

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kecurangan masih menjadi masalah yang sangat menantang untuk dipecahkan. Pemerintah masih terus berupaya untuk memberantas kecurangan. Kecurangan (fraud) didefinisikan sebagai tindakan yang disengaja untuk memperoleh manfaat finansial dari program Jaminan Kesehatan Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan hukum dan peraturan perundang-undangan, sebagaimana tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (fraud) serta Pengenaan Sanksi Administratif Terhadap Kecurangan (fraud) dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2019).

Dalam konteks layanan kesehatan, fraud didefinisikan sebagai upaya yang disengaja untuk mendapatkan keuntungan yang seharusnya tidak dimiliki oleh individu maupun institusi dan dapat menyebabkan kerugian bagi pihak ketiga. Topik fraud saat ini menjadi sangat populer karena perusahaan-perusahaan besar, baik swasta maupun BUMN, melakukan fraud secara meluas dalam beberapa tahun terakhir, sehingga menimbulkan kerugian dan dampak yang cukup besar bagi negara. Dikhawatirkan jika kecurangan ini terus berlanjut akan menghambat kemajuan suatu bangsa yang ditandai dengan menurunnya kesejahteraan masyarakatnya (Nurlaela, 2023).

Pedoman pencegahan dan penanganan kecurangan (fraud) serta pengenaan sanksi administratif atas kecurangan (fraud) dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan harus disusun dalam rangka meningkatkan pencegahan dan penanganan kecurangan (fraud). Hal ini telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*), serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan.

Potensi kecurangan *Fraud* tidak hanya mengenai penulisan kode diagnosis yang berlebihan dengan cara mengubah kode diagnosis atau prosedur menjadi

kode yang memiliki tarif lebih tinggi dari yang seharusnya namun, pengelolaan berkas rekam medis dapat dipengaruhi oleh ketidakakuratan pemberian kode diagnosis yang dapat menghambat pembiayaan asuransi. Ketidakakuratan pemberian kode diagnosis yang dimasukkan ke dalam aplikasi INA-CBGs pada saat proses klaim JKN juga dapat mempengaruhi kemungkinan pembayaran tarif layanan yang lebih tinggi (*upcoding*), yang dapat menyebabkan terjadinya kecurangan, dan pembayaran tarif layanan yang lebih rendah (*downcoding*), yang dapat menyebabkan kerugian rumah sakit (Amanda & Sonia, 2023).

Untuk menghasilkan data yang berkualitas tinggi, pengkodean diagnosis tindakan perlu dilakukan secara menyeluruh, tepat, dan akurat. Pengkodean diagnosis penyakit dan tindakan yang tidak tepat akan berdampak pada statistik rumah sakit, manajemen data klinis, penagihan *cost recovery*, dan bahkan standar perawatan yang ditawarkan rumah sakit. Proses penagihan klaim jaminan kesehatan nasional diajukan ke BPJS, bukan ke pemerintah secara langsung. Untuk mengajukan kriteria klaim kepada verifikator, dana harus diserahkan (Daniyah dkk., 2020).

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 36 tahun 2015. Klaim adalah permintaan yang diajukan oleh fasilitas kesehatan kepada badan penyelenggara jaminan kesehatan sosial oleh fasilitas kesehatan untuk mengganti biaya pelayanan kesehatan. Klaim berfungsi sebagai sarana untuk mengkonfirmasi prasyarat pengajuan klaim, yang berfungsi sebagai dasar pengeluaran biaya.

Verifikasi adalah sebuah pemeriksaan terhadap laporan, pernyataan, perhitungan uang dan sebagainya. Rule MB 1 menekankan pentingnya keakuratan dan kesesuaian data berdasarkan bukti yang tercatat dalam rekam medis, namun berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di RSUD Kawali didapatkan bahwa terdapat kasus *Tuberculosis* yang mana di kode *Tuberculosis* dan diajukan kepada verifikator dan mendapat saran dari verifikator bahwasannya untuk kasus *Tuberculosis* tidak boleh di kode karena kurangnya tata laksana menurut verifikator. Lalu setelah mendapat saran dari verifikator petugas rekam medis merubah untuk kode *Tuberculosis* menjadi *suspect* dan setelah di audit oleh Kementerian Kesehatan seharusnya diagnosis

Tuberculosis harus tetap di kode tidak boleh di hilangkan atau diganti kode menjadi *suspect*, karena dari hasil audit oleh Kementerian Kesehatan dilihat pada rekam medis untuk pemberian obat, keluhan dan tata laksana yang diberikan lengkap. Hal ini bertentangan dengan prinsip Rule MB 1 yang mewajibkan pelaporan diagnosis berdasarkan bukti objektif dan lengkap dari rekam medis. Sehingga dari kasus tersebut ditemukan bahwa terdapat penurunan tarif yang seharusnya lebih tinggi menjadi lebih rendah.

Pengetahuan adalah hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu objek pengetahuan itu sendiri dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal. Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya (A. Wawan dan Dewi M., 2011). Pengetahuan yang diperoleh melalui pendidikan formal dan juga pelatihan. Pelatihan sangat berpengaruh terhadap kemampuan petugas dalam menerapkan pengkodean yang sesuai dengan ketentuan Rule MB 1 dalam konteks pemilihan diagnosis utama, dimana petugas harus memahami apakah sesuai dengan kaidah pengkodean ICD 10, serta berdasarkan bukti objektif pada rekam medis pasien dan menunjukkan kondisi pasien yang paling memengaruhi tindakan pengobatan dan biaya pelayanan kesehatan.

Pengetahuan yang baik tentang *Fraud* mencakup pemahaman mengenai definisi, jenis, dampak, dan langkah pencegahan kecurangan, sebagaimana diatur dalam kebijakan dan peraturan yang berlaku. Oleh karena itu, pengukuran tingkat pengetahuan petugas rekam medis dapat memberikan gambaran tentang kesiapan mereka dalam menghadapi isu *Fraud* serta menjadi dasar untuk menyusun strategi peningkatan kompetensi.

Pengetahuan yang baik pada perekam medis akan berdampak baik terhadap pencegahan *Fraud* serta menghasilkan informasi yang akurat dan berkualitas. Sesuai dengan studi pendahuluan melalui wawancara dengan kepala rekam medis Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kawali didapatkan informasi bahwa jumlah petugas rekam medis sebanyak 12 orang, Petugas team pencegahan kecurangan *Fraud* 12 orang, dan petugas casemix sebanyak 6 orang.

Maka dari itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Gambaran Tingkat Pengetahuan Petugas Tentang *Fraud* Di RSUD Kawali”.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran tingkat pengetahuan petugas di RSUD Kawali tentang pencegahan *Fraud*?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui tingkat pengetahuan petugas di RSUD Kawali tentang pencegahan *Fraud* dalam pelayanan kesehatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik petugas di RSUD Kawali;
- b. Mengidentifikasi sejauh mana petugas memahami peran mereka dalam mencegah dan mendeteksi *Fraud*;
- c. Memperoleh pemahaman petugas tentang definisi dan konsep dasar *Fraud* dalam bidang kesehatan;
- d. Mengetahui pemahaman petugas mengenai *down coding*.

D. Manfaat Penelitian

1. Praktis

a. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan penelitian ini dapat meningkatkan kualitas pelayanan dengan mengidentifikasi tingkat pengetahuan petugas terkait *Fraud*.

2. Teoritis

a. Bagi Institusi

- 1) Memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu pengetahuan di bidang manajemen rekam medis dan pencegahan *Fraud* dalam pelayanan kesehatan.
- 2) Penelitian ini dapat menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan pengetahuan dan peran petugas rekam medis dalam mencegah *Fraud*.
- 3) Hasil penelitian ini dapat memperkaya literatur mengenai strategi pencegahan *Fraud* di rumah sakit serta menambah wawasan tentang

pentingnya pengelolaan informasi medis yang akuntabel dan transparan.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul	Metode	Persamaan	Perbedaan
1	(Astuti dkk., 2022) Jurnal Ilmiah Akuntansi dan Keuangan. Vol. 5 No. 1 https://ejournal.upm.ac.id/index.php/ius/article/view/1764	Sistem pengendalian internal berbasis COSO untuk pencegahan <i>fraud</i> di Rumah Sakit Muhammadiyah / Aisyiyah Wilayah Jawa Tengah	Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian kualitatif.	Memiliki topik yang sama tentang pencegahan <i>Fraud</i> di rumah sakit	Penelitian sebelumnya menggunakan metode kualitatif, sedangkan peneliti menggunakan kuantitatif dengan pendekatan deskriptif
2	(Jaminan, 2023) Jurnal Hukum Vol. 11 No. 2	Peranan Dinas Kesehatan Dalam Pencegahan Dan Penanganan Kecurangan (<i>Fraud</i>) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan	Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Penelitian Hukum Empiris.	Memiliki topik yang sama tentang pencegahan <i>Fraud</i>	Penelitian sebelumnya menggunakan penelitian hukum empiris, Sedangkan peneliti

No	Peneliti	Judul	Metode	Persamaan	Perbedaan
	https://ejournal.unipar.ac.id/index.php/KesehatanRepublikIndonesia	Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 Di Kabupaten Buleleng			menggunakan kauntitatif dengan pendekatan deskriptif
3	(Jaminan, 2023) https://ojs.cahayama.ndalika.com/index.php/jcm/article/view/3668	Analisis Yuridis Sistem Pencegahan Kecurangan (<i>Fraud</i>) Di Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional Di Indonesia	Penelitian ini menggunakan teknik tinjauan pustaka sehingga diperoleh data sekunder berupa hasil penelitian terdahulu.	Memiliki topik yang sama tentang pencegahan <i>Fraud</i>	Penelitian sebelumnya menggunakan Teknik tinjauan Pustaka sehingga memperoleh data sekunder, Sedangkan peneliti menggunakan kuantitatif dengan pendekatan deskriptif