

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum

UPT Puskesmas Rappang merupakan satu-satunya Puskesmas induk di Kecamatan Panja Rijang, Kabupaten Sidenreng Rappang. Puskesmas ini terletak di wilayah Kelurahan Macorawalie, yang awalnya dibangun sesuai standar Puskesmas Non Rawat Inap pada tahun 1997 di atas lahan peruntukan lapangan sepakbola. Kemudian pada tahun 2017, UPT Puskesmas Rappang mengalami renovasi total dengan penambahan ruang gedung pelayanan kesehatan dan ruang program guna meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat.

UPT Puskesmas Rappang saat ini ditetapkan sebagai Puskesmas dengan karakteristik wilayah tidak terpencil (perkotaan) dengan kemampuan pelayanan non rawat inap (rawat jalan) berdasarkan Surat Keputusan Bupati Sidenreng Rappang Nomor: 7/I/2025 tentang Penetapan Kategori Pusat Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Sidenreng Rappang. Puskesmas ini memiliki Izin Operasional Berusaha Berbasis Risiko dengan Nomor Sertifikat Standar: 20102300136240001, yang berlaku 5 tahun sejak tanggal 02 November 2022.

Secara geografis, UPT Puskesmas Rappang berjarak 10 km di sebelah utara ibukota Kabupaten Sidenreng Rappang, Pangkajene, dengan luas wilayah kerja $\pm 48 \text{ km}^2$. Batas-batas wilayah Kecamatan Panca Rijang adalah sebagai berikut: sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Baranti, sebelah

Selatan berbatasan dengan Kecamatan Wattang Sidenreng, dan sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Kulo.

Wilayah kerja Kecamatan Panca Rijang terdiri dari 4 kelurahan dan 4 desa, yaitu Kelurahan Rappang, Kelurahan Lalebata, Kelurahan Maccorawalie, Kelurahan Kadidi, Desa Timoreng Panua, Desa Bulo, dan Desa Cipo Takari. Wilayah kerja yang cukup luas ini merupakan tantangan tersendiri bagi UPT Puskesmas Rappang dalam pelaksanaan kegiatannya, di mana sebagian besar terdiri dari dataran rendah dengan hamparan lahan pertanian dan perkebunan penduduk.

Gedung UPT Puskesmas Rappang berdiri di atas tanah dengan luas lahan sebesar $\pm 3.400 \text{ m}^2$, dengan luas bangunan (total luas lantai dasar bangunan) $\pm 3.200 \text{ m}^2$. Gedung ini terbagi menjadi tiga bagian, yaitu: (1) Gedung Depan yang terdiri dari Ruang Kepala Puskesmas, Ruang Administrasi/Tata Usaha, Ruang Manajemen Keuangan, Ruang Program Epidemiologi, Kesehatan Lingkungan, dan Ruang Aula Pertemuan; (2) Gedung Belakang yang terdiri dari Ruang Pendaftaran, Ruang Rekam Medik, Polik Umum, Polik Gigi, Ruang Farmasi dan Gudang Farmasi, Ruang Layanan KIA, Ruang Tunggu, serta Toilet Karyawan dan Pasien dan Gedung Poned/Layanan Ibu Bersalin; serta (3) Gedung Samping yang merupakan Gedung Pelayanan UGD.

1. Visi dan Misi Puskesmas Rappang

a. Visi Puskesmas

Visi merupakan gambaran atau cita-cita yang ingin diwujudkan oleh suatu organisasi dalam jangka panjang sebagai arah dan

panduan dalam setiap langkah kegiatan yang dilaksanakan. Visi UPT Puskesmas Rappang adalah

**“Mewujudkan Puskesmas Rappang Sebagai
Puskesmas Yang Berkualitas Dan Mampu Memberikan
Pelayanan Kesehatan Yang Prima”**

Visi tersebut mencerminkan komitmen UPT Puskesmas Rappang untuk terus meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat di wilayah kerjanya, dengan mengutamakan kualitas dan keprimaan dalam setiap aspek pelayanan yang di berikan.

b. Misi Puskesmas

Misi merupakan pernyataan tentang apa yang harus di kerjakan oleh organisasi dalam usahanya mewujudkan visi yang telah ditetapkan. Untuk mewujudkan visi tersebut, UPT Puskesmas Rappang menjalankan misi sebagai berikut:

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan prima yang berorientasi pada kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
- 2) Meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia puskesmas.
- 3) Menggalang kemitraan lintas sektoral dalam rangka mewujudkan indonesia sehat.
- 4) Menggerakkan kemandirian masyarakat untuk ikut serta dalam pembangunan kesehatan, dan
- 5) Menerapkan manajemen yang transparan dalam setiap program.

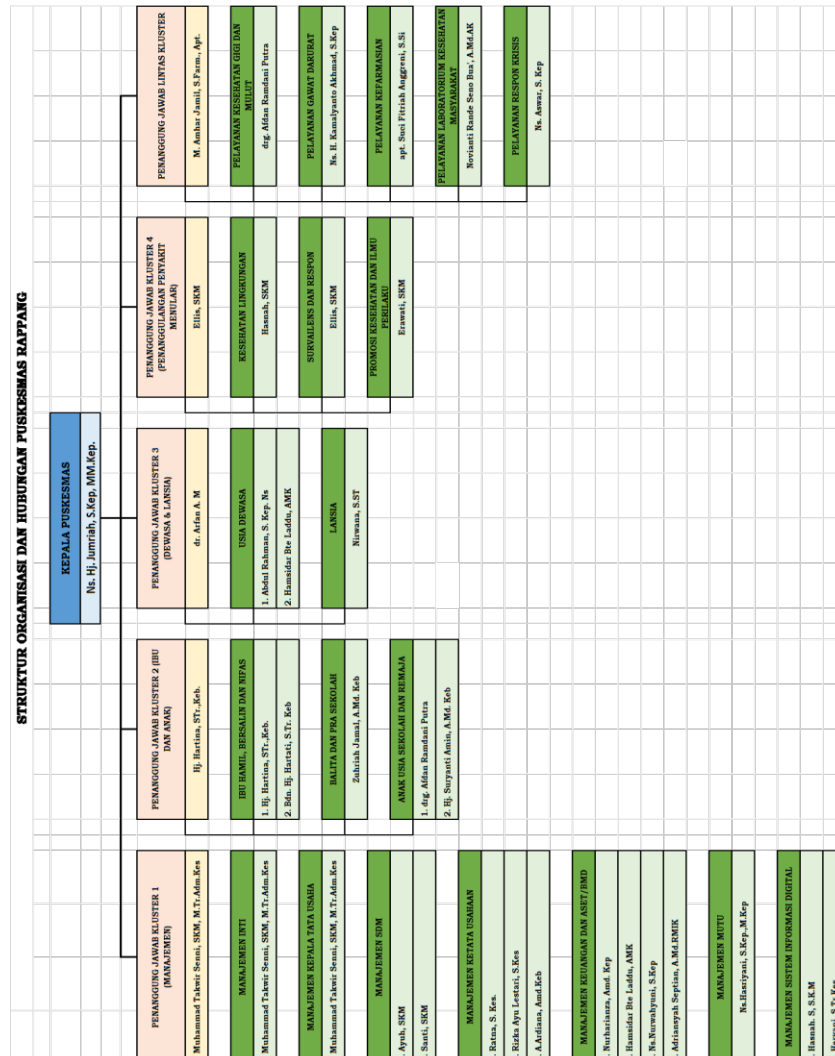
Kelima misi tersebut menggambarkan pendekatan menyeluruh yang diadopsi oleh UPT Puskesmas Rappang, mulai dari peningkatan kualitas sumber daya manusia, penguatan kemitraan lintas sektor, pemberdayaan masyarakat, hingga pengelolaan manajemen yang transparan dan akuntabel demi tercapainya pelayanan kesehatan yang berkualitas dan merata bagi seluruh masyarakat di wilayah kerjanya.

c. Motto Dan Tata Nilai

Dalam mendukung pencapaian visi dan misi, UPT Puskesmas Rappang memiliki motto “Melayani dengan Budaya Rappang” yang merupakan akronim dari: Ramah, Profesional, Prima, Amanah, dan bertanggungjawab. Motto ini menjadi landasan budaya kerja seluruh tenaga kesehatan dan staf Puskesmas Rappang dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Adapun tata nilai yang diterapkan di UPT Puskesmas Rappang meliputi: (1) Profesional, yaitu melaksanakan tugas sesuai standar pelayanan profesi yang berlaku dan menegakkan integritas serta tata nilai etika; (2) Transparansi, yaitu proses pengambilan keputusan dapat diketahui oleh berbagai pihak yang berkepentingan; (3) Disiplin dan Tanggung Jawab, yaitu melaksanakan tugas dengan landasan disiplin tinggi terhadap norma dan standar profesi serta (4) Kerja Sama, yaitu melaksanakan kegiatan secara terpadu dengan berbagai pihak guna mencapai tujuan organisasi secara bersama-sama

2. Struktur Organisasi



Gambar 2. Struktur Organisasi

B. Hasil Penelitian Dan Pembahasan

1. Hasil Penelitian

UPT Puskesmas Rappang merupakan satu-satunya puskesmas induk di Kecamatan Panca Rijang, Kabupaten Sidenreng Rappang, Provinsi Sulawesi Selatan. Puskesmas ini terletak di wilayah Kelurahan Macorawalie, yang awalnya dibangun sesuai standar puskesmas non rawat

inap pada tahun 1997 di atas lahan peruntukan lapangan sepakbola. Kemudian pada tahun 2017, UPT Puskesmas Rappang mengalami renovasi total dengan penambahan ruang gedung pelayanan tentang Penetapan Kategori Pusat Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Sidenreng Rappang, UPT Puskesmas Rappang ditetapkan sebagai puskesmas dengan karakteristik wilayah tidak terpencil (perkotaan) dengan kemampuan pelayanan non rawat inap (rawat jalan). Puskesmas ini memiliki Izin Operasional Berusaha Berbasis Risiko dengan Nomor Sertifikat Standar: 20102300136240001, yang berlaku 5 tahun sejak tanggal 02 November 2022. kesehatan dan ruang program guna meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat.

Secara geografis, UPT Puskesmas Rappang berjarak 10 km di sebelah utara ibukota Kabupaten Sidenreng Rappang, Pangkajene, dengan luas wilayah kerja $\pm 48 \text{ km}^2$. Wilayah kerja Kecamatan Panca Rijang terdiri dari 4 kelurahan dan 4 desa, yaitu Kelurahan Rappang, Kelurahan Lalebata, Kelurahan Maccorawalie, Kelurahan Kadidi, Desa Timoreng Panua, Desa Bulu, dan Desa Cipo Takari. Puskesmas ini memiliki 119 tenaga kesehatan dengan total kunjungan rawat jalan 11.488 orang pada tahun 2024, di mana sebagian besar merupakan peserta BPJS Kesehatan.

Profil epidemiologi di wilayah kerja Puskesmas Rappang didominasi oleh penyakit tidak menular. Hipertensi esensial primer menjadi kasus terbanyak dengan 722 kasus, disusul pulpitis sebanyak 402 kasus, dan diabetes melitus yang tidak dispesifikasikan sebanyak 248 kasus. Kondisi ini menggambarkan terjadinya beban ganda penyakit (double burden of

diseases) yang berdampak langsung pada kompleksitas pengelolaan klaim PCare-Claim.

a. Kondisi Lima Komponen Sistem Pengendalian Internal Berbasis Kerangka COSO dalam Pengelolaan Klaim Pcare-Claim

1) Lingkungan Pengendalian (Control Environment)

Lingkungan pengendalian di UPT Puskesmas Rappang menunjukkan adanya komitmen manajemen yang cukup baik, meskipun belum sepenuhnya terdokumentasi dalam kebijakan formal yang komprehensif. Kepala puskesmas secara aktif menekankan kepada seluruh staf bahwa PCare-Claim merupakan sumber pendapatan utama puskesmas, sehingga setiap berkas klaim harus lengkap dan akurat. Hal ini tercermin dari pernyataan Kepala Puskesmas.

"Saya selalu menekankan kepada seluruh staf bahwa Pcare-Claim adalah sumber pendapatan utama puskesmas, sehingga setiap berkas harus lengkap dan akurat. Kami juga rutin membahas masalah klaim dalam rapat bulanan dan saya langsung menegur apabila ada berkas yang dikembalikan BPJS akibat kelalaian staf."

Dari sisi pembagian fungsi, puskesmas telah menerapkan segregasi tugas yang cukup jelas antara unit pelayanan klinis, rekam medis, keuangan, dan pengajuan klaim. Setiap unit memiliki tanggung jawab yang berbeda dalam proses pengelolaan klaim. Kepala Puskesmas menegaskan bahwa pembagian fungsi tersebut dilaksanakan

untuk mencegah kesalahan yang hanya terfokus pada satu pihak. Kondisi ini sesuai dengan prinsip *segregation of duties* dalam kerangka COSO yang bertujuan mencegah konflik kepentingan dan terjadinya kecurangan.

Namun demikian, lingkungan pengendalian masih menghadapi tantangan berupa terbatasnya kapasitas sumber daya manusia, khususnya dalam hal kompetensi pengkodean diagnosis ICD-10 dan prosedur ICD-9-CM. Keterbatasan ini disebabkan oleh belum tersedianya pelatihan coding secara berkala, serta kondisi petugas yang seringkali merangkap fungsi klinis dan administratif secara bersamaan, sehingga pendalaman kompetensi di bidang pengkodean belum dapat dilakukan secara optimal. Kondisi ini berpotensi mempengaruhi keandalan data klaim yang diajukan kepada BPJS Kesehatan.

2) Penilaian Risiko (Risk Assesment)

Proses penilaian risiko di UPT Puskesmas Rappang belum dilaksanakan secara formal dan terstruktur. Meskipun manajemen puskesmas menyadari adanya risiko penolakan klaim akibat ketidaklengkapan berkas dan ketidaksesuaian pengkodean diagnosis, namun belum tersedia mekanisme identifikasi dan analisis risiko yang sistematis dan terdokumentasi.

Risiko utama yang teridentifikasi dalam pengelolaan klaim *PCare-Claim* di Puskesmas Rappang mencakup: (1) risiko ketidakakuratan pengkodean diagnosis akibat tidak tersedianya *clinical*

pathway yang komprehensif untuk seluruh diagnosis yang sering diklaim; (2) risiko ketidaklengkapan dokumentasi rekam medis yang berujung pada penolakan klaim oleh BPJS Kesehatan; (3) risiko penginputan ganda layanan yang menyebabkan perbedaan antara jumlah klaim yang diajukan dan klaim yang dibayarkan; serta (4) *risiko revenue leakage* akibat *under-coding* yang tidak terdeteksi karena ketiadaan mekanisme audit medik yang sistematis.

Bendahara puskesmas menjelaskan bahwa perbedaan antara klaim yang diajukan dan klaim yang dibayarkan dapat terjadi karena klaim yang tidak disetujui (ACC) oleh BPJS Kesehatan, umumnya disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas atau terjadinya double input layanan. Hal ini mengindikasikan bahwa risiko penolakan klaim masih menjadi isu yang perlu mendapat perhatian lebih serius dalam sistem pengendalian internal puskesmas.

3) Aktivitas Pengendalian (Control Activities)

Aktivitas pengendalian di UPT Puskesmas Rappang telah menunjukkan beberapa mekanisme yang berjalan, meskipun masih terdapat kelemahan struktural yang signifikan, terutama berkaitan dengan ketersediaan *clinical pathway* sebagai instrumen pengendalian preventif

Dalam hal prosedur pengkodean, puskesmas telah memiliki SOP yang mengatur proses pengkodean diagnosis menggunakan ICD-10 dan tindakan medis menggunakan ICD-9-CM. Petugas koder/rekam medis

menyatakan bahwa pengkodean dilakukan berdasarkan data dan diagnosis yang tercatat dalam rekam medis pasien sebelum diinput ke sistem PCare untuk diproses sebagai klaim. SOP tersebut telah dikomunikasikan dan dipahami oleh petugas yang bersangkutan.

Namun, keterbatasan ketersediaan clinical pathway menjadi kelemahan struktural yang paling kritis dalam komponen aktivitas pengendalian. Kepala Puskesmas mengakui bahwa clinical pathway yang tersedia saat ini hanya mencakup pelayanan persalinan normal dan beberapa layanan non rawat inap lainnya. Sementara untuk diagnosis-diagnosis yang dominan dalam pengajuan klaim PCare-Claim — seperti hipertensi, diabetes melitus, pneumonia pada balita, dan TB paru — belum tersedia panduan klinis yang terstandarisasi. Kepala Puskesmas menyatakan:

"Clinical Pathway yang kami miliki saat ini mencakup pelayanan persalinan normal dan beberapa layanan non rawat inap lainnya. Namun kami menyadari bahwa untuk diagnosis-diagnosis yang masuk dalam pengajuan klaim PCare-Claim seperti hipertensi, diabetes melitus, pneumonia pada balita, dan TB paru, clinical pathway-nya belum tersedia secara lengkap. Kondisi ini kami akui berdampak pada kurang konsistennya pengkodean diagnosis oleh petugas rekam medis, karena tidak ada panduan standar internal yang bisa dijadikan acuan bersama."

Terkait mekanisme audit klaim, puskesmas telah menerapkan prosedur verifikasi internal berupa pemeriksaan kelengkapan berkas klaim setelah petugas PIC PCare-Claim menginput seluruh data klaim. Petugas audit memeriksa isi klaim dan memverifikasi data pasien, koding ICD-10, kesesuaian tarif, dan kelengkapan berkas pengajuan klaim. Apabila ditemukan ketidaksesuaian, tim audit menyusun laporan temuan dan memberikan rekomendasi perbaikan.

4) Informasi dan Komunikasi (Information and Communication)

Sistem informasi dan komunikasi di UPT Puskesmas Rappang dalam pengelolaan klaim PCare-Claim diselenggarakan melalui platform digital terintegrasi aplikasi PCare yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan. Setiap klaim yang diajukan harus dilengkapi dengan identitas peserta yang valid, diagnosis yang dikodekan menggunakan ICD-10, tindakan medis menggunakan ICD-9-CM, serta bukti dokumentasi rekam medis yang lengkap sebagai supporting evidence.

Komunikasi internal mengenai pengelolaan klaim diselenggarakan melalui rapat bulanan yang dipimpin langsung oleh kepala puskesmas. Forum ini digunakan untuk membahas permasalahan klaim, mengidentifikasi berkas yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan, serta merumuskan tindakan korektif yang diperlukan. Mekanisme komunikasi ini menunjukkan adanya upaya manajemen untuk memastikan informasi terkait pengelolaan klaim tersampaikan secara tepat waktu kepada seluruh unit yang terlibat.

Dari sisi pencatatan keuangan, bendahara puskesmas mencatat dana klaim dalam dokumen kertas kerja, Buku Kas Umum (BKU), dan laporan realisasi bendahara penerimaan. Dana kapitasi dan klaim dikelola langsung oleh bendahara BLUD sesuai dengan aturan yang berlaku. Proses pengecekan ulang dilakukan sebanyak 2–3 kali sebelum data diinput ke aplikasi PCare-Claim untuk memastikan kesesuaian data.

Meskipun demikian, sistem informasi rekam medis belum sepenuhnya terintegrasi dengan sistem pengkodean diagnosis, sehingga masih berpotensi menimbulkan kesenjangan informasi antara dokter pemeriksa, petugas koder, dan petugas klaim yang dapat berdampak pada keakuratan data klaim yang diajukan.

5) Pemantauan (Monitoring Activities)

Komponen pemantauan merupakan aspek yang paling lemah dalam sistem pengendalian internal di UPT Puskesmas Rappang. Audit medik — sebagai instrumen pemantauan yang seharusnya mengevaluasi kesesuaian praktik pelayanan dengan standar klinis — belum terlaksana secara formal dan terstruktur di puskesmas ini. Kepala Puskesmas secara tegas menyatakan bahwa:

"Audit medik tidak jalan di Puskesmas Rappang, hanya audit klaim saja."

Hambatan utama tidak terlaksananya audit medik adalah tingginya beban kerja pelayanan dengan total kunjungan rawat jalan

11.488 orang pada tahun 2024, sehingga seluruh tenaga kesehatan terfokus pada pelayanan langsung kepada pasien. Selain itu, belum ada staf yang secara khusus ditugaskan untuk mengelola dan mengkoordinasikan pelaksanaan audit medik secara rutin.

Kepala puskesmas mengakui bahwa yang berjalan saat ini adalah audit klaim, bukan audit medik dalam arti yang lebih komprehensif. Audit klaim yang dilaksanakan hanya mencakup evaluasi terhadap kelengkapan berkas dan kesesuaian data administratif klaim, namun belum mencakup evaluasi terhadap mutu pelayanan klinis secara keseluruhan, kesesuaian tindakan medis dengan standar klinis, dan kepatuhan terhadap clinical pathway. Kepala Puskesmas menyampaikan:

"Yang masih menjadi kelemahan kami adalah audit medik dalam arti yang lebih luas yaitu evaluasi terhadap mutu pelayanan klinis secara keseluruhan, kesesuaian tindakan dengan standar, dan kepatuhan terhadap clinical pathway itu belum terlaksana secara formal dan terstruktur. Ke depannya kami berharap audit medik yang komprehensif ini bisa mulai dilembagakan agar pengendalian internal kami semakin kuat."

Kondisi ini menyebabkan tidak adanya mekanisme evaluasi yang dapat mengidentifikasi secara dini potensi *under-coding* yang berujung pada *revenue leakage*, tidak tersedianya *feedback loop* untuk

perbaikan akurasi pengkodean, serta lemahnya akuntabilitas atas pengelolaan keuangan klaim kepada pemangku kepentingan.

2. Pembahasan

a. Lingkungan Pengendalian (*Control Environment*) dalam Pengelolaan Klaim PCare-Claim.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lingkungan pengendalian di UPT Puskesmas Rappang berada pada kondisi yang cukup memadai namun masih membutuhkan penguatan. Komitmen kepala puskesmas dalam membangun budaya akuntabilitas pengelolaan klaim terwujud melalui penekanan secara konsisten kepada seluruh staf mengenai pentingnya kelengkapan dan keakuratan berkas klaim, serta pembahasan rutin dalam rapat bulanan. Temuan ini sejalan dengan penelitian Ningsih (2025) yang menyatakan bahwa sistem pengendalian internal dalam pengelolaan klaim BPJS telah diterapkan dengan cukup baik berdasarkan kerangka COSO, namun masih terdapat kelemahan pada dokumentasi dan evaluasi risiko.

Pembagian fungsi yang dilaksanakan di Puskesmas Rappang, di mana fungsi pelayanan klinis, pengkodean, pengajuan klaim, dan penerimaan pembayaran ditangani oleh unit yang berbeda, mencerminkan penerapan prinsip segregation of duties dalam kerangka COSO. Pemisahan fungsi ini merupakan elemen fundamental dalam mencegah terjadinya kecurangan seperti phantom billing dan upcoding yang dapat merugikan keuangan negara (ACFE, 2022). Fahmi Oemar dan Dewi Susanti (2023) dalam penelitian mereka menegaskan bahwa penerapan pengendalian

internal diperlukan untuk menjamin efisiensi pelayanan serta meminimalkan kesalahan dalam pengelolaan sumber daya.

Namun, lingkungan pengendalian masih menghadapi tantangan berupa keterbatasan kompetensi SDM dalam pengkodean diagnosis. Kondisi ini secara langsung mempengaruhi keandalan pelaporan keuangan klaim puskesmas karena ketidakakuratan pengkodean diagnosis dapat menyebabkan under-coding atau over-coding yang berdampak pada distorsi pengakuan pendapatan dalam laporan keuangan (Nordiawan & Hertianti, 2023).

b. Penilaian Risiko (*Risk Assessment*) terhadap potensi kesalahan dalam pengajuan klaim *PCare-Claim*

Ketiadaan mekanisme penilaian risiko yang formal dan terstruktur di UPT Puskesmas Rappang merupakan kelemahan yang signifikan dalam kerangka COSO. Penilaian risiko yang komprehensif seharusnya mencakup identifikasi dan analisis risiko kecurangan dalam proses pengajuan klaim, termasuk risiko upcoding, phantom billing, dan under-coding (COSO, 2013; ACFE, 2022). Tanpa proses penilaian risiko yang sistematis, manajemen tidak dapat merancang aktivitas pengendalian yang tepat sasaran dan proporsional terhadap risiko yang ada.

Adanya perbedaan antara jumlah klaim yang diajukan dan klaim yang dibayarkan merupakan indikator empiris dari risiko yang belum dikelola secara optimal. Klaim yang tidak disetujui oleh BPJS Kesehatan akibat ketidaklengkapan berkas atau double input layanan mencerminkan bahwa proses identifikasi dan mitigasi risiko masih perlu diperkuat. Temuan ini konsisten dengan penelitian Ramadhani et al. (2024) yang menemukan bahwa proses klaim belum optimal karena masih terdapat kesalahan

pencatatan dan ketidaklengkapan resume medis yang menyebabkan berkas klaim sering dikembalikan oleh verifikator BPJS.

Dalam perspektif *agency theory*, ketiadaan penilaian risiko yang memadai memperbesar *information asymmetry* antara puskesmas sebagai agen dan BPJS Kesehatan sebagai prinsipal. Hal ini meningkatkan biaya verifikasi (*monitoring costs*) dari sisi BPJS Kesehatan dan meningkatkan risiko *adverse selection* dalam proses klaim (Jensen & Meckling, 1976). Oleh karena itu, puskesmas perlu mengembangkan register risiko klaim yang komprehensif sebagai instrumen formal untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan memitigasi berbagai risiko dalam proses pengajuan klaim PCare-Claim.

c. Aktivitas Pengendalian (*Control Activities*) dan Implementasi *Clinical Pathway* dalam Mendukung Optimalisasi Klaim PCare-Claim

Kelemahan paling kritis dalam komponen aktivitas pengendalian adalah keterbatasan ketersediaan *clinical pathway*. Dari perspektif akuntansi, ketiadaan *clinical pathway* untuk sebagian besar diagnosis yang diklaim menimbulkan *control weakness* yang berdampak langsung pada keandalan pelaporan keuangan puskesmas (Romney & Steinbart, 2011). Tanpa standar pelayanan yang baku, tidak ada acuan untuk menilai apakah biaya pelayanan yang dikeluarkan sudah efisien dan apakah komponen layanan yang diklaim sudah sesuai dengan yang seharusnya diberikan.

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 terkait, sehingga menjadi acuan dalam menilai kewajaran klaim yang diajukan (Hansen & Mowen, 2021). Firmansyah et al. (2020) menguatkan temuan ini dengan menyatakan bahwa fasilitas kesehatan yang belum memiliki clinical pathway secara komprehensif cenderung mengalami ketidaktepatan rujukan dan ketidaklengkapan berkas klaim.

Kondisi di Puskesmas Rappang yang hanya memiliki clinical pathway untuk pelayanan persalinan normal sementara diagnosis dominan seperti hipertensi, diabetes melitus, pneumonia balita, dan TB paru belum memiliki panduan klinis yang terstandarisasi, berpotensi menyebabkan misstatement dalam pelaporan pendapatan klaim. Ketidaksesuaian kode yang diakui sendiri oleh kepala puskesmas berdampak pada klaim yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan, yang secara langsung mempengaruhi realisasi pendapatan operasional puskesmas.

Sementara itu, mekanisme audit klaim yang telah berjalan merupakan langkah positif dalam aktivitas pengendalian. Prosedur verifikasi internal yang mencakup pemeriksaan koding ICD-10, kesesuaian tarif, dan kelengkapan berkas klaim sebelum dan sesudah pengajuan ke BPJS Kesehatan berkontribusi dalam meminimalkan risiko penolakan klaim. Hal ini sejalan dengan prinsip authorization controls dan documentation controls dalam kerangka COSO (Arens et al., 2021).

**d. Informasi dan Komunikasi (*Information and Communication*)
dalam Pengelolaan Data Klaim dan Rekam Medis**

Sistem informasi dan komunikasi di UPT Puskesmas Rappang dalam pengelolaan klaim PCare-Claim telah memanfaatkan platform digital terintegrasi aplikasi PCare BPJS Kesehatan. Penggunaan sistem digital ini merupakan kemajuan yang signifikan dalam memastikan informasi klaim dikumpulkan, diproses, dan dikomunikasikan secara tepat waktu sesuai tuntutan komponen Information and Communication dalam kerangka COSO.

Pelaksanaan rapat bulanan yang secara khusus membahas permasalahan klaim merupakan mekanisme komunikasi yang efektif dalam memastikan informasi relevan tersampaikan kepada seluruh unit yang terlibat. Pencatatan keuangan klaim yang dilakukan melalui BKU dan laporan realisasi bendahara penerimaan sesuai dengan prinsip akuntansi berbasis akrual yang diterapkan pada fasilitas kesehatan pemerintah sesuai Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP).

Namun, ketidakintegrasian sistem rekam medis dengan sistem pengkodean diagnosis masih menjadi hambatan dalam aliran informasi yang akurat dan efisien. Kesenjangan informasi antara dokter pemeriksa, petugas koder, dan petugas klaim berpotensi menimbulkan ketidakakuratan dalam data klaim. Ramadhani dan Nisak (2024) menegaskan pentingnya implementasi rekam medis elektronik yang terintegrasi sebagai instrumen untuk memastikan keakuratan dan kelengkapan informasi dalam proses pengajuan klaim JKN.

e. Pemantauan (*Monitoring Activities*) melalui Audit Medik sebagai instrumen Evaluasi Pengendalian Internal dalam Optimalisasi Klaim Pcare-Claim

Ketidakterlaksanaan audit medik di UPT Puskesmas Rappang merupakan kelemahan yang paling kritis dalam sistem pengendalian internal, khususnya pada komponen monitoring activities kerangka COSO. 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 pengendalian, dan memberikan rekomendasi perbaikan kepada manajemen (Arens et al., 2021).

Temuan penelitian ini konsisten dengan Rahmadani (2022) yang menyatakan bahwa fasilitas kesehatan yang tidak menerapkan audit medik memiliki tingkat ketidaktepatan rujukan yang lebih tinggi dan berdampak negatif pada validitas klaim INA-CBGs. Fitriyani (2021) juga 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 secara signifikan.

Ketiadaan audit medik di Puskesmas Rappang menyebabkan tidak adanya proses evaluasi terhadap dimensi-dimensi krusial yang berkaitan langsung dengan kualitas pelaporan keuangan klaim, yaitu: akurasi pengkodean diagnosis sebagai dasar penentuan tarif klaim; kelengkapan

dokumentasi rekam medis sebagai bukti pendukung klaim; kesesuaian kondisi klinis pasien dengan klaim yang diajukan; serta identifikasi pola under-coding yang menyebabkan revenue leakage bagi puskesmas (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Dalam siklus Plan-Do-Check-Act (PDCA), clinical pathway menyediakan standar pembandingan 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 (Act) (Arifin et al., 2024). Tanpa komponen Check yang diwakili oleh audit medik, siklus pengendalian mutu tidak berjalan secara sempurna, sehingga kesenjangan antara standar dan praktik tidak dapat teridentifikasi dan diperbaiki secara sistematis.

Hambatan berupa tingginya beban kerja pelayanan yang dikemukakan oleh Kepala Puskesmas sejalan dengan temuan Ahmad et al. (2023) yang mengidentifikasi bahwa hambatan utama implementasi audit dan clinical pathway di fasilitas kesehatan adalah keterbatasan sumber daya (32%) dan kurangnya pemahaman tenaga kesehatan (45%). Oleh karena itu, diperlukan strategi yang sistematis untuk melembagakan audit medik sebagai bagian integral dari tata kelola klinis puskesmas, di antaranya melalui penugasan staf yang bertanggung jawab khusus untuk koordinasi audit medik dan penjadwalan audit secara periodik.

Secara keseluruhan, temuan penelitian ini menunjukkan bahwa penguatan sistem pengendalian internal di UPT Puskesmas Rappang perlu dilakukan secara komprehensif pada kelima komponen kerangka COSO,

dengan prioritas utama pada: (1) pengembangan clinical pathway yang komprehensif untuk seluruh diagnosis dominan yang diklaim melalui PCare-Claim; (2) pembentukan dan pelebagaan mekanisme audit medik yang formal, periodik, dan terstruktur; (3) peningkatan kompetensi SDM dalam pengkodean diagnosis ICD-10 dan prosedur ICD-9-CM; (4) pengembangan register risiko klaim sebagai instrumen penilaian risiko yang formal; serta (5) integrasi sistem rekam medis dengan sistem pengkodean dan pengajuan klaim untuk memastikan aliran informasi yang akurat dan efisien.

Langkah-langkah strategis tersebut selaras dengan rekomendasi yang diberikan oleh Taufik et al. (2024) yang menegaskan bahwa penguatan pengendalian mutu dan audit diperlukan untuk mencegah fraud serta meningkatkan transparansi dalam sistem klaim layanan kesehatan. Dengan implementasi langkah-langkah perbaikan tersebut, diharapkan UPT Puskesmas Rappang dapat mengoptimalkan klaim PCare-Claim, meminimalkan risiko penolakan klaim, dan pada akhirnya meningkatkan keberlanjutan finansial puskesmas dalam mendukung pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional yang universal dan berkualitas.