



Department of Digital Business

Journal of Artificial Intelligence and Digital Business (RIGGS)

Homepage: <https://journal.ilmudata.co.id/index.php/RIGGS>

Vol. 4 No. 2 (2025) pp: 1316-1322

P-ISSN: 2963-9298, e-ISSN: 2963-914X

Peran Digitalisasi Dalam Pencegahan Fraud: Studi Pada Bpjs Rumah Sakit Swasta

Kukuh Pranggoro¹, Agatha Dinar Kristia Okta², Agung Wastuaji³, Rimi Gusliana Mais⁴, Uun Sunarsih⁵

^{1,2,3} Program Studi Magister Akuntansi, Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Indonesia, Jakarta

kukuhpranggoro@yahoo.com*, agathadrko@gmail.com, Awa018@gmail.com, rimi_gusliana@stei.ac.id,
uun_sunarsih@stei.ac.id

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis peran digitalisasi dalam pencegahan fraud pada proses klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit swasta. Fraud dalam layanan kesehatan, khususnya dalam sistem klaim BPJS, kerap terjadi melalui praktik seperti *upcoding*, yaitu pengisian kode diagnosis atau tindakan medis secara berlebihan guna meningkatkan pembayaran klaim. Studi ini menggunakan pendekatan kualitatif naratif melalui wawancara mendalam dengan pihak-pihak yang terlibat dalam proses klaim, seperti kepala unit casemix, coder, dan staf pemberkasan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa digitalisasi, melalui sistem INA-CBG's, rekam medis elektronik (RME), dan verifikasi identitas pasien berbasis e-KTP, memiliki peran penting dalam mendeteksi anomali dan meningkatkan akuntabilitas proses klaim. Namun, tantangan seperti keterbatasan infrastruktur teknologi, kurangnya pelatihan SDM, dan lemahnya pengawasan internal masih menjadi hambatan signifikan dalam pencegahan fraud. Oleh karena itu, sinergi antara BPJS Kesehatan, rumah sakit, dan pemangku kepentingan lainnya sangat diperlukan untuk mengoptimalkan implementasi sistem digital yang transparan dan efektif dalam mengurangi risiko fraud.

Keywords : Digitalisasi, Fraud, BPJS Kesehatan, Rumah Sakit Swasta, INA-CBG's, Upcoding, Pengendalian Internal.

1. Latar Belakang

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai lembaga khusus. Program ini mulai diberlakukan secara resmi oleh pemerintah pusat sejak 1 Januari 2014. JKN menggunakan sistem asuransi kesehatan dengan pembayaran klaim yang mengikuti tarif standar yang telah ditetapkan oleh pemerintah. Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021, pembayaran klaim JKN dilakukan melalui aplikasi INA-CBGs yang mengatur pengajuan dan pembayaran klaim layanan kesehatan. Sistem INA-CBG menghitung tarif berdasarkan data biaya dan kode rumah sakit, serta menyesuaikan tarif dengan klasifikasi penyakit internasional (ICD) untuk seluruh layanan kesehatan yang diterima pasien hingga sembuh atau selama masa perawatan di rumah sakit (Agiwahyuantu *et al.*, 2020).

ICW menyoroti kurangnya transparansi pengelolaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh BPJS Kesehatan, yang berdampak pada ketimpangan distribusi alat kesehatan selama pandemi Covid-19. Pandemi Covid-19 menciptakan peluang besar bagi terjadinya fraud, dengan lebih dari setengah organisasi melaporkan peningkatan kasus penipuan sejak awal pandemi. Untuk menjaga efektivitas dan keberlanjutan program JKN, diperlukan pengendalian mutu dan biaya yang ketat. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 mengatur definisi dan penanganan kecurangan (fraud) dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (Yusuf *et al.*, 2022).

BPJS Kesehatan bertanggung jawab menjalankan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mulai diterapkan sejak 1 Januari 2014. Universal Health Coverage menjadi bagian dari target Sustainable Development Goals pada tahun 2030. Kecurangan dalam pembiayaan jaminan kesehatan diduga menambah beban biaya pelayanan kesehatan. Definisi kecurangan dalam jaminan kesehatan adalah tindakan memperoleh manfaat layanan kesehatan secara tidak sah atau tidak wajar. Pada tahun 2019, pemerintah mengeluarkan

Permenkes No. 16 tahun 2019 yang mengatur pencegahan dan penanganan kecurangan serta sanksi administratif, namun pelaksanaan aturan ini masih stagnan dan perlu penguatan tim pencegahan kecurangan (Anjayani, 2021; Fadliana *et al.*, 2023).

Di era globalisasi saat ini, masalah kecurangan (fraud) masih sering terjadi baik di negara maju maupun berkembang. Fraud memberikan dampak negatif yang besar dan menyebabkan kerugian pada berbagai organisasi bisnis. Setiap jenis usaha memiliki risiko terjadinya kecurangan, mulai dari penggelapan dana, penyalahgunaan aset, penipuan pengadaan barang dan jasa, hingga praktik kecurangan akuntansi yang bisa berujung pada korupsi. Pelaku fraud bisa berasal dari dalam maupun luar perusahaan, dan tindakan ini berpotensi menyebabkan kerugian finansial besar, kebangkrutan, delisting di bursa efek, serta hilangnya kepercayaan publik. Oleh karena itu, perusahaan harus menerapkan sistem pengawasan yang efektif sebagai langkah pencegahan agar fraud tidak terjadi. Pencegahan kecurangan sangat penting agar organisasi dapat mengidentifikasi dan mengantisipasi risiko fraud sejak dini, sehingga kerugian dan kerusakan reputasi dapat diminimalkan (Astuti *et al.*, 2024; Wahyuni *et al.*, 2021).

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang melibatkan dokter, perawat, dan tenaga ahli lainnya, serta merupakan industri yang padat karya dan padat modal. Karakteristik padat karya terlihat dari banyaknya tenaga kerja yang terlibat, sedangkan padat modal tercermin dari nilai tinggi peralatan medis dan persediaan yang berputar cepat. Proses pengadaan barang dan jasa di rumah sakit rentan terhadap kecurangan yang dapat menyebabkan kerugian besar baik dari segi kuantitas, kualitas, maupun biaya. Oleh karena itu, pengelolaan rumah sakit harus dilakukan secara transparan, akuntabel, dan bertanggung jawab agar kinerja keuangan sesuai visi dan misi dapat tercapai. Namun, kurangnya instrumen organisasi dan komitmen yang memadai sering menimbulkan penyimpangan dan korupsi, sehingga fraud menjadi masalah umum di rumah sakit (Rosyida, 2018).

BPJS Kesehatan menghadapi berbagai kendala dalam pelaksanaan program JKN, salah satunya adalah pencegahan potensi fraud yang dapat menyebabkan kerugian negara. Fraud di bidang kesehatan berpotensi menimbulkan kerugian signifikan, seperti yang ditunjukkan oleh data FBI di Amerika Serikat dengan potensi kerugian 3-10% dari dana yang dikelola, serta data dari University of Portsmouth dan Afrika Selatan yang menunjukkan angka serupa dalam persentase dan nominal kerugian. Dampak fraud tidak hanya merugikan secara finansial tetapi juga menurunkan mutu layanan klinis dan mengancam keselamatan pasien, serta merusak citra pelaku fraud. Di Amerika Serikat, pelaku fraud dikenakan sanksi pidana dan administrasi, sementara di Indonesia sanksi yang diterapkan meliputi pemutusan kerja sama dan denda. Upaya pencegahan fraud oleh BPJS Kesehatan meliputi penguatan pengendalian internal, penggunaan teknologi informasi, pembentukan tim anti-fraud, serta edukasi dan sosialisasi kepada semua pihak terkait dalam program JKN (Sari *et al.*, 2022; Djasri *et al.*, 2016).

Seiring dengan pesatnya perkembangan teknologi, digitalisasi mendorong industri asuransi kesehatan untuk terus berinovasi dan beradaptasi dengan solusi digital terkini. Sebelumnya, proses asuransi masih konvensional dan memakan waktu karena bergantung pada dokumen fisik serta prosedur manual. Namun, dengan kemajuan kecerdasan buatan, big data, dan blockchain, perusahaan asuransi kini mampu meningkatkan efisiensi operasional, mempercepat layanan, dan memperkuat daya saing. Digitalisasi juga membantu mengurangi biaya administrasi, menyempurnakan analisis risiko, serta memberikan pengalaman pelanggan yang lebih cepat, transparan, dan mudah diakses. Meski demikian, tantangan besar seperti penipuan klaim dan ketidakseimbangan premi dan manfaat tetap mengancam industri asuransi kesehatan swasta di Indonesia. Data dari AAUI menunjukkan peningkatan premi dan klaim yang signifikan, yang membuka peluang terjadinya fraud dan memperumit upaya perusahaan dalam menjaga kepercayaan dan kelangsungan operasional. Faktor sosial dan budaya yang mengedepankan konsumtivisme, serta motif pelaku yang mencari pembenaran atas tindakan curangnya, turut memperparah potensi kecurangan, sehingga pemerintah telah mengeluarkan regulasi untuk pencegahan fraud, meskipun implementasinya masih perlu ditingkatkan (Kadeli *et al.*, 2024; Jaeni & Astuti, 2024; El Tsana *et al.*, 2025).

Fenomena tingginya kasus fraud dalam klaim layanan kesehatan di rumah sakit swasta menunjukkan tantangan besar dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), sementara idealnya digitalisasi diharapkan mampu meningkatkan transparansi dan efektivitas pencegahan kecurangan tersebut. Namun, realitas di lapangan masih memperlihatkan adanya praktik fraud yang merugikan negara dan menurunkan kualitas layanan kesehatan, sehingga peran digitalisasi menjadi krusial sebagai solusi strategis. Implementasi sistem digital seperti Rekam Medis Elektronik (RME) dan aplikasi anti-fraud telah mulai diterapkan untuk mempercepat verifikasi klaim dan mendeteksi anomali secara lebih akurat. Meski demikian, upaya ini memerlukan kolaborasi yang kuat antara BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, dan instansi pengawas agar pencegahan fraud dapat berjalan optimal.

Berdasarkan uraian di atas, bagaimanakah fraud dapat terjadi di rumah sakit dan bagaimana cara mendeteksinya? Maka tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis peran digitalisasi dalam pencegahan

fraud pada BPJS di rumah sakit swasta. Penelitian ini bermaksud untuk mengidentifikasi bagaimana sistem digital yang diterapkan dapat mendeteksi dan mencegah kecurangan dalam proses klaim layanan kesehatan. Selain itu, penelitian ini ingin mengevaluasi efektivitas teknologi digital dalam memperkuat pengawasan dan audit klaim BPJS di rumah sakit swasta. Penelitian juga bertujuan mengungkap hambatan dan tantangan yang dihadapi dalam implementasi digitalisasi pencegahan fraud. Dengan demikian, hasil penelitian diharapkan dapat memberikan rekomendasi strategis untuk meningkatkan sistem pencegahan fraud berbasis digital pada BPJS rumah sakit swasta.

Manfaat penelitian ini adalah memberikan pemahaman mendalam tentang peran digitalisasi dalam mencegah fraud pada BPJS di rumah sakit swasta. Penelitian ini dapat membantu meningkatkan efektivitas sistem pengawasan dan deteksi kecurangan melalui teknologi digital. Selain itu, hasil penelitian diharapkan menjadi acuan bagi rumah sakit dan BPJS dalam mengoptimalkan penerapan sistem digital anti-fraud. Penelitian ini juga memberikan rekomendasi strategis untuk mengatasi kendala dalam implementasi digitalisasi pencegahan fraud. Dengan demikian, penelitian ini berkontribusi pada peningkatan transparansi, akuntabilitas, dan keberlanjutan program JKN di Indonesia

2. Metode Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada sebuah rumah sakit di Jakarta Timur, dimana subjeknya adalah pengguna fasilitas BPJS kesehatan. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif naratif, yang bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman individu secara mendalam melalui cerita yang mereka sampaikan. Narasi yang dikumpulkan akan dianalisis dengan pendekatan interpretatif untuk mengidentifikasi tema-tema utama yang muncul dalam pengalaman mereka.

Subjek penelitian dalam studi ini dipilih berdasarkan pengalaman narasumber dan diundang untuk berbagi kisah mereka. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam yang bersifat semi-terstruktur, yang memungkinkan fleksibilitas dalam mengeksplorasi aspek-aspek penting yang muncul selama sesi wawancara. Setiap wawancara direkam dan kemudian ditranskripsi untuk dianalisis secara sistematis. Peneliti menggunakan metode analisis tematik naratif, di mana cerita yang diungkapkan oleh partisipan akan dikategorikan berdasarkan struktur naratif, tema, dan pola yang muncul dalam perjalanan pengalaman mereka.

Proses Analisis Data

Dalam analisis data, penelitian ini mengacu pada tahapan utama dalam metode naratif, yaitu:

1. Pengorganisasian cerita: Mengumpulkan dan menyusun data dalam bentuk kronologis untuk memahami urutan kejadian dalam pengalaman individu.
2. Pola dan tema utama: Mengidentifikasi tema-tema yang berulang dan bagaimana makna dibentuk dalam pengalaman partisipan.
3. Interpretasi naratif: Menganalisis bagaimana cerita yang disampaikan mencerminkan konstruksi sosial, emosi, serta dinamika individu dan lingkungan mereka. Dalam penelitian ini, penulis menggunakan metode wawancara dengan pengguna aplikasi berbasis digital dan penulis juga mencari dokumen publikasi terkait dengan peran digitalisasi dalam pencegahan fraud. Adapun kata kunci yang digunakan dalam pencarian meliputi digital, fraud, blockchain, AI, dan blockchain. Jumlah publikasi yang digunakan berjumlah 15 artikel riset yang bertopik teknologi digitalisasi untuk pencegahan fraud. Penulis memilih 15 jurnal lima tahun terakhir yaitu tahun 2021- 2025 yang dipakai sebagai pembanding berstandar sinta.

No	Jabatan	Tugas
1	Kepala Unit Casemix	<ul style="list-style-type: none">- Mengirimkan data TXT data klaim kepada verifikator BPJS melalui email- Mengambil berkas klaim dari petugas verifikator BPJS jika terdapat revisi- Memberikan berkas klaim yang akan direvisi kepada coder- Membuat laporan berupa, jumlah berkas yang sudah di coding dan di verifikasi, rekapitulasi berkas klaim yang tidak tertagihkan, rekapitulasi besaran piutang
2	Coder	<ul style="list-style-type: none">- Menerima berkas billing dari pemberkasan casemix- Melakukan input data dan pelayanan dalam program INA CBG's- Melakukan input diagnosa primer dan sekunder kedalam program INA CBG's menggunakan kode ICD sesuai dengan diagnosa ICD-10

		<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan konsultasi dan meminta resume kepada DPJP apabila ditemukan diagnosa atau tindakan dokter yang tidak sesuai dengan terapi
3	Pemberkasan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengambil berkas billing pasien dari bagian kasir (kartu BPJS, KIS, atau ASKES, KTP, print out SEP, Resep obat apotik, billing pasien) - Mencari berkas resume medis sesuai dengan berkas billing - Meminta berkas penunjang (radiologi, rongent, atau USG)

3. Hasil Dan Diskusi

Berdasarkan hasil dari wawancara dengan kepala unit casemix yang bertanggungjawab terhadap proses penagihan, dikatakan bahwa fraud ada lah kecurangan maupun penipuan yang terjadi dirumah sakit terjadi karena kesalahan baik sengaja maupun tidak sengaja yang dilakukan oleh banyak stase di rumah sakit. Kepala unit casemix menjelaskan bahwa fraud dapat terjadi saat pasien datang dari administasi, poli, UGD, dan aktivitas penunjang layanan kesehatan lainnya.

"Fraud merupakan kesalahan atau kecurangan, untuk di rumah sakit sendiri fraud dapat terjadi saat pasien datang di awal, misalnya saat di bagian administrasi pendaftaran, poli klinik, UGD, radiologi, dan stase penunjang kesehatan lainnya. "

Kepala unit menjelaskan juga bahwa fraud yang terjadi dalam sistem BPJS banyak faktor pemicunya. Fraud terjadi dikarenakan masih kurangnya pemahaman terhadap sistem coding. Penyebab utama fraud adalah ketidaksesuaian pengkodean diagnosis dengan pedoman BPJS Kesehatan. Hal ini dikarenakan kurangnya pemahaman tenaga medis dalam penafsiran antara verifikator, koder dan Dokter Penanggung Jawab (DPJP). Hal ini dapat menyebabkan fraud dalam BPJS Kesehatan yang disebut *upcoding* (jelaskan terjadinya upcoding ditekan dengan apa ?) yang berarti penulisan kode diagnosis yang berlebihan, yang dilakukan dengan cara mengubah kode diagnosa atau prosedur menjadi kode yang memiliki tarif lebih tinggi dari jasa yang diberikan seharusnya.

" Kalau saya kan di casemix, nah casemix kan hanya terima berkas dari bawah (bagian administrasi, poli, rekam medis, rongtent, pelayanan penunjang lainnya) jadi saya melakukan koreksi terlebih dahulu sebelum saya berikan ke coder untuk prses penagihan.. Jika ada yang kurang pas dalam berkasnya saya konfirmasi ke bagian terkait untuk memastikan apakah benar tindakan yang telah dilakukan seperti yang tertera di billing dan resume medis pasien BPJS"

Menurut *coder* dari hasil wawancara yang paling sering terjadi kesalahan dalam proses penagihan atau pengklaiman adalah *upcoding*. *Upcoding* terjadi karena beberapa faktor termasuk kurangnya kompetensi sumber daya manusia (SDM), kesalahan persepsi pada diagnosis oleh koder, serta jumlah berkas yang menumpuk. Faktor-faktor ini menyebabkan dampak negatif seperti meningkatnya biaya klaim dan beban biaya pelayanan kesehatan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan. Hal ini biasanya disebabkan juga karena tarif INA-CBGs yang rendah dianggap tidak mencukupi kebutuhan operasional fasilitas kesehatan, sehingga memicu praktik penipuan seperti pengajuan klaim yang lebih besar. *Upcoding* ini dapat terjadi karena tidak jelasnya resum medis pasien dari bagian rekam medis sehingga menyulitkan bagian casemix dalam proses pengklaiman BPJS Kesehatan.

"Kalau bagian coding cek semua berkas pasien dari administrasi, lalu kita input ke sistem INA-CBG's untuk menetapkan tarif paket layanan secara terstandarisasi. Untuk tahap itu coder butuh berkas seperti billing tindakan pasien, SEP, dan resume medis. Kalau salah satunya tidak lengkap kita coder ngga bisa proses. Fraud itu ga Cuma dari pihak casemix aja, tapi bisa juga dari awal pasien masuk, IGD, pelayanan penunjang misalnya laboratorium atau rongent. Kalau kesalahan dari coder itu terjadi karena SDM kita yang masih kurang memadai, kurang paham sistem INA-CBG's, dan biasanya juga ada tekanan dari pihak manajemen yang bisa dibbilang pelayanan yang kita udah kasih belum menutupi biaya operasional"

Menurut karyawan bagian pemberkasan dalam proses penagihan BPJS Kesehatan berkas pasien harus lengkap yang terdiri dari SEP BPJS Kesehatan, billing, dan juga resume medis. Jika tidak ada satu maka proses pengklaiman tidak bisa dilakukan. Hal ini dinyatakan juga bahwa bukan hanya dari bagian casemix sebagai operator pengklaiman BPJS kesehatan yang dapat melakukan fraud. Namun fraud dapat terjad saat awal pelanan pasien di rumah sakit. Berdasarkan hasil wawancara dengan bagian pemberkasan, fraud dapat terjadi dari awal pasiem masuk saat proses administrasi atau pendaftaran. Bagian administrasi bisa menulis kode ICD atau kode diagnosa pada SEP pasien dengan melebihi lebihkan diagnosa dengan tujuan biaya pengklaiman bisa lebih tinggi. Stase lain pun juga demikian, bagian keperawatan baik inap maupun jalan dapat memasukan jasa jasa penunjang yang seharusnya tidak diperlukan, seperti memasukan jasa penunjang laboratorium atau rongtent. Stase IGD dan rawat inap bisa melakukan fraud dengan cara memperlambat supaya pasien lebih lama di rumah sakit sehingga

billing rawat inap menjadi lebih banyak dari yang seharusnya. Bahkan dokter bisa meresepkan obat-obatan yang seharusnya tidak perlu diresepkan. Kecurangan dapat terjadi melalui diagnosis yang tidak sesuai, dimana DPJP tidak mencatat kondisi pasien secara akurat. Termasuk juga penundaan pengujian laboratorium atau rontgen guna memperpanjang masa rawat inap pasien (Length of Stay/LoS). Kecurangan ini dinamakan dengan *prolonged of stay* yang dapat menyebabkan klaim atas biaya pelayanan yang lebih besar akibat dari perubahan lama hari perawatan rawat inap yang tidak sesuai dengan ketentuan.

"Jika kita bicara kecurangan mah ada aja mbak, ga Cuma bagian casemix aja yang bisa melakukan upcoding. Tapi stase lain aja bisa, bahkan bisa mulai dari waktu pasien mendaftar. Paling gong (fraud terparah) kalo mosa DPJP bikin resep atau masukin jasa-jasa penunjang yang tidak seharusnya dilakukan.

Faktor lain terjadinya fraud menurut kepala casemix karena dalam proses pengkaiman BPJS Kesehatan yang kompleks dan banyak prosedur dan masih kurangnya supervisi dan pengawasan pengendalian internal. Manajemen kurang optimal dalam melakukan pengawasan sehingga sapat menciptakan celah bagi para pelaku fraud. Keterbatasan sumber daya dan pelatihan yang masih kurang sehingga tidak cukup memadai untuk pengkodean sehingga berpotensi terjadinya kesalahan atau fraud.

"Sekarang rumah sakit kita masih kekurangan orang dan sumber dayanya terbatas, karena juga sebelumnya tidak ada kaya pelatihan gitu. Manajemen pusat juga belum melakukan kontrol secara rutin"

Menurut kepala bagian casemix sistem INA-CBG's bisa mendeteksi terjadinya *upcoding*, jika SEP pasien ada kode diagnose yang tidak wajar seperti kode diagnosa yang berlebihan atau DPJP menuliskan kode diagnose penyakit langka maka akan ada peringatan. Saat ini rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dapat melakukan verifikasi dengan cara semua pasien yang jaminan BPJS Kesehatan harus melakukan sidik jari dengan e-KTP yang terintegrasi. Sistem BPJS Kesehatan dapat melihat riwayat pengobatan pasien. Jika ada pasien yang menggunakan BPJS secara bergantian oleh banyak orang maka sistem akan otomatis aksennya akan terblokir dan non aktif.

"Sekarang kalo fraud bisa keteteksi di sistemnya, misal ada kode diagnosa yang ngga wajar itu ada warningnya, atau misal ada pasien rawat inap tapi tidak sesuai dengan peraturan BPJS dan obat maupun ada obat atau jasa yang dituliskan di billing tapi tidak di catat itu bakal ketahuan. Sekarang juga semua pasien yang pakai jaminan BPJS Kesehatan harus verifikasi dulu data dirinya karena itu bisa muncul semua histori mereka berobat. Jadi bakal ketahuan kalo ada upcoding"

Menurut kepala bagian casemix dalam wawancara, sistem BPJS Kesehatan terdapat dua transaksi yaitu *transaction invoke* yaitu, Dimana rumah sakit dapat mengajukan proses klaim kepada BPJS Kesehatan. Sistem ini dalam proses pengklaiman BPJS Kesehatan merujuk pada mekanisme pemanggilan atau pelaksanaan transaksi yang berkaitan dengan pengajuan klaim. Proses ini melibatkan beberapa langkah, seperti pengumpulan data klaim, verifikasi, dan pengolahan informasi untuk memastikan bahwa klaim yang diajukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Dalam konteks BPJS Kesehatan, *Transaction Invoke* memastikan bahwa setiap klaim yang diajukan oleh peserta atau fasilitas kesehatan diproses dengan akurat dan efisien, sehingga peserta dapat menerima manfaat kesehatan yang tepat. *Invoice Verified* dalam proses klaim BPJS Kesehatan adalah tahap di mana tagihan atau invoice yang diajukan oleh fasilitas kesehatan (seperti rumah sakit atau klinik) untuk layanan kesehatan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan diperiksa dan diverifikasi oleh pihak BPJS Kesehatan. Proses ini penting untuk memastikan bahwa klaim yang diajukan sesuai dengan ketentuan dan prosedur yang berlaku. Prosesnya, setelah rumah sakit menerima layanan kesehatan, fasilitas kesehatan akan membuat invoice yang mencakup semua biaya yang terkait dengan layanan tersebut. Invoice ini kemudian diajukan ke BPJS Kesehatan untuk proses klaim. BPJS Kesehatan menerima invoice yang diajukan oleh fasilitas kesehatan. Invoice ini biasanya mencakup rincian layanan yang diberikan, biaya, dan informasi peserta. Pada tahap ini, BPJS Kesehatan akan memeriksa dan memverifikasi informasi yang terdapat dalam invoice. Data yang diverifikasi adalah kesesuaian layanan, kepatuhan terhadap prosedur, dan kelayakan peserta. Setelah proses verifikasi selesai, BPJS Kesehatan akan mengambil keputusan apakah klaim tersebut disetujui atau ditolak. Jika disetujui, BPJS Kesehatan akan memproses pembayaran kepada fasilitas kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Invoice verified ini guna mencegah penipuan dan penyalahgunaan dalam pengajuan klaim, sehingga dana BPJS Kesehatan digunakan dengan tepat. Dengan memverifikasi invoice, BPJS Kesehatan dapat memastikan bahwa peserta menerima layanan yang sesuai dan berkualitas. Proses ini juga meningkatkan transparansi dan akuntabilitas dalam pengelolaan klaim, baik untuk peserta maupun fasilitas kesehatan.

4. Kesimpulan

Penelitian ini menunjukkan bahwa fraud atau kecurangan dalam sistem klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit swasta merupakan permasalahan yang serius dan kompleks. Kecurangan dapat terjadi di berbagai titik layanan kesehatan, mulai dari tahap awal administrasi pendaftaran pasien, pelayanan di poliklinik, instalasi gawat darurat, hingga pada proses pengkodean dan pengajuan klaim. Bentuk fraud yang paling umum terjadi adalah *upcoding*,

yaitu pengisian kode diagnosis atau tindakan medis yang dilebih-lebihkan agar mendapatkan pembayaran klaim yang lebih tinggi. Hal ini dipicu oleh beberapa faktor seperti kurangnya pemahaman terhadap sistem INA-CBG's, rendahnya kompetensi SDM dalam pengkodean, tekanan manajerial terhadap pembiayaan operasional, dan lemahnya sistem pengawasan internal. Dalam konteks ini, digitalisasi terbukti memainkan peran penting dalam memperkuat pengendalian internal dan memperkecil ruang terjadinya fraud. Melalui implementasi sistem digital seperti aplikasi INA-CBG's, rekam medis elektronik (RME), serta sistem verifikasi identitas pasien dengan e-KTP, proses klaim dapat dilakukan dengan lebih transparan, efisien, dan akuntabel. Sistem digital mampu mendeteksi kejanggalan atau anomali dalam klaim, seperti penggunaan kode diagnosis langka atau tidak sesuai, serta praktik pemanjangan masa rawat inap (prolonged length of stay) yang tidak beralasan. Selain itu, penerapan teknologi berbasis kecerdasan buatan (AI) dan blockchain juga membuka peluang lebih besar dalam melakukan deteksi dini terhadap pola-pola fraud secara otomatis. Namun, meskipun digitalisasi memberikan solusi signifikan, implementasinya masih menghadapi berbagai tantangan. Di antaranya adalah keterbatasan infrastruktur teknologi di rumah sakit, kurangnya pelatihan terhadap tenaga medis dan administratif, serta resistensi dari pihak-pihak yang selama ini diuntungkan oleh sistem yang tidak transparan. Oleh karena itu, diperlukan komitmen dan kerja sama yang kuat antara BPJS Kesehatan, rumah sakit, regulator, serta seluruh pemangku kepentingan lainnya untuk membangun sistem pencegahan fraud yang lebih efektif dan berkelanjutan. Secara keseluruhan, hasil penelitian ini menegaskan bahwa digitalisasi bukan hanya alat bantu teknis, tetapi merupakan strategi penting dalam mewujudkan tata kelola layanan kesehatan yang lebih bersih, efisien, dan terpercaya. Dengan mengoptimalkan pemanfaatan teknologi dan memperkuat sinergi antar pihak terkait, program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diharapkan dapat berjalan secara lebih transparan, adil, dan berkelanjutan untuk seluruh masyarakat Indonesia.

Referensi

- Agusta, D. S. (2020). Pengaruh Audit Internal dan Pencegahan Fraud terhadap Kinerja Keuangan : Studi Pada PT. Jasa Raharja (Persero) Cabang Sukabumi. *Jurnal Mahasiswa Akuntansi*, 1(3).
- Akbar, G. A., Rosisi, & Wuryan, A. (2019). Pengaruh Implementasi E-Procurement dan Sistem Pengendalian Internal Pemerintah terhadap Pencegahan Fraud Pengadaan Barang/Jasa dengan Budaya Etis Organisasi sebagai Pemoderasi. *Jurnal Economia*, 15(1).
- Bangun, D. F. B., Hulu, Y. Y. H., Laia, M., Handayani, P., Rezeki, S. I., Pangga, I. D., & Aliah, N. (2024). Peran Audit Internal Dalam Upaya Pencegahan Fraud. *Jurnal Bisnis Mahasiswa*, 4(1).
- Domili, A. R., & Urumsah, D. (2022). Model konseptual peran kecerdasan spiritual, akhlak pemimpin dan budaya organisasi terhadap pencegahan fraud. *Ncaf*, 4(2018).
- Faroichi, M. F. F., & Nugroho, A. H. D. (2022b). Pengaruh Pengendalian Internal dan Good Corporate Governance terhadap Pencegahan Fraud. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Sains Dan Humaniora*, 6(1). <https://doi.org/10.23887/jppsh.v6i1.46071>
- Fitriyani, W., & Sinaga, I. (2022). Pengaruh Pengendalian Internal dan Good Governance terhadap Pencegahan Fraud Dana Bansos COVID-19 di BPKAD Pringsewu. *Prosiding National Seminar on Accounting, Finance, and Economics (NSAFE)*, 1(10).
- Kivaayatul Akhyaar, Anissa Hakim Purwantini, & Naufal Afif. (2022). PENGARUH KEPATUHAN PELAPORAN KEUANGAN, SISTEM PENGENDALIAN INTERNAL DAN WHISTLEBLOWING SYSTEM TERHADAP PENCEGAHAN FRAUD PENGELOLAAN DANA DESA. *KRISNA: Kumpulan Riset Akuntansi*, 13(2).
- Kuntadi, C., Meilani, A., & Velayati, E. (2023). Pengaruh Penerapan Sistem Pengendalian Internal, Kompetensi Sumber Daya Manusia, dan Moralitas Individu Terhadap Pencegahan Fraud. *Jurnal Ekonomi Manajemen Sistem Informasi*, 4(4).
- Lestari, I. P., Widayanti, & Sukanto, E. (2019). Penerapan Akuntansi Forensik, Audit Investigatif, Efektivitas Whistleblowing System dan Pencegahan Fraud pada Kantor Perwakilan BPKP Provinsi Jawa Tengah. *Prosiding Mahasiswa Seminar Nasional Unimus*, 2.
- Tama, I. F., Wijaya, A. L., & Nurhayati, P. (2022). Pengaruh Whistleblowing System, Peran Pengendalian Internal, Dan Budaya Organisasi Terhadap Pencegahan Fraud Pada Rumah Sakit Rujukan Pasien Covid-19 Kota Madiun. *Seminar Inovasi Manajemen Bisnis Dan Akuntansi* 4, 4(1).
- Widyawati, N. P. A., Sujana, E., & Yuniarta, G. A. (2019). Pengaruh Kompetensi Sumber Daya Manusia, Whistle Blowing System, dan Sistem Pengendalian Internal Terhadap Pencegahan Fraud dalam Pengelolaan Dana Bumdes. *JIMAT (Jurnal Ilmiah Mahasiswa Akuntansi)*, 10(3).
- ACFE. (2020). Report to the Nations: 2020 Global Study on Occupational Fraud and Abuse. <https://www.acfe.com/report-to-the-nations/2020>

- Fitriyani, D., & Prastiwi, A. (2022). Digitalisasi dan Pengendalian Fraud di Instansi Pemerintah. *Jurnal Tata Kelola & Akuntabilitas Keuangan Negara*, 8(1), 23–34. <https://doi.org/10.33830/jtkakn.v8i1.3652>
- Widiyastuti, D., & Sukmaningrum, R. (2023). Kesiapan Pemerintah Daerah Dalam Implementasi Sistem Informasi Akuntansi Berbasis Digital. *Jurnal Akuntansi dan Keuangan Daerah*, 15(2), 41–53. <https://jurnal.unpad.ac.id/jakd/article/view/45632>
- Wahyuni, R., & Indriani, R. (2021). Risiko Keamanan Siber dalam Sistem Informasi Keuangan Pemerintah. *Jurnal Ilmiah Akuntansi dan Keuangan*, 10(2), 95–108. <https://ejournal.stiesia.ac.id/index.php/jrak/article/view/1453>
- Prasetyo, A., & Wicaksono, A. (2020). Tantangan Transformasi Digital di Sektor Publik: Antara Teknologi dan Budaya Organisasi. *Jurnal Administrasi Publik*, 16(1), 11–22. <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jap/article/view/30184>
- Susanto, A., & Meiryani. (2021). The Role of Information Technology in Fraud Prevention and Detection in Public Sector. *Jurnal Ilmiah Akuntansi dan Bisnis*, 16(2), 124–135. <https://doi.org/10.24843/JIAB.2021.v16.i02.p02>
- Kurniawan, R., Arifin, Z., & Puspitasari, D. (2020). The Effectiveness of Digital-Based Internal Control to Prevent Fraud in Government Sector. *Jurnal Akuntansi dan Keuangan Indonesia*, 17(1), 51–64. <https://doi.org/10.21002/jaki.2020.04>
- Yuliani, D., & Hidayat, R. (2022). Digital Transformation and Fraud Risk Reduction in Indonesian Local Governments. *Journal of Government and Public Policy*, 9(1), 77–89. <https://journal.unesa.ac.id/index.php/jgpp/article/view/11224>
- Sari, L. P., & Wulandari, D. (2022). Evaluasi Implementasi Sistem Informasi Akuntansi Pemerintah dalam Mencegah Fraud. *Jurnal Akuntansi dan Keuangan Publik*, 13(1), 45–59. <https://doi.org/10.31294/jakp.v13i1.13452>
- Rizky, M. R., & Ramadhani, D. (2021). Peran Digitalisasi dalam Pencegahan Fraud di Sektor Pemerintahan. *Jurnal Transformasi Administrasi*, 11(2), 88–101. <https://ejournal.ipdn.ac.id/JTA/article/view/9321>