

BAB 1 PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan adalah hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan sesuai dengan cita cita Bangsa Indonesia ada di dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Pembangunan kesehatan ialah investasi utama bagi pembangunan sumber daya manusia (SDM) di Indonesia. Pembangunan kesehatan sejatinya ialah upaya untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, serta kemampuan setiap orang agar bisa berperilaku hidup sehat demi tercapainya derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya[1]

Fraud dapat dilakukan siapapun dalam lingkungan perusahaan seperti karyawan, tenaga kerja eksekutif perusahaan, bahkan pemilik usaha. Fraud dapat terbentuk korupsi, penyalahgunaan aset, dan manipulasi laporan keuangan. Hal-hal tersebut tidak hanya merugikan perusahaan, tetapi juga merugikan para investor yang telah menanamkan modal perusahaan.[2]

Amanat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Pasal 28H ayat (3) UUD RI tahun 1945 menyatakan bahwa: 'Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang dapat meningkatkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.' Sehubungan dengan hal ini, pemerintah kemudian menyelenggarakan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) di bidang kesehatan dilakukan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).[3]

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 tahun 2019, bahwa Implementasi Pencegahan Fraud di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) meliputi: Penerapan kebijakan pencegahan fraud dan pedoman pencegahan, Pengembangan budaya pencegahan fraud, Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, Pembentukan tim pencegahan fraud dalam program Jaminan Kesehatan.[4]

Strategi mencapai Universal Health Coverage (UHC) melibatkan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dijalankan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial yang wajib. Jaminan

kesehatan nasional JKN bertujuan memberikan manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan kepada peserta yang membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pihak Pemerintah. Dalam mewujudkan UHC oleh BPJS Kesehatan, timbul masalah seperti advokasi dan sosialisasi JKN, kebijakan kelembagaan, transformasi program, kepesertaan, sistem rujukan, infrastruktur fasilitas kesehatan, SDM, *capacity building*, pembiayaan, risiko penipuan JKN, dampak JKN terhadap utilisasi, serta kepuasan provider dan peserta.[5]

Program Jaminan Kesehatan Nasional mulai diterapkan di Indonesia. Seiring dengan peningkatan jumlah peserta Jaminan Kesehatan Nasional dan berkembangnya fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan, muncul beragam kritik dari berbagai pihak, termasuk dari penyedia jaminan kesehatan nasional seperti puskesmas dan rumah sakit. Salah satu isu kritis yang mencuat adalah dugaan terjadinya tindakan fraud. Tidak hanya terbatas pada Indonesia, dugaan fraud dalam sistem pelayanan kesehatan juga memberikan dampak global.[6]

Mendeteksi penipuan dalam asuransi kesehatan menjadi suatu hal yang penting namun juga menjadi tantangan sulit. Dugaan kecurangan di bidang pelayanan kesehatan tersebar di seluruh Indonesia dan melibatkan sistem dan pelayanan. Praktik-praktik seperti merubah diagnosis utama atau membuat diagnosis tambahan untuk mendapatkan tarif yang lebih tinggi merupakan salah satu isu utama. *Charles* mengidentifikasi sepuluh skema fraud dalam pelayanan kesehatan, termasuk klaim atas pelayanan yang tidak pernah diberikan, klaim atas layanan yang tidak dapat ditanggung oleh asuransi, pemalsuan waktu dan lokasi layanan, memalsukan pemberi layanan, klaim atas tagihan yang semestinya dibayar oleh pasien, pelaporan diagnosis dan prosedur yang salah, pelayanan yang berlebihan, korupsi (sogokan), dan peresepan obat yang tidak perlu. Dengan demikian, isu fraud menjadi perhatian utama dalam upaya menjaga integritas dan keberlanjutan program Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia.” [7]

Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 tentang Sistem Pencegahan Kecurangan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan memuat tindakan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan. Proyeksi

fraud JKN mencapai 5-10% atau Rp. 1,8 triliun - Rp. 3,6 triliun dari prediksi premi BPJS tahun 2014. Terdapat kasus potensial yang terdeteksi di 26 puskesmas di 14 provinsi, termasuk pemanfaatan dana kapitasi yang melanggar aturan. Para penegak hukum menemukan 8 kasus korupsi pengelolaan dana kapitasi puskesmas dengan kerugian negara mencapai Rp. 5,8 miliar pada periode 2014-2018. Pada Februari 2018, Operasi Tangkap Tangan oleh KPK mengungkap kasus pengelolaan dana kapitasi di Jombang, menunjukkan rentan dana kapitasi terhadap tindakan korupsi. Dana kapitasi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), khususnya puskesmas, yang diterima pada tahun 2014-2016, mencapai Rp 8 triliun, Rp 10 triliun, dan Rp 13 triliun, dengan kecenderungan peningkatan seiring bertambahnya peserta JKN.[1]

Dalam hal pencegahan fraud, dinas kesehatan Kabupaten/Kota termasuk dalam institusi yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, organisasi profesi, dan asosiasi fasilitas kesehatan untuk membangun sistem pencegahan kecurangan JKN. Kemenkes menjadi pihak ketiga ketika jika ada perselisihan antara BPJS Kesehatan dan faskes saat adanya dugaan fraud sehingga perlu adanya SDM yang berkualitas agar dapat mengidentifikasi teknik-teknik klaim dan fraud, dan mendeteksi tindak kecurangan yang dilakukan oleh pelaku.

Kementerian Kesehatan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan KPK melakukan penandatanganan Surat Keputusan Bersama (SKB) mengenai Tim Bersama Penanganan Kecurangan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada bulan Agustus 2017. Tim ini bertujuan untuk melakukan deteksi awal kecurangan dan cara penyelesaiannya, yang direncanakan bisa diterapkan di tahun 2018. Pada era JKN, Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP) serta menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk menjadi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama bagi peserta JKN. Selaku pelaksana gatekeeper. Implementasi konsep gatekeeper bertujuan demi meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di faskes tingkat lanjutan yang sebelumnya telah ditangani terlebih dahulu oleh puskesmas sehingga mengurangi beban kerja rumah sakit.[5]

Pelayanan di bidang kesehatan merupakan salah satu bentuk pelayanan yang paling banyak dibutuhkan oleh masyarakat. Salah satu sarana pelayanan kesehatan yang mempunyai peran sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat adalah Puskesmas. Puskesmas merupakan lembaga dalam mata rantai sistem kesehatan masyarakat dan mengemban tugas untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat, karena pembangunan dan penyelenggaraan kesehatan di Puskesmas perlu diarahkan pada tujuan Nasional dibidang kesehatan.[8]

Puskesmas saat ini, harus selalu dapat menyediakan obat-obatan dan sarana pelayanan medis yang terjangkau oleh masyarakat tanpa harus mengurangi kualitas dan kuantitas pelayanannya. Pengelolaan puskesmas yang baik tentunya akan memberikan acuan ataupun gambaran bagaimana puskesmas dikelola secara transparan, adanya kemandirian, akuntabel, adanya pertanggungjawaban dan kewajiban sehingga kinerja keuangan pada puskesmas dapat dicapai sesuai dengan visi dan misi puskesmas yang telah ditentukan sebelumnya. Kecurangan (fraud) dalam Pelayanan Kesehatan perlu dilakukan pencegahan agar tidak menimbulkan kerugian. [8]

Pada pelayanan kesehatan Puskesmas Anggeraja terutama pada keluhan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) penyedia obat dimana pada pelayanan kesehatan melakukan kesalahan yang fatal dalam pemberian obat/ cairan infus kepada pasien yang dimana cairan tersebut sudah mengalami kadaluarsa atau expired.[9]

fraud atau kecurangan didalam JKN adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan, untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan. Fraud dalam pelayanan kesehatan disebut sebagai suatu bentuk upaya yang secara sengaja dilakukan dengan menciptakan suatu keuntungan yang tidak seharusnya dinikmati baik oleh individu atau institusi dan dapat merugikan pihak lain. [12]

Berdasarkan *the Association of Certified Fraud Examiners* (ACFE), fraud

merupakan perbuatan melawan hukum yang dilakukan dengan sengaja untuk tujuan tertentu, seperti manipulasi atau memberikan laporan keliru kepada pihak lain [13]

Rumah sakit adalah keseluruhan dari organisasi dan medis, berfungsi memberikan pelayanan kesehatan lengkap kepada masyarakat baik kuratif maupun rehabilitatif, dimana output layanannya menjangkau pelayanan keluarga dan lingkungan.[21]

Kecamatan Anggeraja adalah salah satu kecamatan yang ada di kabupaten Enrekang dan memiliki satu puskesmas yaitu Puskesmas Anggeraja. Menurut data yang saya dapat Puskesmas Anggeraja memiliki dua jenis kunjungan pasien yaitu kunjungan sehat dan kunjungan sakit pada tahun 2022 dan tahun 2023. Pada tahun 2022 kunjungan sehat sebanyak 5.725 pasien dan kunjungan sakitnya sebanyak 15.952 pasien sedangkan pada tahun 2023 kunjungan sehat sebanyak 4.603 pasien dan kunjungan sakitnya sebanyak 16.378 pasien.

Fraud pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) layak diteliti karena dapat merugikan keuangan negara, merugikan peserta JKN, serta mengganggu sistem pelayanan kesehatan. Penelitian ini dapat membantu mengidentifikasi celah-celah dalam sistem, meningkatkan pengawasan, dan mengimplementasikan tindakan pencegahan fraud. Hal ini penting untuk menjaga keberlanjutan program JKN, memastikan akses layanan kesehatan yang adil, dan mencegah penyalahgunaan dana kesehatan publik.

B. Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang di atas dapat diambil rumusan masalahnya sebagai berikut :

1. Bagaimana sistem pencegahan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Anggeraja ?
2. Bagaimanakah sistem pengaduan dan penyelesaian perselisihan jika terdapat kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Anggeraja

C. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui bagaimana sistem pencegahan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Anggeraja
2. Untuk mengetahui bagaimanakah sistem pengaduan dan penyelesaian perselisihan jika terdapat kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Anggeraja.

D. Manfaat penelitian

1. Manfaat secara teoritis

Dengan menganalisis implementasi program, penelitian ini dapat membantu dalam merumuskan atau menyempurnakan model-model pencegahan fraud yang dapat diterapkan pada sistem jaminan kesehatan nasional atau unit kesehatan seperti Puskesmas. Hal ini dapat membuka jalan bagi pengembangan pendekatan yang lebih efektif dalam mengatasi tantangan pencegahan fraud.

2. Manfaat secara praktis

Analisis ini dapat memberikan wawasan praktis yang berharga terkait efektivitas dan efisiensi pelaksanaan program pencegahan fraud di Puskesmas Anggeraja. Temuan penelitian dapat digunakan sebagai dasar untuk merancang strategi perbaikan yang lebih efektif dan peningkatan implementasi program pencegahan fraud.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Defenisi Fraud

Fraud banyak dikemukakan oleh beberapa ahli. Menurut *The Institute of Internal Auditors*, setiap tindakan ilegal yang bercirikan penipuan, menyembunyian, atau penyalahgunaan kepercayaan[10].Tindakan tersebut tidak terbatas pada ancaman atau pelanggaran dalam bentuk kekuatan fisik saja. Kecurangan dapat dilakukan oleh pihak-pihak dan organisasi untuk mendapatkan uang, aset, atau jasa; untuk menghindari pembayaran atau kerugian atas jasa atau untuk memperoleh keuntungan pribadi atau bisnis.(12)

Pengertian fraud atau kecurangan didalam JKN adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan, untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan. Fraud dalam pelayanan kesehatan disebut sebagai suatu bentuk upaya yang secara sengaja dilakukan dengan menciptakan suatu keuntungan yang tidak seharusnya dinikmati baik oleh individu atau institusi dan dapat merugikan pihak lain.(12)

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 tahun 2019, bahwa Implementasi Pencegahan Fraud di FKRTL meliputi, 1)Penerapan kebijakan pencegahan fraud dan pedoman pencegahan, 2) Pengembangan budaya pencegahan fraud, 3) Pengembangan pelayanan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, 4) Pembentukan tim pencegahan fraud dalam program Jaminan Kesehatan(4)

2. Perilaku Kecurangan

kecurangan atau fraud mengandung arti suatu penyimpangan dan pelanggaran hukum untuk suatu tujuan yang dapat merugikan pihak lain. Kecurangan terjadi sebagai akibat dari situasi atau peluang yang mendorong pelaku untuk melakukan fraud. Kecurangan ini perlu dicegah agar tidak merugikan orang lain atau suatu organisasi. Oleh karena itu, harus ada upaya-upaya yang perlu dilakukan untuk mencegah terjadinya kecurangan tersebut.

The Association of Certified Fraud yang melawan hukum yang dilakukan dengan sengaja untuk tujuan tertentu (manipulasi atau memberikan laporan keliru terhadap pihak lain) dilakukan orang-orang dari dalam atau luar organisasi untuk mendapatkan keuntungan pribadi ataupun kelompok yang secara langsung atau tidak langsung merugikan pihak lain.[11]

Seperti yang telah dikemukakan di atas, kerugian dana jaminan sosial kesehatan akibat kecurangan (fraud) perlu adanya pencegahan dengan kebijakan nasional pencegahan kecurangan (fraud) agar dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional dalam sistem jaminan sosial nasional dapat berjalan dengan efektif dan efisien. Sebagaimana yang telah dikemukakan dalam Pasal 1 angka 1 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2015 Tentang Pencegahan Kecurangan Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (Selanjutnya disingkat Permenkes No. 36 Tahun 2015). Disebutkan bahwa kecurangan dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional dapat dilakukan oleh berbagai pihak seperti: peserta, petugas BPJS, pemberi pelayanan kesehatan dan penyedia obat dan alat kesehatan[12]

Menurut *Association of Certified Fraud Examiners* (ACFE, 2022), kecurangan laporan keuangan atau dana mengacu pada tindakan yang disengaja yang bertentangan dengan peraturan hukum, yang melibatkan manipulasi dan penyebaran laporan yang menipu kepada entitas eksternal dengan tujuan mendapatkan keuntungan pribadi atau kolektif. Contoh aktivitas penipuan dalam laporan keuangan dapat bermanifestasi melalui beberapa cara, seperti pemalsuan yang disengaja[13]

Laporan keuangan berperan sebagai patokan dalam pertimbangan pengambilan keputusan suatu bisnis oleh pemakai laporan keuangan sehingga laporan keuangan dituntut agar selalu bersifat netral dan tidak memihak pada kepentingan pribadi. Menurut ACFE, fraud merupakan tindakan menyalahi aturan yang sengaja dilakukan oleh berbagai pihak melalui manipulasi informasi laporan keuangan dalam rangka memperoleh keuntungan pribadi yang mengakibatkan kerugian bagi pihak lain. Fraud terbagi menjadi 3 jenis yaitu *asset misappropriation*, *corruption*, dan *financial statement fraud*.

Berdasarkan survei ACFE Indonesia tahun 2019, kecurangan laporan keuangan merupakan kasus fraud dengan tingkat keterjadian paling rendah yaitu sebanyak 6,7%. Data ini juga didukung oleh survei ACFE untuk wilayah Asia Pasifik tahun 2020 yang menunjukkan bahwa kasus financial statement fraud adalah kasus fraud dengan tingkat keterjadian paling rendah namun juga merupakan kasus dengan kerugian terbesar yaitu senilai \$3.000.000. Disamping itu, dalam survei ACFE tahun 2020, industri dengan tingkat keterjadian fraud tertinggi adalah industri perbankan dan jasa keuangan yaitu sebesar 19% dengan total 37 kasus di wilayah Asia Pasifik[14]

Kecurangan (fraud) dalam Pelayanan Kesehatan perlu dilakukan pencegahan agar tidak menimbulkan kerugian. Hal ini sebagaimana diamanatkan dalam pasal 7 Permenkes Nomor 36 tahun 2015 bahwa dalam penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan FKRTL. Harus membangun sistem pencegahan kecurangan Fraud ini. (Permenkes No 16 Tahun 2019 : 122).[8]

3. Jenis-jenis Fraud

Jenis Kecurangan (fraud) diuraikan berdasarkan pelaku yaitu:

1. Peserta
2. BPJS Kesehatan
3. Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan
4. Penyedia obat dan alat kesehatan

A. Jenis Kecurangan (fraud) oleh Peserta, yaitu:

1. Memalsukan data dan/atau Identitas Peserta untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
2. Memalsukan data dan/atau Identitas Peserta untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
3. Memanfaatkan haknya untuk pelayanan yang tidak perlu (*unnecesary services*) antara lain:
 - a. meminta rujukan ke FKRTL bukan karena alasan medis.
 - b. Bekerja sama dengan Fasilitas Kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan indikasi medis.

- c. Memaksa meminta tambahan pemeriksaan diagnostik, obat-obatan diluar indikasi medis.
 - d. Memberikan informasi yang tidak benar dalam penegakan diagnosis.
 - 4. memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan dalam rangka memperoleh pelayanan kesehatan, antara lain:
 - a. memberikan suap dan/atau imbalan kepada pemberi pelayanan kesehatan dan Fasilitas Kesehatan.
 - b. memberikan suap dan/atau imbalan kepada pegawai BPJS Kesehatan
 - c. memberikan suap dan/atau imbalan kepada pihak lain yang berwenang dalam penetapan Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI).
 - 5. memperoleh obat dan/atau alat kesehatan dengan cara yang tidak sesuai ketentuan untuk dijual kembali dengan maksud mendapatkan keuntungan.
- B. Jenis Kecurangan (fraud) oleh BPJS Kesehatan, yaitu:
- 1. Melakukan kerja sama dengan Peserta untuk menerbitkan identitas Peserta yang tidak sesuai dengan ketentuan
 - 2. Melakukan kerjasama dengan Peserta dan/atau Fasilitas Kesehatan untuk mengajukan klaim yang tidak sesuai dengan ketentuan.
 - 3. Menyetujui/membiarkan/manipulasi manfaat yang tidak dijamin dalam Jaminan Kesehatan dengan maksud untuk mendapatkan keuntungan baik finansial maupun non finansial dari Peserta atau Fasilitas Kesehatan
 - 4. Memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan, dan/atau memiliki benturan kepentingan yang mempengaruhi pengambilan keputusan sesuai dengan kewenangannya, antara lain:
 - a. Menolak dan/atau memperlambat penerimaan pengajuan klaim yang telah memenuhi syarat
 - b. Memperlambat atau mempercepat proses verifikasi klaim dan/atau pembayaran klaim yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. Menahan pembayaran tagihan ke fasilitas kesehatan yang

telah diverifikasi dan telah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan;

- d. Menghilangkan data klaim dan/atau dokumen pendukung klaim baik softcopy maupun hardcopy dari fasilitas kesehatan;
 - e. Bekerjasama dan/atau meminta fasilitas kesehatan untuk mengubah kode diagnosis atau dokumen pendukung lainnya yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan;
 - f. Menerima atau menarik imbalan dari peserta/calon peserta
 - g. Menunda proses pendaftaran kepesertaan yang telah memenuhi persyaratan
- 5. menggunakan dana Jaminan Kesehatan untuk kepentingan pribadi
 - 6. menarik besaran iuran tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan; dan
 - 7. menerima titipan pembayaran iuran dari Peserta dan tidak disetorkan ke rekening BPJS Kesehatan
- C. Jenis kecurangan (*fraud*) oleh fasilitas kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan.

Kecurangan (*fraud*) oleh Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan dapat dilakukan oleh dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, tenaga kesehatan lain, dan tenaga administrasi.

- 1. Jenis Kecurangan (*fraud*) oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKTP yaitu:
 - a. Penyalahgunaan dana kapitasi dan/atau nonkapitasi FKTP milik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah
 - b. Menarik biaya dari Peserta yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
 - c. Memanipulasi klaim nonkapitasi, seperti:
 - 1) Klaim palsu (*phantom billing*) atau klaim fiktif, merupakan klaim atas layanan yang tidak pernah diberikan;

- 2) Memperpanjang lama perawatan (*prolonged length of stay*);
 - 3) Penjiplakan klaim dari pasien lain (*cloning*); dan
 - 4) Tagihan atau klaim berulang (*repeat billing*) pada kasus yang sudah ditagihkan sebelumnya.
- d. Melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. Memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program Jaminan Kesehatan; dan
 - f. Memalsukan Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan dan Surat Izin Operasional Fasilitas Kesehatan.
2. Jenis Kecurangan (fraud) oleh pemberi pelayanan kesehatan di FKRTL yaitu:
 - a. Manipulasi diagnosis dan/atau tindakan; Manipulasi diagnosis dan/atau tindakan merupakan tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan besaran klaim dengan cara memalsukan diagnosa dan/atau tindakan medis, seperti:
 - 1) Pasien seharusnya didiagnosis *apendicitis* akut, setelah operasi tanpa penyulit tetapi di resume/rekam medis ditulis *apendicitis* akut dengan perforasi; dan
 - 2) Pasien dengan *pterygium grade I* tetapi dalam resume/rekam medis ditulis *squamous cell carcinoma conjunctiva* dan dilakukan tindakan biopsi eksisi tanpa bukti dilakukan pemeriksaan patologi anatomi.
 - b. Penjiplakan klaim dari pasien lain (*cloning*); Penjiplakan klaim dari pasien lain (*cloning*) merupakan klaim yang dibuat dengan cara menyalin dari klaim pasien lain yang sudah ada, seperti: menyalin (*copy paste*) seluruh atau sebagian rekam medis dan/atau data pasien lain.
 - c. Klaim palsu (*phantom billing*); Klaim palsu (*phantom billing*) merupakan klaim atas layanan yang tidak pernah dilakukan/diberikan kepada pasien, seperti:

- 1) Penagihan tindakan medik operatif yang tidak pernah dilakukan; dan
 - 2) Penagihan obat/alat kesehatan di luar paket ina-cbg yang tidak diberikan kepada pasien.
- d. Penggelembungan tagihan obat dan/atau alat kesehatan (inflated bills); penggelembungan tagihan obat dan/atau alat kesehatan (inflated bills) merupakan klaim atas biaya obat dan/atau alat kesehatan yang lebih besar dari biaya yang sebenarnya, seperti:
- 1) Pasien patah tulang dilakukan operasi ortopedi dengan menggunakan plate and screw 4 (empat) buah, namun ditagihkan lebih dari 4 (empat) buah.
 - 2) Obat pasien penyakit kronis pada rawat jalan yang seharusnya mendapat obat 1 (satu) bulan, tetapi obat yang diberikan untuk 2 minggu, namun ditagihkan biayanya selama 1 (satu) bulan.
 - 3) Pasien kemoterapi yang membutuhkan obat kemo sebanyak 2 (dua) vial diklaimkan menjadi 4 (empat) vial.
- D. Jenis kecurangan (fraud) oleh penyedia obat dan alat kesehatan.
1. Jenis kecurangan (fraud) oleh penyedia obat, yaitu:
 - a. Penyedia obat yang terdaftar pada katalog elektronik menolak pesanan obat tanpa alasan yang jelas
 - b. Penyedia obat memperlambat waktu pengiriman obat tanpa alasan yang jelas; dan
 - c. Memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program jaminan kesehatan.
 2. Jenis kecurangan (fraud) oleh penyedia alat kesehatan, yaitu:
 - a. Penyedia alat kesehatan yang terdaftar pada katalog elektronik menolak pesanan alat kesehatan tanpa alasan yang jelas
 - b. Penyedia alat kesehatan memperlambat waktu pengiriman alat kesehatan tanpa alasan yang jelas
 - c. Penyedia menganjurkan kepada fasilitas kesehatan untuk

membeli alat kesehatan yang tidak sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan atau tingkat keterampilan/keahlian tenaga kesehatan atau tenaga medis profesional yang akan menggunakan alat kesehatan tersebut dengan maksud untuk mendapatkan keuntungan finansial; dan

- d. Memberi dan/atau menerima suap dan/atau imbalan terkait dengan program jaminan kesehatan.[13]

Fraud dapat mencakup berbagai jenis, termasuk fraud keuangan, fraud asuransi, dan fraud korporat. Studi mendalam mengenai jenis-jenis fraud membantu pemahaman terhadap modus operandi yang berbeda dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.[15]

4. Strategi Pencegahan dan Deteksi

Pencegahan dan deteksi fraud melibatkan implementasi kontrol internal yang ketat, pelatihan karyawan, dan penggunaan teknologi keamanan informasi. Model pencegahan yang efektif dan metode deteksi yang canggih diperlukan untuk menghadapi ancaman kecurangan.[16]

5. Upaya Pemerintah dalam menangani fraud

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program pemerintah Indonesia yang bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan kepada seluruh penduduk. Untuk menangani fraud (penipuan) pada JKN, pemerintah telah mengimplementasikan beberapa upaya sebagai berikut:

1) Sistem Monitoring dan Analisis Data:

Pemerintah dapat menggunakan teknologi untuk memonitor dan menganalisis data klaim kesehatan secara real-time. Sistem ini dapat mendeteksi pola-pola yang mencurigakan atau anomali dalam klaim.

2) Verifikasi Identitas Peserta:

Menerapkan sistem yang ketat untuk verifikasi identitas peserta JKN. Hal ini dapat mencakup penggunaan kartu identitas atau metode biometrik untuk memastikan bahwa orang yang menerima layanan kesehatan adalah peserta yang sah.

3) Peningkatan Kesadaran dan Edukasi:

Melakukan kampanye informasi dan edukasi kepada peserta JKN, penyedia layanan kesehatan, dan pihak terkait lainnya tentang risiko penipuan, sanksi yang dikenakan, dan cara melaporkan kecurigaan penipuan.

4) Audit dan Pemeriksaan Rutin:

Melakukan audit dan pemeriksaan rutin terhadap penyelenggara JKN, fasilitas kesehatan, dan peserta untuk memastikan kepatuhan terhadap aturan dan prosedur yang berlaku.

1) Kerjasama dengan Pihak Terkait:

Bekerja sama dengan lembaga atau instansi terkait, seperti kepolisian, pihak hukum, dan lembaga pengawas, untuk meningkatkan penegakan hukum terhadap pelaku penipuan.

2) Penggunaan Teknologi Canggih:

Memanfaatkan teknologi seperti kecerdasan buatan (AI), analisis data besar (big data), dan sistem deteksi kecurangan untuk mengidentifikasi pola-pola penipuan yang kompleks.

3) Pengembangan Sistem Pengaduan:

Membangun sistem pengaduan yang efektif dan mudah diakses bagi peserta JKN dan pihak terkait lainnya agar mereka dapat melaporkan kejadian penipuan dengan cepat.

4) Sanksi Hukum dan Administratif:

Menetapkan sanksi yang tegas baik secara hukum maupun administratif terhadap pihak yang terlibat dalam penipuan, termasuk pembekuan hak peserta yang terlibat dalam tindakan penipuan.

Penerapan strategi ini secara holistik dapat membantu pemerintah dalam menangani fraud pada program JKN dan memastikan efektivitas serta keberlanjutan program kesehatan ini.(4)

6. Program-Program Pencegahan Fraud

Indonesia belum semua komponen dalam siklus program maupun prinsip pengendalian fraud terlaksana dengan optimal, misalnya:

- a) membangun kesadaran. Saat ini upaya membangun kesadaran untuk pengendalian fraud belum massif dilakukan. Walaupun sudah dilakukan, namun belum berkala;

- b) sistem pelaporan. Saat ini sudah dibuka saluran pengaduan terkait pelayanan JKN (termasuk fraud), bernama aplikasi SIAP. Namun, hingga saat ini data respon pengaduan belum dapat ditemukan;
- c) deteksi & investigasi. Saat ini kegiatan investigasi baru dilakukan pada kasus-kasus yang menjadi sorotan;
- d) sanksi. Informasi detil mengenai sanksi berupa denda dan tindak pidana baru didapat terkait dengan pelaku fraud yang berasal dari Aparat Sipil Negara (ASN). Pelaku fraud non ASN, misalnya dari fasilitas kesehatan swasta ada yang pernah diberikan sanksi berupa denda dan pemutusan kerja sama, namun belum diketahui secara pasti besaran denda dan untuk skema fraud dan
- e) tim anti fraud. Saat ini berbagai entitas yang terlibat dalam program JKN sudah membentuk tim anti fraud. Namun, tim ini belum mampu menjalankan tugas-tugas sesuai siklus program maupun prinsip pengendalian fraud [20]

Untuk mengatasi tantangan-tantangan ini, pada sesi penutup Hanevi menyampaikan enam rekomendasi kebijakan: (a) memperbanyak intensitas, jenis, dan cakupan sosialisasi dan edukasi dan sosialisasi pencegahan fraud dalam pelayanan kesehatan; (b) mengembangkan sistem pengolahan data (data klaim INA CBG, data P-Care, data aplikasi SIAP, dan data aduan dari asosiasi fasyankes) yang dapat diakses oleh publik untuk mengetahui besarnya potensi dan dampak dari fraud layanan kesehatan; (c) meningkatkan pemanfaatan informasi hasil analisa data terkait potensi fraud dan upaya pencegahan fraud sebagai sumber pembelajaran dan pengambilan keputusan; (d) membuat kerangka kajian dan penelitian terkait kebijakan dan manajemen pengendalian fraud layanan kesehatan; (e) meningkatkan ikatan kemitraan antara BPJS Kesehatan dan Provider dalam penerapan good corporate governance dan good clinical governance; dan (d) membuat kebijakan untuk lebih banyak melibatkan komunitas-komunitas yang bergerak dalam bidang anti fraud layanan kesehatan.[20]

7. Prinsip Fraud

Pada prinsipnya fraud juga merupakan suatu tindakan penipuan/kecurangan untuk mendapatkan keuntungan bagi pelaku fraud atau bagi pihak lain. Fraud dapat dilakukan oleh peserta asuransi, penyelenggara asuransi dan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK). Fraud pada PPK khususnya Rumah Sakit dapat disebabkan oleh ketidakpuasan Rumah Sakit terhadap tarif INACBG (singkatan dari Indonesia Case Base Groups yaitu sebuah aplikasi yang digunakan rumah sakit untuk mengajukan klaim pada pemerintah) dan ketidaksiapan sistem Informasi Teknologi di Rumah Sakit. Selain itu, adanya motivasi mencari “keuntungan ekonomi” dapat membuat PPK melakukan fraud. Sebagaimana telah disebutkan di atas, bahwa dengan dikeluarkannya Permenkes No. 36 Tahun 2015 adalah sebagai salah satu upaya untuk pencegahan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional.[12]

8. Prinsip System Pencegahan Fraud

Prinsip-prinsip dalam sistem pencegahan Kecurangan (fraud) dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Penyusunan kebijakan (policy) dan pedoman pencegahan Kecurangan (fraud), antara lain:
 - a. Penyusunan kebijakan anti Kecurangan (fraud) dengan prinsip Good Corporate Governance dan Good Clinical Governance.
 - b. Penyusunan pedoman manajemen risiko Kecurangan (fraud risk management) paling sedikit terdiri dari pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap Kecurangan (fraud).
2. Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (fraud), antara lain:
 - a. Membangun budaya integritas, nilai etika dan standar perilaku.
 - b. Mendidik seluruh pihak terkait Jaminan Kesehatan tentang kesadaran anti Kecurangan (fraud).
 - c. Menciptakan lingkungan penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan yang positif.
3. Pengembangan pelayanan kesehatan berorientasi kendali mutu dan

kendali biaya, antara lain:

- a. Pembentukan tim kendali mutu dan kendali biaya yang terdiri dari tim koordinasi dan tim teknis.
 - b. Implementasi konsep manajemen mutu dalam pelayanan kesehatan.
4. Pembentukan tim pencegahan Kecurangan (fraud) yang disesuaikan dengan kebutuhan dan skala organisasi.[15]

9. Sistem Pengendalian Internal

Pengendalian internal sangat diperlukan dalam menjalankan suatu organisasi terutama perusahaan tak terkecuali instansi pemerintah, baik instansi pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Tujuannya adalah agar semua kegiatan yang dilakukan dapat berjalan dengan baik dan dapat mencegah atau meminimalkan terjadinya kecurangan. Sistem Pengendalian Internal merupakan upaya yang dilaksanakan untuk memberikan kepercayaan terkait capaian ketaatan kepada aturan, efisiensi kegiatan, serta kehandalan laporan keuangan. [6]

Pengendalian yang tidak efektif dalam suatu organisasi dapat memberi celah adanya niat untuk melakukan kecurangan yang dapat mengakibatkan kerugian bagi organisasi. Ketidak-efektifan pengendalian internal mempermudah pegawai dalam melakukan penyimpangan-penyimpangan dalam rangka memperoleh keuntungan untuk diri sendiri, sehingga ketidak-efektifan pengendalian internal dalam suatu organisasi menjadi penting untuk diperhatikan berkaitan dengan adanya tindakan fraud dalam organisasi tersebut.[11]

Sistem pengendalian fraud layanan kesehatan sudah mulai berjalan terutama sejak terbitnya Permenkes nomor 36 tahun 2015, namun masih perlu diiringi dengan berbagai kegiatan dan instrumen detail untuk pencegahan, deteksi, dan penindakan[16]

10. BPJS

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disebut BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan nasional di Indonesia. Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar

peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Manfaat Jaminan Kesehatan mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan dan dilakukan oleh penyelenggara pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan (BPJS Kesehatan, 2014b).

1. **BPJS Kesehatan:** Program ini memberikan perlindungan kesehatan bagi peserta, seperti biaya rawat inap, rawat jalan, persalinan, dan sebagainya. Peserta program ini membayar iuran setiap bulan sesuai dengan tingkat kelasnya.
2. **BPJS Ketenagakerjaan:** Program ini memberikan perlindungan bagi peserta terkait dengan risiko ketenagakerjaan, seperti kecelakaan kerja, penyakit akibat kerja, dan pensiun. Peserta program ini juga membayar iuran sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

A. Prinsip Penyelenggaraan Jaminan kesehatan nasional

Penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional di Indonesia mengacu pada prinsip-prinsip sistem jaminan sosial nasional seperti yang di atur dalam undang- undang nomor 40 tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional yang dimana prinsipnya adalah sebagai berikut :

- a) Prinsip kegotong royongan, adalah prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang di wujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah atau penghasilannya. Dalam prinsip kegotongroyongan ini terdapat prinsip kebersamaan, Karena adanya prinsip kebersamaan ini berarti peserta yang mampu dapat membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau beresiko tinggi. Melalui prinsip kegotong royongan ini jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan social bagi keseluruhan rakyat Indonesia.

- b) Prinsip nirlaba, adalah prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta. Dana yang di kumpulkan oleh peserta merupakan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dana amanat ini di kelola oleh BPJS secara nirlaba bukan untuk mencari laba (for profit oriented). Di mana tujuan utama pengelolaan dana amanat ini oleh BPJS di kelola untuk memenuhi kepentingan dari pesertanya. Dana amanat yang berasal dari peserta ini akan di manfaatkan seoptimal mungkin guna memenuhi kebutuhan seluruh pesertanya.
- c) Prinsip keterbukaan, adalah prinsip mempermudah informasi yang lengkap, benar dan jelas bagi setiap peserta. Prinsip ini di maksudkan agar segala informasi terkait dengan BPJS dapat di akses secara mudah oleh para peserta BPJS dan tanpa adanya kesimpang siuran.
- d) Prinsip kehati-hatian, Prinsip kehati-hatian adalah prinsip pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta secara cermat, teliti, aman dan tertib. Prinsip kehati-hatian ini, dana amanat yang berasal dari para peserta di kelola secara cermat dan tepat oleh BPJS.
- e) Prinsip akuntabilitas, adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggung jawabkan.
- f) Prinsip portabilitas, adalah jaminan sosial di maksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara kesatuan republik Indonesia. Jadi ketika peserta berpindah daerah atau tempat kerja, maka peserta tersebut tetap memperoleh hak yang sama seperti sebelum dia berpindah tempat.
- g) Prinsip kepesertaan bersifat wajib, di maksudkan agar seluruh penduduk Indonesia menjadi peserta jaminan sosial, yang di laksanakan secara bertahap. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, namun dalam penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program yang semuanya dilakukan secara bertahap.

Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri.

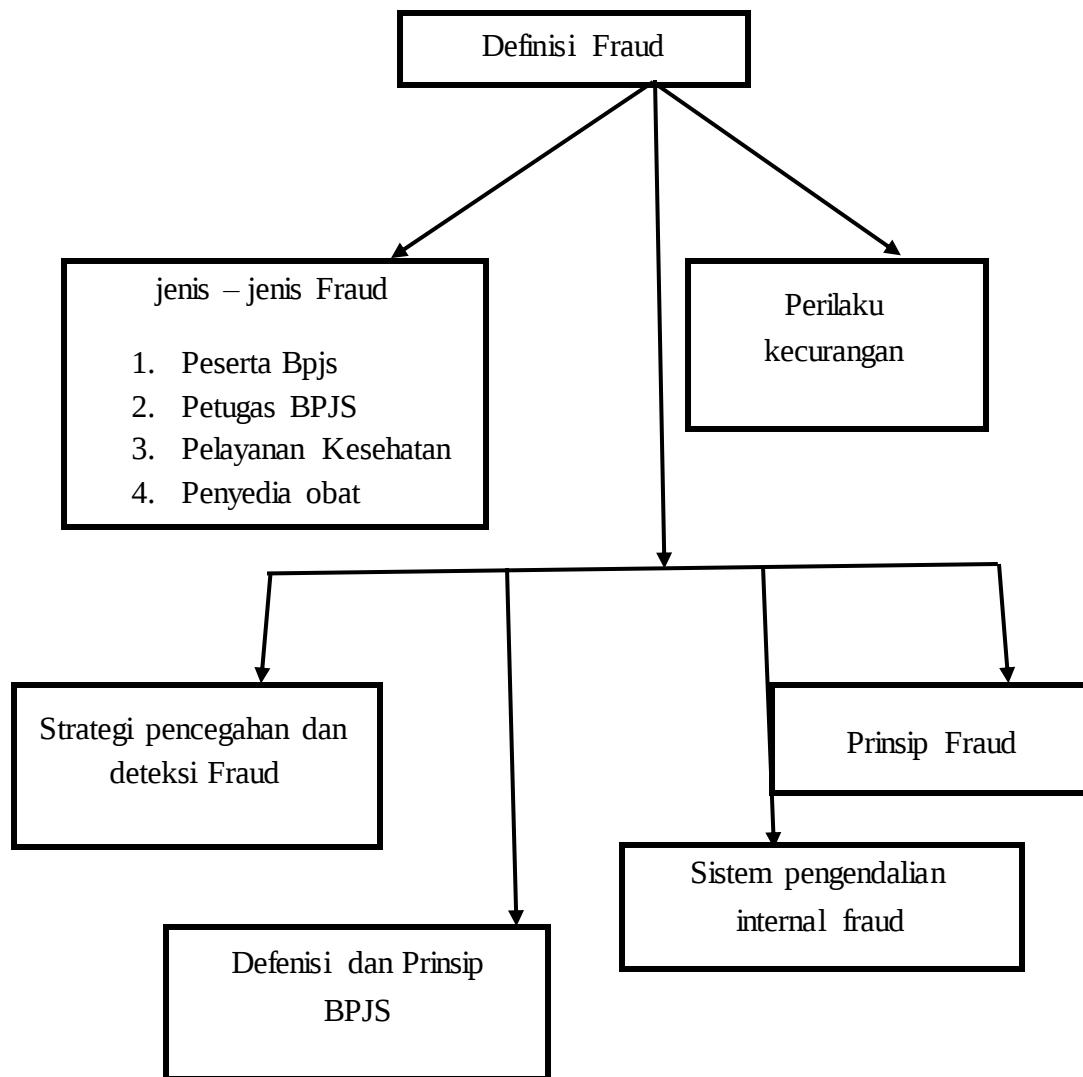
- h) Dana amanat, maksudnya adalah bahwa iuran yang di bayarkan oleh para peserta adalah titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk di kelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan rakyat. Dana yang di kumpulkan oleh badan-badan penyelenggara merupakan dana amanat yang di kelola secara tepat dan cermat oleh badan-badan penyelenggara demi kesejahteraan bersama bagi para peserta jaminan sosial.
- i) Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan social, prinsip yang dimaksud adalah prinsip pengelolaan hasil berupa keuntungan dari pemegang saham yang dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar- besarnya kepentingan peserta jaminan sosial.

Pemberantasan korupsi marak dilakukan di berbagai institusi. Sejak diberlakukannya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) awal 2014 lalu, Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) mulai aktif melakukan kajian untuk menilai potensi korupsi di bidang kesehatan. Korupsi merupakan bagian dari Fraud. Dalam sektor kesehatan, istilah Fraud lebih umum digunakan untuk menggambarkan bentuk kecurangan yang tidak hanya berupa korupsi tetapi juga mencakup penyalahgunaan aset dan pemalsuan pernyataan. Fraud dalam sektor kesehatan dapat dilakukan oleh semua pihak yang terlibat dalam program JKN mulai dari peserta BPJS Kesehatan, penyedia layanan kesehatan, BPJS Kesehatan, dan penyedia obat dan alat kesehatan. Uniknya masing-masing aktor ini dapat bekerjasama dalam aksi Fraud atau saling mencurangi satu sama lain. Fraud menyebabkan kerugian finansial negara. Di seluruh Indonesia, data yang dilansir KPK menunjukan bahwa hingga juni 2015 terdeteksi potensi Fraud dari 175.774 klaim Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) dengan nilai Rp. 440 M. Ini baru dari kelompok klinisi, belum dari aktor lain seperti staf BPJS Kesehatan, pasien, dan suplier alat kesehatan dan obat. Nilai ini mungkin saja belum total mengingat sistem pengawasan dan deteksi yang digunakan masih sangat sederhana.

Sejak berlakunya Jaminan Kesehatan Nasional, potensi fraud dalam layanan kesehatan semakin nampak di Indonesia. Potensi ini muncul dan dapat menjadi

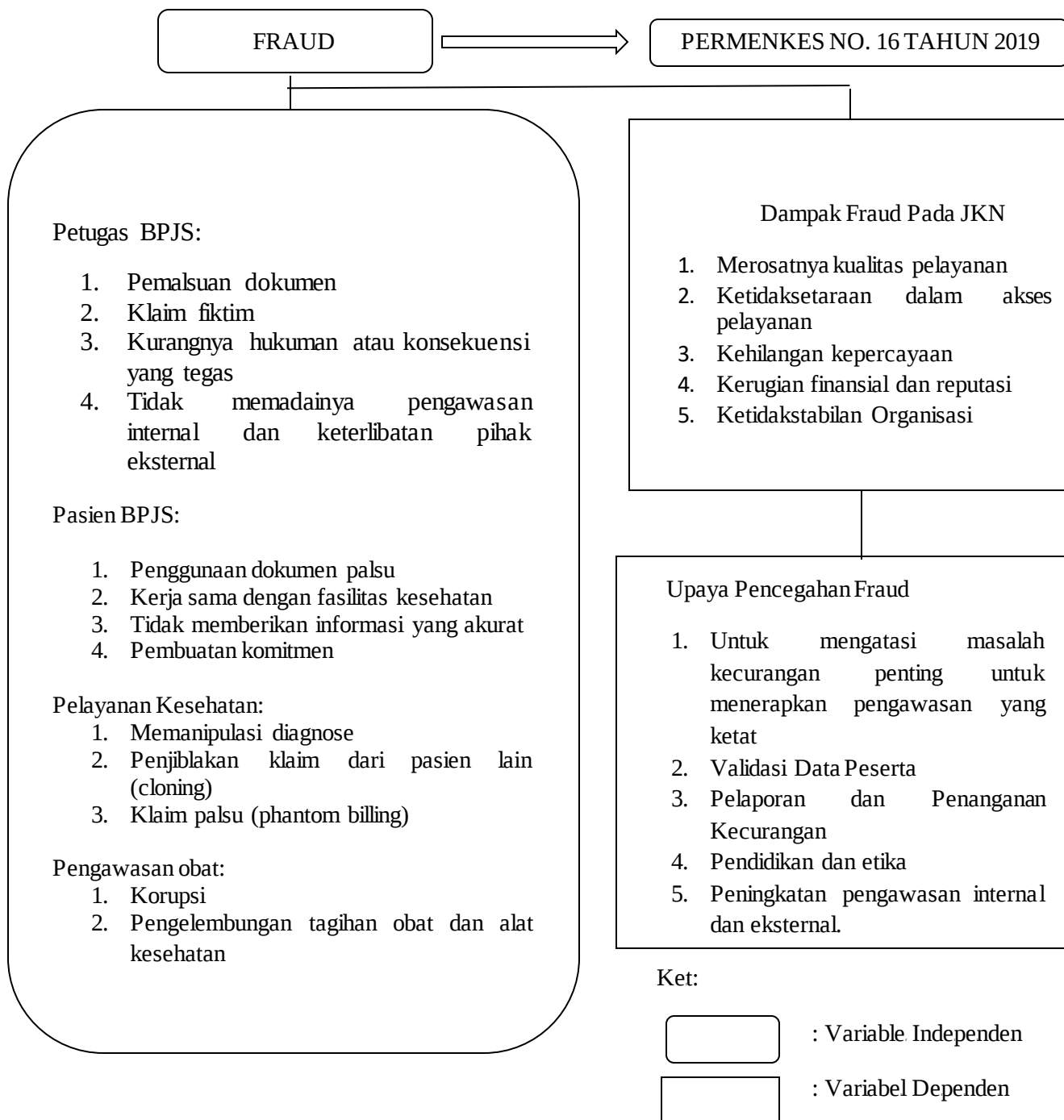
semakin meluas karena adanya tekanan dari sistem pembiayaan yang baru berlaku di Indonesia, adanya kesempatan karena minim pengawasan, serta ada pembenaran saat melakukan tindakan ini. Fraud layanan kesehatan berpotensi merugikan dana kesehatan negara dan menurunkan mutu layanan kesehatan. Kajian ini dilakukan untuk menjawab pertanyaan: (1) bagaimana gambaran potensi fraud layanan kesehatan di Indonesia, dan (2) upaya-upaya pemberantasan fraud layanan kesehatan yang sudah dilakukan di Indonesia serta tantangannya.[16]

B. Kerangka Teori



Gambar 1 Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



Gambar 2 Kerangka Konsep

Sumber : Permenkes No 16 Tahun 2019

BAB III METODE PENELITIAN

A. Metode Dan Desain Penelitian

Penelitian ini adalah Penelitian deskriptif kualitatif adalah penelitian yang bertujuan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan suatu peristiwa atau suatu kejadian yang terjadi dan menyajikan data secara sistematis ,akurat dan berdasarkan fakta-fakta atau fenomena yang terjadi dilapangan menggunakan metode penelitian kualitatif yang disajikan secara deskriptif yang akan mendeskripsikan mengenai analisis pelaksanaan program pencegahan fraud Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Anggeraja Kabupaten Enrekang.[16]

B. Tempat Dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di Puskesmas Anggeraja, dengan jangka waktu penelitian selama 5 (lima) bulan, mulai dari bulan Januari hingga bulan Mei tahun 2024.

C. Informan Penelitian

Pengertian informan adalah subyek penelitian yang dapat memberikan informasi mengenai fenomena/permasalahan yang diangkat dalam penelitian. Yang terdiri dari Informan kunci dan informan tambahan, dalam hal ini yang menjadi informan kunci yaitu peserta BPJS, petugas BPJS, pelayanan kesehatan, pengawas obat yang ada di wilayah Puskesmas Anggeraja dan yang menjadi informan tambahan yaitu kepala Puskesmas Anggeraja. Dalam rangka mendapatkan gambaran yang komprehensif, peneliti melibatkan sebanyak 10 individu sebagai partisipan penelitian. Proses pengumpulan informasi dilakukan melalui wawancara mendalam kepada para responden, 9 diantaranya menjadi informan kunci dan 1 informan tambahan.

Tabel 1
informasi peneliti” Analisis pelaksanaan program pencegahan Fraud
jaminan kesehatan nasional (JKN)”

N	Pekerjaan	Jumlah
o		
1.	Peserta BPJS	4
2.	Petugas BPJS	1
3.	Pelayanan Kesehatan	3
4.	Pengawas obat dan Alat kesehatan	1
5.	Kepala Puskesmas	1

D. Definisi Operasional Variabel

Variabel penelitian dapat membedakan atau membawa variasi pada suatu nilai tertentu. Ada dua jenis variabel yang diuji dalam penelitian ini yaitu variabel dependen dan variabel independen. Variabel independen yaitu variabel yang menjadi sebab terjadinya atau terpengaruhnya variabel terikat[19].

Variable independen/Bebas

Variabel ini mengacu pada frekuensi kualitas informasi tentang fraud pada program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) salah satunya Badan Penyelenggara Jaminan Social Kesehatan BPJS.

Variabel dependen/Terikat

Variabel dalam penelitian ini mencakup tentang dampak fraud pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan pelaksanaan program pencegahan fraud Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Anggeraja.

E. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat bantu bagi peneliti dalam mengumpulkan data, sehingga kualitas instrument akan menentukan kualitas data yang terkumpul. Instrumen merupakan komponen yang sangat penting dalam proses pengumpulan data. Oleh karena itu, instrumen penelitian harus sesuai dengan variabel-variabel yang diteliti. Semakin baik instrumen yang disusun maka semakin baik pula hasil penelitian. Sedangkan dalam penelitian

ini, instrumen yang digunakan oleh peneliti antara lain:

1. Survei

Survei adalah metode pengumpulan data yang melibatkan pengumpulan informasi dari sejumlah responden melalui kuesioner atau formulir. Survei digunakan untuk mengumpulkan data kuantitatif dan kualitatif mengenai berbagai topik dari sampel populasi yang representatif.

2. Wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data yang melibatkan interaksi langsung antara pewawancara dan responden untuk mendapatkan informasi yang mendalam. Bertujuan Mendapatkan wawasan, pendapat, pengalaman, atau perasaan dari responden secara detail.

3. Alat Perekam (HP)

Alat perekam adalah perangkat yang digunakan untuk merekam suara atau gambar selama proses pengumpulan data. Bertujuan Memastikan bahwa semua informasi yang diberikan oleh responden dapat direkam secara akurat untuk dianalisis lebih lanjut.

4. Alat Dokumentasi (HP)

Alat dokumentasi adalah perangkat dan metode yang digunakan untuk mencatat, menyimpan, dan mengelola data yang diperoleh selama penelitian.

F. Sumber Data

Data primer

Pengumpulan data primer dilakukan pada bulan januari sampai dengan bulan mei pada tahun 2024 di Puskesmas Anggeraja, Kec.Anggeraja, Kab.Enrekang melalui wawancara langsung ke puskesmas anggeraja untuk mengetahui mengenai pelaksanaan program pencegahan fraud pada JKN.

Data sekunder

Data sekunder mengacu pada informasi yang diperoleh dari puskesmas anggeraja yang bisa digunakan sebagai sumber data dan informasi untuk keperluan penelitian.

G. Teknik Pengumpulan Data

Dalam pengumpulan data dilakukan dengan mendapatkan data dari puskesmas anggeraja terkait pemantauan pada pelayanan kesehatan yang ada di puskesmas tersebut, selain itu prosedur pengumpulan data yang digunakan dalam

penelitian ini bisa menggunakan observasi, wawancara, dan dokumentasi kepada Peserta BPJS, petugas BPJS, pelayanan kesehatan, pengawas obat di Puskesmas Anggeraja Kabupaten Enrekang.

Prosedur pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi, wawancara, dan dokumentasi.

1) Wawancara

Wawancara dilakukan kepada Peserta BPJS, petugas BPJS, pelayanan kesehatan, pengawas obat di Puskesmas Anggeraja Kabupaten Enrekang.

2) Dokumentasi

Dokumentasi diartikan sebagai upaya untuk memperoleh data dan informasi berupa catatan tertulis/gambar yang tersimpan berkaitan dengan masalah yang diteliti.

3) Observasi

Observasi diperoleh dengan cara melakukan observasi pada ruang (tempat), pelaku, objek, perbuatan dan waktu untuk mengevaluasi atau melakukan pengukuran terhadap aspek yang menjadi objek penelitian. Penelitian ini bersifat deskriptif analisis yang merupakan proses penggambaran lokasi penelitian sehingga dalam penelitian ini akan diketahui analisis pelaksanaan program pencegahan fraud Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Anggeraja Kabupaten Enrekang.

H. Teknik Analisis Data

Teknik analisis data yang digunakan pada penelitian ini yaitu teknik trigulasi, teknik trigulasi merupakan teknik mengumpulkan data dan pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara dan berbagai waktu, setelah melakukan wawancara dari observasi pada objek yang diteliti.

Trigulasi data membantu penelitian atau analisis untuk melihat fenomena atau masalah dari berbagai perspektif, sehingga mengurangi bias dan meningkatkan kepercayaan terhadap hasil analisis dan juga untuk memastikan bahwa keputusan atau perdagangan yang diambil lebih objektif, adil, dan berdasarkan faktor-faktor yang tidak dipengaruhi oleh faktor-faktor yang tidak relevan atau prasangka.

BAB VI HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Kabupaten Enrekang adalah salah satu daerah tingkat II di provinsi Sulawesi Selatan, Ibu kota kabupaten ini terletak di Kota Enrekang 236 Km sebelah utara Makassar. Secara administratif terdiri dari 12 kecamatan detentif terdapat 129 kelurahan/desa, yaitu kelurahan dan 122 desa, dengan luas wilayah sebesar 1.786,01 Km². Batas wilayah kabupaten ini adalah sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Tana Toraja, sebelah selatan dengan Kabupaten Luwu, sebelah Timur dengan Kabupaten Sidrap dan sebelah Barat dengan Kabupaten pinrang. Kabupaten ini pada umumnya mempunyai wilayah Topografi yang bervariasi berupa perbukitan, pegunungan, lembah dan sungai dengan ketinggian 47 – 3.293 m dari permukaan laut serta tidak mempunyai wilayah pantai. Secara umum keadaan Topografi wilayah didominasi oleh perbukitan/pegunungan yaitu sekitar 84,96% dari luas wilayah Kabupaten Enrekang sedangkan yang datar hanya 15,04%.

Ditinjau dari kerangka pengembangan wilayah maupun secara geografis Kabupaten Enrekang juga dapat dibagi kedalam dua kawasan yaitu Kawasan Barat (KBE) dan Kawasan Timur (KTE). Kawasan Barat meliputi kecamatan Alla, Kecamatan Anggeraja, Kecamatan ENrekang dan Kecamatan Cendana, sedangkan Kawasan Timur meliputi Kecamatan Curio, Kecamatan Malua, Kecamatan Baraka, Kecamatan Bungin, dan Kecamatan Maiwa. Luas KBE kurang lebih 659,03 Km² atau 36,90% dari luas Kabupaten Enrekang sedangkan luas KTE kurang lebih 1.126,98 Km² atau 63,10% dari luas wilayah Kabupaten Enrekang.

Lokasi Penelitian berada di Puskesmas Anggeraja yaitu salah satu dari 14 puskesmas di Kabupaten Enrekang terletak di sebelah utara ibukota kabupaten yang luas wilayah kerjanya 97, 96 km² yang berjumlah 3 kelurahan, dan 9 desa. Desa terluas yaitu Desa Salu Dewata dengan luas sebesar 13, 15 km² dan Desa terkecil adalah Desa Saruran yaitu 4, 10 km². Wilayah Puskesmas Anggeraja terletak di daerah pegunungan, yaitu mata pencaharian utamanya adalah bertani dan berkebun dengan kebanyakan bersuku duri dan beragama islam.

Karakteristik Informan

Karakteristik informan adalah menguraikan atau memberikan informasi mengenai identitas informan dalam penelitian ini, Oleh karena itu deskripsi identitas informan dalam penelitian ini dapat dikelompokkan menjadi beberapa kelompok yaitu pekerjaan, umur. Jumlah informan pada penelitian ini sebanyak 10 informan yang terdiri dari 9 informan kunci dan 1 informan tambahan. Wawancara ini dilakukan di bulan Maret – Mei 2024, Adapun karakteristik informan berdasarkan hasil penelitian adalah sebagai berikut:

Tabel 1. 1 Karakteristik Informan

Informan	Pekerjaan	Umur	Inisial Informan
Informan 1	URT	24	PA
Informan 2	URT	27	FI
Informan 3	URT	32	NL
Informan 4	Petani	39	MI
Petugas BPJS	Petugas BPJS	36	RI
Pelayanan	Pelayanan	1. 40	1. SA
Kesehatan	Administrasi	2. 29	2. JU
		3. 36	3. SI
Penyedia Obat	Penyedia Obat	28	RD
Kepala Puskesmas	Kepala Puskesmas	57	SU

Sumber Data Primer 2024

Wawancara mengenai analisis pelaksanaan program pencegahan fraud jaminan kesehatan nasional dilakukan 10 Informan yakni pasien/peserta BPJS dan tenaga kesehatan yang ada di Wilayah Kerja Puskesmas Anggeraja, Kecamatan Anggeraja, Kabupaten Enrekang. Hal ini sejalan pertanyaan Peneliti yakni :

Wawancara Pasien BPJS

Tabel 1. 2 Tanggapan Peserta BPJS

Pertanyaan tentang pengetahuan pasien BPJS	Tanggapan Pasien BPJS
Apakah anda memahami dengan baik bagaimana program JKN bekerja dalam memberikan jaminan kesehatan kepada peserta BPJS?	“Edapa ku mengerti gaja to susih jo”(PA, 24Thn). “Edapa ku paham gajai”(FI, 27 Thn). “Eda”(NL, 32 Thn). “Eda”(MI, 39 Thn).

Interpretasi

Dari hasil wawancara tersebut, terdapat berbagai pandangan yaitu dapat kita ketahui bahwa masih kurangnya pengetahuan atau pemahaman mengenai bagaimana program JKN bekerja dalam memberikan jaminan kesehatan kepada peserta BPJS. program JKN juga disebabkan oleh bagaimana proses pendaftaran pada pasien BPJS hal ini sesuai dengan pertanyaan peneliti yakni

Tabel 1. 3 Pengalaman Pasien BPJS

Pertanyaan tentang pengetahuan pasien BPJS	Tanggapan Pasien BPJS
Bagaimana pengalaman anda selama proses pendaftaran dan adminitrasi di BPJS untuk menjadi peserta JKN ?	alhamdulillah maballo bangra selama te'eh"(PA, 24 Thn) “Alhamdulillah selama te'e maballo bangra kan pakenah akunah aplikasi mobile JKN mendaftar”(FI, 27 Thn)

“maballo bangra kan biasa nah tapa mendafta langsung kan deen kartu hijau di bengan ki jadi tapa iyya mandara di pakitanni nah deen terdaftarmo jio puskesmas”(NL,32 Thn)
 “maballorah “(MI 39Thn).

Interpretasi

Dari hasil wawancara di atas ke empat informan menyatakan bahwa dalam proses pendaftaran menjadi peserta JKN ada beberapa langkah yaitu bisa melalui aplikasi mobile JKN atau melalui pendaftaran langsung ke puskesmas tapi, masih kurang pengetahuan mengenai JKN. Hal ini berpengaruh pada pengetahuan pasien mengenai fraud (kecurangan) yang bisa saja terjadi hal ini sesuai dengan pertanyaan peneliti yakni

Tabel 1. 4 Pengetahuan Mengenai Fraud

Pertanyaan tentang pengetahuan pasien BPJS	Tanggapan Pasien BPJS
Apakah anda mengetahui apa itu fraud ?	“eda ku issenni”(PA, 24 Thn) “eda”(FI, 27Thn) “eda bangra ki issen to sushi jo”(NL, 32 Thn) “eda iyya” (ML, 39 Thn)

Interpretasi

Dari hasil wawancara diatas ke empat informan menyatakan bahwa kurangnya pengetahuan atau informasi mengenai fraud (kecurangan) bahkan mereka tidak mengetahuinya. Hal ini berpengaruh kepada pasien BPJS terkait tindakan yang meragukan dan bisa saja di laporkan hal ini sesuai dengan pertanyaan peneliti yakni

Tabel 1. 5 Pelaporan Dugaan Kecurangan (Fraud)

Pertanyaan tentang pengetahuan pasien BPJS	Tanggapan Pasien BPJS
Apakah anda menyadari pentingnya melaporkan dugaan kecurangan atau tindakan yang meragukan dalam program JKN?	“iya aja penting iya” (PA, 24 Thn) “iya”(FI, 27 Thn) “iya penting”(NL, 32 Thn) “iya” (ML,39 Thn)

Interpretasi

Dari tabel 1.1 sampai dengan table 1.4 dapat kita simpulkan sebagai berikut:

1. masih kurangnya pengetahuan atau pemahaman mengenai bagaimana program JKN bekerja dalam memberikan jaminan kesehatan kepada peserta BPJS.
2. dalam proses pendaftaran menjadi peserta JKN ada beberapa langkah yaitu bisa melalui aplikasi mobile JKN atau melalui pendaftaran langsung ke puskesmas tapi, masih kurang pengetahuan mengenai JKN. Hal ini berpengaruh pada pengetahuan pasien mengenai fraud (kecurangan) yang bisa saja terjadi
3. kurangnya pengetahuan atau informasi mengenai fraud (kecurangan) bahkan mereka tidak mengetahuinya. Hal ini berpengaruh kepada pasien BPJS terkait tindakan yang meragukan dan bisa saja di laporkan
4. Pentingnya melaporkan terkait dugaan kecurangan jika memang terjadi tetapi mereka masih belum mengetahui mengenai seperti apa itu tindakan fraud dan bagaimana keterlibatan pelayanan kesehatan pada program JKN.

Wawancara Pelayanan Kesehatan

Tabel 1. 6 Terlibat Dalam Mengenali Potensi Fraud

Pertanyaan tentang pengetahuan Pelayanan kesehatan (administrasi)	Tanggapan pelayanan kesehatan (administrasi)
Bagaimana pelayanan kesehatan terlibat dalam program ini diberi pelatihan untuk mengenali dan melaporkan potensi fraud ?	“tidak ada pelatihan seperti itu karena yang mengetahui itu hanya pada bagian petugas BPJS dan bendahara” (SA, 40 Thn)

“tidak ada juga penyampaian terkait fraud kami ketahui karena kami hanya mengetahui bagian input data pasien saja “ (JU, 29 Thn)

“terkait jenis tindakan faraud dan penelitian hanya petugas BPJS saja yang mengetahui karena mereka saja yang mengikuti rapat terkait program JKN” (SI, 36 Thn)

Interpretasi

Dari hasil wawancara tersebut bahwa ketiga informan SA (usia 40 tahun), JU (usia 29 tahun) dan SI (usia 36 tahun), menginformasikan bahwa dalam lingkungan mereka tidak mengetahui atau tidak ada penelitian untuk mengetahui fraud pada JKN dan mereka juga tidak mengetahui jenis atau tindakan fraud karena semua itu hanya diketahui oleh petugas BPJS selain itu tidak ada informasi mengenai fraud (kecurangan) dalam puskesmas tersebut.

Wawancara penyedia obat

Tabel 1. 7 Pengetahuan Penyedia Obat Terkait Fraud

Pertanyaan tentang pengetahuan Penyedia Obat	Tanggapan penyedia Obat
1. Sejauh mana anda memahami aturan dan kebijakan terkait penyediaan obat kepada peserta JKN ?	1. Kalau di puskesmas memang sudah ada dananya tersendiri untuk obat biasanya JKN dianggarkan 1 atau 2 kali dalam setahun, tetapi tetap membuat menyedia perencanaan kebutuhan setelah itu di berikan oleh bendahara atau petugas BPJS karena mereka yang mengurus.”
2. apakah ada langkah – langkah keamanan khusus untuk mencegah manipulasi atau kecurangan terkait obat ?	2. “Tidak ada, karena disini memang langsung melalui via transfer dananya sesuai yang dibutuhkan dan untuk pengambilan obatnya juga harus menggunakan resep jadi, kalau untuk manipulasi tidak ada karena memang sudah ada pajaknya.”
3. apakah karyawan di fasilitas anda telah menerima pelatihan khusus terkait pencegahan kecurangan dalam pemberian obat kepada peserta JKN ?	
4. Apakah fasilitas anda memiliki kebijakan internal atau prosedur	

- pencegahan kecurangan terkait obat dalam program JKN ?
5. Apakah karyawan di fasilitas anda menyadari pentingnya melaporkan dugaan kecurangan atau tindakan yang meragukan terkait obat dalam program JKN ?
 6. Bagaimana anda memastikan bahwa laporan kecurangan dapat diajukan tanpa takut akan konsekuensinya ?
3. “Tidak tau karena yang sering pertemuan itu bendahara jadi pengelolah itu cuman memasukkan obat yang memang tidak ada di dinas.”
 4. “Tidak ada”
 5. “Tidak ada sih selama ini”
 6. “Tidak pernah kita lakukan karena kita memang tidak berhubungan langsung dengan pihak JKN karena cuman bendahara yang berhubungan langsung dengan pihak JKN, kalau kita cuman memberi tahukan bahwa ada dana segini, rencana apayang kita butuhkan tapi itu juga memiliki aturan sendiri.”

Interpretasi

Dari hasil wawancara di atas dari penyedia obat menyatakan bahwa mereka tidak berhubungan langsung dengan pihak JKN jadi mereka tidak mengetahui mengenai fraud yang mungkin saja terjadi tapi mereka juga menyatakan bahwa pada puskesmas ini kecil kemungkinan terjadi fraud (kecurangan) karena dari segi obat itu memiliki aturan tersendiri dan mereka hanya memasukkan obat yang memang tidak ada di dinas jika disuruh untuk membuat perencanaan kebutuhan obat.

Wawancara petugas BPJS

Informan selanjutnya petugas BPJS sekaligus bendahara pada puskesmas anggeraja, beberapa pertanyaan yang diajukan kepada petugas BPJS/ bendahara, yaitu:

Tabel 1. 8 Pemahaman Mengenai Fraud Pada JKN

Pertanyaan tentang pengetahuan Petugas BPJS	Tanggapan PetugasBPJS
1. Apa saja tugas dan tanggung jawab utama anda sebagai petugas BPJS terkait program JKN ?	1. “rekap data pasien ,klaim pasien sakit setiap bulannya terus kalau ada pertemuan terkait JKN pasti ikut”
2. Apakah anda telah menerima pelatihan khusus indentifikasi danpencegahan fraud di dalam klaim atau pendaftaran JKN?	2. “kalau pelatihannya tidak ada tapi kalau pertemuannya biasa jlh ada kayak aturanya yang di tanyaki”
3. Bagaimana anda mengembangkan keterampilan untuk mengenali tanda – tanda potensial kecurangan?	3. “selama ini belum pernah terjadi jadi tidak ada”
4. Apakah anda mengetahui adanya kebijakan atau langkah – langkah pencegahan fraud yang diterapkan di puskesmas ?	4. “kebijakan dari puskesmas itu dari kepala puskesmas jlh, kalau untuk langkah-langkahnya kita memasang spanduk didepan untuk dilihat oleh pasien”
5. Apakah anda memiliki saran atau masukan untuk meningkatkan efektivitas pencegahan dan deteksi fraud di dalam program JKN ?	5. “kan kita ndak pernah begitu jadi belum paham begitu dan juga tidak ada begitu cuman kalau ada pertemuan hanya aturan atau peringatan semacam bagian obat yang harus dicatat baru nanti di laporkan”

Interpretasi

Dari hasil wawancara di atas dari petugas BPJS menyatakan bahwa dari segi pelatihan dalam pencegahan fraud tidak ada tapi kalau pertemuan biasa ada itupun hanya memperingati aturan pada JKN dan untuk kebijakan puskesmas tu ditentukan oleh kepala puskesmas anggeraja.

Wawancara Kepala Puskesmas Anggeraja

Terkait pertanyaan-pertanyaan di atas untuk informan perlu dilakukan wawancara terhadap kepala Puskesmas Anggeraja, Kecamatan Anggeraja Kabupaten Enrekang terkait gambaran umum tentang pelaksanaan program pencegahan fraud pada JKN ada beberapa pertanyaan yang diajukan kepada kepala puskesmas yaitu:

Tabel 1. 9 Gambaran Umum Tentang Pelaksanaan Program Pencegahan Fraud Pada JKN

Pertanyaan terkait fraud di puskesmas	Tanggapan Kepala Puskesmas
1. Bagaimana pemahaman anda terhadap resiko fraud dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional (JKN) ?”	1. “kalau resiko fraud pada puskesmas ini sangat minim bias terjadi, karena puskesmas di samping memang anggaran puskesmas tidak seberapa.”
2. “Bagaimana langkah-langkah yang diambil oleh bapak terkait mencegah fraud termasuk implementasi kontrol internal dan monitoring secara berkala ?”	2. “jadi puskesmas itu sudah diterapkan seperti mutu puskesmas yang didalam itu bagaimana meningkatkan pelayanan kepada masyarakat termasuk juga dalam mengontrol pengeluaran obat, mengontrol bagaimana mendiagnosa itu semua karena kita mempunyai SOP sehingga secara khusus mencegah fraud itu terjadi.”
3. “Bagaimana usulan bapak dalam mengatasi potensi fraud, termasuk pelibatan staf, pelaporan, dan penerapan sanksi jika ditemukan pelanggaran ?”	3. “kalau ini ada untuk pengawasan untuk staf ada sistemnya memang untuk
4. “Apakah bapak memiliki inisiatif untuk mengimplementasikan	

pelatihan atau workshop terkait pencegahan fraud bagi staf di puskesmas anggeraja ?”

5. “Bagaimana cara bapak akan berkolaborasi dengan pihak terkait, seperti BPJS kesehatan atau instansi terkait dalam mengatasi potensi fraud pada pelaksanaan program JKN ?”

peningkatan staf karena ada aturanya semua ini apalagi sanksi kepada staf memang ada.”

4. “jadi kalau untuk pelatihan terkait fraud belum kita programkan kenapa, karena masih banyak workshop yang dianggap mungkin lebih penting sehingga belum diprogramkan.”
5. “jadi di puskesmas itu ada beberapa staf yang di tugaskan khusus untuk mengelolah sistem BPJS mereka itu mempunyai pengetahuan yang lebih di bandingan staf yang lain karena mereka yang berhubungan langsung dengan pihak JKN atau BPJS itu sendiri.”

Interpretasi

Dari hasil wawancara diatas dari kepala puskesmas sebagai penentu kebijakan terkait pelaksanaan program pencegahan fraud pada JKN dipuskesmas anggeraja menyatakan situasi sekarang belum di programkan terkait fraud tetapi dari segi langkah-langkah yang diambil mencegah fraud termasuk implementasi kontrol internal dan monitoring secara berkala itu sudah di terapkan melalui mutu puskesmas yang didalam itu bagaimana meningkatkan pelayanan kepada masyarakat termasuk juga dalam mengontrol pengeluaran obat dan mendiagnosa pasien dan untuk penerapan sanksi itu ada tetapi untuk pelatihan terkait fraud memang belum kita programkan.

Tabel 1. 10 Hasil Self Assesment Puskesmas Anggeraja

Kriteria Hasil Self Assesment	Nilai Persentase
Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP)	83,05%
Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP)	79,34%
Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP)	78,13%
Upaya Kesehatan Masyarakat yang Berorientasi Sasaran (UKBMS)	100%
Kepemimpinan dan Manajemen Upaya Kesehatan Masyarakat	96,53%
Sasaran Kinerja dan MDG's (SKM)	99,09%
Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)	100%
Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK)	87,50%
Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP)	73,28%

Sumber data Puskesmas Anggeraja

Pembahasan

Sistem Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di Puskesmas Anggeraja

Menurut ketentuan Pasal 7 Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 bahwa dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional, BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS, harus membangun sistem pencegahan kecurangan JKN. Namun demikian bagaimana sistem pencegahan kecurangan yang telah dilakukan oleh puskesmas anggeraja, terlebih dahulu perlu dikemukakan tentang lembaga atau institusi yang dimungkinkan untuk melakukan kecurangan. Menurut ketentuan Pasal 2 Permenkes Nomor 36 yang dapat melakukan kecurangan adalah: peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan; dan/atau, penyedia obat dan alat kesehatan.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Zuberi dan Mzenzi (2019) menyatakan bahwa kecurangan dapat dilakukan oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, penyedia obat dan juga terdapat tiga

faktor penyebab terjadinya fraud, yaitu motivasi, rasionalisasi dan peluang. Adapun enam faktor motivasi yang mendorong karyawan dan manajer melakukan fraud yaitu; insentif sosial dan tekanan, keserakahan, masalah operasi, tekanan internal dan lingkungan kerja yang jahat. Faktor rasionalisasi yaitu merasionalisasi perilaku melalui lima netralisasi signifikan dengan teknik yang diidentifikasi sebagai pembobotan sosial, pengalihan kesalahan, penolakan cedera, sikap dan riwayat fraud sebelumnya.

Terakhir, yaitu peluang; lingkungan pengendalian yang buruk, aktivitas pengendalian yang tidak memadai, dan keadaan yang memungkinkan perilaku kolusi di antara para penipu. BPJS dan faskes tidak dapat memberi tindakan terhadap pelaku fraud karena belum ada undang-undang yang mengatur tentang hal ini[23]

Pada prinsipnya peserta JKN berpotensi untuk melakukan Kecurangan yang dilakukan oleh peserta, sebagaimana ditentukan dalam Pasal 3 Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 dapat berupa:

1. Membuat pernyataan yang tidak benar dalam hal *eligibilitas* (memalsukan status kepesertaan) untuk memperoleh pelayanan kesehatan;
2. Memanfaatkan haknya untuk pelayanan yang tidak perlu (*unnecesary services*) dengan cara memalsukan kondisi kesehatan;
3. Memberikan gratifikasi kepada pemberi pelayanan agar bersedia memberi pelayanan yang tidak sesuai/tidak ditanggung;
4. Manipulasi penghasilan agar tidak perlu membayar iuran terlalu besar;
5. Melakukan kerjasama dengan pemberi pelayanan untuk mengajukan klaim palsu;
6. Memperoleh obat dan/atau alat kesehatan yang diresepkan untuk dijual kembali; dan/atau
7. Melakukan tindakan kecurangan JKN lainnya selain huruf a sampai dengan huruf.

Kerugian juga tidak hanya dilakukan oleh peserta JKN saja, akan tetapi justru dilakukan oleh petugas BPJS Kesehatan itu sendiri. Hal ini sebagaimana tertuang dalam ketentuan Pasal 4 Permenkes Nomor 36 Tahun 2015, bahwa

Tindakan Kecurangan JKN yang dilakukan oleh petugas BPJS Kesehatan meliputi perilaku curang tidak dapat dipisahkan bias keinginan sosial. Kedua, eksperimen hanya melibatkan pengambilan keputusan secara individu, bukan kelompok. tidak menguji efektivitas rasionalisasi dalam mengurangi pengaruh negatif. Implikasi Praktis – Selama bertahun-tahun, pemerintah hanya berfokus pada identifikasi tekanan dan pengurangan peluang, tetapi mengabaikan alasan psikologis individu. Mengingat bahwa penipuan pengadaan selalu meningkat, pemerintah harus lebih fokus pada alasan individu untuk merancang suatu sistem pencegahan dan deteksi yang efektif[23]

Bentuk kecurangan yang paling klasik dilakukan oleh petugas BPJS adalah kerjasama dengan peserta dan/atau fasilitas kesehatan untuk mengajukan klaim yang palsu serta memanipulasi manfaat yang seharusnya tidak dijamin agar dapat dijamin. Kondisi demikian juga terungkap berdasarkan hasil wawancara dengan Staf RSUD Menggala bahwa dimungkinkan peserta akan bekerjasama dengan petugas BPJS.2 Untuk tindakan kecurangan JKN yang dilakukan di FKRTL menurut Pasal Pasal 5 Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 meliputi:

1. Penulisan kode diagnosis yang berlebihan/*upcoding*, yaitu perubahan kode diagnosis dan/atau prosedur menjadi kode yang memiliki tarif yang lebih tinggi dari yang seharusnya.
2. Penjiplakan klaim dari pasien lain/*cloning*, yaitu klaim yang dibuat dengan cara menyalin dari klaim pasien lain yang sudah ada.
3. Klaim palsu/*phantom billing* adalah klaim atas layanan yang tidak pernah diberikan.
4. Penggelembungan tagihan obat dan alkes/*inflated bills*, yaitu klaim atas biaya obat dan/atau alat kesehatan yang lebih besar dari biaya yang sebenarnya.
5. Pemecahan episode pelayanan/*services unbundling or fragmentation*, yaitu klaim atas dua atau lebih diagnosis dan/atau prosedur yang seharusnya menjadi satu paket pelayanan dalam episode yang sama atau menagihkan beberapa prosedur secara terpisah yang seharusnya dapat ditagihkan bersama dalam bentuk paket pelayanan, untuk mendapatkan nilai klaim lebih besar

pada satu episode perawatan pasien.

6. Rujukan semu/*selfs-referrals*, adalah klaim atas biaya pelayanan akibat rujukan ke dokter yang sama di fasilitas kesehatan lain kecuali dengan alasan fasilitas.
7. Tagihan berulang/*repeat billing*, adalah klaim yang diulang pada kasus yang sama.
8. Memperpanjang lama perawatan/*prolonged length of stay*, adalah klaim atas biaya pelayanan kesehatan yang lebih besar akibat perubahan lama hari perawatan inap.
9. Manipulasi kelas perawatan/*type of room charge*, adalah klaim atas biaya pelayanan kesehatan yang lebih besar dari biaya kelas perawatan yang sebenarnya.
10. Membatalkan tindakan yang wajib dilakukan/*cancelled services*, adalah klaim atas diagnosis dan/atau tindakan yang tidak jadi dilaksanakan.
11. Melakukan tindakan yang tidak perlu/*no medical value*, adalah klaim atas tindakan yang tidak berdasarkan kebutuhan atau indikasi medis.
12. Penyimpangan terhadap standar pelayanan/*standard of care*, adalah klaim atas diagnosis dan/atau tindakan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan.
13. Melakukan tindakan pengobatan yang tidak perlu/*unnecessary treatment*, adalah klaim atas tindakan yang tidak diperlukan.
14. Menambah panjang waktu penggunaan ventilator, adalah klaim yang lebih besar akibat penambahan lama penggunaan ventilator yang tidak sesuai dengan kebutuhan.
15. Tidak melakukan visitasi yang seharusnya/*phantom visit*, adalah klaim atas kunjungan pasien palsu.
16. Tidak melakukan prosedur yang seharusnya/*phantom procedures*, adalah klaim atas tindakan yang tidak pernah dilakukan.
17. Admisi yang berulang/*readmisi*, adalah klaim atas diagnosis dan/atau tindakan dari satu episode yang dirawat atau diklaim lebih dari satu kali seolah-olah lebih dari satu episode.

Selanjutnya, tindakan kecurangan JKN yang dilakukan penyedia obat dan alat kesehatan menurut ketentuan Pasal 2 Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 meliputi:

- a. Tidak memenuhi kebutuhan obat dan/atau alat kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. Melakukan kerjasama dengan pihak lain mengubah obat dan/atau alat kesehatan yang tercantum dalam e-catalog dengan harga tidak sesuai dengan e-catalog; dan melakukan tindakan kecurangan jkn lainnya selain huruf a dan huruf .

Sebagai contoh konkret, tindak kecurangan (*fraud*) yang mungkin terjadi di tingkat FKRTL adalah penulisan kode diagnosis yang berlebihan (*upcoding*). Bentuk tindak kecurangan ini dipicu oleh beberapa hal, misalnya karena merasa biaya yang tercantum dalam paket INA-CBGs dirasa rendah maka rumah sakit atau puskesmas mencari cara lain untuk mendapat keuntungan. Pembayaran klaim BPJS Kesehatan ke puskesmas sebagaimana paket tarif INA-CBGs yang tanpa batas atas juga memicu terjadinya *fraud*. Selain itu, peraturan perundang-undangan yang ada saat ini seperti UU No.40 Tahun 2004 tentang SJSN dan UU No.24 Tahun 2011 tentang BPJS belum cukup kuat mencegah kecurangan.

Selanjutnya, Permenkes No. 36 Tahun 2015 memerintahkan masing masing pihak terkait untuk membangun sistem pencegahan tindak kecurangan (*fraud*). Untuk BPJS Kesehatan Permenkes 36 Tahun 2015 memerintahkan penyusunan kebijakan dan pedoman pencegahan Kecurangan JKN, pengembangan budaya pencegahan kecurangan JKN sebagai bagian dari tatakelola organisasi yang baik dan pembentukan tim pencegahan kecurangan JKN di BPJS Kesehatan. FKRTL harus membentuk sistem serupa sebagaimana diamanatkan Permenkes 36Tahun 2015. Peran masyarakat juga dibutuhkan untuk mencegah kecurangan dalam program JKN, karena setiap orang yang mengetahui adanya kecurangan dalam program JKN dapat melakukan pengaduan. Caranya, pengadu menyampaikan secara tertulis kepada pimpinan fasilitas kesehatan, dinas kesehatan Kabupaten/Kota dan atau Provinsi. Pengaduan harus dilengkapi data identitas pengadu, kemudian nama dan alamat instansi yang diduga melakukan tindakan

kecurangan dan alasan pengaduan. Pembangunan sistem pencegahan kecurangan menurut Permenkes No. 36 Tahun 2015 harus melalui tiga hal yakni:

- a. FKRTL menyusun peraturan internal dalam bentuk tata kelola organisasi dan tata kelola klinik yang baik.
- b. FKRTL mampu mengembangkan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya melalui penggunaan konsep manajemen yang efektif dan efisien, teknologi informasi berbasis bukti dan membentuk Tim Pencegahan Kecurangan JKN di FKRTL.
- c. FKRTL mampu mengembangkan budaya pencegahan kecurangan JKN sebagai bagian dari tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya berdasarkan prinsip tarik (transparansi, akuntabilitas, responsibilitas, independensi dan kewajaran)[1]

Kecurangan(fraud) yang ditemukan di Puskesmas Anggeraja dapat dilakukan sebagai berikut:

- a. Pasien BPJS
 - 1) Fraud yang dilakukan oleh pasien BPJS kesehatan di Puskesmas Anggeraja yaitu tidak ada,karena dari hasil penelitian di ketahui bahwa mengenai pelaksanaan program pencegahan fraud jaminan kesehatan nasional dilakukan 4 Informan yakni pasien/peserta BPJS menyatakan bahwa mereka tidak mengetahui informasi mengenai fraud dan juga kita ketahui bahwa masih kurangnya pengetahuan atau pemahaman mengenai bagaimana program JKN bekerja dalam memberikan jaminan kesehatan kepada peserta BPJS programJKN juga disebabkan oleh bagaimana proses pendaftaran pada pasien BPJS.
 - 2) Bentuk pencegahannya
 - a) Lebih menggali informasi mengenai JKN agar mereka dapat lebih memahami program JKN bekerja dalam memberikan jaminan kesehatan
 - b) Mempelajari dan mencari informasi mengenai fraud pada JKN yang mungkin

bias saja terjadi

b. Pelayanan Kesehatan

1) Fraud yang dilakukan oleh pelayanan kesehatan di Puskesmas Anggeraja yaitu tidak ada ditemukan karena dari hasil penelitian informan pelayanan kesehatan yakni Pelayanan kesehatan dari ke 3 informan tersebut juga menyatakan bahwa dalam lingkungan mereka tidak mengetahui mengenai fraud pada JKN dan mereka juga tidak ada pelatihan untuk mengenali jenis-jenis fraud karena karena semua itu hanya di ketahui oleh petugas BPJS.

2) Cara pencegahannya yaitu:

Lebih menginformasikan kepada pihak pelayanan kesehatan mengenai fraud agar mereka bisa menjelaskan terkait fraud itu apa dan pasien BPJS pun bias mengetahui jenis- jenis kecurangan (fraud).

c. Penyedia obat

1) Fraud yang dapat dilakukan oleh penyedia obat di Puskesmas Anggeraja yaitu tidak ada karena dari hasil penelitian menyatakan bahwa sebagai berikut:

a) Mereka tidak berhubungan langsung dengan pihak JKN jadi mereka tidak mengetahui mengenai fraud yang mungkin bias saja terjadi tetapi, mereka juga menyatakan bahwa pada puskesmas kecil kemungkinan terjadi kecurangan (fraud).

b) Kalau kita lihat dari segi dana saja dalam penyedia kebutuhan obat itu memiliki aturan tersendiri dan mereka juga hanya memasukkan obat yang memang tidak ada di dinas jika disuruh untuk membuat perencanaan kebutuhan obat.

2) Bentuk pencegahannya:

Seharusnya lebih menggali informasi mengenai fraud (kecurangan) karena walaupun dikatakan kecil kemungkinan terjadi fraud tetapi bias saja terjadi tanpa kita sadari

d. Petugas BPJS dan sekaligus bendahara

1) Fraud yang dapat dilakukan oleh petugas BPJS di Puskesmas Anggeraja

yaitu tidak ada karena dari hasil penelitian menyatakan bahwa sebagai berikut:

- a) Dari segi pelatihan untuk pencegahan fraud tidak ada tapi kalau dalam pertemuan biasanya memperingati aturan – aturan yang ada pada JKN
 - b) Kurang menginformasikan kepada para staf mengenai informasi yang berkaitan pada JKN
- 2) Bentuk Pencegahannya:
- a) Seharusnya mengadakan pelatihan untuk mengenal tentang fraud
 - b) Lebih mengupdate informasi ke petugas kesehatan agar mereka dapat mengetahui berbagai informasi dari JKN

e. kepala Puskesmas

- 1) Fraud yang dapat terjadi di Puskesmas Anggeraja yaitu tidak ada karena dari hasil penelitian kepala puskesmas menyatakan bahwa sebagai berikut:

Resiko terjadinya fraud pada puskesmas itu sangat kecil biasa terjadi karena puskesmas juga memang memiliki anggarannya juga kecil tetapi puskesmas itu sudah di terapkan seperti mutu puskesmas yang didalam itu, bagaimana meningkatkan pelayanan kepada masyarakat termasuk juga dalam mengontrol pengeluaran obat, mendiagnosa pasien, karena kita mempunyai SOP sehingga secara khusus mencegah fraud itu terjadi walaupun tidak ada pengawasan ataupun pelatihan khusus bahkan tidak di adakan pencegahan fraud secara terang-terangan tetapi dengan adanya mutu pada puskesmas Anggeraja itu dapat membantu dalam pelaksanaan pencegahan fraud pada program jaminan kesehatan nasional (JKN), tetapi system pengendalian internal dari instansi masih lemah.

Hal ini sejalan dengan penelitian dilakukan oleh Rocky Soputan menyatakan bahwa informan lewat wawancara memberikan gambaran yang jelas bahwa lemahnya sistem pengendalian internal dari instansi terkait akan merugikan pelaksanaan program pemerintah dalam bidang pelayanan kesehatan. Apalagi maksud dan tujuan dari pemberian dana kapitasi ini. Menurut teori *fraud triangle* oleh *Donald R. Cressey* (1953) dalam *Tomi Setiaji* (2015) bahwa kesempatan untuk

melakukan kecurangan karena lemahnya pengendalian internal, lemahnya sanksi, dan ketidak mampuan untuk menilai kualitas kerja.[22]

Walaupun tidak ada saya temukan fraud tapi ada beberapa kasus yang saya dapat salah satunya pada halaman 4 dimana suatu obat dimasukkan kedalam tagihan pembayaran yang seharusnya tidak perlu di bayar dan juga kita bisa melihat dari segi hasil *Self Assesmeant* Pada Puskesmas Anggeraja. Berdasarkan hasil *Self Assesment* pada Puskesmas Anggeraja dapat kita lihat pada tabel 1.10 diperoleh data yang merupakan hasil *self assessment* Puskesmas Anggeraja sebagai berikut diperoleh untuk :

1. Pencapaian Kinerja dan Standar Operasional

Data yang mencakup hasil *self-assessment* dan pencapaian standar operasional yang cukup detail. Hal ini dapat di kaitkan dengan potensi area di mana fraud bisa terjadi dalam pelaksanaan JKN (Jaminan Kesehatan Nasional), misalnya dalam pelaporan kinerja yang tidak akurat atau manipulasi data pencapaian untuk memenuhi standar yang ditetapkan.

2. Manajemen dan Kepemimpinan Puskesmas

Penilaian terhadap Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas yang tercermin dalam data tersebut dapat dianalisis untuk melihat apakah ada potensi kelemahan dalam manajemen yang bisa dieksploitasi untuk tindakan fraud. Misalnya, bagaimana kepemimpinan mengawasi pelaksanaan program, pengelolaan dana, dan penggunaan sumber daya.

3. Layanan Klinis dan Pengelolaan Pasien

Layanan klinis yang berorientasi pada pasien dan penilaian mutu yang telah dilakukan bisa menjadi salah satu area untuk melihat apakah ada kesesuaian antara laporan layanan dengan realitas di lapangan. Ketidakcocokan ini bisa menjadi indikator awal dari adanya fraud, misalnya dalam klaim biaya layanan yang lebih tinggi dari yang sebenarnya diberikan.

4. Sumber Daya Manusia (SDM)

Kesesuaian antara jumlah dan kualifikasi tenaga kesehatan yang tersedia dengan yang dilaporkan dapat menjadi bahan untuk melihat apakah ada indikasi manipulasi atau pelaporan yang tidak sesuai. Misalnya, tenaga

kesehatan yang tidak memenuhi syarat atau jumlah tenaga kesehatan yang dilaporkan lebih banyak dari yang sebenarnya untuk mendapatkan lebih banyak dana dari JKN.

5. Kegiatan dan Indikator Kinerja Kesehatan Masyarakat

Beberapa indikator kinerja seperti cakupan imunisasi, pelaksanaan program gizi, dan penanganan penyakit menular bisa dibandingkan dengan data JKN untuk melihat apakah ada ketidaksesuaian yang mengindikasikan terjadinya fraud, seperti pelaporan angka yang lebih tinggi atau rendah untuk keuntungan finansial

Dengan mengkaitkan data dari self-assessment ini dengan aspek pelaksanaan fraud JKN, dapat mengeksplorasi area-area potensial yang rentan terhadap kecurangan dan bagaimana prosedur manajemen dan pelaporan di Puskesmas dapat mempengaruhi keakuratan data dalam pelaksanaan JKN.

Besarnya resiko kerugian yang ditimbulkan, mendorong pemerintah menerbitkan Permenkes No. 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai dasar hukum pengembangan sistem anti fraud layanan kesehatan di Indonesia. Sejak diluncurkan April 2015 lalu, peraturan ini belum optimal dijalankan. Dampaknya, resiko kecurangan (fraud) dalam layanan kesehatan berpotensi semakin banyak terjadi namun tidak diimbangi dengan sistem pengendalian yang baik. Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) turut juga memberikan perhatian terhadap pengelolaan dana kapitasi ini. Hasil analisa Komisi Pemberantasan Korupsi terdapat empat hal pokok dalam kelemahan pengelolaan dana kapitasi ini salah satunya adalah masalah sumber daya manusia[24]

Selanjutnya secara khusus Permenkes No. 36 Tahun 2015 mewajibkan FKRTL membangun sistem pencegahan kecurangan, namun belum menjelaskan standar minimum yang jelas sistem pencegahan seperti apa yang perlu dibangun FKRTL. Standar diserahkan ke FKRTL, sehingga perlu adanya standarisasi sistem pencegahan yang dibangun oleh FKRTL untuk meminimalkan subyektifitas pemilik atau pejabat FKRTL dalam membangun sistem pencegahan.

Permenkes No.36 Tahun 2015 mengatur pembinaan dan pengawasan dalam rangka pencegahan kecurangan dalam JKN dilakukan oleh Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan kewenangan masing-masing. Bentuk pembinaan dan pengawasan itu berupa advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis, pelatihan dan peningkatan kapasitas SDM serta monitoring dan evaluasi. Selanjutnya, Permenkes 36 Tahun 2015 mengatur sanksi bagi pelaku kecurangan. Sanksi administratif yang dapat dijatuhkan kepada pelaku yaitu teguran lisan, teguran tertulis dan/atau perintah pengembalian kerugian kepada pihak yang dirugikan.

Pada era JKN, Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP) serta menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk menjadi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama bagi peserta JKN. [25]

Sistem Pengaduan Dan Penyelesaian Perselisihan Jika Terdapat Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di Puskesmas Anggeraja

Fraud merupakan upaya yang secara sengaja dilakukan dengan menciptakan suatu manfaat yang dapat merugikan pihak lain. Fraud tidak hanya terjadi di Indonesia yang belum tertata rapi sistem pelayanan kesehatan maupun sistem pembiayaannya tetapi juga terjadi di seluruh dunia yang berdampak terhadap berbagai aspek.[26]

Sanksi administrasi tersebut pada prinsipnya tidak menghapus pidana yang dapat dijatuhkan kepada pelaku kecurangan atau penipuan sebagaimana yang diatur dalam Pasal 378 KUHP. Artinya, penerapan sanksi administratif harus sinergis dengan sanksi pidana. Oleh karena itu, di masa mendatang perlu dibuat peraturan khusus yang mengatur tentang fraud, bentuknya bisa berupa undang-undang Anti Fraud dalam Pelayanan Kesehatan.

Pengaduan dapat disampaikan kepada pimpinan fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Dinas Kesehatan Provinsi (Pasal 25 ayat (2)

Permenkes No. 36 Tahun 2015). Pengaduan pada fasilitas kesehatan dalam hal ini adalah rumah sakit, baik FKTP maupun FKRLT. Pengaduan di FKTP ditujukan kepada tim pencegahan Kecurangan JKN di FKTP yang dibentuk oleh Dinas kesehatan Kabupaten/Kota. Tim pencegahan Kecurangan JKN di FKTP terdiri atas unsur dinas kesehatan, organisasi profesi, BPJS Kesehatan, dan asosiasi fasilitas kesehatan. Menurut ketentuan Pasal 11 ayat (4) Permenkes No. 36 Tahun 2015 Tim pencegahan Kecurangan JKN di FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bertugas:

- a) Mensosialisasikan kebijakan, pedoman, dan budaya baru yang berorientasi pada kendali mutu dan kendali biaya;
- b) Mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinik yang baik;
- c) Melakukan upaya pencegahan, deteksi dan penindakan kecurangan JKN di FKTP;
- d) Menyelesaikan perselisihan kecurangan JKN;
- e) Monitoring dan evaluasi; dan Pelaporan.

Jadi berdasarkan Pasal 11 ayat (4) Permenkes No. 36 Tahun 2015 tersebut, Tim Pencegahan Kecurangan JKN di FKTP melakukan penindakan kecurangan JKN dan menyelesaikan penyelesaian perselisihan JKN berdasarkan suatu laporan atau penemuan sistem pencegahan kecurangan JKN paling lambat 6 (enam) bulan sejak Permenkes No. 36 Tahun 2015, diundangkan. Tindakan ini sesuai dengan ketentuan Pasal 30 ayat (2) Permenkes No. 36 Tahun 2015 yang berbunyi: “Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, direktur/kepala Puskesmas dan penanggung jawab puskesmas utama atau yang setara harus membuat sistem pencegahan kecurangan JKN paling lambat 6 (enam) bulan sejak Peraturan Menteri ini diundangkan”. Kondisi demikian juga akan berkaitan dengan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*), dan tata kelola puskesmas yang baik (*good clinical governance*) dalam sebuah rumah sakit, sebagaimana tertuang dalam Pasal 16 Permenkes No. 36 Tahun 2015 yaitu:

- a. Transparansi merupakan keterbukaan informasi, baik dalam proses pengambilan keputusan maupun dalam mengungkapkan informasi yang sesuai

dengan kebutuhan untuk pencegahan Kecurangan JKN.

- b. Akuntabilitas merupakan kejelasan fungsi struktur sistem dan pertanggungjawaban pelayanan sehingga pengelolaan terlaksana dengan efektif.
- c. Responsibilitas merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan pelayanan terhadap prinsip organisasi yang sehat dalam rangka pencegahan kecurangan JKN.
- d. Independensi merupakan suatu keadaan dimana organisasi dikelola secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan prinsip-prinsip organisasi yang sehat dalam rangka pencegahan kecurangan JKN.
- e. Kewajaran merupakan perlakuan yang adil dan setara di dalam memenuhi hak pemangku kepentingan yang timbul berdasarkan perjanjian dalam rangka pencegahan kecurangan JKN.

Good corporate governance di bidang perumahaan merupakan suatu sistem (tata) hubungan dalam organisasi rumah sakit yang mengandung unsur-unsur pengendalian, pengarahan, pertanggung jawaban, dan pertanggung gugatan antara pemilik, pengelola, dan direksi serta jajaran manajemen operasional sebagai suatu kesatuan gerak untuk mencapai visi dan misi nilai-nilai organisasi. Tata kelola yang baik dan sehat melalui prinsip *corporate governance* akan menjamin kelangsungan dan perkembangan rumah sakit. Prinsip-prinsip yang dikembangkan dalam *corporate governance* adalah keterbukaan, akuntabilitas, Pertanggung jawaban kepada pemberi tugas, integritas dan berkeadilan.[27]

Untuk mengatasi masalah kecurangan dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Anggeraja, diperlukan sistem pengaduan dan penyelesaian perselisihan yang efektif. Berikut adalah langkah-langkah yang dapat diambil:

1. **Penyediaan Sistem Pengaduan:** Puskesmas Anggeraja perlu memiliki sistem yang jelas untuk menerima pengaduan terkait kecurangan dalam pelaksanaan

JKN. Ini dapat berupa formulir pengaduan yang dapat diakses oleh masyarakat, baik secara fisik maupun online.

2. **Prosedur Penanganan Pengaduan:** Tentukan prosedur yang jelas untuk menangani pengaduan. Misalnya, pengaduan dapat diajukan secara tertulis dengan menyertakan bukti-bukti yang mendukung, dan waktu penanganan yang harus diikuti.
3. **Tim Penanganan Pengaduan:** Bentuk tim khusus yang bertanggung jawab untuk meninjau dan menangani setiap pengaduan yang diterima. Tim ini harus terdiri dari orang-orang yang terampil dan independen.
4. **Investigasi Mendalam:** Lakukan investigasi menyeluruh terhadap setiap pengaduan kecurangan yang diterima. Ini termasuk wawancara dengan pihak terkait, pemeriksaan dokumen, dan pengumpulan bukti lainnya.
5. **Pengambilan Tindakan:** Jika ditemukan bukti kecurangan, ambil tindakan segera sesuai dengan kebijakan yang berlaku. Tindakan tersebut bisa berupa perbaikan proses, sanksi terhadap pelaku kecurangan, atau perbaikan kerugian yang dialami.
6. **Pemberitahuan Kepada Pengadu:** Berikan informasi kepada pengadu mengenai hasil dari pengaduannya dan tindakan yang telah diambil.
7. **Transparansi dan Akuntabilitas:** Pastikan bahwa seluruh proses penanganan pengaduan dilakukan secara transparan dan akuntabel. Hal ini dapat membangun kepercayaan masyarakat terhadap program JKN di Puskesmas Anggeraja.
8. **Peningkatan Sistem:** Lakukan evaluasi secara berkala terhadap sistem pengaduan dan penyelesaian perselisihan ini, dan lakukan perbaikan jika diperlukan untuk meningkatkan efektivitasnya.

Dengan menerapkan langkah-langkah ini, diharapkan bahwa Puskesmas Anggeraja dapat lebih efektif dalam mengatasi kecurangan dalam pelaksanaan Program JKN dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi masyarakat.

Selanjutnya, dengan merujuk pada ketentuan Pasal 27 ayat (2) Permenkes No. 36 Tahun 2015, pembinaan dan pengawasan pencegahan kecurangan JKN di puskesmas anggeraja Untuk pengaduan adanya dugaan kecurangan JKN, harus memuat paling sedikit meliputi: identitas pengadu, nama dan alamat instansi yang diduga melakukan tindakan kecurangan JKN, dan alasan pengaduan (Pasal 25 ayat (3) Permenkes No. 36 Tahun 2015). Dengan adanya pengaduan kecurangan JKN, Pimpinan fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Dinas Kesehatan Provinsi harus menindaklanjuti pengaduan dengan cara melakukan investigasi. Investigasi dilakukan dengan melibatkan BPJS Kesehatan, tim pencegahan Kecurangan JKN di puskesmas.

Klaim non kapitasi adalah klaim yang dilakukan oleh puskesmas ke pihak BPJS Kesehatan berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Hasil klaim tersebut merupakan patokan terhadap besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada puskesmas [33]. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tarif non kapitasi diberlakukan pada puskesmas yang melakukan pelayanan ambulan, pelayanan obat program rujuk balik, pemeriksaan penunjang rujuk balik, jasa pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan bidan atau dokter, rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi medis, dan pelayanan keluarga berencana [34].

Fraud dalam bentuk penulisan kode diagnosis berlebihan, klaim palsu dan tagihan berulang di puskesmas Anggeraja dapat dilakukan melalui sistem pengaduan atau laporan adanya kecurangan JKN yang dilakukan secara tertulis yang ditujukan kepada Tim Pencegahan Fraud. Pengaduan atau laporan adanya dugaan kecurangan JKN, harus memuat paling sedikit meliputi: identitas pengadu, nama dan alamat instansi yang diduga melakukan tindakan Kecurangan JKN, dan alasan pengaduan. Apabila terjadi perselisihan pendapat terhadap penetapan ada tidaknya kecurangan JKN, Dinas Kesehatan Provinsi atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat meneruskan pengaduan kepada Tim pencegahan Kecurangan JKN yang dibentuk oleh Menteri dan dapat di berikan sanksi yang sudah ditetapkan jika memang terdapat fraud JKN.

Pendapatan yang tidak sesuai target dapat memicu potensi fraud di Puskesmas

untuk merasionalisasikan kondisi yang terjadi. Keterlambatan penerimaan pembayaran ini mempengaruhi arus kas pada Puskesmas. Hal ini dapat mempengaruhi terhadap kebijakan alokasi dan perencanaan anggaran dari Puskesmas. Selain itu juga dapat berdampak terhadap kualitas mutu layanan di Puskesmas yaitu dalam dimensi kompetensi, dimensi efektifitas pelayanan, dimensi keamanan, sarana prasarana dan dimensi kenyamanan pelayanan [35].

Pada hasil penelitian, terdapat pasien yang meminta tolong untuk didaftarkan oleh petugas yang dikenal. Pasien datang meminta untuk didaftarkan dibantu oleh petugas pendaftaran namun tetap mengikuti aturan pelayanan yaitu sesuai dengan nomor antrian. Karena wilayah kerja petugas yang berada disekitar puskesmas menyebabkan banyak pasien yang kenal dengan petugas sehingga meminta bantuan untuk diurus proses pengobatan agar lebih cepat. Berbeda dengan penelitian yang berkaitan dengan budaya dan komitmen organisasi oleh Mustikasari (2013) yang menyatakan bahwa budaya dan komitmen organisasi berpengaruh negatif terhadap tindakan kecurangan.

Pelayanan kesehatan merupakan organisasi yang sangat kompleks karena bergerak di bidang jasa yang melibatkan kelompok profesi dengan berbagai latar belakang pendidikan dan kehidupan[35]. Dalam melaksanakan setiap tugas baik dalam tindakan maupun pelayanan kesehatan, perawat, dokter, dan tenaga medis lainnya harus mematuhi aturan semua aspek hukum kesehatan. Sejalan dengan semakin pesatnya perkembangan global saat ini, aspek kesehatan menjadi kebutuhan dasar manusia. untuk kehidupan yang lebih layak dan produktif [36]

Seiring dengan perkembangan global di bidang kesehatan, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan bahwa dunia telah menghabiskan triliunan USD atau sekitar 6% dari total pengeluaran untuk pelayanan kesehatan (*World Health Organization, 2018*). Pengeluaran untuk kesehatan melebihi lebih dari pertumbuhan ekonomi (*Global Health Care Anti-Fraud Network (GHCAN), 2017*). Aspek yang paling berpengaruh dari pengeluaran adalah kecurangan pada layanan kesehatan secara global (NHCAA, 2019). *National Health Care Anti-Fraud Association* (NHCAA) memperkirakan bahwa biaya kesehatan.[37]

Fraud dalam jaminan kesehatan nasional merupakan suatu bentuk upaya yang

disengaja untuk menciptakan suatu manfaat yang seharusnya tidak dinikmati oleh individu atau institusi dan dapat merugikan pihak lain. Menurut Black's Law Dictionary, tujuan melakukan penipuan adalah untuk mendapatkan barang berharga dari kehilangan orang lain sebagai upaya curang untuk mendapatkan keuntungan pribadi. Penipuan dalam suatu instansi atau perusahaan adalah Tindakan kecurangan yang disengaja berdasarkan ketidakjujuran yang dapat dilakukan oleh seseorang, baik karyawan maupun pimpinan, yang mengakibatkan kerugian bagi instansi perusahaan, baik secara finansial maupun non finansial[38].

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Untuk mencegah adanya kecurangan dalam BPJS terutama masalah penulisan kode diagnosis berlebihan, klaim palsu dan tagihan berulang, di puskesmas Anggeraja telah membentuk sistem pencegahan kecurangannya itu dalam bentuk mutu puskesmas Anggeraja. Salah satu tugas mutu puskesmas Anggeraja tersebut adalah melakukan upaya pencegahan, deteksi dan penindakan kecurangan JKN. Sistem yang telah dibangun dalam upaya melakukan pencegahan JKN di puskesmas Anggeraja telah sesuai dengan Permenkes Nomor. 36 Tahun 2015.
2. Fraud dalam bentuk penulisan kode diagnosis berlebihan, klaim palsu dan tagihan berulang di puskesmas Anggeraja dapat dilakukan melalui sistem pengaduan atau laporan adanya kecurangan JKN yang dilakukan secara tertulis yang ditujukan kepada Tim Pencegahan Fraud. Pengaduan atau laporan adanya dugaan kecurangan JKN, harus memuat paling sedikit meliputi: identitas pengadu, nama dan alamat instansi yang diduga melakukan tindakan Kecurangan JKN, dan alasan pengaduan. Apabila terjadi perselisihan pendapat terhadap penetapan ada tidaknya kecurangan JKN, Dinas Kesehatan Provinsi atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat meneruskan pengaduan kepada Tim pencegahan Kecurangan JKN yang dibentuk oleh Menteri dan dapat di berikan sanksi yang sudah di tetapkan jika memang terdapat fraud JKN.

B. Saran

1. Bagi institusi Puskesmas Anggeraja perlu memperluas program pencegahan Kecurangan (fraud) JKN edukasi masyarakat tentang pentingnya memahami mengenai pemakaian BPJS dan lebih memahami bahwa fraud itu bisa saja terjadi maka itu sebabnya pentingnya memahami pencegahan fraud pada JKN. Tingkatkan kerjasama lintas sektor melibatkan pemerintah desa, lembaga kesehatan, dan organisasi non-pemerintah dalam strategi pencegahan fraud. Lakukan pemantauan dan

evaluasi rutin terhadap program-program pencegahan fraud untuk perbaikan berkelanjutan.

2. Bagi Pemerintah kecamatan Anggeraja diharapkan dapat memahami bagaimana pelaksanaan program JKN dalam melayani dan lebih mengerti bagaimana JKN bekerja dalam kesehatan karena dengan memahami program JKN bekerja maka dapat lebih mempermudah dalam pendaftaran dan memfasilitasi dalam penggunaan BPJS agar tidak dengan mudahnya terjadi kecurangan (fraud) kepada kita Dengan adanya pemahaman ini, diharapkan masyarakat dapat merasakan perbaikan signifikan dalam kualitas hidup mereka, terutama dalam hal kesehatan yang merupakan hak dasar setiap individu.
3. Peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan penelitian dengan turun secara langsung serta memberikan informasi langsung kepada informan tentang pentingnya mengetahui informasi mengenai Fraud pada JKN dan mengetahui program Fraud pada JKN.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] S. Solehuddin, "Urgensi Kriminalisasi Perbuatan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Di Indonesia," *Interdiscip. J. Law, Soc. Sci. Humanit.*, Vol. 4, No. 1, P. 55, 2023, Doi: 10.19184/Idj.V4i1.39490.
- [2] Martini, "Analisis Profil Fraudsters Terhadap Peluang Dan Kerugian Fraud," *Artik. Ilm. Nurul*, Vol. 3, No. 2, Pp. 40–46, 2019.
- [3] D. A. Ningtyas, "Pengaruh Undang-Undang No 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Terhadap Kebijakan Mutu Pelayanan Kesehatan Di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (Fktrl)," *J. Infokes*, Pp. 42–57, 2019.
- [4] A. P. Sari, S. P. Jati, And Z. Shaluhiah, "Implementasi Kebijakan Pencegahan Fraud Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Di Rumah Sakit Nasional Diponegoro Jawa Tengah," *Jkm (Jurnal Kesehat. Masyarakat) Cendekia Utama*, Vol. 10, No. 1, P. 128, 2022, Doi: 10.31596/Jkm.V10i1.1002.
- [5] R. Zafirah, S. P. Jati, and S. BM, "Analisis Pelaksanaan Program Pencegahan Kecurangan (Fraud) Jaminan Kesehatan Nasional Di Puskesmas Kota Semarang," *J. Kesehat. Masy.*, vol. 6, no. 4, pp. 95–104, 2018, [Online]. Available: <http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm>
- [6] T. K. Setiaji, S. P. Jati, S. P. Arso, F. K. Masyarakat, And U. Diponegoro, "Analisis Faktor Internal Dan Eksternal Sebagai Bahan Penyusun Strategi Pencegahan Fraud Dana Kapitasi Di Kota Semarang," Vol. 3, No. April, 2015.
- [7] H. Sadikin And W. Adisasmito, "Analysis Of The Influence Of Fraud Triangle Dimensions In Fraud Prevention Policies On The National Health Insurance Program At Cipto Mangunkusumo National Hospital," *J. Ekon. Kesehat. Indones.*, Vol. 1, No. 2, Pp. 28–34, 2016.

- [8] S. Srinoveani, "Pengaruh Upaya Puskesmas Dalam Menaggulangi Fraud Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Tanah Lampung," *J. Adm. Nusant. Mhs.*, Vol. 3, No. 8, Pp. 67–76, 2021.
- [9] Muh. Asiz Albar, "Layanan Puskesmas Pada Pengawasan Obat Puskesmas- Anggeraja-Enrekang-Dikeluhkan-Ini-Masalahnya
- [10] E. Herviana, "Fraudulent Financial Reporting : Pengujian Teori Fraud Pentagon Pada Badan Usaha Milik Negara (Bumn) Yang Terdaftar Di Bursa Efek Indonesia (Bei) Periode 2012-2016," *Skripsi*, Pp. 80–83, 2017.
- [11] D. Supriyanto, "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pencegahan Fraud Pada Pengadaan Barang Dan Jasa: Sistem Pengendalian Internal, E-Procurement, Sistem Dan Prosedur," *J. Ekon. Manaj. Sist. Inf.*, Vol. 4, No. 2, Pp. 131–141, 2022, Doi: 10.31933/Jemsi.V4i2.1200.
- [12] T. S. Hartati, "Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Kesehatan (Sjsn) (Studi Di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tulang Bawang)," *Fiat Justisiajurnal Ilmu Huk.*, Vol. 10, No. 4, P. 715, 2017, Doi: 10.25041/Fiatjustisia.V10no4.808.
- [13] L. Kusumosari and S. Nur Rahardjo, "Audit Committee Effectiveness As Fraud Prevention Mechanisms," *J. Ris. Akunt. Dan Bisnis Airlangga*, vol. 8, no. 2, pp. 1602–1623, 2023, doi: 10.20473/jraba.v8i2.51157.
- [14] Kusumosari, L., & Solikhah, B. (2021). Analisis kecurangan laporan keuangan melalui fraud hexagon theory. *Fair Value: Jurnal Ilmiah Akuntansi Dan Keuangan*, 4(3), 753-767.
- [15] Kementerian Kesehatan, "Permenkes No.16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan Dan Penanganan Fraud," No. 803, Pp. 1–48, 2019.
- [16] Djasri, H., Rahma, P. A., & Hasri, E. T. (2016). Korupsi dalam pelayanan kesehatan di era jaminan kesehatan nasional: Kajian besarnya potensi dan

sistem pengendalian fraud. *Integritas: Jurnal Antikorupsi*, 2(1), 113-133.

- [17] Wells, J. T. (2017). *Corporate fraud handbook: Prevention and detection*. John Wiley & Sons.
- [18] D. T. Wolfe And D. R. Hermanson, “The Fwolve, D. T. And Hermanson, D. R.(2004) ‘The Fraud Diamond : Considering The Four Elements Of Fraud: Certified Public Accountant’, *The Cpa Journal*, 74(12), Pp. 38–42. Doi Doi:Raud Diamond : Considering The Four Elemwolfe, D. T. And Hermanson,D. R.,” *Cpa J.*, Vol. 74, No. 12, Pp. 38–42, 2004.
- [19] D. E. C. Na And C. Hipertensiva, “Penelitian Kualitatif”.
- [20] N. F. Amin, S. Garancang, And K. Abunawas, “Konsep Umum Populasi Dan Sampel Dalam Penelitian,” *J. Pilar*, Vol. 14, No. 1, Pp. 15–31, 2023.
- [21] D. Firmansyah And Dede, “Teknik Pengambilan Sampel Umum Dalam Metodologi Penelitian: Literature Review,” *J. Ilm. Pendidik. Holistik*, Vol. 1, No. 2, Pp. 85–114, 2022, Doi: 10.55927/Jiph.V1i2.937.
- [22] C. Christalisana, “Pengaruh Pengalaman Dan Karakter Sumber Daya Manusia Konsultan Manajemen Konstruksi Terhadap Kualitas Pekerjaan Pada Proyek DiKabupaten Pandeglang,” *J. Fondasi*, Vol. 7, No. 1, Pp. 87–98, 2018, Doi: 10.36055/Jft.V7i1.3305.
- [23] Superadmin. Pengendalian Dan Program Fraud Pelayanan Kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) [Internet]. 2022. Availabl from: <https://chpm.fk.ugm.ac.id/usulan-kebijakan-pengendalian-fraud-pelayanan-kesehatan-dalam-jaminan-kesehatan-nasional-jkn/>
- [24] wiji Nurhayat, “Kenali Fraud Laporan Keuangan dan Praktiknya yang Merugikan Perusahaan.” [2022].
- [25] S. Yusuf, H. Muin, and M. Majid, “Analisis Tingkat Pemulihan Biaya (Cost Recovery Rate) Instalasi Bedah Caesar Di Rumah Sakit,” *J. Manajemen, Ekon.Keuang. dan Akunt.*, vol. 3, no. 2, pp. 638–644, 2022

- [26] R. Soputan, J. Tinangon, and L. Lambey, "Analisis Resiko Kecurangan terhadap Sistem Pengelolaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Di FKTP Pemerintah Kota Bitung," pp. 140–149, 2014.
- [27] O. Access, "Studi Kualitatif Fraud Pelayanan Kesehatan: Literature Review," vol. 6, no. 6, pp. 1065–1073, 2023.
- [28] N. W. Rustiarini, S. Sutrisno, N. Nurkholis, and W. Andayani, "Fraud triangle in public procurement: evidence from Indonesia," *J. Financ. Crime*, vol. 26, no. 4, pp. 951–968, 2019, doi: 10.1108/JFC-11-2018-0121.
- [29] Soputan, R., Tinangon, J., & Lambey, L. (2018). Analisis Resiko Kecurangan terhadap Sistem Pengelolaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Di FKTP Pemerintah Kota Bitung. *Jurnal Riset Akuntansi Dan Auditing" Goodwill"*.
- [30] Rizka, Z., Jati, S. P., & Syamsulhuda, B. M. (2018). Analisis Pelaksanaan Program Pencegahan Kecurangan (FRAUD) Jaminan Kesehatan Nasional Di Puskesmas Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(4), 95-104.
- [31] B. Gede Ari Rama, D. Krisna Prasada, and K. Julia Mahadewi, "Urgensi Pengaturan Artificial Intelligence (AI) Dalam Bidang Hukum Hak Cipta Di Indonesia," *J. Rechtsens*, vol. 12, no. 2, pp. 209–224, 2023
- [32] R. N. Fatimah, Misnaniarti, and R. A. Syakurah, "Determinan Potensi Fraud Pada Program JKN DI Puskesmas Kota X," *PREPOTIF J. Kesehat. Masy.*, vol. 5, no. 1, pp. 46–54, 2021
- [33] D. M. Disya, "Analisis Pengelolaan Dana Non Kapitasi di Puskesmas Talang Kabupaten Solok Tahun 2018," *journals Andalans*, vol. 2, 2019,
- [34] M. K. Luthfia Nurma Hapsari, Dr. Nur Rokhman, S.Si., "Deteksi Anomali Klaim BPJS Kesehatan Oleh Rumah Sakit Dengan Algoritme Support Vector Regression," *UGM Ilmu Komput.*, vol. 2, 2024
- [35] M. K. Dr. Rasidin Calundu, *Manajemen Kesehatan*. 2018.
- [36] Thaifur, A. Y. B. R. (2023). Studi Kualitatif Fraud Pelayanan Kesehatan: Literature Review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 6(6), 1065-1073.
- [37] Fatimah, R. N., Misnaniarti, M., & Syakurah, R. A. (2021). Potential Fraud

in The Implementation of National Health Insurance in The Health Sector: Systematic Review. JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit), 10(3), 255-270.

- [38] Trisnantoro, L., & Hendrartini, Y. (2019). Fraud di Jaminan Kesehatan Nasional Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedok-teran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.