

DETERMINAN POTENSI *FRAUD* PADA PROGRAM JKN DI PUSKESMAS KOTA X

Rizki Nurul Fatimah¹, Misnaniarti², Rizma Adlia Syakurah³

Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat^{1,2,3}

Universitas Sriwijaya

rizkinurulfatimah@gmail.com¹, misnaniarti@fkm.unsri.ac.id²

ABSTRACT

Fraud is an effort that is deliberately carried out by creating a benefit that can harm other parties. Fraud occurs not only in Indonesia, where the health service system and financing system are not yet well organized, but also throughout the world which have an impact on various aspects. This study aims to determine the factors driving of potential fraud in the implementation of NHI at Health Center in X City. The method used is qualitative with a phenomenological approach. Data collection techniques through FGD, in-depth interviews, observation and document. The research was conducted from August to November 2020 at the Health Center in X City. The number of informants in the study is 20 people consisting of the Head of the Health Center, Registration Officers, BPJS Health Patients and Section Heads in the Health Office. The results showed that the factor driving for the potential of fraud could be viewed from the opportunity factor, inadequate of internal and external audits in Health Center. In the Incentive factor, it was found that situational and occupational pressures could lead to errors in referring patients and patient complaints. In the rationalization factor, there are that accept patients who entrust treatment and late payment of claims affects the income from the Health Center. The capability factor is the training provided to employees is not comprehensive and a firm policy from the leader greatly influences the position in the job. Based on the results, it can be concluded that the potential for fraud can occur if there are four factors that influence it, so the need to implement fraud potential management, quality control and cost control at the Health Center, as well as improving the internal audit system.

Keywords : Determine, Health Center, NHI, Potential for Fraud

ABSTRAK

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. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor pendorong potensi *fraud* dalam pelaksanaan JKN pada Puskesmas di Kota X. Jenis penelitian yang digunakan yaitu penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Teknik pengumpulan data melalui FGD, wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen. Penelitian dilakukan pada bulan Agustus hingga November tahun 2020 pada Puskesmas di Kota X. Jumlah informan dalam penelitian yaitu 20 orang yang terdiri dari Kepala Puskesmas, Petugas Pendaftaran, Pasien BPJS Kesehatan dan Kepala Seksi di Dinas Kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor pendorong potensi *fraud* dapat ditinjau dari faktor kesempatan yaitu masih kurangnya audit internal dan eksternal di Puskesmas. Pada faktor tekanan didapatkan bahwa tekanan situasional dan pekerjaan dapat menyebabkan timbulnya kekeliruan dalam merujuk pasien dan timbul komplain pasien. Pada faktor rasionalisasi yaitu menerima pasien yang menitip berobat dan keterlambatan pembayaran klaim mempengaruhi pendapatan dari Puskesmas. Faktor kemampuan yaitu pelatihan yang diberikan kepada pegawai tidak menyeluruh dan kebijakan yang tegas dari pemimpin sangat berpengaruh terhadap posisi dalam pekerjaan. Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa potensi *fraud* dapat terjadi jika terdapat empat faktor yang memengaruhinya. Perlunya penerapan terhadap manajemen potensi *fraud*, kendali mutu dan kendali biaya pada Puskesmas, serta meningkatkan sistem internal audit.

Kata Kunci : Determinan, JKN, Potensi *Fraud*, Puskesmas

PENDAHULUAN

Fraud pada pelayanan kesehatan yaitu suatu cara yang dilakukan secara sengaja dengan menciptakan suatu manfaat yang tidak semestinya dan dapat merugikan pihak lain (Taufik, 2014). Elemen *fraud* dalam kesehatan berkaitan dengan pelayanan kesehatan, cakupan pelayanan serta kecurangan pembayaran jasa atau produk kesehatan (Samino, 2015). Menurut *Black's Law Dictionary*, *fraud* mempunyai tujuan yaitu untuk mendapatkan sesuatu yang bernilai atas kerugian orang lain sebagai upaya penipuan untuk memperoleh keuntungan pribadi (Trisnantoro, 2014).

Program JKN mulai berjalan di Indonesia pada tahun 2014. Dengan peningkatan jumlah peserta JKN dan fasilitas kesehatan, banyak komplain yang muncul dari berbagai pihak, diantaranya dari *provider* JKN yaitu puskesmas, rumah sakit, dan klinik swasta perihal dugaan terjadinya *fraud* (Yaslis, 2015). Dugaan terjadinya tindakan *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. Adapun dampak yang muncul dari *fraud* yaitu dapat mempengaruhi pada aspek citra nama baik, mutu layanan klinik, dan finansial (Rahma, 2019).

Dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan, *fraud* JKN adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh petugas BPJS Kesehatan, peserta, pemberi pelayanan kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan untuk memperoleh keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam sistem jaminan sosial nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan (Permenkes, 2015). Tindakan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang dilakukan pemberi pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

beragam bentuk (Permenkes No.36 Tahun 2015). Bentuk *Fraud* JKN pada FKTP diantaranya memanfaatkan dana kapitasi tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, memanipulasi klaim pada pelayanan yang dibayar secara nonkapitasi, menarik biaya dari peserta yang seharusnya telah dijamin dalam biaya kapitasi dan atau nonkapitasi sesuai dengan standar tarif yang ditetapkan, melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu dan atau tindakan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional lainnya (Permenkes No.36 tahun 2015).

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). 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). Dalam melakukan pemantauan terhadap 26 puskesmas di 14 provinsi dari bulan Maret sampai Agustus 2017 ditemukan 13 potensi *fraud* yang terjadi di Puskesmas (ICW, 2018). Terdapat 8 kasus dugaan korupsi yang ditemukan, salah satunya pada tahun 2017 oleh Bupati dan Kadinkes Jombang, Jawa Timur berkaitan dengan dugaan korupsi dana kapitasi Puskesmas (ICW, 2018).

Hasil survey awal yang telah dilakukan terhadap beberapa Puskesmas di Kota X, didapatkan beberapa masalah yang berkaitan dengan inefisiensi terhadap pelayanan BPJS Kesehatan (Fatimah, 2020). Selanjutnya berdasarkan data yang diperoleh, capaian penilaian kapitasi berbasis kinerja pada 41 Puskesmas di Kota X pada bulan November dan Desember 2019 hanya didapatkan 2 puskesmas yang menerima 100% pembayaran kapitasi (Data Puskesmas, 2020).

Terdapat penelitian terdahulu yang berkaitan dengan potensi *fraud* pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), hasil penelitian terdahulu oleh Faturrahman tahun 2018 yang dilakukan di Kabupaten Nganjuk, Provinsi Jawa Timur, menjelaskan bahwa perlu pengelolaan yang baik terhadap dana kapitasi sehingga tidak membuat defisit dan munculnya dana sisa yang menumpuk serta perlunya meningkatkan sistem pengendalian internal. Penelitian ini menggunakan pendekatan fenomenologi dan wawancara mendalam sebagai dasar penelitian (Faturrahman, 2018). Berdasarkan penelitian terdahulu, maka peneliti tertarik melakukan penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan potensi *fraud* dengan metode yang berbeda.

Penelitian ini menggunakan teori *Fraud Diamond* dari Wolfe dan Hermanson (2004) sebagai dasar teori untuk meneliti determinan potensi *fraud* dalam program JKN. Teori *Fraud Diamond* menyebutkan akar penyebab potensi *fraud* terdiri dari empat faktor yaitu tekanan, peluang, rasionalisasi, dan kemampuan. Keempat variabel tersebut saling berkaitan satu sama lain terhadap potensi *fraud* sehingga penggunaan teori *Fraud Diamond* ini merupakan hal yang tepat dalam penelitian ini. Dengan latar belakang tersebut, perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dalam rangka mengetahui determinan potensi *fraud* pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yaitu pada Puskesmas di Kota X.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Penelitian dilakukan pada Puskesmas di Kota X. Waktu penelitian ini dilakukan pada bulan Agustus-November tahun 2020. Informan sumber data dipilih secara *purposive*. Penentuan informan dalam penelitian ini berdasarkan suatu pertimbangan tertentu seperti orang tersebut merupakan orang

paling mengerti tentang apa yang diharapkan dalam penelitian. Teknik pengumpulan data yang digunakan yaitu FGD, wawancara mendalam, telaah dokumen dan observasi. Jumlah informan dalam penelitian yaitu 20 orang yang terdiri dari Kepala Puskesmas, Petugas Pendaftaran Kepala Seksi di Dinas Kesehatan dan Pasien BPJS Kesehatan. Berdasarkan Permenkes No.16 tahun 2019 adapun bentuk potensi *fraud* yaitu memanipulasi klaim, menarik biaya peserta, memanfaatkan dana kapitasi, merujuk tidak sesuai ketentuan, dan tindakan lainnya yang dapat merugikan dalam program JKN.

HASIL

Faktor Kesempatan

Pada hasil penelitian yang dilakukan melalui FGD, wawancara mendalam, telaah dokumen dan observasi dengan informan penelitian, diperoleh bahwa pada faktor kesempatan dengan variabel kedisiplinan, pengendalian internal dan eksternal didapatkan bahwa pengendalian internal pada Puskesmas masih lemah hal ini dibuktikan dengan ditiadakan evaluasi/apel selama kondisi pandemik dan belum dibentuknya tim pencegah *fraud* khusus JKN serta ditemukannya penarikan biaya administrasi kepada pasien yang memegang kartu BPJS. Pengendalian internal harus dilakukan secara terus menerus dimana bertujuan untuk memonitoring kegiatan pelayanan di Puskesmas. Pengawasan eksternal yang dilakukan pada puskesmas tidak rutin dilakukan oleh pihak luar seperti Dinas Kesehatan dan BPJS Kesehatan. Kedisiplinan dalam bekerja masih kurang dikarenakan ada beberapa pegawai yang belum *stand by* dipelayanan meskipun sudah datang sesuai jam kerja sehingga muncul keluhan dari pasien.

Faktor Tekanan

Berdasarkan hasil penelitian yang berkaitan dengan faktor tekanan dengan

variabel ketidakadilan organisasi, ketidakpuasan dengan kompensasi, tuntutan situasional dan tuntutan pekerjaan didapatkan hasil bahwa ketidakadilan organisasi berupa perbedaan pelayanan dalam pemberian resep dan loket pasien. Pada variabel ketidakpuasan dengan kompensasi didapatkan bahwa pendapatan kapitasi puskesmas menurun dikarenakan masa pandemik, pindah secara tiba-tiba tanpa konfirmasi, dan migrasi dari dinas sosial yang tidak tepat. Tuntutan situasional muncul ketika terdapat kendala yang berkaitan dengan sarana prasarana, sistem jaringan baik dari BPJS maupun puskesmas serta komplain yang muncul terkait kesalahan merujuk pasien, lamanya pelayanan yang diberikan, dan kepesertaan yang sering berpindah. Tuntutan dalam pekerjaan terjadi karena ketersediaan SDM yang tidak sesuai dengan beban kerja, tekanan dapat berasal dari lingkungan beban pekerjaan, kondisi ekonomi hingga kesejahteraan yang kurang dilingkungan pekerjaan.

Faktor Rasionalisasi

Berdasarkan hasil penelitian terkait faktor rasionalisasi dengan variabel pendapatan tidak sesuai target serta budaya dan komitmen organisasi didapatkan hasil bahwa cara yang dilakukan oleh puskesmas untuk meningkatkan pendapatan agar sesuai dengan target diantaranya melalui kegiatan marketing, penyuluhan, baksos, dan melalui pendaftaran dengan mobile JKN selain itu peneliti menganalisis variabel pendapatan tidak sesuai target melalui klaim non kapitasi dimana didapatkan bahwa puskesmas sering mengalami keterlambatan dalam pembayaran non kapitasi karena birokrasi yang rumit dalam pelaksanaannya serta rujukan yang kadang meninggi dan menurun. Pada variabel budaya dan komitmen organisasi didapatkan data bahwa terdapat beberapa puskesmas yang menerima pasien yang menitip untuk

berobat karena masih tetangga dan sama-sama PNS.

Faktor Kemampuan

Berdasarkan hasil penelitian yang berkaitan dengan kemampuan melalui variabel yaitu posisi dalam pekerjaan, level penalaran moral dan kompetensi diperoleh hasil bahwa dalam menentukan kebijakan pemimpin sangat berperan penting dalam mengatur pegawai di Puskesmas. Jumlah pegawai yang banyak dan susah diatur membutuhkan kebijakan yang tepat. Tindakan tidak sesuai aturan di puskesmas sering terjadi. Pada level penalaran moral yang dilihat dari bagaimana pengetahuan mengenai potensi *fraud* dan pembagian dana kapitasi didapatkan bahwa sebagian besar puskesmas pernah mendengar dan melihat potensi *fraud* di lingkup pekerjaannya namun berusaha untuk tutup mata, dalam pembagian dana kapitasi puskesmas menyesuaikan aturan yang telah ditetapkan akan tetapi munculnya dana sisa harus diatur dengan ketentuan yang jelas agar tidak muncul penyimpangan dalam pengelolaannya. Pada variabel kompetensi didapatkan hasil bahwa puskesmas tidak rutin melakukan pelatihan, pelatihan tidak dilakukan secara menyeluruh kepada pegawai namun sesuai kebutuhan yang diperlukan saja.

PEMBAHASAN

Faktor Kesempatan

Fraud terjadi apabila terdapat kesempatan untuk melakukannya. Kesempatan berkaitan dengan situasi dan kondisi lingkungan dimana *fraud* akan terjadi, karena minimnya pengendalian internal. Pengawasan manajemen yang tidak memadai dan prosedur yang tidak jelas di Puskesmas.

Faktor yang dapat menyebabkan seseorang mempunyai kesempatan dalam melakukan tindakan kecurangan yaitu karena kurangnya pengawasan untuk

mendeteksi dan mencegah *fraud*, kurangnya pengawasan terhadap akses informasi baik secara internal maupun eksternal, ketidakmampuan untuk menilai kualitas suatu pekerjaan, gagal untuk mendisiplinkan pelaku *fraud*, ketidakpedulian dan ketidakmampuan untuk mencegah *fraud* dan kurangnya dilakukan audit (Albrecht, 2011).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Faturahman (2018) menyatakan bahwa berbagai kecurangan atau kasus korupsi yang terjadi pada umumnya dapat dilakukan karena adanya kesempatan. Kesempatan tersebut dimanfaatkan oleh oknum tersebut karena lemahnya pengawasan dan pengendalian internal maupun eksternal dan minimnya kualitas kesetiaan atau kepatuhan seseorang (Faturahman, 2018)

Hasil penelitian serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Mannoso (2016) yang menyatakan bahwa faktor kesempatan berupa kurang disiplinnya pegawai dapat membuka pintu tindakan *fraud* apabila terus terjadi tanpa pengendalian dan pengawasan yang ketat.

Pada hasil penelitian yang dilakukan dan kajian teori, maka peneliti berpendapat bahwa faktor kesempatan dapat memicu terjadinya potensi *fraud* dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN) pada puskesmas apabila kebijakan dan aturan yang diterapkan tidak dijalankan dengan baik.

Faktor Tekanan

Tekanan yaitu suatu keadaan dimana manajemen serta para pegawai merasakan tekanan atau insentif untuk melakukan tindakan *fraud*. Tidak adanya kepuasan kerja yang didapatkan pegawai, misalnya minimnya perhatian dari bagian manajemen, adanya ketidakadilan dan sebagainya dapat membuat pegawai harus melakukan *fraud* untuk memperoleh imbalan atas kerja kerasnya (Albrecht, 2011).

Penelitian yang terkait dengan penelitian yang dilakukan oleh Sukma (2018) yang menyatakan bahwa

ketidakpuasan dengan kompensasi dapat menimbulkan potensi *fraud* karena ketidakseimbangan sistem pengelolaan terhadap pendapatan kapitasi dan menurut Hymes & Wells (2013) bahwa terdapat beberapa alasan yang menyebabkan timbulnya *fraud* diantaranya yaitu jumlah peserta yang cukup besar.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sumbayak (2017) yang menyatakan bahwa keadilan organisasi dapat berpengaruh terhadap tindakan *fraud*. Ketidakadilan organisasi dalam penelitian berkaitan dengan bagaimana memberikan pelayanan yang sama rata tanpa membedakan. Diskriminasi menurut Fulthoni tahun 2009 merupakan suatu tindakan yang tidak adil dan tidak seimbang dengan yang diperbuat yang mana bertujuan untuk membedakan terhadap kelompok atau perorangan. Secara teoritis, diskriminasi dapat dilakukan melalui kebijakan untuk memusnahkan, mengurangi, memindahkan, melindungi secara legal, menciptakan pluralism budaya dan memngasimilasi kelompok tertentu. Pada penelitian membedakan pasien umum dan pasien BPJS Kesehatan termasuk diskriminasi (Fulthoni, 2009).

Faktor Rasionalisasi

Rasionalisasi dalam *fraud* yaitu adanya suatu pemikiran untuk membenarkan tindakan tidak sesuai ketentuan/kecurangan yang akan atau sudah terjadi. Hampir semua *fraud* dilatar belakangi oleh rasionalisasi. Rasionalisasi dapat membuat individu yang awalnya tidak ingin ikut melakukan *fraud* pada akhirnya melakukan tindakan *fraud* juga. Rasionalisasi merupakan suatu alasan yang bersifat pribadi (karena ada faktor lain) dapat membenarkan perbuatan walaupun perbuatan sebenarnya salah. Para pelaku kecurangan biasanya akan mencari berbagai alasan yang rasional untuk mengidentifikasi tindakan mereka (Albrecht, 2011).

Menurut Faturahman tahun 2018 dalam penelitiannya menyatakan bahwa dengan jumlah peserta yang selalu meningkat dan kapitasi yang meningkat bahkan melebihi syarat BPJS Kesehatan yaitu lebih dari 5000 peserta, terkadang pasien tidak memperoleh penanganan yang baik terutama di FKTP pemerintah. Hal ini disebabkan karena pasien yang datang melebihi standar pelayanan dokter dalam sehari (Faturahman, 2018). Hal ini sepadan dengan hasil penelitian bahwa tidak sedikit pasien yang mengeluh karena banyaknya yang mengantri hingga pelayanan tidak maksimal. Dalam proses meningkatkan jumlah kepesertaan perlunya pengawasan yang maksimal dan terorganisir. Sehingga mutu pelayanan dapat berjalan dengan baik dan dapat menghindari persaingan tidak sehat antar FKTP terhadap usaha meningkatkan jumlah peserta BPJS Kesehatan 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 (Disya, 2019). 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 (Permenkes No.52, 2016).

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 (Anyaprita dkk, 2020).

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

Faktor Kemampuan

Menurut Zaini tahun 2015 meskipun seseorang memiliki tekanan dan kesempatan, tanpa adanya kemampuan, maka kemungkinan terjadinya kecurangan akan kecil karena sebenarnya orang yang melakukan kecurangan *fraud* diimbangi dengan adanya kemampuan. Semakin tinggi kemampuan yang dimiliki seseorang, maka semakin tinggi pula kecenderungan seseorang melakukan tindakan kecurangan (Zaini, 2015). Kemampuan merupakan sifat individu untuk melakukan *fraud*, yang mendorong seseorang untuk mencari kesempatan dan memanfaatkannya. Kesempatan menjadi gerbang untuk tindakan *fraud*, tekanan dan rasionalisasi dapat mendukung seseorang untuk melakukan *fraud*, tetapi individu tersebut juga harus mempunyai kemampuan dalam melakukan tindakan tersebut (Wolfe dan Hermanson, 2004).

Faktor kemampuan lebih banyak diarahkan pada keadaan untuk mengakali sistem pengendalian internal, yang mana

bertujuan untuk membenarkan suatu hal yang sebenarnya tidak dibolehkan dalam suatu organisasi. Variabel kemampuan dapat berupa posisi dalam pekerjaan, kemampuan untuk memanfaatkan kesempatan yang tidak dimiliki orang lain, level penalaran moral, kecerdasan untuk paham dan eksploitasi kelemahan dan kompetensi. Kecurangan (*fraud*) tidak mungkin terjadi tanpa orang yang memiliki kemampuan untuk melakukan kecurangan tersebut (Marks, 2012).

Penelitian ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Ratnaningsih (2018) yang menyatakan bahwa posisi seseorang dalam pekerjaan mempunyai kemampuan untuk membuat atau memanfaatkan kesempatan terhadap tindak kecurangan. Posisi seseorang memiliki pengaruh besar terhadap terhadap situasi di lingkungan pekerjaan.

Level penalaran moral yang rendah ketika mengalami suatu keadaan yang berkaitan dengan etika akan lebih cenderung melakukan hal-hal yang menguntungkan dirinya sendiri dan menghindari hal-hal yang dapat menimbulkan sanksi hukum. Kejadian yang sering didengar terkait potensi *fraud* namun apabila dalam penataksanaan terhadap sanksi yang diberikan tidak ada dan dibiarkan saja dapat memicu perilaku etis yang tidak sesuai. Individu yang memiliki level penalaran moral yang rendah akan bertindak berbeda dengan orang yang memiliki level penalaran moral yang tinggi ketika menghadapi suatu keadaan yang berkaitan dengan dilema etika (Liyanarachi, 2009).

Terkait hasil penelitian yang berkaitan dengan pembagian dana kapitasi, didapatkan bahwa pembagian kapitasi masih sesuai dengan peraturan yang telah ditetapkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 21 tahun 2016. Dana Kapitasi merupakan nominal pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka kepada puskesmas berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar

tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan telah diberikan. Dana Kapitasi yang diterima harus dimanfaatkan seluruhnya untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan serta biaya operasional (Permenkes RI No.21, 2016).

Dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas potensi *fraud* dapat saja terjadi apabila tingkat keterampilan SDM dalam menangani pasien kurang optimal. Hal ini dapat dilihat saat rujukan yang sering terjadi kekeliruan, menerima pasien menitip, menarik biaya administrasi, dan faktor kendala yang sering terjadi di Puskesmas sehingga petugas mengalami tekanan di lingkungan pekerjaan yang mendorong untuk merasionalkan keadaan. Menurut Faturahman tahun 2018, keterampilan SDM dalam berinteraksi dengan pasien serta evaluasi terhadap kinerja harus dilakukan secara berkala agar menghasilkan pelayanan yang terbaik dengan pasien.

Menurut Elfrianto (2016), pelatihan sumber daya manusia adalah keharusan bagi setiap organisasi, perusahaan hingga lembaga, karena penempatan sumber daya manusia secara langsung tanpa pelatihan dan pembekalan dalam menjalankan tugasnya berkesempatan tidak akan berhasil. Pegawai yang baru bekerja sering merasa tidak jelas dengan peran dan tanggung jawabnya terhadap lembaga tempatnya bekerja. Pembekalan berupa pelatihan yang sesuai dengan kompetensi dan keahlian sebaiknya diadakan bagi pegawai dan karyawan dengan tujuan untuk meningkatkan kemampuan serta tanggung jawab dalam melaksanakan tugas dan kewajiban saat bekerja di Puskesmas. Dimana berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Agusyani tahun 2016 yang menyatakan bahwa kompetensi sumber daya manusia dalam pekerjaan berpengaruh positif terhadap tindakan kecurangan (Agusyani, 2016).

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terdapat faktor-faktor yang dapat mendorong potensi *fraud*. Potensi *fraud* dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN) dapat terjadi apabila ditinjau dari faktor kesempatan, faktor tekanan, faktor rasionalisasi dan faktor kemampuan. Faktor kesempatan yaitu berupa pengendalian internal dan eksternal yang belum maksimal. Tekanan situasional dan tuntutan pekerjaan yang tidak sesuai dengan sistem serta beban pekerjaan. Faktor rasionalisasi terhadap pendapatan yang tidak sesuai. Serta faktor kemampuan terhadap kompetensi yang diberikan kepada pegawai yang belum merata dan kebijakan pemimpin terhadap pelaksanaan pelayanan khususnya pada program JKN.

Perlunya menerapkan pencegahan potensi *fraud* berdasarkan Permenkes No.16 Tahun 2019 yaitu membentuk tim PK-JKN di Puskesmas, pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance*, mengembangkan pelayanan kendali mutu dan kendali biaya serta melaksanakan budaya pencegahan kecurangan di Puskesmas.

UCAPAN TERIMA KASIH

Dalam penelitian ini, peneliti mengucapkan terima kasih kepada segenap dosen pada Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Unsri, Pasien BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan dan Puskesmas Kota X yang telah membantu dalam proses penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

Agusyani, N.K.S., Edy Sujana, S.E. dan Wahyuni, M.A.. (2016) ‘Pengaruh Whistleblowing System Dan Kompetensi Sumber Daya Manusia Terhadap Pencegahan Fraud Pada Pengelolaan Keuangan Penerimaan Pendapatan Asli Daerah (Studi Pada Dinas Pendapatan Daerah Kabupaten Buleleng). *Jimat (Jurnal Ilmiah*

Mahasiswa Akuntansi) Undiksha, 6(3).

- Albrecht, W. (2011) *Fraud Examination. South Western: Cengage Learning.*
- Anyaprita, D., Siregar, K.N., Hartono, B., Fachri, M. dan Ariyanti, F. (2020) “Dampak Keterlambatan Pembayaran Klaim Bpjs Kesehatan Terhadap Mutu Pelayanan Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura”. *Muhammadiyah Public Health Journal, 1(1).*
- Charles. (2020) *Harian Umum Sumsel Pers: Polres Muba Ungkap Kasus Penyalahgunaan Dana Kapitasi Jamkes Puskesmas Ngulak. Palembang: PT Sumsel Media Grafika.*
- Data Puskesmas. (2020) *Laporan Capaian Penilaian Kapitasi Berbasis Kinerja Pada Puskesmas di Kota Palembang. Palembang. Unpublish.*
- Disya, D.M. (2019) *Analisis Pengelolaan Dana Non Kapitasi di Puskesmas Talang Kabupaten Solok Tahun 2018, Program Doktor Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas, Padang.*
- Elfrianto. (2016) ‘Manajemen Pelatihan Sumber Daya Manusia dalam Meningkatkan Mutu Lulusan’, *Jurnal EduTech, 2(2), 46-58*
- Fatimah, R.N. (2020) *Pra Survey Persepsi Tenaga Kesehatan Terhadap Program JKN (BPJS Kesehatan) di Fasilitas Kesehatan. Google Form. Palembang. Unpublish.*
- Fathurrohman, N. (2018) *Potensi Fraud Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Di Kabupaten Nganjuk. [Tesis]. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Yogyakarta.*
- Fulthoni dkk. (2009) *Memahami Diskriminasi: Buku Saku Kebebasan Beragama. Jakarta: ILR.*
- Hymes, L. dan Wells, J.T. (2013) *Insurance fraud casebook: paying a*

- premium for crime*". USA: John Wiley & Sons.
- Indonesia Corruption Watch (ICW). (2018) *Peta Potensi Fraud/Korupsi Pengelolaan Dana Kapitasi FKTP Program JKN*. Jakarta.
- Liyanarachi, G. (2009) 'The Impact Of Moral Reasoning And Retaliation On Whistle Blowing: New-Zealand Evidence'. *Journal Of Business Ethics*, 89(1), Pp:120-142.
- Manossoh, H., (2016) 'Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Fraud Pada Pemerintah Di Provinsi Sulawesi Utara'. *Jurnal Emba: Jurnal Riset Ekonomi, Manajemen, Bisnis Dan Akuntansi*, 4(1).
- Marks, Jonathan, (2012) *The Mind Behind The Fraudsters Crime: Key Behavioral And Environmental Elements*. Crowe Howarth LLP (Presentation).
- Mustikasari, D.P., (2013). 'Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Fraud Di Sektor Pemerintahan Kabupaten Batang'. *Accounting Analysis Journal*, 2(3).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36. (2015), Tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional, Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21. (2016), *Penggunaan Dana Kaspitasi Jaminan Kesehatan Nasional Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan Dan Dukungan Biaya Operasioanal Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah*, Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No 52. (2016), *Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Jakarta.
- Rahma, P.A. (2019) *Penguatan Peran Tim Pencegahan Kecurangan JKN di Daerah Untuk Kendalikan Fraud*. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Ratnasari, D. (2017), 'Analisis Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang Bagi Peserta JKN di Puskesmas X Kota Surabaya', *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 5(2), pp.145-154.
- Samino. (2015) 'Hubungan Insentif Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan Motivasi Kerja Pegawai Puskesmas Metro Tahun 2014', *Jurnal Kesehatan Holistik*, vol .9(2), hal 10-12.
- Sumbayak, J.S., Anisma, Y. dan Hasan, M.A., (2017) *Pengaruh Keadilan Organisasi, Sistem Pengendalian Intern, Komitmen Organisasi Dan Gaya Kepemimpinan Terhadap Kecurangan (Fraud)(Studi Empiris Pada Kantor Cabang Utama Perusahaan Leasing Di Kota Pekanbaru)*. Universitas Riau, Riau.
- Sukma, D.P., Sulistiyono, A. dan Novianto, W.T., (2018) 'Fraud in Healthcare Service', *In SHS Web of Conferences*, vol. 54, p.15.
- Taufik, A. (2014) *Fraud dalam Asuransi Kesehatan*. Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia, Jakarta.
- Trisnantoro, L, (2015) *Info BPJS Kesehatan. Edisi XXIX*. Jakarta: Media Internal Resmi BPJS Kesehatan.
- Wolfe, D. T, dan Dana, R. H. (2004) 'The Fraud Diamond: Considering The Four Element of Fraud', *CPA Journal*, vol. 12, pp. 56-57.
- Yaslis, I. (2015) *Fraud dalam Jaminan Kesehatan Nasional (kumpulan tulisan yaslis ilyas)*. Jakarta: CV Usaha Prima.
- Zaini, M, dkk. (2015) 'Analisis fraud diamond dan gone theory terhadap academic fraud (studi kasus mahasiswa akuntansi se-Madura)'. *Simposium Nasional Akuntansi 18*. Universitas Sumatera Utara.