

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Dalam pasal 28 A Undang-Undang Dasar 1945 disebutkan bahwa semua orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya, kemudian ditegaskan kembali dalam Pasal 28 H ayat 1 bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan (Lembaga Bantuan Hukum Yogyakarta, 2012).

Bentuk perlindungan terhadap hak hidup dasar yang layak bagi setiap orang juga telah dicantumkan dalam UUD 1945 pasal 34 ayat 2 yang menyatakan bahwa negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Hak warga negara ini menjadi tanggung jawab pemerintah untuk menjamin bahwa hak atas pelayanan kesehatan dan jaminan sosial dapat diakses dengan mudah serta berkualitas, terjangkau dan berkesinambungan sehingga dapat meningkatkan martabat setiap rakyat Indonesia menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil, dan makmur.

Salah satu bentuk kewajiban pemerintah untuk memberikan perlindungan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia dalam pelayanan kesehatan adalah membangun Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) melalui Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004. Prinsip dasar yang diamanatkan dalam pelaksanaan jaminan kesehatan adalah kesetaraan (*equity*) dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan serta efektif dan efisien dalam

operasionalisasinya. Prinsip kendali mutu dan biaya harus diterapkan secara utuh di setiap tingkatan pelayanan mengingat adanya karakteristik pelayanan kesehatan yang berpotensi untuk menyebabkan terjadinya inefisiensi. Sebagai amanah dari undang-undang Nomor 40 tahun 2004, pemerintah membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan menyelenggarakan pembiayaan terhadap pelayanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (BPJS Kesehatan, 2018) sedangkan BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan pelayanan ketenagakerjaan yaitu jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian, jaminan hari tua dan jaminan pensiun (BPJS Ketenagakerjaan, 2018).

BPJS Kesehatan diharapkan dapat menyelenggarakan program jaminan sosial kesehatan yang berkualitas dan berkesinambungan. Sampai dengan akhir tahun 2019 jumlah rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional adalah 2.459 rumah sakit yang terdiri dari 197 RS milik pemerintah pusat, 720 RS milik pemerintah daerah dan 1.542 RS milik swasta. Pemanfaatan JKN-KIS di rumah sakit pada tahun 2019 sebanyak 84,7 juta untuk rawat jalan dan 11,0 juta untuk rawat inap. Pendapatan iuran yang dikumpulkan oleh BPJS Kesehatan tahun 2019 sebanyak 111,75 trilyun dan beban jaminan kesehatan sebesar 108,46 trilyun. Total kepesertaan JKN sampai dengan 31 Desember 2019 sebanyak 224.149.019 jiwa (BPJS Kesehatan, 2019)

Tantangan pelaksanaan program JKN-KIS saat ini dihadapkan pada persoalan tingkat kesehatan keuangan Dana Jaminan Sosial (DJS), yang mengalami defisit karena besaran iuran yang belum memadai dibandingkan dengan luasnya manfaat yang ditetapkan. Penetapan iuran oleh pemerintah belum sesuai dengan besaran iuran yang diusulkan oleh Dewan Jaminan Sosial dalam *policy brief* penyesuaian besaran iuran JKN-KIS tahun 2015 (*mismatch*). Dalam bahasa sederhana, dapat dikatakan bahwa

penetapan manfaat belum disesuaikan dengan kemampuan pendanaan program. Hal di atas kemudian diperparah dengan terjadinya *adverse selection*, *insurance effect*, lemahnya regulasi dalam kendali tingkat utilisasi dan potensi *fraud* yang terjadi (Badan Pengelola Jaminan Sosial Kesehatan, 2017).

Berdasarkan laporan dari *Association of Certified Fraud Examiners* (ACFE) 2016, total kerugian yang diakibatkan oleh *Fraud* adalah sebesar 5% dari pendapatan atau melebihi US \$ 6,3 miliar dengan rata-rata kerugian per kasus US \$ 2,7 miliar (*Association of Certified Fraud Examiners Indonesia Chapter*, 2017). Survei *Fraud* di Indonesia yang dilakukan oleh *Association of Certified Examiens* (ACFE) tahun 2016 menunjukkan bahwa pihak yang paling dirugikan dengan adanya korupsi adalah pemerintah. Secara berurutan, industri-industri yang dirugikan tersebut terdiri dari industri perikanan dan kelautan, industri kesehatan, industri manufaktur, industri pendidikan, industri transportasi dan industri perhotelan (ACFE Indonesia, 2016).

Hasil survei *fraud* Indonesia tahun 2016 yang dilakukan oleh ACFE Indonesia menemukan bahwa motivasi para pelaku untuk berbuat curang adalah keinginan berperilaku yang bermewah-mewah (*extravaganza life style*) sehingga mereka terdorong untuk mencuri uang perusahaan guna memenuhi kebutuhannya (*Association of Certified Fraud Examiners Indonesia Chapter*, 2017).

Hasil riset yang dilakukan oleh ICW tahun 2017 menemukan 49 kecurangan terkait dengan jaminan kesehatan di 15 Provinsi. Kecurangan ini terjadi mulai dari tingkat pasien, rumah sakit, puskesmas hingga penyedia obat. Jenis kecurangan yang terjadi antara lain penetapan diagnosa yang tidak sesuai dengan penyakit, jumlah peerta penerima bantuan iuran (PBI) lebih besar dari jumlah penduduk di wilayah tersebut, Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang tidak bisa digunakan padahal sudah membayar secara rutin, tidak semua peserta PBI di terima oleh BPJS Kesehatan, pembatasan rawat inap,

klaim palsu, penggelembungan tagihan obat dan alkes, pasien rujukan semu, memperpanjang masa perawatan, manipulasi kelas perawatan, penyimpangan prosedur, meminta *cost sharing* tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku, pihak penyedia obat seringkali tidak memenuhi kebutuhan obat dan atau alat kesehatan sesuai perundang-undangan (Indonesia Corruption Watch, 2017).

Menurut Soputan, Tinangon dan Lambey (2015) resiko kecurangan sistem pengelolaan dana kapitasi jaminan kesehatan di FKTP Pemerintah Kota Bitung terjadi karena lemahnya sistem pengelolaan dana kapitasi JKN yang tidak sesuai regulasi sehingga dapat mengganggu pelayanan kesehatan, lemahnya pengendalian intern disebabkan tidak ada pengawasan dari Dinas Kesehatan dan Inspektorat, tidak normalnya pengelolaan dana kapitasi JKN, dan tekanan dari lingkungan kerja. Upaya menanggulangi resiko kecurangan harus dimulai dari membangun struktur pengendalian yang baik terutama komitmen Kepala Dinas diikuti oleh seluruh pegawai sampai ke tingkat FKTP, menerapkan *Good Corporate Governance* (GCG) dengan prinsip transparansi dalam pengelolaan dana kapitasi JKN, dan menjalankan fungsi Internal Audit (Soputan et al., 2015).

Menurut Ika (2014) Potensi *fraud* yang mungkin terjadi di rumah sakit jiwa antara lain upaya memperpanjang atau memperpendek lama perawatan (AvLOS), melakukan tagihan fiktif atas pemeriksaan dan tindakan yang dilakukan, dan pemondokan pasien atas indikasi yang tidak jelas. Hal ini didukung oleh data yang didapatkan bahwa terdapat penurunan AvLOS pada saat penerapan sistem jaminan kesehatan dengan sistem pembayaran per paket diagnosis, namun disertai peningkatan angka re-hospitalisasi sebesar lima kali lipat. Hal tersebut menunjukkan indikasi bahwa potensi *fraud* berpengaruh terhadap mutu luaran pasien rumah sakit jiwa (Ika, 2014).

Hasil studi yang dilaksanakan oleh KPK (2017) menemukan adanya potensi klaim fiktif sebanyak 175 ribu klaim dari rumah sakit dengan nilai kerugian berkisar Rp. 400 milyar selama tahun 2015 dan mengalami peningkatan menjadi 1 juta klaim fiktif pada tahun 2016 senilai Rp. 1,9 triliun (Djasri et al., 2016).

Hasil penelitian Lauranti *et.al* (2017) menunjukkan bahwa *moral hazard* dan *fraud* masih terjadi dan berpotensi terus terjadi dengan lingkungan kebijakan yang ada saat ini. Hasil temuan menunjukkan bahwa penyebabnya adalah keinginan untuk meningkatkan profit/ keuntungan dan nilai keekonomian dari INA-CBGs dan dana kapitasi dalam skema jaminan kesehatan (Lauranti et al., 2017). Menurut Tuanakota (2016:189) bahwa alasan orang melakukan korupsi karena *by need*, *by greed* dan *by opportunity* (Tuanakota, 2016).

Hasil penelitian Dorrington (2003) dalam Purba (2015) menyimpulkan bahwa pelaku *fraud* di berbagai perusahaan/organisasi adalah: 1) pelaku *Fraud* biasanya adalah orang dalam perusahaan/organisasi dan umumnya adalah pegawai yang bekerja dengan baik, berpengalaman, mempunyai jabatan strategis dan dihormati; 2) pelaku *fraud* selalu merubah siasat dan tipu muslihatnya untuk mengubah tehnik pendeteksian yang telah ada; 3) *fraud* umumnya terjadi karena pelaku menganggap bahwa risikonya lebih rendah daripada imbalan yang diterima dari hasil pelaksanaan *fraud*; 4) dalam kasus tertentu *fraud* dilakukan para pegawai karena melihat kenyataan bahwa banyak orang yang melakukan *fraud* tetapi tidak dihukum (Purba, 2015).

Kecurangan JKN di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan/rumah sakit disebabkan: 1) adanya perbedaan tarif *Indonesia Case Base Group's* (INA CBG's) berdasarkan tingkat keparahan diagnosis dan prosedur. Kerugian dapat terjadi apabila BPJS Kesehatan membayarkan klaim lebih besar daripada yang seharusnya dibayarkan kepada fasilitas kesehatan; 2) tarif JKN dianggap terlalu rendah sehingga fasilitas

kesehatan berusaha mencari cara agar mendapat klaim lebih besar; 3) ketidaktahuan tentang makna *fraud* dan aspek hukumnya; 4) ketidaktahuan pelaku, termasuk provider, bahwa tindakan yang dilakukan peserta JKN, rumah sakit pemberi pelayanan merupakan *fraud*; 5) keinginan memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien; 6) belum terbiasa mematuhi *clinical pathway*, standar profesi, Panduan Praktik Klinik (PPK), Standar Prosedur Operasional (SPO); 7) merasa dizholimi karena dipaksa menjadi provider JKN; 8) *mismatch* antara penerimaan iuran dengan pembayaran manfaat (Sampurna, 2015; Trisnantoro dkk., 2014; Zola, 2015 cit Santoso, 2018).

Lauranti *et al* (2017) menyatakan bahwa dalam konteks penyelenggaran JKN, *fraud* terjadi dalam penggunaan dana kapitasi. Skema JKN membuka peluang pemerintah daerah melakukan *fraud*. Salah satu kasus terjadi di Kabupaten Subang di mana dana kapitasi ditahan oleh Pemda dan dipotong sebesar 10 miliar oleh bupati. Hal itu tentu membuat aliran dana kapitasi tersendat sehingga berimbas pada pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Di samping itu, penyedia layanan tidak luput dari potensi *fraud*. Mereka melakukan tindakan medis yang manipulatif sebagaimana terjadi di tingkatan rumah sakit baik yang dilakukan petugas rumah sakit maupun dokter. Pihak administrasi rumah sakit membuat kesalahan dalam pengkodean klaim rumah sakit baik yang dilakukan secara sengaja maupun tidak sengaja berdasarkan INA-CBGs. Pihak BPJS pusat juga menemukan bahwa para dokter kadang-kadang kurang jujur dalam melakukan diagnosa. Bentuk lain potensi *fraud* yang dilakukan penyedia layanan kesehatan adalah tidak menjalankan fungsinya atau tidak memberikan pelayanan sesuai dengan perjanjian dengan BPJS. Hal yang lebih memprihatinkan adalah para peserta (pasien) menggunakan kartu orang lain untuk berobat (Lauranti *et al.*, 2017).

Menurut data BPJS Kesehatan yang di rilis melalui GATRA edisi 3 Mei 2017 menyebutkan potensi kecurangan dalam jaminan kesehatan yang bisa terjadi di rumah

sakit per Juli 2016 yaitu : kesalahan pengodean sebanyak 528.285 kasus (49.77%), *service unbundling* atau *fragmentation* sebanyak 265.572 kasus (25.02%), *phantom billing* sebanyak 6.105 kasus (0.66%), *phantom procedur* sebanyak 7.221 kasus (0.68%), perubahan kelas rawat inap sebanyak 37.714 kasus (3.55%), tagihan berulang sebanyak 12.025 kasus (1,13%), lama rawat inap sebanyak 2.266 kasus (0,21%), readmisi sebanyak 63.980 kasus (6,03%), pelayanan yang tidak manfaat sebanyak 45.262 kasus (4.26%), pembatalan pelayanan tetapi tetap ditagihkan sebanyak 35.659 kasus (3,36%), standar pelayanan sebanyak 32.013 kasus (3.02%), terapi yang tidak perlu sebanyak 20.705 (1.95%), tagihan berlebih sebanyak 1.847 kasus (0,17%), perujukan sebanyak 1.072 kasus (0.1%), *cloning* sebanyak 800 kasus (0.08%), iuran biaya sebanyak 559 kasus (0.05%) dan penggunaan ventilator berlebih sebanyak 331 kasus (0,03%) (GATRA, 2017a).

Kartini (2018) menyatakan dalam penelitiannya bahwa variabel tekanan, rasionalisasi, dan kesempatan memiliki efek positif dan signifikan terhadap pencegahan *fraud* (Kartini, 2018).

Wicaksono dan Urumsah (2017) dalam penelitiannya menemukan bahwa komitmen organisasi dan *morality* kepemimpinan memiliki efek positif terhadap niat untuk melakukan *fraud* sementara *love of money*, kepemimpinan moralitas, lingkungan kerja, keyakinan agama dan budaya organisasi memiliki efek negatif terhadap *fraud* (Wicaksono & Urumsah, 2017).

Hasil penelitian Mardani dan Shahriari (2013) yang dikutip Trisnantoro (2019) menunjukkan bahwa *fraud* dalam pelayanan kesehatan terjadi karena: 1) tenaga medis bergaji rendah, 2) adanya ketidakseimbangan antara sistem layanan kesehatan dan beban layanan kesehatan; 3) penyedia layanan tidak memberi insentif yang memadai; 4) kekurangan pasokan peralatan medis; 5) inefisiensi dalam sistem; 6) kurangnya

transparansi dalam fasilitas kesehatan, dan 7) faktor budaya. Sedangkan hasil penelitian mengenai klaim yang dilakukan oleh Djan dan Yuliyah *dkk* menunjukkan potensi *fraud* yang besar (Trisnantoro, 2019).

Hasil penelitian Wicaksono (2015) menunjukkan bahwa komitmen organisasi dan moral kepemimpinan memiliki pengaruh positif dalam mencegah terjadinya *fraud*. Hasil riset Syahrina dan Irianto (2017) menemukan “budaya cari aman” dan “budaya cari untung” sebagai pemicu terjadinya *fraud* (Syahrina et al., 2017). Penelitian lain yang dilakukan Dinata, Irianto, Mulawarman (2018) menemukan “semua bisa diatur” dan “prosedur hanya formalitas” sebagai pemicu *fraud*. Riset Irianto *dkk* (2017) dalam Irianto dan Novita (2018:129) menemukan adanya praktik “kamufase” untuk menutupi beragam kecenderungan *fraud* di beberapa situs sektor publik di Indonesia (Irianto dan Novianti, 2018).

Menurut Priantara (2013:46) pada dasarnya ada dua faktor yang dapat meningkatkan adanya peluang atau kesempatan seseorang berbuat *fraud* yaitu 1) sistem pengendalian intern yang lemah dan 2) tata kelola organisasi yang buruk seperti tidak ada komitmen yang tinggi dan suri tauladan yang baik dari lapisan manajemen, sikap manajemen yang lalai, apatis atau acuh tak acuh dan gagal mendisiplinkan atau memberikan sanksi pada pelaku *fraud* atau pembiaran terhadap pelaku tidak etis atau *fraud*, tidak mampu menilai kualitas kinerja karena tidak punya alat atau kriteria pengukurannya, pengawasan dewan komisaris dan komite audit tidak berjalan semestinya atau tidak independensi dan obyektif, kode etik, regulasi, standar .prosedur internal ada namun hanya hiasan (Priantara, 2013).

Langkah awal dalam program pencegahan *fraud* adalah membangun kesadaran bagi semua stakeholder perusahaan/organisasi akan bahaya *fraud*. Langkah-langkah

pengecehan dilakukan dengan menerapkan *good governance* dan penguatan *corporate culture* (Purba, 2015).

Eka Putra dan Latrini (2018) dalam penelitiannya menemukan bahwa pengendalian internal, budaya organisasi, dan moralitas berpengaruh negatif pada kecenderungan kecurangan (*fraud*) di LPD seKabupaten Gianyar (Eka Putra & Latrini, 2018).

Hasil penelitian Kurrohman *et al* (2017) pada 26 SKPD di Kabupaten Situbondo menemukan salah satunya bahwa budaya etis organisasi dan komitmen organisasi memiliki efek negatif pada *fraud* di sektor pemerintah (Kurrohman *et al.*, 2017).

Menurut Purba (2015) bahwa untuk membangun *corporate culture* dalam upaya pengecehan *fraud* dapat ditempuh melalui langkah-langkah: 1) memperlihatkan keteladanan pimpinan (*the tone of the top*); 2) menciptakan lingkungan kerja yang positif; 3) merekrut dan mempromosikan karyawan yang layak; 4) konfirmasi ketaatan (Purba, 2015).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan menyebutkan bahwa prinsip dalam sistem pengecehan kecurangan (*fraud*) salah satu diantaranya adalah pengembangan budaya pengecehan kecurangan (*fraud*) antara lain: 1) membangun budaya integritas, nilai etika dan standar perilaku; 2) mendidik seluruh pihak kesadaran anti kecurangan (*fraud*); 3) menciptakan lingkungan penyelenggaraan program jaminan kesehatan yang kondusif (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, 2019).

Pelaku kecurangan (*fraud*) dalam jaminan kesehatan antara lain peserta, pemberi kerja, BPJS Kesehatan, tenaga medis profesional, tenaga kesehatan lainnya, penyedia obat dan alat kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya (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, 2019).

Menurut Laksono (2019) bahwa dalam JKN terdapat sebuah fenomena kontroversial yang terkait dengan *governance*, yaitu *fraud*. *Fraud* merupakan masalah serius yang mengancam efisiensi sistem kesehatan dan dapat merusak moral sumber daya manusia kesehatan. Apabila dibiarkan, akan terjadi sistem kesehatan yang boros, menghamburkan berbagai sumber daya yang langka, dan yang sangat penting dapat merusak kinerja SDM kesehatan (Trisnantoro, 2019).

Dampak yang ditimbulkan oleh *fraud* terhadap sumber daya manusia organisasi sangatlah luar biasa. Selain kerugian finansial, reputasi organisasi juga menjadi taruhan bagi eksistensi organisasi. Kecenderungan kerugian finansial yang ditimbulkan oleh *fraud* juga akan semakin besar apalagi *fraud* dilakukan secara bersama-sama. Sumber daya manusia sebagai modal organisasi memiliki peran penting untuk mencegah terjadinya *fraud*. Manajemen sumber daya manusia yang baik akan memberikan kontribusi positif bagi organisasi untuk meminimalisir risiko terjadinya *fraud*. Begitu pula sebaliknya, jika sumber daya manusia tidak dilelola dengan baik akan semakin meningkatkan kerentanan organisasi terhadap terjadinya *fraud*.

Teori klasik *fraud triangle* menyatakan bahwa faktor penyebab mendasar timbulnya *fraud* adalah tekanan, kesempatan dan rasionalisasi dan ketiga faktor ini harus hadir untuk terjadinya *fraud*. Ketiga faktor tersebut memiliki hubungan yang erat dengan *human capital* organisasi, sehingga organisasi perlu menitikberatkan kepada ketiga

faktor tersebut untuk mencegah terjadinya *fraud*. Menurut Priantara (2013) bahwa profil pelaku *fraud* yaitu : 1) semakin berpengalaman seseorang atau semakin lama masa kerja di organisasi dan semakin matang usianya maka semakin besar risiko keterjadian dan kerugian *fraud*; 2) semakin besar penghasilan seseorang tidak menjamin dan tidak mencegah untuk melakukan *fraud*; 3) semakin berpendidikan seseorang (pascasarjana) semakin besar potensi membawa kerugian *fraud* meski peluang keterjadiannya lebih kecil; 4) secara konsisiten gender pria berpotensi melakukan *fraud* dan membawa kerugian yang lebih besar dari pada wanita; 5) perbuatan *fraud* yang dilakukan sendiri lebih sering terjadi namun nilai kerugiannya lebih kecil dari pada perbuatan *fraud* yang dilakukan lebih dari seorang; 6) hampir semua pelaku *fraud* di lingkungan kerja adalah pelaku dengan riwayat kerja yang bersih atau tidak pernah dituduh atau tidak pernah terbukti melakukan *fraud* dan tidak pernah diberikan sanksi sanksi berat atau diberhentikan tidak dengan hormat oleh pemberi kerja atas perbuatan *fraud* yang dilakukan (Priantara, 2013).

Pra riset yang dilaksanakan oleh peneliti melalui survei persepsi tentang *fraud* Jaminan Kesehatan kepada 142 responden yang mengikuti kegiatan konsolidasi sistem pencegahan *fraud* pada program jaminan kesehatan ditemukan bahwa ada sepuluh faktor yang dominan menjadi penyebab *fraud* dalam program JKN yaitu kesempatan (15,49%), sistem pembiayaan INA-CBG (14,78%), integritas rendah (13,38%), regulasi sistem rujukan (11,97%), keterlambatan pembayaran klaim (10,56%), rasionalisasi (8,45%), kompetensi (7,04%), tekanan (7,04%), keserakahan pelaku (5,63%), arogansi (2,11%) dan sebab lainnya (3,52%). Sedangkan berdasarkan pelaku *fraud* adalah tenaga kesehatan, tenaga medis profesional dan tenaga lainnya (20,42%), petugas BPJS Kesehatan (16,9%), peserta (16,19%), pemberi kerja (11,97%), penyedia obat dan alat

kesehatan (11,97%), fasilitas kesehatan lainnya (10,56), pemangku kepentingan lainnya (10,56%) dan pelaku lainnya (1,4%).

Hasil pra riset tersebut, jika dilihat dari pendekatan *human capital* maka penyebab karyawan melakukan *fraud* adalah integritas yang rendah, rasionalisasi, kompetensi/kapabilitas, tekanan, keserakahan pelaku dan arogansi. Hasil pra riset ini juga sekaligus mengkonfirmasi teori *fraud scale*, teori *fraud diamond*, dan teori *fraud pentagon*. Teori *fraud scale* menyatakan bahwa *fraud* salah satunya disebabkan oleh kurangnya integritas karyawan, teori *fraud diamond* menyatakan bahwa salah satu sebab terjadinya *fraud* adalah kapabilitas dan teori *fraud pentagon* menyatakan bahwa faktor penyebab *fraud* adalah tekanan, peluang, rasionalisasi, kompetensi, dan arogansi. Dari ketiga teori tersebut, penelitian ini lebih difokuskan pada teori *fraud pentagon* sesuai dengan hasil pra riset yang telah dilaksanakan. Beberapa penelitian terkait dengan *fraud pentagon* antara lain dilakukan oleh Ulfah, Nuraina, Wijaya (2017) yang melihat pengaruh *fraud pentagon* dalam mendeteksi *fraudulent financial reporting*. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa target keuangan, stabilitas keuangan, tekanan eksternal, kepemilikan saham institusi, ketidakefektifan pengawasan, kualitas auditor eksternal, pergantian direksi, dan frekuensi kemunculan gambar CEO tidak berpengaruh signifikan terhadap *fraudulent financial reporting* (Ulfah, Nuraina, 2017).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Siddiq *et al* (2015) terkait dengan *fraud pentagon* dalam mendeteksi *financial statement fraud* menunjukkan bahwa *pressure (financial stability, external pressure, and financial target)*, *Opportunity (nature of industry)*, *Rationalization (change auditor)*, *Competence (change of directors)*; and *arrogance (frequency number of CEO's picture)* memiliki efek untuk mendeteksi *fraud* dalam laporan keuangan (Siddiq *et al.*, 2015).

Melihat uraian tersebut diatas, *fraud* merupakan ancaman bagi organisasi dan juga karyawan sebagai aset organisasi. Selain itu penyebab *fraud* dalam organisasi dipengaruhi oleh banyak faktor namun tidak semua *fraud* dalam organisasi memiliki karakteristik sebab yang sama. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Studi Fenomenologi *Fraud* Program Jaminan Kesehatan Pada SDM di Rumah Sakit”.

1.2 Masalah Penelitian

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut:

- a. Program jaminan kesehatan di rumah sakit tidak bebas dari *fraud* dan skema *fraud* sangat bervariasi.
- b. Pelaku *fraud* di rumah sakit adalah sumber daya manusia di rumah sakit.
- c. Penyebab terjadinya *fraud* jaminan kesehatan pada SDM di rumah sakit belum terjawab secara spesifik khususnya dari perspektif *human capital*.
- d. Dampak *Fraud* yang terjadi di rumah sakit sangat berbahaya bukan saja bagi SDM dan rumah sakit tetapi juga bagi masyarakat selaku penerima pelayanan di rumah sakit.
- e. Upaya pencegahan *fraud* program jaminan kesehatan pada SDM di rumah sakit dari perspektif manajemen sumber daya manusia belum berjalan secara optimal sehingga berisiko tinggi terhadap keterjadian *fraud*.

1.3 Batasan Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada rumah sakit yang berada di Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Kriteria rumah sakit yang

dipilih sebagai lokasi penelitian adalah rumah sakit milik pemerintah daerah dan bukan rumah sakit khusus.

1.4 Pertanyaan Penelitian

Dari uraian tersebut diatas, pertanyaan penelitian yang dapat dirumuskan adalah:

- a. Bagaimana *fraud* program jaminan kesehatan yang terjadi pada SDM di rumah sakit?
- b. Sumber daya manusia mana saja yang berpotensi menjadi pelaku *fraud* dalam program jaminan kesehatan di rumah sakit?
- c. Mengapa *fraud* program jaminan kesehatan pada SDM di rumah sakit bisa terjadi dilihat dari perspektif manajemen SDM khususnya *human capital*?
- d. Apa saja dampak negatif dari *fraud* program jaminan kesehatan pada SDM di rumah sakit dilihat dari perspektif manajemen SDM khususnya *human capital*?
- e. Cara apa yang harus ditempuh oleh rumah sakit agar SDM yang ada tidak melakukan *fraud* dilihat dari perspektif manajemen SDM khususnya *human capital*?

1.5 Tujuan Penelitian

1.5.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah menemukan esensi dari pengalaman SDM di rumah sakit terhadap *fraud* program jaminan kesehatan.

1.5.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. Menjelaskan esensi skema *fraud* program jaminan kesehatan pada SDM di rumah sakit dari pengalaman SDM di rumah sakit.
- b. Menjelaskan esensi SDM yang berpotensi sebagai pelaku *fraud* program jaminan kesehatan di rumah sakit.

- c. Menjelaskan esensi penyebab *fraud* program jaminan kesehatan pada SDM di rumah sakit dari dari perspektif manajemen SDM khususnya *human capital*.
- d. Menjelaskan esensi dampak negatif *fraud* program jaminan kesehatan pada SDM di rumah sakit dari perspektif manajemen SDM khususnya *human capital*.
- e. Menjelaskan esensi upaya pencegahan *fraud* dalam program jaminan kesehatan pada SDM di rumah sakit dari perspektif manajemen SDM khususnya *human capital*.

1.6 Signifikansi Penelitian

Signifikansi penelitian ini dapat dilihat dari tiga aspek yaitu:

- a. Signifikansi dari aspek teoritis bahwa penelitian ini akan menambah referensi ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan budaya organisasi dan *fraud* juga akan menemukan, mengembangkan, menyempurnakan atau bahkan merevisi ilmu pengetahuan yang sebelumnya sudah ada terkait dengan ilmu manajemen khususnya manajemen sumber daya manusia dan *fraud*.
- b. Signifikansi dari aspek metodologis bahwa penelitian ini akan berguna untuk pengembangan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi serta menjadi rujukan bagi pengembangan penelitian selanjutnya di bidang manajemen sumber daya manusia dan *fraud* dalam program Jaminan Kesehatan.
- c. Signifikansi dari aspek aplikatif bahwa penelitian ini berguna bagi rumah sakit, BPJS Kesehatan dan stakeholder lainnya yang terkait dengan program jaminan kesehatan dalam upaya membangun manajemen sumber daya manusia yang anti *fraud* serta dapat menjadi rujukan dalam penyusunan atau perbaikan kebijakan/regulasi pencegahan *fraud* dalam program Jaminan Kesehatan.

1.7 Kebaruan Penelitian (*state of the art*)

Kebaruan dari penelitian ini antara lain :

a. Kebaruan Topik

Kebaruan topik yang dimaksud dalam penelitian ini adalah *fraud* yang terjadi di rumah sakit yang dilihat dari perspektif manajemen sumber daya manusia.

b. Kebaruan Subjek

Kebaruan subjek penelitian yang dimaksud karena subjek penelitian adalah dokter, perawat dan coder yang memiliki risiko melakukan *fraud* lebih besar dibandingkan dengan karyawan lainnya.

c. Kebaruan Metode

Kebaruan metode dalam penelitian ini karena metode penelitian yang dipilih adalah studi fenomenologi.

