

GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN PETUGAS TENTANG FRAUD DI RSUD KAWALI

Dedi Setiadi¹, Maudy Sheila Madjid^{1*}

¹Program Studi Diploma III, Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
dedisetiadii1963@gmail.com, maudysheila23042004@gmail.com

Keywords:

*Claims
Diagnosis Coding
Fraud
Knowledge
Medical Records*

ABSTRACT

Fraud in health services is still a serious challenge because it causes financial losses and lowers the quality of services. The government has issued various regulations to overcome this problem, one of which is the Minister of Health Regulation Number 16 of 2019 concerning the Prevention and handling of fraud in the implementation of the National Health Insurance program (JKN). One form of fraud that often occurs is the manipulation of diagnosis codes, such as upcoding and downcoding claims. A preliminary study at Kawali hospital found that the practice of changing the tuberculosis diagnosis code to suspect on the advice of the verifier, even though the medical record evidence shows that the procedure is complete, which is contrary to the principle of rule MB1.

Kata Kunci

Diagnosis
Fraud
Klaim
Pengetahuan
Rekam Medis

ABSTRAK

Fraud dalam pelayanan kesehatan masih menjadi tantangan serius karena menyebabkan kerugian finansial dan menurunkan mutu layanan. Pemerintah telah mengeluarkan berbagai regulasi untuk mengatasi masalah ini, salah satunya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Salah satu bentuk fraud yang sering terjadi adalah manipulasi kode diagnosis, seperti upcoding dan down coding klaim. Studi pendahuluan di RSUD Kawali menemukan praktik pengubahan kode diagnosis Tuberculosis menjadi suspect atas saran verifikator, meskipun bukti rekam medis menunjukkan tata laksana sudah lengkap, yang bertentangan dengan prinsip Rule MB 1.

Korespondensi Penulis:

Maudy Sheila Madjid,
Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya,
Jl. Babakan Siliwangi No.35, Kel. Kahuripan,
Kec. Tawang, Kota. Tasikmalaya 46115
Telepon : 082293859601
Email: maudysheila23042004@gmail.com

Tanggal submit : 09-09-2025; Tanggal penerimaan : 16-09-2025; Tanggal publikasi : 31-10-2025



licensed by [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

1. PENDAHULUAN

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 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”.

2. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian deskriptif. Penelitian kuantitatif merupakan penelitian yang dilakukan untuk menjawab pertanyaan penelitian hasil dari penelitian yang diperoleh berupa angka (Sugiyono, 2022). Sedangkan untuk desain penelitian yang digunakan dengan metode deskriptif artinya penelitian ini dapat menggambarkan tiap-tiap variabel tentang pengetahuan petugas tentang *fraud*. Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Kawali. Waktu penelitian dilaksanakan pada 07 Januari – 18 April 2025. Populasi yang diambil dalam penelitian ini adalah seluruh petugas rekam medis berjumlah 12 orang, team pencegahan kecurangan *Fraud* berjumlah 12 orang dan petugas *casemix* berjumlah 6 orang di RSUD Kawali dengan total jumlah 30 orang. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu teknik sampling jenuh. Teknik pengambilan sampel dengan sampling jenuh sejalan dengan teori (Sugiyono, 2022) yang menyatakan apabila jika populasi relatif kecil maka semua anggota populasi dijadikan sampel. Oleh karena itu, sampel untuk penelitian ini adalah seluruh petugas rekam medis berjumlah 12 orang, team pencegahan kecurangan *Fraud* berjumlah 12 orang dan petugas casemix berjumlah 6 orang di RSUD Kawali dengan total jumlah 30 orang.

Pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini menggunakan kuesioner. Kuesioner merupakan metode pengumpulan data yang meminta responden untuk menanggapi sejumlah pertanyaan/ Pernyataan tertulis (Sugiyono, 2022). Pengetahuan diukur menggunakan kuesioner yang berbentuk pernyataan yang diisi oleh responden dengan skala likert.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Table 1 Distribusi Frekuensi Responden di RSUD Kawali Tahun 2025

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	5	16,7
Perempuan	25	83,3
Usia		
17-25 Tahun	3	10,0
26-35 Tahun	22	73,3
36-45 Tahun	2	6,7
46-55 Tahun	3	10,0
Pendidikan Terakhir		
D3	25	83,3
S1	5	16,7
Lama Bekerja		
<5 Tahun	7	23,3
5-10 Tahun	23	76,7
Total	30	100,0

Sumber : Data Primer (2025)

Hasil penelitian dengan jumlah responden 30 petugas didapatkan bahwa responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak (16,7%) dan perempuan sebanyak (83,3%). Responden yang memiliki umur dengan rentang 17-25 Tahun sebanyak 3 petugas (10.0%), 26-35 Tahun sebanyak 22 (73.3%). 36-45 Tahun sebanyak 2 petugas (6.7%), dan rentang 46-55 Tahun sebanyak 3 petugas (10.0%). Responden dengan tingkat pendidikan D3 sebanyak 25 (83.3%) sedangkan pada pendidikan S1 sebanyak 5 (16,7%). Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan petugas di RSUD Kawali sebagian besar lulusan D3. Responden dengan masa kerja <5 tahun sebanyak 7 orang (23,3%) sedangkan masa kerja 5-10 Tahun sebanyak 23 petugas (76,7%). Berdasarkan hasil pengolahan data menunjukkan hasil bahwa sebagian besar masa kerja petugas yang bekerja di RSUD Kawali pada rentang 5-10 Tahun. Sebagaimana yang dijelaskan oleh Notoatmodjo (2002) pengalaman adalah guru yang baik, oleh karena itu pengalaman

identik dengan lama bekerja (masa kerja). Dalam upaya untuk meningkatkan perawatan pasien, pengalaman adalah sarana untuk mendapatkan kebenaran tentang informasi.

Table 2 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Petugas di RSUD Kawali Tahun 2025

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Pengetahuan Petugas Dalam Mencegah dan Mendeteksi Fraud		
Baik	30	100,0
Pengetahuan Petugas Tentang Definisi dan Konsep Dasar Fraud Dalam Bidang Kesehatan		
Baik	30	100,0
Pengetahuan Mengenai Down Coding		
Baik	30	100,0
Total	30	100,0

Sumber : Data Primer (2025)

Pengetahuan Petugas Dalam Mencegah dan Mendeteksi Fraud

Pengetahuan adalah hasil kemampuan untuk mengetahui sesuatu dengan menggunakan panca indera (mata, hidung, pendengaran, dan sebagainya), merupakan sumber pengetahuan. Oleh karena itu, panca indera-terutama pendengaran dan penglihatan-digunakan untuk memproses sebagian besar informasi (Notoatmodjo, 2002).

Pengukuran tingkat pengetahuan petugas dalam mencegah dan mendeteksi fraud sebagaimana menurut (Notoatmodjo, 2002) bahwa pengetahuan kurang baik <56% dan pengetahuan baik 76%-100%. Hasil penelitian terhadap 30 petugas di RSUD Kawali diketahui responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik tentang pemahaman petugas dalam mencegah dan mendeteksi fraud sebanyak 30 petugas (100.0%).

Pengetahuan Petugas Tentang Definisi dan Konsep Dasar Fraud Dalam Bidang Kesehatan

Kecurangan (fraud (fraud) didefinisikan sebagai tindakan yang disengaja yang melanggar persyaratan hukum dan peraturan untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program Asuransi Kesehatan Sistem Jaminan Sosial Nasional sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Kementerian Kesehatan, 2019).

Pengukuran tingkat pengetahuan petugas dalam definisi dan konsep dasar fraud dalam bidang kesehatan sebagaimana menurut (Notoatmodjo. 2002) bahwa pengetahuan kurang baik <56% dan pengetahuan baik 76% -100%. Hasil penelitian terhadap 30 petugas di RSUD Kawali diketahui responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik tentang pemahaman petugas dalam mencegah dan mendeteksi fraud sebanyak 30 petugas (100.0%). Hal ini menunjukkan petugas di RSUD Kawali telah memahami tentang definisi dan konsep dasar fraud dalam bidang kesehatan.

Pengetahuan Mengenai Down Coding

Kemungkinan terjadinya kecurangan tidak hanya sekadar mengubah terlalu banyak kode diagnosis atau mengubah kode prosedur atau diagnosis menjadi kode yang lebih tinggi dari yang seharusnya. Ketidakakuratan pemberian kode diagnosis juga dapat mempengaruhi pengelolaan berkas rekam medis dengan 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 rendah (down coding), yang dapat mengakibatkan kerugian bagi rumah sakit, dan pembayaran tarif layanan yang lebih tinggi (up coding), yang dapat menyebabkan terjadinya fraud

Hasil kuesioner pada indikator penyebab dan faktor terjadinya down coding berada dalam kategori 93.3%. Penggunaan sistem pengkodean yang kurang efektif atau kesalahan dalam perangkat lunak dapat menyebabkan down coding yang tidak sengaja dilakukan oleh tenaga medis atau administratif.

4. KESIMPULAN

Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin, Mayoritas responden adalah perempuan. Petugas dari kedua jenis kelamin memiliki latar belakang jabatan yang beragam, mencerminkan keberagaman fungsi dan peran di rumah sakit. Sebagian besar responden berada pada rentang usia produktif 26-35 tahun yang menunjukkan bahwa mayoritas petugas berada pada masa kerja yang matang secara profesional dan cenderung adaptif terhadap kebijakan serta regulasi baru, termasuk dalam hal pencegahan fraud. Sebagian besar responden memiliki latar belakang pendidikan Diploma 3. Sebagian besar petugas telah bekerja antara 5-10 tahun menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki pengalaman kerja yang cukup lama sehingga dapat memahami sistem kerja, termasuk potensi risiko pada institusi layanan Kesehatan. Pemahaman tentang Pencegahan dan Deteksi Fraud, definisi dan konsep dasar fraud, *downcoding* seluruh responden memiliki tingkat pengetahuan yang baik.

REFERENSI

1. Acfe. (2024). Association Of Certified Fraud Examiners The Nations Occupational Fraud 2024:A Report To The Nations. Association Of Certified Fraud Examiners, 1-106
2. Amanda, R., & Sonia, D. (2023). Hubungan Ketepatan Kode Diagnosis Terhadap Status Klaim Jan Rawat Inap Di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta. Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (Jipika), 8(2), 175-182.
3. Astuti, P., Maghfiroh, S., & Ramadhanti, W. (2022). Sistem Pengendalian Internal Berbasis Ciso Untuk Pencegahan Fraud Di Rumah Sakit Muhammadiyah Aixyisah Wilayah Jawa Tengah. 5(1), 333-339.
4. Daniyah, R., Wijayanti, A. P., Erna, S., Medis, P., Kesehatan, 1., Tinggi, S., & Administrasi, 1. (2020). Голи: 27229831 (Online) лоя: 2715-9817 (Printed), 9831.
5. Hartati, T. S. (2017). Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Kesehatan (Sjsn) (Studi Di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tulang Bawang). Fiat Justisia:Jurnal Ilmu Hukum,

- 10(4), 715.
6. Hirst, R. J. (2020). External Causes. The Problems Of Perception, 158–160.
 7. Jaminan, P. (2023). 1673-4769-1-Pb. 11(2), 59–84.
 8. Kementerian Kesehatan. (2019). Permenkes No.16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan Dan Penanganan Fraud. 803, 1–48.
 9. Khanif, A., & Mahmudiono, T. (2023). Hubungan Tingkat Pendidikan Terhadap Pengetahuan Pada Pedagang Tahu Putih Tentang Kandungan Formalin Di Pasar Tradisional Kota Surabaya. *Media Gizi Kesmas*, 12(1), 118–124.
 10. Lubis Debora, Budiwitjaksono Gideon. (2023). Debora. Analisis Pengendalian Internal, Kesadaran Anti-Fraud, Dan Pengetahuan Fraud Terhadap Pencegahan Fraud, 5(1), 1–10.
 11. Maulina, N., & Syafitri, L. (2019). Hubungan Usia, Lama Bekerja Dan Durasi Kerja Dengan Keluhan Kelelahan Mata Pada Penjahit Sektor Usaha Informal Di Kecamatan Banda Sakti Kota Lhokseumawe Tahun 2018. *Averrous: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Malikussaleh*, 5(2), 44.
 12. Nurlaela, F. (2023). Perkembangan Penelitian Fraud Di Kalangan Mahasiswa. *Jurnal Ekonomi Bisnis Dan Manajemen (Eko-Bisma)*, 2(1), 138–144.
 13. Pengetahuan, H., Tentang, P., Tinggi, S., Kesehatan, I., & Padang, A. (2022). *Humantech Jurnal Ilmiah Multi Disiplin Indonesia*. 2(2), 200–216.
 14. Safitri, A., Nurcihikita, T., & Putri, S. I. (2024). Analisis Pelaksanaan Program Pencegahan Kecurangan (Fraud) Jaminan Kesehatan Nasional. *Prosiding Seminar Nasional Bisnis, Teknologi Dan Kesehatan (Senabistekes)*, 1(1), 36–42.
 15. Sitepu, D. E., Primadiamanti, A., & Safitri, E. I. (2024). Hubungan Usia, Pekerjaan Dan Pendidikan Pasien Terhadap Tingkat Pengetahuan Dagusibu Di Puskesmas Wilayah Lampung Tengah. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 10(6), 196–204.