
AUDIT OPERASIONAL ATAS KLAIM PASIEN BPJS DI RUMAH SAKIT HP

Oleh

I Wayan Alvin Kertanegara¹, Carmel Meiden²

^{1,2}Kwik Kian Gie School of Business

Email: ¹alvinkertanegara95@gmail.com, ²carmel.meiden@kwikkiangie.ac.id

Article History:

Received: 04-03-2022

Revised: 13-04-2022

Accepted: 21-05-2022

Keywords:

Operational Audit,
Management Policies, BPJS
Claims, Hospitals

Abstract: *Submission of claims to the BPJS Health is carried out every month by submitting documents for recapitulation of services and patient supporting files. Incomplete documents and delays in submitting claims can cause claims to be rejected, delayed and late to be billed. This can lead to disruption of the hospital's cash flow, which affects the high costs incurred and causes losses. To overcome this, proper management policies need to be implemented. Through this study, researchers want to analyze management policies on BPJS patient claims at rumah sakit HP in 2021. Data collection is carried out by documentation and interview. Data analysis is carried out by descriptive technique starting from a preliminary survey, testing of control, detailed testing, until report development. The results of the study indicate that there is a large difference in the cost of outpatient and inpatient claims between the total rate and the hospital rate which is a loss for the hospital. However, management's policy is considered capable of controlling costs and reducing this high loss by 10% to 20%.*

PENDAHULUAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diterapkan sejak awal tahun 2014 oleh berbagai fasilitas kesehatan, termasuk rumah sakit. Dibutuhkan pengelolaan khusus dalam pelaksanaan JKN di rumah sakit dikarenakan pengelolaan yang lebih rumit dibanding pengelolaan sebuah klinik. Penelitian yang dilakukan oleh Putra (2014 : 135-136) mengenai implementasi kebijakan JKN di RSUD Kota Tangerang Selatan memperlihatkan kendala dalam proses administrasi klaim yang memberikan dampak ekonomi bagi Rumah Sakit. Kendala proses klaim ini dikarenakan pemberkasan yang terlambat. Hal ini menyebabkan kerugian bagi rumah sakit terutama rumah sakit yang banyak menerima pasien jaminan kesehatan. Menurut penelitian dari Malonda (2015 : 11) tentang Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano, menunjukan terhambatnya pembayaran klaim BPJS disebabkan oleh masalah dalam koordinasi dan kerja tim, serta ketidaklengkapan dan keterlambatan penyerahan klaim BPJS. Menurut Ernawati & Kresnowati (2013 : 2-3) Faktor yang menentukan suatu klaim diterima atau ditolak adalah keakuratan dalam proses *coding* dan bagaimana dalam *meng-handle*

dokumen rekam medis. Kesalahan pengkodean dapat mempengaruhi kode DRG (*Diagnosis Related Groups*), dan membuat biaya pengajuan klaim menjadi tidak sesuai.

Rumah Sakit (RS) HP dipilih sebagai objek penelitian karena RS ini masih bertipe D dengan ijin operasional rumah sakit ini masih tergolong baru yaitu tahun 2019. Selain itu program BPJS telah lebih dulu berjalan lima tahun sebelum RS ini beroperasi. Data jumlah kunjungan pasien pada tahun 2020 menunjukkan sebagian besar jumlah pasien yang berkunjung ke RS HP adalah pasien pengguna BPJS (Profil RS HP, Juni 2021). Berdasarkan data klaim BPJS pada tahun 2019 dan 2020 untuk pelayanan rawat jalan dan rawat inap, pada 2019 sebanyak 30 klaim pelayanan rawat jalan ditolak dari total 3.173 klaim yang diajukan dan 14 klaim pelayanan rawat inap ditolak dari 2.339 klaim yang diajukan. Selama tahun 2020 sebanyak 18 klaim pelayanan rawat jalan ditolak dari 2.442 klaim yang diajukan dan 5 klaim pelayanan rawat inap ditolak 1.239 klaim yang diajukan. Untuk tahun berjalan (2021 periode Januari – Mei), sebanyak 10 klaim rawat jalan ditolak dari 824 klaim yang diajukan dan 4 klaim pelayanan rawat inap ditolak dari 461 klaim yang diajukan. Data tersebut menggambarkan bahwa masih banyak kasus klaim BPJS yang ditolak pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap dari tahun 2019 sampai Mei 2021.

Tabel 1. Realisasi Anggaran Rumah Sakit HP Kota Ambon Tahun 2019-2020

Pendapatan	2019		2020	
	Target (dlm jt Rp)	Realisasi (dlm jt Rp)	Target (dlm jt Rp)	Realisasi (dlm jt Rp)
Penagihan Pasien Umum	719	7.949	418	405
Penagihan Pasien BPJS	6.696	-	3.639	3.620
Pendapatan Lain	-	583	-	1.165
Total	7.949		5.191	
Pengeluaran	2019		2020	
Hutang	2.567		1.542	
Belanja Pegawai	3.424		2.891	
Barang dan Jasa	2.180		1.856	
Modal	2.004		1.154	
Tak Terduga	416		318	
Total	10.592		7.762	
Defisit	2.642		2.570	

Sumber: Data Diolah Kembali

Berdasarkan data realisasi anggaran tahun 2019, RS HP mengalami defisit anggaran sebesar Rp. 2.642 (dalam juta) dan tahun 2020 mengalami defisit sebesar Rp. 2.570 (dalam juta). Defisit klaim BPJS ini mengganggu aliran *cash flow* rumah sakit sehingga berdampak terhadap kompetensi, efektifitas, efisiensi, keamanan dan kenyamanan pelayanan. Dari hasil wawancara yang dilakukan dengan unit yang terlibat dalam penyusunan berkas klaim di RS HP, ditemukan kendala-kendala yang mempengaruhi keterlambatan hingga gagalnya pengajuan klaim ke badan BPJS Kesehatan. Salah satu faktor yang mempengaruhi keterlambatan ini adalah ketidaklengkapan dan keterlambatan penyetoran berkas klaim.

Selanjutnya dari hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti, ditemukan tiga faktor utama yang paling berdampak, yaitu ketidaklengkapan pengisian formulir oleh DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien), sistem informasi rumah sakit yang sebagian masih secara manual, serta koordinasi yang masih kurang antar pihak yang terlibat dalam penyusunan klaim BPJS. Berdasarkan pemaparan di atas, maka peneliti bermaksud untuk melakukan pemeriksaan operasional untuk menilai efektivitas manajemen atas klaim BPJS Rumah Sakit HP.

LANDASAN TEORI

Audit Operasional

Menurut Amin (2012:32) adalah audit operasional merupakan *review* sistematis pada suatu kegiatan organisasi atau bagian-bagian didalamnya untuk mencapai tujuan tertentu. Audit operasional merupakan suatu bentuk kajian atas efektivitas dan efisiensi prosedur dan kegiatan operasional perusahaan. Tujuan dari audit operasional adalah untuk meningkatkan kegiatan bisnis suatu perusahaan dengan cara membantu manajemen dalam memeriksa efektivitas dan efisiensi operasi perusahaan dan menilai apakah cara-cara pengelolaan yang digunakan tersebut sudah berjalan baik. Hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan audit operasional adalah keterbatasan audit operasional yang meliputi waktu, biaya dan keahlian auditor. Tahapan audit operasional menurut Bayangkara (2013:11) sebagai berikut:

1) Audit Pendahuluan

Audit pendahuluan diawali dengan pengenalan antara pihak auditor dengan organisasi *auditee*. Pertemuan ini juga bertujuan untuk mengkonfirmasi *scope* audit, mendiskusikan rencana audit dan penggalan informasi umum tentang organisasi *auditee*, objek yang akan diaudit, kondisi perusahaan dan prosedur yang diterapkan pada proses produksi dan operasi. Pada tahap ini auditor akan melakukan *overview* terhadap perusahaan secara umum, produk yang dihasilkan, proses produksi dan operasi yang dijalankan, melakukan peninjauan terhadap pabrik (fasilitas produk), *layout* pabrik, sistem komputer yang digunakan dan berbagai sumber daya penunjang. Setelah tahapan audit ini, auditor dapat memperkirakan (menduga) kelemahan-kelemahan yang mungkin terjadi pada fungsi produksi dan operasi perusahaan audit. Hasil pengamatan pada tahapan audit ini dirumuskan ke dalam tujuan audit sementara yang akan dibahas lebih lanjut pada proses audit berikutnya.

2) Review dan Pengujian Pengendalian Manajemen

Pada tahapan ini auditor melakukan *review* dan pengujian terhadap beberapa perubahan yang terjadi pada struktur perusahaan, sistem manajemen kualitas, fasilitas yang digunakan dan/atau personalia kunci dalam perusahaan. Berdasarkan data yang diperoleh pada audit pendahuluan, auditor melakukan penilaian terhadap tujuan utama fungsi produksi dan operasi, serta variabel-variabel yang mempengaruhinya. Berbagai variabel ini meliputi beragam kebijakan dan peraturan yang telah ditetapkan untuk setiap program atau aktivitas, praktik yang sehat, dokumentasi yang memadai dan ketersediaan sumber daya yang dibutuhkan dalam menunjang usaha pencapaian tujuan tersebut.

Di samping itu, pada tahap ini auditor juga mengidentifikasi dan mengklasifikasikan penyimpangan dan gangguan-gangguan yang mungkin terjadi. *Review* terhadap hasil

audit terdahulu juga dilakukan untuk menentukan berbagai tindakan korektif yang harus diambil. Berdasarkan review dan hasil pengujian yang dilakukan pada tahap ini, auditor mendapat keyakinan tentang perolehan data yang cukup dan kompeten serta akses untuk melakukan pengamatan yang lebih dalam terhadap tujuan audit sementara yang telah ditetapkan. Dengan menghubungkan permasalahan yang dirumuskan dalam bentuk tujuan audit sementara dan ketersediaan data serta akses untuk mendapatkannya, auditor dapat menetapkan tujuan audit yang sesungguhnya yang akan dialami pada audit lanjutan.

3) Audit Lanjutan (Terinci)

Pada tahap ini auditor melakukan audit yang lebih dalam dan melakukan pengembangan temuan terhadap fasilitas, prosedur serta catatan-catatan yang berkaitan dengan produksi dan operasi. Di samping itu, dilakukan analisis terhadap hubungan kapabilitas potensial yang dimiliki dan utilisasi kapabilitas tersebut di dalam perusahaan. Untuk mendapatkan informasi yang lengkap, relevan dan dapat dipercaya, auditor menggunakan daftar pertanyaan yang ditujukan kepada berbagai pihak yang berwenang dan berkompeten berkaitan dengan masal yang diaudit. Dalam wawancara yang dilakukan, auditor menyoroti keseluruhan dan ketidaksesuaian yang ditemukan dan menilai tindakan-tindakan korektif yang telah dilakukan.

4) Pelaporan

Hasil dari keseluruhan tahapan audit sebelumnya yang telah diringkas dalam kertas kerja audit (KKA), merupakan dasar dalam membuat kesimpulan dan rumusan rekomendasi yang akan diberikan auditor sebagai alternatif solusi atas kekurangan-kekurangan yang masih ditemukan. Pelaporan menyangkut penyajian hasil audit kepada pihak-pihak yang berkepentingan terhadap hasil audit tersebut.

5) Tindak Lanjut

Rekomendasi yang disajikan auditor dalam laporannya merupakan alternatif perbaikan yang ditawarkan untuk meningkatkan berbagai kelemahan (kekurangan) yang masih terjadi pada perusahaan. Tindak lanjut (perbaikan) yang dilakukan merupakan bentuk komitmen manajemen untuk menjadikan perusahaan menjadi lebih baik atas perbaikan berkesinambungan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian dilakukan di RS HP, dengan fokus pada bagian pendaftaran dan rekam medis, bagian administrasi pelayanan rawat inap dan jalan, serta bagian administrasi klaim. Penelitian ini menggunakan triangulasi sumber dokumen, informan, dan bagian/fungsi terkait untuk memperoleh data. Wawancara informan dilakukan secara mendalam untuk memperoleh temuan awal terkait penyiapan dan pengajuan berkas klaim. Selanjutnya observasi disertai pemberian kuesioner dilakukan sebagai bahan penelaah dan pengujian kepatuhan karyawan terhadap *Standard Operating Procedures* (SOP). Terakhir, telaah dokumen rekapitulasi klaim rumah sakit dilakukan sebagai pengujian terinci atas nilai klaim selama tahun pengamatan berjalan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Survei Pendahuluan

Pada tahap ini peneliti mengidentifikasi aktivitas rumah sakit dengan mempelajari karakteristik, struktur dan manajemen rumah sakit terkhususnya pada hal administrasi dan pelayanan medis yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan. Dari hasil survei pendahuluan ini, peneliti menemukan temuan awal (*memorandum survey*) yang terangkum dalam tabel 2.

Tabel 2. Ikhtisar Temuan Awal

No	Jenis temuan	Dampak	Sumber data
1	Proporsi jumlah pasien inap = 821 pasien; pasien rawat jalan = 1796 pasien pada tahun 2021	Untuk klaim pasien rawat inap, terjadi kasus total biaya klaim lebih besar dari total biaya RS sebanyak 205 klaim. Kasus total biaya klaim lebih kecil dari total biaya RS sebanyak 616 klaim. Untuk klaim pasien rawat jalan, terjadi kasus total biaya klaim lebih besar dari total biaya RS sebanyak 1248 klaim. Klaim dengan total biaya klaim lebih kecil dari total biaya RS sebanyak 547 klaim.	Laporan rekapitulasi klaim pasien rawat inap dan rawat jalan
2	Terdapat potensi aktual kerugian yang dihadapi rumah sakit tahun 2021	Pada rawat inap terjadi selisih negatif terbesar antara total biaya klaim lebih kecil dari total biaya RS selama bulan Maret sebesar Rp. 216 (dalam juta) dan bulan Juni sebesar Rp. 186 (dalam juta). Pada rawat jalan, selisih negatif hanya terjadi pada bulan April Rp. 493 (dalam ribu).	Analisis laporan rekapitulasi dan hasil analisis klaim pasien rawat inap dan rawat jalan
3	Tindak lanjut manajemen atas kerugian bersih nyata yang dihadapi rumah sakit tahun 2021	Analisis komponen/unsur biaya total RS yang berusaha dikendalikan (dikurangi) melalui negosiasi: *biaya dokter *biaya obat *biaya rawat inap (3 sampai maksimum 5 hari)	Interview lisan dan langsung dengan wakil direksi rumah sakit

Terjadi kasus total biaya klaim yang lebih kecil dari total biaya RS yang merupakan kerugian bagi rumah sakit. Kerugian ini menjadi perhatian serius yang akan menjadi fokus bagi pengujian terinci dalam tahap tiga pemeriksaan operasional.

Penelaahan dan Pengujian Sistem Pengendalian Manajemen

Pada tahap ini peneliti menggunakan kuesioner dengan jawaban “ya”, “tidak” atau “ragu-ragu” dan interview dengan pihak terkait. Hasil dari tahap ini dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3. Ikhtisar Pengujian Sistem Pengendalian Manajemen

No	Prosedur	Kunci pengendalian	Sumber data
1	Penerimaan pasien	Terpenuhinya persyaratan	Dokumen pendaftaran
2	Biaya klaim BPJS	Jumlah angka klaim ke BPJS oleh Rumah Sakit HP berdasarkan table/daftar INA-CBGs	Interview dengan petugas yang menginput klaim
3	Kepatuhan terhadap prosedur klaim	Klaim setiap bulan harus disampaikan/ diajukan ke BPJS paling lambat minggu pertama bulan berikutnya; dan realisasi klaim BPJS paling lambat minggu 2 sampai dengan minggu 3 setelah minggu 1 pengajuan.	Interview dengan wakil direksi dan staf petugas yang menginput

Pada tahap ini ditemukan bahwa prosedur penerimaan pasien telah dijalankan dengan baik. Data pasien terkait akan ditelusuri melalui daftar rekam medik, dan diinput pada aplikasi penunjang. Data ini mencakup tanggal pelayanan, jenis pelayanan, dokter yang menangani, nomor rekam medis dan diagnosa pasien berdasarkan kode system BPJS. Data ini kemudian akan dicetak dan disatukan dengan lembar formular DPJP. Temuan lain adalah setiap bulan biaya rawat inap akan direkapitulasi dan diklaim, dan selanjutnya akan cair dalam tiga minggu.

Pengujian Terinci (Audit Lanjutan)

Pada tahap ini peneliti melakukan audit mendalam dengan menganalisa laporan rekapitulasi klaim BPJS untuk rawat inap dan rawat jalan. Analisa ini dilakukan untuk mencari selisih biaya, membandingkan tarif total dengan tarif rumah sakit per bulan. Berikut adalah hasil analissi pengujian atas satu item biaya per pasien berdasarkan komponen biaya.

Tabel 4. Tabel Komponen Biaya

No	Kode pasien / Total Klaim	Total Biaya RS	Hasil pendekatan manajemen berdasarkan analisis item/komponen biaya
1	S-4-16-I / Rp 3.651.400	Rp.9.901.000 Rincian analisis item/ komponen total biaya RS (awal/sebelum negosiasi): -Konsultasi kesehatan dr. Sofyan Rp. 700.000,00; dr. Yoki Rp. 40.000,00 -Keperawatan/Kebidanan Aff IVFD Rp. 470.000,00 IM, IV, IC, SC Rp. 420.000,00 Aff Hacting Rp. 70.000,00 ECG Rp. 140.000,00; USG Rp. 100.000,00; Microbiologi Rp. 325.000,00;	Total biaya RS dapat turun hingga 10% (dokter dan obat-obatan) dan 10-20% (biaya kamar rawat inap)

		Hematology Rp. 620.000,00 -Kamar (Perawatan)-10 hari Rp. 4.500.000,00 -Pemakaian obat + pemakaian aikes Rp. 2.656.000,00 Rincian analisis item/ komponen total biaya RS (akhir/setelah negosiasi): -Hari perawatan dikurangi	
2.	K-3-10-0 / Rp 241.000	Rp.9.901.000 Rincian analisis item/ komponen total biaya RS (awal/sebelum negosiasi): Jasa dokter Rp.50.000,00; Jasa pelayanan poli spesialis Rp. 50.000,00; Laboratorium Rp. 145.000; Obat/resep Rp. 398.000,00 Rincian analisis item/ komponen total biaya RS (akhir/setelah negosiasi): -Batasan pemberian obat	Total biaya RS dapat turun hingga 10% (dokter dan obat-obatan) dan 10-20% (biaya kamar rawat jalan)

Upaya yang dilakukan oleh manajemen untuk mengendalikan biaya rumah sakit adalah melakukan negosiasi dengan dokter dan pimpinan rumah sakit. Hasil nyata dari negosiasi ini adalah penyesuaian atas biaya dokter, turunnya biaya obat-obatan yang lebih selektif, dan terakhir membatasi lama rawat inap pasien. Pendekatan manajemen ini dapat mengurangi total biaya rumah sakit yang juga mengurangi atau menurunkan nilai kerugian.

Pengembangan Laporan

Peneliti mempersiapkan tabel *checklist* dengan indikator yang mengacu pada pertanyaan kuesioner untuk mengkonfirmasi jawaban responden. Jawaban “ya” mengindikasikan adanya pengendalian manajemen, jawaban “tidak” menunjukkan tidak adanya kepatuhan terhadap manajemen, dan jawaban “ragu-ragu” tidak menunjukkan adanya pengendalian. Dikarenakan keterbatasan waktu dan responden, peneliti hanya mampu memberikan dua buah kuesioner kepada dua orang responden yang ada di Rumah Sakit untuk mengkonfirmasi pengendalian pada manajemen Rumah Sakit. Persentase jawaban pada tabel dihitung dengan perhitungan $P = F/N \times 100\%$. P merupakan persentase, F merupakan jawaban “Ya” atau “Tidak” dan N merupakan total pertanyaan. Berdasarkan hasil *checklist*, serta observasi langsung pada bagian pendaftaran/rekam medis, ditemukan 8 jawaban “ya” dari 10 total pertanyaan untuk menilai terdapat atau tidaknya pengendalian manajemen yang baik pada bagian pendaftaran. Persentase jawaban “ya” adalah 80% ($8/10 \times 100\%$), maka dapat dikatakan pengendalian manajemen pada bagian pendaftaran/rekam medis sudah baik. SOP untuk pelayanan pendaftaran telah dilakukan dengan baik, hanya saja masih terdapat hambatan pada penyusunan berkas klaim, salah satunya disebabkan oleh kurang lengkapnya bagian dari berkas untuk pasien BPJS, yaitu

formulir DPJP yang berisi diagnosa pasien. Ditemukan juga masalah terkait susunan berkas klaim, dimana tulisan dokter tidak terbaca saat verifikasi. Hal ini mengharuskan verifikator untuk melakukan konfirmasi dengan DPJP dan terkadang dokter susah dihubungi. Selain itu, pada bagian rekam medik belum terdapat lulusan pendidikan rekam medis di RS, sementara pada saat akreditasi, bagian unit rekam medis mengharuskan adanya lulusan pendidikan rekam medis.

Berdasarkan hasil tabel *checklist* disertai dengan observasi langsung pada bagian administrasi klaim, ditemukan 5 jawaban “ya”, 2 jawaban “tidak”, dan 3 jawaban “ragu-ragu”. Untuk hal ini, peneliti memutuskan untuk menghiraukan jawaban ragu-ragu pada perhitungan. Sehingga total pertanyaan yang diakui hanya 7 pertanyaan. Persentase jawaban “ya” adalah 71,4% ($5/7 \times 100\%$), dapat dikatakan pengendalian pada bagian administrasi klaim telah berjalan cukup baik. Meski dari pengakuan dari bagian tim *case-mix* terdapat penurunan jumlah klaim *pending* dan gagal klaim, tetap ditemukan kendala dalam pengajuan berkas klaim dibawah tenggat waktu yang telah ditentukan. Proses pendaftaran klaim adalah 1x24 jam, sementara kelengkapan masih terhambat karena kurangnya berkas diagnosa dari DPJP (formulir DPJP).

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, kesimpulan yang dapat diambil adalah pelaksanaan pemeriksaan operasional Rumah Sakit secara keseluruhan dinilai sudah baik dan sesuai. Kebijakan manajemen sudah dapat mengatasi masalah terkait klaim BPJS pada RS HP pada tahun 2021. Tingkat efektivitas pemeriksaan operasional atas SOP pelayanan pasien BPJS cukup baik, meski masih terdapat masalah-masalah pelayanan yang dapat berdampak pada klaim BPJS. Kebijakan dalam pengendalian biaya yang dikeluarkan RS juga telah mampu menurunkan 10 hingga 20% biaya yang dikeluarkan RS.

SARAN

Berdasarkan hasil penelitian ini, saran yang dapat diberikan kepada manajemen rumah sakit adalah tetap mempertahankan kebijakan untuk mengendalikan keterlambatan pengajuan klaim (*deadline*), mempertahankan pendekatan manajemen dalam melakukan negosiasi biaya dalam menjaga selisih kerugian yang relatif kecil. Selain itu manajemen juga dapat menambah jumlah tenaga kerja untuk mengurangi rangkap jabatan, memiliki dokter spesialis tetap di Rumah Sakit sebagai DPJP dan mempertimbangkan penerapan Sistem Infomasi Manajemen (SIM) RS. Selain itu bagi pihak BPJS agar senantiasa memutakhirkan tabel INA-CBGs dengan harapan prakiraan penyesuaian tarif biaya terkini memungkinkan rumah sakit mitra melakukan pelayanan dengan baik kepada pasien dan dokter mitra. Terakhir kepada peneliti selanjutnya, agar meneliti objek yang sama pada kapasitas/tipe rumah sakit yang berbeda dengan yang diteliti saat ini.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Amin, Wijaya Tunggal. (2012) *Audit Manajemen Kontemporer*, Edisi Revisi. Jakarta: Harvarindo
- [2] Ernawati, D., & Kresnowati, L. (2013). Studi Kualitatif tentang Kompetensi Tenaga Koder dalam Proses Reimbursement Berbasis System Case-mix di Beberapa Rumah Sakit yang Melayani Jamkesmas di Kota Semarang. *Indonesian Health Informatics Forum*, 1–11.
- [3] IBK, Bhayangkara. (2015). *Audit Manajemen, Prosedur dan Implemetasi*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Empat
- [4] Malonda, T. D., Rattu, A. J. M., & Soleman, T. (2015). Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr . Sam Ratulangi Tondano. *Jikmu*, 5(5), 436–447.
- [5] Putra, W. M. (2014). Analisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah rakit Umum Kota Tangetang Selatan Tahun 2014. In *Dokumen akademik tidak dipublikasikan*. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah. Jakarta.

HALAMAN INI SENGAJA DIKOSONGKAN