

Pemetaan *Stakeholder* Program Pencegahan *Fraud* Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Kota Semarang

Arnia Dian Kusuma Devi^{1*}, Antono Suryoputro¹, Ayun Sriatmi¹

¹ Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Semarang

*Corresponding author: arniadiankusumadevi@students.undip.ac.id

Info Artikel : Diterima 04 Desember 2019 ; Disetujui 19 Mei 2020 ; Publikasi 1 Juni 2020

ABSTRAK

Latar belakang: Dalam periode 2014 sampai 2017 terdapat 12 isu penyelewengan dana kapitasi di 12 daerah. Terdapat 8 dari 13 potensi *Fraud* yang terjadi di Puskesmas terkait dengan kapitasi dan sedikitnya terdapat 8 kasus korupsi terungkap. *Fraud* dapat berdampak pada pemberian pelayanan yang tidak bermutu. Penelitian ini bertujuan untuk memahami peran dan keterlibatan *stakeholder* dalam Program Pencegahan *Fraud* Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Kota Semarang supaya program dapat berjalan lebih optimal.

Metode: Penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif melalui *indepth interview* dengan sampel *purposive* dan analisis menggunakan teori *stakeholder mapping*. Variabel yang diteliti adalah sikap, keterlibatan, dan pengaruh.

Hasil: Berdasarkan penelitian, didapatkan hasil bahwa pada variabel sikap, seluruh kelompok *stakeholder* mendukung terselenggaranya kegiatan Program Pencegahan *Fraud* JKN di Puskesmas Kota Semarang. Pada variabel keterlibatan, yaitu *stakeholder* provider yang paling kurang terlibat dari *stakeholder* lain. Dari ketiga upaya dalam program, upaya pendeteksian menempati urutan terendah keterlibatan *stakeholdernya* dibandingkan upaya pencegahan dan upaya penindakan. Pada variabel pengaruh, dari ketiga kelompok *stakeholder*, kelompok provider menjadi kelompok yang paling kurang memiliki pengaruh dalam Program Pencegahan *Fraud* JKN di Puskesmas Kota Semarang. Upaya pendeteksian menjadi upaya yang paling sedikit menjadi intervensi dalam program. Dalam upaya pendeteksian, hanya 3 dari 12 *stakeholder* yang secara signifikan berpengaruh.

Simpulan: Antar *stakeholder* harus meningkatkan komunikasi dan koordinasi dengan lebih rutin untuk menggiatkan program. Dinas Kesehatan sebagai *sleeping giant* harus meningkatkan keterlibatannya sebagai *decision maker* dan segera menyelesaikan pembentukan pedoman Program Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Kota Semarang sebagai acuan pelaksanaan.

Kata kunci: *Fraud*, puskesmas, pemetaan *stakeholder*

ABSTRACT

Title: Mapping of the National Health Insurance Fraud Prevention Program Stakeholders in Semarang City Community Health Centers

Background: In the period 2014 to 2017, there were 12 issues of misappropriation of capitation funds in 12 regions. There were 8 out of 13 potential *Frauds* that occurred at the Community Health Centers related to capitation and at least 8 cases of corruption were revealed. *Fraud* can have an impact on providing quality services. This study aims to understand the role and involvement of *stakeholders* in the National Health Insurance Fraud Prevention Program in Semarang City Community Health Centers.

Method: This research is qualitative research with a descriptive approach through *in-depth interviews* with *purposive sampling* and employed the *stakeholder mapping theory*. The variables studied were attitude, involvement, and influence.

Result: Based on the research, the results show that the attitude variable, all *stakeholder* groups support the implementation of the JKN Fraud Prevention Program at the Semarang City Health Center. In the involvement variable, namely the *stakeholder* provider who is least involved from other *stakeholders*. Of the three efforts in

the program, detection efforts ranked the lowest of stakeholder involvement compared to prevention and enforcement measures. On the influencing variable, of the three stakeholder groups, the provider group is the group that has the least influence in the JKN Fraud Prevention Program in the Semarang City Health Center. Detection efforts are the least intervened in the program. In the detection effort, only 3 out of 12 stakeholders have significant influence.

Conclusion: Stakeholders must improve communication and coordination periodically to improve the program. The District Health Office as a sleeping giant must intensify its involvement as a decision-maker and immediately accomplish the making of the National Health Insurance Fraud Prevention Program guideline in the as guidance for implementation.

Keywords: Fraud, community health center, stakeholder mapping

PENDAHULUAN

Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menyebutkan bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial dan bahwa untuk memberikan jaminan sosial yang menyeluruh, negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ialah bagian dari SJSN yang dilaksanakan dengan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang sifatnya wajib (*mandatory*).¹

Realitanya, pada Jaminan Kesehatan Nasional terdapat permasalahan mulai dari kepesertaan, pembiayaan, sosialisasi, infrastruktur pelayanan kesehatan, sistem rujukan, kepuasan *provider* dan peserta, sampai kecurangan (*Fraud*) dalam penyelenggaraan dana JKN. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama memiliki potensi kecurangan antara lain mengenai pemanfaatan dana kapitasi Puskesmas. Berdasarkan Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP) Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) atas kinerja BPJS Kesehatan, pada tahun 2016 diperkirakan terdapat 9.767 puskesmas dan FKTP lainnya yang menerima dana kapitasi diseluruh Indonesia senilai Rp 13 triliun. Dana ini digunakan untuk membiayai pelayanan pada target peserta sebanyak 188 juta. Akan tetapi tata kelola puskesmas masih buruk sehingga meningkatkan potensi *Fraud* dan kerawanan dalam pengelolaan dana kapitasi.²

Menurut Indonesian Corruption Watch (ICW), dalam periode 2014 sampai 2017 terdapat 12 isu pemotongan, penyimpangan dan penyelewengan dana kapitasi di 12 daerah. ICW melakukan pemantauan terhadap 26 puskesmas di 14 provinsi dari bulan Maret sampai Agustus 2017 dan ditemukan 13 potensi *Fraud* yang terjadi di Puskesmas. 13 potensi *Fraud* tersebut, 8 temuan terkait dengan kapitasi. Sedangkan untuk kasus korupsi, ICW menemukan sedikitnya 8 kasus korupsi dana kapitasi yang terungkap.³

Korupsi dana JKN dapat berdampak pada pemberian pelayanan yang tidak bermutu. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 tahun 2015, sistem pencegahan JKN di FKTP, perlu dikembangkan pelayanan yang mengutamakan kendali mutu dan kendali biaya. Maka dari itu

dibentuklah tim pencegahan kecurangan JKN di FKTP oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Keberhasilan implementasi program atau kebijakan salah satunya bergantung dari peran para aktor program atau kebijakan. Aktor kebijakan ialah pemangku kepentingan atau sering disebut dengan *stakeholders* program/kebijakan. *Stakeholders* merupakan sekelompok pihak-pihak yang memiliki kekuatan untuk mempengaruhi kebijakan, serta memiliki kendali dan instrumen yang dibutuhkan dalam implementasi kebijakan.⁴

Analisis *stakeholder* merupakan kerangka kerja dalam manajemen program, yang mengidentifikasi kompleksitas sistem sosial dan pengaruh atau batasan dari intervensi program. Orientasi utama dari pendekatan ini adalah perubahan perilaku dari aktor, interaksi antar aktor, dan pemetaan dari perubahan ini. Di dalamnya, terdapat proses untuk merencanakan, dan menentukan siapa yang memainkan peran tertentu, bagaimana cara mencapainya, dan cara mempertahankan progres.⁵

Analisis *stakeholder* digunakan dalam desain dan manajemen program pembangunan untuk mengidentifikasi.⁶

1. Kepentingan semua pemangku kepentingan yang dapat mempengaruhi atau dipengaruhi oleh suatu program;
2. Potensi konflik dan risiko yang dapat membahayakan program;
3. Peluang dan hubungan untuk membangun dalam mengimplementasikan program untuk membantu membuatnya sukses;
4. Kelompok-kelompok yang harus didorong untuk berpartisipasi dalam berbagai tahapan siklus kegiatan;
5. Cara untuk meningkatkan program dan mengurangi, atau mudah-mudahan menghilangkan, dampak negatif pada kelompok rentan dan kurang beruntung.

Kota Semarang memiliki 37 puskesmas induk yang letaknya tersebar di 16 kecamatan dan 177 kelurahan. Terdapat 11 puskesmas memiliki fasilitas rawat inap dan yang lainnya merupakan puskesmas rawat jalan sebanyak 26 puskesmas. Berdasarkan status akreditasinya, semua puskesmas di Kota

Semarang sudah diakreditasi. Hingga tahun 2019, terdapat satu puskesmas terakreditasi paripurna, 5 puskesmas terakreditasi utama, 23 puskesmas terakreditasi madya, dan 8 puskesmas terakreditasi dasar. Namun, akreditasi puskesmas tersebut masih banyak ditemukan kekurangan dalam pelaksanaan keselamatan pasien.

Pada bulan Februari sampai Juli tahun 2017, di Puskesmas X yang terakreditasi Utama, terjadi 8 insiden keselamatan pasien yaitu resep obat pasien tertukar dengan pasien lainnya, yang mana pasien telah mengonsumsi obat tersebut satu kali, lalu kekeliruan penyampaian hasil laborat yang seharusnya hasilnya negatif namun disampaikan hasilnya positif karena tertukar dengan hasil lab pasien lain. Kesalahan serupa juga terjadi ketika periksa dahak hasilnya negatif tetapi disampaikan hasilnya positif. Yang lainnya adalah kekeliruan identifikasi ruang layanan dan pasien anak terjepit pintu. Ada pula etiket obat tertukar dan eras kamar rawat inap bocor dan eternit jebol.

Puskesmas Z yang memiliki status akreditasi Madya di tahun 2018 terdapat 4 insiden yaitu, 1 Kejadian Tidak Cedera (KTC), 2 Kejadian Nyaris Cedera (KNC), 1 Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Kejadian tersebut adalah obat tertukar dengan milik pasien lain, etiket obat tertukar dan pasien jatuh. Sedangkan di Puskesmas Y yang memiliki akreditasi Dasar Pada bulan Agustus hingga Oktober tahun 2016 terjadi 4 insiden keselamatan pasien. Insiden tersebut adalah obat tertukar dengan milik pasien lain, kesalahan pemberian obat seharusnya antasid malahan diberi antalgin, pasien anak terpeleset akibat lantai licin dan kesalahan identifikasi pasien yang akan mendapatkan pemeriksaan laborat akibat nama pasien yang mirip. Kejadian ini sampai pasien tersebut diambil spesimen darahnya, namun ternyata salah pasien.

Selain permasalahan di atas, ditemukan pula permasalahan lain yaitu pelaporan terkait keselamatan pasien tidak dilaporkan secara rutin seperti laporan insiden dan capaian mutu pelayanan. Pelaporan aktif dilakukan apabila sedang dilakukan akreditasi, setelah akreditasi berlangsung tidak ada laporan berkelanjutan, kemudian kurangnya komitmen dari pegawai terkait pelaksanaan keselamatan pasien karena kurangnya pemahaman tentang urgensi pelaksanaannya, dan tim keselamatan pasien aktif apabila terjadi insiden, apabila tidak ada insiden kurang adanya upaya peningkatan keselamatan pasien. Dari data tersebut menunjukkan kurang adanya kepatuhan dari Puskesmas terhadap pelaksanaan Standar keselamatan pasien dalam Permenkes No.11 Tahun 2017. Sehingga peneliti ingin mengetahui adakah hubungan antara status akreditasi dengan kepatuhan pegawai dalam pelaksanaan standar keselamatan pasien di Puskesmas Kota Semarang.

MATERI DAN METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif untuk mengumpulkan informasi dari informan yang dipilih secara purposive sampling dengan metode wawancara mendalam. Informan yang dipilih merupakan seluruh *stakeholder* yang terlibat dalam Program Pencegahan Kecurangan JKN di Puskesmas Kota Semarang yaitu Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang, Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan DKK Semarang, Kepala Seksi Jaminan Kesehatan dan Kemitraan DKK Semarang, Inspektur Kota Semarang, Kepala BPJS Kesehatan KCU Semarang, Kepala Bagian Hukum Sekretariat Kota Semarang, Kepala Unit MPKP BPJS KCU Semarang, Ketua IDI Kota Semarang, Ketua PDGI Kota Semarang, Ketua PKFI Kota Semarang, Ketua ASKLIN Kota Semarang, Ketua TKMKB Semarang, dan Kepala Puskesmas Mijen, dan Kepala Puskesmas Kedungmundu. Seluruh *stakeholder* tersebut kemudian diklasifikasikan menjadi empat kategori menurut model Vos and Achterkamp yaitu seperti berikut:⁷

1. *Decision maker*, menentukan kebutuhan yang terkait dengan inovasi dan menilai apa yang sesuai dengan kebutuhan yang telah ditentukan, pembuat keputusan. Yaitu BPJS Kesehatan KC Semarang, Dinas Kesehatan Kota Semarang.
2. *Designer/provider*, ialah mereka yang secara langsung terlibat dalam pelaksanaan program yaitu Subag Keuangan Dinas Kesehatan Kota Semarang, PDGI Kota Semarang, IBI Kota Semarang, PPNI Kota Semarang, ASKLIN Kota Semarang, PKFI Kota Semarang
3. *Client*, ialah pihak yang menjadi sasaran program yakni Puskesmas di Kota Semarang
4. *Representative*, ialah kelompok di luar sistem yang secara aktif mendukung dan/atau menginvestasi dalam program yaitu IDI Kota Semarang, Bagian Hukum Sekretariat Kota Semarang, Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya

Langkah-langkah analisis data kualitatif adalah sebagai berikut.

1. Karakteristik *stakeholder*
Berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, dan jabatan.
2. Sikap *stakeholder*
Mengidentifikasi mendukung atau tidak mendukungnya *stakeholder* dalam program
3. Keterlibatan *stakeholder*
Mengidentifikasi aktif atau tidak aktifnya *stakeholder* dalam program
4. Pengaruh *stakeholder*
Mengidentifikasi pengaruh *stakeholder*, signifikan atau tidak terhadap pelaksanaan program

5. Pemetaan *stakeholder*

Menganalisis secara simultan dimensi sikap, keterlibatan, dan pengaruh *stakeholder* dalam program

Kerangka analisis *stakeholder* diadopsi dari Lucidus Consulting Ltd dalam Webster dan Simon. Berdasarkan identifikasi dimensi sikap, keterlibatan, dan pengaruh, maka didapatkan klasifikasi *stakeholder* seperti dijelaskan berikut.⁸

Penyelamat (*saviour*), adalah *stakeholder* yang mempunyai pengaruh/kepentingan tinggi dan juga terlibat aktif dalam program. Sikap yang diberikan *stakeholder* juga menunjukkan sikap yang positif dan mendukung. *Stakeholder* yang berada di posisi penyelamat harus dijaga agar terus mendukung program. Raksasa tidur (*sleeping giant*), adalah *stakeholder* dengan kepentingan/pengaruh tinggi, sikap mendukung namun tidak terlibat aktif dalam program. Mereka perlu didorong untuk meningkatkan keterlibatannya. Pemerhati (*acquaintance*), *stakeholder* yang memiliki pengaruh/kepentingan rendah, bersikap mendukung namun tidak terlibat banyak dalam program. Mereka perlu diajak komunikasi untuk menjaga hubungan.

Kawan (*friend*), adalah *stakeholder* yang memiliki kepentingan/ pengaruh yang rendah, memiliki sikap positif dan terlibat aktif dalam program. Mereka dapat dijadikan sebagai orang kepercayaan didalam program.

Penyabotase (*saboteur*), adalah *stakeholder* yang memiliki pengaruh/ kepentingan tinggi dan sikap yang tidak mendukung namun terlibat aktif dalam program. *Stakeholder* dalam posisi ini perlu untuk dikeluarkan dari susunan *stakeholder*. Pengganggu (*irritant*), adalah *stakeholder* yang memiliki kepentingan/ pengaruh rendah, sikap yang tidak mendukung namun terlibat aktif. Bom Waktu adalah *stakeholder* yang memiliki pengaruh/kepentingan yang tinggi namun memiliki sikap yang tidak mendukung dan tidak terlibat aktif dalam program. Mereka perlu diperhatikan dan diajak diskusi untuk mengingatkan akan kekuatan yang dimilikinya. Jebakan (*trip wire*), adalah *stakeholder* dengan pengaruh/ kepentingan rendah, sikap tidak mendukung dan keterlibatan yang rendah dalam program. Mereka perlu dimengerti supaya lebih berhati-hati agar tidak sampai "tersandung" oleh pemangku kepentingan jenis ini.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik *stakeholder*

Berdasarkan hasil wawancara, seluruh informan sudah berpendidikan tinggi. Tujuh informan merupakan sarjana, lima informan menempuh pendidikan terakhir pascasarjana, dan

satu informan telah meraih gelar doktoral. Rentang usia informan berkisar antara 41 sampai 64 tahun. Setengah dari total informan, tujuh dari 13 informan memiliki jenis kelamin laki-laki.

Pemetaan *stakeholder* berdasarkan dimensi sikap, keterlibatan, dan pengaruh *stakeholder* dalam Program Pencegahan *Fraud* JKN di Puskesmas Kota Semarang

Tabel 1. Hasil Pemetaan *Stakeholder Decision Maker*

<i>Stakeholder</i>		Pencegahan	Pendeteksian	Penindakan
BPJS Kesehatan KC Semarang	Sikap	+	+	+
	Keterlibatan	+	+	+
	Pengaruh	+	+	+
		<i>SAVIOR</i>	<i>SAVIOR</i>	<i>SAVIOR</i>
Dinas Kesehatan Kota Semarang	Sikap	+	+	+
	Keterlibatan	-	-	+
	Pengaruh	+	+	+
		<i>SLEEPING GIANT</i>	<i>SLEEPING GIANT</i>	<i>SAVIOR</i>

*Keterangan:

- Sikap : (+) Sikap mendukung, (-) Tidak mendukung
- Keterlibatan : (+) Terlibat aktif/dilibatkan, (-) Terlibat pasif/ tidak dilibatkan
- Pengaruh : (+) Pengaruh kuat, (-) Pengaruh lemah

Berdasarkan tabel 1, terdapat dua *stakeholder* decision maker yang terlibat yaitu BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan. BPJS Kesehatan berada pada posisi savior dalam program ini baik dalam upaya pencegahan, upaya pendeteksian, maupun upaya penindakan karena memiliki sikap yang mendukung, terlibat aktif dalam kegiatan, dan memiliki pengaruh yang signifikan. Hal ini baik karena *stakeholder* decision maker memegang

peranan yang penting untuk menjadi penentu arah program dan keputusan. Namun *stakeholder* decision maker yang lain yaitu Dinas Kesehatan berada pada posisi sleeping giant dalam upaya pencegahan dan pendeteksian karena memiliki sikap mendukung dan pengaruh yang signifikan, namun belum terlibat aktif. Dinas Kesehatan perlu meningkatkan peranannya dalam program karena menjadi leading sector bidang kesehatan di Kota

Semarang. Sementara itu, Dinas Kesehatan-lahyang diberikan kewenangan menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 untuk membentuk Tim Pencegahan *Fraud* JKN di FKTP. Ketika decision maker tidak memberikan perannya secara maksimal, maka program tidak dapat berjalan

dengan baik. Salah satu dampaknya adalah *stakeholder* lain yang terlibat juga belum bisa memberikan perannya secara maksimal pula karena belum adanya pedoman program yang mana dibuat oleh Dinas Kesehatan. Pedoman ini sangat penting karena menjadi acuan pelaksanaan program.

Tabel 2. Hasil Pemetaan *Stakeholder Provider*

<i>Stakeholder</i>			Pencegahan	Pendeteksian	Penindakan
Subbag DKK	Keuangan	Sikap	+	+	+
		Keterlibatan	+	+	-
		Pengaruh	+	+	-
			<i>SAVIOR</i>	<i>SAVIOR</i>	<i>ACQUINTANCE</i>
PDGI Kota Semarang		Sikap	+	+	+
		Keterlibatan	-	-	+
		Pengaruh	+	-	+
			<i>SLEEPING GIANT</i>	<i>ACQUINTANCE</i>	<i>SAVIOR</i>
IBI Kota Semarang		Sikap	+	+	+
		Keterlibatan	-	-	+
		Pengaruh	+	-	+
			<i>SLEEPING GIANT</i>	<i>ACQUINTANCE</i>	<i>SAVIOR</i>
PPNI Kota Semarang		Sikap	+	+	+
		Keterlibatan	-	-	+
		Pengaruh	+	-	+
			<i>SLEEPING GIANT</i>	<i>ACQUINTANCE</i>	<i>SAVIOR</i>
ASKLIN Semarang	Kota	Sikap	+	+	+
		Keterlibatan	-	-	+
		Pengaruh	+	-	+
			<i>SLEEPING GIANT</i>	<i>ACQUINTANCE</i>	<i>SAVIOR</i>
PKFI Kota Semarang		Sikap	+	+	+
		Keterlibatan	-	-	+
		Pengaruh	+	-	+
			<i>SLEEPING GIANT</i>	<i>ACQUINTANCE</i>	<i>SAVIOR</i>

*Keterangan:

- Sikap : (+) Sikap mendukung, (-) Tidak mendukung
- Keterlibatan : (+) Terlibat aktif/dilibatkan, (-) Terlibat pasif/ tidak dilibatkan
- Pengaruh : (+) Pengaruh kuat, (-) Pengaruh lemah

Berdasarkan tabel 2, *stakeholder* provider yang terlibat terdiri dari tiga kelompok yaitu Dinas Kesehatan, organisasi profesi, dan asosiasi fasilitas kesehatan primer. Dinas Kesehatan dalam perannya sebagai *stakeholder* provider sudah menunjukkan posisi savior dalam upaya pencegahan dan upaya pendeteksian. Namun, dalam upaya penindakan berada dalam posisi acquaintance karena tidak terlibat aktif dan tidak memiliki pengaruh yang signifikan. Dinas Kesehatan di sini adalah Subbag Keuangan yang juga terlibat dalam Tim Pencegahan *Fraud* JKN di FKTP. Ketidakterlibatannya ini dikarenakan ia menyatakan tidak memiliki wewenang, yang dilakukannya hanya sesuai tupoksi Subbag Keuangan.

Stakeholder dari organisasi profesi dan asosiasi fasilitas kesehatan memiliki posisi yang sama, yaitu sebagai sleeping giant pada upaya pencegahan Program Pencegahan *Fraud* JKN di Puskesmas Kota Semarang karena meskipun sudah mendukung dan berpengaruh signifikan, *stakeholder* ini belum terlibat aktif. Sementara itu dalam upaya

pendeteksian, *stakeholder-stakeholder* ini berada di posisi acquaintance karena tidak memiliki pengaruh signifikan dan terlibat aktif. Menurut Hoogwood dan Gun dalam Nugroho, untuk melakukan implementasi kebijakan diperlukan beberapa syarat salah satunya adalah bahwa tugas-tugas telah dirinci dan ditempatkan dalam urutan yang benar.⁹ Untuk itu, supaya organisasi profesi dan asosiasi faskes primer dapat terlibat aktif, Dinas Kesehatan perlu segera membuat pembagian tugas dalam tim. Dengan pembagian tugas, organisasi profesi dan asosiasi faskes primer diberikan kewenangan tertentu dalam program dengan jelas dan dapat melaksanakan tugas tersebut sehingga kemudian dapat terlibat aktif dalam program. Sikap dari *stakeholder-stakeholder* ini sudah mendukung sehingga dapat dijadikan modal oleh para *stakeholder* decision maker untuk terus meningkatkan keterlibatannya. Kemudian di sisi lain, organisasi profesi dan asosiasi faskes primer sudah berada pada posisi savior dalam upaya pendeteksian yang berarti mendukung, aktif terlibat,

dan secara signifikan berpengaruh dalam program. Organisasi profesi dan asosiasi faskes primer diperhitungkan pendapatnya dalam menindak temuan *Fraud* serta untuk membina profesi yang terbukti melakukan pelanggaran *Fraud*.

Kolaborasi dalam Program Pencegahan Kecurangan JKN di Puskesmas Kota Semarang perlu diinisiasi dan dijaga oleh Dinas Kesehatan sebagai *stakeholder* yang memiliki kewenangan penuh dalam program ini seperti tercantum dalam PMK No 36 tahun 2015. Pihak-pihak yang perlu

dikolaborasi adalah BPJS Kesehatan, organisasi profesi, dan asosiasi fasilitas kesehatan. Pelaksanaan kolaborasi *stakeholder* dengan efektif akan meningkatkan percepatan perumusan suatu kebijakan. Kolaborasi yang efektif akan mendorong masing-masing *stakeholder* untuk membangun kesepakatan, komitmen dan tanggung jawab dalam pencapaian tujuan. Menurut Miller dan Katz (2014) bahwa kolaborasi yang efektif akan meningkatkan inovasi produk dan kualitas pelayanan.¹⁰

Tabel 3. Pemetaan *stakeholder client*

<i>Stakeholder</i>		Pencegahan	Pendeteksian	Penindakan
Puskesmas Kedungmundu	Sikap	+	+	+
	Keterlibatan	-	-	-
	Pengaruh	-	-	-
		ACQUINTANCE	ACQUINTANCE	ACQUINTANCE
Puskesmas Mijen	Sikap	+	+	+
	Keterlibatan	-	-	-
	Pengaruh	-	-	-
		ACQUINTANCE	ACQUINTANCE	ACQUINTANCE

*Keterangan:

- Sikap : (+) Sikap mendukung, (-) Tidak mendukung
- Keterlibatan : (+) Terlibat aktif/dilibatkan, (-) Terlibat pasif/ tidak dilibatkan
- Pengaruh : (+) Pengaruh kuat, (-) Pengaruh lemah

Berdasarkan pada tabel 3, *stakeholder* sasaran Program Pencegahan *Fraud* JKN di FKTP Kota Semarang adalah Puskesmas. Dalam upaya pencegahan, upaya pendeteksian, dan upaya penindakan, Puskesmas berada di posisi acquaintance karena tidak memiliki pengaruh pun terlibat aktif. Namun meskipun demikian, Puskesmas mendukung adanya program ini. Sikap mendukung ini dapat menjadi modal untuk meningkatkan perannya menjadi lebih aktif dan signifikan. Puskesmas sebenarnya memiliki potensi

dalam pencegahan *Fraud* dikarenakan Puskesmas terletak strategis dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Upaya deteksi dini pun dapat dilakukan sejak di lini Puskesmas. Apabila Puskesmas dilibatkan aktif, maka pelayanan kesehatan akan lebih baik dan sesuai dengan peraturan sehingga mencegah kecurangan JKN. Namun sampai saat ini, pihak Dinas Kesehatan yang membawahi Puskesmas, belum mensosialisasikan khusus terkait *Fraud* JKN, hanya umum mengenai JKN.

Tabel 4. Hasil Pemetaan *Stakeholder Representatives*

<i>Stakeholder</i>		Pencegahan	Pendeteksian	Penindakan
Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya	Sikap	+	+	+
	Keterlibatan	-	-	+
	Pengaruh	-	-	+
		ACQUINTANCE	ACQUINTANCE	SAVIOR
Bagian Hukum Sekretariat Kota Semarang	Sikap	+	+	+
	Keterlibatan	-	-	-
	Pengaruh	-	-	-
		ACQUINTANCE	ACQUINTANCE	ACQUINTANCE
IDI Kota Semarang	Sikap	+	+	+
	Keterlibatan	+	-	+
	Pengaruh	+	-	+
		SAVIOR	ACQUINTANCE	SAVIOR

*Keterangan:

- Sikap : (+) Sikap mendukung, (-) Tidak mendukung
- Keterlibatan : (+) Terlibat aktif/dilibatkan, (-) Terlibat pasif/ tidak dilibatkan
- Pengaruh : (+) Pengaruh kuat, (-) Pengaruh lemah

Kemudian, *stakeholder* representatif yaitu TKMKB, Bagian Hukum Sekretariat Kota Semarang, dan IDI Kota Semarang. *Stakeholder* representatif merupakan kelompok di luar sistem yang secara aktif mendukung atau terlibat dalam program. TKMKB memiliki posisi *acquaintance* dalam upaya pencegahan dan pendeteksian serta posisi *savior* dalam upaya penindakan. Anggota TKMKB terdiri dari organisasi profesi, BPJS Kesehatan, dan Dinas Kesehatan dengan peran menjadi wasit antara BPJS dengan Dinas dan FKTP, maupun dengan pasien. Perbedaannya dengan Tim Pencegahan *Fraud* JKN yang dibentuk oleh Dinas Kesehatan adalah IAI tidak dilibatkan dalam tim dari Dinas Kesehatan. Anggota dari kedua tim tersebut berasal dari *stakeholder* yang sama, sehingga dapat terjadi *overlap* peran dan fungsi. Namun di sisi lain, *stakeholder* representatif ini dapat menjadi mitra program.

Stakeholder representatif dari Bagian Hukum Sekretariat Kota Semarang berada pada posisi *acquaintance* baik dalam upaya pencegahan, upaya pendeteksian, maupun upaya penindakan. Hal ini tidak menjadi masalah selama masih mendukung kegiatan dan bahkan menguntungkan program. *Stakeholder* ini juga menyatakan akan memberikan perannya sesuai kewenangannya sebagai Pemerintah Daerah apabila diminta.

Stakeholder representatif terakhir adalah organisasi profesi. Dalam upaya pencegahan dan penindakan *stakeholder* ini ada pada posisi *savior*. Sementara dalam upaya deteksi, ia menjadi *acquaintance*. Hal ini menjadi menarik, karena sebagai *stakeholder* representatif, IDI terlibat dalam tim tingkat FKRTL, terlibat menjadi Ketua TKMKB, serta masih terlibat dalam tim tingkat FKTP. Hal ini selanjutnya dapat menjadi *overlap* dan dualisme peran apabila program belum memiliki pedoman dan petunjuk teknis mengenai apa saja yang harus dikerjakan. Namun setidaknya, *stakeholder* ini sebaiknya terus didukung perannya karena dapat membantu keberjalanan program dan sebagai mitra kerja yang baik.

Rekomendasi posisi *stakeholder*

Berdasarkan pemetaan posisi *stakeholder* diatas maka dapat dirumuskan beberapa rekomendasi untuk meningkatkan kapasitas *stakeholder* sesuai dengan posisi tersebut, yaitu:

1. BPJS Kesehatan sebagai “Penyelamat” (*Saviour*) harus diperhatikan agar tetap ada untuk mendukung dan melaksanakan perannya dalam Program Pencegahan *Fraud* JKN di Puskesmas. BPJS Kesehatan sudah tepat diberi kewenangan sebagai Ketua dalam Tim Pencegahan *Fraud* JKN di Puskesmas Kota Semarang karena wewenangnya yang strategis dan luas.

2. Sementara itu untuk Dinas Kesehatan yang menjadi *sleeping giant* dalam upaya pencegahan dan pendeteksian *Fraud* harus meningkatkan keterlibatannya sebagai *stakeholder decision maker* sekaligus *provider*. *Decision maker* memiliki peran yang sangat penting dalam menentukan arah keberjalanan program.
3. Organisasi profesi sebagai *sleeping giant* dalam upaya pencegahan harus didorong untuk memberikan perannya supaya dapat terlibat aktif dalam program. Sementara dalam upaya pendeteksian, organisasi profesi sebagai *acquaintance* dapat diberikan peran atau tugas supaya *stakeholder* tersebut memiliki kewenangan, serta didorong untuk memberikan peran tersebut secara maksimal. Organisasi profesi memiliki peran strategis terhadap individu atau pemberi pelayanan kesehatan karena mereka lah yang menghimpun dan membina. Untuk upaya pencegahan, organisasi profesi menjadi penyelamat (*savior*). Mereka harus terus didukung dan digandeng supaya terus konsisten memberikan peran sehingga program dapat berjalan maksimal.
4. Puskesmas berdasarkan analisis pemetaan posisi menempati posisi “Pemerhati” (*acquaintance*). Posisi tersebut dipengaruhi oleh pengaruh dan keterlibatan *stakeholder* yang cenderung rendah dan pasif. Mereka perlu untuk diberikan informasi terus menerus agar tetap berada dalam arah program. Puskesmas harus dilibatkan dalam program untuk membantu mencegah dan mendeteksi *Fraud* karena mereka lah pelaksana teknis yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
5. *Stakeholder representative*, TKMKB, perlu dikoordinasikan terkait peran dan fungsinya. Apabila sekiranya dapat membantu Program Pencegahan *Fraud* JKN di Puskesmas, dapat dilakukan kerja sama sehingga pelaksanaan program lebih maksimal dan terintegrasi.
6. *Stakeholder* representatif lain adalah Bagian Hukum yang menjadi pemerhati (*acquaintance*). *Stakeholder* ini harus selalu digandeng dengan terus diberikan informasi supaya memberikan dukungan terhadap program.
7. Ikatan Dokter Indonesia sudah menjadi *savior* (penyelamat) dalam upaya pencegahan dan penindakan. *Stakeholder* ini dapat terus digandeng dan dilibatkan seperti organisasi profesi lain namun harus diperhatikan peran yang dapat dia ambil seperti apa karena menurut SK DKK, IDI tidak lagi menjadi Tim Pencegahan *Fraud* di FKTP.

SIMPULAN

Antar *stakeholder* harus meningkatkan komunikasi dan koordinasi dengan lebih rutin untuk menggiatkan program. Dinas Kesehatan sebagai *sleeping giant* harus meningkatkan keterlibatannya sebagai *decision maker* dan segera menyelesaikan pembentukan pedoman Program Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Kota Semarang sebagai acuan pelaksanaan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-Undang No 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
2. Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia. Ikhtisar Hasil Pemeriksaan Semester II Tahun 2016 Badan Pemeriksa Keuangan. Jakarta: Badan Pemeriksa Keuangan RI; 2016.
3. Indonesia Corruption Watch. Peta Potensi Fraud/Korupsi Pengelolaan Dana Kapitasi FKTP Program JKN. Jakarta; 2018.
4. Ayuningtyas D. Kebijakan Kesehatan Prinsip dan Praktik. Jakarta: Rajawali Press; 2015.
5. Suryoputro A, Isarabhakdi P, Muthmainnah. *Stakeholder Mapping in the Provision of Youth-Friendly Reproductive Health Service in Indonesia*. J Heal Res [Internet]. 2016;30(6):377–86. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jhealthres/article/view/77819>
6. Performance and Effectiveness Department D for ID (DFID). *Tool for Development: A Handbook for Those Engaged in Development Activity*. London: Department for International Development (DFID); 2003.
7. Vos JFJ, Achterkamp MC. *Stakeholder Identification in Innovation Projects: Going Beyond Classification*. Eur J Innov Manag 2006;9(2):161–78.
8. Webster M, Simon P. Making Sense of *Stakeholder Mapping*. PM World Today. 2006;III(11).
9. Nugroho. *Public Policy*. 4th ed. Jakarta: Elex Media Komputindo; 2012.
10. Miller BFA, Katz JH. 4 Keys to Accelerating Collaboration. OD Pract. 2014;46(1):6–12.