**ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dijalankan dengan banyak kebijakan. Salah satu kebijakan program JKN terkait mutu layanan kesehatan yang sudah ada di Indonesia saat ini adalah kebijakan tentang pengendalian kecurangan (*fraud*) layanan kesehatan.

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi capaian peta jalan dalam kebijakan pencegahan fraud dalam mendukung mutu yaitu apa yang berhasil, untuk siapa, dalam kondisi apa dan bagaimana prosesnya.

**Metode:** Penelitian dilakukan dengan pendekatan realist evaluation (RE). Pendekatan ini bertujuan untuk memahami mekanisme apa yang terjadi dan dalam konteks seperti apa sebuah program dapat berjalan atau tidak. Penelitian dilaksanakan di FKTP di malang dengan total 18 responden dari Klinik Mutiara Sehat, Klinik UB dan KlinikKendedes.

**Hasil:** Tidak Terdapat Tim Pencegahan Kecurangan (Fraud) di 3 FKTP, tidak mengetahui peraturan 16/2019 tentang pencegahan kecurangan yang dikeluarkan oleh kemenkes, Tidak pernah mendapatkan sosialisasi dari dinas Kesehatan dan BPJS Kes setempat dan terdapat potensi kecurangan yang dilakukan FKTP yaitu merujuk pasien ke FKRTL yang tidak sesuai dengan ketentuan.

**Kesimpulan:** Semua komponen yang ada pada kebijakan pencegahan kecurangan dalam program JKN tidak berjalan.