



## **Analisis Kebijakan Operasional Tentang *Fraud Clinical Pathway* Pasien JKN Rawat Inap RSUD Buru Maluku**

**Chatmah Bin Thahir<sup>1\*</sup>, Sobar Darmadja<sup>2</sup>**

<sup>1,2</sup>Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju (STIKIM)

### **Abstrak**

RSUD Kabupaten Buru merupakan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Dalam pelaksanaannya sering terjadi kendala dalam pelaksanaan program JKN tersebut. Penelitian ini bertujuan menganalisis kebijakan operasional tentang *fraud* pada *Clinical Pathway* pasien Jaminan Kesehatan Nasional. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Teknik pengumpulan data dengan cara observasi, wawancara mendalam dan telaah dokumen. Pengambilan data dengan menggunakan teknik *Purposive Sampling*. Informan penelitian ini adalah Direktur RSUD, dokter, kepala ruang bedah, kepala tim BPJS RSUD, kepala instalasi farmasi, dan bendahara. Hasil yang diperoleh dalam penelitian ini adalah potensi *fraud* pada *clinical pathway* pasien JKN yang terjadi disebabkan belum optimalnya pelaksanaan sejumlah kegiatan yaitu; ketidakpatuhan tenaga kesehatan terhadap *clinical pathway* di Unit Pelayanan Rawat Inap, ketidakterbukaan mengenai hasil laporan klaim, keterbatasan SDM BPJS dalam memverifikasi selisih tarif, dan tidak adanya saling koordinasi antara tim BPJS dan dokter penulis resep. Alternatif yang sebaiknya digunakan adalah strategi membuat format *clinical pathway* sesuai pedoman penyusunan panduan praktik klinis dan *clinical pathway* dalam asuhan terintegrasi sesuai standar akreditasi rumah sakit.

**Kata Kunci:** Clinical Pathway, *Fraud*, JKN, BPJS, Rumah sakit.

### **Abstract**

Buru District Hospital is an Advanced Referral Health Facility (FKRTL) in collaboration with BPJS Kesehatan. In the implementation there are often obstacle in the implementation of the JKN program. The purpose of this study was to analyze operational policies on *fraud* in clinical pathways of National Health Insurance patients. This research was qualitative research with a case study approach. Data collection techniques using observation methods, in-depth interviews, document studies. Sampling using Purposive Sampling technique. Informant this research is director of rsud, doctor, head of surgery room, head of BPJS RSUD team, head of pharmaceutical installation, and treasurer. The results obtained in this study were potency *fraud* in JKN patient clinical pathway that have occurred due to several activities whose implementation has not been ioptimal, namely ; non compliance of health workers with clinical pathways in inpatient service units; openness regarding the results of the claim report; BPJS HR limitations in verifying tariff differences; and the lack of mutual coordination between the BPJS team and the prescribing doctor. An alternative that should be used is the strategy to create a clinical pathway format in accordance with guidelines for developing clinical practice guidelines and clinical pathways in integrated care according to hospital accreditation standards.

**Keywords :** Clinical Pathway, *Fraud*, JKN, BPJS, Hospital.

**Korespondensi\*:** Chatmah Bin Thahir, Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju, Gedung HZ Jl. Harapan No. 50, Lenteng Agung – Jakarta Selatan 12610, E-mail: chatmah1979@gmail.com, No.Telp: +6285231221235

<https://doi.org/10.33221/jikm.v11i01.984>

Received : 22 Februari 2021 / Revised : 15 Juli 2021 / Accepted : 09 Agustus 2021

Copyright © 2022, Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat, p-ISSN: 2252-4134, e-ISSN 2354-8185

## Pendahuluan

*Fraud* merupakan tindakan yang disengaja dengan tujuan mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan. *Fraud* disebabkan karena sistem kesehatan yang berjalan menggunakan jaminan dalam bentuk klaim. Pada program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan membayar pelayanan yang diberikan Rumah Sakit ke peserta berbasis klaim.<sup>1</sup>

Di Indonesia, *fraud* belum terdeteksi dengan baik. Meskipun risiko *fraud* di Indonesia bisa dikatakan tinggi, namun sulit untuk mengontrol aliran layanan dan dana yang dibutuhkan. Negara mengharuskan pembayaran klaim sesegera mungkin sedangkan penyelidikan *fraud* membutuhkan waktu yang lama, sehingga dengan tekanan waktu yang singkat tersebut provider dapat segera membayar klaim dan memperpendek proses penyelidikan *fraud*.<sup>2</sup> Permenkes No.16/2019 hanya memberikan sanksi administratif kepada pelaku *fraud* berupa teguran lisan, teguran tertulis dan atau perintah pengembalian kerugian kepada pihak yang dirugikan, sehingga masih perlu dilakukan penyempurnaan sanksi agar tidak terjadi kecurangan didalam program JKN. Harus segera diuat regulasi khusus yang mengatur tentang *fraud*, bentuknya bisa berupa Undang-Undang Anti *Fraud* dalam pelayanan kesehatan. Regulasi tersebut dianggap penting karena ketentuan KUHP yang bisa dikenakan kepada pelaku *fraud*.<sup>3</sup> Peraturan Menteri Kesehatan No 16 tahun 2019 menunjuk Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan sebagai pihak ketiga saat terjadi perbedaan pendapat antara BPJS Kesehatan dan faskes ketika terjadi indikasi *fraud*.<sup>4-5</sup>

*Fraud* dalam sektor kesehatan dapat dilakukan oleh semua pihak yang terlibat dalam program JKN mulai dari peserta BPJS Kesehatan, penyedia layanan kesehatan, BPJS Kesehatan dan penyedia obat dan alat kesehatan. Masing-masing

aktor ini dapat bekerjasama dalam aksi *fraud* atau saling mencurangi satu sama lain.<sup>6</sup> Titik rawan potensi *fraud* dalam program JKN salah satunya ada pada tingkat institusi medis. Potensi rawan *fraud* dapat juga terjadi dalam hal klaim yang di bayar BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit, tujuannya untuk mencari keuntungan ekonomi sehingga mendorong terjadinya *fraud* pada Pemberi Pelayanan Kesehatan. Hal ini disebabkan karena regulasi yang belum jelas, sementara JKN merupakan program besar.<sup>7</sup> Dengan adanya *clinical pathways* (CP) dalam melayani pasien di rumah sakit, akan memberikan efisiensi dan efektivitas dalam pelayanan medis dan mencegah terjadinya kecurangan dalam pembiayaan perawatan medis di rumah sakit. CP merupakan bagian penting dari dokumen dan alat untuk mencapai tata kelola klinis yang baik di rumah sakit. Di Indonesia, CP sebagai upaya sesuatu syarat paling penting untuk Standar Akreditasi Rumah Sakit oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS).<sup>8</sup> Segitiga *fraud* terdiri dari tiga kondisi yang umumnya hadir pada saat *fraud* terjadi, diantaranya : Tekanan, yang dipandanginya sebagai kebutuhan keuangan yang tidak dapat diceritakannya kepada orang lain. Peluang, untuk melakukan kecurangan. Serta pembenaran, pelaku kecurangan menggunakan pembenaran untuk melawan hati nurani.<sup>9</sup>

Dalam penelitian Mitriza, A dkk, upaya yang dilakukan oleh Rumah Sakit untuk mencegah terjadinya *fraud* adalah dengan melakukan efisiensi, subsidi silang, serta melakukan tindakan sesuai SOP dan penyusunan *clinical pathway* dan mengkaji ulang perhitungan Peraturan Gubernur serta memaksimalkan kinerja tim Anti *Fraud*. Dalam penelitian Hasan sadikin dkk, menyatakan bahwa potensi *fraud* dapat terjadi di seluruh unit pelayanan di rumah sakit berdasarkan alur penerimaan pasien karena adanya tekanan, kesempatan dan rasionalisasi. *Fraud* yang terjadi dikarenakan lemahnya sistem pengendalian interen di rumah sakit.<sup>10</sup> Pada penelitian

kali ini peneliti hanya menganalisis kebijakan yang telah di jalankan di RSUD Kabupaten Buru untuk melihat apakah kebijakan tersebut dapat mencegah terjadinya *fraud* di Rumah Sakit.

Berdasarkan studi pendahuluan bulan Agustus tahun 2019 di RSUD Kabupaten Buru Provinsi Maluku, ditemukan permasalahan terkait dengan *klaim* biaya pelayanan kesehatan. Hasil audit internal BPJS terhadap klaim pelayanan kesehatan ditemukan adanya selisih biaya klaim yang menyebabkan kerugian pada rumah sakit. Hal tersebut dianggap menjadi penyebab terjadinya *fraud* pada *clinical pathway* pasien JKN dalam pelayanan *over* rumah sakit. Oleh sebab itu, diperlukan penelitian untuk mengetahui kebijakan tentang *fraud* terkait penerapan sistem JKN, penelitian ini bertujuan menganalisis kebijakan operasional tentang potensi *fraud* pada *Clinical Pathway* pasien JKN di unit pelayanan rawat inap RSUD Kabupaten Buru Provinsi Maluku.

### Metode

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif pendekatan studi kasus yang tujuannya menggambarkan realitas sosial yang kompleks yang terdapat di masyarakat.<sup>11</sup> Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buru Provinsi Maluku pada bulan Februari 2020. Dalam penelitian ini, yang digunakan peneliti dalam penentuan informan adalah *purposive sampling* yakni tehnik pengambilan data dengan menggunakan pertimbangan tertentu. Kecukupan data ditunjukkan oleh gejala "*split of information*" yang artinya berulangnya pertanyaan yang sama dan memperoleh jawaban yang sama pula.<sup>12</sup> Pada penelitian ini peneliti hanya menggunakan informan kunci karena peneliti ingin mendapatkan data yang lebih akurat yang mana informan kunci tersebut memiliki kewenangan dalam pengambilan keputusan di setiap unit pelayanan di Rumah Sakit. Informan kunci yakni Direktur RSUD, Informan utama yakni

Tim BPJS Rumah Sakit, Kepala ruang pelayanan rawat inap, Kepala Instalasi Farmasi dan Dokter, informan pendukung yakni Bendahara BPJS dan Rumah Sakit

Pada awal penelitian, dilakukan studi pendahuluan diantaranya observasi dan wawancara terkait permasalahan adanya potensi *fraud* pada *clinical pathway* pasien JKN di unit pelayanan rawat inap RSUD Kabupaten Buru Provinsi Maluku. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara diantaranya : observasi, Observasi penelitian dilakukan dengan mengamati lokasi dan keadaan sekitar ruangan unit pelayanan rawat inap serta mengamati kondisi dan kelengkapan sarana dan prasarana yang mendukung kebijakan di RSUD Kabupaten Buru antara lain ruang pelayanan dan dokumen-dokumen yang ada di ruangan tersebut. Untuk memperoleh data yang berkaitan dengan pelayanan dan penggunaan obat dan BMHP di RSUD maka dilakukan wawancara mendalam (*in-dept interview*), pada penelitian ini telaah dokumen dilakukan dengan mengecek dokumen-dokumen diantaranya dokumen tertulis, gambar, maupun elektronik.<sup>13</sup> terkait kebijakan operasional seperti Peraturan Daerah tentang Tarif Retribusi Pelayanan Kesehatan, pedoman *clinical pathway* rumah sakit, SK Tim *Fraud* RSUD, resep obat dan BMHP pasien BPJS, nota obat dan BMHP sesuai tarif rumah sakit dan, laporan hasil rekapan besaran biaya riil rumah sakit per pasien BPJS dan data hasil verifikasi klaim pasien BPJS.

Dalam penelitian ini dilakukan pengumpulan data primer yakni wawancara mendalam guna memperoleh gambaran mengapa sesuatu hal terjadi dalam pandangan peneliti yang dilakukan ke para informan. Pengumpulan data sekunder di peroleh dari laporan maupun dokumen/catatan terkait pelaksanaan pencegahan *fraud* dalam program JKN di RSUD Kabupaten Buru Provinsi Maluku.

Peneliti menggunakan 2 triangulasi yakni triangulasi sumber dan triangulasi data.<sup>14</sup> Peneliti membandingkan sumber

informasi dari para informan dengan data yang diperoleh dari dokumen yang ditelaah. Dari hasil rekaman wawancara mendalam selanjutnya data dibuat transkrip, kemudian disederhanakan ke bentuk matriks.

Dalam penelitian ini analisis data menggunakan analisis isi (*content analysis*) sesuai dengan analisis kebijakan versi Patton dan Savicky dalam Nugroho diantaranya dengan langkah-langkah sebagai berikut : mengidentifikasi masalah, menentukan kriteria evaluasi, mengidentifikasi kebijakan operasional,

mengevaluasi kebijakan operasional, merumuskan kebijakan operasional dan merancang strategi implementasi kebijakan operasional.<sup>15</sup>

### Hasil Dan Pembahasan

Pelaksanaan penelitian ini pada Unit Pelayanan Rawat Inap RSUD Kabupaten Buru Provinsi Maluku, pengumpulan data dengan observasi, wawancara mendalam kepada Direktur RSUD, dokter, kepala ruang pelayanan rawat inap, kepala tim BPJS RSUD, kepala instalasi farmasi, dan bendahara dan telaah dokumen.

**Tabel 1.** Karakteristik Informan

No	Informan	Jenis Informan	Jenis Kelamin	Umur	Kode Informan
1	Direktur RSUD	Kunci	Laki-laki	44	I <sub>1</sub>
2	Dokter	Utama	Laki-laki	44	I <sub>2</sub>
3	Kepala Ruang Rawat Inap	Utama	Perempuan	36	I <sub>3</sub>
4	Kepala Tim BPJS RSUD	Utama	Laki-laki	39	I <sub>4</sub>
5	Kepala Instalasi Farmasi	Utama	Perempuan	34	I <sub>5</sub>
6	Bendahara	Pendukung	Perempuan	40	I <sub>6</sub>

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan analisis kebijakan Patton dan Savicky dalam Nugroho dengan menggunakan proses analisis dengan tahapan sebagai berikut:<sup>15</sup>

#### Identifikasi Masalah

Mendefinisikan masalah kebijakan pada dasarnya merujuk pada kegiatan untuk mengeksplorasi berbagai isu-isu atau masalah sosial, selanjutnya menetapkan satu masalah sosial yang dapat menjadi fokus analisis kebijakan. Pemilihan masalah dengan mempertimbangkan beberapa hal antara lain : masalah bersifat aktual, penting atau emergensi, sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi publik, berdampak luas dan produktif.<sup>15</sup>

Pada tahapan ini, beberapa masalah dan data-data terkait dengan masalah yang terjadi telah dikumpulkan peneliti guna menganalisis kebijakan operasional tentang potensi *fraud* pada *clinical pathway* pasien JKN di unit pelayanan rawat inap, dimana pelaksanaannya belum optimal. Berikut pernyataan informan

tentang jenis *fraud* yang terjadi pada penyelenggaraan program JKN.

*“ Fraud yang terjadi di RSUD biasanya petugas mengambil obat atau BMHP pasien kemudian diperjualbelikan untuk mendapatkan keuntungan.” (I<sub>1</sub>)*

*“Fraudnya Misalkan melakukan pemalsuan data dan Identitas Peserta untuk memperoleh pelayanan kesehatan.” (I<sub>4</sub>)*

*“Fraud yang terjadi seperti menambah jumlah hari rawat pasien.” (I<sub>6</sub>)*

Dari pernyataan di atas, terdapat faktor kesengajaan petugas kesehatan untuk mendapatkan keuntungan. Berikut pernyataan informan terkait mengapa *fraud* bisa terjadi pada penyelenggaraan program JKN.

*“Fraud bisa terjadi karena Tim BPJS RSUD tidak pernah melaporkan kepada Direktur RSUD bahwa ada selisif tarif yang diperoleh dari hasil klaim pasien JKN sehingga menyebabkan kerugian bagi RSUD.” (I<sub>1</sub>)*

*“Fraud dapat terjadi karena pihak manajemen RSUD tidak pernah melakukan monitoring dan evaluasi.” (I<sub>3</sub>)*

“*Fraud bisa terjadi karena bendahara BPJS tidak melakukan verifikasi terhadap data hasil klaim yang diberikan oleh tim BPJS RSUD untuk menilai apakah terdapat selisih tarif atau tidak.*” (I<sub>6</sub>)

Berdasarkan pernyataan di atas, karena tidak adanya monitoring dan evaluasi dari pihak manajemen sehingga menyebabkan terjadinya selisih tarif. Berikut pernyataan informan tentang apa solusi yang selama ini dilakukan untuk mengatasi kejadian *fraud* tersebut.

“*RSUD sudah memiliki clinical pathway di unit pelayanan rawat inap tetapi kurang adanya pengawasan dari bagian pelayanan sehingga tidak berjalan sesuai prosedurnya.*” (I<sub>1</sub>)

“*Seharusnya bagian manajemen lebih sering melakukan monitoring dan evaluasi ke unit pelayanan rawat inap sehingga bisa mendeteksi jika ada indikasi fraud.*” (I<sub>3</sub>)

“*Saya soal itu kurang tau, karena saya hanya menerima pembayaran.*” (I<sub>6</sub>)

Tahap selanjutnya, dikumpulkan beberapa masalah dan data-data terkait dengan masalah yang terjadi di RSUD. Pada penelitian ini ditemukan empat faktor yang menyebabkan potensi *fraud* pada *clinical pathway* pasien JKN. diantaranya : Ketidakpatuhan petugas

kesehatan terhadap *Clinical pathway* di unit pelayanan rawat inap, Ketidakterbukaan mengenai hasil laporan klaim, Keterbatasan SDM BPJS dalam memverifikasi selisih tarif, Tidak adanya saling koordinasi antara tim BPJS dan dokter penulis resep.

### Menentukan Kriteria Evaluasi

Dalam menentukan kriteria evaluasi tidak ada standar tetap karena dapat dikembangkan sesuai permasalahan, alternatif yang tersedia dan tujuan yang hendak dicapai. Namun ada empat kriteria yang ditemukan saat mendesain kriteria kebijakan yaitu : *technical feasibility, political viability, economical and financial possibility dan administrative operability.*<sup>15</sup>

Dari empat faktor diatas dapat dinilai tingkat urgensinya menggunakan matrix USG, *urgency* (mendesak), *serious* (tingkat keseriusan) dan *growth* (kecenderungan berkembang). USG dimaksudkan untuk menentukan isu manakah yang paling dominan dalam pemecahan masalah yang dihadapi untuk pencegahan potensi *fraud* pada *clinical pathway* pasien JKN dalam bentuk matrix berikut untuk menghitung total nilai USG.

**Tabel 2.** Matrix USG Pemilihan Isu

No	Isu	U	S	G	Jumlah	Peringkat
1.	Ketidakpatuhan petugas kesehatan terhadap <i>Clinical pathway</i> di unit pelayanan rawat inap.	5	5	5	15	I
2.	Ketidakterbukaan mengenai hasil laporan klaim	5	5	4	14	II
3.	Keterbatasan SDM BPJS dalam memverifikasi selisih tarif	4	4	4	12	IV
4.	Tidak adanya saling koordinasi antara tim BPJS dan dokter penulis resep	5	4	4	13	III

Melalui skala nilai dilakukan Pemilihan alternatif isu, kemudian dikonversi secara kualitatif yakni : nilai 5 (sangat mendesak), nilai 4 (mendesak), nilai 3 (cukup mendesak), nilai 2 (kurang mendesak) dan nilai 1 (tidak mendesak).

Sesuai hasil analisis menggunakan matrix USG dengan membuat ranking

serta total nilai tertinggi, maka diperoleh faktor yang menjadi prioritas masalah yakni ketidakpatuhan petugas kesehatan terhadap *Clinical pathway* di unit pelayanan rawat inap, yang mana merupakan faktor utama penyebab tidak optimalnya pelaksanaan CRM (*Customer Relationship Management*). CRM

merupakan strategi bisnis terpadu yang mengintegrasikan faktor internal dan faktor eksternal untuk memberikan keuntungan bagi para konsumen. Implementasi CRM sebagai mediator terhadap kualitas layanan berpengaruh terhadap loyalitas. Bila pasien rumah sakit merasa kualitas layanan memenuhi harapan mereka, maka mereka akan puas. Tahapan selanjutnya adalah membuat analisis SWOT.

### Mengidentifikasi Kebijakan Operasional

Pada saat melakukan identifikasi kebijakan, hal-hal yang harus diperhatikan diantaranya *cost, stability, reability, flexibility, riskness, communicability, simplicity compatibility, reversibility and robustness*.<sup>15</sup> Berikut pernyataan informan tentang apa saja kebijakan yang dimiliki rumah sakit terkait *fraud* dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional pada tarif pelayanan rawat inap.

*"Kajian peraturan pencegahan fraud." (I<sub>1</sub>)*

*"SK Direktur tim fraud." (I<sub>2</sub>)*

*"Ada peraturan dari Kemenkes." (I<sub>4</sub>)*

Berdasarkan pernyataan diatas, di katakan bahwa rumah sakit memiliki kebijakan yang terkait dengan *fraud*. Berikut pernyataan informan tentang apakah dilibatkan dalam penyusunan kebijakan pencegahan *fraud*.

*"Yang kami libatkan awalnya dari pihak manajemen dan sebagian dokter. dan Penyusunan Kebijakan RSUD tidak melibatkan semua kepala ruang perawatan." (I<sub>1</sub>)*

*"Sebagai kepala instalasi farmasi pernah di libatkan dalam penyusunan kebijakan tapi tidak dilibatkan dalam penyusunan kebijakan pencegahan fraud." (I<sub>5</sub>)*

*"Sebagai bendahara yang bertanggungjawab terhadap pembayaran pasien, saya Belum pernah di libatkan." (I<sub>6</sub>)*

Berdasarkan pernyataan di atas, dapat disimpulkan bahwa dalam penyusunan kebijakan di RSUD hanya melibatkan pihak-pihak tertentu saja.

Berikut pernyataan informan tentang apakah ada tim khusus yang dibentuk untuk penyusunan kebijakan pencegahan *fraud* di rumah sakit sekaligus sebagai pengawas dalam mengimplementasinya.

*"Kita tidak dalam bentuk tim, tetapi ya langsung dalam rapat pimpinan dengan bagian manajemen." (I<sub>1</sub>)*

*"Setahu saya di RSUD tidak memiliki Komite Farmasi dan Terapi dan tidak ada tim khusus untuk penyusunan kebijakan pencegahan fraud." (I<sub>5</sub>)*

*"Saya tidak mengetahui ada tidaknya kebijakan tersebut karena saya hanya fokusnya di bagian penerimaan RSUD saja." (I<sub>6</sub>)*

Berdasarkan pernyataan di atas, dapat di katakan bahwa penyusunan kebijakan di RSUD tidak dibentuk tim penyusunan. Berikut pernyataan informan apakah kebijakan yang telah disusun, disosialisasikan ke semua pihak terkait. Jika ya, bagaimana mensosialisasikannya.

*"Tidak semua kebijakan RSUD di sosialisasikan ke semua pihak. Hanya di sosialisasikan kepada kepala ruangan dan kepala ruangan yang meneruskan ke semua staf di ruangan." (I<sub>1</sub>)*

*"Selama ini kami hanya menerima info tentang kebijakan tersebut saja, tidak ada sosialisasi secara detailnya." (I<sub>2</sub>)*

*"Kalau kebijakannya ada kaitannya dengan kita ya disosialisasikan. Kalau tidak ada kaitan tidak disosialisasikan." (I<sub>4</sub>)*

*"Pernah mendengar ada kebijakan tersebut tetapi belum pernah membacanya." (I<sub>6</sub>)*

Berdasarkan pernyataan diatas, dapat dikatakan bahwa kebijakan RSUD hanya di sosialisasikan ke kepala ruangan saja.

Untuk mencocokkan antara sumber daya internal dan situasi eksternal rumah sakit maka perlu dilakukan analisis SWOT. Pencocokan yang baik memaksimalkan kekuatan dan peluang rumah sakit dan meminimalkan kelemahan dan ancaman, untuk merancang strategi untuk mengoptimalkan pencegahan potensi *fraud* pada *clinical*

*pathway* pasien JKN. Langkah berikut mengelompokkan identifikasi masalah kedalam *strength* (kekuatan), *weakness*(kelemahan), *opportunity*(peluang), serta *threats* ancaman).<sup>16</sup>

**Tabel 3.** Matrix Internal Faktor Evaluation (IFE)

No.	Critical Success Factor	Bobot	Rating	Skor (Bobot x Rating)
<b><u>Kekuatan</u></b>				
1.	Adanya kebijakan rumah sakit untuk melakukan pencegahan <i>fraud</i> .	0,08	4	0,32
2.	Adanya keterbukaan untuk penyampaian kebijakan.	0,09	4	0,36
3.	Tersedianya petugas yang siap dilatih.	0,10	4	0,40
4.	Adanya organisasi dan tata kerja yang siap menuju <i>Good Clinical Governance</i> .	0,08	4	0,32
5.	Adanya komitmen guna melakukan pencegahan <i>fraud</i> .	0,07	3	0,21
6.	Tersedianya dana pelaksanaan pencegahan <i>fraud</i> .	0,15	3	0,45
7.	Manajemen bersedia menerima perubahan yang lebih baik.	0,05	3	0,15
<b><u>Kelemahan</u></b>				
1.	Budaya kerja pegawai RSUD sebagian besar belum memiliki kesadaran dalam pencegahan <i>fraud</i> pada clinical pathway	0,07	2	0,14
2.	Tidak ada petunjuk teknis dalam pengelolaan CRM	0,06	2	0,12
3.	Kurang adaptif dalam perubahan clinical pathway	0,05	2	0,10
4.	Belum ada monitoring dan evaluasi secara rutin terhadap kepatuhan implementasi clinical pathway	0,05	1	0,05
5.	Tidak adanya audit klinis	0,05	1	0,05
6.	Tidak ada tegasnya sanksi terhadap ketidakpatuhan implementasi clinical pathway	0,10	2	0,20
<b>Total Nilai</b>		<b>1,00</b>		<b>2,87</b>

Tahapan selanjutnya membuat analisis faktor internal/IFE (*internal factor evaluation*) menggunakan matrix guna menyimpulkan dan mengevaluasi kekuatan dan kelemahan, serta analisis faktor eksternal/EFE (*external factor evaluation*) dengan menggunakan matrix untuk menyimpulkan dan mengevaluasi peluang dan ancaman dengan tahapan sebagai berikut.

1. Mengidentifikasi faktor eksternal peluang dan ancaman serta identifikasi faktor internal kekuatan dan kelemahan.

2. Membuat pembobotan untuk setiap faktor antara 0,0 bila tak penting dan 1,0 bila paling penting.

3. Membuat rating antara 1-4 dengan arti sebagai berikut;

a. Satu (1) amat sedikit berperan sebagai peluang/ancaman dan kekuatan/kelemahan.

b. Dua (2) kurang berperan sebagai peluang/ancaman dan kekuatan/kelemahan.

c. Tiga (3) merupakan peluang/ancaman dan kekuatan/kelemahan.

d. Empat (4) sangat berperan sebagai kekuatan/kelemahan.  
peluang/ancaman dan

**Tabel 4.** Matrix Eksternal Faktor Evaluation (EFE)

No	Critical Success Factor	Bobot	Rating	Skor (Bobot x Rating)
<b><u>Peluang</u></b>				
1	Aturan dari pusat yang mendukung penuh pencegahan <i>fraud</i> .	0,15	4	0,60
2	Dukungan sumber dana APBD.	0,08	4	0,32
3	Tersedianya sistem aplikasi yang memudahkan untuk pencatatan keuangan .	0,08	4	0,32
4	Aturan yang ketat dari BPJS dalam verifikasi klaim.	0,05	3	0,15
5	Rumah sakit rujukan regional.	0,05	3	0,15
6	Terbukanya untuk pengembangan kendali mutu dan kendali biaya rumah sakit.	0,07	3	0,21
7	Kementerian Kesehatan menginginkan tata kelola rumah sakit memiliki prinsip <i>Good Corporate Governance</i> dan <i>Good Clinical Governance</i> .	0,05	3	0,15
8	Terbukanya membangun budaya integritas, nilai etika dan standar perilaku tenaga rumah sakit.	0,10	4	0,40
<b><u>Ancaman</u></b>				
1	Harga pelayanan yang murah dari BPJS.	0,10	3	0,30
2	BPJS tidak membayar full klaim rumah sakit.	0,07	2	0,14
3	Semakin banyak rumah sakit yang ikutserta dalam melakukan <i>fraud</i> .	0,05	2	0,10
4	Monitoring dan evaluasi yang lemah dari pusat.	0,10	2	0,20
5	<i>Fraud</i> sudah menjadi budaya tidak hanya rumah sakit tetapi juga pasien.	0,05	2	0,10
<b>Total Nilai</b>		<b>1,00</b>		<b>3,14</b>

Berdasarkan hasil olah data diperoleh nilai pada matrix EFE adalah 3,14 menunjukkan bahwa posisi CRM di atas rata-rata. Ini menunjukkan bahwa organisasi sangat merespon dengan baik peluang dan ancaman bagi organisasi. Dengan perkataan lain organisasi mempunyai peluang yang kuat untuk menghadapi ancaman minimal. Sedangkan total nilai pada matrix IFE sebesar 2,87 yang menandakan bahwa CRM di posisi rata-rata atau sedang. Ini menunjukkan bahwa organisasi memiliki karakteristik internal yang cukup kuat untuk mengatasi masalah tersebut.

Berdasarkan hasil analisis SWOT oleh peneliti dapat dirumuskan beberapa kebijakan

guna mengoptimalkan pencegahan potensi *fraud* pada *clinical pathway* pasien JKN. Adapun beberapa kebijakan tersebut diantaranya sosialisasi penguatan tata kelola rumah sakit yang berprinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance*, konsep ini untuk meningkatkan transparansi dan akuntabilitas rumah sakit, membuat format *clinical pathway* sesuai pedoman penyusunan panduan praktik klinis dan *clinical pathway* dalam asuhan terintegrasi sesuai standar akreditasi rumah sakit. *Clinical Pathway* dibuat adalah untuk memberikan rincian apa yang harus dilakukan pada kondisi klinis tertentu. *Clinical Pathway* bisa digunakan secara terbatas untuk menghitung



biaya sehingga dapat dilihat biaya perawatan yang akan dikeluarkan, meningkatkan program monitoring dan evaluasi secara rutin pada implementasi *clinical pathway*.

### Mengevaluasi Kebijakan Operasional

Pada tahap ini, khusus digunakan untuk kebijakan yang akan diambil. Patton dan Savicky memperkenalkan dua metode untuk menentukan alternatif kebijakan peramalan dan investasi. Metode tersebut antara lain : Analisis peramalan yang terdiri dari ekstrapolasi, modeling dan intuitif. Analisis kelayakan politik antara lain menilai aktor, motivasi, keyakinan, sumber daya, keefektifan dan lokasi.<sup>17</sup> Berikut pernyataan informan terkait keterlibatan dalam pelaksanaan evaluasi penggunaan biaya dana sosial nasional dilakukan.

*“Iya sebagai direktur RSUD saya dilibatkan dalam evaluasi penggunaan dana JKN.” (I<sub>1</sub>)*

*“Kalau dari pihak kepala ruangan sering dilibatkan dalam pelaksanaan evaluasi penggunaan dana JKN karena kami bertanggung jawab dalam perhitungan jasa JKN untuk masing-masing ruang pelayanan.” (I<sub>3</sub>)*

*“Yang dilibatkan dalam pelaksanaan evaluasi penggunaan dana JKN hanya ketua tim bpjs dan staf bagian coding saja.” (I<sub>4</sub>)*

*“Iya sebagai bendahara kami dilibatkan karena kami melakukan pengecekan ulang jumlah dana yang ditransfer oleh pihak bpjs ke RSUD.” (I<sub>6</sub>)*

Berdasarkan pernyataan diatas, dapat dikatakan bahwa hanya kepala ruangan yang dilibatkan untuk evaluasi penggunaan dana JKN. Berikut pernyataan informan terkait apa saja kendala yang dihadapi dalam penggunaan biaya dana sosial nasional.

*“Kendala yang di hadapi diantaranya masih ditemukannya selisih tarif pembayaran klaim BPJS”. (I<sub>1</sub>)*

*“Kami dari kepala ruang perawatan hanya menerima jasa pelayanan saja dan tidak mengetahui penggunaan detail dananya.” (I<sub>3</sub>)*

*“Kami dari tim BPJS hanya bertugas mengerjakan klaim BPJS untuk permintaan pembayaran ke pihak BPJS saja. Selaen itu kami hanya menerima jasa pelayanan dari*

*bagian manajemen sehingga tidak mengetahui leih detil penggunaan dana tersebut.” (I<sub>4</sub>)*

*“Yang kami tahu bahwa dana BPJS yang masuk ke rekening PEMDA Buru tidak ditentukan besaran jumlah pembayaran untuk item obat dan BMHP sehingga berdasarkan hal tersebut sering terjadi kekosongan obat dan BMHP karena anggaran belanja obat dan BMHP tidak mencukupi.” (I<sub>5</sub>)*

*“Bendahara Umum RSUD tugasnya hanya menerima bukti jumlah dana yang masuk ke rekening PEMDA untuk dibuatkan dalam laporan penerimaan RSUD.” (I<sub>6</sub>)*

Berdasarkan pernyataan diatas, dapat dikatakan bahwa kendala yang di hadapi dalam penggunaan biaya JKN ini yakni masih ditemukannya selisih tarif klaim. Berikut pernyataan informan terkait apakah kebijakan sudah efektif dan efisien membantu tujuan dari rumah sakit dalam pencegahan *fraud*.

*“Kebijakan yang dibuat sudah efektif dan efisien tetapi dalam pelaksanaannya masih terdapat kendala.” (I<sub>1</sub>)*

*“Kebijakan yang ada belum efektif dan efisien karena masih lemahnya pengawasan dari setiap kepala ruang perawatan dan bagian manajemen RSUD sehingga masih ditemukan fraud.” (I<sub>4</sub>)*

*“Kebijakannya belum efektif dan efisien karena karena masih kurangnya monitoring dan evaluasi dari pihak manajemen RSU.” (I<sub>6</sub>)*

Bedasarkan pernyataan diatas, dapat dikatakan karena masih lemahnya pengawasan di RSUD mengakibatkan kebijakan yang di buat belum efektif.

Setelah mengidentifikasi kebijakan untuk mengoptimalkan pencegahan potensi *fraud* pada *clinical pathway* pasien JKN. Tahapan selanjutnya mengevaluasi kebijakan yang disusun dan khusus digunakan untuk kebijakan yang akan dipilih dengan cara membuat *quantitative strategic planning matrix* (QSPM) untuk penentuan prioritas strategi alternatif guna mengoptimalkan pencegahan potensi *fraud* pada *clinical pathway* pasien JKN. Menghitung *Total Attractiveness Score* (TAS), di peroleh dari perkalian bobot

dengan *Attractiveness Score* (AS) pada masing-masing baris. Menghitung *Sum Total Attractiveness Score*. Jumlahkan semua TAS pada masing-masing kolom QSPM. Nilai TAS dari alternatif strategi yang tertinggi menunjukkan bahwa alternatif strategi itulah yang menjadi pilihan utama. Nilai TAS terkecil menunjukkan bahwa alternatif strategi ini menjadi pilihan terakhir, dengan langkah QSPM sebagai berikut.

1. Menghitung *Attractive Score* (AS), yaitu nilai yang menunjukkan keterkaitan masing-masing strategi yang terpilih. Dengan cara meneliti masing-masing eksternal dan internal faktor kunci keberhasilan, dengan pilihan nilai terdiri dari:  
 Nilai 1: Berarti tidak ada keterkaitan  
 Nilai 2: Berarti mungkin ada keterkaitan  
 Nilai 3: Berarti ada keterkaitan  
 Nilai 4: Berarti paling terkait
2. Menghitung *Total Attractiveness Score* (TAS), diperoleh dari perkalian bobot dengan *Attractiveness Score* (AS) pada masing-masing baris.
3. Menghitung *Sum Total Attractiveness Score*. Jumlahkan semua TAS pada masing-masing kolom QSPM. Nilai TAS dari alternatif strategi yang tertinggi menunjukkan bahwa alternatif strategi itulah yang menjadi pilihan utama. Nilai TAS terkecil menunjukkan bahwa alternatif strategi ini menjadi pilihan terakhir. Bentuk dasar dari QSP Matriks seperti ditunjukkan tabel 5.

Berdasarkan perhitungan pada tabel 5 di atas yang dilakukan dengan nilai AS dan TAS menunjukkan bahwa ada keterkaitan masing-masing strategi terhadap faktor internal dan eksternal. Nilai TAS di peroleh dari hasil perkalian bobot dengan nilai AS. Dari tabel diatas di dapatkan nilai TAS tertinggi adalah sebesar 8,54.

Pada tabel QSPM Penentuan Prioritas Kebijakan di atas, dapat dilihat bahwa urutan kebijakan adalah seperti ditunjukkan tabel 6. Alternatif yang

sebaiknya digunakan adalah strategi membuat format *clinical pathway* sesuai pedoman penyusunan panduan praktik klinis dan *clinical pathway* dalam asuhan terintegrasi sesuai standar akreditasi rumah sakit karena strategi ini memiliki total TAS sebesar 8,54 untuk menjamin suatu pelayanan yang konsisten, dengan kualitas yang bermutu sehingga dapat mengurangi variasi pelayanan yang tidak perlu. Oleh karena itu, bila dikaitkan dengan JKN, akan menutup celah adanya manipulasi ataupun bentuk kecurangan lainnya.

### Merumuskan Kebijakan Operasional

Hasil temuan dengan direktur rumah sakit tentang pengajuan usulan kebijakan operasional diperoleh hasil bahwa, pada dasarnya direktur rumah sakit menyetujui adanya perbaikan pencegahan potensi *fraud* pada *clinical pathway* pasien JKN. Berikut pernyataannya:

“Terimakasih ibu Chatmah sudah melakukan penelitian terkait pencegahan potensi kecurangan (*fraud*) pada *clinical pathway* pasien JKN, dengan adanya hasil penelitian ini menjadi masukan bagi kami untuk dapat melakukan perbaikan. Mudah-mudahan saran dan kebijakan yang ibu sampaikan dapat kami laksanakan untuk meningkatkan kualitas pencegahan potensi kecurangan (*fraud*) pada *clinical pathway* pasien JKN.”

Menurut Patton dan Savicky proses analisis kebijakan merupakan penilaian kebijakan dari sisi ekonomi, teknis dan politik dikaitkan dengan pelaksanaannya. Masalahnya ada pada kebijakan yang harus disajikan. Masalah penetapan kebijakan bertemu dengan sejumlah tantangan antara lain konflik antara rasionalitas individu dan rasionalitas kelompok serta masalah kriteria-kriteria berganda.<sup>17</sup>

Selanjutnya dalam tahap ini, kebijakan yang telah disusun sebelumnya oleh peneliti diajukan dalam susunan format *clinical pathway* sesuai pedoman penyusunan panduan praktik klinis dan *clinical pathway* dalam asuhan terintegrasi sesuai standar akreditasi rumah sakit.

Tabel 5. QSPM Penentuan Prioritas Kebijakan

Faktor Sukses Kritis	Strategi Intensif									
	Sosialisasi penguatan tata kelola rumah sakit yang berprinsip Good Corporate Governance dan Good Clinical Governance				Menyusun format clinical pathway sesuai pedoman penyusunan panduan praktik klinis dan clinical pathway dalam asuhan terintegrasi sesuai standar akreditasi rumah sakit				Meningkatkan program monitoring dan evaluasi secara rutin pada implementasi clinical pathway	
	AS	TAS	AS	TAS	AS	TAS	AS	TAS		
<b>Kekuatan:</b>										
1. Adanya kebijakan rumah sakit untuk melaksanakan pencegahan <i>fraud</i>	0,15	0,45	4	0,60	2	0,30				
2. Adanya keterbukaan untuk penyampaian kebijakan	0,15	0,45	4	0,60	3	0,60				
3. Tersedia tenaga yang siap dilatih	0,05	0,10	4	0,20	2	0,10				
4. Adanya organisasi dan tata kerja yang siap menuju <i>Good Clinical Governance</i>	0,05	0,05	3	0,45	2	0,10				
5. Adanya komitmen untuk terus melakukan pencegahan <i>fraud</i>	0,10	0,20	4	0,40	3	0,30				
6. Tersedia dana untuk pelaksanaan pencegahan <i>fraud</i>	0,15	0,30	3	0,45	2	0,30				
7. Manajemen siap menerima perubahan yang lebih baik	0,05	0,10	3	0,45	2	0,10				
<b>Kelurahan:</b>										
1. Budaya kerja pegawai RSUD sebagian besar belum memiliki kesadaran dalam pencegahan <i>fraud</i> pada <i>clinical pathway</i>	0,10	0,40	4	0,40	4	0,40				
2. Belum tersedia tempat penyampaian laporan dugaan <i>fraud</i> pada <i>clinical pathway</i>	0,10	0,30	3	0,30	2	0,20				
3. Kurang adaptif dalam perubahan <i>clinical pathway</i>	0,10	0,30	2	0,20	2	0,20				
4. Belum ada monitoring dan evaluasi secara rutin terhadap kepatuhan implementasi <i>clinical pathway</i>	0,10	0,20	3	0,30	1	0,10				
5. Tidak adanya audit klinis	0,10	0,40	3	0,30	2	0,20				
6. Kurang tegasnya sanksi terhadap ketidakpatuhan implementasi <i>clinical</i>	0,10	0,30	3	0,30	3	0,30				

<i>pathway</i>							
<b>Peluang:</b>							
1. Aturan dari pusat yang mendukung penuh pencegahan <i>frand</i>	0,20	3	0,60	3	0,60	2	0,40
2. Dukungan dari sumber dana APBD	0,10	2	0,20	3	0,30	2	0,40
3. Tersedianya sistem aplikasi untuk pencatatan keuangan	0,10	2	0,20	3	0,30	1	0,10
4. Aturan yang ketat dari BPJS dalam verifikasi klaim	0,05	3	0,15	3	0,15	4	0,20
5. Rumah sakit rujukan nasional	0,05	3	0,15	4	0,20	3	0,15
6. Terbukanya untuk pengembangan kendali mutu dan kendali biaya rumah sakit	0,07	3	0,21	2	0,14	2	0,14
7. Kementerian Kesehatan meningkatkan tata kelola rumah sakit memiliki prinsip <i>Good Corporate Governance</i> dan <i>Good Clinical Governance</i>	0,05	2	0,10	3	0,15	1	0,05
8. Membangun budaya integritas, nilai etika dan standar perilaku petugas rumah sakit	0,10	2	0,20	3	0,30	1	0,10
<b>Ancaman:</b>							
1. Harga pelayanan yang murah dari BPJS	0,10	3	0,30	3	0,30	2	0,20
2. BPJS tidak membayar full klaim rumah sakit	0,15	2	0,30	3	0,45	1	0,15
3. Semakin banyak rumah sakit yang ikutserta dalam melakukan <i>frand</i>	0,10	2	0,20	3	0,30	2	0,20
4. Monitoring dan evaluasi yang lemah dari pusat	0,10	4	0,40	2	0,20	2	0,20
5. <i>Frاند</i> sudah menjadi budaya tidak hanya rumah sakit tetapi juga pasien	0,05	1	0,10	2	0,20	2	0,10
<b>Total</b>			<b>6,40</b>		<b>8,54</b>		<b>5,59</b>

Keterangan: QSPM = *quantitative strategic planning matrix*; AS= *Attractiveness Score*; TAS= *Total Attractiveness Score*

**Tabel 6.** Prioritas Kebijakan

No	Strategi	Peringkat TAS
1.	Menyusun format <i>clinical pathway</i> sesuai pedoman penyusunan panduan praktik klinis dan <i>clinic pathway</i> dalam asuhan terintegrasi sesuai standar akreditasi rumah sakit.	8,54
2.	Sosialisasi penguatan tata kelola rumah sakit yang berprinsip <i>Good Corporate Governance</i> dan <i>Good Clinical Governance</i> .	6,46
3.	Meningkatkan program monitoring dan evaluasi secara rutin pada implementasi <i>clinical pathway</i> .	5,59

Keuntungan dari membuat format *clinical pathway* antara lain : Menjamin pelayanan yang konsisten dengan kualitas yang bermutu didasarkan pada praktik yang terbaik (*best practice*) dan mengurangi variasi pelayanan yang tidak perlu serta secara lebih efektif dapat memungkinkan tim multidisipliner dalam berkomunikasi dan berkoordinasi.

### Merancang Strategi Implementasikan Kebijakan Operasional

Patton dan Savicky menjelaskan bahwa sama pentingnya implementasi dengan kebijakan itu sendiri. Sehingga kegagalan dalam implementasi merupakan kegagalan kebijakan. Dalam konteks monitoring dan pengkajian kebijakan. Patton dan Savicky, mengelompokkan *police failures* menjadi dua bagian yaitu program failures dimana peraturan tidak dapat dilaksanakan sesuai dengan desain, dan teori *failures* dimana kebijakan dapat dilaksanakan berdasarkan desain tetapi tidak memberikan hasil sesuai yang diharapkan.<sup>17</sup>

Sebelum masuk pada kegiatan implementasi, peneliti mewawancarai para informan sekiranya untuk mengetahui kondisi internal rumah sakit sehingga dapat mendukung strategi dari implementasi kebijakan operasional. Berikut pernyataan informan terkait kelemahan yang dimiliki rumah sakit dalam mengimplementasikan kebijakan yang terpilih.

“Budaya kerja pegawai RSUD sebagian besar belum memiliki kesadaran dalam pencegahan fraud pada *clinical pathway*.” (I<sub>1</sub>)

“Belum ada monitoring dan evaluasi secara rutin terhadap kepatuhan implementasi *clinical pathway*.” (I<sub>4</sub>)

“Tidak adanya audit klinis sehingga memberikan peluang bagi petugas kesehatan untuk melakukan fraud.” (I<sub>5</sub>)

“Kurang tegasnya sanksi terhadap ketidakpatuhan implementasi *clinical pathway*.” (I<sub>6</sub>)

Berikut pernyataan informan terkait kekuatan yang dimiliki rumah sakit dalam mengimplementasikan kebijakan yang terpilih.

“Manajemen bersedia menerima perubahan yang lebih baik.” (I<sub>1</sub>)

“Tersedia dana untuk pelaksanaan pencegahan fraud.” (I<sub>2</sub>)

“Tersedianya petugas yang siap dilatih.” (I<sub>4</sub>)

“Adanya kebijakan pusat untuk melaksanakan pencegahan fraud.” (I<sub>5</sub>)

“Adanya organisasi dan tata kerja yang siap menuju *good clinical governance*.” (I<sub>6</sub>)

Berikut pernyataan informan terkait bagaimana pengembangan budaya pencegahan fraud dilakukan.

“Menanamkan kesadaran anti fraud kepada seluruh pihak terkait Jaminan Kesehatan.” (I<sub>1</sub>)

“Menciptakan lingkungan yang positif pada penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan.” (I<sub>2</sub>)

“Menyusun kebijakan fraud dengan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance*.” (I<sub>3</sub>)

“Membangun budaya integritas, nilai etika dan standar perilaku bagi petugas kesehatan di RSUD.” (I<sub>4</sub>)

“Menyusun pedoman manajemen risiko Kecurangan yang terdiri dari pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap fraud.” (I<sub>5</sub>)

“Melakukan monitoring dan evaluasi dalam kegiatan pencegahan fraud di RSUD.” (I<sub>6</sub>)

Langkah keenam belum dapat diterapkan karena keterbatasan waktu. Peneliti telah mengajukan dan melakukan

konfirmasi terhadap kebijakan operasional yang ditemukan dan yang akan digunakan oleh rumah sakit untuk mengoptimalkan

pengecehan potensi *fraud* pada *clinical pathway* pasien JKN.

**Tabel 7.** Strategi Implementasi Kebijakan Terpilih

Program	Kegiatan	Waktu Pencapaian
Pembangunan Kesadaran	Sosialisasi Pentingnya pencegahan <i>fraud</i> pada <i>Clinical Pathway</i> Pasien JKN	Juni 2020
Pelaporan	Membuat jejaring komunikasi sebagai wadah pelaporan kejadian <i>fraud</i>	Juni 2020
Deteksi	Memonitoring implementasi dari <i>clinical pathway</i>	Juli 2020
Investigasi	Mengevaluasi implementasi dari <i>clinical pathway</i>	Agustus 2020
Pemberian Sanksi/Penindakan	Membuat peraturan khusus internal rumah sakit sebagai acuan dalam pemberian sanksi yang melakukan <i>fraud</i>	Juni 2020

### Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian kebijakan operasional tentang potensi *fraud* pada *clinical pathway* pasien JKN, dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan *clinical pathway* di ruang pelayanan rawat inap belum dilaksanakan secara optimal. Hal ini antara lain disebabkan ketidakpatuhan petugas kesehatan dalam menjalankan pedoman *clinical pathway* dan kurangnya monitoring dan evaluasi dari pihak manajemen RSUD. Oleh sebab itu, Rumah Sakit perlu memperbaiki kebijakan operasional tentang potensi *fraud* pada *clinical pathway* pasien JKN antara lain dengan cara sosialisasi penguatan tata kelola rumah sakit yang berprinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance* dan meningkatkan program monitoring dan evaluasi secara rutin pada implementasi *clinical pathway*.

### Saran

Diharapkan pihak rumah sakit dapat mendukung kebijakan operasional ini, dengan melakukan monitoring dan evaluasi untuk terciptanya pencegahan potensi *fraud* pada *clinical pathway* pasien JKN. Diharapkan adanya perbaikan *control activity* pada semua aktivitas *clinical pathway* yang terdapat pada pengelolaan JKN. Diperlukan tambahan anggaran khusus pada pelaksanaan

pengecehan *fraud* untuk mendapatkan hasil dan manfaat yang besar. Perlunya perbaikan internal di rumah sakit dalam membuat kebijakan yang berpotensi melakukan tindakan *fraud*. Selanjutnya Bagi peneliti sendiri harapannya adalah dapat melanjutkan penelitian terkait evaluasi kebijakan operasional tentang potensi *fraud* pada *clinical pathway* pasien JKN, untuk dijadikan acuan khusus pencegahan *fraud* dalam perbaikan program pelayanan rumah sakit.

### Daftar Pustaka

1. Trisnantoro, L. Hendartini Y. *Fraud di Jaminan Kesehatan Nasional*. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta; 2014.
2. Skousen, C.J. et al. Detecting and Predicting Financial Statement Fraud: The Effectiveness of the Fraud Triangle and SAS. *Advances in Financial Economic*; 2009. 53–81.
3. Ami C. Peran Pemerintah dan Masyarakat Dalam Permasalahan Pembiayaan Kesehatan di Indonesia. Dibawakan pada Acara Konferensi Nasional Hukum Kesehatan dan Kongres Nasional MHKI ke-IV; 2018.
4. Permenkes RI no.16. Tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan program Jaminan Kesehatan. Jakarta; 2019.
5. Djasri dkk. *Korupsi Dalam Pelayanan Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional: Kajian Besarnya Potensi dan Sistem Pengendalian Fraud*. Yogyakarta: Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran UGM; 2016.

6. Ginting R. RE: Kecurangan (fraud) Dalam Jaminan/Asuransi Kesehatan. 2007.
7. M. Nasser. dr., Sp.KK Rekonstruksi HUKUM BPJS Kesehatan. Dibawakan pada acara Konferensi Nasional Hukum Kesehatan dan Kongres Nasional MHKI keIV; 2018.
8. Middleton S R. Integrated Clinical Pathways: a practical approach to implementation. Oxford: Butterworth Heinemann; 2000.
9. Tuanakotta. Audit Forensik dan Audit Investigatif. Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia. Jakarta; 2014.
10. Mitriza, A., Akbar, A., & Base C. Analisis Pengendalian Potensi Fraud di Rumah Sakit Umum Daerah Achmad Moechtar Bukittinggi; 2019.
11. Sutedi A. Metode penelitian Hukum. Jakarta: Sinar Grafika; 2009.
12. Sugiono. Memahami penelitian Kualitatif. Bandung: CV. Alfabeta; 2013.
13. Hamidi. Metode Penelitian dan teori Komunikasi. Malang: UMM Pers; 2010.
14. Nasution. Metode Research. Jakarta: Bumi Aksara; 2013.
15. Nurgoro R.D. Dinamika Kebijakan, Analisis Kebijakan, Manajemen Kebijakan. Jakarta: PT. Elex Media Komputido; 2011.
16. Rangkuti. Analisis SWOT: Teknik Membedah kasus Bisnis. Jakarta: PT.Gramedia; 2015.
17. Patton,V & Savicki, S. Basic Methods of Policy Analysis and Planing. New Jersey: Prentice Hall; 1993.