

LAMPIRAN

Lampiran 1.

DAFTAR ISTILAH

1. ASKES : Asuransi Kesehatan.
2. BPJS : Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
3. BLUD : Badan layanan Umum Daerah.
4. DJSN : Dewan Jaminan Sosial Nasional.
5. DPJP : Dokter Penanggung Jawab Pasien.
6. FKTP : Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
7. FKRTL : Fasilitas Kesehatan Rujukan Lanjutan.
8. HAA : Health Insurance Association Of America.
9. INA CBG's : Indonesia Case Base Groups.
10. ICD-10 : International Code Diagnosis 10 (Mengkode Diagnosis).
11. ICD-9 : International Code Diagnosis 9 (Mengkode Tindakan Medis).
12. JAMKESDA : Jaminan Kesehatan Daerah.
13. JAMKESMAS : Jaminan Kesehatan Masyarakat.
14. JKN : Jaminan Kesehatan Nasional.
15. KUHD : Kitab Undang Hukum Dagang.
16. KASDA : Kas Daerah.
17. MPKR : Manajemen Pelayanan Kesehatan Rujukan.
18. PAMJAKI : Perhimpunan Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia.
19. PKTP : Pelayanan Kesehatan Tingkat Primer.
20. PPK : Penyedia Pelayanan Kesehatan.

21. PBI : Penerima Bantuan Iuran.
22. PERPRES : Peraturan Presiden.
23. PERMENKES : Peraturan Menteri Kesehatan.
24. PPKAD : Pendapatan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah.
25. PNBP : Penerima Negara Bukan Pajak.
26. PT. ASKES : Bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan.
27. PT. JAMSOSTEK : Bertransformasi menjadi BPJS Ketenagakerjaan.
28. RKA-DPA SKPD : Rencana Kerja dan Anggaran-Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah.
29. RJTL : Rawat Jalan Tingkat Lanjutan.
30. RITL : Rawat Inap Tingkat Lanjutan.
31. RM : Rekam Medis.
32. RPP : Resume Pasien Pulang.
33. RS : Rumah Sakit.
34. SJSN : Sistem Jaminan Sosial Nasional.
35. SEP : Surat Eligibilitas Peserta.
36. SOP Klaim BPJS : Standart Operasional Prosedur Klaim BPJS.
37. TPA : Thirt Party Administration.

Lampiran 2.

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

MODEL VERIFIKASI KLAIM BPJS PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH GAMPING

Disusun Oleh :
Dino Avinsa Anggara Putra
2015.103.0013

Saya adalah Mahasiswa Magister Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, yang sedang melakukan penelitian dengan judul “Model Verifikasi Klaim BPJS Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping”. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir S2.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan klaim BPJS pada tahun 2015 di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Partisipasi saudara bersifat sukarela. Saudara berhak untuk menolak menjadi responden tanpa sanksi apapun. Saya akan menjamin kerahasiaan identitas maupun pendapat yang saudara berikan, dan informasi yang didapat.

Jika saudara bersedia menjadi responden pada penelitian ini, silahkan menandatangani kolom di bawah ini. Terima kasih.

Yogyakarta , 2016
Peneliti

Responden

(Dino Avinsa Anggara Putra)

()

Tanggal/jam pengambilan data :

Lampiran 3.

OBSERVASI PENELITIAN MODEL VERIFIKASI KLAIM BPJS PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH GAMPING

(Sumber : Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Tahun 2014)

A. Kuesioner Data Demografi

Petunjuk Pengisian:

1. Anda diharapkan bersedia menjawab semua pertanyaan yang tersedia dilembar kuesioner.
2. Tuliskan tanda check list () pada kotak untuk pilihan jawaban yang menurut saudara benar.
 - a. Usia :
 - 17-30 tahun
 - 30-45 tahun
 - 45-60 tahun
 - > 60 tahun
 - b. Pendidikan terakhir :
 - Tidak sekolah SD SMP/Sederajat
 - SMU/Sederajat Perguruan Tinggi
 - c. Pekerjaan :
 - Bekerja
 - Tidak bekerja
 - d. Jenis Kelamin :
 - Laki-laki
 - Perempuan

B. Kuesioner Evaluasi Pelaksanaan Verifikasi Klaim BPJS Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.

Bacalah pertanyaan-pertanyaan berikut ini dengan baik, kemudian berilah tanda X pada pilihan anda.

D : Dilakukan

TD : Tidak Dilakukan

No.	PERTANYAAN	D	TD
A. VERIFIKASI ADMINISTRASI KEPESERTAAN			
1.	Pasien membawa surat perintah rawat inap		
2.	Pasien membawa Surat Eligibilitas Peserta (SEP)		
3.	Pasien membawa Resume medis yang mencantumkan diagnose dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)		
4.	Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA- CBG's, sudah terdapat bukti pendukung (pemberian obat onkologi, resep alat bantu, tanda terima alat bantu kesehatan)		
B. VERIFIKASI ADMINISTRASI PELAYANAN			
5.	Kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan (surat perintah rawat inap, SEP, resume medis, bukti pendukung).		
6.	Apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi.		
7.	Apakah kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis. Perlu dilakukan dilakukan konfirmasi lebih lanjut.		
C. VERIFIKASI PELAYANAN KESEHATAN			
8.	Verifikator telah memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM (dengan melihat		

	buku ICD 10 dan ICD 9 CM atau <i>softcopy</i> -nya).		
9.	Satu episode rawat jalan merupakan satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter serta pemeriksaan penunjang atas indikasi medis dan obat yang diberikan pada hari pelayanan yang sama		
10.	Pelayanan IGD di Rumah Sakit merupakan pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari (<i>One Day Care/Surgery</i>) termasuk rawat jalan dan sudah diterapkan di Rumah Sakit PKU II Yogyakarta.		
11.	Episode rawat Inap adalah satu rangkaian pelayanan jika pasien mendapatkan perawatan > 6 jam di rumah sakit atau jika pasien telah mendapatkan fasilitas rawat inap (bangsal/ruang rawat inap dan/atau ruang perawatan intensif) walaupun lama perawatan kurang dari 6 jam, dan secara administrasi telah menjadi pasien rawat inap.		
12.	Pasien yang masuk ke rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di rawat jalan atau gawat darurat, maka kasus tersebut termasuk satu episode rawat inap, dimana pelayanan yang telah dilakukan di rawat jalan atau gawat darurat sudah termasuk didalamnya		
13.	Pada kasus special CMG's dilampirkan bukti pendukung seperti special drugs, Special Procedure, Special Prosthesis, Special Investigation, Special Chronic & Sub- Acute.		
14.	Selama ini, apabila bayi lahir sehat maka tidak memiliki kode diagnosis penyakit (P), melainkan kode bahwa ia lahir hidup di lokasi persalinan, tunggal atau multipel (Z38.)		
15.	Untuk kasus pasien yang datang untuk kontrol ulang dengan diagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan terapi (rehab medik, kemoterapi, radioterapi) di rawat jalan dapat menggunakan kode "Z" sebagai		

	diagnosis utama dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder.		
16.	<p>Apabila ada dua kondisi atau kondisi utama dan sekunder yang berkaitan dapat digambarkan dengan satu kode dalam ICD 10, maka harus menggunakan satu kode tersebut.</p> <p><i>Contoh :</i> <i>Kondisi utama : Renal failure</i> <i>Kondisi lain : Hypertensive renal disease</i> <i>Diberi kode hypertensive renal disease with renal failure (I12.0)</i></p>		
17.	<p>Beberapa diagnosis yang seharusnya dikode jadi satu, tetapi dikode terpisah</p> <p><i>Contoh :</i> <i>Diagnosis Utama : Hypertensi (I10)</i> <i>Diagnosis Sekunder : Renal disease (N28.9)</i> <i>Seharusnya dikode jadi satu yaitu Hypertensive Renal Disease (I12.9)</i></p>		
D. VERIFIKASI MENGGUNAKAN SOFTWARE INA-CBG's			
18.	<p><i>Purifikasi Data</i> Rumah Sakit telah melakukan validasi <i>output</i> data INACBG's yang ditagihkan Rumah Sakit terhadap data penerbitan SEP.</p>		
19.	<p><i>Melakukan proses verifikasi administrasi</i> Verifikator mencocokkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung dan hasil <i>entry</i> rumah sakit.</p>		
20.	<p>Setelah proses verifikasi administrasi selesai maka verifikator melihat status klaim yang layak secara administrasi,</p>		
21.	<p><i>Proses verifikasi lanjutan</i> Verifikasi lanjutan dengan tujuh langkah dilaksanakan dengan disiplin dan berurutan untuk menghindari terjadi error verifikasi dan potensi <i>double</i> klaim</p>		
22.	<p>Finalisasi Klaim dan diteruskan verifikator dapat melihat klaim dengan status pending pada menu</p>		

23.	<p><i>Umpan balik pelayanan</i> Langkah – langkah umpan balik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pilih jenis pelayanan b. Pilih bulan pelayanan c. Klik cari data d. Jika telah sesuai langsung disetujui untuk menyetujui klaim. 		
24.	<p><i>Kirim file</i> Langkah pengiriman klaim adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pilih bulan dan tahun b. Pilih <i>directory</i> penyimpanan klaim (seperti gambar) c. Pilih jenis klaim d. Proses 		

Lampiran 4.

HASIL OBSERVASI PENDUKUNG DATA RESPONDEN

No.	PERTANYAAN	D	TD
A. VERIFIKASI ADMINISTRASI KEPESERTAAN			
1.	Pasien membawa surat perintah rawat inap	12	
2.	Pasien membawa Surat Eligibilitas Peserta (SEP)	12	
3.	Pasien membawa Resume medis yang mencantumkan diagnose dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)	12	
4.	Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA- CBG's, sudah terdapat bukti pendukung (pemberian obat onkologi, resep alat bantu, tanda terima alat bantu kesehatan)	12	
B. VERIFIKASI ADMINISTRASI PELAYANAN			
5.	Kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan (surat perintah rawat inap, SEP, resume medis, bukti pendukung).	12	
6.	Apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi.	12	
7.	Apakah kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis. Perlu dilakukan dilakukan konfirmasi lebih lanjut.	12	
C. VERIFIKASI PELAYANAN KESEHATAN			
8.	Verifikator telah memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM (dengan melihat buku ICD 10 dan ICD 9 CM atau <i>softcopy</i> -nya).	12	
9.	Satu episode rawat jalan merupakan satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter serta pemeriksaan penunjang atas indikasi medis dan obat yang diberikan pada	12	

	hari pelayanan yang sama		
10.	Pelayanan IGD di Rumah Sakit merupakan pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari (<i>One Day Care/Surgery</i>) termasuk rawat jalan dan sudah diterapkan di Rumah Sakit PKU II Yogyakarta.	7	5
11.	Episode rawat Inap adalah satu rangkaian pelayanan jika pasien mendapatkan perawatan > 6 jam di rumah sakit atau jika pasien telah mendapatkan fasilitas rawat inap (bangsal/ruang rawat inap dan/atau ruang perawatan intensif) walaupun lama perawatan kurang dari 6 jam, dan secara administrasi telah menjadi pasien rawat inap.	12	
12.	Pasien yang masuk ke rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di rawat jalan atau gawat darurat, maka kasus tersebut termasuk satu episode rawat inap, dimana pelayanan yang telah dilakukan di rawat jalan atau gawat darurat sudah termasuk didalamnya	12	
13.	Pada kasus special CMG's dilampirkan bukti pendukung seperti special drugs, Special Procedure, Special Prosthesis, Special Investigation, Special Chronic & Sub- Acute.	12	
14.	Selama ini, apabila bayi lahir sehat maka tidak memiliki kode diagnosis penyakit (P), melainkan kode bahwa ia lahir hidup di lokasi persalinan, tunggal atau multipel (Z38.)	12	
15.	Untuk kasus pasien yang datang untuk kontrol ulang dengan diagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan terapi (rehab medik, kemoterapi, radioterapi) di rawat jalan dapat menggunakan kode "Z" sebagai diagnosis utama dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder.	12	
16.	Apabila ada dua kondisi atau kondisi utama dan sekunder yang berkaitan dapat digambarkan dengan satu kode dalam ICD 10, maka harus menggunakan satu kode tersebut.	12	

	<p><i>Contoh :</i> <i>Kondisi utama : Renal failure</i> <i>Kondisi lain : Hypertensive renal disease</i> <i>Diberi kode hypertensive renal disease with renal failure (I12.0)</i></p>		
17.	<p>Beberapa diagnosis yang seharusnya dikode jadi satu, tetapi dikode terpisah</p> <p><i>Contoh :</i> <i>Diagnosis Utama : Hypertensi (I10)</i> <i>Diagnosis Sekunder : Renal disease (N28.9)</i> <i>Seharusnya dikode jadi satu yaitu Hypertensive Renal Disease (I12.9)</i></p>	12	
D. VERIFIKASI MENGGUNAKAN SOFTWARE INA-CBG's			
18.	<p><i>Purifikasi Data</i> Rumah Sakit telah melakukan validasi <i>output</i> data INACBG's yang ditagihkan Rumah Sakit terhadap data penerbitan SEP.</p>	12	
19.	<p><i>Melakukan proses verifikasi administrasi</i> Verifikator mencocokkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung dan hasil <i>entry</i> rumah sakit.</p>	12	
20.	<p>Setelah proses verifikasi administrasi selesai maka verifikator melihat status klaim yang layak secara administrasi,</p>	12	
21.	<p><i>Proses verifikasi lanjutan</i> Verifikasi lanjutan dengan tujuh langkah dilaksanakan dengan disiplin dan berurutan untuk menghindari terjadi error verifikasi dan potensi <i>double</i> klaim</p>	12	
22.	<p>Finalisasi Klaim dan diteruskan verifikator dapat melihat klaim dengan status pending pada menu</p>	12	
23.	<p><i>Umpan balik pelayanan</i> Langkah – langkah umpan balik a. Pilih jenis pelayanan b. Pilih bulan pelayanan c. Klik cari data d. Jika telah sesuai langsung disetujui untuk menyetujui klaim.</p>	12	

24.	<i>Kirim file</i> Langkah pengiriman klaim adalah : a. Pilih bulan dan tahun b. Pilih <i>directory</i> penyimpangan klaim (seperti gambar) c. Pilih jenis klaim d. Proses	12	
-----	---	----	--

Lampiran 5.

HASIL TERHADAP KLASIFIKASI WAWANCARA

RESPONDEN

Responden	Hasil
1	1. Alur prosedur klaim BPJS berjalan baik. 2. Verifikator BPJS rumah sakit tidak selalu ada.
2	1. Alur Prosedur klaim BPJS dan hubungan dengan BPJS berjalan baik. 2. DPJP sering tidak lengkap mengisi rekam medis. 3. Verifikator BPJS di rumah sakit tidak selalu ada.
3	1. Kurangnya persamaan persepsi antar verifikator (Verifikator rumah sakit dengan rumah sakit, atau verifikator rumah sakit dengan verifikator pusat). 2. Verifikator BPJS rumah sakit tidak selalu ada. 3. DPJP sering tidak lengkap mengisi rekam medis.
4	1. DPJP sering tidak lengkap mengisi rekam medis. 2. Kurangnya persamaan persepsi antar verifikator.
5	1. Alur prosedur klaim BPJS berjalan dengan baik. 2. Tarif hasil klaim dari rumah sakit mendapat lebih kecil dari klaim yang diminta ke BPJS. 3. Verifikator BPJS rumah sakit tidak selalu ditempat. 4. DPJP sering tidak lengkap mengisi rekam medis.
6	1. Alur prosedur klaim BPJS berjalan dengan baik. 2. DPJP tidak lengkap mengisi status rekam medis.
7	1. Alur prosedur klaim sudah berjalan dengan baik. 2. Verifikator BPJS rumah sakit sering tidak ada ditempat. 3. DPJP tidak lengkap mengisi rekam medis. 4. Pemahaman antar verifikator BPJS sering tidak sama.
8	1. Prosedur klaim BPJS berjalan dengan baik. 2. Coding atau Grouping diagnosis yang dimasukkan ke sistem Ina-CBG's berpengaruh pada hasil klaim yang rumah sakit dapatkan. 3. Perlunya pemahaman antar verifikator.
9	1. DPJP tidak lengkap mengisi rekam medis. 2. Hasil klaim yang didapatkan rumah sakit lebih kecil dibandingkan klaim yang rumah sakit minta kepada

	BPJS.
10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil klaim yang dibayarkan ke rumah sakit lebih kecil. 2. Pemahaman antar verifikator sering berbeda.
11	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alur prosedur klaim BPJS sudah berjalan dengan baik. 2. DPJP sering tidak lengkap mengisi rekam medis. 3. Perlu pemahaman antar verifikator BPJS dari kondisi lapangan yang nyata.
12	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alur prosedur klaim BPJS berjalan dengan baik. 2. Verifikator BPJS rumah sakit tidak selalu ada ditempat. 3. <i>Coding</i> atau <i>grouping</i> diagnosis berpengaruh pada hasil klaim yang didapat rumah sakit.

Responden Penelitian	Pertanyaan	Jawaban responden	Kata kunci
1	<p>1. Menurut anda bagaimana prosedur klaim BPJS pada pasien Rawat Inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II? Apakah sudah berjalan dengan baik atau menyulitkan mungkin ?</p> <p>2. Menurut anda bagaimana hasil klaim BPJS pasien rawat inap di kelas I,II dan III tahun 2015? Memuaskan atau tidak ?</p> <p>3. Menurut anda, apakah dengan bekerjasama dengan BPJS kesehatan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II lebih menguntungkan dari pada tidak bekerjasama?</p>	<p>Menurut responden, selama ini hubungan dengan BPJS sudah berjalan dengan baik. Hanya ada beberapa permasalahan yang responden sampaikan, seperti dulu ada lembar verifikasi untuk mempermudah kelengkapan administrasi pasien BPJS, tetapi sekarang lembar tersebut sudah tidak ada. Kedua, dari pegawai atau SDM Verifikator BPJS RS sendiri tidak selalu standby di rumah sakit, karena, ketika rumah sakit sudah menyiapkan persyaratannya, tetapi verifikator tersebut tidak ada, hasilnya akan percuma, hal tersebut bisa memperpanjang pengurusan klaim yang ada.</p>	<p>1. Alur prosedur klaim BPJS berjalan baik.</p> <p>2. Verifikator BPJS rumah sakit tidak selalu ada.</p>
2	<p>4. Menurut anda apakah ada perbedaan dari segi keuntungan rumah sakit</p>	<p>Menurut responden, selama ini prosedur untuk klaim BPJS sudah berjalan dengan baik. Selain itu, bekerjasama dengan BPJS juga</p>	<p>1. Prosedur dan kerjasama dengan bagian BPJS sudah berjalan dengan baik.</p> <p>2. DPJP sering tidak lengkap mengisi</p>

	<p>sebelum dan sesudah bekerjasama dengan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II</p> <p>5. Apakah SDM bagian Klaim BPJS sering mengalami hambatan dalam melakukan klaim BPJS ?</p> <p>6. Menurut anda, aspek apa saja yang membuat klaim BPJS tidak sesuai dengan tarif INA CBG's ?</p> <p>7. Menurut anda saran apa yang anda berikan bagi BPJS terkait dengan Klaim BPJS Pasien Rawat inap? Termasuk proses pencairan klaim BPJS dan sebagainya.</p>	<p>sesuai dengan visi misi rumah sakit ini mas, soalnya rumah sakit ini mempunyai tujuan selain pengobatan juga dakwah, dakwah itu yang ditekankan dirumah sakit ini. Hambatannya ialah dari segi dokter sendiri yang kurang lengkap mengisi rekam medis. Jadinya, sering dari verifikator mengembalikan dengan alasan tidak lengkap statusnya. Hambatan berikutnya dari segi SDM BPJS itu sendiri, karena tidak setiap hari ada.</p>	<p>rekam medis. 3. Verifikator BPJS di rumah sakit tidak selalu ada.</p>
3		<p>Menurut responden, hambatan pertama ialah kurangnya persamaan persepsi antar verifikator, baik verifikator dengan rumah sakit, atau bahkan verifikator rumah sakit dengan verifikator pusat, hal itu bisa berpengaruh pada hasil klaim yang akan didapatkan rumah sakit. Paling tidak, verifikator itu harusnya mengerti kondisi lapangan agar hasil klaim bisa</p>	<p>1. Kurangnya persamaan persepsi antar verifikator (Verifikator rumah sakit dengan rumah sakit, atau verifikator rumah sakit dengan verifikator pusat). 2. Verifikator BPJS rumah sakit tidak selalu ada. 3. DPJP sering tidak lengkap mengisi rekam medis.</p>

		<p>mendapat hasil yang tepat dan maksimal. Hambatan kedua ialah verifikator BPJS rumah sakit tidak selalu ada ditempat, hal itu bisa berpengaruh untuk pengurusan klaim, dan mengakibatkan klaim-klaiman menjadi mundur. Hambatan ketiga ialah dokter penanggungjawab sering tidak mengisi lengkap status rekam medis.</p>	
4		<p>Menurut responden, berhubung di bangsal ini banyak masuk dari IGD, jadi mungkin banyak kendala dari IGD. Kendala atau hambatannya berupa diagnosa utama dari IGD itu sendiri. Sebagai contoh, rpasien persalinan masuk kala 1, fasenya itu masih fase laten. Secara formularium hal tersebut tidak bisa di klaim. Jadi, kalau bisa dibilang dari hasil klaimnya kurang memuaskan. Kemudian, dari segi mengisi status rekam medis sedikit ada masalah yaitu dokter penanggungjawab</p>	<p>1. DPJP sering tidak lengkap mengisi rekam medis. 2. Perlunya persamaan antar verifikator.</p>

		<p>sering kurang lengkap mengisi status rekam medis, atau dokter penanggungjawab sering menulis diagnosa yang mungkin verifikator berfikir bahwa diagnosa tersebut tidak sesuai dengan pemeriksaan penunjangnya. Kemudian, hambatan terakhir ialah tidak semua verifikator itu mempunyai persepsi yang sama. Terkadang ada verifikator yang membolehkan diagnosa A di klaim, tapi ada juga verifikator yang menyatakan bahwa diagnosa A tidak bisa di klaim. Jadi perlunya persamaan antar verifikator itu sendiri.</p>	
5		<p>Menurut responden, alur prosedur klaimnya sudah berjalan dengan baik. Sebagai contoh, pasien masuk dari poliklinik. Dari poliklinik, awal masuk ke pendaftaran kemudian sudah ke relasi, setelah itu</p>	<p>1. Alur prosedur klaim berjalan dengan baik. 2. Tarif hasil klaim dari rumah sakit mendapat lebih kecil dari klaim yang diminta ke BPJS. 3. Verifikator BPJS rumah sakit tidak selalu ditempat. 4. DPJP sering tidak</p>

		<p>pasien sudah membawa SEP dari rawat jalan. Kemudian dari rawat jalan, jika ingin di rawat inapkan, dari rawat jalan akan menganjurkan ke relasi, kemudian barulah pasien masuk ke bangsal sudah membawa SEP rawat inap. Kemudian sampai di bangsal ada 3 lembar. Lembar putih dibawa keluarga, lembar merah untuk status pasien yang digunakan perawat gatau dokter sebagai tenaga medis disini, lembar kuning untuk relasi. Jika masuk lewat UGD, seperti yang kita ketahui bahwa UGD ialah emergency, apabila pasien tidak membawa rujukan tetapi bawa kartu BPJS, jikalau ingin dirawat inapkan, maka bisa masuk ke rawat inap dulu, misalkan pasien masuknya ke bangsal rawat inap malam hari, maka esok harinya bisa diurus. Selain itu, responden juga menyatakan, bahwa</p>	<p>lengkap mengisi rekam medis.</p>
--	--	---	-------------------------------------

		<p>tarif klaim dari BPJS lebih kecil dibandingkan dengan yang rumah sakit minta dan juga hubungan dengan BPJS tidak ada masalah. Ketika pasien pulang dari bangsal, perawat akan verifikasi lewat computer, kemudian di verifikasi ulang oleh bagian keuangan, kemudian diverifikasi oleh bagian BPJS. Tetapi, kalau misalnya pasien naik kelas ruangnya, itu akan ada kesenjangan selisih, kemudian statusnya akan dibawa ke rekam medik, kemudian ke bagian keuangan, dan setelah itu keluarga akan diberitahu selisihnya. Akhir-akhir ini banyak pasiennya, hanya kalau dulu banyak tetapi banyak yang naik kelas kalau BPJS. Kemudian, responden juga memberi saran untuk standarisasi obat dan jika bisa verifikator bisa selalu standby ditempat agar memudahkan pengurusan untuk</p>	
--	--	---	--

		<p>klaim BPJS, Kemudian kita juga mengingatkan kepada dokter spesialis untuk mengisi rekam medis secara lengkap dan tepat agar pengurusan administrasi klaim BPJS bisa berjalan dengan baik.</p>	
6		<p>Menurut responden, prosedur klaim BPJS selama ini sudah berjalan dengan baik. Kemudian, khususnya di bangsal ini dokter penanggungjawab terkadang kurang lengkap mengisi status rekam medis. Dari hasil klaim sendiri sudah sesuai dengan hasil yang diminta.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prosedur klaim BPJS berjalan dengan baik. 2. DPJP tidak lengkap mengisi status rekam medis.
7		<p>Menurut responden, selama ini untuk hubungan pengurusan klaim ke BPJS sudah berjalan dengan baik, karena di rumah sakit ini sudah menggunakan softfile yang memudahkan dalam pengumpulan file rekam medis rumah sakit. Jadi, seperti kartu peserta, kartu keluarga, dan lainnya itu akan di</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alur prosedur klaim sudah berjalan dengan baik. 2. Verifikator BPJS rumah sakit sering tidak ada ditempat. 3. DPJP tidak lengkap mengisi rekam medis. 4. Pemahaman antar verifikator BPJS sering tidak sama.

		<p>scan, dan kemudian nanti untuk pengajuan ke BPJSnya berupa file. Nah keuntungannya, meskipun kita belum menyetorkan ke BPJSnya, jadi terdapat media untuk berkoordinasi baik dengan FI maupun keuangan, rekam medis, dan BPJSnya. Menurut responden, hambatan di rumah sakit ini lebih ke SDM BPJSnya. Karena petugas verifikatornya tidak setiap hari ada, dalam seminggu hanya 2-3x, hambatan tersebut muncul terutama untuk pasien-pasien yang mau naik kelas, dan pasien yang pulang. Kemudian, menurut responden untuk hasil klaimnya sudah sesuai. Hanya kalau dibandingkan dengan tarif real rumah sakit bisa dikatakan minus. Hambatan selanjutnya mungkin dokter spesialis tidak ontime dalam mengisi status rekam medis. Hambatan selanjutnya mungkin dari segi SDM BPJSnya itu sendiri,</p>	
--	--	---	--

		<p>karena tidak semua verifikator SDM BPJS mempunyai pemahaman yang sama. Dengan pemahaman yang tidak sama itu membuat hasil dari klaim itu sendiri berbeda.</p>	
8		<p>Menurut responden, selama ini prosedur untuk klaim BPJS sudah berjalan sesuai dengan standar yang berlaku dan hubungan antara BPJS dengan rumah sakit tidak ada masalah. Hambatan atau kendalanya kurang lebih terhadap coding atau grouping yang dimasukkan ke sistem INA CBG's itu diterima atau tidaknya oleh verifikator. Karena kalau tidak disetujui ya berarti, pertama klaim yang kita ajukan misalnya penyakit A masuk di grouping kode diagnosa dan tindakan ini, misalkan ini akan menghasilkan tarif CBG's adalah sebesar 5 juta dan ini tidak disetujui oleh verifikator grouping diagnose dan kode</p>	<p>1. Prosedur klaim BPJS berjalan dengan baik. 2. Coding atau Grouping diagnosis yang dimasukkan ke sistem Ina-CBG's berpengaruh pada hasil klaim yang rumah sakit dapatkan. 3. Perlunya pemahaman antar verifikator.</p>

		<p>tindakan, setelah itu dari berkas-berkas ini verifikator meminta kita untuk memasukkan kode tindakannya diganti bukan A tapi B, maka kemudian berubah klaim CBG's-nya menjadi 3,5 juta. BPJS dan secara umum, tariff rumah sakit lebih tinggi dibandingkan dengan tarif klaim dari BPJS. Untuk alur pasien, selama ini sudah berjalan sesuai dengan prosedurnya dan itu tidak bisa diubah, bahwa semua pasien datang dengan kartu BPJS, fotocopy identitas, membawa rujukan di fotocopy, kemudian ke pendaftaran di verifikasi oleh bagian pendaftaran, kemudian baru diperiksa. Menurut responden, yang bisa diubah atau dimodifikasi ialah kecepatan dan ketepatan waktu disetiap unit pendaftaran, pelayanan, penunjang laboratorium, dan di keuangan. Hambatan lainnya ialah</p>	
--	--	---	--

		<p>perlu pemahaman verifikator terhadap apa yang terjadi di lapangan. Karena tidak semua verifikator mengerti apa yang terjadi sesungguhnya di lapangan.</p>	
<p>9</p>		<p>Menurut responden, klaim BPJS itu dikerjakan oleh struktural manajemen. Jadi, responden hanya diberi informasi, kalau misalkan banyak klaim yang belum di ACC. Biasanya penyebabnya ketidaklengkapan resume medis. Jadi, diagnosa dengan data pendukung belum sesuai. Menurut responden, klaim yang didapat rumah sakit ini bisa dikatakan rugi. Karena, tarif dari BPJS lebih kecil dibandingkan tarif yang rumah sakit ini minta. Solusi yang biasa responden lakukan ialah berusaha mengurangi biaya atau membuat obatnya lebih sederhana. Misalkan beberapa</p>	<p>1. DPJP tidak lengkap mengisi rekam medis. 2. Hasil klaim yang didapatkan rumah sakit lebih kecil dibandingkan klaim yang rumah sakit minta kepada BPJS.</p>

		<p>pemeriksaan penunjang yang tidak perlu sama sekali tidak usah dilakukan, terus berusaha untuk lebih teliti lagi barangkali ada diagnosa lain untuk menaikkan cost diagnosa itu sendiri, jadi kita jujur sesuai diagnosa, untuk mendapatkan klaim yang bisa menaikkan klaimnya itu, tapi ya sesuai dengan data pendukung itu dek. Tetapi disamping itu, pasien menjadi lebih banyak di era BPJS ini, karena pasien yang dulu tidak bisa berobat karena tidak punya asuransi, sekarang semua masyarakat bisa berobat dengan menggunakan asuransi kesehatan BPJS tersebut.</p>	
10		<p>Menurut responden, BPJS berbeda dengan sebelumnya, dengan sistem kesehatan masyarakat yang dulu, terutama untuk pasien yang tidak mampu. Dalam hal ini harapannya BPJS membantu yang tidak mampu, untuk pemerataan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil klaim yang dibayarkan ke rumah sakit lebih kecil. 2. Pemahaman antar verifikator sering berbeda.

		<p>Responden menyatakan bahwa sekarang itu sangat strake sekali, Jadi untuk masalah perhitungan dari obat-obatan yang terpakai, bahan habis pakai, jadi harus betul-betul ketat dan dibatasi apalagi ke masalah pengobatan. Kalau dulu mungkin bisa lancar setiap bulan, sekarang mungkin untuk rumah sakit tipe D harus menunggu 2 bulan untuk mendapatkan klaimnya itu. Kecuali kalau rumah sakit swasta yang besar, mungkin dia karena mempunyai kemampuan, dia bisa menggaji dokternya dengan uangnya dulu. Padahal, klaimnya sebenarnya gak langsung dapat setiap bulan. Selain itu, responden menyatakan BPJS ini programnya sangat bagus. Kalau jangka panjang kedepan, untuk membantu masyarakat yang tidak mampu, tapi tetap harus ada evaluasi, apakah BPJS ini sudah</p>	
--	--	---	--

		<p>sesuai dengan rumah sakitnya atau belum dan juga secara umum memang klaimnya lebih kecil kalau bekerjasama dengan BPJS. Hambatannya menurut responden juga terjadi pada bagian verifikator BPJS, menurutnya bahwa verifikator kurang memahami kondisi lapangan. Contohnya di ruang operasi, seperti apa operasi dengan tingkat kesulitan, kemudian berapa banyak tenaga yang dikeluarkan, mulai dari obat-obatan, apalagi ya tingkat kesulitan itu kan dari setiap bagian berbeda-beda. Selain itu, mungkin ada beberapa ketidaklengkapan administrasi dari dokter spesialis dalam mengisi rekam meds atau terkadang verifikator itu mengembalikan karena diagnosis awal tidak sesuai dengan data penunjang dan sejenisnya.</p>	
11		Menurut responden, untuk alur prosedur sudah berjalan	1. Alur prosedur klaim BPJS sudah berjalan dengan

		<p>dengan baik. Hambatan yang mungkin ditemukan ketundanya klaim dari tidak mengisi lengkap status rekam medis pasien, atau karena diagnosis tidak sesuai dengan data penunjang. Akhirnya status tersebut dikembalikan lagi ke dokter penanggungjawab yang mengakibatkan waktu klaim yang didapatkan semakin mundur. Kemudian, hambatan berikutnya dari pihak verifikator BPJS yang kurang memahami kondisi lapangan, beliau menyatakan bahwa verifikator terlalu stagnan pada formularium yang dia punya tanpa mengerti kondisi lapangan yang nyatanya.</p>	<p>baik. 2. DPJP sering tidak lengkap mengisi rekam medis. 3. Perlu pemahaman antar verifikator BPJS dari kondisi lapangan yang nyata.</p>
12		<p>Menurut responden, prosedur klaim BPJS sudah berjalan dengan baik, hanya memang tetap ada kendala khususnya di masalah internal SDM BPJS RS itu sendiri yang setiap harinya belum tentu ada, sehingga bisa menunda lama</p>	<p>1. Alur prosedur klaim BPJS berjalan dengan baik. 2. Verifikator BPJS rumah sakit tidak selalu ada ditempat. 3. <i>Coding</i> atau <i>grouping</i> diagnosis berpengaruh pada hasil klaim yang didapat rumah sakit.</p>

		<p>waktunya klaim itu di proses. Selain itu, responden menjelaskan bahwa alur hingga mendapatkan dana dari hasil klaim tersebut sudah terstruktur, dari mulai rumah sakit mengirim softcopy dan berkas pendukung tagihan klaim ke verifikator BPJS yang berada di rumah sakit, kemudian di periksa oleh verifikator rumah sakit. Setelah itu, verifikator BPJS rumah sakit memeriksa dari segi verifikasi administrasi, verifikasi pelayanan kesehatan, dan aplikasi INA-CBG's, kemudian verifikator RS mencetak hasil verifikasi dan form rekapitulasi tagihan hingga verifikator rumah sakit mengirimkan hasil tersebut ke staf kantor BPJS kesehatan. Saat hasil berada di kantor BPJS Kesehatan, staff administrasi akan memberikann hasil tersebut ke kepala unit dan diperiksa hingga</p>	
--	--	---	--

		<p>akhirnya melakukan persetujuan. Jikalau berkas tersebut sudah disetujui, maka bagian keuangan yang akan melakukan pembayaran klaim tersebut ke rumah sakit. Selain itu, responden juga mengatakan bahwa bekerjasama dengan BPJS lebih menguntungkan, bisa dilihat dari meningkatnya pasien dirumah sakit ini, hanya mungkin bisa dikatakan rugi.</p>	
--	--	---	--

Lampiran 6.

HASIL WAWANCARA MENDALAM MODEL VERIFIKASI KLAIM BPJS PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II

Identitas Responden

1. Nama : 1

Laporan wawancara :

A : Peneliti.

B : Responden.

Hasil wawancara :

A : Menurut ibu sendiri, prosedur klaim BPJS selama ini bagaimana bu ? Sudah berjalan dengan baik kah atau masih sering ada kendala ?

B : Maksudnya, kita ke BPJS gitu mas ?

A : Iya bu, ibaratnya dari mulai step awal dari administrasi dan seterusnya, yang nantinya untuk mendapatkan klaim tersebut.

B : Oh begitu. Kalau disini, khususnya bangsal ini selama ini lancar aja e mas kalo ke BPJS.

A : Mungkin dari segi dokter spesialis mengisi resume medis apakah sudah tepat waktu dan lengkap bu ?

B : Hmm... kalau BPJS kan dulu ada lembar verifikasi, tapi sekarang kok sudah tidak ada ya. Padahal lembar verifikasi itu kan bisa manfaat mas. Biar perawat bangsalnya disini juga tau apa yang BPJS butuhkan gitu. Jadi, biasanya kita dulu mengisi lembar itu.

A : Tapi, dengan adanya lembar verifikasi itu atau tidak seperti sekarang, apakah sebegitu ngefek kah terhadap pengaruh ke ketepatan pendapatan klaim BPJS bu ?

B : Hm.. enggak juga sih mas. Tapi, ibaratnya kalau ada lembar itu sedikit mempermudah kami..

A : Oke bu. Untuk selanjutnya, kalau dari hasil klaim-klaimannya sendiri bagaiman bu ? apakah sudah sesuai dengan apa yang rumah sakit minta ? sebagai contoh, pasien X terdiagnosa appendicitis dan total biaya selama rawat inap 8 juta, nah apakah dari pihak BPJS selama ini bisa mengklaim sesuai dengan nominal yang rumah sakit minta ?

B : Kalau setau saya itu tergantung estimasinya mas. Kan karena setiap kasus berbeda, ibaratnya groupnya itu. Kalau misalkan kasus appendicitis di BPJS Cuma dapet 5juta, yaudah berarti sisanya 3juta PKU yang nombok mas.

A : Berarti, bisa dikatakan hasilnya gak sesuai dan malah ke merugi ya bu ?

B : Ya mungkin seperti itu, tapi untuk kasus kasus tertentu lho mas. Karena kan misalnya pasien belum bisa dipulangkan oleh dokter spesialis, walau estimasi berlebih, atau mungkin belum bisa dirujuk, ya otomatis pasien masih disini, dan itu kan nambah biayanya pasien lagi mas.

A : Nah, sering kendalanya kalau dari kasus diatas untuk mendapatkan klaim BPJS sendiri apa bu ? Misalkan, pasien kurang membawa salah satu administrasinya kah atau seperti apa?

B : Kan gak semua kasus tercover oleh BPJS to,nah itu kadang sudah pakai PBI itu. Misalkan pasien itu kecelakaan di jalan tetapi dengan alkoholik, nah itu kan gabisa tercover oleh BPJS mas walau pasien sudah lengkap persyaratannya. Secara umum, biasanya dokter di UGD atau di Poliklinik itu biasanya udah hafal sendiri mas, misalkan pasien ke UGD datang dengan udah bawa alkoholik, yaudah dokternya udah langsung memberi tau ke pasien bahwa itu gabisa tercover oleh BPJS dan diminta untuk membayar secara pribadi. Jadi, dengan adanya screening awal oleh dokter seperti itu, klaim-klaiman bisa seminimal mungkin ada masalahnya. Soalnya, kalau klaim-klaimannya itu kan dari relasi ya mas, kalau bangsal itu paling dikabari misalkan pasien ini warning karena berlebih biaya pelayanannya, jadi nanti kita konsultasikan ke dokter spesialis.

A : Oke bu. Kalau menurut ibu sendiri, sebelum bekerjasama dengan BPJS dan sesudah bekerjasama dengan BPJS, Kira-kira lebih menguntungkan rumah sakit atau gimana sih bu ?

B : Kalau menguntungkannya mungkin ya menguntungkan ya, karena pasien lebih banyak. Otomatis kan pendapatan rumah sakit menjadi lebih besar asalkan bisa sesuai dengan persyaratan-persyaratan klaimnya. Tapi, kalau dari hasil verifikasinya saya tidak begitu tau pasti mas. Dan lagi, sebenarnya tambahannya, sekarang ini pasien selain untung karena kalau BPJS gratis, dia juga sering mengeluh ibaratnya kok pasien kalau bawa nama BPJS diginiin yo, merasa dibedakan. Padahal semua kan ya sama mas. Jadi ibaratnya pasien itu kalau pake BPJS entar pelayannya kurang sekali.

A :Kemudian, saran dari ibu sendiri terkait untuk mendapatkan klaim-klaiman BPJS tepat waktu bagaimana bu ?

B : Hm kalau rumah sakit itu kan 24jam dan tidak ada hari libur ya mas, jadi kalau saya bilang lebih ke orang BPJS itu sendiri. Soalnya sering gak standby mas SDM BPJSnya itu sendiri. Soalnya, kalau dia gak ada kan untuk pengurusan apa yang diminta BPJS kan kita gatau mas. Misalkan kita sudah menyiapkan persyaratan yang biasanya, eh ujuk-ujuknya (akhirnya) persyaratannya ditolak. Kayak begitu kan yang rugi dari segi pasien sendiri dan rumah sakit mas. Saran lainnya, mungkin pemerintah itu bisa mensosialisasikan tentang BPJS itu sendiri mas, karena mindsite masyarakat atau pasien itu kalau sudah bawa kartu BPJS ya berarti penyakit apapun bisa langsung dirawat , padahal kan ya tidak mas. Contohnya harus ke puskesmas dulu dan seterusnya. Mungkin itu aja sih sarannya mas.

Kesimpulan :

Menurut Bu Arum sebagai kepala bangsal wardah, selama ini hubungan dengan BPJS sudah berjalan dengan baik. Hanya ada beberapa permasalahan yang Bu Arum sampaikan, pertama, dulu ada lembar verifikasi untuk mempermudah kelengkapan administrasi pasien BPJS, tetapi sekarang lembar tersebut sudah tidak ada. Kedua, dari pegawai atau SDM Verifikator BPJS RS sendiri tidak selalu standby di rumah sakit, karena, ketika rumah sakit sudah menyiapkan persyaratannya, tetapi verifikator tersebut tidak ada, hasilnya akan percuma, hal tersebut bisa memperpanjang pengurusan klaim yang ada.

Lampiran 7.

HASIL WAWANCARA MENDALAM MODEL VERIFIKASI KLAIM BPJS PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II

Identitas Responden

1. Nama : 2

Laporan wawancara :

A : Peneliti.

B : Responden.

Hasil wawancara :

A : Menurut ibu sebagai kepala bangsal disini, bagaimana prosedur klaim BPJS pada pasien Rawat Inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II ini ? Apakah sudah berjalan dengan baik atau masih ada kendala atau masalah mungkin bu ?

B : Khusus di bangsal ini atau di bangsal lain juga mas ?

A : Di bangsal ini saja bu. Atau mungkin jikalau mau menambahkan yang lainnya juga tidak apa-apa bu.

B : Hm.. kalau di bangsal ini sih selama kebelakangan ini tidak ada masalah mas. Sudah berjalan dengan prosedur yang ada. Cuma mungkin kalau ada masalah ya masalah kecil aja mas. Jadi, bisa dikatakan prosedur untuk klaim BPJS ya baik-baik saja mas.

A : Oke bu. Kalau dari hasil klaim-klaimannya sendiri bagaimana bu ? sebagai contoh, misalkan rumah sakit ini mengklaim 10juta dan kemudian dicairkan lagi oleh verifikator 10juta juga,

jadi memuaskan gitu bu. Atau mungkin kalau disini bagaimana bu ?

B : Kalau dari hasil klaim-klaimannya saya gak tau pasti mas, itu yang lebih tau bagian manajemennya e. tapi, setau saya, ya selama ini gak ada rugi sih mas, malah untung. Jadi mungkin bisa dikatakan memuaskan.

A : Maaf kalau boleh saya tanya lebih mendalam bu, bisa dijelaskan lagi mungkin maksud dari kata "untung"nya ?

B : Ya gini lho mas, kenapa saya bilang untung, soalnya kalau rugi kan rumah sakitnya mesti udah tutup mas hehehe

A : Berarti, kalau ibu memilih, lebih memilih bekerjasama dengan BPJS atau tidak usah bu ?

B : Ya karena sudah peraturan pemerintah ya pasti bekerjasama mas. Soalnya kan pasien dirumah sakit ini jadi melunjak semenjak ada BPJS. Selain itu, bekerjasama dengan BPJS juga sesuai dengan visi misi rumah sakit ini mas, soalnya rumah sakit ini kan mempunyai tujuan selain pengobatan juga dakwah, nah dakwah itu yang ditekankan dirumah sakit ini.

A : hehehe iya bu bener.. kemudian, mungkin kalau bisa ibu simpulkan secara keseluruhan, sebenarnya yang memperlambat hingga mendapatkan klaim BPJS itu apa sih bu ?

B : Kalau menurut saya ya yang pertama mungkin dari segi dokter sendiri yang kurang lengkap mengisi rekam medis. Jadinya, sering dari verifikator mengembalikan dengan alasan gak lengkap. Hal kayak gitu kan bisa memperlama turunnnya klaim-klaiman mas. Terus yang kedua mungkin dari segi pekerja BPJSnya sendiri..

A : Pekerja disini dimaksudkan ke siapa bu ? verifikator BPJS gitu bu ?

B : Yay a itu lho mas yang dibawah. Ya harusnya dia kan selalu standby ada ditempat, jadi kalo misalkan kita mau ngurus apapun itu masalah administrasi dan lainnya bisa gampang ditemuin dan gampang dikonfirmasi. Kalo gak ada dia kan kita yang repot dan juga kasian pasien.

A : Kalau boleh saya tau bu, berarti selama ini kalau gak ada orang BPJS, terus solusinya bagaimana ?

B : Ya biasanya cuma lewat telfon atau whatsapp gitu mas.. nah, nanti kita nunggu balesannya dia, tapi kan kayak gitu juga gabisa langsung seenaknya kita sebagai perawat ngelakuin apa yang BPJS bilang, kan harus ada tandatangan dari orang BPJSnya juga. Mungkin kesimpulannya kalau gak ada orang BPJS ya kita juga bisa terhambat mas. Ya mungkin permasalahannya itu aja mas...

A : Oke bu terimakasih. Kemudian, saran terakhir dari ibu sendiri khususnya tentang klaim-klaiman BPJS ini bagaimana bu ?

B : Saran saya ya dari masalahnya tadi mas, semoga dokter penanggung jawabnya bisa lebih lengkap untuk mengisi rekam medisnya, jadi gak dibalikin terus. Terus, mungkin dari SDM BPJS nya sendiri, supaya ya ada ditempat. Masa tiap harinya gak selalu ditempat. Udah itu aja mas.

Kesimpulan :

Menurut Bu Brilian sebagai kepala bangsal, selama ini prosedur untuk Klaim BPJS sudah berjalan dengan baik. Selain itu, bekerjasama dengan BPJS juga sesuai dengan visi misi rumah sakit ini mas, soalnya rumah sakit ini mempunyai tujuan selain

pengobatan juga dakwah, dakwah itu yang ditekankan dirumah sakit ini. Hambatannya ialah dari segi dokter sendiri yang kurang lengkap mengisi rekam medis. Jadinya, sering dari verifikator mengembalikan dengan alasan tidak lengkap statusnya. Hambatan berikutnya dari segi SDM BPJS itu sendiri, karena tidak setiap hari ada.

Lampiran 8.

HASIL WAWANCARA MENDALAM MODEL VERIFIKASI KLAIM BPJS PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II

Identitas Responden

1. Nama : 3

Laporan wawancara :

A : Peneliti.

B : Responden.

Hasil wawancara :

A : Menurut bu dwi sendiri, untuk prosedur klaim BPJS pasien rawat inap di RS PKU Unit II ini gimana dari segi kelebihan dan kekurangannya ?Mudahkah dari step-stepnya seperti itu ?

B : maksudnya alurnya atau apanya mas dino ?

A :Prosedurnya bu, mungkin dari sini sampai ke klaim BPJS itu bagaimana. Mulai dari melengkapi administrasi kepesertaan dan seterusnya..

B : Kalau dari klaim BPJS itu kan tergantung dari pihak keuangan sana dan dari verifikator tim BPJS sendiri. Itu kan nanti klaim-klaimannya tergantung sana. Cuma yang terpenting kan untuk pelengkapan berkas administrasinya, kemudian kecocokan antara penyakit dengan tindakan, diagnose dengan tindakan juga. Tapi, yang masih sangat disayangkan memang peraturan dari system BPJS itu sendiri rumit juga sih mas. Maksudnya BPJS menerima seumpamanya pasien dengan klaim yang hanya

tercover 1 diagnosa. Jadi, mungkin diagnosanya post insisi ini, bedah gitu ya, nah ternyata tanpa diketahui pasien ini punya DM.

A : diagnose sekunder gitu ya bu ya ?

B : Nah iya bener. Dengan DMnya itu sebagai sekunder, otomatis kan dokter spesialis juga menanganinya. Otomatis kalo ada hal seperti itu kan buat lama klaim-klaimannya mas.

A : Oh ya bu.. berarti kurang memuaskannya dari segi hasil klaimnya itu ya bu ?misalnya dari rumah sakit ini totalnya 5juta, tetapi dari BPJS hanya bisa mengklaim 2juta, seperti itu bu ?

B : Nah iya itu bener mas. Jadi ibaratnya, kalau ada diagnosa sekunder kan bisa memperlama dan memperkecil klaim karena ketidak sesuaian dengan diagnosa awal mas.

A : Kemudian untuk prosedurnya klaim BPJS ini sendiri bu, apakah sering ketunda atau sudah berjalan dengan baik ? misalkan pasien setelah pulang rawat inap langsung diurus atau bagaimana ..

B : Kalau disini sih, dari awal pasien masuk kan kita sudah motivasi untuk mengurus untuk administrasi, agar nanti bertele-tele seperti itu. Pokoknya dalam waktu 2x24 jam kalau belum mengurus jaminan BPJSnya kan kita ngoyak-ngoyak terus.

A : Berarti selama ini baiklah gitu ibaratnya ya bu ?

B : Ya iya, Cuma ya *endingnya* itu lho. *Ending* dari hasil klaim-klaimannya tidak sesuai dengan yang diminta rumah sakit.

A : Nah, terus saya denger, verifikatornya disini tidak selalu standby gitu ya bu ?

B : Nah itu, kayak kemarin itu, ada kasus pasien BPJS, dia naik kelas, otomatis kan dia bayar selisih toh, nah kemarin itu

posisinya orang BPJSnya gak ada, otomatis kan ribet. Akhirnya pasiennya ya disuruh nitip dulu, kemudian dia balik ketika orang BPJSnya sudah ada. Nah, kayak gitu kan kesian pasien juga.

A : Ya sebenarnya bukan dari segi administrative pasiennya, tapi orang BPJSnya sendiri suka seperti itu ya bu ?

B : Yang verifikator sekarang itu malah lebih parah, sudah 5 hari gak ada lho mas. Kalo kayak gitu gimana klaim-klaimannya gak mundur .

A : Dan padahal urusan bangsal sudah clear semua itu bu ? hanya bermasalah di verifikator ?

B : Iya mas. Jadi ibaratnya kalo kita sudah oke, semetara dari pihak asuransinya seperti itu kan ya jadi gak jalan juga to yo...Jadi, harusnya verifikator itu standby terus.

A : Jadi menurut ibu nih bu, bekerjasama dengan BPJS ini menguntungkan atau merugikan toh bu untuk rumah sakit ini ?

B : Ya untung ataupun rugi ya gimana ya mas, ujung-ujungnya kan tetap harus berjalan, kalau kepastian menguntungkan atau tidak saya belum bisa menilai terlalu jauh. Karena biasanya kan keuntungan itu dinilai dari segi hasil biayanya.

A : Berarti, bekerjasama dengan BPJS tapi maunya detail tadi itu ya bu ?

B : Iya, kurang lebih ya sistemnya aja ya yang diperbaiki. Kita sebagai rumah sakit ya paham sih tentang peraturan dari BPJS, tapi mbok yo dari pihak asuransi juga bisa lebih memahami kondisi di lapangan yang sesungguhnya.

A : Kemudian, yang terakhir bu, mungkin saran dari ibu agar klaim BPJS dari rumah sakit ini bisa berjalan lancar bagaimana ?

Karena, sebenarnya tadi sesuai yang ibu cerita kan administrasi di bangsal ini kan sudah oke, sementara permasalahannya di verifikasi, nah ini bagaimana menurut ibu.

B : Sebenarnya ada saran dari dalam juga, BPJS kan sebenarnya harus sesuai dengan penyakitnya dan tindakannya, nah tetapi terkadang dokter itu tidak lengkap mengisi status rekam medic atau bahkan tidak sesuai . Jadi, mungkin dokternya pun lebih lengkap mengisi status rekam medik. Kemudian, system dari BPJS sendiri coba diperbaiki standart klaim BPJS dengan rumah sakit ini. Karena menurut saya hasil klaim disini didapat sangatlah kecil. Ya mungkin itu saja mas.

Kesimpulan :

Menurut Bu Dwi Selaku kepala bangsal, hambatan pertama ialah kurangnya persamaan persepsi antar verifikasi, baik verifikasi dengan rumah sakit, atau bahkan verifikasi dengan verifikasi, hal itu bisa berpengaruh pada hasil klaim yang akan didapatkan rumah sakit. Paling tidak, verifikasi itu harusnya mengisi kondisi lapangan agar hasil klaim bisa mendapat hasil yang tepat dan maksimal. Hambatan kedua ialah verifikasi BPJS rumah sakit tidak selalu ada ditempat, hal itu bisa berpengaruh untuk pengurusan klaim, dan mengakibatkan klaim-klaiman menjadi mundur. Hambatan ketiga ialah dokter penanggungjawab sering tidak mengisi lengkap status rekam medis.

Lampiran 9.

HASIL WAWANCARA MENDALAM MODEL VERIFIKASI KLAIM BPJS PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II

Identitas Responden

1. Nama : 4

Laporan wawancara :

A : Peneliti.

B : Responden.

Hasil wawancara :

A : Menurut ibu selaku kepala bangsal kebidanan disini, prosedur klaim BPJS disini bagaimana ? Mohon di jelaskan secara detail menurut sepemahaman ibu.

B : Jadi, secara menyuluruh, pasien disini datangnya ialah lebih banyak dari UGD, bukan dari poli. Nah, untuk permasalahan yang berhubungan dengan klaim BPJS, UGS ini sumber utama sebagai penunda klaim karena masalah diagnose awal dari UGD.

A : Jadi, menurut ibu sendiri berdasarkan dari hasil klaim BPJS pasien rawat inap di kelas I,II dan III tahun 2015? Apakah sangat memuaskan atau bagaimana ?

B : Begini mas, seperti contohnya pasien umum kalau di kebidanan. Jadi ,nanti untuk membedakan bahwa pasien itu bisa di klaim atau tidak, kadang kan kita koordinasi dengan BPJS. Misalkan , pasien masuk kala 1, fasenya itu masih fase laten kan

sebenarnya itu tidak bisa di klaim. Jadi, kalau bisa dibilang ya kurang memuaskan.

A : Tapi, kalau dari dokter spesialisnya sendiri untuk pengurusan administrasi yang berhubungan dengan klaim BPJS itu tertib gak bu spesialisnya ?

B : Oh kalau itu tertib. Semuanya menulis dan tertib.

A : Berarti selama ini, khususnya untuk bangsal ini tidak ada masalah ya bu ?

B : Kalau dokter spesialisnya tidak ada masalah.

A : Kemudian, kalau dari segi koordinasi dengan BPJSnya, apakah berjalan dengan baik bu ?

B : Baik-baik saja. Yang jelas, masalahnya cuma untuk meng-dealkan pasien itu masuk pertama dari UGD sampai dia masuk, kemudian akhirnya pasien itu tidak dicover BPJS, karena diagnose awalnya. Ya itu tadi contohnya, misalnya kala 1 fase laten, secara formularium kan itu tidak masuk ,nah disini pasien kurang informasi seperti itu, kapan dia harus di PPK 1, kapan di PPK 2 dan lainnya, sehingga hal itu yang harus dikonfirmasi kepada pasien.

A : Tetapi, kalau dari segi administrasi pasien dan sebagainya lengkap bu ?

B : Kalau administrasi lengkap. Intinya, kalau di bangsal kebidanan ini permasalahannya hanya diagnosa awal yang akhirnya tidak bertanggung oleh BPJS. Karena, pasien disini itu ngertinya dia, pokoknya sudah pakai BPJS ya bisa semuanya dimanapun, kapanpun dan gratis, padahal kan ya tidak.

A : Bertanya lagi bu, tapi di rumah sakit PKU Gamping ini, setelah bekerjasama dengan BPJS dibandingkan sebelumnya, sebenarnya lebih menguntungkan yang mana ? Misalkan, dengan bekerjasama BPJS ini pasien menjadi sangat lebih banyak.

B : Kalau dari bangsal persalinan memang lebih banyak pasiennya. Tapi ya itu tadi, banyak pasien bukan berarti keuntungan buat rumah sakit juga, karena kita apa-apa mengikuti BPJS kalau pasien itu menggunakan jaminan BPJS.

A : Oh nggih bu. Kemudian, saran terakhir dari ibu sendiri untuk klaim klaiman BPJS ini mungkin apa bu ?

B : Mungkin saran dari saya ya diperbaiki dulu dari internal bagian klaim BPJS sendiri mas. Karena, terkadang gak semua apa yang di klaimkan rumah sakit ini gak tercover. Jadi, perlu persamaan persepsi antara rumah sakit dengan BPJS untuk meminimalisir kerugian rumah sakit.

Kesimpulan :

Menurut Bu Fitriyaningsih sebagai kepala bangsal kebidanan, berhubung di bangsal ini banyak masuk dari IGD, jadi mungkin banyak kendala dari IGD. Kendala atau hambatannya berupa diagnosa utama dari IGD itu sendiri. Sebagai contoh, pasien persalinan masuk kala 1, fasenya itu masih fase laten. Secara formularium hal tersebut tidak bisa di klaim. Jadi, kalau bisa dibilang dari hasil klaimnya kurang memuaskan. Kemudian, dari segi mengisi status rekam medis sedikit ada masalah yaitu dokter penanggungjawab sering kurang lengkap mengisi status rekam medis, atau dokter penanggungjawab sering menulis

diagnosa yang mungkin verifikator berfikir bahwa diagnosa tersebut tidak sesuai dengan pemeriksaan penunjangnya. Kemudian, hambatan terakhir ialah tidak semua verifikator itu mempunyai persepsi yang sama. Terkadang ada verifikator yang membolehkan diagnosa A di klaim, tapi ada juga verifikator yang menyatakan bahwa diagnosa A tidak bisa di klaim. Jadi perlunya persamaan antar verifikator itu sendiri.

Lampiran 10.

HASIL WAWANCARA MENDALAM MODEL VERIFIKASI KLAIM BPJS PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II

Identitas Responden

1. Nama : 5

Laporan wawancara :

A : Peneliti.

B : Responden.

Hasil wawancara :

A : Menurut bu retno, apakah prosedur klaim BPJS rawat inap di bangsal ini sudah berjalan dengan baik atau belum ?

B : Untuk klaim BPJS atau dari awal masuk pasien..

A : Dari awal masuk bu, agar lebih detail. Mungkin dari administrasinya pasien apakah lengkap dan sebagainya.

B : Jadi, pasien masuk misalkan dari poliklinik. Dari poliklinik kan dari awal masuk pendaftaran sudah ke relasi, kemudian sudah membawa SEP dari rawat jalan. Kemudian dari rawat jalan kalau memang mau di rawat inapkan, dari rawat jalan kan dianjurkan ke relasi juga, kemudian masuk ke bangsal sudah membawa SEP rawat inap. Ini kalau yang asalnya dari poliklinik. Kemudian sampai di bangsal ada 3 lembar. Lembar putih dibawa keluarga, lembar merah untuk status pasien yang digunakan perawat gatau dokter sebagai tenaga medis disini, lembar kuning

untuk relasi. Jadi, ada 3 macam. Ini tadi untuk yang masuk lewat poliklinik.

A : Bagaimana jikalau masuknya lewat UGS bu ?

B : Kalau masuk lewat UGD, itu kan emergency, apabila pasien tidak membawa rujukan tetapi bawa kartu BPJS, jikalau ingin dirawat inap, maka bisa masuk ke rawat inap dulu, misalkan pasien masuknya ke bangsal rawat inap malam hari, maka esok harinya bisa diurus.

A : Kemudian, kalau hasil klaim disini apakah sesuai yang diminta ?

B : Kalau hal itu saya pribadi tidak tau pasti, tetapi biasanya tetap tariff klaim BPJS lebih kecil dengan tarif yang diminta rumah sakit.

A : Kemudian untuk berhubungan dengan bagian BPJS, apakah pernah ada masalah ?

B : Selama ini untuk hubungan dengan BPJS tidak masalah. Karena, kalau pasien BPJS pulang, kalau pulangya sesuai dengan kelas kamarnya, kita tidak ada masalah karena status tetap di bangsal, kemudian kita akan verifikasi lewat computer, kemudian di verifikasi ulang oleh bagian keuangan, kemudian diverifikasi oleh bagian BPJS. Tetapi, kalau misalnya pasien naik kelas ruangnya, itu kana da kesenjangan selisih, kemudian statusnya akan dibawa ke rekam medik, kemudian ke bagian keuangan, dan setelah itu keluarga akan diberitau selisihnya. Jadi, diruangan tidak ada masalah.

A : Kemudian, dari segi dokter spesialisnya sendiri untuk mengisi status atau administrasi bagian BPJS apakah berjalan dengan baik ?

B : Kalau pengisian BPJS untuk diagnose itu kita atau perawat, tiap hari kita juga meminta diagnose dari petugas relasi untuk menegakkan estimasi dan pengendaliannya. Tapi, kalau untuk pasien biasa, kita tidak memintakan estimasi untuk pengendalian biayanya.

A : Tapi, selama ini apakah prosedur klaim BPJS rawat inap disini sudah berjalan dengan baik bu ?

B : Alhamdulillah sudah baik..

A : Kemudian menurut ibu retno sendiri, dengan yang sekarang ini bekerjasama dengan BPJS dibandingkan yang dulu yang tidak bekerjasama dengan BPJS, apakah lebih menguntungkan atau bagaimana ?

B : Kalau untuk saya ya disini sebenarnya tidak ada masalah jikalau perlakuannya sama. Cuma di kita atau perawat itu sering terhambat karena masalah obat. Ada beberapa obat-obatan yang tidak masuk standarisasi. Contoh pasien stroke, kepesertaannya kelas 2, Kemudian itu kanan dan beberapa obat yang harusnya diberikan tetapi tidak diberikan. Kita kan terasa suka beban ya, bebannya pasien itu membutuhkan. Kemudian, kalau pasien ini butuh resep, ya dokternya cuma membuatkan tanpa bertemu langsung dengan dokternya. Jadi dilema. Bagaimana kita memotivasi ke keluarga kan kalo kita tidak bagus ya, Jadi kendalanya ya obat yang berhubungan dengan kelas bangsalnya.

A : Kalau keuntungannya setelah bekerjasama dengan BPJS mungkin bu ?

B : Akhir-akhir ini ya memang banyak sih pasiennya. Cuma kalau dulu kan kita banyak tapi kan ini banyak yang naik kelas kan ya kalau BPJS.

A : Tapi selama ini bu, ada gak bagian dari pengurusan klaim BPJS yang menyulitkan ?

B : Kalau untuk hal itu mungkin langsung ditanyakan ke bagian rekam medic.

A : Pernah tidak bu di bangsal ini bermasalah dengan verifikator klaim BPJS ?

B : Kendalanya itu verifikator tidak selalu ditempat.

A : Berarti bisa dibilang malah permasalahan klaim ini tertunda karena verifikator BPJS itu sendiri bu ?

B : iya bisa dikatakan seperti itu.

A : Kemudian ini pertanyaan yang terakhir bu, kira-kira saran apa dari ibu agar memudahkan klaim BPJS ?

B : Saran saya yang pertama, standarisasi obat dan kalau bisa Verifikator bisa selalu standby ditempat agar memudahkan pengurusan untuk klaim BPJS, Kemudian kita juga mengingatkan kepada dokter spesialis untuk mengisi rekam medis secara lengkap dan tepat agar pengurusan administrasi klaim BPJS bisa berjalan dengan baik.

Kesimpulan :

Menurut Bu Retno sebagai kepala bangsal alur prosedurnya sudah berjalan dengan baik. Sebagai contoh, pasien masuk dari poliklinik. Dari poliklinik, awal masuk ke

pendaftaran kemudian sudah ke relasi, setelah itu pasien sudah membawa SEP dari rawat jalan. Kemudian dari rawat jalan, jika ingin di rawat inapkan, dari rawat jalan akan menganjurkan ke relasi, kemudian barulah pasien masuk ke bangsal sudah membawa SEP rawat inap. Kemudian sampai di bangsal ada 3 lembar. Lembar putih dibawa keluarga, lembar merah untuk status pasien yang digunakan perawat gatau dokter sebagai tenaga medis disini, lembar kuning untuk relasi. Jika masuk lewat UGD, seperti yang kita ketahui bahwa UGD ialah emergency, apabila pasien tidak membawa rujukan tetapi bawa kartu BPJS, jikalau ingin dirawat inapkan, maka bisa masuk ke rawat inap dulu, misalkan pasien masuknya ke bangsal rawat inap malam hari, maka esok harinya bisa diurus. Selain itu, responden juga menyatakan, bahwa tarif klaim dari BPJS lebih kecil dibandingkan dengan yang rumah sakit minta dan juga hubungan dengan BPJS tidak ada masalah. Ketika pasien pulang dari bangsal, perawat akan verifikasi lewat computer, kemudian di verifikasi ulang oleh bagian keuangan, kemudian diverifikasi oleh bagian BPJS. Tetapi, kalau misalnya pasien naik kelas ruangnya, itu akan ada kesenjangan selisih, kemudian statusnya akan dibawa ke rekam medik, kemudian ke bagian keuangan, dan setelah itu keluarga akan diberitau selisihnya. B : Akhir-akhir ini ya memang banyak sih pasiennya. Cuma kalau dulu kan kita banyak tapi kan ini banyak yang naik kelas kan ya kalau BPJS. Kemudian, responden juga memberi saran untuk standarisasi obat dan jika bisa Verifikator bisa selalu standby ditempat agar memudahkan pengurusan untuk klaim BPJS, Kemudian kita juga

mengingatkan kepada dokter spesialis untuk mengisi rekam medis secara lengkap dan tepat agar pengurusan administrasi klaim BPJS bisa berjalan dengan baik.

Lampiran 11.

HASIL WAWANCARA MENDALAM MODEL VERIFIKASI KLAIM BPJS PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II

Identitas Responden

1. Nama : 6

Laporan wawancara :

A : Peneliti.

B : Responden.

Hasil wawancara :

A : Menurut ibu sendiri, prosedur klaim BPJS selama ini di rumah sakit ini menyulitkan atau tidak ? Misalkan ada kendala dari administrasi kepesertaan, dan sebagainya..

B : Setau saya kan kalo dari sisi pelayanan medis misalkan dia masuk dari UGD atau rujukan dari PPK 1 terus masuk ke bangsal ya gapapa tidak ada masalah, tinggal si pasien menyelesaikan administrasi untuk rawat inapnya, sama SEP kalau sudah didapat ya sudah selesai.

A : Kemudian, menurut ibu sendiri kelebihan dan kekurangan dari prosedur klaim BPJS sendiri itu apa ? Misalkan, kekurangannya si pasien menjadi lebih ribet karena banyaknya aturan administratif dari BPJS atau bagaimana mungkin bu ?

B : Kalau untuk kepulangan atau pas begitu dia masuk ?

A : Dari awal masuk bu..

B : Dari awal masuk itu kebanyakan pasien dan keluarga pasien itu kan tidak pernah membawa kartu langsung, biasanya *general consent* diisi, bahwa pasien punya kartu BPJS. Dan itu kita berikan waktu 2x24 jam untuk dalam pengurusannya. Jadi, kalau misalnya belum ada kartunya, mondok dulu tidak apa-apa tetatpi pasien harus tetap mengurus.

A : Kemudian, dari sisi hasil klaim BPJS selama ini bu, kira-kira menurut ibu sendiri memuaskan atau tidak ?

B : Kalau setau saya, kemarin pas diberi informasi, kalau kelas 3 dengan BPJS tidak terlalu terpaut banyak selisih biayanya jadi bisa dikatakan seimbang.

A : Selain itu, kalau prosedurnya sendiri apakah sudah berlangsung dengan baik bu ?

B : Sudah kalau itu mas..

A : Kemudian, menurut pandangan ibu, selama atau sebelum bekerjasama dengan BPJS, kira-kira mending bekerjasama atau tidak bu ?

B : Ya kalau itu kan ya kewajiban harus bekerjasama. Memang sih kalau pasien umum tidak seribet dengan pasien BPJS, tapi ya mau gimana lagi..

A : Kalau dari segi kelebihan dan kekurangan sendiri setelah bekerjasama dengan BPJS ini menurut ibu bagaimana ?

B : Kalau masalah klaim itu kan di bagian keuangan sih ya, saya tidak tau pasti, karena setau saya merawat, proses administrasi kemudian sudah sesuai procedural terus saya verifikasi ya berarti sudah selesai.

A : Berarti, kalau bisa saya katakan, dari segi administrasi segala macamnya tidak ada masalah ya bu ?

B : Tidak ada, setiap pasien pulang pun dokter spesialis berkewajiban untuk mengisi status rekam medis secara lengkap dan pasti sudah komplit. Tetapi pernah juga ada kendala misalkan pasien pulang di malam hari, otomatis kan harus *confirm* ke dokter spesialis melalui via telfon, sementara dokter spesialis tersebut belum visite, nah kendala itu yang pernah ada.

A : Kemudian, kalau gitu, dengan bekerjasama dan sebelum bekerjasama dengan BPJS, keuntungannya apa bu ?

B : Keuntungannya ya lebih banyak pasien BPJS dan itu pasti. Disini misalkan pasien 25, yang umum paling 2 atau 3, yang lainnya BPJS.

A : Selain itu, dari orang BPJSnya sendiri bu, dalam hal verifikasi apakah pernah ada kendala ?

B : Selama ini tidak ada masalah

A : Kemudian, solusi atau saran dari ibu sendiri untuk klaim BPJS ini sendiri bagaimana ?

B : Sebenarnya ununtuk klaim BPJS itu saya tidak terlalu paham dengan system keuangan kita disini sama tim BPJSnya. Tapi, selama berjalannya waktu ini ya tidak ada kesulitan. Hanya mungkin kalau sudah waktunya tiba harus menyerahkan berkas ke verifikator itu saja yang mungkin sedikit hati-hati, karena takutnya klaim yang rumah sakit kita minta tidak terkabulkan atau tidak bisa disetujui oleh verifikator.

A : Untuk saran ke dokter spesialis tidak ada ya bu agar dokter spesialis bisa lebih *care* terhadap hasil klaim BPJS yang akan rumah sakit minta ini ?

B : Tidak ada, semua dokter spesialis disini menurut pandangan saya sudah baik dan tertib terhadap alur untuk mendapatkan klaim BPJS pada akhirnya.

A : Kemudian, saran untuk verifikator BPJS mungkin bu ?

B : Tidak ada, selama ini misalkan kami ada kesulitan atau masalah biasanya kami berkonsultasi dengan tim PI, nanti PI memberikan solusi biasanya.

A : Nah, masalah-masalah itu apa biasanya bu ?

B : Ya misalkan alat-alat kesehatan yang tidak masuk di BPJS, Seperti kursi roda dan sebagainya. Biasanya dari tim PI bisa memberikan solusi yang baik agar rumah sakit dan pasien sama-sama tidak ada yang dirugikan.

Kesimpulan :

Menurut Bu Eni selaku kepala bangsal, prosedur klaim BPJS selama ini sudah berjalan dengan baik. Kemudian, khususnya di bangsal ini dokter penanggungjawab juga sudah tepat mengisi status rekam medis. Dari hasil klaim sendiri sudah sesuai dengan hasil yang diminta. Jadi, bisa dikatakan keseluruhan dalam batas normal atau baik.

Lampiran 12.

HASIL WAWANCARA MENDALAM MODEL VERIFIKASI KLAIM BPJS PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II

Identitas Responden

1. Nama : 7

Laporan wawancara :

A : Peneliti.

B : Responden.

Hasil wawancara :

A : Pertama yang ingin saya tanyakan kepada bu bekti, menurut bu bekti sendiri sebagai kepala RM BPJS, bagaimana prosedur klaim BPJS pasien rawat inap disini ? mungkin bisa disebutkan kelebihan dan kekurangannya menurut pandangan dari ibu sendiri.

B : Untuk klaim BPJS secara keseluruhan jadi untuk rawat jalan dan rawat inap itu sama, jadi kita memakai softfile, jadi gak pakai hardcopynya, jadi itu lebih memudahkan untuk pengurusan klaim-klaim daripada memakai hardcopy.

A : jadi elektronik yah bu ?

B : Nggih. Jadi nanti untuk kayak kartu peserta, kartu keluarga, kan itu gabisa ya, jadi itu nanti kita scan, jadi nanti untuk pengajuan ke BPJSnya berupa file. Nah keuntungannya, meskipun kita belum menyetorkan ke BPJSnya, jadi kita ada

media untuk berkoordinasi baik dengan FI maupun keuangan, rekam medis, dan BPJSnya.

A : Kalau kekurangan atau hambatannya bu ?

B : Kalau hambatannya lebih ke SDMnya. Karena petugas verifikatornya tidak setiap hari ada, paling seminggu 2-3x, itu menjadi hambatan kita, terutama untuk pasien-pasien yang mau naik kelas, dan pulang. Nah itu mau bayarkan berapa kan bingung.

A : Kemudian biasanya solusinya bagaimana bu ?

B : Biasanya solusinya ada 2, kasus ringan lewat WA, kasus berat verifikator harus liat dan biasanya pasien harus nitip uang dulu.

A : Menurut ibu sendiri, hasil klaim BPJS ditahun sebelumnya 2015 memuaskan atau tidak memuaskan bu ?

B : Kalau klaimnya mesti sudah sesuai. Cuma kalau dibandingkan dengan tariff real rumah sakit ya bisa dikatakan kita minus. Jadi misalkan rumah sakit mintanya sekian, dari BPJSnya cuma dibayarkan beberapa gitu.

A : Berarti ibaratnya ?

B : Rugi hehe

A : Yahh rugi gitu yah bu ya.. terus untuk antisipasinya bagaimana bu ? rumah sakit yang menombok atau seperti apa bu ?

B : Ya itu masuk kerugian rumah sakit.

A : Kemudian menurut ibu sendiri,dari prosedur klaim BPJS khususnya untuk pasien rawat inap, selama ini sudah berjalan dengan baik kah atau mungkin dokter spesialis susah untuk susah tepat mengisi rekam medis gitu ?

B : Kalau susah mengisi memang penyakit sama ya dimana-mana seperti itu. Alhamdulillah kita seperti itu ada, Cuma gak mengganggu proses klaim. Jadi, kalau ada dokter spesialis seperti itu biasanya kita ajukan ke polynya.

A : Dan itu dokternya kooperatif bu ?Ibaratnya jika diminta langsung mengisi.

B : Ya ada sih 1-2 ibaratnya gak sampai 10% tapi gak semua, nanti kita dalam 2 minggu itu ada yang sudah dimintakan beberapa kali tapi tidak kooperatif, nanti kita laporkan direktur, nantikan direktur biasanya ngeWA di group spesialis diumumkan nantikan otomatis agak malu.

A : Kemudian menurut ibu sendiri bu, dengan era seperti sekarang ini, mending bekerjasama dengan BPJS atau tidak bu ? Soalnya kan tadi ada kerugian bu..

B : Karena kebijakan pemerintah nanti semua kan BPJS, jadi kalau tidak bekerjasama nanti ya berat juga, jadi ya untuk kerjasamanya ya mungkin perlu, Cuma rumah sakit harus memperkuat kendali mutu dan kendali biaya.

A : Sebenarnya, setaunya bu bekti kok klaimnya bisa berkurang karena apa bu ? dokter suka upcoding kah , atau gimana bu ?

B : Macam-macam itu mas. Jadi yang pertama, mungkin karena istilahnya pemahaman verifikator juga beda-beda.

A : Dan bukan dokter bu verifikatornya ?

B : Kalau disini apoteker. Nah itu kita sudah pernah berganti verifikator 2x. misalkan kasus CHF, secara klinis sudah sesuai tapi ternyata harus ada radiology , terus misalkan sepsi, misalkan AL nya sekian sekian tapi gak ada kultur ya gak dipake, semacam

itu itu kan padahal itu kan untuk penanganan di pasiennya kan sudah butuh biaya banyak to, Kurang lebih ya itu pemahaman verifikatornya yang tidak sama. Ada lagi pasien KDS, ada pemahaman verifikator bahwa KDS itu kalau dirumah sakit masih kejang, kalau di rumah sakit sudah tidak kejang dianggap verifikator febris biasa. Nah semacam itu, yang kedua ada pola dokter memang seperti itu, mungkin ada dokter yang iguh karena ini pasien BPJS, jadi ya itu kendali mutu kendali biaya. Tapi da yang wes pokoke aku ya rawat, itu kan bagian manajemen.

A : Berarti ibaratnya, misalkan verifikator, kalau menurut saya kan step by stepnya kan alurnya sudah baik bu, nah cuma dari BPJS dan internalnya kita misalkan spesialis, kalau misalkan itu diperbaiki kan sebenarnya bukan dari modelnya ya bu, tapi dari pelakunya ya bu ?

B : Iya benar banget mas, jadi pelakunya itulah yang menentukan nantinya.

A : Kemudian, kira-kira dari prosedur yang ada, ada gak yang menyulitkan rumah sakit bu dari hasil klaim-klaiman ? Misalkan harus berkas ini berkas itu dll..

B : Oh pernah, itu kita ada yang pernah tidak dibayar atau ibaratnya pending claim, ya dibayar tapi depending itu ya. Itu untuk kasus terutama kasus kasus kecelakaan. Kalo sekarang yang lagi trend itu kasus kecelakaan kerja. Kita dari rumah sakit kan susah untuk menentukan ini kasus kecelakaan kerja atau tidak, karena setiap pasien yang trauma , itu hamper BPJS mesti minta kronologisnya. Misalkan itu kemarin ada klaim 4 tidak terbayarkan. Ada pasien jatuh dari bangunan, saat bekerja, nah itu

gak masuk jaminan, jadi dari BPJS masuknya itu ketenagakerjaan, karena waktu bekerja. Nah akhirnya kita menghubungi keluarganya, menghubungi pasiennya, nah dia ada 5 kuli batu kuli bangunan dan lainnya, ya akhirnya dia gapunya uang, ya kayak gitu kan kita gabisa apa-apa to mas. Ada juga polisi saat membersihkan senjatanya, tetapi saat diasrama polisi, nah BPJS juga bilang itu masuk ketenagakerjaan, karena saat bekerja. Kayak gitu kan hal kecil tp kalo dikalikan bisa banyak klaim yang gak terbayar mas.

A : Mungkin terakhir ya bu, saran dari bu bekti sendiri, agar dari masalah-masalah tadi bisa timbul solusi untuk kedepannya ?

B : Kalau saran dari saya lebih ke penyeragaman verifikatornya. Jadi ada verifikatornya yang ini boleh klaim, yang ini tidak. Jadi kita mau komunikasikan dokternya, misalkan dok sepsis itu harus ada kultur, tapi disisi lain verifikator ada yang bilang boleh, kayak CHF itu tadi juga. Jadi, yang lebih berpengaruh itu penyeragaman verifikator sendiri untuk mendapatkan klaimnya kita mas.

A : Hmm selain itu, apakah dari spesialis pernah slek atau bermasalah dengan verifikator bu ? soalnya, kan kalau bukan dokter kan gak mengerti penyakitnya bu..

B : Ya lebih ke wewenang verifikator itu sebenarnya apa to gitu, harus sesuai ke hal yang masing-masing. Kalau memang klinis tidak masuk kan, nanti di verifikator ada DPM, diawasi gitu, jadi gak langsung menjudge disini verifikatornya, asal secara pertanggungjawaban dokter sudah mengisi resume dan tandatangan kan sudah sebagai pertanggungjawaban ya, masalah

nanti tidak benar kan DPM lah yang mengurus, jadi tidak di judgemen disini gitu mas. Yah mungkin itu saja mas..

A : Yah mungkin itu saja bu bekti dari wawancara kali ini, semoga bisa menjadi perbaikan buat PKU Gamping kedepannya.

Kesimpulan :

Menurut responden, selama ini untuk hubungan pengurusan klaim ke BPJS sudah berjalan dengan baik, karena di rumah sakit ini sudah menggunakan softfile yang memudahkan dalam pengumpulan file rekam medis rumah sakit. Jadi, seperti kartu peserta, kartu keluarga, dan lainnya itu nanti akan di scan, dan kemudian nanti untuk pengajuan ke BPJSnya berupa file. Nah keuntungannya, meskipun kita belum menyetorkan ke BPJSnya, jadi terdapat media untuk berkoordinasi baik dengan FI maupun keuangan, rekam medis, dan BPJSnya. Menurut Bu Bekt, hambatan di rumah sakit ini lebih ke SDM BPJSnya. Karena petugas verifikatornya tidak setiap hari ada, dalam seminggu hanya 2-3x, hambatan tersebut muncul terutama untuk pasien-pasien yang mau naik kelas, dan pasien yang pulang.

Kemudian, menurut responden untuk hasil klaimnya sudah sesuai. Hanya kalau dibandingkan dengan tarif real rumah sakit bisa dikatakan minus. Hambatan selanjutnya mungkin dokter spesialis tidak ontime dalam mengisi status rekam medis. Hambatan selanjutnya mungkin dari segi SDM BPJSnya itu sendiri, karena tidak semua verifikator SDM BPJS mempunyai pemahaman yang sama. Dengan pemahaman yang tidak sama itu membuat hasil dari klaim itu sendiri berbeda.

Lampiran 13.

HASIL WAWANCARA MENDALAM MODEL VERIFIKASI KLAIM BPJS PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II

Identitas Responden

1. Nama : 8

Laporan wawancara :

A : Peneliti.

B : Responden.

Hasil wawancara :

A : Menurut dokter arifudin sendiri, sebagai klinisi dan kepala BPJS RS PKU Gamping Unit II Yogyakarta, prosedur klaim BPJS disini bagaimana ? Mohon di jelaskan kelebihan, kekurangan dan hambatan menurut dokter sendiri...

B : Kelebihan dan kekurangan dari apa ini ?

A : dari administrasi dok..

B : administrasi rumah sakit atau administrasinya BPJS ?

A : BPJS dokter..

B : Administrasi dari BPJS menurut saya ya.... ya memang sudah harusnya seperti itu, seperti asuransi-asuransi yang lain juga sama, jadi tidak ada masalah.

A : Mungkin kalau berdasar sebelumnya yang saya wawancarai, mungkin ada spesialis yang berkata mungkin kalau BPJS administasinya agak ribet mas

B : ini administasi apa ini yang ribet ini ?

A : Kalau disini ada administasi 1. Kepesertaan, 2.pelayanan, terus mungkin dari administasi softwarena

B : Ini dari segi saya sebagai manajemen atau klinisi ?

A : Klinisi dokter..

B : Kalau klinisi kan kita gak berhubungan dengan pendaftaran pasien di BPJS, kan kita ndak sejauh itu. Mungkin bukan kompetensi lah kalau menurut saya.

A : Kalau di manajemen sendiri, berlangsung baik ya selama ini dok ?

B : Kalau hubungan antara rumah sakit dan BPJS ya baik..

A : Untuk kendala-kendala selama ini mungkin dari kelengkapan berkasnya bagaimana ?

B : Kalau kelengkapan berkas tidak bermasalah. Yang masalah itu verifikasinya coding dan grouping yang kita masukkan dalam system INA CBG's nya BPJS disetujui atau tidak oleh verifikator BPJS, itu problemnya.

A : Nah itu masuk ke pertanyaan selanjutnya dok, menurut dokter sendiri berdasarkan dari hasil klaim BPJS pasien rawat inap di kelas I,II dan III tahun 2015? (Sangat memuaskan, memuaskan, netral, tidak memuaskan, sangat tidak memuaskan?mohon di jelaskan dokter...misalkan dari rumah sakit ini meng-klaim 20juta, apakah dari sana bisa mengabulkan permintaan klaim dengan sejumlah yang rumah sakit minta juga, atau bahkan terkadang ada kendala atau bagaimana ?

B : Yaaa untuk rumah sakit PKU Gamping ya secara umum tariff rumah sakit lebih tinggi dibandingkan dengan klaim dari BPJS.

A : Untuk klaim-klaimnya berarti masuk semua ya dok atau dikatakan tidak bermasalah ?

B : Ya masalah ya tadi itu.. disetujui atau tidaknya dari verifikator BPJS. Kalau gak distujui ya berarti, pertama klaim yang kita ajukan misalnya penyakit A masuk di grouping kode diagnosa dan tindakan ini, misalkan ini akan menghasilkan tarif CBG's adalah sebesar 5 juta dan ini tidak disetujui oleh verikator grouping diagnose dan kode tindakan. Dari berkas-berkas ini verifikator meminta kita untuk memasukkan kode tindakannya diganti bukan A tapi B, maka kemudian berubah klaim CBG's-nya menjadi 3,5 juta. Gitu problemnya. Tariff rumah sakit kan bisa 6 juta, atau 3,2 juta, itulah problemnya memang kesesuaian antara grouping kita dengan persetujuan dari verifikator, berdasarkan berkas – berkas yang kita punya atau kita pimpin.

A : Kemudian untuk selama ini dok, selama berjalannya waktu, apakah prosedur klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II selama ini sudah berjalan dengan baik? Atau dari dokter sendiri sebagai kepala BPJS di rumah sakit ini, ingin mengganti modelnya menjadi lebih enak mungkin, tidak berberlit gitu ?

B : Tidak bisa , itu sudah standar yang sama, bahwa semua pasien datang dengan kartu BPJS, fotocopynya, fotocopy identitas, membawa rujukan di fotocopy, kemudian ke pendaftaran di verifikasi oleh bagian pendaftaran, kemudian baru periksa, itu sudah sama semua, tidak ada yang bisa dimodifikasi. Yang bisa dimodifikasi ialah kecepatan dan ketepatan waktu disetiap unit

pendaftaran, pelayanan, penunjang laboratorium, dan di keuangan.

A : Berarti menurut dokter, apakah dengan bekerjasama dengan BPJS kesehatan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II lebih diuntungkan dari pada tidak bekerjasama dengan BPJS ?

B : Tidak mungkin, pasti bekerjasama

A : lebih menguntungkan atau bagaimana ?

B : Menguntungkan dari segi apa dulu ini ? Kalau dari segi dakwah ya menguntungkan. Karena tujuan rumah sakit ini ialah rumah sakit dakwah. Jadi , pasien-pasien yang datang dengan tidak membayar ya senang sekali kita.

A : Kalau gitu, menurut pandangan dokter sendiri apakah ada perbedaan dari segi keuntungan rumah sakit sebelum dan sesudah bekerjasama dengan BPJS ?

B : Keuntungan yang pertama bisa melayani pasien yang lebih banyak. Kedua, kita bisa melayani pasien tanpa perlu memikirkan pasien ini bisa membayar ataupun tidak. Problemnnya hanya, kita secara umum klaim dari BPJS ini bisa menutup operasional rumah sakit ini atau tidak.

A : Berarti begini dok, dalam pandangan saya mengajukan klaim ke BPJS, misalnya dari kita minta 5 juta, kemudian hanya tercover 3 juta, nah kurang lebih 3 juta itu untuk operasional di rumah sakit ini sudah jalan gitu ya dok ?

B : Ya insyaAllah begitu..

A : Kemudian, dari prosedur klaim BPJS selama ini ada yang menyulitkan RS atau tidak mungkin dok ?

B : Tidak ada..

A : Kemudian dari SDM sendiri dok, apakah pernah berkonsultasi kepada dokter sebagai kepala BPJS Mengalami kesulitan tentang klaim-klaim BPJS seperti itu.

B : Kalau di PKU Gamping, langsung kita selesaikan kalau ada masalah antara grouping kita pengajuan kita ke BPJS dengan verifikatornya langsung kita selesaikan.

A : Kalau boleh tau dok, biasanya masalah itu karena apa ?

B : Tadi itu, kode itu tidak disetujui oleh verifikator, itu saja.

A : Maaf dok, tidak disetujuinya karena overlapping diagnosis kah atau karena apa ?

B : Ya seperti misalkan, saya memasukkan koding diagnose sepsis, data yang kita tunjukkan dan laboratorium demikian serta klinis demikian, tapi tidak diterima oleh verikator karena tidak ada kultur. Atau pasien ini tidak indikasi rawat inap, tapi oleh dokter dilakukan rawat inap.

A : Berarti solusinya sendiri menurut dokter bagaimana selaku klinisi dan menajamen ?

B : Ya kalau secara klinisi ya kita melakukan sesuai standart praktek klinik kita, panduan praktek klinik kita, itu saja sebagai klinisi.

A : Kemudian. menurut dokter, aspek apa saja yang membuat klaim BPJS tidak sesuai dengan tariff INA CBG's

B :Ya ketidaksesuaian antara biaya rumah sakit dengan besaran penggantian berdasarkan INA CBG's.

A : Terus untuk antisipasinya dari rumah sakit ini sendiri bagaimana dok ?

B : Intinya kita melakukan sesuai alur yang ada dan tidak ada upcoding.

A : Berarti yang bisa saya simpulkan, di rumah sakit ini lebih sering mengalami kendala di group coding nya tadi itu dok ?

B : Ketidaksesuaian verifikator dengan coding yang kita berikan, dan saya sebagai koordinator pelayanan BPJS di rumah sakit ini mempunyai tim-tim yang bisa bernego dengan bagian verifikator itu sendiri.

Kesimpulan :

Menurut responden, selama ini prosedur untuk klaim BPJS sudah berjalan sesuai dengan standar yang berlaku dan hubungan antara BPJS dengan rumah sakit tidak ada masalah. Hambatan atau kendalanya kurang lebih terhadap coding atau grouping yang dimasukkan ke sistem INA CBG's itu diterima atau tidaknya oleh verifikator. Karena kalau tidak disetujui ya berarti, pertama klaim yang kita ajukan misalnya penyakit A masuk di grouping kode diagnosa dan tindakan ini, misalkan ini akan menghasilkan tarif CBG's adalah sebesar 5 juta dan ini tidak disetujui oleh verikator grouping diagnose dan kode tindakan, setelah itu dari berkas-berkas ini verifikator meminta kita untuk memasukkan kode tindakannya diganti bukan A tapi B, maka kemudian berubah klaim CBG's-nya menjadi 3,5 juta. BPJS dan secara umum, tariff rumah sakit lebih tinggi dibandingkan dengan tariff klaim dari BPJS. Untuk alur pasien, selama ini sudah berjalan sesuai dengan prosedurnya dan itu tidak bisa diubah, bahwa semua pasien datang dengan kartu BPJS, fotocopy identitas, membawa rujukan di fotocopy, kemudian ke

pendaftaran di verifikasi oleh bagian pendaftaran, kemudian baru diperiksa. Menurut responden, yang bisa diubah atau dimodifikasi ialah kecepatan dan ketepatan waktu disetiap unit pendaftaran, pelayanan, penunjang laboratorium, dan di keuangan. Hambatan lainnya ialah perlunya pemahaman verifikator terhadap apa yang terjadi di lapangan. Karena tidak semua verifikator mengerti apa yang terjadi sesungguhnya di lapangan.

Lampiran 14.

HASIL WAWANCARA MENDALAM MODEL VERIFIKASI KLAIM BPJS PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II

Identitas Responden

1. Nama : 9

Laporan wawancara :

A : Peneliti.

B : Responden.

Hasil wawancara :

A : Menurut dokter lusi sendiri, selaku klinisi di RS PKU Gamping, selama berjalannya waktu ini ada masalah tidak dok dengan klaim-klaim BPJS itu sendiri ? Sebagai contoh, mungkin penyakitnya sering tidak dicover karena upcoding atau tidak dicover karena tidak sesuai diagnosa utama, atau seperti apa mungkin dok ?

B : Klaim BPJS ?

A : Iya dok..

B : Kalau kita spesialis itu ada di pelayanan ya dek ya di klinis. Sedangkan klaim BPJS itu dikerjakan oleh structural manajemen. Jadi kita itu hanya diberi informasi, kalau misalkan banyak klaim yang belum di ACC. Jadi ini ada info ini, baru-baru ini, banyak klaim BPJS yang belum di ACC. Biasanya penyebabnya ketidaklengkapan resume medis . Jadi, diagnosa dengan data

pendukung belum klop matching gitu. Ya itu info yang kita terima, tetapi pelaporan itu oleh manajemen itu tadi dek.

A :Mungkin selama ini, untuk mengantisipasi hal itu, dari manajemen mengasih peringatan seperti itu atau bagaimana dok ?Untuk mengisi status dan lainnya.

B : Ya selama ini sih, dari klaimnya yang belum dibayar, terus ini gencar, perawat dipesan bahwa setiap dokter yang mau memulangkan pasien disodori utnuk segera mengisi, kemudian kita juga punya WA Group kan, biasanya disitu manajemen juga mengingatkan, terus yang rekam medik yang belum terisi misalnya hasilnya pasien pulang atas permintaan sendiri, pasien meninggal, pokoknya pada pasien pulang sementara kita gak ada dirumah sakit itu ya itu rekam mediknya di serahkan kekita, dikembalikan ke kita. Nah itu dink dek, sama ada rekam medik yang dikembalikan itu karena dianggap diagnosanya tidak sesuai dengan data pendukung diagnosanya.

A : Kemudian, kalau dari hasil klaim-klaimannya sendiri dok, sesuai gak dok sama yang rumah sakit minta dok ?misalkan CHF disini 5juta dok, nah apakah dari sana bisa mengklaim segitu juga dok atau bagaimana ?

B : Oh yaaa, infonya sih beberapa bulan ini banyak rugi terutama penyakit dalam sama bedah, biaya yang dikeluarkan rumah sakit atau dokter lebih besar dari klaim yang diterima. Jadi klaimnya rugi kita.

A: Jadi, antisipasinya sendiri dok gimana, sementara tadi kan katanya ..

B : Merugi gitu ya dek..

A : Iya dok, nah antisipasinya sendiri biasanya bagaimana dok ?
upcoding kah dok atau seperti apa.

B : Oh tidak dek, biasanya berusaha mengurangi biaya atau membuat obatnya lebih sederhana. Misalkan beberapa pemeriksaan penunjang yang tidak perlu sama sekali ya tidak usah dilakukan, terus berusaha untuk lebih teliti lagi barangkali ada diagnosa lain untuk menaikkan cost diagnosa itu sendiri, jadi kita jujur sesuai diagnosa, untuk mendapatkan klaim yang bisa menaikkan klaimnya itu, tapi ya sesuai dengan data pendukung itu dek.

A : Kemudian menurut dokter sendiri, selama berjalannya waktu ini, alur prosedur untuk mendapatkan klaim mudah atau sulit dok ?

B : nah itu dek, karena yang tau itu manajemen dek, terus terang klinisi gatau dek.

A : Kemudian, menurut dokter sendiri sebagai klinisi, selama sebelum bekerjasama dengan BPJS dan sesudah bekerjasama dengan BPJS, kira-kira lebih menguntungkan mana dok ?

B : Kalau dokter, pasien kita akan lebih banyak. Karena mungkin pasien yang dulu tidak punya asuransi, sekarang dia punya BPJS itu jadi kan mudah berobat kan. Dulu dia harus keluar dari kantong, jadi sekarang sakit-sakit ringan kan belum berobat, sekarang kan sakit-sakit ringan sudah berobat, jadi pasien kita lebih banyak.

A : Jadi mungkin ini yang terakhir dok, selama berjalannya waktu, pernah tidak ada verifikator dari BPJS langsung komunikasi atau konsultasi dengan dokter spesialis ?

B : Dokter ?

A : Iya dok..

B : Saya rasa tidak itu ya , mereka tidak langsung, mereka ke petugas BPJS rumah sakit, baru petugas BPJS itu yang konfirmasi ke kita.

A : Ibaratnya saran saran terakhir dari dokter sendiri, untuk BPJS dan klinisi disini, agar dapat klaimnya gak mundur atau dapatnya sesuai itu bagaimana dok

B : Memang dari medis itu resume medis harus diisi lebih lengkap, Cuma karena pasiennya jadi lebih banyak, Cuma ya kita terus terang tidak sempat, sehingga kita minta manajemen untuk proaktif mengembalikan status rekam medis itu. Jangan 100% kita spesialis disalahkan, karena pasienpun lebih banyak, tapi kita aka nisi lengkapi kalau itu dikembalikan kekita catatan mediknya gitu ya dek.

Kesimpulan :

Menurut responden, karena responden ini sebagai klinisi, sedangkan klaim BPJS itu dikerjakan oleh struktural manajemen. Jadi, responden hanya diberi informasi, kalau misalkan banyak klaim yang belum di ACC. Biasanya penyebabnya ketidaklengkapan resume medis . Jadi, diagnosa dengan data pendukung belum sesuai. Menurut responden, klaim yang didapat rumah sakit ini bisa dikatakan rugi. Karena, tariff dari BPJS lebih kecil dibandingkan tariff yang rumah sakit ini minta. Solusi yang

biasa responden lakukan ialah berusaha mengurangi biaya atau membuat obatnya lebih sederhana. Misalkan beberapa pemeriksaan penunjang yang tidak perlu sama sekali tidak usah dilakukan, terus berusaha untuk lebih teliti lagi barangkali ada diagnosa lain untuk menaikkan cost diagnosa itu sendiri, jadi kita jujur sesuai diagnosa, untuk mendapatkan klaim yang bisa menaikkan klaimnya itu, tapi ya sesuai dengan data pendukung itu dek. Tetapi disamping itu, pasien menjadi lebih banyak di era BPJS ini, karena pasien yang dulu tidak bisa berobat karena tidak punya asuransi, sekarang semua masyarakat bisa berobat dengan menggunakan asuransi kesehatan BPJS tersebut.

Lampiran 15.

HASIL WAWANCARA MENDALAM MODEL VERIFIKASI KLAIM BPJS PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II

Identitas Responden

1. Nama : 10

Laporan wawancara :

A : Peneliti.

B : Responden.

Hasil wawancara :

A : Menurut pandangan dokter yosi sendiri, sebagai klinisi di RS PKU Gamping Unit II Yogyakarta, prosedur klaim BPJS disini bagaimana ? Mohon di jelaskan kelebihan, kekurangan dan hambatan menurut dokter sendiri...

B : ya, terimakasih sebelumnya mas dino ya.. Jadi, saya sebagai klinisi, tapi bagian anestesi. Jadi, mungkin berbeda dengan bagian besar ya.. seperti penyakit dalam, bedah , yang memang dia harus memonitor pasien setiap hari ke bangsal. Kalau saya kan visite pre operasi ke bangsal, sehingga disana saya menyiapkan pasien yang akan di operasi. Jadi sebetulnya kalau filling saya, tidak terlalu tau betul, dalam artian masalah teknis, karena saya tidak memberikan diagnosis, tetapi memberikan status fisik untuk persiapan pre-Op ya dek dino ya...Buat saya kalau di rawat inap, itu ya selama ini ya lancar saja untuk masalah klaim, tidak ada masalah.

A : Menurut dokter sendiri berdasarkan dari hasil klaim BPJS pasien rawat inap di kelas I,II dan III tahun 2015? (Sangat memuaskan, memuaskan, netral, tidak memuaskan, sangat tidak memuaskan?atau apakah pernah bermasalah ?

B : Oke, kalau di ruang operasi pasien-pasien operasi memang yang saya rasakan itu BPJS berbeda dengan sebelumnya, dengan system kesehatan masyarakat yang dulu, terutama untuk pasien yang tidak mampu. Dalam hal ini kann harapannya BPJS membantu yang tidak mampu, untuk pemerataan. Dulu itu JPKM, saya merasakan sudah *settle* dek, jadi klaimnya juga lancar, kemudian dari tarifnya itu juga lumayan. Jadi, dia artinya tertutupi terutama untuk rumah sakit tipe D itu mereka masih bisa leluasa untuk mengatur. Nah, sekarang itu kan sangat *strake* sekali, Jadi untuk masalah perhitungan dari obat-obatan yang terpakai, bahan habis pakai, jadi harus betul-betul ketat, membatasi betul, apalagi ke masalah pengobatan. Nah, jadi berbeda. Kalau dulu mungkin bisa lancar setiap bulan, sekarang mungkin untuk rumah sakit tipe D harus menunggu 2 bulan untuk mendapatkan klaimnya itu. Kecuali kalau rumah sakit swasta yang besar, mungkin dia karena mempunyai kemampuan, dia bisa menggaji dokternya dengan uangnya dulu. Padahal, klaimnya sebenarnya gak langsung dapet setiap bulan.

A : Kemudian, untuk prosedur klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II selama ini apakah sudah berjalan dengan baik? Atau sering ada kendala masalah contohnya berkas dikembalikan lagi begitu dok ?

B : Kalau dari bagian saya anestesi tidak ada masalah, kalau anestesi lho dek. Karena ya itu, kami hanya mengikuti dokter bedahnya sebagai operator. Tapi, tidak mengerti jikalau spesialis yang bagian besar.

A : Kemudian, dengan bekerjasama bersama BPJS kesehatan ini sendiri di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II, lebih menguntungkan atau tidak ?

B : Ya sebetulnya ini programnya sangat bagus. Kalau jangka panjang kedepan, untuk membantu masyarakat yang tidak mampu, ya itu tapi tetap harus ada evaluasi dek, apakah BPJS ini sudah sesuai dengan rumah sakitnya atau belum.

A : Karena yang kita ketahui ini ya dok, di suatu daerah menolak mentah-mentah bekerjasama dengan BPJS, bagaimana tanggapan dokter sendiri ?

B : Ya secara umum memang klaimnya lebih kecil ya kalau bekerjasama dengan BPJS untuk bagian-bagian tertentu. Makannya untuk kasus-kasus tertentu, ada yang lebih kecil atau turun dibanding dari yang sebelumnya. Tetapi, ada kasus tertentu yang lain juga bisa dapat lebih tinggi. Nah, ini makannya rumah sakit memang harus membuat strategi. Artinya dengan subsidi silang. Memang kalau swasta itu kan harus pinter mengolah, karena kalau swasta itu ditangani sendiri.

A : Kemudian, dari prosedur klaim BPJS selama ini apakah ada yang menyulitkan RS atau tidak mungkin dok ? misalkan klaim baru dibayarkan 3 bulan atau 4 bulan mungkin..

B : Kita gabisa ngapa-ngapain ya kalau misalnya memang klaim tersebut dibayarkan 2 bulan di suatu rumah sakit. Ataupun bisa lebih. Awal memang kita merasa, tapi akhirnya menjadi terbiasa.

A : Tetapi, tim verifikator klaim BPJS itu tetap komunikatif kan ya dok dengan dokter spesialis ?

B : Kalau menurut saya, komunikasi berjalan dengan baik. Yang artinya dia mengakomodir.

A : Kemudian ada tidak saran dari dokter sendiri, untuk bagian klaim BPJS atau orang yang berkecimpung dalam BPJS, agar memudahkan atau membantu dokter spesialis dalam pengurusan klaim ?

B : Mungkin saran saya, mungkin tidak kalau BPJS itu baik pegawai atau tim nya adalah orang-orang dari medis. Artinya begini, andaikan dia bukan orang medis, setidaknya dia tau lapangan. Contohnya di ruang operasi, coba diliat seperti apasih operasi dengan tingkat kesulitan, kemudian berapa banyak tenaga yang dikeluarkan, mulai dari obat-obatan, apalagi ya tingkat kesulitan itu kan dari setiap bagian berbeda-beda. Misalkan kandungan, akan menghadapi kasus SC, seperti apa tingkat kesulitannya, kemudian bagian THT kasus amandel atau tonsillitis, seperti apa tingkat kesulitannya baik dari dokter THT ataupun dari dokter anestesi, ini hanya sebagai contoh ya, sehingga bisa tau persis nih atau sesuai antara verifikator klaim BPJS dengan dokter spesialis berdasarkan tinjauan lapangan langsung. Jadi, bukan disusun dengan orang-orang yang tidak tau medis.

A : Kemudian. menurut dokter, aspek apa saja yang membuat klaim BPJS sering mundur ? apakah sering overlapping diagnose mungkin, atau dari segi apa menurut dokter ?

B : Mungkin, ada beberapa ketidaklengkapan administrasi dari dokter spesialis ya dalam mengisi rekam medis. Atau, terkadang verifikator itu mengembalikan karena diagnosis awal tidak sesuai dengan diagnosis akhir atau bahkan bisa juga karena yang disampaikan dek dino tadi, yaitu tentang overlapping diagnose. Ya hal-hal itu memang terkadang bisa membuat klaim klaim-an kita menjadi terhambat atau bisa mundur dapatnya.

Kesimpulan :

Menurut responden sebagai klinisi, BPJS berbeda dengan sebelumnya, dengan system kesehatan masyarakat yang dulu, terutama untuk pasien yang tidak mampu. Dalam hal ini harapannya BPJS membantu yang tidak mampu, untuk pemerataan. Responden menyatakan bahwa sekarang itu sangat strake sekali, Jadi untuk masalah perhitungan dari obat-obatan yang terpakai, bahan habis pakai, jadi harus betul-betul ketat dan dibatasi apalagi ke masalah pengobatan. Kalau dulu mungkin bisa lancar setiap bulan, sekarang mungkin untuk rumah sakit tipe D harus menunggu 2 bulan untuk mendapatkan klaimnya itu. Kecuali kalau rumah sakit swasta yang besar, mungkin dia karena mempunyai kemampuan, dia bisa menggaji dokternya dengan uangnya dulu. Padahal, klaimnya sebenarnya gak langsung dapat setiap bulan. Selain itu, responden menyatakan BPJS ini programnya sangat bagus. Kalau jangka panjang kedepan, untuk membantu masyarakat yang tidak mampu, tapi tetap harus ada

evaluasi, apakah BPJS ini sudah sesuai dengan rumah sakitnya atau belum dan juga secara umum memang klaimnya lebih kecil kalau bekerjasama dengan BPJS. Hambatannya menurut responden juga terjadi pada bagian verifikator BPJS, menurutnya bahwa verifikator kurang memahami kondisi lapangan. Contohnya di ruang operasi, seperti apa operasi dengan tingkat kesulitan, kemudian berapa banyak tenaga yang dikeluarkan, mulai dari obat-obatan, apalagi ya tingkat kesulitan itu kan dari setiap bagian berbeda-beda. Selain itu, mungkin ada beberapa ketidaklengkapan administrasi dari dokter spesialis dalam mengisi rekam medis. Atau, terkadang verifikator itu mengembalikan karena diagnosis awal tidak sesuai dengan data penunjang dan sejenisnya.

Lampiran 16.

HASIL WAWANCARA MENDALAM MODEL VERIFIKASI KLAIM BPJS PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II

Identitas Responden

1. Nama : 11 dan 12

Laporan wawancara :

A : Peneliti.

B : Responden.

Hasil wawancara :

A : Menurut dokter zam sendiri sebagai klinisi di rumah sakit PKU Gamping, bagaimana prosedur klaim BPJS disini ? apakah menyulitkan tidak dok ?

B : Menurut saya sih tidak dek, sudah sesuai standar yang ada. Tinggal kita mampu mengikuti aturannya itu apa enggak. Tapi ya tidak menampik juga sih dek, kan saya klinisi, terkadang saya juga beberapa kali pernah gak lengkap untuk 1 prosedur. Contohnya ngisi lengkap status rekam medis pasien. Nah, hal itu menurut saya gabisa semua disalahkan ke klinisi atau spesialis lain seperti saya, karena spesialis biasanya banyak yang dikerjakan, nah itu pentingnya biasanya BPJS harus ngingati kita, nah biasanya statusnya dibalikkan itu dek.

A : Berarti, bisa dikatakan bahwa jikalau alur modelnya sudah sesuai, tinggal aplikasinya dari internal rumah sakit ini sendiri gitu ya dok ?

B : Hmm ya bisa dikatakan seperti itu dek.

A : Oke dok, kemudian, kira-kira masalah apa lagi dok selain yang disebutkan tadi yang mungkin bisa menghambat untuk mendapatkan klaim BPJS atau bahkan tidak mendapat klaim yang sesuai rumah sakit minta..?

B : Mungkin kalau itu saya kurang faham dek, karena biasanya kita menuliskan diagnosa pasien juga sudah sesuai, tapi terkadang dikatakan verifikatornya mungkin gak sesuai, jadi gabisa di klaim. Soalnya ya itu dek, orang sana nya pun kurang memahami tentang penyakitnya, jadi bisa dikatakan saklek. Apa yang sudah ada di formulariumnya ya jadi pegangannya dia, sementara namanya penyakit itu gabisa di prediksi dek. Apa saja bisa terjadi. Jadi, mungkin yak arena internal sananya sendiri yang bukan klinisi jadi sering gak sesuai sama apa yang spesialis tuliskan.

A : Dan itu sering terjadi dok hal seperti itu ?

B : Ya sering banget dek. Misalkan penyakit apa, yang diformularium harus ada pemeriksaan radiology, nah sementara spesialisnya gak melakukan pemeriksaan radiology, ya kayak gitu ya gak di klaim dek. Padahal terkadang spesialis itu melihat penyakit yang udah jelas2 itu penyakitnya kok ya ngapain harus dilakukan pemeriksaan lanjutan. Kan kasian pasiennya harus mondar mandir sana sini. Nah, terkadang hal itu dari pihak sananya yang gamau tau, pokoknya kalo di formularium ini ya ini, kayak gitu.

A : Oke dokter, kemudian kalau dari segi administrative segala macam apakah sudah sesuai dengan prosedur dok ?

B : Kalau itu yang lebih faham perawat bangsalnya dek, karena biasanya baik pasien dari ugd maupun dari poli kan nanti dibangsal yang mengurus perawatnya, tapi setau saya kayaknya selama ini sudah berjalan dengan baik kalau dari segi administrative nya.

A : Oke dok. Kemudian saran terakhir dari dokter sendiri selaku klinisi di rumah sakit ini, kira-kira bagaimana agar rumah sakit ini bisa mendapatkan klaim yang sesuai rumah sakit minta dan mendapatkan secara tepat waktu ?

B : Ya itu tadi, mungkin sarannya ya dari orang BPJSnya sendiri lebih sigap tanggap dan cepat. Misalkan kalo spesialisnya ada yang gak lengkap ya dibalikkannya cepat, agar kita bisa merevisinya secara cepat juga. Kemudian, kalau bisa ya orang verifikatornya ya orang klinisi, jadi paham tentang penyakitnya. Karena ketika bukan klinisi ya percuma, mau kita ngotot apapun ya gabisa dek, dia berpatokan sama buku formularium yang dia punya dan juga perlu persamaan persepsi antara saya sebagai klinisi dan verifikator sendiri, khususnya masalah coding coding yang ada. Agar dari sana sendiri tidak melakukan undercoding, dan dari klinisi sendiri tidak melakukan upcoding. Ya sebisa mungkin, karena pasien BPJS pun juga sudah membayar iurang tiap bulannya, ya kalau bisa kita ya melayani secara mudah gitu lho dek, tidak perlu pasien itu dibuat susah. Karena orang sakit kalau dibuat susah ya tambah sakit, bukan sembuh malah tambah sakit nantinya.

A : Oke dokter, kata penutup terakhir mungkin dokter ?

B : Ya semoga rumah sakit ini kedepannya bisa mendapatkan klaim sesuai apa yang rumah sakit minta, tidak di kurangi-kurangi, dan bisa dapet sesuai tepat waktu. Itu saja dek.

Kesimpulan :

Menurut responden, untuk alur prosedur sudah berjalan dengan baik. Hambatan yang mungkin ditemukan ketundanya klaim dari tidak mengisi lengkap status rekam medis pasien, atau karena diagnosis tidak sesuai dengan data penunjang. Akhirnya status tersebut dikembalikan lagi ke dokter penanggungjawab yang mengakibatkan waktu klaim yang didapatkan semakin mundur. Kemudian, hambatan berikutnya dari pihak verifikator BPJS yang kurang memahami kondisi lapangan, beliau menyatakan bahwa verifikator terlalu stagnan pada formularium yang dia punya tanpa mengerti kondisi lapangan yang nyatanya.