

Efektivitas Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 dalam Penanganan *Fraud* Program Jaminan Kesehatan Nasional pada BPJS Kesehatan Cabang Serang

Mohammad Juanda^{1*}, Eva Johan², Ikomatussuniah³

^{1,2,3}Program Studi Magister Hukum, Universitas Sultan Ageng Tirtayasa
Mohammad.juanda@bpjs-kesehatan.go.id*



e-ISSN: 2987-811X

MARAS: Jurnal Penelitian Multidisiplin

<https://ejournal.lumbungpare.org/index.php/maras>

Vol. 4 No. 2 Juni 2026

Page: 665-677

Article History:

Received: 30-05-2026

Accepted: 15-06-2026

Abstrak : Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan instrumen penting dalam mewujudkan perlindungan kesehatan masyarakat di Indonesia. Namun, pelaksanaannya masih menghadapi permasalahan berupa praktik kecurangan (*fraud*) yang berpotensi menimbulkan kerugian keuangan negara dan mengganggu keberlanjutan program. Untuk mengatasi permasalahan tersebut, pemerintah menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administratif dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 serta efektivitas penanganan *fraud* Program JKN pada BPJS Kesehatan Cabang Serang. Penelitian menggunakan metode hukum normatif-empiris dengan pendekatan yuridis-sosiologis. Data diperoleh melalui studi kepustakaan, dokumentasi, dan wawancara dengan pihak BPJS Kesehatan serta pemangku kepentingan terkait. Analisis data dilakukan secara kualitatif menggunakan teori efektivitas hukum Soerjono Soekanto dan Lawrence M. Friedman serta teori *Fraud Triangle* dan *Fraud Diamond*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan Cabang Serang telah mengimplementasikan Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 melalui pembentukan Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan, penerapan sistem deteksi dini, audit klaim, dan koordinasi dengan fasilitas kesehatan mitra. Namun, efektivitas implementasinya belum optimal karena masih terdapat keterbatasan sumber daya manusia, belum meratanya kepatuhan fasilitas kesehatan, belum adanya regulasi teknis di tingkat daerah, serta rendahnya efektivitas pemulihan kerugian akibat *fraud*.

Kata Kunci : JKN; BPJS Kesehatan; Permenkes Nomor 16 Tahun 2019; *Fraud* JKN; Efektivitas Penanganan *Fraud*

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak asasi manusia yang dijamin oleh negara sebagaimana diatur dalam Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Sebagai bentuk implementasi tanggung jawab negara dalam pemenuhan hak kesehatan, pemerintah menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mulai berlaku sejak tahun 2014 dan dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Program JKN dirancang untuk mewujudkan cakupan kesehatan semesta (*universal health coverage*) melalui penyediaan akses pelayanan kesehatan yang adil, merata, dan terjangkau bagi seluruh masyarakat Indonesia (Thabrany, 2021).

Seiring meningkatnya cakupan kepesertaan dan besarnya dana yang dikelola, Program JKN menghadapi berbagai tantangan dalam aspek tata kelola dan pengawasan, salah satunya adalah praktik kecurangan (*fraud*) dalam pelayanan kesehatan. *Fraud* dalam sistem jaminan kesehatan merupakan tindakan yang dilakukan secara sengaja untuk memperoleh keuntungan finansial yang tidak sah melalui manipulasi klaim, penyalahgunaan pelayanan kesehatan, pemalsuan dokumen, *upcoding*, *phantom billing*, maupun bentuk penyimpangan lainnya yang dapat merugikan keuangan negara dan mengganggu keberlanjutan program jaminan kesehatan (Albrecht et al., 2019).

Fenomena fraud dalam sektor kesehatan menjadi perhatian global karena menyebabkan kerugian yang signifikan terhadap sistem pembiayaan kesehatan. *Association of Certified Fraud Examiners* (ACFE) melaporkan bahwa sektor kesehatan termasuk salah satu sektor dengan risiko fraud yang tinggi, terutama pada sistem pembayaran berbasis klaim yang melibatkan banyak aktor dan proses administrasi yang kompleks (ACFE, 2024). Dalam konteks Indonesia, meningkatnya jumlah peserta JKN dan besarnya nilai klaim pelayanan kesehatan turut meningkatkan potensi terjadinya fraud apabila tidak diimbangi dengan sistem pengawasan yang efektif (Tito & Siregar, 2025).

Sebagai upaya pencegahan dan penanganan fraud, pemerintah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administratif dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Regulasi ini mengatur mekanisme pencegahan, deteksi, investigasi, penanganan, dan pemberian sanksi administratif terhadap berbagai bentuk kecurangan yang dilakukan oleh peserta, fasilitas kesehatan, maupun pihak lain yang terlibat dalam penyelenggaraan Program JKN. Kehadiran regulasi tersebut menunjukkan komitmen pemerintah dalam memperkuat tata kelola Program JKN melalui pendekatan preventif dan represif secara terintegrasi (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Meskipun demikian, keberadaan regulasi tidak selalu berbanding lurus dengan efektivitas implementasinya. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa praktik fraud dalam Program JKN masih ditemukan di berbagai daerah dengan karakteristik yang beragam. Penelitian Rahma (2022) menunjukkan bahwa pengendalian fraud dalam pelayanan kesehatan masih menghadapi kendala berupa keterbatasan sistem pengawasan, rendahnya kapasitas sumber daya manusia, serta belum optimalnya koordinasi antarinstansi. Penelitian Kartika et al. (2025) juga menemukan bahwa

faktor tekanan ekonomi, lemahnya pengawasan internal, dan rendahnya kesadaran hukum tenaga kesehatan menjadi faktor dominan yang mendorong terjadinya fraud dalam pelayanan BPJS Kesehatan. Hasil *scoping review* yang dilakukan oleh Tito dan Siregar (2025) menunjukkan bahwa faktor kesempatan (*opportunity*) akibat lemahnya sistem pengendalian internal masih menjadi penyebab utama terjadinya fraud dalam pelaksanaan JKN di Indonesia.

Meskipun berbagai penelitian telah mengkaji fraud dalam Program JKN, sebagian besar penelitian sebelumnya berfokus pada identifikasi bentuk fraud, faktor penyebab fraud, serta strategi pencegahannya dari perspektif kesehatan masyarakat dan manajemen pelayanan kesehatan. Penelitian yang secara khusus menganalisis efektivitas implementasi Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 sebagai instrumen hukum dalam penanganan fraud berdasarkan perspektif efektivitas hukum masih relatif terbatas. Selain itu, kajian yang menggabungkan analisis efektivitas hukum dengan teori Fraud Triangle dan Fraud Diamond menggunakan data empiris pada tingkat kantor cabang BPJS Kesehatan juga masih jarang ditemukan. Dengan demikian, terdapat kesenjangan penelitian (*research gap*) berupa belum optimalnya kajian yang menghubungkan aspek regulasi, implementasi kelembagaan, dan faktor-faktor penyebab fraud dalam satu kerangka analisis yang komprehensif.

Berdasarkan kesenjangan tersebut, penelitian ini memiliki kebaruan (*novelty*) pada dua aspek. Pertama, penelitian ini menganalisis efektivitas implementasi Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 menggunakan pendekatan integratif antara teori efektivitas hukum Soerjono Soekanto dan Lawrence M. Friedman dengan teori Fraud Triangle Donald R. Cressey serta Fraud Diamond Wolfe dan Hermanson. Kedua, penelitian ini menggunakan data empiris mengenai implementasi penanganan fraud pada BPJS Kesehatan Cabang Serang, sehingga mampu memberikan gambaran konkret mengenai hubungan antara norma hukum (*law in books*) dan pelaksanaannya dalam praktik (*law in action*). Pendekatan tersebut diharapkan dapat menghasilkan pemahaman yang lebih komprehensif mengenai efektivitas regulasi anti-fraud dalam penyelenggaraan Program JKN.

Secara teoritis, penelitian ini menggunakan teori efektivitas hukum yang dikemukakan oleh Soerjono Soekanto yang menyatakan bahwa efektivitas suatu peraturan dipengaruhi oleh faktor hukum itu sendiri, aparat penegak hukum, sarana dan prasarana, masyarakat, serta budaya hukum (Soekanto, 2008). Selain itu, teori sistem hukum Lawrence M. Friedman menjelaskan bahwa keberhasilan suatu sistem hukum ditentukan oleh interaksi antara struktur hukum, substansi hukum, dan budaya hukum (Friedman, 1975). Untuk menjelaskan faktor penyebab terjadinya fraud, penelitian ini menggunakan teori Fraud Triangle yang menyatakan bahwa fraud terjadi karena adanya tekanan (*pressure*), kesempatan (*opportunity*), dan rasionalisasi (*rationalization*) (Cressey, 1953), serta Fraud Diamond yang menambahkan unsur kemampuan (*capability*) sebagai faktor pendukung terjadinya kecurangan (Wolfe & Hermanson, 2004).

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 dalam penanganan fraud pada Program Jaminan Kesehatan Nasional di BPJS Kesehatan Cabang Serang serta menilai efektivitas penerapan sanksi administratif yang diatur dalam regulasi

tersebut. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan kajian hukum kesehatan dan menjadi bahan evaluasi bagi pemerintah, BPJS Kesehatan, serta fasilitas kesehatan dalam memperkuat sistem pencegahan dan penanganan fraud guna mendukung keberlanjutan Program JKN.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode penelitian hukum normatif-empiris (*normative-empirical legal research*) dengan pendekatan yuridis-sosiologis. Pendekatan ini digunakan untuk mengkaji ketentuan hukum yang mengatur pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), sekaligus menelaah implementasinya dalam praktik pada BPJS Kesehatan Cabang Serang. Penelitian normatif dilakukan melalui analisis terhadap peraturan perundang-undangan, asas hukum, dan doktrin yang berkaitan dengan pencegahan dan penanganan *fraud* JKN, sedangkan penelitian empiris dilakukan untuk memperoleh gambaran mengenai pelaksanaan regulasi tersebut di lapangan.

Penelitian ini bersifat deskriptif-analitis, yaitu menggambarkan secara sistematis ketentuan hukum yang berlaku dan kondisi faktual implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administratif dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan, kemudian dianalisis untuk menilai efektivitas penerapannya pada BPJS Kesehatan Cabang Serang.

Pendekatan Penelitian

Penelitian menggunakan beberapa pendekatan, yaitu:

1. Pendekatan Perundang-undangan (*statute approach*), dilakukan dengan menelaah berbagai regulasi yang berkaitan dengan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional dan penanganan fraud, antara lain Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, serta Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019.
2. Pendekatan Konseptual (*conceptual approach*), digunakan untuk mengkaji teori efektivitas hukum yang dikemukakan oleh Soerjono Soekanto dan Lawrence M. Friedman serta teori *Fraud Triangle* yang dikemukakan oleh Donald R. Cressey dan Fraud Diamond dari Wolfe dan Hermanson sebagai landasan analisis terhadap faktor-faktor penyebab terjadinya fraud dalam pelaksanaan JKN.
3. Pendekatan Empiris (*empirical approach*), dilakukan melalui pengumpulan data lapangan untuk mengetahui bagaimana implementasi Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 dijalankan oleh BPJS Kesehatan Cabang Serang, termasuk hambatan yang dihadapi dalam pencegahan dan penanganan fraud.

Jenis dan Sumber Data

Penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder.

1. Data Primer

Data primer diperoleh secara langsung melalui wawancara semi-terstruktur dengan informan yang memiliki keterkaitan langsung dengan pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan penanganan fraud. Informan penelitian

terdiri atas Kepala Unit Penjaminan Manfaat dan Utilisasi (PMU) BPJS Kesehatan Cabang Serang dan Ketua Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI) Wilayah Serang Timur yang dipilih secara purposive karena memiliki pengetahuan dan keterlibatan langsung dalam pelaksanaan pencegahan dan penanganan fraud Program JKN.

Selain wawancara, data empiris penelitian juga diperoleh melalui studi dokumentasi terhadap laporan kepesertaan JKN, laporan klaim INA-CBGs, dan laporan penanganan fraud BPJS Kesehatan Cabang Serang Tahun 2024–2025 yang diperoleh secara langsung dari instansi terkait. Data tersebut digunakan untuk mendukung analisis mengenai efektivitas implementasi Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 dalam penanganan fraud Program JKN.

2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh melalui studi kepustakaan yang terdiri atas:

- a. Bahan hukum primer, meliputi peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan sistem jaminan kesehatan nasional dan pencegahan fraud.
- b. Bahan hukum sekunder, berupa buku-buku ilmiah, jurnal hukum, artikel penelitian, laporan resmi BPJS Kesehatan, serta dokumen lain yang relevan dengan objek penelitian.
- c. Bahan hukum tersier, berupa kamus hukum, ensiklopedia, dan sumber referensi lain yang membantu menjelaskan bahan hukum primer dan sekunder.

Teknik Pengumpulan Data

Data penelitian dikumpulkan melalui:

1. Studi kepustakaan (*library research*), yaitu pengumpulan data melalui penelaahan literatur, peraturan perundang-undangan, jurnal ilmiah, dan dokumen resmi yang berkaitan dengan fraud dalam Program JKN.
2. Wawancara (*interview*), yaitu pengumpulan data melalui wawancara semi-terstruktur dengan narasumber yang memiliki kompetensi dan pengalaman dalam pelaksanaan pencegahan serta penanganan fraud di lingkungan BPJS Kesehatan Cabang Serang.
3. Dokumentasi, yaitu pengumpulan data berupa laporan, statistik klaim, data temuan fraud, serta dokumen lain yang relevan dengan penelitian.

Teknik Analisis Data

Data yang diperoleh dianalisis secara kualitatif melalui tahapan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Analisis dilakukan dengan membandingkan ketentuan hukum yang berlaku (*law in books*) dengan implementasinya dalam praktik (*law in action*) untuk menilai efektivitas Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 dalam penanganan fraud Program JKN pada BPJS Kesehatan Cabang Serang.

Kerangka analisis menggunakan teori efektivitas hukum Soerjono Soekanto dan Lawrence M. Friedman untuk menilai aspek substansi hukum, struktur hukum, sarana-prasarana, budaya hukum, dan tingkat kepatuhan masyarakat. Selain itu, teori Fraud Triangle Donald R. Cressey dan Fraud Diamond Wolfe dan Hermanson digunakan untuk menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya fraud, meliputi tekanan (*pressure*), kesempatan (*opportunity*), rasionalisasi (*rationalization*), dan kemampuan (*capability*).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Implementasi Penanganan Kecurangan (*Fraud*) Berdasarkan Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 pada BPJS Kesehatan Cabang Serang

BPJS Kesehatan Cabang Serang merupakan unit operasional yang melayani wilayah Kota Serang, Kabupaten Serang, Kota Cilegon, Kabupaten Lebak, dan Kabupaten Pandeglang dengan jumlah peserta JKN sebanyak 5.774.899 jiwa per 1 Maret 2025. Dalam rangka mengimplementasikan Permenkes Nomor 16 Tahun 2019, BPJS Kesehatan Cabang Serang telah melakukan beberapa langkah nyata, antara lain: pembentukan Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Tim Anti *Fraud*) di tingkat cabang dan fasilitas kesehatan mitra, penerapan sistem deteksi dini *fraud* melalui verifikasi klaim berbasis *dashboard* digital, pelaksanaan sosialisasi dan pelatihan anti *fraud* kepada tenaga kesehatan dan staf administrasi, serta koordinasi lintas sektor dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Komite Medis rumah sakit.

Secara operasional, Unit Penjaminan Manfaat dan Utilisasi (PMU) memegang peran strategis dalam mengawal implementasi regulasi melalui audit klaim, verifikasi dokumen rekam medis, penentuan kelayakan pembayaran klaim, dokumentasi temuan *fraud*, serta rekomendasi penanganan kepada pimpinan. Namun demikian, beban kerja yang dihadapi sangat tinggi. Berdasarkan laporan klaim INA-CBGs tahun 2024, petugas verifikator di Cabang Serang melakukan verifikasi terhadap 150.000 hingga 190.000 klaim per bulan yang hanya ditangani oleh 16 orang petugas. Kondisi ini menyebabkan proses verifikasi lebih menitikberatkan pada kelengkapan administratif dibandingkan analisis klinis yang mendalam, sehingga potensi kecurangan sulit terdeteksi secara komprehensif.

Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 hadir sebagai penyempurnaan atas Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 yang dinilai belum komprehensif dan belum memuat mekanisme penanganan *fraud* secara operasional. Perbandingan kedua regulasi menunjukkan pergeseran paradigma yang signifikan: dari pendekatan yang semata-mata menekankan pencegahan dan pembinaan, menuju pendekatan yang lebih sistemik dan komprehensif yang mengintegrasikan pencegahan, investigasi, penanganan, dan penindakan melalui sanksi administratif yang tegas dan berjenjang. Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 juga mewajibkan fasilitas kesehatan membangun Sistem Pencegahan Kecurangan secara formal yang mencakup penyusunan kebijakan internal, SOP, mekanisme deteksi dini, dan pelaporan internal, sehingga pengendalian *fraud* tidak lagi bersifat reaktif melainkan menjadi bagian dari tata kelola organisasi fasilitas kesehatan sehari-hari.

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa pembentukan Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan serta penerapan sistem deteksi dini berbasis teknologi telah menjadi instrumen penting dalam mendukung implementasi Permenkes Nomor 16 Tahun 2019. Hasil ini sejalan dengan penelitian Rahma (2022) yang menyatakan bahwa penguatan sistem pengawasan internal dan mekanisme deteksi dini merupakan strategi utama dalam menekan potensi *fraud* pada Program Jaminan Kesehatan Nasional. Demikian pula, Tito dan Siregar (2025) menemukan bahwa keberhasilan pencegahan *fraud* sangat dipengaruhi oleh efektivitas pengendalian internal dan sistem monitoring yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan maupun fasilitas kesehatan mitra. Namun demikian, penelitian ini menemukan bahwa meskipun sistem

pengawasan telah tersedia, keterbatasan jumlah verifikator dan tingginya volume klaim masih menjadi hambatan dalam mendeteksi *fraud* secara optimal, sehingga menunjukkan adanya kesenjangan antara pengaturan normatif dan pelaksanaan di lapangan.

Meskipun kerangka normatif telah tersedia, implementasi di lapangan menunjukkan adanya kesenjangan antara norma (*law in books*) dan praktik (*law in action*). Berdasarkan hasil pra-riset dan sampling klaim, ditemukan 33.252 kasus potensi *fraud* sepanjang tahun 2024 dengan potensi kerugian mencapai Rp90.877.989.255. Dari total realisasi pembayaran pelayanan kesehatan sebesar Rp2.134.528.101.479 pada tahun 2024, angka potensi kecurangan tersebut mencerminkan risiko yang sangat signifikan terhadap keberlanjutan pembiayaan Program JKN. Pola *fraud* yang dominan meliputi manipulasi diagnosis dan/atau tindakan, pemecahan episode pelayanan yang tidak sesuai indikasi medis (*services unbundling or fragmentation*), *upcoding*, *phantom claim*, serta pemalsuan identitas peserta. Temuan ini sejalan dengan laporan ACFE *Report to the Nations 2024* yang menempatkan sektor kesehatan sebagai salah satu sektor dengan tingkat *fraud* tertinggi, terutama pada sistem klaim berbasis *fee-for-service*.

Tingkat kepatuhan lembaga terhadap norma dapat ditelaah melalui tiga dimensi. Secara substantif, BPJS Kesehatan Cabang Serang telah menunjukkan upaya nyata melalui pembentukan tim anti *fraud* dan pemanfaatan teknologi deteksi anomali klaim. Namun secara prosedural, masih ditemukan fasilitas kesehatan yang belum memiliki atau belum melengkapi SOP internal terkait pencegahan dan penanganan *fraud* sebagaimana diwajibkan regulasi. Secara administratif, ditemukan rekam medis yang tidak terdokumentasi secara lengkap, yang mengindikasikan bahwa ketentuan Pasal 10 Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 belum sepenuhnya terpenuhi. Fasilitas kesehatan skala besar seperti RSUD cenderung lebih siap karena memiliki tenaga auditor internal, sementara rumah sakit swasta berskala kecil masih menghadapi keterbatasan sumber daya dan minimnya tenaga *coder* profesional yang memahami standar pengkodean INA-CBGs secara memadai.

Kondisi ini diperparah oleh belum tersedianya regulasi turunan berupa instruksi Kepala Daerah maupun petunjuk teknis yang mengatur secara spesifik implementasi penegakan Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 di Provinsi Banten, khususnya di wilayah kerja BPJS Kesehatan Cabang Serang. Absennya regulasi teknis di tingkat daerah ini menyebabkan kekosongan norma yang pada akhirnya menghambat sinkronisasi antara kebijakan pusat dan pelaksanaan di lapangan.

Analisis *Fraud Triangle* dalam Konteks BPJS Kesehatan Cabang Serang

Menggunakan kerangka teori *Fraud Triangle* Donald R. Cressey, tiga elemen kecurangan dapat diidentifikasi secara jelas dalam konteks pelaksanaan JKN di wilayah Cabang Serang. Pertama, tekanan (*pressure*) muncul dari target pendapatan rumah sakit yang tinggi, beban kinerja administratif yang berlebihan, serta kebutuhan finansial fasilitas kesehatan dalam mempertahankan operasional. Kepala Bagian Penjaminan Manfaat dan Utilisasi BPJS Kesehatan Cabang Serang, Harry Purnama Putra, menyatakan bahwa tekanan berupa target atau pemasukan yang ditetapkan oleh manajemen fasilitas kesehatan menjadi salah satu faktor pendorong utama terjadinya perilaku curang.

Kedua, kesempatan (*opportunity*) terbuka lebar akibat keterbatasan kapasitas pengawasan, tingginya beban verifikasi yang tidak sebanding dengan jumlah petugas, serta belum tersedianya petunjuk teknis turunan Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 di tingkat Dinas Kesehatan dan fasilitas kesehatan. Sebelum penerapan sistem verifikasi digital, peluang manipulasi kode diagnosis atau tindakan medis lebih mudah dilakukan. Meskipun digitalisasi telah diterapkan, infrastruktur yang tersedia belum sepenuhnya terintegrasi secara menyeluruh antar instansi, sehingga celah kecurangan masih dapat dieksploitasi.

Ketiga, rasionalisasi (*rationalization*) ditemukan dalam bentuk anggapan bahwa praktik penggelembungan klaim merupakan hal yang lazim dilakukan dalam administrasi layanan kesehatan. Ketua ARSSI (Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia) Wilayah Serang Timur, dr. Tajus Ibrahim, menguatkan temuan ini dengan menyatakan bahwa rasionalisasi sering kali diiringi minimnya pengetahuan *coder* dalam pengajuan klaim, sehingga diagnosis dimasukkan sesuai daftar yang tersedia dalam sistem semata, bukan berdasarkan kondisi klinis sebenarnya. Hal ini menegaskan perlunya peningkatan pelatihan manajemen klaim secara berkelanjutan.

Analisis menggunakan teori *Fraud Triangle* menunjukkan bahwa tekanan (*pressure*), kesempatan (*opportunity*), dan rasionalisasi (*rationalization*) masih menjadi faktor dominan yang mendorong terjadinya *fraud* dalam pelaksanaan Program JKN. Temuan ini mendukung penelitian Kartika et al. (2025) yang menyimpulkan bahwa tekanan finansial organisasi dan lemahnya pengawasan internal merupakan faktor utama yang memicu praktik kecurangan dalam layanan BPJS Kesehatan. Selain itu, hasil penelitian ini juga sejalan dengan temuan Tito dan Siregar (2025) yang menyatakan bahwa faktor kesempatan akibat lemahnya sistem pengendalian internal menjadi penyebab yang paling sering ditemukan dalam berbagai kasus *fraud* JKN di Indonesia. Akan tetapi, penelitian ini memberikan temuan tambahan bahwa belum tersedianya regulasi teknis turunan di tingkat daerah turut memperluas peluang terjadinya *fraud*, suatu aspek yang belum banyak dibahas dalam penelitian sebelumnya.

Efektivitas Pemberlakuan Sanksi Administratif

Data penanganan kecurangan di lingkungan Kedepuitan Wilayah IV tahun 2024 menunjukkan bahwa capaian pengembalian kerugian Kantor Cabang Serang hanya mencapai 64,98%, atau sebesar Rp1.701.996.500 dari target Rp3.387.024.158. Angka ini jauh di bawah seluruh kantor cabang lain dalam Kedepuitan Wilayah IV yang telah mencapai tingkat penerimaan 100%. Salah satu kasus yang paling menonjol adalah kasus *fraud* yang melibatkan mitra laboratorium dengan kerugian sebesar Rp1.237.402.000, di mana hingga 31 Desember 2024 pengembalian kerugian baru terealisasi sebesar Rp190.000.000. Kondisi ini mencerminkan bahwa sanksi administratif yang dijatuhkan belum sepenuhnya menghasilkan efek jera (*deterrent effect*) yang kuat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberlakuan sanksi administratif berdasarkan Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 belum sepenuhnya menghasilkan efek jera yang optimal. Temuan ini sejalan dengan pendapat Raley (2009) yang menyatakan bahwa efektivitas sanksi dalam kasus *fraud* sektor kesehatan sangat ditentukan oleh kepastian penegakan hukum dan kemampuan institusi dalam memulihkan kerugian

yang ditimbulkan. Namun demikian, hasil penelitian ini berbeda dengan pandangan Rahma (2022) yang menilai bahwa penguatan sanksi administratif secara umum dapat meningkatkan tingkat kepatuhan fasilitas kesehatan. Pada BPJS Kesehatan Cabang Serang, keberadaan sanksi administratif ternyata belum cukup apabila tidak didukung oleh kapasitas pengawasan yang memadai, koordinasi lintas lembaga yang efektif, dan mekanisme penagihan kerugian yang konsisten.

Pada tahun 2024, BPJS Kesehatan Cabang Serang telah menerapkan sanksi administratif terhadap dua fasilitas kesehatan di wilayah kerjanya sesuai ketentuan Pasal 20 hingga Pasal 25 Permenkes Nomor 16 Tahun 2019, mulai dari teguran tertulis, penghentian sementara kerja sama, hingga pemutusan kontrak. Meskipun langkah ini mencerminkan adanya komitmen penegakan regulasi, konsistensi penerapan sanksi masih dipengaruhi oleh faktor koordinasi antarinstansi, proses negosiasi administratif, serta keterbatasan kapasitas penagihan dan pengawasan yang tersedia. Akibatnya, penyelesaian kasus lebih banyak menekankan pendekatan administratif dibandingkan pendekatan yang bersifat represif dengan konsekuensi yang lebih tegas.

Upaya optimalisasi yang dilakukan BPJS Kesehatan Cabang Serang meliputi pelatihan internal bagi pegawai mengenai hukum administratif dan pidana terkait *fraud*, penguatan sistem audit berbasis digital, pemberian insentif kepatuhan bagi fasilitas kesehatan yang menunjukkan tingkat kepatuhan tinggi, serta kerja sama dengan institusi penegak hukum seperti Kejaksaan dan Dinas Kesehatan. Namun demikian, belum adanya forum tetap untuk evaluasi *fraud* secara kolaboratif antara BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, dan Dinas Kesehatan menjadi hambatan dalam sinkronisasi penanganan kasus.

Analisis Efektivitas Hukum Berdasarkan Teori Soerjono Soekanto

Mengacu pada teori efektivitas hukum Soerjono Soekanto, implementasi Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 di BPJS Kesehatan Cabang Serang dapat dianalisis melalui lima faktor. Dari sisi substansi hukum, regulasi telah memberikan kerangka yang komprehensif mencakup definisi *fraud*, mekanisme pencegahan, investigasi, dan sanksi, namun masih terdapat kekosongan norma berupa ketiadaan petunjuk teknis yang mengatur mekanisme pelimpahan sanksi dari ranah administratif ke perdata maupun pidana. Kekosongan ini berimplikasi pada belum optimalnya efek jera yang diharapkan. Dari faktor penegak hukum, keterbatasan jumlah dan kapasitas tim *fraud* di tingkat cabang berdampak pada belum maksimalnya fungsi kontrol. Dari sisi sarana dan prasarana, meskipun digitalisasi telah diterapkan, infrastruktur pengawasan belum terintegrasi sepenuhnya antar instansi. Dari faktor masyarakat, kesadaran hukum tenaga medis terhadap ketentuan anti-*fraud* masih rendah. Dari aspek budaya hukum, budaya kepatuhan (*compliance culture*) di lingkungan BPJS Kesehatan maupun fasilitas kesehatan mitra masih berada dalam tahap transisi, di mana internalisasi nilai integritas, transparansi, dan akuntabilitas belum mengakar secara menyeluruh.

Apabila dikaitkan dengan teori Lawrence M. Friedman, hambatan serupa ditemukan pada ketiga komponen sistem hukum. Dari sisi struktur hukum, koordinasi antara BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan, dan fasilitas kesehatan masih bersifat sektoral dan belum memiliki forum evaluasi kolaboratif yang permanen. Dari sisi substansi hukum, ketiadaan regulasi teknis turunan di tingkat daerah menyebabkan

kekosongan norma yang menghambat implementasi. Dari sisi budaya hukum, masih ditemukan anggapan bahwa praktik *overclaim* merupakan hal yang wajar dalam administrasi klaim, yang mencerminkan belum terbentuknya budaya hukum anti-*fraud* yang kuat di kalangan pemangku kepentingan.

Apabila dianalisis berdasarkan teori efektivitas hukum Soerjono Soekanto, hambatan implementasi Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 di BPJS Kesehatan Cabang Serang tidak hanya berasal dari faktor substansi hukum, tetapi juga dari faktor penegak hukum, sarana dan prasarana, masyarakat, serta budaya hukum. Temuan ini memperkuat penelitian Dewi (2020) yang menyatakan bahwa keberhasilan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional sangat dipengaruhi oleh kapasitas kelembagaan dan tingkat kepatuhan para pelaksana kebijakan. Namun, penelitian ini memberikan perspektif yang lebih spesifik dengan menunjukkan bahwa lemahnya budaya kepatuhan anti-*fraud* dan belum optimalnya koordinasi antar instansi menjadi faktor yang paling dominan dalam memengaruhi efektivitas implementasi regulasi.

Secara keseluruhan, implementasi Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 di BPJS Kesehatan Cabang Serang dapat dikategorikan efektif secara yuridis dan administratif karena telah memiliki landasan hukum yang jelas, mekanisme operasional yang berjalan, dan langkah-langkah pencegahan yang terstruktur. Namun demikian, efektivitas tersebut belum sepenuhnya tercapai secara sosiologis dan operasional, mengingat masih terdapat kesenjangan antara norma yang tertuang dalam peraturan (*law in books*) dengan praktik pelaksanaannya di lapangan (*law in action*). Dengan demikian, implementasi regulasi ini secara keseluruhan dapat dikategorikan "belum cukup efektif dan belum optimal", dan memerlukan penguatan menyeluruh pada aspek regulasi teknis, kapasitas sumber daya manusia, integrasi sistem informasi, koordinasi lintas instansi, serta pembangunan budaya hukum anti-*fraud* yang berkelanjutan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) serta Pengenaan Sanksi Administratif dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada BPJS Kesehatan Cabang Serang secara umum telah berjalan melalui berbagai upaya pencegahan dan penanganan *fraud*, antara lain pembentukan Tim Pencegahan dan Penanganan Kecurangan, penerapan sistem deteksi dini berbasis teknologi informasi, verifikasi dan audit klaim, serta koordinasi dengan fasilitas kesehatan mitra. Dari aspek substansi hukum, regulasi tersebut telah memberikan dasar hukum yang cukup jelas dalam mengatur mekanisme pencegahan, deteksi, investigasi, dan pemberian sanksi terhadap pelaku *fraud* dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Namun demikian, efektivitas implementasi Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 belum sepenuhnya optimal. Berdasarkan analisis teori efektivitas hukum Soerjono Soekanto dan Lawrence M. Friedman, masih terdapat kendala pada aspek struktur hukum, sarana pendukung, dan budaya hukum, seperti keterbatasan jumlah verifikator dibandingkan volume klaim yang harus diperiksa, belum meratanya kepatuhan fasilitas kesehatan terhadap kebijakan anti-*fraud*, belum optimalnya koordinasi antar lembaga, serta rendahnya efektivitas pemulihan kerugian akibat

fraud. Selain itu, analisis menggunakan teori *Fraud Triangle* dan *Fraud Diamond* menunjukkan bahwa faktor tekanan (*pressure*), kesempatan (*opportunity*), rasionalisasi (*rationalization*), dan kemampuan (*capability*) masih menjadi faktor yang mendorong terjadinya kecurangan dalam pelaksanaan JKN.

Penelitian ini menunjukkan bahwa keberhasilan penanganan *fraud* tidak hanya ditentukan oleh keberadaan regulasi, tetapi juga oleh kapasitas kelembagaan, efektivitas sistem pengawasan, ketersediaan sumber daya manusia yang memadai, serta terbentuknya budaya hukum anti-*fraud* di lingkungan penyelenggara dan fasilitas kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan penguatan regulasi teknis, peningkatan kapasitas verifikator, optimalisasi sistem deteksi *fraud* berbasis teknologi informasi, serta penguatan koordinasi antara BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan, dan pemerintah daerah guna meningkatkan efektivitas pencegahan dan penanganan *fraud* serta menjaga keberlanjutan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Saran

1. Diperlukan penyusunan regulasi teknis atau pedoman operasional yang lebih rinci sebagai turunan dari Permenkes Nomor 16 Tahun 2019, khususnya terkait standar prosedur investigasi, batas waktu penyelesaian kasus, mekanisme pemulihan kerugian negara, dan mekanisme pelimpahan sanksi dari ranah administratif ke perdata maupun pidana. Di tingkat daerah, Pemerintah Provinsi Banten perlu menerbitkan instruksi teknis yang mengatur secara spesifik implementasi penegakan Permenkes Nomor 16 Tahun 2019 di wilayah kerja BPJS Kesehatan Cabang Serang, guna menutup kekosongan norma yang selama ini menghambat sinkronisasi kebijakan pusat dan pelaksanaan di lapangan.
2. BPJS Kesehatan Cabang Serang perlu meningkatkan kapasitas Tim Pencegahan dan Penanganan *Fraud* melalui pelatihan berkala mengenai deteksi *fraud* berbasis *data analytics*, audit klaim, dan teknik investigasi administratif. Selain itu, fasilitas kesehatan mitra perlu mendapatkan pendampingan intensif dalam peningkatan kompetensi *coder* dan pemahaman standar pengkodean INA-CBGs, guna meminimalisasi kesalahan pengajuan klaim yang berpotensi dikategorikan sebagai kecurangan.
3. Digitalisasi sistem verifikasi dan audit klaim perlu diperkuat dan diintegrasikan secara menyeluruh antar instansi, meliputi BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan, dan fasilitas kesehatan mitra. Pemanfaatan teknologi *data mining* dan analisis anomali klaim secara *real-time* perlu ditingkatkan untuk mempercepat deteksi dini potensi kecurangan sebelum klaim dibayarkan.
4. Perlu dibentuk forum evaluasi kolaboratif yang bersifat permanen dan terjadwal antara BPJS Kesehatan Cabang Serang, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan fasilitas kesehatan mitra, guna menyelaraskan prosedur penanganan *fraud*, berbagi informasi temuan kecurangan, dan mengevaluasi efektivitas kebijakan anti-*fraud* secara berkala.
5. Penerapan sanksi administratif harus dilakukan secara konsisten dan transparan, termasuk publikasi terbatas (*internal governance disclosure*) terhadap kasus-kasus yang telah diputuskan, tanpa melanggar ketentuan kerahasiaan data. Di samping itu, upaya pembangunan budaya kepatuhan (*compliance culture*) anti-*fraud* di lingkungan BPJS Kesehatan maupun fasilitas kesehatan mitra perlu diperkuat

melalui sosialisasi berkala, internalisasi nilai integritas, dan penguatan kode etik tenaga kesehatan, sehingga pencegahan *fraud* tidak hanya bersifat reaktif tetapi juga menjadi bagian dari tata kelola organisasi yang berkelanjutan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Kedua Orang tua, mertua serta keluarga kecil saya yang selalu mendukung saya sampai saat ini dengan penuh kasih sayang dan ketulusannya. Tidak lupa juga seluruh sahabat, teman dan rekan kerja yang telah menjadi teman diskusi Serta Pembimbing yang telah memberi semangat hingga penulis bisa menyelesaikan kegiatan ini.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Albrecht, W. S., Albrecht, C. O., & Albrecht, C. C. (2012). *Fraud examination*. Cengage Learning.
- [2] Albrecht, W. S., Albrecht, C. O., Albrecht, C. C., & Zimbelman, M. F. (2019). *Fraud examination* (6th ed.). Cengage Learning.
- [3] Ali, A. (2009). *Menguak teori hukum (legal theory) dan teori peradilan (judicialprudence)*. Kencana.
- [4] Association of Certified Fraud Examiners. (2024). Report to the Nations 2024: Global study on occupational fraud and abuse. ACFE.
- [5] Cressey, D. R. (1953). *Other people's money: A study in the social psychology of embezzlement*. Free Press.
- [6] Creswell, J. W. (2016). *Research design: Pendekatan kualitatif, kuantitatif, dan mixed*. Pustaka Pelajar.
- [7] Dewi, R. P. (2020). Implementasi program jaminan kesehatan nasional dalam perspektif hukum administrasi negara. *Jurnal Hukum dan Pembangunan*, 50(3), 411–412.
- [8] Diantha, I. M. P. (2016). *Metodologi penelitian hukum normatif dalam justifikasi teori hukum*. Prenada Media.
- [9] Dimiyati, K., & Wardiono, K. (2004). *Metode penelitian hukum*. Fakultas Hukum UMS.
- [10] Friedman, L. M. (1975). *The legal system: A social science perspective*. Russell Sage Foundation.
- [11] Gee, J., & Button, M. (2019). *The financial cost of fraud*. Crowe Clark Whitehill.
- [12] Hadjon, P. M. (2011). *Pengantar hukum administrasi Indonesia*. Gadjah Mada University Press.
- [13] Ibrahim, J. (2008). *Teori dan metodologi penelitian hukum normatif*. Bayumedia.
- [14] Kartika, R. W., Nasser, M., Suswantoro, T. A., & Jaeni, A. (2025). Fraud dalam Layanan BPJS Kesehatan : Kajian Etis dan Hukum Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. *Jurnal Inovasi*, 4(1), 45–58.
- [15] Marks, J. T. (2012). *The mind behind the fraudsters crime: Key behavioral and environmental elements*. Crowe Horwath LLP.
- [16] Marzuki, P. M. (2016). *Penelitian hukum*. Kencana.
- [17] Moleong, L. J. (2018). *Metodologi penelitian kualitatif*. PT Remaja Rosdakarya.

- [18] Novita, R. A., Wardiono, K., & Dimiyati, K. (2017). Efektivitas pelaksanaan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1960 tentang perjanjian bagi hasil tanah pertanian di Desa Bringin, Kecamatan Bayan, Kabupaten Purworejo. *Diponegoro Law Journal*, 6(2), 1–14.
- [19] Rahma, P. A. (2022). Usulan kebijakan: Pengendalian fraud pelayanan kesehatan dalam jaminan kesehatan nasional (JKN). Center for Health Policy and Management, FK-KMK UGM. <https://chpm.fk.ugm.ac.id/usulan-kebijakan-pengendalian-fraud-pelayanan-kesehatan-dalam-jaminan-kesehatan-nasional-jkn/>
- [20] Raley, S. L. (2009). *Healthcare fraud and abuse*. Aspen Publishers.
- [21] Razak, A., & Situmorang, C. (2019). *Sketsa politik jaminan kesehatan nasional*. Deepublish.
- [22] Riduwan. (2009). *Metode dan teknik menyusun proposal penelitian*. Alfabeta.
- [23] Soekanto, S. (2008). *Faktor-faktor yang mempengaruhi penegakan hukum* (Ed. 1). RajaGrafindo Persada.
- [24] Soekanto, S., & Mamudji, S. (2001). *Penelitian hukum normatif: Suatu tinjauan singkat*. Rajawali Pers.
- [25] Thabrany, H. (2021). *Jaminan kesehatan nasional* (Edisi Kedua, Cetakan 4). Rajawali Pers.
- [26] Tito, J S., & Siregar, K. N. (2025). Faktor pemicu dan penghambat fraud dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional dan strategi pencegahannya: Sebuah scoping review. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 9(2), 125–139.
- [27] Tito, J. S., & Siregar, K. N. (2025). Faktor pemicu dan penghambat fraud dalam program jaminan kesehatan nasional dan strategi pencegahannya: Sebuah scoping review. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia FKM UI*, 9(2). <https://scholarhub.ui.ac.id/eki/vol9/iss2/5/>
- [28] Usman, S. (2009). *Dasar-dasar sosiologi*. Pustaka Belajar.
- [29] Wolfe, D. T., & Hermanson, D. R. (2004). The fraud diamond: Considering four elements of fraud. *CPA Journal*, 74(12), 38–42.