

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Teori

##### 1. Teori konsep *Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)*

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program jaminan sosial di bidang kesehatan yang diselenggarakan untuk memberikan perlindungan kesehatan secara menyeluruh kepada seluruh masyarakat Indonesia. Program ini dikelola oleh BPJS Kesehatan dengan landasan hukum Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional serta Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Melalui penyelenggaraan JKN, setiap peserta memiliki hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang komprehensif, mulai dari pelayanan tingkat pertama di fasilitas kesehatan dasar hingga pelayanan rujukan tingkat lanjutan sesuai dengan kebutuhan medis dan standar pelayanan kesehatan yang ditetapkan (BPJS Kesehatan, 2020).

Pelaksanaan JKN dirancang selaras dengan konsep *Universal Health Coverage* (UHC), yaitu upaya menjamin seluruh penduduk terlindungi oleh sistem jaminan kesehatan dan mampu mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa menimbulkan beban finansial yang berlebihan (Hergianasari & Hadiwijoyo, 2021). UHC mencakup tiga dimensi utama, yakni cakupan kepesertaan penduduk, cakupan jenis pelayanan, dan cakupan pembiayaan. Ketiga dimensi ini menunjukkan bahwa penyelenggaraan JKN tidak hanya berorientasi pada perluasan kepesertaan, tetapi juga menekankan pentingnya mutu, efisiensi, dan akuntabilitas dalam pelayanan kesehatan (Mentari, 2024).

Dalam konteks UPT Puskesmas Rappang, sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama, dimensi cakupan pelayanan menurut penyediaan pelayanan yang bermutu, aman, dan sesuai standar nasional, yang diwujudkan melalui penerapan *clinical pathway* dan pelaksanaan audit medik sebagai instrumen pengendalian mutu (Mangindara & al., 2022). Adapun dimensi cakupan PCare-Claim, yang efektifitasnya sangat dipengaruhi oleh ketepatan diagnosis, kelengkapan dokumentasi medis, dan pelaksanaan audit medik (Rahmadani, 2022). Hal ini menjadikan penguatan sistem pengendali internal-mencakup *clinical pathway* dan audit medik sebagai kebutuhan strategis dalam mendukung implementasi JKN yang berkualitas di Puskesmas Rappang.

a. Landasan Hukum Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Penyelenggaraan sistem kesehatan nasional di Indonesia memiliki dasar konstitusional yang kuat sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Pasal 28H ayat (1) menegaskan hak setiap warga negara untuk memperoleh pelayanan kesehatan, sementara Pasal 34 ayat (3) mengamanatkan negara untuk mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat. Ketentuan konstitusional tersebut menjadi landasan utama lahirnya berbagai kebijakan dan regulasi di bidang kesehatan, termasuk implementasi Program JKN.

Keselarasan antarperaturan dalam penyelenggaraan JKN dijamin melalui hierarki peraturan perundang-undangan sebagaimana diatur dalam Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan. Dalam hierarki tersebut, Undang-Undang dan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang mengatur aspek strategis seperti UU SJSN dan UU BPJS sebagai

dasar hukum utama JKN, sedangkan Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden menjabarkan ketentuan tersebut secara operasional mencakup kepesertaan, manfaat, layanan, serta mekanisme pembayaran berbasis PCare-Claim bagi FKTP. Peraturan Daerah selanjutnya mengatur pelaksanaan pelayanan kesehatan sesuai kewenangan daerah, termasuk pengelolaan Puskesmas dan peningkatan mutu pelayanan (Yuditia et al., 2021). Keseluruhan regulasi tersebut membentuk satu kesatuan sistem hukum yang mendukung implementasi JKN secara efektif pada fasilitas kesehatan dan tingkat pertama seperti UPT Puskesmas Rappang.

b. Prinsip Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) didasarkan pada sembilan prinsip utama yang menjadi pedoman tata kelola pembiayaan dan pelayanan kesehatan di Indonesia. Prinsip kegotongroyongan menekankan mekanisme saling membantu antar peserta melalui pengumpulan dana bersama. Prinsip nirlaba menegaskan bahwa BPJS Kesehatan berorientasi pada keberlanjutan program dan peningkatan mutu layanan, bukan pada keuntungan (Nugraha, 2024). Prinsip portabilitas menjamin akses pelayanan di seluruh wilayah Indonesia, sementara prinsip keadilan sosial memastikan pelayanan berdasarkan kebutuhan medis tanpa memandang kemampuan ekonomi.

Prinsip akuntabilitas dan transparansi mewajibkan pengelolaan dana serta pelayanan dilakukan secara terbuka dan dapat dipertanggungjawabkan, sehingga fasilitas kesehatan diwajibkan menerapkan tata kelola klinis yang baik, termasuk dokumentasi medis yang lengkap, penerapan *clinical pathway*, dan pelaksanaan audit medik (Kholdun & al., 2025). Prinsip efisiensi dan efektifitas mengarahkan

pelayanan agar sesuai standar dan menghindari efektifitas mengarahkan pelayanan agar sesuai standar dan menghindari pemborosan biaya, yang diwujudkan melalui penggunaan mekanisme PCare-Claim, formularium nasional, *clinical pathway* , dan audit pelayanan. Prinsip keberlanjutan menekankan pengelolaan pembiayaan jangka panjang melalui pengawasan yang terstruktur (Samosir & Gultom, 2025).

Bagi UPT Puskesmas Rappang, prinsip-prinsip JKN tersebut memiliki implikasi langsung terhadap sistem pengendalian internal dalam tata kelola klaim PCare-Claim. Penerapan prinsip akuntabilitas, efisiensi, dan keberlanjutan menurut ketersediaan *clinical pathway* yang komprehensif serta pelaksanaan audit medik yang terstruktur (Samosir & Gultom, 2025).

c. Kepersertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Kepesertaan dalam JKN mencakup seluruh penduduk Indonesia dan dikelompokkan ke dalam empat kategori utama, yaitu Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang iurannya ditanggung pemerintah, Pekerja Penerima Upah (PPU), yang membayar iuran melalui pemotongan gaji, pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) yang membayar iuran secara mandiri, serta kategori Bukan Pekerja yang meliputi tidak bekerja atau tidak memiliki penghasilan tetap (Aprilian et al., 2024).

Mekanisme pembayaran iuran dirancang berdasarkan prinsip gotong royong guna menjamin keberlanjutan pembiayaan program. Pemerintah menanggung iuran peserta PBI, sementara peserta PPU membayar iuran melalui sistem pemotongan gaji bulanan. Peserta PBPU dan Bukan Pekerja melakukan pembayaran iuran secara mandiri setiap bulan, di mana keterlambatan

pembayaran dapat memengaruhi status kepesertaan dan akses pelayanan. Struktur kepesertaan ini memastikan seluruh penduduk, tanpa memandang latar belakang ekonomi, memperoleh kesempatan yang sama untuk mendapatkan perlindungan kesehatan dalam kerangka JKN (Alawiyah, 2022). Bagi Puskesmas Rappang yang melayani populasi besar dengan mayoritas peserta BPJS Kesehatan, pemahaman atas struktur kepesertaan ini penting dalam mengoptimalkan pengelolaan klaim *PCare-Claim* dan memastikan kelancaran proses pembiayaan.

## **2. Sistem Pengendalian Internal Berbasis Kerangka COSO**

Sistem pengendalian internal merupakan konsep fundamental dalam tata kelola keuangan organisasi. *Committee Of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO)* mendefinisikan pengendalian internal sebagai suatu proses yang dirancang dan dijalankan oleh manajemen dan seluruh personel organisasi 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, 2023). Kerangka COSO telah diadopsi secara luas sebagai standar internasional dalam mendesain dan fasilitas layanan kesehatan (Subramaniam & al., 2024). Sistem pengendalian internal merupakan suatu proses yang dirancang untuk memberikan keyakinan memadai dalam pencapaian tujuan organisasi (Syamsu Alam (2020). Sistem Pengendalian internal berujuan untuk meningkatkan efektivitas operasional dan laporan keuangan Syamsu Alam (2020)

Kerangka COSO mengidentifikasi lima komponen pengendalian internal yang saling terintegrasi. Pertama, *Control Environment* (Lingkungan

Pengendalian) yang mencerminkan sikap, kebijakan, dan prosedur manajemen dalam menetapkan nilai integritas dan etika organisasi sebagai fondasi seluruh sistem pengendalian. Kedua, *Risk Assessment* (Penilaian Risiko), yaitu proses identifikasi dan analisis risiko relevan terhadap pencapaian tujuan organisasi, termasuk risiko kecurangan (*fraud risk*) dalam proses pengajuan klaim. Ketiga, *Control Activities* (Aktivitas Pengendalian), yaitu kebijakan dan prosedur yang memastikan manajemen dilaksanakan dengan baik, mencakup pengendalian otorisasi, verifikasi, rekonsiliasi, dan pemisahan fungsi. Keempat, *Information and Communication* (Informasi dan komunikasi) yang memastikan data klaim dan rekam medis dikumpulkan dan dikomunikasikan secara tepat waktu. Kelima, *Monitoring Activities* (Pemantauan), yaitu proses evaluasi berkelanjutan terhadap kualitas kinerja pengendalian internal (Commission, 2013) (Weygandt et al., 2022).

Dalam konteks pengelolaan klaim PCare-Claim di Puskesmas Rappang, dua komponen yang paling kritis adalah *control activities* dan *monitoring activities*. Komponen *control activities* diwujudkan melalui ketersediaan *clinical pathway* sebagai instrumen pengendalian preventif yang menstandarisasi pelayanan klinis sebelum klaim diajukan melalui *PCare-Claim*. Komponen *monitoring activities* diwujudkan melalui pelaksanaan audit medik sebagai instrumen pengendalian *detektif* dan *korektif* yang mengevaluasi kesesuaian praktik dengan standar. Kelemahan pada kedua komponen ini berimplikasi langsung pada keandalan pelaporan keuangan klaim, potensi *revenue leakage*, dan risiko penolakan klaim oleh BPJS Kesehatan (Romney & Steinbart, 2011).

Dari perspektif akuntansi, sistem pengendalian internal yang kuat dalam manajemen klaim *PCare-Claim* mencakup beberapa aspek krusial. Aspek *revenue recognition* menuntut bahwa pendapatandari klaim diakui secara akurat sesuai Standar Akuntansi Pemerintah (SAP), dimana ketidakakuratan pengkodean menyebabkan *under-coding* atau *over-coding* yang mempengaruhi keandalan laporan keuangan (Nordiawan & Hertianti, 2023). Aspek *account receivable management* mengharuskan klaim yang diajukan namun belum dibayarka dicatat dan dimonitor secara periodik untuk mencegah *uncollectible claim* yang tidak terdeteksi (Halim & Kusufi, 2022). Aspek pencegahan kecurangan (*fraud prevention*) menuntut pengendalian yang mampu mencegah praktik seperti *upcoding*, *phantom billing*, dan *unbundling* yang merugikan keuangan negara (Indonesia, 2022).

Dalam konteks puskesmas sebagai entitas Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018, pengelolaan keuangan puskesmas tunduk pada prinsip akuntansi berbasis akrual sesuai Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2010. Berdasarkan SAP tersebut, pendapatan dari klaim *PCare-Claim* diakui pada saat pelayanan kesehatan telah diberikan dan klaim diajukan secara sah kepada BPJS Kesehatan, terlepas dari kapan pembayaran diterima. Klaim yang telah diajukan namun belum dibayarkan wajib dicatat sebagai piutang pendapatan dalam neraca puskesmas dan dimonitor secara periodik untuk mencegah terjadinya piutang tak tertagih (*uncollectible claims*) yang tidak terdeteksi (Nordiawan & Hertianti, 2023). Dengan demikian, akurasi pengkodean diagnosis ICD-10 dan kelengkapan dokumentasi rekam medis bukan hanya persoalan klinis-

administratif, melainkan juga merupakan fondasi keandalan pengakuan pendapatan dan kewajaran penyajian piutang dalam laporan keuangan puskesmas (Halim & Kusufi, 2022). Kelemahan pengendalian internal dalam proses klaim PCare-Claim berpotensi menyebabkan misstatement dalam laporan keuangan puskesmas, baik berupa understatement pendapatan akibat *under-coding* maupun overstatement yang berisiko penolakan klaim, sehingga berimplikasi langsung pada opini audit atas laporan keuangan puskesmas sebagai entitas akuntabel pengelola keuangan publik.

### **3. Sistem *PCare-Claim* dalam Pembiayaan JKN di FKTP**

*PCare-Claim* merupakan mekanisme pengajuan klaim non-kapitasi yang digunakan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) kepada BPJS Kesehatan melalui aplikasi *Primary Case* (PCare). Sistem ini mencakup klaim atas pelayanan yang tidak masuk dalam paket kapitasi, antara lain pelayanan persalinan normal, pelayanan persalinan tindakan, pelayanan gawat darurat tingkat pertama, pelayanan rawat inap tingkat pertama, serta pelayanan program khusus seperti polanis dan imunisasi. Tarif klaim dalam sistem *PCare-Claim* ditetapkan secara prospektif oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan yang berlaku, sehingga menuntut kesiapan tata kelola klinis dan administratif yang tinggi dari pihak puskesmas (Indonesia, 2022).

Proses pengajuan klaim *PCare-Claim* dilakukan secara digital melalui aplikasi Pcare yang terintegrasi dengan sistem BPJS Kesehatan. Setiap klaim harus di lengkapi dengan identitas peserta yang valid, diagnosis yang dikodekan menggunakan ICD-10, tindakan medis yang dikodekan menggunakan ICD-9-CM, serta bukti dokumentasi rekam medis yang lengkap sebagai *supporting evidensi*.

Klaim yang tidak memenuhi persyaratan administratif maupun klinis akan mengalami penolakan atau revisi oleh verifikator BPJS Kesehatan, yang berdampak langsung pada pendapatan puskesmas (Kesehatan, 2020).

Efektivitas sistem *PCare-Claim* sangat dipengaruhi oleh kualitas dokumentasi medis dan kesesuaian alur pelayanan klinis. Penelitian (N. Sari & Wicaksono, 2020) menunjukkan bahwa ketidaklengkapan rekam medis menjadi salah satu penyebab utama penolakan klaim di fasilitas kesehatan. Temuan (Lestari, 2019) mengungkapkan bahwa ketidaksesuaian antara pelayanan yang diberikan dan *clinical pathway* dapat menyebabkan ketidaktepatan pengkodean diagnosis, sehingga berdampak pada penurunan nilai klaim atau bahkan penolakan klaim. (Rahmawati & Nurjannah, 2021) menegaskan bahwa pelaksanaan audit medik memiliki peran penting dalam proses verifikasi internal dan pengendalian mutu klinis, sehingga mampu mengurangi kesalahan pengkodean dan meningkatkan kepatuhan terhadap standar JKN.

Dalam konteks Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), ketepatan diagnosis, kelengkapan dokumentasi medis, serta standarisasi pelayanan melalui *clinical pathway* merupakan faktor penentu keberhasilan klaim *PCare-Claim*. Keterbatasan penerapan *clinical pathway* serta belum terlaksananya audit medik secara terstruktur di UPT Puskesmas Rappang berpotensi meningkatkan risiko ketidaksesuaian diagnosis dan ketidaklengkapan data, yang pada akhirnya dapat berdampak pada penolakan klaim *PCare-Claim*. Hal ini sejalan dengan temuan (Fitriani et al., 2022) yang menyatakan bahwa ketidakstandaran pelayanan memiliki implikasi langsung terhadap efektivitas pembiayaan JKN. Dengan demikian, penguatan dokumentasi medis, penerapan

*clinical pathway* yang komprehensif, serta pelaksanaan audit medik merupakan faktor kunci dalam mendukung efektivitas sistem *PCare-Claim* dan efisiensi pembiayaan JKN di tingkat FKTP.

#### **4. Teori *Clinical Pathway***

*Clinical pathway* merupakan instrumen manajemen klinis yang berisi alur pelayanan terstandar berdasarkan diagnosis tertentu, yang disusun untuk menjamin konsistensi, efektivitas, dan kesesuaian pelayanan dengan standar berbasis bukti. Dokumen ini mengintegrasikan berbagai tahapan intervensi medis, mulai dari anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, terapi farmakologis dan nonfarmakologis, pemantauan kondisi pasien, hingga edukasi kesehatan dalam kerangka waktu tertentu sesuai praktik klinis terbaik (Paduli, 2025).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa penerapan *clinical pathway* berkontribusi terhadap peningkatan mutu pelayanan, pengurangan variasi praktik klinis, serta peningkatan efisiensi pembiayaan. D. R. Hapsari & Fitria, (2020) menemukan bahwa implementasi *clinical pathway* yang baik mampu menurunkan ketidaktepatan tindakan medis hingga 30% di fasilitas pelayanan kesehatan. Sementara itu, Nugraheni, (2021) mengungkapkan bahwa ketidaksesuaian antara *clinical pathway* dan pelayanan aktual merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya *mismatch coding* yang berdampak pada penurunan nilai klaim. Temuan lain oleh Wirawan, (2022) menegaskan bahwa *clinical pathway* menjadi indikator penting kepatuhan klinis yang berpengaruh langsung terhadap validitas klaim dan pengendalian biaya dalam sistem JKN.

Dalam konteks UPT Puskesmas Rappang, keberadaan *clinical pathway* yang terbatas pada layanan non rawat inap menunjukkan adanya keterbatasan

dalam pengendalian mutu pelayanan, khususnya untuk kasus-kasus yang membutuhkan tata kelola klinis terstandar. Ketiadaan *clinical pathway* untuk beberapa diagnosis berpotensi menimbulkan variasi praktik pelayanan, ketidakkonsistenan dokumentasi medis, serta ketidaksesuaian dengan standar pelayanan JKN. Kondisi tersebut dapat meningkatkan risiko ketidaksesuaian antara tindakan yang diberikan dan bukti dokumentasi, yang selanjutnya berdampak pada validitas klaim *PCare-Claim* yang diajukan kepada BPJS kesehatan. Penelitian Firmansyah et al., (2020) juga menguatkan bahwa fasilitas kesehatan yang belum memiliki *clinical pathway* secara komprehensif cenderung mengalami ketidaktepatan rujukan dan ketidaklengkapan berkas klaim. Oleh karena itu, *clinical pathway* tidak hanya berfungsi sebagai alat pengendalian mutu pelayanan, tetapi juga sebagai elemen strategis dalam memperkuat tata kelola klinis, konsistensi standar pelayanan, serta efisiensi pembiayaan JKN melalui *PCare-Claim* di tingkat FKTP.

## **5. Teori Audit Medik**

Audit medik merupakan proses evaluasi yang dilakukan secara sistematis untuk menilai mutu pelayanan medis dengan cara membandingkan praktik pelayanan medis dengan cara membandingkan praktik pelayanan yang diberikan dengan standar pelayanan kedokteran atau *clinical pathway* yang telah ditetapkan. Audit ini mencakup penilaian terhadap ketepatan diagnosis, kesesuaian tindakan medis, keselamatan pasien, kelengkapan dan ketepatan pencatatan rekam medis, serta efektivitas hasil pelayanan klinis secara menyeluruh. Dalam berbagai kajian, audit medik dipandang sebagai instrumen penting dalam upaya peningkatan mutu

pelayanan dan pengendalian variasi praktik klinis antar tenaga kesehatan (R. S. Sari et al., 2021).

Penelitian Pratama & Kency, (2020) menunjukkan bahwa pelaksanaan audit medik mampu mengidentifikasi ketidaktepatan diagnosis dalam rekam medis hingga 40% yang sebelumnya tidak terdeteksi melalui mekanisme pengawasan rutin. Selanjutnya, Fitriyani, (2021) menemukan bahwa fasilitas kesehatan yang melaksanakan audit medik secara berkelanjutan memiliki tingkat kesalahan pengkodean diagnosis dan tindakan yang lebih rendah, sehingga risiko penolakan klaim dapat diminimalkan. Sementara itu, Susanto & Laila, (2022) menegaskan bahwa audit medik berperan signifikan dalam meningkatkan akurasi dokumentasi medis dan kepatuhan terhadap *clinical pathway*, yang berdampak langsung pada peningkatan mutu pelayanan klinis serta efisiensi biaya pelayanan kesehatan.

Dalam kerangka sistem JKN, audit medik memiliki peran strategis karena hasil audit dapat dimanfaatkan sebagai dasar perbaikan internal, pencegahan kesalahan medis, pengendalian mutu klinis, serta sarana untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan telah memenuhi standar yang menjadi dasar pembiayaan PCare-Claim. Namun, di UPT Puskesmas Rappang, belum terlaksananya audit medik menyebabkan ketiadaan mekanisme evaluasi mutu yang terstruktur. Akibatnya, berbagai ketidaksesuaian antara praktik pelayanan, *clinical pathway*, dan standar JKN tidak dapat teridentifikasi secara dini. Kondisi ini berpotensi menurunkan mutu klinis, meningkatkan risiko keselamatan pasien, serta memengaruhi ketepatan rujukan dalam sistem pelayanan berjenjang. Hal tersebut sejalan dengan temuan Rahmadani, (2022) yang menyatakan bahwa fasilitas kesehatan yang tidak menerapkan audit medik cenderung memiliki tingkat

ketidaktepatan rujukan yang lebih tinggi. Dengan demikian, audit medik merupakan pilar penting dalam tata kelola klinis serta keberlanjutan pembiayaan kesehatan dalam sistem JKN, termasuk pada fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti Puskesmas Rappang.

#### **6. Keterkaitan sistem Pengendalian Internal, *Clinical pathway*, Audit Medik, dan *PCare-Claim***

Sistem pengendalian internal berbasis COSO, *clinical pathway*, audit medik, dan *PCare-Claim* merupakan empat komponen yang saling terintegrasi dalam tata kelola mutu dan keuangan pelayanan kesehatan pada era JKN. Keterkaitan keempat komponen ini dapat dipahami dalam siklus *Plan-Do-Check-Act* (PDCA): *clinical pathway* menyediakan standar pembanding yang jelas (*Plan*), pelayanan klinis dilaksanakan sesuai standar tersebut (*Do*), audit medik mengevaluasi kesesuaian praktik dengan standar (*Check*), dan hasil audit menjadi masukan untuk perbaikan *clinical pathway* maupun sistem pengendalian (*Act*) (Arifin, S., Pd et al., 2024).

*Clinical pathway* berfungsi sebagai instrumen prospektif (*forward-looking*) yang menstandarisasi alur pelayanan klinis, memastikan konsistensi, efisiensi, dan kesesuaian dengan standar berbasis bukti. Audit medik berfungsi sebagai mekanisme retrospektif (*backward-looking*) yang mengevaluasi kesesuaian praktik dengan standar, mengidentifikasi kesenjangan, menganalisis akar penyebab, dan merumuskan rekomendasi perbaikan (Sugiarti et al., 2025). Sementara itu, sistem *PCare-Claim* memberikan insentif finansial bagi fasilitas kesehatan untuk menyelenggarakan pelayanan yang efisien, terstandar, dan

terdokumentasi dengan baik, sekaligus menjadi tolok ukur finansial atas kualitas pengendalian yang diterapkan (Laksita & al., 2025).

Dari perspektif *agency theory*, hubungan antara puskesmas sebagai agen dengan BPJS Kesehatan dan pemerintah daerah sebagai prinsipal mengandung potensi *information asymmetry*: puskesmas memiliki informasi yang lebih lengkap mengenai kondisi klinis pasien 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 *PCare-Claim* dengan lebih efisien dan puskesmas dapat menunjukkan akuntabilitas atas pengelolaan dana JKN yang dipercayakan kepadanya (Jensen & Meckling, 1976) (Eisenhardt, 1989).

Apabila *clinical pathway* tidak diterapkan secara optimal atau audit medik tidak dilaksanakan, maka risiko ketidaksesuaian antara pelayanan aktual dan klaim yang diajukan melalui *PCare-Claim* akan meningkat, yang dapat berujung pada penolakan klaim, *revenue leakage*, inefisiensi biaya, serta melemahnya akuntabilitas puskesmas. Kondisi ini secara langsung relevan dengan situasi di UPT Puskesmas Rappang, di mana keterbatasan *clinical pathway* dan ketiadaan audit medik menciptakan celah signifikan dalam sistem pengendalian internal yang membutuhkan penguatan segera guna mengoptimalkan klaim *PCare-Claim* dan menjamin keberlanjutan finansial puskesmas dalam mendukung pelaksanaan JKN yang Universal.

## B. Penelitian Terdahulu

| No | Penulis<br>(Tahun)                                                 | Judul<br>Penelitian                                                                                                        | Variabel<br>yang Diteliti                                       | Metode<br>Penelitian     | Hasil / Temuan<br>Utama                                                                                                                                                                                                                            |
|----|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Ditha Retno<br>Utami<br>Ningsih<br>(2025)                          | Analisis<br>Sistem<br>Pengendalian<br>Internal atas<br>Pembayaran<br>Klaim pada<br>BPJS<br>Kesehatan<br>Cabang<br>Makassar | Sistem<br>pengendalian<br>internal,<br>pembayaran<br>klaim BPJS | Kualitatif<br>deskriptif | Sistem<br>pengendalian<br>internal telah<br>diterapkan dengan<br>cukup baik<br>berdasarkan<br>kerangka COSO,<br>namun masih<br>terdapat kelemahan<br>pada dokumentasi<br>dan evaluasi risiko<br>sehingga perlu<br>peningkatan<br>pengawasan klaim. |
| 2  | Novia<br>Ramadanis,<br>Wilda Tri<br>Yuliza,<br>Gusrianti<br>(2024) | Analisis<br>Pelaksanaan<br>Prosedur<br>Klaim Rumah<br>Sakit pada<br>BPJS<br>Kesehatan                                      | Prosedur<br>klaim BPJS,<br>verifikasi<br>dokumen<br>medis       | Deskriptif<br>Kualitatif | Proses klaim belum<br>optimal karena<br>masih terdapat<br>kesalahan<br>pencatatan dan<br>kelengkapan<br>resume medis yang<br>menyebabkan<br>berkas klaim sering<br>dikembalikan oleh<br>verifikator BPJS.                                          |
| 3  | Rahmadani,<br>2022 S.                                              | Analisis<br>ketidaktepatan<br>rujukan pada<br>fasilitas<br>kesehatan yang<br>tidak<br>menerapkan<br>Audit medik            | Audit medik,<br>ketepatan<br>rujukan,<br>validitas<br>klaim     | Deskriptif-<br>analitik  | Fasilitas kesehatan<br>yang tidak<br>menerapkan audit<br>medik memiliki<br>tingkat<br>ketidaktepatan<br>rujukan yang lebih<br>tinggi dan<br>berdampak negatif<br>pada validitas klaim<br>INA-CBGs                                                  |

| No | Penulis<br>(Tahun)                                             | Judul<br>Penelitian                                                                                                            | Variabel<br>yang Diteliti                                                         | Metode<br>Penelitian         | Hasil / Temuan<br>Utama                                                                                                                                             |
|----|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4  | Fahmi<br>Oemar &<br>Dewi<br>Susanti<br>(2023)                  | Analisis<br>Pengendalian<br>Intern terhadap<br>Persediaan<br>Obat untuk<br>Pasien<br>Pengguna<br>BPJS di RSUD<br>Arifin Achmad | Pengendalian<br>internal,<br>pengelolaan<br>obat pasien<br>BPJS                   | Kualitatif                   | Penerapan<br>pengendalian<br>internal diperlukan<br>untuk menjamin<br>efisiensi pelayanan<br>serta<br>meminimalkan<br>kesalahan dalam<br>pengelolaan o              |
| 5  | Anvika<br>Taufik,<br>Rosdawati,<br>Syukra<br>Alhamda<br>(2024) | Analisis<br>Implementasi<br>Pengendalian<br>Mutu dan<br>Pencegahan<br>Fraud dalam<br>Program JKN                               | Pengendalian<br>mutu,<br>pencegahan<br>fraud,<br>program JKN                      | Kuantitatif                  | Penguatan<br>pengendalian mutu<br>dan audit<br>diperlukan untuk<br>mencegah fraud<br>serta meningkatkan<br>transparansi dalam<br>sistem klaim<br>layanan kesehatan. |
| 6  | Waluyo &<br>Indrastuti,<br>(2023)                              | Kesiapan dan<br>Implementasi<br>Clinical<br>Pathway di<br>Rumah Sakit                                                          | X =<br>Ketersediaan<br>&<br>Implementasi<br>CP; Y =<br>Kesenjangan<br>Pelaksanaan | Survei –<br>Mixed method     | 72% RS memiliki<br>CP tetapi terdapat<br>gap besar antara<br>dokumen dan<br>pelaksanaan.                                                                            |
| 7  | RSUD<br>Koja,<br>(2018)                                        | Implementasi<br>Clinical<br>Pathway dalam<br>Pelayanan<br>Rumah Sakit                                                          | X =<br>Pelaksanaan<br>CP; Y =<br>Kualitas<br>Implementasi                         | Observasional-<br>deskriptif | Tingkat<br>implementasi CP<br>sebesar 66,5%<br>(kategori baik);<br>kendala terbesar<br>adalah koordinasi<br>dan komunikasi.                                         |

**Tabel 1.**  
**Penelitian Terdahulu**

### ***C. Kerangka Konseptual Penelitian***

Kerangka konseptual penelitian ini menggambarkan hubungan logis antara variabel-variabel utama yang diteliti, yaitu Sistem Pengendalian Internal berbasis kerangka COSO, Audit Medik, dan Optimalisasi Klaim *PCare-Claim* di Puskesmas Rappang. Kerangka ini disusun berdasarkan kajian teori dan penelitian terdahulu yang relevan, serta disesuaikan dengan konteks pengelolaan klaim layanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP).

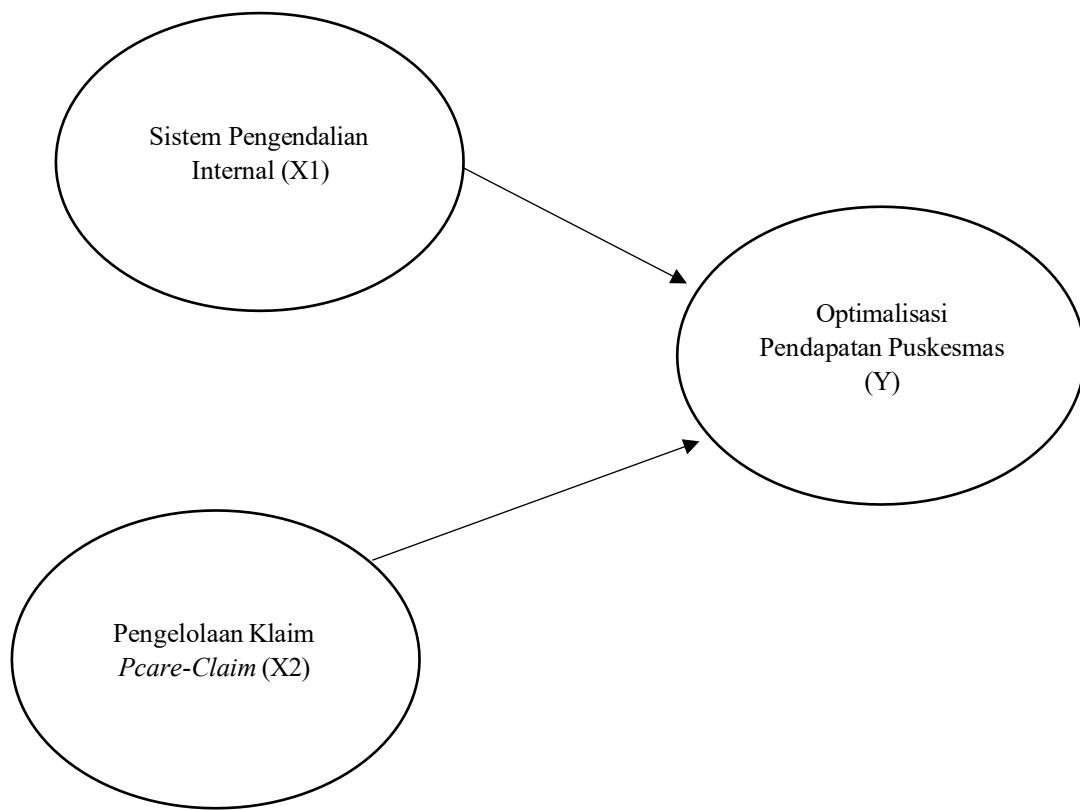
Titik awal kerangka konseptual ini adalah kondisi nyata di lapangan, yaitu adanya permasalahan dalam pengelolaan klaim *PCare-Claim* di Puskesmas Rappang yang ditandai oleh tingginya angka klaim yang ditolak atau dikembalikan oleh BPJS Kesehatan. Permasalahan ini muncul akibat kelemahan pada beberapa aspek, antara lain: ketidaklengkapan dokumen rekam medis, ketidakakuratan pengkodean diagnosis (ICD-10) dan tindakan (ICD-9- CM), serta lemahnya koordinasi antar petugas yang terlibat dalam proses pengajuan klaim.

Untuk mengatasi permasalahan tersebut, penelitian ini menggunakan dua variabel utama sebagai instrumen analisis. Pertama, Sistem Pengendalian Internal yang diukur menggunakan lima komponen kerangka COSO (*Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*), yaitu: (1) Lingkungan Pengendalian (*Control Environment*), yang mencerminkan komitmen manajemen terhadap integritas dan nilai-nilai etika dalam pengelolaan klaim; (2) Penilaian Risiko (*Risk Assessment*), yaitu kemampuan organisasi dalam mengidentifikasi dan merespons risiko kesalahan klaim; (3)

Aktivitas Pengendalian (*Control Activities*), berupa prosedur dan kebijakan yang dirancang untuk memastikan setiap klaim diotorisasi, didokumentasikan, dan diverifikasi dengan benar; (4) Informasi dan Komunikasi (*Information and Communication*), yaitu kelancaran arus informasi antar bagian yang terlibat dalam proses klaim; serta (5) Pemantauan (*Monitoring*), yaitu evaluasi berkelanjutan terhadap efektivitas pengendalian yang telah diterapkan.

Kedua, Audit Medik berperan sebagai mekanisme pengawasan klinis yang memastikan bahwa setiap pelayanan kesehatan yang diklaim telah sesuai dengan standar prosedur medis, rekam medis yang lengkap, dan clinical pathway yang ditetapkan. Audit medik berfungsi sebagai jembatan antara kualitas layanan klinis dengan keabsahan klaim yang diajukan. Ketika audit medik dilaksanakan secara konsisten dan terstruktur, maka peluang terjadinya klaim yang tidak valid, klaim ganda, maupun underclaiming dapat diminimalisir.

Secara keseluruhan, kerangka konseptual ini menunjukkan bahwa Sistem Pengendalian Internal yang kuat dan Audit Medik yang efektif secara bersama-sama berkontribusi terhadap Optimalisasi Klaim *PCare-Claim*. Optimalisasi yang dimaksud mencakup: meningkatnya tingkat penerimaan klaim oleh BPJS Kesehatan, berkurangnya angka klaim yang ditolak atau dikembalikan, serta terciptanya akurasi dan efisiensi dalam proses administrasi keuangan Puskesmas Rappang. Hubungan antar variabel tersebut dapat dilihat pada Gambar 1 berikut:



***Gambar 1. Kerangka Konseptual Penelitian***