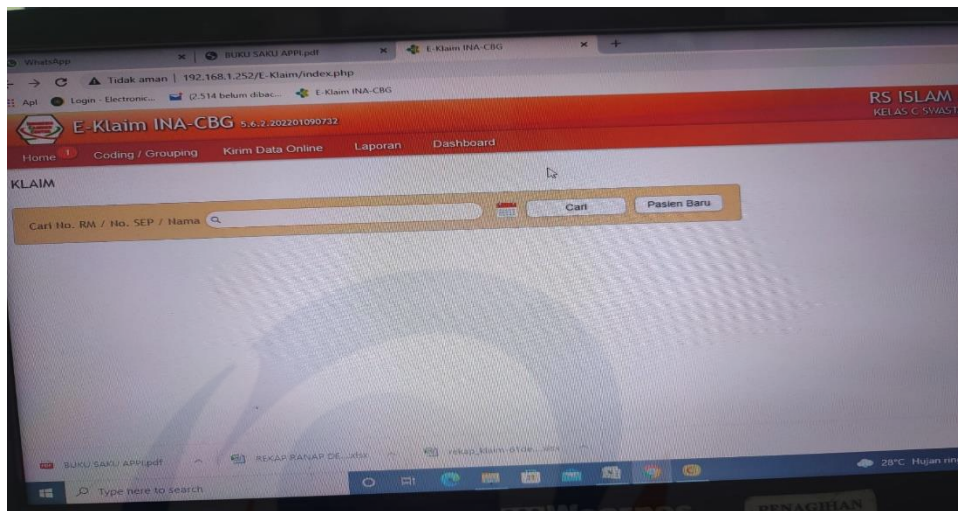


LAMPIRAN 1

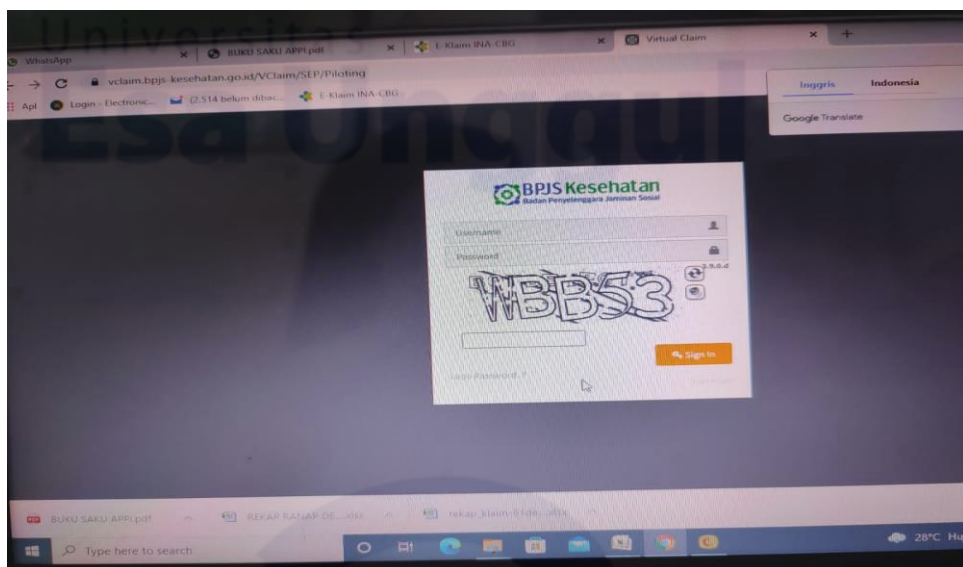
a. E-Claim

Melalui sistem E-Claim, berkas klaim diberikan atau dikirim ke unit casemix untuk dikoding.



b. V-Claim

V-Claim adalah sistem untuk mengirim data yang sudah dikoding ke BPJS Kesehatan.



LAMPIRAN WAWANCARA

PETUGAS	KETERANGAN
Petugas Rekam Medis	Informan 1
Petugas <i>Casemix</i>	Informan 2
Petugas <i>Verifikator</i> Penagihan	Informan 3
Petugas <i>Verifikator</i> Penagihan	Informan 4

1. Petugas Administrasi (Informan 1)

Lokasi: Rumah Sakit Islam Sukapura

Keterangan:

P: Penulis

I: Informan

P: Apakah di Rumah Sakit Islam Sukapura sudah memiliki SPO terkait pengklaiman BPJS Kesehatan?

I: Di Rumah Sakit Islam Sukapura sudah memiliki SPO pengklaiman.

P: Apakah ibu boleh menunjukkan dan saya melihat SPO tersebut pak?

I: Boleh, kami sudah melaksanakan kegiatan sesuai dengan SPO.

P: Apa saja yang harus diisi pada saat proses administrasi pak?

I: Pertama yang perlu diperhatikan adalah identitas pasiennya seperti nama, tanggal lahir, alamat, nomor *handphone*, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, nomor rekam medis, nomor SEP, dan surat rujukan kalau ada. Kita cocokan datanya lalu kita input di INA-CBGs.

2. Petugas Casemix (Informan 2)

Lokasi: Rumah Sakit Islam Sukapura

Keterangan:

P: Penulis

I: Informan

P: Bagaimana langkah-langkah berkas klaim di unit *casemix* dok?

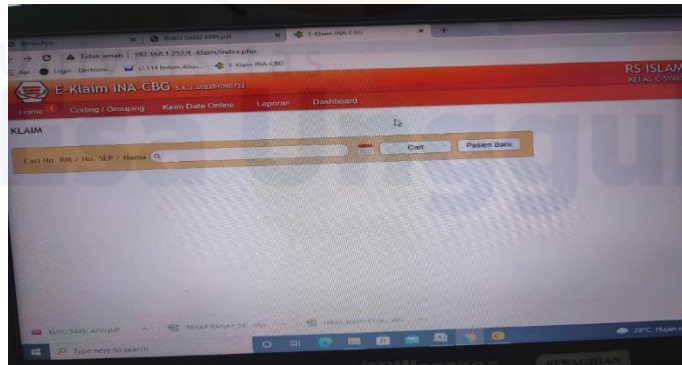
I: Pertama, berkas klaim disetor ke bagian *casemix* untuk dikoding, lalu kami koding sesuai diagnosa dan tindakan medis serta penunjang medis kalau ada yang dokter tulis.

P: Melalui aplikasi apa berkas BPJS Kesehatan itu dikoding?

I: Aplikasi E-Claim namanya yang biasa kita pakai.

P: Bagaimana tampilan aplikasi E-Claim dok?

I:



P: Bagaimana cara penggunaan aplikasi E-Claimnya dok?

I: Klik pada kolom cari no SEP, terus sesuaikan dengan no SEP yang ingin dikoding, terus koding sesuai dengan diagnosa dan tindakan medis yang dokter tulis nanti muncul nominalnya. setelah itu save dan kirim ke unit penagihan *verifikator*.

P: Apakah dalam proses klaim harus ada SEP dok?

I: Harus ada SEP karena sebagai tanda bahwa pasien sudah sah secara administrasi. Namun SEP hanya untuk membuktikan bahwa pasien sah secara administrasi klaim bukan sebagai bukti penjaminan pasien. Bila telah terbit SEP, belum tentu lolos verifikasi berkas klaim.

P: Apa ada kendala disaat proses koding? Kalau ada apa saja faktornya?

I: Biasanya sih tulisan dokternya susah dibaca, jadinya kita harus konfirmasi dulu ke Dokter Penanggung Jawab Pasiennya. Kalau udah dikonfirmasi, baru kita bisa nentuin kode diagnosa dan tindakan medisnya.

P: Apakah ada kendala lain dalam proses koding? Misalnya kendala dengan komputernya atau internetnya?

I: Oh kadang ada kendala di internetnya, loading lama sehingga kita tidak bisa mengaplikasikan aplikasi. Tetapi tidak sering hanya beberapa kali saja.

P: Pada saat berkas klaim mengalami penundaan pada proses verifikasi, apa ada beban tersendiri dok di unit *casemix* ini?

I: Bebannya paling berkas klaim jadi tertumpuk diruangan, terus kalau ada berkas klaim yang mengalami penundaan karena dokter tidak menandatangani resume medis, kita suruh lengkapi dulu konfirmasi ke dokter yang bersangkutan. Terus kalau ada berkas klaim yang tertunda karena kodingan salah, kita cek dan benarkan lagi.

3. Petugas Penagihan *Verifikator* (Informan 3 & 4)

Lokasi: Rumah Sakit Islam Sukapura

Keterangan:

P: Penulis

I: Informan

P: Bagaimana langkah-langkah proses pengajuan klaim di unit Penagihan pak?

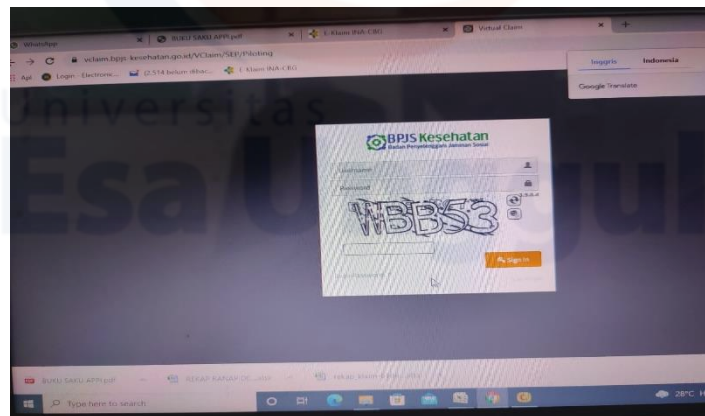
I: Proses pengajuan klaimnya, pertama kami mengumpulkan berkas dari masing-masing pasien baik rawat inap kalau sudah, kita verifikasi dulu nih, lengkap atau tidak berkas klaimnya, kalau tidak kita kembalikan suruh lengkapi lagi. Karena kalau tidak lengkap tidak bisa diverifikasi dan rumah sakit akan rugi karena pencairan dananya tertunda, kemudian diinput, menginput data-data yang sudah masuk di rumah sakit, kemudian di entry dalam bentuk softcopy TXT nya dan excel untuk data kita, setelah di entri dikirim ke BPJS Kesehatan dalam bentuk file TXT atau bentuk folder nanti file TXT tersebut yang bisa buka pihak mereka yang di BPJS itu sendiri. Kita kirim rutin pertanggal 10 setiap bulan berikutnya.

P: Apa saja syaratnya agar proses pengklaiman tidak mengalami penundaan?

I: Fotocopy KTP, Kartu BPJS Kesehatan, Surat Eligibilitas (SEP), Resume Medis, Surat Rawat, Surat Rujukan, dan surat pembayaran biaya semua harus ada. Kalau di resume medis harus lengkap sudah ada tandatangan Dokter Penanggung Jawab Pasien dan perawat serta kodingan diagnosa dan tindakan medis serta penunjang medis kalau ada harus tepat dan sesuai.

P: Bagaimana tampilan aplikasi V-Klaim?

I:



P: Bila berkas klaim mengalami penundaan, diberi berapa hari untuk perbaikannya pak?

I: Kalau dulu dikasih waktu 2 hari untuk proses perbaikan, tetapi kalau sekarang harus langsung diperbaiki. Pada saat kita sudah selesai menverifikasi, mereka verifikasi kembali lagi diBPJS kemudian kalau ada yang tidak lengkap, mereka kembalikan lagi karena pihak BPJS tidak dapat mengubah apa yang sudah ajukan jadi harus dikembalikan seperti

diagnosis mereka kan tidak punya aplikasinya untuk menggubah kecuali kami pihak rumah sakit yang menggubah lalu mereka yang mengikut begitu prinsipnya memang dari softwarenya, ini software memang punya mereka namun, pada saat kita ajukan dalam bentuk ini mereka tidak bisa menambahkan apapun yang masuk kemereka semacam laporan sekalian lampiran dibuat dalam file TXT.

P: Faktor apa saja yang sering terjadi pada proses ini?

I: Paling faktor kodingannya dan kelengkapan berkasnya. Yang perlu diperhatikan selain identitas pasien, perhatikan juga resume medisnya sudah diisi lengkap apa belum sama dokter dan perawatnya beserta tanda tangannya. Lalu periksa juga kodingannya udah sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9CM apa belum.

P: Berapa total berkas klaim yang diajukan dan yang mengalami penundaan pada bulan Oktober 2021-Desember 2021 bu?

I: Pada bulan Oktober 2021-Desember 2021 kita mengajukan klaim sebanyak 2.102 jumlah berkas klaim dan yang mengalami keterlambatan sebanyak 294 berkas klaim.

P: Bagaimana cara menangani berkas klaim yang tertunda tersebut bu?

I: Ada namanya proses purifikasi, dilakukan pengecekan dan melengkapi berkas yang dikembalikan tersebut lalu petugas penagihan verifikator langsung mengirimkan kembali berkas tersebut ke pihak BPJS Kesehatan. Setelah berkas diterima oleh pihak BPJS Kesehatan, petugas penagihan verifikator membuat berita acara pembayaran sesuai dengan jumlah berkas klaim yang telah diajukan yang telah ditanda tangani oleh kedua belah pihak dengan salinan (fotocopy) sebagai arsip verifikator. Kalau berkas klaim dianggap layak dan lengkap sesuai diagnosa dan tindakan medis maka pengajuan berkas klaim akan dibayarkan setelah 15 hari kerja BPJS Kesehatan.

P: Dikirim kebagian apa pencairan dana yang BPJS Kesehatan dikirim?

I: Ke unit bagian keuangan Rumah Sakit Islam Sukapura Jakarta Utara.

LAMPIRAN 3

Daftar checklist langka proses klaim sesuai SPO pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Islam Sukapura

NO	PENGECEKAN DATA	YA	TIDAK
1.	Petugas casemix memeriksa SEP yang telah di input pada sistem INA-CBGs	✓	
2.	Petugas casemix melakukan pengecekan berkas klaim sesuai syarat	✓	
3.	Petugas penagihan menerima berkas klaim yang telah terkoding dari unit casemix	✓	
4.	Petugas penagihan memverifikasi berkas klaim (apabila berkas klaim sesuai, petugas penagihan akan membuat rekapitulasi pertanggal pelayanan. Tetapi jika berkas tidak sesuai, akan dikembalikan ke unit casemix untuk dilengkapi)	✓	
5.	Petugas penagihan membuat rekapitulasi rawat jalan dan rawat inap dan melakukan pengelompokan sesuai hak kelas peserta dan nomor SEP terkecil-terbesar	✓	
6.	Petugas penagihan membuat rekapitulasi TXT akhir selama 1 bulan pelayanan sesuai dengan tagihan kemudian upload ke V-Klaim	✓	
7.	Petugas penagihan mengirimkan email rekapitulasi excel kepada BPJS Kesehatan	✓	