

Analisis Implementasi Mekanisme Pengendalian Mutu dan Pencegahan *Fraud* dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia (Periode 2020-2025) : Literature Review

Anvika Adha Taufik¹, Rosdawati¹, Syukra Alhamda²

¹Administrasi Rumah Sakit, Stikes Garuda Putih Jambi, Indonesia

²Poltekkes Kemenkes Padang, Indonesia syukra.alhamda@poltekkes-pdg.ac.id

Koresponden Author : anvikaadhataufik@gmail.com

ABSTRACT

Background: The National Health Insurance (JKN) program, managed by BPJS Kesehatan, has positioned Indonesia in the global spotlight due to its extensive coverage. During the 2020–2025 period, the program faced significant challenges in balancing the maintenance of healthcare quality amidst budgetary constraints while simultaneously mitigating financial leakage caused by fraud.

Objective: This study aims to present a comprehensive literature review of empirical studies, policy analyses, and evaluation reports published within the last five years.

Methods: This research employed a literature review method by examining and synthesizing data from scientific journal articles retrieved from the Google Scholar, and Garuda Portal databases covering the period from 2020 to 2025. The search utilized specific keywords: "JKN", "BPJS Kesehatan", "Quality Control", "Healthcare Fraud", and "TKMKB" (Quality and Cost Control Team).

Results: Following the screening process based on inclusion and exclusion criteria, 38 scientific articles were identified. The results indicate that the Quality and Cost Control Team (TKMKB) and Clinical pathways remain weak due to insufficient authority and limited data access. Conversely, fraud perpetrators have become increasingly, utilizing digital methods such as upcoding and phantom billing. Furthermore, fraud prevention efforts often lead to pending claims, disrupting hospital cash flows and subsequently compromising patient care. The study suggests that quality control and anti-fraud mechanisms should not operate in silos but be integrated into a sophisticated digital system.

Conclusion: Physician adherence to Clinical pathways remains low, partly because conflicts of interest often weaken hospital Anti-Fraud Teams. Furthermore, rigid fraud prevention measures inadvertently create new complications, specifically pending claims, which ultimately detriment patient care.

Keywords: BPJS Kesehatan, *Fraud*, Jaminan Kesehatan Nasional, *Quality Control*

ABSTRAK

Latar Belakang: Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola BPJS Kesehatan telah menjadikan Indonesia sebagai sorotan dunia karena cakupannya yang sangat luas. Selama periode 2020-2025, program ini menghadapi masalah yang berat yaitu menjaga agar layanan kesehatan tetap berkualitas di tengah dana yang terbatas, sekaligus mencegah kebocoran dana akibat kecurangan (*fraud*).

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk menyajikan tinjauan literatur yang komprehensif terhadap studi empiris, analisis kebijakan, dan laporan evaluasi yang diterbitkan dalam kurun waktu lima tahun terakhir.

Metode: Penelitian ini dilakukan dengan metode tinjauan literatur, yaitu dengan melakukan kajian dan studi terhadap artikel jurnal ilmiah berdasarkan penelusuran dari mensintesis data dari basis data *Google Scholar*, dan Portal Garuda dalam kurun waktu 2020 hingga 2025. Penelusuran artikel jurnal ilmiah menggunakan kata kunci "JKN", "BPJS kesehatan", "Kendali mutu", dan "*fraud* layanan kesehatan".

Hasil: Setelah melewati penelusuran dan melalui kriteria inklusi dan eksklusi, ditemukan 11 artikel jurnal ilmiah. Hasilnya menunjukkan bahwa Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) serta panduan klinis (*Clinical pathway*), belum kuat karena kurangnya wewenang dan akses data. Di sisi lain, para pelaku kecurangan makin canggih dengan modus digital seperti *upcoding* dan *phantom billing*. Temuan lain adalah upaya pencegahan *fraud* justru sering menahan pembayaran klaim (*pending claim*). Akibatnya, arus kas rumah sakit terganggu dan pelayanan pasien jadi korbannya. Studi ini menyarankan agar sistem kendali mutu dan anti-*fraud* tidak berjalan sendiri-sendiri, melainkan disatukan dalam sistem digital yang canggih.

Kesimpulan: Kepatuhan dokter pada standar layanan (*Clinical pathway*) masih rendah dikarenakan Tim Anti-*Fraud* di RS seringkali tidak kuat karena konflik kepentingan. Pencegahan *fraud* yang kaku malah menciptakan masalah baru (*pending claim*) yang merugikan pasien.

Kata kunci : BPJS Kesehatan, *Fraud*, Jaminan Kesehatan Nasional, Kendali Mutu,

PENDAHULUAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia merupakan wujud nyata dari amanat konstitusi untuk memberikan perlindungan kesehatan yang komprehensif bagi seluruh rakyat. Diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, program ini bertujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. JKN tidak hanya berfungsi sebagai mekanisme pembiayaan, tetapi juga sebagai instrumen reformasi pelayanan kesehatan yang menuntut efisiensi dan kendali mutu yang ketat. Namun, seiring dengan perluasan cakupan kepesertaan, program ini menghadapi tantangan besar terkait keberlanjutan dana jaminan sosial akibat eskalasi biaya pelayanan kesehatan yang signifikan (Musdzalifah dkk., 2025).

JKN dalam rangka menjaga keberlangsungan program di tengah keterbatasan sumber daya, diterapkan mekanisme Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB). Mekanisme ini melibatkan peran strategis Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) yang terdiri dari organisasi profesi dan pakar klinis untuk melakukan audit medis dan utilization review. TKMKB bertugas memastikan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan sesuai dengan standar medis yang berlaku dan tidak terjadi inefisiensi. Audit medis menjadi instrumen vital untuk mendeteksi ketidaksesuaian antara kondisi klinis pasien dengan klaim yang diajukan, seperti yang ditemukan pada kasus-kasus penyakit katastropik yang menyerap biaya besar (BPJS Kesehatan, 2025).

Ancaman kecurangan (*fraud*) dalam layanan kesehatan tetap menjadi isu kritis yang menggerogoti integritas program JKN meskipun mekanisme pengendalian telah berjalan. *Fraud* didefinisikan sebagai tindakan yang disengaja untuk mendapatkan keuntungan finansial yang tidak sah dari program jaminan kesehatan, yang dapat dilakukan melalui modus upcoding, unbundling, hingga klaim fiktif. Dampak dari praktik ini sangat merugikan. Pada tahun 2023 BPJS Kesehatan mengidentifikasi potensi *fraud* dengan nilai mencapai Rp866 miliar. Kerugian ini tidak hanya membebani dana jaminan sosial, tetapi juga berpotensi menurunkan mutu layanan bagi peserta yang benar-benar membutuhkan (Probowati dkk., 2024).

Analisis mendalam mengenai implementasi pengendalian mutu dan pencegahan *fraud* pada periode 2020-2025 menjadi penting untuk dilakukan. Periode ini menandai fase krusial transisi pasca-pandemi di mana terjadi lonjakan utilisasi layanan yang drastis, seperti kenaikan biaya kasus stroke dan pneumonia yang mencapai lebih dari 50% dalam satu tahun (BPJS Kesehatan, 2025). Penelitian ini penting untuk mengevaluasi efektivitas Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) dalam memitigasi risiko *fraud* dan menutup celah inefisiensi yang ada.

METODE

Penelitian ini dilakukan dengan metode tinjauan literatur, yaitu dengan melakukan kajian dan studi terhadap artikel jurnal ilmiah berdasarkan penelusuran dari *Google Scholar* dan Portal Garuda dalam rentang waktu 1 Januari 2020 hingga 31 Desember 2025. Penelusuran artikel jurnal ilmiah menggunakan kata kunci "Jaminan Kesehatan Nasional", "*Fraud*", "kendali Mutu" dan "BPJS Kesehatan". Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis implementasi mekanisme pengendalian mutu dan pencegahan *fraud* dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia dalam periode 2020-2025. Kriteria dibuat berdasarkan PICO (population, intervention, comparasion, outcome). Kriteria inklusi penelitian ini adalah artikel yang merupakan artikel jurnal ilmiah, yang dipublikasikan,

menggunakan bahasa Indonesia dan bahasa Inggris, studi empiris atau tinjauan kebijakan yang berfokus pada implementasi JKN di Indonesia terkait mutu, TKMKB, dan *fraud* di fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL/Rumah Sakit), dan BPJS Kesehatan. Kriteria eksklusi yang digunakan adalah penelitian yang selain di Indonesia, artikel yang tidak bisa diakses full text dan artikel yang tidak berbahasa Indonesia.

HASIL

Berdasarkan penelusuran ditemukan total artikel terkait 106 artikel dimana 89 artikel didapatkan di *Google Scholar* dan di 17 artikel dari Portal Garuda. 106 artikel yang terkumpul terdapat 2 artikel yang mengalami duplikasi, 61 artikel yang masuk kriteria eksklusi, 1 artikel yang wrong outcomes, 2 artikel tidak sedia full text, 11 artikel berbeda variable, 5 artikel berbeda intervensi, 24 artikel berbeda desain studi. Didapatkan 11 artikel yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, untuk dapat di review.

Tabel I. Hasil Penelitian Terpilih

No	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Instrumen Penelitian	sampel	Desain Penelitian	Hasil Penelitian
1	Aprilia (2021)	Analisis Kompetensi Auditor Internal Terhadap Kemampuan Mencegah dan Mendeteksi Fraud Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (Studi Kasus di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta)	Kuesioner, Wawancara mendalam, Dokumentasi	4 orang (Ketua SPI dan 3 Staf SPI)	Kualitatif (Studi Kasus)	SPI RS Bethesda belum melakukan prosedur pencegahan dan pendeteksian fraud JKN secara efektif karena kompetensi belum dimanfaatkan optimal dan adanya kesenjangan kompetensi antar staf.
2	Fitra, dkk. (2025)	Analisis Pelaksanaan Program Pencegahan Fraud Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	Wawancara dan Observasi	10 orang (Peserta BPJS, Petugas BPJS, Nakes, Pengawas Obat, Kepala Puskesmas)	Kualitatif Deskriptif (Studi Kasus Prospektif)	Mayoritas informan minim pengetahuan tentang fraud. Pelaporan fraud dapat dilakukan lewat sistem pengaduan tertulis ke Tim Pencegahan Fraud. Belum ada pelatihan khusus

						terkait identifikasi fraud bagi staf.
3	Hijaa, dkk. (2025)	Analisis Potensi Fraud dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas di Kabupaten Wakatobi	Wawancara mendalam, Observasi, Dokumentasi, FGD	15 orang (Kepala Puskesmas, Pengelola JKN, Dokter, PJ unit, Pasien, Dinkes)	Kuasi Kualitatif	Potensi fraud dipengaruhi oleh tekanan target kapitasi, kesempatan karena celah pengawasan internal, rasionalisasi (pembenaran demi operasional), dan kemampuan teknis petugas dalam akses data.
4	Fatima, dkk. (2021)	Determinan Potensi Fraud Pada Program JKN Di Puskesmas Kota X	FGD, Wawancara Mendalam, Observasi, Telaah Dokumen	20 orang (Kepala Puskesmas, Petugas Pendaftaran, Pasien, Kasie Dinkes)	Kualitatif (Pendekatan Fenomenologi)	Faktor pendorong fraud: Kesempatan (kurangnya audit), Tekanan (situasional/pekerjaan), Rasionalisasi (pasien titipan, telat bayar klaim), dan Kemampuan (pelatihan tidak menyeluruh).
5	Julius Sam Tito & Kemal Nazarudin Siregar (2024)	Faktor Pemicu dan Penghambat Fraud dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional serta Strategi Pencegahannya: Sebuah Scoping Review	Panduan PRISMA	20 Artikel (Sampel literatur)	Scoping Review	Pemicu fraud meliputi ketidakpahaman sistem, ketidakpuasan tarif INA-CBGs, dan lemahnya pengawasan. Penghambat fraud meliputi pengendalian internal, SOP, dan etika. Strategi pencegahan melalui penguatan regulasi dan teknologi.
6	Yusuf, dkk. (2022)	Fraud pada Program Jaminan	Wawancara, Dokumentasi	4 orang (Ketua SPI, Sekretaris	Kualitatif (Pendekatan	Kompetensi auditor internal belum teruji

		Kesehatan Nasional Perspektif: Kompetensi Auditor Internal dengan Pendekatan Fenomenologi		SPI, Anggota Verifikator Internal, Koordinator Koding)	Fenomenologi)	kualitasnya dalam mencegah fraud JKN karena belum dimanfaatkan dengan baik. Indikasi fraud diungkap verifikator tapi belum ditindaklanjuti Tim Fraud.
7	Sari, dkk. (2022)	Implementasi Kebijakan Pencegahan Fraud Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Di Rumah Sakit Nasional Diponegoro Jawa Tengah	Wawancara mendalam	12 orang (Tim fraud, dokter, koder, petugas klaim, SPI, keuangan, pimpinan)	Kualitatif (Studi Kasus)	Implementasi kebijakan pencegahan fraud belum optimal karena koordinasi tim kurang, belum ada SOP spesifik, dan mekanisme pembagian tugas yang belum jelas.
8	Sugiarti, dkk.(2022)	Menelusuri Potensi Fraud dalam Jaminan Kesehatan Nasional melalui Rekam Medis di Rumah Sakit	Lembar Observasi (checklist), Wawancara mendalam	87 Dokumen Rekam Medis (Sampel) & Petugas tim fraud/koder (Informan)	Studi Kasus (Pendekatan Kuantitatif-Kualitatif)	Ditemukan ketidaktepatan kode diagnosis (upcoding) sebesar 31,03% dan ketidaksesuaian tarif klaim 26,44%. Penyebab utamanya adalah perbedaan aturan koding antara ICD-10 dan Berita Acara BPJS.
9	PKMK FK-KMK UGM (2020)	Optimalisasi Penerapan Kebijakan Pencegahan Kecurangan JKN Melalui Penguatan Kapasitas Tim Anti Fraud di Kabupaten Jember	Policy Brief	Tidak disebutkan spesifik	Policy Brief (Kajian Kebijakan)	Regulasi pencegahan fraud sudah ada namun belum optimal karena kapasitas tim terbatas (hanya verifikasi dokumen, belum deteksi dini). Perlu penguatan kapasitas dan monitoring dari Dinas Kesehatan.

10	Anugrah Aulia Ulil Amri, dkk. (2022)	Pendorong Dan Penghambat Potensi Fraud Jaminan Kesehatan Nasional Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Tinjauan Sistematis	Panduan PRISMA	9 Artikel (Sampel literatur)	Tinjauan Sistematis (Systematic Review)	Pendorong fraud: Tekanan finansial faskes, lemahnya regulasi, dan kurangnya sosialisasi. Penghambat fraud: Operasionalisasi kebijakan, penerapan SOP & Clinical Pathway, serta digitalisasi rekam medis.
11	Mandolaning, dkk. (2020)	Pengaruh Pengendalian Internal, Komitmen Organisasi dan Moralitas Individu Terhadap Pencegahan Kecurangan (Fraud) Provider Jaminan Kesehatan Nasional (Studi: RSUD Mohammad Noer Pamekasan)	Kuesioner dan Dokumentasi	31 orang (Dokter umum dan dokter spesialis)	Kuantitatif Deskriptif (Analisis SEM)	Pengendalian internal, komitmen organisasi, dan moralitas individu berpengaruh positif dan signifikan terhadap pencegahan fraud. Komitmen organisasi memiliki pengaruh paling dominan.

PEMBAHASAN

Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan yang komprehensif bagi seluruh penduduk. Sejak beroperasi, program ini telah meningkatkan akses layanan kesehatan secara signifikan, namun juga menghadapi tantangan besar terkait keberlanjutan pembiayaan dan efisiensi. Studi literatur menunjukkan bahwa implementasi kebijakan JKN telah berjalan dengan baik di beberapa aspek, namun masih terdapat kendala seperti masalah administrasi, kurangnya fasilitas, dan kesenjangan sumber daya manusia yang mempengaruhi kualitas layanan. Mekanisme pengendalian mutu dan pencegahan kecurangan (*fraud*) menjadi instrumen vital untuk menjaga integritas program dan mencegah kerugian Dana Jaminan Sosial (Mudzalifah dkk., 2025).

Kecurangan atau *fraud* dalam layanan kesehatan didefinisikan sebagai tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas BPJS, atau penyedia layanan untuk mendapatkan keuntungan finansial yang tidak sah. Bentuk *fraud* yang umum terjadi di fasilitas kesehatan meliputi *upcoding* (manipulasi diagnosis ke tarif lebih tinggi), *phantom billing* (klaim palsu), dan pemecahan episode pelayanan (Fitra dkk., 2025). Analisis terhadap klaim JKN menunjukkan bahwa *upcoding* sering terjadi karena adanya perbedaan interpretasi aturan

koding antara diagnosis klinis (ICD-10) dengan regulasi klaim, serta adanya motivasi untuk menutupi kesenjangan antara tarif rumah sakit dengan tarif INA-CBG yang dinilai rendah (Sugiarti dkk., 2022; Viano dkk. 2022).

Faktor pemicu terjadinya *fraud* dapat dianalisis menggunakan pendekatan teori *Fraud Triangle* (tekanan, kesempatan, rasionalisasi) hingga *Fraud Pentagon* (ditambah kompetensi dan arogansi). Tekanan finansial akibat target kapitasi atau pendapatan rumah sakit sering kali menjadi pendorong utama, sementara lemahnya sistem pengendalian internal dan audit menciptakan kesempatan bagi pelaku (Hijaa, Fachrin dan Gafur, 2025; Yusuf, Nurwanah dan Sari, 2022). Faktor kompetensi sumber daya manusia juga berperan, ketidakpahaman tenaga medis terhadap sistem diagnosis dan koding, serta kurangnya pelatihan, dapat memicu kesalahan yang berujung pada klaim yang tidak sesuai (Sam Tito dan Siregar, 2024).

Pemerintah menerapkan mekanisme Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB) untuk mengatasi tantangan tersebut. Salah satu elemen kunci dalam mekanisme ini adalah Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB), yang terdiri dari organisasi profesi dan pakar klinis. TKMKB memiliki peran strategis dalam melakukan *utilization review* dan audit medis untuk memastikan pelayanan kesehatan diberikan sesuai kebutuhan medis pasien dan standar profesi (BPJS Kesehatan, 2025). Audit medis yang dilakukan TKMKB bertujuan mendeteksi inefisiensi, seperti pada kasus pneumonia atau stroke, di mana penegakan diagnosis sering kali tidak didukung oleh bukti klinis atau pemeriksaan penunjang yang memadai (BPJS Kesehatan, 2025).

Audit medis yang dilakukan secara berkala oleh TKMKB menghasilkan rekomendasi klinis yang berfungsi sebagai acuan standar pelayanan. Sebagai contoh, rekomendasi TKMKB tahun 2025 menegaskan bahwa diagnosis stroke harus didukung dengan pemeriksaan neurologis dan *imaging* (CT Scan), serta penetapan indikasi rawat inap untuk kasus pneumonia harus didasarkan pada skor keparahan objektif seperti CURB-65 atau PSI (BPJS Kesehatan, 2025). Penerapan standar klinis yang ketat ini, termasuk penggunaan *clinical pathway* dan panduan praktik klinis, terbukti dapat menjadi penghambat potensi *fraud* dan meningkatkan mutu layanan (Sari dkk., 2022).

Efektivitasnya masih sering terkendala meskipun tim pencegahan *fraud* telah dibentuk di berbagai fasilitas kesehatan sesuai amanat regulasi. Beberapa studi menemukan bahwa tim anti-*fraud* di rumah sakit atau puskesmas belum bekerja optimal karena kurangnya pedoman teknis yang spesifik, kurangnya kompetensi auditor internal dalam mendeteksi *fraud*, serta belum terbangunnya budaya pencegahan yang kuat (Sari dkk., 2022). Seringkali, auditor internal tidak dilibatkan secara maksimal dalam sistem pencegahan *fraud* JKN, padahal kompetensi mereka sangat krusial dalam mengevaluasi tata kelola risiko (Yusuf dkk., 2022).

Strategi pencegahan yang komprehensif memerlukan pendekatan yang terintegrasi, salah satunya melalui konsep *Governance, Risk, and Compliance* (GRC). Penerapan GRC dalam program JKN menekankan pada tata kelola yang transparan, manajemen risiko yang proaktif untuk mengidentifikasi potensi *fraud*, dan kepatuhan yang ketat terhadap regulasi (Probowati dkk., 2024). Penguatan regulasi dan internalisasi prinsip GRC diharapkan dapat meminimalkan celah kecurangan dan memastikan bahwa dana jaminan sosial digunakan semata-mata untuk kepentingan peserta.

Pemanfaatan teknologi informasi juga diidentifikasi sebagai faktor penghambat *fraud* yang efektif. Digitalisasi rekam medis dan penggunaan sistem deteksi dini berbasis data klaim dapat membantu memantau pola *utilisasi* yang tidak wajar (Amri dkk., 2022). Keberhasilan teknologi ini sangat bergantung pada kualitas data yang diinput, sehingga pelatihan berkelanjutan bagi koder dan dokter mengenai standar dokumentasi medis yang lengkap (kaidah 3C: *Correct, Clear, Complete*) menjadi mutlak diperlukan (BPJS Kesehatan, 2025).

Secara keseluruhan hasil penelitian menegaskan bahwa pengendalian mutu dan pencegahan *fraud* dalam JKN adalah upaya multidimensi yang melibatkan sinergi antara regulasi, kompetensi SDM, dan pengawasan klinis. Keberadaan TKMKB dan implementasi audit medis yang ketat merupakan garda terdepan dalam menjaga keseimbangan antara efisiensi biaya dan kualitas layanan. Oleh karena itu, penguatan kapasitas tim kendali mutu, perbaikan sistem remunerasi yang adil, serta penegakan sanksi yang tegas bagi pelaku *fraud*

menjadi agenda prioritas untuk periode mendatang demi keberlangsungan program Jaminan Kesehatan Nasional.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil telaah, dapat disimpulkan bahwa bahwa *fraud* dalam JKN adalah fenomena sistemik yang berakar pada masalah struktural pembiayaan, kelemahan tata kelola, dan budaya organisasi. Meskipun kerangka regulasi telah tersedia melalui Permenkes 16/2019, implementasinya di lapangan masih belum kuat. Tim anti fraud yang dibentuk di banyak fasilitas kesehatan masih belum mampu bertindak tegas karena kendala kompetensi, waktu, dan konflik kepentingan.

Temuan mengenai dominasi tekanan finansial dalam konteks target kapitasi di Puskesmas maupun disparitas tarif INA-CBG di Rumah Sakit menunjukkan bahwa pencegahan *fraud* tidak bisa hanya mengandalkan pendekatan administratif semata. Diperlukan reformasi pada struktur insentif pembiayaan agar tidak mendorong perilaku menyimpang.

Hal yang paling menjanjikan terlihat pada upaya standarisasi klinis yang dipelopori oleh TKMKB Pusat. Penetapan parameter klinis yang objektif dan terukur sistem JKN bergerak dari subjektivitas klinis yang rawan manipulasi menuju objektivitas berbasis bukti. Langkah ini jika dikombinasikan dengan penguatan kompetensi auditor internal, digitalisasi rekam medis yang terintegrasi untuk mendeteksi anomali, dan penerapan prinsip GRC yang ketat, memiliki potensi besar untuk menutup kebocoran dana dan mengembalikan fokus pelayanan kesehatan yaitu keselamatan dan kesembuhan pasien. Integritas sistem JKN adalah prasyarat mutlak bagi terwujudnya keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

ACKNOWLEDGEMENT / PENGAKUAN

1. Ucapan terimakasih penulis ucapkan kepada keluarga yang sudah membantu proses pembuatan artikel jurnal ilmiah ini.
2. Ucapan terimakasih penulis ucapkan kepada institusi Sekolah tinggi Ilmu Kesehatan Garuda Putih.

REFERENSI

Amri, A.A.U., Nurwahyuni, A. dan Harumansyah, Y.N. (2022) 'Pendorong dan Penghambat Potensi Fraud Jaminan Kesehatan Nasional di Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Tinjauan Sistematis', *Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 7(10).

Aprilia, K.N. (2021) 'Analisis Kompetensi Auditor Internal Terhadap Kemampuan Mencegah dan Mendeteksi Fraud dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (Studi Kasus di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta)', *Artikel Jurnal Universitas Gadjah Mada*.

BPJS Kesehatan (2025) Rekomendasi Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya Tingkat Pusat atas Hasil Audit Medis Bagian 1. Jakarta: BPJS Kesehatan.

Fatimah, R.N., Misnaniarti dan Syakurah, R.A. (2021) 'Determinan Potensi Fraud pada Program JKN di Puskesmas Kota X', *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(1), hal. 46–54.

Fitra, N.H. dkk.,. (2025) 'Analisis Pelaksanaan Program Pencegahan Fraud Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)', *Jurnal Ilmiah Manusia dan Kesehatan*, 8(1), hal. 144–158.

Hijaa, L., Fachrin, S.A. dan Gafur, A. (2025) 'Analisis Potensi Fraud dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas di Kabupaten Wakatobi', *Journal of Aafiyah Health Research (JAHR)*, 6(2), hal. 359–373.

Mandolang, F., Chamariyah, dan Subijanto. (2020) 'Pengaruh Pengendalian Internal, Komitmen Organisasi dan Moralitas Individu Terhadap Pencegahan Kecurangan (Fraud) Provider Jaminan Kesehatan Nasional (Studi: Pemberi Pelayanan Kesehatan RSU Mohammad Noer Pamekasan)', *MAP (Jurnal Manajemen dan Administrasi Publik)*, 2(4), pp. 459-471.

Musdzalifah, A., Setianingrum, E.K. dan Hartono, B. (2025) 'Literatur Review: Implementasi Kebijakan Program BPJS Kesehatan di Indonesia', *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 6(1), hal. 1497–1506.

Probowati, D.P. dkk.,. (2024) 'Penguatan Regulasi dalam Pencegahan Kecurangan (Fraud) pada Program Jaminan Kesehatan Nasional: Perspektif Governance, Risk, and Compliance (GRC)', *Indonesian Research Journal on Education*, 4(4), hal. 3262–3268.

Sam Tito, J. dan Siregar, K.N. (2024) 'Faktor Pemicu dan Penghambat Fraud dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional dan Strategi Pencegahannya: Sebuah Scoping Review', *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 9(2).

Sari, A.P., Jati, S.P. dan Shaluhiah, Z. (2022) 'Implementasi Kebijakan Pencegahan Fraud dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di Rumah Sakit Nasional Diponegoro Jawa Tengah', *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 10(1), hal. 128–143.

Sugiarti, I., Masturoh, I. dan Fadly, F. (2022) 'Menelusuri Potensi Fraud dalam Jaminan Kesehatan Nasional melalui Rekam Medis di Rumah Sakit', *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 7(1), hal. 42–49.

Viano, N.C. dan Junadi, P. (2022) 'Analisis Klaim JKN Rawat Jalan di Rumah Sakit Universitas Indonesia Tahun 2022', *Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 7(10), hal. 18360–18376.

Yusuf, Z., Nurwanah, A. dan Sari, R. (2022) 'Fraud pada Program Jaminan Kesehatan Nasional Perspektif: Kompetensi Auditor Internal dengan Pendekatan Fenomenologi', *Owner: Riset & Jurnal Akuntansi*, 6(4), hal. 3652–3664.