

ANALISIS KESIAPAN AKREDITASI KLINIK MELALUI PENGEMBANGAN INSTRUMEN AUDIT INTERNAL BERBASIS POTENSI FRAUD: STUDI EVALUATIF DI KLINIK NUHRINTAMA

Astari Pratiwi Nuhrintama^{1,2,3}, Iwan Trihapsoro¹, Harleily Mayuni Baharsyah³, Nurul Mukhlisa³,
Nurridha Sasmitha³, Rahmayanti³

¹ Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia (LAFKI)

² Institut Teknologi Sains dan Bisnis Muhammadiyah Selayar, Kepulauan Selayar, Sulawesi Selatan

³ Klinik Nuhrintama, Gowa, Sulawesi Selatan

astaripratiwinuhrintama@itsbm.ac.id

iwantrihapsoro23@gmail.com

Abstrak

Pendahuluan: Audit internal klinik berdasarkan KMK No. 1983/2022 kerap terjebak pada *paper compliance* tanpa mengevaluasi integritas operasional maupun potensi kecurangan. Penelitian ini mengembangkan instrumen audit internal terintegrasi berbasis deteksi risiko kecurangan dan menganalisis kesiapan akreditasi Klinik Nuhrintama secara substantif. **Metode:** Penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan *readiness assessment* dilaksanakan Januari 2026 di Klinik Nuhrintama, Gowa, Sulawesi Selatan. Empat manajer menengah berperan sebagai auditor silang dalam adaptasi *Three Lines Model*. Matriks *Fraud Risk Assessment* (FRA) memprioritaskan tiga unit audit dengan triangulasi dan *member checking*. Instrumen telah divalidasi oleh reviewer program FIHFAA sebelum digunakan. **Hasil:** FRA mengidentifikasi Loker & RM, Farmasi, dan *Billing/Kasir* sebagai unit berpotensi risiko sangat tinggi. Audit mengungkap: indikasi pengisian retrospektif rekam medis; potensi selisih stok farmasi 12,4% (proyeksi kerugian tahunan Rp 22,4 juta); empat transaksi *void* tanpa dokumentasi; dan indikator *upcoding* pada 18% rekam medis. Skor kepatuhan substantif keseluruhan 44,43% — mengklasifikasikan klinik “Belum Siap” meskipun kelengkapan dokumen administratif melampaui 80%. **Kesimpulan:** Instrumen berbasis deteksi risiko kecurangan mengonfirmasi fenomena *paper compliance* dan mengungkap celah yang tidak terdeteksi audit konvensional. Tiga CAPA dirumuskan: digitalisasi kontrol *billing* (30 hari), penguatan SPO farmasi (60 hari), dan integrasi rekam medis-*billing* (90 hari).

Kata Kunci: kesiapan akreditasi; audit internal; risiko kecurangan; tata kelola klinik

Abstract

Introduction: Clinic internal audits under Decree No. 1983/2022 frequently remain limited to *paper compliance*, failing to evaluate operational integrity or the potential for irregularities. This study develops an integrated risk-based internal audit instrument for detecting potential irregularities and evaluates the substantive accreditation readiness of Klinik Nuhrintama. **Method:** A descriptive qualitative readiness-assessment study was conducted in January 2026 at Klinik Nuhrintama, Gowa, South Sulawesi. Four middle managers served as cross-auditors within an adapted Three Lines Model. A Fraud Risk Assessment (FRA) matrix prioritised three audit units, with triangulation and member-checking ensuring data validity. The instrument was validated by an FIHFAA programme reviewer prior to fieldwork. **Results:** The FRA identified Registration & Medical Records, Pharmacy, and Billing/Cashier as very-high-risk units. Audits revealed: indicators of retrospective medical record completion; a 12.4% pharmacy stock discrepancy (projected annual loss IDR 22.4 million); four undocumented void transactions; and upcoding indicators in 18% of reconciled records. Overall substantive compliance reached 44.43% — classifying the clinic as “Not Ready” despite administrative document completeness exceeding 80%. **Conclusion:** The risk-based instrument confirmed the paper compliance phenomenon and uncovered gaps invisible to conventional audits.

Three CAPAs were formulated: billing control digitalisation (30 days), pharmacy SOP strengthening (60 days), and real-time medical record–billing integration (90 days).

Keywords: *accreditation readiness; internal audit; fraud risk; clinic governance*

PENDAHULUAN

Akreditasi klinik di Indonesia merupakan kewajiban yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022, dengan standar penilaian yang dioperasionalkan melalui KMK Nomor 1983 tahun 2022. Regulasi ini menetapkan audit internal sebagai instrumen wajib pada Bab Tata Kelola Klinik (TKK) dan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), yang idealnya berfungsi sebagai mekanisme *self-assessment* berkelanjutan, bukan sekadar persiapan menjelang survei eksternal [1,2]. Namun dalam praktiknya, audit di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) masih terjebak pada *paper compliance* — sekadar kelengkapan dokumen administratif tanpa mengevaluasi integritas operasional [3]. Akreditasi di negara berkembang, termasuk Indonesia, cenderung terjebak pada pemenuhan dokumen administratif tanpa diikuti perbaikan kinerja nyata, diperparah oleh keterbatasan SDM dan lemahnya kapasitas kepemimpinan manajerial dalam mendorong peningkatan mutu di FKTP [4,5].

Dimensi yang kerap luput dari audit konvensional adalah potensi kecurangan (*fraud*). ACFE (2024) melaporkan bahwa sektor kesehatan secara konsisten masuk tiga besar sektor dengan kerugian *fraud* terbesar secara global, dengan median kerugian per

kasus sebesar USD 276.000 [6]. Di Indonesia, BPJS Kesehatan mencatat *upcoding, phantom billing*, dan ketidaksesuaian klaim non-kapitasi sebagai modus operandi yang paling sering ditemukan di FKTP [7,8]. Klinik Nuhrintama—klinik pratama di Kab. Gowa, Sulawesi Selatan yang melayani peserta BPJS Kesehatan—tidak terkecuali: audit internalnya masih generik, berbasis daftar periksa kelengkapan berkas, dan belum menyentuh indikator risiko operasional maupun *red flags* kecurangan, sehingga menciptakan kesenjangan antara kesiapan dokumen yang tampak ‘siap’ dengan operasional di lapangan.

Penelitian ini bertujuan: (1) mengembangkan prototipe instrumen audit internal terintegrasi yang menggabungkan standar akreditasi dengan indikator deteksi dini *fraud*; (2) menguji coba instrumen melalui simulasi audit silang berbasis pemberdayaan manajer tingkat menengah; dan (3) menganalisis profil kesiapan akreditasi klinik secara substantif.

Novelty penelitian ini terletak pada tiga kontribusi yang belum ditemukan secara simultan dalam literatur yang ada. Pertama, penelitian ini mengintegrasikan indikator deteksi dini potensi kecurangan (*fraud risk flags*) ke dalam instrumen audit akreditasi

yang selama ini hanya berbasis kepatuhan administratif — mengisi celah yang belum ditangani oleh standar KMK No. 1983/2022. Kedua, dikembangkan model *risk-based internal audit* yang adaptif untuk klinik pratama tanpa unit audit khusus, melalui pemberdayaan *middle management* sebagai auditor ad-hoc dalam adaptasi *Three Lines Model*. Ketiga, penelitian ini menghadirkan bukti empiris kualitatif pertama tentang kesenjangan antara kepatuhan dokumen formal dan integritas operasional di klinik pratama swasta Indonesia, dengan menggunakan triangulasi data dan *member checking* sebagai mekanisme validasi temuan. Model yang dihasilkan berpotensi diadaptasi sebagai instrumen evaluasi mandiri bagi FKTP

lain dalam ekosistem tata kelola kesehatan Indonesia.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi evaluatif (*readiness assessment*), dilaksanakan di Klinik Nuhrintama, Gowa, Sulawesi Selatan pada Januari 2026. Pendekatan ini dipilih karena tujuan penelitian adalah mengukur & memetakan tingkat kesiapan klinik secara mendalam, bukan menguji hipotesis [9,10].

Subjek penelitian terdiri dari empat manajer tingkat menengah (koordinator) yang dipilih berdasarkan fungsi jabatan untuk menjamin objektivitas proses audit.

Tabel 1. Distribusi Peran Subjek Penelitian

No	Peran	Fungsi
1	Koordinator Pelayanan Klinis	Auditor Ad-Hoc Unit Billing/ Kasir
2	Koordinator Pelayanan Penunjang	Auditor Ad-Hoc Unit Loker & RM
3	Koordinator Pelayanan Operasional	Auditor Ad-Hoc Unit Farmasi
4	Koordinator Mutu	Validator & Asisten Peneliti

Sumber: Data Primer (2026)

Mengingat peran peneliti sebagai Kepala Klinik, kerahasiaan identitas staf dijaga ketat. Hasil evaluasi ditegaskan hanya digunakan untuk perbaikan sistem organisasi, bukan untuk penilaian kinerja individu.

Penelitian ini dilaksanakan dengan memperhatikan etika penelitian secara sungguh-sungguh. Sebelum terlibat, seluruh

peserta penelitian mendapatkan penjelasan lengkap mengenai tujuan, proses, dan cara penggunaan data, serta menyatakan keikutsertaan secara sukarela tanpa paksaan. Semua data yang dikumpulkan — termasuk rekam medis (selanjutnya disebut RM), catatan transaksi keuangan, dan data stok farmasi — dijaga kerahasiaannya dan hanya

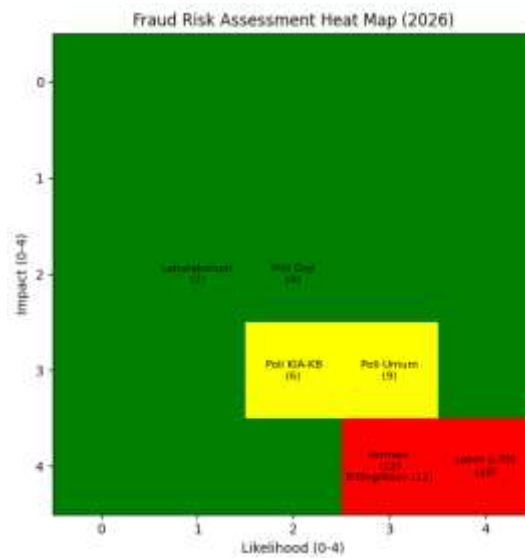
dapat diakses oleh tim peneliti. Data tersebut digunakan semata-mata untuk keperluan perbaikan mutu layanan klinik, bukan untuk kepentingan lain di luar penelitian. Selain itu, seluruh hasil penelitian disajikan secara keseluruhan tanpa menyebutkan nama atau identitas staf maupun pasien secara perseorangan.

Instrumen penelitian dikembangkan dengan mengintegrasikan dua kerangka acuan: (1) standar akreditasi klinik (KMK Nomor 1983 tahun 2022), pada elemen penilaian PKP 3.12, PKP 3.15, dan Bab TTK; serta (2) indikator *red flags* dari ACFE yang relevan dengan konteks pelayanan primer [2,11]. Instrumen difokuskan pada tiga area yang diidentifikasi sebagai titik kendali kritis berdasarkan hasil penilaian risiko awal. Sebelum digunakan, prototipe instrumen telah melalui proses telaah konten oleh pakar program FIHFAA (dr. Iwan Trihapsoro, Sp.KK., Sp.KP., FINSDV., FAADV., FIHFAA) untuk memastikan relevansi, kelengkapan, dan kesesuaian indikator dengan standar yang berlaku; masukan dari pakar diintegrasikan ke dalam versi final instrumen sebelum pelaksanaan audit lapangan.

Penelitian ini dilaksanakan melalui 3 tahapan. Pada Tahap I, dilakukan penilaian risiko menggunakan matriks FRA terhadap tujuh unit layanan untuk mengidentifikasi unit prioritas audit, sekaligus mengembangkan prototipe instrumen ceklis terintegrasi. Tahap II meliputi simulasi audit silang oleh empat koordinator sebagai auditor ad-hoc dengan mekanisme *cross-audit* untuk menjaga objektivitas. Tahap III mencakup triangulasi data, *member checking* oleh Koordinator Mutu, dan analisis kesenjangan antara kepatuhan dokumen dan integritas operasional.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penilaian risiko menggunakan matriks FRA dilakukan terhadap tujuh unit layanan Klinik Nuhrintama berdasarkan dua dimensi: *likelihood* (peluang terjadinya kecurangan, skala 0–4) dan *impact* (dampak terhadap aset dan integritas data akreditasi, skala 0–4). Hasil perkalian kedua skor menghasilkan *Risk Score* yang menjadi dasar penentuan prioritas audit [12–14].



Gbr.1. Fraud Risk Heat Map

Visualisasi *fraud risk heat map* menunjukkan bahwa unit Locket & RM (*Risk Score* 16), Farmasi (12), dan *Billing/Kasir* (12) berada pada kuadran merah (*very high risk*), menjadikannya prioritas utama simulasi audit. Ketiga unit ini selanjutnya menjadi fokus pelaksanaan audit lapangan [15].

Berdasarkan hasil FRA, dikembangkan Ceklis Audit Internal Terintegrasi yang menggabungkan empat kolom utama: elemen penilaian akreditasi, skenario potensi fraud prioritas, prosedur audit terintegrasi (langkah

kerja auditor), dan indikator risiko (*red flags*). Tabel 2 menyajikan prototipe instrumen untuk empat unit prioritas [12,14,15].

Audit lapangan dilaksanakan selama satu bulan. Mekanisme *cross-audit* memastikan bahwa auditor tidak mengevaluasi unitnya sendiri, sehingga objektivitas temuan dapat dipertanggungjawabkan. Hasil menyajikan ringkasan temuan yang telah diverifikasi oleh Koordinator Mutu melalui proses *member checking* [16–18].

Tabel 2. Prototipe Instrumen Audit Internal Terintegrasi

Elemen Akreditasi	Skenario Potensi Fraud	Prosedur Audit Terintegrasi	Indikator (<i>Red Flags</i>)
Unit Locket & RM			
PKP 3.12 EP2	<i>Retrospective</i>	Patient Confirmation Audit:	Keseragaman
RM diisi lengkap oleh PPA	<i>record-filling indicators:</i>	Wawancara acak untuk memverifikasi penandatanganan dokumen dan edukasi yang diterima pasien	pola tulisan tangan dan jenis tinta pada banyak
	Pengisian		

Elemen Akreditasi	Skenario Potensi Fraud	Prosedur Audit Terintegrasi	Indikator (Red Flags)
	<i>RM/informed consent</i> secara rapelan/ <i>backdated</i>	Physical Document Inspection & Backdating Detection: Prosedur pemeriksaan fisik berkas untuk mendeteksi pengisian mundur, mencakup penelaahan konsistensi tulisan tangan, keseragaman tinta, dan kesesuaian tanggal dokumen dengan tanggal layanan di sistem.	berkas berbeda (indikasi dibuat sekaligus)
Unit Farmasi			
PKP 3.15 EP1 Bukti pengelolaan sediaan farmasi, BMHP, dan Alkes	<i>Inventory Pilferage</i> Pengambilan stok untuk kepentingan pribadi	Physical Stock Count: Penghitungan fisik stok secara mendadak pada obat bernilai tinggi dan BMHP untuk membandingkan dengan saldo sistem secara real-time CCTV Access Log Review: Penelusuran rekaman CCTV dan log akses gudang farmasi pada jam-jam di luar layanan untuk mendeteksi pengambilan stok tanpa pencatatan	Selisih antara saldo buku dan fisik yang tidak dapat dijelaskan berita acara
Unit Billing/ Kasir			
TKK 1.1 EP3 Akuntabilitas keuangan dan pengendalian internal	<i>Void Transaction Irregularity</i> Ketidaksihonestan pembatalan transaksi	Transaction Pattern Analysis: Analisis pola transaksi void berdasarkan waktu, nominal, dan inisiator untuk mengidentifikasi anomali frekuensi atau nilai yang tidak wajar Cashier Reconciliation Audit: Rekonsiliasi total penerimaan harian antara laporan sistem, buku kas, dan setoran bank untuk mendeteksi selisih yang tidak terdokumentasi	Frekuensi void tinggi tanpa alasan tertulis; ketiadaan nota fisik asli sebagai bukti pendukung

Elemen Akreditasi	Skenario Potensi Fraud	Prosedur Audit Terintegrasi	Indikator (Red Flags)
-------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------------

Sumber: Data Primer (2026)

Unit Loker & RM (PKP 3.12 EP2) menunjukkan ketidaksinkronan antara tindakan medis yang tercatat di RM dengan rincian tagihan di sistem. Dari berkas yang direkonsiliasi, 18% memperlihatkan perbedaan kode tindakan — mengindikasikan praktik *upcoding*. Selain itu, formulir persetujuan tindakan pada 20% berkas menampilkan keseragaman pola tulisan tangan yang identik, yang mengindikasikan

Pada unit *Billing/Kasir* (TKK 1.1. EP3), ditemukan 4 transaksi pembatalan (void) senilai total Rp680.000 selama periode audit tanpa memo alasan maupun nota fisik asli. Log sistem tidak mencantumkan inisiator void, dan klinik belum memiliki SPO penanganan void yang berlaku.

Skor kepatuhan dihitung berdasarkan proporsi item ceklis yang terbukti terpenuhi dalam praktik nyata pada ketiga unit prioritas.

Skor kepatuhan substantif keseluruhan sebesar 44,43% mengonfirmasi bahwa

pengisian dilakukan sekaligus secara retrospektif.

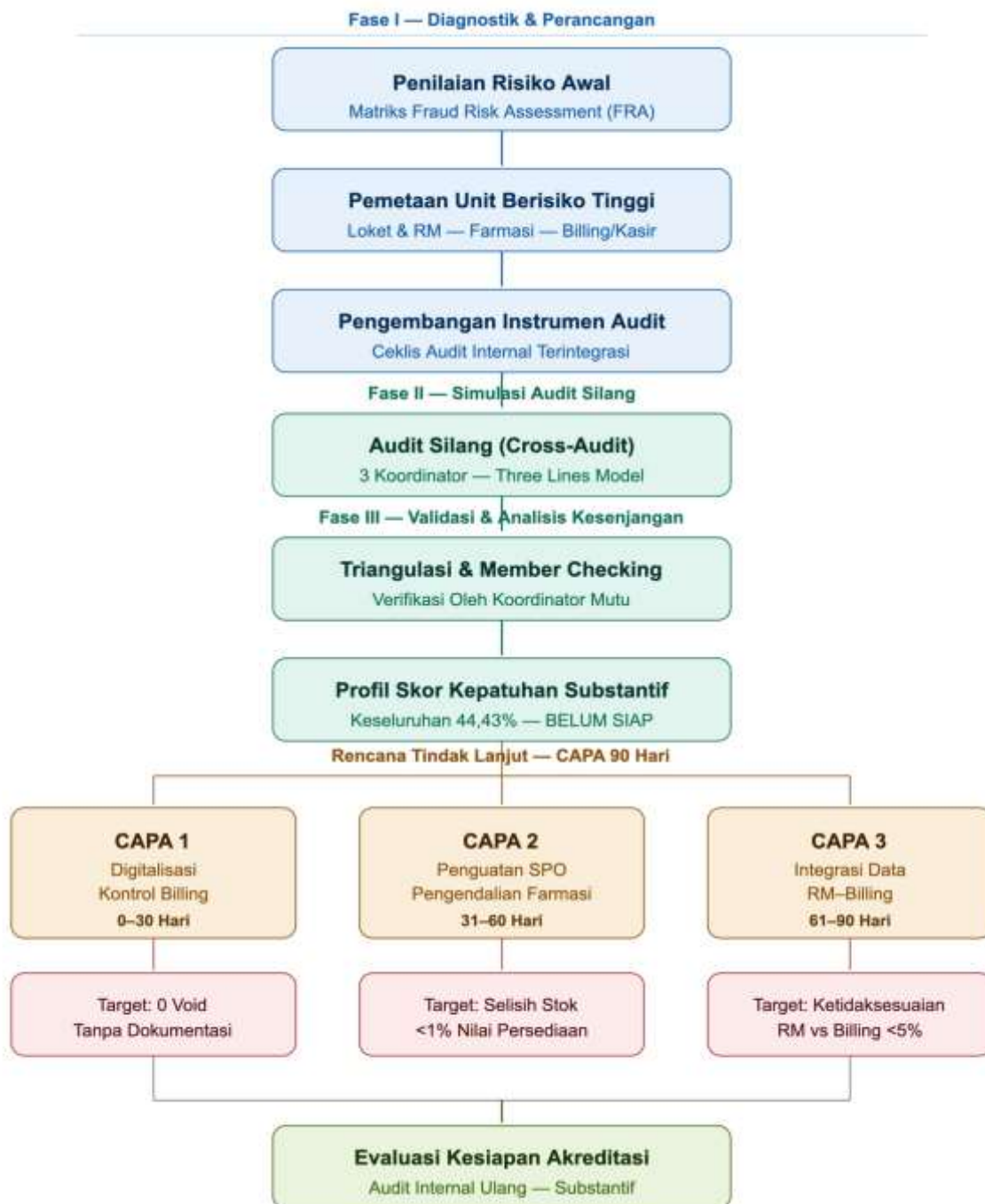
Unit Farmasi (PKP 3.15 EP1) mencatatkan selisih antara saldo fisik stok dengan saldo sistem, terutama pada kelompok antibiotik oral dan BMHP bernilai tinggi. Selisih fisik tercatat sebesar 12,4% dari total nilai stok antibiotik, setara Rp 1.870.000. Rekaman CCTV menunjukkan 2 kejadian transaksi tunai tanpa struk, dan kartu stok terbukti tidak diperbarui secara harian.

kesiapan dokumen formal yang selama ini dimiliki klinik tidak serta-merta mencerminkan integritas operasional yang sesungguhnya. Temuan ini secara tegas menempatkan Klinik Nuhrintama dalam kategori *Not Ready* jika dinilai menggunakan instrumen berbasis risiko, meskipun kelengkapan dokumen administratifnya telah mencapai lebih dari 80%.

Tabel 3. Profil Skor Kepatuhan

Unit	Skor Kepatuhan (%)	Status Kesiapan
Loker & RM	50,0%	BELUM SIAP
Farmasi	50,0%	BELUM SIAP
Billing/Kasir	33,3%	BELUM SIAP
TOTAL	44,43%	BELUM SIAP

Gbr 2. Diagram Alur Metode Penelitian dan Implementasi CAPA



Sumber: Data Primer (2026)

Berdasarkan profil kesenjangan yang teridentifikasi, peneliti bersama Koordinator Mutu merumuskan tiga poin CAPA strategis yang diprioritaskan berdasarkan urgensi dan

kelayakan implementasi dalam 90 hari ke depan. Diagram alur pada Gbr 2. menggambarkan tahapan penelitian hingga

implementasi ketiga CAPA tersebut secara berurutan.

Kesenjangan antara Kepatuhan Dokumen dan Integritas Operasional

Temuan paling signifikan dari penelitian ini adalah konfirmasi empiris atas fenomena *paper compliance* di tingkat klinik pratama. Meskipun Klinik Nuhrintama memiliki kelengkapan dokumen formal (SPO, kebijakan, register risiko) yang melampaui 80%, skor kepatuhan substantif keseluruhan hanya mencapai 44,43% ketika dinilai melalui instrumen berbasis risiko. Kesenjangan sebesar 35,57 poin persentase ini mengonfirmasi bahwa dokumen yang lengkap tidak otomatis mencerminkan praktik yang berjalan — dan justru itulah yang tidak akan terdeteksi oleh audit konvensional.

Kondisi ini sejalan dengan temuan Li R (2023) dan Maharani & Diatri (2024) yang menunjukkan bahwa fasilitas kesehatan di negara berpendapatan menengah cenderung mengembangkan 'akreditasi simbolik', di mana kelengkapan dokumen menjadi tujuan akhir alih-alih sarana perbaikan kinerja [3,4]. Secara konsep, fenomena ini dapat dijelaskan melalui teori *decoupling* dalam sosiologi organisasi — pemisahan antara kebijakan formal yang tertulis dan praktik yang sebenarnya berjalan [19]. Dalam konteks Klinik Nuhrintama, *decoupling* ini termanifestasi secara konkret: SPO tersedia,

namun rekonsiliasi stok tidak dijalankan; kebijakan void ada, namun tidak disertai mekanisme otorisasi yang berfungsi.

Temuan yang paling kritis adalah indikasi pengisian retrospektif pada berkas di unit Loker & RM. Pengisian berkas RM secara rapelan di luar jam layanan tidak hanya melanggar standar PKP 3.12, tetapi juga menghasilkan data klinis yang tidak dapat diandalkan sebagai dasar pengambilan keputusan medis — sebuah ancaman langsung terhadap keselamatan pasien. Hasil *call-back* yang menunjukkan pasien tidak menerima tindakan yang tercatat di RM mereka menjadi bukti konkret bahwa kesenjangan ini bukan sekadar administratif, melainkan menyentuh kualitas layanan yang sesungguhnya diterima pasien.

Efektivitas Model Audit Silang Berbasis Middle Management

Pemberdayaan koordinator sebagai auditor ad-hoc melalui mekanisme *cross-audit* terbukti menjadi solusi yang layak secara struktural bagi klinik pratama yang tidak memiliki unit audit internal khusus. Dalam penelitian ini, tidak satu pun auditor mengevaluasi unitnya sendiri — sebuah desain yang secara langsung mengeliminasi kecenderungan seseorang untuk menilai pekerjaannya sendiri. Hasilnya, temuan yang dihasilkan memiliki derajat objektivitas yang dapat dipertanggungjawabkan, sebagaimana

dikonfirmasi melalui proses *member checking* oleh Koordinator Mutu sebagai validator independen [17]

Model ini merupakan adaptasi pragmatis dari *Three Lines Model* (IIA, 2020), di mana lini pertama dan lini kedua dioptimalkan secara sinergis tanpa memerlukan fungsi audit tersendiri [20]. Kerangka ini relevan khususnya untuk konteks FKTP di Indonesia yang umumnya beroperasi dengan sumber daya manusia terbatas — di mana pembentukan unit audit khusus bukan pilihan yang realistis.

Pendekatan serupa telah diuji di fasilitas kesehatan primer Indonesia. Limato et al. (2019) menemukan bahwa kepemimpinan manajerial dan kolaborasi multidisiplin merupakan prasyarat utama keberhasilan program peningkatan mutu di Puskesmas [5], sementara Fridrich et al. (2022) mengonfirmasi bahwa audit berbasis sejawat dengan umpan balik langsung dapat diterapkan dengan tingkat penerimaan yang tinggi [21]. Yang membedakan penelitian ini dari keduanya adalah integrasi dimensi deteksi potensi kecurangan ke dalam instrumen audit — sebuah dimensi yang belum disertakan dalam studi-studi sebelumnya dan terbukti mengungkap celah yang tidak terdeteksi oleh pendekatan konvensional.

Indikasi Kecurangan sebagai Ancaman Ganda: Finansial dan Integritas Akreditasi

Temuan selisih stok farmasi dan transaksi *void* tanpa dokumentasi dalam

periode audit satu bulan bukan sekadar anomali administratif — keduanya merupakan sinyal risiko finansial yang terukur. Diproyeksikan secara tahunan, selisih farmasi saja setara potensi kerugian aset Rp 22,4 juta, angka yang signifikan bagi klinik pratama swasta dengan margin operasional terbatas. Temuan ini konsisten dengan laporan ACEF (2024) yang menegaskan bahwa kerentanan finansial akibat lemahnya kontrol internal secara konsisten lebih tinggi pada organisasi berskala kecil — dan bahwa keberadaan fungsi audit internal yang aktif berkorelasi dengan pengurangan kerugian hingga 33% [22].

Namun ancaman yang lebih serius bukan pada kerugian finansialnya, melainkan pada bagaimana potensi penyimpangan ini mencemari data kinerja klinis yang menjadi basis penilaian akreditasi. Indikator *upcoding* yang ditemukan pada 18% berkas rekonsiliasi menunjukkan bahwa tagihan yang diajukan ke BPJS Kesehatan tidak sepenuhnya mencerminkan tindakan yang benar-benar diberikan. Achadi (2022) mengidentifikasi bahwa *upcoding* terjadi akibat interaksi antara motivasi finansial, celah pengawasan, dan rasionalisasi pelaku [23] — dan ketiga faktor ini hadir secara bersamaan di Klinik Nuhrintama: tekanan klaim kapitasi, absennya mekanisme rekonsiliasi *RM-billing*, dan tidak adanya SPO verifikasi kode tindakan. Standar Akreditasi

Klinik melalui KMK No. 1983/2022 secara eksplisit mensyaratkan keandalan data kinerja sebagai komponen penilaian [2] — sehingga data yang terdistorsi bukan hanya masalah kepatuhan regulasi, melainkan kegagalan mendasar dalam pemenuhan syarat akreditasi yang bermakna.

Penelitian ini memberikan bukti konkret bahwa integrasi fungsi audit internal dengan mekanisme deteksi potensi penyimpangan dapat diimplementasikan di klinik pratama tanpa unit audit khusus — dan bahwa tanpa integrasi tersebut, klinik berisiko lulus akreditasi secara administratif sambil membiarkan celah operasional yang mengancam keberlangsungan layanan dan kepercayaan peserta JKN.

Implikasi Strategis bagi Tata Kelola Klinik Pratama

Temuan penelitian ini mengandung tiga implikasi strategis yang saling berkaitan. Pertama, investasi pada digitalisasi pengendalian internal — khususnya modul *billing* dan manajemen stok — jauh lebih efisien secara biaya dibandingkan konsekuensi yang ditimbulkan jika celah dibiarkan. Dalam penelitian ini saja, potensi kerugian aset dari selisih farmasi mencapai Rp 22,4 juta per tahun, belum termasuk risiko sanksi BPJS Kesehatan akibat potensi *upcoding* dan kegagalan survei akreditasi. ACFE (2024) menegaskan bahwa pengendalian internal yang terstruktur —

termasuk pemisahan fungsi dan pemantauan transaksi — merupakan komponen inti program manajemen risiko yang terbukti mengurangi kerugian secara signifikan [22], dan kerangka COSO yang diadaptasi Adeboye dan Labisi (2021) membuktikan pendekatan ini dapat diterapkan pada organisasi kecil dengan sumber daya terbatas [12].

Kedua, model audit internal berbasis risiko yang dikembangkan dalam penelitian ini berpotensi diadopsi sebagai standar praktik yang lebih luas. Fakta bahwa hingga 2023 baru 42,7% FKTP yang terakreditasi [3] mengindikasikan bahwa pendekatan akreditasi konvensional belum cukup efektif mendorong perbaikan nyata. Integrasi indikator deteksi potensi penyimpangan ke dalam instrumen evaluasi mandiri klinik — sebagaimana dikembangkan dalam penelitian ini — dapat menjadi mekanisme penjamin kualitas yang lebih proaktif, khususnya dalam ekosistem FKTP yang semakin didorong menuju digitalisasi RM melalui program SATUSEHAT.

Ketiga, temuan ini memperkuat urgensi penguatan literasi risiko di kalangan pemimpin FKTP. Model *Three Lines* yang menempatkan manajemen lini pertama sebagai pemilik risiko utama [20] hanya dapat berfungsi jika pemimpin fasilitas memiliki kapasitas untuk mengidentifikasi, menilai, dan merespons risiko operasional secara mandiri. As'ad dan Achyarsyah (2024) mengonfirmasi bahwa

kompetensi dan independensi auditor internal berkorelasi langsung dengan efektivitas pengawasan [17] — dan penelitian ini menunjukkan bahwa kompetensi tersebut dapat dibangun melalui pelatihan terstruktur, bahkan di klinik tanpa unit audit khusus sekalipun.

Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan. Pertama, penggunaan satu klinik pratama swasta sebagai lokasi penelitian membuat hasil temuan tidak dapat langsung diterapkan pada klinik lain yang berbeda kondisinya. Kedua, pelaksanaan audit yang hanya berlangsung satu bulan berpotensi melewatkan pola penyimpangan yang terjadi secara berkala atau tidak rutin. Ketiga, posisi peneliti sebagai Kepala Klinik berpotensi memengaruhi objektivitas penilaian, meskipun telah disiasati melalui mekanisme audit silang dan pemeriksaan ulang oleh Koordinator Mutu secara independen. Terakhir, instrumen FRA yang dikembangkan belum diuji pada jumlah klinik yang lebih banyak, sehingga penelitian lanjutan di beberapa lokasi sekaligus diperlukan untuk memastikan model ini dapat diterapkan secara luas di berbagai fasilitas kesehatan tingkat pertama di Indonesia.

KESIMPULAN

Instrumen audit internal berbasis deteksi risiko kecurangan yang dikembangkan dalam penelitian ini terbukti mampu mengungkap celah operasional yang tidak terdeteksi oleh audit konvensional, mencakup indikasi pengisian retrospektif RM, potensi selisih stok farmasi, ketidaksesuaian transaksi *void*, dan potensi penagihan tidak sesuai (*upcoding*). Temuan ini menegaskan bahwa kelengkapan dokumen tidak identik dengan kesiapan akreditasi yang sesungguhnya. Model audit silang berbasis pemberdayaan manajer menengah menjadi solusi pengawasan yang adaptif dan aplikatif untuk klinik pratama tanpa unit audit khusus. Tiga poin CAPA yang dirumuskan — digitalisasi kontrol *billing*, penguatan pengendalian aset farmasi, dan integrasi data *RM-billing* — memberikan peta jalan terukur menuju kesiapan akreditasi yang substantif, sekaligus berpotensi diadaptasi sebagai model tata kelola bagi klinik pratama lainnya di Indonesia.

PENUTUP

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia (LAFKI) atas penyelenggaraan program FIHFAA 5 (*Fellowship of the Indonesian Health Facility Accreditation Agency*), yang menjadi wadah bagi penelitian ini. Terima kasih khusus disampaikan kepada dr. Iwan Trihapsoro, Sp.KK., Sp.KP., FINSDV., FAADV., FIHFAA,

selaku *reviewer* dan pembimbing yang telah memberikan arahan, masukan, dan persetujuan terhadap artikel ini. Terima kasih juga disampaikan kepada seluruh staf Klinik Nuhrintama, khususnya para koordinator, atas dedikasi dan keterbukaannya selama proses evaluasi.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Jakarta: 2022.
- [2] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/ Menkes/1983/2022 tentang Standar Akreditasi Klinik. Jakarta: 2022.
- [3] Maharani C, Diatri D. Persiapan dan Pelaksanaan Akreditasi di Klinik Pratama sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama: Sebuah Studi Kasus. *Journal Health & Science: Gorontalo Journal Health and Science Community* 2024;8:140–58.
- [4] Li R. Impact of Accreditation Level in Hospital System on Quality of Care and Financial Performance. *The University of Manitoba*, 2023.
- [5] Limato R, Tumbelaka P, Ahmed R, Nasir S, Syafruddin D, Ormel H, et al. What Factors Do Make Quality Improvement Work in Primary Health Care? Experiences of Maternal Health Quality Improvement Teams in Three Puskesmas in Indonesia. *PLoS One* 2019;14.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226804>.
- [6] ISACA. Why Auditors Rarely Find Fraud. *Protiviti's KnowledgeLeader* 2019.
- [7] BPJS Kesehatan. Peraturan BPJS Kesehatan No 7 Tahun 2016 tentang Sistem Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Jakarta: 2016.
- [8] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Jakarta: 2019.
- [9] Creswell JW, Poth CN. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. SAGE Publication 2024;5.

- [10] Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods — Integrating Theory and Practice*. 4th ed. Sage Publications, Inc; 2014.
- [11] Association of Certified Fraud Examiners. *Fraud Risk Management Guide*. Austin, TX: 2022.
- [12] Oloruntobi Adeboye E, Labisi G. Redesigning Internal Controls for Small Enterprises: A COSO-Based Framework for Fraud Prevention and Regulatory Compliance. *IRE Journal* 2021;4:334–44.
- [13] Pleil JD, Stiegel MA, Madden MC, Sobus JR. Heat Map Visualization of Complex Environmental and Biomarker Measurements. *Elsevier* 2011;84:716–23.
- [14] Vona LW. *Fraud Risk Assessment: Building a Fraud Audit Program*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2008.
- [15] US Government Accountability Office. *A Framework for Managing Fraud Risks in Federal Programs*. Washington DC: 2015.
- [16] The Institute of Internal Auditors. *Internal Audit dan Kecurangan*. 2019.
- [17] As'ad M, Achyarsyah P. Independence, Objectivity, and Competency of Internal Auditors and Their Impact on the Effectiveness of the Internal Audit. *IDEAS: Initiatives for Sustainable Future Development in Economy BESS* 2024;1:32–41.
- [18] Motulsky SL. Is Member Checking the Gold Standard of Quality in Qualitative Research? *Qualitative Psychology* 2021;8:389–406.
<https://doi.org/10.1037/qup0000215>.
- [19] Witt MA, Lewin AY, Li PP, Gaur A. Decoupling in International Business: Evidence, Drivers, Impact, and Implications for IB Research. *Journal of World Business* 2023;58.
<https://doi.org/10.1016/j.jwb.2022.101399>.
- [20] The Institute of Internal Auditors. *The IIA's Three Lines Model: An Update of The Three Lines of Defense*. 2024.
- [21] Fridrich A, Imhof A, Staender S, Brenni M, Schwappach D. A Quality Improvement Initiative Using Peer Audit and Feedback to Improve Compliance. *International Journal for Quality in Health Care* 2022;34.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzac058>.
- [22] Association of Certified Fraud Examiners. *Occupational Fraud 2024: A Report to the Nations*. 2024.
- [23] Achadi A. Analisis Risiko Upcoding terhadap Kejadian Fraud di Era JKN: Tinjauan Sistematis. *Department of Health Policy and Administration* 2022;6:1781–93.