

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) merupakan wujud nyata dari komitmen pemerintah Indonesia dalam menyediakan jaminan kesehatan universal (*Universal health coverage*) bagi seluruh masyarakat (Manita & Afrita, 2024). Penyelenggaraan JKN didasari oleh regulasi yang kuat, yaitu Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Jaminan Sosial Nasional, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial, serta diperjelas melalui program ini, pemerintah berupaya menjamin pemerataan akses pelayanan kesehatan yang bermutu, terjangkau, dan bebas diskriminasi, sekaligus memberikan perlindungan finansial bagi masyarakat terhadap berbagai risiko kesehatan yang dapat mempengaruhi kesejahteraan keluarga Indonesia (R. A. Putri et al., 2025).

Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FTKP) memegang peran strategis dalam pelaksanaan sistem kesehatan nasional. FTKP yang mencakup puskesmas, klinik pratama, praktik dokter mandiri, serta fasilitas kesehatan primer lainnya berfungsi sebagai garda terdepan dalam memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat (Zaini & Sulistiadi, 2024). Sebagai *gate keeper* dalam sistem rujukan berjenjang, FTKP bertanggung jawab tidak hanya dalam pelayanan medis, tetapi juga dalam pengendalian biaya kesehatan melalui penyelenggaraan layanan yang efektif dan efisien. Puskesmas, sebagai unit pelayanan teknis dinas kesehatan kabupaten/kota,

memiliki peran sentral karena jangkauan pelayanannya yang luas dan kedekatannya dengan masyarakat (Hadiwijaya et al., 2025).

Dalam era JKN, mekanisme pembayaran klaim bagi FKTP dilakukan melalui dua skema utama, yaitu kapitasi dan non-kapitasi. Skema non-kapitasi salah-satunya diwujudkan melalui pengajuan klaim berbasis pelayanan menggunakan sistem *Primary Care* (Pcare) yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan. Sistem *PCare-Claim* merupakan platform digital terintegrasi yang digunakan oleh FTKP untuk mencatat, menginput, dan mengajukan klaim atas pelayanan kesehatan yang tidak tercakup dalam paket kapitasi seperti pelayanan persalinan, pelayanan gawat darurat, dan pelayanan rawat inap tingkat pertama. Besaran tarif dalam skema *PCare-Claim* ditetapkan secara prospektif sesuai ketentuan BPJS Kesehatan, sehingga menuntut kesiapan tata kelola klinis dan administratif yang baik dari pihak puskesmas. (Indonesia, 2022)

Proses pengajuan klaim melalui *PCare-Claim* menuntut kesiapan standarisasi pelayanan melalui clinical pathway, kelengkapan dan ketepatan dokumentasi rekam medis, akurasi pengkodean diagnosis dan prosedur menggunakan ICD-10 dan ICD-9-CM, serta evaluasi mutu pelayanan secara sistematis melalui audit medik (Hasibuan et al., 2025). Untuk memastikan seluruh proses tersebut berjalan sebagaimana mestinya, diperlukan suatu mekanisme pengendalian internal yang kuat dan terstruktur di tingkat fasilitas kesehatan, khususnya dalam dimensi akuntansi dan pelaporan keuangan klaim.

Dari prespektif akuntansi, sistem pengendalian internal merupakan konsep fundamental yang telah lama menjadi pilar utama dalam tata kelola

keuangan organisasi. *Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission (COSO)* mendefinisikan pengendalian internal sebagai suatu proses yang dirancang dan dijalankan oleh dewan direksi, manajemen, dan personel lainnya untuk memberikan keyakinan yang memadai (*reasonable assurance*) dalam pencapaian tujuan terkait efektivitas dan efisiensi operasi, keandalan pelaporan keuangan, serta kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan yang berlaku (Commission, 2013). Kerangka COSO telah menjadi standar internasional yang diadopsi secara luas dalam mendesain dan mengevaluasi sistem pengendalian internal, termasuk di sektor publik dan fasilitas layanan kesehatan

Kerangka COSO mengidentifikasi lima komponen pengendalian internal yang saling terintegrasi, yaitu: (1) *Control Environment* (Lingkungan Pengendalian), yang mencerminkan sikap, kebijakan, dan prosedur manajemen puncak dalam menetapkan nilai integritas dan etika organisasi sebagai fondasi seluruh sistem pengendalian; (2) *Risk Assessment* (Penilaian Risiko), yaitu proses identifikasi dan analisis risiko yang relevan terhadap pencapaian tujuan organisasi, termasuk risiko kecurangan (*Fraud Risk*) dalam proses pengajuan klaim; (3) *Control Activities* (Aktivitas Pengendalian), yaitu kebijakan dan prosedur yang membantu memastikan bahwa arahan manajemen dilaksanakan dengan baik, mencakup pengendalian otorisasi, verifikasi, rekonsiliasi, dan pemisahan fungsi; (4) *Information and Communication* (Informasi dan Komunikasi), yang memastikan bahwa informasi yang relevan, termasuk data klaim dan rekam medis, diidentifikasi, dikumpulkan, dan dikomunikasikan secara tepat waktu; serta (5) *Monitoring activities* (Pemantauan), yaitu proses

evaluasi berkelanjutan terhadap kualitas kinerja pengendalian internal dari waktu ke waktu (Commission, 2013) (Weygandt et al., 2022)

Dalam konteks puskesmas sebagai entitas pengelola keuangan publik, terdapat tiga tujuan COSO yang memiliki relevansi langsung dengan pengelolaan klaim *PCare-Claim*. Pertama, tujuan keandalan pelaporan keuangan (*reliability of financial reporting*) menuntut bahwa setiap klaim yang diajukan kepada BPJS Kesehatan harus mencerminkan kondisi klinis yang sesungguhnya, didukung oleh dokumentasi rekam medis yang valid dan akurasi pengkodean diagnosis serta prosedur sesuai ICD-10 dan ICD-9-CM. Kesalahan dalam proses ini tidak hanya berdampak pada distorsi laporan keuangan puskesmas, tetapi juga berimplikasi pada potensi *fraud* klaim yang dapat merugikan negara. Kedua, tujuan efektivitas dan efisiensi operasional menuntut bahwa proses pelayanan klinis yang menjadi dasar klaim harus terstandarisasi melalui *clinical pathway* yang berbasis bukti, sehingga sumber daya kesehatan dapat dimanfaatkan secara optimal. Ketiga, tujuan kepatuhan regulasi (*compliance*) menuntut bahwa seluruh proses pengajuan klaim harus sesuai dengan ketentuan BPJS Kesehatan, Pemenkes, dan regulasi terkait lainnya (Romney & Steinbart, 2011).

Pencapaian prinsip-prinsip akuntansi dan pengendalian internal dalam manajemen klaim *Pcare-Claim* di puskesmas mencakup beberapa aspek krusial. Pertama, aspek *revenue recognition* (pengakuan pendapatan): dalam akuntansi berbasis akrual yang diterapkan pada fasilitas kesehatan pemerintah sesuai Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP), pendapatan dari klaim *Pcare-Claim* seharusnya diakui pada saat jasa pelayanan telah diberikan dan klaim

diajukan secara sah, bukan pada saat pembayaran diterima. Ketidakkuratan pengkodean diagnosis yang menyebabkan *under-coding* atau *over-coding* secara langsung mempengaruhi akurasi pengakuan pendapatan dalam laporan keuangan puskesmas(Nordiawan & Hertianti, 2023). Kedua, aspek *account receivable management* (manajemen piutang): klaim INA-CBGs yang telah diajukan namun belum dibayarkan merupakan piutang yang harus dicatat, dimonitor, dan diverifikasi secara periodik. Lemahnya pengendalian atas piutang klaim berpotensi menimbulkan *uncollectible claims* yang tidak terdeteksi, sehingga aset puskesmas tidak tersaji secara wajar dalam laporan keuangan (Halim & Kusufi, 2022).

Ketiga, aspek *cost control and budget management* (pengendalian biaya dan manajemen anggaran): *clinical pathway* sebagai instrumen standarisasi pelayanan berfungsi sebagai alat pengendalian biaya (*cost control tool*) yang memungkinkan manajemen puskesmas untuk membandingkan biaya aktual pelayanan dengan biaya standar yang telah ditetapkan. Deviasi yang signifikan antara biaya aktual dan tarif *PCare-Claim* merupakan sinyal penting bagi manajemen untuk melakukan evaluasi efisiensi operasional. Dalam perspektif akuntansi manajemen, analisis varians (*variance analysis*) antara biaya standar *clinical pathway* dengan biaya aktual pelayanan dapat menjadi instrumen strategis dalam pengambilan keputusan alokasi sumber daya puskesmas(Hansen & Mowen, 2021). Keempat, aspek *fraud prevention and detection* (pencegahan dan deteksi kecurangan): sistem pengendalian internal yang lemah dalam proses klaim *PCare-Claim* membuka celah terjadinya berbagai bentuk kecurangan, mulai dari *upcoding* (pengkodean

diagnosis yang lebih berat dari kondisi sebenarnya untuk mendapatkan tarif lebih tinggi), *phantom billing* (penagihan atas layanan yang tidak diberikan), hingga *unbundling* (pemecahan satu episode perawatan menjadi beberapa klaim terpisah). Praktik-praktik ini tidak hanya merugikan keuangan negara, tetapi juga merupakan bentuk pelanggaran etika profesi dan hukum yang serius (Examiners, 2022).

Komponen aktivitas pengendalian (*control activities*) dalam kerangka COSO yang paling relevan dengan pengelolaan klaim Pcare-Claim di puskesmas mencakup beberapa mekanisme kunci. Pertama, *authorization controls* (pengendalian otorisasi): setiap klaim yang diajukan harus melalui proses otorisasi yang jelas, dimulai dari verifikasi kelengkapan rekam medis oleh petugas rekam medis, validasi pengkodean oleh *coder* yang berkompeten, hingga persetujuan akhir oleh kepala puskesmas atau petugas yang diberi wewenang. Kedua, *reconciliation controls* (pengendalian rekonsiliasi): puskesmas harus melakukan rekonsiliasi secara periodik antara klaim yang diajukan, klaim yang diverifikasi, dan klaim yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan, serta mengidentifikasi dan menganalisis penyebab klaim yang ditolak atau direvisi. Ketiga, *documentation controls* (pengendalian dokumentasi): setiap transaksi pelayanan harus didokumentasikan secara lengkap, akurat, dan tepat waktu dalam rekam medis, sebagai bukti pendukung klaim yang dapat diverifikasi sewaktu-waktu (Arens et al., 2021). Keempat, *segregation of duties* (pemisahan fungsi): fungsi pemberi layanan klinis, fungsi pengkodean diagnosis, fungsi pengajuan klaim, dan fungsi penerimaan

pembayaran harus dilaksanakan oleh pihak yang berbeda untuk mencegah terjadinya konflik kepentingan dan kecurangan.

Dalam kerangka sistem pengendalian internal berbasis COSO tersebut, *clinical pathway* berperan sebagai instrumen pengendalian preventif (*preventive control*) sekaligus sebagai standar pembanding dalam aktivitas pengendalian. *Clinical pathway* adalah rencana pelayanan multidisiplin yang terintegrasi, yang menguraikan langkah-langkah kunci dalam pelayanan untuk kelompok pasien dengan kondisi atau prosedur tertentu, dalam kerangka waktu yang jelas (Fitria & al., 2025). Dari perspektif akuntansi, *clinical pathway* berfungsi layaknya *standard cost card* dalam sistem biaya standar (*standard costing system*): ia menetapkan komponen-komponen pelayanan yang seharusnya diberikan untuk setiap diagnosis, beserta estimasi biaya yang terkait, sehingga menjadi acuan dalam menilai kewajaran klaim yang diajukan. *Clinical pathway* yang baik harus berbasis bukti ilmiah (*evidence-based medicine*), disesuaikan dengan konteks lokal, melibatkan seluruh tim pelayanan kesehatan, dan dapat digunakan sebagai panduan praktis sekaligus alat monitoring dan evaluasi (Kristina & al., 2025).

Puskesmas Rappang merupakan salah satu Unit Pelaksanaan Teknis (UPT) di bawah Dinas Kesehatan Kabupaten Sidenreng Rappang yang berlokasi di Kelurahan Macorawalie, Kecamatan Panca Rijang. Berdasarkan Surat Keputusan Bupati Sidenreng Rappang Nomor 7/1/2025, Puskesmas Rappang ditetapkan sebagai puskesmas dengan klasifikasi wilayah tidak terpencil (perkotaan) serta memiliki kemampuan pelayanan rawat jalan. Wilayah kerjanya meliputi delapan wilayah administratif dengan populasi

mencapai 326.330 jiwa. Sebagai fasilitas kesehatan primer yang melayani jumlah penduduk yang cukup besar, Puskesmas Rappang memiliki kapasitas pelayanan yang memadai dengan dukungan 119 tenaga kesehatan, dengan total kunjungan rawat jalan 11.488 orang pada tahun 2024, dimana sebagian besar merupakan peserta BPJS Kesehatan (Bupati Sidenreng Rappang, 2025).

Secara Akuntansi, klaim PCare-Claim yang berhasil ditagihkan kepada BPJS Kesehatan dicatat sebagai pendapatan jasa layanan kesehatan dalam laporan realisasi anggaran puskesmas. Berdasarkan prinsip akuntansi berbasis akrual sesuai Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) PP Nomor 71 Tahun 2010, pendapatan dari klaim PCare-Claim diakui pada saat pelayanan telah diberikan dan klaim diajukan secara sah, bukan pada saat pembayaran diterima. Dengan demikian, seluruh klaim yang diajukan namun belum dibayarkan oleh BPJS Kesehatan harus dicatat sebagai piutang dalam neraca puskesmas. Dengan total kunjungan rawat jalan 11.488 orang pada tahun 2024, potensi pendapatan dari klaim PCare-Claim menjadi komponen strategis dalam keberlanjutan finansial Puskesmas Rappang sebagai entitas Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Oleh karena itu, keandalan sistem pengendalian internal dalam tata kelola klaim PCare-Claim merupakan prasyarat fundamental bagi kewajiban penyajian laporan keuangan puskesmas (Nordiawan & Hertianti, 2023).

Profil epidemiologi di wilayah kerja Puskesmas Rappang menunjukkan pola penyakit didominasi oleh penyakit tidak menular, Hipertensi esensial primer menjadi kasus terbanyak 722, disusul oleh pulpitis sebanyak 402 kasus dan diabetes melitus yang tidak dispesifikasikan 248

kasus. Temuan ini menggambarkan terjadinya beban ganda penyakit (*double burden of diseases*), dimana penyakit tidak menular semakin mendominasi sementara penyakit menular menjadi isu kesehatan masyarakat (Dinas Kesehatan Kabupaten Sidenreng Rappang, 2024a). Data Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, (2024) menunjukkan bahwa capaian beberapa program belum memenuhi target, khususnya pada layanan pengelolaan penyakit kronis (*prolanis*), dengan salah satu faktor penyebab adalah belum optimalnya manajemen pasien hipertensi dan diabetes melitus.

Berdasarkan hasil identifikasi awal melalui telaah dokumen profil Kesehatan Puskesmas Rappang Tahun 2024 dan observasi pendahuluan, ditemukan sistem pengendalian internal dalam tata kelola klaim Pcare-Claim di Puskesmas Rappang masih menghadapi kelemahan mendasar pada dua komponen utama kerangka COSO, yaitu komponen aktivitas pengendalian (*control activities*) yang tercermin dari terbatasnya ketersediaan *clinical pathway* sebagai pengendalian preventif, dan komponen pemantauan (*monitoring activities*) yang tercermin dari belum terlaksananya audit medik sebagai instrumen pengendalian detektif dan korektif (Dinas Kesehatan Kabupaten Sidenreng Rappang, 2024b).

Dari sisi aktivitas pengendalian (*control activities*), keterbatasan ketersediaan *clinical pathway* menjadi kelemahan struktural yang signifikan. Data menunjukkan bahwa *clinical pathway* yang tersedia saat ini hanya mencakup layanan persalinan normal (Non-KES/Non-Komplikasi Kebidanan), sementara berbagai kondisi klinis lainnya yang juga memerlukan dukungan kelengkapan dokumen untuk klaim *PCare-Claim* seperti penanganan

hipertensi dengan komplikasi, diabetes melitus dengan komplikasi, pneumonia pada balita, TB paru, dan kondisi-kondisi lain yang masuk dalam 10 besar penyakit terbanyak belum tersedia panduan klinis yang terstandarisasi (Dinas Kesehatan Kabupaten Sidenreng Rappang, 2024b). Keterbatasan ini mencerminkan lemahnya komponen aktivitas pengendalian dalam sistem pengendalian internal puskesmas yang seharusnya memastikan adanya standar baku pelayanan untuk setiap diagnosis yang diklaim melalui mekanisme *PCare-Claim*.

Dari prespektif akuntansi, absennya *clinical pathway* untuk sebagian besar diagnosis yang diklaim menimbulkan kelemahan pengendalian (*control weakness*) yang berdampak langsung pada keandalan pelaporan keuangan puskesmas. Tanpa standar pelayanan yang baku, tidak ada acuan yang dapat digunakan untuk menilai apakah biaya pelayanan yang dikeluarkan sudah efisien, apakah komponen layanan yang diklaim sudah sesuai dengan yang seharusnya diberikan, dan apakah tarif klaim yang diperoleh sudah mencerminkan *severity level* pasien yang sesungguhnya. Kondisi ini berpotensi menyebabkan *misstatement* dalam pelaporan pendapatan klaim puskesmas, baik berupa *understatement* akibat *under-coding* maupun *overstatement* akibat *over-coding* yang berisiko penolakan klaim (Mubshiroh & al., 2024). Dari perspektif pengendalian, ketiadaan *clinical pathway* juga menyulitkan proses pengkodean diagnosis dan prosedur karena tidak ada panduan yang jelas mengenai tindakan-tindakan apa saja yang seharusnya dilakukan untuk suatu kondisi tertentu (Purnamaningrat, 2024). Hal ini berpotensi menyebabkan kesalahan dalam pengelompokan kasus (*grouping error*) dalam sistem INA-

CBGs, yang merupakan salah satu bentuk kelemahan *documentation controls* dalam kerangka COSO (Rafli, 2023).

Dari sisi pemantauan (*monitoring activities*), tantangan yang tidak kalah krusial adalah belum terlaksananya audit medik sebagai instrumen evaluasi mutu dan pengendalian keuangan di Puskesmas Rappang. Dalam perspektif akuntansi, audit medik memiliki fungsi yang analog dengan *internal audit* dalam perusahaan. Ia berfungsi sebagai mekanisme pengawasan independen yang mengevaluasi apakah sistem pengendalian internal telah berjalan secara efektif, mengidentifikasi kelemahan-kelemahan pengendalian, dan memberikan rekomendasi perbaikan kepada manajemen (Arens et al., 2021). Audit medik adalah evaluasi sistematis, terstruktur, dan independen terhadap pelayanan medis yang telah diberikan, dengan membandingkan praktik yang terjadi (*what is done*) dengan standar yang seharusnya (*what should be done*), untuk mengidentifikasi kesenjangan, menganalisis akar masalah, dan merumuskan rekomendasi perbaikan (Maduratna & al., 2025).

Dalam konteks akuntansi keuangan klaim *PCare-Claim*, audit medik seharusnya mencakup evaluasi atas aspek-aspek berikut yang berkaitan langsung dengan kualitas pelaporan keuangan: akurasi pengkodean diagnosis (ICD-10) dan prosedur (ICD-9-CM) sebagai dasar penentuan tarif klaim, kelengkapan dokumentasi rekam medis sebagai bukti pendukung (*supporting evidence*) atas klaim yang diajukan, kesesuaian kondisi klinis pasien yang sesungguhnya dengan klaim yang diajukan melalui *PCare-Claim*, rekonsiliasi antara layanan yang diberikan dengan diklaim, serta identifikasi pola *undercoding* yang menyebabkan kehilangan pendapatan (*revenue leakage*)

bagi puskesmas (Indonesia, 2014). Ketiadaan mekanisme audit medik yang sistematis di Puskesmas Rappang menyebabkan tidak adanya proses evaluasi terhadap dimensi-dimensi krusial tersebut, yang berimplikasi pada tidak terdeteksinya potensi *revenue leakage* akibat *under-coding*, tidak adanya *feedback loop* untuk perbaikan akurasi pengkodean, tidak tersedianya data empiris mengenai performa klaim sebagai bahan evaluasi manajemen, serta lemahnya *accountability* atas pengelolaan keuangan klaim kepada pemangku kepentingan (Indonesia, 2022) (Guntoro & al., 2025).

Dari perspektif *agency theory* yang relevan dalam kontrksi akuntansi, hubungan antara puskesmas (agen) dengan BPJS Kesehatan dan pemerintah daerah (prinsipal) dalam pengelolaan klaim *PCare-Claim* mengandung potensi *information asymmetry*: puskesmas memiliki informasi yang lebih lengkap mengenai kondisi klinis pasien dan biaya pelayanan dibandingkan BPJS Kesehatan sebagai pembayar. Sistem pengendalian internal yang kuat—mencakup *clinical pathway* dan audit medik—berfungsi sebagai mekanisme untuk mereduksi *information asymmetry* tersebut, sehingga BPJS Kesehatan dapat memverifikasi klaim dengan lebih efisien, dan puskesmas dapat menunjukkan *accountability* atas pengelolaan dana JKN yang dipercayakan kepadanya (Jensen & Meckling, 1976) (Eisenhardt, 1989). Ketiadaan kedua instrumen tersebut tidak hanya melemahkan kualitas pengendalian internal puskesmas, tetapi juga berimplikasi pada meningkatnya biaya verifikasi (*monitoring costs*) dari sisi BPJS Kesehatan dan meningkatnya risiko *adverse selection* dalam proses klaim

Dalam konteks pengelolaan klaim *PCare-Claim* yang efektif dan efisien, *clinical pathway* dan audit medik seharusnya menjadi dua pilar yang saling melengkapi dan terintegrasi. *Clinical pathway* berfungsi sebagai panduan prospektif (*forward-looking*) yang mengarahkan praktik klinis agar terstandarisasi, berbasis bukti, efisien, dan aman. Sementara itu, audit medik berfungsi sebagai mekanisme retrospektif (*backward-looking*) untuk mengevaluasi kesesuaian praktik dengan standar, mengidentifikasi kesenjangan, menganalisis akar penyebab, dan merumuskan rekomendasi perbaikan (Sugiarti et al., 2025). Kedua instrumen ini memiliki sinergi kuat dalam siklus *Plan-Do-Check-Act* (PDCA): *clinical pathway* menyediakan standar pembandingan yang jelas untuk audit, sementara hasil audit memberikan masukan untuk perbaikan dan revisi *clinical pathway* agar lebih sesuai dengan konteks lokal (Arifin, S., Pd et al., 2024).

Beberapa penelitian terdahulu telah mengkaji relevansi *clinical pathway* dan audit medik dalam konteks sistem pembayaran klaim di fasilitas kesehatan. Penelitian (Kusuma et al., (2022) di RSUD tingkat sekunder menunjukkan bahwa implementasi *Clinical pathwa* dapat meningkatkan tingkat keberhasilan klaim hingga 35% dan mengurangi waktu klaim rata-rata 7 hari. Studi Sari & Wulandari, (2023) menemukan bahwa audit medik yang sistematis mampu mengidentifikasi *under-coding* pada 28% kasus, yang berdampak pada peningkatan *revenue realization* sebesar 15-20%. Penelitian N. R. Putri & Rahman, (2021) di RS tipe C menunjukkan bahwa integrasi *clinical pathway* dengan audit medik mengurangi tingkat revisi klaim dari 42% menjadi 18% dalam periode 6 bulan. Sementara itu, studi Ahmad et al., (2023)

mengidentifikasi bahwa hambatan utama implementasi *clinical pathway* di fasilitas kesehatan adalah kurangnya pemahaman tenaga kesehatan (45%), keterbatasan sumber daya (32%), dan resistensi terhadap perubahan (23%).

Namun demikian, kajian-kajian tersebut mayoritas dilakukan di rumah sakit dengan fokus pada layanan rawat inap. Penelitian yang secara spesifik menganalisis implementasi *clinical pathway* dan audit medik di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), khususnya puskesmas dalam konteks pengajuan klaim melalui *PCare-Claim*, masih sangat terbatas. Padahal, konteks FKTP memiliki karakteristik yang berbeda dengan rumah sakit, baik dari sisi kompleksitas kasus, ketersediaan sumber daya, kapasitas tenaga kesehatan, maupun mekanisme klaim yang mengombinasikan sistem kapitasi dengan non-kapitasi melalui *PCare-Claim*. Kesenjangan literatur ini menjadi dasar urgensi penelitian ini untuk mengisi *gap* pengetahuan mengenai strategi optimalisasi klaim *PCare-Claim* di tingkat pelayanan kesehatan primer, dengan fokus pada dua instrumen kunci: *clinical pathway* dan audit medik.

Kajian ini memiliki signifikansi yang luas pada berbagai aspek. Secara praktis, hasil kajian diharapkan dapat memberikan rekomendasi konkret dan *actionable* bagi manajemen puskesmas Rappang untuk memperbaiki sistem tata kelola mutu pelayanan dan optimalisasi klaim *PCare-Claim*, yang pada akhirnya akan meningkatkan keberlanjutan finansial puskesmas dan kualitas pelayanan kepada masyarakat. Secara teoritis, kajian ini akan memperkaya literatur mengenai implementasi sistem pengendalian internal berbasis COSO di fasilitas kesehatan primer di Indonesia. serta memberikan *insight* mengenai strategi adaptasi FKTP dalam menghadapi tuntutan sistem JKN. Secara

kebijakan, hasil kajian dapat menjadi bahan masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Sidenreng Rappang dalam merumuskan kebijakan pembinaan dan pendampingan puskesmas, serta bagi pembuat kebijakan di tingkat yang lebih luas dalam menyempurnakan regulasi dan panduan teknis terkait implementasi *PCare-Claim* di FKTP.

Lebih jauh, kajian ini juga memiliki potensi replikasi dan generalisasi. Mengingat bahwa tantangan yang dihadapi di Puskesmas Rappang kemungkinan juga dialami di FKTP lainnya di Indonesia, terutama puskesmas-puskesmas di daerah dengan karakteristik serupa, maka *lessons learned* dan *best practices* yang dihasilkan dari kajian ini dapat diadaptasi oleh FKTP lain. Dengan demikian, kajian ini tidak hanya memberikan kontribusi bagi Puskesmas Rappang secara spesifik, tetapi juga bagi upaya peningkatan mutu pelayanan dan optimalisasi klaim *PCare-Claim* di FKTP secara lebih luas, sehingga terwujud pelayanan kesehatan yang bermutu, efisien, aman, dan berkelanjutan bagi seluruh masyarakat Indonesia dalam kerangka jaminan kesehatan nasional yang universal.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan sebelumnya, maka permasalahan dalam penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Bagaimana kondisi lingkungan pengendalian (*control environment*) dalam pengelolaan klaim *PCare-Claim* di Puskesmas Rappang Kabupaten Sidenreng Rappang?

2. Bagaimana proses penilaian resiko (*risk assesment*) terhadap potensi kesalahan dan kecurangan dalam pengajuan klaim *PCare-Claim* di Puskesmas Rappang Kabupaten Sidenreng Rappang?
3. Bagaimana pelaksanaan aktivitas pengendalian (*control activities*), khususnya ketersediaan dan penerapan *clinisal* pathway, dalam mendukung optimalisasi klaim *PCare-Claim* di Puskesmas Rappang Kabupaten Sidenreng Rappang?
4. Bagaimana sistem informasi dan komunikasi (*information and communication*) dalam pengelolaan data klaim dan rekam medis di Puskesmas Rappang Kabupaten Sidenreng Rappang?
5. Bagaimana pelaksanaan pemantauan (*monitoring activities*), khususnya audit medik, sebagai instrumen evaluasi pengendalian internal dalam optimalisasi klaim *PCare-Claim* di Puskesmas Rappang Kabupaten Sidenreng Rappang?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah yang telah dikemukakan, maka tujuan dari penelitian ini sebagai berikut:

1. Menganalisis sistem pengendalian internal pada pelaksanaan audit medik dalam optimalisasi klaim *PCare-Claim* di Puskesmas Rappang Kabupaten Sidenreng Rappang berdasarkan lima komponen kerangka COSO, guna mengidentifikasi kelemahan-kelemahan pengendalian yang ada dan merumuskan rekomendasi perbaikan yang konkret dan actionable

2. Menganalisis kondisi lingkungan pengendalian (*control environment*) dalam pengelolaan klaim *PCare-Claim* di Puskesmas Rappang Kabupaten Sidenreng Rappang.
3. Menganalisis proses penilaian risiko (*risk assesment*) terhadap potensi kesalahan dan kecurangan dalam pengajuan klaim *PCare-Claim* di Puskesmas Rappang Kabupaten Sidenreng Rappang.
4. Menganalisis pelaksanaan aktivitas pengendalian (*control activities*), khususnya ketersediaan dan penerapan *clinical pathway*, dalam mendukung optimalisasi klaim *PCare-Claim* di Puskesmas Rappang Kabupaten Sidenreng Rappang
5. Menganalisis sistem informasi dan komunikasi (*information and communication*) dalam pengelolaan data klaim dan rekam medis di Puskesmas Rappang Kabupaten Sidenreng Rappang.
6. Menganalisis pelaksanaan pemantauan (*monitoring activities*) khususnya audit medik, sebagai instrumen evaluasi pengendalian internal dalam optimalisasi klaim *PCare-Claim* di Puskesmas Rappang Kabupaten Sidenreng Rappang,

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memperkaya khazanah ilmu pengetahuan, khususnya di bidang akuntansi sektor publik, khususnya dalam pengembangan kajian mengenai sistem pengendalian internal berbasis kerangka COSO pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di Indoensia. Penelitian ini memberikan kontribusi pada pengembangan

literatur mengenai hubungan antara *clinical pathway*, audit medik, dan optimalisasi klaim dalam sistem pembayaran *PCare-Claim*, yang selama ini masih terbatas pada konteks rumah sakit.

2. Manfaat Praktis

1. Bagi Puskesmas Rappang, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar evaluasi dan perbaikan sistem pengendalian internal dalam pengelolaan klaim *PCare-Claim*, khususnya melalui penguatan *clinical pathway* dan pelembagaan audit medik secara sistematis dan periodik.
2. Bagi Dinas Kesehatan dan staf administrasi Kabupaten, Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pemahaman mengenai pentingnya akurasi pengkodean diagnosis, kelengkapan dokumentasi rekam medis, dan pemisahan fungsi dalam proses pengajuan klaim *PCare-Claim*.
3. Bagi BPJS Kesehatan, hasil penelitian ini dapat menjadi masukan dalam upaya peningkatan mekanisme verifikasi klaim *PCare-Claim* dan pengembangan program pendampingan bagi FTKP untuk memperkuat sistem pengendalian internal.
4. Bagi Peneliti selanjutnya, Bagi penelitian ini memberikan pengalaman empiris yang berharga dalam menerapkan metode penelitian kualitatif di sektor publik, khususnya dalam konteks layanan kesehatan. Penelitian ini juga dapat memperluas wawasan mengenai praktik audit medik, penerapan *clinical pathway*, serta mekanisme pembiayaan *PCare-Claim*, sehingga dapat menjadi referensi dan bekal akademik maupun praktis untuk penelitian selanjutnya.