

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pemanfaatan teknologi informasi saat ini sangat mempengaruhi aspek kehidupan manusia diberbagai bidang. Sistem yang didukung teknologi informasi dapat memberikan nilai tambah bagi organisasi jika didesain menjadi sistem informasi yang efektif dan efisien. Namun demikian, pengukuran atau penilaian kualitas suatu sistem informasi yang efektif sulit dilakukan.

Sistem Informasi yang diterapkan di sebuah organisasi merupakan komponen yang menjadi salah satu bagian penting dari organisasi. Sistem informasi dimanfaatkan untuk saling berinteraksi guna mendapatkan hasil kerja yang efektif dan efisien. Dalam Undang- Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 52 ayat 1, dinyatakan setiap Rumah Sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan Rumah Sakit dalam bentuk Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS).

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2013 tentang SIMRS pasal 1 ayat 2 yang dimaksud SIMRS adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan rumah sakit dalam bentuk jaringan kordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari sistem informasi kesehatan.

SIMRS sangat erat kaitannya dengan rekam medis karena rekam medis merupakan sumber informasi yang berguna dalam menyediakan data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi kualitas pelayanan kesehatan. Penyelenggaraan rekam medis dapat dilakukan secara manual maupun elektronik. Beberapa rumah sakit di Indonesia membangun sistem informasi rekam medis secara elektronik/ komputerisasi yang terintegrasi dalam SIMRS. Sejak tanggal 8 April 2019 RS ABC sudah mulai mengimplementasikan rekam medis elektronik.

Dalam dekade terakhir, banyak negara berkembang di seluruh belahan dunia melakukan reformasi di bidang kesehatan untuk mencapai tujuan global yaitu cakupan kesehatan universal atau *Universal Health Coverage* (UHC). Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Program JKN tersebut bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Permenkes 28, 2014). Pola pembayaran JKN melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) menggunakan

sistem INACBG (*Indonesia Case Based Group*) sebagai metode pembayaran pelayanan baik rawat jalan maupun rawat inap kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) (Permenkes 76, 2016).

Berdasarkan data dari website resmi BPJS Kesehatan, jumlah peserta program JKN di Indonesia per tanggal 31 Oktober 2019 sudah mencapai 222.278.708 peserta dan per tanggal 30 November 2019 meningkat menjadi 222.815.475 peserta. Jumlah fasilitas kesehatan mencapai 27.315 dimana 2.266 adalah rumah sakit perbulan Oktober 2019 meningkat menjadi 27.416 fasilitas kesehatan dibulan November 2019.

Semakin meningkatnya jumlah peserta BPJS Kesehatan mendorong BPJS Kesehatan memanfaatkan teknologi informasi di era digital ini untuk mempermudah proses pengajuan klaim. Sejak tahun 2019 BPJS Kesehatan sudah mulai mengimplementasikan *E-Claim* yang merupakan metode simplikasi dokumen klaim melalui file elektronik, sehingga bisa mengurangi penggunaan kertas yang berlebihan.

Untuk dapat ditagihkan berkas klaim pelayanan pasien JKN harus melalui proses verifikasi berkas. Sebagaimana tercantum dalam Permenkes No. 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Verifikasi dilakukan oleh verifikator BPJS Kesehatan secara digital menggunakan aplikasi VClaim dan Vidi.

Diharapkan dengan menggunakan *E-Claim* banyak manfaat yang didapatkan, diantaranya memudahkan penghitungan berkas, memudahkan pencarian berkas klaim saat verifikasi dan saat audit, serta mengefisienkan biaya *fotocopy* oleh Rumah Sakit. Selain itu FKRTL dapat meningkatkan kepastian pembayaran klaim, memiliki catatan riwayat pelayanan peserta secara digital dan meningkatkan tertib dalam melakukan entri pelayanan. Oleh karena itu, bagi rumah sakit yang menjadi provider BPJS Kesehatan diminta memiliki komitmen penuh untuk menerapkan *E-Claim* ini dengan menyediakan sarana dan prasarana yang diperlukan untuk menerapkan sistem ini di rumah sakit, terutama jaringan komunikasi data agar optimal untuk pengajuan klaim berbasis digital ini.

Rumah Sakit ABC merupakan rumah sakit swasta tipe C di wilayah kota Tangerang. Sejak September 2016 Rumah Sakit ABC resmi menjadi provider JKN. Berdasarkan data sensus bulan Januari sampai Desember 2019, Pasien dengan penjamin bayar BPJS Kesehatan merupakan komposisi terbesar yaitu 55% dari pasien rawat jalan dan 76% dari pasien rawat inap. Jumlah berkas BPJS Kesehatan yang diajukan oleh RS ABC kepada BPJS Kesehatan sudah mencapai lebih dari 3000 berkas dalam 1 (satu) bulan, sehingga diperlukan manajemen klaim yang baik serta dukungan sistem informasi untuk mempermudah penyelesaiannya

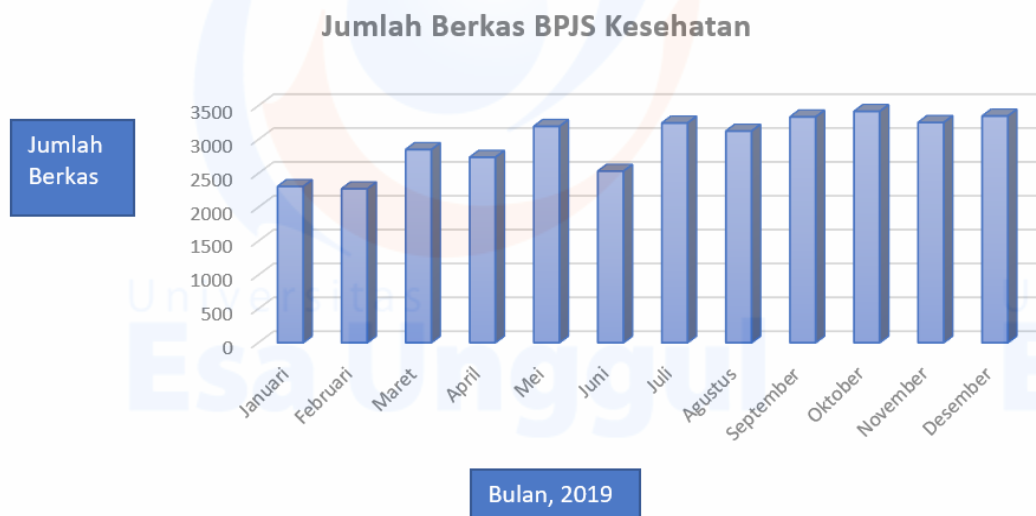


Diagram 1.1.

**Jumlah Berkas BPJS Kesehatan yang diajukan RS ABC
Periode Januari sampai Desember 2019**

Dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan pasal 76, Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) mengajukan klaim kolektif kepada BPJS Kesehatan secara periodik dan lengkap. BPJS Kesehatan harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas paling lambat 10 (sepuluh) hari sejak klaim diajukan oleh FKRTL dan diterima oleh BPJS Kesehatan. Keberlangsungan program JKN di RS ABC sangat dipengaruhi oleh kelancaran proses klaim BPJS Kesehatan terhadap pembiayaan rumah sakit. Proses verifikasi klaim BPJS Kesehatan melalui proses pengiriman berkas sebagai pengajuan klaim, verifikasi berkas, pembuatan formulir pengajuan klaim sampai pembayaran diterima rumah sakit membutuhkan waktu 25 hari kerja.

Sejak bulan Agustus 2019, RS ABC sudah mulai menerapkan pengajuan klaim secara elektronik (*E-Claim*). Pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan dilakukan oleh unit casemix yang bertanggung jawab langsung kepada direktur. Penyelesaian berkas klaim sangat bergantung dari pemanfaatan SIMRS yang sudah terintegrasi juga dengan VClaim BPJS Kesehatan dan Aplikasi INACBG milik Kementerian kesehatan.

Berkas klaim yang sebelumnya diajukan secara manual atau *hardcopy* mulai diajukan dalam file *softcopy*, kecuali Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis, luaran INACBG yang masih wajib menggunakan *hardcopy*. Peneliti telah melakukan studi pendahuluan sejak 1 November 2019 melalui telaah jurnal online serta melakukan studi eksplorasi melalui wawancara tidak terstruktur, data sekunder berupa Berita Acara Verifikasi Klaim, Berita acara penerimaan klaim dan rekapitulasi data unit casemix.

Berdasarkan data dari BPJS Kesehatan berupa surat bukti penerimaan klaim yang dikirimkan RS ABC, menunjukkan bahwa target pengajuan klaim yaitu tanggal 10 bulan berikutnya dapat dicapai setelah 1 bulan penerapan *E-Claim*. Pada diagram 1.2. menunjukkan tanggal pengajuan klaim yaitu tanggal dimana petugas casemix mengirimkan berkas klaim ke kantor BPJS Kesehatan.

Diagram berwarna biru menunjukkan tanggal pengajuan klaim sebelum penerapan *E-Claim*. Sedangkan yang berwarna orange merupakan tanggal pengajuan klaim setelah penerapan *E-Claim*. Keterlambatan pengajuan klaim yang terjadi disinyalir disebabkan oleh ketidaklengkapan rekam medis sehingga berkas klaim diterima dalam kondisi tidak lengkap oleh unit casemix.



Diagram 1.2.
Tanggal Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan
Periode Januari sampai Desember 2019

Dalam studi eksplorasi yang dilakukan di Rumah Sakit ABC melalui wawancara yang tidak terstruktur dengan koder didapatkan informasi bahwa klaim diajukan kepada BPJS Kesehatan masih belum sesuai regulasi. Klaim belum dapat dikirim ke BPJS Kesehatan sebelum tanggal 10 bulan berikutnya dikarenakan ketidaklengkapan berkas Klaim yang sampai ke unit casemix. Tanggal pengajuan klaim mengalami perbaikan setelah 1 bulan perbaikan *E-Claim* walaupun dalam pelaksanaannya masih banyak ditemui kendala. Berkas rekam medis kerap belum terisi atau apabila sudah terisi tidak masuk dalam modul unit casemix.

Meskipun rumah sakit ABC sudah menerapkan rekam medis elektronik dan *E-Claim* tetapi masih terdapat berkas yang belum lengkap maupun tidak sesuai saat diterima unit casemix berdasarkan rekap data yang dibuat oleh petugas pemberkasan rawat inap dan rawat jalan bulan pelayanan Oktober dan November 2019.

Berdasarkan rekap berkas bulan pelayanan Oktober 2019, dari 2673 berkas rawat jalan masih terdapat ketidaklengkapan berkas dan ketidaksesuaian saat berkas diterima casemix satu hari setelah pelayanan. Masih terdapat 8 berkas masuk dalam 1 episode dengan rawat inap, 63 berkas tidak ada hasil radiologi, 15 resume belum terisi, 3 berkas pasien batal berobat namun register pasien masih ada, 2 berkas tidak ada SEP, 23 laporan pembedahan yang belum dilampirkan. Dari 750 berkas rawat inap bulan Oktober 2019, terdapat ketidaklengkapan berupa 133 berkas resume belum terisi, 43 laporan operasi sectio cesarea belum terisi, 64 laporan anastesi belum terisi, 8 laporan kuretase belum terisi, 73 formulir permintaan masuk rawat inap belum terisi dan berkas penunjang lain belum dilengkapi sejumlah 24 berkas.

Hal yang sama juga terjadi pada berkas bulan pelayanan November 2019, dari total 703 berkas rawat inap laporan/catatan anastesi belum dibuat 47 berkas, formulir permintaan rawat inap kosong berjumlah 167 berkas, 53 resume kosong, 18 resume belum diisi lengkap, 10 hasil partograf belum diisi, 9 laporan persalinan belum dibuat, 9 laporan kuret, 11 laporan operasi *section cesarea*, 1 laporan bedah umum. Sedangkan pada berkas rawat jalan November 2019 sebanyak 2549, masih terdapat ketidaklengkapan atau ketidaksesuaian yaitu resume kosong 14 berkas, hasil radiologi belum ada 109 berkas, hasil laboratorium belum ada 4 berkas, tidak ada laporan pembedahan 6 berkas, pasien batal berobat 5 berkas, pasien menjadi pasien umum 2 berkas, sep tidak ada 15, dan 26 resume belum diisi.

Berdasarkan hasil wawancara tidak terstruktur dengan 5 petugas unit casemix RS ABC yang menggunakan SIMRS untuk *E-Claim* pada tanggal 30 Desember 2019 (5 bulan implementasi *E-Claim*) masih didapatkan pernyataan ketidakpuasan petugas sebagai pengguna menu BPJS Kesehatan yang ada dalam SIMRS, seperti:

“Awalnya sangat terkendala dok saat mulai menggunakan E-Claim, sistem belum siap tetapi sudah mulai dijalankan, sampai sekarang sistem juga masih sering eror, tiba-tiba koneksi terputus pernah sampai seharian tidak bisa digunakan”

“Masih ada yang belum didukung oleh sistem dok sehingga kami masih melakukan scan dan upload kelengkapan berkas menggunakan mesin scanner, seperti laporan operasi mata dan formulir konsultasi fisioterapi.”

“E-Claim belum disosialisasikan ke seluruh unit, tetap saja banyak berkas terutama rawat inap yang tidak lengkap karena rekam medisnya tidak diisi, dok.”

“File yang sudah diburning dalam CD tidak bisa dibuka oleh verifikator bpjs menyebabkan berkas akhirnya dipending, dok”

“Menu bpjs kesehatan yang ada disistem sudah membantu kerja, tapi kalau kelengkapan belum diisi juga tidak bisa cepat kerjanya, dok. Resume medis dan laporan tindakan masih ada yang belum terisi.”

Rumah Sakit ABC sudah memiliki unit casemix yang sejak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, jumlah petugas terus bertambah sejalan dengan penambahan berkas diawali dengan 3 orang petugas menjadi 6 orang. RS ABC memiliki permasalahan dalam ketepatan waktu pengajuan klaim dikarenakan berkas yang diterima unit casemix belum terisi lengkap. Menurut koder casemix yang sudah bekerja 4 tahun di RS ABC masalah utama dalam penyelesaian berkas klaim adalah ketidaklengkapan berkas yang diterima oleh unit casemix, terutama untuk berkas rawat inap. Hal tersebut didukung dengan temuan peneliti lainnya didapatkan hasil terjadinya penundaan klaim BPJS terbanyak adalah dikarenakan ketidaklengkapan rekam medis terutama data penunjang, pengisian odontogram, identitas data, diagnosa dokter dan kesalahan dalam pengkodean.

Berdasarkan kebutuhan tersebut, RS ABC menerapkan rekam medis elektronik, melakukan *bridging system* VClaim dan aplikasi INACBG dengan SIMRS dan mulai mengajukan berkas klaim menjadi elektronik (*E-Claim*). Rumah Sakit ABC mulai melakukan uji coba *E-Claim* sejak April 2019 sampai Juli 2019 dan mulai menerapkan *E-Claim* sejak 1 Agustus 2019. Hingga saat ini masih banyak ditemui kendala dalam implementasinya. Semenjak *E-Claim* diterapkan, pihak manajemen belum pernah melakukan analisis kesuksesan sistem informasi terhadap penerapan *E-Claim* sehingga belum mengetahui apakah SIMRS yang dikembangkan dalam mendukung pelaksanaan *E-Claim* telah berdampak positif dalam penggunaannya baik secara individu maupun organisasi. Hasil analisis dapat digunakan untuk mengetahui apakah sistem informasi yang dibuat telah sesuai dengan kebutuhan penggunanya sehingga pihak vendor IT dapat melakukan pengembangan perbaikan agar sesuai dengan kebutuhan pengguna.

Penelitian ini mencoba menggunakan objek penelitian terhadap hasil pengembangan sistem informasi manajemen rumah sakit dalam menunjang *E-Claim* di RS ABC. Sistem tersebut telah dikembangkan sejak Maret 2019 dengan dimulainya *bridging* SIMRS dengan Vclaim dan Aplikasi INACBG. Saat dilakukan penelitian ini, *E-Claim* sudah berjalan selama 5 (lima) bulan. Dikarenakan pentingnya proses klaim BPJS Kesehatan di RS ABC maka dirasakan perlu untuk mengevaluasi dan menilai apakah pengembangan sistem informasi tersebut dapat dikatakan sukses yang diukur dengan kepuasan pengguna (*user satisfaction*) dan manfaat bagi individu serta organisasi. Dikarenakan pengembangan menyerap dana investasi cukup besar dan diharapkan memberikan manfaat yang besar pula bagi Rumah Sakit.

Permasalahan yang diteliti dapat dirumuskan dalam sebuah pertanyaan penelitian seberapa besar kesuksesan Sistem Informasi RS ABC dalam mendukung implementasi *E-Claim* jika dievaluasi dengan menggunakan Model DeLone dan McLean (2003).

B. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas maka dapat diidentifikasi beberapa masalah sebagai berikut:

1. Penerapan *E-Claim* belum pernah dievaluasi keberhasilannya.
2. Masih terdapat kendala dalam penyelesaian berkas klaim elektronik.
3. Masih terdapat ketidaklengkapan berkas klaim yang diterima unit casemix.
4. Masih terdapat ketidakpuasan pengguna terhadap *E-Claim* maupun dukungan tim IT dalam menunjang *E-Claim*.

C. Pembatasan Masalah

1. Melakukan evaluasi faktor keberhasilan penerapan *E-Claim* dengan menggunakan model Delone dan Mclean (2003) dengan menganalisis dimensi kualitas sistem, kualitas informasi, kualitas layanan, kepuasan pengguna dan manfaat bersih (net benefit) tanpa menilai dimensi penggunaan (*use*) dikarenakan penggunaan sistem bersifat wajib (*mandatory*) sehingga jika sistem diwajibkan untuk dipakai maka tidak ada perbedaan dan intensitas kualitas penggunaan untuk semua pengguna.
2. Evaluasi dilakukan dari perspektif pengguna atau operator dan *stakeholder* terhadap penerapan *E-Claim*.
3. Menyusun hasil evaluasi dan memberikan rekomendasi kepada manajemen RS ABC guna peningkatan keberhasilan penerapan *E-Claim*.

D. Rumusan Masalah

Penelitian ini menganalisis SIMRS dalam penerapan *E-Claim* di RS ABC dengan menggunakan model kesuksesan sistem informasi (*Information System (IS) Success Model*) Delone dan Mclean (2003) dan melihat hubungan antar variabelnya. Rumusan masalah penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Apakah kualitas sistem berpengaruh terhadap kepuasan pengguna *E-Claim*?
2. Apakah kualitas informasi berpengaruh terhadap kepuasan pengguna *E-Claim*?
3. Apakah kualitas layanan berpengaruh terhadap kepuasan pengguna *E-Claim*?
4. Apakah kualitas sistem, kualitas informasi, dan kualitas layanan berpengaruh terhadap kepuasan pengguna *E-Claim* secara simultan ?
5. Apa saja faktor-faktor yang menjadi penghambat dan pendukung penerapan *E-Claim* ?
6. Manfaat bersih apa yang dirasakan pengguna *E-Claim*?

E. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan utama dari penelitian ini adalah mengevaluasi apakah sistem informasi RS ABC yang dikembangkan untuk penerapan *E-Claim* dapat dikatakan berhasil atau sukses dan mempunyai dampak positif terhadap kinerja individu maupun organisasional dengan menggunakan pendekatan model DeLone dan McLean (2003).

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Untuk menganalisis pengaruh kualitas sistem terhadap kepuasan pengguna *E-Claim*.
- b. Untuk menganalisis pengaruh kualitas informasi terhadap kepuasan pengguna *E-Claim*.
- c. Untuk menganalisis pengaruh kualitas layanan terhadap kepuasan pengguna *E-Claim*.
- d. Untuk menganalisis pengaruh kualitas sistem, kualitas informasi dan kualitas layanan terhadap pengguna *E-Claim* secara simultan.
- e. Untuk menganalisis faktor-faktor yang menjadi penghambat dan pendukung penerapan *E-Claim* dilihat dari perspektif pengguna SIMRS berkaitan dengan *E-Claim* di RS ABC.

F. Kegunaan Penelitian

Penelitian ini dapat memberikan manfaat akademik dan praktis antara lain sebagai berikut:

1. Manfaat akademik

Penelitian ini diharapkan dapat menambah kekayaan ilmu pengetahuan dalam bidang Sistem Informasi Rumah Sakit di era digitalisasi klaim JKN. Penelitian ini juga diharapkan dapat dijadikan sebagai acuan untuk penelitian yang sejenisnya.

2. Manfaat Praktis

a. Manfaat bagi pihak Rumah Sakit ABC

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi dan rekomendasi kesuksesan SIMRS dalam meningkatkan kualitas pengajuan klaim elektronik (*E-Claim*) kepada BPJS Kesehatan.

Pimpinan Rumah Sakit dapat lebih memberikan perhatian kepada seluruh pegawai RS sebagai evaluasi terhadap Sistem Informasi Rumah Sakit khususnya dalam kaitannya dengan keberhasilan pengajuan klaim elektronik (*E-Claim*) BPJS Kesehatan agar pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan dapat lebih cepat serta penggunaan sumber daya rumah sakit dapat lebih efektif dan efisien.

b. Manfaat bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai rujukan yang lebih kongkrit karena merupakan bidang yang penulis geluti saat ini, khususnya mengenai pengajuan klaim elektronik (*E-Claim*) pasien JKN kepada BPJS Kesehatan. Penulis dapat mengetahui faktor-faktor yang dapat mendukung maupun menghambat keberhasilan pelaksanaan *E-Claim* di RS ABC.