

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menurut Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 36 Tahun 2015 dijelaskan sebagai tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan. Potensi terjadinya *fraud* dapat dilakukan oleh semua pelaku (*actors*) dari Program JKN dengan berbagai cara dan motivasinya.

BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara JKN memiliki mekanisme pembayaran kepada penyedia layanan kesehatan yaitu kapitasi untuk Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) rawat jalan primer dan klaim berdasarkan *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG's) untuk Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), baik rawat inap maupun rawat jalan. Perubahan sistem pembayaran rumah sakit dari *fee for services* (*retrospective payment system*) menjadi pola pembayaran INA-CBG's (*prospective payment system*) menuntut perubahan sistem dan budaya kerja di rumah sakit. Pembayar akan berbagi risiko finansial dengan provider.

Pemerintah RI. (2016) melalui Permenkes Nomor 76 Tahun 2016 tentang pedoman INA-CBG's dalam pelaksanaan JKN menjelaskan bahwa pembiayaan kesehatan di fasilitas kesehatan diperoleh dengan dilakukannya pembayaran oleh penyelenggara asuransi kesehatan atas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta. Tujuannya adalah untuk mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi dengan tidak memberikan *reward* terhadap provider yang melakukan *over treatment*, *under treatment* maupun melakukan *adverse event* dan mendorong pelayanan tim.

Gee, Button, & Brooks (2011) telah mengidentifikasi 10 penyebab utama inefisiensi dalam pelayanan kesehatan, salah satunya adalah *fraud*. Secara keseluruhan inefisiensi bisa mengakibatkan pemborosan hingga 30-40% dari semua sumber daya kesehatan. Dengan kata lain, masyarakat bisa mendapatkan antara 30% sampai 40% lebih banyak pelayanan kesehatan untuk uang yang mereka keluarkan dengan menghilangkan inefisiensi. *Fraud* terjadi di negara kaya maupun miskin. Tidak ada kerugian akibat *fraud* yang kurang dari 3% dari keseluruhan pengeluaran kesehatan dan jumlahnya bisa mencapai 15%. Rata-rata kerugian lebih dari 7% terjadi di seluruh negara yang termasuk dalam penelitian ini.

Menurut Thabrany (2014), potensi terjadinya *fraud* di era JKN dapat menjadi semakin meluas karena adanya tekanan dari sistem pembiayaan yang baru berlaku di Indonesia, adanya kesempatan karena minimnya pengawasan, serta adanya pembenaran saat melakukan tindakan ini. Pada perubahan sistem pembayaran ini akan berpotensi munculnya *fraud*, diagnosis diatur agar diperoleh

besaran *Case Based Group* (CBG) terbesar yang disebut *upcoding*, yaitu menaikkan kode yang pembayarannya lebih besar. Tindakan seperti ini sesungguhnya merupakan tindakan korupsi yang melawan hukum.

Masalah *fraud* di Indonesia yang menjadi perhatian saat ini dapat dilihat dari artikel yang diposting oleh Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) berupa Riset Publik *Anti Corruption Clearing House*. Menurut KPK (2016) bahwa besaran klaim yang berpotensi *fraud* di FKRTL sebagai berikut:

Tabel 1.1 Jumlah Klaim Berpotensi *Fraud* dari Tahun 2015-2016

Tahun	Jumlah Klaim Berpotensi <i>Fraud</i>	Nilai Inefisiensi (Rp)
Pertengahan 2015	175.774	440 Milyar
31 Desember 2015	1.127.773	1,246 Trilyun
Akhir 2016	1.000.000	2 Trilyun

Sumber: Kajian KPK, Tahun 2016.

Potensi *fraud* ini baru berasal dari kelompok provider pelayanan kesehatan, belum dari aktor lain seperti staf BPJS Kesehatan, pasien, dan *supplier* alat kesehatan dan obat. Bentuk potensi *fraud* yang terbesar dilakukan dengan skema penagihan klaim (*billing schemes*). Skema yang paling banyak terjadi adalah dengan cara *upcoding* yang mencapai 50%, kemudian 25% lainnya dilakukan dengan cara *unbundling*, dan ketiga adalah dengan cara readmisi dengan jumlah temuan mencapai 6%.

Di sisi yang lain biaya pelayanan kesehatan di FKRTL pada era JKN berbanding lurus dengan peningkatan kunjungan pasien. Gambaran peningkatan jumlah pemanfaatan (kunjungan) pelayanan kesehatan di FKRTL sebagaimana disampaikan oleh Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2017 sebagai berikut:

Tabel 1.2 Jumlah Pemanfaatan JKN di FKRTL Tahun 2014-2016

Tahun	Jumlah Kunjungan Per Jenis Layanan	
	Rawat Jalan	Rawat Inap
2014	21,3 Juta	4,2 Juta
2015	39,8 Juta	6,3 Juta
2016	51,5 Juta	8 Juta

Sumber: PPJK Kementerian Kesehatan, Tahun 2017.

Jumlah biaya yang dibutuhkan di tahun 2016 untuk rawat jalan dengan jumlah kunjungan sebanyak 51,5 juta adalah Rp 14,7 Trilyun. Sedangkan untuk rawat inap dengan jumlah kunjungan sebanyak 8 juta diperlukan biaya sebesar Rp 36,7 Trilyun. Total biaya pelayanan kesehatan di FKRTL di tahun 2016 sebesar Rp 51,4 Trilyun. Jika potensi *fraud* di FKRTL di tahun 2016 sebesar 2 Trilyun, maka telah terjadi inefisiensi akibat *fraud* di pelayanan FKRTL sebesar 4% dari total biaya untuk FKRTL.

Beberapa contoh potensi *fraud* yang disajikan oleh BPJS Kesehatan tergambar pada tabel berikut:

Tabel 1.3 Contoh Potensi *Fraud* dalam Skema Penagihan Klaim

No	Diagnosis		Kode Grouping CBG's		Tarif CBG's	
	Utama	Penambahan Diagnosis Sekunder	Seharusnya	Diajukan	Seharusnya (Rp)	Diajukan (Rp)
1.	Persalinan	Persalinan + Anemia	O-6-10-I	O-6-10-II	7.678.618,-	8.473.317,-
2.	Pasien dengan tindakan infus	Thypoid fever + phlebitis	A-4-14-I	A-4-14-II	5.296.710	6.812.909
3.	Diarrhea	Diarrhea+Hy povolemic shock	K-4-17-I	K-4-17- III	4.809.616	7.677.673
4.	Pneumonia	Pneumonia+ Asfiksia	J-4-16-I	J-4-16-II	6.634.218	9.322.822

Sumber: Budi Sampurna, *Blended Learning*, Tahun 2018.

KPK (2016) juga menyatakan bahwa dasar penetapan tarif masih dirasa misterius bagi sebagian besar kalangan sehingga menyebabkan ketidakpuasan terhadap sistem. Menurut Lerberghe *et al.* (2002), ketidakpuasan terhadap tarif dapat mendorong dokter maupun rumah sakit untuk melakukan *coping strategy* sebagai langkah untuk menutupi kekurangan mereka atau paling tidak memang bertujuan mencari keuntungan meskipun dari sesuatu yang ilegal. Mekanisme koping ini hadir ketika sistem pengawasan lemah dan tidak mampu menutupi peluang oknum untuk melakukan *fraud*. Menurut Ferrinho *et al.* (2004), oknum tentu akan terus menerus melakukan kecurangan ini sepanjang mereka masih bisa menikmati keuntungan dengan kesempatan yang selalu terbuka untuk melakukan kecurangan.

Berdasarkan publikasi KPK tersebut, tipe *fraud* di era JKN yang sering terjadi di FKRTL adalah *fraud* skema penagihan (*billing schemes*) klaim yang berhubungan dengan koding diagnosis dan prosedur sebagai dasar dalam proses penagihan klaim. Menurut Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia atau PAMJAKI (2013) menjelaskan bahwa bentuk *fraud* dalam skema penagihan ini provider benar-benar melakukan pelayanan kesehatan yang diklaimkan, akan tetapi melakukan kecurangan dalam penagihan sehingga memperoleh pembayaran yang lebih tinggi daripada hak yang sebenarnya. *Fraud* dalam skema penagihan klaim ini sering melibatkan penyalahgunaan kode tagihan.

Kesalahan dalam proses koding secara teknis sangat dimungkinkan karena berbagai alasan diantaranya penulisan diagnosis dan prosedur yang tidak lengkap dan spesifik, kode kondisi multiple, kode morbiditas penyebab eksternal, aturan

Reseleksi Diagnosis MB1-MB5, dan lain-lain. Hanya saja kalau ada unsur kesengajaan dalam proses koding dengan tujuan untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program JKN melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan, maka hal ini merupakan tindakan *fraud*.

Melalui studi pendahuluan yang dilakukan di bulan Mei 2017 dengan cara wawancara terhadap beberapa pihak yang berkaitan dengan skema penagihan klaim (dokter dan koder) di salah satu rumah sakit milik pemerintah, dihasilkan beberapa informasi penting yang berkaitan dengan potensi *fraud* di era JKN. Seorang dokter yang bertugas memberikan pelayanan serta bertanggung dalam pengisian rekam medis atau resume medis menyampaikan bahwa tidak dimungkiri adanya potensi kecurangan dalam pengisian kode diagnosis maupun tindakan dengan alasan diantaranya adanya perubahan tarif di era JKN dari sebelumnya yang dirasa merugikan. Beberapa tindakan memiliki tarif yang lebih rendah dibandingkan dengan sebelum diberlakukan INA-CBG's.

Masalah lain yang disampaikan adalah ketidakjelasan waktu pemberian jasa pelayanan karena harus menunggu selesainya proses pengajuan klaim. Proses ini tergantung dari kecepatan bagian keuangan rumah sakit mengajukan klaim, kecepatan proses verifikasi, ada atau tidaknya penolakan klaim, dan tersedianya dana penggantian klaim oleh BPJS Kesehatan. Ketidakpuasan dokter terhadap kebijakan tarif dan mekanisme pembayaran di era JKN dimungkinkan menjadi faktor yang memicu terjadinya *fraud*.

Penjelasan yang diberikan koder sebagai petugas yang melakukan analisis, kodifikasi diagnosis dan prosedur yang ditulis oleh dokter bahwa terjadinya *fraud*

dalam proses koding oleh koder disebabkan oleh beberapa hal, diantaranya: keinginan untuk mencoba mengubah kode, adanya intruksi atau perintah dari pihak lain (baik atas nama individu maupun rumah sakit), pengetahuan koder juga mempengaruhi kualitas koding yang akan menjadi dasar pengajuan klaim, kejelasan dan kelengkapan rekam medis.

Informasi lainnya diperoleh dari hasil wawancara dengan Kepala Cabang BPJS Kesehatan di salah satu kabupaten di Jawa Timur pada tanggal 13 November 2017. Hasil wawancara diantaranya adalah adanya potensi *fraud* yang sudah dilaporkan berupa potensi *fraud* pengajuan klaim dari FKRTL. Hal ini terdeteksi dengan adanya bisnis intelegen berupa aplikasi yang dikembangkan untuk membantu dalam proses audit klaim berupa Defrada (deteksi *fraud* melalui data). Melalui tampilan aplikasi ini disediakan *warning system* berupa *red flag* bagi transaksi klaim yang diindikasikan berpotensi *fraud* dan menjadi dasar petugas verifikator BPJS untuk melakukan klarifikasi dan penelusuran data.

Fraud pada pelayanan kesehatan biasanya lebih mengacu pada pernyataan yang salah atau klaim yang palsu, skema yang rumit, *cover-up strategies*, *misrepresentations of value*, *misrepresentations of service* (Busch, 2008). Secara umum penyebab terjadinya *fraud* dijelaskan dalam teori segitiga *fraud* (*Fraud Triangle Theory*) yang dikemukakan oleh Cressey (1953). Terdapat 3 elemen yang mendorong terjadinya sebuah tindakan *fraud*, yaitu: *pressure* (dorongan), *opportunity* (peluang), dan *Rationalization* (rasionalisasi). *Pressure* adalah dorongan yang menyebabkan seseorang melakukan *fraud*. Meskipun banyak juga yang hanya terdorong oleh keserakahan saja.

Opportunity adalah peluang yang memungkinkan *fraud* terjadi. Adanya *opportunity* biasanya disebabkan karena *internal control* suatu organisasi yang lemah, kurangnya pengawasan, dan penyalahgunaan wewenang. Sedangkan *Rationalization* adalah tindakan mencari alasan pembenaran atas kejahatan atau kecurangan yang dilakukan agar tindakan yang sudah dilakukannya dapat diterima oleh pihak lain. Di antara 3 elemen *Fraud Triangle Theory*, *opportunity* merupakan elemen yang paling memungkinkan untuk diminimalisir melalui penerapan proses, prosedur, kontrol dan upaya deteksi dini terhadap *fraud*.

Fraud Triangle Theory sebagai sebuah kerangka kerja konseptual merupakan hal penting dalam pemahaman *fraud*. Hal ini mengingatkan bahwa *Fraud Triangle* menyoroti 3 (tiga) hal yang disebut sebagai akar penyebab *fraud* (*pressure*, *opportunity*, dan *Rationalization*) yang selalu hadir secara bersama dan tidak peduli jenis *fraud* yang terjadi, termasuk adanya *fraud* dalam skema penagihan klaim FKRTL di era JKN. Hal ini membuka peluang peneliti untuk mengembangkan *Fraud Triangle Theory* dalam konteks *fraud* skema penagihan klaim di rumah sakit pada era JKN.

Penggunaan istilah potensi *fraud* karena belum adanya payung hukum yang secara khusus mengatur tentang tindakan dan sanksi bagi pelaku *fraud* di era JKN. Dasar hukum yang dapat digunakan untuk menjerat pelaku *fraud* adalah peraturan hukum pidana dan UU anti korupsi. Penggunaan 2 (dua) instrumen hukum tersebut dirasa oleh sebagian pakar hukum kurang sesuai untuk diterapkan pada kejadian *fraud* di era JKN. Sehingga diperlukan peraturan yang secara khusus mengatur tentang *fraud* di era JKN. Mengingat hal tersebut, maka KPK

dan Kementerian Kesehatan membentuk satuan tugas (Satgas) untuk mencegah terjadinya penyimpangan lebih lanjut dan merumuskan bentuk sanksi *fraud* dalam pelaksanaan sistem JKN. Satgas ini terdiri dari unsur KPK, Kementerian Kesehatan, dan BPJS Kesehatan.

Meskipun belum ada pihak yang dikenakan sanksi dan dibuktikan secara hukum di pengadilan karena melakukan *fraud* di era JKN, namun dengan adanya temuan potensi *fraud* yang dipublikasikan oleh KPK mengindikasikan adanya niat (*intention*) untuk melakukan *fraud*. Begitu juga kejadian potensi *fraud* dalam skema penagihan klaim rumah sakit yang ditandai dengan adanya *red flag* selama kurun waktu penyelenggaraan JKN yang diindikasikan menimbulkan inefisiensi pembiayaan kesehatan dalam program JKN.

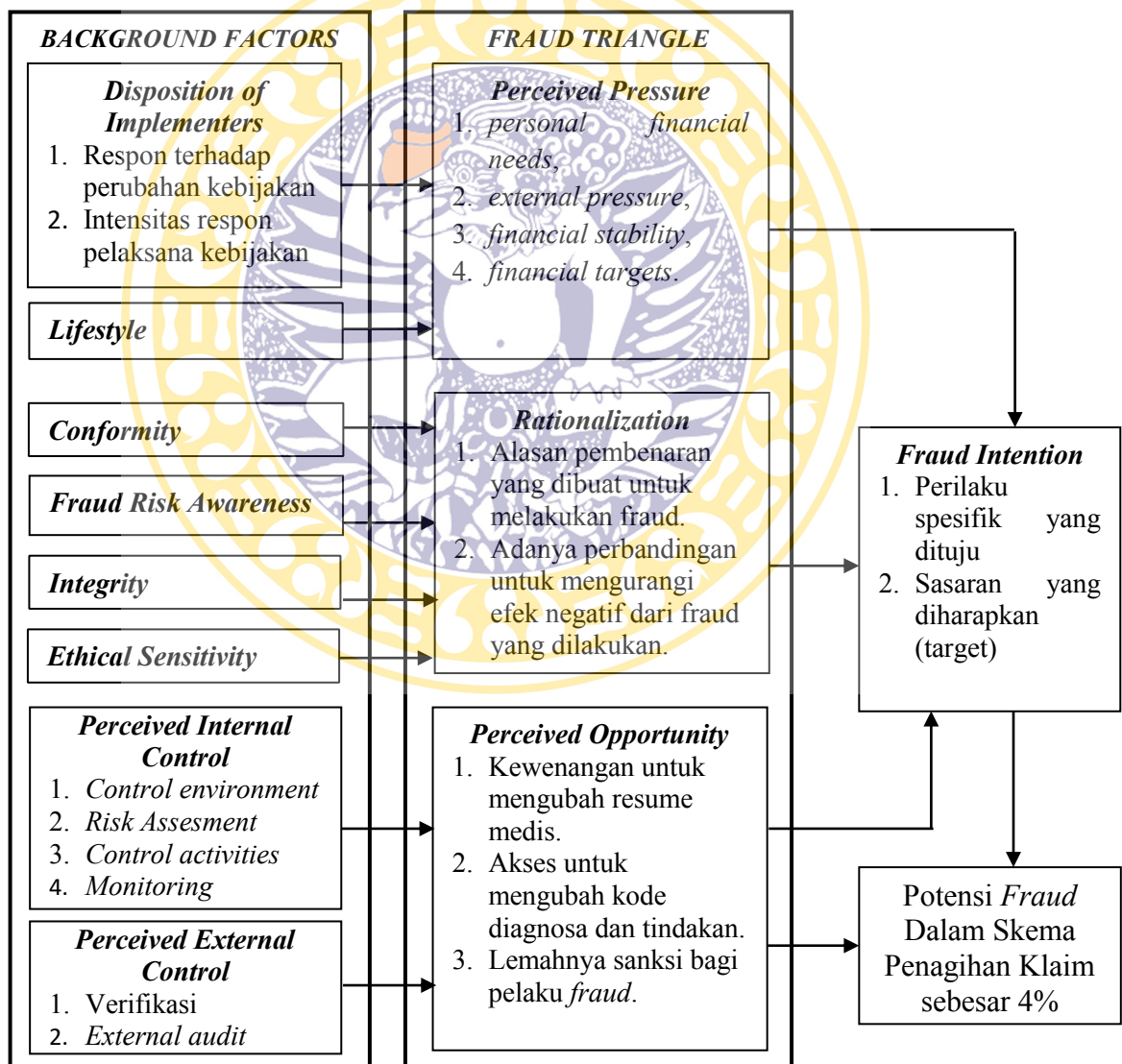
Intention dalam kajian *fraud* menjadi sesuatu yang penting untuk membedakan apakah suatu kejadian merupakan *fraud* atau *abuse*. PAMJAKI (2013) menjelaskan bahwa perbedaan antara *fraud* dengan *abuse* terletak pada ada atau tidaknya niat untuk menipu. *Fraud* terjadi manakala tindakan tersebut dilakukan dengan sadar dan sengaja (ada niat) untuk menipu. Konsekuensi tindakan *fraud* dapat dikenakan sanksi pidana, sedangkan *abuse* pada umumnya tidak.

Intention menurut Ajzen (2005) dalam *Theory of Planned Behavior* merupakan anteseden dari sebuah perilaku yang nampak. *Intention* dapat meramalkan secara akurat berbagai kecenderungan perilaku, terutama perilaku di bawah kontrol (*volitional behavior*). Sehingga masalah yang muncul berupa potensi *fraud* tidak bisa dipisahkan dari *intention* pelaku untuk melakukan *fraud*.

Kajian *intention* dalam perilaku *fraud* (*Fraud Intention*) belum menjadi perhatian para peneliti. Hal ini yang mendasari ketertarikan (*interest*) peneliti untuk mengkaji *Fraud Intention* dalam konteks skema penagihan klaim di rumah sakit pada era JKN guna mengetahui seberapa besar dorongan untuk melakukan fraud dan faktor apa saja yang mempengaruhinya.

1.2 Kajian Masalah

Kajian masalah dalam penelitian digambarkan sebagai berikut:



Gambar 1.1 Kajian Masalah Penelitian

Munculnya masalah *fraud* di FKRTL secara umum dapat dijelaskan dengan teori segitiga *fraud* (*Fraud Triangle Theory*) yang dikemukakan oleh Donald R. Cressey (1953) sebagai faktor fundamental yang berkontribusi terhadap tindakan *fraud*. Berdasarkan *Fraud Triangle Theory*, penyebab langsung munculnya *fraud* ada 3 (tiga), yaitu: *pressure* atau *motive*, *opportunity*, dan *Rationalization* dengan penjelasan sebagai berikut:

1. *Pressure* atau *motive* merupakan sebuah dorongan yang menyebabkan seseorang melakukan tindakan *fraud*. *Pressure* tersebut dapat berasal dari dalam dirinya (*internal pressure*) atau dari luar dirinya (*eksternal pressure*) yang dihadapi oleh pelaku sehingga terdorong untuk melakukan *fraud*. *Internal pressure* seperti perubahan pendapatan antara sebelum dan sesudah era JKN (*personal financial need*) yang dirasa lebih rendah, sementara di sisi yang lain jumlah layanan semakin meningkat karena akses masyarakat ke rumah sakit semakin meningkat. Sedangkan *external pressure* dapat berupa: stabilitas keuangan rumah sakit dan perubahan kebijakan sistem pembiayaan di era JKN. Menurut Sutoto (2015) menerangkan bahwa penyebab *fraud* di rumah sakit antara lain: (1) ketidaktahuan petugas tentang *fraud*; (2) adanya peluang untuk melakukan *fraud*; (3) perbedaan harga tarif INA-CBG's dengan tarif *fee for service* yang tinggi; (4) tidak ada atau belum ada sanksi bagi pelaku *fraud*, (5) gaji petugas yang dirasa kecil; (6) tidak ada kontrol internal terhadap terjadinya *fraud*, dan (7) RS belum memiliki sistem atau mekanisme upaya pencegahan *fraud*.

2. *Opportunity* merupakan peluang atau kesempatan yang memungkinkan seseorang untuk melakukan *fraud* itu terjadi. Secara umum rumah sakit di Indonesia belum memiliki perangkat untuk melakukan *internal control* secara efektif dalam bentuk unit pencegahan dan anti *fraud* di rumah sakit. Hal ini terungkap dalam *Blended Learning* tentang optimalisasi peran tim pencegahan kecurangan JKN di rumah sakit yang diselenggarakan oleh PKMKM UGM. Bahwa dari 7 (tujuh) rumah sakit peserta *blended learning*, belum ada satu pun yang menyatakan kinerja tim anti fraud berjalan efektif. Secara formal tim anti fraud sudah terbentuk berdasarkan SK Direktur Rumah Sakit, namun dalam tataran operasional belum berjalan dengan baik. Begitu juga dari 2 (dua) rumah sakit milik pemerintah di Kabupaten Jember yang dijadikan lokasi penelitian juga sudah memiliki unit pencegahan *fraud* yang definitif, namun belum berfungsi dengan baik. Oleh karena itu dalam Permenkes nomor 36 tahun 2015, menegaskan bagi rumah sakit untuk membentuk Tim pencegahan kecurangan JKN di FKRTL, yang terdiri atas unsur satuan pemeriksaan internal, komite medik, perekam medis, koder, dan unsur lain yang terkait. Publikasi WHO 2011 (dikutip oleh Trisnantoro, 2014) berpendapat bahwa pencegahan *fraud* perlu dilakukan baik dari aspek internal RS maupun eksternal RS pada layanan kesehatan yang tercover JKN, agar tidak ada sengketa dengan BPJS dan tidak mengundang penindakan secara perdata dan pidana dari aparat hukum.

3. *Rationalization* merupakan elemen penting untuk terjadinya *fraud*. Pelaku tidak mengakuinya sebagai tindakan yang salah. Bahkan pelaku selalu mencari pembenaran atas perbuatannya dan merasa dirinya terjebak dalam suatu keadaan yang buruk yang tidak diinginkannya. Pelaku akan mencari alasan untuk membenarkan kecurangan yang dilakukan agar tindakan yang sudah dilakukannya tersebut dapat diterima oleh orang lain. Sikap atau karakter yang dimiliki pelaku akan menentukan rasionalisasi atas pembenaran kecurangan yang dilakukan. Bentuk *Rationalization fraud* yang dimungkinkan dalam skema penagihan klaim di era JKN diantaranya karena ketidaktahuan petugas bahwa yang dilakukan adalah *fraud*, adanya permintaan layanan yang lebih dari pasien sehingga petugas harus memberikan tindakan yang melebihi plafon biaya, dan adanya tuntutan *cost recovery rate* rumah sakit karena biaya yang dibutuhkan untuk suatu layanan lebih besar daripada besaran klaim yang diterima.

Fraud Triangle Theory terus berkembang seiring dengan perhatian para peneliti *fraud* terhadap perkembangan perilaku *fraud* itu sendiri. Jika mengacu pada definisi *fraud* di era JKN yang tercantum dalam Permenkes RI Nomor 36 Tahun 2015, bahwa sesuatu dikatakan *fraud* manakala tindakan ilegal tersebut dilakukan dengan sengaja. Adanya kesengajaan pelaku dalam menampilkan perilaku *fraud* ini menunjukkan adanya niat atau *intention* sebelum perilaku *fraud* dilakukan.

Intention dalam *Theory of Planned Behavior* (selanjutnya disebut TPB) merupakan determinan penentu suatu perilaku. Oleh karena itu menghadirkan

variabel *intention* dalam teori *fraud* menjadi perhatian dalam penelitian ini untuk dibuktikan secara empirik lebih lanjut. Berdasarkan kajian masalah tersebut membuka peluang untuk dikembangkannya *Fraud Triangle Theory* yang ada dengan beberapa pertimbangan logis sebagai berikut:

1. Berdasarkan TPB bahwa faktor niat atau *intention* merupakan variabel yang sangat penting sebelum suatu perilaku direalisasikan dalam bentuk tindakan. Mengingat hal tersebut dimungkinkan adanya faktor niat atau *intention* diantara variabel independen dan dependen dalam teori *fraud* yang berkembang sampai dengan saat ini. Sehingga diperlukan suatu kajian untuk menguji pengaruh elemen pada teori *Fraud Triangle* terhadap niat melakukan *fraud* (*Fraud Intention*) sebelum perilaku *fraud* dilakukan.
2. Sebagaimana dalam TPB, *background factors* melatarbelakangi terbentuknya *behavioral beliefs*, *normative beliefs*, dan *control beliefs*. Pada konteks potensi fraud dalam skema penagihan klaim di era JKN, beberapa kondisi dapat menjadi *background factors* munculnya *Fraud Triangle* sebagai berikut:
 - a. Adanya penerimaan atau penolakan dari pelaksana program JKN (*Disposition of Implementers*) terhadap kebijakan program JKN berkaitan dengan sistem pembayaran pelayanan di rumah sakit, baik secara keseluruhan maupun sebagian dari konten kebijakan. Perubahan sistem pembayaran bagi rumah sakit dari *fee for services* menjadi *prospective payment system* dengan pendekatan klaim INA-CBG's menimbulkan reaksi beragam dari klinisi. Berdasarkan studi pendahuluan berupa

wawancara dengan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) diperoleh informasi adanya ketidakpuasan para klinisi terhadap besaran klaim INA-CBG's dibandingkan tarif rumah sakit dan ketidakjelasan waktu pembayaran klaim. Penolakan terhadap kebijakan sistem pembayaran bagi rumah sakit di era JKN akan menimbulkan tekanan (*pressure*) bagi pelakunya untuk dapat melakukan pekerjaannya sesuai dengan ketentuan kebijakan JKN.

- b. Munculnya fenomena ambiguitas pemahaman dari responden tentang fraud dan besarnya potensi fraud yang dipublikasikan oleh KPK dimungkinkan dapat memberi pengaruh terhadap sikap dan perilaku fraud seseorang berupa konformitas (*conformity*). *Conformity* merupakan bentuk tekanan sosial yang dapat mempengaruhi sikap maupun perilaku individu agar sesuai dengan norma sosial. Keinginan untuk diterima oleh kelompok sosial di sekitarnya dan keinginan untuk dianggap benar dapat mempengaruhi pembentukan sikap seseorang. Keinginan tersebut diwujudkan dengan mengikuti apa yang menjadi tuntutan sosial terhadapnya. Hal ini sering terjadi pada kondisi yang belum jelas benar salahnya. Tekanan sosial ini dimungkinkan memiliki kontribusi pada terbentuknya *conformity*.

- c. Gaya hidup (*lifestyle*)

Gaya hidup merupakan gambaran tingkah laku, pola dan cara hidup yang ditunjukkan bagaimana aktivitas seseorang, minat dan ketertarikan serta apa yang mereka pikirkan tentang diri mereka sendiri sehingga

membedakan statusnya dari orang lain dan lingkungan melalui lambang sosial yang mereka miliki. Gaya hidup sebagai sesuatu yang mendorong seseorang melakukan kecurangan telah dibuktikan dalam beberapa teori, yaitu: *Fraud Triangle Theory*, *fraud diamond theory*, dan *fraud pentagon theory*. Oleh karena itu variabel *lifestyle* tidak diteliti dalam penelitian ini.

d. *Integrity*

Integrity adalah bertindak konsisten sesuai dengan nilai dan kebijakan organisasi serta kode etik profesi, walaupun dalam keadaan yang sulit untuk melakukan ini. Perilaku *fraud* merupakan tindakan yang berlawanan dengan nilai dan kode etik profesi serta kebijakan pemerintah yang tertuang dalam Permenkes 36 tahun 2015 tentang pencegahan fraud dalam program JKN. Komitmen individu untuk konsisten terhadap aturan dapat mencegah seseorang memiliki niat (*intention*) atau bahkan berperilaku *fraud*.

e. *Ethical Sensitivity*

Menurut Shaub *et al.* (1993) bahwa sensitivitas etika (*Ethical Sensitivity*) adalah kemampuan seseorang untuk menyadari adanya nilai etika dalam suatu keputusan yang akan dibuatnya. Nilai dan moral pribadi perorangan dan konteks sosial menentukan apakah suatu perilaku yang akan diwujudkan dianggap sebagai perilaku yang etis atau tidak.

Dalam penelitian ini, *Ethical Sensitivity* akan diuji pengaruhnya terhadap *Rationalization*. Pertimbangan logisnya adalah bahwa sensitivitas seseorang terhadap nilai moral akan mempengaruhi alasan atau

pertimbangannya untuk membenarkan tindakan kecurangan yang akan dilakukan karena bertentangan dengan moral diri yang diyakininya. Semakin tinggi sensitivitas etika maka akan mengurangi rasionalisasi terhadap perilaku *fraud* yang diniatkan atau bahkan sampai dilakukan.

f. *Fraud Risk Awareness*

Teori perubahan perilaku menurut Rogers (1974) menempatkan *awareness* sebagai tahap awal terbentuknya perilaku. *Fraud Risk Awareness* yang dimaksud dalam penelitian ini adalah menyadari atau mengetahui adanya potensi *fraud* dari pekerjaan yang dilakukan responden dan menyadari dampak dari perilaku *fraud* yang dapat merugikan pelaku sendiri, rumah sakit, maupun program JKN. Perilaku *fraud* memiliki risiko terhadap beberapa hal, diantara adalah: risiko hukum, risiko finansial, dan risiko sosial. Kesadaran akan risiko *fraud* akan memberi dampak pada sikap dan cara pandang seseorang terhadap perilaku *fraud* tersebut. Menurut Sutoto (2015) bahwa salah satu penyebab *fraud* di rumah sakit adalah ketidaktahuan petugas tentang *fraud*. Ketidaktahuan petugas kesehatan tentang *fraud* menjadi alasan pembenaran munculnya potensi perilaku *fraud* karena tidak menyadarinya sebagai perilaku *fraud*. Oleh karena itu, dalam penelitian ini variabel *Fraud Risk Awareness* akan diuji pengaruhnya terhadap *Rationalization*.

g. *Perceived internal dan external control*

Munculnya kesempatan untuk melakukan *fraud* sering disebabkan karena *internal dan external control* dari suatu organisasi yang lemah, kurangnya

pengawasan, dan penyalahgunaan wewenang. Hal yang paling menonjol di sini adalah pengendalian internal. Pengendalian internal yang tidak baik akan memberi peluang orang untuk melakukan kecurangan. Dalam konteks program JKN, terdapat *external control* yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan untuk memvalidasi dokumen khususnya dalam skema penagihan klaim.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan kajian masalah dapat diketahui kemungkinan penyebab masalah yang muncul dari faktor yang melatarbelakangi atau *background factors* (*Disposition of Implementers, conformity, Fraud Risk Awareness, integrity, Ethical Sensitivity, Perceived Internal Control, dan Perceived External Control*) dan elemen *Fraud Triangle* (*Perceived Pressure, Perceived Opportunity, Rationalization*) terhadap *Fraud Intention* dalam skema penagihan klaim di rumah sakit. Oleh karena itu rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Adakah pengaruh *Disposition of Implementers* kebijakan JKN tentang sistem pembayaran INA-CBG's terhadap *Perceived Pressure*?
2. Adakah pengaruh *conformity, Fraud Risk Awareness, integrity, dan Ethical Sensitivity* terhadap *Rationalization*?
3. Adakah pengaruh *Perceived External Control* dan *Perceived Internal Control* terhadap *Perceived Opportunity*?
4. Adakah pengaruh elemen *Fraud Triangle* (*Perceived Pressure, Perceived Opportunity, dan Rationalization*) terhadap *Fraud Intention* dalam skema penagihan klaim di rumah sakit pada era JKN?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh *background factors* (*Disposition of Implementers, conformity, Fraud Risk Awareness, integrity, Ethical Sensitivity, Perceived Internal Control*, dan *Perceived External Control*) dan elemen *Fraud Triangle* (*Perceived Pressure, Perceived Opportunity, Rationalization*) terhadap *Fraud Intention* dalam skema penagihan klaim di rumah sakit pada era JKN.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis pengaruh *Disposition of Implementers* (respon terhadap perubahan kebijakan dan intensitas respon pelaksana kebijakan) tentang sistem pembayaran INA-CBG's terhadap *Perceived Pressure* (*personal financial needs, external pressure, financial stability, dan financial targets*).
2. Menganalisis pengaruh *conformity, Fraud Risk Awareness, integrity* dan *Ethical Sensitivity* terhadap *Rationalization* (alasan membenaran dan upaya perbandingan).
3. Menganalisis pengaruh *Perceived Internal Control* (*control environment, risk assessment, control activities, dan monitoring*) dan *Perceived External Control* (verifikasi dan external audit) terhadap *Perceived Opportunity* (kewenangan dan akses mengubah kode diagnose dan tindakan, lemahnya sanksi bagi pelaku fraud).
4. Menganalisis pengaruh elemen *Fraud Triangle* (*Perceived Pressure, Perceived Opportunity, Rationalization*) terhadap *Fraud Intention* (perilaku spesifik yang dituju dan sasaran yang diharapkan) dalam skema penagihan klaim.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Model *Fraud Intention* merupakan gabungan beberapa proposisi yang diabstraksi dari *Fraud Triangle Theory*, *Theory of Planned Behavior*, *Policy Implementation Theory*, dan beberapa konsep dalam psikologi untuk mengidentifikasi hubungan kausal antar konsep. Beberapa variabel anteseden sebagai *background factors* dan tiga elemen *Fraud Triangle Theory* diuji pengaruhnya terhadap terbentuknya *Fraud Intention* yang diyakini dapat meramalkan secara akurat kecenderungan perilaku fraud.

Gabungan beberapa proposisi tersebut dirumuskan menjadi kerangka konseptual yang diuji kebenarannya dengan melakukan penelitian. Rumusan sejumlah hipotesis yang diturunkan dari kerangka konseptual menjadi dasar penetapan variabel penelitian. Model konseptual berkaitan dengan *Fraud Intention* yang telah terkonfirmasi akan menjadi landasan konseptual untuk memahami perilaku fraud, terutama fraud skema penagihan klaim.

1.5.2 Manfaat Praktis

Manfaat praktis hasil penelitian adalah dapat dirumuskannya upaya pencegahan dari implikasi pengaruh faktor determinan terhadap terbentuknya *Fraud Intention* dalam skema penagihan klaim FKRTL di era JKN. Hal ini sebagai dasar untuk merumuskan kebijakan dan pedoman pencegahan terjadinya *fraud (fraud prevention)* dalam skala kebijakan makro (kebijakan tentang INA-CBG's) dan skala individu (peningkatan *integrity*, *Fraud Risk Awareness*, dan *Ethical Sensitivity*).