



Analisis Efektivitas Kebijakan Upaya Pencegahan Fraud BPJS dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional

Miftakhul Hudha¹, Hilma Kholida², Elsa Septi Liani³, Asharul Fahyudi⁴

¹Poltekkes Kemenkes Semarang

²Poltekkes Kemenkes Semarang

³Poltekkes Kemenkes Semarang

⁴Poltekkes Kemenkes Semarang

¹E-Mail : mftlhudha@gmail.com

²E-Mail : hilmakholida09@gmail.com

³E-Mail : lianielsa057@gmail.com

⁴E-Mail : asharulfahyudi@poltekkes-smg.ac.id

ABSTRAK

Praktik kecurangan (fraud) pada BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan tidak hanya memberikan kerugian finansial yang harus ditanggung negara. Tetapi juga menurunkan kualitas pelayanan kesehatan, merusak citra fasyankes, dan menurunkan tingkat kepercayaan publik kepada fasyankes. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi, menilai, dan mensintesis bukti-bukti ilmiah mengenai efektivitas berbagai kebijakan pencegahan *fraud* yang diimplementasikan di Indonesia. Fokus dari penelitian ini adalah melihat sejauh mana penerapan kebijakan dari fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia dapat mencegah dan menangani kasus fraud yang terdapat di dalamnya. Hasil penelitian diharapkan mampu memberikan gambaran komprehensif serta memberikan rekomendasi berbasis data untuk perbaikan kebijakan kedepannya. Penelitian ini menggunakan metode literature review mengenai implementasi kebijakan fraud dengan pendekatan PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analysis). Strategi pencarian artikel dilakukan berdasarkan teknik PIO (*Population, Intervention, Outcome*) bersumber dari *Google Scholar*, dengan kriteria berupa publikasi sumber primer dalam kurun waktu tiga tahun terakhir (2023 - 2025). Selanjutnya, artikel yang diperoleh disaring berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan agar sesuai dengan tujuan penelitian.

Kata Kunci: BPJS Kesehatan, Fraud, Program JKN

ABSTRACT

Fraud practices in BPJS (Social Security Administration Agency) Health not only result in financial losses that must be borne by the state. But they also degrade the quality of health services, damage the image of health facilities, and diminish public trust in health facilities. This research aims to identify, assess, and synthesize scientific evidence regarding the effectiveness of various fraud prevention policies implemented in Indonesia. The focus of this study is to examine the extent to which the implementation of policies from health service facilities in Indonesia can prevent and address cases of fraud within them. The research results are expected to provide a comprehensive overview and offer data-driven recommendations for future policy improvements. This study uses a literature review method regarding the implementation of fraud policies with a PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analysis) approach. The article search strategy was conducted based on the PIO technique (Population, Intervention, Outcome) sourced from Google Scholar, with criteria being primary source publications within the last three years (2023 - 2025). Furthermore, the obtained articles were filtered based on the established inclusion and exclusion criteria to align with the research objectives.

Keywords: Health BPJS, Fraud, JKN Program



A. PENDAHULUAN

Kesehatan adalah pilar fundamental kesejahteraan individu dan bangsa, diakui sebagai hak mendasar dalam konstitusi Indonesia. Amanat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28H ayat (3) menyatakan bahwa "setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat," dan Pasal 34 ayat (2) menegaskan bahwa "negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan". Untuk mewujudkan akses kesehatan yang merata dan berkualitas bagi seluruh warga negara, pemerintah telah meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Program ini telah beroperasi sejak tahun 2014 dan memiliki tujuan untuk memberikan perlindungan finansial dan akses terhadap layanan kesehatan di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) di seluruh Indonesia. Skala program JKN sangat besar, dengan total biaya pelayanan kesehatan yang dibayarkan mencapai triliunan rupiah, menunjukkan peran vitalnya dalam sistem kesehatan nasional.

Namun, implementasi program JKN tidak lepas dari tantangan serius, salah satunya adalah praktik kecurangan atau *fraud*. Tindakan ini sangat rentan terjadi, terutama di dunia kesehatan. Kecurangan atau *fraud* menurut Peraturan Menteri Kesehatan nomor 16 tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*fraud*) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.. Praktik ini dilakukan oleh berbagai pihak, termasuk fasyankes, peserta, dan bahkan petugas BPJS Kesehatan itu sendiri. Menurut KPK (2024), kerugian dari fraud di bidang kesehatan adalah 10 persen dari pengeluaran untuk kesehatan masyarakat, sekitar Rp 20 triliun secara nominal. Hal ini menunjukkan kecurangan pada program JKN memberikan dampak kerugian khususnya dana jaminan sosial (DJS) dimana dana jaminan sosial ini antara lain digunakan untuk pembayaran pembiayaan layanan atau biaya manfaat Jaminan Kesehatan. Sehingga apabila terjadi kecurangan (*fraud*) bukan hanya berdampak kepada kerugian finansial namun juga berdampak kepada Peserta yang mempunyai hak mendapatkan pelayanan kesehatan yang mudah dan bermutu (Probowati et al., 2024).



Pemerintah telah berupaya mencegah dan menangani *fraud* melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (*Fraud*) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (*Fraud*) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Namun, sanksi yang diberikan dalam peraturan ini masih dianggap lemah karena hanya berupa sanksi administratif, sehingga diperlukan upaya pembaharuan terkait ketentuan pidana agar lebih kuat. Selain itu, tim anti-*fraud* yang telah dibentuk juga belum berfungsi maksimal karena kurangnya pengetahuan mengenai pencegahan penipuan dalam program JKN di berbagai wilayah di Indonesia.

Melihat urgensi permasalahan ini, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis sejauh mana penerapan kebijakan dari fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia dapat mencegah dan menangani kasus *fraud* yang terdapat di dalamnya. Dengan menggunakan metode *literature review*, penelitian ini akan mengkaji berbagai studi yang relevan untuk mengidentifikasi efektivitas strategi yang diterapkan, hambatan yang dihadapi, serta rekomendasi untuk penguatan regulasi dan sistem pencegahan *fraud* di masa mendatang.

B. METODE

Penelitian ini menggunakan metode Systematic Literature Review (SLR). SLR merupakan metodologi penelitian yang dikembangkan untuk mengumpulkan, menyeleksi, dan mengevaluasi berbagai penelitian yang relevan dengan topik tertentu (Wahyudin et al., 2020). Kriteria inklusi yang ditetapkan meliputi artikel penelitian primer dengan pendekatan kualitatif, bukan tinjauan pustaka maupun analisis yuridis; membahas implementasi kebijakan pencegahan fraud BPJS Kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN); berfokus pada BPJS Kesehatan di Indonesia; dipublikasikan pada periode 2023-2025; ditulis dalam bahasa Indonesia; serta dapat diakses secara full-text.

Untuk merumuskan pertanyaan penelitian digunakan kerangka kerja **PIO**, yang terdiri dari *Population* (fasilitas pelayanan kesehatan), *Intervention* (kebijakan pencegahan fraud BPJS Kesehatan), dan *Outcome* (efektivitas kebijakan). Pengumpulan data dilakukan menggunakan perangkat lunak **Publish or Perish** untuk memperoleh data sitasi dari Google Scholar dengan kata kunci "*fraud BPJS Kesehatan*".

Artikel penelitian yang diperoleh diolah menggunakan metode PRISMA. Dari hasil penelusuran menggunakan kata kunci "*fraud BPJS Kesehatan*" melalui aplikasi Publish or Perish, ditemukan sebanyak 96 artikel dari database Google

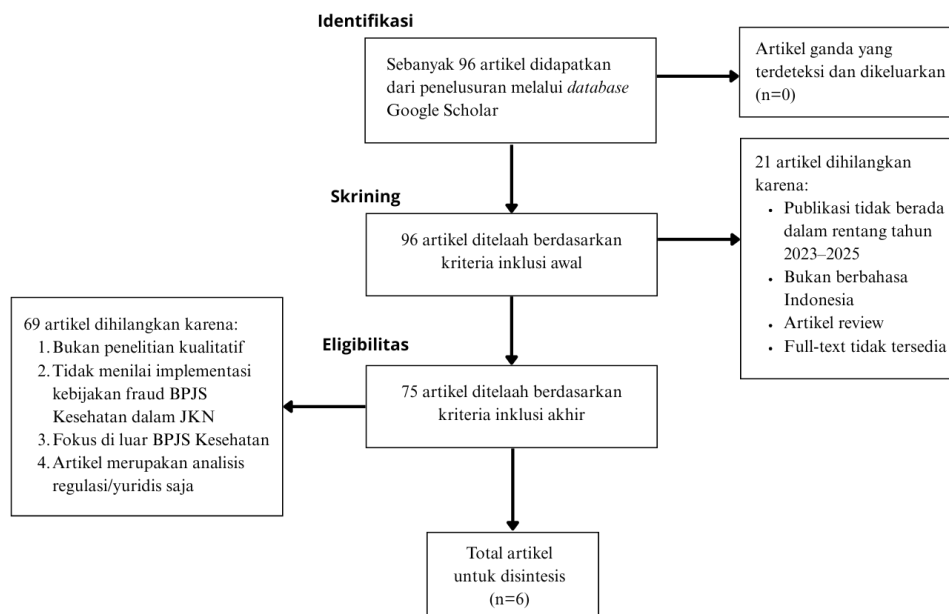


Scholar. Pada tahap identifikasi, dilakukan pengecekan duplikasi, dan tidak ditemukan artikel ganda.

Selanjutnya, pada tahap skrining, artikel diseleksi berdasarkan kriteria inklusi awal, yaitu tahun publikasi 2023-2025, berbahasa Indonesia, merupakan penelitian primer (bukan tinjauan pustaka), serta dapat diakses secara penuh. Dari tahap ini, sebanyak 21 artikel dikeluarkan karena tidak memenuhi kriteria, sehingga tersisa 75 artikel. Proses berlanjut pada tahap eligibilitas, di mana artikel ditelaah lebih lanjut untuk memastikan kesesuaian dengan fokus penelitian. Hanya artikel yang menilai implementasi kebijakan pencegahan fraud BPJS Kesehatan dalam program JKN, berfokus pada BPJS Kesehatan, bukan studi analisis yuridis semata, dan berbasis penelitian kualitatif yang dipertahankan. Dari hasil penapisan ini, sebanyak 69 artikel dikeluarkan karena tidak relevan, sehingga tersisa 6 artikel.

Akhirnya, pada tahap sintesis, sejumlah 6 artikel tersebut dianalisis lebih lanjut sebagai dasar penilaian efektivitas implementasi kebijakan pencegahan fraud dalam program JKN oleh BPJS Kesehatan.

Gambar 1: Diagram PRISMA, proses seleksi artikel



C. HASIL ATAU PEMBAHASAN

Setelah melakukan pencarian artikel dengan menggunakan kata kunci “Fraud BPJS Kesehatan”, hasil artikel yang sesuai kriteria ditinjau dan diseleksi supaya dapat memenuhi syarat untuk dianalisis lebih lanjut. Hasil pencarian dari Google Scholar dengan rentan tahun 2023 - 2025 didapatkan sebanyak 96 artikel. Selanjutnya diseleksi kembali sesuai kriteria yang diperlukan dalam penelitian, sehingga diperoleh 6 artikel yang sesuai kriteria dan digunakan



sebagai bahan penelitian untuk menganalisis efektivitas implementasi kebijakan pencegahan fraud dalam program JKN oleh BPJS Kesehatan.

Tabel 1. Hasil Penelitian

No	Penulis	Judul Artikel	Tahun	Metode	Hasil
1.	Salma Ivana, et al.	Analisis Kategori Penyebab Klaim Pending BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Jalan di RSUD Dr. Soedirman Kebumen	2025	Deskripsi Kualitatif dengan desain cross sectional study	Adanya 99% (39.896) berkas lolos verifikasi dan 1% (552) berkas pending dari total 40.448 berkas klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan pada periode Agustus-Oktober 2023. Terdapat lima kategori penyebab utama yang paling dominan adalah kategori kasus kontrol ulang tanpa adanya indikasi yang dijamin.
2.	Abdur Rahim, et al.	Implementasi Pengawasan Bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Ditinjau dari Hukum Administrasi Negara	2023	Kajian kepustakaan dengan pendekatan yuridis normatif menggunakan konsepsi deskriptif dan eksploratif	Pelaksanaan kepesertaan BPJS ditinjau dari hukum administrasi negara meliputi validasi data, registrasi, serta kewajiban pembayaran iuran oleh peserta dan pemberi kerja. Pengawasan dilakukan untuk menjamin ketepatan, efisiensi, mencegah penyimpangan, serta membangun kepuasan dan kepercayaan publik terhadap BPJS.
3.	Anisa Sukma Mahadini, et al.	Implementasi Kebijakan Sistem Finger Print Pasien Khusus Rawat	2024	Penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif.	Adanya kekurangan pedoman informasi prosedural untuk kebijakan sistem sidik jari, ketidakakuratan staf, keterbatasan



		Jalan BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong			sosialisasi, serta penurunan kinerja alat perekam sidik jari.
4.	Agustina Puji Lestari, et al.	Identifikasi Risiko Manajemen di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soeratno Gemolong Sragen	2023	Penelitian kualitatif dengan desain studi kasus	Ditemukan adanya risiko manajemen terkait risiko keuangan, risiko kepatuhan, risiko operasional, risiko reputasi dan risiko legal, serta tidak ditemukannya risiko manajemen terkait risiko kebijakan dan risiko <i>fraud</i> .
5.	Nadya Annisa Az-Zahra Samodra & I Dewa Ayu Putri Wirantari	Analisis Kebijakan Publik dalam Penerapan Program Pelayanan Publik BPJS Kesehatan	2024	Tinjauan pustaka	Kebijakan BPJS Kesehatan telah diterima dengan baik oleh masyarakat dan membantu mereka mengakses layanan kesehatan yang lebih baik. Namun, terdapat beberapa hambatan utama yang perlu diatasi, termasuk keterbatasan sumber daya manusia, masalah infrastruktur dan teknologi informasi, serta birokrasi yang kompleks
6.	Aghesta Intan Nugraheni, et al.	Tinjauan Literatur: Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di	2023	Studi Literatur	Berdasarkan evaluasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, terdapat beberapa masalah dalam implementasinya. Oleh karena itu, pemerintah perlu



		Indonesia			melakukan pemantauan, evaluasi, dan tindakan untuk meningkatkan efektivitas program JKN dalam meningkatkan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia.
--	--	-----------	--	--	---

Dari hasil sintesis enam artikel yang dianalisis, dapat diidentifikasi enam aspek utama yang mempengaruhi efektivitas implementasi kebijakan pencegahan fraud program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh BPJS Kesehatan, yaitu permasalahan mengenai teknis klaim, aspek pengawasan hukum, penerapan teknologi, manajemen rumah sakit, kebijakan publik, serta evaluasi menyeluruh program JKN.

Menurut (Salma Ivana, et al., 2025) permasalahan teknis pada proses klaim masih menjadi salah satu sumber untuk membuka celah fraud. Penelitian mereka menunjukkan adanya 1% dari total klaim rawat jalan dengan penyebab utama paling dominan adalah kategori kasus kontrol ulang tanpa adanya indikasi yang dijamin. Hal ini tidak hanya berdampak pada kas rumah sakit, tetapi juga berpotensi mendorong manipulasi dokumen klaim untuk mempercepat verifikasi.

Sementara itu, (Abdur Rahim, et al., 2023) menekankan pentingnya pengawasan dari perspektif hukum administrasi negara. Menurutnya, pengawasan dilakukan untuk menjamin ketepatan, efisiensi, mencegah penyimpangan, serta membangun kepuasan dan kepercayaan publik terhadap BPJS Kesehatan. Namun, lemahnya koordinasi antar lembaga serta keterbatasan regulasi membuat efektivitas pencegahan fraud belum optimal.

Dari perspektif pemanfaatan teknologi menurut penelitian (Anisa Sukma Mahadini, et al., 2024) menunjukkan bahwa Implementasi Kebijakan Sistem *Finger Print* Pasien Khusus Rawat Jalan terbukti mampu mencegah penyalahgunaan kartu BPJS Kesehatan, serta memonitoring akuntabilitas dan transparansi dalam penggunaan anggaran BPJS Kesehatan. Namun, masih ditemukan kendala yaitu sidik jari pasien sering tidak terekam, tidak hanya itu keterbatasan fasilitas, kurangnya ketelitian petugas, minimnya prosedur, serta keluhan pasien yang merasa kebijakan ini sangat merepotkan.

Temuan lain dari (Agustina Pujilestari, et al., 2023) menekankan bahwa manajemen risiko rumah sakit, khususnya terkait risiko keuangan, kepatuhan, operasional, reputasi, dan legal, erat kaitannya dengan potensi fraud dalam pengajuan klaim. Oleh karena itu, keberhasilan kebijakan pencegahan fraud

|||

tidak bisa dilepaskan dari penerapan manajemen risiko rumah sakit yang sistematis.

Ditinjau dari (Nadyannisa Az-Zahra Samodra, et al.) dapat diidentifikasi bahwa kebijakan BPJS Kesehatan sudah diterima dengan baik oleh masyarakat dan membantu mereka mengakses layanan kesehatan yang lebih baik. Namun, keterbatasan birokrasi yang kompleks, SDM, serta infrastruktur yang belum memadai kebijakan pencegahan fraud masih belum sepenuhnya berjalan efektif.

Selain itu, penelitian dari (Aghesta Intan Nugraheni, et al.) berdasarkan evaluasi program JKN di Indonesia, 93% program JKN menjadi salah satu program yang mampu mengubah sistem kesehatan. Namun, dalam implementasi di lapangan masih menghadapi masalah berupa ketidakefisienan pembiayaan, distribusi kesehatan yang belum merata, serta kurangnya koordinasi dan standarisasi sistem dalam pencegahan fraud. Hal ini menunjukkan bahwa kebijakan pencegahan fraud tidak akan efektif apabila sistem JKN secara keseluruhan masih berjalan dengan ketidakseimbangan struktural.

Dengan demikian, berbagai penelitian tersebut menegaskan bahwa kebijakan pencegahan fraud dalam program JKN oleh BPJS Kesehatan belum efektif sepenuhnya. Diperlukan penguatan regulasi, koordinasi, teknologi yang memadai, serta pengawasan berkelanjutan masih diperlukan untuk memastikan efektivitas kebijakan pencegahan fraud secara optimal.

D. PENUTUP

Berdasarkan hasil kajian literatur terhadap enam artikel, dapat disimpulkan bahwa kebijakan pencegahan fraud dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh BPJS Kesehatan belum sepenuhnya efektif. Permasalahan teknis klaim, lemahnya koordinasi pengawasan hukum, keterbatasan fasilitas dan SDM dalam penerapan teknologi, risiko manajemen rumah sakit, hambatan birokrasi, serta ketidakefisienan sistem JKN masih menjadi faktor penghambat utama.

Upaya pencegahan fraud telah dilakukan melalui regulasi, pengawasan, pemanfaatan teknologi biometrik, serta perbaikan kebijakan layanan, namun implementasinya masih menghadapi kendala signifikan. Oleh karena itu, diperlukan penguatan regulasi, koordinasi lintas lembaga, peningkatan kapasitas SDM, pemanfaatan teknologi yang inklusif, serta evaluasi berkelanjutan. Reformasi sistemik ini penting untuk memastikan bahwa kebijakan pencegahan fraud dalam program JKN dapat berjalan lebih efektif, transparan, dan akuntabel.



E. UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Dr. Asharul Fahyudi, S.Kom, M.Kom, selaku pembimbing utama, atas bimbingan, masukan, dan dukungannya dalam menyelesaikan penelitian ini.

F. DAFTAR PUSTAKA.

- Adnyana, M. S., & Budi, H. (2023). POTENSI KECURANGAN (FRAUD) DALAM KLAIM PENGGANTIAN BIAYA PELAYANAN PASIEN COVID-19. *KRISNA: Kumpulan Riset Akuntansi*, 14(2), 162-174. <https://doi.org/10.22225/kr.14.2.2023.162-174>
- Agustini, P., Veranica, R., & Puspitaloka Mahadewi, E. (n.d.). Analysis of the Possibility of Fraud in the National Health Insurance Program in Indonesia. In *International Journal of Health and Pharmaceutical*. <https://ijhp.net>
- Brianty Wijaya, S., Negeri Sunan Ampel Surabaya Luthfillah Habibi, U. M., Ahmad Yani No, J., Wonosari, J., Wonocolo, K., & Timur, J. (2024). Universitas Negeri Sunan Ampel Surabaya. *Jurnal Ilmiah Ekonomi Dan Manajemen*, 2(11), 1-13. <https://doi.org/10.61722/jiem.v2i11.2785>
- Fajarwati, D., Makbul, A., & Tinggi Hukum Militer, S. (n.d.). *ANALISIS YURIDIS PENEKAKAN HUKUM ATAS KECURANGAN (FRAUD) FASILITAS KESEHATAN TERHADAP PESERTA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DALAM PELAYANAN MEDIS*.
- Indrawan, G., Lemes, I. N., & Surata, I. N. (2023). PERANAN DINAS KESEHATAN DALAM PENCEGAHAN DAN PENANGANAN KECURANGAN (FRAUD) DALAM PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN BERDASARKAN PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 16 TAHUN 2019 DI KABUPATEN BULELENG. *Kertha Widya Jurnal Hukum Vol. 11 No. 2 Desember 2023*.
- Ivana, S., Romodon, D., Hakim, A. O., & ... (2025). Analisis Kategori Penyebab Klaim Pending BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Jalan di RSUD dr. Soedirman Kebumen. ... *Informasi Kesehatan* <https://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPIKI/article/view/1800>
- Mahadini, A. S., Setianingsih, E. L., & ... (2024). IMPLEMENTASI KEBIJAKAN SISTEM FINGER PRINT PASIEN KHUSUS RAWAT JALAN BPJS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG. *Journal of Public Policy* <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jppmr/article/view/47162>
- Nugraha, C. A., & Irawan, M. I. (2023). *Komparasi Deteksi Kecurangan pada Data Klaim Asuransi Pelayanan Kesehatan Menggunakan Metode Support Vector Machine (SVM) dan Extreme Gradient Boosting (XGBoost)*.
- Nugraheni, A. I., Putriyanti, C. E., & ... (2023). Tinjauan Literatur: Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia. ... *Kesehatan*. <http://jurnalkesehatanstikesnw.ac.id/index.php/stikesnw/article/view/1>



84

- Patuang, W., Ahri, R. A., & Arman. (2024). Implementasi UUD No. 40 Tahun 2004 Tentang Pengajuan Klaim Rawat Inap Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumah Sakit Umum Andi Djemma Masamba. *INNOVATIVE: Journal Of Social Science Research*.
- Peraturan Menteri Kesehatan. (2019). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 tahun 2019 tentang pencegahan dan penanganan kecurangan dalam program Jaminan Kesehatan di Indonesia. *Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 16*.
- Pujilestari, A., Kismanto, J., Surya, N. T., & ... (2023). Identifikasi Risiko Manajemen di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soeratno Gemolong Sragen. *Journal of Health* <https://ojs.unsulbar.ac.id/index.php/j-health/article/view/2891>
- Puspita Probowati, D., Arimbi, D., & Tinggi Hukum Militer, S. (2024). Penguatan Regulasi dalam Pencegahan Kecurangan (Fraud) pada Progam Jaminan Kesehatan Nasional: Perspektif Governance, Risk, and Compliance (GRC). In *Indonesian Research Journal on Education Web Jurnal Indonesian Research Journal on Education* (Vol. 4).
- Rahim, A., Fajriah, S. A., Diniah, S., & ... (2023). Implementasi Pengawasan Bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Ditinjau dari Hukum Administrasi Negara. *JiIP-Jurnal Ilmiah* <http://www.jiip.stkipyapisdompu.ac.id/jiip/index.php/JiIP/article/view/2573>
- Republik Indonesia. (1945). Undang-Undang Republik Indonesia Pasal 28H ayat 3 Tahun 1945 tentang Kebijakan Jaminan Kesehatan Sosial Indonesia. *Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28H*.
- Republik Indonesia. (1945). Undang-Undang Republik Indonesia Pasal 34 ayat 2 Tahun 1945 tentang Kewajiban Negara Untuk Mengembangkan Sistem Jaminan Sosial. *Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 34*.
- Rofiq, H. N. (2023). Deteksi Inefisiensi pada Klaim BPJS Kesehatan dengan menggunakan Machine Learning. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 3(1). <https://doi.org/10.53756/jjkn.v3i1.134>
- Safitri, A., Karlinda, & Nurcihikita, T. (2024). ANALYSIS OF THE IMPLEMENTATION OF THE NATIONAL HEALTH INSURANCE FRAUD PREVENTION PROGRAM. *Journal of Health Management, Administration and Public Health Policies (HealthMAPs)*, 2(1), 52-63. <https://doi.org/10.52060/hmaps.v2i1.2217>
- Solehuddin, S. (2023). Urgensi Kriminalisasi Perbuatan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di Indonesia. *INTERDISCIPLINARY JOURNAL ON LAW, SOCIAL SCIENCES AND HUMANITIES*,



4(1), 55. <https://doi.org/10.19184/idj.v4i1.39490>

Samodra, N., & Wirantari, I. (2024). Analisis Kebijakan Publik dalam Penerapan Program Pelayanan Publik BPJS Kesehatan. *Socio-Political Communication and* <http://ijespgjournal.org/index.php/shkr/article/view/148>

Wahyudin, Y., & Rahayu, D. N. (2020). Analisis metode pengembangan sistem informasi berbasis website: a literatur review. *Jurnal Interkom: Jurnal Publikasi Ilmiah Bidang Teknologi Informasi Dan Komunikasi*, 15(3), 119-133.