

Lampiran 1. Lembar Permohonan Menjadi Responden



INSTITUT TEKNOLOGI, SAINS, DAN KESEHATAN
RS dr. SOEPRAOEN KESDAM V/BRW MALANG
PRODI REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN



Jl. Sudanco Supriadi No. 22 Malang, Telp : 0341-351275, Fax : 0341-351310

Website : itsk-soepraoen.ac.id / Email : rmik.soepraoen@gmail.com

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Saya adalah mahasiswa Prodi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan ITSK dr. Soepraoen yang bernama Risma Kartika Putri, mengharap partisipasi saudara/i dalam penelitian saya yang berjudul “Faktor faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim asuransi x pasien rawat inap di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan”.

Saya juga mengharapkan setiap responden mengizinkan kami untuk melakukan penelitian yang sesuai dengan judul yang saya ambil tersebut. Kami menjamin kerahasiaan hasil penelitian dan identitas saudara/i hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu Perkam Medis dan Informasi Kesehatan saja.

Tanda tangan dibawah ini, menunjukkan saudara/i telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Malang,.....

Peneliti

Responden

Risma Kartika Putri

(.....)

19.0.030

Lampiran 2. Lembar Kuesioner



INSTITUT TEKNOLOGI, SAINS, DAN KESEHATAN
RS dr. SOEPRAOEN KESDAM V/BRW MALANG
PRODI REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN



Jl. Sudanco Supriadi No. 22 Malang, Telp : 0341-351275, Fax : 0341-351310

Website : itsk-soepraoen.ac.id / Email : rmik.soepraoen@gmail.com

KUESIONER PENELITIAN

“Faktor faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim asuransi x pasien rawat inap di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan “

Nomor responden :

Bagian :

Tanggal/Bulan/Tahun Wawancara :

Berilah tanda *Checklist* (√) pada alternative jawaban yang menurut

Bapak/Ibu paling tepat

SS : Sangat Setuju(5) TS : Tidak Setuju (2)

ST : Setuju (4) STS : Sangat Tidak Setuju (1)

RG : Ragu- ragu (3)

1. Profil Responden

1	Umur : _____ Tahun	
2	Jenis Kelamin a. Laki-Laki b. Perempuan	<input type="text"/>
3	Pendidikan c. SMA d. Diploma e. Sarjana f. PascaSarjana	<input type="text"/>

4	Masa Kerja : _____ Tahun
---	--------------------------

2. Pertanyaan Kinerja Petugas Rekam Medis

N O	Pertanyaan	Jawaban				
		SS	ST	RG	TS	STS
1	Saya selalu berusaha untuk menyelesaikan tugas dengan rasa penuh tanggung jawab untuk mencapai hasil yang maksimal					
2	Saya selalu berusaha mencapai target kerja yang ditetapkan oleh rumah sakit					
3	Saya selalu bekerja sesuai dengan standar mutu yang telah ditetapkan oleh rumah sakit					
4	Saya selalu berusaha menyelesaikan tugas-tugas yang diberikan sesuai dengan target waktu kerja yang ditentukan					
5	Pengetahuan akan pekerjaan, dapat membantu saya dalam mengatasi permasalahan yang muncul pada saat bekerja					
6	Saya dapat mengerjakan pekerjaan dengan efektif dan efisien sehingga tidak perlu banyak instruksi dan umpan balik dari atasan saya					
7	Kreativitas yang tinggi dapat membantu saya mencapai hasil kerja yang lebih baik					
8	Saya selalu memberikan gagasan-gagasan untuk kemajuan rumah sakit					
9	Saya selalu bersedia untuk bekerja sama dengan anggota di rumah sakit					

10	Saya lebih mengutamakan kepentingan kelompok dari pada kepentingan pribadi dalam menyelesaikan pekerjaan					
11	Saya lebih focus menyelesaikan pekerjaan, walaupun tidak ada atasan rumah sakit					
12	Saya selalu berusaha menyelesaikan pekerjaan lebih cepat dari waktunya agar dapat mengerjakan tugas berikutnya					
13	Dalam menyelesaikan pekerjaan saya selalu berinisiatif tanpa menunggu perintah dari atasan					
14	Petugas kesehatan memiliki semangat untuk melaksanakan tugas-tugas baru yang diberikan oleh atasan					
15	Saya selalu hadir tepat waktu sesuai dengan jadwal yang sudah ditetapkan di tempat kerja					
16	Seluruh petugas kesehatan harus memiliki jiwa kepemimpinan yang cukup baik					
17	Saya selalu terbuka untuk menerima kritik atau saran atas hasil kerja yang saya peroleh					

3. Factor Ketidاكلengkapan Berkas

No	Factor	Pertanyaann	Jawaban				
			SS	ST	RG	TS	STS
1	Man	Dilihat dari factor sumber daya manusia apakah penyebab ketidaklengkapanberkas rekam medis dapat dilihat dari segi pengetahuan, kedisiplinan, motifasi, beban kerja dan komunikasi					
2	Machine	Dilihat dari segi machine atau kebijakan apakah SOP tentang kelengkapanpengisian dokumen rekam medis masih belum rinci, sosialisasi SOP rekam medis yang belum optimal, dan tidak adanya monitoring dan evaluasi					
3	Method	Dilihat dari segi method apakah penyebab ketidaklengkapan berkas rekam medis belum adanya systemevaluasi dan monitoring secara rutin terkait kelengkapan dokumen rekam medis					
4	Material	Ditinjau dari segi material, apakah banyaknya jenis formulir mengakibatkan					

		ketidaklengkapan karena beban kerja dokter dan perawat yang tinggi dengan waktu terbatas sehingga belum terlaksananya petunjuk pengisian dokumen rekam medis yang sesuai dengan jenis formulir					
5	Money	Dilihat dari segi keuangan,, apakah factor penyebab ketidaklengkapan rekam medis disebabkan oleh sumber dana yang terbatas untuk mendukung kelengkapan rekam medis					



4. Prosedur Klaim Asuransi

No	Pertanyaan	Jawaban				
		SS	ST	RG	TS	STS
1	Rekening pasien dengan nominal total biaya selama perawatan, biaya yang ditanggung asuransi dan selisih biaya yang harus dibayar pasien, dengan dilampiri kwitansi-kwitansi dan lampiran obat-obat yang dipakai selama perawatan apakah berperan penting dalam pengajuan klaim asuransi					
2	Resume medis rawat inap atau formulir asuransi apakah berperan penting dalam pengajuan klaim asuransi					
3	Apakah hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi,dll) baik yang dilakukan di rumah sakit maupun di luar rumah sakit berperan penting dalam pengajuan klaim					
4	Dalam pelayanan rawat inap kamar yang ditentukan oleh pihak asuransi full apakah ada pengajuan naik kelas					

Lampiran 3. Bukti Jawaban Kuesioner Responden





INSTITUT TEKNOLOGI, SAINS, DAN KESEHATAN
RS dr. SOEPROAEN KESDAM V/BRW MALANG
PRODI REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN



Jl. Sudanco Supriadi No. 22 Malang, Telp : 0341-351275, Fax : 0341-351310

Website : itsk-soepraoen.ac.id / Email : rmik.soepraoen@gmail.com

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Saya adalah mahasiswa Prodi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan ITSK dr. Soepraoen yang bernama Risma Kartika Putri, mengharap partisipasi saudara/i dalam penelitian saya yang berjudul "Faktor faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim asuransi X pasien rawat inap di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan".

Saya juga mengharapkan setiap responden mengizinkan kami untuk melakukan penelitian yang sesuai dengan judul yang saya ambil tersebut. Kami menjamin kerahasiaan hasil penelitian dan identitas saudara/i hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu Perkam Medis dan Informasi Kesehatan saja.

Tanda tangan dibawah ini, menunjukkan saudara/i telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Malang, 15 Maret 2022.

Peneliti

Responden

Risma Kartika Putri

19.0.030

[Signature]
 (Ditolak)



INSTITUT TEKNOLOGI, SAINS, DAN KESEHATAN
RS dr. SOEPRAOEN KESDAM V/BRW MALANG
PRODI REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN



Jl. Sudanco Supriadi No. 22 Malang, Telp : 0341-351275, Fax : 0341-351310

Website : itsk-soepraoen.ac.id / Email : rmik.soepraoen@gmail.com

KUESIONER PENELITIAN

"Faktor faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim asuransi X pasien rawat inap di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan "

Nomor responden :
Bagian :
Tanggal/Bulan/Tahun Wawancara :

Berilah tanda Checklist (✓) pada alternative jawaban yang menurut Bapak/Ibu paling tepat

SS : Sangat Setuju(5) TS : Tidak Setuju (2)
S : Setuju (4) STS : Sangat Tidak Setuju (1)
SG : Ragu- ragu (3)

1. Profil Responden

1	Umur : <u>45</u> Tahun	<input type="text"/>
2	Jenis Kelamin a. Laki-Laki b. <input checked="" type="radio"/> Perempuan	<input type="text"/>
3	Pendidikan a. SMA b. <input checked="" type="radio"/> Diploma c. Sarjana d. PascaSarjana	<input type="text"/>
4	Masa Kerja : <u>20</u> Tahun	<input type="text"/>

2. Pertanyaan Kinerja Petugas Rekam Medis

N O	Pertanyaan	Jawaban				
		SS	ST	RG	TS	STS
1	Saya selalu berusaha untuk menyelesaikan tugas dengan rasa penuh tanggung jawab untuk mencapai hasil yang maksimal	✓				
2	Saya selalu berusaha mencapai target kerja yang ditetapkan oleh rumah sakit	✓				
3	Saya selalu bekerja sesuai dengan standar mutu yang telah ditetapkan oleh rumah sakit	✓				
4	Saya selalu berusaha menyelesaikan tugas-tugas yang diberikan sesuai dengan target waktu kerja yang ditentukan	✓				
5	Pengetahuan akan pekerjaan dapat membantu saya dalam mengatasi permasalahan yang muncul pada saat bekerja	✓				
6	Saya dapat mengerjakan pekerjaan dengan efektif dan efisien sehingga tidak perlu banyak instruksi dan umpan balik dari atasan saya	✓				
7	Kreativitas yang tinggi dapat membantu saya mencapai hasil kerja yang lebih baik	✓				
8	Saya selalu memberikan gagasan-gagasan untuk kemajuan rumah sakit	✓				
9	Saya selalu bersedia untuk bekerja sama dengan anggota di rumah sakit	✓				
10	Saya lebih mengutamakan kepentingan kelompok dari pada kepentingan pribadi dalam menyelesaikan pekerjaan	✓				

11	Saya lebih fokus menyelesaikan pekerjaan, walaupun tidak ada atasan rumah sakit	✓				
12	Saya selalu berusaha menyelesaikan pekerjaan lebih cepat dari waktunya agar dapat mengerjakan tugas berikutnya	✓				
13	Dalam menyelesaikan pekerjaan saya selalu berinisiatif tanpa menunggu perintah dari atasan	✓				
14	Petugas kesehatan memiliki semangat untuk melaksanakan tugas-tugas baru yang diberikan oleh atasan	✓				
15	Saya selalu hadir tepat waktu sesuai dengan jadwal yang sudah ditetapkan di tempat kerja	✓				
16	Seluruh petugas kesehatan harus memiliki jiwa kepemimpinan yang cukup baik	✓				
17	Saya selalu terbuka untuk menerima kritik atau saran atas hasil kerja yang saya peroleh	✓				

3. Factor Ketidaklengkapan Berkas

No	Factor	Pertanyaann	Jawaban				
			SS	ST	RG	TS	STS
1	Man	Dilihat dari factor sumber daya manusia apakah penyebab Ketidaklengkapanberkasrekam medis dapat dilihat dari segi pengetahuan,kedisiplinan, Motivasi, beban kerja dan komunikasi					✓
2	Machine (Kebijakan)	Dilihat dari segi machine atau kebijakan apakah SOP tentang kelengkapanpengisiandokumen rekam medis masih belum rinci, sosialisasi SOP rekam medis yang belum optimal, dan tidak adanya monitoring dan evaluasi					✓
3	Method	Dilihat dari segi method apakah penyebab ketidaklengkapan berkas rekam medis belum adanya system evaluasi dan monitoring secara rutin terkait kelengkapan dokumen rekam medis					✓
4	Material	Ditinjau dari segi material, apakah banyaknya jenis formulir dapat mengakibatkan ketidaklengkapan karena beban kerja dokter dan perawat yang tinggi dengan waktu terbatas					✓

		sehingga belum terlaksananya petunjuk pengisian dokumen rekam medis yang sesuai dengan jenis formulir					
5	Money	Dilihat dari segi keuangan,, apakah factor penyebab ketidaklengkapan rekam medis disebabkan oleh sumber dana yang terbatas untuk mendukung kelengkapan rekam medis					✓



4. Prosedur Klaim Asuransi

No	Pertanyaan	Jawaban				
		SS	ST	RG	TS	STS
1	Rekening pasien dengan nominal total biaya selama perawatan, biaya yang ditanggung asuransi dan selisih biaya yang harus dibayar pasien, dengan dilampiri kwitansi-kwitansi dan lampiran obat-obat yang dipakai selama perawatan apakah berperan penting dalam pengajuan klaim asuransi	✓				
2	Resume medis rawat inap atau formulir asuransi apakah berperan penting dalam pengajuan klaim asuransi	✓				
3	Apakah hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi,dll) baik yang dilakukan di rumah sakit maupun di luar rumah sakit berperan penting dalam pengajuan klaim	✓				
4	Dalam pelayanan rawat inap kamar yang di tentukan oleh pihak asuransi full apakah ada pengajuan naik kelas	✓				

Lampiran 4. Data Ttabel

Titik Persentase Distribusi t (df = 1 – 40)

Pr	0.25	0.10	0.05	0.025	0.01	0.005	0.001
df	0.50	0.20	0.10	0.050	0.02	0.010	0.002
1	1.00000	3.07768	6.31375	12.70620	31.82052	63.65674	318.30884
2	0.81650	1.88562	2.91999	4.30265	6.96456	9.92484	22.32712
3	0.76489	1.63774	2.35336	3.18245	4.54070	5.84091	10.21453
4	0.74070	1.53321	2.13185	2.77645	3.74695	4.60409	7.17318
5	0.72669	1.47588	2.01505	2.57058	3.36493	4.03214	5.89343
6	0.71756	1.43976	1.94318	2.44691	3.14267	3.70743	5.20763
7	0.71114	1.41492	1.89458	2.36462	2.99795	3.49948	4.78529
8	0.70639	1.39682	1.85955	2.30600	2.89646	3.35539	4.50079
9	0.70272	1.38303	1.83311	2.26216	2.82144	3.24984	4.29681
10	0.69981	1.37218	1.81246	2.22814	2.76377	3.16927	4.14370
11	0.69745	1.36343	1.79588	2.20099	2.71808	3.10581	4.02470
12	0.69548	1.35622	1.78229	2.17881	2.68100	3.05454	3.92963
13	0.69383	1.35017	1.77093	2.16037	2.65031	3.01228	3.85198
14	0.69242	1.34503	1.76131	2.14479	2.62449	2.97684	3.78739
15	0.69120	1.34061	1.75305	2.13145	2.60248	2.94671	3.73283
16	0.69013	1.33676	1.74588	2.11991	2.58349	2.92078	3.68615
17	0.68920	1.33338	1.73961	2.10982	2.56693	2.89823	3.64577
18	0.68836	1.33039	1.73406	2.10092	2.55238	2.87844	3.61048
19	0.68762	1.32773	1.72913	2.09302	2.53948	2.86093	3.57940
20	0.68695	1.32534	1.72472	2.08596	2.52798	2.84534	3.55181
21	0.68635	1.32319	1.72074	2.07961	2.51765	2.83136	3.52715
22	0.68581	1.32124	1.71714	2.07387	2.50832	2.81876	3.50499
23	0.68531	1.31946	1.71387	2.06866	2.49987	2.80734	3.48496
24	0.68485	1.31784	1.71088	2.06390	2.49216	2.79694	3.46678
25	0.68443	1.31635	1.70814	2.05954	2.48511	2.78744	3.45019
26	0.68404	1.31497	1.70562	2.05553	2.47863	2.77871	3.43500
27	0.68368	1.31370	1.70329	2.05183	2.47266	2.77068	3.42103
28	0.68335	1.31253	1.70113	2.04841	2.46714	2.76326	3.40816
29	0.68304	1.31143	1.69913	2.04523	2.46202	2.75639	3.39624
30	0.68276	1.31042	1.69726	2.04227	2.45726	2.75000	3.38518
31	0.68249	1.30946	1.69552	2.03951	2.45282	2.74404	3.37490
32	0.68223	1.30857	1.69389	2.03693	2.44868	2.73848	3.36531
33	0.68200	1.30774	1.69236	2.03452	2.44479	2.73328	3.35634
34	0.68177	1.30695	1.69092	2.03224	2.44115	2.72839	3.34793
35	0.68156	1.30621	1.68957	2.03011	2.43772	2.72381	3.34005
36	0.68137	1.30551	1.68830	2.02809	2.43449	2.71948	3.33262
37	0.68118	1.30485	1.68709	2.02619	2.43145	2.71541	3.32563
38	0.68100	1.30423	1.68595	2.02439	2.42857	2.71156	3.31903
39	0.68083	1.30364	1.68488	2.02269	2.42584	2.70791	3.31279
40	0.68067	1.30308	1.68385	2.02108	2.42326	2.70446	3.30688

Lampiran 5. Data Ftabel

Titik Persentase Distribusi F untuk Probabilita = 0,05

df untuk penyebut (N2)	df untuk pembilang (N1)														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	161	199	216	225	230	234	237	239	241	242	243	244	245	245	246
2	18.51	19.00	19.16	19.25	19.30	19.33	19.35	19.37	19.38	19.40	19.40	19.41	19.42	19.42	19.43
3	10.13	9.55	9.28	9.12	9.01	8.94	8.89	8.85	8.81	8.79	8.76	8.74	8.73	8.71	8.70
4	7.71	6.94	6.59	6.39	6.26	6.16	6.09	6.04	6.00	5.96	5.94	5.91	5.89	5.87	5.86
5	6.61	5.79	5.41	5.19	5.05	4.95	4.88	4.82	4.77	4.74	4.70	4.68	4.66	4.64	4.62
6	5.99	5.14	4.76	4.53	4.39	4.28	4.21	4.15	4.10	4.06	4.03	4.00	3.98	3.96	3.94
7	5.59	4.74	4.35	4.12	3.97	3.87	3.79	3.73	3.68	3.64	3.60	3.57	3.55	3.53	3.51
8	5.32	4.46	4.07	3.84	3.69	3.58	3.50	3.44	3.39	3.35	3.31	3.28	3.26	3.24	3.22
9	5.12	4.26	3.86	3.63	3.48	3.37	3.29	3.23	3.18	3.14	3.10	3.07	3.05	3.03	3.01
10	4.96	4.10	3.71	3.48	3.33	3.22	3.14	3.07	3.02	2.98	2.94	2.91	2.89	2.86	2.85
11	4.84	3.98	3.59	3.36	3.20	3.09	3.01	2.95	2.90	2.85	2.82	2.79	2.76	2.74	2.72
12	4.75	3.89	3.49	3.26	3.11	3.00	2.91	2.85	2.80	2.75	2.72	2.69	2.66	2.64	2.62
13	4.67	3.81	3.41	3.18	3.03	2.92	2.83	2.77	2.71	2.67	2.63	2.60	2.58	2.55	2.53
14	4.60	3.74	3.34	3.11	2.96	2.85	2.76	2.70	2.65	2.60	2.57	2.53	2.51	2.48	2.46
15	4.54	3.68	3.29	3.06	2.90	2.79	2.71	2.64	2.59	2.54	2.51	2.48	2.45	2.42	2.40
16	4.49	3.63	3.24	3.01	2.85	2.74	2.66	2.59	2.54	2.49	2.46	2.42	2.40	2.37	2.35
17	4.45	3.59	3.20	2.96	2.81	2.70	2.61	2.55	2.49	2.45	2.41	2.38	2.35	2.33	2.31
18	4.41	3.55	3.16	2.93	2.77	2.66	2.58	2.51	2.46	2.41	2.37	2.34	2.31	2.29	2.27
19	4.38	3.52	3.13	2.90	2.74	2.63	2.54	2.48	2.42	2.38	2.34	2.31	2.28	2.26	2.23
20	4.35	3.49	3.10	2.87	2.71	2.60	2.51	2.45	2.39	2.35	2.31	2.28	2.25	2.22	2.20
21	4.32	3.47	3.07	2.84	2.68	2.57	2.49	2.42	2.37	2.32	2.28	2.25	2.22	2.20	2.18
22	4.30	3.44	3.05	2.82	2.66	2.55	2.46	2.40	2.34	2.30	2.26	2.23	2.20	2.17	2.15
23	4.28	3.42	3.03	2.80	2.64	2.53	2.44	2.37	2.32	2.27	2.24	2.20	2.18	2.15	2.13
24	4.26	3.40	3.01	2.78	2.62	2.51	2.42	2.36	2.30	2.25	2.22	2.18	2.15	2.13	2.11
25	4.24	3.39	2.99	2.76	2.60	2.49	2.40	2.34	2.28	2.24	2.20	2.16	2.14	2.11	2.09
26	4.23	3.37	2.98	2.74	2.59	2.47	2.39	2.32	2.27	2.22	2.18	2.15	2.12	2.09	2.07
27	4.21	3.35	2.96	2.73	2.57	2.46	2.37	2.31	2.25	2.20	2.17	2.13	2.10	2.08	2.06
28	4.20	3.34	2.95	2.71	2.56	2.45	2.36	2.29	2.24	2.19	2.15	2.12	2.09	2.06	2.04
29	4.18	3.33	2.93	2.70	2.55	2.43	2.35	2.28	2.22	2.18	2.14	2.10	2.08	2.05	2.03
30	4.17	3.32	2.92	2.69	2.53	2.42	2.33	2.27	2.21	2.16	2.13	2.09	2.06	2.04	2.01
31	4.16	3.30	2.91	2.68	2.52	2.41	2.32	2.25	2.20	2.15	2.11	2.08	2.05	2.03	2.00
32	4.15	3.29	2.90	2.67	2.51	2.40	2.31	2.24	2.19	2.14	2.10	2.07	2.04	2.01	1.99
33	4.14	3.28	2.89	2.66	2.50	2.39	2.30	2.23	2.18	2.13	2.09	2.06	2.03	2.00	1.98
34	4.13	3.28	2.88	2.65	2.49	2.38	2.29	2.23	2.17	2.12	2.08	2.05	2.02	1.99	1.97
35	4.12	3.27	2.87	2.64	2.49	2.37	2.29	2.22	2.16	2.11	2.07	2.04	2.01	1.99	1.96
36	4.11	3.26	2.87	2.63	2.48	2.36	2.28	2.21	2.15	2.11	2.07	2.03	2.00	1.98	1.95
37	4.11	3.25	2.86	2.63	2.47	2.36	2.27	2.20	2.14	2.10	2.06	2.02	2.00	1.97	1.95
38	4.10	3.24	2.85	2.62	2.46	2.35	2.26	2.19	2.14	2.09	2.05	2.02	1.99	1.96	1.94
39	4.09	3.24	2.85	2.61	2.46	2.34	2.26	2.19	2.13	2.08	2.04	2.01	1.98	1.95	1.93
40	4.08	3.23	2.84	2.61	2.45	2.34	2.25	2.18	2.12	2.08	2.04	2.00	1.97	1.95	1.92
41	4.08	3.23	2.83	2.60	2.44	2.33	2.24	2.17	2.12	2.07	2.03	2.00	1.97	1.94	1.92
42	4.07	3.22	2.83	2.59	2.44	2.32	2.24	2.17	2.11	2.06	2.03	1.99	1.96	1.94	1.91
43	4.07	3.21	2.82	2.59	2.43	2.32	2.23	2.16	2.11	2.06	2.02	1.99	1.96	1.93	1.91
44	4.06	3.21	2.82	2.58	2.43	2.31	2.23	2.16	2.10	2.05	2.01	1.98	1.95	1.92	1.90
45	4.06	3.20	2.81	2.58	2.42	2.31	2.22	2.15	2.10	2.05	2.01	1.97	1.94	1.92	1.89

Lampiran 6. Data Mentah Kuesioner

Jumlah jawaban responden kinerja petugas

JUMLAH JAWABAN RESPONDEN KINERJA PETUGAS																		
NO RES	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	JUMLAH
1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	85
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	85
3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	85
4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	85
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	85
6	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	83
7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	85
8	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	71
9	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	73
10	5	5	4	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	4	5	5	4	78
11	5	4	4	5	5	4	5	4	5	3	4	5	4	4	5	4	5	75
12	5	5	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	73
13	5	5	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	73
14	5	5	5	5	5	3	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	82
15	5	5	4	4	5	2	4	4	5	4	5	4	4	4	5	4	4	72

Jumlah jawaban responden faktor ketidaklengkapan

JUMLAH JAWABAN RESPONDEN FAKTOR						
NO RES	S1	S2	S3	S4	S5	JUMLAH
1	1	1	1	1	1	5
2	1	1	1	1	1	5
3	1	1	1	1	1	5
4	1	1	1	1	1	5
5	1	1	1	1	1	5
6	1	1	1	1	1	5
7	1	1	1	1	1	5
8	4	4	3	5	2	18
9	4	4	3	5	2	18
10	4	2	2	2	2	12
11	4	5	4	5	2	20
12	4	4	3	5	2	18
13	4	4	3	5	2	18
14	4	2	2	4	2	14
15	4	2	2	4	2	14

Jumlah jawaban responden prosedur klaim asuransi

JUMLAH JAWABAN RESPONDEN PROSEDUR KLAIM					
NO RES	S1	S2	S3	S4	JUMLAH
1	5	5	5	5	20
2	5	5	5	5	20
3	5	5	5	5	20
4	5	5	5	5	20
5	5	5	5	5	20
6	5	5	5	5	20
7	5	5	5	5	20
8	5	5	5	4	19
9	5	5	5	5	20
10	5	5	4	4	18
11	5	5	5	3	18
12	5	5	5	5	20
13	5	5	5	4	19
14	5	5	5	4	19
15	5	5	5	4	19

Lampiran 7. Contoh Formulir Asuransi



FORMULIR KLAIM RAWAT INAP ASURANSI KESEHATAN

INPATIENT HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

Nama Perusahaan : _____ Tanggal Pelayanan : _____
Name of Company Date of Service

Nama Pasien : _____ Tempat Pelayanan, Alamat & Telp : _____
Name of Patient Place of Service, Address & Phone

No. Peserta Pasien : _____ Status Pasien : Sendiri / Suami / Isteri / Anak
Number of Member Status of Patient Self / Husband / Wife / Child

Jenis Klaim : Rawat Inap Operasi Bedah 1 Hari Perawatan darurat/gigi akibat kecelakaan
Type of Claim Inpatient One Day Care Surgery Emergency Care/Teeth for Accident

Melahirkan Hemodialisa/ Kemoterapi Lainnya : _____
Maternity Hemodialysis/ Chemotherapy Others

Catatan (alasan pelayanan medis dengan reimbursement bila Peserta berhak menggunakan fasilitas cashless) :
Note : reason for reimbursement claim if the Participant eligible for Cashless facility

PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA LETTER OF AUTHORITY

Bersama ini Saya memberi kuasa kepada / I hereby authorize to :

- Dokter, Rumah Sakit/Klinik maupun institusi pelayanan medis lainnya untuk memberikan keterangan dan/atau catatan medis, sehubungan dengan diagnosa dan/atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya dan keluarga Saya yang menjadi Tertanggung, dan Physician, Hospital/Clinic or any other medical institution to give the information and/or medical record, according to the diagnosis and/or medication treatment which given to me or my family which being as the Insured, and
- PT BNI Life Insurance untuk mendapatkan segala keterangan/catatan medis dari Rumah Sakit dan atau pihak lain sehubungan dengan diagnosa dan/atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya atau keluarga Saya yang menjadi Tertanggung, yang mana akan digunakan untuk memproses klaim sesuai dengan ketentuan polis yang berlaku. PT BNI Life Insurance to gather further information/medical records from the Hospital and or other parties related to the diagnosis and/or health services provided to me or eligible members of my family which may be required to process the claim in accordance with existing policy and term conditions.

Saya membebaskan PT BNI Life Insurance dari segala kewajiban, tuntutan atau gugatan hukum apapun atas ditandatangani pernyataan ini. I absolve PT BNI Life Insurance from all kinds of liabilities, requisitions or any accusations of law for signing this statement.

Seluruh keterangan yang tercantum dalam Formulir Klaim Rawat Inap Asuransi Kesehatan ini ditulis dengan benar dan saya menyadari bahwa salinan Formulir Klaim Rawat Inap Asuransi Kesehatan ini dapat berlaku sebagaimana aslinya. All information in this health insurance inpatient claim form was written truthfully and I hereby agree that this letter of authority to be used promptly.

_____, / / _____ (Tempat/tanggal)
 (Place/Date)

(_____)
 (Nama jelas & tanda tangan Karyawan atau Peserta
 Name & Signature of Employee or Member)



CLMPACC-07

**SURAT KETERANGAN DOKTER / ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
KLAIM RAWAT JALAN - RAWAT INAP / OUTPATIENT - INPATIENT CLAIM**

B

Nama pasien (Patient's name) Tanggal lahir / usia (Date of birth / age)	<input type="checkbox"/> Laki-laki (Male) <input type="checkbox"/> Wanita (Female) [] / [] / [] [] tahun (years)
Nomor rekam medis (Medical report number)	
Tanggal perawatan / jumlah hari perawatan (Date of hospitalization / length of hospitalization)	[] / [] / [] a.d. [] / [] / [] = [] hari (days)
Riwayat penyakit dahulu (Previous medical history)	
Riwayat penyakit sekarang (Recent medical history)	
Diagnosa atau dugaan diagnosa (Diagnosis or pro diagnosis)	
Diagnosa di atas berhubungan dengan (The diagnosis relates to)	Kecelakaan (Accident) : <input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No) Obat terlarang (Drug abuse) : <input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No) HIV (AIDS) : <input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No)
Jenis serta hasil pemeriksaan fisik, lab, rontgen, USG, CT scan, Patologi Anatomi, dll (Physical exam result, lab, X ray, USG, CT scan, Pathology Anatomy, etc)	
Terapi atau tindakan (Therapy of treatment)	
Penyebab / penyakit yang mendasari (Cause / underlying disease)	
Penyebab / penyakit yang mendasari didanta sejak (The date of the caused / underlying diseases occurred)	[] / [] / []
Nama dan alamat Dokter yang merujuk (Name and address of referral Doctor)	
Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya? (Has the patient ever been consulted / hospitalized before?) a. Tanggal (Date) b. Diagnosa (Diagnosis) c. Nama Dokter (Doctor's name) d. Nama Rumah sakit (Hospital's name)	[] / [] / [] [] [] []
Saya, sebagai Dokter yang menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. (As the Doctor handling the care of the above-mentioned patient, I hereby state that I have read and answered the questions in this form clearly and completely)	
Nama Dokter : _____ (Doctor's name)	
Nama Rumah Sakit : _____ (Hospital's name)	
Alamat Rumah Sakit : _____ (Hospital's address)	
Tempat dan tanggal : _____ (Place and date)	
[] / [] / []	Tandatangani dan nama Dokter (Signature and Doctor's name)
	Stempel Rumah Sakit (Stamp of hospital)

F-001026-0109

Lampiran 8. Surat Keterangan Ketidakterediaan Kamar



RS. PANTI WALUYA SAWAHAN
 Jl Nusakambangan No 56 Po Box 99 Malang 65117
 Telp (0341) 366033, 361507, 362017, Fax. (0341) 354068
 Website: <http://www.pantiwaluya.org>
 e-mail: tkz.sawahan@pantiwaluya.org

Identitas Pasien (Nomor RM, Nama, Tgl Lahir)

	FRM
	1J

FORMULIR : SURAT KETERANGAN KETIDAKTERSEDIAAN KAMAR

*Petunjuk Pengisian : Ketika menemui tanda *) , coret yang tidak perlu*

Yang bertanda tangan dibawah ini, petugas Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang :

Nama
 Jabatan
 Pada hari, tanggal
 Bertugas dinas : Pagi / Sore / Malam *)

Menerangkan untuk pasien sebagai berikut :

Nama pasien
 Tanggal lahir
 Nomor RM
 Alamat
 Tanggal masuk
 Harga ruang/kamar/kelas yang dijamin
 Harga ruang/kamar/kelas yang diambil :

Pasien tersebut diatas merupakan tanggungan dari Instansi/Perusahaan/Asuransi *) :

Berhubung ruang/kamar/kelas yang sesuai dengan haknya dalam *Surat Jaminan* atau *Kartu Peserta* dalam keadaan penuh atau tidak tersedia, maka ditempatkan di ruang/kamar/kelas:
 dengan tarif Rp sampai dengan ruang/kamar/kelas yang menjadi hak pasien tersedia.

Demikian surat keterangan ini kami buat untuk dapat digunakan sesuai tujuan.

Mengetahui,
Pihak Pasien / Keluarga,

.....
Tanda Tangan & Nama Lengkap

Malang, jam
RS. Panti Waluya Sawahan,
Petugas,

.....
Tanda Tangan & Nama Lengkap

Lampiran 9. Surat Ijin Penelitian

YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA
 INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN RS dr SOEPROAEN

Malang, 2 Maret 2022

Nomor : B / RM / 27 / III / 2022
 Klasifikasi : Biasa
 Lampiran : -
 Penhal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada

Yth. Kepala RS Panti Waluya Sawahan

Di
 Malang

1. Dasar :
 - a. Kunkulum Nasional DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun 2017 tentang Karya Tulis Ilmiah (KTI)
 - b. Kalender Akademik Program Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Institut Teknologi, Sains dan Kesehatan RS dr. Soepraoen TA. 2021/2022 tentang jadwal penyusunan KTI dan UAP.
2. Sehubungan hal tersebut di atas, dengan ini diajukan permohonan ijin pengambilan data penelitian untuk mahasiswa Program Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Institut Teknologi, Sains Dan Kesehatan RS dr. Soepraoen Malang TA. 2021/2022. Daftar Mahasiswa Terlampir
3. Demikian mohon dimaklumi

Rektor
 Institut Teknologi, Sains dan Kesehatan RS dr. Soepraoen



Anief Erendi, S.T., S.Kep.Ners., M.M., M.Kes
 NIDK 8807901019

Tembusan :


1. Arsip TU Rekam Medis

YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA
 INSTITUT TEKNOLOGI, SAINS DAN KESEHATAN RS dr SOEPRAOEN

LAMPIRAN NAMA MAHASISWA YANG AKAN MELAKUKAN PENGAMBILAN DATA STUDI
 PENDAHULUAN

No	Nama	NIM	Judul	Tempat
1	Risma Kartika Putri	195030	Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Klaim Asuransi Swasta X Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Pantl Waluya Sawahan	RS Pantl Waluya Sawahan
2	Amelia Gustha C	195044	Analisis Penyebab Keterlambatan Pemusnahan Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit Pantl Waluya Sawahan	RS Pantl Waluya Sawahan
3	Engelina Yuliana Allung	195057	Analisis Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pantl Waluya Sawahan	RS Pantl Waluya Sawahan
4	Hikmah Maulia	195062	Analisis Penyebab Terjadinya <i>Misallo</i> di Bagian Penyimpanan Rekam Medis di Rumah Sakit Pantl Waluya Sawahan	RS Pantl Waluya Sawahan
5	Maya Setyo Wulandan	195067	Analisis Sistem Penyimpanan di Rumah Sakit Pantl Waluya Sawahan	RS Pantl Waluya Sawahan
6	Ni Luh Ayu Pitasari	195069	Analisis Faktor-Faktor yang Menghambat Pelayanan di Tempat Pendaftaran TPRJ	RS Pantl Waluya Sawahan
7	Suci Meningsih	195081	Evaluasi Penyebab Ketidaktengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RS Pantl Waluya Sawahan Malang Tahun 2022	RS Pantl Waluya Sawahan

Lampiran 10. Surat Balasan Penelitian


 YAYASAN KARYA MISERICORDIA
RS. PANTI WALUYA SAWAHAN
 TERAKREDITASI PARIPURNA

9 Maret 2022

Nomor : 0718/0476/DIK/RSPW/III/2022
 Lampiran : 1 (satu) lembar
 Hal : **Jawaban Permohonan Ijin Penelitian**

Kepada
 Yth. Bapak Arief Efendi, SMPh, SH(Adv), S. Kep.,Ners.,M.M.,M.Kes.
 Rektor Institut Teknologi, Sains, dan Kesehatan
 Yayasan Wahana Bhakti Karya Husada RS dr. Soepraoen
 Jl. Sudanco Supriadi No. 22
 Malang-65147

Dengan hormat,


Memperhatikan surat Bapak tertanggal 2 Maret 2022, Nomor: B/RM/27/III/2022, Perihal: Permohonan Ijin Studi Penelitian, yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Institut Teknologi, Sains dan Kesehatan dengan daftar keterangan mahasiswa terlampir, bersama ini kami sampaikan bahwa kami dapat menyetujui permohonan tersebut, dengan persyaratan sebagai berikut:

1. Menyerahkan laporan kegiatan penelitian yang sudah sah dalam bentuk *softcopy* dari kegiatan tersebut ke email diklat Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang di diklat.pantiwaluya@gmail.com.
2. Wajib menggunakan APD (Alat Pelindung Diri) yang sesuai dengan peraturan rumah sakit dan APD ditanggung oleh mahasiswa yang bersangkutan.
3. Melampirkan hasil Test Swab Antigen Negatif
4. Melampirkan Surat Keterangan/Pernyataan Persetujuan dari orang tua/keluarga mahasiswa bahwa mahasiswa diijinkan melakukan kegiatan praktik klinik di RS Panti Waluya Sawahan Malang dengan segala macam resiko di luar tanggung jawab RS Panti Waluya Sawahan Malang
5. Melakukan pembayaran **Biaya Pengambilan Data Penelitian Per Periode, Per Mahasiswa, untuk mahasiswa DIII sebesar Rp. 500.000,- (ratus ribu rupiah)**
 Untuk pembayaran dapat ditransfer ke no. rekening sebagai berikut :
 Bank : BCA
 No. Rekening : 8160159902
 Atas nama : RS Panti Waluya

Apabila telah melakukan pembayaran, maka kami mohon bukti transfer dapat dikirimkan melalui email : rkz.pantiwaluya@gmail.com atau nomor Whatsapp Sekretariat: 082139889778.


Untuk informasi lebih lanjut terkait pelaksanaan penelitian dapat berkoordinasi dengan Ibu Fitria Hayati, S.Kep. Ns. (081333173201) selaku Kepala Diklat Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang.

Demikian jawaban kami, atas perhatian serta kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.


RS Panti Waluya Sawahan
 Malang

dr. Lisa Setiawati, MMRS
 Direktur

Jl. Nusakambangan No. 56 Po. Box 99 Malang 65117
 Telp. (0341) 366033, 361507, 362017, Fax (0341) 3014708
 Website : <http://www.pantiwaluya.org>, e-mail : rkz.pantiwaluya@gmail.com

Lampiran 11. Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah



YAYASAN WAHANA BHAkti KARYA HUSADA
 INSTITUT TEKNOLOGI, SAINS DAN KESEHATAN
 RS dr. SOEPRAOEN
 PROGRAM STUDI D-III REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
Jalan Sadana Tegayuda Nomor 22 Malang 65131 Telp. (0341) 311173 Fax (0341) 311170
 Website: www.ITK.soepraoen.ac.id Email: info@soepraoen.ac.id




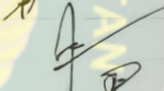
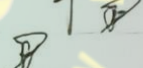

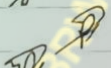

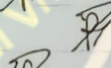
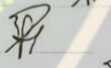


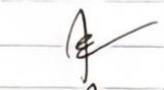
LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
D-III REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

Nama : ELMA KARTIKA PUTRI

NIM : 195030

Dosen Pembimbing : 1. FITA RUSDIAN IKAWATI, CE, MM
 2. SUWITO, S.kep., Ners, M. Kes

Judul Karya Tulis Ilmiah
Faktor - Faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim Asuransi x pasien rawat inap di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan

No	Materi Bimbingan	Tanggal	Paraf
1	Konsul Judul ke dospem 1	03-06-2021	
2	Konsul Judul ke dospem 2	07-06-2021	
3	Konsul proposal KTI bab 1,2,3	21-06-2021	
4	Konsul proposal KTI bab 1,2,3	6-07-2021	
5	Revisi Judul dan proposal	7-07-2021	
6	Konsul proposal KTI bab 1,2,3	10-07-2021	
7	Konsul proposal KTI bab 3	12-07-2021	
8	Konsul proposal KTI bab 3 & Acc dospem 1 & perubahan proposal	19-07-2021	
9	Konsul proposal KTI bab 1,2,3 dospem 2	22-07-2021	
10	Konsul proposal KTI bab 1,2,3 dospem 2	21-08-2021	
11	Konsul proposal & Acc dospem 2	3-09-2021	

No	Materi Bimbingan	Tanggal	Paraf
12	Seminar Proposal	07-02-2022	
	Konsul proposal & Acc Dospem	15. 02. 2022	
13	Konsul proposal penguji	17. 02. 2022	
14	Konsul proposal dan Acc penguji	18. 02. 2022	
15	Konsul proposal		
	Konsul proposal, Acc dospem 2		
16	Konsul bab 4 dan 5		
	Penambahan Uji F acc		
17	Konsul bab 4 dan 5	12-07-2022	
18	Konsul <u>ke</u>	13 07 2022	
19	Konsul Acc megu erdas	21.07.2022	
20	Konsul revisi bab IV-V	22.07.2022	
21	Acc cetak	22.07.2022	
22	Acc cetak	22.07.2022	
23	Acc	25/22 7	

Lampiran 12. Dokumentasi Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan

