



INTISARI SAINS MEDIS

Published by Intisari Sains Medis



# Analisis potensi *fraud* dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional pada pelayanan kesehatan di Indonesia: tinjauan sistematis

I Ketut Muliarta<sup>1\*</sup>, I Gusti Agung Mas Rwa Jayantiari<sup>1</sup>,  
Sagung Putri M.E. Purwani<sup>1</sup>, I Wayan Parsa<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Background:** Fraud is an action taken to gain financial benefits from a health insurance program. The development of fraud cases continues to increase from year to year. The purpose of this study is to identify the dangers associated with upcoding fraud episodes in the JKN era so that health policymakers can make informed decisions regarding national fraud prevention policies.

**Methods:** This study is a systematic study compiled using the PRISMA guidelines. Articles found using academic journals and Google Scholar. According to a survey of research studies, upcoding is one of the possible frauds committed by officers in healthcare facilities. Upcoding incidents are often associated with the roles of coders and supervisors.

**Results:** The opportunity factor, namely the lack of internal and external audits at the Puskesmas, is one

of the triggering factors for fraud. It was found on the pressure factor that situational pressure and work can lead to errors in referring patients and patient complaints. Acceptance of patients who entrust treatment, as well as delays in payment of claims, have an impact on the income of the Puskesmas. The capability component, particularly the training provided to employees, was insufficient, and the leader's assertive policies had a significant impact on the position on the job.

**Conclusion:** Based on the research findings, it can be determined that the possibility of fraud occurs when there are four things that influence it. Healthcare providers need to adopt potential fraud management, quality control, and cost control, as well as improve internal audit systems.

**Keywords:** Fraud, JKN, primary health care.

**Cite This Article:** Muliarta, I.K., Jayantiari, I.G.A.M.R., Purwani, S.P.M.E., Parsa, I.W. 2023. Analisis potensi *fraud* dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional pada pelayanan kesehatan di Indonesia: tinjauan sistematis. *Intisari Sains Medis* 14(2): 903-908. DOI: [10.15562/ism.v14i2.1816](https://doi.org/10.15562/ism.v14i2.1816)

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** *Fraud* merupakan tindakan yang dilakukan untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan. Perkembangan kasus *Fraud* terus meningkat dari tahun ke tahun. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi bahaya yang terkait dengan upcoding episode *fraud* di era JKN sehingga pembuat kebijakan kesehatan dapat membuat keputusan yang tepat mengenai kebijakan pencegahan *fraud* nasional.

**Metode:** Kajian ini merupakan kajian sistematis yang disusun dengan menggunakan pedoman PRISMA. Artikel ditemukan menggunakan jurnal akademik dan *Google Scholar*. Menurut survei studi penelitian, upcoding adalah salah satu kemungkinan *fraud* yang dilakukan oleh petugas di fasilitas pelayanan kesehatan; Insiden upcoding sering dikaitkan dengan peran pembuat kode dan pengawas.

**Hasil:** Faktor peluang yaitu kurangnya audit internal

dan eksternal di Puskesmas menjadi salah satu faktor pemicu terjadinya *fraud*. Ditemukan pada faktor tekanan bahwa tekanan situasional dan pekerjaan dapat menyebabkan kesalahan dalam merujuk pasien dan keluhan pasien. Penerimaan pasien yang menitipkan pengobatan, serta keterlambatan pembayaran klaim berdampak pada pendapatan Puskesmas. Komponen kemampuan, khususnya pelatihan yang diberikan kepada karyawan, tidak mencukupi, dan kebijakan tegas pemimpin memiliki dampak yang signifikan terhadap posisi dalam pekerjaan.

**Simpulan:** Berdasarkan temuan penelitian, dapat ditentukan bahwa kemungkinan terjadinya *fraud* terjadi apabila ada empat hal mempengaruhinya. Penyedia layanan kesehatan perlu mengadopsi potensi manajemen *fraud*, kontrol kualitas, dan kontrol biaya, serta meningkatkan sistem audit internal.

<sup>1</sup>Program Studi Magister Hukum Kesehatan, Program Pascasarjana, Universitas Udayana, Denpasar, Bali, Indonesia.

\*Korespondensi:

I Ketut Muliarta;

Program Studi Magister Hukum Kesehatan, Program Pascasarjana, Universitas Udayana;  
[muliartaketut76@gmail.com](mailto:muliartaketut76@gmail.com)

Diterima: 23-06-2023

Disetujui: 10-08-2023

Diterbitkan: 06-09-2023

**Kata kunci:** Fraud, JKN, puskesmas.

**Sitasi Artikel ini:** Muliarta, I.K., Jayantiari, I.G.A.M.R., Purwani, S.P.M.E., Parsa, I.W. 2023. Analisis potensi *fraud* dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional pada pelayanan kesehatan di Indonesia: tinjauan sistematis. *Intisari Sains Medis* 14(2): 903-908. DOI: 10.15562/ism.v14i2.1816

## PENDAHULUAN

*Fraud* JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) adalah perbuatan sengaja yang dilakukan oleh petugas BPJS Kesehatan, peserta, penyedia layanan kesehatan, penyedia obat dan alat kesehatan, untuk memperoleh manfaat finansial dari program jaminan kesehatan dalam sistem jaminan sosial nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan kondisi.

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan pegawai rumah sakit melakukan berbagai tindak pidana *fraud* terhadap JKN.<sup>1</sup> *Fraud* JKN pada penyelenggara pelayanan kesehatan berupa penggunaan dana kapitasi yang melawan hukum, memalsukan klaim atas pelayanan non kapitasi, memungut biaya pelayanan yang seharusnya diberikan kepada peserta atas biaya kapitasi dan/ atau non kapitasi di sesuai dengan standar tarif yang ditetapkan.<sup>2</sup>

Sebanyak 7,29% dari pendanaan atau sekitar \$415 miliar, hilang setiap tahun akibat *fraud*. Dari tahun 2017, terdapat 83% lebih banyak kasus *fraud*, beberapa diantaranya melibatkan pembelian, asuransi kesehatan, dan liburan. *Upcoding* adalah salah satu kemungkinan jenis *fraud* yang diidentifikasi pada kelompok penyedia. Biaya yang membengkak, pemisahan layanan, tidak ada indikasi medis, dan standar perawatan yang rendah merupakan contoh jenis *fraud* lainnya. Menurut sebuah studi tentang *fraud* layanan kesehatan, *upcoding* menempati urutan pertama.<sup>3</sup> File medis pasien berisi contoh *upcoding*, atau menulis terlalu banyak kode diagnostik merupakan bentuk yang umum. Dengan menelusuri kode diagnosis dan jalur klinis melalui catatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, data dalam rekam medis dapat digunakan sebagai bahan untuk mengidentifikasi potensi *fraud*.<sup>4</sup> *Clinical Pathway* (CP) adalah daftar semua proses dalam pelayanan kesehatan terpadu.

Apalagi di era BPJS, keberadaan CP dapat dimanfaatkan untuk pengendalian mutu dan pengendalian biaya.<sup>5</sup> Tujuan studi ini adalah untuk menguji kemungkinan *fraud* diantara penyedia layanan kesehatan di Indonesia.

## METODE

Artikel ini merupakan tinjauan kepustakaan sistematis dengan data yang bersumber dari *Google Scholar* dan jurnal Universitas di Indonesia digunakan untuk melakukan pencarian literatur. "*Fraud*" AND "BPJS" OR "Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)" OR "*Primary health care*" AND "*general hospital*" adalah kata kunci dan subjek medis yang kami gunakan. Secara independen dilakukan pemeriksaan judul penelitian dan abstrak dari studi. Studi yang tidak sesuai dengan kriteria inklusi diekskusi, dan artikel lengkap dari publikasi yang disertakan di telaah untuk memverifikasi kelayakannya. Studi hanya dapat dimasukkan bila dalam bentuk artikel lengkap dan menggunakan bahasa Inggris atau Indonesia. Komponen pelaporan yang direkomendasikan untuk tinjauan sistematis digunakan dalam pendekatan pencarian kami.

Kriteria inklusi studi kami adalah sebagai berikut: (1) Artikel harus berisi tentang potensi *fraud* dalam JKN, (2) Studi ditulis dalam bahasa Inggris atau dalam bahasa Indonesia, (3) Artikel diterbitkan pada Januari 2015 – Desember 2022, dan (4) Semua jurnal merupakan artikel lengkap. Ekstrapolasi informasi tentang penulis pertama studi, tanggal publikasi, dan nomor dari artikel yang sesuai jug dilakukan telaah.

Untuk memastikan bahwa artikel yang dipilih untuk penelitian ini adalah artikel terbaik di antara semua artikel yang ada di *database*, peneliti juga melakukan kontrol kualitas pada artikel yang akan digunakan dalam penelitian yang mengkaji prevalensi dan bentuk *fraud* pada asuransi kesehatan

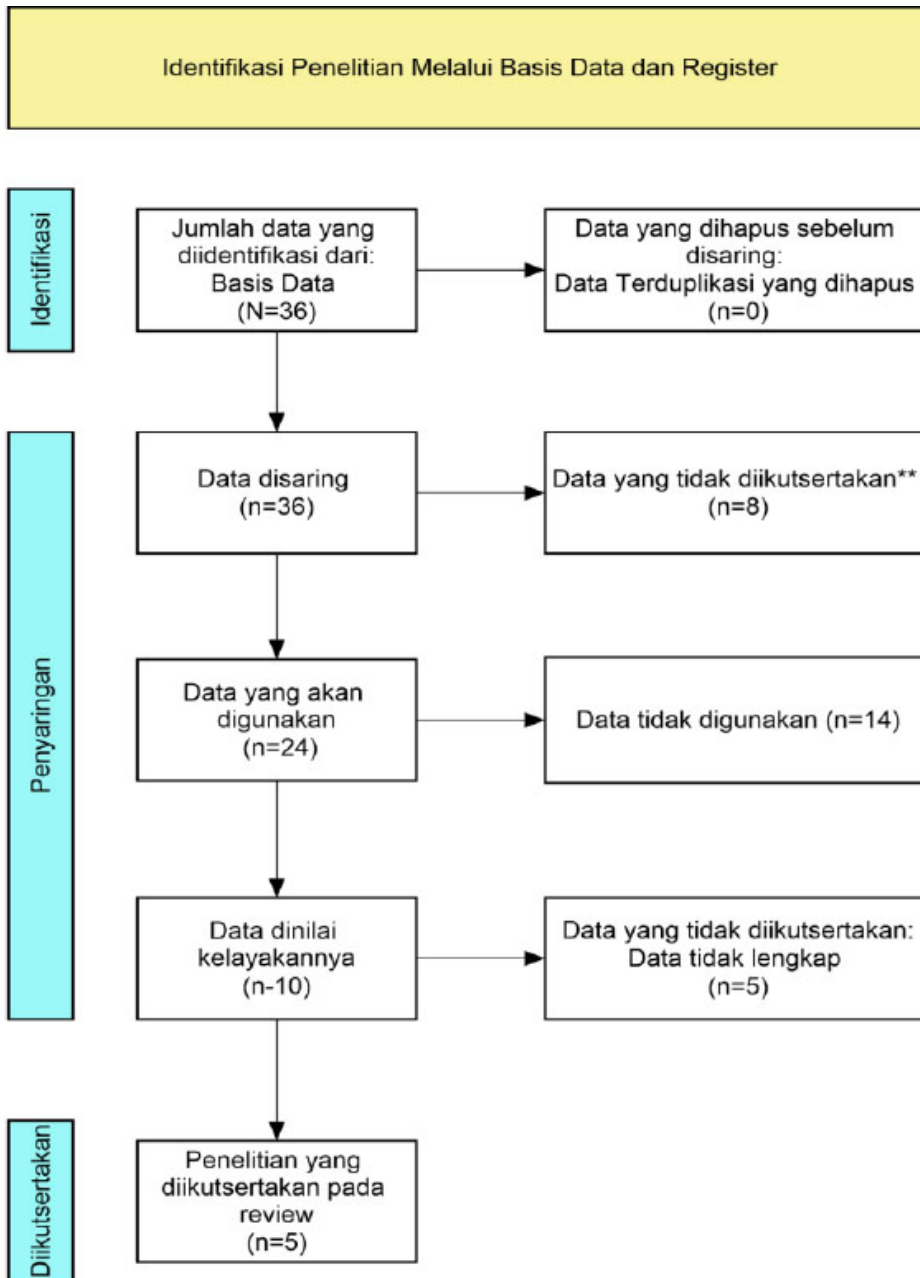
nasional Indonesia. Peneliti mengetahui dan memahami artikel yang terpublikasi dalam bahasa Inggris sehingga membaca ulang dan menerjemahkannya.

## HASIL

Sebanyak 36 artikel didapatkan menggunakan *database Google Scholar* dan jurnal universitas setelah duplikat artikel dieliminasi. Setelah evaluasi awal dengan judul artikel dan abstrak didapatkan 24 artikel lalu menjadi total lima jurnal. Berdasarkan lokasi penelitian, dari lima studi tersebut sebanyak tiga penelitian dilakukan di rumah sakit umum dan dua penelitian di pelayanan kesehatan primer. Lokasi penelitian berada di Prianga Timur, Klaten, Bitung, dan Parepare, serta satu penelitian tidak menyebutkan lokasi penelitian.

Sebuah laporan studi mengklaim bahwa karena kurangnya audit internal dan eksternal di Puskesmas, Terdapat satu elemen potensial yang dapat menimbulkan terjadinya *fraud*. Ditemukan bahwa faktor tekanan dapat menyebabkan dorongan situasional dalam pekerjaan sehingga menyebabkan ketidaksesuaian dalam rujukan pasien dan keluhan pasien. Penerimaan pasien yang berupa penitipan pengobatan kepada orang lain dan keterlambatan pembayaran klaim merupakan dua faktor dalam faktor rasionalisasi yang berdampak pada pendapatan pelayanan kesehatan primer.

*Fraud* seringkali terjadi ketika pengendalian internal tidak memadai untuk mencegah dan mendeteksi risiko *fraud*, serta sanksi yang tidak memadai dan ketidakmampuan untuk mengevaluasi kualitas pekerjaan. Menurut studi lain, komponen input meliputi kebijakan, karyawan, dan fasilitas. Komponen proses mengandung elemen penggerak dan penghambat potensi *fraud*. Perbedaan pemahaman antara verifikator dan dokter penanggung jawab diagnosis pasien



**Gambar 1.** Diagram Alur PRISMA.

menjadi faktor pendorong terjadinya kemungkinan terjadinya *fraud*.

## PEMBAHASAN

Pada 1 Januari 2014, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan mulai melaksanakan seluruh pelayanan kesehatan di Indonesia. Uji coba BPJS telah dilakukan sejak tahun 2012 yang berfokus pada pengembangan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan, serta perbaikan sistem rujukan dan infrastruktur sehingga memudahkan

akses peserta terhadap pelayanan kesehatan.<sup>6</sup> Terdapat dua jenis BPJS yaitu Fasilitas Pelayanan Tingkat Pertama (FKTP) berupa Puskesmas atau Klinik dan Fasilitas Pelayanan Tingkat Lanjutan berupa Rumah Sakit (RS). Terdapat beberapa peluang terjadinya *Fraud* dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh PPK 1.<sup>7</sup> Ketentuan tersebut antara lain, diskriminasi pelayanan kesehatan bagi peserta dan non peserta, terbatasnya fasilitas pelayanan dasar yang harus didapatkan peserta, sistem kerja yang tidak dikelola dengan baik sehingga

merugikan pasien atau peserta BPJS, dan prosedur pelayanan yang menyulitkan peserta. *Fraud* di FKTP dapat terjadi karena berbagai sebab diantaranya, kesempatan, tekanan, rasionalisasi, dan kemampuan.<sup>8</sup>

Ketika terdapat kesempatan untuk melakukan *fraud*, maka itu terjadi. Istilah "peluang" mengacu pada keadaan dan variabel lingkungan yang memungkinkan terjadinya *fraud*, hal ini bisa disebabkan oleh kurangnya pengendalian internal, kontrol manajemen yang tidak memadai, ataupun prosedur dasar yang tidak jelas.<sup>9</sup> Kurangnya pengawasan untuk mendeteksi dan mencegah *fraud*, kurangnya pengawasan terhadap akses informasi baik internal maupun eksternal, ketidakmampuan menilai kualitas pekerjaan, kegagalan mendisiplinkan pelaku *fraud*, ketidakpedulian, dan ketidakmampuan mencegah *fraud* merupakan faktor-faktor yang penyebab yang mendorong seseorang memiliki kesempatan untuk melakukan *fraud*.<sup>10</sup>

Sebuah studi menemukan bahwa banyak kasus *fraud* berupa korupsi dapat dilakukan akibat adanya peluang. Individu-individu ini memanfaatkan kesempatan ini karena kurangnya pengawasan dan kontrol internal serta eksternal, kurangnya kualitas dalam loyalitas ataupun kepatuhan.<sup>11</sup> Jika *fraud* terus terjadi tanpa pengendalian dan pengawasan yang kuat, maka tindakan *fraud* akan terus berkembang. Berdasarkan temuan studi dan kajian teoritis, peneliti berpendapat bahwa faktor peluang dapat menyebabkan potensi *fraud* dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas jika kebijakan dan norma tidak diikuti dengan benar.<sup>12</sup>

Tekanan adalah keadaan dimana manajemen dan staf berada dibawah tekanan atau memiliki motif untuk melakukan *fraud*. Karyawan yang kurang kepuasan kerja, misalnya karena kurangnya perhatian dari manajemen, ketidakadilan, dan sebagainya, mungkin merasa terdorong untuk melakukan *fraud* agar mendapatkan imbalan atas usahanya. Ketidakpuasan terhadap kompensasi dapat menyebabkan potensi *fraud* karena ketidakseimbangan dalam sistem pengelolaan pendapatan kapitasi terdapat beberapa hal yang menyebabkan

terjadinya *fraud*.<sup>13</sup>

Rasionalisasi dalam *fraud* yaitu adanya suatu pemikiran untuk membenarkan tindakan yang tidak sesuai dengan ketentuan atau *fraud* yang akan atau sudah terjadi. Hampir semua *fraud* dilatarbelakangi oleh rasionalisasi. Rasionalisasi dapat membuat individu yang awalnya tidak ingin ikut melakukan akhirnya melakukan tindakan *fraud* juga. Rasionalisasi merupakan alasan pribadi (karena ada faktor lain) yang

dapat membenarkan tindakan meskipun tindakan yang tersebut merupakan hal yang salah.<sup>14</sup> Para pelaku biasanya akan mencari berbagai alasan rasional untuk membenarkan tindakannya. Salah satu penelitian melaporkan bahwa dengan jumlah peserta yang terus meningkat dan kapitasi yang terus meningkat, bahkan melebihi ketentuan BPJS Kesehatan yaitu lebih dari 5.000 peserta, terkadang pasien tidak mendapatkan penanganan yang baik. Semakin besar kemampuan

seorang, maka semakin besar pula kemungkinannya untuk melakukan *fraud*. Kemampuan adalah kualitas kepribadian yang mendorong orang untuk mencari dan memanfaatkan peluang. Peluang menjadi pintu gerbang untuk tindakan curang, tekanan dan rasionalisasi dapat mendorong seseorang untuk bertindak *fraud*, tetapi individu juga harus mampu melakukan tindakan ini.<sup>15</sup>

Faktor kemampuan terutama berkaitan dengan situasi yang mengecoh sistem

**Tabel 1.** Ringkasan hasil studi mengenai *Fraud*

No	Judul (Penulis, tahun)	Studi Desain	Lokasi	Sampel dan Jumlah Sampel	Temuan
1	Menelusuri Potensi <i>fraud</i> di Jaminan Kesehatan Nasional Melalui Rekam Medis di Rumah Sakit (Sugiarti, 2022) <sup>7</sup>	Case study	RSU Prianga Timur, Jawa Barat	Rekam Medis, jumlah sampel tidak dilaporkan	Potensi <i>fraud</i> tidak hanya <i>upcoding</i> , tetapi juga <i>undercoding</i> , namun seringkali tidak disengaja akibat kesalahan entri atau kesulitan membaca tulisan dokter. Ketidaktepatan dalam pengkodean salah satunya karena diagnosa dokter dan tindakan medis tidak dapat terbaca secara lengkap. <i>Undercoding</i> dapat terjadi pada kasus yang tidak sesuai dengan BA, misalnya pada kasus pasien yang masuk UGD tetapi bukan kasus darurat atau kasus yang membutuhkan peraturan rawat jalan, padahal sebenarnya dokter tersebut memerlukan rawat inap. Sehingga potensi kerugian dapat terjadi juga di rumah sakit.
2	Analisis Potensi Pengendalian <i>fraud</i> di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi (Mitriza, 2019) <sup>8</sup>	Cross-sectional	RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, Jawa Tengah	Rekam Medis, jumlah sampel tidak dilaporkan	Komponen input meliputi kebijakan, anggota, dan fasilitas. Komponen proses meliputi faktor pendorong dan faktor penghambat potensi terjadinya <i>fraud</i> . Faktor pendorong terjadinya potensi <i>fraud</i> adalah perbedaan pemahaman antara verifikator dengan dokter penanggung jawab pasien terkait diagnosis. Kesenjangan antara tarif sebenarnya di rumah sakit dan tarif INA CBGs. Faktor penghambat potensi <i>fraud</i> lainnya adalah Penerapan Standar Operasional dan <i>Clinical Pathway</i> .
3	Penentuan Potensi <i>fraud</i> dalam Program JKN di Puskesmas (Fatimah, 20219)	Studi Kualitatif	FKTP, lokasi tidak dilaporkan	Rekam Medis, k a r y a w a n . Jumlah sampel tidak dilaporkan	Faktor pendorong potensi terjadinya <i>fraud</i> dapat dilihat dari faktor peluang yaitu kurangnya audit internal dan eksternal di Puskesmas. Pada faktor tekanan ditemukan bahwa tekanan situasional dan pekerjaan dapat menyebabkan kesalahan dalam merujuk pasien dan keluhan pasien. Pada faktor rasionalisasi yaitu menerima pasien yang menitipkan pengobatan dan keterlambatan pembayaran klaim berpengaruh terhadap pendapatan Puskesmas. Faktor kemampuan yaitu pelatihan yang diberikan kepada pegawai tidak menyeluruh dan kebijakan pimpinan yang tegas sangat mempengaruhi kedudukan dalam pekerjaan.

No	Judul (Penulis, tahun)	Studi Desain	Lokasi	Sampel dan Jumlah Sampel	Temuan
4	Analisis Risiko <i>fraud</i> Sistem Pengelolaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional di FKTP Pemkot Bitung (Soputan, 2015) <sup>10</sup>	Cross-sectional	FKTP Bitung, Sulawesi Utara	Jumlah sampel tidak dilaporkan	<i>Fraud</i> muncul karena lemahnya sistem pengendalian internal untuk mencegah dan mendeteksi risiko terjadinya <i>fraud</i> itu sendiri, bisa juga terjadi karena lemahnya sanksi, dan ketidakmampuan menilai kualitas pekerjaan. Risiko terjadinya <i>fraud</i> dalam pengelolaan dana kapitasi JKN disebabkan oleh data pembukuan dana kapitasi yang tidak normal sehingga dana di kas daerah meningkat dari jumlah yang direncanakan. Membangun struktur pengendalian internal yang baik berkaitan dengan lingkungan pengendalian yang merupakan tindakan kebijakan dan prosedur yang menggambarkan keseluruhan sikap manajemen, direksi dan pemilik suatu entitas terhadap pentingnya pengendalian internal.
5	<i>Fraud</i> dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional Perspektif: Kompeten Auditor Internal dengan Pendekatan Fenomenologi (Yusuf, 2022) <sup>11</sup>	Cross-sectional	RSUD Andi Makkasau Parepare, Sulawesi Selatan	Karya n . Jumlah sampel tidak dilaporkan	Kompetensi yang kurang dimiliki auditor internal di RS Andi Makkasau Parepare adalah tata kelola, manajemen risiko dan upaya pengendalian. Auditor Internal RS Andi Makkasau Parepare tidak dapat menjalankan program kerja utama secara optimal. Arah strategis dan tata kelola yang direncanakan tidak mampu diatasi dengan adanya masalah baru yang hadir. Kurangnya personel dan kompetensi personel merupakan kendala dalam upaya pengendalian dimana Internal Auditor memiliki rangkap jabatan pada program kerja lainnya. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, disimpulkan bahwa Auditor Internal telah menerima temuan pemeriksaan Auditor Eksternal sebagai bagian dari program tambahan dalam menjalankan tugas dan fungsinya.

pengendalian internal, yang berusaha untuk membenarkan sesuatu yang benar-benar tidak diperbolehkan dalam suatu organisasi. Kedudukan di tempat kerja, kemampuan memanfaatkan peluang yang tidak dimiliki orang lain, tingkat penalaran moral, kecerdasan untuk memahami dan mengeksploitasi kerentanan, dan keterampilan merupakan contoh dari variabel kemampuan. *Fraud* tidak mungkin dilakukan tanpa kemampuan untuk melakukannya. Studi ini menemukan bahwa posisi seseorang di tempat kerja berpotensi menciptakan atau mengeksploitasi kemungkinan terjadinya *fraud*. Posisi seseorang memiliki pengaruh yang signifikan terhadap situasi di tempat kerja. Ketika dihadapkan pada masalah etika, orang dengan tingkat pemikiran moral yang buruk lebih cenderung

melakukan hal-hal yang menguntungkan mereka dan menghindari tindakan yang dapat mengakibatkan konsekuensi hukum. Insiden yang sering disebut-sebut terkait dengan kemungkinan terjadinya *fraud*, namun jika dalam pelaksanaan sanksi yang diberikan tidak ada dan dibiarkan begitu saja, dapat memicu perilaku etik yang tidak benar.<sup>15</sup>

Pengendalian internal menetapkan landasan berupa uraian tugas yang harus dilakukan oleh individu sesuai dengan fungsinya karena diharapkan dapat menjamin perlindungan dana organisasi, manajemen aset yang efektif dan efisien, serta laporan keuangan yang akurat.<sup>16</sup> Oleh karena itu, untuk mencapai maksud dan tujuan puskesmas, klinik, atau organisasi manapun harus

dapat merancang sistem pengendalian internal yang baik untuk meningkatkan aspek pengendalian keandalan pelaporan keuangan dalam rangka pemenuhan tanggung jawab laporan keuangan, serta efisiensi dan efektivitas operasional dalam penggunaan sumber daya untuk pengambilan keputusan dan kepatuhan terhadap peraturan.<sup>17</sup> Jaminan Kesehatan Nasional Indonesia (JKN) merupakan salah satu komponen Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan melalui sistem asuransi kesehatan sosial yang disyaratkan. Tujuannya agar seluruh penduduk Indonesia tercakup oleh sistem asuransi sehingga dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang baik.<sup>18</sup>

## SIMPULAN

Potensi *fraud* dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan (JKN) dapat muncul jika terdapat faktor peluang, faktor tekanan, faktor rasionalisasi, dan memiliki unsur kemampuan. Faktor peluang adalah jenis kontrol internal dan eksternal yang tidak optimal. Kemudian tekanan yang bersifat situasional, serta tuntutan pekerjaan dan beban kerja yang tidak tepat dan komponen rasionalisasi berupa pendapatan yang tidak memadai. Selain itu juga dapat berupa kemampuan atau kompetensi yang diberikan kepada aparatur yang tidak setara dan pimpinan kebijakan untuk penyelenggaraan pelayanan, khususnya dalam program JKN sehingga berpotensi mendorong terjadinya *fraud*.

Penting dilaksanakan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui bentuk dan intervensi yang dapat diberikan untuk mengatasi *fraud*. Pengembangan terkait standar prosedur pada pelayanan kesehatan menjadi penting untuk mencegah potensi terjadinya *fraud*.

## KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak terdapat konflik kepentingan dalam penulisan laporan penelitian ini.

## PENDANAAN

Penulis bertanggung jawab sepenuhnya terhadap pendanaan penelitian ini tanpa melibatkan pihak sponsor, beasiswa, atau sumber pendanaan lainnya.

## KONTRIBUSI PENULIS

Seluruh penulis bertanggung jawab dalam publikasi penelitian ini baik dari

penyusunan kerangka konsep penelitian, pengumpulan data, analisis data, hingga interpretasi data dalam bentuk laporan penelitian.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Taufik A. *Fraud dalam Asuransi Kesehatan*. Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia, Jakarta. 2014.
2. Eldayana S, Wardiyah A, Samino S. Hubungan Insentif Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan Motivasi Kerja Pegawai Puskesmas Metro Tahun 2014. *Holistik Jurnal Kesehatan*. 2015;9(2).
3. Yaslis I. *Fraud dalam Jaminan Kesehatan Nasional (kumpulan tulisan yalis ilyas)*. Jakarta: CV Usaha Prima. 2015.
4. Rusdiana R, Faisya AF. Pengaruh Pemberian Dana Kapitasi Dengan Motivasi Kerja Dokter Puskesmas di Wilayah Perkotaan di Indonesia. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*. 2020;20(2):670-4.
5. RI K. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 52 tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2016.
6. Mitrizia A dan Akbar A. Analisis Pengendalian Potensi Fraud di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 2019;8(3):493-9.
7. Fatimah RN, Misnaniarti M, Syakurah RA. Determinan Potensi Fraud Dalam Pelaksanaan Jkn Pada Puskesmas Di Kota X. *Prepotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2021;5(1):47-55.
8. Soputan R, Tinangon J, Lambey L. Analisis Resiko Fraud terhadap Sistem Pengelolaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Di FKTP Pemerintah Kota Bitung. *Jurnal Riset Akuntansi Dan Auditing Goodwill*. 2018;9(2).
9. Yusuf Z, Nurwanah A, Sari R. Fraud pada Program Jaminan Kesehatan Nasional Perpekstif: Kompetensi Auditor Internal dengan Pendekatan Fenomenologi. *Owner: Riset dan Jurnal Akuntansi*. 2022;6(4):3653-69.
10. Ratnasari D. Analisis Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang Bagi Peserta JKN di Puskesmas X Kota Surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. 2017; 5(2):145-54.
11. Sumbayak JS, Anisma Y and Hasan MA. Pengaruh Keadilan Organisasi, Sistem Pengendalian Intern, Komitmen Organisasi Dan Gaya Kepemimpinan Terhadap Fraud (Fraud)(Studi Empiris Pada Kantor Cabang Utama Perusahaan Leasing Di Kota Pekanbaru). *Jurnal Online Mahasiswa (JOM) Bidang Ilmu Ekonomi*. 2017; 4(1):3168-82.
12. Sukma DP, Sulistiyono A, Novianto WT. Fraud in Healthcare Service. *InSHS Web of Conferences*. EDP Sciences. 2018; 54:03015..
13. Puspitasari N. Evaluasi tingkat ketidaktepatan pemberian kode diagnosis dan faktor penyebab di Rumah Sakit X Jawa Timur. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo*. 2017;3(2):158-68.
14. Indriani D, Kusnanto H, Mukti AG, Kuntoro K. Dampak biaya laboratorium terhadap kesenjangan tarif INA-CBGs dan biaya riil diagnosis leukemia. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal)*. 2013;7(10):440-6.
15. Iroth JS, Ahmad RA, Pinzon R. Dampak penerapan clinical pathway terhadap biaya perawatan pasien stroke iskemik akut di RS Bethesda Yogyakarta. *Berkala Ilmiah Kedokteran Duta Wacana*. 2017;2(1):267.
16. Jones B, Jing A. Prevention not cure in tackling health-care fraud. *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*. 2011;89(12):858.
17. Rusliyanti NK, Hidayat AR, Seha HN. Analisis ketepatan pengkodean diagnosis berdasarkan ICD-10 dengan penerapan karakter ke-5 pada pasien fraktur rawat jalan semester II di RSU Mitra Paramedika Yogyakarta. *Jurnal Permata Indonesia*. 2016;7(1).
18. Wardhana A, Rahayu S, Triguno A. Implementasi Clinical Pathway Tahun 2018 dalam Upaya Meningkatkan Mutu Pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Kojja. *Majalah Sainstekes*. 2019;6(1).



This work is licensed under a Creative Commons Attribution