

**TESIS**

**ANALISIS PENCEGAHAN *FRAUD* PROVIDER JAMINAN KESEHATAN  
NASIONAL DI RSUD LASINRANG KABUPATEN PINRANG**

***ANALYSIS OF PREVENTION OF NATIONAL HEALTH INSURANCE  
PROVIDER OF FRAUD IN RSUD LASINRANG PINRANG REGENCY***

**T A S L I M**

**K012181138**



**PROGRAM PASCASARJANA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2020**

**ANALISIS PENCEGAHAN FRAUD PROVIDER JAMINAN KESEHATAN  
NASIONAL DI RSUD LASINRANG KABUPATEN PINRANG**

**TESIS**

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi  
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

**T A S L I M  
K012181138**

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2020**

**TESIS**

**ANALISIS PENCEGAHAN FRAUD PROVIDER JAMINAN  
KESEHATAN NASIONAL DI RSUD LASINRANG  
KABUPATEN PINRANG**

Disusun dan diajukan oleh :

**TASLIM**

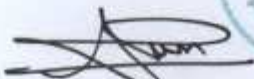
Nomor Pokok K012181138


Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis

Pada tanggal 14 Agustus 2020

dan dinyatakan telah memenuhi syarat

**MENYETUJUI  
KOMISI PENASEHAT,**

  
**Dr. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes**  
Ketua

  
**Prof. Anwar, SKM, M.Sc, Ph.D**  
Anggota

**Ketua Program Studi  
Kesehatan Masyarakat**

  
**Dr. Masni, Apt., MSPH**

## **PERNYATAAN KEASLIAN TESIS**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Taslim

Nomor Induk Mahasiswa : K012181138

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar – benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebahagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Juli 2020

Yang menyatakan,

**T A S L I M**

## PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat dan kuasa-Nya yang tiada henti diberikan kepada hamba-Nya. Salam dan shalawat tak lupa kita kirimkan kepada Rasulullah Muhammas SAW. Sungguh sebuah nikmat yang tak ternilai harganya dengan penulisan tesis yang berjudul “Analisis Pecegahan Kecurangan (*fraud*) Provider Jaminan Kesehatan di RSUD Lasinrang Pinrang” dapat terselesaikan dengan baik dan sekaligus menjadi syarat untuk menyelesaikan studi di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin Makassar.

Upaya maksimal telah penulis tempuh dengan sebaik-baiknya untuk menyempurnakan penyelesaian tesis ini, namun penulis menyadari sepenuhnya bahwa tesis ini masih banyak memiliki kekurangan dan kekeliruan, baik dari segi isi maupun dari segi penulisan. Oleh karena itu dengan ikhlas dan terbuka penulis mengharapkan saran, masukan dan kritikan yang bersifat membangun demi kesempurnaan tesis ini.

Penghargaan yang setinggi-tingginya penulis persembahkan kepada orang tua tercinta, Ayahanda Abd. Rasyid dan Ibu Raoda yang dengan ikhlas, sabar dan penuh kasih sayang serta selalu mendoakan penulis hingga sampai pada tahap ini.

Keberhasilan penulis dalam menyelesaikan tesis ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, baik berupa dukungan, bimbingan, nasehat serta motivasi selama proposal hingga penyelesaian tesis ini. Oleh karena itu, penulis

menyampaikan terima kasih yang sangat mendalam dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada Dr. H. Muh. Alwy Arifin, M.Kes selaku Ketua Komisi pembimbing dan Prof. Anwar, SKM., M.Sc, Ph.D selaku anggota Komisi Penasehat atas kesediaan waktu, segala kesabaran, bantuan, bimbingan, nasihat, arahan, dan juga saran yang diberikan selama ini kepada penulis. Rasa hormat dan terima kasih yang sebesar-besarnya penulis sampaikan pula kepada Prof. Dr. Darmawansyah, SE., M. Si, Prof. Indar, SH., MPH dan Dr. dr. Syamsiar S. Russeng, MS selaku penguji yang telah memberikan arahan, saran dan masukan untuk perbaikan tesis ini.

Dalam kesempatan ini pula secara khusus penulis ingin menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Rektor Universitas Hasanuddin, Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin, serta Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dengan segenap birokrat institusi yang memberikan kesempatan bagi penulis untuk menimba ilmu di bagian konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
2. Dr. Masni, Apt, MSPH selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin
3. Seluruh dosen pengajar Fakultas Kesehatan Masyarakat terutama dosen Pascasarjana Magister Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bekal ilmu yang sangat bermanfaat bagi penulis.
4. Staf Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin atas segala arahan, dan bantuan yang diberikan selama penulis mengikuti pendidikan

terkhusus kepada staf jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Pak Salim dan Kak Hadriyani atas segala bantuannya.

5. Jajaran pengelola Program Pascasarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin atas bantuannya selama ini.
6. Lurah Kelurahan Barrang Caddi beserta jajarannya yang telah banyak membantu penulis dilapangan saat melakukan penelitian.
7. Teman-teman Program Pascasarjana Unhas, Kelas F angkatan 2018, dan teman-teman Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Angkatan 2018, yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu. Semoga kebersamaan kita menjadi kenangan dan pelajaran yang tidak terlupakan.
8. Serta semua pihak yang telah membantu penulis selama ini.

Penulis sadar bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, besar harapan penulis kepada pembaca atas kontribusinya baik berupa saran dan kritik yang sifatnya membangun demi kesempurnaan tesis ini. Akhirnya, hanya kepada ALLAH SWT diserahkan segala amal ibadah, penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan baik dari segi materi maupun sistematika penulisan. Oleh karena itu penulis berharap kritikan dan saran dari pembaca. Dan dengan mengharap Ridha-Nya, semoga tesis ini dapat memberikan nilai positif bagi pembangunan kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan. Aamiin.

Makassar, Juli 2020

T A S L I M

## ABSTRACT

**TASLIM.** *Analysis of Prevention of National Health Insurance Provider of Fraud in RSUD Lasinrang Pinrang Regency (Supervised by Alwy Arifin and Anwar)*

Since the entry into force of the National Health Insurance (JKN) in Indonesia, the potential for fraud in services has increased due to pressure from the new financing system, opportunities for lack of supervision, and justification for fraud. The purpose of this study is for this study aims to analyze the implementation of the Minister of Health Regulation of the Republic of Indonesia Number 16 Year 2019 in the implementation of fraud prevention programs (fraud) in Lasinrang Pinrang District Hospital.

This study uses a qualitative method with a phenomenological design to explore the experience and awareness of the research subjects in this case BPJS verifiers, coders, clinicians and hospital management.

The results showed the national health insurance fraud system was in accordance with what was implemented in Lasinrang Pinrang General Hospital where the prevention system was in the form of policy and guidelines compilation, culture of cheating prevention, team formation and quality control and cost control based on Permenkes Number 36 Tahun 2015, researchers also found obstacles faced in cheating prevention, namely lack of attention to the Clinical Pathway as a reference for doctors to diagnose and determine the type of action in patients at Lasinrang Pinrang District Hospital. It is necessary to revise the formulation of policies and guidelines that refer to Minister of Health Regulation number 16 of 2019 because in this case Lasinrang Pinrang Regional Hospital is still guided by Minister of Health number 36 of 2015 in carrying out efforts to prevent fraud (fraud) national health insurance.

**Keywords:** National Health Insurance, Cheating Prevention, Hospitals, Health Services, Providers





## ABSTRAK

**TASLIM.** *Analisis Pencegahan Fraud Provider Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang* (Dibimbing oleh **Alwy Arifin** dan **Anwar**)

Sejak berlakunya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, potensi fraud dalam pelayanan semakin meningkat karena adanya tekanan dari system pembiayaan yang baru berlaku, adanya kesempatan karena minim pengawasan, serta ada pembenaran saat melakukan tindakan fraud. Tujuan penelitian ini adalah untuk Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 dalam Implementasi program pencegahan kecurangan (*fraud*) di RSUD Lasinrang Pinrang.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan desain fenomenologi untuk menggali pangalaman dan kesadaran dari subjek penelitian dalam hal ini verifikator BPJS, koder, klinisi dan manajemen rumah sakit.

Hasil penelitian menunjukkan system pencegahan kecurangan (*fraud*) jaminan kesehatan nasional telah sesuai dengan apa yang diterapkan di Rumah Sakit Umum Lasinrang Pinrang dimana system pencegahannya berupa penyusunan kebijakan dan pedoman, budaya pencegahan kecurangan, pembentukan tim serta kendali mutu dan kendali biaya berdasarkan Permenkes Nomor 36 Tahun 2015, peneliti juga menemukan kendala yang dihadapi pada pencegahan kecurangan yaitu kurangnya perhatian terhadap *Clinical Pathway* sebagai acuan bagi dokter untuk mendiagnosa dan menentukan jenis tindakan pada pasien di RSUD Lasinrang Pinrang. Perlu dilakukan revisi pada penyusunan kebijakan dan pedoman yang mengacu pada permenkes nomor 16 tahun 2019 karena dalam hal ini RSUD Lasinrang pinrang masih berpedoman pada permenkes nomor 36 tahun 2015 dalam menjalankan upaya pencegahan kecurangan (*fraud*) jaminan kesehatan nasional.

**Kata Kunci:** Jaminan Kesehatan Nasional, Pencegahan kecurangan, Rumah Sakit, Pelayanan Kesehatan, Provider



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS .....	iii
PRAKATA .....	v
ABSTRAK .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
DAFTAR SINGKATAN .....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Fraud dalam Pelayanan Kesehatan .....	8
B. Sengketa dalam Pelayanan Kesehatan .....	12
C. Penyebab Terjadinya Fraud.....	13
D. Bentuk – bentuk Fraud dalam JKN .....	15
E. Sistem Pencegahan Fraud.....	21
F. Sintesa Penelitian .....	23
G. Kerangka Teori.....	30
H. Kerangka Konseptual.....	31
I. Definisi Konseptual .....	31
BAB III METODE PENELITIAN.....	33
A. Jenis Penelitian.....	33
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	33
C. Informan .....	34

D. Pengumpulan Data .....	36
E. Pengolahan dan Analisis Data .....	43
F. Keabsahan Data .....	43
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	45
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	45
B. Hasil Penelitian .....	48
C. Pembahasan.....	60
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....	66
A. Kesimpulan .....	66
B. Saran .....	67
DAFTAR PUSTAKA	

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
1. Bentuk <i>fraud</i> yang berpotensi dilakukan di layanan kesehatan menurut <i>National Care-Anti fraud Association</i>	15
2. Tabel sintesa	25
3. Matriks Pengumpulan Data	40
4. Karakteristik Informan	46
5. Analisis pencegahan kecurangan ( <i>fraud</i> ) di RSUD Lasinrang Pinrang	57

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
1. Kerangka teori	28
2. Kerangka konseptual	29

## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Informed Consent
2. Pedoman Wawancara
3. *Curriculum Vitae*

## DAFTAR SINGKATAN

---

Singkatan	Keterangan
ANC	<i>Antenatal Care</i>
AAKA	Assosiasi Asuransi Kesehatan Amerika
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
BOK	Bantuan Operasional Kesehatan
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPKP	Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan
Dinkes	Dinas Kesehatan
FBI	Biro Investigasi Federal
FGD	Fokus Grup Diskusi
FKRTL	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut
FKTL	Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
GCG	<i>Good Corporate Governance / Good Clinical Governance</i>
ICU	<i>Intensive Care Unit</i>
ICW	Indonesian Corruption Watc
IGD	Instalasi Gawat Darurat
INA-CBG	Indonesia Case Base Groups
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
KCU	Kantor Cabang Utama
Kemenkes	Kementerian Kesehatan
KPK	Komisi Pemberantasan Korupsi
NHCAA	<i>National Health Care anti-Fraud Association</i>
PERDA	Peraturan Daerah
Perkesmas	Perawatan Kesehatan Masyarakat
PKPL	Promosi Kesehatan dan

---

---

PBI	Pemberdayaan Lingkungan
PBPU	Penerima Bantuan Iuran
PPK	Pekerja Bukan Penerima Upah
PPU	Pemberi Pelayanan Kesehatan
Puskesmas	Pekerja Penerima Upah
RI	Pusat Kesehatan Masyarakat
RS	Republik Indonesia
RSUD	Rumah Sakit
RSUP	Rumah Sakit Umum Daerah
SDM	Rumah Sakit Umum Pusat
SJSN	Persahabatan
SK	Sumber Daya Manusia
SOP	Sistem Jaminan Sosial Nasional
UGD	Surat Keputusan
UHC	Standar Operasional Prosedur
UU	Unit Gawat Darurat
WHA	<i>Universal Health Coverage</i>
WHO	Undang-Undang
	<i>World Health Assembly</i>
	<i>World Health Organization</i>

---



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menyatakan bahwa prinsip pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional adalah kesetaraan (*equity*) dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan serta efektif dan efisien dalam operasionalisasinya (Undang-undang, 2004). Prinsip kendali mutu dan biaya harus diterapkan secara utuh di setiap tingkatan pelayanan mengingat adanya karakteristik pelayanan kesehatan yang berpotensi untuk menyebabkan terjadinya inefisiensi.

Untuk menjamin agar pelayanan kesehatan diselenggarakan secara *cost-effective*, rasional, dan sesuai dengan kebutuhan peserta, serta untuk menjamin kesinambungan program Jaminan Kesehatan, maka perlu diselenggarakan upaya kendali mutu dan kendali biaya. Salah satu upaya kendali mutu dan kendali biaya yang dapat dilakukan adalah meminimiliasi terjadinya potensi Kecurangan (*Fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan.

Indikasi terjadinya *fraud* adalah terdapat unsur kesengajaan, tidak sesuai dengan ketentuan, mendatangkan keuntungan, dan merugikan pihak tertentu (Biro Komunikasi, 2018). Diperkirakan sekitar 10 % dari biaya yang dikeluarkan industri asuransi dan penyesuaian kerugian setiap tahun berasal dari klaim fraud (Fursov et al., 2019).

fraud layanan kesehatan berpotensi, bahkan sebagian sudah terbukti, terjadi di Indonesia. Di seluruh Indonesia, hingga pertengahan tahun 2015 terdeteksi potensi fraud dari 175.774 klaim Rumah Sakit atau Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) dengan nilai Rp. 440 M. Potensi fraud ini baru dari berasal dari kelompok provider pelayanan kesehatan, belum dari aktor lain seperti staf BPJS Kesehatan, pasien, dan supplier alat kesehatan dan obat (Djasri et al., 2016).

Kecurangan (Fraud) klaim asuransi kesehatan dilakukan melalui penyedia layanan, pelanggan asuransi, dan perusahaan asuransi. Fraud dalam klaim asuransi kesehatan telah menjadi masalah signifikan yang pertumbuhannya merajalela dan mempengaruhi pelaksanaan layanan kesehatan global. Selain kerugian finansial yang ditimbulkan, pasien yang benar-benar membutuhkan perawatan medis menderita karena penyedia layanan tidak dibayar tepat waktu akibat keterlambatan klaim dalam pemeriksaan kesehatan (Sowah et al., 2019).

Kecurangan dalam Layanan kesehatan adalah faktor dominan yang menyebabkan biaya kesehatan tinggi di Amerika Serikat. Biro Investigasi Federal (FBI) memperkirakan bahwa sekitar 3-10% dari total biaya kesehatan hilang karena kecurangan atau diperkirakan 75 dolar hingga 250 dolar pada 2009 (BAPPENAS, 2013).

Kecurangan (*fraud*) yang dapat terjadi dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional dapat dilakukan oleh peserta, BPJS Kesehatan, fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan,

penyedia obat dan alat kesehatan dan pemangku kepentingan lainnya. Kasus kecurangan setelah dihitung berdasarkan Premi BPJS sekitar 38,5 triliun dan memperkirakan potensi kecurangan sekitar 5%, 1,8 triliun akan hilang per tahun (Fathurrohman & Dewi, 2018).

Indonesian Corruption Watch (ICW) bersama 14 organisasi pemantau menemukan 49 kecurangan (fraud) program JKN yang dilakukan RS Pemerintah atau Swasta salah satunya terkait dengan klaim tagihan BPJS Kesehatan dimana pihak RS mendiagnosa pasien tidak sesuai dengan penyakitnya, pembatasan rawat inap. Dia menemukan pasien BPJS selalu diberitahu jika ada pembatasan rawat inap hingga 4-5 hari, klaim palsu, penggelembungan tagihan obat dan alkes, pasien rujukan semu, memperpanjang masa perawatan bisa dilakukan beragam modus. Sementara itu dari pihak penyedia obat seringkali tidak memenuhi kebutuhan obat dan atau alat kesehatan (Mardiastuti, 2017). Kecurangan dalam perawatan kesehatan primer yang berkaitan dengan sumber daya manusia (SDM), manajemen layanan kesehatan kebijakan kepemimpinan, pengelolaan dana kapitasi dan audit operasional (Fathurrohman & Dewi, 2018).

Kecurangan (*Fraud*) lebih sering dikaitkan dengan perawatan kesehatan sekunder (tingkat lanjut), yaitu rumah sakit. Fraud pada fasyankes tingkat lanjut terjadi bila klaim penagihan dimasukkan atas dasar kode yang tidak akurat, diagnosa dan prosedur yang lebih kompleks, atau lebih banyak menggunakan sumber daya. Terdapat sekitar

1,84 juta kasus baik rawat jalan maupun rawat inap pada tahun 2019 yang kemungkinan merupakan bentuk penyalahgunaan. Sekitar 47,40% atau sekitar 875.829 kasus diindikasikan sebagai tindakan upcoding pada layanan rawat jalan tingkat lanjut (Jamkesindonesia.com, 2020).

Terjadinya fraud pada jaminan Kesehatan yang mengakibatkan kerugian semua pihak perlu dilakukan pencegahan. Pencegahan dan penanganan kecurangan (*Fraud*) serta pengenaan sanksi administrasi terhadap kecurangan (*Fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019. Dalam peraturan ini pencegahan fraud dilaksanakan dengan menyusun kebijakan dan pedoman, pengembangan budaya pencegahan, pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada kendali mutu dan kendali biaya, dan pembentukan tim pencegahan kecurangan (*fraud*) (Menteri Kesehatan, 2019).

Upaya pencegahan fraud di RSUD Kota Semarang dilaksanakan karena adanya kenaikan persentase perbedaan diagnosis klinis dan asuransi pada tahun 2016. RSUD Kota Semarang membentuk tim verifikator internal rumah sakit dan Clinical Micro System Team. Komite medik juga memperbanyak jenis Clinical Pathway sebagai acuan bagi dokter untuk mendiagnosa dan menentukan jenis tindakan pada pasien (Agiwahyunto et al., 2016). Pencegahan kecurangan (*Fraud*) di RSUD Mohammad Noer Pamekasan dilakukan dengan cara pengendalian internal, komitmen organisasi dan moralitas individu dimana hal tersebut

berpengaruh positif dan signifikan terhadap pencegahan kecurangan (Fraud) provider jaminan kesehatan nasional (Mandolang, 2019).

Dalam kesempatan lain salah seorang pakar Jaminan Kesehatan Nasional mengatakan kalau besaran tarif INA CBG yang diterima rumah sakit berpotensi untuk menimbulkan fraud pada era JKN. Studi awal yang dilakukan di RSUD Lasinrang Pinrang Bahwa ada perbedaan antara dokter yang satu dengan dokter yang lain dalam pemberian obat sehingga berdampak pada biaya yang harus dikeluarkan oleh BPJS. Berdasarkan uraian diatas bahwa fasilitas kesehatan merupakan pihak yang berpotensi tinggi untuk melakukan *fraud* sehingga penulis tertarik untuk meneliti tentang Analisis Pencegahan *Fraud* Provider Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah Bagaimana pencegahan kecurangan (*fraud*) provider jaminan kesehatan nasional Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.16 Tahun 2019 dalam aspek kebijakan, budaya pencegahan, pembentukan tim, dan kondisi yang dihadapi di RSUD Lasinrang Pinrang.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pencegahan kecurangan (*fraud*) Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.16 Tahun 2019 dalam aspek kebijakan, budaya pencegahan,

pembentukan tim, dan kondisi yang dihadapi di RSUD Lasinrang Pinrang.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisis kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan (*fraud*) di RSUD Lasinrang Pinrang berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.16 Tahun 2019 tentang pencegahan kecurangn (*fraud*).
- b. Untuk menganalisis Budaya Pencegahan Kecurangan (*fraud*) yang dilakukan di RSUD Lasinrang Pinrang berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.16 Tahun 2019 tentang pencegahan kecurangn (*fraud*).
- c. Untuk menganalisis pembentukan tim pencegahan kecurangan(*fraud*) di RSUD Lasinrang Pinrang berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.16 Tahun 2019 tentang pencegahan kecurangn (*fraud*).
- d. Untuk menganalisis kendali mutu dan kendali biaya pencegahan kecurangan (*fraud*) di RSUD Lasinrang Pinrang berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.16 Tahun 2019 tentang pencegahan kecurangn (*fraud*).
- e. Untuk mengetahui kendala yang dihadapi dalam pencegahan kecurangan (*fraud*) di RSUD Lasinrang Pinrang

## **D. Manfaat Penelitian**

### 1. Manfaat Ilmiah

Dari hasil penelitian diharapkan dapat menambah pengetahuan dan pengalaman tentang bagaimana pencegahan fraud provider jaminan kesehatan nasional RSUD Lasinrang Pinrang

## 2. Manfaat Institusi

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan untuk mengetahui pencegahan fraud di era JKN

## 3. Manfaat Bagi Peneliti

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pengalaman berharga dalam memperluas wawasan dan pengetahuan di bidang ilmu kesehatan masyarakat khususnya terkait pencegahan fraud provider jaminan kesehatan RSUD Lasinrang Pinrang

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Fraud dalam Pelayanan Kesehatan**

Menurut Merriam-Webster *Dictionary of Law*, fraud merupakan kesengajaan melakukan kesalahan terhadap kebenaran untuk tujuan mendapatkan sesuatu yang bernilai atas kerugian orang lain atau mendapatkannya dengan membelokan hukum atau kesalahan representasi suatu fakta, baik dengan kata maupun tindakan; kesalahan alegasi (mendakwa orang melakukan tindakan kriminal), menutupi sesuatu yang harus terbuka, menerima tindakan atau sesuatu yang salah dan merencanakan melakukan sesuatu yang salah kepada orang lain sehingga dia bertindak di atas hukum yang salah (Busch, R, 2012).

Elemen prasyarat terjadinya fraud adalah:

- a. Fakta pernyataan material harus dibuat
- b. Pernyataan adalah salah dan orang yang membuat mengetahui hal tersebut salah
- c. Orang yang membuat pernyataan harus merencanakan untuk menerima tindakan tersebut salah atau membuat orang lain salah karena pernyataan tersebut
- d. Orang yang dituju pernyataan salah tersebut diharapkan bertindak atas dasar pernyataan tersebut



- e. Pernyataan salah dibuat seseorang dengan harapan mendapat sesuatu yang bernilai atau membuat sesuatu yang merugikan kepihak yang dituju oleh pernyataan tersebut

Fakta material merupakan sesuatu yang kritis yang memberi arti dari pernyataan tersebut. Fakta tersebut melahirkan hubungan langsung kepada tujuan pernyataan. Pernyataan dapat dibuat melalui oral (pembicaraan langsung atau telepon), tulisan atau komunikasi via elektronik (fax, email, internet, dll). Pernyataan salah harus berhubungan dengan fakta, ini termasuk pernyataan yang menutupi fakta material.

Tindakan kecurangan asuransi berarti tindakan atau perilaku curang yang dilakukan seseorang yang mengetahui dan merencanakan, berbuat curang atau menutupi informasi materil berkaitan dengan satu atau lebih dari hal berikut :

- a. Dengan pengetahuan menyampaikan atau menyiapkan atau mempercayai bahwa hal itu akan dipresentasikan kepada atau oleh asuransi, reasuransi, broker, agen, informasi salah sebagai bagian untuk mendukung fakta materil.
- b. Pengajuan atau penerimaan asuransi baru atau diperbaharui dengan risiko atas perusahaan asuransi, reasuransi atau orang lain dalam bisnis asuransi oleh seseorang yang mengetahui atau seharusnya mengetahui bahwa perusahaan asuransi atau orang lain yang bertanggung jawab terhadap risiko adalah insolven pada saat transaksi.

- c. Melepas, menutupi, merubah atau merusak harta benda ( *assets* ) atau pencatatan perusahaan asuransi, reasuransi atau orang lain dalam bisnis asuransi
  - d. Berniat melakukan kecurangan, mengurangi, mencuri atau mengkonversi uang dana, premi, kredit atau property perusahaan asuransi atau orang yang bekerja pada bisnis asuransi
  - e. Transaksi bisnis asuransi yang melanggar prasyarat hukum seperti surat izin, sertifikat otoritas atau otoritas legal untuk transaksi bisnis asuransi
  - f. Berusaha untuk curang, membantu perbuatan urang atau melakukan konspirasi untuk melakukan kecurangan.
1. Definisi Fraud dalam pelayanan kesehatan

Fraud pada pelayanan kesehatan umumnya memiliki komponen yang sama yang ditetapkan oleh undang-undang. Perbedaan fraud pada pelayanan kesehatan adalah elemen kecurangan berhubungan dengan pelayanan kesehatan, cakupan pelayanan dan kecurangan pembayaran jasa atau produk kesehatan. Dalam sistem kesehatan ada tiga pihak utama yang melakukan fraud, yaitu penyedia atau penyelenggara (*insure* atau asuransi kesehatan), pemberi pelayanan kesehatan atau provider (dalam hal ini FKTL, FKTP, dll) dan penerima manfaat atau peserta (pasien) (Thornton et al., 2013).

Menurut *National Health Care anti-Fraud Association* (NHCAA) kecurangan pelayanan kesehatan adalah kesengajaan melakukan

kesalahan atau memberi keterangan yang salah (misrepresentasi) oleh seseorang atau entitas yang mengetahui hal itu dan dapat menghasilkan sejumlah manfaat yang tidak legal kepada individu, entitas atau pihak lain.

NHCAA memberikan catatan lebih lanjut bahwa bentuk umum fraud adalah pernyataan salah, keterangan yang salah atau dengan sengaja menghilangkan fakta. Hal tersebut sangat kritis untuk menentukan pembayaran manfaat asuransi. Tindakan kecurangan adalah tindakan criminal yang hampir tidak bervariasi, walaupun mungkin ada variasi alamiah spesifik atau tingkatan perbuatan criminal antara negara bagian.

*Healthcare* fraud di definisikan dengan lebih komprehensif sebagai representasi suatu fakta yang sengaja bahwa seseorang mengetahui palsu atau tidak yakin benar dan mengetahui bahwa representasinya dapat mengakibatkan beberapa keuntungan yang tidak sah untuk diri sendiri atau orang lain (Adesanya et al., 2016). Biasanya fraud pada pelayanan kesehatan lebih mengacu pada: pernyataan yang salah atau klaim yang palsu, skema yang rumit, *cover – up strategies*, *misrepresentations of value*, *misrepresentations of servis* (Busch, R, 2012).

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2015, fraud merupakan 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 dan Sistem Jaminan Sosial

Nasional (SJSN) melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan.

## **B. Sengketa dalam Pelayanan Kesehatan**

Sengketa dalam pelayanan kesehatan merupakan *inherent factor* dalam pelayanan kesehatan di Indonesia. Dugaan malpraktik, ketidakpuasan pelayanan, pembiayaan kesehatan yang kurang terjangkau, pelanggaran disiplin dan pelanggaran etika profesi merupakan *cause effect issue* yang sering dipermasalahkan dalam sengketa pelayanan kesehatan. Penyelesaian sengketa yang dilakukan melalui Lembaga peradilan bersifat terbuka dan mengadili dengan hasil akhir kalah (*lose*) dan menang (*win*) memberikan kerugian pada para pihak khususnya dalam hubungan antar para pihak pasca proses peradilan (Indar, M. Alwy Arifin, Darmawansyah, 2020).

Sengketa yang terjadi dalam pelayanan kesehatan timbul karena adanya pelanggaran etika profesi, disiplin tenaga kesehatan dan pelanggaran hukum dari tenaga kesehatan. Khusus untuk gugatan ganti rugi dan tindak criminal yang dilakukan oleh tenaga kesehatan karena termasuk dalam ranah sengketa pelayanan kesehatan penyelesaiannya dapat dilakukan melalui Lembaga peradilan.

Pada kenyataannya, dalam penanganan pasien, sering terjadi perbedaan pandangan antara fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan pasien. Perbedaan sudut pandang ini yang pada gilirannya dapat berlanjut menjadi sengketa antara fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan

pasien dengan gugatan atau tuntutan bahwa tenaga kesehatan telah melakukan kelalaian medik.

Dengan kata lain bahwa sengketa dalam pelayanan kesehatan terjadi karena adanya perasaan tidak puas dari salah satu pihak karena adanya pihak lain yang tidak memenuhi prestasi yang telah diperjanjikan (*wanprestasi*). Rasa tidak puas pasien terhadap pelayanan rumah sakit dapat menimbulkan keluhan ataupun protes yang apabila tidak tertangani dengan secara baik oleh pihak rumah sakit sehingga dapat menimbulkan konflik yang berujung pada sengketa.

Tuntutan atau gugatan kelalaian medik yang dialamatkan ke dokter pada hakikatnya adalah proses hukum yang ingin meminta pertanggungjawaban atas kesalahan yang dibuatnya, baik yang berupa kelalaian maupun kesengajaan. Dengan kata lain tanggung jawab tenaga kesehatanlah yang menjadi objek tuntutan atau gugatan kelalaian medik, dengan wujud tanggung jawab yang dapat berbentuk ganti rugi atau hukuman lain sesuai keputusan hakim (Indar, M. Alwy Arifin, Darmawansyah, 2020).

### **C. Penyebab Terjadinya Fraud**

Fraud pada dasarnya tidak terjadi begitu saja namun ada alasan penyebab dan kemungkinan yang dijadikan alasan untuk melakukan tindakan fraud.

Menurut David T Wolfe dan Dana R. Hermanson terdiri dari empat kondisi yang umumnya hadir saat terjadinya fraud (Priantara, 2013).

1. Insentif atau tekanan untuk melakukan fraud (*pressure*)
  - a. Tekanan yang dirasakan oleh pelaku kecurangan yang dipandang sebagai kebutuhan, berikut faktor yang dapat mengakibatkan terjadinya tekanan
  - b. Tingkat persaingan yang kuat atau kejenuhan yang diiringi dengan menurunnya pendapatan atau keuntungan
  - c. Menjauhi kritik karena menurunnya tingkat pendapatan
  - d. Menutupi kesalahan
2. Peluang atau kesempatan untuk melakukan fraud (*opportunity*)

Pengendalian internal yang lemah memudahkan fraud tumbuh dan berkembang pesat selain itu system pengawasan eksternal yang tidak memadai membuat deteksi fraud tidak maksimal.
3. Dalih untuk membenarkan tindakan fraud (*rationalization*)

Pendapatan yang rendah dan berorientasi laba melatarbelakangi timbulnya rasionalisasi
4. Kapabilitas
  - a. Kemampuan untuk berbuat atau memanfaatkan kesempatan untuk melakukan kecurangan dimana fungsi tersebut tidak dimiliki oleh orang lain
  - b. Kecerdasan untuk paham dan eksploitasi kelemahan pengendalian internal untuk keuntungan pihak lain
  - c. Keyakinan yang kuat bahwa kejadian fraud tidak akan terdeteksi atau kemampuan untuk menyetatkan orang lain

- d. Kemampuan untuk mempengaruhi orang lain untuk membantu terlibat dalam atau menyembunyikan kejadian fraud
- e. Kemampuan untuk mempengaruhi orang lain untuk membantu terlibat dalam atau menyembunyikan kejadian fraud
- f. Kemampuan berbohong dan mengalihkan keyakinan
- g. Mengelola stress dengan baik karena biasanya kecurangan dilakukan secara berkelanjutan

#### **D. Bentuk – bentuk Fraud dalam JKN**

Tipe kecurangan dalam pelayanan kesehatan menurut Asosiasi Asuransi Kesehatan Amerika (AAKA) dalam surveynya mengelompokan tipe utama pelaku fraud sebagai berikut :

- a. Pemberi pelayanan kesehatan (PPK)
- b. Konsumen
- c. Agen/lainnya

Bentuk utama dari kecurangan PPK yang terdeteksi sebagai berikut:

- a. Penagih jasa yang tidak diberikan
- b. Kecurangan diagnosa atau tanggal
- c. Obat nama dagang untuk obat generic
- d. Menghilangkan *co-pay* dan deductibles
- e. Kesalahan klaim berhubungan dengan laboratorium, pengurangan berat, terapi fisik
- f. *Unbundling* (tidak dibundel)

- g. Ada pertanyaan terhadap fungsi PPK

Bentuk utama fraud yang terdeteksi dilakukan oleh konsumen sebagai berikut:

- a. Kecurangan memberikan keterangan palsu pada aplikasi asuransi
- b. Kesalahan pencatatan pekerjaan atau eligibilitas
- c. Pemalsuan Klaim

Karakteristik umum tindakan kecurangan klaim oleh PPK termasuk :

- a. Tagihan untuk pembayaran yang tidak disertai dengan tersedianya dukungan dokumen
- b. Tagihan jasa yang tidak pernah dilakukan
- c. Pemalsuan diagnosis untuk mengesahkan pelayanan yang tidak dibutuhkan dan tarif mahal
- d. Tanggal dari pelayanan, prosedur dan suplai yang telah disampaikan tidak konsisten dengan fakta dan kronologi kasus
- e. PPK tidak berkualitas, tetapi mempunyai izin sebagai PPK dan spesialis.

Umumnya kecurangan konsumen melibatkan sedikitnya satu dari tiga jenis fraud :

- a. Klaim fraud

Merupakan bentuk kecurangan dengan merubah tagihan rekening, penyampaian klaim untuk anggota keluarga yang tidak berhak dan misrepresentasi respon pada pertanyaan spesifik pada formulir klaim.



b. Elegibilitas fraud

Usaha curang untuk mendapatkan jaminan asuransi yang sebenarnya tidak menjadi haknya. Bentuknya dapat berupa penipuan, misrepresentasi atau menyembunyikan informasi pada formulir aplikasi asuransi. Kecurangan ini dapat dilakukan oleh agen, perusahaan, karyawan, orang yang dijamin dan pelamar asuransi. Aplikasi fraud Kecurangan ini dilakukan bila fakta pemberian informasi bohong dibuat dengan rencana untuk meyakinkan bahwa pelamar tidak ada limitasi kondisi, bahkan memperluas jaminan kepada individu yang sebenarnya tidak legal sebagai anggota keluarga pelamar.

*National Health Care-Anti Fraud Association* (NHCAA) tahun 2012 memberikan catatan bahwa bentuk umum fraud adalah pernyataan yang salah, keterangan yang salah atau dengan sengaja menghilangkan fakta (Fathurrohman & Dewi, 2018).

Tabel 2.1 Bentuk fraud yang berpotensi dilakukan di layanan kesehatan menurut *National Health Care-Anti Fraud Association* (NHCAA, 2012)

Tindakan	Definisi Operasional
<b>Keystroke Mistake</b>	Kesalahan dalam mengetikkan kode diagnosis, prosedur yang dapat mengakibatkan klaim lebih besar atau lebih kecil

***Upcoding***

Memasukan klaim penagihan atas dasar kode yang tidak akurat, yaitu diagnose atau prosedur yang lebih kompleks atau lebih banyak menggunakan sumber daya sehingga menghasilkan nilai klaim lebih tinggi dari seharusnya.

**Phantom billing**

Tagihan untuk layanan yang tidak pernah diberikan

**Service Unbundling  
Fragmentation**

Menagihkan beberapa prosedur secara terpisah yang seharusnya dapat ditagihkan bersama dalam bentuk paket pelayanan untuk mendapatkan klaim lebih besar pada satu episode perawatan

**Repeat billing**

Menagihkan lebih dari satu kali untuk prosedur, obat-obatan dan alkes yang sama padahal hanya diberikan satu kali

**Cancelled services**

Penagihan terhadap obat, prosedur atau layanan yang sebelumnya sudah direncanakan namun kemudian dibatalkan

<b>No Medical Value</b>	<p>Penagihan untuk layanan yang tidak meningkatkan derajat kesembuhan pasien atau malah memperparah kondisi pasien, khususnya yang tidak disertai bukti efikasi secara ilmiah</p>
<b>Standar of Care</b>	<p>Penagihan layanan yang tidak sesuai standar kualifikasi dan keselamatan pasien yang berlaku</p>
<b>Inflated Bills</b>	<p>Menaikan tagihan global untuk prosedur dan perawatan yang digunakan pasien khususnya untuk alat implant dan obat-obatan</p>
<b>Self Referral</b>	<p>Penyedia layanan kesehatan yang merujuk kepada dirinya sendiri atau rekan kerjanya untuk memberikan layanan, umumnya disertai insentif uang atau komisi</p>
<b>Type of Room Charge</b>	<p>Menagihkan biaya perawatan untuk ruangan yang kelas perawatannya lebih tinggi dari pada yang sebenarnya digunakan pasien</p>
<b>Time in OR</b>	<p>Menagihkan prosedur</p>

menggunakan waktu rata-rata maksimal operasi bukan durasi operasi yang sebenarnya. Khususnya jika durasi operasi tersebut lebih singkat daripada reratanya

Menggunakan system rekam medis elektronik dan membuat model spesifikasi profil pasien yang terbentuk secara otomatis dengan mengkopi profil pasien lain dengan gejala serupa untuk menampilkan kesan bahwa semua pasien dilakukan pemeriksaan lengkap

Menagihkan biaya perawatan pada saat pasien tidak berada di RS atau menaikkan jumlah hari rawat untuk meningkatkan klaim.

Penagihan atas peeriksaan atau terapi yang tidak terindikasi untuk pasien

---

### **Cloning**

### **Length of stay**

### **Unnecessary treatment**

Dari bentuk-bentuk fraud tersebut tidak semuanya dijumpai di FKTP, adapun tindakan kecurangan JKN yang dilakukan pemberi pelayanan kesehatan di FKTP sesuai dengan penjelasan Permenkes No. 36 tahun 2015 antara lain :

- a. Memanfaatkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- b. Memanipulasi klaim pada pelayanan yang dibayar secara non-kapitasi
- c. Menerima komisi atas rujukan ke FKRTL
- d. Menarik biaya dari peserta yang seharusnya telah dijamin dalam biaya kapitasi dan atau non kapitasi sesuai dengan standar tarif yang telah ditetapkan
- e. Melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu
- f. Tidak melaporkan perubahan sumber daya yang berpengaruh terhadap pembayaran kapitasi

### **E. Sistem 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.

### F. Sintesa Penelitian

No	Penelitian (tahun)	Desain Penelitian	Sampel / Informan	Hasil
1	Analisis Pengendalian Potensi Fraud di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi. (Mitriza & Akbar, 2019) Jurnal	Penelitian ini menggunakan desain metode kualitatif	informan yang diwawancara memiliki pengetahuan berkaitan pengendalian potensi fraud di RSUD dr. Achmad Moechtar Kota Bukittinggi yaitu Kasie Monitoring Evaluasi Pelayanan Medis, Ketua Komite Medis, Ketua Tim Casemix, Dokter Penanggung Jawab dan Verifikator BPJS Kesehatan.	Komponen input mencakup kebijakan, tenaga dan sarana. Komponen proses mencakup faktor pendorong dan faktor penghambat potensi fraud. Faktor pendorong potensi fraud yaitu perbedaan pemahaman antara verifikator dan dokter penanggung jawab pasien tentang diagnosis. Kesenjangan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA CBGs. Faktor penghambat potensi fraud yaitu Penerapan Standar Operasional dan Clinical Pathway

No	Penelitian (tahun)	Desain Penelitian	Sampel / Informan	Hasil
2	Analisis Pengaruh Dimensi Fraud Triangle Dalam Kebijakan Pencegahan Fraud Terhadap Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUP Nasional Cipto Mangunkusumo. (Sadikin & Adisasmito, 2016)	Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif	16 informan yang mewakili RSUP	Hasil penelitian mendapatkan analisis tekanan, kesempatan, dan rasionalisasi terhadap risiko kejadian fraud dan menyajikan contoh bagaimana kebijakan telah berdampak di RSUP Nasional DR Cipto Mangunkusumo
3	Analisis Pelaksanaan Program Pencegahan Kecurangan (Fraud) Jaminan Kesehatan Nasional Di Puskesmas Kota Semarang. (Zafirah Rizka, Sutopo Patria Jati, 2018) Jurnal	Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif dengan kriteria purposive sampling	5 informan utama dan 2 triangulasi informan	penelitian ini menunjukkan bahwa pembentukan tim pencegahan kecurangan NHI terlambat karena kelemahan legalitas SK DKK tentang tim pencegahan kecurangan NHI, dan komitmen anggota tim. Sumber pendanaan belum dialokasikan secara khusus untuk program ini dan ketidaktahuan anggota tim tentang hal ini. Tidak adanya kegiatan monev, perencanaan target, kinerja, anggaran, dan pedoman teknis dari Kementerian Kesehatan atau peraturan khusus Semarang. Dan, SKB3 belum



No	Penelitian (tahun)	Desain Penelitian	Sampel / Informan	Hasil
				memberikan arah yang jelas. Penyebab utama dari keterlambatan pembentukan tim ini adalah kelemahan legalitas SK DKK tentang tim pencegahan penipuan NHI yang memengaruhi komitmen anggota tim
4	Pengaruh Pengendalian Internal, Komitmen Organisasi Dan Moralitas Individu terhadap Pencegahan Kecurangan (Fraud) Provider Jaminan Kesehatan Nasional (Mandolang, 2019) Jurnal	Jenis penelitian yang digunakan dalam penulisan ini adalah penelitian deskriptif	Sampel penelitian adalah seluruh dokter umum dan dokter spesialis yang bertugas di RSUD Mohammad Noer Pamekasan yang berjumlah 31 orang	Hasil penelitian menunjukkan bahwa Pengendalian internal sebagai kekuatan yang bersifat relative dari individu dalam mengidentifikasi keterlibatan dirinya ke dalam organisasi
5	Potential Fraud in the Primary Healthcare. (Fathurrohman & Dewi, 2018) Jurnal	Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan desain fenomenologis	Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 3 layanan kesehatan umum dan 2 layanan kesehatan swasta di	Hasil penelitian menunjukkan potensi penipuan dalam perawatan kesehatan primer yang berkaitan dengan sumber daya manusia (SDM), manajemen pelayanan kesehatan, kebijakan kepemimpinan, pengelolaan dana kapitasi dan audit operasional.

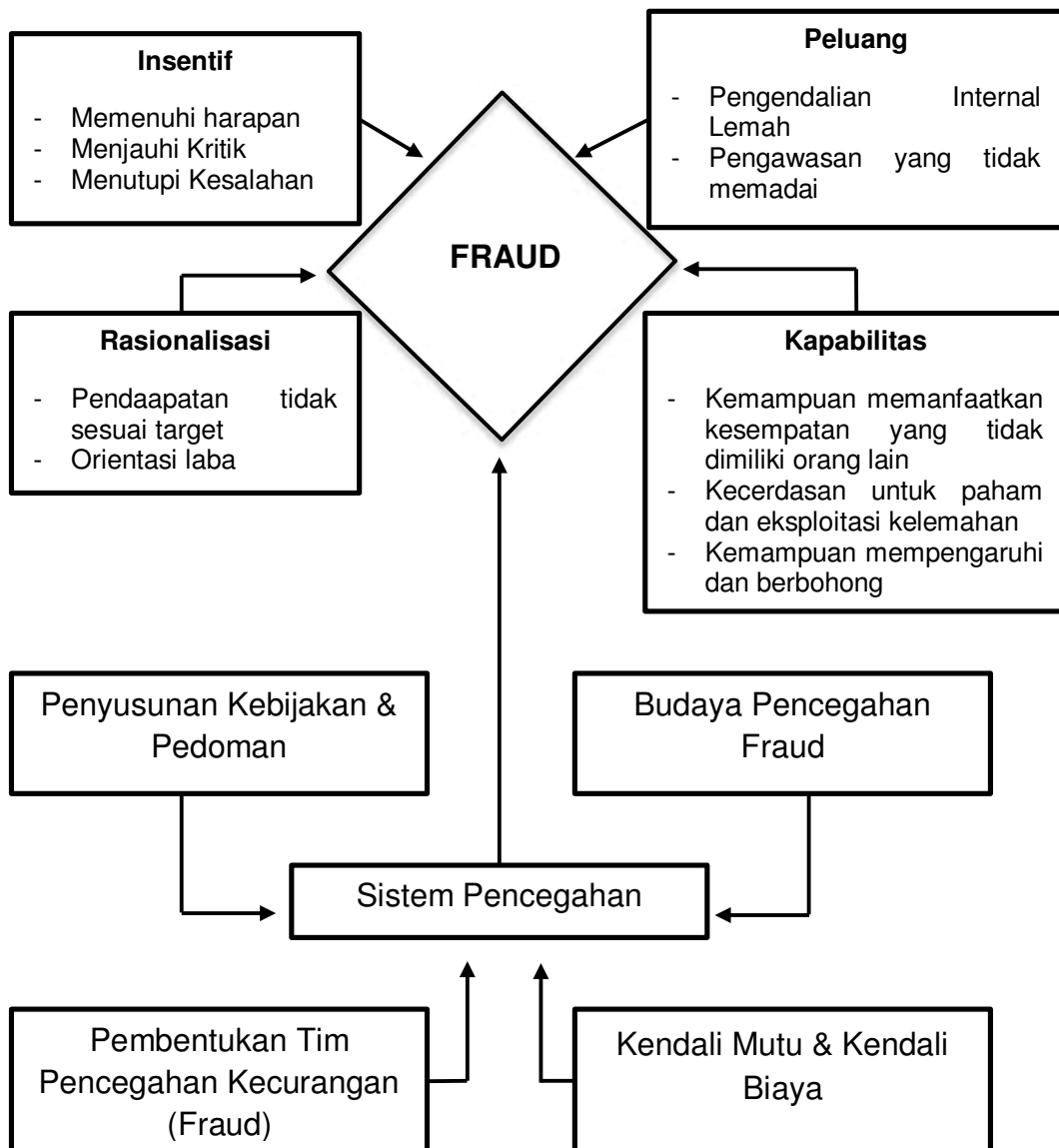
No	Penelitian (tahun)	Desain Penelitian	Sampel / Informan	Hasil
			Kabupaten X	
6	Analisis Faktor Internal Dan Eksternal Sebagai Bahan Penyusun Strategi Pencegahan Fraud Dana Kapitasi Puskesmas Di Kota Semarang. (Setiaji et al., 2015) Jurnal	Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan metode wawancara mendalam	Informan utama dalam penelitian ini adalah Kepala Puskesmas Kedung Mudu, Kepala Puskesmas Karanganyar, satu orang staf seksi Pemberdayaan Pembiayaan Kesehatan Dinkes Kota Semarang, Kepala Sub Bagian Keuangan Dinkes Kota Semarang. Sedangkan informan triangulasi nya adalah Kepala Unit Manajemen Pelayanan	Hasil penelitian menunjukkan bahwa potensi kecurangan pendanaan kapitasi di Puskesmas dipicu oleh program dan peraturan baru yang diterapkan yang tidak secara jelas menyebutkan penggunaan pendanaan kapitasi puskesmas dan sumber daya manusia sebagai pengelola pendanaan kapitasi penyelenggara puskesmas

No	Penelitian (tahun)	Desain Penelitian	Sampel / Informan	Hasil
			<p>Kesehatan Primer BPJS KCU Semarang, satu orang staf Litbang KPK, dan Inspektur Pembantu Inspektorat Kota Semarang. Selain itu penelitian ini juga menggunakan pandangan kepakaran, yang mengerti mengenai proses puskesmas yang mengawal Puskesmas di Kota Semarang menuju ke system JKN, yaitu Kepala Bidang Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan</p>	

No	Penelitian (tahun)	Desain Penelitian	Sampel / Informan	Hasil
			Lingkungan (PKPL) dan Kepala Sub Bagian Keuangan Dinkes Kota Semarang	
7	Analisis Stakeholder Program Pencegahan Fraud Jaminan Kesehatan Nasional Di Puskesmas Kota Semarang. (Devi, 2019)	Penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif	Tiap stakeholder yang ada di puskesmas kota semarang	Pada variabel keterlibatan, yaitu stakeholder provider yang paling kurang terlibat dari stakeholder lain. Dari ketiga upaya dalam program, upaya pendeteksian menempati urutan terendah keterlibatan stakeholdernya dibandingkan upaya pencegahan dan upaya penindakan. Pada variabel pengaruh, dari ketiga kelompok stakeholder, kelompok provider menjadi kelompok yang paling kurang memiliki pengaruh dalam Program Pencegahan Fraud JKN di Puskesmas Kota Semarang. Upaya pendeteksian menjadi upaya yang paling sedikit menjadi intervensi program. Dalam upaya pendeteksian, hanya 3 dari 12 stakeholder yang signifikan berpengaruh. Dengan demikian, antar stakeholder harus

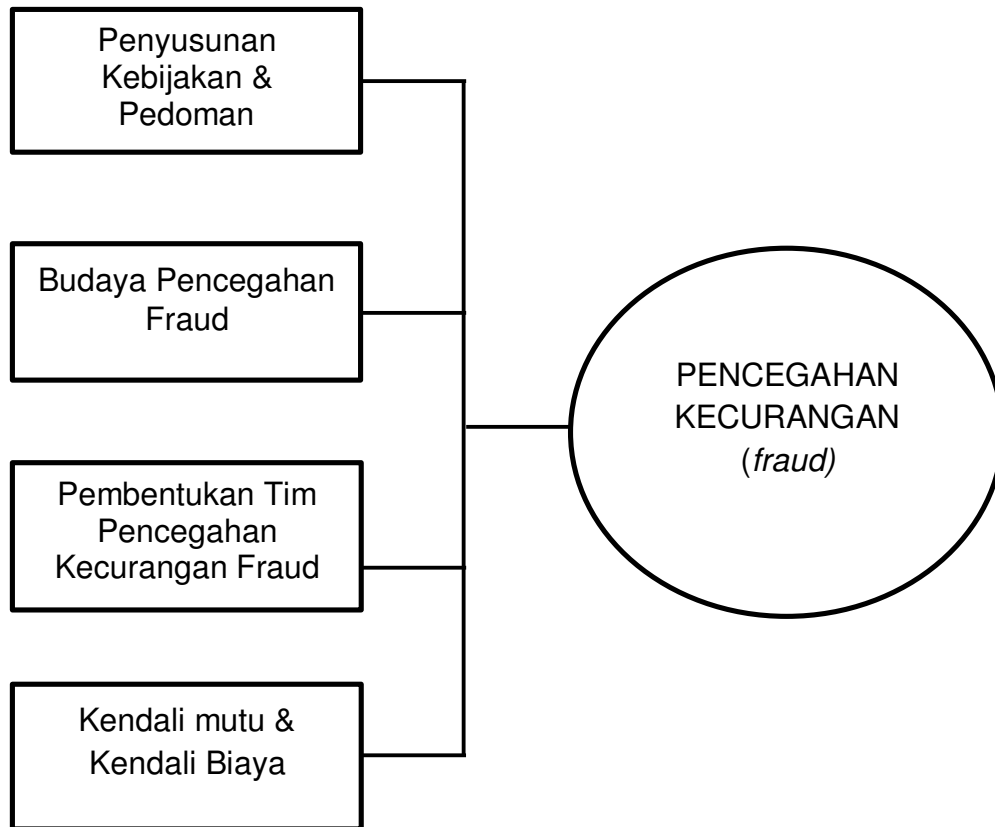
<b>No</b>	<b>Penelitian (tahun)</b>	<b>Desain Penelitian</b>	<b>Sampel / Informan</b>	<b>Hasil</b>
				meningkatkan komunikasi dan koordinasi secara lebih rutin untuk menggiatkan program.

### G. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Modifikasi Fraud Diamond Theory (Abdullahi & Mansor, 2015) dan Permenkes 16 tahun 2019 (Sistem Pencegahan Fraud)

## H. Kerangka Konseptual



## I. Definisi Konseptual

1. Penyusunan Kebijakan dan Pedoman
  - a. Penyusunan kebijakan pencegahan 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. Budaya
  - 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. Pembentukan Tim
- Pembentukan tim pencegahan kecurangan (*fraud*) yang disesuaikan dengan kebutuhan dan skala organisasi.
4. Kendali Mutu dan Kendali Biaya
- a. Pembentukan tim kendali mutu dan kendali biaya yang terdiri dari tim koordinasi dan tim teknis
  - b. Implementasi Konsep manajemen mutu dalam pelayanan kesehatan



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis Penelitian**

Metode yang dipakai pada penelitian ini adalah metode kualitatif dengan desain fenomenologi (Griffin, E, 2006). Bagi Husserl, fenomenologi merupakan kajian filosofi yang melukiskan segala bidang pengalaman manusia. Manusia mengalami pengalaman hidupnya dalam sebuah kesadaran (Dewi Ambarwati, Wilis Dewi Pangesti, 2018).

Dalam penelitian ini peneliti ingin menggali pangalaman dan kesadaran dari subjek penelitian dalam hal ini koder, klinisi dan manajemen rumah sakit tentang fenomena fraud. Peneliti ingin menggali apa yang dialami, didengarkan, yang terlihat dan dipikirkan oleh subjek penelitian tentang pengalamannya sehari-hari dan mengaitkannya pada fenomena fraud. Dengan cara ini diharapkan penyebab fenomena fraud akan dapat dijelaskan secara gamblang dan bisa didapatkan solusi pencegahan untuk mengatasinya.

#### **B. Lokasi dan Waktu Penelitian**

##### 1. Lokasi penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Darerah Lasinrang Pinrang.

##### 2. Waktu penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan dari Januari - Maret tahun 2020. Waktu penelitian tersebut digunakan mulai dari pengurusan izin

penelitian hingga memperoleh izin untuk penelitian di Rumah Sakit Umum Lasinrang Kabupaten Pinrang pada bulan Januari 2020.

### **C. Informan**

Fenomenologi juga merupakan sebuah pendekatan filosofi untuk menyelidiki pengalaman manusia. Penelitian ini ingin mempelajari fenomena fraud dan faktor yang menyebabkannya. Dari hasil telaah literature kejadian fraud pada sistem JKN bisa terjadi pada koder dan klinisi.

Informan dipilih dengan metode Snowball Sampling. Metode Snowball Sampling yaitu suatu pendekatan untuk menemukan informan-informan kunci yang memiliki banyak informasi. Dengan menggunakan pendekatan ini, beberapa informan yang potensial dihubungi dan ditanya apakah mereka mengetahui orang yang lain dengan karakteristik seperti yang dimaksud untuk keperluan penelitian.

Informan pada penelitian ini adalah :

1. Direktur RS

Direktur Rumah Sakit dipilih karena peneliti menganggap direktur Rumah Sakit mengetahui secara detail dan komprehensif pelaksanaan JKN di rumah sakit, termasuk peluang-peluang terjadinya fraud di Rumah Sakit beserta penyebabnya.

2. Koder

Koder dipilih karena dalam pelaksanaan JKN di rumah sakit koder memegang peranan penting, terutama untuk pengkodean INA-

CBG. Fraud dapat terjadi pada proses pengkodean diagnosis ataupun prosedur. Sebagai orang yang terlibat sehari-hari pada proses pengkodean penyakit, pandangan koder sangat diperlukan untuk melihat konteks terjadinya fraud di rumah sakit.

### 3. Klinisi

Klinis dalam hal ini dokter spesialis bedah, penyakit dalam, kandungan, penyakit dalam dan anak sesuai dengan pengambilan data kuantitatif pada tahap satu, pada rumah sakit di Kabupaten Pinrang. Klinisi dipilih karena klinisi lah yang secara langsung berhubungan dengan pasien dan menentukan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien. Pandangan klinisi sangat diperlukan untuk memahami konteks fraud yang menjadi isu sentral dalam penelitian ini. Setelah memahami pandangan fraud menurut klinisi maka pendapat klinisi tentang faktor penyebab terjadinya fraud akan memperjelas alasan-alasan fraud terjadi di rumah sakit.

### 4. Petugas Verifikator BPJS

Petugas verifikator BPJS adalah wakil dari BPJS di rumah sakit. Peran verifikator adalah melakukan verifikasi klaim dari pihak rumah sakit. Pandangan verifikator sebagai bagian dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan sangat diperlukan untuk meng-cross check pernyataan dari pihak rumah sakit. Perbedaan cara pandang ini akan memperkaya hasil penelitian dan pembahasan.

#### **D. Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dilakukan dengan cara penggalian data dari berbagai teknik dan sumber untuk memperjelas informasi di lapangan. Adapun data yang diperoleh adalah data primer. Data primer ini diperoleh dengan cara wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen. Dalam penelitian ini, teknik pengumpulan data primer yang dilakukan peneliti sebagai berikut : (Devi, 2019).

##### **1. Wawancara Mendalam**

Wawancara mendalam akan dilakukan pada Direktur Rumah sakit, dua orang dokter spesialis di rumah sakit, dua orang verifikator dari BPJS Kesehatan yang ditempatkan di rumah sakit. Metode wawancara mendalam dipilih karena kesibukan partisipan sehingga sulit untuk menemukan waktu yang cocok kalau dilakukan Fokus Grup Diskusi, topik wawancara yang sensitif yaitu mengenai fraud.

##### **2. Observasi (Pengamatan)**

Observasi adalah suatu hasil perbuatan jiwa secara aktif dan penuh perhatian untuk menyadari adanya rangsangan. Dalam pengumpulan data melalui observasi diperlukan ingatan yang cepat, setia, teguh dan luas (Devi, 2019). Observasi atau pengamatan dilakukan dengan kegiatan pengumpulan data langsung sesuai objek penelitian.

##### **3. Telaah Dokumen**

Telaah dokumen dalam penelitian ini merupakan pelengkap dari penggunaan metode wawancara mendalam dan observasi.

Telaah dokumen yaitu pengumpulan dokumen dan data yang diperlukan dalam permasalahan penelitian lalu ditelaah secara intens sehingga dapat mendukung dan menambah kepercayaan dan pembuktian suatu kejadian (Devi, 2019).

Peneliti kembali melakukan pengumpulan data dengan teknik observasi setelah wawancara mendalam kepada beberapa informan. Observasi ini dilakukan untuk membuktikan informasi yang disampaikan dalam wawancara mendalam sesuai atau tidak. Setelah melakukan observasi kedua, peneliti mengumpulkan dokumen yang menjadi tolok ukur dari salah satu fokus penelitian untuk dilakukan studi dokumentasi penelitian.

Tahapan-tahapan penelitian kualitatif meliputi langkah-langkah : (Albi Anggito, 2018).

a) Persiapan

1) Menyusun rancangan penelitian

Penelitian yang akan dilakukan berangkat dari permasalahan dalam lingkup peristiwa yang sedang terus berlangsung dan bisa diamati serta diverifikasi secara nyata pada saat berlangsungnya penelitian. Peristiwa-peristiwa yang diamati dalam konteks kegiatan orang-orang/organisasi.

2) Memilih lapangan

Sesuai dengan permasalahan yang diangkat dalam penelitian, maka dipilih lokasi penelitian yang digunakan sebagai

sumber data, dengan mengasumsikan bahwa dalam penelitian kualitatif, jumlah (informan) tidak terlalu berpengaruh dari pada konteks. Juga dengan alasan-alasan pemilihan yang ditetapkan dan rekomendasi dari pihak yang berhubungan langsung dengan lapangan. Selain didasarkan pada rekomendasi-rekomendasi dari pihak yang terkait juga melihat dari keragaman masyarakat yang berada di sekitar tempat yang menempatkan perbedaan dan kemampuan potensi yang dimilikinya.

### 3) Mengurus perizinan

Mengurus berbagai hal yang diperlukan untuk kelancaran kegiatan penelitian. Terutama kaitannya dengan metode yang digunakan yaitu kualitatif, maka perizinan dari birokrasi yang bersangkutan dibutuhkan karena hal ini akan mempengaruhi keadaan lingkungan dengan kehadiran seseorang yang tidak dikenal atau diketahui. Dengan perizinan yang dikeluarkan akan mengurangi sedikitnya ketertutupan lapangan atas kehadiran kita sebagai peneliti.

### 4) Menjajagi dan menilai keadaan

Setelah kelengkapan administrasi diperoleh sebagai bekal legalisasi kegiatan penelitian, maka hal yang sangat perlu dilakukan adalah proses penjajagan lapangan dan sosialisasi diri dengan keadaan.

### 5) Memilih dan memanfaatkan informan

Ketika menjajagi dan mensosialisasikan diri di lapangan, ada hal penting lainnya yang perlu dilakukan yaitu menentukan patner kerja sebagai “mata kedua” kita yang dapat memberikan informasi banyak tentang keadaan lapangan. Informan yang dipilih harus benar-benar orang yang independen dari orang lain dan kita, juga independen secara kepentingan penelitian atau kepentingan karier.

#### 6) Menyiapkan instrumen penelitian

Dalam penelitian kualitatif, peneliti adalah ujung tombak sebagai pengumpul data (instrumen). Peneliti terjun secara langsung ke lapangan untuk mengumpulkan sejumlah informasi yang dibutuhkan. Peneliti sebagai intrumen utama dalam penelitian kualitatif, meliputi ciri-ciri

- a. Peneliti sebagai alat peka dan dapat bereaksi terhadap segala stimulus dan lingkungan yang bermakna atau tidak dalam suatu penelitian;
- b. Peneliti sebagai alat dapat menyesuaikan diri dengan aspek keadaan yang dapat mengumpulkan data yang beragam sekaligus;
- c. Tiap situasi adalah keseluruhan, tidak ada instrumen berupa test atau angket yang dapat mengungkap keseluruhan secara utuh;

- d. Suatu interaksi yang melibatkan interaksi manusia, tidak dapat difahami oleh pengetahuan semata-mata;
- e. Peneliti sebagai instrumen dapat segera menganalisis data yang diperoleh;
- f. Hanya manusia sebagai instrumen dapat mengambil kesimpulan dari data yang diperoleh;
- g. Dengan manusia sebagai instrumen respon yang aneh akan mendapat perhatian yang seksama.

b) Lokasi Penelitian

1) Memahami dan memasuki lapangan

- a. Memahami latar penelitian; latar terbuka; dimana secara terbuka orang, berinteraksi sehingga peneliti hanya mengamati, latar tertutup dimana peneliti berinteraksi secara langsung dengan orang.
- b. Penampilan, menyesuaikan penampilan dengan kebiasaan, adat, tata cara, dan budaya latar penelitian.
- c. Pengenalan hubungan peneliti di lapangan, berindak netral dengan peranserta dalam kegiatan dan hubungan akrab dengan subjek.
- d. Jumlah waktu studi, pembatasan waktu melalui keterpenuhan informasi yang dibutuhkan.

c) Aktif dalam kegiatan (pengumpulan data)



Pendekatan kualitatif yang dipergunakan beranjak dari bahwa hasil yang diperoleh dapat dilihat dari proses secara utuh, untuk memenuhi hasil yang akurat maka pendekatan ini menempatkan peneliti adalah instrumen utama dalam penggalan dan pengolahan data-data kualitatif yang diperoleh. Penelitian kualitatif atau sering disebut dengan metode naturalistik memiliki karakteristik sebagai berikut :

- 1) Data diambil langsung dari setting alami;
- 2) Penentuan sampel secara purposif;
- 3) Peneliti sebagai instrumen pokok;
- 4) Lebih menekankan pada proses dari pada produk, sehingga bersifat deskriptif analitik;
- 5) Analisa data secara induktif atau interpretasi bersifat idiografik, dan;
- 6) Menggunakan makna dibalik data

Pada tahap pengumpulan data penelitian dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

- 1) Pertama peneliti mengumpulkan data sebanyak-banyaknya yang berkaitan dengan fenomena yang akan diteliti. Peneliti dapat mengumpulkan fakta-fakta yang ada melalui pengumpulan data wawancara, observasi dan telaah dokumen.
- 2) Setelah peneliti melakukan tahap pengumpulan data, peneliti melakukan reduksi data atau penggabungan data yang sama

dari subyek-subyek yang berbeda. Agar lebih mudahnya peneliti melakukan reduksi data membuat tabel dengan 4 columns yang berisikan :

- a) Refleksi, kolom pertama ini peneliti mengisi hasil observasi atau keterangan-keterangan lainnya.
- b) Verbatim, pada kolom ketiga mencatumkan seluruh verbatim yang dilakukan saat wawancara
- c) Analisis, pada kolom terakhir ini peneliti menganalisis data (verbatim) atau menghubungkan data dengan teori psikologi
- 3) Proses Pengkodean, dalam pemberian nomor ini bertujuan agar mempermudah peneliti dalam pembahasan membahas fakta-fakta yang ada dengan teori.
- 4) Penarikan Kesimpulan

Berikut matriks pengumpulan data :

Fokus Penelitian	Metode			Informan
	Wawancara Mendalam	Observasi	Telaah Dokumen	
Penyusunan Kebijakan dan Pedoman	√		√	1. Sekertaris Rumah Sakit 2. Dokter 3. Koder
Budaya Pencegahan Kecurangan ( <i>fraud</i> )	√		√	1. Sekertaris Rumah Sakit 2. Dokter 3. Koder
Kendali Mutu dan Kendali Biaya	√		√	1. Sekertaris Rumah Sakit 2. Dokter 3. Verifikator BPJS
Pembentukan Tim Pencegahan Kecurangan ( <i>fraud</i> )	√		√	1. Sekertaris Rumah Sakit 2. Dokter 3. Koder

*Sumber: Data Primer, 2020*

### E. Pengolahan dan Analisis Data

Menurut (Muhadjir, 2007), tahapan analisis data kualitatif adalah sebagai berikut:

1. Membaca dan mempelajari data, menandai kata-kata kunci dan gagasan yang terdapat dalam data
2. Mempelajari kata-kata kunci tersebut dengan tujuan menemukan tema-tema yang berasal dari data.
3. Menuliskan “model” yang ditemukan (Rijali, 2019).

### F. Keabsahan Data

Proses keabsahan penelitian merupakan validasi dan reliabilitas dalam penelitian kualitatif. Pada penelitian ini teknik pemeriksaan

keabsahan data adalah dengan metode triangulasi. Teknik triangulasi adalah teknik pemeriksaan data yang memanfaatkan sesuatu diluar data untuk keperluan pengecekan atau pembandingan terhadap data itu. Terdapat tiga macam triangulasi yang akan peneliti lakukan dalam penelitian ini yaitu, triangulasi sumber, metode dan penyidik (Hadi, 2017).

#### 1. Triangulasi Sumber

Triangulasi sumber adalah mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif (Maleong, L, 2019). Dalam penelitian ini peneliti membandingkan pendapat koder dengan pendapat dokter spesialis.

#### 2. Triangulasi Metode

Yaitu pengecekan derajat kepercayaan penemuan hasil penelitian dengan beberapa teknik pengumpulan data (Patton 1987:331) dalam (Maleong, L, 2019). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan metode wawancara mendalam untuk menjaga keabsahan data.

#### 3. Triangulasi Pengamat

Yaitu memanfaatkan peneliti atau pengamat lain untuk keperluan pengecekan kembali derajat kepercayaan data (Maleong, L, 2019). Cara peneliti melakukan triangulasi pengamat adalah dengan meminta masukan dari promotor terhadap analisis data yang sudah peneliti lakukan.