

# LAMPIRAN

## **PANDUAN WAWANCARA UNTUK KETUA TIM JKN**

(waktu antara 30 – 45 menit)

1. Pembukaan
  - a. Memperkenalkan diri
  - b. Menjelaskan tentang tujuan penelitian dan perkiraan lama wawancara
  - c. Menyampaikan bahwa semua jawaban adalah betul, tidak ada yang salah, semua pendapat yang baik itu pendapat positif maupun negatif dapat diutarakan dan dapat diterima
  - d. Menegaskan akan menjaga kerahasiaan
  - e. Meminta ijin untuk merekam proses wawancara
2. Panduan pertanyaan
  - a. Pertanyaan tentang pelaksanaan program JKN di RS
    - 1) Menurut bapak / Ibu bagaimana pelaksanaan program JKN di RS?
    - 2) Bagaimana alur pelayanan pasien BPJS?
    - 3) Bagaimana alur berkas pada pasien BPJS?
    - 4) Apa saja persyaratan yang harus dipenuhi oleh pasien untuk mendapatkan pelayanan BPJS di RS?
  - b. Pertanyaan tentang proses klaim
    - 1) Bagaimana menurut Bapak / Ibu tentang proses klaim saat ini?
    - 2) Menurut Bapak / Ibu apa menjadi kendala dalam proses klaim?
    - 3) Apa saja penyebab dari klaim pending?
    - 4) Bagaimana dukungan RS terhadap proses klaim? (SOP, pelatihan coding, tim, dll?)
  - c. Pertanyaan tentang Dokumen klaim
    - a. Apakah Bapak / Ibu pernah mengetahui tentang adanya dokumen klaim yang hilang?
    - b. Apa saja penyebab dokumen klaim yang hilang tersebut?

### 3. Penutup

- a. Menanyakan apakah masih ada yang ingin disampaikan terkait dengan pelaksanaan klaim dan dokumen klaim yang hilang
- b. Mohon kesediaan untuk wawancara kembali apabila masih ada kekurangan informasi
- c. Mengucapkan terima kasih.

**PANDUAN WAWANCARA**  
**UNTUK DOKTER PENANGGUNGJAWAB PELAYANAN (DPJP)**

(waktu antara 30 – 45 menit)

1. Pembukaan
  - a. Memperkenalkan diri
  - b. Menjelaskan tentang tujuan penelitian dan perkiraan lama wawancara
  - c. Menyampaikan bahwa semua jawaban adalah betul, tidak ada yang salah, semua pendapat yang baik itu pendapat positif maupun negatif dapat diutarakan dan dapat diterima
  - d. Menegaskan akan menjaga kerahasiaan
  - e. Meminta ijin untuk merekam proses wawancara
2. Panduan pertanyaan
  - a. Menurut Bapak / Dokter bagaimana pelaksanaan JKN saat ini?
  - b. Apakah Bapak / Ibu Dokter mengetahui bahwa resume medis sebagai salah satu persyaratan mulak untuk klaim BPJS pada pelayanan rawat inap?
  - c. Bagaimana menurut Bapak / Ibu Dokter terkait resume medis yang kosong atau tidak terisi secara lengkap?
    - a. Menurut Bapak / Ibu Dokter apakah penyebab resume medis kosong atau tidak terisi secara lengkap?
    - b. Apa kesulitan Bapak / Ibu Dokter dalam pengisian resume medis?
    - c. Menurut Bapak / Ibu Dokter bagaimana menentukan Diagnosa utama dan sekunder?
    - d. Dalam menentukan diagnosa apakah dengan secara klinis atau harus disertai pemeriksaan penunjang?
    - e. Bagaimana strategi Bapak / Ibu Dokter dalam menurunkan klaim *pending*?

### 3. Penutup

- a. Menanyakan apakah masih ada yang ingin disampaikan terkait dengan pelaksanaan klaim?
- b. Mohon kesediaan untuk wawancara kembali apabila masih ada kekurangan informasi.
- c. Mengucapkan terima kasih

## **PANDUAN WAWANCARA UNTUK PETUGAS CODING**

(waktu antara 30 – 45 menit)

1. Pembukaan
  - a. Memperkenalkan diri
  - b. Menjelaskan tentang tujuan penelitian dan perkiraan lama wawancara
  - c. Menyampaikan bahwa semua jawaban adalah betul, tidak ada yang salah, semua pendapat yang baik itu pendapat positif maupun negatif dapat diutarakan dan dapat diterima
  - d. Menegaskan akan menjaga kerahasiaan
  - e. Meminta ijin untuk merekam proses wawancara
2. Panduan pertanyaan
  - a. Pertanyaan tentang pelaksanaan program JKN di RS
    - 1) Menurut bapak / Ibu bagaimana pelaksanaan program JKN di RS?
    - 2) Bagaimana alur pelayanan pasien BPJS?
    - 3) Bagaimana alur berkas pada pasien BPJS?
    - 4) Apa saja persyaratan yang harus dipenuhi oleh pasien untuk mendapatkan pelayanan BPJS di RS?
  - b. Pertanyaan tentang proses klaim
    - 1) Bagaimana menurut Bapak / Ibu tentang proses klaim saat ini?
    - 2) Menurut Bapak / Ibu apa menjadi kendala dalam proses klaim?
    - 3) Apa saja penyebab dari klaim pending?
    - 4) Bagaimana dukungan RS terhadap proses klaim? (SOP, pelatihan coding, tim, dll?)
  - c. Pertanyaan tentang Dokumen klaim
    - 1) Apakah Bapak / Ibu pernah mengetahui tentang adanya dokumen klaim yang hilang?
    - 2) Apa saja penyebab dokumen klaim yang hilang tersebut?

### 3. Penutup

- a. Menanyakan apakah masih ada yang ingin disampaikan terkait dengan pelaksanaan klaim dan dokumen klaim yang hilang
- b. Mohon kesediaan untuk wawancara kembali apabila masih ada kekurangan informasi
- c. Mengucapkan terima kasih.

**PANDUAN WAWANCARA**  
**UNTUK PETUGAS VERIFIKATOR INTERNAL**

(waktu antara 30 – 45 menit)

1. Pembukaan
  - a. Memperkenalkan diri
  - b. Menjelaskan tentang tujuan penelitian dan perkiraan lama wawancara
  - c. Menyampaikan bahwa semua jawaban adalah betul, tidak ada yang salah, semua pendapat yang baik itu pendapat positif maupun negatif dapat diutarakan dan dapat diterima
  - d. Menegaskan akan menjaga kerahasiaan
  - e. Meminta ijin untuk merekam proses wawancara
2. Panduan pertanyaan
  - a. Pertanyaan tentang pelaksanaan program JKN di RS
    - 1) Menurut bapak / Ibu bagaimana pelaksanaan program JKN di RS saat ini?
    - 2) Bagaimana alur pelayanan pasien BPJS?
    - 3) Bagaimana alur berkas pada pasien BPJS?
    - 4) Apa saja persyaratan yang harus dipenuhi oleh pasien untuk mendapatkan pelayanan BPJS di RS?
  - b. Pertanyaan tentang proses klaim
    - 1) Bagaimana menurut Bapak / Ibu tentang proses klaim saat ini?
    - 2) Menurut Bapak / Ibu apa menjadi kendala dalam proses klaim?
    - 3) Apa saja penyebab klaim pending?
    - 4) Bagaimana dukungan RS terhadap proses klaim? (SOP, pelatihan coding, tim, dll?)
  - c. Pertanyaan tentang Dokumen klaim
    - 1) Apakah Bapak / Ibu pernah mengetahui tentang adanya dokumen klaim yang hilang?

- 2) Apa saja penyebab dokumen klaim yang hilang tersebut?
3. Penutup
    - a. Menanyakan apakah masih ada yang ingin disampaikan terkait dengan pelaksanaan klaim
    - b. Mohon kesediaan untuk wawancara kembali apabila masih ada kekurangan informasi
    - c. Mengucapkan terima kasih.

**PANDUAN WAWANCARA**  
**UNTUK PETUGAS PETUGAS PENDAFTARAN**

(waktu antara 30 – 45 menit)

1. Pembukaan
  - a. Memperkenalkan diri
  - b. Menjelaskan tentang tujuan penelitian dan perkiraan lama wawancara
  - c. Menyampaikan bahwa semua jawaban adalah betul, tidak ada yang salah, semua pendapat yang baik itu pendapat positif maupun negatif dapat diutarakan dan dapat diterima
  - d. Menegaskan akan menjaga kerahasiaan
  - e. Meminta ijin untuk merekam proses wawancara
2. Panduan pertanyaan
  - a. Pertanyaan tentang pelaksanaan program JKN di RS
    - 1) Menurut bapak / Ibu bagaimana pelaksanaan program JKN di RS saat ini?
    - 2) Bagaimana alur pelayanan pasien BPJS?
    - 3) Bagaimana alur berkas pada pasien BPJS?
    - 4) Apa saja persyaratan yang harus dipenuhi oleh pasien untuk mendapatkan pelayanan BPJS di RS?
  - b. Pertanyaan tentang proses klaim
    - 1) Bagaimana menurut Bapak / Ibu tentang proses klaim saat ini?
    - 2) Menurut Bapak / Ibu apa menjadi kendala dalam proses klaim?
    - 3) Apa saja penyebab klaim pending?
    - 4) Bagaimana dukungan RS terhadap proses klaim? (SOP, pelatihan coding, tim, dll?)
  - c. Pertanyaan tentang Dokumen klaim
    - 1) Apakah Bapak / Ibu pernah mengetahui tentang adanya dokumen klaim yang hilang?

2) Apa saja penyebab dokumen klaim yang hilang tersebut?

3. Penutup

- a. Menanyakan apakah masih ada yang ingin disampaikan terkait dengan pelaksanaan klaim
- b. Mohon kesediaan untuk wawancara kembali apabila masih ada kekurangan informasi
- c. Mengucapkan terima kasih.

**PANDUAN WAWANCARA  
UNTUK MANAGER KEUANGAN**

(waktu antara 30 – 45 menit)

1. Pembukaan

- a. Memperkenalkan diri
- b. Menjelaskan tentang tujuan penelitian dan perkiraan lama wawancara
- c. Menyampaikan bahwa semua jawaban adalah betul, tidak ada yang salah, semua pendapat yang baik itu pendapat positif maupun negatif dapat diutarakan dan dapat diterima
- d. Menegaskan akan menjaga kerahasiaan
- e. Meminta ijin untuk merekam proses wawancara

2. Panduan pertanyaan

- a. Pertanyaan tentang pelaksanaan program JKN di RS
  - 1) Menurut bapak / Ibu bagaimana pelaksanaan program JKN di RS saat ini?
  - 2) Bagaimana alur pelayanan pasien BPJS?
  - 3) Bagaimana alur berkas pada pasien BPJS?
  - 4) Apa saja persyaratan yang harus dipenuhi oleh pasien untuk mendapatkan pelayanan BPJS di RS?
- b. Pertanyaan tentang proses klaim
  - 1) Bagaimana menurut Bapak / Ibu tentang proses klaim saat ini?
  - 2) Menurut Bapak / Ibu apa menjadi kendala dalam proses klaim?
  - 3) Apa saja penyebab klaim pending?
  - 4) Bagaimana dukungan RS terhadap proses klaim? (SOP, pelatihan coding, tim, dll?)

c. Pertanyaan tentang Dokumen klaim

1) Apakah Bapak / Ibu pernah mengetahui tentang adanya dokumen klaim yang hilang?

2) Apa saja penyebab dokumen klaim yang hilang tersebut?

3. Penutup

a. Menanyakan apakah masih ada yang ingin disampaikan terkait dengan pelaksanaan klaim

b. Mohon kesediaan untuk wawancara kembali apabila masih ada kekurangan informasi

c. Mengucapkan terima kasih.

## **HASIL WAWANCARA**

### **RESPONDEN 1 – KETUA TIM JKN**

- 1. Peneliti** : menurut ibu bagaimana pelaksanaan JKN di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada saat ini?
- 2. Responden 1** : tentang pelayanan sih kadang masih ada kendala misal kayak tentang klaim yang masih tertunda adalah pembayaran obat, untuk pelayanan pasien masih banyak kendala tentang rujukan yang selama ini masih banyak perbedaan pendapat antar PPK 1 dengan PPK 2, sehingga menjadikan pasien itu terkesan tidak bisa dilayani di PPK 2.
- 3. Peneliti** : tapi pada dasarnya pelaksanaan programnya sudah berjalan dengan baik atau bagaimana ?
- 4. Responden 1** : kendala mungkin masih ada untuk rujukan dari PPK1.
- 5. Peneliti** : Bagaimana alur pelayanan di PKU?
- 6. Responden 1** : kalau alur sama seperti dulu ya, pasien dari pendaftaran mengumpulkan berkas lalu cetak SEP dan menuju ke poli yang dituju. Nanti setelah dari poli ke farmasi dan penetapan biaya. Itu kalau dari poli. Kalau dari IGD ya pasien langsung ke IGD baru setelah itu mendaftar di pendaftaran. Emergency atau enggak tergantung diagnosa dari dokternya. Kalau emergency ya nanti ada surat keterangan emergency dan alurnya mirip yang tadi.
- 7. Peneliti** : kalau alur berkasnya bagaimana Bu?
- 8. Responden 1** : kalau berkas ya mengikuti pasien kayak tadi. Berkasnya dikumpulkan ke penetapan biaya. Beda kalau ranap, berkasnya sampai di rawat inap. Kalau pasien pulang, berkasnya mengikuti rekam medis.

- 9. Peneliti** : untuk persyaratan supaya bisa memakai BPJS di PKU bagaimana Bu?
- 10. Responden 1** : ada fotokopi KTP, kartu BPJS, KK bagi PBI, dan yang jelas ada rujukan dari PPK1 bagi yang ke poli. Kalau ke IGD ya itu tadi ada surat keterangan emergency dari dokter jaganya.
- 11. Peneliti** :Lalu kemudian untuk yang proses klaim tadi bu, klaim selama ini lancar tidak bu?
- 12. Responden 1** : Klaim masih banyak revisi ketika kita ajukan klaim dan ada beberapa yang memang ditidaklayakan oleh BPJS yang mungkin menurut kita itu sebenarnya layak, dan itu perlu negosiasi tapi walaupun sudah negosiasi tetapi masih ada yang di drop oleh BPJS. Pencairan klaim sementara ini masih lancar, namun mundur dari waktu yang telah di janjikan.
- 13. Peneliti** : Contoh revisi yang terjadi seperti apa bu?
- 14. Responden 1** : Revisi itu diagnosa yang di tuliskan oleh dpjp itu tidak dilengkapi dengan penunjang yang sesuai diminta oleh bpjs. Jadi ketika penegakan diagnosa itu lebih ke klinis, itu biasanya BPJS merevisi untuk melengkapi dengan penunjang yang bukan hanya klinis misalnya laboratorium ataupun hasil hasil rontgen dan lain lain yang ketika dokter itu menganggap itu tidak perlu dilakukan pemeriksaan penunjang cukup dengan klinis itu selalu menjadi revisi.
- 15. Peneliti** : Selain dari faktor yang klinis DPJP, apakah ada faktor lain yang menyebabkan revisi?

- 16. Responden 1** : Terapi, terapi disini yang mungkin tidak sesuai dengan diagnosa, misalnya anemi tanpa transfusi, itu dianggap oleh bpjs tidak bisa di coding menjadi anemi karena tidak ada terapi untuk anemi, padahal kan dpjp itu menganggap terapi dari anemi kan tidak berarti harus tranfusi.
- 17. Peneliti** : ada yang lain lagi bu?
- 18. Responden 1** : oh iyaa itu tulisan dokter yang tidak terbaca, terus ketidaksesusian coding diagnosa yang kita ajukan dengan coding dari verifikator contohnya itu lho fisioterapi yang gak sesuai coding yang BPJS. Sama satu lagi, verifikator sering banget nanya indikasi ranap yang lewat IGD, sering nanyain tentang emergency atau enggak. sama tindakan odontektomi kita kan ranap tapi sama verifikator diminta klaim ralan.
- 19. Peneliti** : Bu, bagaimana dengan kasus yang dicurigai readmisi? apakah di pending juga?
- 20. Responden 1** : iya itu juga, kasus-kasus yang pasiennya sudah boleh pulang tapi selang berapa hari datang lagi ke IGD dengan kasus yang sama trus dimondokkan dari IGD. Lah gimana lagi, kondisi pasien yang memang drop harus mondok lagi. Kayak geriatri, anoreksia. Yang kayak gitu memang resiko revisi. Tapi kita sebisa mungkin mengurangi itu. Itu sebenarnya bukan readmisi ya, dari DPJP sudah boleh pulang tapi sering BPJS nanya.
- 21. Peneliti** : apakah ada kendala dalam proses administrasi yang menjadi penyebab terjadinya revisi ?

- 22. Responden 1** : Kalau ini mungkin karena aplikasi yang dari BPJS kadang ada eror kita harus manual, nah itu harus kita entry ulang sehingga membutuhkan waktu ekstra. Kadang ada juga ketidaklengkapan syarat klaim kayak billing, sep, fotokopi kartu BPJS, grouping.
- 23. Peneliti** : kalau disini ada kendala mboten bu untuk penagihan klaim COB?
- 24. Responden 1** : kalau untuk pasien dengan jaminan jasa rahaarja itu kadang jadi pending juga.
- 25. Peneliti** : Untuk proses klaim yang ada di rumah sakit, apakah selama ini sudah ada SOP nya dan sudah berjalan sesuai SOP ?
- 26. Responden 1** : Panduan ada, SOP juga ada, selama ini yang belum berjalan optimal adalah ketika tarikan dari BPJS itu kan harusnya di awal bulan dan di klaimnya 15 hari setelah tarikan itu belum berjalan, kalau dari intern rumah sakit sendiri sebenarnya sudah real time, sesuai dengan SOP yang ada sudah berjalan. Namun terkendala karena ada beberapa yang resume kosong mungkin itu yang membuat kendala untuk SOP berjalan dengan optimal.
- 27. Peneliti** : Strategi untuk menurunkan klaim pending atau klaim revisinya apa?
- 28. Responden 1** : Kelengkapan berkas tadi, Kelengkapan dari resume, dari penunjang yang harus ada, dan terapi yang sesuai, sehingga tidak menimbulkan revisi yang selanjutnya itu yang mungkin seringnya itu kan berkas untuk periksa lagi, sehingga kita tidak bisa langsung verifikasi itu yang membuat hambatan yang syarat syarat dari pasien sudah

lengkap yang lebih ke intern yang jelas dpjp itu harus benar benar ketika membuat resume itu lengkap karena selama ini yang ada kan walaupun resume itu terisi tapi kan kadang tidak lengkap seperti yang diinginkan oleh BPJS.

- 29. Peneliti** : nah dari semua itu kalau menurut ibu yang dimaksud klaim pending itu apa ?
- 30. Responden 1** : yang dimaksud klaim pending adalah semua klaim yang sudah kita ajukan ke bpjs dan setelah di verif oleh verifikator ada yang perlu di konfirmasi ke kita dan menyebabkan klaim yang kita ajukan tertunda.
- 31. Peneliti** : ibu pernah tahu ada dokumen klaim yang hilang?
- 32. Responden 1** :iya, itu kan karena ada pasien yang gak dikasih obat sama dokter trus berkasnya langsung dibawa pulang gak dikumpulkan ke penetapan biaya

**HASIL WAWANCARA**  
**RESPONDEN 2– DPJP / KETUA KOMITE MEDIK**

- 1. Peneliti** : Dokter, bagaimana pelaksanaan JKN di PKU Jogja selama ini?
- 2. Responden** : Sejak pertama kali JKN semakin membaik walaupun masih ada permasalahan permasalahan yang muncul karena program program JKN itu sering berubah ubah sesuai dengan kebijakan dari pusat. Itu yang kadang kadang buat DPJP menjadi permasalahan tersendiri, saya kira itu.
- 3. Peneliti** : Permasalahannya seperti apa Dok?
- 4. Responden** : Misalkan dalam penentuan cover pada suatu penyakit tertentu yang dulu di cover tiba tiba tidak di cover kembali, atau dulu masuk rawat inap sekarang harus rawat jalan, contohnya misalkan ganglion yang sering kami kerjakan, dulu ganglion itu dimasukan di dalam suatu tindakan di rawat inap karena memang level ganglion seringkali dijumpai pasiennya intra artikuler yang itu sangat sulit untuk dikerjakan secara lokal, tetapi dengan aturan baru tidak boleh, hanya yang residif dan poplitea ini yang menjadi masalah tersendiri, karena jenis ganglion tertentu justru lebih sulit dikerjakan kadang lokal daripada GA, itu contoh, yang lain masih banyak.
- 5. Peneliti** : Dok untuk pelayanan pasien bpjs dirawat inap itukan biasanya dokter juga mengisi resume medis, sebenarnya bukan hanya untuk pasien bpjs saja, nah apakah dokter mengetahui kalau pengisian resume medis itu juga salah satu persyaratan untuk klaim?

- 6. Responden** : Yaitu yang buat kami DPJP menjadi tahu karena setelah kejadian beberapa saat, bahwa resume itu merupakan syarat untuk klaim dan itu sebelumnya kami tidak tahu pada asuransi asuransi non bpjs tidak pernah ada mensyaratkan seperti itu, banyak sekali asuransi yang non bpjs saya hanya mengisi form yang diterbitkan oleh asuransi itu dan dan itu sudah selesai dengan klaimnya, sementara yang bpjs sampai ke resume yang ada di rekam medis pun harus diselesaikan dan itu memang rumit jadinya.
- 7. Peneliti** : Bagaimana menurut pendapat dokter tentang beberapa resume medis yang kosong atau tidak terisi lengkap, dari hasil pengamatan kami di bagian rekam medis memang ada beberapa yang masih belum terisi secara lengkap.
- 8. Responden** : Menurut saya kalau itu merupakan syarat untuk klaim ya memang DPJP punya kewajiban untuk menyelesaikan kewajiban tersebut berkaitan dengan BPJS, Yaitu suatu konsekuensi saya kira.
- 9. Peneliti** : Kalau selama ini tentang resume medis, menurut dokter mungkin ada penyebabnya?
- 10. Responden** : Ya yang kosong itu, pengalaman saya itu banyak, karena 1 pasien meninggal dunia, yang kedua pasien pasien yang APS yang belum sempat saya visite, belum sempat ketemu saya tapi dia sudah minta keluar atau minta pulang dan sebagainya, sehingga itu pasti akan menumpuk, kemudian pasien pasien yang dokternya lupa, itu manusiawi jadi saya pun juga kadang lupa , jadi perasaan sudah mengisi itu karena jumlah operasinya banyak sehingga kelupaan itu manusiawi dan tidak masalah, nanti kita lengkapi saja.

**11. Peneliti** : Oh ya..berarti itu menjadi salah satu kesulitan dalam pengisian

resume medis ya dok. karena kesibukan

**12. Responden** : Ya saya kira bukan kesengajaanya,,mungkin karenakesibukan dan banyak hal yang membuat DPJP nya tidak focus ya. Jadi lebih fokus ke pasiennyelesaikan yang mungkin tindakan instruksinya lebih di utamakan padahal lagi memikirkan ini harus cari SIP, atau mikirnya gini, wah resumenya nanti saja pas visite kan ada yang berfikir seperti itu, kalau mau di resume sekarangkan belum tahu pasien itu akan seperti apa. Iya kalau dia semuanya baik, pulang juga baik tapi kalau jelek dan meninggal nanti resumenya akan berbeda. Sehingga kadang kadang resume itu di tulis belakangan karena melihat kondisi si pasien tersebut disitulah kadang kadang digunakanlah mungkin dokternya lupa atau pasien meninggal dunia dan sebagainya tetapi itu gak ada masalah kalau nanti diingatkan kembali.

**13. Peneliti** : lalu dalam pengisian resume medis itu kan kolom di diagnose utama dan diagnose Sekunder, dari menurut dokter penentuan diagnose utama maupun sekunder itu dokter bagaimana dok, dari klinis atau dari apa dok?

**14. Responden** : Kalau diagnosis utama yang pasti menurut indikasinya adalah yang menyebabkan pasien itu dilakukan suatu tindakan operasi misalkan.Ini diagnosis utamanya peritonitis kemudian diagnosis sekundernya bisa saja mungkin saya temukan adanya adesi usus atau saya temukan suatu perforasi, atau saya temukan misalkan kista

ovarium, atau saya temukan penyebab yang lain yang itu merupakan tambahan dari suatu diagnosis, saya kira itu.

- 15. Peneliti** : Berarti nanti berdasarkan tindakanya dok?
- 16. Responden** : Ya berdasarkan tindakan yang akan dieksekusi itu adalah diagnosis utama
- 17. Peneliti** : Terus dok kalau dalam menentukan diagnosanya apakah cukup dengan klinis atau harus dengan pemeriksaan penunjang misalnya selama ini juga dari BPJS itukan ada yang mensyaratkan harus ada pemeriksaan penunjangnya.
- 18. Responden** : Ya ini sebetulkan antara kalau menurut kolegium atau standar standar yang diterbitkan oleh para kolegium mana punya itu suatu diagnosis tidak cukup dengan klinis, kecuali emergency, Emergency pun kadang membutuhkan suatu penunjang, katakanlah trauma internal bleeding orang pasti akan nambah USG iya kan minimal, karena tidak akan mungkin misalkan orang defans muscular, belum tentu defans muscular itu suatu internal bleeding karen kelainan Syaraf Neurologi juga seperti itu bisa, hingga penunjang wajib menurut saya walaupun levelnya emergency apalagi elektif, misalkan kedatangan itu tumor mammae, kita mesti lakukan USG minimal, AJH bila perlu, atau mammografi iitu juga berdasarkan indikasi, jadi tidak mungkin saya buka payudara kok tanpa pemeriksaan penunjang itu tidak mungkin, bahkan itu bisa di complain oleh pasien.
- 19. Peneliti** : lalu dokter ketika penulisan diagnose itukan ada yang tidak di terapi dokter jadi misalnya dokter menemukan penyakit tertentu tapi kemudian dituliskan di diagnose tapi tidak ada terapinya apakah dari dpjp juga seperti itu, karena

dari BPJS itukan diagnose disertai dengan terapi itu yang baru bisa di klaim.

**20. Responden** : Ya mestinya, kalau di bedahkan diagnosis utama dan terapinya di tidakan operasinya itu tapi kalau yang non bedah non surgeon misalkan sejawat penyakit dalam dan lainnya bisa jadi itu diagnosis utama dan sekundernya pun mestinya ditulis tindakan terapi di dalam kolom terapi kalau kami yang dari bedah mungkin tindakannya lebih simpel misalkan peritonitis misalkan terapinya apa?,ya laparotomy selesai, tidak mungkin misalkan peritonitis kok tidak diisi tindakan terapinya tidak mungkin karena ini berarti ada sesuatu yang salah. Pasti ada tindakan apapun itu kalau bedah misalkan diagnosis utama selalu disertai dengan terapi yang diagnosis sekundernya yang kadang kadang sering kali tidak dicantumkan tetapi mungkin itu sudah include di dalam diagnosis utama, hanya kita temukan saja bahwa ada diagnosis lain gitu. Tapi mungkin biasa diterapi tindakan bedahnya itu sudah menyelesaikan diagnosis sekundernya. Karna di bedah tidak ada klaim 2 di bayar semua, BPJS tidak mau dia, curang BPJS itu

**21. Peneliti** : ya dokter, ini yang terakhir dokter tadi bahwa resume medis itukan sebagai syarat untuk klaim, nah menurut dokter ini kan di pku ada beberapa klaim pending itu salah satunya karena tidak terisi lengkapnya resume medis kemudian ada diagnose yang tidakada pemeriksaan penunjang, nah menurut dokter, Kira kira strategi seperti apa sehingga klaim pendingnya itu jumlahnya menurun sehingga kita klaimnya juga lancar.

- 22. Responden** : Ya banyak factor ya saya kira yang saya sebutkan tadi kerana memang kaitannya itu didalam resume dan itu perlu suatu system mekanisme yang sinaergi antara dpjp kemudian pengumpul data kemudian verifikator dan BPJS. Ini harus sinkron, kalau gak sinkron salah satunya pasti locking, kalau sudah locking jadinya pending pasti. Jadi bisa jadi petugasnya yang memverifikasi waktunya juga jangan mepet dengan time table yang di tentukan oleh BPJS. Kalau BPJSnya misalkan 1 bulan beres, maka tim verifikator harus 1 bulan betul betul beres, kalau tidak nanti pending kemungkinan karena BPJS sudah aturannya seperti itu
- 23. Peneliti** : Ya, mungkin itu yang terakhir dokter, mungkin dokter ada yang ingin disampaikan terkait dengan pelaksanaan klaim atau pelaksanaan BPJS yang ada sekarang dokter?
- 24. Responden** : Ya.. BPJS yang suka berubah rubah itu aja yang membingungkan.

## HASIL WAWANCARA

### RESPONDEN 3 – PETUGAS CODING

- 1. Peneliti** : Kami ingin menanyakan mengenai program JKN di PKU saat ini?
- 2. Responden** : Program JKN disini sudah berjalan dengan lancar paling tidak dari pelayanannya, walaupun ada beberapa kendala yang kita temui saat pelaksanaannya dan alur klaimnya sudah lancar walaupun kendala tetap ditemui dalam pelaksanaan.
- 3. Peneliti** : Menurut Bapak, kendala itu pada alur berkas atau alur rawat inap, mungkin Bapak bisa jelaskan terlebih dahulu mengenai alur pelayanan pasien rawat jalan dan rawat inap dan alur berkas pasien rawat inap?
- 4. Responden** : Untuk alur rawat inap pintu pasien ada 2 di poliklinik maupun IGD, kemudian ada persyaratan yang harus diberikan pada saat pelayanan administrasi seperti rujukan itu untuk pasien poliklinik atau form emergency yang harus didapatkan di IGD untuk pasien gawat darurat, kemudian kelengkapan yang lain fotokopi kartu BPJS, fotokopi KK, fotokopi KTP dan lainnya harus disertakan. Setelah persyaratan di penuhi kembali ke petugas pendaftaran untuk di cetakan SEP kemudian dari pendaftaran disertakan formulir verifikasi JKN yang akan digunakan menulis dokter diagnosis dan tindakan yang dilakukan selama perawatan, kemudian berkas akan diantarkan ke bangsal yang rawat inap dan pasien akan mendapatkan pelayanan di bangsal tersebut dan setelah pasien dinyatakan pulang nanti

akan menghubungi bagian penetapan biaya untuk melakukan proses verifikasi terkait billing dan lain lain dari pasien tersebut setelah selesai apabila ada obat yang harus diambil nanti akan ke bagian farmasi dan apabila telah selesai pasien boleh dikatakan pulang untuk rawat inap. Rawat jalan prinsipnya hampir sama pasien akan melengkapi persyaratan administrasi terkait tadi seperti fotokop kartu BPJS, fotokopi KK, fotokopi KTP dan lainnya. Kemudian form emergency yang masuk lewat IGD rujukan untuk yang masuk lewat poliklinik kemudian setelah mendapat pelayan di poliklinik maupun IGD kemudian ke bagian penetapan biaya dan apabila ada yang membutuhkan obat ke farmasi pasien dinyatakan boleh pulang dan pelayanan selesai sampai di situ

**5. Peneliti** : Untuk alur berkasnya?

**6. Responden** : Untuk berkasnya di awali dari admisi, pendaftaran yang rawat inap dari admisi rawat inap akan dicetakan SEP seperti yang telah dijelaskan kemudian berkas ke bagian bangsal, setelah dari bangsal perawatan berkas akan diambil petugas rekam medis kemudian di lakukan kegiatan koding, setelah dikoding berkas itu akan di lakukan proses koding, grouping, dan INA CBG;s kemudian pelaporan dan lain lain terkait dengan pengolahannya setelah itu di setorkan ke verifikator, untuk rawat jalan sama saja bedanya tidak melalui bangsal rawat inap tapi melalui poliklinik, berkas dari poliklinik diserahkan ke bagian penetapan biaya, setelah dilakukan penetapan biaya dikembalikan ke bagian

rekam medis untuk di lakukan coding, grouping dan dibuat laporan untuk disetorkan ke verifikator BPJS.

- 7. Peneliti** :Apakah bisa diperinci persyaratan untuk mendapatkan pelayanan rumah sakit ?
- 8. Responden** : Untuk persyaratannya jika masuk IGD membutuhkan form emergency kemudian yang harus ada itu surat rujukan asli, kemudian fotokopi KTP, fotokopi BPJS, fotokopi KK jika diperlukan dan fotokopi KTP orang tua untuk pasien anak-anak.
- 9. Peneliti** : Itu untuk pasien rawat jalan poliklinik maupun IGD ya, kaitannya tadi dengan alur berkas sampai ke rekam medis sampai di koding, kemudian ada proses klaim untuk saat ini menurut Bapak proses klaim sudah lancar atau bagaimana?
- 10. Responden** : Dalam proses klaim ditemui banyak hambatan, tidak sepenuhnya lancar dikatakan lancar tidak tidak lancar juga tidak, lancar tetapi ditemui beberapa hambatan selama proses pengajuan klaim itu terkait dari berbagai aspek dari kendala-kendala tersebut dari internal maupun dari eksternal.
- 11. Peneliti** : Kendala dari internal itu apa juga dari eksternal itu apa?
- 12. Responden** : Permasalahan dari eksternal karena verifikator BPJS itu dari eksternal pemahaman dan persepsi, misal dari regulasi atau aturan koding maupun persepsi tentang hal lain berbeda-beda itu jadi kendala karena kita harus selalu berkoordinasi jika terdapat perbedaan pendapat, jika nanti terdapat perbedaan akan ada revisi seperti claim revisi, claim pending, dan lain-lain itu dari segi eksternal, dari segi internal terkait dengan klaim karena klaim membutuhkan

resume medis yang lengkap dan ternyata resume medis belum terisi dengan lengkap itu akan menjadi kendala atau dalam berkas administrasi itu terdapat kekurangan persyaratan missal rujukan tidak ada form emergency tidak ada atau dari penunjang missal dari system penunjang tidak ada kemudian di rekam medis tidak dapat ditunjukkan penunjang itu apa dan rekam medis belum memuat informasi lengkap untuk menunjang proses klaim tersebut.

**13. Peneliti** : Kalau untuk administrasinya sendiri misalnya dari SEP atau dari persyaratan tadi ada yang menjadi kendala dalam proses klaim ?

**14. Responden** : Kendala misalnya form emergency terlewat belum dilampirkan atau beberapa kasus yang membutuhkan seperti surat kronologi belum dilampirkan atau kasus rawat jalan yang harusnya bisa menggunakan jasa rahrja ternyata malah menggunakan bpjs jadi itu menjadikan kendala dibelakang atau bisa juga masalah SEP yang error jika SEP error belum bisa kecetak nanti akan menjadi kendala di belakang istilahnya DTA atau data tidak ada dalam proses verifikasi klaim

**15. Peneliti** : Jadi kalau dari alur klaim itu dari sini kemudian ada proses verifikasi mungkin bisa dijelaskan

**16. Responden** : Setelah dari koding, sebelum di koding kita lakukan verifikasi dulu terkait verifikasi administrasinya, verifikasi terkait dengan klinisnya misalnya diagnosis A harusnya ada penunjang apa kemudian diagnosis harus ada terapinya apa kemudian kita verifikasi lagi terkait dengan kodingnya kita juga lakukan koding di situ dan kita cek apakah koding kita

sudah sesuai atau belum dengan yang bisa di ajukan ke verifikator bpjs telah dikoding kita input kemudian semua berkas itu kita scan kedalam folder pertanggal setelah kita scan nanti kita akan melakukan purifikasi, purifikasi ini terkait dengan kecocokan data antara INA CBG's dengan software SEP, ketika terdapat human error atau salah entry akan terdetek dalam purifikasi itu misalnya terkait dengan salah ketik nomer SEP atau salah ketik kartu atau tanggal SEPnya yang membuat dari admisi itu salah atau mungkin kelas yang dimasukkan salah itu akan gagal dalam purifikasi atau rawat inap malah dibuatkan rawat jalan itu juga akan membuat gagal dalam proses purifikasi, setelah purifikasi nanti kita buat suatu laporan setelah laporan itu sudah fix atau jumlahnya cocok dengan bentuk fisiknya dalam hal ini adalah pdfnya itu kita akan buat laporan yang ditujukan ke verifikator BPJS.

**17. Peneliti** : Menurut Bapak dukungan dari rumah sakit dalam proses klaim ini apakah adanya SOP atau pelatihan koding untuk memperlancar

**18. Responden** : dukungan rumah sakit untuk menunjang klaim ini misalnya sudah dibentuknya tim yang memuat bagian-bagian yang terlibat dalam proses klaim misalnya bagian keuangan, farmasi, rekam medis itu sudah dibuatkan dan jika terdapat permasalahan akan dibahas dalam tim tersebut itu dukungan pertama, ada juga pelatihan yang sudah dilakukan beberapa kali update ilmu terkait dengan pelatihan koding atau seminar-seminar itu juga beberapa

personil yang terkait dengan klaim itu juga diikutkan untuk menambah wawasan terkait dengan proses klaim tersebut.

**19. Peneliti** : Berarti dukungan dari rumah sakit sudah cukup ya, untuk SOP proses klaim?

**20. Responden** : SOP sudah ada tapi tidak secara spesifik misalnya SOP yang ada saat ini cuma terkait dengan alur coding didalam berkas rekam medis untuk pasien bpjs, untuk SOP mendetail tentang bagaimana proses klaimnya sampai dalam proses verifikasinya seperti apa itu masih belum tertuang dalam SOP sendiri.

**21. Peneliti** : Menurut mas responden strategi apa yang harus dilakukan rumah sakit untuk menurunkan jumlah klaim pendingnya.

**22. Responden** : Strateginya memperkuat dari tiap lini atau unit terkait dengan bpjs sendiri, misalnya setiap unit itu diperkuat dalam hal manajemennya misalnya untuk pengisian resume medis mungkin perawat bangsal itu memperkuat dengan selalu mengingatkan dokter untuk mengisi resume medis secara lengkap atau mungkin juga mengontrol diagnosa-diagnosa itu harus ada terapinya dan lain-lain untuk segi perawat dan dari segi keuangan misalnya dalam proses ini kan ada proses namanya generide INA CBG's itu untuk mengintegrasikan antara software my hospital rumah sakit atau SIMRS dengan SEP serta INA CBG's nah jika dari keuangan itu mampu untuk memaksimalkan ketelitian kemudian kinerjanya dalam proses generade itu tentu tarif rumah sakit itu akan lebih akurat dan optimal juga dalam yang sudah dimasukan dalam INA CBG's itu juga misalnya dari rekam medis itu juga sangat berperan penting ketika

dalam proses koding, ketika koding itu lebih akurat dan teliti tentu juga akan menghasilkan klaim yang lebih maksimal lagi jadi intinya tiap unit itu harus berperan penting dan kepeduliannya itu harus ditingkatkan dalam hal klaim BPJS.

- 23. Peneliti** : Kalau dari segi performa perlu ada peningkatan dari lini terdepan
- 24. Responden** : Misal dari admisi itu juga misalnya tingkat identifikasi dari pasien itu juga dipertingkat lagi itu kan tidak ada namanya DTA atau gagal dalam proses purifikasi.
- 25. Peneliti** : Kalau untuk personal berarti ada pelatihan-pelatihan, penyebab DTA salah entry apakah ada kaitannya dengan latar belakang pendidikan dari personalnya.
- 26. Responden** : Bisa jadi karena yang mempengaruhi disini kan satu bisa latar belakang pendidikan atau yang kedua dari pengalaman, latar belakang pendidikan kan merupakan modal awal dari kita untuk dapat menukangi pekerjaan tertentu dan misalnya pendidikan yang dulunya tidak selini dengan apa yang seharusnya yang kita lakukan dalam pekerjaan tentu akan ada imbasnya kemudian juga pengalaman jika pengalaman itu belum lama itu juga akan mempengaruhi dalam hal tersebut seperti DTA dan lain-lain.
- 27. Peneliti** : dari contoh-contoh yang tadi, menurut mas responden klaim pending itu apa?
- 28. Responden** : penundaan pembayaran klaim karena terdapat hal yang harus dikonfirmasi oleh pihak BJS kepada pihak RS, untuk klaim pending verifikasi BPJS akan melampirkan lembar

konfirmasi yang harus dijawab oleh pihak RS guna timbul kesepakatan bersama dan klaim dapat berstatus layak.

- 29. Peneliti** : jadi kesimpulannya yang menyebabkan klaim pending itu apa saja ?
- 30. Responden** : itu indikasi rawat inap, penegakkan diagnosa bagaimana, tatalaksana diagnosa seperti apa, terapi diagnosa sekunder yang berbeda dengan diagnosa utama, pending terkait kode diagnosa dan tindakan, lampiran-lampiran CPPT, observasi IGD kadang juga diminta
- 31. Peneliti** : Mas reponden pernah tahu tentang adanya dokumen klaim yang hilang? Itu kira-kira apa penyebabnya?
- 32. Responden** : kita belum ada cocok-cocokan dengan pendaftaran sama penetapan biaya.
- 33. Peneliti** : Kira-kira mungkin seperti itu, mungkin ada yang mau disampaikan berkaitan dengan pelaksanaan klaim BPJS di PKU.
- 34. Responden** : Sudah semua tadi.

## **HASIL WAWANCARA**

### **RESPONDEN 4 – KEUANGAN**

- 1. Peneliti** : Berkaitan dengan pelaksanaan JKN di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, menurut ibu bagaimana pelaksanaan JKN untuk saat ini?
- 2. Responden** : Ya Baik terimakasih, kalau untuk secara keseluruhan pelaksanaan program JKN di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Alhamdulillah lancar, ya memang ada beberapa aturan yang berbeda dari yang kemarin tapi itu memang aturan yang berlaku untuk semua secara nasional, ya mau gak mau rumah sakit mengikuti dengan beberapa kebijakan yang nanti disesuaikan dengan rumah sakit, kalau secara keseluruhan InsyaAllah pelaksanaannya lancar. Kalau di lihat dari pelaksanaannya ya dalam arti bahwa alurnya, kemudian kebijakannya, kemudian pelaksanaannya di lapangan insyaAllah Lancar. Tetapi belum di lihat dampak dari kebijakan BPJS terhadap rumah sakit.
- 3. Peneliti** : Jadi selama ini lancar ya. Kalau menurut ibu, untuk alur pelayanan yang di ketahui seperti apa? Ada alur pelayanan ada alur berkas yang kaitanya dengan klaim, mungkin kalau tentang alur pelayanannya?
- 4. Responden** : Maksudnya ini dari pendaftaran ya?
- 5. Peneliti** : iya bu
- 6. Responden** : ya mungkin seperti di rumah sakit yang lain soal alur pelayanannya pendaftaran sudah bisa lewat online bisa juga lewat manual, kalau yang online tentunya kami sudah

mensosialisasikan melalui pamflet maupun brosur brosur yang sudah di bagikan lama, Insya Allah tidak ada masalah, walaupun timbul permasalahan itu akan di jadikan bahan evaluasi untuk perbaikan kedepan. Untuk yang pendaftaran manual pasien masih seperti biasa masuk kemudian menunjukkan persyaratan. Untuk yang rawat jalan seperti biasa rujukan sesuai dengan aturan, kemudian pembuatan penjaminan di awal pemeriksaan, demikian juga dengan rawat inap Insya Allah sudah tersosialisasi dengan baik. Untuk yang alur berkas, nah ini alur berkas ini untuk sementara masih mengikuti pasien ya. Di rumah sakit pku, mungkin ada beberapa di rumah sakit lain yang sudah menerapkan alur berkas sendiri dan alur pelayanan sendiri tapi yang di pku jogja ini masih mengikuti pasien, jadi pasien memang dari awal datang mendaftar kemudian membuat jaminan berkas layanan, kemudian berkas masih mengikuti pasien sampai dengan mau pulang, nanti di kumpulkan di bagian akhir administrasi rawat jalan di bagian penetapan biaya, demikian juga dengan yang rawat inap.

**7. Peneliti** : kalau persyaratan yang harus di penuhi pasien untuk mendapatkan pelayanan ?

**8. Responden** : Kalau persyaratannya kami mengikuti aturan dari BPJS ya, mewajibkan ada ktp oke kami memakai ktp, kemudian harus menunjukan kartu bpjs asli kami juga ikut. ya kami ikuti saja sesuai dengan aturan dari BPJS.

**9. Peneliti** : Terus untuk kaitannya pelayanan itu berakhir di penetapan biaya kemudian nanti rumah sakit akan

mengajukan klaim ke bpjs terkait dengan pelayanannya, nah kalau menurut Ibu proses pelayanan klaim saat ini apakah lancar atau bagaimana? Atau ada kendala?

**10. Responden** : Kalau untuk yang dulu yang program ini kami juga untuk layanan proses klaimnya karena diawali dengan datangnya berkas ke bagian penetapan biaya kalau dulu proses itu dilakukan secara real time tapi terkendala dari pihak internal rumah sakit terkait dengan sumber daya manusianya kami masih belum mencukupi dan dalam proses pemenuhannya.

**11. Peneliti** : Berarti ada beberapa kendala, yang pertama pemenuhan sumber daya manusia yang belum memenuhi, yang kedua untuk proses rawat inapnya yang berkaitan dengan berkas ya. Mungkin Ibu tahu yang proses di rawat inap kendalanya berkasnya

**12. Responden** : Mungkin kalau dari segi berkas SEP nya sudah lengkap dari awal, mungkin dari segi kelengkapan klaimnya ya. Mungkin dari hasil hasil penunjang dan ada beberapa yang memang tidak bisa di penuhi saat itu seperti cek PA, yang itu harus menunggu 1 – 2 minggu, kemudian mungkin ada beberapa pasien yang dipulangkan menggunakan konsultasi telepon maka kami harus menunggu kelengkapan resume medisnya tidak pada hari itu, Cuma untuk yang sudah lengkap pada hari itu langsung bisa kita coding.

**13. Peneliti** : Kaitannya dengan proses klaim tadi mungkin perlu penjelasan lagi bu, untuk yang dari rumah sakit ke bpjs tadi kan ada alurnya.

**14. Responden** : kalau untuk yang sekarang ini proses berkas dari penetapan biaya, nah di rekam medis dilakukan coding, kemudian jika coding sudah selesai baik rawat inap maupun rawat jalan nanti hasilnya di sampaikan ke keuangan lagi, jadi untuk yang mulai sekarang ada proses proses yang data itu harus sama antara yang di keuangan , di rekam medis dan di bagian bpjs. Sebelum FPK itu di tanda tangani kami melakukan cross cek dulu seperti kemarin yang kami awali itu data kami cocokan dari data kuangan , rekam medis, dan dari bpjs itu sendiri, jadi setelah itu clear, kemaren sempat terjadi ada beberapa selisih yang selanjutnya kami cari, ternyata selisih ada pada pembayaran jasa raharja, karena jasa raharja sendiri, kemudian ada alat kesehatan yang diklaim diluar yang masuk ke klaim, setelah semua clear, dari keuangan merekomendasikan dengan pembuatan kwitansi untuk di sampaikan ke direksi untuk di tanda tangani,

Kemarin pak Direktur Utama itu ternyata juga menanyakan karena di dalam FPK itu ada jumlah klaim rawat inap dan rawat jalan, kemudian yang di pending kok nominalnya besar gitu. Dan menanyakan jumlahnya kok sekian dan perinciannya apa saja,

**15. Peneliti** : Kalau untuk proses klaim seperti itu, dalam proses klaim apakah ada kebijakan SOP atau apa yang untuk mendukung proses klaim yang ada di pku?

**16. Responden** : Kalau untuk SOP mungkin kita masih menggunakan SOP yang lama, kalau untuk prosesnya mungkin baru saja berganti karna sekarang menggunakan system yang baru.

- 17. Peneliti** : Kalau SOP penagihan?
- 18. Responden** : Ini SOP penagihan masih menggunakan SOP pengaihan yang lama.
- 19. Peneliti** : kalau untuk khusus BPJS, bagaimana penagihannya bu?
- 20. Responden** : Tidak. Belum ada sih kalau yang khusus semuanya masih disamakan dengan yang lainnya
- 21. Peneliti** : Menurut ibu, untuk menurunkan klaim pending itu mungkin rumah sakit menerapkan strategi apa?
- 22. Responden** : Oh iya, Jadi pending itu bisa di tentukan beberapa macam ya. Kalau dari segi berkas, karena mungkin berkas itu dibawa pulang, padahal harusnya berkas itu real time jadi begitu pasien pulang berkas mengikuti pasien nggeh seperti alur yang tadi, tapi ternyata ada yang dibawa pulang dengan berbagai macam alasan kemudian baru dikembalikan lagi seminggu atau beberapa hari kemudian ke bagian penetapan biaya, itu juga merupakan masalah tersendiri. Dan itu sudah di antisipasi dengan melakukan edukasi ke pasien melalui unit unit layanan yang terakhir bahwa berkas itu harus dikembalikan lagi ke rumah sakit itu kalau dari sisi berkasnya. Cuma kalau dari sisi di bagian coding mungkin itu, kelengkapan berkas, dan harus melakukan koordinasi dengan unit unit penunjang, bangsal dan unit unit terkait, tentang standar dari berkas yang harusnya masuk ke rekam medis itu mungkin yang harus diperbaiki dan di tekankan bahwa kalau harus sudah lengkap baru bisa di proses, mungkin itu saja.
- 23. Peneliti** : Satu lagi Ibu, untuk permasalahan dokumen klaim yang hilang bagaimana?

- 24. Responden** : oo..ya..ya... itu ada tapi tidak banyak, satu dua saja lah. Yaitu tadi, ada pasien yang bawa pulang berkas. Ada yang mengembalikan ke kita, ada yang bablas tapi tidak banyak kok.
- 25. Peneliti** : apakah ada kelalaian dari pihak kita dalam penyimpanan berkas?
- 26. Responden** : saya rasa tidak ada ya, walaupun ada yang keslip kita usahakan cari sama-sama.

## HASIL WAWANCARA

### RESPONDEN 5 – VERIFIKATOR INTERNAL

- 1. Peneliti** : Bagaimana pelaksanaan program JKN di PKU Muhammadiyah Yogyakarta?
- 2. Responden** : Sekarang bpjs menjadi dominasi, jadi asuransi pada tahun 2019 menjadi universal of coverage otomatis hampir 80% pastinya adalah pasien BPJS jadi kita sangat tergantung dari bpjs itu terbayar atau tidak untuk operasional kita.
- 3. Peneliti** : Pelaksanaan program JKN berjalan dengan baik atau terhambat?
- 4. Responden** : Jalan, tapi hambatan juga ada tapi kita tetep berusaha istilahnya dengan hambatan itu bagaimana caranya ada jalan untuk hambatan yang ada.
- 5. Peneliti** : Hambatan itu seperti apa?
- 6. Responden** : Yang paling utama adalah dari sananya dulu, dari bpjs sering punya program-program baru tapi tidak di sosialisasikan dengan baik tiba-tiba langsung diterapkan sehingga pasien tidak tahu RS yang kena getahnya karena yang langsung berhadapan adalah RS dengan pasien tersebut.
- 7. Peneliti** : Itu kaitannya dengan administrasi atau sudah kita layani dan sudah keluar biaya ternyata bpjs tidak mau membayar karena adanya peraturan baru itu bagaimana?
- 8. Responden** : Dua-duanya sih, jadi ada peraturan yang ternyata beberapa sekarang seperti tempat kita kerja tidak masuk BPJS itukan juga akhirnya yang tadinya apa namanya dan berlaku surut jadi maksudnya ketok palunya peraturan itu pada bulan apa

dan di awal tahun ternyata dia baru sosialisasi sekarang tapidia berlaku dari ketok palu kemarin akan merugikan RS juga

- 9. Peneliti** : apa saja persyaratan yang harus dipenuhi pasien supaya bisa mendapatkan pelayanan BPJS di RS ini ?
- 10. Responden** : kalau persyaratan dimana-mana sama ya ada fotokopi ktp, kartu bpjs sama kk buat pasien yang PBI, terus ada rujukan dari faskes 1. Kalau yang lewat IGD ya ada surat keterangan emergency. Itu aja kok.
- 11. Peneliti** : untuk alur pelayanan pasien bpjs di PKU bagaimana?
- 12. Responden** : Yang jelas tetep dua dari IGD dan Poli, ya otomatis untuk IGD kita Cuma adanya dia masuk kriteria emergency atau tidak, masuk kriteria emergency bisa pakai bpjsnya engga ya udah tidak bisa jadi harus umum atau dia punya second asuransi yang lain, terus kalau yang poli otomatis kita pakai system rujukanya jadi pasien datang kesini sudah membawa rujukan, rujukan di tunjukkan saat pendaftaran nanti sudah dapat SEP terus nanti ke poli selesai ambil obat kumpul SEP gitu kalo di pasiennya.
- 13. Peneliti** : berarti sama dengan alur berkas atau ada perbedaan alur pelayanan
- 14. Responden** : Alurnya hamper sama dengan berkas untuk sekarang, kan itu tetap mengikuti yak karena kan kita pakai yang apa Namanya mengikuti berkas yang pink kecil kita sebutnya kartu kendali itu.
- 15. Peneliti** : Kalau untuk yang rawat inap bagaimana alurnya ?
- 16. Responden** : Kalau dari rawat inap otomatis bisa dari IGD tadi yang masuk kriteria emergency atau dari poli yang dia sudah

dapat rujukan dan ternyata harus rawat inap jadi otomatis dia bisa tercover dari bpjsnya, ya nanti pasien masuk rawat inap berapa hari rawat inap nanti berkasnya kan dia pengurusan di awal nanti SEPnya keluar di awal, kalau ditempat kami maksimal tiga hari jadi kita batasi dua hari itu harus sudah terurus jadi biar maksudnya pasien juga enak sudah terjamin atau tidak dalam waktu dua hari ini dengan bpjs yang dia punya nah disitu SEPnya di taruh di perawat ruangnya nanti ketika pulang dia di buat pengurusan kebagian administrasi, nanti sistemnya kalau rawat inap naik dulunya medical recordnya dulu dan kalau di sini nanti berkasnya nanti ada tim jkn tersendiri di sini nanti tim jkn yang menyortir itu ini ada kurang apa, terus nanti ada juga tim verifikator internal yang melengkapinya.

- 17. Peneliti** : Terus berkas tadi sampe ke tim jkn itu tadi ya, kemudian nanti akan di ajukan sebagai klaim RS terhadap BPJS, kalau yang Responden tau klaim itu yang kita ajukan itu apakah semua terbayar atau ada seperti apa gitu
- 18. Responden** : Semua terbayar sih engga dok, jadi tetep ada beberapa yang pendingan seperti itu dan kadang ada beberapa bulanya bukan pendingnya mereka belum membayar tapi sudah di approvenya, nah jadi bpjsnya utang beberapa bulan belum dibayarkan di RS kami.
- 19. Peneliti** : Kalau tentang klaim pendingnya itu berarti artinya klaim pending itu kita sudah mengajukan atau bagaimana?
- 20. Responden** : Kita sudah mengajukan sisanya belum di approval diminta untuk revisi biasanya, jadi berkasnya nanti kembali lagi harus di perbaiki dimananya sesuai dengan indikator sana

- 21. Peneliti** : Jadi kalau sudah diperbaiki sudah pasti bisa di bayar?
- 22. Responden** : Belum tentu bisa terjadi revisi lagi kalau itu tidak sesuai bisa sampai dua kali.
- 23. Peneliti** : Tapi tidak ada kemudian gagal atau tidak layak bayar gitu ?
- 24. Responden** : Ada kemungkinan juga, kadang kita ngalah apa yang dimauin oleh verifikator bpjs sana apa, menurut kita sudah sesuai dengan klinis pasien dan penunjang sebagainya tapi sana tetep gak mau dia maunya misal pemeriksaan A harus ada dan kita ngalah jadi ya missal terbayarkan tapi besarannya tidak sama dengan yang kita harapkan.
- 25. Peneliti** : Tidak sama tuh besarannya lebih kecil ya.
- 26. Responden** : Iya lebih kecil.
- 27. Peneliti** : Penyebab dari klaim pending itu apa saja biasanya yang ada di lapangan.
- 28. Responden** : Kalau berkas itu, yang pertama berkas tapi berkas itu jarang terjadi ya maksudnya untuk kelengkapan berkas itu jarang terjadi terus ya.
- 29. Peneliti** : Kelengkapan berkas kurang itu apa?
- 30. Responden** : Kelengkapan berkas kurang paling sering missal dari penunjang-penunjangnya deh, pemberkasannya yang jelas selanjutnya dari dokternya diagnosanya diagnosa di croscek dengan penunjang karena bpjs bacanya pake system kadang tidak mau diagnose ini kalua penunjang ini tidak dilakukan atau hasilnya sepertiapa hal-hal seperti itu yang sering menyebabkan menjadi pending.

- 31. Peneliti** : Terus kalau dokter berarti mereka harus ini ya harus tau diagnosa yang terklaim sama penunjangnya dan harus resume medis, kaitannya resume medis ada kendala tidak?
- 32. Responden** : Kendala banget, yang pertama kendalanya memang seperti tadi yang pertama dokter dokternya tidak terpapar mana yang diagnose istilahnya bpjs yang harus sesuai jadi diagnose pemeriksaan ini harus ada ini benar seperti itu kadang tidak sesuai missal pasiennya diagnosanya tifoid tapi kenyataannya tubekny anegatif kalua dari dokter internalnya ini dari klinis meskipun tubeknya negative tapi bpjs tidak mau terima tetap harus tubeknya positif.
- 33. Peneliti** : Dalam pengisian apakah sudah mengisi dengan lengkap untuk resume medisnya
- 34. Responden** : Belum.
- 35. Peneliti** : Itu sebagian besar apa sebagian kecil atau kira-kira berapa persennya?
- 36. Responden** : Sebagian besar.
- 37. Peneliti** : Mungkin pernah tahu alasan dokter itu karena apa?
- 38. Responden** : Biasanya karena memang waktu mereka untuk visit itu sangat singkat kadang kalau yang berbaik hati itu menulis diagnose saja tapi resumanya tidak lengkap jadikan itu untuk kita pindahke resume yang nanti yang akan di kirim ke bpjs kan tetep aja tidak bisa karena itu kalau kadang-kadang terisi tapi tidak bisa terbaca
- 39. Peneliti** : Tulisannya tidak bisa dibaca.
- 40. Responden** : Iya, karena tulisannya terlalu bagus.
- 41. Peneliti** : Selain kendala resume medis terus kelengkapan ada yang lain tidak ?

- 42. Responden** : Berkas hilang, pasien itu tidak dapat obat dari poli nah berkasnya itukan biasanya alurnya dia ke farmasi dulu kalua dapat obat baru dikumpul di relasi di sebelahnya nah kalua tidak dapat obat kadang tidak kerelasi ke bawa pulang aja berkasnya
- 43. Peneliti** : Jadi pasien karena tidak merasa membawa obat sudah selesai pemeriksaan merasa sudah di jamin bpjs langsung pulang gitu, itu kejadiannya banyak tidak?
- 44. Responden** : Enggak sih, kalau yang itu tidak terlalu banyak.
- 45. Peneliti** : pertanyaan terakhir, apakah ada SOP atau panduan dari manajemen untuk mendukung proses klaim?
- 46. Responden** : kurang tahu saya ada SOP atau tidak....

## **HASIL WAWANCARA**

### **RESPONDEN 6– PENDAFTARAN**

- 1. Peneliti** : Saya sedang melakukan penelitian tentang klaim pending dan dokumen klaim yang hilang di pku mau mengajukan beberapa pertanyaan, yang pertama bagaimana pelaksanaan program jkn di pku ini apakah berjalan lancar atau ada hambatan atau bagaimana?
- 2. Responden** : Berjalan, hambatanya ada dalam artian misalkan ketidaktahuan penerima jkn, alur dan apa yang bisa dia terima kayak gitu, biasanya dulu misalkan diagnosa-diagnosa yang boleh dan tidak boleh jadi gitu nanti ditempat kita ternyata misalkan dari seratus empat belas penyakit gitu ternyata kurang paham faskes satu mengirim ke kami kayak gitu terus kami menyampaikan bahwasana diagnose itu dia tidak dapat terlayani di pku gitu jadi komplain seperti itu, hambatan bagi kami di lini depan saat menerima pasien JKN.
- 3. Peneliti** :Selain itu ada yang lain tidak, mungkin kaitannya dengan teman-teman kan disini yang saya tahu dari informasi kalau teman-teman bukan dari basic rekam medis sehingga istilah-istilah medis mereka kurang tahu.
- 4. Responden** : Istilah medis bagi kami memang masih menjadi masalah, kalau misal itu kami masih punya contekan istilah medis kalau tidak kita searching dok.
- 5. Peneliti** : Jadi misal diagnose apa masuknya ke poli apa gitu ya?
- 6. Responden** : Iya misalnya kalau tidak kita langsung tanyakan ke pihak perawat ada pasien dengan keluhan seperti ini masuk ke poli apa kayak gitu yang sering kami lakukan seperti itu.

- 7. Peneliti** : Pertanyaan kedua bagaimana alur pelayanan dan alur berkas di pku untuk pasien rawat jalan dan rawat inap?
- 8. Responden** : Untuk pelayanan pasien datang ke bagian pendaftaran terus nanti mendaftar lalu mendapatkan SEP untuk penjaminan JKN dari kita pendaftaran terus ke poliklinik terus nanti diperiksa oleh dokter keluar dengan obat maupun tanpa obat atau masuk rawat inap misalnya nanti bila ada obat pasien kefarmasi setelah di farmasi ke bagian akhir di penetapan biaya seperti itu untuk mengumpulkan berkas.
- 9. Peneliti** : Jadi berkasnya mengikuti pelayanannya? Pasien untuk mendapatkan SEP harus bawa apa saja persyaratannya?
- 10. Responden** : Iya, kalau di PKU Muhammadiyah Yk masih menerapkan harus ada surat rujukan, fc kartu jkn, ktp sama kk, itu kalau untuk jkn pbi, kalau untuk yang non pbi cukup fc kartu jkn, ktp dan rujukannya, misalnya untuk anak nanti tambahkan akte kelahiran.
- 11. Peneliti** : Di perlu ktp orang tua tidak untuk pasien anak ?
- 12. Responden** : Untuk ktp orang tua tidak, hanya kk, akte kelahiran, sama rujukan.
- 13. Peneliti** : Dari surat rujukan ada ketentuan tidak misal hanya sekali atau berapa kali ?
- 14. Responden** : Untuk saat ini rujukan tidak hanya berlaku untuk sekali, nanti selama ada surat keterangan masih kembali lagi istilahnya masih bisa digunakan lagi surat rujukannya.
- 15. Peneliti** : Memakai surat control itu ya?
- 16. Responden** : Iya pake surat control yang berlaku sampai satu bulan.
- 17. Peneliti** : Jadi dia boleh control beberapa kali dalam satu bulan?

- 18. Responden** : Iya maksimal empat kali, jadi satu minggu sekali control sampai empat kali.
- 19. Peneliti** : Kalau untuk yang kronis? Tiap bulan ganti rujukan atau pakai yang tiga bulan sekali ganti?
- 20. Responden** : Kalau untuk kronis waktu itu masih tiap bulan dok, jika kroniskan sudah di PRBkan jadi nanti tinggal mengambil obat atau dikembalikan ke faskes satu untuk obatnya.
- 21. Peneliti** : Kaitannya dengan SEP dan syarat-syarat lain itukan akan di koding sama petugas coding dan teman-temannya terus dijadikan satu untuk berkas klaim, pernahkah dari petugas jkn menyelaskan masalah klaim pending atau klaim gagal bayar itu gimana ?
- 22. Responden** : Pernah ada informasi dari bagian rekam medis bilang seperti itu dan menyampaikan bahwasana ada kendala ada beberapa atau banyak berkas yang istilahnya gagal pending alasannya karena apa mungkin salah satunya ya itu diagnosa yang tidak terjamin terus adanya salah entry.
- 23. Peneliti** : Kalau untuk kasus-kasus kecelakaan?
- 24. Responden** : Kasus kecelakaan waktu itu bpjs ada
- 25. Peneliti** : Kalau rawat jalan bisanya tanpa jr ?
- 26. Responden** : Iya bisa dok tanpa jr, karena masih jadi ranahnya bpjs kalau kecelakaan memang arahnya ke jasaraharja tapi tidak harus ada surat-surat lainnya istilahnya harus dilengkapi untuk BPJS.
- 27. Peneliti** : Menurut anda yang dimaksud klaim pending itu apa ?
- 28. Responden** : Klaim pending itu istilahnya ialah klaim yang masih dalam rentang revisi, jadi memungkinkan masih bisa disusulkan revisi atau tidak bisa sama sekali di tolak.

- 29. Peneliti** : Revisi berarti setelah ada dari verifikator bpjs ?
- 30. Responden** : Dari verifikator nantinya dikembalikan karena ternyata ada laporan yang masih diinginkan oleh verifikator tapi belum terpenuhi laporan operasi, resume medis, nanti baru setelah terpenuhi dan sesuai misalnya itu nanti baru bisa di verifikasi dan bisa terklaim atau langsung setelah kembali masih bisa tidak memungkinkan untuk diklaim ya nanti jadi klaim ditolak.
- 31. Peneliti** : Tertolak berarti gagal bayar tidak bisa di klaimkan, tidak layak bayar ya, tadi apa saja yang membuat klaim pending ?
- 32. Responden** : Belum terpenuhi laporan operasi, resume medis, kecelakaan, penunjang, diagnose.
- 33. Peneliti** : apakah ada dukungan dari manajemen terkait klaim? misal SOP atau kebijakan?
- 34. Peneliti** : kurang paham saya itu Dok.
- 35. Peneliti** : Satu lagi ditempat kita ada dokumen klaim yang hilang, dokumen klaim yang hilang itu karena apa ya mungkin kalau tahu?
- 36. Responden** : Kalau penyebab langsung dokumen dibawa pulang pasien karena ketidaktahuan dan kurangnya informasi harusnya di kembalikan ke bagian penetapan biaya karena tidak ada obat tahunya kan habis diperiksa sudah selesai sehingga pasien membawa pulang berkas dan tidak kembali lagi tidak control lagi itulah penyebab dokumen jadi hilang, penyebab tidak langsungnya ya kami sebagai petugas RS mungkin karena informasi tidak terlalu jelas kalau sudah ini berkas dikembalikan ke penetapan biaya, jadi harusnya lebih diperjelas kalau sudah selesai berkas harus kembali.

# PENERAPAN MODEL KLAIM BPJS KESEHATAN DALAM MENURUNKAN JUMLAH KLAIM PENDING DAN DOKUMEN KLAIM HILANG (STUDI KASUS RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA)

## ORIGINALITY REPORT

<b>15%</b>	<b>16%</b>	<b>3%</b>	<b>17%</b>
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

## PRIMARY SOURCES

<b>1</b>	<b>www.scribd.com</b> Internet Source	<b>3%</b>
<b>2</b>	<b>Submitted to Universitas Muhammadiyah Yogyakarta</b> Student Paper	<b>3%</b>
<b>3</b>	<b>repository.uinjkt.ac.id</b> Internet Source	<b>2%</b>
<b>4</b>	<b>docplayer.info</b> Internet Source	<b>2%</b>
<b>5</b>	<b>id.123dok.com</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>Submitted to Politeknik Negeri Jember</b> Student Paper	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>sjsn.menkokesra.go.id</b> Internet Source	<b>1%</b>

pt.scribd.com

8	Internet Source	1%
9	<a href="http://samoke2012.wordpress.com">samoke2012.wordpress.com</a> Internet Source	1%
10	<a href="http://eprints.poltekkesjogja.ac.id">eprints.poltekkesjogja.ac.id</a> Internet Source	1%
11	<a href="http://johannessimatupang.wordpress.com">johannessimatupang.wordpress.com</a> Internet Source	1%
12	<a href="http://repository.syekhnurjati.ac.id">repository.syekhnurjati.ac.id</a> Internet Source	1%
13	<a href="http://docobook.com">docobook.com</a> Internet Source	1%

Exclude quotes    On  
 Exclude bibliography    Off

Exclude matches    < 1%