Journal of Aafiyah Health Research (JAHR) 2025. Vol. 6, No. 2. Page 359-373
https://doi.org/10.52103/jahr.v6i2.2141
P-ISSN: 2722-4929, E-ISSN: 2722-4945

JOURNAL OF AAFIYAH HEALTH RESEARCH (JAHR)

Publisher: *Postgraduate Program, Universitas Muslim Indonesia*
Journal Homepage:
http://pascaumi.ac.id/index.php/jahr/index

Original Article

Analisis Potensi Fraud dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas di Kabupaten Wakatobi

La Hijaa, *Suharni Andi Fachrin, Abdul Gafur

Program Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Muslim Indonesia, Makassar, Indonesia

Article History
Received: 12 May 2025
Revised: 27 May 2025
Accepted: 08 June 2025

Keywords: Potensi; Fraud; JKN; Puskesmas

Corresponding Author:
E-mail:
suharniandifachrin@umi.ac.id
Address: Jalan. Urip Sumeharjo, No. 5, 90231, Makassar, South Sulawesi, Indonesia

ABSTRAK

Latar Belakang: Fraud dalam konteks kesehatan merupakan suatu tindakan penipuan atau pemalsuan informasi yang sengaja dilakukan untuk mendapatkan keuntungan tidak sah atau mengabaikan standar kualitas atau keselamatan dalam pelayanan kesehatan baik secara finansial maupun lainnya dalam sistem kesehatan. Hal ini bisa mencakup pemalsuan data medis, penipuan asuransi, atau pemalsuan dokumen terkait perawatan pasien di unit pelayanan kesehatan.

Tujuan: (1) Untuk mendapatkan informasi dan mengkaji secara mendalam mengenai potensi fraud dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas di Kabupaten Wakatobi. (2) Untuk menggali secara mendalam faktor tekanan, kesempatan, rasionalisasi dan kemampuan terkait potensi fraud dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas Wangi-Wangi dan Puskesmas Wangi-Wangi Selatan di Kabupaten Wakatobi.

Metode: Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode kuasi kualitatif. Teknik Pengumpulan data melalui wawancara mendalam, observasi dan dokumentasi serta FGD. Jumlah informan dalam penelitian yaitu 15 orang yang terdiri dari Kepala Puskesmas, Pengelola JKN, Dokter IGD Puskesmas, Penanggung Jawab Kamar bersalin, Penanggung Jawab Loket, Penanggung Jawab Apotik, Pasien JKN dan Kepala Bidang Bina Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan.

Hasil: Potensi fraud pada Puskesmas di Kabupaten Wakatobi khususnya Puskesmas Wangi-Wangi dan Puskesmas Wangi-Wangi Selatan dipengaruhi oleh oleh beberapa faktor utama : (1) Tekanan untuk mencapai target yang tinggi yang dirasakan oleh kepala puskesmas dan petugas puskesmas, (2) Kesempatan untuk melakukan penyimpangan yaitu adanya celah dalam pengawasan internal memberi kesempatan kepada petugas untuk mengubah atau melakukan kesalahan dalam penginputan klaim, (3) Rasionalisasi yang dibenarkan untuk memenuhi tuntutan pekerjaan atau menghindari akibat yang lebih buruk, (4) Ketidakpuasan pasien terhadap biaya tambahan yang mereka harus bayar, (5) Kemampuan individu dalam melakukan fraud cukup tinggi karena adanya akses dan pengetahuan teknis terkait data pasien dan klaim pasien.

ABSTRACT

Background: Fraud in the context of healthcare refers to acts of deception or falsification of information that are deliberately committed to obtain unlawful gains or disregard quality or safety standards in healthcare services, whether financial or otherwise, within the healthcare system. This can include falsification of medical data, insurance fraud, or falsification of documents related to patient care in healthcare facilities.

Objective: (1) To obtain information and conduct an in-depth assessment of the potential for fraud in the implementation of National Health Insurance at Community Health Centers in Wakatobi Regency. (2) To explore in depth the factors of pressure, opportunity, rationalization, and capability related to the potential for fraud in the implementation of National Health Insurance at the Wangi-Wangi Community Health Center and the South Wangi-Wangi Community Health Center in Wakatobi Regency.

Method: This study was conducted using a quasi-qualitative method. Data collection techniques included in-depth interviews, observation, documentation, and focus group discussions (FGD). The number of informants in the study was 15 individuals, comprising the Head of the Community Health Center, JKN Administrator, Emergency Room Doctor at the Community Health Center, Head of the Delivery Room, Head of the Registration Desk, Head of the Pharmacy, JKN Patients, and Head of the Health Service Development Division at the Health Department.

Results: The potential for fraud at community health centers in Wakatobi Regency, particularly the Wangi-Wangi and South Wangi-Wangi community health centers, is influenced by several key factors: (1) Pressure to achieve high targets felt by community health center heads and staff, (2) Opportunities for misconduct, such as gaps in internal oversight that allow staff to alter or make errors in claim data entry, (3) Justified rationalizations to meet work demands or avoid worse consequences, (4) Patient dissatisfaction with additional costs they must pay, (5) High individual capacity for fraud due to access and technical knowledge related to patient data and claims.

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

PENDAHULUAN

Organisasi Kesehatan Dunia (*World Health Organization/WHO*) memperkirakan terdapat 7,2% dana kesehatan hilang akibat pelayanan yang terbukti fraud diseluruh dunia (WHO, 2018). Pengeluaran dana kesehatan jauh lebih tinggi dibandingkan pertumbuhan ekonomi, aspek yang paling mempengaruhi terhadap pengeluaran ini yaitu terjadinya kecurangan terhadap kesehatan secara global (GHCAN, 2017). The National Health Care Anti-Fraud Association (NHCAA) memperkirakan bahwa kerugian kesehatan akibat kecurangan mencapai puluhan miliar dolar (NHCAA, 2019). Sedangkan menurut perkiraan Biro Investigasi Federal (BIF), penipuan kesehatan terhadap biaya pembayaran pajak Amerika lebih dari US $ 80 miliar setahun.

Berdasarkan *Report to the Nations Acfe* (RTTN) *Association of Certified Fraud Examiners* (ACFE) pada tahun 2018 kerugian akibat kecurangan pada pelayanan kesehatan mencapai 5% dari total biaya pelayanan kesehatan (Permenkes No.16 Tahun 2019). Dengan timbulnya risiko kerugian yang besar, pada tahun 2019, pemerintah menerbitkan Permenkes No.16 tahun 2019 tentang pencegahan dan penanganan fraud serta pengenaan sanksi administrasi terhadap fraud dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan. Permenkes tersebut merupakan pembauran dari regulasi anti fraud sebelumnya yaitu Permenkes No. 36 tahun 2015 (Permenkes, 2019). Banyak dugaan kecurangan yang terjadi di pelayanan kesehatan di seluruh Indonesia terkait sistem dan pelayanan, seperti merubah diagnosis utama atau membuat diagnosis tambahan sehingga mendapatkan tarif yang besar diantaranya mengklaim pelayanan yang tidak pernah diberikan, mengklaim layanan yang tidak dapat ditanggung oleh asuransi sebagai layanan yang ditanggung asuransi, memalsukan waktu layanan dengan menambahkan lama waktu rawat, memalsukan lokasi layanan, memalsukan pemberi layanan, mengklaim tagihan yang seharusnya dibayar pasien, pelaporan diagnosis dan prosedur yang salah, pelayanan yang berlebihan, korupsi dan peresepan obat yang tidak perlu.

Dampak yang timbul dari fraud dapat mempengaruhi pada aspek finansial, mutu layanan kesehatan, dan pada citra serta nama baik pelaku. Faktor tekanan yang terkait dengan potensi fraud yang terjadi di unit pelayanan kesehatan pada puskesmas di kabupaten wakatobi yaitu tekanan yang berasal dari pimpinan atau atasan yaitu adanya target untuk mencapai pendapatan kapitasi berbasis kinerja (KBK) 100%. Untuk mencapainya dengan syarat terpenuhinya indikator angka kontak (AK) > 150 permil baik kunjungan sakit maupun kunjungan sehat, rasio rujukan non spesialistik (RRNS) < 2% dan rasio peserta prolanis terkendali (RPPT) > 5%. Untuk mendapatkan kapitasi berbasis kinerja 100% pimpinan puskesmas harus memaksimalkan angka kontak, menekan rasio angka rujukan non spesialistik dan meningkatkan rasio peserta prolanis terkendali, sehingga petugas penginputan dan petugas pcare dalam menginput data berpotensi menyebabkan kecurangan karena adanya kesalahan dalam pengkodean diagnosis yang berdampak pada tingginya angka rujukan non spesialistik ke Rumah Sakit.

Pada level kompetensi puskesmas tidak rutin melakukan pelatihan, pelatihan tidak menyeluruh kepada seluruh pegawai dan hanya sebagian namun sesuai dengan kebutuhan di Puskemas Wangi-Wangi dan Puskesmas Wangi-Wangi Selatan. Tujuan pelatihan kompetensi puskesmas terkait potensi fraud untuk meningkatkan kesadaran, pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan dalam mencegah kecurangan dalam pelayanan kesehatan khususnya terkait Jaminan Kesehatan Nasional. Pelatihan ini bertujuan untuk membentuk budaya anti-fraud di puskesmas dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan secara menyeluruh. Penelitian yang terkait faktor kemampuan sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ratnaningsih (2018) yang menyatakan bahwa posisi seseorang dalam pekerjaan mempunyai kemampuan untuk membuat atau memanfaatkan kesempatan terhadap tindakan kecurangan. Posisi seseorang memiliki pengaruh besar terhadap situasi lingkungan pekerjaan. Menurut Wolfe dan Hermanson (2004) kesempatan menjadi gerbang untuk melakukan tindakan kecurangan, tekanan dan rasionalisasi.

Berbagai penelitian terdahulu telah membahas fraud dalam pelayanan kesehatan, namun umumnya dilakukan di Rumah Sakit atau wilayah perkotaan. Penelitian tentang potensi fraud di puskesmas wilayah kepulauan seperti Kabupaten Wakatobi, yang memiliki keterbatasan infrastruktur, sumber daya manusia, dan tantangan geografis, masih sangat terbatas. Padahal, kondisi-kondisi unik ini sangat mungkin membentuk pola resiko fraud yang berbeda dan memerlukan penanganan yang lebih kontekstual. Berdasarkan hal tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi potensi fraud dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas di Kabupaten Wakatobi, khususnya menelaah peran tekanan, kesempatan, rasionalisasi, dan kemampuan dalam mendorong terjadinya kecurangan.

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

METODE

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode kuasi kualitatif. Teknik pengumpulan data melalui wawancara mendalam, observasi dan dokumentasi serta FGD. Jumlah informan dalam penelitian yaitu 15 orang yang terdiri dari Kepala Puskesmas, Pengelola JKN, Dokter IGD Puskesmas, Penanggung Jawab Kamar bersalin, Penanggung Jawab Loket, Penanggung Jawab Apotik, Pasien JKN dan Kepala Bidang Bina Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan. Analisis data yang digunakan adalah deduktif dengan menggunakan fenomenologi.

HASIL

Hasil Wawancara Mendalam Mengenai Faktor Tekanan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam mengenai tekanan untuk mencapai target keuangan sebagai berikut :

> *"Iya, ada tekanan kami yang di puskesmas wangi-wangi untuk mencapai target kapitasi berbasis kinerja (KBK) 100% sebagaimana yang dicapai daerah lain maka kami juga perlu menyamainya, namun perlu dibutuhkan tenaga atau sumber daya manusia (SDM untuk mencapai target tersebut seperti tenaga penginputan"(HH, 36 tahun, 14 Mei 2025).*

Tekanan menjadi salah satu faktor dominan yang mendorong terjadinya potensi fraud dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Wangi-Wangi dan Puskesmas Wangi-Wangi Selatan. Semua informan menegaskan adanya tekanan untuk mencapai target Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) 100% yang diharapkan oleh kepala puskesmas baik kepala Puskesmas Wangi-Wangi dan Kepala Puskesmas Wangi-Wangi Selatan. Untuk mencapai target Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) ada beberapa indikator yang diukur yaitu angka kontak (AK) peserta > 150 permil, rasio rujukan non-spesialistik < 2%, dan rasio peserta program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis) terkendali > 5%. Tekanan untuk mencapai target ini menyebabkan adanya dorongan bagi petugas kesehatan untuk mencari jalan pintas atau melakukan manipulasi data agar target tercapai atau sesuai dengan target yang di inginkan. Berdasarkan hasil wawancara mendalam mengenai kompensasi yang diterima dari pembagian kapitasi dan non kapitasi sebagai berikut :

> *"Kalau kapitasi sesuai karena ada perhitungannya sendiri, kalau non kapitasi belum jelas apakah sudah sesuai atau belum karena saya hanya menerima langsung"(RR, 34 tahun, 19 Mei 2025).*

Berdasarkah hasil wawancara mendalam mengenai lingkungan kerja yang tidak mendukung dalam melakukan pekerjaan sebagai berikut :

> *"Sejauh ini aman, kecuali fasilitas internet kurang memadai dan komputer masih kurang"(RR, 34 tahun, 19 Mei 2025).*

Berdasarkah hasil wawancara mendalam mengenai kecemasan dalam melakukan pekerjaan sebagai berikut :

> *"Ya kadang, karena masih ada staf dan pengelola program yang belum maksimal pekerjaanya dalam mencapai target terutama kapitasi berbasis kinerja, sehingga perlu didorong untuk kerja lembur dan kerja keras"(HH, 36 tahun, 14 Mei 2025).*
>
> *"Ya, ketika jaringan internet tidak stabil dan laporan masih banyak yang belum terselesaikan"(IA, 34 tahun, 14 Mei 2025).*

Sebagian informan menyatakan adanya kecemasan dan stres terkait pencapaian target Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK), terutama dalam penginputan angka kunjungan baik kunjungan sakit maupun kunjungan sehat dan pengajuan klaim non kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional. Namun, secara umum, tekanan tersebut dianggap sebagai bagian dari tanggung jawab dalam melakukan pekerjaan, meskipun mempengaruhi tingkat kepuasan kerja dan berpotensi memicu terjadinya kecurangan.

Narasi Wawancara dengan Kepala Puskesmas

Wawancara dengan Kepala Puskesmas Wangi-Wangi dan Kepala Puskesmas Wangi-Wangi Selatan bertujuan untuk memahami gambaran umum terkait pengelolaan Jaminan Kesehatan Nasional, terutama dalam hal pengelolaan keuangan terutama pendapatan dan pencapaian target kinerja terutama kapitasi berbasis kinerja. Berikut adalah narasi dari hasil wawancara dengan kepala puskesmas yang lebih mendalam. Saat wawancara dimulai, kepala puskesmas tampak percaya diri dalam menjelaskan tentang prosedur dan kebijakan yang berlaku di puskesmas. Namun, ketika saya mulai menanyakan lebih dalam tentang tantangan dalam pencapaian target

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

kinerja Jaminan Kesehatan Nasional, beliau mulai terlihat sedikit cemas. Ekspresi wajahnya berubah, dan tangannya sering kali terlihat memainkan pena yang ada di meja, yang menunjukkan adanya ketegangan. Kepala Puskesmas Wangi-Wangi dan Kepala Puskesmas Wangi-Wangi Selatan mengungkapkan bahwa ada tekanan yang cukup besar dari atasan untuk mencapai target kapitasi berbasis kinerja dengan harus memenuhi beberapa indikator diantaranya angka kontak, rujukan non spesialistik dan prolanis terkendali.

"Kami sering diberikan target yang cukup tinggi, dan meskipun sudah berusaha sebaik mungkin, kami tetap merasa tidak cukup. Misalnya, angka kunjungan pasien yang seharusnya memenuhi angka kontak yang tinggi, namun kenyataannya sulit sekali mencapai itu. Hal ini yang sering kali membuat kami terpaksa melakukan penyesuaian dalam laporan, untuk menghindari kritik dari atasan."

Dari wawancara ini, terlihat bahwa ada tekanan yang sangat kuat untuk memenuhi target, yang dapat mendorong Kepala Puskesmas Wangi-Wangi dan Kepala Puskesmas Wangi-Wangi Selatan untuk melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan prosedur yang berlaku. Meskipun demikian, kedua kepala puskesmas membenarkan bahwa tekanan yang datang dari pihak atasan menyebabkan kesulitan dalam mencapai tujuan tanpa "menyimpang sedikit" dari aturan.

Narasi Wawancara dengan Petugas Puskesmas

Wawancara dengan petugas Puskesmas Wangi-Wangi dan Puskesmas Wangi-Wangi Selatan bertujuan untuk menggali pemahaman mereka mengenai bagaimana prosedur administrasi di puskesmas dijalankan dan apakah ada tantangan atau peluang yang berpotensi menyebabkan kecurangan. Petugas yang diwawancarai merupakan pegawai yang bertugas di loket pendaftaran pasien, penginputan data pasien, dan verifikasi klaim non kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional. Saat pertama kali ditanya tentang proses penginputan data pasien, petugas terlihat cukup percaya diri. Namun, ketika saya bertanya lebih dalam tentang kendala yang mereka hadapi dalam pekerjaan sehari-hari, ada perubahan dalam bahasa tubuhnya. Petugas mulai menghindari kontak mata dan menyebutkan bahwa sering kali mereka harus bekerja dengan waktu yang sangat terbatas dan sumber daya yang minim dimana petugas yang bertugas dalam penginputan data pasien dan tenaga pengimputan untuk pengajuan klaim non kapitasi sangat sedikit sehingga pekerjaan tertunda-tunda dan tidak terselesaikan tepat waktu, bahkan bisa menyebabkan kesalahan dalam penginputan atau penulisan kode penyakit.

"Terkadang, kami harus memproses lebih dari seratus pasien dalam satu hari, dengan hanya satu komputer yang tersedia dan jaringan internet yang tidak stabil. Kadang, kami harus menunda beberapa klaim yang masuk, dan untuk menyelesaikan semuanya dalam waktu singkat, kami harus mengabaikan beberapa prosedur. Terkadang, ada kesalahan dalam pengkodean diagnosis, yang bisa saja menyebabkan klaim ditolak atau tertunda."

Pernyataan ini menunjukkan bahwa ada rasa frustrasi yang dialami petugas akibat tekanan waktu dan kekurangan fasilitas yang memadai. Hal ini memberikan kesempatan untuk melakukan kesalahan administratif yang bisa berujung pada penyesuaian klaim yang tidak sesuai dengan prosedur, yang berpotensi menjadi bentuk fraud.

Narasi Wawancara dengan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional

Wawancara dengan pasien bertujuan untuk memperoleh perspektif mereka mengenai pengalaman dalam menggunakan layanan kesehatan di Puskesmas dan apakah mereka merasa ada kesulitan atau ada biaya tambahan yang tidak sesuai dengan ketentuan Jaminan Kesehatan Nasional. Beberapa pasien menyatakan kepuasan mereka terhadap pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas Wangi-Wangi dan Puskesmas Wangi-Wangi Selatan, namun ada juga yang mengeluhkan adanya biaya tambahan yang mereka harus bayar, meskipun mereka sudah terdaftar sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

"Saya sudah mendaftar untuk Jaminan Kesehatan Nasional, tapi saat berobat kemarin, saya tetap diminta membayar biaya tambahan untuk beli obat di apotik luar yang seharusnya sudah ditanggung oleh Jaminan Kesehatan Nasional. Saya merasa bingung, karena saya sudah bayar iuran setiap bulan, namun tetap ada biaya tambahan yang saya rasa tidak seharusnya."

Keluhan dari pasien ini menunjukkan adanya potensi penyalahgunaan dalam pengelolaan biaya yang seharusnya sudah ditanggung oleh Jaminan Kesehatan Nasional. Meskipun pasien tidak bisa memverifikasi apakah biaya tambahan tersebut benar-benar tidak sah, namun rasa ketidakpuasan mereka menunjukkan adanya peluang fraud dalam pengelolaan biaya pengobatan.

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

P-ISSN: 2722-4929, E-ISSN: 2722-4945

Eksplorasi Lebih Dalam terhadap Faktor-faktor Fraud Triangle

Tekanan

Kedua kepala puskesmas baik Puskesmas Wangi-Wangi dan Kepala Puskesmas Wangi-Wangi Selatan merasa tertekan untuk mencapai target yang ditetapkan oleh atasan, sementara petugas puskesmas merasa terbebani dengan banyaknya tugas yang harus diselesaikan dalam waktu singkat. Tekanan ini mendorong mereka untuk mengabaikan prosedur atau mencari cara untuk memenuhi target meskipun itu tidak sesuai dengan ketentuan yang ada.

Kesempatan

Keterbatasan fasilitas dan pengawasan yang lemah memberikan kesempatan bagi petugas penginputan untuk melakukan kesalahan dalam penginputan data atau mengabaikan prosedur. Di sisi lain, pasien juga merasa adanya biaya tambahan yang seharusnya tidak mereka bayar, yang menunjukkan bahwa ada kesempatan bagi pihak tertentu untuk melakukan manipulasi biaya.

Rasionalisasi

Informan mengungkapkan bahwa mereka merasa "terpaksa" melakukan penyesuaian atau perubahan data untuk memenuhi target atau mengatasi keterbatasan waktu. Mereka merasionalisasi tindakan tersebut dengan alasan bahwa ini adalah langkah yang "wajar" untuk memastikan kelancaran operasional dan pencapaian kinerja yang diinginkan.

Kemampuan

Petugas puskesmas yang memiliki akses ke data pasien dan klaim memiliki kemampuan untuk melakukan penyimpangan jika diperlukan. Mereka tahu bahwa dengan sedikit perubahan atau pengkodean yang salah, mereka dapat mempengaruhi hasil klaim atau data yang diajukan ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.

Hasil Wawancara Mendalam Mengenai Faktor Kesempatan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam mengenai kedisiplinan mengikuti apel sebagai berikut :

"Setiap pagi dan siang, kalau apel pagi kehadiran masih sekitar 50% dan kalau apel siang masih lebih banyak yang ikut dibandingkan apel pagi"(HH, 36 tahun, 14 Mei 2025).

Faktor kesempatan muncul akibat kelemahan sistem pengawasan internal yang dilakukan oleh manajemem atau kepala puskesmas dan kurangnya kedisiplinan pegawai di lingkungan Puskesmas Wangi-Wangi dan Puskesmas Wangi-Wangi Selatan. Data menunjukkan bahwa tingkat kehadiran apel pagi relatif rendah (sekitar 35-50%) dibanding apel siang baik di Puskesmas Wangi-Wangi ataupun di Puskesmas Wangi-Wangi Selatan. Berdasarkah hasil wawancara mendalam mengenai pengawasan internal yang dilakukan oleh manajemen puskesmas sebagai berikut :

"Pengawasan dilakukan dengan KTU dan para penanggungjawab dari tujuh sub unit bagian. Yang kami lakukan selama ini masih dalam tahap sosialisasi dan sementara baru membuat TIM"(HH, 36 tahun, 14 Mei 2025).

Pengawasan internal yang dilakukan oleh manajemen puskesmas belum dilaksanakan secara rutin, namun masih dalam tahap sosialisasi dan dengan belum efektifnya pengawasan internal yang dilakukan oleh manajemen puskesmas karena :

a. Belum terbentuknya tim khusus anti-fraud di Puskesmas baik di Puskesmas Wangi-Wangi maupun di Puskesmas Wangi-Wangi Selatan.
b. Pengawasan dilakukan oleh KTU Puskesmas dan penanggung jawab sub unit bagian yang belum secara menyeluruh memonitor seluruh aktivitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Wangi-Wangi dan Puskesmas Wangi-Wangi Selatan.
c. Monitoring dan evaluasi bulanan belum mampu mengatasi masalah mendasar terkait potensi kecurangan dalam pengawasan internal.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam mengenai pengawasan yang dilakukan oleh pihak eksternal sebagai berikut :

"Ada, BPJS Kesehatan kalau mau kredensialing atau kalau ada inovasi baru atau terkait capaian dan hal-

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

hal yang perlu ditindak lanjut oleh puskesmas tapi kalau untuk sosialisasi belum pernah, kalau inspektorat nanti diakhir tahun dan kalau dinas kesehatan ada tapi tidak rutin dan jarang juga"(S, 43 tahun, 19 Mei 2025).

Pengawasan yang dilakukan oleh pihak eksternal seperti Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, dan Inspektorat cenderung insidental, dengan catatan :

a. Inspektorat melakukan pemeriksaan hanya pada akhir tahun atau nanti mendekati pemeriksaan.
b. BPJS Kesehatan dalam melakukan sosialisasi dan audit terbatas sesuai kebutuhan tidak melibatkan seluruh pegawai baik di Puskesmas Wangi-Wangi dan Puskesmas Wangi-Wangi Selatan.
c. Dinas Kesehatan jarang melakukan kunjungan rutin. Kondisi ini memperbesar peluang terjadinya fraud karena minimnya deteksi dini dan pencegahan.

Hasil Wawancara Mendalam Mengenai Faktor Rasionalisasi

Berdasarkan hasil wawancara mendalam mengenai Apakah kecurangan dibenarkan jika untuk kebaikan tempat kerja sebagai berikut :

"Sebenarnya kita butuh asal untuk kebaikan kantor, karena pada prinsipnya ada hal-hal yang perlu dilakukan secara administrasi"(S, 43 tahun, 19 Mei 2025).

"Perlu ada komunikasi, selama bisa dikompromikan"(RR, 34 tahun, 19 Mei 2025).

Rasionalisasi menjadi justifikasi bagi pegawai untuk melakukan fraud, dengan temuan sebagian informan menyampaikan bahwa dalam beberapa kasus kecurangan dianggap dibenarkan apabila dilakukan demi kebaikan kantor atau kelangsungan pelayanan. Misalnya, manipulasi data atau pengaturan klaim dianggap sebagai langkah taktis untuk menjaga kestabilan anggaran atau memenuhi target yang sulit dicapai secara legal.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam mengenai apakah kecurangan adalah hal yang umum atau dapat diterima dalam layanan kesehatan misalnya dengan peresepan obat diluar puskesmas sebagai berikut :

"Ya. pernah kita beli diluar, obatnya tidak ada begitu juga dengan strip pemeriksaan gula tidak ada baru kita mau periksa, kata petugasnya kosong dan untuk obatnya tidak tersedia di puskesmas kita disuruh beli di luar dan kita sendiri yang bayar padahal kita pasien JKN"(EMA, 47 tahun, 20 Mei 2025).

Terdapat kendala dalam klaim non kapitasi seperti keterlambatan pembayaran, penolakan klaim karena prosedur yang tidak tepat, serta peresepan obat di luar apotek puskesmas yang sempat terjadi. Hal ini menimbulkan ketidakpuasan dan rasionalisasi untuk mencari cara agar kebutuhan obat dan pelayanan tetap terpenuhi walau melanggar aturan. Budaya organisasi yang belum kuat dalam hal integritas dan transparansi mempengaruhi sikap pegawai terhadap fraud. Komitmen yang lemah terhadap aturan dan pengelolaan dana kapitasi berpotensi memperbesar ruang bagi tindakan kecurangan.

Hasil Wawancara Mendalam mengenai Faktor Kemampuan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam mengenai kemampuan, keterampilan dan akses yang memungkinkan untuk melakukan kecurangan sebagai berikut :

" Ya,kami mengupayakan bekerja sesuai dengan tupoksi dan untuk mengisi kekurangan, kami mencari mereka yang bisa bekerja secara teknis atau mencari tenaga lain yang bisa membantu dalam pelaksanaan kegiatan"(S, 43 tahun, 19 Mei 2025).

Kemampuan individu dalam melakukan fraud meliputi akses, pengetahuan, dan keterampilan teknis. Sebagian pegawai memiliki kemampuan teknis dan akses yang memungkinkan manipulasi data, terutama dalam penginputan klaim dan pelaporan keuangan. Namun, kemampuan ini dibatasi oleh pengawasan dan regulasi internal.

Pelatihan yang terkait peningkatan kompetensi sumber daya manusia bagi pegawai dalam pencegahan fraud dan pengelolaan keuangan masih kurang memadai dan belum merata untuk semua pegawai, sehingga mengurangi kesadaran pegawai dan kesiapan pegawai untuk menghadapi potensi fraud. Berdasarkan hasil wawancara mendalam mengenai kebijakan dan strategis sumber daya manusi sebagai berikut :

"Pegawai yang berlebihan seperti dilaboratorium, sementara perawat masih kurang, untuk itu perlu dilakukan penambahan perawat untuk setiap unit dan harus beda orangnya disetiap unit layanan sehingga dalam pembagian tugas sudah sesuai dengan tupoksi masing-masing"(HH, 36 tahun, 14 Mei 2025).

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

Penempatan pegawai yang tidak sesuai dengan kompetensi serta kurangnya tenaga khusus dalam pengelolaan tata kelola keuangan BLUD dan Jaminan Kesehatan Nasional menjadi tantangan dalam memastikan kualitas pengelolaan dan mengurangi risiko fraud.

PEMBAHASAN

Faktor Tekanan

Target Kapitasi Berbasis Kinerja

Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa tekanan utama berasal dari target Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) 100% yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan dan sebagai syarat pencairan dana kapitasi penuh. Target tersebut mengharuskan puskesmas untuk memenuhi indikator angka kontak > 150 permil, rasio rujukan non spesialistik < 2%, dan rasio peserta prolanis terkendali > 5%. Tekanan ini merupakan manifestasi nyata dari elemen "pressure" dalam fraud triangle (Wolfe & Hermanson, 2004). Sebagian informan, terutama kepala puskesmas dan pengelola Jaminan Kesehatan Nasional, menyatakan kesulitan memenuhi target tersebut karena faktor keterbatasan Sumber Daya Manusia dan kepesertaan yang besar. Tekanan tersebut tidak hanya bersifat teknis tetapi juga psikologis, di mana pegawai dihadapkan pada beban kerja yang meningkat, tanggung jawab pelaporan yang ketat, dan ketidakpastian kompensasi non kapitasi. Sejalan dengan penelitian Sukma (2018), ketidakpuasan terhadap kompensasi yang tidak stabil dan fluktuatif berkontribusi memperbesar risiko terjadinya fraud. Kondisi ini diperparah oleh lingkungan kerja yang kurang mendukung, seperti gangguan listrik yang sering mati, komputer yang terbatas, dan jaringan internet tidak stabil yang menyebabkan stres dan kecemasan.

Beban Kerja dan Kondisi Lingkungan Kerja

Kondisi lingkungan kerja dan beban kerja menjadi tekanan tambahan yang memperbesar risiko fraud. Informan menyebutkan keterbatasan sarana prasarana dan sumber daya manusia yang menyebabkan banyak pegawai harus merangkap tugas. Fenomena ini memunculkan kecenderungan untuk melakukan manipulasi data sebagai solusi cepat memenuhi target, yang secara teoritis diperkuat oleh penelitian Disya (2019) terkait stres kerja yang dapat memicu fraud.

Tekanan Psikologis dan Stres

Kecemasan yang muncul akibat target yang ketat dan hambatan operasional turut menimbulkan tekanan psikologis yang berpotensi mempengaruhi etika kerja pegawai. Sebagian informan mengakui adanya stres, meski sebagian lain menyatakan tekanan tersebut masih dalam batas wajar dan menjadi bagian dari pekerjaan sehari-hari. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan persepsi terkait tingkat tekanan yang berimplikasi pada risiko fraud.

Regulasi dan Kebijakan

Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 menegaskan pentingnya pencegahan dan penanganan fraud dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional melalui kebijakan yang berlandaskan prinsip Good Corporate Governance dan Good Clinical Governance. Namun, hasil temuan di lapangan menunjukkan bahwa penerapan regulasi ini masih belum optimal, terutama dalam hal penyesuaian target dan kompensasi yang realistis bagi Puskesmas. Hal ini memperkuat pendapat Adisasmito (2016) bahwa regulasi yang belum sepenuhnya diimplementasikan dapat menimbulkan gap yang dimanfaatkan sebagai ruang potensi fraud.

Faktor Kesempatan

Kedisiplinan Pegawai

Data kehadiran apel pagi yang hanya sekitar 35 - 50% mencerminkan rendahnya kedisiplinan di lingkungan Puskesmas Wangi-Wangi dan Puskesmas Wangi-Wangi Selatan, yang berpengaruh langsung terhadap pengawasan dan kontrol internal. Menurut teori fraud triangle, kesempatan muncul dari lemahnya pengawasan, dan temuan ini sesuai dengan penelitian Faturrahman (2018) yang menegaskan lemahnya pengawasan sebagai pintu utama terjadinya fraud.

Pengawasan Internal

Pengawasan internal oleh manajemen Puskesmas Wangi-Wangi dan Puskesmas Wangi-Wangi Selatan masih terbatas dan baru dalam tahap sosialisasi. Belum terbentuknya tim khusus pencegahan anti fraud

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

memperlemah sistem kontrol, memberikan ruang bagi tindakan manipulasi data dan pelaporan tidak akurat. Hal ini sangat signifikan karena sesuai Permenkes Nomor 16 Tahun 2019, pencegahan fraud harus dilakukan melalui pembentukan sistem pengendalian risiko yang melibatkan semua elemen organisasi secara proaktif.

Pengawasan Eksternal

Pengawasan eksternal oleh Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, dan Inspektorat dilaksanakan secara tidak rutin, dengan frekuensi kunjungan dan audit yang terbatas. Hal ini menimbulkan risiko keterlambatan deteksi fraud dan memperbesar kesempatan pelaku untuk melakukan kecurangan.

Perbandingan Pengawasan Internal dan Eksternal Antar Puskesmas Wangi-Wangi dan Puskesmas Wangi-Wangi Selatan

Analisis data wawancara mendalam, observasi dan dokumentasi selama penelitian berlangsung serta Focus Group Discussion (FGD) menunjukkan perbedaan signifikan dalam pelaksanaan pengawasan antara Puskesmas Wangi-Wangi dan Wangi-Wangi Selatan. Pengawasan internal di Puskesmas Wangi-Wangi cenderung lebih aktif dengan adanya Kepala Tata Usaha dan penanggung jawab program sub bagian yang rutin memonitor, meskipun masih dalam tahap sosialisasi dan belum membentuk tim anti fraud. Sebaliknya, Puskesmas Wangi-Wangi Selatan memiliki pengawasan yang lebih incidental dan belum optimal. Hal ini menunjukkan bahwa konteks lokal dan budaya organisasi memiliki peranan besar dalam menentukan efektivitas kontrol internal dan eksternal, yang pada gilirannya akan mempengaruhi tingkat kesempatan terjadinya fraud.

Faktor Rasionalisasi

Budaya Organisasi dan Pembenaran Kecurangan

Pembenaran tindakan fraud untuk kebaikan institusi atau demi memenuhi kebutuhan organisasi ditemukan dalam wawancara. Fenomena ini menunjukkan adanya rasionalisasi yang menjadi dasar yang membenarkan pelaku fraud agar merasa tindakannya dapat diterima. Budaya organisasi yang belum kuat dalam menanamkan nilai integritas dan transparansi memungkinkan munculnya sikap permisif terhadap fraud, sebagaimana disampaikan oleh Mustikasari (2013) bahwa budaya yang kurang mendukung akan meningkatkan potensi kecurangan.

Kendala Operasional dan Klaim Non Kapitasi

Masalah klaim non kapitasi, keterlambatan pembayaran klaim, dan ketidaksesuaian klaim menjadi sumber ketidakpuasan yang kemudian dirasionalisasi sebagai alasan tindakan tidak etis, seperti peresepan obat di luar apotek puskesmas. Hal ini diperparah oleh birokrasi yang rumit dan koordinasi antar instansi yang lambat.

Dampak Rasionalisasi Terhadap Etika Kerja

Rasionalisasi ini memperlemah kontrol diri pegawai dan mengikis etika profesional, sehingga fraud dapat menjadi perilaku yang “normal” dalam situasi tertentu, menimbulkan tantangan besar bagi manajemen puskesmas dalam memperbaiki budaya organisasi.

Literasi dan Pemahaman Pegawai

Kurangnya literasi pegawai terkait regulasi Jaminan Kesehatan Nasional dan konsekuensi fraud juga mempengaruhi rasionalisasi. Menurut Disya (2019), pemahaman yang rendah terhadap kebijakan serta dampak negatif fraud memperlemah sikap etis pegawai. Hal ini terbukti dalam wawancara yang menunjukkan perlunya sosialisasi dan pelatihan yang lebih intensif agar pegawai mampu menginternalisasi nilai-nilai anti-fraud.

Faktor Kemampuan

Akses dan Pengetahuan Teknis

Beberapa pegawai memiliki akses dan kemampuan teknis yang memungkinkan mereka melakukan manipulasi data dan laporan keuangan. Menurut Wolfe & Hermanson (2004), kemampuan teknis dan pengetahuan adalah prasyarat agar kesempatan dapat di eksploitasi.

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

Strategi Penempatan Sumber Daya Manusia

Penempatan pegawai yang tidak sesuai dengan kompetensi menambah risiko kesalahan dan potensi fraud. Hal ini mengindikasikan perlunya perbaikan dalam manajemen Sumber Daya Manusia, termasuk pelatihan berkelanjutan dan penempatan strategis agar pegawai dapat menjalankan tugas sesuai tupoksi.

Implikasi Pengelolaan SDM

Penempatan Sumber Daya Manusia yang tidak sesuai dengan kompetensi menjadi tantangan utama. Penelitian Ratnaningsih (2018) menegaskan bahwa kompetensi yang tidak memadai dan pelatihan yang minim meningkatkan risiko pelaksanaan fraud. Oleh karena itu, perlu strategi pengelolaan SDM yang lebih baik, termasuk pelatihan berkelanjutan dan pengembangan karir yang mendukung integritas dan profesionalisme pegawai.

Focus Group Discussion (FGD)

Focus Group Discussion (FGD) dilakukan untuk memperoleh informasi mendalam mengenai potensi fraud dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Wangi-Wangi dan Puskesmas Wangi-Wangi Selatan. FGD ini melibatkan berbagai peserta dari Puskesmas, termasuk kepala puskesmas, pengelola JKN, petugas loket, dokter, tenaga medis lainnya, kepala bidang bina pelayanan kesehatan dinas kesehatan kabupaten Wakatobi dan pasien BPJS Kesehatan. Tujuan utama dari FGD ini adalah untuk menggali persepsi kolektif tentang faktor-faktor yang memengaruhi potensi terjadinya kecurangan dalam pelayanan kesehatan dan untuk memahami bagaimana implementasi kebijakan terkait pengawasan, rasionalisasi, serta pengelolaan sumber daya manusia yang mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan.

Faktor kesempatan yaitu pengawasan internal yang lemah untuk melakukan kecurangan dalam pelayanan kesehatan sangat bergantung pada efektivitas pengawasan internal yang diterapkan. Dalam FGD, banyak peserta yang mengungkapkan bahwa meskipun Puskesmas Wangi-Wangi dan Puskesmas Wangi-Wangi Selatan telah memiliki sistem pengawasan, efektivitas pengawasan tersebut sering kali terbatas oleh sejumlah faktor. Salah satu faktor utama yang disorot adalah kedisiplinan pegawai yang rendah. Beberapa peserta FGD menyebutkan bahwa kehadiran pegawai dalam apel pagi, yang merupakan bagian dari upaya pengawasan internal, tidak selalu maksimal, dengan tingkat kehadiran yang jauh di bawah harapan.

Selain itu, pengawasan eksternal dari pihak BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan, dan Inspektorat juga tidak dilakukan secara rutin, dengan hanya sedikit intervensi dari pihak luar. Hal ini membuka peluang bagi penyimpangan administratif yang dapat mempengaruhi kualitas layanan yang diberikan kepada pasien. Sebagaimana dijelaskan oleh Sari et al. (2020), kelemahan dalam pengawasan internal dan eksternal dapat menciptakan kesempatan bagi individu untuk melakukan fraud, terutama di sektor kesehatan di mana proses administratif dan pengelolaan anggaran sering kali tidak diawasi secara ketat. Pentingnya pengawasan internal yang ketat untuk mencegah kecurangan didukung oleh temuan dalam FGD, yang menunjukkan bahwa pengawasan yang lebih intensif dapat mengurangi kemungkinan adanya tindakan manipulasi data atau pelanggaran terhadap prosedur yang berlaku. Oleh karena itu, penting bagi manajemen puskesmas untuk meningkatkan pengawasan dan kedisiplinan pegawai, serta memperkuat mekanisme pengawasan eksternal yang lebih rutin.

Faktor rasionalisasi yaitu pembenaran tindakan kecurangan adalah salah satu aspek yang diungkapkan dalam FGD adalah bagaimana sebagian pegawai merasa bahwa dalam beberapa kondisi, kecurangan bisa dibenarkan, terutama jika tujuan utamanya adalah untuk memenuhi target yang ditetapkan oleh sistem atau untuk kepentingan pelayanan kesehatan. Sebagai contoh, beberapa peserta FGD mengungkapkan bahwa peresepan obat di luar apotek puskesmas sering kali dilakukan karena tidak adanya persediaan obat yang dibutuhkan oleh pasien di apotek puskesmas, meskipun hal ini tidak sesuai dengan prosedur yang berlaku.

Rasionalisasi terhadap tindakan kecurangan ini sangat erat kaitannya dengan teori rasionalisasi dalam fraud triangle, yang dijelaskan oleh Cressey (1973). Menurut teori ini, individu yang melakukan kecurangan sering kali menemukan alasan atau pembenaran untuk tindakan mereka, seperti keinginan untuk membantu pasien atau memastikan pelayanan tetap berjalan. Dalam FGD ini, beberapa peserta mengungkapkan bahwa mereka merasa "terpaksa" melakukan tindakan tersebut demi memastikan pelayanan tetap dapat dilakukan, meskipun itu bertentangan dengan kebijakan yang ada. Namun, meskipun beberapa pegawai mencoba membenarkan tindakan tersebut, sebagian besar peserta FGD menegaskan bahwa kecurangan tetap tidak dapat diterima dalam sistem

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

pelayanan kesehatan. Mereka menekankan bahwa transparansi dan akuntabilitas harus tetap dijaga untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan tetap sesuai dengan standar yang ditetapkan.

Faktor kemampuan yaitu pengelolaan SDM dan keuangan adalah kemampuan untuk melakukan kecurangan sering kali berhubungan dengan pengetahuan, keterampilan, dan akses yang dimiliki individu dalam organisasi. Berdasarkan hasil FGD, mayoritas peserta mengungkapkan bahwa mereka tidak memiliki kemampuan atau keterampilan yang memadai untuk melakukan manipulasi data atau laporan keuangan. Meskipun ada beberapa celah dalam pengelolaan dana, terutama terkait dengan silpa yang muncul setiap tahun, para pegawai tidak merasa memiliki akses atau otoritas untuk melakukan penyimpangan yang lebih besar.

Namun, FGD juga menunjukkan bahwa pengelolaan dana kapitasi di Puskesmas Wangi-Wangi dan Puskesmas Wangi-Wangi Selatan belum optimal, yang menyebabkan munculnya silpa (sisa lebih penggunaan anggaran) setiap tahunnya. Beberapa peserta menyebutkan bahwa meskipun dana tersebut dialokasikan untuk pembelian obat atau pemeliharaan fasilitas, sistem pengelolaan anggaran yang terbatas dan kurangnya pedoman pemanfaatan membuat dana tersebut tidak dapat dimanfaatkan secara maksimal. Hal ini sesuai dengan temuan Haryanto et al. (2022), yang mengungkapkan bahwa pengelolaan anggaran yang tidak tepat sasaran dan keterbatasan Sumber Daya Manusia dapat meningkatkan potensi penyimpangan dalam organisasi kesehatan. Secara keseluruhan, hasil FGD menunjukkan bahwa untuk mencegah potensi fraud, perlu adanya peningkatan pengawasan internal dan eksternal yang lebih ketat, serta perbaikan dalam pengelolaan anggaran dan sumber daya manusia di Puskesmas Wangi-Wangi dan Puskesmas Wangi-Wangi Selatan.

Hubungan Dengan Teori Cressey (Fraud Triangle)

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan menganalisis potensi fraud dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Wangi-Wangi dan Wangi-Wangi Selatan Kabupaten Wakatobi. Dalam menganalisis temuan, kami mengadopsi teori Fraud Triangle yang dikembangkan oleh Cressey pada tahun 1953, yang menyatakan bahwa fraud terjadi ketika ada tiga faktor utama yang saling berkaitan, yaitu faktor tekanan, faktor kesempatan, dan faktor rasionalisasi. Teori ini telah digunakan secara luas dalam literatur untuk menganalisis penyebab terjadinya fraud dalam berbagai konteks, termasuk dalam pelayanan kesehatan (Cressey, 1953).

Tekanan : Faktor yang Mendorong Terjadinya Fraud

Tekanan adalah faktor pertama dalam Fraud Triangle yang ditemukan dalam penelitian ini. Tekanan dalam konteks Puskesmas Wangi-Wangi dan Wangi-Wangi Selatan terkait dengan target kinerja yang harus dicapai, khususnya dalam sistem kapitasi berbasis kinerja (KBK) yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Setiap petugas puskesmas menghadapi beban untuk mencapai 100% pembayaran kapitasi, yang mengharuskan mereka untuk memaksimalkan angka kontak (AK) dan menurunkan rasio rujukan non spesialistik (RRNS) sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.

Penelitian ini menemukan bahwa tekanan untuk mencapai target tersebut sangat kuat, terutama mengingat ketidakpastian pendapatan yang bergantung pada keberhasilan pencapaian indikator kinerja. Hal ini sesuai dengan teori Cressey (1953) yang menyatakan bahwa tekanan finansial atau ekonomi adalah faktor utama yang mendorong individu untuk melakukan kecurangan. Tekanan yang dihadapi oleh petugas puskesmas menjadi pendorong utama mereka untuk memanipulasi data pasien atau melakukan pengubahan klaim demi mencapai target dan mendapatkan pembayaran penuh. Cressey berpendapat bahwa individu yang berada dalam posisi tekanan yang tinggi akan merasa terdesak dan cenderung mencari jalan pintas, yang sering kali melibatkan tindakan fraud.

Kesempatan : Kelemahan Pengawasan dan Prosedur

Kesempatan adalah faktor kedua dalam teori Fraud Triangle yang ditemukan dalam penelitian ini. Faktor kesempatan muncul ketika ada kekurangan pengawasan yang memungkinkan pelaku untuk melakukan fraud tanpa terdeteksi. Di Puskesmas Wangi-Wangi dan Wangi-Wangi Selatan, kelemahan dalam pengawasan internal dan ketidakmampuan sistem untuk memantau data secara real time memberikan peluang besar bagi petugas untuk melakukan kecurangan.

Cressey (1953) mengemukakan bahwa fraud lebih mungkin terjadi ketika individu merasa bahwa ada kesempatan untuk menyalahgunakan wewenang atau mengubah data tanpa ada kontrol yang ketat. Dalam hal ini,

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

pengawasan internal yang lemah dan kurangnya audit eksternal yang rutin memperburuk kondisi di puskesmas, memperbesar kemungkinan terjadinya kecurangan. Petugas puskesmas dapat memanfaatkan kekurangan sarana dan prasarana seperti komputer yang terbatas dan jaringan internet yang tidak stabil sebagai alasan untuk mengabaikan prosedur atau manipulasi data dengan mudah.

Hal ini konsisten dengan temuan Faturrahman (2018) yang menyatakan bahwa lemahnya pengendalian internal adalah salah satu faktor utama yang memungkinkan terjadinya fraud dalam pelayanan kesehatan. Faturrahman menambahkan bahwa dengan sistem pengawasan yang tidak memadai, kesempatan untuk melakukan fraud akan lebih besar, yang menyebabkan peningkatan potensi kecurangan.

Rasionalisasi : Pembenaran Atas Tindakan Curang

Rasionalisasi merupakan faktor ketiga dalam Fraud Triangle yang dijelaskan oleh Cressey dan ditemukan dalam penelitian ini. Rasionalisasi terjadi ketika petugas puskesmas merasa bahwa tindakan fraud yang mereka lakukan dapat dibenarkan. Di Puskesmas Wangi-Wangi dan Wangi-Wangi Selatan, rasionalisasi terjadi ketika petugas merasa bahwa manipulasi data dan klaim palsu dapat diterima sebagai bagian dari upaya untuk memenuhi target organisasi yang tidak realistis. Mereka mungkin berpikir bahwa mereka "membantu pasien" dengan cara ini, atau bahwa semua orang melakukannya, sehingga mereka merasa bahwa tindakan tersebut tidak merugikan siapa pun.

Kemampuan : Kewenangan dan Kompetensi Petugas

Faktor kemampuan dalam Fraud Triangle merujuk pada kemampuan individu untuk melakukan fraud tanpa terdeteksi, yang berhubungan erat dengan kewenangan dan kompetensi. Penelitian ini menemukan bahwa petugas puskesmas memiliki kewenangan yang besar dalam pengelolaan data pasien dan klaim, yang memberi mereka kemampuan untuk mengubah atau memanipulasi data sesuai dengan kebutuhan mereka untuk memenuhi target. Selain itu, kompetensi yang terbatas dalam beberapa aspek teknis seperti pengelolaan perangkat dan sistem informasi meningkatkan peluang terjadinya kesalahan yang bisa dimanfaatkan untuk melakukan kecurangan.

Cressey (1953) menjelaskan bahwa kemampuan untuk melakukan fraud sangat bergantung pada posisi individu dalam organisasi serta akses yang mereka miliki terhadap sistem dan data yang rentan terhadap manipulasi. Hal ini sejalan dengan temuan Ratnaningsih (2018) yang menunjukkan bahwa posisi seseorang dalam organisasi memberikan kemampuan lebih besar untuk menyalahgunakan wewenang dan menyembunyikan bukti fraud.

Validitas Data dan Keandalan

Penelitian ini telah menerapkan triangulasi sumber data dengan menggabungkan wawancara mendalam dari 15 informan yang terdiri dari berbagai jabatan dan level organisasi, observasi lapangan, dan dokumentasi serta Focus Group Discussion (FGD). Pendekatan ini memperkuat validitas data sehingga temuan dapat dipercaya sebagai gambaran riil potensi fraud pada Puskesmas Wangi-Wangi dan Puskesmas Wangi-Wangi Selatan di Kabupaten Wakatobi.

Teknik analisis data kualitatif secara tematik memungkinkan identifikasi pola dan hubungan antar faktor yang mempengaruhi fraud, sehingga hasil pembahasan mencerminkan kondisi nyata yang terjadi di lapangan. Penggunaan triangulasi sumber data antara wawancara mendalam dengan informan kunci, informan utama, dan informan pendukung, observasi lapangan, dan dokumentasi serta Focus Discussion Group (FGD) telah memperkuat validitas hasil penelitian. Metode analisis tematik yang digunakan sesuai dengan standar penelitian kualitatif dan memungkinkan identifikasi pola dan hubungan antar faktor fraud.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Tekanan untuk Mencapai Target : Kepala puskesmas dan petugas puskesmas merasa tertekan untuk mencapai target yang tinggi, yang mendorong mereka untuk melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan prosedur yang ada.
2. Kesempatan untuk Melakukan Penyimpangan : Adanya celah dalam sistem pengawasan internal memberi kesempatan bagi petugas untuk mengubah data atau melakukan kesalahan dalam penginputan klaim.

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

3. Rasionalisasi yang Dibenarkan : Informan merasionalisasi tindakan mereka sebagai langkah yang diperlukan untuk memenuhi tuntutan pekerjaan atau menghindari akibat yang lebih buruk.
4. Ketidakpuasan Pasien terhadap Biaya : Ketidakpuasan pasien terhadap biaya tambahan yang mereka bayar memperburuk situasi dan meningkatkan potensi fraud dalam pengelolaan biaya medis.
5. Kemampuan individu dalam melakukan fraud cukup tinggi karena adanya akses dan pengetahuan teknis terkait data pasien dan klaim pasien.

DAFTAR PUSTAKA

(ACFE), Association of Certified Fraud Examiner. 2018. Report to The Nations : Global Studyon Occupational Fraud and Abuse. Diakses dari : http://www.acfe.com/report-to-the-nations/2018/

Abdulrahamon Ishola, A., Kenku, A. A., & Adedayo, O. 2021. TIJAB (The International Journal of Applied Business) Personality Traits and Ethical Belief as Factors Influencing Fraud Intentt Behaviour among Bank Employees In Ibadan, Nigeria. The International Journal of Applied Business, 5(1), 94 – 109.

Adisasmito W. 2016, "Analisis Pengaruh Dimensi Fraud Tiangle Dalam Kebijakan Pencegahan Fraud Terhadap Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUP Cipto Mangunkusumo." Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia, Vol 6(1).

Agiwahyuanto, F., Sudiro, & Hartini, I. 2016 Upaya Pencegahan Perbedaan Diagnosis Klinis dan Diagnosis Asuransi dengan di Berlakukan Program Jaminan Kesehatan (JKN) dalam Pelayanan BPJS Kesehatan Studi di RSUD Kota Semarang. Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia, 4(2), 84 – 90. http://doi.org/10.14710/jmki.v4i2.13594.

Agusyani, N.K.S, Edy Sujana,S.E. dan Wahyuni, M.A.(2016) " Pengaruh Whistle Blowing Sistem 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 Akuntasi, Undiksha,6(3).

Albrecht, W. (2011) Fraud Examination South Western : Cengage Learning

Albrecht, W. 2011, Fraud Examination, South Western: Cengage Learning.

Aldrich, N., Crowder, J. dan Benson, B. 2014, How Much Does Medicare Lose Due To Fraud And Improper Payments Each Year, The Sentinel.

Amrizal, 2004. Pencegahan dan Pendeteksian Kecurangan oleh Internal Auditor. Jakarta : Direktorat Investigasi BUMN dan BUMD Bidang Investigasi.

Anggit, Purwitasari, 2013. Pengaruh Pengendalian Internal dan Komitmen Organisasi dalam pencegahan fraud pengadaan barang. Skripsi. Universitas Widyatama.

Anniswati Rosyida, I. 2018. Implementasi Pengendalian Internal pada Pencegahan dan Pendeteksian Fraud Rumah Sakit di Bojonegoro. Jurnal Ekonomi Universitas Kediri, 3(1).

Anyaprita, D., Siregar, K.N.,Hartono,B.,Fachri,M. dan Ariyanti, F. (2020) "Dampak Keterlambatan Pembayaran Kalim BPJS Kesehatan Terhadap Mutu Pelayanan Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura". Muhammadiyah Public Health Journal, 1(1).

Association of Certified Fraud Examiners, 2008. Report to Nation on Occupation Fraud & Abuse Texas : The Association of Certified Fraud Examiners, Inc.

Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia (BPK RI). 2016, Ikhtiar Hasil Pemeriksaan Semester II Tahun 2016 Badan Pemeriksa Keuangan. Badan Pemeriksa Keuangan RI, Jakarta.

Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan, 2009. Modul Diklat : Sistem Pengendalian Internal Pemerintah. Jakarta.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. 2014, Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan, Jakarta. Bulletin of the World Health Organization. 2011, Prevention not cure in tackling health-care Fraud, Volume 89, Number 12, 853 – 928.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. 2016, Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2016 Tentang Sistem Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan, Jakarta.

Balai Pendidikan dan Pelatihan Kementerian Keuangan, 2014. Dana Kapitasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan : Pelaksanaan dan Pertanggungjawabannya. Makassar.

Busch, R. S. 2012, Introduction To Healthcare Fraud. In : Healthcare Fraud : Audititing And Detection Guide. New Jersey : Willey, h. 1 – 17.

Charles, N.I. dan Okoye E. 2015. Evaluation of Key Determinants of Fraud Free Financial Report : a Focus on Nigeria. Bussiness and Management Study, Vol.1, No.2.

Committee of Sponsoring Organization of The Treadway Commission (COSO). 2013, Internal Control-Integrated Framework Executive Summary : Durham.

Cressey, D. R. (1953). The criminal violation of financial trust. Glencoe, IL: Free Press.

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

Cressey, D. R. (1953). The criminal violation of financial trust. Glencoe, IL: Free Press.
Cressey, D. R. (1953). The criminal violation of financial trust. Glencoe, IL: Free Press.
Desviana, Basri, Y.M., & Nasrizal. 2020. Analisis Kecurangan pada Pengelolaan Dana Desa dalam Perspektif Fraud Hexagon. Studi Akutansi Dan Keuangan Indonesia, 3 (1), 50 – 73.
Disya, Disti Mahyuza. (2019). "Analisis Pengelolaan Dana Non Kapitasi di Puskesmas Talang Kabupaten Solok tahun 2018, Jurnal Andalans 2.
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. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
Fathurrohman, N. (2018) Potensi Fraud Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Di Kabupaten Nganjuk. [Tesis]. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Yogyakarta.
Fatimah, R.N. 2020, Pra Survey Persepsi Tenaga Kesehatan Terhadap Program Jaminan Keshatan Nasional (JKN) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Fasilitas Kesehatan. Google Form.Palembang. Unpublishh.
Fatimah, Rizki Nurul, Misnaniarti, And Rizma Adliah Syakurah. 2021. "Determinan Potensi Fraud pada Program JKN di Puskesmas Kota X." Jurnal Kesehatan Masyarakat 5 (1).
Faturrahman, A. (2018). Pengaruh pengendalian internal terhadap potensi fraud dalam pelayanan kesehatan di Indonesia. Jurnal Kesehatan Masyarakat, 6(2), 145-160.
Febriani, F., & Suryandari, D. 2019. Implementasi Fraud Diamond Theory Terhadap Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecenderungan Kecurangan (Fraud) : Persepsi Pegawai Dinas Kota Tegal. Jurnal Akuntansi, 9 (1), 33 – 46. https://doi.org/10.33369/j.akuntansi.9.1.33 - 46.
Fullerton, Rosemary R & Cindy Durtschi. 2004. The Effect of professional Skepticism on The Fraud Detection Skill of Internal Auditors. Working Paper Series. Utah State University.
H.Sadikin and W. Adisasmito, " Analysis of The Influence of Fraud Triangle Dimensions In Fraud Prevention Policies on The National Insurance program at Cipto Mangunkusumo National Hospital,"J.Ekon. Kesehatan Indonesia, Vol1, No.2. Pp.28 -34, 2016.
Hymes,L. dan Wells,J.T. (2013) "Insuranse Fraud Casebook: Paying a premium for crime".USA: John Wiley & Sons.
Indonesia Corruption Watch (ICW). (2018) Peta Potensi Fraud/Korupsi Pengelolaan Dana Kapitasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jakarta.
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.
Mandolang, F., Chamariyah, & Subijanto. 2019. Pengaruh Pengendalian Internal, Komitmen Organisasi dan Moralitas Individu Terhadap Pencegahan Kecurangan (Fraud) Provider Jaminan Kesehatan Nasional. 2(4), 459 – 471.
Marks, Jonathan, (2013) The Mind Behind The Fraudsters Crime : Key Behavioral and Enviromental Elements. Crowe Howarth LLP (Presentation).
Mauren Michaela, S., Nurmalasari, M., & Hosizah, H. 2021. Fraud in heathcare facilities : A Narrative Reviev. Public Health Of Indonesia, 7(4), 166 – 171. https://doi.org/10.36685/phi.v7i14.465.
Mitriza, A., & Akbar, A. 2019. Analisis Pengendalian Potensi Fraud di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi. In Jurnal Kesehatan Andalas (Vol.8, Issue 3). http://jurnal.fk.unand.ac.id.
Moleong, L. 2010, Metodologi Penelitian Kualitatif. Bandung : Remaja Rosdakarya.
Muh. Aziz Albar. "Layanan Puskesmas Pada Pengawasan Obat." Puskesmas Anggeraja Enrekang Dikeluhkan Ini Masalahnya, 2021.
Muna, B.N., & Harris, L. 2018. Pengaruh Pengendalian Internal dan Asimetri Informasi Terhadap Kecenderungan Kecurangan Akuntansi (Penelitian Persepsi Pengelolaan Keuangan pada Perguruan Tinggi Negeri BLU). Jurnal Akuntansi, Ekonomi dan Manajemen Bisnis., 6 (1), 35.
Mustikasasri, R. (2019). Budaya organisasi dan rasionalisasi dalam praktik fraud di sektor kesehatan. Jurnal Manajemen Kesehatan, 15(4), 121-135.
Naskah Publikasi Ilmiah. Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Diponegoro Semarang, Semarang.
Nurul Fatimah, R., & Adlia Syakurah, R. 2021. Determinan Potensi Fraud Pada Program JKN di Puskesmas Kota X. Preportif Jurnal Kesehatan Masyarakat, 5(1).
Palluturi, S., Makkurade, S.R., Ahri, R. A., Suzana, A., & Puteri, E. 2019. Potential for Fraud of Health Service Claims to BPJS Health at Tenriawaru Public Hospital, Bone Regency, Indonesia. International Journal of Innovation, Creativity and Change. www.ijicc.net (Vol. 8, Issue 5). www.ijicc.net.
Penguatan Peran Tim Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Daerah untuk Kendalikan Fraud, Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada _ (2019).

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Nomor 7. 2019, Tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Sekretariat Kabinet Republik Indonesia, Jakarta.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21. 2016, Tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, Jakarta.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36. 2015, Tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan (JKN) Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), Jakarta.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52. 2016, Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, Jakarta.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor.16. 2019, Tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 803, Jakarta.

Peraturan Presiden Nomor 32. 2014, Tentang Pengelolaan dan pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah. Jakarta.

Piper, C. 2015. Sepuluh Skema Fraud dalam Asuransi Kesehatan.

Priantara, Diaz. 2013. Fraud Auditing dan Investigation. Jakarta : Mitra Wacana Media.

Rahma, P.A. 2019, Penguatan Peran Tim Pencegahan Kecurangan (Fraud) Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Daerah untuk Kendalikan Fraud. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.

Ranchman, I., & Dyahrini, W. (n.d). How to Prevent Fraud? (Case Study on PT. Alfaria Trijaya). Journal of Archaeology of Egypt/Egyptology (Vol.17, Issue 10).

Ratnaningsih, I. (2018). Kemampuan individu dan potensi fraud dalam sektor kesehatan: Tinjauan dari perspektif fraud triangle. Jurnal Ekonomi dan Manajemen, 17(1), 78-92.

Ratnasari, D. 2017, " Analisis Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang Bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas X Kota Surabaya." Jurnal Administrasi Kesehtan Indonesia, 5 (2), pp,145 -154.

Rezaee. 2002. Fraudulent Financial Report.

Rizka, Z., Patria Jati, S.,& BM, S. 2018. Analisis Pelaksanaan Program Pencegahan Kecurangan (Fraud) Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Kota Semarang. Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal), 6(4), 95 – 104.

S. Solehuddin, " Urgensi Kriminalisasi Perbuatan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Di Indonesia." Interdiscip. J. Law, Soc. Sei. Humanit, Vol.4, No.1, P. 55, 2023.

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.

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.

Samsulhadi, A., & Chalidyanto, Dj. 2020. Factors Affecting Potential Overpayment Claim of Government Health Insurance in Naval Hospital. Eur Asian Journal of Bio Sciences, 14(2), 2651 – 2656.

Santoso Listiyono, Dewi Meyriswati, Ilham Nur Alfiah. 2014. Korupsi dan Mentalitas : Kendala Kultural Dalam Pemberantasan Korupsi di Indonesia. Jurusan Sastra Indonesia, FIB, Universitas Airlangga. Jalan Airlangga 4 – 6 Surabaya 60286, Indonesia.

Sari, S. P., & Nugroho, N. K. 2020. Financial Statements Fraud dengan Pendekatan Vousinas Fraud Hexagon Model : Tinjauan Pada Perusahaan Terbuka di Indonesia.

Sarwo, Y. B. 2015, Tinjauan Yuridis terhadap Kecurangan (Fraud) dalam Industri Asuransi Kesehatan di Indonesia. Jurnal Ilmiah Hukum Unika Atmajaya, Vol 36, No.2., hal. 23 – 24.

Schmidt, H. H., Selten, R., & Wiesen, D. 2019. How Payments System Affect Physician Provision Behavior – an Experimental Investigation. Journal of Health Economics.

Setiaji, Tomi. 2015. Analisis Faktor Internal dan Eksternal sebagai bahan penyusun strategi pencegahan fraud dana kapitasi puskesmas di Kota Semarang. Jurnal Kesehatan Masyarakat. Vol.3. No.3. ISSN : 2356 - 3346.

Smit, D., & Derksen, J. 2020. The Complexity of Health Care Fraud – Ethical and Practical Considerations. Ethic – An International Journal For Moral Phylosophy, 19 (2), 367 – 385. https://doi.org/10.5007/1677-2954.2020v19n2p367.

Soputan, R.T.J. dan Limbey, L. 2018, " Analisis Resiko Kecurangan Terhadap Sistem Pengelolaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional di FKTP Pemerintah Kota Bitung." Jurnal Riset Akuntansi dan Auditing "Goodwill" 9 (2).

Sri, T., Rumah, H., Umum, S., Menggala, D., & Bawang, T. (n.d). Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tulang Bawang. Prevention of Fraudulent in the Implementation of Health Insurance Program on National Social Security Sistem (SJSN) in Menggala Hospital. Fiat Justitis Journal of Law, 10, 587 – 814. https://jurnal.fh.unila.ac.id/index.php/fiat.

Sukma, D.P., Sulistiyono, A. dan Novianto, W.T., 2018. " Fraud in Healthcare Service," In SHS Web of Conferences, vol.54, p.15.

Sukma, R. (2018). Ketidakpuasan terhadap kompensasi sebagai pemicu fraud dalam pengelolaan kesehatan di Indonesia. Jurnal Manajemen Kesehatan, 12(3), 199-211.

Sumbayak, J.S., Anisma, Y. & Hasan, M.A., 2017. Pengaruh Keadilan Organisasi, Sistem Pengendalian Internal, Komitmen Organisasi dan Gaya Kepemimpinan Terhadap Kecurangan (Fraud) (Studi Empiris Pada Kantor Cabang Utama Perusahaan Leasing di Kota Pekanbaru). Universitas Riau. Riau.

Superadmin. Pengendalian dan Program Fraud Pelayanan Kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) wiji Nurhayat, " Kenali Fraud Laporan Keuangan dan Praktinya yang merugikan Perusahaan." (2022).

Syafrawati, S., Machmud, R., Aljunid, P. S. M., & Semiarty, R. (2020). Incidence and Root Cause of Up Coding in The Implementation of Social Health Insurance in Rural Province Hospital in Indonesia. Asia Pacific Fraud Journal, 5 (1), 56. https://doi.org/10.21532/apfjournal.v5i1.135.

T.S. Hartati, "Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Progam Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) (Studi di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tulang Bawang)," Fiat Justisia Jurnal Ilmu Hukum. Vol.10. No.4, P.715, 2017.

Tagora, A., & Putriana, V.T. 2022. Mekanisme dan Implementasi Fraud Control Plan : Studi Kasus Pada Rumah Sakit Umum Daerah. Indonesian Treasury Review Jurnal Perbendaharaan Keuangan Negara dan Kebijakan Publik, 7 (2), 133 – 144. https://doi.org/10.33105/itrev.v7i2.424.

Taslim, Alwy Arifin, M., Mallongi, A., Indar, Darmawansyah, & Russeng, S. S. 2020. Analysis of fraud Provider Prevention of National Health Insurance. Case Study of Lasinrang Hospital, Pinrang Regency. International Journal of Progressive Science and Tecnologies (IJPSAT, 21 (2), 201 – 206. https://ijpsat.ijsht-journals.org.

Taufik, A. 2014. Fraud dalam Asuransi Kesehatan, Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia, Jakarta.

Thaifur. A.Y.B. 2023. Studi Kasus Model Prediktor Potensi Fraud Layanan Jaminan Kesehatan Nasional : Perspektif Hexagon dan Planned Behavior di kepulauan Buton. Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin .

Thompson, A. N., Cohen-Mekelburg, S., Udow-Phillips, M., Good, C. B., & Waljee, A. K. 2021. Dissecting Drug Pricing in Gastroenterology and Hepatology, Clinical Gastroenterology and Hepatology, 19(1), 10 – 13.e1. https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.07057.

Trisnantoro, L. dan Hendrartini, Y. 2015, Fraud di Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan. Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah mada, Yogyakarta.

Villegas-Ortega, J., Bellido-Boza, L., & Mauricio, D. 2021. Fourteen Yearsof Manifestation and Factors of Health Insurance Fraud, 2006 – 2020 : a Scoping Review. Health and Justice, 9 (1), 1 – 23. https://doi.org/10.1186/s40352-021-00149-3.

Vousinas, G.L. 2019. Advancing Theory of Fraud_ The S.C.O.R.E. Model. Journal of Financial Crime, 26 (1), 372 – 381. https://doi.org/1o.1108/JFC-12-2017-0128.

Wardhini. 2010. Peranan Audit Internal dalam Pencegahan Kecurangan. Skripsi. Sarjana Ekonomi, Universitas Widyatama.

Wibowo, T., & Tobing, A. N. L. 2022. The Implementation of Fraud Risk Assessment and Anti-Fraud Strategy in Goverment Institution XYZ. Asia Pacifik Fraud Journal, 6 (2), 285. https://doi.org/10.21532/apfjournal.v6i2.232

Wijaya, A. 2014. Implementasi Fraud Risk Management untuk Meminimalkan Resiko Kecurangan (Fraud) Pada Bagian Produksi dan Penjualan Perusahaan Makanan Wanda Putra Kencana Surabaya. Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas Surabaya. Vol.3. No.2. ISSN : 2302 – 8203.

Wilopo, 2006. "Analisis faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kecenderungan kecurangan Akuntansi : Studi pada Perusahan Publik dan Badan Usaha Milik Negara di Indonesia". Simposium Nasional Akuntansi (SNA 9) Padang. Hal. 346 – 366.

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.

Yusriani, Y. 2022. Metodologi Penelitian Kualitatif.

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.

Zelmiyanti, R.,& Anita, L. 2015. Dokumen diterima pada Senin 26 Oktober. In Jurnal Akuntasi Keuangan dan Bisnis (Vol.8). https://jurnal.pcr.ac.id.

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license