim (Vedika) Bpjs Kesehatan Di
Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sidoarjo Tahun 2019

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

Sidoarjo,2019

Responden

(.....)

LAMPIRAN C KUESIONER RESPONDEN**Kuesioner Penelitian untuk Responden Penelitian****(Kepala Instalasi, Koordiantor Monev Rawat Jalan dan Koordinator Monev Rawat Inap)**

Judul : Sistem Verifikasi Digital Klaim (Vedika) Bpjs Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sidoarjo Tahun 2019.

Tanggal wawancara :

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan bapak/ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
- b. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai hati nurani bapak/ibu
- c. Kueioner disajikan dalam bentuk pernyataan, bukan pertanyaan
- d. Pilihan jawaban dalam kuesioner ini menggunakan kata berlawanan dan bertingkat dengan skala 1-4
- e. Semakin mendekati pilihan kata disalah satu kutub, menunjukkan jawaban kita sangat setuju pada kata tersebut.
- f. Berilah tanda silang (X) di dalam tabel pilihan jawaban yang sesuai pengetahuan, penilaian dari bapak ibu

NAMA :

JABATAN :

NOMOR HP/TELEPON :

PROSES

Keterangan : 1. = Sangat tidak setuju
2. = Tidak setuju
3. = Setuju
4. = Sangat Setuju

A. Planning (Perencanaan)

No	Pernyataan	1	2	3	4	Keterangan
1.	RSUD Kabupaten Sidoarjo memiliki perencanaan untuk pengajuan klaim berbasis					

	Sistem VEDIKA. (Perencanaan berupa minimal berkas pengajuan klaim yang diterima oleh BPJS)					
No	Pernyataan	1	2	3	4	Keterangan
2.	Perencanaan dapat dipahami oleh semua petugas pelaksana pengajuan klaim berbasis VEDIKA.					
3.	Pelaksanaan Perencanaan sudah diterapkan dengan baik oleh petugas Instalasi Penjaminan.					
4.	Adanya perencanaan berdampak pada pengajuan klaim menjadi maksimal.					
5.	Perencanaan dapat meminimalisir adanya Pengembalian berkas klaim					
B. Organizing (Pengorganisasian)						
No	Pernyataan	1	2	3	4	Keterangan
6.	Jumlah Petugas cukup untuk menunjang pelaksanaan pengajuan klaim berbasis VEDIKA.					
7.	Pembagian kerja sudah tepat dan mempermudah dalam pelaksanaan pengajuan klaim berbasis VEDIKA.					
8.	Pembagian tugas sesuai dengan kompetensi petugas.					
9.	Pembagian tugas dilakukan dengan adil dan merata untuk masing masing petugas VEDIKA.					
C. Actuating (Penggerakan)						
Pelaksanaan pengajuan klaim						
No.	Pernyataan	1	2	3	4	Keterangan
10.	Adanya VEDIKA, berdampak pada pengajuan klaim menjadi cepat dan mudah.					
11.	Proses pengajuan klaim sampai dengan pembayaran klaim oleh BPJS dilakukan selama (N + 15) hari. *N = mulai pengajuan klaim					
12.	Dampak pengajuan klaim berbasis VEDIKA adalah minimalisir pengembalian berkas.					

13.	Pengajuan klaim berbasis VEDIKA dapat mengefisiensi sumber daya manusia dan sarana prasarana.					
Penggunaan aplikasi V-claim						
No.	Pernyataan	1	2	3	4	Keterangan
14.	Tersedianya komputer yang memadai untuk pengajuan klaim berbasis VEDIKA.					
15.	Sarana dan prasarana seperti Komputer tidak pernah mengalami <i>Trouble</i> /bermasalah.					
16.	Petugas pernah mengikuti training penggunaan aplikasi Vclaim.					
17.	Penggunaan aplikasi Vclaim dapat memudahkan dan mempercepat pengajuan klaim					
18.	Aplikasi Vclaim tidak pernah mengalami <i>Trouble</i> /bermasalah					
19.	Tidak hambatan atau kendala dalam pengoperasian aplikasi Vclaim					
Pelaksanaan SPO VEDIKA						
No.	Pernyataan	1	2	3	4	Keterangan
20.	RSUD Kabupaten Sidoarjo memiliki SPO dalam pelaksanaan pengajuan klaim berbasis sistem VEDIKA.					
21.	Pelaksanaan SPO pengajuan klaim sistem VEDIKA berjalan tepat sesuai dengan tujuan utama sistem VEDIKA. (tujuan utama sistem VEDIKA meningkatkan kepuasan RS terhadap BPJS, mengurangi beban operasional BPJS, mempercepat proses verifikasi klaim)					
22.	Tidak ada hambatan dan kendala di setiap alur pelaksanaan SPO VEDIKA.					
23.	Petugas memahami SPO VEDIKA dengan baik.					
24.	Petugas melaksanakan SPO VEDIKA dengan baik.					
Sosialisasi						
No.	Pernyataan	1	2	3	4	Keterangan

25.	BPJS pernah mengadakan sosialisasi terkait VEDIKA					
No	Pernyataan	1	2	3	4	Keterangan
26.	BPJS sering melakukan sosialisasi atau training terkait dengan pengajuan klaim berbasis VEDIKA. nb: apabila ada <i>upgrading</i> sistem					
27.	Terdapat pelatihan tentang teknis pengajuan klaim yang berbasis VEDIKA.					
28.	Adanya sosialisasi dan pelatihan sangat tepat untuk menambah pengetahuan teknis pengajuan klaim berbasis VEDIKA.					
Komunikasi antar pelaksana						
No.	Pernyataan	1	2	3	4	Keterangan
29.	Terdapat komunikasi dua arah antar petugas dan verifikator BPJS dalam pelaksanaan pengajuan klaim berbasis VEDIKA.					
30.	tidak ada perbedaan persepsi dalam setiap pelaksanaan VEDIKA					
31.	Cara komunikasi antar petugas dalam pelaksanaan pengajuan klaim berbasis VEDIKA dapat menciptakan pengajuan klaim berbasis VEDIKA menjadi maksimal.					

Kuesioner Penelitian untuk Responden Penelitian**(Petugas VEDIKA)**

Judul : Sistem Verifikasi Digital Klaim (VEDIKA) Bpjs Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sidoarjo Tahun 2019.

Tanggal wawancara :

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan bapak/ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
- b. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai hati nurani bapak/ibu
- c. Kuesioner disajikan dalam bentuk pernyataan, bukan pertanyaan
- d. Pilihan jawaban dalam kuesioner ini menggunakan kata berlawanan dan bertingkat dengan skala 1-4
- e. Semakin mendekati pilihan kata disalah satu kutup, menunjukkan jawaban kita sangat setuju pada kata tersebut.

Berilah tanda silang (X) di dalam tabel pilihan jawaban yang sesuai pengetahuan, penilaian dari bapak ibu

Keterangan : 1. = Sangat tidak setuju 2. = Tidak setuju 3. = Setuju 4. = Sangat Setuju						
A. Organizing (Pengorganisasian)						
No	Pernyataan	1	2	3	4	Keterangan
1.	Jumlah Petugas cukup untuk menunjang pelaksanaan pengajuan klaim berbasis VEDIKA.					
2.	Pembagian kerja sudah tepat dan mempermudah dalam pelaksanaan pengajuan klaim berbasis VEDIKA.					
3.	Pembagian tugas sesuai dengan kompetensi petugas.					
4.	Pembagian tugas dilakukan dengan adil dan merata untuk masing masing petugas VEDIKA.					

B. Actuating (Penggerakan)						
Pelaksanaan pengajuan klaim						
No.	Pernyataan	1	2	3	4	Keterangan
5.	Adanya VEDIKA, berdampak pada pengajuan klaim menjadi cepat dan mudah.					
6.	Proses pengajuan klaim sampai dengan pembayaran klaim oleh BPJS dilakukan selama (N + 15) hari. *N = mulai pengajuan klaim					
7.	Dampak pengajuan klaim berbasis VEDIKA adalah minimalisir pengembalian berkas.					
8.	Pengajuan klaim berbasis VEDIKA dapat mengefisiensi sumber daya manusia dan sarana prasarana.					
Penggunaan aplikasi V-claim						
No.	Pernyataan	1	2	3	4	Keterangan
9.	Tersedianya komputer yang memadai untuk pengajuan klaim berbasis VEDIKA.					
10.	Sarana dan prasarana seperti Komputer tidak pernah mengalami <i>Trouble</i> /bermasalah.					
11.	Petugas pernah mengikuti training penggunaan aplikasi Vclaim.					
12.	Penggunaan aplikasi Vclaim dapat memudahkan dan mempercepat pengajuan klaim					
13.	Aplikasi Vclaim tidak pernah mengalami <i>Trouble</i> /bermasalah					
14.	Tidak hambatan atau kendala dalam pengoperasian aplikasi Vclaim					
Pelaksanaan SPO VEDIKA						
No.	Pernyataan	1	2	3	4	Keterangan
15.	RSUD Kabupaten Sidoarjo memiliki SPO dalam pelaksanaan pengajuan klaim berbasis sistem VEDIKA.					

No	Pernyataan	1	2	3	4	Keterangan
16.	Pelaksanaan SPO pengajuan klaim sistem VEDIKA berjalan tepat sesuai dengan tujuan penyelenggaraan VEDIKA.					
17.	Tidak ada hambatan dan kendala di setiap alur pelaksanaan SPO VEDIKA.					
18.	Petugas memahami SPO VEDIKA dengan baik.					
19.	Petugas melaksanakan SPO VEDIKA dengan baik.					
Sosialisasi						
No.	Pernyataan	1	2	3	4	Keterangan
20.	BPJS pernah mengadakan sosialisasi terkait VEDIKA					
21.	BPJS sering melakukan sosialisasi atau training terkait dengan pengajuan klaim berbasis VEDIKA. nb: apabila ada <i>upgrading</i> sistem					
22.	Terdapat pelatihan tentang teknis pengajuan klaim yang berbasis VEDIKA.					
23.	Adanya sosialisasi dan pelatihan sangat tepat untuk menambah pengetahuan teknis pengajuan klaim berbasis VEDIKA.					
Komunikasi antar pelaksana						
No.	Pernyataan	1	2	3	4	Keterangan
24.	Terdapat komunikasi dua arah antar petugas dan verifikator BPJS dalam pelaksanaan pengajuan klaim berbasis VEDIKA.					
25.	tidak ada perbedaan persepsi dalam setiap pelaksanaan VEDIKA					
26.	Cara komunikasi antar petugas dalam pelaksanaan pengajuan klaim berbasis VEDIKA dapat menciptakan pengajuan klaim berbasis VEDIKA menjadi maksimal.					

LAMPIRAN D LEMBAR OBSERVASI

Lembar Checklist Penelitian

**A. Penggerakan (*Actuating*) Persiapan Pengajuan Klaim berbasis VEDIKA
(Kepala Instalasi, Kepala Bagian Monev Rawat Jalan dan Rawat Inap,
Petugas VEDIKA)**

Judul : Sistem Verifikasi Digital Klaim (Vedika) Bpjs Kesehatan
Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sidoarjo Tahun
2019.

Tanggal wawancara :

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

Keterangan : 0 = tidak ada, 1 = ada				
No	Pertanyaan	0	1	keterangan
1.	Menurut pedoman VEDIKA 2018, kelengkapan berkas yang dipersiapkan diantaranya :			
	a. Kolektif ke Kantor Cabang BPJS			
	1) Surat pernyataan tanggung jawab mutlak			
	2) Surat pernyataan pemeriksaan klaim Tim pencegahan kecurangan (<i>antifraud</i>) Rumah Sakit			
	3) Surat pengajuan berkas klaim			
	4) Ceklist klaim rumah sakit			
	Tambahan Berkas : (*apabila kurang)			
	b. Kelengkapan berkas klaim Rawat jalan Tingkat lanjut			

	(RJTL)			
	1) <i>Softcopy</i> luaran aplikasi pengajuan klaim rumah sakit			
	2) <i>Print out</i> luaran aplikasi pengajuan klaim rumah sakit			
	3) Bukti pelayanan			
	4) Rincian biaya tagihan			
	5) Hasil pemeriksaan penunjang			
	6) Laporan tindakan			
	Tambahan Berkas : (*apabila kurang)			
	c. Kelengkapan berkas klaim Rawat Inap Tindak Lanjut (RITL)			
	1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)			
	2) <i>Print out</i> luaran aplikasi pengajuan klaim			
	3) Surat perintah rawat inap			
	4) Resume medis			
	5) Rincian biaya tagihan			
	6) Hasil pemeriksaan penunjang			
	7) Laporan tindakan			
	Tambahan Berkas : (*apabila kurang)			

LAMPIRAN E HASIL UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS KUESIONER

Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Sistem VEDIKA

Tabel 3. 9 Hasil Uji Validitas

Butir	Total Correlation/ r_{hitung}	r_{tabel}	Kriteria
1	0,586	0,4409.	Valid
2	-0,103	0,4409.	Tidak valid
3	-0,777	0,4409.	Tidak valid
4	-0,569	0,4409.	Tidak valid
5	0,743	0,4409.	Valid
6	0,558	0,4409.	Valid
7	0,201	0,4409.	Tidak valid
8	0,666	0,4409.	Valid
9	-0,539	0,4409.	Tidak valid
10	0,570	0,4409.	Valid
11	0,631	0,4409.	Valid
12	0,289	0,4409.	Tidak valid
13	0,599	0,4409.	Valid
14	0,318	0,4409.	Tidak valid
15	0,502	0,4409.	Valid
16	0,588	0,4409.	Valid
17	0,497	0,4409.	Valid
18	-0,254	0,4409.	Tidak valid
19	-0,021	0,4409.	Tidak valid
20	0,514	0,4409.	Valid
21	0,528	0,4409.	valid
22	0	0,4409.	Tidak valid
23	0,777	0,4409.	Valid
24	0,565	0,4409.	Valid

25	0,574	0,4409.	Valid
26	0,843	0,4409.	Valid
27	0,337	0,4409.	Tidak valid
28	0,239	0,4409.	Tidak valid
29	0,743	0,4409.	Valid
30	0,666	0,4409.	Valid
31	0,810	0,4409.	Valid
32	0,149	0,4409.	Tidak valid
33	0,735	0,4409.	Valid
34	-0,426	0,4409.	Tidak valid
35	0,657	0,4409.	Valid
36	0,605	0,4409.	valid
37	0,667	0,4409.	Valid
38	-0,277	0,4409.	Tidak valid
39	-0,158	0,4409.	Tidak valid

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	13	100,0
	Excluded ^a	0	0,0
	Total	13	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
,615	40

Lampiran Dokumentasi



Gambar 1. Wawancara kepada responden (Kepala Instalasi)



Gambar 2. Wawancara kepada responden (Koordinator Rawat Inap)



Gambar 3. Wawancara kepada responden (Petugas Vclaim)



Gambar 4. Wawancara kepada responden (Petugas Vclaim)

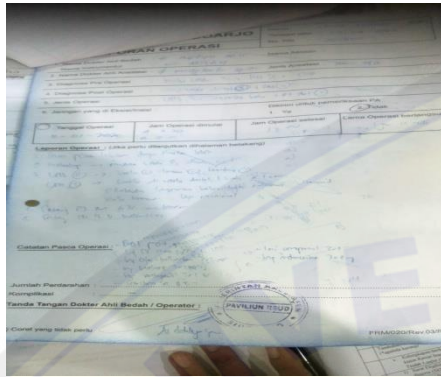


Gambar 5. Wawancara kepada responden (tim antifraud dan kendali JKN)

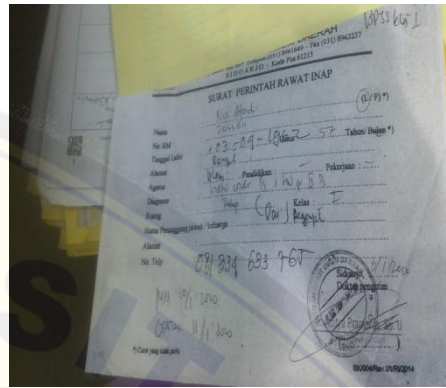


Gambar 6. Wawancara kepada responden (Pengiriman Berkas)

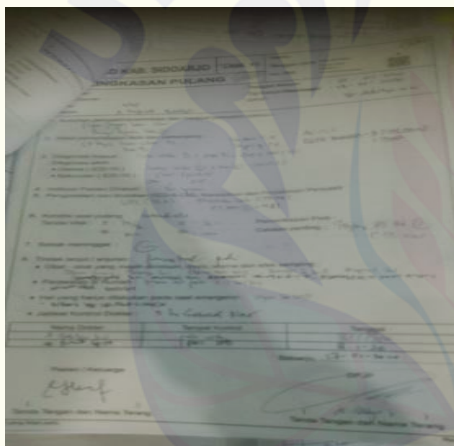
Lampiran Kelengkapan berkas



Gambar 1 Laporan Tindakan



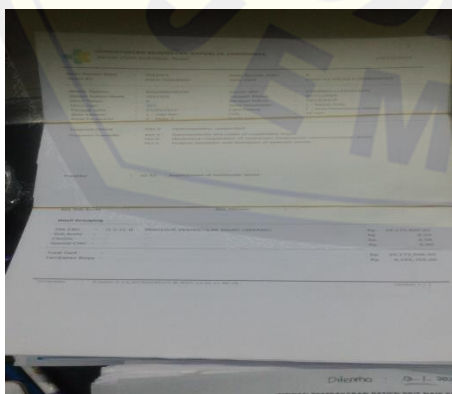
Gambar 2 SEP



Gambar 3 Resume Medis



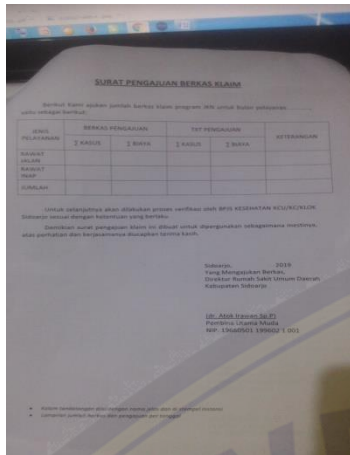
Gambar 4 Surat Perintah Rawat Inap



Gambar 5 Print out luaran aplikasi



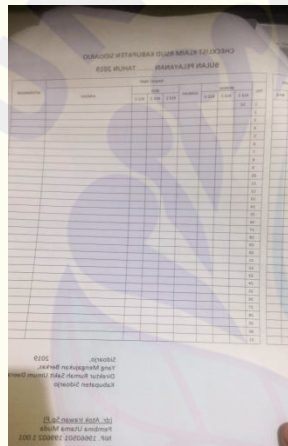
Gambar 6 Formulir Verifikasi



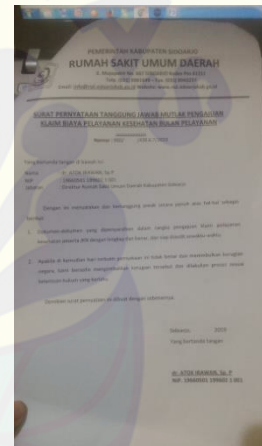
Gambar 7 Surat Pernyataan Berkas klaim



Gambar 8. Surat Pernyataan Pemeriksaan Klaim antifraud



Gambar 9 Checklist Klaim Rumah Sakit



Gambar Surat Pertanggungjawaban mutlak