

TESIS

**ANALISIS POTENSI FRAUD DALAM PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN
NASIONAL (JKN) DI RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH (RSKD) X
KOTA MAKASSAR**

**ANALYSIS OF POTENCIAL FRAUD IN THE IMPLEMENTATION OF NATIONAL
HEALTH INSURANCE AT X REGIONAL HOSPITAL MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

**AMALIAH AMRIANI . AS
K012202037**



**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

**ANALISIS POTENSI FRAUD DALAM PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN
NASIONAL (JKN) DI RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH (RSKD) X
KOTA MAKASSAR**

**Tesis
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister**

**Program Studi
Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**Disusun dan diajukan oleh:
AMALIAH AMRIANI . AS**

Kepada

**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

LEMBAR PENGESAHAN

ANALISIS POTENSI FRAUD DALAM PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) DI RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH (RSKD) X KOTA MAKASSAR

Disusun dan diajukan oleh

**AMALIAH AMRIANI . AS
K012202037**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 20 Maret 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,



Dr. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes
NIP. 196407081991031002



Prof. Dr. Darmawansyah, SE., MS.
NIP. 196404241991031002

Dekan Fakultas
Kesehatan Masyarakat

Ketua Program Studi S2
Ilmu Kesehatan Masyarakat



Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, M.Sc.PH., Ph.D
NIP. 19720529 200112 1 001



Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH,
NIP. 19590605 198601 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Amaliah Amriani . AS
NIM : K012202037
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul :

ANALISIS POTENSI FRAUD DALAM PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) DI RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH (RSKD) X KOTA MAKASSAR

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

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

Makassar, 20 Maret 2023.

Yang menyatakan



Amaliah Amriani . AS

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah Subhanahu wa ta'ala karena atas rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul **“Analisis Potensi Fraud dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) X Kota Makassar”**. Tesis ini dibuat sebagai salah satu syarat mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari bahwa tesis ini tidak dapat terselesaikan dengan baik tanpa adanya doa, bantuan, dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Kedua Orang tua, Prof. Dr. Amran Saru, S.T., M.Si. dan (Alm.) Ariani Amran, S.St, M.Kes, yang tak pernah henti mendoakan dan memotivasi penulis untuk menjadi manusia yang bermanfaat bagi sesama serta sukses dunia dan akhirat,
2. Kakak satu-satunya dr. Imam Amriadi.AS, S.Ked yang juga selalu mendukung dan memotivasi hingga tesis ini dapat terselesaikan,
3. Dekan dan Para Wakil Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin beserta seluruh staf atas bimbingan, fasilitas dan kemudahan administrasi selama penyusunan tesis ini
4. Bapak Dr. H. Muh. Alwy Arifin, M.Kes selaku Pembimbing I dan Bapak Prof. Dr. Darmawansyah, SE., MS, Selaku pembimbing II atas

kesediaan, keikhlasan, dan kesabaran meluangkan waktunya memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis mulai dari penyusunan proposal sampai pada penyusunan tesis ini

5. Bapak Prof. Dr. Amran Razak, SE., M.Sc., Bapak Prof. Dr. dr. Muhammad Syafar, MS dan Ibu Prof. Dr. Rahmatia, MA. selaku penguji atas kesediaannya meluangkan waktu memberikan masukan untuk Tesis ini
6. Ibu Dr. Balqis, SKM, MSc.PH., M. Kes. selaku penasihat akademik atas kesediaan, keikhlasan, dan kesabaran meluangkan waktunya memberi arahan akademik selama penulis menjalani pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
7. Teman-teman Angkatan 2020 Program Studi Magister (S2) Kesehatan Masyarakat FKM Unhas yang telah banyak membantu dan menjadi tempat berbagi selama penyusunan tesis
8. Informan Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) X Kota Makassar yang telah bersedia memberikan informasi untuk pengembangan ilmu pengetahuan
9. Semua pihak yang telah membantu selama proses penelitian ini sehingga dapat selesai.

Akhir kata, penulis berharap agar tugas akhir ini bermanfaat bagi semua pihak yang membutuhkan informasi tentang system pencegahan *fraud* khususnya di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) X Kota Makassar. Penulis menyadari masih ada kekurangan dan ketidaksempurnaan dalam

tesis ini sehingga tidak menutup kemungkinan adanya pengembangan lebih lanjut dari tugas akhir ini. Oleh karenanya saran dan kritik yang membangun senantiasa penulis harapkan.

Makassar, Maret 2023

Penulis

ABSTRAK

AMALIAH AMRIANI. AS. *Analisis Potensi Fraud dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Khusus Daerah X Kota Makassar* (Dibimbing oleh **Muh. Alwy Arifin dan Darmawansyah**)

Program Jaminan Kesehatan Nasional mulai berjalan di Indonesia sejak tanggal 1 Januari 2014. Seiring dengan meningkatnya jumlah peserta Jaminan Kesehatan Nasional dan fasilitas kesehatan, semakin banyak kritik yang muncul dari berbagai pihak, diantaranya dari provider Jaminan Kesehatan Nasional yaitu puskesmas, rumah sakit, dan klinik swasta tentang dugaan terjadinya fraud. Dampak yang ditimbulkan dari fraud dapat mempengaruhi aspek finansial, mutu layanan klinik, dan nama baik pelaku. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui potensi terjadinya fraud di Rumah Sakit Khusus Daerah X Kota Makassar berdasarkan kebijakan dan sistem pencegahan fraud yang diimplementasikan.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan design fenomenologi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat sistem pencegahan fraud di Rumah Sakit Khusus Daerah X Kota Makassar berupa penyusunan kebijakan dan pedoman, budaya pencegahan, implementasi kendali mutu dan kendali biaya. Walaupun telah memiliki sistem pencegahan, tetapi masih terdapat beberapa kekurangan, yaitu kurang terdiseminasinya informasi tentang tim pencegahan fraud yang dibentuk (Satuan Pengawas Internal), masih sering terjadi ketidaksesuaian input kode diagnosis di sistem Jaminan Kesehatan Nasional dengan diagnosis yang diderita pasien tetapi hal ini belum termasuk fraud karena tim koder tetap berkoordinasi dengan BPJS selaku instansi penyedia layanan Jaminan Kesehatan Nasional, dan implementasi kebijakan clinical pathway yang memberikan kendala di beberapa bagian pelayanan.

Kata kunci: Pencegahan Kecurangan, Jaminan Kesehatan Nasional, Rumah Sakit



ABSTRACT

AMALIAH AMRIANI. AS. *Analysis of Potential Fraud in the Implementation of National Health Insurance at X Regional Hospital Makassar (Supervised by Muh. Alwy Arifin and Darmawansyah.)*

The National Health Insurance program started running in Indonesia on January 1, 2014. Along with the increasing number of National Health Insurance participants and health facilities, more criticism has emerged from various parties, including from National Health Insurance providers, namely health centers, hospitals, and private clinics regarding the alleged fraud. Fraud can have a negative effect on finances, the standard of medical care, and the perpetrator's reputation. This study's goal was to assess the likelihood that fraud will occur at Makassar City's X Regional Hospital in light of the procedures and policies in place for preventing it.

This study uses a qualitative method with a phenomenological design. The results of the study show that there is a fraud prevention system at Regional Hospital in Makassar City in the form of policy and guideline formulation, a culture of prevention, implementation of quality control, and cost control. Even though they already have a prevention system in place, there is still some lack of information being disseminated about the fraud prevention team established (Internal Monitoring Unit), there are still frequent discrepancies between the diagnosis code input in the National Health Insurance system and the patient's diagnosis, but this is not yet included fraud because the coder team continues to coordinate with the BPJS as the organization providing the National Health Insurance service, and the Internal Monitoring Unit is still in the process of establishing a fraud prevention system.

Keywords: Fraud Prevention, National Health Insurance, Hospital.



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN TESIS	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iii
PRAKATA	iv
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Tinjauan Umum <i>Fraud</i> (Kecurangan).....	9
B. Tinjauan Umum Jaminan Kesehatan Nasional	12
C. Tinjauan Umum Rumah Sakit	18
F. Sintesa Penelitian	23
G. Kerangka Teori	34
H. Kerangka Konsep.....	37
I. Definisi Konseptual	38
BAB III METODE PENELITIAN	40
A. Jenis Penelitian	40
B. Waktu dan Lokasi Penelitian.....	40
C. Penentuan Informan.....	40
D. Pengumpulan Data	42

E. Pengolahan dan Analisis Data	43
F. Keabsahan Data	44
G. Penyajian Data.....	45
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian	45
B. Pembahasan.....	59
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	68
B. Saran	69
DAFTAR PUSTAKA.....	xi
LAMPIRAN	xvi

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Sintesa Penelitian	23
Tabel 3.1. Matriks Pengumpulan Data.....	43
Tabel 4.1. Karakteristik Informan Penelitian di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) X Kota Makassar.....	45
Tabel 4.2. Analisis Potensi Kecurangan di Rumah Sakit Khusus Daerah X Kota Makassar Berdasarkan Teori Fraud dan Permenkes	57

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kerangka Teori	36
Gambar 2.2. Kerangka Konsep.....	38

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fraud (Kecurangan) merupakan suatu bentuk upaya yang dilakukan dengan sengaja untuk menciptakan suatu manfaat yang tidak seharusnya dinikmati oleh individu atau institusi yang secara tidak langsung dapat merugikan pihak lain. Menurut Trisnantoro (2014), tujuan melakukan fraud yaitu untuk mendapatkan sesuatu yang bernilai atas kerugian orang lain sebagai upaya penipuan untuk memperoleh keuntungan pribadi. Elemen fraud dalam kesehatan berkaitan dengan semua aspek dalam pelayanan kesehatan dimana dapat menimbulkan unsur-unsur fraud (Fatimah, 2020).

Banyak dugaan kecurangan - kecurangan yang dilakukan di pelayanan kesehatan di seluruh Indonesia terkait sistem dan pelayanan, seperti merubah diagnosis utama maupun membuat diagnosis tambahan sehingga mendapatkan tarif yang besar. Berbagai isu fraud pada pelayanan kesehatan, paling tidak menurut Charles (2015) terdiri dari sepuluh skema, di antaranya mengklaim pelayanan yang tidak pernah diberikan, mengklaim layanan yang tidak dapat ditanggung asuransi, sebagai layanan yang ditanggung asuransi, memalsukan waktu layanan, memalsukan lokasi layanan, memalsukan pemberi layanan, mengklaim tagihan yang seharusnya dibayar pasien, pelaporan diagnosis dan prosedur yang salah, pelayanan yang berlebihan, korupsi (sogokan), dan peresepan obat yang tidak perlu Jaminan Kesehatan Nasional di

Indonesia juga. Dugaan kecurangan tersebut tentu tidak terlepas dari pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional yang diimplementasikan sebagai upaya pemerataan pelayanan kesehatan di Indonesia.

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mulai berjalan di Indonesia sejak tanggal 1 Januari 2014. Seiring dengan meningkatnya jumlah peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan fasilitas kesehatan, semakin banyak kritik yang muncul dari berbagai pihak, diantaranya dari provider Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yaitu puskesmas, rumah sakit, dan klinik swasta perihal dugaan terjadinya fraud. Dampak yang ditimbulkan dari fraud dapat mempengaruhi pada aspek finansial, mutu layanan klinik, dan pada citra serta nama baik pelaku (Rahma, 2019).

Dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan, kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh petugas BPJS Kesehatan, peserta, 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 (Permenkes, 2015).

Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization/WHO) memperkirakan terdapat 7,29% dana kesehatan hilang akibat pelayanan yang terbukti fraud di seluruh dunia (WHO, 2018). Pengeluaran dana kesehatan jauh lebih tinggi dibandingkan pertumbuhan ekonomi, aspek

yang paling mempengaruhi terhadap pengeluaran ini yaitu terjadinya kecurangan terhadap pelayanan kesehatan secara global (GHCAN, 2017). The National Health Care Anti-Fraud Association (NHCAA) memperkirakan bahwa kerugian kesehatan akibat kecurangan mencapai puluhan miliar dolar (NHCAA, 2019). Sedangkan menurut perkiraan Biro Investigasi Federal (BIF), penipuan kesehatan terhadap biaya pembayaran pajak Amerika lebih dari US \$ 80 miliar setahun (Aldrich, 2014).

Pada tahun 2018 berdasarkan Report to the Nations Acfe (RTTN) Association of Certified Fraud Examiners (ACFE) 2018 kerugian akibat kecurangan pada pelayanan kesehatan mencapai 5% dari total biaya pelayanan kesehatan (Permenkes RI Nomor 16 Tahun 2019). Di Indonesia sendiri pada tahun 2015 terdapat sekitar 175 ribu klaim dari pelayanan kesehatan ke BPJS dengan nilai Rp 400 miliar yang terdeteksi ada kecurangan, hingga saat ini sudah ada 1 juta klaim yang terdeteksi (Rahma, 2019).

Kecurangan (Fraud) lebih sering dikaitkan dengan perawatan kesehatan sekunder (tingkat lanjut), yaitu rumah sakit. 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 (Djasri, 2016).

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).

Dengan timbulnya risiko kerugian yang besar, pada tahun 2019, pemerintah menerbitkan Permenkes No. 16 tahun 2019 tentang pencegahan dan penanganan kecurangan (fraud) serta pengenaan sanksi administrasi terhadap kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan. Permenkes tersebut merupakan pembaruan dari regulasi anti fraud sebelumnya yaitu Permenkes No. 36 tahun 2015 (Permenkes, 2019).

Hanya saja sampai saat ini masih saja terdapat beberapa masalah yang berkaitan dengan inefisiensi terhadap pelayanan BPJS Kesehatan, untuk itu diperlukan upaya pencegahan terjadinya fraud untuk

meminimalisir potensi dan mengendalikan kejadian kecurangan di fasilitas kesehatan. 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).

Pada tahun 2017, lembaga Anti Corruption Committee Sulawesi dan Indonesia Corruption Watch mengungkapkan sejumlah dugaan kasus praktik tindak kecurangan pada layanan kesehatan khususnya dalam hal obat-obatan di Salah satu Rumah Sakit Swasta dan Pemerintah Kota Makassar. Lebih lanjut, berdasarkan laporan yang didapatkan dari salah satu peserta BPJS di RSUD X Kota Makassar, didapati bahwa terjadi dugaan fraud tenaga kesehatan dengan mengarahkan pasien BPJS untuk membeli obat di Apotek miliknya dengan alasan stok obat di rumah sakit habis, tetapi setelah membeli obat, pasien tersebut tetap diberikan obat jenis yang sama dari pihak Rumah Sakit sebagai klaim BPJS. Hal ini menunjukkan masih rentannya potensi terjadinya fraud di RSUD X Kota

Makassar pada tahun tersebut. Dalam kesempatan lain salah seorang pakar Jaminan Kesehatan Nasional mengatakan kalau besaran tarif INA-CBG yang diterima rumah sakit juga berpotensi untuk menimbulkan fraud pada era JKN.

Studi awal yang dilakukan di RSUD X Kota Makassar 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 Potensi Fraud Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD X Kota Makassar.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang dan ruang lingkup , maka rumusan masalah penelitian ini dapat disusun sebagai berikut, Bagaimana potensi fraud dalam aspek kebijakan, budaya pencegahan, pembentukan tim, kendali mutu dan kendali biaya, kemampuan dan tekanan yang dihadapi di RSKD (Rumah Sakit Khusus Daerah) X Kota Makassar

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis potensi fraud dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di RSKD (Rumah Sakit Khusus Daerah) X kota Makassar.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian :

- a. Untuk menganalisis kebijakan dan pedoman pencegahan kecurangan (fraud) di RSKD (Rumah Sakit Khusus Daerah) X Kota Makassar.
- b. Untuk menganalisis Budaya Pencegahan Kecurangan (fraud) yang dilakukan di RSKD (Rumah Sakit Khusus Daerah) X Kota Makassar.
- c. Untuk menganalisis pembentukan tim pencegahan kecurangan(fraud) di RSKD (Rumah Sakit Khusus Daerah) X Kota Makassar.
- d. Untuk menganalisis kendali mutu dan kendali biaya pencegahan kecurangan (fraud) di RSKD (Rumah Sakit Khusus Daerah) X Kota Makassar.
- e. Untuk menganalisis kemampuan untuk melakukan kecurangan (fraud) di RSKD (Rumah Sakit Khusus Daerah) X Kota Makassar
- f. Untuk menganalisis tekanan untuk melakukan kecurangan (fraud) di RSKD (Rumah Sakit Khusus Daerah) X Kota Makassar.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini dapat berguna dalam penerapan ilmu kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan Sistem Jaminan Kesehatan khususnya tentang Fraud (Kecurangan) serta dapat dijadikan sebagai

bahan acuan untuk melakukan penelitian selanjutnya yang lebih mendalam.

2. Manfaat Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan bagi Rumah Sakit X dalam mengimplementasikan sistem pencegahan *Fraud* (Kecurangan).

3. Manfaat Pemerintah

Penelitian ini dapat memberikan sumbangan informasi dan pemikiran bagi pemerintah dalam menyikapi masalah kejadian fraud dalam program JKN di Kota Makassar.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum *Fraud* (Kecurangan)

1. Definisi *Fraud* (Kecurangan)

Menurut Merriam-Webster Dictionary of Law, fraud adalah kesengajaan melakukan kesalahan terhadap kebenaran untuk tujuan memperoleh sesuatu yang bernilai atas kerugian orang lain 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, 2012). Penelitian yang dilakukan Sarwo tahun 2015 menyatakan bahwa syarat terjadinya fraud berupa orang yang berbuat tahu jika perbuatan tersebut tidak benar, dilaku dengan tujuan memperoleh sesuatu yang menguntungkan akan tetapi merugikan pihak lain (Sarwo, 2015).

Menurut The National Health Care anti-Fraud Association (2019), fraud pada kesehatan yaitu suatu kesengajaan berbuat kesalahan serta menyatakan pernyataan yang salah oleh individu yang tahu hal itu serta menimbulkan beberapa keuntungan yang tidak sah kepada seseorang, dan orang lain. The National Health Care anti-Fraud Association (NHCAA) menyatakan lebih lanjut jika

bentuk umum fraud adalah tindakan sengaja menghilangkan fakta. Tindakan kecurangan adalah tindakan criminal yang hampir tidak bervariasi, walaupun mungkin ada variasi alamiah spesifik atau tingkatan perbuatan criminal antara negara bagian (NHCAA, 2019).

Berdasarkan penelitian terdahulu, healthcare fraud diartikan secara lebih komprehensif sebagai bentuk gambaran suatu fakta yang disengaja jika seseorang mengetahui ilegal atau tidak benar dan mengetahui bahwa menurutnya dapat mengakibatkan beberapa keuntungan yang tidak sah untuk diri sendiri atau orang lain. Fraud mengarah pada perilaku yang memanipulasi terhadap claim (Busch, 2012). Sedangkan didalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2015, fraud adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh berbagai pihak yang berkaitan dengan program JKN untuk memperoleh keuntungan finansial melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan (Permenkes RI No.36 Tahun 2019).

2. Faktor Pendorong Potensi *Fraud* (Kecurangan)

Berdasarkan kajian literatur yang dilakukan peneliti pada artikel nasional maupun internasional, dapat disimpulkan bahwa fraud secara keseluruhan dipengaruhi oleh faktor-faktor pendorong dengan berbagai bentuk potensi fraud. Dari 4 sumber artikel internasional yang didapatkan, fraud terjadi karena adanya ketidakpahaman dengan mekanisme pelayanan kesehatan, kurangnya kendali mutu

dan kendali biaya. Sedangkan 11 sumber nasional menunjukkan terdapat beragam faktor pendorong potensi fraud diantaranya faktor motivasi, tekanan dan membenarkan tindakan tersebut (fraud) untuk mendapatkan keuntungan serta kurangnya pengendalian internal (Busch, 2012).

Potensi fraud terjadi diberbagai sektor kesehatan, dari fasilitas kesehatan tingkat primer hingga tersier (Permenkes No. 16 Tahun 2019). Faktor pendorong potensi fraud terjadi karena adanya cara untuk melakukan, motif, dorongan, rasionalisasi dan sikap terhadap tindakan kecurangan yang ditetapkan (Soputan, 2010). Kecurangan dalam pelayanan kesehatan dilakukan karena faktor yang disengaja atau terjadinya kekeliruan karena ketidakpahaman terhadap aturan yang ada sehingga secara tidak langsung berdampak pada kerugian terhadap penerima pelayanan kesehatan namun menghasilkan manfaat terhadap pemberi pelayanan kesehatan secara tidak benar (Adisasmito, 2016).

3. Sistem Pencegahan *Fraud* (Kecurangan)

Prinsip-prinsip dalam sistem pencegahan Kecurangan (*fraud*) dapat diuraikan sebagai berikut (Permenkes No. 16 Tahun 2019):

- a. Penyusunan kebijakan (*policy*) dan pedoman pencegahan Kecurangan (*fraud*), antara lain:
 - 1) Penyusunan kebijakan anti Kecurangan (*fraud*) dengan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical*

Governance.

- 2) Penyusunan pedoman manajemen risiko Kecurangan (*fraud risk management*) paling sedikit terdiri dari pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap Kecurangan (*fraud*).
- b. Pengembangan budaya pencegahan Kecurangan (*fraud*), antara lain:
- 1) Membangun budaya integritas, nilai etika dan standar perilaku.
 - 2) Mendidik seluruh pihak terkait Jaminan Kesehatan tentang kesadaran anti Kecurangan (*fraud*).
 - 3) Menciptakan lingkungan penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan yang positif.
- c. Pengembangan pelayanan kesehatan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya, antara lain:
- 1) Pembentukan tim kendali mutu dan kendali biaya yang terdiri dari tim koordinasi dan tim teknis.
 - 2) Implementasi konsep manajemen mutu dalam pelayanan kesehatan.
- d. Pembentukan tim pencegahan Kecurangan (*fraud*) yang disesuaikan dengan kebutuhan dan skala organisasi.

B. Tinjauan Umum Jaminan Kesehatan Nasional

1. Definisi Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan kesehatan memiliki mekanisme yang sama dengan

asuransi kesehatan. Menurut Prodjodikoro, asuransi utamanya asuransi kesehatan adalah sebuah perjanjian yang melibatkan dua pihak yaitu pihak tertanggung dan pihak penanggung. Pihak penanggung berjanji untuk mengganti biaya kerugian yang disebabkan oleh sesuatu yang belum pasti dan tidak terduga. Tanggung jawab pihak tertanggung adalah membayar dana atau premi setiap bulannya. Namun, karena asuransi kesehatan yang ada di Indonesia sebagian besar adalah milik perusahaan swasta, maka banyak peraturan asuransi kesehatan komersial yang dirasa memberatkan masyarakat.

Berbeda dengan asuransi kesehatan komersial, Asuransi Kesehatan Sosial atau Jaminan Kesehatan Nasional yang dilaksanakan oleh pemerintah cenderung memberi beberapa keuntungan. Antara lain, pertama, memberikan manfaat yang komprehensif dengan premi terjangkau. Kedua, asuransi kesehatan sosial menerapkan prinsip kendali biaya dan mutu. Itu berarti peserta bisa mendapatkan pelayanan bermutu memadai dengan biaya yang wajar dan terkendali. Ketiga, asuransi kesehatan sosial menjamin sustainability (kepastian pembiayaan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan).

Dalam Pasal 1 angka 1 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan ditetapkan bahwa yang dimaksud dengan 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.

Berdasarkan kedua pengertian tentang jaminan kesehatan tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa Jaminan Kesehatan Nasional adalah bentuk jaminan di bidang kesehatan yang bersifat wajib, dibuat oleh pemerintah dan diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial guna memenuhi kebutuhan dasar kesehatan berbagai lapisan masyarakat di Indonesia dengan menerapkan prinsip kendali biaya dan mutu.

2. Tujuan Jaminan Kesehatan Nasional

Seperti yang sudah diketahui sebelumnya bahwa Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Berdasarkan Pasal 19 UndangUndang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional,

Jaminan Kesehatan diselenggarakan dengan tujuan agar semua peserta jaminan kesehatan yang meliputi seluruh penduduk Indonesia memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

3. Manfaat Jaminan Kesehatan

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah program pelayanan kesehatan dari pemerintah yang berwujud BPJS Kesehatan dan sistemnya menggunakan sistem asuransi. Dengan adanya JKN ini maka seluruh warga Indonesia berkesempatan besar untuk memproteksi kesehatan mereka dengan lebih baik. Dengan hanya menyisihkan sebagian kecil uangnya, maka mereka pun akan mampu menjadi peserta dan memperoleh manfaatnya. Untuk masyarakat tidak mampu mereka juga tidak perlu khawatir, karena semua rakyat miskin atau Penerima Bantuan Iuran (PBI) akan ditanggung kesehatannya oleh pemerintah. Dari sini maka tidak ada alasan lagi bagi rakyat miskin untuk tidak memeriksa penyakitnya ke fasilitas kesehatan.

Manfaat yang dijamin oleh Program JKN tertuang dalam Pasal 22 Ayat (1) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional serta dalam Pasal 20 Perpres Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, yaitu berupa pelayanan kesehatan perorangan yang komprehensif, mencakup pelayanan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) termasuk obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Pemberian manfaat tersebut dengan menggunakan teknik layanan terkendali mutu dan biaya.

Maka, dapat disimpulkan bahwa salah satu manfaat jaminan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dijamin sesuai indikasi medis, baik dirawat jalan tingkat pertama oleh dokter umum baik di Puskesmas/dokterpraktek/klinik maupun dirawat jalan tingkat lanjut dan rawat inap oleh dokter spesialis di Rumah Sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Termasuk pelayanan obat, penunjang diagnostik, dan tindakan operatif.

4. *Fraud* dalam Jaminan Kesehatan Nasional

Menurut *The National Health Care anti-Fraud Association* (2019) pada hasil turun lapangan mengkategorikan jenis pelaku utama fraud diantaranya pemberi pelayanan, agen, dan konsumen. Menurut penelitian yang dilakukan Fathurrohma (2018) bentuk kecurangan yang terjadi berupa *fraud* pada diagnosa serta tanggal, menagih jasa yang dasarnya tidak diberikan, berat dikurangi, klaim yang salah terkait laboratorium, unbundling, obat nama dagang untuk obat generik, pengurangan berat, menghilangkan *co-pay* dan *deductibles*.

Berdasarkan hasil analisis yang dilakukan oleh peneliti terdapat beragam bentuk *fraud*. Bentuk potensi fraud yang dilakukan pada layanan kesehatan menurut *The National Health Care-Anti Fraud Association* (NHCAA, 2012) antara lain sebagai berikut kesalahan *keystroke*, *upcoding*, *phantom billing*, tidak ada nilai medis, *standar of care*, *inflated bills*, *type of room charge*, *time*

in or, cloning, length of stay, unnecessary treatment, service unbundling or fragmentation, repeat billing dan cancelled services.

Lebih lanjut, tipe kecurangan dalam pelayanan kesehatan menurut Asosiasi Asuransi Kesehatan Amerika (AAKA) dalam surveynya mengelompokan tipe 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 bekualifikasi, tetapi mempunyai izin sebagai PPK dan spesialis.

C. Tinjauan Umum Rumah Sakit

1. Definisi Rumah Sakit

Pengertian Rumah Sakit Berdasarkan Permenkes No. 147 tahun 2010 tentang Perijinan Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pasien memandang bahwa hanya rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan medis sebagai upaya penyembuhan dan pemulihan atas rasa sakit yang dideritanya. Pasien mengharapkan pelayanan yang siap, cepat, tanggap, dan nyaman

terhadap keluhan penyakit pasien (Listiyono, 2015).

2. Fungsi Rumah Sakit

Fungsi utama rumah sakit menurut ketentuan Pasal 5 UU RS No. 44

Tahun 2009 adalah:

- a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.

3. Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah sakit di Indonesia terdiri dari rumah sakit milik pemerintah dan rumah sakit milik perorangan. Menurut Pasal 18 UU Kesehatan diatur bahwa rumah sakit dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaanya yaitu, sebagai berikut :

- a. Jenis pelayanan yang diberikan rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.
 - 1) Rumah sakit umum memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit yang masih dapat

dikategorikan sebagai penanganan penyakit secara umum atau menyeluruh.

2) Rumah sakit khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

b. Sedangkan berdasarkan pengelolaannya rumah sakit dibagi menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit privat yaitu sebagai berikut :

- 1) Rumah sakit publik dapat dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba yang diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dengan tidak dapat dialihkan menjadi Rumah Sakit Privat.
- 2) Rumah sakit privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero.

Pasal 4 Bab III Keputusan Menteri Kesehatan No.340 juga menjelaskan bahwa terdapat 4 tipe rumah sakit sesuai dengan kelas pelayanan dan cakupan wilayah pelayanan kesehatan yang diberikan. Terdiri dari rumah sakit tipe A, Tipe B, Tipe C dan Tipe D. Selanjutnya, menurut ketentuan Permenkes No. 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah sakit bahwa rumah Sakit Umum Kelas A adalah

rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 5 (lima) spesialis penunjang medik, 12 (dua belas) spesialis lain dan 13 (tiga belas) subspecialis. Rumah Sakit Umum Kelas B adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medik, 8 (delapan) spesialis lain dan 2 (dua) subspecialis dasar. Rumah Sakit Umum Kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar dan 4 (empat) spesialis penunjang medik. Rumah Sakit Umum Kelas D adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) spesialis dasar.

Rumah Sakit Khusus kelas A adalah Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang lengkap. Rumah Sakit Khusus kelas B adalah Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang terbatas. Rumah Sakit Khusus kelas C adalah Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang minimal.

D. Sintesa Penelitian

Tabel 2.1 Sintesa Penelitian

No.	Penulis, Tahun	Judul Artikel	Tujuan	Sampel	Kerangka atau Metode	Unit Analisis	Theory	Variabel	Hasil
1.	Taslim, 2020	Analisis Pencegahan Fraud Provider Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang	Untuk menganalisis implementasi kebijakan pencegahan fraud provider jaminan kesehatan nasional di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang	Direktur Rumah Sakit, Klinisi, Verivikator BPJS, Koder RSUD Lasinrang	Kualitatif	RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang	Permenkes No. 36 Tahun 2019	Kebijakan Internal, Budaya Pencegahan, Tim pencegahan dan Kendali mutu dan kendali biaya	Sistem pencegahan kecurangan (fraud) JKN telah sesuai dengan apa yang diterapkan di Rumah Sakit, dimana sistem 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
2.		Analisis Potensi Fraud Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional Pada Puskesmas Di Kota Palembang	Untuk menganalisis Potensi Fraud Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional Pada Puskesmas Di Kota Palembang	Kepala Puskesmas, Petugas P-Care, Pasien BPJS, Kepala Seksi Dinas Kesehatan	Penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi menggunakan metode triangulasi sumber	Puskesmas di Kota Palembang	<i>Diamond Fraud Theory</i>	Kemampuan, Tekanan, Rasionalisasi, dan Kesempatan	potensi fraud pada puskesmas berkaitan dengan penarikan biaya pada pasien, kesalahan merujuk pasien, dan terjadi pemindahan kepesertaan pasien. Potensi fraud yang terjadi dapat diindikasikan dari faktor-faktor yang

									mempengaruhi yaitu kurangnya pengendalian eksternal dan internal, keterbatasan jumlah pegawai, kendala sarana prasarana, komplain dari pasien, pendapatan yang kurang karena keterlambatan pembayaran klaim non kapitasi, tidak stabil ratio rujukan pasien, dan pelatihan yang kurang diberikan.
3.	Mitriza & Akbar, 2019	Analisis Pengendalian Potensi Fraud di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi.	Untuk menganalisis Pengendalian Potensi Fraud di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar	Kasie Monitoring Evaluasi Pelayanan Medis, Ketua Komite Medis, Ketua Tim	Penelitian Kualitatif	Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi	Teori Implementasi Kebijakan	Input, Proses dan Output	Komponen input mencakup kebijakan, tenaga dan sarana. Komponen proses mencakup faktor pendorong dan faktor

			Bukittinggi.	Casemix, Dokter Penanggung Jawab dan VerifikatorB PJS Kesehatan.					penghamba potensifraud. Faktor pendorong potensifraud yaitu perbedaan pemahaman antara verifikator dan dokter penanggung jawab pasien tentang diagnosis. Kesenjangan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA CBGs. Faktor penghambat potensifraud yaitu Penerapan Standar Operasional dan Clinical Pathway
4.	Zafirah Rizka dkk., 2018	Analisis Pelaksanaan Program Pencegahan Kecurangan (Fraud) Jaminan Kesehatan Nasional di	Untuk menganalisis pelaksanaan program pencegahan kecurangan (fraud) jaminan	Anggota tim pencegahan fraud JKN di Puskesmas kota Semarang yakni para anggota tim	Penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif analitik.	Puskesmas Kota Semarang	Permenke s Tahun 2015	Kebijakan Pencegahan Fraud dan pembentukan tim	Penyebab utama pembentukan tim terlambat ialah lemahnya legalitas SK DKK tentang tim pencegahan fraud JKN yang

		Puskesmas Kota Semarang	kesehatan nasional di puskesmas kota semarang	<p> pencegahan fraud meliputi Dinas Kesehatan Kota Semarang, BPJS Kesehatan KC Semarang, Ikatan Dokter Indonesia Kota Semarang, Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia, Sekretariat Kota Semarang, Puskesmas Rawat Jalan Kedungmundu Semarang, </p>					berdampak pada komitmen anggota tim, yang berdampak lebih jauh dalam terhambatnya pembentukan dan pelaksanaan tim
--	--	-------------------------	-----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				serta Puskesmas Rawat Inap Mijen Semarang					
5.	Sadikin & Adisasmito, 2016	Analisis Pengaruh Dimensi Fraud Triangle Dalam Kebijakan Pencegahan Fraud Terhadap Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUP Nasional Cipto Mangunkusumo	Untuk menganalisis pengaruh dimensi fraud triangle dalam kebijakan pencegahan fraud terhadap program jaminan kesehatan nasional di rsup nasional cipto mangunkusumo	16 informan yang mewakili RSUP	Jenis penelitian kualitatif.	RSUP Nasional Cipto Mangunkusumo	<i>Fraud Triangle Theory</i>	Tekanan, Kesempatan, dan Rasionalisasi	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
6.	Zafirah Rizka, Sutopo Patria Jati, 2018	Analisis Pelaksanaan Program Pencegahan Kecurangan (Fraud) Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Kota	Untuk menganalisis pelaksanaan program pencegahan kecurangan (fraud) jaminan kesehatan	5 informan utama dan 2 triangulasi informan	Penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif analitik.	Puskesmas Kota Semarang	Permenkes Tahun 2015	Kebijakan Pencegahan Fraud dan pembentukan tim	penelitian ini menunjukkan bahwa pembentukan tim pencegahan kecurangan NHI terlambat karena kelemahan legalitas SK DKK

		Semarang	nasional di puskesmas kota semarang							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 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.
7.	Mandolang, 2019	Pengaruh Pengendalian Internal, Komitmen Organisasi dan Moralitas Individu terhadap Pencegahan Kecurangan (Fraud) Provider Jaminan Kesehatan Nasional	Untuk menganalisis pengaruh pengendalian internal, komitmen organisasi dan moralitas individu terhadap pencegahan kecurangan (fraud) provider jaminan kesehatan nasional	seluruh dokter umum dan dokter spesialis yang bertugas di RSUD Mohammad Noer Pamekasan yang berjumlah 31 orang	Penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif analitik.	RSU Mohammad Noer Pamekasan		Pengendalian Internal, Komitmen Organisasi dan Moralitas Individu	Hasil penelitian menunjukkan bahwa Pengendalian internal sebagai kekuatan yang bersifat relative dari individu dalam mengidentifikasi keterlibatan dirinya ke dalam organisasi
8.	Devi, 2019	Analisis Stakeholder Program	Untuk menganalisis stakeholder	Tiap stakeholder yang ada di	Penelitian kualitatif dengan	Puskesmas Kota Semarang		Keterlibatan dan Pengaruh Stakeholder	Pada variabel keterlibatan, yaitu stakeholder

		Pencegahan Fraud Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Kota Semarang.	program pencegahan fraud jaminan kesehatan nasional di puskesmas kota semarang.	puskesmas kota semarang	pendekatan deskriptif analitik.				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
--	--	-------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	-------------------------	---------------------------------	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

									<p>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 meningkatkan komunikasi dan koordinasi secara lebih rutin untuk menggiatkan program.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

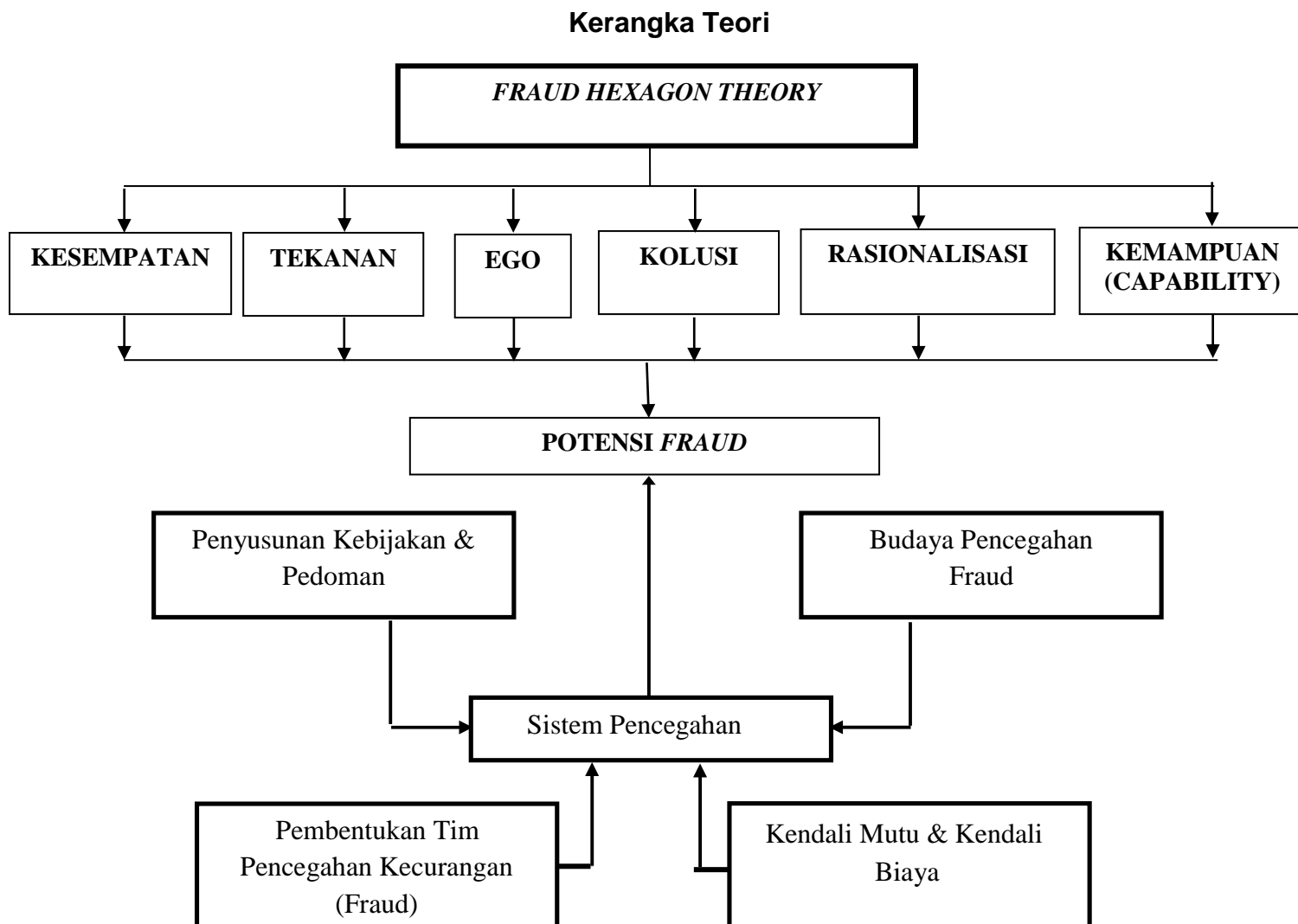
E. Kerangka Teori

Penelitian ini memilih model Vousinas (2019) yaitu model fraud hexagon. Teori dianggap paling lengkap karena merupakan penyempurnaan dari teori sebelumnya. Keenam poin dalam fraud hexagon terdiri dari:

1. Stimulus (*Pressure*): Pelaku pada saat ini melakukan kejahatan yang didorong oleh tekanan dimana hal ini dapat berasal dari tekanan akan kebutuhan keuangan, target keuangan yang menurun, perekonomian keluarga yang mendesak, dan lainnya, sehingga mendorong pelaku untuk berani melakukan pencurian kas perusahaan.
2. Kapabilitas (*Capability*): Hal ini menunjukkan seberapa besar daya dan kapasitas dari suatu pihak untuk melakukan kecurangan di lingkungan perusahaan. Pada poin ini, salah satu contoh yang menggambarkan dengan jelas adalah saat terjadinya perubahan direksi yang merupakan terciptanya wujud conflict of interest (Sari & Nugroho, 2020).
3. Peluang (*Opportunity*): Bila terdapat kelemahan dalam pengendalian internal perusahaan, pengawasan yang melemah mendorong seseorang untuk bertindak dalam melakukan kecurangan. Celah ini dapat mengundang hal yang fatal bagi perusahaan dimana kelemahan dalam pengendalian internal yang berjalan dimanfaatkan oleh seseorang.
4. Rasionalisasi (*Rationalization*): rasionalisasi yang dimaksud dapat

terjadi ketika pelaku melakukan pembenaran atau merasa bahwa tindakannya benar saat mereka melakukan kecurangan.

5. Ego (*Arrogance*): Teori ini menjelaskan bahwa arogansi merupakan bentuk sikap superioritas yang menyebabkan keserakahan dari orang yang percaya bahwa pengendalian internal tidak berlaku secara pribadi.
6. Kolusi (*Collusion*): kolusi merujuk kepada perjanjian yang menipu suatu pihak dimana pihak yang tertipu sebanyak dua orang atau lebih,
Variabel-variabel dalam fraud hexagon theory ini diintegrasikan dengan Permenkes No. 36 Tahun 2019 untuk mengetahui potensi terjadinya fraud berdasarkan implementasi kebijakan Kerangka teori secara detail dapat dilihat sebagai berikut:



Gambar 2.1. Kerangka Teori

Sumber: Vousinas (2019)
dan Permenkes 16 tahun 2019 (Sistem Pencegahan Fraud)

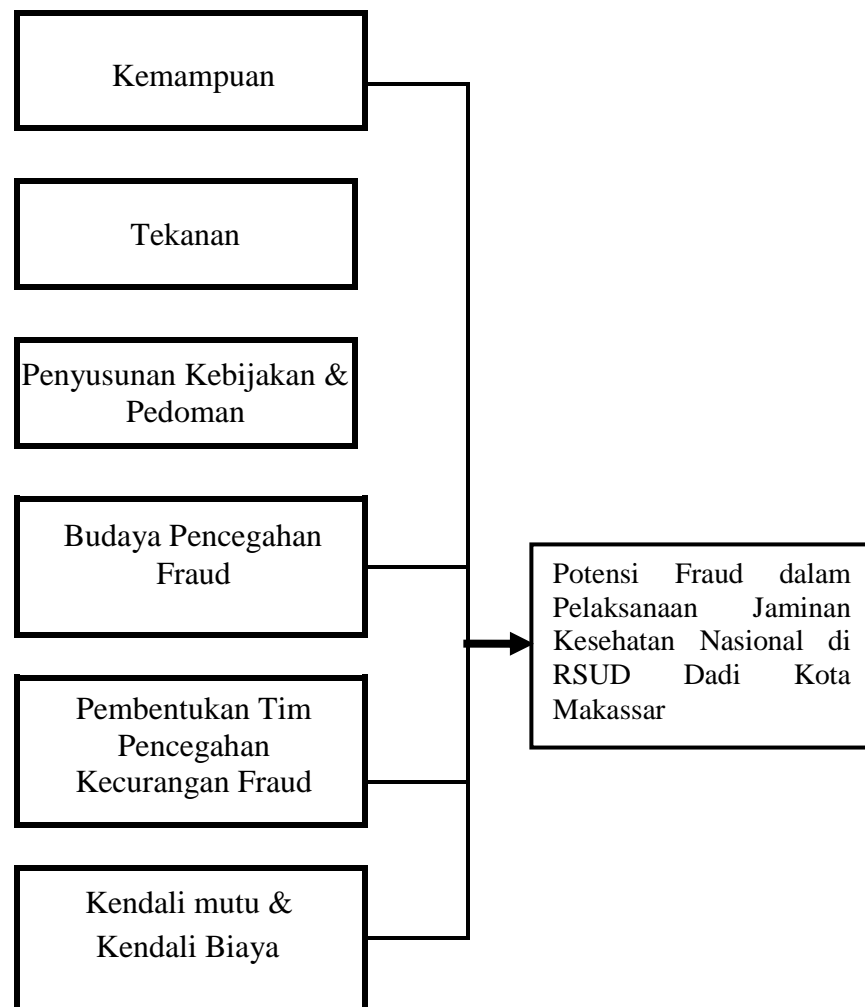
Keenam variabel *Fraud Hexagon Theory* saling berhubungan satu dengan yang lain dimana jika salah satunya memberikan pengaruh positif terhadap seseorang untuk melakukan fraud, maka variabel yang lain juga dapat terpengaruh, seperti jika seseorang memiliki kesempatan tetapi tidak memiliki kemampuan maka potensi terjadinya *fraud* cukup kecil, tetapi dengan adanya kesempatan dan kemampuan, besar kemungkinan

akan menimbulkan motivasi dan ego hingga rasionalisasi untuk terjadinya kolusi dalam melakukan fraud sehingga variabel-variabel ini cocok apabila digunakan untuk menganalisis potensi terjadinya fraud dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional di RSUD X Kota Makassar dengan mengintegrasikan teori dengan Permenkes No. 16 Tahun 2019.

F. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori penelitian yang telah diuraikan diatas maka yang menjadi fokus dari penelitian ini adalah potensi fraud dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit X Kota Makassar berdasarkan manajemen pencegahan yang dimiliki oleh RSUD X Kota Makassar dengan melakukan eksplorasi terhadap variable yang berkaitan dengan implementasi kebijakan pengendalian fraud. Kemudian pada penelitian ini juga diharapkan adanya output berupa hasil analisis stakeholder yang tepat untuk menjadi tim pencegahan fraud rumah sakit, berdasarkan hal tersebut, maka peneliti mengambil 6 variabel yang dirasa cukup untuk menganalisis potensi *fraud* berdasarkan kebijakan pengendalian *fraud* di RSUD Kota X kerangka konsep variabel penelitian disusun sebagai berikut:

Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep
 Modifikasi Teori Vousinas (2019)
 dan Permenkes 16 tahun 2019 (Sistem Pencegahan Fraud)

G. Definisi Konseptual

Berdasarkan fokus dan rumusan masalah penelitian, maka uraian definisi konseptual dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Kemampuan yang dilihat dari posisi dalam pekerjaan (Wolfe dan Hermanson, 2014)
2. Tekanan (Wolfe dan Hermanson, 2014):

- a. Ketidakpuasan dengan Kompensasi
- b. Beban Kerja
3. Penyusunan Kebijakan dan Pedoman(Permenkes No.36 Tahun 2019):
 - a. Penyusunan kebijakan pencegahan kecurangan (Fraud), dengan prinsip Good Corporate Governance dan Good Clinical Governance.
 - b. Penyusunan pedoman manajemen risiko kecurangan paling sedikit terdiri dari pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap kecurangan (fraud)
2. Budaya Pencegahan (Permenkes No. 36 Tahun 2019):
 - 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 (Permenkes No. 36 Tahun 2019)

Pembentukan tim pencegahan kecurangan (fraud) yang disesuaikan dengan kebutuhan dan skala organisasi.
4. Kendali Mutu dan Kendali Biaya (Permenkes No. 36 Tahun 2019)
 - a. Pembentukan tim kendali mutu dan kendali biaya yang terdiri dari tim koordinasi dan tim teknis
 - b. Implementasi konsep manajemen mutu dalam pelayanan kesehatan