



**UNIVERSITAS ANDALAS**

**ANALISIS KETERLAMBATAN PROSEDUR KLAIM PASIEN  
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)**

**DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
PARIAMAN TAHUN 2016**



**Oleh :  
HARRY PRATAMA  
No. BP. 1210331004**

**Pembimbing I : Isniati, SKM, MPH**

**Pembimbing II : Ayulia Fardila Sari ZA, SKM, MPH**

**Diajukan Sebagai Pemenuhan Syarat Untuk Mendapatkan Gelar  
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS ANDALAS  
PADANG, 2017**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS ANDALAS**

Skripsi, Juli 2017

**HARRY PRATAMA, No. BP. 1210331004**

**ANALISIS KETERLAMBATAN PROSEDUR KLAIM PASIEN JAMINAN  
KESEHATAN NASIONAL (JKN) DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
PARIAMAN TAHUN 2016**

ix + 89 halaman, 12 tabel, 3 gambar, 9 lampiran

**ABSTRAK**

**Tujuan Penelitian**

Jumlah berkas klaim pasien Jaminan Kesehatan nasional (JKN) yang mengalami keterlambatan dalam prosedur klaim di RSUD Pariaman sangat besar (10%) dari 100 berkas klaim pasien yang akan di klaim pada tahap pengajuan. Keterlambatan terjadi dikarenakan pada resume medis yang diisi oleh dokter sering tidak lengkap diakibatkan beban kerja dokter yang sangat banyak. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis keterlambatan prosedur klaim pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Rumah Sakit Umum Daerah Pariaman Tahun 2016

**Metode**

Jenis penelitian kualitatif, dengan metode wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen. Teknik penentuan informan yang digunakan adalah *purposive sampling*. Informan penelitian berjumlah 6 orang. Analisis data dilakukan dengan triangulasi sumber dan triangulasi metode.

**Hasil**

Tenaga yang terlibat dalam prosedur klaim yaitu petugas koding, petugas verifikasi, petugas klaim, bidang kepesertaan BPJS, dan kbid pelayanan. Sarana yang digunakan berjalan baik. Dan metode yang digunakan adalah bisnis proses yang merujuk pada Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara pihak rumah sakit dan BPJS Kesehatan. Kelengkapan berkas klaim menjadi terlambat karena diakibatkan beban kerja dokter yang masih tinggi sehingga dalam penulisan resume medis pasien masih belum lengkap. Verifikasi administrasi klaim melakukan pemeriksaan berkas kembali untuk dilengkapi, dan jika masih ada berkas yang belum lengkap maka akan ditunda proses pengklaimannya. Verifikasi pelayanan kesehatan adalah memperhatikan tingkat keparahan atau *severity level* dan kesesuaian diagnosa menggunakan kode ICD 9 dan ICD 10. Verifikasi ulang keuangan dilakukan agar dokumen klaim yang diserahkan benar-benar sudah sesuai untuk dilakukan pembayaran. Persetujuan klaim dilakukan oleh kepala bidang pelayanan BPJS Rumah Sakit dan berkas klaim yang telah disetujui kemudian akan dikirim kepusat untuk diajukan permohonan pencairan dana klaim rumah sakit.

**Kesimpulan**

Keterlambatan prosedur klaim pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam melengkapi berkas klaim terletak pada resume medis yang dituliskan oleh dokter masih belum lengkap, hal ini disebabkan karena beban kerja dokter dalam menangani pasien sangat tinggi. Diharapkan agar rumah sakit memperhatikan jumlah tenaga pelayanan medis seperti dokter, agar pelayanan maksimal dan juga pengumpulan berkas menjadi tidak terlambat lagi

**Daftar Pustaka** : 31 (1999-2016)

**Kata Kunci** : Keterlambatan klaim, Pasien JKN, Rumah Sakit

**FACULTY OF PUBLIC HEALTH  
ANDALAS UNIVERSITY**

**Undergraduate Thesis, July 2017**

**HARRY PRATAMA, No. BP. 1210331004**

**ANALYSIS OF DELAY PATIENT CLAIMS PROCEDURE OF NATIONAL  
HEALTH INSURANCE IN PUBLIC HOSPITALS AREA PARIAMAN 2016**

ix + 89 pages, 12 tables, 3 images, 9 attachments

**ABSTRACT**

**Objectives**

The number of claims filed by the National Health Insurance (JKN) patient who has been delayed in the claim procedure at RSUD Pariaman is very large (10%) of 100 claims filed by the patient to be claimed at the filing stage. The delay occurs because on medical resumes filled by doctors are often incomplete due to the huge workload of doctors. The purpose of this research is to analyze the delay of procedure of claim of National Health Insurance (JKN) patient at Pariaman Regional General Hospital 2016.

**Method**

This type of research is qualitative, with in-depth interview method, observation and document review. Informant determination technique used is purposive sampling. Informant research amounted to 6 people. Data analysis was done by source triangulation and method triangulation.

**Results**

Personnel involved in the claiming procedure are coding officers, verification officers, claims officers, BPJS membership fields, and service kapid. The means used run well. And the method used is business process referring to Cooperation Agreement (PKS) between hospital party and BPJS Health. Completion of claims file to be late due to the high workload of doctors so that the writing of patient medical records is still incomplete. Administrative verification claims to re-file the file for completion, and if there is still a file that is not complete then will be delayed pengklaimannya process. Verification of health services is to pay attention to the severity level and the suitability of diagnosis using ICD 9 and ICD code 10. Financial verification is done so that the submitted claim document is really suitable for payment. Approval of claims made by the head of service BPJS Hospital and approved claims file will then be submitted to the center submitted request for disbursement of hospital claims funds.

**Conclusion**

The delay in the National Health Insurance (JKN) claim procedure in completing the claim file lies in the medical resume written by the doctor is still incomplete, this is because the doctor's workload in handling the patient is very high. It is hoped that the hospital will pay attention to the number of medical service personnel such as doctors, so that the maximum service and also the collection of files will not be too late.

**References** : 31 (1999-2016)

**Keywords** : Claims delay, Patients of National Health Insurance, Hospital