


LAMPIRAN

Lampiran 1: Daftar Pertanyaan Wawancara

1. Profil Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang
 - a. Bagaimana sejarah atau latarbelakang berdirinya Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang?
 - b. Bagaimana Stuktur Organisasi yang ada di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang?
 - c. Unit apa saja yang ada di Rumah Sakit Islam Sultan Agung?
2. Prosedur Klaim Jaminan Kecelakaan Kerja
 - a. Bagaimana Prosedur Klaim Jaminan Kecelakaan Kerja yang ada di Rumah Sakit Islam Sultan Agung?
 - b. Fungsi apa saja yang terkait dalam menangani Klaim Jaminan Kecelakaan Kerja di Rumah Sakit Islam Sultan Agung?
 - c. Dokumen apa saja yang diperlukan dalam Klaim Jaminan Kecelakaan Kerja di Rumah Sakit?
 - d. Masalah apa yang sering terjadi dalam Klaim Jaminan Kecelakaan Kerja di Rumah Sakit Islam Sultan Agung?
 - e. Apa yang menyebabkan Klaim Jaminan Kecelakaan Kerja mengalami penumpukan berkas?

Lampiran 2: Faktur Detail Perawatan di rumah Sakit Silam Sultan Agung



RSI SULTAN AGUNG
ISLAMIC TEACHING HOSPITAL
Jl. Raya Kaligawe Km. 4 Semarang
Telp. 024-658 0019

Bismillahirrohmanirrohim

Faktur Detail Instalasi Gawat Darurat

29

No. RM
Nama
Alamat

Jns Kelamin

Tgl Lahir
Umur

No. Kunjungan
Unit/Poli
Kelas

Dokter

Tanggal

Jenis Pasien
No. Jaminan
No. Peserta

Nama Peserta

Hak Perawatan
Jenis Peserta

Tindakan

Unit IGD					
No.	Tanggal	Produk	Harga	Qty	Total
1	20/03/2018	Pendaftaran Pasien Baru	20.000,00	1	20.000,00
2	20/03/2018	Pemeriksaan Dokter UGD	22.000,00	1	22.000,00
3	20/03/2018	Nagel Extractie Kuku Non Hecting	150.000,00	1	150.000,00
				SUB TOTAL	3 192.000,00
				TOTAL TAGIHAN TINDAKAN	3 192.000,00

Farmasi

#J20180320050227 - 20/03/2018 18:46:56					
No.	Nama Obat / Alkes	Harga	Qty	Total	
1	CIPROFLOXACIN TAB 500 MG	378,18	10,00	3.781,80	
2	asam MEFENamat TAB 500 MG	121,73	10,00	1.217,30	
3	RANITIDIN TAB 150 MG	127,40	10,00	1.274,00	
				SUB TOTAL	6.273,10
				PPN	627,31
				TUSLAG	900,00
				PEMBULATAN	99,59
				TOTAL	7.900,00
				TOTAL TAGIHAN FARMASI	30,00 7.900,00
				Total Biaya	199.900,00

RINCIAN PEMBAYARAN

	Jaminan BPJS KETENAGAKERJAAN	199.900,00
	TOTAL	199.900,00
	KEKURANGAN	0,00
	Semarang, 22/03/2018	
	Kasir	

Angga Hertambang, SE

Pasien/Keluarga Pasien

22 Maret 2018

Hal 1 / 1

Lampiran 3: Surat Pernyataan Perusahaan

SURAT PERNYATAAN

Pada hari Rabu tanggal 21 Maret 2018, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 1 | Nama Lengkap | : | |
| 2 | Nomor Identitas (KTP) | : | |
| 3 | Nama Perusahaan Wadah/Jasa
Konstruksi | : | |
| 4 | Jabatan dalam Perusahaan/Wadah/Jasa
Konstruksi | : | |
| 5 | Nomor Telepon yang dapat dihubungi
sewaktu-waktu | : | |

Dengan ini menyatakan bahwa saya:

- a. Mewakili peserta BPJS Ketenagakerjaan, yaitu:

Nama Peserta	:	
Nomor Identitas Kepesertaan	:	
- b. Bersedia membantu pihak fasilitas kesehatan yang ditunjuk sebagai Trauma Center BPJS Ketenagakerjaan dalam penyediaan dan pelengkapan dokumen yang diperlukan untuk pelaporan Jaminan Kecelakaan Kerja Tahap I dalam waktu tidak lebih dari 2 (dua) hari.
- c. Mengizinkan BPJS Ketenagakerjaan dan pihak fasilitas kesehatan yang ditunjuk sebagai Trauma Center BPJS Ketenagakerjaan Trauma Center dalam mempergunakan data dan informasi terkait perawatan dan pengobatan.
- d. Bersedia mengganti biaya perawatan dan pengobatan peserta, jika berdasarkan pemeriksaan dikemudian hari dinyatakan bahwa perawatan dan pengobatan peserta tidak dijamin dalam Program Jaminan Kecelakaan Kerja akibat keterangan kronologis dan data pendukung yang diberikan tidak benar.

Demikian Surat Pernyataan ini saya perbuat dengan sebenarnya tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun untuk dipergunakan sebagaimana mestinya. Apabila dikemudian hari ternyata melanggar atau pernyataan ini tidak benar maka saya siap menerima segala konsekuensinya sesuai dengan hukum yang berlaku.

Kota/Kab Tanggal		(tanda tangan dan/atau stempel perusahaan)
Nama		

Lampiran 4: Surat Pernyataan Kronologis Kecelakaan Kerja

SURAT PERNYATAAN KRONOLOGIS KECELAKAAN KERJA

Yang bertanda tangan di bawah ini:

1. Nama Tenaga Kerja : [Redacted]
No KPJ/BPJSTK : [Redacted]
Jabatan : [Redacted]
Unit Kerja : [Redacted]
2. Tempat Kecelakaan : [Redacted]
Tanggal Kecelakaan : [Redacted]
Jam Kecelakaan : [Redacted]
3. Uraian Kejadian
 - a. Bagaimana terjadinya kecelakaan
Pada saat bekerja menjointer kayu, tanpa sengaja tangan terkena mesin jointer yang mengakibatkan jari tengah korban terluka.
 - b. Sebutkan mesin, alat, proses, bahan/lingkungan yang menyebabkan kecelakaan kerja Mesin Jointer
 - c. Bagian tubuh yang cidera
Jari tengah tangan kiri.

Apabila ternyata tidak benar, kami bersedia menerima segala konsekuensinya sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku

Semarang, 21 Maret 2018

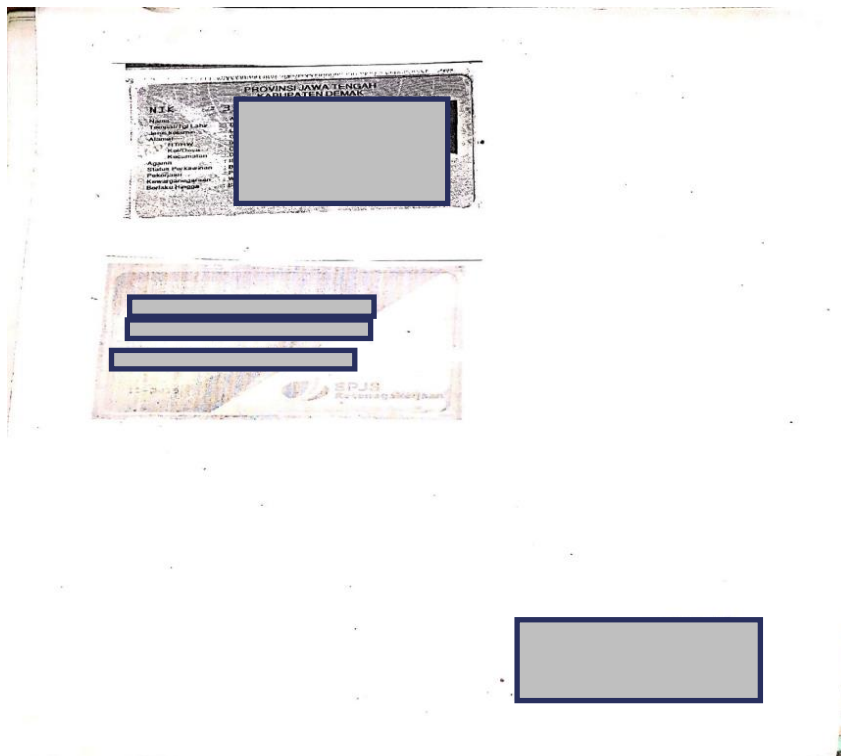
Yang menyatakan, Mengetahui,

[Redacted Signature] [Redacted Signature]

[Redacted Signature] [Redacted Signature]

*Note: Saksi melampirkan foto copy KTP dan nomor telpon yang aktif

Lampiran 5: KTP dan Kartu Peserta Pasien



Lampiran 9: Absensi Karyawan

No. [redacted]
 BAGIAN CHP
 BULAN May 18

No	Pagi	Siang	Lembur	UAT
	Masuk	Masuk	Masuk	Masuk
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

No. [redacted]
 BAGIAN CHP
 BULAN May 18

No	Pagi	Siang	Lembur	UAT
	Masuk	Masuk	Masuk	Masuk
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Lampiran 10: Formulir Kecelakaan Kerja Tahap III

BPJS
KEMERDEKAAN KERJA

SURAT KETERANGAN DOKTER
KASUS KECELAKAAN KERJA

Formulir
BK KK 3
BPJS KEMERDEKAAN KERJA

Diikuti oleh dokter yang mempunyai peminatan kompetensi di bawah ini:

Spesialis Penyakit Dalam
Spesialis Penyakit Infeksi
Spesialis Kulit, Kelamin, dan Penyakit Menular Seksual
Spesialis Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah
Spesialis Penyakit Saraf
Spesialis Penyakit Mata
Spesialis Penyakit THT
Spesialis Penyakit Anak
Spesialis Penyakit Kulit dan Kelamin
Spesialis Penyakit Paru-Paru
Spesialis Penyakit Dalam
Spesialis Penyakit Infeksi
Spesialis Penyakit Kulit dan Kelamin
Spesialis Penyakit Paru-Paru
Spesialis Penyakit Dalam
Spesialis Penyakit Infeksi
Spesialis Penyakit Kulit dan Kelamin

1. Nama Peserta: _____

2. Nama Perusahaan: _____

3. Tanggal kejadian: _____

4. Tanggal pemeriksaan dan dokter: _____

5. Deskripsi insiden: _____

6. Revisi/obat-obatan dan tindakan yang dilakukan:

1. Obat-obatan: _____

2. Tindakan: _____

3. Pemeriksaan: _____

4. Tindakan: _____

5. Pemeriksaan: _____

6. Tindakan: _____

7. Pemeriksaan: _____

8. Tindakan: _____

9. Pemeriksaan: _____

10. Tindakan: _____

11. Pemeriksaan: _____

12. Tindakan: _____

13. Pemeriksaan: _____

14. Tindakan: _____

15. Pemeriksaan: _____

16. Tindakan: _____

17. Pemeriksaan: _____

18. Tindakan: _____

19. Pemeriksaan: _____

20. Tindakan: _____

21. Pemeriksaan: _____

22. Tindakan: _____

23. Pemeriksaan: _____

24. Tindakan: _____

25. Pemeriksaan: _____

26. Tindakan: _____

27. Pemeriksaan: _____

28. Tindakan: _____

29. Pemeriksaan: _____

30. Tindakan: _____

31. Pemeriksaan: _____

32. Tindakan: _____

33. Pemeriksaan: _____

34. Tindakan: _____

35. Pemeriksaan: _____

36. Tindakan: _____

37. Pemeriksaan: _____

38. Tindakan: _____

39. Pemeriksaan: _____

40. Tindakan: _____

41. Pemeriksaan: _____

42. Tindakan: _____

43. Pemeriksaan: _____

44. Tindakan: _____

45. Pemeriksaan: _____


46. Tindakan: _____

47. Pemeriksaan: _____

48. Tindakan: _____

49. Pemeriksaan: _____

50. Tindakan: _____


BRIS
 Badan Resorpsi Ikan

SURAT KETERANGAN DOKTER
KASUS KECELAKAAN KERVA

Tanggal: 30 Mei 2014
 BRIS Kecamatan

- Bagian organ tubuh bagian dalam yang cedera :

<input type="checkbox"/> Tenggorok	<input type="checkbox"/> Mata	<input type="checkbox"/> Jantung	<input type="checkbox"/> Tulang Belakang
<input type="checkbox"/> Hidung	<input type="checkbox"/> Telinga	<input type="checkbox"/> Perut	<input type="checkbox"/> Tangan
<input type="checkbox"/> Tenggorok Belakang	<input type="checkbox"/> Tenggorok Depan	<input type="checkbox"/> Perut Atas	<input type="checkbox"/> Perut Bawah
<input type="checkbox"/> Perut Atas	<input type="checkbox"/> Perut Bawah	<input type="checkbox"/> Tulang Belakang Atas	<input type="checkbox"/> Tulang Belakang Bawah
<input type="checkbox"/> Tangan Atas	<input type="checkbox"/> Tangan Bawah	<input type="checkbox"/> Tangan Kanan	<input type="checkbox"/> Tangan Kiri
<input type="checkbox"/> Kaki Atas	<input type="checkbox"/> Kaki Bawah	<input type="checkbox"/> Kaki Kanan	<input type="checkbox"/> Kaki Kiri

- Bagian lain yang cedera :

7. Perusakkan atau usikan media yang diberikan :

- Hct 30%
 - Creatinuria: 2x2
 - As. Akut 3x2
 - Anemia 2x1

8. Riwayat penyakit/penyakit :

Penyakit kronis
 Cedera
 Penyakit lain yang berkaitan dengan cedera

9. Gejala/ keluhan secara detail mengenai :

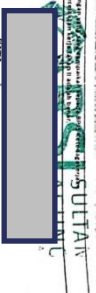
Lokasi/ bagian tubuh yang cedera
 Waktu terjadinya
 Mekanisme terjadinya

10. Lokasi/ lokasi/ lokasi :

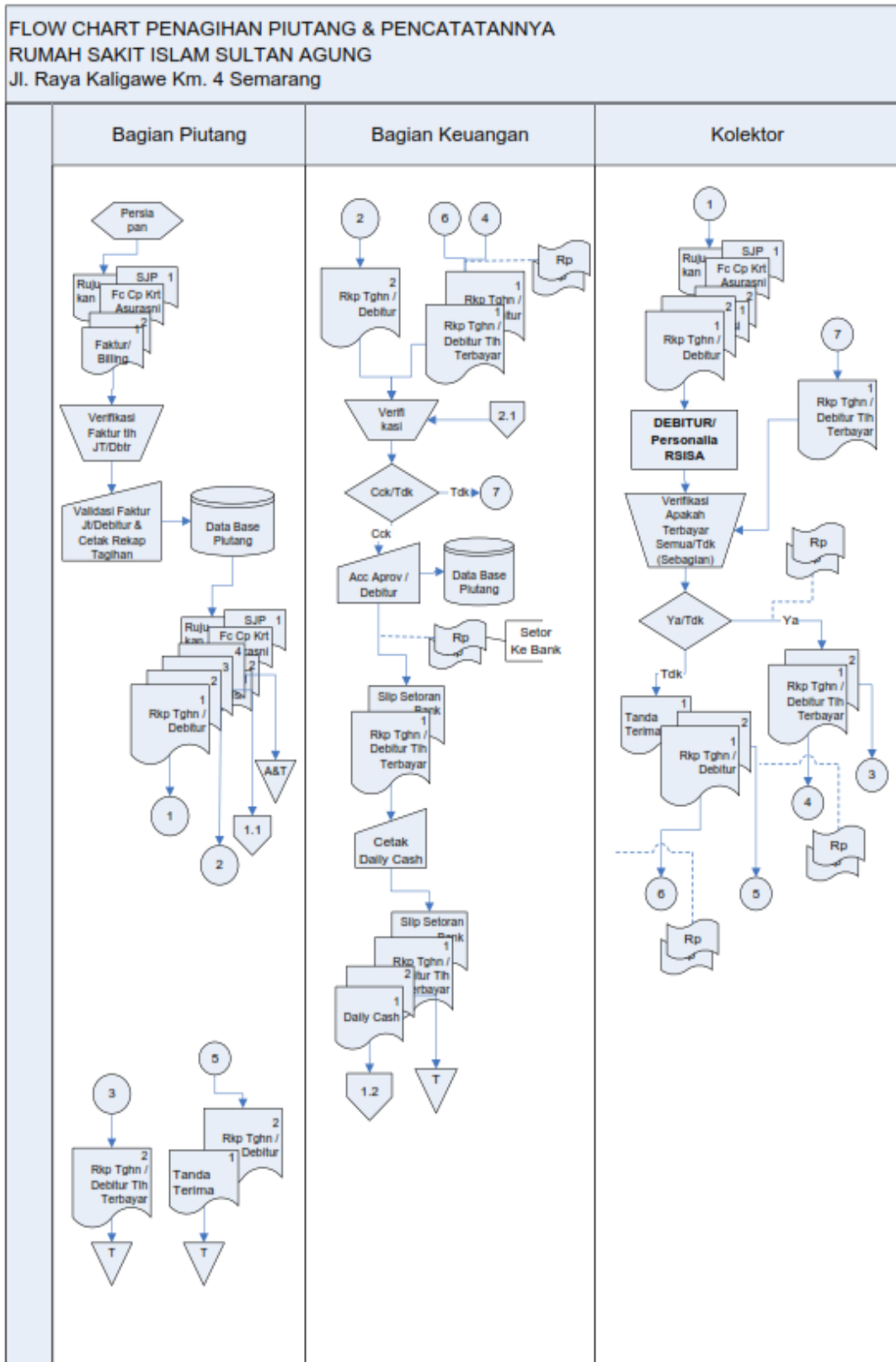
11. Tanggal kejadian :

12. Keterangan lainnya jika perlu :

Dokter Spesialis
 - Dina Terza Keri Stempati



Lampiran 11: Flowchart Pendapatan dan Piutang Rumah Sakit



**FLOW CHART PENAGIHAN PIUTANG & PENCATATANNYA
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
Jl. Raya Kaligawe Km. 4 Semarang**

