

Lampiran 1. Lembar Permohonan Menjadi Informan



YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA
INSTITUT TEKNOLOGI, SAINS DAN KESEHATAN RS dr. SOEPROAEN
KESDAM V / BRAWIJAYA MALANG



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

Website : www.itsk-soepraoen.ac.id / Email : informasi@itsk-soepraoen.ac.id

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI INFORMAN

Kepada
 Yth.
 Pimpinan di Rumkitban Lawang
 Kota Malang

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan dibawah ini, mahasiswa Prodi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Institut Teknologi Sains dan Kesehatan RS dr. Soepraoen Malang.

Nama : Abrianto Yuli Firmansyah

NIM : 205001

Sebagai syarat tugas akhir mahasiswa Prodi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Institut Teknologi Sains dan Kesehatan RS dr. Soepraoen, saya akan melakukan penelitian dengan judul “Tinjauan Pelaksanaan Klaim JKN pada Pasien Rawat Inap di Rumkitban Lawang Malang”. Untuk keperluan tersebut saya mohon kesediaan pimpinan klinik untuk menjadi subyek dalam penelitian ini. Selanjutnya saya mohon untuk memberikan informasi dengan kejujuran dan apa adanya. Jawaban dijamin kerahasiaannya.

Demikian atas bantuan dan partisipasinya disampaikan terima kasih.

Malang... Maret 2023

Abrianto Yuli Firmansyah

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Informan Penelitian



YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA
INSTITUT TEKNOLOGI, SAINS DAN KESEHATAN RS dr. SOEPRAOEN
KESDAM V / BRAWIJAYA MALANG



Jl. Sodanco Supriadi No. 22 Malang, Telp : 0341-351275, Fax: 0341-351310
 Website : www.itsk-soepraoen.ac.id / Email : informasi@itsk-soepraoen.ac.id

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Jabatan : ...

Menyatakan telah diberi informasi dan bersedia menjadi responden penelitian karya tulis ilmiah yang berjudul “Tinjauan Pelaksanaan Klaim JKN pada Pasien Rawat Inap di Rumkitban Lawang Malang”.

Saya juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan sebenar-benarnya tanpa ada yang di tutup-tutupi. Pada saat saya melakukan studi penelitian dengan observasi dan wawancara, akan diadakan proses perekaman sebagai bukti dalam penyusunan penelitian kami. Kami menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas pimpinan klinik. Informasi yang diberikan hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu untuk perekam medis dan informasi kesehatan.

Tanda tangan dibawah ini, menunjukkan pimpinan klinik telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Malang, Maret 2023

Petugas

Lampiran 3 Pedoman Wawancara Kepala Unit Rekam Medis

PEDOMAN WAWANCARA
(Kepala Unit Rekam Medis)

A. Identitas Informan

Nama : Informan 1 (Inf 1)
 Jenis Kelamin : Laki – Laki
 Pendidikan : DIII Rekam Medis
 Jabatan : Kepala Unit Rekam Medis

B. Daftar Pertanyaan

1. Persyaratan Data/Berkas Klaim

a. Bagaimana alur proses pengajuan berkas klaim JKN di Rumkitban Lawang?

“Proses pengajuan berkas klaim JKN di Rumkitban Lawang sesuai SOP. Petugas administrasi ruangan membuat klaim lembar SEP, rekening tagihan, foto copy KIS, KTP, kartu keluarga, surat rujukan (jika dirujuk dari FKTP), hasil pemeriksaan penunjang dan resume medis, dan diserahkan ke petugas loket penerimaan untuk mencocokkan pada billing system, petugas rekam medik mengkodekan diagnosa pasien sesuai INA-CBGs. Kemudian melakukan proses kodefikasi dan menyerahkan klaim kepada tim input data klaim. Bersama tim verifikasi internal, rumah sakit menyiapkan laporan data klaim untuk NCC dan melakukan grouping yang dihasilkan software INA-CBGs. Tim input menyerahkan data digital berupa rekapitulasi txt, pdf dan excel juga berkas klaim ke verifikator JKN. Setelah diverifikasi oleh tim JKN berkas pengajuan klaim ditandatangani oleh direktur rumah sakit atau pejabat yang mewakili, selanjutnya dikirim ke JKN.”

W1I1a: Proses pengajuan berkas klaim JKN di Rumkitban Lawang sesuai SOP

W1I1b: Petugas administrasi ruangan membuat klaim lembar SEP, rekening tagihan, foto copy KIS, KTP, kartu keluarga, surat rujukan (jika dirujuk dari FKTP), hasil pemeriksaan penunjang dan resume medis, dan diserahkan ke

petugas loket penerimaan untuk mencocokkan pada billing system, petugas rekam medik mengkoding diagnosa pasien sesuai INA-CBGs

W1f1c: Melakukan proses kodefikasi dan menyerahkan klaim kepada tim input data klaim. Bersama tim verifikasi internal, rumah sakit menyiapkan laporan data klaim untuk NCC dan melakukan grouping yang dihasilkan software INA-CBGs. Tim input menyerahkan data digital berupa rekapitulasi txt, pdf dan excel juga berkas klaim ke verifikator JKN.

b. Bagaimana proses pengumpulan berkas klaim, entri data/coding verifikasi oleh pihak rumah sakit dan JKN di unit administrasi klaim di Rumkitban Lawang?

“Proses pengumpulan resume medis diawali pasien mendaftar dengan memberikan informasi riwayat kesehatan, pemeriksaan dokter. Setelah pemeriksaan klinis, rumah sakit membuat rekam medis yang mencatat informasi pasien, hasil pemeriksaan, diagnosa, dan tindakan yang dilakukan. Setelah pasien selesai dirawat, rumah sakit akan mengumpulkan resume medis pasien yang mencakup informasi tentang kondisi pasien, tindakan medis yang dilakukan, dan rencana pengobatan selanjutnya. Kemudian Resume akan diverifikasi dan divalidasi untuk memastikan kelengkapan dan kebenaran informasi yang tercatat. Resume medis pasien akan disimpan dalam arsip rumah sakit untuk kepentingan pasien dan pengelolaan rekam medis.”

W2f1a: Rumah sakit akan mengumpulkan resume medis pasien yang mencakup informasi tentang kondisi pasien, tindakan medis yang dilakukan, dan rencana pengobatan selanjutnya. kemudian resume akan diverifikasi dan divalidasi untuk memastikan kelengkapan dan kebenaran informasi yang tercatat. Resume medis pasien akan disimpan dalam arsip rumah sakit untuk kepentingan pasien dan pengelolaan rekam medis.

c. Apakah dalam kebijakan tercantum tugas pokok dan fungsi masing-masing petugas pada bagian pengelolaan klaim?

“Tertulis didalam SOP”

(W3f1a) Tertulis didalam SOP

d. Berkas apa saja yang dibutuhkan untuk kelengkapan pengajuan klaim pada pasien?

“Berkas yang dibutuhkan untuk kelengkapan pengajuan klaim pada pasien antara lain SEP (Surat Eligibilitas Peserta), Resume Medis pasien yang berisi riwayat medis lengkap, lembar Cosemik, lembar penunjang seperti billing rumah sakit atau dokumen lainnya yang menunjukkan detail biaya yang dikeluarkan untuk perawatan pasien.”

(W4If1a) Berkas yang dibutuhkan untuk kelengkapan pengajuan klaim pada pasien antara lain SEP (Surat Eligibilitas Peserta), Resume Medis pasien yang berisi riwayat medis lengkap, lembar Cosemik, lembar penunjang seperti billing rumah sakit.

- e. Permasalahan dan hambatan apa yang sering dihadapi dalam proses pengajuan klaim di Rumkitban Lawang?

“Tidak memilikinya diagnosa yang dituliskan JKN”

(W5If1a) Tidak memilikinya diagnosa yang dituliskan JKN

2. Kodefikasi Klaim JKN

- a. Bagaimana proses dalam melakukan koding, entri data pasien?

“Proses koding dan entri data pasien JKN sesuai SOP yang meliputi beberapa tahapan, yaitu pengumpulan data pasien, identifikasi diagnosa dan prosedur, Setelah identifikasi diagnosa dan prosedur melakukan proses koding seperti ICD-10 untuk diagnosa dan ICPM untuk prosedur, selanjutnya data pasien yang telah dikodekan dimasukkan ke dalam SIM-RS. Kemudian data tersebut akan diverifikasi oleh petugas pengelola klaim JKN Kesehatan, selanjutnya adalah melakukan pengajuan klaim melalui sistem E-klaim yang sudah disediakan oleh JKN.”

(W6If1a): Proses koding dan entri data pasien JKN sesuai SOP yang meliputi beberapa tahapan, yaitu pengumpulan data pasien, identifikasi diagnosa dan prosedur, Setelah identifikasi diagnosa dan prosedur melakukan proses koding seperti ICD-10 untuk diagnosa dan ICPM untuk prosedur, selanjutnya data pasien yang telah dikodekan dimasukkan ke dalam SIM-RS.

- b. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk berkas klaim dari pendaftaran sampai kepada proses pengkodean dan entri?

“Waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan proses pengkodean dan entri data pasien JKN pada umumnya 1x24 jam pasca pasien KRS. Namun, secara umum, proses tersebut dapat memakan waktu beberapa jam hingga beberapa hari tergantung pada tingkat kesulitan dan jumlah data yang harus diolah. Sebagai contoh, untuk pasien yang tidak memerlukan perawatan khusus dan memiliki dokumen lengkap, proses pengkodean dan entri data JKN di rumah sakit biasanya dapat diselesaikan dalam waktu beberapa jam hingga satu hari kerja.”

(W7If1a): Waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan proses pengkodean dan entri data pasien JKN pada umumnya 1x24 jam pasca pasien KRS.

c. Berapa lama waktu untuk menyelesaikan pengkodean dan entri data berkas klaim dalam satu bulan?

“Pengkodean dan entri data berkas klaim adalah proses yang cukup terstruktur di Rumkitban Lawang. Dalam satu bulan, kami biasanya dapat menyelesaikan pengkodean dan entri data untuk berkas klaim pasien yang menjalani rawat inap. Namun, waktu yang diperlukan dapat bervariasi tergantung pada volume pasien yang dirawat di rumah sakit selama bulan tersebut. Pada bulan-bulan dengan volume pasien yang lebih tinggi, proses ini mungkin memakan waktu lebih lama karena kami harus memastikan akurasi dan kualitas data yang dimasukkan. Untuk memastikan kualitas layanan yang tinggi, kami lebih fokus pada keakuratan pengkodean dan entri data daripada kecepatan. Namun, kami selalu berusaha untuk menjaga keseimbangan antara efisiensi dan keakuratan dalam proses ini.”

(W8If1a): Dalam satu bulan, kami biasanya dapat menyelesaikan pengkodean dan entri data untuk berkas klaim pasien yang menjalani rawat inap

d. Aplikasi pendukung apa yang digunakan untuk melakukan proses koding data pasien?

“Untuk melakukan proses koding data pasien, rumah sakit menggunakan beberapa aplikasi pendukung seperti SIM RS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit, Aplikasi INA-CBGs (Indonesian Case Based Groups) dan E-klaim JKN.”

(W9If1a): Untuk melakukan proses koding data pasien, rumah sakit menggunakan beberapa aplikasi pendukung seperti SIM RS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit, Aplikasi INA-CBGs (Indonesian Case Based Groups) dan E-klaim JKN

e. Permasalahan apa yang sering dihadapi dalam proses pelaksanaan koding?

“Permasalahan yang sering dialami dalam proses koding adalah tidak spesifiknya diagnosa yang tercantum dalam DRJP pasien, menyebabkan kesulitan menentukan kode diagnosis sehingga berdampak pada ketepatan pengelompokan pasien ke dalam kelompok penyakit yang sesuai yang memengaruhi besaran klaim yang akan diajukan ke JKN. Selain itu, masalah lain yang sering dialami kesalahan penulisan nomor rekam medis, kesalahan penulisan kode tindakan medis, dan ketidaksesuaian antara diagnosis dan tindakan medis yang dilakukan.”

W10If1a: tidak spesifiknya diagnosa yang tercantum dalam DRJP pasien, menyebabkan kesulitan menentukan kode diagnosis sehingga berdampak pada ketepatan pengelompokan pasien ke dalam kelompok penyakit yang sesuai yang memengaruhi besaran klaim yang akan diajukan ke JKN.

W10If1b: masalah lain yang sering dialami kesalahan penulisan nomor rekam medis, kesalahan penulisan kode tindakan medis, dan ketidaksesuaian antara diagnosis dan tindakan medis yang dilakukan.

3. Verifikasi Klaim JKN

a. Bagaimana alur grouping dan pemeriksaan fraud pada klaim JKN?

“Alur grouping dan pemeriksaan fraud pada klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah bagian penting dari proses pengajuan klaim di Rumkitban Lawang. Setelah kami menyelesaikan pengkodean dan entri data berkas klaim, langkah selanjutnya adalah grouping. Dalam tahap ini, kami menggunakan perangkat lunak INA-CBGs untuk mengelompokkan penyakit dan prosedur pasien ke dalam kategori yang sesuai. Ini penting untuk menentukan besaran biaya yang akan diajukan kepada BPJS Kesehatan. Selanjutnya, kami memiliki proses pemeriksaan fraud. Tim verifikator JKN yang bertugas akan melakukan verifikasi lebih lanjut terhadap berkas klaim. Mereka akan memeriksa kelengkapan dan

keabsahan data dalam klaim, termasuk diagnosis, prosedur medis, dan biaya. Pemeriksaan fraud ini bertujuan untuk mencegah penyalahgunaan dan kecurangan dalam klaim, sehingga dana JKN digunakan dengan benar. Jika ditemukan adanya potensi kecurangan atau ketidaksesuaian dalam klaim, tim verifikator JKN akan mengambil tindakan yang sesuai. Proses ini memastikan bahwa klaim yang diajukan sesuai dengan prosedur dan standar yang berlaku, dan manfaat JKN disalurkan dengan benar kepada peserta. Kami selalu berkomitmen untuk menjaga integritas dan transparansi dalam proses klaim JKN di Rumkitban Lawang.”

W11If1a: Setelah kami menyelesaikan pengkodean dan entri data berkas klaim, langkah selanjutnya adalah grouping. Dalam tahap ini, kami menggunakan perangkat lunak INA-CBGs untuk mengelompokkan penyakit dan prosedur pasien ke dalam kategori yang sesuai. Ini penting untuk menentukan besaran biaya yang akan diajukan kepada BPJS Kesehatan

b. Bagaimana jika terdapat berkas yang dikembalikan untuk direvisi atau dilengkapi?

“Jika terdapat berkas klaim yang dikembalikan untuk direvisi atau dilengkapi, langkah-langkah yang harus dilakukan adalah memeriksa catatan atau keterangan dari JKN, melakukan revisi atau melengkapi berkas yang diminta, kemudian menyerahkan kembali berkas klaim yang telah direvisi atau dilengkapi, selanjutnya menunggu proses verifikasi dan pencairan klaim.”

W12If1a: langkah-langkah yang harus dilakukan adalah memeriksa catatan atau keterangan dari JKN, melakukan revisi atau melengkapi berkas yang diminta, kemudian menyerahkan kembali berkas klaim yang telah direvisi atau dilengkapi.

c. Persyaratan dan kelengkapan data/dokumen apa saja untuk melakukan grouping dan pemeriksaan fraud untuk klaim JKN?

“Beberapa hal yang biasanya terdapat dalam resume medis pasien antara lain identitas pasien, riwayat penyakit gejala, diagnosis, dan pengobatan sebelumnya, jenis pengobatan yang diberikan. Keadaan saat pulang: Informasi mengenai keadaan pasien saat pulang, termasuk kondisi kesehatan dan saran atau rekomendasi dari dokter. Informasi resume medis pasien antara lain diagnosa pasien harus dicantumkan sesuai dengan kode ICD-10. Kode tindakan medis atau

prosedur Klasifikasi Indonesia (PROKLI) dicantumkan untuk memastikan bahwa tindakan medis yang dilakukan tercakup dalam manfaat program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).”

W13If1a: Beberapa hal yang biasanya terdapat dalam resume medis pasien antara lain identitas pasien, riwayat penyakit gejala, diagnosis, dan pengobatan sebelumnya, jenis pengobatan yang diberikan.

d. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk melakukan proses grouping dan pemeriksaan fraud pada klaim JKN?

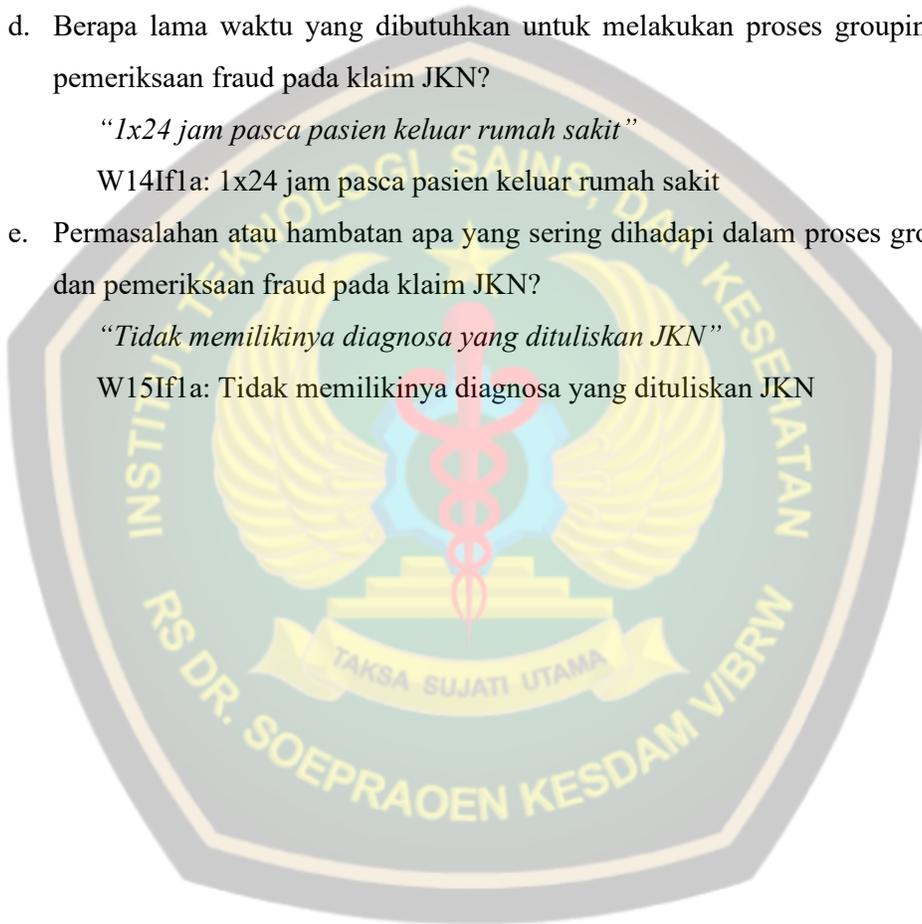
“1x24 jam pasca pasien keluar rumah sakit”

W14If1a: 1x24 jam pasca pasien keluar rumah sakit

e. Permasalahan atau hambatan apa yang sering dihadapi dalam proses grouping dan pemeriksaan fraud pada klaim JKN?

“Tidak memilikinya diagnosa yang dituliskan JKN”

W15If1a: Tidak memilikinya diagnosa yang dituliskan JKN



Lampiran 4 Pedoman Wawancara Petugas Koding/Entri Data

PEDOMAN WAWANCARA
(Petugas Koding/Entri Data)

A. Identitas Informan

Nama : Informan 2 (Inf 2)
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Pendidikan : DIII Rekam Medis
 Jabatan : Coder/Entri Data

B. Daftar Pertanyaan**1. Persyaratan Data/Berkas Klaim**

a. Bagaimana alur proses pengajuan berkas klaim JKN di Rumkitban Lawang?

“Kami menerima berkas klaim dari petugas administrasi dalam berkas ini, terdapat dokumen seperti Surat Eligibilitas Peserta (SEP), rekening tagihan, salinan Kartu Indonesia Sehat (KIS), Kartu Tanda Penduduk (KTP), Kartu Keluarga, surat rujukan (jika ada), hasil pemeriksaan penunjang, dan resume medis pasien. Kami melakukan pengkodean diagnosa sesuai dengan kode INA-CBGs dan berkas klaim diserahkan ke tim input data klaim/verifikator untuk diajukan ke BPJS Kesehatan.”

W1If2a: Kami menerima berkas klaim dari petugas administrasi dalam berkas ini, terdapat dokumen seperti Surat Eligibilitas Peserta (SEP), rekening tagihan, salinan Kartu Indonesia Sehat (KIS), Kartu Tanda Penduduk (KTP), Kartu Keluarga, surat rujukan (jika ada), hasil pemeriksaan penunjang, dan resume medis pasien.

b. Bagaimana proses pengumpulan berkas klaim, entri data/coding verifikasi oleh pihak rumah sakit dan JKN di unit administrasi klaim di Rumkitban Lawang?

“Saat berkas klaim tiba, kami melakukan pengkodean diagnosa. Setelah itu, berkas dikirim ke tim verifikasi rumah sakit, dan akhirnya ke tim JKN untuk proses lebih lanjut.”

W2If2a: Saat berkas klaim tiba, kami melakukan pengkodean diagnosa. Setelah itu, berkas dikirim ke tim verifikasi rumah sakit.

- c. Apakah dalam kebijakan tercantum tugas pokok dan fungsi masing-masing petugas pada bagian pengelolaan klaim?

“Tercantum, ada sesuai SOPnya”

W3If2a: Tercantum, ada sesuai SOPnya

- d. Berkas apa saja yang dibutuhkan untuk kelengkapan pengajuan klaim pada pasien?

“Kami membutuhkan berkas klaim lengkap, termasuk Surat Eligibilitas Peserta (SEP), rekening tagihan, KIS, KTP, Kartu Keluarga, surat rujukan (jika ada), hasil pemeriksaan penunjang, dan resume medis pasien untuk memproses klaim dengan baik.”

W4If2a: Kami membutuhkan berkas klaim lengkap, termasuk Surat Eligibilitas Peserta (SEP), rekening tagihan, KIS, KTP, Kartu Keluarga, surat rujukan (jika ada), hasil pemeriksaan penunjang, dan resume medis pasien.

- e. Permasalahan dan hambatan apa yang sering dihadapi dalam proses pengajuan klaim di Rumkitban Lawang?

“Diagnosa terkadang tidak sesuai dengan JKN”

W5If2a: Diagnosa terkadang tidak sesuai dengan JKN

2. Kodifikasi Klaim JKN

- a. Bagaimana proses dalam melakukan coding, entri data pasien?

“Proses kami dimulai dengan pengkodean diagnosa pasien sesuai dengan ICD10 dan ICD 9 dan aturan di INA-CBGs. Kami kemudian memasukkan data pasien ke dalam sistem untuk persiapan laporan klaim.”

W6If2a: Proses kami dimulai dengan pengkodean diagnosa pasien sesuai dengan ICD10 dan ICD 9 dan aturan di INA-CBGs.

- b. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk berkas klaim dari pendaftaran sampai kepada proses pengkodean dan entri?

“Waktu yang dibutuhkan untuk berkas klaim dari pendaftaran hingga pengkodean dan entri biasanya sekitar (sebutkan durasinya, misalnya, 1-2 hari). Waktu ini tergantung pada volume pasien dan prosedur rumah sakit kami.”

W7If2a: Waktu ini tergantung pada volume pasien dan prosedur rumah sakit kami.

- c. Berapa lama waktu untuk menyelesaikan pengkodean dan entri data berkas klaim dalam satu bulan?

“Proses pengkodean dan entri data berkas klaim dalam satu bulan biasanya memakan waktu sekitar (sebutkan durasinya, misalnya, 1-14 hari). Namun, waktu ini dapat bervariasi tergantung pada volume pasien yang dirawat di rumah sakit selama bulan tersebut.”

W8If2a: waktu ini dapat bervariasi tergantung pada volume pasien yang dirawat di rumah sakit selama bulan tersebut.

- d. Aplikasi pendukung apa yang digunakan untuk melakukan proses koding data pasien?

“Kami menggunakan perangkat lunak khusus yang disebut INA-CBGs (Indonesia Case-Based Groups) untuk melakukan proses koding data pasien.”

W9If2a: Kami menggunakan perangkat lunak khusus yang disebut INA-CBGs (Indonesia Case-Based Groups) untuk melakukan proses koding data pasien.

- e. Permasalahan apa yang sering dihadapi dalam proses pelaksanaan koding?

“Kendala yang sering kami hadapi dalam proses koding adalah perbedaan interpretasi diagnosa oleh dokter, serta ketepatan dokumentasi medis untuk pengkodean yang akurat.”

W10If2a: Perbedaan interpretasi diagnosa oleh dokter, serta ketepatan dokumentasi medis untuk pengkodean yang akurat.

3. Verifikasi Klaim JKN

- a. Bagaimana alur grouping dan pemeriksaan fraud pada klaim JKN?

“Setelah pengkodean, klaim diproses oleh tim verifikasi rumah sakit. Kemudian, tim dari BPJS Kesehatan melakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk mencegah fraud sebelum pembayaran dilakukan.”

W11If2a: Setelah pengkodean, klaim diproses oleh tim verifikasi rumah sakit.

W11If2b: Kemudian, tim dari BPJS Kesehatan melakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk mencegah fraud sebelum pembayaran dilakukan.

- b. Bagaimana jika terdapat berkas yang dikembalikan untuk direvisi atau dilengkapi?

“Jika terdapat berkas yang perlu direvisi atau dilengkapi, kami akan mengkoordinasikan dengan tim medis atau petugas administrasi untuk mengatasi masalah yang muncul. Setelah revisi atau pelengkapan dilakukan, berkas akan diajukan kembali untuk proses klaim.”

W12If2a: kami akan mengkoordinasikan dengan tim medis atau petugas administrasi untuk mengatasi masalah yang muncul.

W12If2b: Setelah revisi atau pelengkapan dilakukan, berkas akan diajukan kembali untuk proses klaim.

c. Persyaratan dan kelengkapan data/dokumen apa saja untuk melakukan grouping dan pemeriksaan fraud untuk klaim JKN?

“Persyaratan dan kelengkapan data yang diperlukan untuk grouping dan pemeriksaan fraud klaim JKN meliputi berkas klaim lengkap, diagnosa pasien, hasil pemeriksaan, dan informasi medis yang akurat.”

W13If2a: kelengkapan data yang diperlukan untuk grouping dan pemeriksaan fraud klaim JKN meliputi berkas klaim lengkap, diagnosa pasien, hasil pemeriksaan, dan informasi medis yang akurat.

d. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk melakukan proses grouping dan pemeriksaan fraud pada klaim JKN?

“Waktu yang dibutuhkan untuk melakukan proses grouping dan pemeriksaan fraud pada klaim JKN biasanya memakan waktu sekitar 1x 24 jam, tergantung pada volume klaim dan kompleksitasnya.”

W14If2a: Waktu yang dibutuhkan untuk melakukan proses grouping dan pemeriksaan fraud pada klaim JKN biasanya memakan waktu sekitar 1x 24 jam.

e. Permasalahan atau hambatan apa yang sering dihadapi dalam proses grouping dan pemeriksaan fraud pada klaim JKN?

“Kendala yang sering kami hadapi dalam proses grouping dan pemeriksaan fraud adalah kurangnya dokumen atau informasi yang akurat dalam berkas klaim, serta perbedaan interpretasi diagnosa antara penyedia layanan kesehatan dan tim verifikasi JKN.”

W15If2a: kurangnya dokumen atau informasi yang akurat dalam berkas klaim, serta perbedaan interpretasi diagnosa antara penyedia layanan kesehatan dan tim verifikasi JKN.



Lampiran 5 Pedoman Wawancara Petugas Verifikator

PEDOMAN WAWANCARA
(Petugas Verifikator Rumah Sakit)

A. Identitas Informan

Nama : Informan 3 (Inf 3)
 Jenis Kelamin : Laki – Laki
 Pendidikan : DIII Rekam Medis
 Jabatan : Verifikator Rumah Sakit

B. Daftar Pertanyaan**1. Persyaratan Data/Berkas Klaim**

a. Bagaimana alur proses pengajuan berkas klaim JKN di Rumkitban Lawang?

“Proses pengajuan berkas klaim JKN di Rumkitban Lawang dimulai dengan menerima berkas klaim dari petugas coding rekam medis. Kami melakukan verifikasi kelengkapan dan keabsahan berkas, termasuk diagnosa, prosedur medis, dan biaya. Setelah verifikasi, berkas dikirim ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan untuk proses lebih lanjut.”

W1If3a: Proses pengajuan berkas klaim JKN di Rumkitban Lawang dimulai dengan menerima berkas klaim dari petugas coding rekam medis.

W1If3b: Kami melakukan verifikasi kelengkapan dan keabsahan berkas, termasuk diagnosa, prosedur medis, dan biaya.

b. Bagaimana proses pengumpulan berkas klaim, entri data/coding verifikasi oleh pihak rumah sakit dan JKN di unit administrasi klaim di Rumkitban Lawang?

“Kami mulai dengan menerima berkas klaim dari petugas coding rekam medis. Kemudian, kami melakukan verifikasi kelengkapan data dan diagnosa pasien sebelum berkas dikirim ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan untuk tahap selanjutnya.”

W2If3a: Kami mulai dengan menerima berkas klaim dari petugas coding rekam medis. Kemudian, kami melakukan verifikasi kelengkapan data dan

diagnosa pasien sebelum berkas dikirim ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan untuk tahap selanjutnya.

- c. Apakah dalam kebijakan tercantum tugas pokok dan fungsi masing-masing petugas pada bagian pengelolaan klaim?

“Dalam kebijakan kami, tugas pokok dan fungsi masing-masing petugas dalam pengelolaan klaim dijelaskan dengan jelas di dalam SOP. Ini memastikan koordinasi yang baik dan pemahaman peran kami dalam proses klaim.”

W3If3a: Dalam kebijakan kami, tugas pokok dan fungsi masing-masing petugas dalam pengelolaan klaim dijelaskan dengan jelas di dalam SOP.

- d. Berkas apa saja yang dibutuhkan untuk kelengkapan pengajuan klaim pada pasien?

“Kami memerlukan berkas klaim yang lengkap, termasuk Surat Eligibilitas Peserta (SEP), rekening tagihan, KIS, KTP, Kartu Keluarga, surat rujukan (jika ada), hasil pemeriksaan penunjang, dan resume medis pasien untuk memastikan kelengkapan pengajuan klaim pasien.”

W4If3a: Kami memerlukan berkas klaim yang lengkap, termasuk Surat Eligibilitas Peserta (SEP), rekening tagihan, KIS, KTP, Kartu Keluarga, surat rujukan (jika ada), hasil pemeriksaan penunjang, dan resume medis pasien.

- e. Permasalahan dan hambatan apa yang sering dihadapi dalam proses pengajuan klaim di Rumkitban Lawang?

“Kendala yang sering kami hadapi dalam proses pengajuan klaim adalah kelalaian dalam pengumpulan dokumen, kesalahan dalam diagnosa, dan perbedaan interpretasi antara pihak rumah sakit dan BPJS Kesehatan.”

W5If3a: kelalaian dalam pengumpulan dokumen, kesalahan dalam diagnosa, dan perbedaan interpretasi antara pihak rumah sakit dan BPJS Kesehatan.

2. Kodifikasi Klaim JKN

- a. Bagaimana proses dalam melakukan coding, entri data pasien?

“Proses kami melibatkan verifikasi diagnosa dan data pasien yang telah dikode oleh petugas coding rekam medis. Kami memastikan bahwa data tersebut akurat dan sesuai sebelum mengirimnya ke BPJS Kesehatan.”

W6If3a: kami melibatkan verifikasi diagnosa dan data pasien yang telah dikode oleh petugas koding rekam medis.”

W6If3b: Kami memastikan bahwa data tersebut akurat dan sesuai sebelum mengirimnya ke BPJS Kesehatan.

- b. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk berkas klaim dari pendaftaran sampai kepada proses pengkodean dan entri?

“Waktu yang diperlukan untuk berkas klaim dari pendaftaran hingga proses pengkodean dan entri biasanya sekitar (sebutkan durasinya, misalnya, 1-2 hari). Waktu ini tergantung pada volume pasien dan kompleksitas berkas.”

W7If3a: Waktu ini tergantung pada volume pasien dan kompleksitas berkas.

- c. Berapa lama waktu untuk menyelesaikan pengkodean dan entri data berkas klaim dalam satu bulan?

“Waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan pengkodean dan entri data berkas klaim dalam satu bulan biasanya berkisar antara (sebutkan durasinya, misalnya, 1-14 hari). Durasi ini tergantung pada volume klaim selama bulan tersebut.”

W8If3a: Durasi ini tergantung pada volume klaim selama bulan tersebut.

- d. Aplikasi pendukung apa yang digunakan untuk melakukan proses koding data pasien?

“Kami menggunakan perangkat lunak INA-CBGs (Indonesia Case-Based Groups) untuk proses koding data pasien.”

W9If3a: Kami menggunakan perangkat lunak INA-CBGs.

- e. Permasalahan apa yang sering dihadapi dalam proses pelaksanaan koding?

“Kendala yang sering kami hadapi dalam proses koding adalah perbedaan interpretasi diagnosa oleh dokter, serta ketepatan dokumentasi medis untuk pengkodean yang akurat.”

W10If3a: perbedaan interpretasi diagnosa oleh dokter, serta ketepatan dokumentasi medis untuk pengkodean yang akurat.

3. Verifikasi Klaim JKN

- a. Bagaimana alur grouping dan pemeriksaan fraud pada klaim JKN?

“Setelah selesai proses koding dan entri data, berkas klaim diproses oleh tim verifikasi internal rumah sakit. Setelah itu, tim dari BPJS Kesehatan melakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk mencegah fraud sebelum pembayaran klaim dilakukan.”

W11If3a: Setelah selesai proses koding dan entri data, berkas klaim diproses oleh tim verifikasi internal rumah sakit.

W11If3b: Setelah itu, tim dari BPJS Kesehatan melakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk mencegah fraud sebelum pembayaran klaim dilakukan.

- b. Bagaimana jika terdapat berkas yang dikembalikan untuk direvisi atau dilengkapi?

“Jika terdapat berkas yang memerlukan revisi atau pelengkapan, kami berkoordinasi dengan tim medis atau petugas administrasi rumah sakit untuk mengatasi permasalahan yang ada. Setelah revisi atau pelengkapan selesai, berkas klaim akan diajukan kembali untuk proses lebih lanjut.”

W12If3a: kami berkoordinasi dengan tim medis atau petugas administrasi rumah sakit untuk mengatasi permasalahan yang ada.

W12If3b: Setelah revisi atau pelengkapan selesai, berkas klaim akan diajukan kembali untuk proses lebih lanjut.

- c. Persyaratan dan kelengkapan data/dokumen apa saja untuk melakukan grouping dan pemeriksaan fraud untuk klaim JKN?

“Untuk melakukan grouping dan pemeriksaan fraud pada klaim JKN, kami memerlukan berkas klaim yang lengkap, diagnosa pasien yang tepat, hasil pemeriksaan medis, serta informasi medis yang akurat dan sesuai.”

W13If3a: kami memerlukan berkas klaim yang lengkap, diagnosa pasien yang tepat, hasil pemeriksaan medis, serta informasi medis yang akurat dan sesuai.

- d. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk melakukan proses grouping dan pemeriksaan fraud pada klaim JKN?

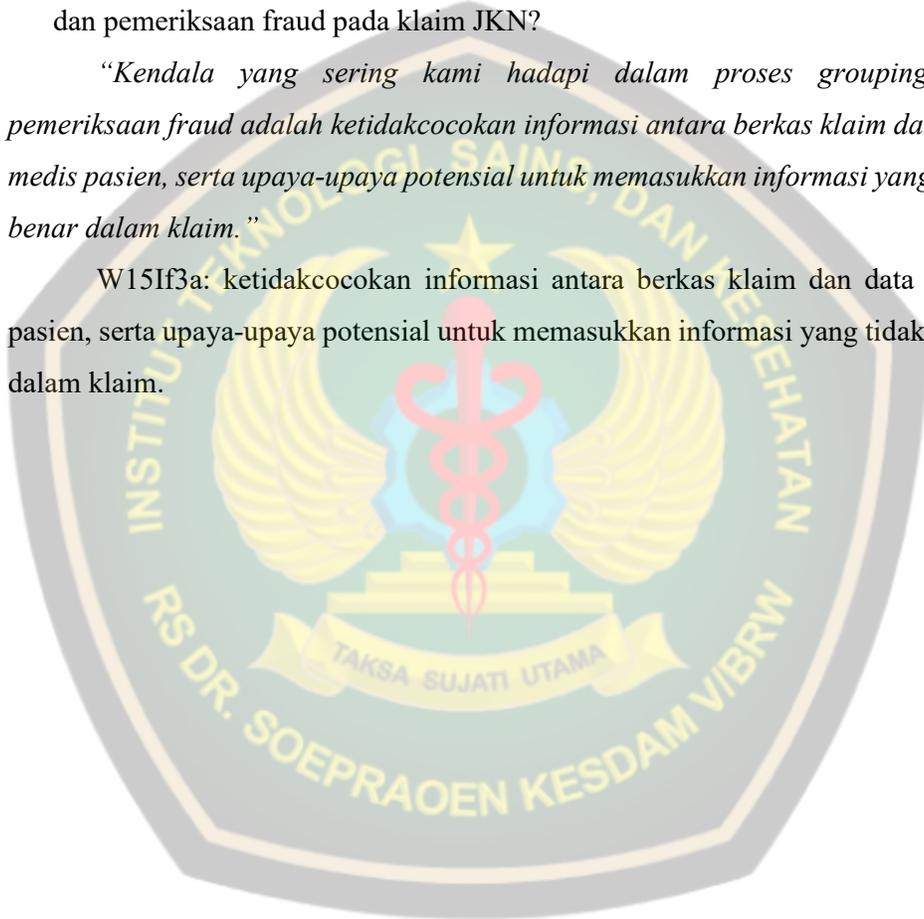
“Waktu yang diperlukan untuk proses grouping dan pemeriksaan fraud pada klaim JKN bervariasi, biasanya memakan waktu sekitar 1 x 24 jam tergantung pada volume klaim dan kompleksitasnya.”

W14If3a: biasanya memakan waktu sekitar 1 x 24 jam tergantung pada volume klaim dan kompleksitasnya.

e. Permasalahan atau hambatan apa yang sering dihadapi dalam proses grouping dan pemeriksaan fraud pada klaim JKN?

“Kendala yang sering kami hadapi dalam proses grouping dan pemeriksaan fraud adalah ketidakcocokan informasi antara berkas klaim dan data medis pasien, serta upaya-upaya potensial untuk memasukkan informasi yang tidak benar dalam klaim.”

W15If3a: ketidakcocokan informasi antara berkas klaim dan data medis pasien, serta upaya-upaya potensial untuk memasukkan informasi yang tidak benar dalam klaim.



Lampiran 6 Hasil Wawancara

Kategori	Pemadatan Fakta	Sintenisasi
Persyaratan Data/Berkas Klaim	<p>Petugas administrasi ruangan membuat klaim lembar SEP, rekening tagihan, foto copy KIS, KTP, kartu keluarga, surat rujukan (jika dirujuk dari FKTP), hasil pemeriksaan penunjang dan resume medis, dan diserahkan ke petugas loket penerimaan untuk mencocokkan pada billing system, petugas rekam medik mengkoding diagnosa pasien sesuai INA-CBGs. (W11f1b)</p> <p>Kami menerima berkas klaim dari petugas administrasi dalam berkas ini, terdapat dokumen seperti Surat Eligibilitas Peserta (SEP), rekening tagihan, salinan Kartu Indonesia Sehat (KIS), Kartu Tanda Penduduk (KTP), Kartu Keluarga, surat rujukan (jika ada), hasil pemeriksaan penunjang, dan resume medis pasien. (W11f2a)</p> <p>Proses pengajuan berkas klaim JKN di Rumkitban Lawang dimulai dengan menerima berkas klaim dari petugas koding rekam medis. (W11f3a)</p>	<p>Proses klaim berkas JKN di Rumkitban Lawang dimulai dengan petugas administrasi ruangan mengumpulkan dokumen seperti lembar SEP, rekening tagihan, fotokopi KIS, KTP, kartu keluarga, surat rujukan (jika dirujuk dari FKTP), hasil pemeriksaan penunjang, dan resume medis pasien. Selanjutnya, berkas tersebut diserahkan ke petugas loket penerimaan untuk mencocokkan dengan billing system. Setelah itu, petugas rekam medik mengkoding diagnosa pasien sesuai INA-CBGs.</p>
	<p>Rumah sakit akan mengumpulkan resume medis pasien yang mencakup informasi tentang kondisi pasien, tindakan medis yang dilakukan, dan rencana pengobatan selanjutnya. kemudian resume akan diverifikasi dan divalidasi untuk memastikan kelengkapan dan kebenaran informasi yang tercatat. Resume medis pasien akan disimpan dalam arsip rumah sakit untuk kepentingan pasien dan pengelolaan rekam medis. (W21f1a)</p>	<p>Proses pengumpulan data dan berkas di Rumkitban Lawang mencakup pengumpulan, pemeriksaan, dan penyimpanan resume medis pasien yang mencakup informasi mengenai kondisi pasien, tindakan medis yang telah dilakukan, serta rencana pengobatan yang akan dilakukan selanjutnya. Berkas klaim dimulai dengan tahap pengkodean diagnosa oleh petugas koding rekam medis sebelum berkas tersebut diperiksa dan diverifikasi untuk memastikan kelengkapan informasi. Setelah tahap verifikasi selesai, berkas klaim</p>

<p>Saat berkas klaim tiba, kami melakukan pengkodean diagnosa. Setelah itu, berkas dikirim ke tim verifikasi rumah sakit. (W2If2a)</p>	<p>Kami mulai dengan menerima berkas klaim dari petugas koding rekam medis. Kemudian, kami melakukan verifikasi kelengkapan data dan diagnosa pasien sebelum berkas dikirim ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan untuk tahap selanjutnya. (W2If3a)</p>	<p>Proses pengajuan berkas klaim JKN di Rumkitban Lawang sesuai SOP. (W1If1a)</p> <p>Tercantum, ada sesuai SOPnya. (W3If2a)</p> <p>Dalam kebijakan kami, tugas pokok dan fungsi masing-masing petugas dalam pengelolaan klaim dijelaskan dengan jelas di dalam SOP. (W3If3a)</p> <p>Tidak memilikinya diagnosa yang dituliskan JKN. (W5If1a)</p> <p>Diagnosa terkadang tidak sesuai dengan JKN. (W5If2a)</p> <p>Kelalaian dalam pengumpulan dokumen, kesalahan dalam diagnosa, dan perbedaan interpretasi antara pihak rumah sakit dan BPJS Kesehatan. (W5If3a)</p>	<p>Proses pengajuan klaim JKN di Rumkitban Lawang berjalan sesuai dengan SOP yang telah ditetapkan. SOP ini mencakup langkah-langkah yang harus diikuti dalam pengelolaan klaim, dan setiap petugas memiliki tugas pokok dan fungsi yang terdefinisi dengan jelas dalam kebijakan tersebut.</p> <p>Permasalahan yang sering terjadi selama proses klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melibatkan beberapa aspek, termasuk ketidaklengkapan dokumen, kesalahan entri data, perselisihan mengenai prosedur dan persyaratan klaim sesuai dengan JKN, kendala sistem, serta ketidaktersediaan diagnosa yang sesuai dengan ketentuan JKN dalam proses grouping. Masalah-masalah seputar diagnosa dalam klaim JKN di Rumkitban Lawang melibatkan ketiadaan diagnosa yang sesuai dengan standar JKN, ketidaksesuaian diagnosa, dan juga kelalaian dalam proses pengumpulan dokumen. Dalam beberapa kasus, ketidaktepatan dan perbedaan interpretasi antara pihak rumah sakit dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan turut menjadi penyebab masalah dalam proses klaim.</p>
<p>Kodefikasi Klaim JKN</p>	<p>Proses koding dan entri data pasien JKN sesuai SOP yang meliputi beberapa tahapan, yaitu pengumpulan Nasional (JKN) di Rumkitban Lawang sesuai dengan</p>		

<p>data pasien, identifikasi diagnosa dan prosedur, Setelah identifikasi diagnosa dan prosedur melakukan proses koding. seperti ICD-10 untuk diagnosa dan ICD9CM untuk prosedur, selanjutnya data pasien yang telah dikodekan dimasukkan ke dalam SIM-RS. (W61f1a)</p>	<p>Proses kami dimulai dengan pengkodean diagnosa pasien sesuai dengan ICD10 dan ICD 9 dan aturan di INA-CBGs. (W61f2a)</p> <p>Kami melibatkan verifikasi diagnosa dan data pasien yang telah dikode oleh petugas koding rekam medis. (W61f3a)</p>	<p>Standar Operasional Prosedur (SOP) yang mencakup beberapa tahap. Tahapan tersebut mencakup pengumpulan data pasien, identifikasi diagnosa dan prosedur, serta penggunaan kode seperti ICD-10 untuk diagnosa dan ICD9CM untuk prosedur. Selanjutnya, data pasien yang telah dikodekan dimasukkan ke dalam Sistem Informasi Manajemen Rekam Medis Rumah Sakit (SIM-RS). Proses di awal melibatkan pengkodean diagnosa pasien dengan menggunakan ICD-10 dan ICD-9 serta aturan yang terdapat dalam INA-CBGs. Dalam tahap selanjutnya, kami melakukan verifikasi terhadap diagnosa dan data pasien yang telah dikode oleh petugas koding rekam medis.</p>
<p>Waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan proses pengkodean dan entri data pasien JKN pada umumnya 1x24 jam pasca pasien KRS. (W71f1a)</p> <p>Waktu ini tergantung pada volume pasien dan prosedur rumah sakit kami. (W71f2a)</p>	<p>Proses koding dan entri data pasien yang telah di koding dimasukkan ke dalam SIM-RS, kemudian dilakukan verifikasi oleh JKN, setelah dilakukan verifikasi maka dilanjutkan dengan melakukan pengajuan klaim pada pihak JKN. Waktu pengkodean selama 1x24 jam pasca pasien KRS. Berkas klaim yang masuk ke unit administrasi sudah lengkap dan sesuai persyaratan, setelah lengkap dilakukan pengkodean.</p>	<p>Rumah sakit menggunakan berbagai aplikasi pendukung, termasuk SIM RS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit), Aplikasi INA-CBGs (Indonesian Case Based Groups), dan E-klaim JKN dalam proses koding data pasien. Khususnya, kami menggunakan perangkat lunak INA-CBGs untuk menjalankan proses koding data pasien.</p>
<p>Untuk melakukan proses koding data pasien, rumah sakit menggunakan beberapa aplikasi pendukung seperti SIM RS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit, Aplikasi INA-CBGs (Indonesian Case Based Groups) dan E-klaim JKN. (W91f1a)</p> <p>Kami menggunakan perangkat lunak khusus yang disebut INA-CBGs (Indonesia Case-Based Groups) untuk melakukan proses koding data pasien. (W91f2a)</p>	<p>Tidak spesifiknya diagnosa yang tercantum dalam DRJP pasien, menyebabkan kesulitan menentukan Medis Jaminan Kesehatan Nasional (DRJP) pasien telah</p>	

kode diagnosis sehingga berdampak pada ketepatan pengelompokan pasien ke dalam kelompok penyakit yang sesuai yang memengaruhi besaran klaim yang akan diajukan ke JKN. (W101f1a)

Perbedaan interpretasi diagnosa oleh dokter, serta ketepatan dokumentasi medis untuk pengkodean yang akurat. (W101f2a)

menyebabkan kesulitan dalam menentukan kode diagnosis, yang berdampak pada kesulitan dalam mengelompokkan pasien ke dalam kategori penyakit yang sesuai. Situasi ini berpotensi memengaruhi besaran klaim yang diajukan kepada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Selain itu, terdapat perbedaan interpretasi diagnosa oleh dokter dan permasalahan terkait ketepatan dokumentasi medis, yang juga memiliki dampak pada akurasi dalam proses pengkodean medis.

Verifikasi Klaim JKN

Setelah kami menyelesaikan pengkodean dan entri data berkas klaim, langkah selanjutnya adalah grouping. Dalam tahap ini, kami menggunakan perangkat lunak INA-CBGs untuk mengelompokkan penyakit dan prosedur pasien ke dalam kategori yang sesuai. Ini penting untuk menentukan besaran biaya yang akan diajukan kepada BPJS Kesehatan. (W111f1a)

Setelah pengkodean, klaim diproses oleh tim verifikasi rumah sakit. (W111f2a)

Setelah menyelesaikan pengkodean dan entri data dalam berkas klaim, langkah selanjutnya adalah tahap grouping. Pada tahap ini, pihak rumah sakit menggunakan perangkat lunak INA-CBGs untuk mengelompokkan diagnosa penyakit dan prosedur medis pasien ke dalam kategori yang sesuai. Langkah ini memiliki signifikansi penting dalam menentukan jumlah biaya yang akan diajukan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Setelah proses pengkodean, berkas klaim kemudian diproses oleh tim verifikasi rumah sakit. Setelah itu, tim dari BPJS Kesehatan melakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk mencegah terjadinya kecurangan sebelum pembayaran klaim dilakukan.

Langkah-langkah yang harus dilakukan adalah memeriksa catatan atau keterangan dari JKN, melakukan revisi atau melengkapi berkas yang diminta, kemudian menyerahkan kembali berkas klaim yang telah direvisi atau dilengkapinya. (W121f1a)

Kami berkoordinasi dengan tim medis atau petugas administrasi rumah sakit untuk mengatasi permasalahan yang ada. (W121f3a)

Tahapan prosedural yang diperlukan mencakup pemeriksaan catatan dan keterangan yang diberikan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (JKN), dilanjutkan dengan proses revisi atau pelengkapan berkas klaim sesuai permintaan yang diberikan. Setelah selesai, berkas yang telah direvisi atau dilengkapi kemudian diserahkan kembali. Untuk mengatasi berbagai permasalahan yang mungkin timbul, kami melakukan koordinasi dengan tim medis serta petugas administrasi di rumah sakit. Kolaborasi ini

memungkinkan penyelesaian masalah yang efektif dalam proses tersebut.

Beberapa hal yang biasanya terdapat dalam resume medis pasien antara lain identitas pasien, riwayat penyakit gejala, diagnosis, dan pengobatan sebelumnya, jenis pengobatan yang diberikan. (W13If1a)

Kami memerlukan berkas klaim yang lengkap, diagnosis pasien yang tepat, hasil pemeriksaan medis, serta informasi medis yang akurat dan sesuai. (W13If3a)

1x24 jam pasca pasien keluar rumah sakit. (W14If1a)

Biasanya memakan waktu sekitar 1 x 24 jam tergantung pada volume klaim dan kompleksitasnya. (W14If3a)

Tidak memilikinya diagnosis yang dituliskan JKN. (W15If1a)

Ketidakkocokan informasi antara berkas klaim dan data medis pasien, serta upaya-upaya potensial untuk memasukkan informasi yang tidak benar dalam klaim. (W15If3a)

Di Rumkitban Lawang, persyaratan kelengkapan grouping memerlukan resume medis pasien yang secara umum mencakup berbagai informasi, termasuk identitas pasien, riwayat penyakit, gejala, diagnosis, serta pengobatan sebelumnya, beserta jenis pengobatan yang telah diberikan.

Untuk memastikan kelengkapan, Petugas memerlukan berkas klaim yang komprehensif, diagnosis pasien yang akurat, hasil pemeriksaan medis yang valid, serta informasi medis yang tepat dan sesuai dengan kondisi pasien.

Proses grouping dalam klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memerlukan waktu yang biasanya mencapai 1x24 jam setelah pasien keluar dari rumah sakit. Durasi waktu ini bervariasi tergantung pada volume klaim yang diajukan dan tingkat kompleksitas yang terlibat dalam proses tersebut.

Hambatan yang dihadapi di Rumkitban Lawang mencakup beberapa aspek, seperti ketidakterdian diagnosis sesuai dengan standar Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Selain itu, permasalahan lain melibatkan ketidakcocokan informasi antara berkas klaim dengan data medis pasien, serta potensi upaya untuk memasukkan informasi yang tidak benar dalam klaim, yang semuanya dapat memengaruhi proses klaim JKN.

Lampiran 7 SOP Pengajuan Klaim BPJS

PROSEDUR PENGAJUAN KLAIM BPJS UNTUK PASIEN JKN

No. Dokumen: SOP.04.BPJS.2022
 No. Revisi: 01
 Halaman: 1 dari 2

Tanggal Terbit: 20 Januari 2022
 Ditetapkan oleh Kepala RS TNI AD 05.08.04 Lawang

STANDAR
 OPERASIONAL
 PROSEDUR

Dr. Wieko Prayudi, Sp.B

- Pengertian** 1. Tata cara pengklaiman kepada BPJS kesehatan yang dilakukan di rumah sakit terhadap peserta JKN yang dirawat di RS TNI AD 05.08.04 Lawang
- Tujuan** 1. Menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.
 2. Memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah
- Kebijakan** 1. Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)
 2. Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial (BPJS)
 3. PERMENKES RI No. 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's)
- Prosedur** 1. Petugas administrasi ruangan membuat klaim yang terdiri dari lembar SEP, rekening tagihan, foto copy KIS, foto copy KTP, foto copy, Kartu keluarga, foto copy surat rujukan (jika dirujuk dari FKTP), hasil pemeriksaan penunjang, resume medis.
 2. Petugas Administrasi menyerahkan klaim ke petugas loket penerimaan untuk mencocokkan lagi dengan hasil print out pada billing system.
 3. Petugas Loket penerimaan menyerahkan klaim yang sudah diverifikasi biayanya ke petugas rekam medik untuk mengkodekan diagnosa pasien sesuai petunjuk teknis Ina-cbgs, sekaligus memverifikasi kelengkapan berkas pengajuan klaim .
 4. Petugas rekam medik melakukan proses kodifikasi diagnosa yang termuat pada form klaim pelayanan RJ dan RI.
 5. Petugas rekam medik melakukan proses kodifikasi prosedur yang termuat pada form klaim pelayanan RJ dan RI.

PROSEDUR KLAIM ASURANSI BPJS UNTUK PASIEN JKN

No. Dokumen:	No. Revisi:	Halaman:
SOP.04.BPJS.2022	01	2 dari 2

6. Petugas rekam medis menyerahkan klaim yang sudah di koding kepada tim input data klaim (pengentri klaim)
7. Petugas entri klaim melakukan prose input data (kode penyakit & prosedur) yang termuat pada form klaim pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
8. Melakukan purifikasi klaim dengan berkoordinasi kepada BPJS
9. Menyusun laporan kegiatan pelayanan input data klaim peserta JKN setiap bulannya.
10. Bersama tim verifikasi internal rumah sakit menyiapkan laporan data klaim untuk NCC (Kepentingan revisi tarif Nasional)
11. Tim verifikasi melakukan verifikasi atas jumlah klaim dan ketepatan kelompok tarif yang dihasilkan tim input data.
12. Tim verifikasi melakukan verifikasi kodifikasi dengan ketepatan kelompok diagnosa (grouping) yang dihasilkan Soft Ware INA-CBGs
13. Tim verifikasi melakukan verifikasi ketepatan rincian tarif rumah sakit dari setiap ruangan sesuai dengan perbub, perda dan bukti yang dilampirkan.
14. Melakukan konfirmasi atas dokumen rekam medis peserta apabila ditemukan potensi kesalahan kode, input dan grouping klaim.
15. Tim input menyerahkan data digital berupa rekapitulasi txt, pdf dan excel juga berkas klaim ke Verifikator BPJS, dengan menandatangani berita acara serah terima berkas klaim untuk diverifikasi selanjutnya.
16. Setelah diverifikasi oleh tim BPJS dan menyetujui pengajuan dari rumah sakit, Berkas pengajuan klaim ditandatangani oleh direktur rumah sakit atau pejabat yang mewakili, selanjutnya dikirim ke BPJS cabang ende .

Unit Terkait

UGD,RJ,RI, Unit Rekam Medis, Bagian Keuangan, Verifikator BPJS

Lampiran 8 Dokumentasi

