



Analisis Pelaksanaan Program Pencegahan Fraud Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Analysis of the Implementation of the National Health Insurance Fraud Prevention Program

Nur Hazul Fitra¹, Usman², Rahmi Amir*³, Nurlinda⁴, Makhrajani Majid⁵

^{1,2,3,4,5}Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Parepare
e-mail: *ammindjala@gmail.com, nurhazulfitra@gmail.com, usman@umpar.ac.id

ABSTRACT

Fraud in JKN is an act carried out intentionally by participants, BPJS Health officers, health service providers, and drug providers to obtain financial benefits from the health insurance program in the National Social Security system through fraudulent acts that are not in accordance with the provisions of deliberate efforts to create benefits that should not be enjoyed, either by individuals or institutions, and can harm other parties. This research aims to find out what the system for preventing incidents (fraud) is in implementing the National Health Insurance (JKN) program at the Anggeraja Community Health Center, as well as what the complaint and incident resolution system is if an incident (fraud) occurs in implementing the National Health Insurance (JKN) program at the Community Health Center Anggeraja. The type of research used is descriptive qualitative research method, prospective case study. The informants in this research were 10 people in the Anggeraja Community Health Center Working Area. Data collection techniques were carried out through interviews and observation, while data analysis techniques used triangulation techniques. The research results showed that the majority of informants at the Anggeraja Community Health Center had minimal knowledge or information regarding fraud; In fact, most of them don't know about it. This influences the actions taken by BPJS patients regarding belittling actions and the importance of reporting suspected circumstances if they occur. However, they still don't know what the fraud is and how health services are involved in the JKN program. In conclusion, conditions at the Anggeraja Community Health Center can be reported through a complaint system or written report addressed to the Fraud Prevention Team. Complaints or reports of alleged JKN incidents must include the identity of the complaint, the name and address of the agency suspected of carrying out the incident, and the reason for the complaint. If there is a disturbance of opinion regarding the determination of whether or not JKN conditions exist, the Provincial Health Service or Regency/City Health Service can forward the complaint to the JKN Fraud Prevention Team formed by the Minister..

Keywords : knowledge, fraud, fraud prevention, complaints

PUBLISHED BY :

Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Parepare
Address :
Jl. Jend. Ahmad Yani Km. 6, Lembah Harapan
Kota Parepare, Sulawesi Selatan.
Email :
jurnalmakes@gmail.com
Phone :
+62 853 3520 4999

Article history :

Received 1 Desember 2024
Received in revised form 10 Desember 2024
Accepted 26 Desember 2024
Available online 2 Januari 2025

ABSTRAK

Fraud dalam JKN adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, serta penyedia obat untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan upaya yang secara sengaja dilakukan untuk menciptakan keuntungan yang tidak seharusnya dinikmati, baik oleh individu atau institusi, dan dapat merugikan pihak lain. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana sistem pencegahan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Anggeraja, serta bagaimanakah sistem pengaduan dan penyelesaian perselisihan jika terdapat kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Anggeraja. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian metode kualitatif deskriptif studi kasus prospektif. Informan dalam penelitian ini sebanyak 10 orang di Wilayah Kerja Puskesmas Anggeraja. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dan observasi, sementara teknik analisis data menggunakan teknik triangulasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas informan di Puskesmas Anggeraja memiliki pengetahuan atau informasi yang minim mengenai fraud (kecurangan); bahkan, sebagian besar dari mereka tidak mengetahuinya. Hal ini mempengaruhi tindakan yang diambil oleh pasien BPJS terkait tindakan yang meragukan dan pentingnya melaporkan dugaan kecurangan jika terjadi. Namun, mereka masih belum mengetahui apa itu tindakan fraud dan bagaimana keterlibatan pelayanan kesehatan dalam program JKN. Kesimpulannya, kecurangan di Puskesmas Anggeraja dapat dilaporkan melalui sistem pengaduan atau laporan tertulis yang ditujukan kepada Tim Pencegahan Fraud. Keluhan atau laporan dugaan kecurangan JKN harus mencakup identitas pengaduan, nama dan alamat instansi yang diduga melakukan tindakan kecurangan, dan alasan pengaduan. Jika terjadi perselisihan pendapat terhadap penetapan ada atau tidaknya kecurangan JKN, Dinas Kesehatan Provinsi atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat meneruskan pengaduan kepada Tim Pencegahan Kecurangan JKN yang dibentuk oleh Menteri.

Kata kunci : Pengetahuan, Kecurangan, Pencegahan Fraud, Keluhan

PENDAHULUAN

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

Program Jaminan Kesehatan Nasional mulai diterapkan di Indonesia. Seiring dengan peningkatan jumlah peserta Jaminan Kesehatan Nasional dan berkembangnya fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan, muncul beragam kritik dari berbagai pihak, termasuk dari penyedia jaminan kesehatan nasional seperti puskesmas dan rumah sakit. Salah satu isu kritis yang mencuat adalah dugaan terjadinya tindakan fraud. Tidak hanya terbatas pada Indonesia, dugaan fraud dalam sistem pelayanan kesehatan juga memberikan dampak global.[6] fraud atau kecurangan didalam JKN adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan, untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan. Fraud dalam pelayanan kesehatan disebut sebagai suatu bentuk upaya yang secara sengaja dilakukan dengan menciptakan suatu keuntungan yang tidak seharusnya dinikmati baik oleh individu atau institusi dan dapat merugikan pihak lain. [12]

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

Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 tentang Sistem Pencegahan Kecurangan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan memuat tindakan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan. Proyeksi fraud JKN mencapai 5-10% atau Rp. 1,8 triliun - Rp. 3,6 triliun dari prediksi premi BPJS tahun 2014. Terdapat kasus potensial yang terdeteksi di 26 puskesmas di 14 provinsi, termasuk pemanfaatan dana kapitasi yang melanggar aturan. Para penegak hukum menemukan 8 kasus korupsi pengelolaan dana kapitasi puskesmas dengan kerugian negara mencapai Rp. 5,8 miliar pada periode 2014-2018. Pada Februari 2018, Operasi Tangkap Tangan oleh KPK mengungkap kasus pengelolaan dana kapitasi di Jombang, menunjukkan rentan dana kapitasi terhadap tindakan korupsi. Dana kapitasi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), khususnya puskesmas, yang diterima pada tahun 2014-2016, mencapai Rp 8 triliun, Rp 10 triliun, dan Rp 13 triliun, dengan kecenderungan peningkatan seiring bertambahnya peserta JKN.[1]

Dalam hal pencegahan fraud, dinas kesehatan Kabupaten/Kota termasuk dalam institusi yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, organisasi profesi, dan asosiasi fasilitas kesehatan untuk membangun sistem pencegahan kecurangan JKN. Kemenkes menjadi pihak ketiga ketika jika ada perselisihan antara BPJS Kesehatan dan faskes saat adanya dugaan fraud sehingga perlu adanya SDM yang berkualitas agar dapat mengidentifikasi teknik-teknik klaim dan fraud ,dan mendeteksi tindak kecurangan yang dilakukan oleh pelaku.. Pelayanan di bidang kesehatan merupakan salah satu bentuk pelayanan yang paling banyak dibutuhkan oleh masyarakat. Salah satu sarana pelayanan kesehatan yang mempunyai peran sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat adalah Puskesmas. Puskesmas merupakan lembaga dalam mata rantai sistem kesehatan masyarakat dan mengemban tugas untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat, karena pembangunan dan penyelenggaraan kesehatan di Puskesmas perlu diarahkan pada tujuan Nasional dibidang kesehatan.[8]

Puskesmas saat ini, harus selalu dapat menyediakan obat-obatan dan sarana pelayanan medis yang terjangkau oleh masyarakat tanpa harus mengurangi kualitas dan kuantitas pelayanannya. Pengelolaan puskesmas yang baik tentunya akan memberikan acuan ataupun gambaran bagaimana puskesmas

terkelola secara transparan, adanya kemandirian, akuntabel, adanya pertanggungjawaban dan kewajaran sehingga kinerja keuangan pada puskesmas dapat dicapai sesuai dengan visi dan misi puskesmas yang telah ditentukan sebelumnya. Kecurangan (fraud) dalam Pelayanan Kesehatan perludilakukan pencegahan agar tidak menimbulkan kerugian. [8]

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

Berdasarkan uraian di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana sistem pencegahan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Anggeraja ?, serta bagaimanakah sistem pengaduan dan penyelesaian perselisihan jika terdapat kecurangan (fraud) dalam dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Anggeraja ?

METODE

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

Untuk pengumpulan data dilakukan dengan mendapatkan data dari puskesmas anggeraja terkait pemantauan pada pelayanan kesehatan yang ada di puskesmas tersebut, selain itu prosedur pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini bisa menggunakann observasi, wawancara, dan dokumentasi kepada Peserta BPJS, petugas BPJS, pelayanan kesehatan, pengawas obat di Puskesmas Anggeraja Kabupaten Enrekang berdasarkan peraturan Presiden nomor 82 Tahun 2018, Permenkes Nomor. 36 Tahun 2015dan Permenkes 16 Tahun 2019.

Penelitian ini akan dilaksanakan di Puskesmas Anggeraja, dengan jangka waktu penelitian selama 5 (lima) bulan, mulai dari bulan Januari-Mei tahun 2024. Informan adalah subyek penelitian yang dapat memberikan informasi mengenai fenomena/permasalahan yang diangkat dalam penelitian. Yang terdiri dari Informan kunci dan informan tambahan, dalam hal ini yang menjadi informan kunci yaitu peserta BPJS, petugas BPJS, pelayanan kesehatan, pengawas obat yang ada di wilayah Puskesmas Anggeraja dan yang menjadi informan tambahan yaitu kepala Puskesmas Anggeraja.

Dalam rangka mendapatkan gambaran yang komprehensif, peneliti melibatkan sebanyak 10

individu sebagai partisipan penelitian. Proses pengumpulan informasi dilakukan melalui wawancara mendalam kepada para responden, 9 diantaranya menjadi informan kunci dan 1 informan tambahan.

Tabel 1. Informasi peneliti'' Analisis pelaksanaan program pencegahan Fraud jaminan kesehatan nasional (JKN)''

No	Pekerjaan	Jumlah
1.	Peserta BPJS	4
2.	Petugas BPJS	1
3.	Pelayanan Kesehatan	3
4.	Pengawas obat dan Alat kesehatan	1
5.	Kepala Puskesmas	1

Teknik analisis data yang digunakan pada penelitian ini yaitu teknik trigulasi, teknik trigulasi merupakan teknik mengumpulkan data dan pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara dan berbagai waktu, setelah melakukan wawancara dari observasi pada objek yang diteliti. Trigulasi data membantu penelitian atau analisis untuk melihat fenomena atau masalah dari berbagai perspektif, sehingga mengurangi bias dan meningkatkan kepercayaan terhadap hasil analisis dan juga untuk memastikan bahwa keputusan atau perdagangan yang di ambil lebih objektif, adil, dan berdasarkan faktor dari pada dipengaruhi oleh faktor-faktor yang tidak relevan atau prasangka.

Sifat penelitian merupakan penelitian deskriptif kualitatif. Setelah data-data diperoleh maka dilakukan analisis data pada pelaksanaan program pencegahan fraud yang telah dikumpulkan secara tekstual, lalu dikonstruksikan secara kualitatif, untuk selanjutnya dilakukan pembahasan secara deskriptif dan ditarik kesimpulan.(Ali, 2021).

HASIL

Jumlah informan pada penelitian ini sebanyak 10 informan yang terdiri dari 9 informan kunci dan 1 informan tambahan. Wawancara ini dilakukan di bulan Maret – Mei 2024, Adapun karakteristik informan berdasarkan hasil penelitian adalah sebagai berikut:

Tabel 1. 1 Karakteristik Informan

Sumber data primer 2024

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

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

- **Wawancara Pasien BPJS**

Tabel 1. 2 Tanggapan Peserta BPJS

(wawancara informan menggunakan Bahasa Daerah Bugis Enrekang)

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

Interpretasi :

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

Tabel 1. 3 Pengalaman Pasien BPJS

Pertanyaan tentang pengetahuan pasien BPJS	Tanggapan Pasien BPJS
Bagaimana pengalaman anda selama proses pendaftaran dan adminitrasi di BPJS untuk menjadi peserta JKN ?	<p>“alhamdulillah maballo bangra selama te’eh” (PA, 24 Thn).</p> <p>“Alhamdulillah selama te’e maballo bangra kan pakenah aku nah aplikasi mobile JKN mendaftar” (FI, 27 Thn)</p> <p>“maballo bangrakan biasa nah tapa mendaftar langsungra kan deen kartu hijau di bengan ki jadi tapa iyya mandara di pakitanni nah deen terdaftarmo jio puskesmas”(NL,32 Thn)</p> <p>“Maballorah”(ML.39 Thn)</p>

Interpretasi :

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

Tabel 1. 4 Pengetahuan Mengenai Fraud

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

Interpretasi :

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

Tabel 1. 5 Pelaporan Dugaan Kecurangan (Fraud)

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

Interpretasi :

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

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

• **Wawancara Pelayanan Kesehatan**

Tabel 1. 6 Terlibat Dalam Mngenal Potensi Fraud

Pertanyaan tentang pengetahuan Pelayanan kesehatan (administrasi)	Tanggapan pelayanan kesehatan (administrasi)
Bagaimana pelayanan kesehatan terlibat dalam program ini diberi pelatihan untuk mengenali dan melaporkan potensi fraud?	“tidak ada pelatihan seperti itu karena yang mengetahui itu hanya pada bagian petugas BPJS dan bendahara” (SA, 40 Thn) “tidak ada juga penyampaian terkait fraud kami ketahui karena kami hanya mengetahui bagian input data pasien saja “ (JU, 29 Thn) “terkait jenis tindakan faraud dan penelitian hanya petugas BPJS saja yang mengetahui karena mereka saja yang mengikuti rapat terkait program JKN” (SI, 36 Thn)

Interpretasi:

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

• **Wawancara penyedia obat**

Tabel 1. 7 Pengetahuan Penyedia Obat Terkait Fraud

Pertanyaan Tentang Pengetahuan Penyedia Obat	Tanggapan Penyedia Obat
1. Se jauh mana anda memahami aturan dan kebijakan terkait penyediaan obat kepada peserta JKN ?	1. Kalau di puskesmas memang sudah ada dananya tersendiri untuk obat biasanya JKN dianggarkan 1 atau 2 kali dalam setahun, tetapi tetap membuat penyedia perencanaan kebutuhan setelah itu di berikan oleh bendahara atau petugas BPJS karena mereka yang mengurus.”
2. Apakah ada langkah – langkah keamanan khusus untuk mencegah manipulasi atau kecurangan terkait obat ?	2. “Tidak ada, karena disini memang langsung melalui via transfer dananya sesuai yang dibutuhkan dan untuk pengambilan obatnya juga harus menggunakan resep jadi, kalau untuk manipulasi tidak ada karena memang sudah ada pajaknya.”
3. Apakah karyawan di fasilitas anda telah menerima pelatihan khusus terkait pencegahan kecurangan dalam pemberian obat kepada peserta JKN ?	3. “Tidak tau karena yang sering pertemuan itu bendahara jadi pengelola itu cuman memasukkan obat yang memang tidak ada di dinas.”
4. Apakah fasilitas anda memiliki kebijakan internal atau prosedur pencegahan kecurangan terkait obat dalam program JKN ?	4. “Tidak ada”
5. Apakah karyawan di fasilitas anda menyadari pentingnya melaporkan dugaan kecurangan atau tindakan yang meragukan terkait obat dalam program JKN ?	5. “Tidak ada sih selama ini”
6. Bagaimana anda memastikan bahwa laporan kecurangan dapat diajukan tanpa takut akan konsekuensinya ?	6. “Tidak pernah kita lakukan karena kita memang tidak berhubungan langsung dengan pihak JKN karena cuman bendaharayang berhubungan langsung dengan pihak JKN, kalau kita uni

cuman memberi tahu bahwa ada dana segini, rencana apa yang kita butuhkan tapi itu juga memiliki aturan sendiri.”

Interpretasi :

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

• **Wawancara petugas BPJS**

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

Tabel 1. 8 Pemahaman Mengenai Fraud Pada JKN

Pertanyaan Tentang Pengetahuan Petugas BPJS	Tanggapan Petugas BPJS
1. Apa saja tugas dan tanggung jawab utama anda sebagai petugas BPJS terkait program JKN ?	1. “rekap data pasien ,klaim pasien sakit setiap bulannya terus kalau ada pertemuan terkait JKN pasti ikut”
2. Apakah anda telah menerima pelatihan khusus indentifikasi dan pencegahan fraud di dalam klaim atau pendaftaran JKN?	2. “kalau pelatihannya tidak ada tapi kalau pertemuannya biasa jih ada kayak aturanya yang di tanyaki”
3. Bagaimana anda mengembangkan keterampilan untuk mengenali tanda – tanda potensial kecurangan?	3. “selama ini belum pernah terjadi jadi tidak ada”
4. Apakah anda mengetahui adanya kebijakan atau langkah – langkah pencegahan fraud yang diterapkan di puskesmas ?	4. “kebijakan dari puskesmas itu dari kepala puskesmas jih, kalau untuk langkah-langkahnya kita memasang spanduk didepan untuk dilihat oleh pasien”
5. Apakah anda memiliki saran atau masukan untuk meningkatkan efektivitas	

5. pencegahan dan deteksi fraud di dalam program JKN ?
 “kan kita ndak pernah begitu jadi belum paham begituan dan juga tidak ada begitu cuman kalau ada pertemuan hanya aturan atau peringatan semacam bagian obat yang harus dicatat baru nanti di laporkan”

Interpretasi :

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

• **Wawancara Kepala Puskesmas Anggeraja**

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

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

Pertanyaan Tentang Pengetahuan Petugas BPJS	Tanggapan Petugas BPJS
1. Bagaimana pemahaman andaterhadap resiko fraud dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional (JKN) ?”	1. “kalau resiko fraud pada puskesmas ini sangat minim bias terjadi, karena puskesmas di samping memang anggaran puskesmas tidak seberapajih.”
2. “Bagaimana langkah-langkah yang diambil oleh bapak terkaitmencegah fraud termasuk implementasi kontrol internal dan monitoring secara berkala ?”	2. “jadi puskesmas itu sudah diterapkan seperti mutu puskesmas yang didalam itu bagaimana meningkatkan pelayanan kepada masyarakat termasuk juga dalam mengontrol pengeluaranobat, mengontrol bagaimanamendiaknosa itu semua karena kita mempunyai SOP sehingga secara khusus mencegah fraud itu terjadi.”
3. “Bagaimana usulan bapak dalam mengatasi potensi fraud, termasuk pelibatan staf, pelaporan, dan penerapan sanksi jika ditemukan pelanggaran ?”	3. “kalau ini ada untuk pengawasan untukstaf ada sistemnya memang untuk
4. “Apakah bapak memiliki inisiatif untuk mengimplementasikan pelatihan atau worshop terkaitpencegahan fraud bagi staf di	

- puskesmas anggeraja ?”
5. “Bagaimana cara bapak akan berkolaborasi dengan pihak terkait, seperti BPJS kesehatan atau instansi terkait dalam mengatasi potensi fraud pada pelaksanaan program JKN ?”
 4. “jadi kalau untuk pelatihan terkait fraud belum kita programkan kenapa, karena masih banyak workshop yang dianggap mungkin lebih penting sehingga belum diprogramkan.”
 5. “jadi di puskesmas itu ada beberapa staf yang di tugaskan khusus untuk mengelolah sistem BPJS mereka itu mempunyai pengetahuan yang lebih di bandingkan staf yang lain karena mereka yang berhubungan langsung denganpihak JKN atau BPJS itu sendiri.”

Interpretasi :

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

Tabel 1. 10 Hasil Self Assesment Puskesmas Anggeraja

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

PEMBAHASAN

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

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

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Zuberi dan Mzenzi (2019) menyatakan bahwa kecurangan dapat dilakukan oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, penyedia obat dan juga terdapat tiga faktor penyebab terjadinya fraud, yaitu motivasi, rasionalisasi dan peluang. Adapun enam faktor motivasi yang mendorong karyawan dan manajer melakukan fraud yaitu; insentif sosial dan tekanan, keserakahan, masalah operasi, tekanan internal dan lingkungan kerja yang jahat. Faktor rasionalisasi yaitu merasionalisasi perilaku melalui lima netralisasi signifikan dengan teknik yang diidentifikasi sebagai pembobotan sosial, pengalihan kesalahan, penolakan cedera, sikap dan riwayat fraud sebelumnya. Terakhir, yaitu peluang; lingkungan pengendalian yang buruk, aktivitas pengendalian yang tidak memadai, dan keadaan yang memungkinkan perilaku kolusi di antara para penipu. BPJS dan faskes tidak dapat memberi tindakan terhadap pelaku fraud karena belum ada undang-undang yang mengatur tentang hal ini[23]

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

1. Penulisan kode diagnosis yang berlebihan/upcoding, yaitu perubahan kode diagnosis dan/atau prosedur menjadi kode yang memiliki tarif yang lebih tinggi dari yang seharusnya.
2. Penjiplakan klaim dari pasien lain/cloning, yaitu klaim yang dibuat dengan cara menyalin dari klaim pasien lain yang sudah ada.
3. Klaim palsu/phantom billing adalah klaim atas layanan yang tidak pernah diberikan.

4. Penggelembungan tagihan obat dan alkes/inflated bills, yaitu klaim atas biaya obat dan/atau alat kesehatan yang lebih besar dari biaya yang sebenarnya.

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

- a. Pasien BPJS

- 1) Fraud yang dilakukan oleh pasien BPJS kesehatan di Puskesmas Anggeraja yaitu tidak ada, karena dari hasil penelitian di ketahui bahwa mengenai pelaksanaan program pencegahan fraud jaminan kesehatan nasional dilakukan 4 Informan yakni pasien/peserta BPJS menyatakan bahwa mereka tidak mengetahui informasi mengenai fraud dan juga kita ketahui bahwa masih kurangnya pengetahuan atau pemahaman mengenai bagaimana program JKN bekerja dalam memberikan jaminan kesehatan kepada peserta BPJS program JKN juga disebabkan oleh bagaimana proses pendaftaran pada pasien BPJS.

- 2) Bentuk pencegahannya

- a) Lebih menggali informasi mengenai JKN agar mereka dapat lebih memahami program JKN bekerja dalam memberikan jaminan kesehatan
- b) Mempelajari dan mencari informasi mengenai fraud pada JKN yang mungkin bias saja terjadi

- b. Pelayanan Kesehatan

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

- 2) Cara pencegahannya yaitu:

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

- c. Penyedia obat

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

- a) Mereka tidak berhubungan langsung dengan pihak JKN jadi mereka tidak mengetahui

mengenai fraud yang mungkin bias saja terjadi tetapi, mereka juga menyatakan bahwa pada puskesmas kecil kemungkinan terjadi kecurangan (fraud).

- b) Kalau kita lihat dari segi dana saja dalam penyedia kebutuhan obat itu memiliki aturan tersendiri dan mereka juga hanya memasukkan obat yang memang tidak ada di dinas jika disuruh untuk membuat perencanaan kebutuhan obat.
 - 2) Bentuk pencegahannya: Seharusnya lebih menggali informasi mengenai fraud (kecurangan) karena walaupun dikatakan kecil kemungkinan terjadi fraud tetapi bias saja terjadi tanpa kita sadari
- d. Petugas BPJS dan sekaligus bendahara
- 1) Fraud yang dapat dilakukan oleh petugas BPJS di Puskesmas Anggeraja yaitu tidak ada karena dari hasil penelitian menyatakan bahwa sebagai berikut:
 - a) Dari segi pelatihan untuk pencegahan fraud tidak ada tapi kalau dalam pertemuan biasa hanya memperingati aturan – aturan yang ada pada JKN
 - b) Kurang menginformasikan kepada para staf mengenai informasi yang berkaitan pada JKN
 - 2) Bentuk Pencegahannya:
 - a) Seharusnya mengadakan pelatihan untuk mengenal tentang fraud
 - b) Lebih mengupdate informasi ke petugas kesehatan agar mereka dapat mengetahui berbagai informasi dari JKN
- e. kepala Puskesmas

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

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

Hal ini sejalan dengan penelitian dilakukan oleh Rocky Soputan menyatakan bahwa informan lewat wawancara memberikan gambaran yang jelas bahwa lemahnya sistem pengendalian internal dari instansi terkait akan merugikan pelaksanaan program pemerintah dalam bidang pelayanan kesehatan. Apalagi maksud dan tujuan dari pemberian dana kapitasi ini. Menurut teori fraud triangle oleh Donald R. Cressey (1953) dalam Tomi Setiaji (2015) bahwa kesempatan untuk melakukan kecurangan karena lemahnya pengendalian internal, lemahnya sanksi, dan ketidak mampuan untuk menilai kualitas kerja.[22]

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

1. Pencapaian Kinerja dan Standar Operasiona

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

2. Manajemen dan Kepemimpinan Puskesmas

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

3. Layanan Klinis dan Pengelolaan Pasien

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

4. Sumber Daya Manusia (SDM)

Kesesuaian antara jumlah dan kualifikasi tenaga kesehatan yang tersedia dengan yang dilaporkan dapat menjadi bahan untuk melihat apakah ada indikasi manipulasi atau pelaporan yang tidak sesuai. Misalnya, tenaga kesehatan yang tidak memenuhi syarat atau jumlah tenaga kesehatan yang dilaporkan lebih banyak dari yang sebenarnya untuk mendapatkan lebih banyak dana dari JKN.

5. Kegiatan dan Indikator Kinerja Kesehatan Masyarakat

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

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

Untuk mencegah adanya kecurangan dalam BPJS terutama masalah penulisan kode diagnosis berlebihan, klaim palsu dan tagihan berulang, di puskesmas Anggeraja telah membentuk sistem pencegahan kecurangannya itu dalam bentuk mutu puskesmas Anggeraja. Salah satu tugas mutu

puskesmas Anggeraja tersebut adalah melakukan upaya pencegahan, deteksi dan penindakan kecurangan JKN. Sistem yang telah dibangun dalam upaya melakukan pencegahan JKN di puskesmas Anggeraja telah sesuai dengan Permenkes Nomor. 36 Tahun 2015.

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

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

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

Pengaduan dapat disampaikan kepada pimpinan fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Dinas Kesehatan Provinsi (Pasal 25 ayat (2) Permenkes No. 36 Tahun 2015). Pengaduan pada fasilitas kesehatan dalam hal ini adalah rumah sakit, baik FKTP maupun FKRLT. Pengaduan di FKTP ditujukan kepada tim pencegahan Kecurangan JKN di FKTP yang dibentuk oleh Dinas kesehatan Kabupaten/Kota. Tim pencegahan Kecurangan JKN di FKTP terdiri atas unsur dinas kesehatan, organisasi profesi, BPJS Kesehatan, dan asosiasi fasilitas kesehatan.

Menurut ketentuan Pasal 11 ayat (4) Permenkes No. 36 Tahun 2015 Tim pencegahan Kecurangan JKN di FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bertugas:

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

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

1. **Penyediaan Sistem Pengaduan:** Puskesmas Anggeraja perlu memiliki sistem yang jelas untuk menerima pengaduan terkait kecurangan dalam pelaksanaan JKN. Ini dapat berupa formulir pengaduan yang dapat diakses oleh masyarakat, baik secara fisik maupun online.
2. **Prosedur Penanganan Pengaduan:** Tentukan prosedur yang jelas untuk menangani pengaduan. Misalnya, pengaduan dapat diajukan secara tertulis dengan menyertakan buktibukti yang mendukung, dan waktu penanganan yang harus diikuti.

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

Dengan menerapkan langkah-langkah ini, diharapkan bahwa Puskesmas Anggeraja dapat lebih efektif dalam mengatasi kecurangan dalam pelaksanaan Program JKN dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi masyarakat. Selanjutnya, dengan merujuk pada ketentuan Pasal 27 ayat (2) Permenkes No. 36 Tahun 2015, pembinaan dan pengawasan pencegahan kecurangan JKN di puskesmas anggeraja Untuk pengaduan adanya dugaan kecurangan JKN, harus memuat paling sedikit meliputi: identitas pengadu, nama dan alamat instansi yang diduga melakukan tindakan kecurangan JKN, dan alasan pengaduan (Pasal 25 ayat (3) Permenkes No. 36 Tahun 2015). Dengan adanya pengaduan kecurangan JKN, Pimpinan fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Dinas Kesehatan Provinsi harus menindaklanjuti pengaduan dengan cara melakukan investigasi. Investigasi dilakukan dengan melibatkan BPJS Kesehatan, tim pencegahan Kecurangan JKN di puskesmas.

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

Pendapatan yang tidak sesuai target dapat memicu potensi fraud di Puskesmas untuk merasionalisasikan kondisi yang terjadi. Keterlambatan penerimaan pembayaran ini mempengaruhi arus kas pada Puskesmas. Hal ini dapat mempengaruhi terhadap kebijakan alokasi dan perencanaan anggaran

dari Puskesmas. Selain itu juga dapat berdampak terhadap kualitas mutu layanan di Puskesmas yaitu dalam dimensi kompetensi, dimensi efektifitas pelayanan, dimensi keamanan, sarana prasarana dan dimensi kenyamanan pelayanan [35].

Sistem pengaduan atau laporan adanya kecurangan JKN yang dilakukan secara tertulis yang ditujukan kepada Tim Pencegahan Fraud. Pengaduan atau laporan adanya dugaan kecurangan JKN, harus memuat paling sedikit meliputi: identitas pengadu, nama dan alamat instansi yang diduga melakukan tindakan Kecurangan JKN, dan alasan pengaduan. Apabila terjadi perselisihan pendapat terhadap penetapan ada tidaknya kecurangan JKN, Dinas Kesehatan Provinsi atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat meneruskan pengaduan kepada Tim pencegahan Kecurangan JKN yang dibentuk oleh Menteri dan dapat di berikan sanksiyang sudah di tetap kan jika memang terdapat fraud JKN.

KESIMPULAN DAN SARAN

Untuk mencegah adanya kecurangan dalam BPJS terutama masalah penulisan kode diagnosis berlebihan, klaim palsu dan tagihan berulang, di puskesmas Anggeraja telah membentuk sistem pencegahan kecurangannya itu dalam bentuk mutu puskesmas Anggeraja. Salah satu tugas mutu puskesmas Anggeraja tersebut adalah melakukan upaya pencegahan, deteksi dan penindakan kecurangan JKN. Sistem yang telah dibangun dalam upaya melakukan pencegahan JKN di puskesmas Anggeraja telah sesuai dengan Permenkes Nomor. 36 Tahun 2015.

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

DAFTAR PUSTAKA

- [1] S. Solehuddin, "Urgensi Kriminalisasi Perbuatan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Di Indonesia," *Interdiscip. J. Law, Soc. Sci. Humanit.*, Vol. 4, No. 1, P. 55, 2023
- [2] T. K. Setiaji, S. P. Jati, S. P. Arso, F. K. Masyarakat, And U. Diponegoro, "Analisis Faktor Internal Dan Eksternal Sebagai Bahan Penyusun Strategi Pencegahan Fraud Dana Kapitasi Di Kota Semarang," Vol. 3, No. April, 2015..

-
- [3] T. S. Hartati, "Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Kesehatan (Sjsn) (Studi Di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tulang Bawang)," *Fiat Justisia* *Jurnal Ilmu Huk.*, Vol. 10, No. 4, P. 715, 2017,.
- [4] H. Sadikin And W. Adisasmito, "Analysis Of The Influence Of Fraud Triangle Dimensions In Fraud Prevention Policies On The National Health Insurance Program At Cipto Mangunkusumo National Hospital," *J. Ekon. Kesehat. Indones.*, Vol. 1, No. 2, Pp. 28–34, 2016..
- [5] S. Srinoveani, "Pengaruh Upaya Puskesmas Dalam Menaggulangi Fraud Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Tanah Lampung," *J. Adm. Nusant. Mhs.*, Vol. 3, No. 8, Pp. 67–76, 2021.
- [6] Muh. Asiz Albar, "Layanan Puskesmas Pada Pengawasan Obat." *Puskesmas- Anggeraja- Enrekang Dikeluhkan- Ini- Masalahnya* 2021.
- [7] Djasri, H., Rahma, P. A., & Hasri, E. T. (2016). Korupsi dalam pelayanan kesehatan di era jaminan kesehatan nasional: Kajian besarnya potensi dan sistem pengendalian fraud. *Integritas: Jurnal Antikorupsi*, 2(1), 113-133.
- [8] C. Christalisana, "Pengaruh Pengalaman Dan Karakter Sumber Daya Manusia Konsultan Manajemen Konstruksi Terhadap Kualitas Pekerjaan Pada Proyek Di Kabupaten Pandeglang," *J. Fondasi*, Vol. 7, No. 1, Pp. 87–98, 2018,.
- [9] Superadmin. Pengendalian Dan Program Fraud Pelayanan Kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) wiji Nurhayat, "Kenali Fraud Laporan Keuangan dan Praktiknya yang Merugikan Perusahaan." [2022]..
- [10] O. Access, "Studi Kualitatif Fraud Pelayanan Kesehatan : Literature Review," vol. 6, no. 6, pp. 1065– 1073, 2023..
- [11] Fatimah, Rizki Nurul, Misnaniarti, And Rizma Adlia Syakurah. 2021. "Determinan Potensi Fraud Pada Program Jkn Di Puskesmas Kota X." *Prepotif : Jurnal Kesehatan Masyarakat* 5 (1):
- [12] Luthfia Nurma Hapsari, Dr. Nur Rokhman, S.Si., M.Kom. 2024. "Deteksi Anomali Klaim Bpjs Kesehatan Oleh Rumah Sakit Dengan Algoritme Support Vector Regression." *Ugm Ilmu Komputer* 2.
- [13] Sopotan, Rocky, Jantje Tinangon, And Linda Lambey. 2018. "Analisis Resiko Kecurangan Terhadap Sistem Pengelolaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Di Fktp Pemerintah Kota Bitung." *Jurnal Riset Akuntansi Dan Auditing "Goodwill"* 9 ..
- [14] disya, Disti Mahyuza. 2019. "Analisis Pengelolaan Dana Non Kapitasi Di Puskesmas Talang Kabupaten Solok Tahun 2018." *Journals Andalans* 2.