

### BAB III HASIL PENELITIAN

#### A. Hasil

Tabel 1.1 Faktor penyebab terjadinya *fraud*

No	Penulis	Tahun	Judul	Metode	Hasil Penelitian
1.	Hanefi Djasri, Putri Aulia Rahma dan Eva Tirtabayu	2016	Korupsi Dalam Pelayanan Kesehatan Di Era Jaminan Kesehatan Nasional: Kajian Besarnya Potensi dan Sistem Pengendalian <i>Fraud</i>	Kualitatif	Penelitian ini menunjukkan bahwa <i>fraud</i> layanan kesehatan berpotensi mengancam finansial dan menurunkan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit, data yang dilansir KPK bahwa hingga juni 2015 terdeteksi potensi <i>fraud</i> ari 175.774 klaim Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) dengan nilai 440 M.
No	Author	Tahun	Judul	Metode	Hasil Penelitian

2	Risky Joko Manaida, Adisti A. Rumayan dan Grace D. Kandou	2015	Analisis Prosedur Pengajua n Klaim Badan Penyelen ggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehata n Di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Pancaran Kasih GMIM Manado	Kualitatif	Penelitian ini menunjukkan sering terjadi kesalahan pencatatan tanggal masuk ataupun keluar perawatan pasien, dalam hal ini BPJS sangat teliti melakukan verifikasi klaim akibatnya berkas sering di kembalikan dan di perbaiki akibat sering terjadi kesalahan dan selain itu sering terjadi perbedaan koding antara pihak rumah sakit dan BPJS ketika terjadi masalah seperti ini pihak rumah sakit mengikuti koding dari pihak BPJS agar tidak terjadi <i>upcoding</i>
No	Author	Tahun	Judul	Metode	Hasil Penelitian

3	Faik Agiwahyunto, Sudiro dan Inge	2017	Upaya Pencegahan Perbedaan Diagnosis Klinis dan Diagnosis Asuransi Dalam Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan	Kualitatif	Penelitian ini menunjukkan bahwa terjadi perbedaan diagnosis klinis dan diagnosis asuransi yang disebabkan oleh latar belakang pendidikan yang berbeda antara rumah sakit dan pihak BPJS (pihak rumah sakit berlatar belakang pendidikan ilmu kesehatan sedangkan pihak BPJS berlatar belakang pendidikan non-kesehatan) sehingga sering menimbulkan perbedaan tarif klaim antara pihak rumah sakit dan pihak BPJS hal tersebut terjadi karena perbedaan penafsiran dan persepsi dalam membaca rekam medis
<b>No</b>	<b>Author</b>	<b>Tahun</b>	<b>Judul</b>	<b>Metode</b>	<b>Hasil Penelitian</b>

4	Isnaini Anniswati rosyida	2018	Implementasi Pengendalian Internal Pada Pencegahan dan Pendeteksian <i>Fraud</i> Rumah Sakit Di Bojonegoro	Kualitatif	<p>Penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat kecurangan yang dilakukan pasien, dan pihak pemberi layanan antara lain: pasien mendatangi rumah sakit a dengan layanan BPJS, pasien mendapatkan obat selama seminggu kemudian dua hari kemudian pasien mendatangi rumah sakit b dengan layanan BPJS dan pasien mendapatkan obat yang sama kemudian pasien menjual obat tersebut.</p> <p>Pihak rumah sakit berusaha membuat kode diagnosis dan kode tindakan yang lebih tinggi atau lebih kompleks yang tidak sesuai kondisi pasien.</p>
No	Author	Tahun	Judul	Metode	Hasil Penelitian
5	Ika Nurfarida	2014	Pengaruh potensi <i>Fraud</i> Dalam Penerapan System Jaminan Kesehatan Nasional Terhadap mutu Pelayanan Di RSJ. Radjiman	Kuantitatif	Berdasarkan hasil penelitian pasien RSJ Radjiman hampir 90% menggunakan sistem jaminan kesehatan, hal ini memberikan peluang terjadinya <i>fraud</i> karena petugas sengaja memperpanjang lama rawat pasien.

---

			wediodini ngrad Lawang Malang		
6	Achmad Saleh Abdullah	2020	Analisa Faktor Penyebab Kejadian <i>Fraud</i> Yang Diakibatkan Oleh <i>Ucoding</i> Biaya Pelaksanaan Kesehatan Kepada BPJS Kesehatan Cabang Ambon	Kualitatif	Berdasarkan hasil penelitian ditemukan beberapa bentuk <i>upcoding</i> yang memungkinkan terjadinya <i>fraud</i> antara lain koding diagnosis pasien yang tidak disertai dengan hasil pemeriksaan penunjang, terjadinya kesalahan koding menggunakan ICD-9, pihak rumah sakit menukar diagnosis utama dengan diagnosis sekunder maupun sebaliknya dan terjadinya kesalahan memasukan koding yang tidak sesuai dengan kondisi asli pasien.
7	Zafirah Rizka, Sutopro Patria Jati dan Syamsulhuda BM	2018	Analisa Pelaksanaan Program Pencegahan Kecurangan ( <i>Fraud</i> ) Jaminan Kesehatan Nasional Di Puskesmas Kota Semarang	Kualitatif	Berdasarkan hasil penelitian indikasi <i>fraud</i> jaminan kesehatan nasional (JKN) di Puskesmas Semarang terjadi terjadi karena pihak rumah sakit memperpanjang hari rawat inap dan pemalsuan data rekam medis dan pemalsuan bukti transaksi sedangkan <i>fraud</i> yang dilakukan oleh pihak BPJS yaitu duplikasi fungsi kartu yang sengaja dilakukan, penyalahan penggunaan inventoris dan

---

aset lainnya. Selain itu ada perselisihan yang terjadi antara pihak puskesmas dan BPJS kesehatan

---

## B. Analisis

Berdasarkan hasil penelitian Hanevi Djasari (2016) menjelaskan bahwa terjadinya kecurangan / *fraud* dalam layanan kesehatan terjadi karena gaji tenaga medis yang rendah, adanya ketidakseimbangan antara layanan kesehatan dan beban layanan kesehatan, penyedia layanan tidak memberi insentif yang memadai, kekurangan pasokan peralatan medis, dan kurangnya transparansi dalam fasilitas kesehatan. Akibat tindak kecurangan /*fraud* sangat berpotensi mengancam finansial dan menurunkan mutu pelayanan yang diberikan di seluruh Indonesia, dilansir hingga juni 2015 terdeteksi potensi *fraud* dari 175.774 klaim fasilitas kesehatan dengan total kerugian mencapai 440 m. Untuk mencegah semakin luasnya *fraud* layanan kesehatan yang dilakukan oleh oknum-oknum yang tidak bertanggung jawab upaya yang dilakukan sebagai berikut pembangunan kesadaran, pelaporan, deteksi, investigasi, dan pemberian sanksi /penindakan.

Berdasarkan hasil penelitian Risky Joko Manaida (2015) bahwa kelengkapan berkas klaim di RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado sudah lengkap namun untuk pencatatannya masih ditemukan beberapa masalah mulai dari kesalahan penulisan tanggal masuk atau keluar perawatan, ditemukan juga berkas klaim yang dikembalikan karena tidak ada diagnosis penyakit, dan terdapat *resume* medis yang tidak diisi dengan lengkap oleh dokter yang bertanggung jawab. Selain itu perbedaan koding antara pihak rumah Sakit dan BPJS juga sering menjadi kendala dan ketika terjadi masalah seperti itu pihak rumah sakit mengikuti koding yang ditentukan oleh pihak BPJS. Akibat terjadinya perbedaan koding antara pihak rumah sakit dan BPJS bisa menimbulkan celah terjadinya *fraud*.

Berdasarkan hasil penelitian Faik Agiwahyunto (2017) menyatakan bahwa terjadinya perbedaan tarif pihak rumah sakit dan BPJS dan perbedaan diagnosis, penyebab terjadinya karena perbedaan penafsiran saat membaca diagnosis penyakit pasien yang dilakukan pihak rumah sakit dan BPJS dan penyebab lainnya terjadi karena perbedaan latar belakang pendidikan antara rumah sakit dan BPJS. Adapun penyebab perbedaan tarif pihak rumah sakit dan BPJS terjadi karena pemakaian *software* yang berbeda walaupun dalam menegakan diagnosis pasien tetap menggunakan *ICD\_IX* dan *ICD\_X* akibatnya menimbulkan perbedaan *output* tarifnya (tarif rumah sakit dan pihak BPJS) akibat perbedaan tersebut bisa menimbulkan celah terjadinya tindakan kecurangan / *fraud*. Adapun upaya pencegahan terjadinya *fraud* yang dilakukan pihak rumah sakit yaitu dengan cara membuat aturan kepegawaian bagi petugas koding pada divisi atau bagian yang disendirikan antara koding internal rumah sakit dan koding *INA-CGBs* dari BPJS kesehatan, melakukan perbaikan *software INA-CGBs*, selain itu pihak rumah sakit juga membuat badan independes bernama *clinical micro system* ,

Berdasarkan hasil penelitian Isnaini Anniswati Rosyida (2018) menjelaskan bawah di rumah sakit di Bojonegoro ditemukan beberapa kecurangan / *fraud* yang dilaukan oleh pihak asuransi / pasien (pasien dengan sengaja mendatangi dua rumah sakit yang berbeda agar mendapatkan obat yang sama kemudian pasien menjual obat yang didapatkan ke toko obat), pihak asuransi (peserta asuransi mengajukan klaim tetapi dari pihak asuransi, pencarian klaim tersebut ditunda), dan pihak pemberi layanan kesehatan (memberikan kode diagnosis serta tindakan pelayanan yang lebih tinggi). Adapun upaya pencegahan dan pengurangan *fraud* di Rs di Bojonegoro dilakukan dengan cara mendorong pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinik yang baik, meningkatkan kemampuan dokter dan petugas lain yang berkaitan dengan klaim, dan menetapkan regulasi pencegahan pendeteksian dan penindakan *fraud* (pembentukan unit investigasi khusus di setiap kantor regional BPJS).

Berdasarkan hasil penelitian Ika Nurfarida (2014) menjelaskan bahwa RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat merupakan salah satu dari 15 rumah sakit yang menerapkan sistem INA-DRGs (*Indonesian- Diagnosis Related Groups*) yang kemudian berkembang menjadi *case-mix*, menggunakan sistem klaim jaminan yang diterapkan berdasarkan *cost per day* ( pasien dapat dibiayai sampai kapanpun dirawat di rumah sakit). Adapun sistem klaim jaminan kesehatan diberikan berdasarkan *cost per day* hal ini memberikan peluang terjadinya *fraud*. Adapun beberapa hal yang merupakan potensi *fraud* antara lain tagihan fiktif atas pemeriksaan dan tindakan yang tidak dilakukan oleh klinisi pihak rumah sakit jiwa, melakukan pemondokan pasien gangguan jiwa atas indikasi yang tidak jelas, mengelompokan diagnosis pasien dalam kelompok diagnosis dengan tarif yang lebih mahal, dan upaya memperpanjang atau memperpendek lama rawat pasien gangguan jiwa sesuai dengan sistem klaim pembayaran jaminan kesehatan, hal ini dapat dilihat dari rata-rata lama rawat pasien gangguan jiwa di rumah sakit cukup panjang yaitu 115 hari.

Berdasarkan hasil penelitian Achmad Saleh Abdullah (2020) menjelaskan bahwa setiap tahun BPJS cabang Ambon menunjukkan peningkatan kunjungan rata-rata sebesar 18% pertahun untuk rawat jalan dan 15% untuk rawat inap, karena terjadi peningkatan setiap tahun sering ditemukan *upcoding* yang dilakukan petugas. Adapun bentuk-bentuk temuan *upcoding* antara lain koding klaim yang tidak sesuai dengan kondisi *multiple*, koding suatu diagnosis yang tidak disertai dengan pemeriksaan penunjang, menukar diagnosa utama dengan diagnosis sekunder begitupun sebaliknya, dan memilih koding diagnosis yang tidak sesuai dengan kondisi seharusnya. Terjadinya *upcoding* diakibatkan bertambahnya jumlah kunjungan pasien sehingga waktu penyelesaian administrasi klaim menjadi pendek, dan proses input klaim dalam aplikasi *INA-CBGs* terlalu panjang karena harus mengisi item tagihan (*billing*). Akibat sering terjadinya kesalahan koding dapat menimbulkan celah bagi oknum-oknum yang tidak bertanggung jawab untuk mendapatkan keuntungan



Berdasarkan hasil penelitian Zafirah Rizkita (2018) menjelaskan bahwa dalam rangka upaya pencegahan terjadinya *fraud* di puskesmas Kota Semarang hanya diberikan sosialisasi lewat bacaan mengenai PMK *fraud* yang berlaku sehingga banyak yang tidak paham dan menimbulkan kurang optimalnya pelayanan. Adapun tindak kecurangan / *fraud* yang terjadi antara lain petugas sengaja memperpanjang lama rawat inap pasien, pemalsuan data berkas rekam medis dan kecurangan laporan keuangan dalam bentuk *asset /revenue overstatement* dengan cara melakukan pemalsuan bukti transaksi sedangkan tindakan kecurangan yang dilakukan pihak BPJS menduplikasi fungsi kartu BPJS kesehatan. Adapun upaya pencegahan yang dilakukan pihak rumah sakit belum bisa mengeluarkan aplikasi khusus yang digunakan namun bisa menggunakan pelaporan *online* yang dapat mencegah terjadinya *fraud* JKN (s0000impus dan *p-care*) dan didukung dengan adanya aplikasi bisnis intelejen khusus BPJS kesehatan sehingga dapat melaksanakan pencegahan terjadinya *fraud*.